

HOOFSTUK 5

VROEË INTERVENSIE BY DIE KLEUTER MET 'N GESIGGESTREMDHEID

5.1 INLEIDING

Volgens die sisteembenadering, waarop hierdie studie gefundeer is en wat in hoofstuk drie bespreek is, is dit duidelik dat 'n kind se behoeftes nooit van dié van sy gesin geskei kan word nie. Daar is dus niks wat 'n groter invloed op 'n individu se lewensloop het as sy gesin nie (Landy & Menna, 2006:xv).

Baie gesinne wat met meervoudige probleme gekonfronteer word, raak verlore in 'n sisteem wat hulle as bedreigend ervaar deurdat dit hierdie gesin faal in terme van die komplekse dienslewering wat gesinslede benodig. Die resultaat hiervan is dat die gesin hulle behoeftes stuksgewys sien en dan heeltemal oorweldig word en bedreig voel deur die buitewêreld (Landy & Menna, 2006:xv). Vroeë intervensieprogramme kan hier van groot hulp wees deurdat dit rigting en ondersteuning bied aan die hele gesin. Die volgende outeurs (Kenny, 2005:40; Seligman & Darling, 2007:49-50) stem saam dat vroeë intervensieprogramme 'n verskil in die kind met gesiggestremdheid se lewe kan maak deurdat die hele gesin ondersteun en begelei word.

Die gesin wat 'n kind met gesiggestremdheid in hulle midde het, word gekonfronteer met 'n baba wat op 'n ander manier leer, die wêreld ontdek en ontwikkel. Volgens die American Foundation for the Blind begin babas amper direk ná geboorte van die wêreld om hulle leer (Parents perspective: Early intervention starts at home, 2009). Indien 'n baba nie in staat is om inligting deur middel van sy visuele sintuig te bekom nie, is dit belangrik om hom te help om inligting op ander maniere te verkry. Hoe vinniger die baba met gesiggestremdheid hulp en ondersteuning kry met betrekking tot sy eksplorاسie en verkenning van die wêreld om hom, hoe gouer kan groei, ontwikkeling en leer begin plaasvind (Parents perspective: Early intervention starts at home, 2009). Dus is vroeë intervensie, met ander woorde hulpverlening en ondersteuning tydens 'n vroeë stadium van die kind se ontwikkeling, veral belangrik by die kind met gesiggestremdheid.

In hoofstuk twee is die verskynsel van gesiggestremdheid, die algemeenste oogtoestande by babas en kleuters asook die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan bespreek. In hoofstuk drie is die algemene sisteemteorie as fundamentele raamwerk tot hierdie studie bespreek. In hoofstuk vier is aandag gegee aan die kind met gesiggestremdheid binne sy gesin vanuit die sisteembenadering. In hierdie hoofstuk sal

daar gekyk word na die belangrikheid van vroeë intervensie deurdat dit latere emosionele, sosiale, leer- en gedragsprobleme by die kind met gesiggestremdheid, asook probleme binne die gesinsisteem, kan bekamp. Daar sal gekyk word na die doel en voordele van vroeë intervensie, asook na die aanbod daarvan met behulp van programme in die buiteland sowel as in Suid-Afrika.

5.2 FILOSOFIESE RAAMWERK VAN VROEË INTERVENSIË GEDURENDE DIE KINDERJARE

5.2.1 Die historiese ontwikkeling

Daar is 'n inherente filosofiese verskil tussen vroeë kinderopvoeding vir “normale” kinders en dié vir kinders met spesiale behoeftes, maar beide velde deel dieselfde oorsprong, naamlik die strewe na beter opvoeding vir alle jong kinders (Essa, 1999:44). Sleutelfigure wat 'n bydrae gelewer het tot vroeë intervensie tydens die kinderjare sal kortliks bespreek word.

In die agtiende eeu het die Franse filosoof Jean-Jaques Rousseau (1712-1778) geargumenteer dat alle jong kinders voordeel sal trek uit 'n geïntegreerde kurrikulum wat al die natuurlike sintuie verbeter. Hy het ook geglo dat kinders anders leer as volwassenes deur ontwikkelingsfases te ervaar (Essa, 1999:44).

Rousseau het op sy beurt vir Friedrich Froebel beïnvloed, wat in die vroeë 1800's die konsep van 'n “kindertuin” ontwikkel het, waar kinders kan speel en ontwikkel onder die toesig van versorgende volwassenes. Hierdie konsep vorm vandag steeds die basis vir aanbevole vroeë kinderjare. Soos wat Froebel se sienings 'n deel van Amerika se kindertuine geword het, het nuwe stemme begin opgaan vir 'n meer aggressiewe benadering. Dit is gelei deur John Dewey (1859-1952) en sy kollegas. Vroeë opvoeders soos Dewey het geglo dat kinders deur beide intrinsieke motivering, wat van binne hulleself kom, en eksterne motivering van die omgewing leer. Dewey se progressiewe benadering vir leer en opvoeding word vandag steeds gebruik. Sy tandem of tweeledige proses van intrinsieke en eksterne motivering word ook gesien in die werk van Piaget (1896-1980) en Lev Vygotsky (1896-1934) (Essa, 1999:44).

Maria Montessori (1870-1952) was die eerste Italiaanse vrou wat 'n doktorsgraad in medisyne verwerf het. Haar fokus was primêr op kinders en sy is beïnvloed deur die werk van Jean-Marc-Gaspard Itard en sy student Edouard Séguin. Beide hierdie mans het

geglo dat kinders deur hulle sintuie leer. Montessori het ook 'n belangstelling in die help van kinders met breinabnormaliteite gehad. Sy het geglo dat alle kinders nodig het om die wêreld te eksploreer deur hulle sintuie en dat die opvoeder se primêre rol slegs dié van observeerder of fasiliteerder moet wees (Essa, 1999:45).

Montessori (Essa, 1999:45) het geglo in 'n "voorbereide omgewing" waar alles 'n doel het en waar materiale in 'n spesifieke volgorde van moeilikheidsgraad, van eenvoudig tot kompleks, geplaas word. Sy het die analogie tussen 'n spons wat vloeistof opsuig en 'n kind se geheue wat leer absorbeer, gemaak. Dit is maklik om in Montessori se idees die ooreenkomste met opvoeding en leer by kinders met spesiale behoeftes en meer spesifiek, kinders met sensoriese gestremdhede, te sien.

Na aanleiding van bogenoemde bespreking (Essa, 1999:45) vorm die navorser 'n eie mening dat sekere beginsels van die historiese ontwikkeling van vroeë intervensie steeds op vandag se intervensieprogramme van toepassing gemaak kan word. Só word daar steeds vandag geglo, net soos Jean-Jaques Rousseau (Essa, 1999:45), dat 'n kind as 'n geheel gesien en benader moet word en dat hy dus voordeel sal trek uit 'n geïntegreerde kurrikulum wat al die natuurlike sintuie verbeter. Veral wanneer daar na vroeë intervensieprogramme vir die kleuter met gesiggestremdheid gekyk word, is dit baie belangrik dat al die ander sintuie (gehoor, smaak, tas en reuk) verbeter en aangemoedig moet word ten einde funksionering op alle domeine te verbeter (Essa, 1999:45). Al die vlakke van ontwikkeling (emosioneel, sosiaal, fisies, taal, kognitief) moet ook as 'n geïntegreerde geheel gesien word wanneer dienste aan die kleuter met gesiggestremdheid gelewer word. 'n Verdere siening van Jean-Jaques Rousseau wat vandag steeds van toepassing is, is die feit dat kinders ontwikkelingsfases ervaar. Wanneer daar vandag na vroeë intervensieprogramme vir die kleuter met gesiggestremdheid gekyk word, is dit ook gebaseer op ontwikkelingsmylpale en word hoërisiko-kindere na aanleiding daarvan geassesseer. Laasgenoemde sienings word dus ondersteun deur hedendaagse vroeë intervensieprogramme, soos later in hierdie hoofstuk bespreek sal word (5.11).

Die navorser is van mening dat die siening van Friedrich Froebel, wat die konsep van "kindertuine" ontwikkel het, waar kinders kan speel en ontwikkel onder die supervisie van versorgende volwassenes, baie sterk figureer in die hedendaagse vroeë intervensieprogramme vir kleuters met gesiggestremdheid (Essa, 1999:45) (5.11). Hierdie konsep vorm steeds die basis vir hedendaagse aanbevole ontwikkeling in die vroeë kinderjare.

Die navorser is verder van mening dat die siening van vroeë opvoeders soos Dewey, wat geglo het dat kinders deur beide intrinsieke motivering, wat van binne hulleself kom, en eksterne motivering van die omgewing leer, ook binne die raamwerk val van hedendaagse vroeë intervensieprogramme vir kleuters met gesiggestremdheid (Essa, 1999:45) (5.11). Dewey het ook geglo dat kinders deur hulle sintuie leer. Betrokke siening van Dewey vorm steeds 'n baie belangrike deel van vandag se vroeë intervensieprogramme vir kleuters met gesiggestremdheid.

Montessori, wat ook 'n belangstelling in die hulp aan kinders met breinabnormaliteite gehad het, het geglo dat alle kinders nodig het om die wêreld deur hulle sintuie te eksploreer en dat die opvoeder se primêre rol slegs dié van observeerder of fasiliteerder moet wees. Die navorser is van mening dat laasgenoemde mening van Montessori ook binne die raamwerk val van hedendaagse vroeë intervensieprogramme vir kleuters met gesiggestremdheid (Essa, 1999:45) (5.11). Vroeë intervensie as sulks sal vervolgens bespreek word.

5.3 DIE BEGINSEL VAN VROEË INTERVENSIË

Vroeë intervensie tydens die kinderjare verwys na die ondersteuningsstelsel vir kinders met ontwikkelingsagterstande of -gestremdhede (Wikipedia, sv 'Early Intervention'). Indien 'n kind 'n ontwikkelingsagterstand het, vererger dit oor tyd. Die beginsel van vroeë intervensie is dus om hierdie ontwikkelingsagterstande by hierdie kinders te verminder en om die kans op die bereiking van normale mylpale te vergroot. Dit word gedoen deur middel van die voorsiening van gepaste terapeutiese insette en/of intervensies aan hierdie kinders. Vroeë intervensie begin met geboorte of diagnose en kan voortduur tot en met die ouderdom van drie jaar. Vroeë intervensie behels gespesialiseerde opvoeding en terapeutiese insette en/of hulp vir die kind, sowel as ondersteuning vir die hele gesinsistelsel. Dit kan geskied deur die gee van inligting, emosionele ondersteuning en aanbevelings (Wikipedia, sv 'Early Intervention').

Volgens die American Foundation for the Blind word hierdie kritieke leerproses wat gedurende die babatyid en voorskoolse jare plaasvind, vandag deur baie professionele persone erken. Mediese navorsers, sielkundiges, maatskaplike werkers, opvoeders en arbeids-, fisio- en spraakterapeute verstaan die belangrikheid daarvan om intervensie te voorsien gedurende hierdie kritieke vroeë tydperk van 'n kind se lewe (Early intervention services, 2009; Lerner *et al.*, 1998:7).

5.4 VROEË INTERVENSIË TYDENS DIE KINDERJARE GEDEFINIEER

Guralnick (1997:17) definieer vroeë intervensie tydens die kinderjare soos volg: “Early childhood intervention may be best conceptualized as a system designed to support family patterns of interaction that best promote children’s development.”

Die navorser is van mening dat die definisie van vroeë intervensie tydens die kinderjare ook van toepassing gemaak kan word op die kind met gesiggestremdheid. Vir die doeleindes van hierdie studie word vroeë intervensie by die kind met gesiggestremdheid as volg gedefinieer: ’n Sisteem (wat onder meer ’n vroeë intervensieprogram vir ouers met ’n kind van nul tot ses jaar met ’n gesiggestremdheid insluit) wat ontwikkel is ten einde interaksiepatrone binne die gesin te ondersteun wat die kleuter met gesiggestremdheid se ontwikkeling die beste sal ondersteun.

In sommige gevalle word die term “early childhood intervention” net gebruik met verwysing na dienste gelewer aan kinders vanaf geboorte tot en met drie jaar oud (Spiker, Hebbelere, Wagner, Cameto & McKenna, 2000:54), terwyl dit in ander gevalle tot en met die ouderdom van agt jaar benut word (Wikipedia, sv ‘Early Childhood Intervention’).

Vir die doeleindes van hierdie studie sal vroeë intervensiedienste verwys na dienste gelewer vanaf geboorte of diagnose tot en met die ouderdom van ses jaar.

5.5 DIE DOEL VAN VROEË INTERVENSIË

Die outeur Wolfendale (1997:13), is van mening dat vroeë intervensie menige doelwitte het, naamlik:

- om ondersteuning aan gesinne te voorsien sodat hulle die kind met ontwikkelingsagterstande in hulle midde kan ondersteun;
- om kinderontwikkeling in sleuteldomeine soos kommunikasie en mobiliteit te bevorder;
- om ’n kind se selfvertroue met betrekking tot die hantering van probleme en kwessies te bevorder; en
- om probleme in die toekoms te voorkom.

5.6 DIE DOEL VAN VROEË INTERVENSIË BY KINDERS MET SPESIALE BEHOEFTE

Die onderliggende aanname vir alle jong kinders met spesiale behoeftes is dat vroeë intervensie 'n aansienlike verskil in hulle groei en ontwikkeling maak. Sommige toestande kan verlig word, ander kan in 'n groot mate oorkom word en ander kan bestuur word ten einde die lewenskwaliteit van die kind te verhoog. Intervensie op 'n vroeë ouderdom verhoog die sosiale en kognitiewe ontwikkeling van jong kinders met gestremdhede. Die voordeel vir die samelewing is dat die getal kinders wat op 'n later stadium dienste gaan benodig, drasties verminder word (Lerner *et al.*, 1998:8).

Die navorser stem saam met Lerner *et al.* (1998:8) dat vroeë intervensie ook vir die samelewing voordelig kan wees deurdat minder kinders spesiale dienste gaan benodig en dit die staat dus geld gaan bespaar. Indien die regering dus belê in vroeë intervensieprogramme, sal dit die finansiële las in die toekoms op die staat verlig.

Die mening van Gomby, Lerner, Stevenson, Lewit en Behrman (1995:138) het die navorser oortuig dat die belowendste suksesstories in opvoeding vandag die terugvoer van spesiale programme vir jong kinders met spesiale behoeftes is. Programme vir spesiale opvoeding tydens die vroeë kinderjare bestaan eerstens uit die identifisering van jong kinders met spesiale behoeftes wat moontlik probleme gaan ondervind met betrekking tot akademiese leer en tweedens die onmiddellike voorsiening van vroeë intervensie. Wanneer jong kinders wat groot ontwikkelingsagterstande toon geïdentifiseer word voordat hulle met akademiese probleme presenteer, kan potensiële akademiese mislukkings voorkom word of die impak daarvan beperk word. Daar bestaan oorredende bewyse dat vroeë intervensie die kwaliteit van 'n kind se lewe kan verbeter. Verder voorkom dit sekondêre probleme wat die oorspronklike probleem vergroot en dit bespaar finansies by die samelewing (Gomby *et al.*, 1995:138).

5.7 DIE EFFEK VAN VROEË INTERVENSIË BY KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID

Die volgende outeurs (Gomby *et al.*, 1995:138; Lerner *et al.*, 1998:9; Lueck & Heinze, 2005:201) stem saam dat vroeë intervensie voordelig is vir jong kinders en dat dit ook 'n beter lewenskwaliteit aan hulle voorsien. Vroeë intervensie resulteer in positiewe uitkomstes ten opsigte van kinders se kognisie en sosiale vaardighede, asook in die vermindering van gedrags- en sosiale probleme. Harbin, Gallagher en Terry (1995:14)

voeg by dat wanneer ouers opgelei word ten opsigte van die korrekte hantering van hulle jong kind met spesiale behoeftes, dit die lewenskwaliteit van die kind verhoog en die ouerkindverhouding en -interaksies verbeter.

Na aanleiding van die mening van bogenoemde outeurs (Harbin *et al.*, 1995:14; Gomby *et al.*, 1995:138; Lerner *et al.*, 1998:9; Lueck & Heinze, 2005:201) vorm die navorsers 'n eie mening dat hierdie studie juis ten doel het om ouers te begelei deurdat hulle kennisbasis verbreed word ten opsigte van die korrekte hantering van hulle jong kind met spesiale behoeftes. Dit sal dus die lewenskwaliteit van die kind en die ouerkindverhouding en -interaksies verbeter. Die sisteemteorie word as denkraamwerk in hierdie studie benut en dus word alle verhoudings in hierdie program binne die gesinsisteem (huweliksverhouding, ouerkindverhouding en sibbeverhoudings) aangespreek. Bemagtiging van die totale gesinsisteem vind dus plaas met die deurloop van die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses). Die deurlopende begeleiding en ondersteuning wat hierdie program bied, sal resulteer in gevoelens van bevoegdheid en laer stresvlakke by al die gesinslede.

5.8 DIE VOORDELE VAN VROEË INTERVENSIE

'n Studie wat deur Richmond (1990:3069-3070) gedoen is, het bewys dat babas met 'n lae geboortegewig betekenisvolle verbetering in kognisie- en gedragsfunksie getoon het met die lewering van vroeë gespesialiseerde intervensiedienste. Hierdie intervensiedienste het bestaan uit gereelde tuisbesoeke, die bywoning van 'n kinderontwikkelingskliniek, addisionele tuisbesoeke, ouerondersteuningsgroepe, pediatriese monitering en gemeenskapsverwysingsdienste.

Verskeie outeurs, byvoorbeeld Blasco (2001:5), Gomby *et al.* (1995:138) en Lerner *et al.* (1998:9), ondersteun Richmond (1990:3069-3070) se mening en stem saam dat intervensie gedurende die eerste lewensjare noodsaaklik is en dat dit resulteer in positiewe uitkomst op bykans alle areas. Lerner *et al.* (1998:11) som dit op dat vroeë intervensie die volgende uitkomst by kinders met spesiale behoeftes tot gevolg het:

- Dit verhaas kognitiewe en sosiale ontwikkeling, wat terselfdertyd gedragsprobleme verminder. Baie toestande kan verlig word, ander kan voorkom word en sommige kan beter bestuur word ten einde die kind in staat te stel om 'n beter lewe te leef.
- Dit het substansiële voordele op alle vlakke van ontwikkeling. Navorsing deur Lerner *et al.* (1998:11) het bewys dat wanneer jong kinders met spesiale

behoefte geïdentifiseer word en van toepaslike intervensie voorsien word, hulle fisiese, kognitiewe, taal- en spraak-, psigo-sosiale en selfhelpdomeine drasties verbeter.

- Dit inhibeer en voorkom sekondêre probleme. Wanneer jong kinders met gestremdhede op 'n vroeë stadium omvattende en intensiewe dienste ontvang, sal baie gedrags- en leerprobleme nie ontwikkel nie of in 'n groot mate beperk word.
- Vroeë intervensie verminder stres binne die gesinsisteem. Die kind met 'n spesiale behoefte word binne die gesinsgesentreerde benadering beskou as deel van die gesinsisteem. Wanneer die ouers dus as 'n integrale deel van die intervensieproses bemagtig word, word die gesin 'n essensiële element in die kind se leerproses en die kindouerverhouding word ook verbeter.
- Die samelewing word bevoordeel as gevolg van vroeë intervensiedienste en -programme. Vroeë intervensieprogramme bied substansiële finansiële besparings vir die gemeenskap en samelewing. Dit verminder afhanklikheid en institutionalisering. Dit verminder die behoefte aan spesiale opvoedingsdienste met skoolgaande ouderdom. Laastens bespaar die samelewing substansiële gesondheidsorg-, institusionele en opvoedingskoste.

Dit blyk dus dat vroeë intervensiedienste en/of -programme verskeie voordele in verskeie areas van die samelewing het. Die navorser is deur die mening van Lerner *et al.* (1998:11) oortuig dat vroeë intervensieprogramme voordelig is vir hoërisiko-kindere en kindere met spesiale behoeftes deurdat dit kognitiewe en sosiale ontwikkeling verhaas en dus gedragsprobleme verminder. Vanuit eie ervaring by Pionierskool vir Blindes het die navorser ervaar dat wanneer ouers gehelp en bemagtig word, die kind met gesiggestremdheid ook direk daarby baat vind. Die ouerbegeleidingprogram van hierdie studie (hoofstuk ses) het ten doel om die ouer te help om die kind te help. Voordele soos die verbetering van substansiële winste op alle vlakke van ontwikkeling (fisies, emosioneel, sosiaal en kognitief) die inhibering en voorkoming van sekondêre probleme, die vermindering van stres binne die gesinsisteem asook die bevoordeling van die samelewing word ook deur die navorser ondersteun. Wanneer die ouers dus as 'n integrale deel van die intervensieproses bemagtig word, word die gesin 'n essensiële element in die kind se leerproses en verbeter dit die ouerkindverhouding.

5.9 DIE EFFEK VAN VROEË INTERVENSIË OP BREINONTWIKKELING

Die vroeë kinderjare is 'n kritieke tydperk vir alle kindere, maar vir die kind wat afwyk van die norm met betrekking tot leergeleenthede en stimulasie of fisiese, verstandelike of

gedragsontwikkeling, is hierdie jare des te meer belangrik. Teen die tyd dat hierdie kinders skoolgaande ouderdom bereik, het kosbare leertyd verstryk en die geleentheid om belangrike vroeë intervensie te voorsien, is vir altyd verlore (Chen, Klein & Haney, 2007:149; Lerner *et al.*, 1998:7).

'n Studie is in 1990 deur Huttenlocher (in Richmond, 1990:3069-3070) gedoen wat die invloed van die omgewing op 'n baba se breinontwikkeling het, te toets. Daar is bevind dat breinsinapses, die interkonneksie tussen neurone, teen 'n fenomenale pas groei gedurende die eerste maande en jare van 'n kind se lewe. Die brein groei en ontwikkel ook baie vinnig en word baie effektief gedurende hierdie eerste lewensjare. Omgewingsinvloede en die kind se ervarings gedurende die eerste lewensjare speel 'n baie groot rol in breinontwikkeling en affekteer intelligensie en die vermoë om te leer (Richmond, 1990:3069-3070).

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat stimulasie reeds gedurende die eerste lewensjaar van 'n kind moet geskied ten einde sy breinontwikkeling, intelligensie en die vermoë om te leer te verbeter. Dit beklemtoon die noodsaaklikheid van stimulasie vir die kind met gesiggestremdheid – meer nog as by die kind wat nie gestremd is nie. 'n Eie mening van die navorser is dat die vroeëtydige stimulasie van die kind met gesiggestremdheid ook op fisiese vlak in parallel moet loop met die intellektuele stimulering. Stimulasie op fisiese vlak is uiters belangrik ten einde die jong kind wat braille moet aanleer voor te berei om 'n braillemasjien so spoedig moontlik te kan gebruik (2.13.2.1). Om 'n braillemasjien te gebruik vereis dat die kind 'n regop postuur het wat sterk rug-, nek- en bolyfspiere insluit. Die kind moet voorberei word om (soos voor 'n rekenaar) te kan sit en die masjien te kan gebruik. Sterk hand- en vingerspiere is 'n verdere vereiste ten einde die braillemasjien effektief te kan gebruik. Die kleuter met gesiggestremdheid moet dus ook fisies gestimuleer word ten einde akademiese leer in die formele skoolstruktuur te kan baasraak.

Verskeie outeurs soos Blasco (2001:2) en Lerner *et al.* (1998:7), stem saam met die resultate van die Huttenlocherstudie (Richmond, 1990:3069-3070) en is dit eens dat navorsing oor breinontwikkeling bevind het dat stimulasie reeds gedurende die eerste drie jaar van 'n mens se lewe moet plaasvind sodat maksimale intellektuele groei bereik kan word. 'n Kind se omgewing beïnvloed die hoeveelheid breinselle wat 'n kind ontwikkel, asook die konneksies tussen hulle. Gedurende die vroeë kinderjare ontwikkel die brein triljoene interkonneksies waarmee gedink word en dit hang grootliks af van die leerstimulasie van sy omgewing (Lerner *et al.*, 1998:7). Die navorser stem saam met

laasgenoemde outeur (Lerner *et al.*, 1998:7) dat die kind se breinontwikkeling deur die leerstimulasie in sy omgewing beïnvloed word en beklemtoon die noodsaaklikheid daarvan dat ouers baie aandag moet gee en hul kind van jongs af moet stimuleer - ten spyte van hul onverwerkte emosionele gevoelens as gevolg van die diagnose. Die navorser is dus van mening dat indien die ouers en die gesinsisteem (wat die direkte omgewing van die kind met gesiggestremdheid uitmaak) alreeds op 'n vroeë stadium begeleiding ten opsigte van die korrekte hantering en stimulering van die kind met gesiggestremdheid kan ontvang, dit die omgewingstimulasie van hierdie kind drasties kan verbeter. Verhoogde breinontwikkeling by die kind met gesiggestremdheid sal die direkte gevolg hiervan wees.

Gedurende die vroeë kinderjare het die brein spesiale sensitiewe periodes (“windows of opportunity”) waar dit maklik dinge aanleer en sekere stimulasie nodig het om maksimaal te ontwikkel. 'n Studie in breinontwikkeling wat deur die Carnegie Corporation gedoen is, het die volgende bewys:

- Breinontwikkeling voor die ouderdom van een jaar is buitengewoon vinnig en omvattend - meer as wat voorheen geglo is.
- Breinontwikkeling is baie meer kwesbaar vir omgewingsfaktore en -invloede as wat voorheen vermoed is.
- Die invloed van vroeë omgewingstimulasie op breinontwikkeling is ewigdurend.
- Die omgewing affekteer die getal breinselle, die konneksies tussen hulle, asook die manier waarop die konneksies aan mekaar geheg is.
- Vroeë stres het 'n negatiewe impak op breinfunksie (Starting points: Meeting the needs of our youngest children, 2004).

Die Carnegie-studie waarsku dat swak breinontwikkeling voorkom moet word by kinders wat onder 'n hoë risiko verkeer. Dit is noodsaaklik dat daar vir kinders 'n goeie lewensbegin voorsien moet word sodat hulle meer geleenthede kan kry om leer te bevorder en breinverbindinge te ontwikkel. Die kind se omgewing in die vroeë lewensjare is krities belangrik deurdat 'n liefdevolle en versorgende atmosfeer inderdaad 'n kind se intelligensie aanhelp – vir die res van sy lewe. Alhoewel goeie skoolopleiding, vaardige onderwysers en beter lewensomstandighede kinders wat onder 'n hoë risiko vir swak breinontwikkeling verkeer, kan help as hulle ouer is, wys die Carnegie-studie daarop dat die geleentheid om 'n beter brein op sigself te ontwikkel, slegs in die eerste vyf lewensjare kan gebeur (Starting points: Meeting the needs of our youngest children, 2004).

Die navorser is van mening dat die meeste kinders met gesiggestremdheid in Suid-Afrika nie voor skoolgaande ouderdom aan skoolopleiding en vaardige onderwysers blootgestel word nie. Hulle is dus tot en met sewe jaar oud op hulle gesinsomgewing aangewese, waarna die kritiese leertydperk (geboorte tot vyf jaar oud) om 'n beter brein op sigself te ontwikkel, reeds verstreke is. Indien ouers dus alreeds met die diagnose van hulle kind met gesiggestremdheid, dit wil sê op 'n baie vroeë stadium, begeleiding deur 'n professionele persoon kan ontvang, behoort dit die breinontwikkeling te verbeter en dus 'n lewenslange positiewe uitwerking op die kind met gesiggestremdheid se lewenskwaliteit te hê. Vroeë intervensieprogramme kan ook latere emosionele, sosiale, leer- en gedragsprobleme by die kind met gesiggestremdheid voorkom en/of bekamp deurdat die hele gesin (en meer spesifiek die ouers in hierdie studie) begelei en ondersteun word met die nodige kennis.

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. Dit kan gesien word as 'n vorm van vroeë intervensiedienste wat aan die gesin en die kind met gesiggestremdheid gelewer word. Die program voorsien die ouers van inligting en bied emosionele ondersteuning met die benutting daarvan. Die navorser is van mening dat hierdie program ouers kan bemagtig deurdat dit hulle kennisbasis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogkondisie en die hantering van hierdie kind op verskeie vlakke (emosioneel, sosiaal en akademies) sal verbeter. Vanweë die feit dat hierdie studie vanuit die algemene sisteembenadering gefundeer is, dek hierdie program aspekte om alle verhoudings binne die gesinsisteem (ouerkind, huwelik en sibbe) aan te spreek ten einde die hele gesinsisteem (en dus die kind met gesiggestremdheid se onmiddellike omgewing) se funksionering te verbeter.

5.10 TEORETIESE FONDAMENTE VAN VROEË INTERVENSIË

Volgens Lerner *et al.* (1998:10) speel verskillende teorieë 'n rol in die assesserings- en intervensiepraktyke vir jong kinders met spesiale behoeftes. Die rykdom van hierdie veld is geskep deur die verskillende dissiplines wat 'n bydrae lewer tot die kritiese idees en praktyke met betrekking tot die vroeë kinderjare, naamlik opvoedkunde, spesiale opvoedkunde, berading en die sielkunde van leer. Intervensiemetodes en kurrikulummodelle is gebaseer op verskillende teorieë van leer, naamlik ontwikkelings-, kognitiewe, gedrags-, sosiale, konstruktiewe en gesinsisteemteorieë. Die navorser het dit goedgevind om hierdie teoretiese benaderings kortliks te omskryf en ook van toepassing te maak op hierdie studie.

5.10.1 Ontwikkelingsteorie

Ontwikkelingsteorieë voorsien die fondasie vir baie programme met betrekking tot die vroeë kinderjare, veral in kinderopvoeding, kleuterskoolklasse en voorskoolse programme. Hierdie teorieë is gebaseer op ontwikkelingsielkunde wat 'n maturasieperspektief van kinderontwikkeling gee en voorsien 'n fondasie vir die opvoeding van die jong kind. Die sleutel tot hierdie konsep van opvoeding is die natuurlike groei en opeenvolgende ontwikkelingsfases by die jong kind. Die onderliggende aanname is dat die kind se eie innerlike behoefte en strewe om te leer onder normale en gewenste omstandighede natuurlik na vore sal tree en sal ontwikkel. Die opvoeder se rol is dus slegs om hierdie natuurlike groeiproses te fasiliteer en aan te help deur middel van die voorsiening van leergeleenthede binne 'n omgewing wat verrykend, ondersteunend en versorgend is (Lerner *et al.*, 1998:10).

Arnold Gesell, 'n sielkundige tydens die vroeë gedeelte van die twintigste eeu, het 'n verband getrek tussen die ontwikkeling van die fisiese en kognitiewe vermoëns by die jong kind en het dit omskep in 'n liniêre model van ontwikkeling (Blasco, 2001:23). Piaget (1962) het gevolg met 'n model wat ook getoon het dat kinders verhoogde komplekse kognitiewe konsepte bykry in opeenvolgende fases. In die vroeë jare is dit die sensoriese fase (geboorte tot 18 maande) en die pre-operasionele fase (een-en-'n-half jaar tot vier-en-'n-half jaar). Piaget het geglo dat die kleuter deur eksplorering en spel leer. Sy navorsing het die basis gevorm van die navorsing van die sensories-motorieseperiode (Blasco, 2001:23).

Die ontwikkelingsteorie voorsien die basis van die "totalekindteorie", wat alle aspekte van die kind se groei insluit, naamlik fisies, emosioneel, taal, sosiaal en kognitief. Binne hierdie omvattende filosofie van die jong kind se opvoeding bied dit die kind 'n verskeidenheid van verrykende ervarings en geleenthede (Blasco, 2001:23-24; Lerner *et al.*, 1998:10).

Die navorser is van mening dat die beginsels van die ontwikkelingsteorie, soos omskryf deur Blasco (2001:23-24) en Lerner *et al.* (1998:10) van toepassing gemaak kan word op die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie (hoofstuk ses). Die onderliggende aanname van hierdie teorie is dat die kind se eie innerlike behoefte en strewe om te leer onder normale en gewenste omstandighede natuurlik na vore sal tree en sal ontwikkel en dat die opvoeder se rol dus slegs is om hierdie natuurlike groeiproses te fasiliteer en aan

te help deur middel van die voorsiening van leergeleenthede binne 'n omgewing wat verrykend, ondersteunend en versorgend is. Hierdie studie ondersteun die ontwikkelingsteorie deurdat dit juis die opvoeders (die ouers of primêre versorgers van die kind met gesiggestremdheid) begelei en bemagtig sodat hulle toegerus is en oor die nodige kennis en vaardighede beskik om 'n omgewing vir hulle kind met gesiggestremdheid te skep wat verrykend, ondersteunend en versorgend is sodat leer op 'n natuurlike wyse kan plaasvind. Hierdie studie ondersteun ook die uitgangspunt dat die ouer die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlike leermeester is. Laasgenoemde is gebaseer op die feit dat alle interaksies – gesprekke met die kind, om vir die kind te sing, hom te troos, met hom te speel en hom aan of uit te trek – natuurlike leergeleenthede is waar leer kan plaasvind binne 'n natuurlike huisomgewing (5.11). Die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses) bespreek hierdie aspek deur riglyne aan die ouer (as die natuurlike leermeester van die kind) te bied oor hoe om die leerproses by die kind met gesiggestremdheid te stimuleer en as't ware vroeë intervensiedienste binne die natuurlike huisomgewing te lewer.

5.10.2 Kognitiewe teorie

Die kognitiewe benadering ten opsigte van kinderontwikkeling is gebaseer op die idees en teorieë van Piaget (1970), wat navorsing gedoen het oor die manier waarop kinders kognitief ontwikkel, asook oor die ontwikkeling van hulle denkvermoë. Kognitiewe vaardighede sluit geheue, diskriminasie, probleemoplossing, konsepvorming, verbale leer en begrip in. 'n Deel van Piaget se baanbrekerswerk was die insig dat kinders nie soos volwassenes dink nie, maar eerder deur verskeie fases van ontwikkeling gaan wat gekarakteriseer word deur 'n bepaalde manier van dink. Die kognitiewe kurrikulum fokus op maniere (aktiwiteite en ervarings) wat denkprosesse en -vaardighede aanmoedig en ontwikkel (Blasco, 2001:99; Lerner *et al.*, 1998:10).

'n Baie belangrike konsep van die kognitiewe teorie is dat leer as 'n konstruktiewe proses gesien word (Blasco, 2001:99; Lerner *et al.*, 1998:10). Dit beteken dat kennis nie direk aan 'n kind gegee kan word nie, maar dat 'n kind sy eie kennis aktief en op 'n konstruktiewe manier moet skep en bou. Leer is afhanklik van die kennis waaroor die kind reeds beskik, asook die opbou van nuwe kennis (Lerner *et al.*, 1998:12). Blasco (2001:99) is van mening dat Piaget se teorie beklemtoon dat die ontwikkeling van die jong kind se kognitiewe vaardighede geleidelik plaasvind en steeds voortgaan met die tyd. Elke periode van ontwikkeling bou dus op die vorige een in 'n konstruktiewe proses. Piaget noem dit "die groei van geheuestrukture". Hy het ook geglo dat die kind hieraan

(aan die groei van geheuestrukture) verbind is en voortdurend besig is om 'n plan te konstrueer. Tomey (in Lerner *et al.*, 1998:12) het die beginsel van konstruktiewe leer soos volg opgesom:

Tell me and I forget;
Show me and I remember;
Involve me and I understand.

Die navorser is van mening dat die beginsels van die kognitiewe teorie (Piaget, 1970) van toepassing gemaak kan word op die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie. Die onderliggende aanname dat leer as 'n konstruktiewe proses gesien moet word, dit wil sê dat kennis nie direk aan 'n kind gegee kan word nie, maar aktief deur die kind self op 'n konstruktiewe manier geskep en gebou word, word deur hierdie studie ondersteun. Die ouerbegeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid het, het ten doel om hulle te begelei en te bemagtig sodat hulle toegerus is en oor die nodige kennis en vaardighede beskik om konstruktiewe leer by hulle kleuter met gesiggestremdheid te fasiliteer en te ondersteun. Ten einde die proses van konstruktiewe leer (waar elke periode van ontwikkeling op die vorige een bou) te fasiliteer, is dit nodig dat ouers reeds vanaf die kind met gesiggestremdheid se geboorte kennis moet neem van die unieke proses van leer by die kleuter met gesiggestremdheid. Ouers moet begelei word om 'n effektiewe kommunikasiesisteem tussen ouer en kind met gesiggestremdheid te skep; dus moet ouers toegerus wees hóé om inligting aan die kind oor te dra sowel as om die kind se eie denkprosesse te help ontwikkel en te stimuleer. Die kwessies van selfstandigheid en onafhanklikheid by die kind met gesiggestremdheid ten einde die proses van leer te fasiliteer is noodsaaklik en word in die program bespreek. Ouers moet bemagtig voel en oor die nodige kennis beskik ten opsigte van hulle kind se oogtoestand, hoe dit hom gaan beïnvloed en hoe hulle op 'n effektiewe manier met hom kan kommunikeer. Die program help dus die ouer om 'n effektiewe kommunikasiesisteem tussen ouer en kind met gesiggestremdheid te ontwikkel. Die groei van die jong kind se kognitiewe vaardighede vind geleidelik plaas, wat beteken dat indien konstruktiewe insette (wat deur die kind met gesiggestremdheid verstaan word) reeds vanaf geboorte deur sy onmiddellike omgewing (wat grotendeels uit sy gesin bestaan) gegee kan word, dit die groei van sy geheuestrukture kan bevorder. Die kleuter met gesiggestremdheid moet dus voortdurend deur sy omgewing verstaan en gestimuleer word sodat gesonde denkprosesse bevorder kan word.

5.10.3 Sosiale teorie

Wetenskaplikes het die argument begin uitdaag wat deur beide die gedrags- en Piaget-teorie aangehang word, dit wil sê dat kinders se konseptuele ontwikkeling meer afhanklik is van die ontwikkeling van insig en vaardighede wat domein-, taak- en konteksspesifiek is as van die ontwikkeling van sistematiese en logiese strukture (Blasco, 2001:100). Lerner *et al.* (1998:13) stem saam met Blasco (2001:100) dat die sosiale konteks waarin leer plaasvind, die leerproses beïnvloed. Die sosiale interaksies tussen die kind en die belangrike ander (ouer, onderwyser, versorger of ander gesinslede) is 'n nodige bestanddeel vir die leerproses om plaas te vind.

Vygotsky (1962) was 'n Russiese sielkundige wat die sosiale aard van leer beklemtoon het, asook die kritiese rol wat interpersoonlike verhoudings in die aanleer van gedrag speel. Leer is 'n interpersoonlike, dinamiese en sosiale gebeurtenis wat afhanklik is van ten minste twee persone waar die een vaardiger is of oor meer kennis as die ander beskik. Menslike leer vind plaas as 'n oordrag van verantwoordelikheid, of dit nou is om te leer om te speel, om te deel of om te glimlag. Al hierdie leervaardighede dra die interpersoonlike dimensie oor deur middel van 'n resiprokale interaksie met volwassenes of maats. Die oordrag van vaardighede vereis 'n onderwyser, ouer of maat wat ondersteuning bied en die kind help om te leer. Ouers en onderwysers kan 'n aktiewe rol inneem om jong kinders aan te moedig om nuwe dinge te probeer deur die gebruik van verbale interaksie. Wanneer die kind 'n taak wil uitprobeer, moet die ouer dit ondersteun en aanmoedig (Lerner *et al.*, 1998:13). Volgens Blasco (2001:100) berus Vygotsky se teorie dus op die aanname dat kinders in 'n "sone van proksimale ontwikkeling" leer, wat gedefinieer word as 'n "fase van bemeestering". Laasgenoemde het sy oorsprong in die verloop van sosiale interaksie waar die kind 'n vaardigheid gedeeltelik bemeester, maar dit slegs suksesvol kan toepas met die bystand en supervisie van 'n kenner as vennoot.

Die navorser is van mening dat die beginsels van die sosiale teorie van toepassing gemaak kan word op die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie. Die onderliggende aanname soos deur verskeie outeurs (Blasco, 2001:100; Lerner *et al.*, 1998:13) omskryf is, naamlik dat die sosiale konteks waarin leer plaasvind die leerproses beïnvloed, asook dat die sosiale interaksies tussen die kind en die belangrike ander (ouer, onderwyser, versorger of ander gesinslede) 'n nodige bestanddeel is vir die leerproses om plaas te vind, word deur die navorser ondersteun. Die kwaliteit van die ouerkindverhouding sal dus ook 'n invloed hê op die leerproses van die kind met gesiggestremdheid. Die geboorte van sodanige kind kan baie ontwrigtende emosies by die ouer tot gevolg hê

(4.3). Die ouer kan byvoorbeeld deur die hele gebeurtenis getraumatiseer voel, of sukkel om met die kind met gesiggestremdheid te kommunikeer, te identifiseer of om te gaan. Dit alles kan 'n invloed op die sosiale konteks waarbinne die kind grootword en die boodskappe wat hy vanaf sy omgewing ontvang, hê. Die ouerkindverhouding en meer spesifiek, die bindingsproses, kan ook hierdeur beïnvloed word. Indien ouers dus op 'n vroeë tydstip 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram kan deurloop, sal hulle op emosionele en praktiese vlak gehelp kan word wat die sosiale konteks waarbinne die kind grootword, positief kan beïnvloed. Op emosionele vlak kan onverwerkte gevoelens soos woede, skuld en depressie saam met die hulp van 'n professionele persoon verstaan, gehanteer en verwerk word. Op praktiese vlak kan die ouers toegerus word met wenke en riglyne ten einde die hantering van hul kleuter met gesiggestremdheid; dus word die ouer met kennis bemagtig. Dit alles kan help om die ouerkindverhouding te versterk en dus die leerproses van die kind met gesiggestremdheid te bevorder.

'n Verdere beginsel van die sosiale teorie wat deur die navorser ondersteun en benut word in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie, is die aktiewe rol wat 'n ouer inneem met die aanleer van nuwe vaardighede. Dit behels dat wanneer die kind met gesiggestremdheid 'n vaardigheid gedeeltelik bemeester, dit slegs suksesvol kan plaasvind met die bystand en supervisie van 'n kenner as vennoot (die ouer of primêre versorger). Die ouer in die rol van die kind se natuurlike leermeester is 'n belangrike aspek wat ook hier van belang is en word in die ouerbegeleidingsprogram hanteer.

5.10.4 Gesinsisteemteorie

Die gesinsisteemteorie sluit aan by die sisteemteorie waarop hierdie studie gefundeer is (soos reeds bespreek in hoofstuk drie). Lavoie (in Dunst, Trivette & Deal, 1994:143) het die volgende gesê om die gesinsisteemteorie te beskryf: "A family of five is like five people lying on a waterbed. Whenever one person moves, everyone feels the ripple."

Die gesinsisteemteorie stel 'n verskuiwing voor vanaf waar slegs op die kind in isolasie gefokus word na die kind binne die gesinsisteem. Hierdie teorie is gebaseer op die idee dat geen enkele gesinslid in isolasie van die ander lede in sy gesin kan funksioneer nie. Dit impliseer dat wanneer intervensie aan die kind verskaf word, dit elke ander lid in die gesin sal affekteer en dat wanneer die gesin intervensie ontvang, dit die kind indirek of direk sal beïnvloed (Dunst *et al.*, 1994:143).

Die gesinsisteesem bestaan uit die kind, die ouer(s), versorgers, sibbe en uitgebreide familieledes soos grootouers, bure, vriende en alle belangrike ander wat 'n invloed op die kind se lewe het. Hierdie verhoudings is interafhanklik van mekaar, dit wil sê wanneer daar iets met een lid van die gesin gebeur, word die hele gesin geaffekteer (Lerner *et al.*, 1998:13).

Die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid affekteer alle lede in die gesinsisteesem en indien iets met die ouer of sibbe gebeur, word die kind geaffekteer. Dag-tot-dag-bestaan kan baie stresvol wees vir die hele gesinsisteesem, reeds van die begin af. Hierdie kinders met gesiggestremdheid kan as babas baie geïrriteerd voel, baie aandag vereis en moeilik wees om te troos. Dit gee aanleiding tot gevoelens van onbevoegdheid, onsekerheid en hulpeloosheid by die ouers. Wanneer die kind groepsituasies moet betree, kan die ouers skuldgevoelens hê en/of skaam en verleë voel. Soos wat die angs en frustrasie meer word by die ouers, kan hulle later begin om mekaar te blameer vir hulle kind se probleme. Baie keer voel sibbe jaloers of kwaad wanneer die ouers meer aandag gee aan die kind wat spesiale behoeftes het. 'n Fundamentele doel van die gesinsisteesemteorie is om die gesin in staat te stel en te bemagtig sodat hulle vir hulleself besluite kan neem (Lerner *et al.*, 1998:13).

Aangesien hierdie studie op die sisteembenadering gefundeer is, is die navorser van mening dat die beginsels van die gesinsisteesemteorie benut kan word met die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid het. Die navorser stem saam met die beginsel van wederkerige beïnvloeding, dit wil sê dat wanneer daar intervensie aan die kind verskaf word, dit elke ander lid van die gesin sal affekteer en dat wanneer die gesin intervensie ontvang, dit die kind indirek of direk sal beïnvloed (Dunst *et al.*, 1994:143). Volgens die American Foundation for the Blind kan die behoeftes van die kind met gesiggestremdheid dus nooit van sy gesin s'n geskei word nie (Early intervention services, 2009). Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie beoog om die ouers te ondersteun en te bemagtig in hulle taak om hulle kleuter met gesiggestremdheid te help om tot sy volle potensiaal te ontwikkel. Deur op 'n vroeë tydskop hulp aan die ouer te verskaf (deur middel van 'n vroeë intervensieprogram, byvoorbeeld die voorgestelde ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie), behoort dit ook 'n direkte invloed op die kind met gesiggestremdheid te hê. Deurdat die program vanuit 'n holistiese perspektief opgestel is, is daar dus na die kind in totaliteit gekyk. Die ouer sal hulp ontvang om die kind op emosionele, sosiale, fisiese en kognitiewe vlak te stimuleer, wat op sigself 'n positiewe invloed op al die kind se domeine sal hê. Die navorser bespreek hierdie beginsel meer breedvoerig tydens 5.11 in

hierdie hoofstuk. Kenny (2005:41) het in hierdie verband die volgende gesê: “Our role is to help the parents help the child. We can do that by giving the parents the right information and tools to work with their children.” Kinders en hulle ouers is wedersyds afhanklik van mekaar en daarom is die eerste stap om die kind met gesiggestremdheid te help sodat sy ouers ook in die proses gehelp kan word.

Lowenthal (1996:39) voeg verder by dat, afgesien van die gesin, ’n wye netwerk van gemeenskapsbronne baie ondersteuningsisteme aan die gesin kan bied. Gemeenskapsbronne wat die gesin kan ondersteun sluit ’n netwerk van uitgebreide familie, vriende, bure en gemeenskapsorganisasies en -programme in. Die navorser is deur die mening van Lowenthal (1996:39) oortuig dat ’n wye netwerk van gemeenskapsbronne baie ondersteuning aan die gesin kan bied en beklemtoon die feit dat hierdie gesinne baie meer ondersteuning as die normale gesinsisteme nodig het om te oorleef en optimaal te funksioneer. Daarom is dit uiters belangrik om ook bronne in die gemeenskap te identifiseer wat hierdie gesinne kan bystaan en ondersteun. Die ouerbegeleidingsprogram sal ook hierdie aspek dek deurdat dit ’n lys van kontakpersone in die veld van gesiggestremdheid, nasionale skole en organisasies, asook internasionale hulporganisasies aan die ouers bekend sal stel.

5.11 AANBIED VAN VROEË INTERVENSIEDIENSTE MET BEHULP VAN VROEË INTERVENSIEPROGRAMME

Die volgende outeurs (Blasco, 2001:4-5; Lerner *et al.*, 1998:9) is dit eens dat daar gedurende die afgelope dertig jaar baie veranderings plaasgevind het ten einde in die behoeftes van jong kinders en hulle gesinne te voorsien. Ouers en professionele persone besef die waarde van samewerking binne ’n verhouding asook die unifikasie van vroeë opvoeding en intervensie. Die fokus van vroeë intervensiedienste verskuif dus al meer om jong kinders met gestremdhede binne ’n natuurlike en inklusiewe omgewing te help. In die verlede was die neiging meer om hierdie kinders uit hulle natuurlike omgewing (huisgesin) te verwyder en in ’n inrigting te plaas. Akademiese leer het ook uitsluitlik in gespesialiseerde skole plaasgevind.

Die paradigmaskuif (waar gepoog word om jong kinders met gestremdhede binne ’n natuurlike en inklusiewe omgewing te help) ten opsigte van die ontwikkeling van vroeë intervensieprogramme is om bevoegdheid te bevorder asook om ondersteuning aan die hele gesinsisteme te bied binne hulle natuurlike omgewing. Die American Foundation for the Blind ondersteun laasgenoemde paradigmaskuif en is van mening dat vroeë

intervensie in die kind se natuurlike omgewing, naamlik sy huis, begin (Parents perspective: Early intervention starts at home, 2009). Die ideaal is dus dat vroeë intervensiedienste so gefundeer word dat die hele gesin bemagtig word en gemaklik en met selfvertroue kan optree in die grootmaak van die kind met gesiggestremdheid. Ouers is die kind met gesiggestremdheid se natuurlikste leermeester en daarom is dit belangrik dat hulle betrokke moet wees in al die hulp wat die kind ontvang. Die ouers kan dus voortgaan met “vroeë intervensiedienste” tuis deur die inligting wat op deurlopende basis by professionele persone ontvang word. Sódoende kan aangeleerde beginsels verder versterk word. Dus kan ouers met die hulp van ’n professionele persoon geleer word hoe om deur middel van alledaagse dinge – spel, die voorsiening van stimulerende ervarings en die verbale beskrywing van mense, voorwerpe en gebeure – die kind met gesiggestremdheid se bewustheid van die wêreld rondom hom te verhoog.

Volgens die American Foundation for the Blind word die ouer of primêre versorger gesien as die kenner en natuurlike leermeester van die kind met gesiggestremdheid (Parents perspective: Early intervention starts at home, 2009). Die ouer of primêre versorger is die persoon wat die kind die beste ken en wat byvoorbeeld weet hoekom hy huil of ’n sekere gesigsuitdrukking het en wat hom gelukkig, bang of angstig laat voel. Die ouer of primêre versorger is die aangewese persoon wat hierdie “kundigheid” aan die kind met gesiggestremdheid kan bied. Dit word dan ook gesien as die eerste stap van die opvoedings- en leerproses van die kind met gesiggestremdheid – dat die ouer homself as die kind se leermeester sien. Alle interaksie – eenvoudige spel, intuïtiewe aanraking, verbale rymwoordjies en genotvolle geluide – tussen ouer en kind word as ’n leerervaring gesien binne ’n natuurlike proses. Die American Foundation for the Blind som dit soos volg op: “It is a natural process between parent and child. It happens as a matter of course” (Parents perspective: Early intervention starts at home, 2009).

Die navorser let daarop dat hierdie studie ook laasgenoemde paradigmaskuif ondersteun met die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram vir ouers van ’n kleuter met gesiggestremdheid. Die gesinsisteem, dit wil sê die natuurlike en inklusiewe omgewing van die kind met gesiggestremdheid, word gehelp (bemagtig) en dus word die kind ook gehelp. Die aanpassings wat by die huis gemaak moet word ten einde ’n optimale leeromgewing vir die kleuter met gesiggestremdheid te skep, word so wyd as moontlik gedek tydens die program.

Voorbeelde van internasionale intervensieprogramme is die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre in Rusland, die Foundation for Blind Children in Phoenix in Arizona en

die Head Start Movement in Amerika. Die navorser motiveer haar keuse om juis hiërdie drie buitelandse programme te bespreek deurdat al drie programme die klem op die bemagtiging van die totale gesinsisteem laat val, en meer spesifiek, die hoofde van die gesin (ouers). 'n Holistiese siening, dus 'n geïntegreerde benadering word gevolg wanneer gepoog word om hulp en dienste aan die kleuter met gesiggestremdheid te lewer deur middel van 'n program. Die uitgangspunt van al drie hierdie programme sluit aan by die algemene sisteemteorie waarvanuit hierdie studie gefundeer is. Daar sal kortliks na hierdie drie programme gekyk word. Daarna sal die Suid-Afrikaanse situasie met betrekking tot vroeë intervensieprogramme vir kinders met gesiggestremdheid bestudeer word.

5.12 VROEË INTERVENSIEPROGRAMME IN DIE BUITELAND

5.12.1 Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre, Rusland

Die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre is in 2003 in Rusland gestig. Hierdie organisasie het ten doel om aaneenlopende rehabilitasiedienste aan kinders met gesiggestremdheid en hulle ouers te verskaf vanaf die kinders se geboorte totdat hulle 'n bevredigende sosiale aanpassing bereik het. Die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre se aktiwiteite is tweeledig, naamlik om met die ouers (moeders, vaders en versorgers) en met die kinders te werk (Sumarokova, 2007:2).

Die werk met die ouers behels die gee van inligting met betrekking tot hulle wetlike regte as ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid, opvoedkundige vaardighede met betrekking tot die hantering van hulle kind met gesiggestremdheid, asook begeleiding ten opsigte van hulle eie sosiale en emosionele rehabilitasie. Opvoedkundige materiaal soos films en brosjures word op versoek aan ouers verskaf. Opvoedkundige films is baie gewild deurdat ouers visuele inligting ontvang wat hulle kan help met hulle kind se daaglikse roetine. Seminare ten opsigte van ouerleiding word ook deur die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre aangebied en sluit die volgende temas in: die daarstel van 'n leeromgewing tuis vir die kind met gesiggestremdheid, hoe om vir hulle kind met gesiggestremdheid oriëntasie- en mobiliteitsvaardighede aan te leer, die aanleer van selfhelpvaardighede asook die ontwikkeling en benutting van die kind met gesiggestremdheid se ander sintuie (Sumarokova, 2007:3).

Die werk met die kinders behels rehabilitasieklasse met die ouers en hulle kind met gesiggestremdheid. Afhangend van die kind se behoeftes, woon die ouers een tot drie

keer per week hierdie klasse by. Gedurende hierdie klasse word die volgende temas aangespreek: kommunikasie, selfhelp, oriëntasievaardighede, leer om te speel en die ontwikkeling van motoriese vaardighede. Daar word gepoog om die kind met gesiggestremdheid skool- en lewensgereed te maak. Individuele en kleingroeplesse word ook aan ouers gebied ten einde hulle te bemagtig met betrekking tot die ontwikkeling van die kind met gesiggestremdheid (Sumarokova, 2007:3).

Konsultasiedienste aan ouers ten opsigte van mediese, psigologiese en pedagogiese kwessies is beskikbaar by die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre. Dit kan tuis of per telefoon plaasvind. Ouers maak van hierdie konsultasiedienste gebruik soos hulle behoeftes hulle lei (Sumarokova, 2007:3).

Tuisberaders maak ook deel uit van die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre deurdat hulle tuisbesoeke aan hierdie gesinne aflê, aangesien nie alle ouers die organisasie fisies kan bereik nie. Sodoende word baie meer gesinne in nood bereik. Tuisberaders leer ook die gemeenskappe ken en teiken hoë-risikogesinne (Sumarokova, 2007:6).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat sover vasgestel kon word, die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre in Rusland 'n geïntegreerde benadering volg met betrekking tot die aanspreek van kinders met gesiggestremdheid en hulle gesinne se behoeftes. Die sisteembenadering waarop hierdie studie gefundeer is, steun hierdie werkswyse deurdat die ouerbegeleidingsprogram verskeie aspekte van die kind se ontwikkeling (emosioneel, sosiaal, fisies en kognitief) aanspreek. In samewerking hiermee word die ouers ook bemagtig deur die gee van inliging ten opsigte van die hantering van hulle kind met gesiggestremdheid, die huweliksverhouding en die ander kinders. Die gesin as sisteem word dus bemagtig.

5.12.2 The Foundation for Blind Children in Phoenix, Arizona

“We work on the floor.” Dit was die opmerking van 'n programkoördineerder vir babas met gesiggestremdheid, Miguel Gamez, in die kwartaallike nuusbrieff wat deur die Foundation for Blind Children in Phoenix gepubliseer word (Kenny, 2005:40). Miguel en sy personeel van vyftien “vroeë-intervensiewerkers” speel 'n belangrike rol by die Foundation for Blind Children, 'n nie-winsgewende organisasie wat kinders en ouers help om onafhanklike lewens te lei deurdat hulle begelei word om hulle omgewing te bemeester. Navorsing deur Kenny (2005:40) het bewys dat tot en met 90% van wat kinders in hulle eerste drie

jaar leer, deur middel van visie gebeur (primêr deur middel van nabootsing). Sig is die sintuig wat menslike wesens in staat stel om alles wat ons van die wêreld leer, te integreer. Wanneer normale visie nie aanwesig is nie, moet die kind gehelp word om die wêreld deur middel van ander, nuwe maniere te “sien” en te verstaan (Kenny, 2005:40; Lueck & Heinze, 2005:201). Die Foundation for Blind Children is gebaseer op die idee dat daar slegs ’n verskil aan die kind met gesiggestremdheid se lewe gemaak kan word wanneer ondersteuning en leiding aan beide die kind en die ouers voorsien word. Hulle beskryf hulle rol as “vroee-intervensiewerkers” soos volg: “Our role is to help the parents help the child. We can do that by giving the parents the right information and tools to work with their children” (Kenny, 2005:41).

’n Verdere belangrike rol van ’n “vroee-intervensiewerker” is volgens die Foundation for Blind Children om nuwe terminologie aan ouers te verduidelik. Miguel (in Kenny, 2005:41) verduidelik dit soos volg: “We teach parents the terminology they are going to hear in different therapy sessions and educational meetings; it’s really like another language. For example, instead of using the term ‘protective responses’, a parent might say, ‘He’s catching himself.’” Ouers is baie dankbaar vir hulp in bogenoemde area, veral wanneer dit kom by doktersafsprake. Ouers word gehelp om die regte vrae te vra tydens doktersafsprake en die “vroee-intervensiewerker” kan selfs ouers vergesel na die afspraak. Miguel (in Kenny, 2005:41) verduidelik dit soos volg:

At times, I feel like an interpreter. Many doctors don’t realize that parents do not understand the terminology; they don’t seem to realize that parents might hear the information but they have difficulty processing it because of their overwhelming concerns for their child. That’s why I go to a lot of doctor appointments with my families. I try to interpret what is being said for parents.

Volgens Kenny (2005:41) moet “vroee-intervensiewerkers” bewus wees van die moeilike tye waarmee ouers wat ’n kind met gesiggestremdheid het, gekonfronteer word. Miguel vertel van ’n gesprek wat hy met ’n ouer gehad het: “Everywhere I go, I look all around me and it seems like there are typical kids everywhere. My neighbor’s child is fine. I’m at the mall and those kids are fine. I see all these kids running around and realize my child is not.”

Vanuit bogenoemde inligting is dit dus duidelik dat “vroee-intervensiewerkers” ouers konstant moet help om hoop vir die toekoms te behou. Hulle moet ouers van leiding en ondersteuning voorsien, asook hulle laat weet dat hulle nie alleen is nie. Die navorser let

daarop dat hierdie studie ook bogenoemde siening ondersteun deurdat 'n professionele persoon ook in hierdie studie 'n persoonlike pad met die hele gesin stap en hulle begelei. Die ouerbegeleidingsprogram maak ook voorsiening om ouers te help met moeilike mediese termes deur die bekendstelling van 'n eenvoudige woordeboek. Verder begelei dit ook ouers met betrekking tot die regte vrae wat aan medici gevra moet word tydens besoeke.

5.12.3 The Head Start Movement, Amerika

'n Soortgelyke vroeë intervensieprogram in Amerika is die Head Start Movement. Hierdie program het in die 1960's begin en kinders van lae-inkomstegesinne en gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid wat nie toegang tot tradisionele dienste vir vroeë kinderontwikkeling gehad het nie, geteiken. Hierdie beweging is tans die grootste program wat omvattende dienste aan gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid lewer, byvoorbeeld opvoedings-, gesondheids- en maatskaplike dienste. Vandag is daar 'n kragtige neiging ten einde samewerking, dienskoördinerings, herstrukturering en inklusiewe omgewings vir jong kinders met spesiale behoeftes te integreer met hulle "normale" ouderdomsgroep. Brûe word gebou ten einde hierdie populasies van jong kinders te akkommodeer en vas te stel wat hulle in gemeen het, maar ook afsonderlik aan mekaar kan bied ten einde dienste aan jong kinders en hulle gesinne te verbeter (Blasco, 2001:4-5; Lerner *et al.*, 1998:9).

Volgens die American Foundation for the Blind moet 'n effektiewe vroeë intervensieprogram die kind se behoeftes op vyf verskillende areas aanspreek (Early intervention services, 2009). Laasgenoemde vyf areas sluit in:

- Ontwikkeling van idees, konsepte en kennis
- Fisiese ontwikkeling
- Kommunikasie
- Sosiale en emosionele ontwikkeling
- Aanpassingsontwikkeling

Volgens Lerner *et al.* (1998:9) moet kenners in die veld van kinderontwikkeling die waarheid van leerstimulasie gedurende die eerste ses jaar van 'n kind se lewe besef. Kinders moet skoolgereed wees en dus akademiese leer kan hanteer teen die tyd dat hulle ses jaar oud is. 'n Beduidende hoeveelheid leer moet teen daardie tyd reeds plaasgevind het (Lerner *et al.*, 1998:9).

Die navorser stem saam met Lerner *et al.* (1998:11) dat daar gepoog moet word om die proses van skoolgereedheid reeds op 'n vroeë stadium by die kind met gesiggestremdheid te begin. Hierdie studie het 'n ouerbegeleidingsprogram ontwikkel vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid. Sodoende word inligting en begeleiding op 'n vroeë stadium aan ouers gebied, wat hulle die nodige kennis en vaardighede sal gee om hulle kind met gesiggestremdheid te stimuleer sodat hy met skoolgaande ouderdom gereed is vir akademiese leer. Professionele persone en kenners in die Suid-Afrikaanse veld van kinderontwikkeling by die kind met gesiggestremdheid (Van der Merwe, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008) stem saam met die beginsel van vroeë intervensieprogramme en hoe dit in die buiteland gedoen word. Die praktiese uitvoerbaarheid daarvan is egter baie moeilik in die Suid-Afrikaanse omgewing, veral met betrekking tot tuisbesoeke aan betrokke gesinne. Daar sal vervolgens na die huidige situasie asook die wetgewing in Suid-Afrika gekyk word met betrekking tot vroeë intervensieprogramme vir kinders met gesiggestremdheid.

5.13 WETGEWING EN DIE SUID-AFRIKAANSE OMGEWING MET BETREKKING TOT VROEË INTERVENSIEPROGRAMME VIR KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID

5.13.1 Wetgewing in verband met persone met gestremdhede in Suid-Afrika

Indien daar ondersoek ingestel word na landswette ten opsigte van persone met gestremdhede, het die Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998 ten doel om:

- (i) gelyke geleentheid en behandeling in die werksplek te bevorder deur middel van die eliminering van onregverdig diskriminasie; en
- (ii) regstellende aksie te implementeer om nadele wat deur sekere groepe (spesifiek swart en bruin mense, Indiërs, vroue en persone met gestremdhede) in die werksplek ervaar word aan te spreek, ten einde die gelyke verteenwoordiging in alle beroepe en op alle werksvlakke te verseker (Silver & Koopman, 2000:27).

In aansluiting by bogenoemde wetgewing het Suid-Afrika hom verder verbind tot inklusiewe opvoeding vir alle kinders en studente met gestremdhede. Dit sal vervolgens bespreek word.

5.13.2 Suid-Afrikaanse wetgewing met betrekking tot inklusiewe onderwys

Suid-Afrikaanse wetgewing met betrekking tot inklusiewe onderwys word omskryf in Witskrif Ses (RSA, Ministry for National Education, 2001) onder '*Special Needs Education*' (Department of National Education, 2001) omskryf. Inklusiewe onderwys is onder bespreking onder die afdeling '*Special Needs Education*' in die *Department of National Education se White Paper Six* (2001:8-12) en word die terminologie soos volg omskryf: "...the White Paper adopts the use of the terminology 'barriers to learning and development'. It will retain the internationally acceptable terms of 'disability' and 'impairments' when referring specifically to those learners whose barriers to learning and development are rooted in organic/medical causes."

Die beleid van inklusiewe onderwys wat, volgens Witskrif Ses (RSA, Ministry for National Education, 2001) onder '*Special Needs Education*' (Department of National Education, 2001) omskryf word, 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 onderwysgeleentheid. 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 maatskaplikewerk-intervensieprogram te ontwikkel vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid wat hul kind in die hoofstroomskool moet ondersteun.

Inklusiewe opvoeding is gebaseer op die grondwetlike 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 word dus as 'n menseregtekwessie hanteer (Stirnweis, 2003:2-3). Navorser kom tot die gevolgtrekking dat bogenoemde wetgewing die basiese

regte van alle mense ten opsigte van opvoeding bevorder, met ander woorde om vir mense met spesifieke leerhindernisse toegang tot die kurrikulum te gee. Witskrif Ses (RSA, Ministry for National Education, 2001), onder *'Special Needs Education'* (Department of National Education, 2001) bevorder dus die insluiting van alle mense deur die daarstel van belangrike opvoedingstrukture. Volgens Theron (2009), Direkteur van Gespesialiseerde Onderwys Ondersteuning, Wes-Kaap Onderwysdepartement, bestaan genoemde strukture uit die Hoofkantoor (Direktoraat van Gespesialiseerde Onderwys), 'n distrikskantoor, 'n kringkantoor, spesiale skole ("resource centres") asook voldiensskole met institusionele vlak onderwysspanne (Educational Support Teams).

Theron (2009) is van mening dat normalisering die gedagte agter inklusiwiteit is. Inklusiewe onderwys het ten doel om die kind binne sy natuurlike omgewing te akkommodeer, dit wil sê om die kind met spesiale leerhindernisse (onder andere gesiggestremdheid) binne die skool van sy omgewing te akkommodeer. Steunstelses soos byvoorbeeld 'n leerondersteuningonderwyser, wat ingeskakel is by die eenheid vir leerders met spesiale onderwysbehoefte van die skool ('n voldiensskool), word tot beskikking van die kind gestel ten einde die kind binne die hoofstroomskool te help met die akademiese kurrikulum. 'n Voldiensskool is 'n skool vir gewone leerders, maar het ook fasiliteite (in die vorm van 'n eenheid vir leerders met spesiale onderwysbehoefte) om leerders met spesiale onderwysbehoefte te akkommodeer. Die voldiensskool met sy eenheid vir leerders met spesiale onderwysbehoefte is weer ingeskakel by 'n kring- en distriksondersteuningspan. Laasgenoemde spanne bestaan uit multi-dissiplines soos maatskaplike werkers, onderwysers, sielkundige en arbeidsterapeute wat hierdie onderwysers met kennis en ondersteuning bedien. Onderwysers van spesiale skole, soos byvoorbeeld Pionierskool, word ook tans (as deel van die opvoedinstrukture volgens Witskrif Ses) as hulpbronne benut deurdat hulle hul kennis met onderwysers in die hoofstroomskole moet gaan deel. Hierdie spesiale skole word dus in hulpbronsentrums omskep wat geïdentifiseerde hoofstroomskole (wat in die toekoms as 'n voldiensskool gaan funksioneer) moet gaan bedien met hul kennis en ervaring (Theron, 2009).

5.13.3 Vroeë intervensieprogramme in Suid-Afrikaanse skole en instansies

Slegs drie instansies, naamlik die Children's Disability Centre in Gauteng, die KwaZulu-Natal Blind and Deaf Society en LOFOB in Grassy Park, is primêr op vroeë intervensiedienste aan sowel die kind met gesiggestremdheid as die ouers gefokus. Volgens Greyling (2004, 2005), maatskaplike werker by die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes en Atterbury (2005), onderwyser by die Centre for Visually Impaired,

bestaan daar 'n behoefte aan 'n vroeë intervensieprogram waar ouerbegeleiding op 'n vroeë stadium aan die ouers wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, gegee word. By gebrek aan só 'n intervensieprogram, is hierdie organisasies genoodsaak om van algemene intervensieprogramme asook internasionale programme gebruik te maak en aanpassings te maak na goeddunke. Geen gestandaardiseerde, nagevorste program wat spesifiek vir die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid ontwerp is, word gevolg nie en inligting van doofheid as gestremdheid word meestal van toepassing gemaak op die kind met gesiggestremdheid (Greyling, 2004, 2005).

Volgens die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes bedien sommige skole vir kinders met gesiggestremdhede kinders van graad 0 tot 12, maar lewer nie spesifiek vroeë intervensiedienste voordat die kind skool toe gaan nie (National Organisations List, 2007). Hiérdie skole is daarop gefokus om die skoolgaande kind met gesiggestremdheid te bedien. Suid-Afrikaanse skole vir kinders met gesiggestremdheid van graad nul tot 12 asook die provinsies waarin hulle geleë is, sal vervolgens in tabel 5.1 uiteengesit word.

TABEL 5.1: SUID-AFRIKAANSE SKOLE VIR KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID VAN GRAAD 0 TOT 12

SKOOL	PROVINSIE
Efata School for the Blind and Deaf	Oos-Kaap
Khanyisa School for the Visually Impaired	Oos-Kaap
Bartimea School	Vrystaat
Thiboloha School for the Blind and Deaf	Vrystaat
Prinshof School	Gauteng
Arthur Blaxall School	Kwa-Zulu Natal
Ethembeni School	Kwa-Zulu Natal
Bosele School for the Blind and Deaf	Limpopo
Athlone School for the Blind	Wes-Kaap
Pioneer School for Visually Impaired	Wes-Kaap

(South African National Council for the Blind, National Organisations List, 2007)

Vanuit bogenoemde tabel is dit aan die navorser duidelik dat die Suid-Afrikaanse omgewing nie genoeg fokus plaas op vroeë intervensiedienste aan die kind met gesiggestremdheid nie. In Childrens Disability Centre [sa] is die outeur van mening dat

sommige leerders met gesiggestremdheid gedurende hulle eerste lewensjare in só 'n ernstige graad ontnem word van ontwikkelingstimuli dat hulle ontwikkelingmylpale so vertraag is teen die tyd dat hulle die formele skoolsisteem betree dat sommige dit nooit inhaal of kan baasraak nie. Deprivasie lei ook soms tot die verkeerde kliniese profiel van die kind met gesiggestremdheid deurdat hy verkeerd gediagnoseer word as verstandelik vertraag. Die navorser sluit hierby aan en is van mening dat met die gebrek aan vroeë intervensieprogramme vir die kleuter met gesiggestremdheid (nul tot ses jaar) en sy gesin, hierdie kind nie opgewasse is vir die taak wanneer hy skool toe moet gaan nie. Die eise wat 'n akademiese leeromgewing stel, is soms net te veel vir die kind met gesiggestremdheid wat geen vroeë intervensiedienste ontvang het nie. Weens die menige probleme en ontwikkelingsagterstande waarmee sodanige kind gekonfronteer word, is vroeë intervensiedienste aan die kind sowel as sy ouers nodig ten einde op sewejarige ouderdom skoolgereed te wees.

Dit blyk dus dat die professies wat gemoeid is met die aanbieding van vroeë intervensieprogramme by Suid-Afrikaanse instansies meestal maatskaplike werkers, sielkundiges en arbeidsterapeute insluit.

Die drie Suid-Afrikaanse instansies (die Children's Disability Centre in Gauteng, die KwaZulu-Natal Blind and Deaf Society en LOFOB in Grassy Park) wat primêr op vroeë intervensiedienste aan sowel die kleuter met gesiggestremdheid as die ouers fokus, sal vervolgens bespreek word.

5.13.3.1 Children's Disability Centre in Johannesburg, Gauteng

In Children's Disability Centre [sa] is die outeur van mening dat die Children's Disability Centre in vennootskap met die Johannesburg Algemene Hospitaal (Baragwanath Hospitaal) gestig is. Dit behels dat die hospitaalpersoneel gebruik word as deel van hulle buitepasiëntprogramme. Personeel bestaan uit 'n pediater, 'n maatskaplike werker en 'n spraakterapeut. Hierdie organisasie is gefokus op die kleuter met outisme en gesiggestremdheid se ontwikkeling op spirituele, emosionele, fisiese en psigologiese vlak. 'n Multidissiplinêre spanbenadering word gevolg met betrekking tot die diagnose en behandeling van die kind met gesiggestremdheid of outisme. Opleiding ten opsigte van ouerleiding asook dienste aan die kind word gebied op konsultasiebasis. Atterbury (2005) voeg by dat hierdie organisasie ook ten doel het om die bewustheid van kinders met gestremdhede in die gemeenskap te bevorder deurdat opleidingsprogramme aan medici,

opvoeders, geallieerde gesondheidswerkers, versorgers, ouers en gemeenskapslede aangebied word.

Die organisasie se dienslewering word egter bemoeilik deur finansiële tekorte, wat meebring dat baie gesinne wat kinders met outisme of gesiggestremdheid het, nie bereik kan word nie (Atterbury, 2005).

Daar sal vervolgens na The League of the Friends of the Blind (LOFOB) as 'n Suid-Afrikaanse organisasie wat primêr op vroeë intervensiedienste aan sowel die kleuter met gesiggestremdheid as die ouers fokus, gekyk word.

5.13.3.2 The League of the Friends of the Blind (LOFOB) in Grassy Park, Wes-Kaap

LOFOB is die enigste organisasie in die Wes-Kaap wat vanaf dag een met die kind met gesiggestremdheid werk. Personeel bestaan uit 'n arbeidsterapeut, 'n maatskaplike werker, twee onderwysers en 'n mobiliteitsgidsonderwyser. Hierdie organisasie is gefokus op vroeë kinderontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar. Die organisasie bestaan uit twee afdelings, naamlik 'n tuisprogram (nul tot drie jaar) en 'n voorskoolse fasiliteit (drie tot ses jaar) (Petersen, 2004, 2008, 2009).

Die tuisprogram word deur die maatskaplike werker gefasiliteer (Ndlangalaw, 2004). Die maatskaplike werker doen op 'n gereelde basis tuisbesoeke waar die omgewing en gesinsopset geassesseer word. Begeleiding word aan ouers gegee en daarna is dit die ouer se verantwoordelikheid om die program met sy kind met gesiggestremdheid te doen. As deel van die tuisprogram (wat onder andere uit 'n eenvoudige arbeidsterapieprogram bestaan) moet ouers die organisasie elke twee maande saam met hulle kind met gesiggestremdheid besoek. Tydens hierdie besoek aan die organisasie word die ontwikkelingsmylpale van die kind gemonitor (Ndlangalaw, 2004; Petersen, 2004, 2008, 2009).

Hierdie program wat LOFOB met sy ouers en kinders deurloop is egter nie 'n holistiese, omvattende program wat die ouer, die kind met gesiggestremdheid en die gesin ondersteun nie. Geen mediese inligting ten opsigte van die kind se oogtoestand word gegee nie en emosionele dienste binne gesinverband (huwelik en sibbe) ontbreek ook (Petersen, 2004, 2008, 2009). Die navorser is dus van mening dat daar 'n leemte aan 'n empiries gefundeerde, holistiese vroeë intervensieprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer

van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid binne gesinsverband bestaan. Dit is dus nodig om só 'n program te ontwikkel en te implementeer.

Die voorskoolse fasiliteit vir kinders van drie tot ses jaar is gemoeid daarmee om die kinders vir skool voor te berei (meestal Pionierskool in Worcester of Athloneskool in Athlone). Alle aspekte van die program is daarop gefokus om die onafhanklikheid van die kind te bevorder. Samewerking met die ouers is baie belangrik en die organisasie doen kwartaallikse konsultasies met die ouers waar die vordering van die kind by die skool, die kind se fisiese en emosionele vordering asook sy vordering by die huis bespreek word (Petersen, 2004, 2008, 2009).

'n Maandelikse ouerondersteuningsgroep word ook deur die organisasie gereël. Vervoer moet vir hierdie ouers gereël word en gassprekers word gereeld genooi om met die groep te kom praat (Petersen, 2004, 2008, 2009).

Petersen (2004, 2008, 2009) is van mening dat daar baie leemtes in hulle voorskoolse program bestaan, deurdat dit nie uitsluitlik vir kinders met gesiggestremdheid is nie en die program aangepas is van kinders met ander gestremdhede. Verder is daar nie genoeg kontak met die ouers nie. Ouers moet dus baie meer gekontak en betrek word. Die begeleiding en opvoeding van die ouers is nodig en 'n persoonlike verhouding met die ouers moet ook gebou word. Die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses) dek al bogenoemde aspekte, asook 'n langtermyn- en persoonlike verhouding met die gesin in sy geheel.

Vanuit bogenoemde bespreking van vroeë intervensiedienste in Suid-Afrika is die navorser oortuig dat ten einde vroeë intervensie in Suid-Afrika 'n werklikheid te maak, dit nodig is om wette daar te stel waarvolgens die assessering van kinders wat vir ekstra dienste verwys word, gedokumenteer word. Hierdie gesinne moet dus op 'n vroeë tydstip hulp ontvang ten einde te voorkom dat probleme eskaleer en verdere probleme veroorsaak. Suid-Afrikaanse kenners in die veld van gesiggestremdheid (Meiring, 2009; Van der Merwe, 2009), is van mening dat opleidingshospitale in Suid-Afrika 'n register daar moet stel vir alle gediagnoseerde babas en kinders met gesiggestremdhede. Hierdie dokumentasie van kinders en gesinne met gesiggestremdhede bring mee dat hulle opgespoor kan word vir vroeë intervensiedienste en bystand. Dit is verder belangrik dat medici wat hierdie kinders diagnoseer, die gesin dadelik moet verwys na hulporganisasies soos die Pionierskool en/of LOFOB. As 'n verdere stap moet die hulporganisasie in die provinsie, waar hierdie betrokke gesin woon, in kennis gestel word van die diagnose sodat

hulle op hul beurt ook kan opvolg indien die ouer nie eerste van sy kant af kontak maak nie. Sodoende kan vroeë intervensiedienste begin en agterstande sal beperk kan word. Die belangrikheid van 'n empiries gefundeerde, holistiese vroeë intervensieprogram vir die ouers en kleuter binne die gesinsverband word dus beklemtoon.

5.14 BELANGRIKE INTERVENSIEBENADERINGS TEN OPSIGTE VAN KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID

'n Hedendaagse intervensiebenadering (Lueck & Heinze, 2005:201) in Amerika met betrekking tot kleuters met gesiggestremdheid beklemtoon die belangrikheid daarvan om visuele instruksies te gee wat die kind help om sy beskikbare visie tot sy volle potensiaal te benut ten einde eksploratiewe, kognitiewe, motoriese-, taal- en sosiale vaardighede te verbeter. Tans is daar nie 'n uitsluitlike program vir ouers van kinders met 'n gesiggestremdheid om laasgenoemde konsep aan die betrokke ouers voor te hou nie. Die navorser het dit goedgevind om hierdie konsep in hierdie studie se program in te werk ten einde die ouers te bemagtig oor hoe om hulle kleuter met gesiggestremdheid se beskikbare visie tot sy volle potensiaal te benut. 'n Eie mening van die navorser is dat wanneer laasgenoemde vaardigheid by die kind met gesiggestremdheid verbeter word, dit dus ook sy onafhanklikheid ten opsigte van die uitvoering van natuurlike take by die skool, huis en gemeenskap sal bevorder.

Lueck en Heinze (2005:201) werk volgens die beginsel dat die meerderheid kinders met gesiggestremdheid wel oor 'n mate van bruikbare visie beskik en dat dit noodsaaklik is om hierdie bruikbare visie reeds op 'n vroeë ouderdom te ontwikkel en die kind te leer om dit tot sy volle voordeel te benut ten einde ontwikkeling op alle domeine van funksionering te verbeter. Die navorser beklemtoon die noodsaaklikheid dat ouers begeleiding moet ontvang ten opsigte van die wyse waarop hierdie bietjie visie van hulle kind waardeer en positief benut moet word tot voordeel van die kind. Hierdie instruksies oor die wyse waarop ouers hulle kind se bruikbare visie maksimaal kan benut, word in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie vervat (hoofstuk ses). Die navorser poog om soveel as moontlik inligting aan die ouers beskikbaar te stel ten einde hulle te bemagtig in hulle hantering van die kleuter met gesiggestremdheid.

Volgens die American Foundation for the Blind kan die bruikbare visie van 'n kind akkuraat bepaal word (Assessments for Infants and Toddlers, 2009). Dit word deur middel van 'n spesifieke visiegebaseerde assesseringstoets, naamlik die funksionelevisie-assesseringstoets, bepaal. Tydens hierdie toets is die kind genoodsaak om verskeie

aktiwiteite te doen en volgens die inligting wat hieruit bekom word, word die hoeveelheid beskikbare visie akkuraat bepaal. Oogspesialiste en oftalmoloë doen bogenoemde toets. Die belangrikheid van 'n empiries gefundeerde, holistiese vroeë intervensieprogram vir die ouers en kleuter binne die gesinsverband word dus beklemtoon.

5.15 SAMEVATTING

Vanuit bogenoemde is dit duidelik dat vroeë intervensie die vertrekpunt moet wees vir die begin van enige suksesvolle intervensieproses by kinders met gesiggestremdheid en hulle gesinne. Vroeë intervensie is 'n proaktiewe manier om komplekse probleme soos by kinders met gesiggestremdheid en hulle gesinne asook ander probleme in die samelewing aan te spreek.

Die bespreking ten opsigte van die historiese ontwikkeling van vroeë intervensie wys dat sekere beginsels steeds op vandag se intervensieprogramme van toepassing gemaak kan word. Beginsels wat vandag steeds benut word, sluit in: die holistiese benadering tot 'n kind waar hy as 'n geheel gesien word en dus voordeel sal trek uit 'n geïntegreerde kurrikulum, waar daar op al die natuurlike sintuie gefokus word; die beginsel waar verskillende ontwikkelingsfases by 'n kind erken word; asook die konsep van 'n "kindertuin", waar kinders kan speel en ontwikkel onder die supervisie van versorgende volwassenes.

Vroeë intervensie tydens die voorskoolse jare is van kardinale belang vir die kind met gesiggestremdheid se vordering, funksionering en aanpassing in die buitewêreld. Die kind en sy primêre versorgers moet dus vroeg reeds gehelp word om nieverbale en verbale kommunikasie tussen hulle effektief te maak. Effektiewe kommunikasie is die een area wat uiters noodsaaklik is vir die emosionele welstand van die kind met gesiggestremdheid sowel as dié van die primêre versorgers.

Die vroeë kinderjare is 'n kritiese tydperk vir alle kinders, maar vir die kind wat afwyk van die norm met betrekking tot leergeleenthede en stimulasie of fisiese, verstandelike of gedragsontwikkeling, is hierdie jare des te meer belangrik. Teen die tyd dat hierdie kinders skoolgaande ouderdom bereik, het kosbare leertyd verstryk en die geleentheid om belangrike vroeë intervensie te voorsien, is dan vir altyd verlore. Navorsing oor breinontwikkeling het bevind dat stimulasie reeds gedurende die eerste drie jaar van 'n mens se lewe moet plaasvind ten einde optimale intellektuele groei te bereik. Baie kinders met gesiggestremdheid word nie voor skoolgaande ouderdom aan skoolopleiding

en vaardige onderwysers blootgestel nie. Hulle is dus tot en met sewe jaar oud op hulle gesinsomgewing aangewese, waarna die kritiese leertydperk (geboorte tot vyf jaar oud) om 'n beter brein op sigself te ontwikkel, verby is. Indien ouers dus alreeds met die diagnosering van hulle kind met gesiggestremdheid, dit wil sê op 'n baie vroeë stadium, begeleiding deur 'n professionele persoon kan ontvang, sal dit die breinontwikkeling verbeter en dus 'n lewenslange positiewe uitwerking op die kind met gesiggestremdheid se lewenskwaliteit hê.

Vroeë intervensie het baie voordele. Dit dien onder meer ook as 'n tipe voorsorgmaatreël om verdere probleme te voorkom. Dit kan ook vir die samelewing voordelig wees deurdat minder kinders spesiale dienste gaan benodig en dit die staat dus geld gaan spaar. Indien die regering dus in vroeë intervensieprogramme belê, sal dit die finansiële las op die staat verlig. Gesinne sal bemaatig word met die nodige kennis en sal dus bevoeg wees om probleme binne die gesin self te hanteer, wat hulle aanpassing, inskakeling en gesonde funksionering binne die gemeenskap, land en sy ekonomie sal bevoordeel.

Wanneer ouers begelei word met betrekking tot die korrekte hantering van hulle kleuter met spesiale behoeftes, sal sy lewenskwaliteit verhoog en die ouerkindverhouding en interaksies sal verbeter. Die gesinsisteem as 'n geheel sal dus beter funksioneer deurdat hulle bemaatig word met die deurlopende begeleiding en ondersteuning van 'n program soos hierdie. Die deurlopende hantering en verwerking van probleme, saam met 'n professionele persoon, sal help om spanning binne die gesin dramaties te laat afneem.

Vroeë intervensieprogramme het ten doel om die ouer te help (te bemaatig) om die kind te help. Voordele soos die verbetering van substansiële winste op alle vlakke van ontwikkeling, die inhibering en voorkoming van sekondêre probleme, die vermindering van stres binne die gesinsisteem asook die bevoordeling van die samelewing is van die gevolge van vroeë intervensie.

Voorbeelde van internasionale intervensieprogramme is die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre in Rusland, die Foundation for Blind Children in Phoenix, Arizona en die Head Start Movement in Amerika. Daar is betreklik min organisasies in Suid-Afrika wat vroeë intervensiedienste aan kinders met gesiggestremdheid lewer. Die drie organisasies wat opgespoor kon word is die Children's Disability Centre in Gauteng, die KwaZulu-Natal Blind and Deaf Society en LOFOB in Grassy Park.

Intervensiemetodes en kurrikulummodelle is gebaseer op verskillende teorieë van leer, naamlik ontwikkelings-, kognitiewe, gedrags-, sosiale, konstruktiewe en familiesisteemteorieë.

Ten einde vroeë intervensie 'n werklikheid in Suid-Afrika te maak, is dit nodig om wette daar te stel waarvolgens die assessering van kinders wat vir ekstra dienste verwys word, gedokumenteer word. Hierdie gesinne moet dus op 'n vroeë tydstip hulp ontvang ten einde te voorkom dat probleme eskaleer en verdere probleme veroorsaak. Opleidingshospitale in Suid-Afrika moet 'n register daarstel vir alle gediagnoseerde babas en kinders met gesiggestremdhede. Hierdie dokumentasie van kinders en gesinne met gesiggestremdhede bring mee dat hulle opgespoor kan word vir vroeë intervensiedienste en agterstande sal beperk kan word.

'n Hedendaagse intervensiebenadering in Amerika met betrekking tot kleuters met gesiggestremdheid beklemtoon die belangrikheid daarvan om visuele instruksies te gee wat die kind help om sy beskikbare visie tot sy volle potensiaal te benut ten einde eksploratiewe, kognitiewe, motoriese-, taal- en sosiale vaardighede te verbeter. Hierdie konsep word breedvoerig gedek in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie.

Die ouerbegeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid in hulle gesin het, sal breedvoerig in hoofstuk ses bespreek word.

HOOFSTUK 6

'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET GESIGGESTREMDHEID

6.1 INLEIDING

In die vorige vyf hoofstukke is die teoretiese basis vir die ontwikkeling van 'n begeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid het, uiteengesit, naamlik kennis en inligting ten opsigte van gesiggestremdheid en verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, gesinsverhoudings en -dinamika in stresvolle omstandighede vanuit die algemene sisteemteorie as benadering, vroeë intervensie en die voordele daarvan, asook inligting met betrekking tot ouerbegeleiding en ouerskapsvaardighede met betrekking tot 'n kind met gesiggestremdheid. Meer spesifiek gestel, teoretiese konstrukte wat as temas in die groepbesprekings en begeleidingsessies gebruik kon word, is geïdentifiseer. Die literatuurstudie was die eerste doelwit en die behoeftebepaling by ouers wat 'n kind met gesiggestremdheid het, die tweede doelwit van hierdie studie.

In hierdie hoofstuk word die konstrukte gebruik om 'n intervensieprogram vir maatskaplike werkers daar te stel, naamlik 'n ouerbegeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid. Volgens Rothman en Thomas (1994:9-30) se model vir intervensienavorsing vind hierdie model in verskillende fases plaas. Die derde en vierde fase is die voorlopige beplanning, ontwerp en gereedmaking van die program en meetinstrument. Die vyfde fase behels die implementering van die program wat ontwikkel word asook die meting daarvan.

Die ontwikkeling van die program was die derde doelwit van hierdie studie. Soos in hoofstuk een gemeld, is die inhoud van die program saamgestel deur inligting wat by kenners verkry is, die literatuurstudie en 'n behoeftebepaling by ouers wat 'n kind met gesiggestremdheid in hulle gesin het. Die navorser het ook gepoog om reeds bestaande begeleidingsprogramme vir ouers met 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid van die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes te bestudeer. Die ondersoek het egter aan die lig gebring dat so 'n begeleidingsprogram nie bestaan nie. Literatuur is ook bestudeer om te verseker dat die inligting wat deurgegee sou word, korrek en prakties is.

Die algemene sisteemteorie as fundamentele raamwerk maak 'n belangrike deel van die intervensieaspekte in hierdie program uit, en is breedvoerig in hoofstuk drie bespreek.

Aangesien die intervensieprogram volledig in hierdie hoofstuk uiteengesit word, is dit vervolgens nodig om die konsep “program” binne die konteks van maatskaplike werk kortliks toe te lig.

6.2 DIE KONSEP “PROGRAM”

Die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:37) definieer maatskaplike dienste as: “Programme wat ontwerp is om persone te help om maatskaplike probleme op te los om hulle maatskaplike funksionering te bevorder.” Maatskaplike werk kan dus beskou word as die professionele aktiwiteit waardeur individue, groepe, organisasies en gemeenskapslede gehelp word om hulle maatskaplike funksionering te verbeter (Zastrow, 2007:4). 'n Program kan beskryf word as 'n georganiseerde en sistematiese raamwerk vir intervensie wat uit bepaalde riglyne en stappe bestaan (Levy & Orlans, 1998:109). In hierdie konteks is 'n program dus 'n gestruktureerde raamwerk wat ontwikkel word om persone se maatskaplike funksionering te bevorder.

Levy en Orlans (1998:109) noem dat 'n program die volgende voordele bied:

- Dit organiseer komplekse inligting.
- Dit help om doelgerig op te tree – spesifieke doelwitte en metodes word aan elke fase van die proses gekoppel.
- Dit bied “verligting” vir die terapeut of navorser, deurdat dit 'n raamwerk vir optrede skep waarbinne die probleemsituasie met selfvertroue benader kan word.
- Dit bevorder terapie.
- Dit versterk optimisme en hoop weens die feit dat vooruitgang beleef word.
- Dit is noodsaaklik vir onderrig.

Om hierdie ouerbegeleidingsprogram te kan aanbied, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker oor sekere vaardighede moet beskik. Hierdie vaardighede van die maatskaplike werker word vervolgens bespreek.

6.3 TAAK EN VAARDIGHEDE VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER

Volgens Levy en Orlans (1998:111) is dit vir die aanbieding van die program noodsaaklik dat die taak van die maatskaplike werker, asook die vaardighede waarvoor sy moet beskik, in ag geneem moet word, naamlik:

- Die maatskaplike werker het 'n opvoedersrol. Die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:47) definieer hierdie opvoedersrol soos volg: “Die rol van die maatskaplike werker om vaardighede van kliënte te ontwikkel deur toepaslike inligting te voorsien, advies te gee, alternatiewe gedragpatrone en die gevolge daarvan te identifiseer en te demonstreer, onderrig te gee in probeemoplossingstegnieke en persepsies te verhelder.” Kennis is mag, en opvoeding is dus 'n sentrale komponent in bemagtiging (Du Bois & Miley, 2005:245).
- Die maatskaplike werker moet oor uitgebreide kennis rakende die verskynsel van gesiggestremdheid, die impak daarvan op en hantering daarvan by die kleuter met gesiggestremdheid, asook die invloed daarvan op die ouer, die huwelik en die gesin beskik. Die maatskaplike werker moet ook oor basiese kennis van kinders met gesiggestremdheid en die impak daarvan op die gesinsisteem beskik ten einde tydens die begeleidingsessies doeltreffende inligting oor die hantering van hierdie kinders te kan oordra (Fourie, 2007:235).
- Die maatskaplike werker moet oor kulturele sensitiwiteit beskik, aangesien gedrag en persoonlike betekenisse wat aan gebeurtenisse gekoppel word, verskil in ooreenstemming met individue se kulturele oriëntasie. Die maatskaplike werker moet dus daarteen waak dat sy haar eie kulturele oriëntasies en vooroordele op die ouers projekteer (Levy & Orlans, 1998:111).
- Die maatskaplike werker moet buigsaam en aanpasbaar wees, omdat geen effektiewe intervensiemodel of -program liniêr is nie (Levy & Orlans, 1998:112). Dit is dus nodig om op deurlopende basis die nodige aanpassings te maak.

Uit bogenoemde is dit dus duidelik dat die omvang van die maatskaplike werker se taak en vaardighede baie wyd is. Dit is nodig dat genoemde aspekte aandag moet geniet alvorens die program geïmplementeer word en intervensie kan plaasvind.

In die voorafgaande bespreking is die konsep “program” bespreek, asook die vaardighede waarvoor die maatskaplike werker moet beskik vir die aanbieding van hierdie

intervensieprogram. Vervolgens word die opeenvolgende fases van die intervensieproses bespreek.

6.4 OPEENVOLGENDE FASES VAN DIE INTERVENSIETPROSES

Die intervensie van hierdie studie is die ouerbegeleidingsprogram wat vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid aangebied is in 'n lokaal van The League of Friends of the Blind (LOFOB) in Grassy Park asook in 'n privaat woning van 'n ouer. Die opeenvolgende fases van die intervensieproses met ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid verwys na noodsaaklike handeling wat tydens elke fase van die totale intervensieproses uitgevoer moet word. Die fases van die intervensieproses is assessering, doelwitbepaling, intervensie (metode) en herassessering. Hierdie fases word vervolgens aan die hand van Levy en Orlans (1998:112) bespreek.

6.4.1 Assessering van die ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid

Assessering is die eerste stap in die intervensieproses. Kruger (1997:297) definieer assessering soos volg: "Assessering is 'n professionele proses waarvolgens inligting wat deur die toepassing van teoretiese kennis, analitiese vaardighede en navorsing bekom is, georden word ten einde 'n diepgaande begrip van 'n spesifieke probleemarea te vorm." Volgens Gitlin-Weiner, Sandgrund en Schaefer (2000:5) kan assessering omskryf word as 'n probleemoplossingsproses wat volgens 'n holistiese benadering (temperament, kognitiewe funksionering, motiveringseienskappe, ego-ontwikkeling, gedrag, uitdrukking van gemoedstoestand en psigologiese en persoonlikheidseienskappe) na die kliënte se sterk en swak punte verwys.

Volgens Levy en Orlans (1998:81) is die holistiese assessering van die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid noodsaaklik en sluit dit die volgende in:

- Eerstens moet die assesseerder die ekologiese omgewing van die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid verstaan.
- Tweedens moet die assesseerder faktore in die maatskaplike funksionering en verhoudings van die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid in diverse terme verstaan (dus kognitief, affektief, sosiaal, fisies en moreel/geestelik).

- Dertens moet die assesserders data-insamelingsmetodes, waarnemingstegnieke en situasies gebruik om inligting by die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid te bekom sodat hulle maatskaplike funksionering effektief en akkuraat geëvalueer kan word.

Dit is noodsaaklik dat maatskaplike werkers bogenoemde aspekte in ag moet neem by die aanvang van die program met ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid, aangesien dit vir die maatskaplike werker 'n geheelbeeld gee van die wyse waarop die gesin as sisteem en ook as deel van ander groter sisteme funksioneer.

Vir die doeleindes van hierdie studie was die navorser nie self verantwoordelik vir die assesseringsproses nie. Die twee organisasies waarmee die navorser saamgewerk het, naamlik LOFOB en Pionierskool, het reeds die assessering en agtergrondinligting van die ouers verkry. Hierdie assessering behels dat ouers deur 'n mediese dokter na hetsy LOFOB of Pionierskool verwys is (Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Ndlangalaw, 2004). Hierna is 'n besoek by die organisasie gereël. Die opvoedkundige sielkundige by Pionierskool en die maatskaplike werker by LOFOB is verantwoordelik vir die eerste deel van die assesseringsproses deurdat agtergrondinligting van die gesinsisteem deur middel van 'n persoonlike onderhoud verkry is. Al hierdie inligting van die ouers is gedokumenteer en in 'n persoonlike lêer saamgevat. Die assesseringsproses behels verder dat ouers saam met hulle kleuter met gesiggestremdheid deur die ander professies werksaam by die betrokke organisasie geassesseer word. Dit wil sê by Pionierskool sal 'n arbeidsterapeut, verpleegkundige asook 'n oriëntasie- en mobiliteitspesialis die kind met gesiggestremdheid verder assesser (Meiring, 2005, 2008, 2009). In die geval van LOFOB sal die kind en ouers verder deur die arbeidsterapeut gesien word. Al hierdie inligting word in 'n persoonlike lêer van die kliënt geplaas. Hierdie ouers is dus ná die afhandeling van die assesseringsproses op die betrokke organisasie se databasis (Petersen, 2004, 2008, 2009; Ndlangalaw, 2004). Die navorser het sodoende kontaknommers by bogenoemde organisasies bekom. Die programbegeleier (navorser) moet egter persoonlike of telefoniese kontak met ouers maak voor die aanbieding van die program. Op hierdie manier word ouers bekend gestel aan die programaanbieder en ingelig oor wat die begeleidingssessies behels. Ouers sal dus voorbereid en minder onseker voel.

6.4.2 Doelstelling en doelwitbepaling vir die program (intervensie)

Die doelstelling van hierdie ouerbegeleidingsprogram (intervensie) kan soos volg verklaar word:

Om Suid-Afrikaanse ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid se kennis rakende die verskynsel van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, die invloed van 'n kind met gesiggestremdheid op gesinsverhoudings (kind, ouer, sibbe en die huweliksverhouding) en die voordele van vroeë intervensie te verhoog, asook om hulle kennis te verbeter ten opsigte van die hantering van 'n kleuter met gesiggestremdheid, die huwelik en die gesin.

Volgens Levy en Orlans (1998:122) moet die doelwitte (gewenste uitkomst) op 'n positiewe wyse geformuleer word en gedrag wat verander moet word, moet gespesifiseer word. Die doelwitte wat op doelstellings gebaseer is, moet ook realisties en bereikbaar wees.

Die volgende doelwitte is vir hierdie program geformuleer:

- Om binne 'n kort tydperk omvattende inligting ten opsigte van die mees basiese sorg met betrekking tot gesiggestremdheid (mediese verduidelikings ten opsigte van oogtoestande, emosionele, sosiale en opvoedkundige aspekte van gesiggestremdheid by die kleuter, praktiese strategieë en wenke vir die ouer ten einde sy kind met gesiggestremdheid asook die hele gesinsisteem te bemagtig) aan Suid-Afrikaanse ouers wat deur die verskynsel van gesiggestremdheid gekonfronteer word, beskikbaar te stel.
- Om koste en tyd te bespaar ten opsigte van meervoudige besoeke aan verskillende professionele persone wat intervensiedienste lewer met betrekking tot die komplekse situasie van 'n kind met gesiggestremdheid deur die verskaffing van omvattende inligting met behulp van 'n program.
- Om as 'n persoonlike kontakpunt vir navrae op deurlopende basis te dien vir ouers wat deur die verskynsel van gesiggestremdheid gekonfronteer word en raad benodig.

Alhoewel die ouerbegeleidingsprogram wel in groepverband aangebied is, is groepwerk nie as 'n terapeutiese intervensiemetode benut nie. Dit is egter nodig dat inligting ten

opsigte van groepwerk kortliks bespreek word ter wille van die volledigheid van hierdie studie.

6.4.3 Groepwerk as intervensiemetode

Groepwerk is 'n metode waardeur verhoudings met betekenisvolle mense gebou word. Volgens die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:24) kan 'n groep beskryf word as die “aantal individue met soortgelyke maatskaplike probleme aan wie 'n maatskaplike werker dienste lewer deur middel van groepwerk” en die “versameling individue, gewoonlik met ooreenstemmende belange, wat in staat is tot konsekwente en eenvormige optrede om take uit te voer en doelstellings te verwesenlik”.

Vir die doeleindes van hierdie studie word groepe die beste deur die tweede definisie beskryf, deurdat daar met die implementering van die ouerbegeleidingsprogram nie terapie toegetree is of enige dienste gelewer is nie. Die groepe het uit individue met gemeenskaplike behoeftes bestaan: Hulle het kennis benodig om hulle kleuter met gesiggestremdheid te verstaan en te stimuleer, sowel as om sekere take uit te voer (om die kleuter met gesiggestremdheid korrek te hanteer binne die gesinsisteem; om die ander sibbe met normale visie te ondersteun; asook om die huweliksverhouding te beskerm).

Die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:25) definieer groepwerk soos volg: “Metode in die maatskaplike werk waarvolgens individuele en groepsdoelstellings binne groepverband verwesenlik word deur die doelgerigte toepassing van die groepwerkproses.” Roux (1998:2) en Du Preez (1995:5) stem saam dat maatskaplike groepwerk 'n metode is waardeur die maatskaplike werker volgens die proses, doelstellings en beginsels van maatskaplike werk die individu tot doeltreffende maatskaplike funksionering lei. Die navorser se besluit om die ouerbegeleidingsprogram in groepverband aan te bied, is gebaseer op die feit dat dit te midde van 'n hoë werklading tyd en koste sou bespaar. Volgens Winter (2000:4) word die volgende redes ook aangevoer vir die aanwending van groepwerk, naamlik:

- Groepwerk is meer koste-, tyd- en terapie effektief.
- Interaksie en leergeleentede vir lede word daargestel.
- 'n Verskeidenheid probleme kan in die groep hanteer word.
- Groeplede motiveer mekaar tot kommunikasie en uitdrukking van onderdrukte gevoelens.

- Groeplede kan identifiseer met medegroeplede se ervarings.
- Groeplede kan met nuwe gedrag eksperimenteer.

Volgens Steward en Garcia-Vasquez (1998:10-120) verloop die groepwerkproses as intervensiemetode volgens bepaalde stadiums, naamlik:

- Stadium een: Oriëntering en eksplorاسie

In die eerste fase kom weerstand teen die eksplorاسie van emosies gewoonlik voor, maar in sosialiseringsgroepe met 'n sterk opvoedkundige inslag kan groter gemak aangetref word, omdat die lede minder blootgestel voel. Lede vind uit hoe die groep gaan funksioneer, definieer doelwitte en klaar verwagtings uit. Die primêre taak van die groepleier is om 'n groepsidentiteit en vertrouensverhouding te vestig. Die leier kan help om doelwitte te identifiseer en groepsnorme te verduidelik (Steward & Garcia-Vazquez, 1998:10).

Die navorser is van mening dat hierdie studie se ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid ook eerder 'n opvoedkundige inslag het en minder terapeuties van aard is, aangesien die doel van die program daarop fokus om hierdie ouers se kennis rakende die verskynsel van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, die invloed van 'n kind met gesiggestremdheid op gesinsverhoudings (kind, ouer, sibbe en die huweliksverhouding) en die voordele van vroeë intervensie te verhoog, asook om hulle kennis te verbeter ten opsigte van die hantering van 'n kleuter met gesiggestremdheid, die huwelik en die gesin. Gevolglik het ouers minder blootgestel gevoel. Tydens die eerste van die ses sessies is gesamentlike doelwitte aan lede verduidelik.

- Stadium twee: Weerstand en konflik

Tydens hierdie fase kan weerstand, angs en 'n magstryd, veral teenoor die groepleier, voorkom. Die primêre doel van die groepleier is om weerstand te herken en te hanteer. Lede is geneig om oor neutrale gebeure, byvoorbeeld hulle belangstellings of ander persone soos maats van hulle kinders of hulle ouers te praat. Die leier se rol is om lede aan te moedig om meer oor hulleself te praat en om hulle op 'n empiriese wyse uit te daag (te motiveer) om ander te vertrou en aan groeps gesprekke deel te neem (Steward & Garcia-Vazquez, 1998:11).

Dit was vir die navorser noodsaaklik dat ouers die geleentheid gebied word om mekaar te leer ken, asook om gemaklik te voel met die groepleier (navorser). Dit is gedoen deurdat ouers hulleself by die aanvang van die program aan die groep voorgestel het en die ouderdom van hulle kleuter met 'n gesiggestremdheid genoem het. Op hierdie wyse is moontlike weerstand teengewerk en lede is aangemoedig om oor hulle probleme en onsekerhede te praat.

- Stadium drie: Bevordering en groepskohesie

In hierdie fase van die proses het lede normaalweg 'n vertrouensverhouding gevestig en is hulle minder afhanklik van die groepleier. Die fokus is op die hier en nou. Ten einde van kohesie na produktiwiteit te beweeg, moet verskeie faktore behandel word, naamlik: vertrou, aanvaarding, empatie, gemak en intimiteit (Steward & Carcia-Vazquez, 1998:11).

Die navorser is van mening dat hierdie fase reeds tydens die tweede sessie voorgekom het, weens die feit dat daar vroeg reeds aandag aan praktiese sowel as emosionele probleme gegee is. Tydens die tweede sessie word mediese aspekte van die verskillende oogtoestande behandel ('n aspek wat baie belangstelling maar ook ang en onsekerheid by ouers wek) en elke ouer is die geleentheid gegee om te noem waarmee sy kleuter met gesiggestremdheid gediagnoseer is (indien hy geweet het). Deur dit te doen, is ouers gemotiveer om aan verdere groeps gesprekke deel te neem en was dit duidelik dat hulle met meer gemak hulle probleme deel en oor hulleself praat.

- Stadium vier: Konsolidasie en afsluiting

Tydens konsolidasie integreer die lede normaalweg hulle nuwe leerervarings met bestaande kennis. Die groepleier moet die inhoud van die gesprekke opsom, interpreteer en veralgemeen en verbande tussen groeplede identifiseer. Lede moet op afsluiting voorberei word. Die selfinsig van groeplede moet geëvalueer word, terugvoer moet gegee word en enige onvoltooide sake moet gehanteer word. Lede moet aangemoedig word om op die nuwe leerervaring voort te bou (Steward & Carcia-Vazquez, 1998:12). Tydens hierdie stadium (sessie ses) is inligting wat deurgegee is, opgesom en die kennis wat opgedoen is, geëvalueer deur die invul van 'n vraelys (bylaag 8). Hierdie program is nie met behulp van 'n reeks groepbyeenkomste aangebied nie en daarom was die

afsluiting in hierdie geval nie so erg nie. Indien die program egter as 'n reeks sessies aangebied word, sal voorbereiding vir afsluiting in ag geneem moet word.

Alhoewel die navorser ses begeleidingsessies aangebied het met ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid, kon die verskillende fases van groepwerk nie stap vir stap gevolg word nie, aangesien daar reeds by die aanvang van die begeleidingsessies op 'n dieper vlak as net bekendstelling beweeg is. Dit is egter belangrik om kennis te dra van die fases van groepwerk. Dit word vervolgens kortliks volgens Du Preez (1989:142-148) en Corey en Corey (2002:94-277) bespreek:

- Voorbereidingsfase

Tydens hierdie fase word behoeftebepaling gedoen, die samewerking van alle betrokkenes verkry, die grootte van die groep bepaal, die tydsduur en plek van die groepsessies vasgestel en groeplede op die voorgenome sessies voorberei. Groepwerkadministrasie behels die samestelling van die groep en die bepaling van die duur en frekwensie van groepbyeenkomste.

- Aanvangsfase

Tydens hierdie fase kom losstaande individue met mekaar in aanraking. Hierdie stadium word gekenmerk deur onsekerheid, selfbewustheid, afwagting en soms selfs weerstand. Dit is dus noodsaaklik dat die groepleier die vorming van verhoudings so gou moontlik met hierdie losstaande individue moet bewerkstellig.

- Toetredingsfase

Lede is in 'n mindere mate losstaande individue, maar vorm nog nie 'n verbonde groep nie. Lede is sekerder van hulle plek in die groep, is minder selfbewus en is meer op die groep en ander lede gefokus. Tydens hierdie fase word die groeplede sterker as in enige ander tydperk en word hulle gekonfronteer met die aard van die hulpverlening wat aangebied word, en gevolglik hulle eie betrokkenheid by die verandering van hulle lewensituasie.

- Benuttingsfase

Die oorgang van die toetredings- na die benuttingsfase word gekenmerk deur groter spontaneïteit en intimiteit tussen groeplede. Hulle praat makliker oor hulle gemeenskaplike probleme. Die groep bereik groter stabiliteit en verbondenheid neem toe. Die lede raak werklik betrokke by intervensie en is gretig om die geleentheid te benut. Hulpverlening kan en behoort tydens hierdie fase 'n hoogtepunt te bereik.

- Afsluitingsfase

Groepe word afgesluit wanneer vakkundige diens nie meer benodig word nie. Die intervensie word sinvol afgerond en afgesluit. Die meeste doelstellings is teen hierdie tyd reeds bereik. Groeplede raak passief en ambivalent en is gewoonlik ook gereed vir afsluiting. Evaluering van die groepwerkproses vorm 'n belangrike deel van die afsluitingsfase. Al die lede moet aktief betrokke wees by die evaluering en elkeen moet sy eie persoonlike groei evalueer. Dit help om vas te stel of hulpverlening geslaagd was of nie.

6.4.4 Herassessering

Aangesien die navorser die uitkomst van die ouerbegeleidingsprogram moet evalueer (Levy & Orlans, 1998:112), kan die vraag gestel word: Hoe het die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid op hierdie spesifieke intervensie gereageer? Om hierdie vraag te beantwoord, is in die huidige studie van 'n kwantitatiewe een-groep-voortoets-natoets-ontwerp gebruik gemaak om die program empiries te meet. Die navorser stel voor dat die meetinstrument wat vir hierdie studie benut is ('n selfontwerpte vraelys, bylaag 8), ook met toekomstige programaanbieding gebruik moet word ten einde die impak van die intervensie empiries te kan meet. Hierdie vraelys word by die aanvang van die program (voortoets) ingevul, asook met die afsluiting daarvan (natoets). Die voor- en natoets kan dan met mekaar vergelyk word ten einde die effektiwiteit van die intervensie te bepaal. Aspekte wat met die afneem van die meting navore kom, kan met 'n verdere onderhoud(e) opgevolg word.

Die praktiese aspekte in verband met die aanbieding van die ouerbegeleidingsprogram sal vervolgens bespreek word.

6.5 PRAKTIESE ASPEKTE IN VERBAND MET DIE AANBIEDING VAN DIE PROGRAM

Met die uitvoering van hierdie studie is ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid in twee groepe betrek vir die aanbieding van die ouerbegeleidingsprogram. Die navorser beveel egter aan dat die program individueel óf in kleiner groepe aangebied word, aangesien soveel inligting deurgegee word tydens begeleidingssessies en ouers baie persoonlike vrae het ten opsigte van sekere aspekte. 'n Verdere rede waarom die navorser aanbeveel dat hierdie program individueel aangebied moet word, is omdat die kinders se spesifieke oogtoestande soveel van mekaar verskil en elke oogtoestand met sy eie vrae en probleme gepaardgaan. Sessie twee moet individueel aangebied word, aangesien die oorsaak, prognose en mediese behandeling van elke oogtoestand so uiteenlopend is; dus sal die fisiese, emosionele, sosiale en opvoedkundige uitkomst daarvan ook van mekaar verskil. Sessie drie, vier en vyf kan egter suksesvol deur middel van kleiner groepe (of individueel) aangebied word. Groepsgesprekke en die deel van persoonlike ervarings kan hier baie waardevol wees. Die navorser motiveer haar aanbeveling dat klein groepe met die aanbieding van sessie drie, vier en vyf van hierdie program benut moet word deurdat dit as 'n vertrekpunt vir ondersteuningsgroepe, wat hierdie ouers baie nodig het (soos in die literatuur uitgewys is), kan dien. Die maatskaplike werker kry dus 'n groep ouers wat dieselfde probleem het bymekaar, waar ouers mekaar kan leer ken en beseft dat hulle dieselfde probleem het. Vanuit eie ervaring het die navorser gesien dat ouers die kontak met ander ouers wat dieselfde probleme ondervind, verwelkom het. Verdere ontmoetings kan dan ná die tyd gereël word.

6.6 AANBIEDING VAN DIE OUERBEGELEIDINGSPROGRAM

6.6.1 Kriteria vir die seleksie van die ouers wat sal baatvind by die aanbieding van die ouerbegeleidingsprogram

Die navorser beveel aan dat al die potensiële ouers 'n assesseringsproses voltooi, soos by 6.4.1 verduidelik, en dus ook ingeskakel is by die dienste van 'n betrokke organisasie. Die navorser is van mening dat hierdie program meer waarde het indien dit deurloop word met ouers wie se kleuter met gesiggestremdheid ook ingeskakel is by die dienste van 'n hulporganisasie. Kontakbesonderhede van potensiële ouers wat ingeskakel is by 'n organisasie, kan dus aan die aanbieder verskaf word.

Die navorser beveel aan dat die kriteria vir die seleksie van potensiële ouers vereis dat hulle Suid-Afrikaanse burgers is, ouerpare of enkelouers of primêre versorgers is wat 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid het. Geen diskriminasie moet plaasvind ten opsigte van inkomste, geslag, huwelikstatus, kultuur, ras of geloof nie. Alle potensiële ouers moet vooraf gekontak word (telefonies of persoonlik) en diegene wat instem om by die studie betrek te word, moet ingelig word oor die volgende aspekte: die doel van die studie; die belang van die beoogde studie; die kwalifikasies en ervaring van die aanbieder; etiese aspekte soos die moontlikheid van enige ongerief (fisies of psigies) of enigiets wat die gewilligheid van ouers om deel te neem kan beïnvloed, die vryheid van die individu om te weier om deel te neem en om op enige tydstip van die ondersoek te onttrek asook die kwessie van vertroulikheid. Potensiële ouers moet hierna die geleentheid gegee word om vrae aan die aanbieder te vra ten einde alle onsekerhede uit die weg te ruim. 'n Spesifieke datum moet aan ouers gekommunikeer word wanneer die intervensie gaan plaasvind. Toestemmingsbriewe (bylaag 5) moet by die aanvang van die program onderteken word.

6.6.2 Aanpassings vir die aanbieding van die program

Die navorser is van mening dat, indien nodig, daar wel aanpassings ten opsigte van die aanbieding van die program gemaak kan word. So, kan ouers moontlik aandui dat hulle as gevolg van koste en tyd nie bereid is om meer as een dag af te staan vir die bywoning van sessies nie. Genoemde situasie vereis dan dat die implementering van die program aangepas word sodat die volle aanbieding daarvan binne een dag kan geskied. Die navorser stel egter voor dat die aanbieding van hierdie program in die toekoms oor 'n langer tydperk geskied, byvoorbeeld net twee sessies per aanbiedingskeer, aangesien soveel nuwe inligting aan ouers deurgegee word en hulle tyd nodig het om alles te verwerk. Genoeg tyd moet tot die aanbieder se beskikking wees sodat geleentheid gegee kan word vir vrae en probleemhantering. Laasgenoemde neem baie ekstra tyd op. Die navorser let daarop dat die aanbieder hierdie aspek ingedagte hou met die beplanning van die aanbieding van die program. Ten einde die probleem van “te min tyd tot jou beskikking, maar om nie belangrike weergee van inligting in te boet nie” te oorbrug, het die navorser dit goedgevind om sekere inligting nie volledig tydens aanbiedinge te behandel nie, maar eerder as verdere leesstof (selflees) aan ouers beskikbaar te stel. Die ouers moet dus by die aanvang van elke begeleidingssessie 'n kopie van die programinhoud ontvang ten einde die “selflees”-dele asook die bespreekte dele in harde kopie by hulle te kan hê. Ouers word met die doen van laasgenoemde bemaatig deurdat hulle belangrike inligting, soos hulle dit met hulle daaglikse versorging

van hulle kleuter met gesiggestremdeheid benodig, in staat is om weer te gaan opsoek. Wanneer ouers 'n harde kopie van die ouerbegeleidingsprogram in die hand ontvang, word hulle ook aangespreek deurdat hulle nie bekommerd hoef te wees dat hulle belangrike inligting, wat tydens aanbidding gegee word, gaan vergeet nie.

Die taal waarin die program aangebied word is 'n verdere area wat die aanbieder in gedagte moet hou tydens die beplanningsfase. Hier is dit belangrik dat die aanbieder moet toesien dat die ouers in hulle taal van voorkeur bedien word. Laasgenoemde aanpassing moet dus aan die ouerbegeleidingsprogram gemaak word, na gelang van die potensiële ouers se behoeftes. Hierdie program (insluitend die vraelys) is tans in Afrikaans en Engels beskikbaar (bylae 8 en 9). Dit is dus noodsaaklik dat maatskaplike werkers wat hierdie program wil benut, die taalvoorkeur van die kliënte in ag sal neem.

Die navorser beveel aan dat professionele persone wat by hulporganisasies binne die gemeenskappe waar die betrokke ouers is, opgelei word ten einde die aanbieder behulpsaam te wees met navrae van ouers, na afloop van die programaanbidding. Hierdie opgeleide persone binne die hulporganisasies kan die ouers behulpsaam wees met verdere afsprake ten opsigte van inligting wat nie tydens die program volledig behandel kon word nie. 'n Kontakpunt word dus aan die ouers gebied ten einde hulle behulpsaam te wees met verdere probleme. Opleiding aan hierdie professionele persone kan deur middel van kortkursusse of werksinkels geskied. Dit bly egter belangrik dat die aanbieder na die afloop van die aanbidding van die program steeds beskikbaar bly vir verdere navrae en probleemoplossing.

'n Verdere aanbeveling is dat daar 'n maand na afloop van die program weer kontak (telefoniese of persoonlik) met die ouers gemaak moet word ten einde verdere probleme en vrae aan te spreek. Die navorser is van mening dat kwaliteit nasorg/diens noodsaaklik is ten einde die impak van hierdie program te verhoog.

6.6.3 Praktiese reëlins met die aanbidding van die ouerbegeleidingsprogram

Praktiese reëlins met die aanbidding van die ouerbegeleidingsprogram sluit eerstens die verkryging van toestemming by bestuursowerhede vir die gebruik van beskikbare lokale, in. Hierna is dit belangrik dat die aanbieder die lokaal voorberei en gereedmaak vir aanbidding. Dit is onder meer belangrik dat daar genoeg stoele en tafels beskikbaar is vir al die ouers teenwoordig. Verder moet daar besluit word oor hoe die tafels geïndividueel gaan word. Vanuit praktiese ervaring beveel die navorser aan dat die tafels in 'n sirkel of

u-vorm geskuif word deurdat, wanneer ouers mekaar kan sien, dit die gemaklikheid en warmte van die atmosfeer verhoog. Uitdeelstukke ('n volledige programriglyn), in die taal van voorkeur, moet vooraf op die aanbieder se onkoste gefotostateer word en op elke sitplek neergesit word. Waterbekers en glase op die tafels moet ook voorsien word. Koffie, tee en ligte verversings, op eie onkoste van die aanbieder, kan ook voor die aanvang van die sessies vir die ouers aangebied word. Die navorser beveel aan dat verversings veral in ag geneem moet word indien al die sessies op een dag aangebied word.

Vervoer is 'n verdere belangrike praktiese aspek wat in gedagte gehou moet word met die aanbieding van die ouerbegeleidingsprogram. Die aanbieder sal vooraf moet vasstel of ouers in staat is om met behulp van eie vervoer na die programaanbieding te kom en of daar reëlins vir vervoer getref moet word. Vervoer moet dus in ag geneem word indien ouers nie oor eie vervoer beskik nie.

Die navorser beveel aan dat wanneer ouers by die lokaal opdaag, die aanbieder hulle moet welkom heet en uitnoui om hulleself aan koffie/tee te help. Hierna kan hulle op die sitplek van hulle eie keuse gaan plaasneem.

Die voorbereiding vir die begeleidingsessies moet deur die aanbieder self gedoen word. Indien hulpwerkers benodig word, kan dit gereël word.

Die aantal ouers wat per aanbiedingskeer betrek moet word, kan varieër. Klein groepe word egter aanbeveel (6.5) en enige getal tussen drie en agt persone is ideaal.

Die tydsduur van die programaanbieding kan ook aangepas word, na gelang van die ouers se finansiële vermoëns asook die situasie tuis met die versorging van die kleuter met gesiggestremdheid. Alhoewel dit nie aanbeveel word nie, kan al ses begeleidingsessies vir kontinuïteitsdoeleindes, asook praktiese en logistiese redes op een dag, met onderbrekings tussen sessies, aangebied word. Die ideaal sou wees om nie meer as twee sessies per aanbiedingskeer te doen nie. Dit is belangrik om te meld dat elke begeleidingsessie ongeveer 60 minute duur vanweë die hoeveelheid inligting wat deurgegee word, asook die hantering van vrae en probleemassekte wat kan voorkom. Die groot hoeveelheid inligting wat deurgegee word, kan egter vermoeiend vir ouers wees.

6.6.4 Basiese struktuur en formaat van die ouerbegeleidingsprogram

Die raamwerk van die ouerbegeleidingsprogram volg hieronder. Die inhoud (struktuur en formaat) daarvan word daarna volledig bespreek.

Persoonlike of telefoniese onderhoud: 'n Persoonlike of telefoniese onderhoud word vooraf met potensiële ouers gevoer waartydens die aard van die studie verduidelik word, hulle toestemming om aan die program deel te neem mondelings verkry word, asook hulle gemeenskaplike behoeftes ten opsigte van die programaanbieding geïdentifiseer word. Laastens moet daar ooreengekom word op 'n datum van aanbieding.

Inligting deurgegee tydens die aanbieding van die begeleidingssessies:

Sessie een: Verhoudingbou en meting

- Leer mekaar ken en oriënteer die lede tot die begeleidingssessies.
- Bespreek die groep se gemeenskaplike behoeftes.
- Doen die voortoets (O1) met die lede.

Sessie twee: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid

- Bespreek die totale proses vanaf diagnostisering met behulp van 'n grafiese voorstelling (figuur 6.1).
- Bespreek die verskynsel van gesiggestremdheid saam met die anatomie van die oog (figuur 6.2).
- Bespreek die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar.
- Bespreek die visuele mylpale van die kleuter met normale visie.
- Hanteer die waarskuwingstekens van oogtoestande by verskillende ouderdomme.
- Bespreek die algemeenste oogtoestande wat by babas en kleuters voorkom met behulp van 'n tabel (tabel 6.1).
- Bespreek die mediese aspekte (oorsaak, prognose en moontlike mediese behandeling) van sekere oogtoestande met behulp van 'n tabel (tabel 6.1).
- Hanteer die assessering van visie.
- Bespreek belangrike mediese terme ten opsigte van oogtoestande met behulp van 'n eenvoudige "woordeboek".
- Bespreek belangrike vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra.

Sessie drie en vier: Inligting ten opsigte van die invloed van die oogtoestand op die kind, die ouers afsonderlik, die huwelik en die gesin

- Bespreek die invloed van gesiggestremdheid op die kind self met betrekking tot die volgende areas: akademies, loopbaan, psigo-sosiale aanpassing en isolasie by die kind met gesiggestremdheid.
- Bespreek die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer met betrekking tot die volgende areas: sosiaal, emosioneel (skuldgevoelens, bekommernisse, spanning, aggressie dat dit sy kind moet wees, rouproses en aanvaarding) en hulle ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl.
- Bespreek die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding met betrekking tot die volgende areas: spanning binne die verhouding, tyd vir mekaar, bekommernisse, ekstra las of positief, hoe om mekaar te bemagtig en te ondersteun.
- Bespreek die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die hele gesinsisteem met betrekking tot die volgende areas: onderlinge verhoudings (sibbe met die kind met gesiggestremdheid, ouer met die ander kinders in die gesin), die gesin se emosionele welstand en funksionering, die gesin se sosiale lewe en die gesin se finansiële stressors (verhuising en mediese onkoste).

Sessie vyf: Bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke met betrekking tot die kleuter met gesiggestremdheid, die huweliksverhouding en die gesin

- Bespreek verskillende bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke wat die ouer kan help om met sy kleuter met gesiggestremdheid om te gaan, sy huweliksverhouding te versterk en die gesinsisteem gesond te hou.
- Bespreek verskillende hulpbronne in die lede se onmiddellike omgewing wat hulle as gesinsisteem kan ondersteun (uitgebreide familie, vriende, kerk, ouerondersteuningsgroepe).

Sessie ses: Meting en terminering

- Gee lede geleentheid vir die eksplorاسie en bespreking van probleemkwessies ('n ontladingsessie).
- Evalueer die ouerbegeleidingsprogram met behulp van 'n vraelys (bylaag 8), waarmee dieselfde aspekte as in die voortoets (bylaag 8) gemeet word.

- Sluit die program af.

Telefoniese opvolgonderhoud: 'n Maand na afloop van die aanbieding van die ouerbegeleidingsprogram moet daar weer kontak met behulp van 'n telefoniese- of persoonlike onderhoud met die ouers gemaak word. Hierdie onderhoud is nodig ten einde addisionele inligting by die ouers te verkry. Hierdie addisionele inligting behels dat ouers terugvoer kan gee ten opsigte van dít wat hulle die waardevolste gevind het, asook die grootste leemte wat hulle ervaar het tydens aanbieding. Aspekte wat tydens die begeleidingssessies hanteer is, moet kortliks herhaal word ten einde ouers die geleentheid te gee om oor enige genoemde aspek kommentaar te lewer. Die navorser beveel aan dat al die terugvoer aangeteken word. Vervolgens word die ouerbegeleidingsprogram in meer besonderhede bespreek.

6.7 'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET GESIGGESTREMDHEID

In die voorafgaande bespreking is die teoretiese raamwerk vir die ouerbegeleidingsprogram kortliks bespreek. Vervolgens word die struktuur en formaat van die program (operasionalisering van die teorie) volledig uiteengesit. Operasionalisering verwys na prosedures om die teoretiese model empiries te toets (Delport, 2002:193). Hierdie program soos dit hier aangebied word voltooi dan die laaste stap van fase vyf van die intervensienavorsingsproses, naamlik verfyning van die intervensie (1.8.5.2). Die inhoud van die begeleidingssessies word vervolgens volledig bespreek.

6.7.1 Sessie een: Verhoudingbou en meting

Doelstelling

Die doelstelling is om ouers tot die ouerbegeleidingsprogram te oriënteer en om hulle kennisbasis ten opsigte van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, gesinsverhoudings en -dinamika in stresvolle omstandighede, vroeë intervensie en die voordele daarvan, asook inligting ten opsigte van ouerbegeleiding en ouerskapsvaardighede met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremdheid te meet met behulp van 'n meetinstrument.

Doelwitte

- Om ouers aan mekaar voor te stel en die rede vir die begeleidingssessies aan hulle te verduidelik.
- Om 'n vertrouensverhouding daar te stel.
- Om 'n voortoets met behulp van 'n vraelys (bylaag 8) met die ouers te doen.

Hulpmiddel

'n Uitdeeltuk in die vorm van 'n Engelse of Afrikaanse programriglyn word aan elke ouer gegee. Die program se raamwerk word behandel ten einde die ouers te oriënteer met betrekking tot al die begeleidingssessies. 'n Voortoetsvraelys (bylaag 8) word hierna aan die ouers gegee, sodat hulle kennisbasis ten opsigte van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, gesinsverhoudings en -dinamika in stresvolle omstandighede, vroeë intervensie en die voordele daarvan, asook inligting ten opsigte van ouerbegeleiding en ouerskapsvaardighede met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremdheid gemeet kan word.

Verloop van die sessie

Die lede word aan mekaar bekend gestel

Heet die ouers welkom met hul aankoms en stel hulle op hul gemak. Nooi die ouers om hulleself aan koffie, tee en ligte verversings te help. Dit is belangrik dat die atmosfeer ontspanne is, sodat samewerking makliker verkry kan word.

'n Bespreking en oriëntering ten opsigte van die verloop van die program volg

Die aanbieder stel homself aan die ouers bekend en versoek die ouers om hulleself ook beurtelings aan die groep voor te stel. Moedig die ouers aan om, gesamentlik met hulle eie voorstelling, te noem hoe oud hulle kleuter met gesiggestremdheid is, asook die aard (indien hulle weet) van sy gesiggestremdheid. Hanteer praktiese reëlings (6.6.3) asook administratiewe aspekte soos die aantal sessies wat aangebied gaan word, die inhoud en verloop daarvan. Verwys na die programraamwerk, soos uiteengesit op die programriglyn (uitdeeltuk), wat op elkeen se sitplek geplaas is. Moedig die ouers aan

om visueel te volg en aantekeninge te maak op hulle uitdeeltstuk soos wat die aanbieder deur die sessies beweeg.

Die sluiting van 'n vennootskap tussen die ouers en die aanbieder van die begeleidingssessies (die navorser) word hanteer

Die aanbieder hanteer die taak en rol van die maatskaplike werker (aanbieder) sowel as wat van hulle as die ouers verwag word. 'n Vennootskap tussen die ouers en die aanbieder van die begeleidingssessies word dus gesluit.

'n Bespreking van gemeenskaplike behoeftes soos deur die aanbieder bepaal en deur individuele ouers geïdentifiseer, volg

Terugvoer oor die groep se gemeenskaplike behoeftes word hanteer. Hierdie gemeenskaplike behoeftes is tydens die assesseringsproses bepaal en met die telefoniese onderhoud wat die aanbieder gevoer het, bevestig:

- Almal in die groep versorg 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid.
- Volledige inligting ten opsigte van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, gesinsverhoudings en -dinamika in stresvolle omstandighede, vroeë intervensie en die voordele daarvan, asook inligting ten opsigte van ouerbegeleiding en ouerskapsvaardighede met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremde word benodig.
- Die rol en taak van die maatskaplike werker (aanbieder) moet vir hulle duidelik wees.

Die vraelys (bylaag 8) wat as die voortoets dien, word ingevul

Inligting ten opsigte van die selfontwerpte vraelys asook die prosedure wat gevolg gaan word ten einde dit te voltooi, word gegee. Dit is belangrik dat die vraelys korrek ingevul word ten einde 'n werklike resultaat vir die voortoets te verkry. Elke ouer voltooi die vraelys individueel, waarna die aanbieder dit met die hand inneem. Verduidelik aan die ouers dat hulle tydens die laaste sessie weer dieselfde vraelys gaan invul sodat die resultaat van die voor- en natoets met mekaar vergelyk kan word ten einde te assesser (te bepaal) waar ouers se kennisvlak verder kan verbeter en waar steeds behoefte aan

meer kennis is. (Die doel van hierdie meting kan egter ook as verdere evaluering vir maatskaplike en/of professionele dienslewering dien.)

Die hantering van vrae en probleemkwessies volg

Gee geleentheid vir vrae. Hulle kan ook opmerkings maak of probleemassepekte noem.

Samevatting en afsluiting

Na die invul van die voortoetsvraelys (bylaag 8), wat ook die einde van sessie een is, word die inhoud van die byeenkoms saamgevat deur te noem dat oriëntering ten opsigte van die begeleidingsessies plaasgevind het, asook die sorgvuldige invul van die voortoetsvraelys. Die ouers word bedank vir hulle teenwoordigheid en samewerking tydens die verloop van die sessie.

6.7.2 Sessie twee: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid

Doelstelling

Die doelstelling is om ouers te oriënteer ten opsigte van die totale proses wat 'n ouer deurloop met die diagnosering van 'n kind met gesiggestremdheid, die verskynsel van gesiggestremdheid saam met die anatomie van die oog, visuele ontwikkeling (geboorte tot ses jaar), die visuele mylpale van die kleuter met normale visie (geboorte tot ses jaar), die waarskuwingstekens van oogtoestande by verskillende ouderdomme, die algemeenste oogtoestande wat by babas en kleuters voorkom, die oorsaak van oogtoestande, die assessering van visie, belangrike mediese terme, asook belangrike vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra.

Doelwitte

- Om die totale proses wat 'n ouer vanaf diagnosering deurloop, met behulp van 'n grafiese voorstelling, te bespreek (figuur 6.1).
- Om die verskynsel van gesiggestremdheid saam met die anatomie van die oog te bespreek (figuur 6.2).
- Om die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar te bespreek.
- Om die visuele mylpale van die kleuter met normale visie te bespreek.

- Om die waarskuwingstekens van oogtoestande by verskillende ouderdomme te bespreek.
- Om die algemeenste oogtoestande wat by babas en kleuters voorkom, te bespreek (tabel 6.1).
- Om die mediese aspekte (oorsaak, prognose en moontlike mediese behandeling) van sekere oogtoestande te bespreek (tabel 6.1).
- Om die assessering van visie te bespreek.
- Om belangrike mediese terme ten opsigte van oogtoestande te bespreek.
- Om belangrike vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra, te bespreek.

Hulpmiddel

'n Uitdeelstuk in die vorm van 'n Engelse of Afrikaanse programriglyn word aan elke ouer gegee sodat aantekeninge gemaak kan word en sodat hulle die kwessies onder bespreking visueel kan volg.

Verloop van die sessie

Daar is geen onderbreking met die oorskakeling van die eerste na die tweede sessie nie en die aanbieder gaan voort deur na sessie twee op die uitdeelstuk te verwys. Indien die sessies op verskillende dae gehou sou word, sou dit belangrik wees dat daar by die aanvang van elke sessie 'n kort opsomming van die vorige sessie gegee word.

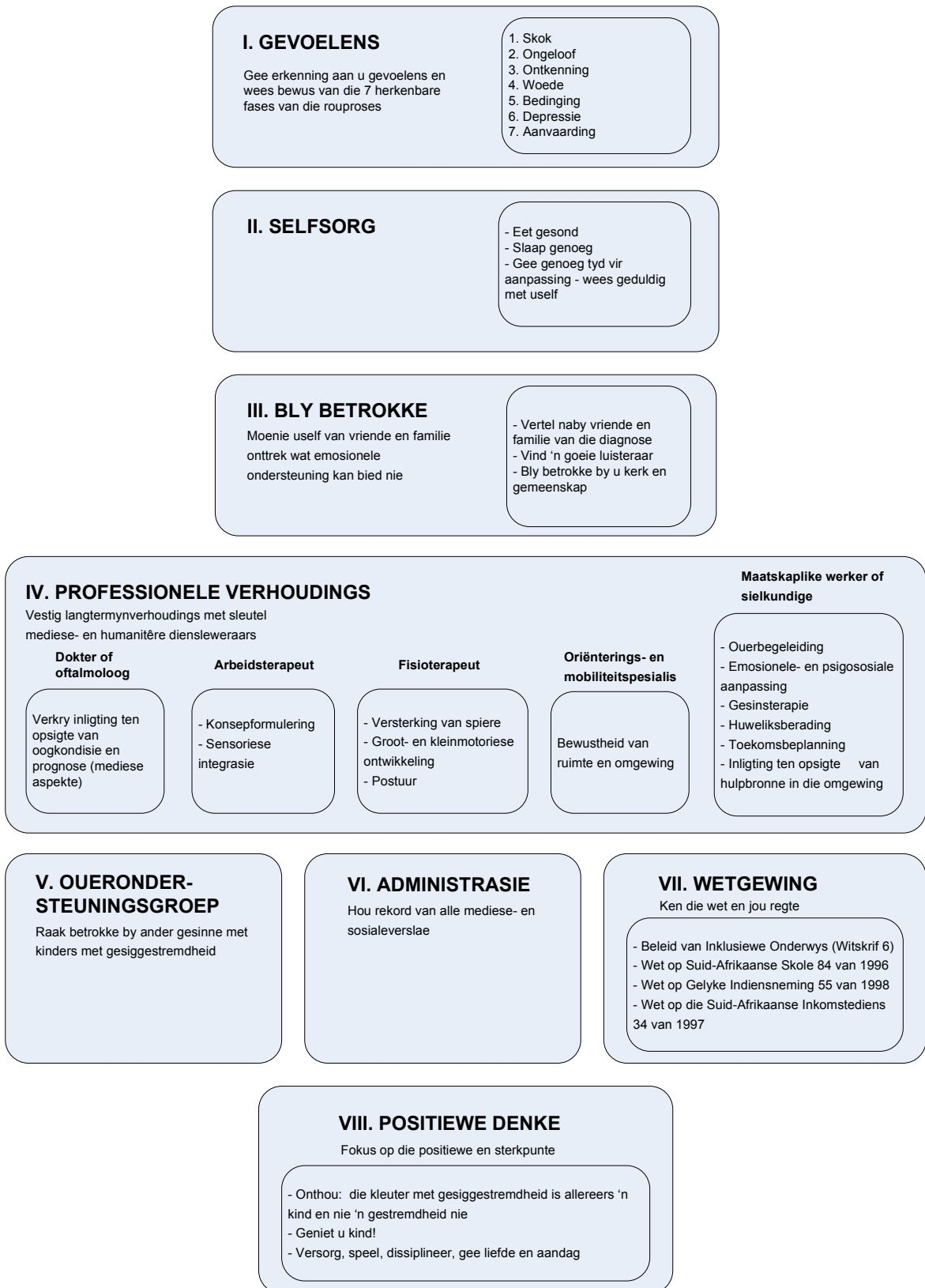
'n Kort beskrywing van die vorige begeleidingsessie word gegee om kontinuïteit te verseker en verdere vrae rondom sessie een te hanteer

Die aanbieder verwys kortliks terug na die vorige sessie om die nodige kontinuïteit tussen die opeenvolgende sessies te verkry. Die aanbieder versoek die ouers om vrae te vra oor die voortoetsvraelys (bylaag 8) om enige onduidelikhede op te klaar.

'n Bespreking ten opsigte van die totale proses wat 'n ouer vanaf diagnoseer deurloop, volg met behulp van 'n grafiese voorstelling (figuur 6.1)



FIGUUR 6.1 DIAGNOSE: U KIND IS GESIGGESTREMD



Die totale proses word by die aanvang van hierdie sessie met die ouers bespreek sodat hulle 'n geheelbeeld van hulle situasie en wat van hulle as ouers verwag word, kan vorm. Hierdie proses word met behulp van 'n grafiese voorstelling aan die ouers verduidelik sodat hulle die hele proses as 'n geheel voor hulle kan sien (figuur 6.1).

Die aanbieder begin die proses verduidelik deur te meld dat daar nie 'n regte of verkeerde manier is om die nuus dat jou kind gesiggestremd is, te hanteer nie. Dit is belangrik dat ouers moet onthou dat hulle emosies ooreenstem met dié van ander ouers regoor die wêreld wat met dieselfde probleem gekonfronteer word (beginsel van universalisering). Volgens die American Foundation for the Blind is daar egter 'n paar belangrike stappe wat ouers kan neem ten einde hulle lewe te balanseer, asook om die kleuter met gesiggestremdheid effektief te versorg (Learning that your child is visually impaired, 2009). Hierdie stappe sal vervolgens bespreek word.

Gee erkenning aan gevoelens: Ouers moet erkenning gee aan die feit dat elke ouer verskillend reageer op die nuus dat sy kind gesiggestremd is. Ouers moet probeer om nie hulleself of hulle huweliksmaat met ander te vergelyk of te kritiseer nie, aangesien emosies van mens tot mens fluktueer. Die belangrikste emosies (herkenbare fases en emosies waardeur ouers gaan) sluit volgens Elizabeth Kubler-Ross (1969) se rouproses die volgende in:

- Skok
- Ongeloof
- Ontkenning
- Woede
- Bedinging
- Depressie
- Aanvaarding

('n Volledige bespreking van die rouproses word in 4.3.1 gevind, asook die volledige bespreking van die emosionele impak op die ouer tydens sessie drie en vier, wat later in die program volg.)

Die ouer moet homself goed versorg: Die ouer is geregtig daarop om goed na homself om te sien sonder om skuldig te voel. Ten einde goed na homself om te sien, is dit belangrik dat die ouer gesond eet, genoeg slaap, geduldig met homself is (veral met

betrekking tot aanpassing by die nuwe situasie), asook steeds ontspannende en genotvolle aktiwiteite doen. Laasgenoemde aspekte bring mee dat 'n gesonde daaglikse leefstyl gehandhaaf kan word. Goeie gesondheid is noodsaaklik om die ouer se gees en gemoed te voed, asook om fisiese kragte op te bou. Deur dit te doen, help die ouer sy gesin, asook sy kleuter met gesiggestremdheid deurdat hy emosioneel en fisies beskikbaar bly vir hulle behoeftes.

Bly betrokke: Emosionele ondersteuning van vriende en familie wat omgee, is uiters noodsaaklik wanneer die ouer deur 'n moeilike tyd gaan. Wanneer 'n ouer nie perfek voel nie, kan hy die geneigdheid ontwikkel om te onttrek en homself van vriende, familie en die gemeenskap te isoleer. Alhoewel ouers soms uitgeput en ontwrig voel, is dit uiters belangrik om steeds betrokke te bly en uit te reik na die mense rondom hulle. Ouers moet probeer om 'n goeie luisteraar te vind met wie hulle op 'n gereelde basis kan gesels. Deur gewoonweg met iemand te gesels wat die ouer vertrou, kan groot verligting bring. 'n Oor wat met empatie luister, kan baie waardevol wees vir hierdie ouer wat probeer uitsorteer hoe hy voel en wat hy volgende moet doen.

Vestig langtermynverhoudings met sleutel mediese- en humanitêre dienslewers: Dit is belangrik dat ouers professionele persone in die veld van gesiggestremdheid moet raadpleeg met betrekking tot hulle kleuter se oogtoestand. Belangrike professies wat van hulp kan wees, sluit die volgende in:

Huisarts / oftalmoloog / oogkundige

- Verkry soveel inligting moontlik ten opsigte van die kind se oogtoestand en prognose (mediese aspekte) (2.11, tabel 6.1)

Maatskaplike werker / sielkundige

- Ouerbegeleiding (sessie vyf van hierdie program)
- Emosionele en psigo-sosiale aanpassing (2.13 asook sessies drie en vier van hierdie program)
- Gesinsterapie (sessie vyf van hierdie program)
- Huweliksberading (sessie vyf)
- Toekomsbeplanning (2.13.1.3, 2.13.2.3, 2.13.3.3 asook sessies drie en vier van hierdie program)
- Inligting ten opsigte van hulpbronne in die omgewing (sessie vyf)

Arbeidsterapeut

- Konsepformulering (2.13.1.1, asook sessie vyf)
- Sensoriese integrasie (2.13.1.1, asook sessie vyf)

Fisioterapeut

- Versterking van spiere (2.13.1.1 asook sessie vyf)
- Groot- en kleinmotoriese ontwikkeling (2.13.1.1 asook sessie vyf)
- Postuur

Oriënterings- en mobiliteitspesialis

- Bewustheid van ruimte en omgewing (2.13.1.1 asook sessie vyf)

Soek ouerondersteuningsgroepe: Raak betrokke by ander gesinne met kinders met gesiggestremdheid. Hierdie gesinne deel dieselfde ervarings en kan waardevol wees met betrekking tot raad en wysheid om die kleuter met gesiggestremdheid groot te maak. Hierdie gesinne kan mekaar help om die kontakbesonderhede van persone wat kan help, te vind, om nuwe inligting en tegnologie met mekaar te deel, asook om hulpbronne te vind wat benut kan word. Hierdie gesinne kan mekaar ook emosioneel ondersteun.

Administrasie: Hou rekord van alle mediese en sosiale verslae met betrekking tot die kind met gesiggestremdheid. Dit is belangrik om mediese en sosiale verslae byderhand te hou wanneer die kind deur nuwe lewensfases gaan, asook met opvolgbesoeke aan professionele persone. Sodoende kan al die hulpdienste betrokke ingelig word oor die kind se vordering en as 'n span funksioneer.

Ken die wet: Die ouer moet kennis dra en bewus wees van wetgewing. Dit kan die ouer help om te weet op watter voordele die kind met gesiggestremdheid geregtig is. Die Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998 is die ouer se riglyn ten opsigte van wat om te vra en om toe te sien dat die kind eendag kry waarop hy geregtig is. Die beleid van inklusiewe onderwys volgens Witskrif Ses is 'n verder aspek wat begeleiding vir die ouer van 'n kind met 'n gesiggestremdheid noodsaak. 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. Ingevolge die Wet op die Suid-

Afrikaanse Inkomstediens 34 van 1997, artikel 18(1)(d): Regulasies in verband met mediese onkoste wat belastingaftrekbaar is, 2006, bied die Suid-Afrikaanse Inkomstediens (SAID) ook sekere toelaes en voordele om die mediese onkoste van die kind met gesiggestremdheid te help dek. Dit is belangrik dat die ouer kennis moet neem van die strukture wat SAID neerlê ten einde die volle voordeel hiervan te benut.

Fokus op die positiewe: Dit gebeur maklik dat die ouer van sy eie behoeftes vergeet en homself agterweë laat by die aanhoor van slegte nuus. Dit is egter belangrik dat die ouer nie van homself moet vergeet en voel dat hy nooit meer iets op sy eie mag geniet nie. Die ouer moet onthou dat die kleuter met gesiggestremdheid allereers 'n kind is en nie 'n gestremdheid nie. Geniet die kleuter vir wie en wat hy is. Versorg en dissiplineer hom, speel met hom en gee liefde en aandag aan die kind.

'n Bespreking word hanteer ten opsigte van die verskynsel van gesiggestremdheid saam met die anatomie van die oog (figuur 6.2)

'n Groepsgesprek ten opsigte van die verskynsel van gesiggestremdheid word hanteer. Hierdie bespreking word in samewerking met 'n illustrasie en verduideliking van die anatomie (bou) van die oog gedoen (figuur 6.2). Die gesprek word ingelei deur aan die ouers te verduidelik dat blindheid die verlies van sig is. 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. 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 vanaf die retina deur die optiese senuwees na die brein gestuur vir ontleding. (Hierdie inligting word aangebied soos bespreek onder 2.1 en 2.4. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang).

Noem aan die ouers dat 'n duidelike onderskeid getref moet word tussen die oog se twee visuele vermoëns, naamlik die sentrale en perifere visie. Verskillende dele van die retina is verantwoordelik vir die funksionering van hierdie twee vermoëns. Verskillende oogtoestande affekteer die sentrale en perifere visie verskillend en beïnvloed dus wat die kind kan sien.

Die definisie van blindheid en belangrike terme

Hierdie inligting word gebruik soos bespreek in 2.2. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Snellentoets met kinders

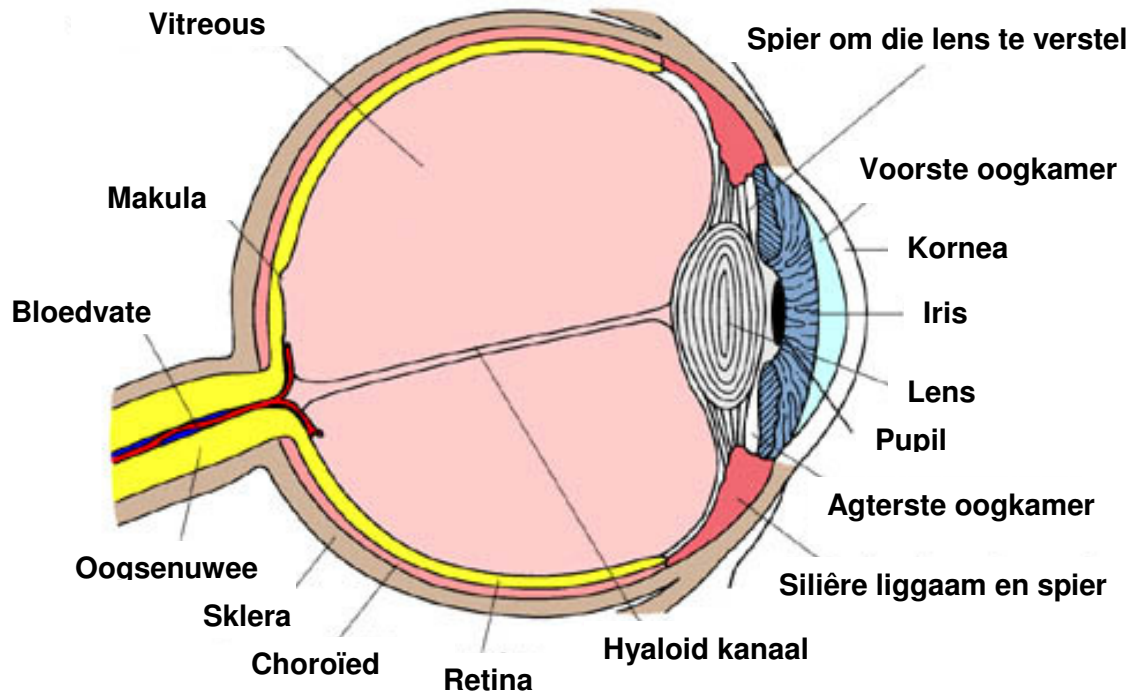
Die algemeenste metode ten einde afstandsvisie by kinders te meet, is deur middel van die Snellen-toetskaart. Hierdie inligting word gebruik soos bespreek in 2.3. Dit is aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Geleentheid vir vrae word gegee sodat enige onduidelikhede opgeklaar kan word.

Die anatomie van die oog

Die bespreking en illustrasie van die anatomie van die oog (figuur 6.2) vind saam met die bespreking van gesiggestremdheid as verskynsel plaas. Die aanbieder verduidelik aan die ouers dat die oog 'n bolvormige orgaan van omtrent 25 mm in deursnee is, wat deur middel van die optiese senuwee met die brein verbind is. Heel agter in die brein lê die gebied wat die mens laat sien. As die optiese senuwee of die ander senuwees wat na die gesigsgebied van die brein loop, beskadig word of nie reg funksioneer nie, kan dit gesig benadeel en 'n gesigsgebrek veroorsaak (Vaughan, 1995:37). Hier volg 'n kort bespreking, soos deur Vaughan (1995:38-39) beskryf, van die funksies van die belangrikste dele van die oog. Die anatomie van die oog word in figuur 6.2 ter illustrasie weergegee.

FIGUUR 6.2 ANATOMIE VAN DIE OOG



Ooglede: Die ooglede met die ooghare vervul 'n belangrike funksie. Eerstens verleen die ooghare beskerming aan die oë teen stof en ander voorwerpe wat die oë kan binnedring. Tweedens, en nog belangriker, hou die ooglede die kornea (horingvlies) vogtig deur knipbewegings. Trane word deur die traankliere, wat diep onder die boonste ooglede lê, afgeskei. Elke keer as die oog knip, word die vog eweredig oor die kornea versprei. As hierdie vogverspreiding nie plaasvind nie, word die kornea droog, wat ernstige skade daaraan kan veroorsaak.

Kornea (horingvlies): Die kornea is die buitenste, gebuigde deel van die oog, wat ook die venster van die oog genoem word. Dit is heeltemal deursigtig en bevat geen bloedvate wat die gesig kan belemmer nie. Dit het wel senuwees en is baie sensitief, soos 'n mens ondervind as enige klein voorwerp skielik in die oog kom. Die oog word dan onwillekeurig toegeknyp. Dit is noodsaaklik dat die kornea altyd vogtig gehou word (figuur 6.2).

Iris (reënboogvlies): Die iris is die gekleurde deel van die oog en is 'n sirkelvormige membraan of vlies wat die grootte van die pupil (opening in die iris) reguleer sodat minder of meer lig die oog binnedring. In helder lig trek die iris saam en die pupil word kleiner om die hoeveelheid lig wat die oog binnegaan, te verminder. In dowwe lig vergroot die

pupil van die iris om meer lig binne te laat. Die iris lê liggies op die lens sodat die oogwater (aqueous) tussen die twee kan deurvloei (figuur 6.2).

Lens: Die lens lê agter die iris en is heeltemal deursigtig. Dit laat die lig (die beeld) na die agterste deel van die oog, naamlik die retina, deur. Die lens word in posisie gehou deur ligamente aan weerskante daarvan. Die ligamente is sterk, veselagtige weefsels wat aan die kante van die lens en aan beide kante van die siliêre liggaam vas is. Die lens laat ligstrale deur en bring die strale tot 'n punt (fokus) op die retina. Die lens verander van vorm om ver- en nabysig te bewerkstellig. Die siliêre liggaam is hiervoor verantwoordelik (figuur 6.2).

Siliêre liggaam: Die siliêre liggaam verrig verskeie funksies. Eerstens produseer dit die oogwater (aqueous) en tweedens verander dit die vorm van die lens deur middel van die draagligamente om naby of ver te kan fokus (figuur 6.2).

Vitreous: Die vitreous is 'n semi-soliede, jellieagtige vloeistof wat die binneste deel van die oog vul en die hele oog met sy verskillende dele in posisie hou. Die oogwater (aqueous) kan vervang word, maar nie die vitreous nie. As die vitreous om een of ander rede uitlek, sal die hele oog ineensak (figuur 6.2).

Sklera: Die sklera is 'n sterk, taai buitelaag van die oog wat as beskerming vir die ander twee lae, naamlik die choroïed en die retina, dien. Die wit van die oog, wat langs die iris gesien kan word, is deel van die sklera en help die oog om sy ronde vorm te behou (figuur 6.2).

Choroïed: Die choroïed is die middelste laag van die drie en is aan die siliêre liggaam verbind. Dit bestaan hoofsaaklik uit bloedvate wat die retina van bloed voorsien (figuur 6.2).

Retina: Die retina is die vernaamste van die drie lae en strek oor die hele binneste gedeelte van die oogbal. Die retina ontvang die ligstrale en beelde en stuur dit via die optiese senuwee en ander senuweebane in die brein na dié deel waar die interpretasie van wat gesien word, plaasvind. Dit is die rede waarom die mens in volle kleur, vorm en diepte kan sien. Wetenskaplikes weet nog nie hoe dit alles geskied nie. In die illustrasie kan die optiese skyf, die gedeelte waarvandaan die optiese senuwee na die brein gaan, gesien word (figuur 6.2).

Makula: Die makula en lutea fovea of geel vlek is 'n belangrike deel van die retina. Dit is die deel van die retina waar die gesig die skerpste is. Die lyn van visie loop deur die middel van die pupil (opening in die iris) na die makula (figuur 6.2).

Hyaloid kanaal: Die hyaloïd kanaal is 'n baie nou kanaal wat strek vanaf die optiese skyf (die gedeelte waar die oogsenuwee die oog binnekom) tot by die agterste deel van die lens. Hierdie kanaal verrig 'n baie belangrike funksie tydens die embrionale fase deurdat dit die hyaloïdeslagaar gelei. Na geboorte verrig hierdie kanaal egter geen funksie meer nie (figuur 6.2).

Oogspiere: Daar is ses oogbalspiere wat die bewegings van elke oog koördineer sodat hulle kan saamwerk. Dit is die rede waarom die oë na verskillende kante kan draai en saam kan kyk. As daar 'n fout in die werking van hierdie spiere is, veroorsaak dit skeel oë of strabismus (figuur 6.2 dui die spesifieke spier/ligament aan wat die lens verstel, met ander woorde die akkommodasieproses).

Die oog is dus 'n baie komplekse orgaan waar elke deel 'n afsonderlike funksie verrig. Indien een van die dele nie normaal funksioneer nie of beskadig is, kan oogtoestande ontstaan wat soms blindheid tot gevolg mag hê.

'n Kort bespreking ten opsigte van die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot kleuter word gegee

'n Groepsgesprek ten opsigte van die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar volg. Die aanbieder moet aan die ouers noem dat 'n pasgebore baba nog nie oor normale volwasse visie beskik nie, maar dat hy beslis kan sien. Hierdie inligting is gebruik soos in 2.8 aangebied. Dit is aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang. Beklemtoon aan die ouers dat hulle hiervan kennis moet neem ten einde moontlike visuele probleme by hulle baba of kleuter vroegtydig te identifiseer.

'n Algemene riglyn ten einde die visuele mylpale van die kind met normale visie te meet, word bekendgestel. Hierdie riglyn kan deur 'n ouer benut word om hom te bemagtig met kennis van die visuele ontwikkeling by die kleuter.

Selflees: Visuele mylpale van 'n kleuter met normale visie (geboorte tot ses jaar) (2.9) (Hierdie inligting word aangebied soos bespreek onder 2.6. Dit word aangebied aan die

hand van 'n programrilyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang).

Selflees: Definisies van oogontwikkeling (2.7)

'n Bespreking word hanteer ten opsigte van die waarskuwingstekens van oogtoestande by verskillende ouderdomme

'n Groepsgesprek ten opsigte van die waarskuwingstekens op verskillende ouderdomme, onder meer dié van 'n pasgeborene tot en met een jaar oud, die voorskoolse kind, asook op enige ouderdom wat moontlik probleme kan aandui, word hanteer. Hierdie inligting word aangebied soos bespreek onder 2.10.1. Dit word aan die hand van 'n programrilyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang, aangebied.

Hierna word 'n kontrolelyst aan die ouers gegee waar hulle al die uiterlike waarskuwingstekens, wat hulle tans (of voor die diagnose) by hul kleuter met gesiggestremdheid opmerk.

WAARSKUWINGSTEKENS: KONTROLELYS

A) Ooglede (merk wat van toepassing is)

- Geswelde ooglid
- "Drooping" van die ooglid
- Rooiheid
- Afskeiding (waterig of etterig)
- Veelvuldige knip van die oë
- Korsagtige voorkoms

B) Witgedeelte van die oog (merk wat van toepassing is)

- Gelerige kleur
- Boedbelope en/of rooi
- Slymagtige afskeiding
- Oormatige traning
- Littekenvorming
- 'n Ooglopende ongemak van die oë word waargeneem byvoorbeeld jeukerigheid

C) Oogbal (merk wat van toepassing is)

- Abnormaal groot
- Abnormaal klein
- Vertoon asof “ingesink” in die oogkas

D) Oë (merk wat van toepassing is)

- Dowwerige laag bo-oor die voorste gedeelte van die oog
- Pupil vertoon wit/dof
- Abnormale vergroting/uitsetting van die pupil

- Normale voorkoms van die oë (geen van bogenoemde beskrywings is van toepassing)

Gee aan ouers die geleentheid om hulle eie ervarings met betrekking tot waarskuwingstekens wat hulle opgelet het (ook voor die diagnose van hul kleuter) met die groep te deel. Daar moet beklemtoon word dat die ouers baie mooi moet let op hierdie waarskuwingstekens ten einde oogtoestande vroeg te diagnoseer sodat behandeling so vroeg moontlik kan begin en 'n beter prognose bewerkstellig kan word. Ouers moet aangemoedig word dat indien hulle een van die aspekte op die bogenoemde kontrolelys afgemerkt het, dit raadsaam is om 'n dokter te gaan spreek.

'n Bespreking ten opsigte van die algemeenste oogtoestande wat by babas en kleuters voorkom, volg (tabel 6.1)



TABEL 6.1: VERSKILLENDE OOGTOESTANDE BY BABAS EN KLEUTERS

Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademie oorwegings
Kornea beskadiging	'n Oop seer of besering op die kornea.	Medikasie of soms die skraping of verwydering van die seer. Indien 'n ernstige besering, is 'n kornea oorplanting nodig.	Bakterie, virus, swam, vitamientekort, 'n hipersensitiewe reaksie of 'n tekort aan transe.	Die besering kan op enige deel van die kornea voorkom met gesiggestremdheid as resultaat, "blurred" visie, verminderde sentrale gesigskerpte, kan lei tot blindheid.	Onkonvensionele voorstellings van voorwerpe, goeie beligting, kontras vergroting	Rheostatiese ligte met verstelbare arms help vir nabywerk.
Katarakte	Dowwerigheid of "cloudiness" van die lens wat die toegang van lig (gewoonlik bilateraal) strem. Met erge katarakte kan die hele pupil 'n wit voorkoms hê.	Chirurgiese verwydering van die katarak word meestal aanbeveel. Intra- okulêre lense (IOL), implantate of kornale kontaklense kan na chirurgie gebruik word.	Beserings, trauma, medikasie, wanvoeding of rubella gedurende swangerskap, ouderdom, sommige oogtoestande (gloukoom, uvetis, retinitis pigmentosa, retinale loslatings) en oorerflikheid. Kan autosomaal dominant of X-linked wees.	Verminder gesigskerpte, onduidelike visie, swak kleurvisie, ligsensitiwiteit en soms nystagmus. Die helderheid van visie fluktureer na geleiding van lig. Strabismus of skeelheid kan die vroeë manifestasies van kongenitale katarakte wees. Amblyopia kan die resultaat wees indien korreksies nie aangebring word nie. Na chirurgie is die oë nie in staat om aan te pas sonder voorgeskrewe lense nie.	Vergroting, die naderbring van materiale of die onkonvensionele voorstelling van voorwerpe kan help. Lig moet van agter die kind skyn en weerkaatsing moet voorkom word. Indien katarakte sentraal geleë is, kan nabyvisie geaffekteer wees en helder lig kan 'n groot probleem wees. Lae vlakke van illuminasie kan verkies word. Indien katarakte in die perifere visie geleë is, kan helder lig help ten einde die pupil kleiner te maak sodat die iris die grootste deel van die katarak-area kan bedek.	'n Ouer moenie voor 'n verligte venster staan of in 'n ligbron staan wanneer met die kind gekommunikeer word nie. Rheostatiese ligte met aanpasbare arms kan help vir nabywerk. Indien lense of 'n bril voorgeskryf is, is dit baie belangrik dat dit gedra word. Rusperiodes is nodig wanneer nabywerk gedoen word en die afwisseling van naby- en verafstandstake kan moegheid verminder.



Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Strabismus	Die onvermoë van die oë om saam te werk, dit wil sê om gelyktydig op dieselfde objek te fokus. Strabismus is meestal sekondêr tot ander visuele gestremdhede.	Met jong kinders kan oog oefeninge help. Okklusie of die toemaak van die goeie oog of chirurgie kan ook help.	Oorerflik: Multifaktooraal	Affekteer binokulêre visie, diepte persepsie en hand-oog-koördinasie. Daar is verskillende tipes strabismus: esophoria (een of beide oë draai na binne), esotropia of "crossed eyes" ('n inwaartse deviasie van die een oog in vergelyking met die ander oog), exophoria (een of beide oë draai na buite), exotropia of "walled eyes" ('n uitwaartse deviasie van die een oog in vergelyking met die ander oog), hypertropia (een of beide oë draai opwaarts), hyperophoria ('n opwaartse deviasie van die een oog in vergelyking met die ander een), hypophoria (een of beide oë draai afwaarts), hypotropia ('n afwaartse deviasie van die een oog in vergelyking met die ander een). Al bogenoemde veroorsaak oogstremming en maak dit moeilik om vinnige voorwerpe te volg.	Prismatiese brille en/of onkonvensionele voorstellings van voorwerpe kan help. Sommige kinders gebruik die een oog vir ver-afstandstake terwyl die ander oog vir naby-afstandstake gebruik word.	Nabygeleë take kan veroorsaak dat die kind sy plek verloor, oogstremming kom gou voor, onduidelike lees- of skryfwerk en swak konsentrasie. Gereelde rusperiodes is nodig wanneer nabywerk gedoen word. Kinders kan probleme ondervind met fisiese aktiwiteite en kan meer tyd benodig om by nuwe visuele take aan te pas. Die kind moet altyd so geïsoleer wees sodat sy beste oog bevoordeel word.



Oogkondisie	Fisiese karaktereienskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Myopia	'n Refraktiewe fout waar die beeld van 'n ver-afstandvoorwerp aan die voorkant van die retina gevorm word en dus nie duidelik gesien kan word nie.	Chirurgie is eksperimenteel, maar kan suksesvol wees in sommige gevalle. Dit is belangrik dat die kind ook vir die oogsiekte, gloukoom geassesseer word.	Oorerlik: autosomaal resessief	Die onvermoë van die oë om ver te kan sien. Nabyvisie word nie geaffekteer nie. Fronsing en die trek van die oë kan aanduidings wees dat die kind dit moeilik vind om ver te kan sien. Degeneratiewe myopia kan erge nabysindheid tot gevolg hê en kan so progressief vererger dat voorgeskrewe lense nie die visie kan normaliseer nie. Die diagnose van laasgenoemde is gebaseer op veranderings wat geobserveer word by die retina en die choroïd. Retinale loslatings, choroïdale bloeding, verminderde sentralevisie, makulêre swelling en katarakte kan ontwikkel.	Voorgeskrewe lense, verhoogde illuminasie met minimale sturing van die oë of kontaklense kan help.	Met degeneratiewe myopia, sal 'n ouer 'n kind moet help sodat hy nader geposisioneer is om iets wat ver is, te sien. Kinders wat progressiewe myopia het, moet geobserveer word vir retinale loslatings. Kinders kan onbelangstellend voorkom in enige aktiwiteite wat afstandvisie vereis.



Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Hyperopia	'n Refraktiewe fout waar die oogbal korter as normaal is wat dit vir die kind moeilik maak om op nabyvoorwerpe te fokus. Indien korreksies nie aangebring word nie, kan nabywerk lei tot naarheid, kopseer, duiseligheid en oogvrywing.			Moeilik om voorwerpe op 'n kort afstand te sien.	Voorskrif lense of vergrootglase kan help.	Kinders kan gou moeg raak wanneer hul nabytake moet verrig. Afwisseling tussen naby- en vertake kan moegheid teenwerk. Kinders verkies fisiese aktiwiteite wat afstandvisie vereis.
Astigmatisme	'n Abnormale, onreëlmatige of onewe vorm van die kornea wat distorsie en onduidelike visie by alle afstande veroorsaak.		Kan oorerflik wees	Onduidelike visie by alle afstande. Dit word geassosieër met albinisme en keratokonus. 'n Tendens waar die kind baie keer frons ten einde 'n "pinhole" effek te vorm, kom voor.	Aangepaste lense, goeie kontras en spesiale beligting.	Die kind word gou moeg en hoofpyne kom algemeen voor wanneer hy moet lees of nabywerk moet verrig.
Retinopatie as gevolg van prematuriteit (ROP)	Verwys na alle retinale veranderinge wat voorkom by vroeggebore babas met lae geboortegewig. Dit kan lei tot retinale beserings asook retinale loslatings. Kan varieër tussen minimale skade tot totale blindheid.	Vitamiën E terapie, fotokoagulatie prosedures ("photocoagulation procedures"), die hegting van die sklera. Geen van laasgenoemde behandelings is heeltemal suksesvol nie. Sommige gevalle genees hulself sonder enige intervensie.	Lae geboortegewig, vroeë gestasie ouderdom en die administrasie van suurstof.	Verminderde gesigskerpte, erge myopia, moontlike retinale besering, verlies aan gesigsveld, gloukoom.	Hoë illuminasie, vergroting van nabywerk, teleskoop vir afstandvisie kan alles die kind help.	Kinders kan breinskade hê wat gedragsprobleme en/of ontwikkelingsagterstande tot gevolg kan hê. Voorsorg moet getref word ten einde retinale loslatings te voorkom. Vroeë intervensie en sensoriese stimulasie is baie belangrik.



Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Aniridia	Die totale of die gedeeltelike afwesigheid van die iris. Dit word geassosieer met Wilm's Tumor.		Oorerflikheid: gewoonlik autosomaal dominant, maar kan ook autosomaal resessief wees	Verminderde gesigskerpte, ligsensitiwiteit, verlies aan gesigsveld wat ooreenkom met die areas waar die afwesigheid van die iris is. Katarakte en gloukoom is gewoonlik teenwoordig. Visie fluktueër na aanleiding van die ligkondisie en die hoeveelheid weerkaatsing wat voorkom.	Kosmetiese kontaklense wat 'n nagmaakte pupil naboots, gekleurde lense, 'n sonbril, gedempte lig, vergroting, reostate en ligbeheer.	Vir optimale funksionering by die kind, is dit nodig dat beligting beheer word. 'n Ouer moenie voor 'n verligte venster of in 'n ligbron staan wanneer met die kind gekommunikeer word nie. Gee ekstra tyd aan die kind om aan te pas met die afwisseling van lig, soos byvoorbeeld wanneer daar van binne na buite beweeg word. Wees sensitief vir ooreising van die oë.
Optiese atrofie	'n Disfunksie van die optiese senuwee wat resulteer in die onvermoë om elektriese impulse na die brein te stuur wat 'n verlies aan sig meebring.		Word deur siektes veroorsaak, drukking op die optiese senuwee, trauma, gloukoom, "toxicity" of oorerflik; indien oorgeërf, is dit dominant.	Fluktuerende gesigskerpte, onduidelike visie, kleurblindheid, perseptuele visiestremdheid	Verskerpte beligting, vergrote druk, vergrootglas, verhoogde kontraste, braille en materiale wat die sintuie stimuleer kan gebruik word.	Vermyn visuele oorstimulasie. Voorwerpe moet in isolasie aan die kind gewys word en moet in sy eenvoudigste vorm aangebied word. 'n Ouer moet besige agtergronde vermyn en nie te kleurvolle patrone vir hul klerekas kies nie. Pas verwagtinge aan ten einde fluktuerende visuelekondisie te akkomodeer. Visuele stimulasieprogramme is baie belangrik by kleuters en help hulle om te interpreteer dit wat hulle sien.



Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Makulêre degenerasie	Die progressiewe agteruitgang van die middelste deel van die retinaleoringkies. Dit kan reeds voor die ouderdom van sewejaar begin of op 'n later ouderdom.		Oorerflik: Multifaktoraal	Affekteer die sentrale visie, ligskeid, verswakte kleurvisie, normale perifere visie	Onkonvensionele voorstellings van voorwerpe, deurdat die kins syperifere visie gebruik. Die vergroting van beelde, die naderbring van voorwerpe en gedempte beligting (wat minder intens is) kan meebring dat die pupil vergroot sodat meer area vir sig benut kan word, teleskope vir afstandvisie, donkerbrilskermglase, 'n sonbril, aanpasbare beligting sonder weerkaatsing kan alles gebruik word.	Hoë-kontras leesmerkers kan help met leeswerk en/of wiskunde probleme ten einde die kind sy plek te help hou. Ouers moenie voor 'n verligte venster of voor 'n ligbron staan wanneer daar met die kind gekommunikeer word nie. Rheostatiese ligte met aanpasbare arms kan help met nabywerk. Moegheid kan 'n probleem wees. Kinders moet voor geposisioneer wees in 'n klasopset.
Gloukoom	'n Oogsiekte weens interne druk van die oogvloeistof wat in die voorste- en agterstekamer van die oog ontstaan.	Oogdruppels kan voorgeskryf word en moet gereeld gebruik word om die druk te verminder. Chirurgie mag nodig wees.	As gevolg van veranderinge in die lens, trauma, 'n reaksie tot sekere medikasie, chirurgiese prosedures of kan oorgeërf wees. Indien geneties: autosomaal resessief, autosomaal dominant of multifaktoraal.	Fluktuerende gesigskerpte, perifere veldverlies, swak nagvisie, ligskeid, moeilik om groot voorwerpe op 'n nabyafstand te sien of nabywerk te lees, verminderde kontrassensitiwiteit, pyn en hoofpyn kom voor, die oog word rooi, wye pupil. Dit kan lei tot blindheid indien nie behandel word nie.	'n Sonbril met oogskerms, reostatiese ligte met aanpasbare arms, geen weerkaatsing, hoë kontras, vergrootglase, absorptiewe lense kan alles benut word.	Fluktuering van gesigskerpte kan frustrerend wees vir die kind. Verwagtings moet dus aangepas word. Stres en moegheid het 'n negatiewe effek op visuele gesigskerpte. Ouers moet bedag wees op pynsimptome en verhoogde druk. Indien medisyne voorgeskryf is, moet dit gereeld geneem word. Reise op vreemde plekke kan moeilik wees.



Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Retinitis Pigmentosa	'n Progressiewe oogsiekte wat die retina, in die besonder die perifere area, en ligsensitiewe selle affekteer.		Oorerlik: autosomaal resessief	Tonnelvisie, nagblindheid, dieptepersepsie verlies, gekolde visie as gevolg van die retinale seerplekke, ligskuheid en totale gesigsverlies kan resulteer. Katarakte kan ontwikkel. Kan saam met myopia, katarakte of keratokonus voorkom. Visuele skerpte kan in sommige gevalle normaal bly of agteruitgaan.	Verhoogde beklemtoning van voorwerpe en vergroting, absorptiewe lense, infrarooi oogapparaat, prismatiese glase ten einde visuele vlak te vergroot en verhoogde kontras kan help.	Fisiese aktiwiteite en mobiliteit kan ingeperk wees met swak lig, soos byvoorbeeld skemertyd of bewolkte toestande. Ouers kan hierdie kinders help deur 'n "grid" patroon te gebruik ten einde visuele merkplekke te vind. In 'n klasopset moet kinders só geïsoleer word ten einde hul visuele vlak vergroot is. Voorsorg moet getref word ten einde retinale loslatings te voorkom.
Koloboma	'n Oorerflike oogkondisie wat uitgeken word aan 'n sleutelgatvormige pupil, maar die deformatie kan egter ook in ander dele van die oog voorkom, naamlik die iris, siliêre liggaam, lens, retina, choroïd of optiese senuwee. Sommige kinders met kolobomas kan ook met microphthalmia (klein ogies) presenteer.		Oorerflik: autosomaal dominant	Die afneem van visie en gesigskerpte kan saam met nystagmus, skeelheid en fotofobia (ligskuheid), katarakte en verlies aan dieptepersepsie resulteer. Gloukoom kan ook later ontwikkel.	Vergroting, kosmetiese kontaklense wat 'n pupil naboots, teleskope vir nabyvisie, sonbril en oogskerms indien die koloboma in die iris geleë is, kan behulpsaam wees.	Hoë-kontras leesmerkers met leeswerke/of wiskunde probleme help ten einde die kind sy plek te help hou.



Oogkondisie	Fisiese karaktereenskappe	Mediese behandeling	Oorsaak	Waarskynlike effek op visie	Aanpassings en korreksies	Akademiese oorwegings
Albinisme	Die resultaat van 'n totale of gedeeltelike tekort aan pigment in die liggaam. Dit veroorsaak abnormale ontwikkeling van die optiese senuwee en velkleur. Die oë is besonder ligsensitief.		Oorerflik: autosomaal resessief of X-linked	Verlaagde visuele gesigskerpte, ligskuheid, hoë refraktiewe fout, astigmatisme, nystagmus en strabismus.	Vergroting en die naderbring van objekte, verhoogde kontras, donker brillense, oogskerms, hoed, gedempte lig van agter die kind, grootdruk boeke, voorgeskrewe lense, vergrootglase of teleskope vir afstandvisie kan die kind behulpsaam wees.	Ten einde optimale funksionering by die kind te bewerkstellig, is dit nodig dat beligting beheer moet word. 'n Ouer moenie voor 'n verligte venster of in 'n ligbron staan wanneer daar met die kind gekommunikeer word nie. Hoë-kontras skrifmerkers vir lees en/of wiskundige probleme kan help om die kind sy plek te help hou. Naby-afstandstake kan moegheid van die oë by die kind voorkom. Diepteperspieie kan ook aangetas wees.
Nystagmus	Die ritmiese, onwillekeurige beweging van die oë. Hierdie beweging van die oë kan nie beheer of gestop word nie. Bewegings is gewoonlik klein en na weerskante van die ooghoeke. Bewegings na ander rigtings kom egter ook soms voor.	Chirurgie van die oogspiere kan help.	Oorerflik: autosomaal resessief. Of as gevolg van 'n neurologiese siekte of 'n binne-oor wanbalans.	Die onvermoë om stabiele oogkontak te bewerkstellig en die oë kan nie op een spesifieke punt fokus nie. Visuele gesigskerpte neem af, moegheid van die oë kom voor.	'n Ongewone posisie van die kop kan help om die "nulpunt" te vind wat die nystagmus vertraag.	Stres en ritmiese bewegings vererger nystagmus en moet dus vermy word. Nabywerk veroorsaak moegheid en dus is afwisseling en rusperiodes nodig. 'n Merker en liniaal kan die kind help om sy plek in leeswerk te behou. Goeie beligting en kontras kan help.

'n Groepsgesprek ten opsigte van die vernaamste oogtoestande by babas en kleuters word hanteer met behulp van tabel 6.1. Om die groepsgesprek meer persoonlik te maak, kan die aanbieder aan die ouers vra of hulle kennis dra van die spesifieke oogtoestand wat hulle kleuter met gesiggestremdheid het. Fokus dan spesifiek op hierdie oogtoestande wat genoem word en spandeer voldoende tyd hieraan. Ouers se belangstelling en pogings om meer van hulle kleuters se oogtoestande te wete te kom, moet hanteer word. (Hierdie inligting word gebruik soos in 2.11 en tabel 6.1 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.)

Die bespreking van die vernaamste oogtoestande word met behulp van tabel 6.1 gedoen. Daar moet net op die oogtoestande wat op die groep van toepassing is, gefokus word. (Die breedvoerige bespreking van elke oogtoestand kan gesien word in 2.11. Dit dien as selflees vir aanvullende inligting ten opsigte van elke oogtoestand.)

Geleentheid vir vrae word aan ouers gegee sodat enige onduidelikhede opgeklaar kan word. Die ouers moet ook die geleentheid kry om opmerkings te maak of probleemassekte te noem.

'n Bespreking word hanteer met betrekking tot die mediese aspekte (oorsaak, prognose en moontlike mediese behandeling) van sekere oogtoestande (tabel 6.1)

'n Groepsgesprek volg ten opsigte van die oorsake, prognose en mediese behandeling van oogtoestande by babas en kleuters (tabel 6.1). Beklemtoon dat ouers altyd eers 'n mediese dokter moet raadpleeg met betrekking tot hierdie mediese aspekte alvorens hulle 'n finale besluit neem. Hierdie program dien slegs as aanvullende inligting tot die mening van medici deurdat dit vereenvoudige beskrywings bied van al die mediese aspekte wat in gedagte gehou moet word by elke oogtoestand. Hierdie program poog dus om die ouer met kennis te bemagtig en hom voor te berei vir die toekoms met betrekking tot die mediese aspekte van sekere oogtoestande.

'n Bespreking ten opsigte van ouers se moeilike pad om hulle kind se gesiggestremdheid te aanvaar, asook iemand (dikwels hulleself) soek wat die skuld moet dra vir die lot wat hulle gesin getref het, word hanteer. Vestig ouers se aandag op die belangrikheid daarvan om dus kennis te moet dra van die oorsake van oogtoestande by babas en kleuters ten einde berusting te vind en nie ander verhoudings te strem deur iemand "die

skuld” te wil gee nie. Die prognose en moontlike mediese behandeling moet hierna kortliks bespreek word. Herinner ouers dat hulle net na tabel 6.1 kan teruggaan wanneer hulle inligting met betrekking tot mediese aspekte van elke spesifieke oogtoestand verlang.

Selflees: Gewaarwording van visie (2.4)

'n Kort bespreking ten opsigte van die assessering van visie volg

'n Groepsgesprek ten opsigte van die assessering van visie word hanteer. Die aanbieder moet dit baie duidelik aan die ouers maak dat hulle as ouers verantwoordelik is om mediese personeel daarop attent te maak om hulle baba se oë direk na geboorte te evalueer. Dit is ook hulle as ouers se verantwoordelikheid om hulle kleuter te neem vir gereelde oogtoetse op spesifieke ouderdomme. (Hierdie inligting is gebruik soos in 2.5 aangebied. Dit is aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang het.)

Selflees: Ouderdomme waarby assesseringstoetse moet plaasvind (2.5.1)

Geleentheid vir vrae sodat enige onduidelikhede opgeklar kan word, word aan ouers gegee. Hulle kan ook opmerkings maak of probleemassepekte noem.

'n Kort bespreking oor belangrike mediese terme met betrekking tot oogtoestande (siektes) volg

Lei 'n groepsgesprek ten opsigte van belangrike mediese terme met betrekking tot visie en oogtoestande by die baba en kleuter. Hier is dit belangrik dat die aanbieder ouers gerusstel dat hulle nie hierdie mediese terme hoef te memoriseer nie. Die aanbieder moet aan die ouers uitwys dat hulle uitdeelstuk voorsiening maak vir alle belangrike mediese terme met betrekking tot gesiggestremdheid in die vorm van 'n “woordeboek”. Kort definisies van verskeie mediese terme, in alfabetiese volgorde, ten opsigte van die vernaamste oogtoestande by babas en kleuters word gegee. Sommige terme is ook met opset in Engels gelaat, aangesien dit só in mediese woordeboeke voorkom en meestal deur medici gebruik word.

“WOORDEBOEK” TEN OPSIGTE VAN DIE VERNAAMSTE OOGTOESTANDE BY BABAS EN KLEUTERS:

- **Ambliopie** – verminderde visie in 'n andersins normale oog; oorsake sluit strabismus, hangende (droopy) ooglede, katarakte en refraktiewe foute in.
- **Astigmatisme** – 'n abnormale, onreëlmatige of onewe vorm van die kornea wat distorsie en onduidelike visie by alle afstande veroorsaak.
- **Blepharitis** – die swelling van die ooglede as gevolg van inflammasie in die olieklere van die ooglede.
- **Choroïed** – die gekleurde vaskulêre laag tussen die retina en die sklera.
- **Corneal abrasion** – 'n besering aan die voorkant van die oog wat pyn, ligsensitiwiteit en traning tot gevolg het.
- **Eksotropie** – uitwaartse draai van die oë.
- **Esotropie** – inwaartse kruising van die oë.
- **Gloukoom** – verhoogde druk binne die oog, wat skade aan die optiese senuwee van die oog veroorsaak en visieverlies tot gevolg het.
- **Hiperopie** – die mediese term vir versierendheid; die oogbal is korter as normaal, wat dit vir die kind moeilik maak om op naby voorwerpe te fokus.
- **Iris** – die gekleurde deel van die oog wat die pupil oop- en toemaak; dit reguleer die hoeveelheid lig wat die oog binnedring.
- **Katarak** – verdowwing van die normaalweg helder lens binne die oog, wat verminderde visie tot gevolg het.
- **Konjunktiva** – 'n dun, deurskynende weefsel met klein bloedvate wat die wit gedeelte van die oog (sklera) bedek; wanneer 'n oog geïrriteerd is, swel die bloedvate binne die konjunktiva en veroorsaak dit rooiheid van die oog.
- **Konjunktivitis** – rooiheid van die konjunktiva; laasgenoemde word gewoonlik geassosieer met oormatige traning van die oog, afskeiding en 'n vreemde sensasie in die oog.
- **Kornea** – kristalhelder membrane wat aan die gekleurde deel aan die voorkant van die oog (die iris) geleë is.
- **Lens** – die kragtige fokusarea van die oog, wat soos die lens van 'n kamera funksioneer.
- **Miopie** – die mediese term vir nabysierendheid; die oogbal is langer as normaal, wat dit vir die kind moeilik maak om op ver voorwerpe te fokus.
- **Optiese senuwee** – 'n bondel senuweevesels wat soortgelyk is aan telefoonkabels wat uit verskeie drade bestaan; die optiese senuwee gelei die

senuwees wat vir visie verantwoordelik is vanaf die retina na die brein.

- **Ptoxis** – hangende (droopy) ooglede; gewoonlik reeds by geboorte teenwoordig; word geassosieer met 'n swakheid van die ooglidsenuwees wat verantwoordelik is om die ooglid op te lig.
- **Pupil** – die swart sirkel in die middel van die iris; dit verander van grootte soos wat dit die hoeveelheid lig wat die retina bereik, beheer.
- **Retina** – die agterste gedeelte van die oog wat visuele beelde registreer vir die transmissie na die brein.
- **Siliëre liggaam** – die struktuur wat die lens help fokus, asook die voorste gedeelte van die oog van vloeistof voorsien.
- **Sklera** – die wit gedeelte van die oog; 'n dik buitenste laag van die oog.
- **Strabismus** – 'n oogtoestand waar die oë nie met mekaar saamwerk nie; die een oog sal reguit kyk terwyl die ander een uitwaarts, afwaarts, opwaarts of binnetoe draai.
- **Vitreous** – die helder jellie wat die agterkant van die oog, agter die lens, vul.

'n Bespreking ten opsigte van die belangrikste vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra, volg

Bespreek die feit dat ouers en kinders baie keer ongemaklik en senuweeagtig voel ten opsigte van die besoek aan die dokter. Fokus daarop dat die ouer egter die dokter van hulp kan wees deur hom 'n duidelike en saamgestelde prentjie ten opsigte van die kind se visuele funksionering en die ouer se waarnemings en bekommernisse tot op hede te gee (Singer, 2009:10). Ouers kan hulleself byvoorbeeld die volgende vrae afvra alvorens hulle die dokter besoek:

- Wat dink u kan u kind sien?
- Watter tipe dinge trek gewoonlik die kind se aandag?
- Kan die kind sy kop beheer of val (tilt) dit soms?
- Is die kind ligsensitief of staar hy soms na 'n ligbron?
- Vryf of druk (poke") die kind soms sy oë?
- Reik die kind uit na speelgoed – vorentoe of meer na die een kant toe?

Wanneer die ouer die dokter van bogenoemde inligting kan voorsien, wat gebaseer is op daaglikse waarnemings ten opsigte van die kind met gesiggestremdheid se gedrag, sal dit die dokter help om 'n beter evaluasie te maak. Die ouer moenie huiwer om die dokter

van enige gesondheids- of gestremdheidsprobleem, allergieë of medikasie in te lig nie. Indien die ouer oor enige mediese rekords van die verlede beskik, moet dit ook aan die dokter gegee word (Singler, 2009:10).

Belangrike vrae, volgens Singler (2009:10) om aan die dokter te vra, sluit die volgende in:

- Wat is die diagnose van die kind se oogtoestand?
- Wat het die oogprobleem veroorsaak?
- Is die kind hiermee gebore?
- Is dit 'n oorerflike oogsiekte?
- Is die toestand stabiel? Gaan dit beter word? Gaan dit met verloop van tyd versleg? (Wat is die prognose van hierdie oogtoestand?)
- Is daar enige behandeling vir hierdie oogsiekte?
- Sal 'n bril of kontaklense kan help?
- Is daar enige ander probleme wat met hierdie toestand geassosieer word?
- Kan u sê hoeveel die kind op die oomblik kan sien?
- Watter tipe beligting sal die beste wees vir die kind?
- Is daar enige beperkings met betrekking tot die kind se fisiese aktiwiteite wat toegepas moet word?
- Is daar enige addisionele inligting wat nodig is om te weet?

Vrae en die bespreking van probleme ten opsigte van die inligting wat deurgegee is, word hanteer om enige onsekerhede by die ouers uit die weg te ruim

Gee geleentheid vir vrae. Hulle kan ook opmerkings maak of probleemassepekte noem.

'n Kort samevatting van die begeleidingsessie word gegee.

Die aanbieder meld dat hierdie sessie gepoog het om hulle kennis te verbeter ten opsigte van die totale proses vanaf diagnose, die verskynsel van gesiggestremdheid, die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar, die waarskuwingstekens waarna ouers moet oplet by verskillende ouderdomme ten einde oogtoestande vroegtydig te diagnoseer, die algemeenste oogtoestande wat by babas en kleuters voorkom, mediese aspekte, byvoorbeeld die oorsaak, prognose en moontlike mediese behandeling van oogtoestande, visuele assessering by verskillende ouderdomme, begrip van mediese terme, asook belangrike vrae wat aan die mediese personeel gevra moet word. Hierdie

inligting bemagtig die ouers om hulle kleuter met gesiggestremdheid beter te hanteer. Daar moet beklemtoon word dat sekere afdelings net kortliks bespreek is en dat ouers weer daarvoor kan gaan oplees (byvoorbeeld in die “selflees”-dele). Meld dat die volgende begeleidingssessie sal fokus op inligting ten opsigte van die invloed van die oogtoestand op die kind, die ouers afsonderlik, die huwelik en die gesin.

Die ouers moet gevra word om terugvoer te gee ten opsigte van hulle ervaring van die sessie, asook of hulle voel dat die sessie daartoe bygedra het dat hulle ’n beter begrip van die temas wat hanteer is, ontwikkel het.

Bedank die ouers vir hulle teenwoordigheid en samewerking. Hierna word koffie, tee en ligte verversings bedien.

6.7.3 Sessie drie en vier: Inligting ten opsigte van die invloed van die oogtoestand op die kind, die ouers afsonderlik, die huwelik en die gesin

Doelstelling

Die doelstelling is om die ouers te oriënteer ten opsigte van die invloed van die gesiggestremdheid op die kind self, die ouers afsonderlik, die huwelik en die gesinsisteem ten einde die ouers te bemagtig in hulle rol as ouers van ’n kleuter met gesiggestremdheid.

Doelwitte

- Om ’n kort samevatting van die vorige sessie te gee, om aan ouers die geleentheid te bied om vrae te stel indien daar enige onduidelikhede van die bespreekte aspekte is.
- Om die ouers te oriënteer ten opsigte van die invloed van gesiggestremdheid op die kind self met betrekking tot die volgende areas: akademies, loopbaan, psigo-sosiale aanpassing en isolasie by die kind met gesiggestremdheid.
- Om die ouers te oriënteer ten opsigte van die invloed van ’n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer met betrekking tot die volgende areas: sosiaal, emosioneel (skuldgevoelens, bekommernisse, spanning, aggressie dat dit sy kind moet wees, rouproses en aanvaarding) en hulle ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl.

- Om die ouers te oriënteer ten opsigte van die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding met betrekking tot die volgende areas: spanning binne die verhouding, tyd vir mekaar, bekommernisse, ekstra las of positief, hoe om mekaar te bemagtig en te ondersteun.
- Om die ouers te oriënteer ten opsigte van die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die hele gesinsisteem met betrekking tot die volgende areas: onderlinge verhoudings (sibbe met die kind met gesiggestremdheid, ouer met kind), die gesin se emosionele welstand en funksionering, die gesin se sosiale lewe en die gesin se finansiële stressors (verhuising en mediese onkoste).

Hulpmiddel

'n Uitdeelstuk (in die vorm van 'n Engelse of Afrikaanse programriglyn) word tydens die sessie as hulpmiddel benut sodat ouers visueel kan volg terwyl hulle ook na die aanbieder luister.

Verloop van die sessie

Let op die tyd wat vir die pouse gegee word en berei die ouers voor op die tyd beskikbaar alvorens daar met die begeleidingssessie begin gaan word. Gee 'n kort geleentheid vir informele gesels terwyl ouers hulle help aan koffie, tee en ligte verversings wat voorgesit word. Teen hierdie tyd behoort ouers baie gemakliker met mekaar te wees en sal hulle dalk begin om staattjies te deel oor hulle kinders met gesiggestremdheid.

'n Kort samevatting van die vorige sessie word gegee ten einde aan die ouers 'n geleentheid te bied om vrae te stel indien daar enige onduidelikhede is met betrekking tot die aspekte wat voorheen bespreek is

Gee 'n kort samevatting van die vorige begeleidingssessie wat plaasgevind het om die nodige kontinuïteit in die opeenvolgende sessies te verkry. Gee geleentheid vir verdere vrae oor die aspekte wat in die vorige sessie hanteer is om enige onduidelikhede uit te skakel.

'n Bespreking volg ten opsigte van die invloed van gesiggestremdheid op die kind self met betrekking tot die volgende areas: akademies, loopbaan, psigo-sosiale aanpassing en isolasie by die kind met gesiggestremdheid

Gee die ouers die geleentheid om die moontlike invloed van gesiggestremdheid op die kind self met betrekking tot die volgende areas te noem: akademies, loopbaan en sy psigo-sosiale aanpassing. Lys al hulle terugvoer. Na afloop hiervan moet die terugvoer gegroepeer word, aangesien van die genoemde probleme met mekaar kan oorvleuel. Lig daarna die meer algemene "probleme" uit wat by kinders met gesiggestremdheid kan voorkom. Gee hierna 'n kort omskrywing oor wat elke probleem behels. Oogtoestande, soos in drie kategorieë verdeel, naamlik die akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan vir die kind, word verduidelik. Die eerste kategorie is die oogtoestande waarmee die kind reeds van geboorte af presenteer en wat gesigverlies 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.

Hierdie inligting word gebruik soos in 2.13 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Isolasie by die kind met gesiggestremdheid

'n Groepsgesprek oor isolasie by die kind met gesiggestremdheid as resultaat van sy gestremdheid, word hanteer. Hierdie inligting word gebruik soos in 4.10.5 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

'n Bespreking volg ten opsigte van die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer met betrekking tot die volgende areas: sosiaal, emosioneel (skuldgevoelens, bekommernisse, spanning, aggressie dat dit sý kind moet wees, rouproses en aanvaarding) en hulle ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl

Lei 'n groepsgesprek oor die invloed wat 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer het met betrekking tot die volgende areas: emosioneel (skuldgevoelens, bekommernisse, spanning, aggressie dat dit sy kind moet wees, rouproses en aanvaarding, rol van die vader, die eise wat aan die ouer gestel word en krisisperiodes), sosiaal (tradisionele rolle wat verander het, loopbaan, finansies) en hulle ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl.

Emosionele invloed

Herkenbare fases van die rouproses

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.3.1 aangebied. Dit is belangrik dat die aanbieder hier 'n kruisverwysing na die "Totale proses vanaf diagnosering" (figuur 6.1), soos bespreek tydens sessie twee, sal maak. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Rol van die vader

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.11.1 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Selflees: Die eise wat aan ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n gesiggestremde kind (4.7.1)

Krisisperiodes

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.9.2 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Krisisperiodes en die kwessie van aanvaarding

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.9.3 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Sosiaal

'n Groepsgesprek volg oor die invloed wat 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sosiale funksionering van die ouer het. Meld dat die grootste verandering tydens die afgelope 10 tot 20 jaar in die vader se rol in die huisgesin was – die mate waarin die vader betrokke is by kwessies met betrekking tot kinderversorging. Die tradisionele rol en, meer spesifiek, die loopbane en finansiële omstandighede van die ouers binne die huisgesin het oor die laaste dekade verander. Dit word vervolgens bespreek.

Selflees: Tradisionele rolle (4.11.1, asook 'n kruisverwysing na “Die rol van die vader” soos vroeër in hierdie sessie bespreek)

Gee 'n kort opsomming van die invloed wat 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer se sosiale funksionering en, meer spesifiek, hulle loopbane en finansies kan hê. Gee geleentheid aan die groep om vrae te vra asook hulle siening ten opsigte van die vrou en haar werk asook die rol van die vader te deel. Dit is belangrik om geleenthede te skep waar ouers saamgepraat, menings gee ten einde 'n samewerkende atmosfeer en vertroue binne die groep te versterk.

Ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl: Oorbekerming en/of oortoegeeflikheid

'n Groepsgesprek ten opsigte van die invloed van gesiggestremdheid op die ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl van die ouer wat 'n kind met gesiggestremdheid het, veral met betrekking tot oorbekerming en/of oortoegeeflikheid, word hanteer. (Hierdie inligting word gebruik soos in 4.13.1 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.)

Gee 'n kort opsomming ten opsigte van die invloed van gesiggestremdheid op die ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl van die ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, veral met betrekking tot oorbekerming en/of oortoegeeflikheid. Gee die ouers die geleentheid om vrae te stel om alle onduidelikhede op te klaar.

'n Bespreking word hanteer ten opsigte van die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding met betrekking tot die volgende areas: spanning binne die verhouding, tyd vir mekaar, bekommernisse, ekstra las of positief, en maniere om mekaar te bemagtig en te ondersteun

Lei 'n groepsgesprek oor die invloed wat 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huwelik het. Meld aan die ouers dat wanneer ouers 'n baba kry, hulle op 'n leerkurwe is, maar hierdie leerkurwe wat die ouers van 'n baba met 'n spesiale behoefte moet deurmaak, is 'n intense kursus met twee vlakke. Op die praktiese vlak is die ouer besig om al die feite en praktiese aspekte van sy kind se probleem te absorbeer, terwyl hy op 'n dieper vlak deur 'n warboel van gevoelens gekonfronteer word in die proses van aanvaarding en aanpassing by die verandering in sy lewe, asook die bekommernis oor sy kind.

Emosionele worsteling van die huwelikspaar

Verduidelik aan die ouers dat die emosionele worsteling van die huwelikspaar geskoei is op die feit dat ouers op 'n dieper vlak met teenstrydige emosies (woede, haat, liefde, skuldgevoelens, vrees) worstel ten opsigte van hulle gevoelens rondom hulle kind, maar ook hulle lewensmaat. Ouers verkeer in rou oor die verlies aan 'n "normale baba" wat hulle gesin volmaak sou maak. Huwelikspare kan begin om mekaar te blameer vir hulle kind se gestremdheid, aangesien iemand die skuld moet kry vir hierdie verskriklike ding wat hulle getref het. Huwelikspare kan mekaar dus in hierdie fase oneindig seermaak met beskuldigings. Ouers sukkel ook om liefde en aanvaarding vir die kind met gestremdheid te wys, aangesien hulle ook vir hom kwaad kan wees. Hierdie optrede en emosies binne hulleself kan tot 'n verskriklike skuldgevoel lei, sodat hulle hulleself as slegte ouers en slegte mense sien (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:304). (Ten einde die inligting van die program te integreer en in verwerkte vorm aan die ouers weer te gee, kan die aanbieder hier 'n kruisverwysing na die bespreking tydens sessie twee van hierdie program, naamlik die "Oorsake van oogtoestande", maak.)

Sommige ouers kan in depressie verval, wat tot 'n toestand van emosionele afwesigheid en ontoeganklikheid by die ouer teenoor sy kinders en/of huweliksmaat kan lei. Die ouer wat in depressie verkeer, is so oorspoel deur sy eie emosies en voel gestroop van enige vermoë om homself te help noudat die werklikheid en onomkeerbaarheid van sy kind se gestremdheid meer van 'n realiteit geword het, dat hy nie in staat is om uit te reik na die mense rondom hom nie. Die huwelik verkeer al meer onder druk en daar is al meer spanning in die huweliksverhouding, want die ander huweliksmaat voel afgeskeep, alleen, kwaad en hulpeloos, en 'n egskeding word sy enigste oplossing. Indien 'n ouer emosioneel afwesig is vir 'n tydperk in sy kind se lewe of huwelik, kan dit 'n negatiewe effek op die hele gesinsisteem hê (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:304).

Meld aan die ouers dat die warboel van gevoelens by die ouer met 'n kind met gesiggestremdheid, sowel as die praktiese reëlings wat getref moet word, tot groot stres binne die huweliksverhouding kan lei. Gee geleentheid om vrae te vra en/of stories vanuit hulle eie lewe te vertel.

Ekstra las of positief?

In die literatuur word groot belangstelling getoon in die effek wat 'n kind met gestremdheid op die huweliksverhouding het. Egnoreer wat van die veronderstelling uitgaan dat hulle huwelik positief beïnvloed is deurdat hulle 'n kind met gesiggestremdheid het, skryf dit daaraan toe dat om so 'n kind gesamentlik te versorg, hulle emosioneel nader aan mekaar gebring het. Hierdie effek word sterker namate die kind se graad van gestremdheid vererger (Woolfson, 1991:47). Beklemtoon dat beide huweliksmaats hulle tot mekaar en die versorging van hulle kind met gestremdheid sal moet verbind ten einde 'n positiewe resultaat te genereer. Huweliksmaats sal op mekaar se emosionele behoeftes ingestel moet wees ten einde hulle huwelik te versterk te midde van die uitdagende taak om 'n kind met gestremdheid te versorg.

Die volgende interessante bevindings ten opsigte van die huwelik en 'n kind met 'n gestremdheid kan hier as besprekingspunte aangebied word:

- Wanneer huwelike waar daar 'n kind met gestremdheid is, met “gewone” huwelike vergelyk word, is bevind dat die aantal jare wat 'n egpare voor die geboorte van hulle kind met gestremdheid getroud was, direk verband hou met huweliksharmonie. Daar is bevind dat egpare wat minder as vyf jaar getroud was voor die geboorte van hulle kind met gestremdheid, dit moeiliker vind om die situasie te hanteer as diegene wat langer as vyf jaar getroud was (Woolfson, 1991:47).
- Die kwaliteit van die huwelik voor die geboorte van die kind met gestremdheid affekteer die ouers se toekomstige verhouding, dit wil sê indien 'n ouerpaar voor die tyd probleme ondervind het, sal dit eerder vererger met 'n krisis soos hierdie (Woolfson, 1991:47).
- Verder, hoe erger die kind se gestremdheid (en in die besonder die hoeveelheid daaglikse aktiwiteite van die kind wat beperk is), hoe groter is die las op die huweliksverhouding (Woolfson, 1991:47).
- Die vrees vir 'n toekomstige swangerskap kan 'n groot bron van kommer wees, veral indien die kind met gestremdheid die ouerpaar se eerste kind is (Woolfson, 1991:47).

Die graad van die kleuter se gesiggestremdheid

Hou 'n bespreking as “waar” of “onwaar” oor die volgende:

- Dat die graad van gestremdheid 'n groot las op die huweliksverhouding plaas.
- Dat die eggenoot (meestal die man) nie die kind met gestremdheid kan aanvaar nie.
- Die man homself onttrek en afsluit omdat hy nie die situasie van 'n kind met gestremdheid in die huis kan aanvaar nie.
- Die vrou alleen gelaat word met die versorging van die kind met gestremdheid en moet die verantwoordelikhede wat daarmee gepaardgaan, alleen dra.
- Egliede blameer mekaar vir hulle kind se gestremdheid wat tot geweldige skade in die huweliksverhouding lei en die huwelik deurgaans onder geweldige druk plaas.
- Die uitdaging om 'n kind met gestremdheid te versorg, te groot en veeleisend – emosioneel en fisies – is om alleen te dra.
- Wanneer een huweliksmaat voel dat hy dit alleen doen, ontstaan negatiewe emosies, wat tot wrywing en konflik in die huweliksverhouding kan lei.
- Wanneer huwelikspare nie in staat is om hierdie probleme te konfronteer en met mekaar deur te werk nie, of nie vir professionele hulp gaan nie, eindig dit meestal in die skeihof.

Gee 'n opsomming van bogenoemde besprekingspunte asook 'n geleentheid vir vrae ten einde alle onduidelikhede uit die weg te ruim. Stel die ouers gerus dat daar tydens die volgende sessie (sessie vyf) hanteringstrategieë en praktiese idees bespreek gaan word oor hoe die ouer sy huweliksverhouding kan versterk te midde van die stresvolle situasie van 'n kleuter met gesiggestremdheid in die huis.

'n Bespreking volg ten opsigte van die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die hele gesinsisteem met betrekking tot die volgende areas: onderlinge verhoudings (tussen die sibbe en die kind met gesiggestremdheid, en tussen die ouer en die kind), die gesin se emosionele welstand en funksionering, die gesin se sosiale lewe en die gesin se finansiële stressors (verhuising en mediese onkoste)

Lei 'n groepsgepraeg oor:

- Wat ook al die reaksie van die ouer is, dit onafwendbaar is dat daar 'n krisis in die gesin gaan wees, wat spanning tot gevolg het en die balans of egalige gang van die gesinslewe versteur.

- Gesinne as dinamiese sosiale sisteme gesien en verstaan moet word; dit wil sê elkeen besit sy eie waarde, rolle, funksie en lewensirkel.
- 'n Kind met gestremdheid die beste verstaan word binne die konteks van sy eie gesin.
- Alle kinders het 'n invloed op en word beïnvloed deur hulle gesinne. Verduidelik die sisteemteorie se fundamentele beginsel van die wederkerige reaksie wat gesinslede op mekaar het, omdat hulle interafhanklik is van mekaar.
- Die gesin se vermoë om by die nuwe omstandighede in hulle huis aan te pas, een aanduiding is dat hulle begin het om die aanvanklike krisis te hanteer.

Gesinsisolasië

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.10.1 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Gesinsfunksionering met betrekking tot die verskynsel van "scapegoating"

'n Groepsgesprek ten opsigte van die gesin se funksionering met betrekking tot die verskynsel van "scapegoating", word hanteer (4.13.2). Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Sibbe (broers en susters)

Verduidelik aan die ouers dat kinders met gestremdheid wat by hulle gesinne woonagtig is, noodwendig ook elke ander lid van die gesin beïnvloed – dit wil sê ook die ander kinders. Ten einde die verskeie mediese, opvoedkundige en psigo-sosiale behoeftes van die kind met gestremdheid te ondersteun, is dit nodig dat die tradisionele rolle en verantwoordelikhede van 'n broer, suster, ouer en lewensmaat binne hierdie gesinne heroorweeg en herevalueer moet word.

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.12 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Stel die ouers gerus dat hanteringstrategieë en praktiese wenke ten opsigte van bogenoemde onderwerp (die hantering van die ander kinders in die gesin) tydens sessie vyf bespreek gaan word.

Hantering van vrae en probleemassekte

Gee die ouers die geleentheid om vrae te vra. Hulle kan ook opmerkings maak of probleemassekte noem.

'n Kort samevatting van die sessie word gegee

Die doel van die pas afgelope twee sessies was om ouers se kennis te verbeter ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid asook die invloed daarvan op hulle as ouers, as huweliksmaat en die hele gesinsisteem op verskeie vlakke (emosioneel, sosiaal, finansieel, ensovoorts). Hierdie inligting vanuit die sessies het dus gepoog om die ouers te bemagtig ten einde hulle kleuter met gesiggestremdheid, hulleself as ouers, hulle huwelik en die hele gesinsisteem beter te kan bestuur en te verstaan. Meld dat die volgende begeleidingssessie sal fokus op inligting ten opsigte van die hantering van die kleuter, die huweliksverhouding en die gesin – dus die bemagtiging van die ouer en die gesin. Sessie vyf sal dus poog om probleme en moeilikhede wat tydens sessie twee, drie en vier bespreek is, aan te spreek.

Vra aan die ouers om terugvoer te gee ten opsigte van hulle ervaring van die sessie, asook of hulle ervaar dat die sessie daartoe bygedra het dat hulle 'n beter begrip van die temas wat hanteer is, ontwikkel het. Bedank hierna die ouers vir hulle teenwoordigheid en samewerking. Hierna kan koffie, tee en ligte verversings bedien word.

6.7.4 Sessie vyf: Bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke ten opsigte van die kind met gesiggestremdheid, die huweliksverhouding, die ander kinders en die gesinsisteem

Doelstelling

Die doelstelling is om ouers te oriënteer ten opsigte van bemagtigingstrategieë en hanteringswenke met betrekking tot hulle kleuter met gesiggestremdheid, hulle huweliksverhouding en hulle gesin.

Doelwitte

- Om 'n kort samevatting te gee van die vorige sessie, om ouers die geleentheid te bied om vrae te stel indien daar enige onduidelikhede omtrent die bespreekte aspekte is.
- Om ouers te oriënteer ten opsigte van verskillende bemagtigingstrategieë en hanteringswenke wat hulle kan volg om met die kleuter met gesiggestremdheid om te gaan. Die volgende aspekte is gedek:
 - Die hantering van die baba met 'n gesiggestremdheid
 - Gehegheidsvorming en die faktore wat dit beïnvloed
 - Riglyne ten einde die binding tussen die moeder en die baba met gesiggestremdheid te versterk
 - Die ontwikkelingsteorie van Erik Erikson
 - Gehegtheid en dagsorg
 - Die ouer as die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlike leermeester
 - Die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid
 - Praktiese riglyne wat 'n ouer of primêre versorger kan volg ten einde die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid te stimuleer
 - Daaglikse roetine
 - Om die baba met gesiggestremdheid se liggaamsbewustheid te verbeter
 - Om die kleuter met gesiggestremdheid se bewustheid van sy omgewing te verbeter
 - Verdere algemene riglyne met betrekking tot die hantering van 'n baba met gesiggestremdheid
 - Riglyne ten opsigte van die speelgoed wat met die baba met gesiggestremdheid gebruik kan word
 - Riglyne ten opsigte van die speelomgewing van die baba met gesiggestremdheid
 - Riglyne ten opsigte van effektiewe spel met die baba met gesiggestremdheid
 - Riglyne ten opsigte van hoe om 'n veilige huislike omgewing te skep
 - Riglyne ten opsigte van mobiliteit en oriëntering met die kleuter met gesiggestremdheid
- Om ouers te oriënteer ten opsigte van riglyne om hulle huweliksverhouding te versterk.

- Om ouers te oriënteer ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat hulle kan bemagtig om met hulle ander kinders (sibbe) om te gaan.
- Om ouers te oriënteer ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat hulle kan bemagtig om die gesinsisteem te versterk.
- Om ouers te oriënteer ten opsigte van verskillende hulpbronne in hulle onmiddellike omgewing wat hulle as gesinsisteem kan ondersteun (uitgebreide familie, vriende, kerk, ouerondersteuningsgroepe).

Hulpmiddel

'n Uitdeelstuk (in die vorm van 'n Engelse of Afrikaanse programriglyn) word tydens die sessie as hulpmiddel benut sodat ouers visueel kan volg terwyl hulle ook na die aanbieder luister.

Verloop van die sessie

Gee 'n aanduiding dat die volgende sessie gaan begin en vra al die lede om hulle sitplekke in te neem.

'n Kort samevatting van die vorige sessie word gegee ten einde ouers die geleentheid te bied om vrae te stel in geval van enige onduidelikhede omtrent die aspekte wat voorheen bespreek is

Gee 'n kort samevatting van die vorige begeleidingssessie wat plaasgevind het om die nodige kontinuïteit van die opeenvolgende sessies te verkry. Gee geleentheid vir verdere vrae oor die aspekte wat in die vorige sessie hanteer is om enige onduidelikhede uit te skakel.

'n Bespreking volg met betrekking tot verskillende bemagtigingstrategieë en hanteringswenke wat die ouer kan volg tydens sy omgang met sy kleuter met gesiggestremdheid. Dit het betrekking op die volgende aspekte:

- Die hantering van die baba met 'n gesiggestremdheid
- Gehegheidsvorming en die faktore wat dit beïnvloed
- Riglyne ten einde die binding tussen die moeder en die baba met gesiggestremdheid te versterk
- Die ontwikkelingsteorie van Erik Erikson

- Gehegtheid en dagsorg
- Die ouer as die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlike leermeester
- Die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid
- Praktiese riglyne wat 'n ouer of primêre versorger kan volg ten einde die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid te stimuleer
- Daaglikse roetine
- Om die baba met gesiggestremdheid se liggaamsbewustheid te verbeter
- Om die kleuter met gesiggestremdheid se bewustheid van sy omgewing te verbeter
- Verdere algemene riglyne met betrekking tot die hantering van 'n baba met gesiggestremdheid
- Riglyne ten opsigte van die speelgoed wat met die baba met gesiggestremdheid gebruik kan word
- Riglyne ten opsigte van die speelomgewing van die baba met gesiggestremdheid
- Riglyne ten opsigte van effektiewe spel met die baba met gesiggestremdheid
- Riglyne ten opsigte van hoe om 'n veilige huislike omgewing te skep
- Praktiese riglyne ten opsigte van mobiliteit en oriëntering met die kleuter met gesiggestremdheid

Die hantering van die baba met 'n gesiggestremdheid

'n Ouer wat 'n baba met gesiggestremdheid het, moet eerstens onthou dat hierdie baba – net soos enige ander baba – die volgende benodig:

- Liefde
- Aanraking
- Kos
- Skuiling
- Begrip
- Dissipline
- Aanmoediging

Verduidelik aan die ouers dat fisiese en kognitiewe ontwikkeling nie die enigste belangrike aspekte van kinders se ontwikkeling is nie, maar dat die emosionele en

persoonlikheidsontwikkeling van die kind net so belangrik is. Beklemtoon dat die ouer se houding en ingesteldheid ook tot laasgenoemde bydra. Bernstein *et al.* (1994:59) stel dit soos volg: “There are people to be explored, feelings to be experienced and relationships to be formed.” Dit alles dra by tot die ontwikkeling van die individu se persoonlikheid. Die belangrikheid van ’n gehegheidsband tussen die kind met gesiggestremdheid en sy primêre versorger het ’n invloed op die kind se sosiale, emosionele en persoonlikheidsontwikkeling.

Noem aan die ouers dat daar vervolgens gekyk gaan word na die effek van gesiggestremdheid op die emosionele verhouding (gehegtheid) tussen die baba en die versorger.

Die definisie van gehegtheid

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.4.1 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van ’n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Faktore wat gehegheidsvorming bevorder

’n Groepsgesprek ten opsigte van watter eienskappe in ’n moeder of versorger se gedrag tot geborge gehegtheid by die kind lei, volg. Meld dat Ainsworth (1973) bevind het dat die moeder se sensitiwiteit teenoor die baba se behoeftes die belangrikste faktor is (Louw & Edwards, 1998:467). Moeders wat sensitief en responsief teenoor hulle babas se behoeftes is, interpreteer hulle babas se gedragswenke korrek. Hulle weet byvoorbeeld watter tipe huil honger of ongemak aandui. Hierdie moeders is geneig om sterker gehegheidsbande te ontlok as moeders wat onsensitief is of inkonsekwent reageer. Verskeie faktore dra daartoe by dat sommige moeders sensitiewer as ander teenoor hulle kinders is, byvoorbeeld:

- die moeder se persoonlikheid;
- haar algemene houding teenoor kinders;
- die kwaliteit van die huweliksverhouding;
- die houding van haar man teenoor die kind; en
- haar sosio-ekonomiese situasie (Thompson *et al.*, 1982:12).

Noem aan die ouers dat ’n moeder wat sensitief en responsief teenoor haar baba se behoeftes is, asook op ’n konsekwente basis reageer en optree, ’n sterker

gehegtheidsband met haar baba het. 'n Ouer se houding en ingesteldheid het 'n groot invloed op die totale ontwikkeling van die kind met gesiggestremdheid. Die kind baseer sy selfkonsep op die wyse waarop hy die belangrikste mense rondom hom (sy huisgesin) se houding jeens hom verstaan. Die aanbieder moet aan die ouers beklemtoon dat dit belangrik is dat die moeder haar baba moet geniet. Die moeder moet tye vir haarself "uitboek" waar sy primêr daarop gefokus is om net die baba te geniet, byvoorbeeld vir 'n uur of die hele middag wanneer sy by hom is. Spesiale aandag aan die kind met gesiggestremdheid kan egter tot oorbeskerming lei, wat weer 'n effek op die ander lede van die gesin kan hê (sessie drie en vier van hierdie program). Daarom is dit belangrik dat ouers hulle kind met gesiggestremdheid moet toelaat om risiko's te neem en sy omgewing alleen te verken (fase twee van Erikson se ontwikkelingsteorie later in hierdie sessie). Oorbeskerming (sessie drie en vier) inhibeer die kind met gesiggestremdheid se verkenning van sy persoonlike beperkings sowel as die wêreld buite sy onmiddellike omgewing.

Noem aan die ouers dat volgens die American Foundation for the Blind, baie moeders wie se kind gesiggestremd is, dink dat hulle baba nie bly is wanneer sy die vertrek waarin die baba is, binnekom nie (Bonding with your baby, 2009). Die baba het byvoorbeeld wakker geword en lê en maak "coo"-geluidjies, maar sodra die moeder die vertrek binnekom, stop die baba en raak hy stil. Die moeder dink dit is sy wat iets verkeerd gedoen het, of dat die baba nie bly is om haar te sien nie. Verduidelik aan die ouers dat wat egter eintlik die geval is, is dat die baba opgehou het om geluidjies te maak ten einde te kan luister wie die vertrek binnekom. Aangesien die baba nie kan sien nie, gebruik hy sy gehoorsintuig om 'n beter begrip van die gebeure rondom hom te kry.

Beklemtoon aan die ouers dat die baba met gesiggestremdheid nie op 'n glimlag, 'n snaakse gesig of die waai van 'n hand kan reageer nie. Daarbenewens kan oogkontak ook nie gemaak word nie. Wanneer die moeder buk om die baba op te tel, verstyf die baba soms. Al bogenoemde optrede van die baba kan die moeder die indruk gee dat die baba haar nie liefhet nie of dat sy iets verkeerd doen. Misverstande tussen die moeder en baba ontstaan dus baie maklik wat die bindingsproses negatief kan beïnvloed indien die moeder onkundig bly met betrekking tot kommunikasie met 'n baba met gesiggestremdheid.

Noem aan die ouers dat riglyne, volgens die American Foundation for the Blind, ten opsigte van hoe om die binding met die baba te versterk, volgende hanteer gaan word (Bonding with your baby, 2009).

Riglyne om die binding tussen die moeder en die baba met gesiggestremdheid te versterk

- Tyd is eerstens nodig om die moeder te help om haar baba se unieke reaksies teenoor haar as moeder asook teenoor die wêreld beter te verstaan. Hoewel die moeder die baba duidelik kan sien, sien die baba dalk net 'n wasige beeld. Die baba het egter ook aanpassingstyd nodig ten einde sy ander sintuie te ontdek en gewoon te raak aan die moeder se stem, reuk, hande en aanraking.
- Dit is belangrik dat die moeder voortdurend met die baba met gesiggestremdheid moet praat, veral as laasgenoemde genader word. Die moeder moet reeds voordat sy by die baba se kamerdeur is, met hom begin gesels. Dit sal die baba waarsku en laat besef dat sy moeder in die nabyheid is.
- Die moeder moet steeds volhou met liefdevolle aanraking teenoor die baba, al reageer hy nie soos verwag word nie.
- Dit kan help om eers die baba met gesiggestremdheid aan te raak alvorens hy opgetel word. Op 'n praktiese vlak kan die moeder sê: "Ek gaan jou nou optel," terwyl sy die baba se armpie of magie vryf. Die baba sal leer verstaan dat die woorde en aanraking gesamentlik beteken dat hy nou opgetel gaan word.
- Daar moet aan die baba gewys word wat aan hom gesmeer gaan word alvorens hy ingesmeer word. Die moeder kan die baba aan die roompot laat voel en ruik. Indien die baba se neusie loop, moet hy eers die sneesdoekie gewys word alvorens sy neus afgevee word. Dit sal voorkom dat 'n baba verstyf of begin huil indien hy skielik, sonder waarskuwing, aangeraak word.
- Kreatiewe denke by die moeder is nodig ten einde aan maniere te dink om die baba te laat lag of sy aandag te trek. Aangesien gewone maniere, byvoorbeeld om te glimlag of snaakse gesigte te trek, nie gaan werk nie, is kreatiewe denke nodig. Wat kan help, is om die baba te kielie, rond te swaai of liedjies te sing. Dit kan tot genotvolle ervarings met die baba lei.

Gee 'n opsomming en verduidelik aan die ouers dat aanpassings ten opsigte van die interaksie wat die moeder met haar baba het, gemaak moet word ten einde die gehegtheidsband tussen hulle te versterk. Beklemtoon dat die kenmerke van 'n moeder se optrede teenoor haar baba, soos bespreek onder "Faktore wat gehegheidsvorming bevorder", naamlik sensitiwiteit, responsiwiteit en konsekwentheid, ooreenstem met Erik Erikson (1963) se eerste stadium (vertroue versus wantroue) van sy ontwikkelingsteorie. Die teorie van Erik Erikson dien as aanvullende inligting en is vir selflees bedoel.

Noem aan die ouers dat dit belangrik is om van hierdie teorie kennis te neem, aangesien hulle as ouers moet poog om kinders met gesiggestremdheid so “normaal” moontlik groot te maak. ’n Kind met gesiggestremdheid het dieselfde emosionele behoeftes en ontwikkelingsmylpale as die kind met normale sig. Die proses van emosionele ontwikkeling en die bemeestering van mylpale geskied net oor ’n langer tydperk en loop ’n eie, unieke pad.

Die teorie van Erik Erikson sal net tot by stadium vier bespreek word, aangesien hierdie program op die ouderdom van geboorte tot en met ses jaar fokus.

Selflees: Die teorie van Erik Erikson (4.5)

Gehegtheid en dagsorg

Hierdie inligting word gebruik soos in 4.6 aangebied. Dit word aangebied aan die hand van ’n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

Die ouer as die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlike leermeester

Die ouer is die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlike leermeester, gebaseer op die feit dat alle interaksies – gesprekke met die kind, om vir die kind te sing, hom te troos, met hom te speel en hom aan of uit te trek – natuurlike leergeleenthede is waar leer kan plaasvind. Vir die ouer is dit ’n leergeleentheid, terwyl dit ’n leerervaring vir die kind is. In die ouer of primêre versorger se rol as leermeester is dit volgens die American Foundation for the Blind belangrik om die volgende te onthou:

- Elke kind, of hy gesiggestremd is of nie, is ’n leerder; en
- die gesin het die belangrikste invloed op die jong kind se lewe (Education, 2009).

Volgens die American Foundation for the Blind is die ouer of primêre versorger die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlikste leermeester, deurdat:

- Die ouer sy kind beter as enigiemand anders ken. Die ouer sal dus die beste idee kan vorm van wanneer sy kind gereed is om te leer (Education, 2009).

- Die ouer meer tyd met sy kind as enigiemand anders spandeer en dus voordeel kan trek uit alledaagse gebeure – natuurlike situasies binne die gesin – om iets vir die kind te leer (Education, 2009).
- Die ouer spesifieke speelgoed en alledaagse voorwerpe aan die kind met gesiggestremdheid kan gee wat hom kan help om iets te leer binne sy natuurlike omgewing, naamlik sy eie huis (Education, 2009).
- Die ouer geleenthede aan die kind kan bied om sy vaardighede in te oefen sowel as om die wêreld onder ouerlike toesig te leer ken (Education, 2009).
- Die ouer as 'n rolmodel vir sy kind kan optree. Ouers kan vroeg reeds begin om goeie maniere en gewoontes vir sy kind aan te leer (Education, 2009).
- Die ouer sy kind deel van die wyer familie kan maak, sodat vriende en familielede kan leer hoe om met 'n kind met gesiggestremdheid om te gaan, terwyl die kind kan leer hoe om met ander mense te kommunikeer (Education, 2009)

Kleuters en babas wat kan sien, leer en ontwikkel deur nabootsing. Verduidelik aan die ouers dat hierdie proses egter totaal of gedeeltelik geïnhibeer word by die kind met gesiggestremdheid. Die ouer of primêre versorger wat 'n kind met gesiggestremdheid het, het dus 'n moeilike taak om sy kind te leer ten opsigte van sy omgewing asook die sin van die self. Die ouer of primêre versorger moet dus die kind met gesiggestremdheid leer wie hy is deur van gehoor, aanraking, reuk, smaak en die bewegings waartoe sy liggaam in staat is, gebruik te maak.

Vra aan die ouers of hulle wonder hoe bogenoemde leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid verskil van dié by die kind wat normaal kan sien. Noem aan die ouers dat dit vervolgens breedvoerig bespreek sal word.

Die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid

Kleuters met 'n gesiggestremdheid is net so uniek en varieer net soveel as die kleuter wat normaal kan sien. 'n Stelling wat in hierdie verband gemaak kan word, is: **'n Kind met gesiggestremdheid verken en leer van die wêreld op 'n ander manier as die kind met normale sig**; dus verskil die leerproses by die kind met gesiggestremdheid van dié van die kind met normale sig (Singler, 2009:8).

Wanneer daar na die unieke leerproses by die kind met gesiggestremdheid gekyk word, moet die individuele situasie van die kind altyd in ag geneem word voordat enige aannames gemaak kan word. Volgens Singler (2009:5) is daar egter sekere belangrike

aspekte wat in gedagte gehou moet word wanneer die ouer of primêre versorger die kind met gesiggestremdheid se leerproses beter wil verstaan, naamlik:

- Die kind sal nie op sy visuele vermoëns kan staatmaak om enige inligting vanaf die omgewing te bekom nie. Daarom moet hy sy ander sintuie (gehoor, reuk, tas en smaak) gebruik om inligting te bekom. “Incidental learning” vind dus nie by die kind met bloot die mense en aktiwiteite rondom ons waar te neem. Dit gebeur spontaan en sonder dat iemand dit kan verhelp.)
- Die kind benodig vanaf sy geboorte spesifieke aandag aan spesiale ervarings ten einde vaardighede aan te leer wat die kind met normale visie deur middel van waarneming en nabootsing aanleer.
- Baie spesifieke en gedetailleerde verduidelikings van die ouer of primêre versorger is op 'n herhalende basis nodig ten einde die kind sekere vaardighede aan te leer.
- Direkte en eerstehandse ervarings van dinge en mense is nodig ten einde leer te laat plaasvind by die kind met gesiggestremdheid. Die kind met normale visie leer bogenoemde op 'n baie eenvoudiger vlak deur net daarna te kyk en dit dan te gaan naboots. Op 'n praktiese vlak moet die ouer of primêre versorger die kind fisies neem na die bure se hond sodat die kind aan die hond kan vat en tyd met hom kan spandeer ten einde te verstaan dat dit die dier is waarna daar verwys word in die storie oor 'n hond. Om waarlik die konsep van “'n hond” te verstaan, asook die feit dat daar boonop verskillende tipes honde is, is dit nodig dat die kind oor 'n tydperk aan verskeie honde vat en tyd met hulle spandeer. 'n Verdere praktiese voorbeeld om die leerproses by die kind met gesiggestremdheid aan te help, is om hom te leer wat die konneksie tussen die maak van die kos (bak of kook) en die eet daarvan behels. Om hierdie begrip suksesvol te laat plaasvind, is dit nodig dat die kind self die koekmengsel roer, dit proe, in die oond sit, daaraan ruik as dit uitkom en dit dan eet.

Vanuit bogenoemde aspekte is dit dus duidelik dat wanneer 'n kleuter se visie beperk is, dit sy begrip van verskillende konsepte, die aanleer van taal, om met selfvertroue rond te beweeg, om te groei en om in verskeie areas te ontwikkel, beïnvloed. Die ouer of primêre versorger moet dus deurgaans alternatiewe metodes gebruik om verskillende dinge soos konsepformulering, die gebruik en betekenis van verskillende woorde, sosiale vaardighede en hoe om te lees en te skryf aan te leer. Kreatiewe denke van die ouer se kant af is dus nodig ten einde die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid te fasiliteer.

Meld aan die ouers dat hulle uitgangspunt altyd positief moet wees deurdat hulle moet onthou dat hulle kleuter met gesiggestremdheid alles kan leer wat die kleuter met normale visie kan. Die leerproses verskil egter, deurdat dit meer tyd, spesifieke aandag en spesiale ervarings kos ten einde suksesvol kan plaasvind.

Noem aan die ouers dat praktiese riglyne wat 'n ouer of primêre versorger kan volg ten einde die kleuter met gesiggestremdheid te stimuleer en die leerproses te bewerkstellig, vervolgens bespreek sal word.

Praktiese riglyne wat 'n ouer of primêre versorger kan volg ten einde die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid te stimuleer

- Verbale verduidelikings en beskrywings moet gegee word en vrae moet gevra word

Die ouer of primêre versorger moet verbale verduidelikings en beskrywings van gebeure aan die kind met gesiggestremdheid gee asook vrae vra. Dit is belangrik dat die ouer of primêre versorger nie moet aanneem dat die kind iets geleer het net omdat hy aan iets blootgestel was nie. Die kind met gesiggestremdheid moet spesifieke verduidelikings ontvang, waar die kind met normale sig bloot kan waarneem wat rondom hom aangaan (Singler, 2009:8).

- Slegs klein hoeveelhede inligting kan deur die kind geprosesseer word

Die ouer of primêre versorger moet onthou dat die kind met gesiggestremdheid slegs klein hoeveelhede inligting op 'n keer kan prosesseer. Die kind met normale visie leer deur na die hele prentjie voor hom te kyk alvorens hy die verskillende dele daarvan gaan eksploreer. Kinders met gesiggestremdheid ervaar die wêreld andersom, deurdat hulle eers moet staatmaak op dít waaraan hulle kan vat, ruik, proe of hoor. Afsonderlike dele wat nie met mekaar verbind is nie, word meestal eers aan die kind voorgehou. Die ouer of primêre versorger het dus hier die verantwoordelikheid om hierdie versplinterde prentjie vir die kind aanmekaar te sit ten einde 'n verstaanbare geheelbeeld te vorm. Dit kan gedoen word deur gedetailleerde beskrywings en deur die kind toe te laat om die voorwerp verder op sy eie te eksploreer. 'n Voorbeeld hiervan is wanneer die kind met gesiggestremdheid aan 'n piesang vat, dit afskil, weer daaraan vat, dit ruik en proe, dit fyndruk en dit dan wéér eet. Deur dít te doen, sal die kind al die verskillende

karaktereieenskappe van 'n piesang aanleer asook die feit dat dit op verskillende maniere gebruik kan word (Singler, 2009:8).

- Help die kind om al die dele bymekaar te sit

Die ouer of primêre versorger moet die kind help om al die verskillende dele aanmekaar te sit. Wanneer daar na die supermark gegaan word, ervaar die ouer of primêre versorger 'n tuisnywerheid deur dit te sien, maar die kind met gesiggestremdheid ervaar dit deur sy reuksintuig te gebruik. Die ouer of primêre versorger sien dalk die videovertoning in 'n arkade, maar die kind met gesiggestremdheid hoor dit net. Hier is dit belangrik dat die ouer of primêre versorger al die stukke inligting wat gelyktydig vanaf die omgewing kom, aanmekaar moet sit sodat die kind 'n beter begrip van die wêreld rondom hom kan vorm (Singler, 2009:8).

- Gee die kind met gesiggestremdheid tyd

Die ouer of primêre versorger moet geduldig wees met die kind met gesiggestremdheid en langer tyd toelaat om alledaagse takies te verrig. Gee die kind tyd om dinge self te verken en klaar te maak (Singler, 2009:8).

- Bou op vorige ervarings

Indien moontlik, moet die ouer of primêre versorger die kind voortdurend aan vorige ervarings herinner wanneer nuwe inligting gegee word. Dit sal meebring dat die nuwe inligting duideliker verstaanbaar is en sal dit ook versterk. 'n Praktiese voorbeeld hiervan is om aan die kind met gesiggestremdheid te sê: "Hierdie hond het 'n gladde pels – dit is 'n Labrador retriever. Onthou jy die hond waaraan jy gister gevat het? Dit was 'n poedel." (Singler, 2009:8).

- Moenie in die gewoonte van "doen dit vir die kind" verval nie

Aangesien die kind met gesiggestremdheid soveel inligting moet proses, kan die ouer of primêre versorger in die versoeking wees om dinge vir die kind te begin doen, aangesien dit soveel vinniger is. Hierbenewens is dit ook soms gemakliker en minder moeite vir die kind indien sy ma of pa alles vir hom doen. In die lang termyn is dit egter van geen waarde en hulp vir die kind nie. Die kind moet toegelaat word om dinge self te doen, wat sal meebring dat hy sal aanleer hoe om dit te doen. As gevolg hiervan sal die

kind met gesiggestremdheid ook goed voel oor homself deurdat hy iets geleer het (Singler, 2009:8).

- Die “hand-onder-hand”- en “hand-op-hand”-metode

Die kind met gesiggestremdheid benut sy hande om die wêreld te verken, waar die kind met normale visie sy oë gebruik. Dit is vir kinders met gesiggestremdheid moeilik om konsepte ten volle te verstaan alvorens hulle daaraan gevat het. Die sintuie van tas, reuk, smaak en gehoor is belangrike bronne om inligting van hulle omgewing te bekom. Die ouer of primêre versorger moet poog om alle sintuie (in samewerking met verbale verduidelikings) te integreer wanneer tyd saam met die kind gespandeer word (Petersen, 2008; Singler, 2009:4).

Die “hand-onder-hand”- en “hand-op-hand”-metode is twee effektiewe maniere wat met die kind met gesiggestremdheid gebruik kan word ten einde die leerproses te bewerkstellig. Die “hand-onder-hand”-metode behels dat die ouer of primêre versorger se hande die aktiwiteit doen terwyl die kind se hande bo-op syne rus. Die kind kan dus voel wat die ouer of primêre versorger se hande doen. Hierdie metode word gebruik wanneer nuwe, onbekende voorwerpe verken word, aangesien die kind skrikkerig en bang kan wees om ’n onbekende voorwerp met sy eie hande aan te raak. Hierdie metode bied ook ’n gevoel van vryheid en beheer aan die kind, deurdat hy sy hande te eniger tyd kan wegneem (Petersen, 2008; Singler, 2009:4).

Die “hand-op-hand”-metode behels dat die ouer of primêre versorger sy hande bo-op die kind met gestremdheid s’n plaas en hom dan begelei en leer van spesifieke voorwerpe of aktiwiteite. Die kind is die een wat die voorwerp aanraak en die materiale manipuleer ten einde die aktiwiteit te voltooi, terwyl die ouer of primêre versorger slegs begelei. ’n Voorbeeld van hierdie metode kan soos volg geïllustreer word: Plaas ’n speelding wat ’n geluid maak (ratel) in die baba met gesiggestremdheid se hand; die ouer of primêre versorger plaas dan sy hande oor die baba s’n en skud die speelding. Onthou om heeltyd te verbaliseer wat gedoen word. Soos wat die ouer of primêre versorger agterkom dat die kind dele van die aktiwiteit bemeester het, kan al minder en minder ondersteuning gebied word. Dit kan gedoen word deurdat die ouer of primêre versorger sy hande na die kind se gewigte verskuif – sodoende kan ondersteuning steeds gebied word indien die kind vashaak (Petersen, 2008; Singler, 2009:4).

Beide metodes moet gedoen word van agter die baba of kind sodat die ouer of primêre versorger en die kind se hande in dieselfde rigting beweeg. Wanneer die kind baie klein is, kan die ouer of primêre versorger die kind op sy skoot tel en indien hy groter is, kan daar langs of agter die kind gesit word (Petersen, 2008; Singler, 2009:4).

- Kommunikasie met die baba met gesiggestremdheid

Die ouer of primêre versorger is die beste motiveerder en vormer van die kind se selfkonsep wanneer die baba vasgehou, vertroetel en mee gepraat word. Die baba voel veilig en in kontak met die wêreld en die mense daarin wanneer hy aangeraak word. Hy verloor kontak met die wêreld rondom hom wanneer hy nie aangeraak, vasgehou of mee gepraat word nie. Fisiese kontak tussen die baba met gesiggestremdheid en die ouer of primêre versorger moet dus so gereeld moontlik geskied en/of vermeerder word. Die baba moet rondgedra word wanneer die ouer of primêre versorger in die huis rondbeweeg (Petersen, 2008).

Die baba moet nooit vir lang tye alleen gelaat word waar hy net passief lê nie, met ander woorde sonder enigiets wat hom interesseer nie. Dit kan meebring dat die baba met gesiggestremdheid na sy eie liggaam draai vir stimulasie of troos. Laasgenoemde kan lei tot selfstimulasie by kinders met gesiggestremdheid. Dit word ook blindismes genoem en voorbeelde hiervan is “eye-poking”, die heen-en-weer wieg van die kind of om sy hand op en af te flap (Petersen, 2008).

Om gedurig met die baba te praat terwyl hy aangeraak of rondgedra word, is baie belangrik. Hierdie twee vorme van kommunikasie (praat en aanraking) moet gelyktydig geskied. Die kombinasie daarvan vorm ’n kragtige manier om met die kind met gesiggestremdheid te kommunikeer en hom te help met die leerproses. Die ouer of primêre versorger moet sy doen en late rondom die huis met die kind “deurpraat”, asook name aan voorwerpe gee. Die ouer of primêre versorger moet in die gewoonte kom om alles aan die kind te kommunikeer, byvoorbeeld: “Hier is jou bottel,” “Hier is Mamma se gesig,” ensovoorts (Petersen, 2008).

Dit is belangrik dat die baba met gesiggestremdheid vooraf gewaarsku word wanneer hy genader word. Die baba kan nie sien dat ’n persoon in aantog is nie en daarom is waarskuwings vooraf, byvoorbeeld om sy naam herhaaldelik saggies te roep wanneer hy genader word, belangrik om te voorkom dat die baba skrik (Petersen, 2008).

Die ouer of primêre versorger moet sy baba met gesiggestremdheid aanmoedig om sy mond te gebruik om te “sien”. Daarom is dit beter om nie ’n fopspeen aan die baba met gesiggestremdheid te gee nie, aangesien dit hom sal keer om sy mond te gebruik ten einde te eksplloreer en te leer. Die ouer of primêre versorger moet onthou om al die voorwerpe op die naam te noem terwyl die baba met gesiggestremdheid dit met behulp van sy mond verken (Petersen, 2008).

Die stemtoon van die ouer of primêre versorger is ’n verdere belangrike faktor met betrekking tot effektiewe kommunikasie by die kind met gesiggestremdheid. Die baba is baie ingestel op mense se stemtoon en ken hulle daaraan uit. Babas leer ook van emosies (of die ouer of primêre versorger opgewonde, kwaad, ontsteld, ensovoorts is) deur na ’n persoon se stemtoon te luister. Dit sal dan ook die kind se emosionele toestand en angsvlakke affekteer. Wanneer ’n ouer kwaad of ontsteld is, sal ’n baba dit aanvoel en sy angsvlakke sal ook styg (Petersen, 2008).

Daaglikse roetine

Volgens Singler (2009:4) help ’n roetine alle kinders om die wêreld as ’n alledaagse en bekende plek te ervaar. Roetine vir die kind met gesiggestremdheid is soveel meer waardevol, aangesien hy nie kan sien wat die mense in die wêreld rondom hom doen nie. Die vestiging van ’n sterk struktuur en roetine lei tot die ontwikkeling van die konsep van oorsaak en gevolg, van begin en einde, asook die vermoë om te kan voorspel wat tydens die dag gaan gebeur.

’n Baba met ’n gesiggestremdheid benodig sterk roetine en grense ten einde hom veilig te laat voel. Vanweë die feit dat die baba sensories geïnhibeer is, het hy een oriënteringsmeganisme minder, wat tot ’n gevoel van onsekerheid kan lei. ’n Vaste roetine kan hiermee help, deurdat dit ’n gevoel van bekendheid, veiligheid, beheer en onafhanklikheid tot gevolg het. Die baba met gesiggestremdheid sal rustiger en kalmer wees aangesien hy voorbereid is op alledaagse gebeure (Petersen, 2008). ’n Vaste struktuur en roetine kan die baba met gesiggestremdheid help deurdat hy begin verstaan hoe die dag werk; hy leer om voorspellings te maak en sien ook uit na sekere tye van die dag (Singler, 2009:1).

Die rituele binne ’n daaglikse roetine bied aan die kind met gesiggestremdheid die geleentheid om ’n wye reeks vaardighede te oefen, byvoorbeeld kommunikasievaardighede (die aanleer van nuwe woorde en konsepte), motoriese

vaardighede (aan- of uittrek of eet met 'n lepel), sosiale vaardighede (hoe om sosiaal met 'n individu om te gaan), asook die inoefening van sy beskikbare visie.

Meld aan die ouers dat roetine en struktuur nie rigiditeit beteken nie en dat dit soms ook goed is om 'n bietjie weg te breek van die normale roetine. Hier volg 'n paar praktiese riglyne met betrekking tot die daaglikse roetine by die kind met gesiggestremdheid:

- Die ouer of primêre versorger moenie van die kind met gesiggestremdheid verwag om die hele roetine op sy eie te doen nie. Die ouer of primêre versorger moet voortdurend op die uitkyk wees hoe hy deel van die roetine kan wees. Indien die kind met gesiggestremdheid en die ouer of primêre versorger byvoorbeeld daarvan hou om soggens saam te dans, laat die kind die CD soek (wat gemerk is met 'n tasbare of Braillemerk op). Die ouer haal die CD uit en sit dit in die speler, maar laat die kind dan die speelknoppie druk (Singler, 2009:4).
- Die ouer of primêre versorger moet die kind met gesiggestremdheid se items wat daaglik gebruik word, met tasbare of Braillemerkers merk. Indien die oggendroetine daaruit bestaan dat die kind sy eie hare moet kam, koop 'n borsel wat 'n unieke handvat het sodat die kind dit maklik kan uitken (Singler, 2009:4).
- Indien die kind lae visie het, moet die ouer of primêre versorger maniere soek om kleur of kontras te verhoog met betrekking tot die voorwerpe wat tydens 'n roetineritueel gebruik word. Indien 'n deel van die etenstydroetine is dat die kind self met 'n lepel moet eet, moet die ouer of primêre versorger seker maak dat die lepel en bakkie waaruit geëet word, duidelik sigbaar is (Singler, 2009:4).
- Die ouer of primêre versorger moet konsekwent wees in die benoeming van voorwerpe. Dit kan die kind met gesiggestremdheid verwar indien die ouer of primêre versorger sy beker die een dag 'n beker noem en die ander dag 'n glasie. Dit is belangrik dat die kind eers die konsep van "beker" verstaan voordat hy sinonieme daarvan hoor. Die volgende stap is dus om die kind te laat verstaan dat baie voorwerpe twee verskillende name het (Singler, 2009:4).
- Wanneer die ouer of primêre versorger agterkom dat die kind met gesiggestremdheid begin antisipeer wat volgende gaan gebeur, is 'n roetine suksesvol gevestig. Die ouer of primêre versorger kan dit in die kind se aksies aflei, al kan hy dit nog nie verbaal kommunikeer nie. Die kind sal byvoorbeeld spontaan uitreik vir sy skoene nadat die ouer of primêre versorger sy sokkies aangetrek het. Hieruit kan die ouer of primêre versorger tot die gevolgtrekking kom dat die kind nou verstaan dat skoene aangetrek word nadat die sokkies aangetrek is (Singler, 2009:4).

- Indien die kind op 'n konstante basis wys dat hy bevoeg is om een stap in die roetine alleen te doen, moet die ouer of primêre versorger die volgende stap aanleer. 'n Kleuter se aandagspan is kort; dus moet gepoog word om klein, logiese stappe by te voeg wat die kind en die versorger saam doen (Singler, 2009:4).
- Die baba met 'n gesiggestremdheid benodig baie sensoriese stimulasie, dit wil sê stimulasie deur middel van die sintuie, naamlik gehoor, smaak, aanraking en reuk. Die daaglikse roetine kan hiervoor benut word deur byvoorbeeld tydens badtyd, met die omruil van sy doek en/of voedingstye die baba met voorwerpe van verskillende teksture te masseer. Sy hele lyfie kan byvoorbeeld met 'n waslap, wol of 'n sagte borsel gevryf word. Massering of die vryf van die baba se hele lyf met herhalende hale is ook belangrik. Babaroom, -olie of -poeier kan hiervoor benut word. Dit is weereens belangrik om te noem dat die ouer of primêre versorger die hele tyd in 'n rustige stemtoon met die baba moet praat, asook al die liggaamsdele moet benoem (Petersen, 2008).
- Wat voeding betref, moet die ouer of primêre versorger die baba met gesiggestremdheid so gou moontlik aan 'n verskeidenheid kosgeure en -teksture blootstel. Wanneer 'n moeder haar baba met gesiggestremdheid voed, moet sy die baba aanmoedig om beide sy handjies om haar bors of bottel te vou (Petersen, 2008).

Om die baba met gesiggestremdheid se liggaamsbewustheid te verbeter

Om 'n baba met gesiggestremdheid se liggaamsbewustheid te verbeter, is baie belangrik, aangesien die baba allereers van homself bewus moet wees en in homself geïnteresseerd moet wees voordat hy enige belang sal hê in die wêreld rondom hom. Die baba se eie hande is belangriker vir homself as enigiemand anders s'n, omdat hy juis sy eie hande gaan gebruik om die wêreld rondom hom te ontdek (Petersen, 2008).

Die ouer of primêre versorger kan met liggaamsbewustheid help deur die baba met gesiggestremdheid se voorarms of hande sagkens te neem en dit reguit te maak sodat die baba se eie hande aan mekaar kan raak. Die moeder of primêre versorger moet deurgaans aan die baba verbaliseer wat gebeur en liggaamsdele benoem (Petersen, 2008).

Liggaamsbewustheid van ander persone kan by die baba met gesiggestremdheid versterk word deur die baba se voorarmpie of handjie sagkens te neem sodat dit aan die

ouer of primêre versorger se gesig raak. Dit kan dan weer met die ander arm herhaal word terwyl daar voortdurend met die baba met gesiggestremdheid gepraat word en aan hom verduidelik word aan wie hy raak, en terwyl verskillende liggaamsdele benoem word (Petersen, 2008).

Om die kleuter met gesiggestremdheid se bewustheid van sy omgewing te verbeter

- Die ouer of primêre versorger moet sy kleuter met gesiggestremdheid van sy omgewing bewus maak deur voortdurend aan hom te beskryf wat rondom hom aangaan. Die ouer of primêre versorger moet ook deurentyd aan die kind beskryf waarmee hy self besig is. Die baba met gesiggestremdheid moet van vroeg af aangemoedig word om die wêreld rondom hom te verken deur aan voorwerpe en mense rondom hom te raak (Singler, 2009:3).
- Die ouer of primêre versorger moet altyd poog om sy kleuter met gesiggestremdheid se prentjie van dit wat hy hoor, maar nie kan sien nie, vir hom in te vul. Daar moet gepoog word om die dinge waarvan hy nie normaalweg bewus is nie, omdat hy dit nie kan sien nie, aan hom te leer. Die kind moet byvoorbeeld bewus gemaak word van al die verskillende rolspelers in 'n restaurant – hy kan byvoorbeeld met die kelner kommunikeer, maar hy sien nie die kombuispersoneel en die restauranteienaar wat die sitplekke aanwys nie. Die kind weet byvoorbeeld die kelner neem sy bestelling, maar is nie bewus van al die ander tafels waaraan hy ook aandag moet gee nie. Dit is dus nodig dat die kind met gesiggestremdheid bewus gemaak moet word van al die take wat mense rondom hom doen waarvan hy nie noodwendig bewus sal word indien die ouer of primêre versorger dit nie aan hom uitwys nie (Singler, 2009:4).
- Die ouer of primêre versorger moet poog om sy kind met gesiggestremdheid na dieselfde plekke te neem as waarheen hy geneem sou word indien hy normaal kon sien. Die ouer of primêre versorger kan dalk dink: “Wat sal die kind tog daaruit kry om na 'n dieretuin te gaan? Hy kan dan niks sien nie en sal nie die diere in hulle hokke kan waarneem nie.” Dit is waar, maar die ouer of primêre versorger het die verantwoordelikheid om aan die kind te vertel en te beskryf wat hy sien. Die kind met gesiggestremdheid sal wel die diere kan ruik, hoor en ander kinders en mense wat by die dieretuin is, ontmoet. Die ouer of primêre versorger kan ook die kind leer en vertel van al die verskillende take wat die dieretuinpersoneel het om te doen (Singler, 2009:5).
- Die ouer of primêre versorger moet poog om die kind met gesiggestremdheid op geskikte tye – wanneer die mense in die gemeenskap meer ontvanklik is om die

kind toe te laat om eerstehandse kennis op te doen – na plekke te neem. Indien die ouer of primêre versorger sy klere byvoorbeeld by die droogskoonmakers gaan haal, moet die kassier gevra word of die kind hom kan ontmoet, asook of hy die droogskoonmakerrakke aan hom sal gaan wys. Die kind hoor elke keer die geluide van die droogskoonmakers, maar sal dit baie leersaam vind om self aan die masjien te raak en te voel hoe dit beweeg (Singler, 2009:5).

- Die ouer of primêre versorger moet die gemeenskap inlig omtrent sy kind se oogtoestand, met ander woorde wat die kind kan sien en wat nie. Die ouer of primêre versorger moet as 'n verdere stap ook aan die gemeenskapslede verduidelik hoe hulle die kind kan help, byvoorbeeld: “Trudie is blind en kan nie al die skoene op die vertoonrakke sien nie. Mag sy aan hulle vat sodat sy kan sien hoe hulle op die vertoonrak gepak is?” Die ouer of primêre versorger moet in gedagte hou dat ander mense onseker voel oor hoe om met 'n kind met 'n gesiggestremdheid om te gaan. Daarom is dit nodig dat die ouer of primêre versorger die gemeenskap van hulp moet wees wanneer hulle in interaksie met die kind met gesiggestremdheid verkeer. Sodoende sal die kind eerstehands van die gemeenskap se funksionering kan leer (Singler, 2009:4).
- Wanneer die item wat die kind met gesiggestremdheid wil leer ken, baie groot of potensieel gevaarlik is, byvoorbeeld 'n “bulldozer”, kan die ouer of primêre versorger die voorman vra of hulle later kan terugkom wanneer die masjinerie afgeskakel is. Die kind met gesiggestremdheid sal dan sy hande kan gebruik om die grootsheid van die masjien te verken. Die kind sal ook dan die geleentheid hê om rondom die masjien te stap en al die verskillende dele daarvan asook die werksarea te verken. Speelgoed kan kinders 'n algemene idee van 'n voorwerp gee, maar slegs die verkenning van die ware jacob sal die kind help om die grootte en soliditeit van sulke masjinerie te verstaan (Singler, 2009:4).
- Die ouer of primêre versorger kan sy kind met gesiggestremdheid eenvoudige takies gee tydens buiteluguitstappies. So kan die kind byvoorbeeld gevra word om 'n item in die supermark te soek en dit in die mandjie te sit. Hierna kan die kind dieselfde item uit die mandjie haal en dit op die toonbank sit. Nadat dit betaal is, kan hy dit in 'n sak pak en self na die motor toe dra. Wanneer die kind met gesiggestremdheid die geleentheid gegee word om betrokke te raak in die gemeenskap, sal hy ook nuuskieriger wees om meer te leer oor dít wat hy net kan hoor, ruik en voel (Singler, 2009:5).
- Die ouer of primêre versorger moet in gedagte hou dat die kind met gesiggestremdheid (in die geval van lae visie) nie goed genoeg kan sien om kleure en teksture in sy omgewing waar te neem nie. Dit is dus nodig dat alle

detail – die blou van die konstruksiewerker se uniform of die harde pet wat die mynwerker dra – aan die kind gekommunikeer word (Singler, 2009:5).

- Wanneer dit by die koop van speelgoed kom, is dit waardevol om realistiese, “kindgrootte” speelgoed te koop. Dit sal die kind met gesiggestremdheid die geleentheid gee om die verskillende pligte en take van gemeenskapslede op sy eie of met maatjies uit te speel. So kan ’n speelgoed-“gereedskapsbelt” en helmets byvoorbeeld aan die kind gegee word, en tesame met die ouer of primêre versorger se aanwysings van hoe om die gereedskap te gebruik, sal dit die kind help om ten volle te verstaan wat ’n konstruksiewerker doen (Singler, 2009:5).
- Die ouer of primêre versorger moet die baba met gesiggestremdheid gereeld in verskillende posisies verskuif, byvoorbeeld op sy rug, maag, sy asook sit met ondersteuning. Die baba moet ook op verskillende oppervlaktes geplaas word, byvoorbeeld op ’n laken, die vloer, ’n growwe handdoek, gras, ensovoorts. Wanneer die baba in verskillende posisies en op verskillende oppervlaktes geplaas word, moet die ouer of primêre versorger verbale verduidelikings gee van die verandering in posisie of oppervlak. Daarna moet die baba, binne veilige grense, aangemoedig word om sy omgewing te verken (Petersen, 2008; Singler, 2009:3).
- Die ouer of primêre versorger moet sy baba met gesiggestremdheid so gereeld moontlik neem vir stappies in die buitelug. Tydens hierdie stappies moet die ouer of primêre versorger onthou om deurgaans met die baba te gesels en hom byvoorbeeld vertel wat al die verskillende geluide is en hoe die weerstoestand is – waai die wind, skyn die son, is dit bewolk, ensovoorts (Petersen, 2008; Singler, 2009:3).
- Die ouer of primêre versorger moet ander persone toelaat om sy baba met gesiggestremdheid op te tel en te hanteer. Dit is belangrik dat die baba met gesiggestremdheid ander mense se stemme moet hoor, asook moet voel hoe dit is om naby ander te wees. Ten einde die baba met gesiggestremdheid se bewustheid van sy omgewing te verbeter, is dit nodig dat hy in kontak met die mense in sy omgewing gebring word (Petersen, 2008; Singler, 2009:3).
- Deur met die kind met gesiggestremdheid te speel en stimulerende ervarings daar te stel deur verbale beskrywings van mense, voorwerpe en gebeure te gee, sal die kind geleer en aangemoedig word om sy onmiddellike omgewing te wil verken.

Verdere algemene riglyne met betrekking tot die hantering van 'n baba met gesiggestremdheid

- Die gebruik van musiek is baie waardevol by die baba met gesiggestremdheid. Musiek kan afgewissel word deur rustige, kalmerende musiek tydens roetinetje te speel teenoor ritmiese musiek wanneer die ouer of primêre versorger met die baba speel. Speletjies met behulp van musiek kan baie stimulerend vir die baba met gesiggestremdheid wees (Brambring, 2003:2).
- Sensoriese leer, waar die kind met gesiggestremdheid leer deur middel van sy ander sintuie (gehoor, smaak, tas en reuk), moet by die kind aangemoedig en soveel as moontlik gedoen word. Die ouer of primêre versorger skep leergeleenthede by die kind deur met hom te gesels, aan hom te vat en met hom te speel in die natuurlike omgewing van die huis (Singler, 2009:9).
- Die ouer of primêre versorger moet die baba met gesiggestremdheid aanmoedig om op sy maag te lê, aangesien dit help vir sy nekspiere. Dit kan gedoen word deur sy armpies vorentoe te plaas of om 'n opgerolde handdoek onder sy borskas te sit – dit sal meebring dat hy sy nekkie sal lig. Die ouer of primêre versorger kan die baba ook op sy magie op sy skoot laat lê (Petersen, 2008).
- Die ouer of primêre versorger moet die baba met gesiggestremdheid aanmoedig om sy kop na geluide toe te draai of sy kop op te lig. Dit kan gedoen word deur 'n speelding, byvoorbeeld 'n ratel, 'n paar sentimeter van die baba se oor te skud om hom aan te moedig om sy kop na die geluid te draai (Petersen, 2008).
- Die ouer of primêre versorger moet die baba met gesiggestremdheid leer om om te rol van sy rug na sy maag. Dit kan eerstens gedoen word deur hom te leer om sy kop na geluide te draai (sien bo) en tweedens kan die ouer of primêre versorger die baba se een been bo-oor die ander een kruis, waarna die baba se kop en liggaam sal omrol. Laasgenoemde moet na die linker- en regterkant gedoen word (Petersen, 2008).

Riglyne ten opsigte van die speelgoed wat met die baba met gesiggestremdheid gebruik kan word

- Speelgoed wat interessante geluide maak en van verskillende teksture gemaak is, kan bo die baba met gesiggestremdheid se bed of stootwaentjie gehang word. Dit moet egter so gehang word dat die baba daarna kan soek en uitreik. Die ouer of primêre versorger kan aan die begin die baba se handjie neem en hom wys waar die speelgoed hang (Petersen, 2008).

- 'n Klokkie kan aan die baba met gesiggestremdheid se arm vasgemaak word, waarna die ouer of primêre versorger die baba aanmoedig om met sy ander hand daaraan te probeer raak en daarmee te speel. 'n Goeie manier om beide hande van die baba aan mekaar te laat raak, is om hom op sy sy te draai (Petersen, 2008).
- Die ouer of primêre versorger moet onthou dat die baba met gesiggestremdheid (net soos alle ander babas) alles in sy mond gaan sit; dus moet speelgoed altyd veilig, wasbaar en groot genoeg wees om te voorkom dat hy dit dalk kan insluk en sodoende versmoor (Petersen, 2008).
- Die ouer of primêre versorger moet speelgoed in die vorm van natuurlike huishoudelike voorwerpe van verskillende groottes, vorms, reuk, klank, kleur en teksture aan die kind met gesiggestremdheid gee. Sodoende word 'n verdere leergeleentheid in sy omgewing geskep (Singler, 2009:9).
- Speelgoed moet interessant wees om aan te raak (tassintuig) en verskillende klanke/geluide (gehoorsintuig) kan maak (Petersen, 2008).
- Speelgoed moet gereeld omgeruil word ten einde die baba met gesiggestremdheid se belangstelling te behou (Petersen, 2008).
- Speelgoed moet maklik vasgehou kan word, byvoorbeeld iets wat gedruk kan word of 'n ratel met 'n vashouplek vir die baba se hand (Petersen, 2008).
- Speelgoed moet varieer met betrekking tot hulle grootte, vorm en tekstuur sodat die baba met gesiggestremdheid se belangstelling behou word ten einde te voorkom dat hy na sy eie liggaam draai vir stimulasie (Petersen, 2008).

Riglyne ten opsigte van die speelomgewing van die baba met gesiggestremdheid

Volgens Brambing (2003:4) is die speelomgewing waarin die baba neergesit word, 'n verdere aspek waarna gekyk moet word ten einde die baba met gesiggestremdheid veilig en geborge te laat voel. Riglyne ten opsigte van die speelomgewing van die baba met gesiggestremdheid, volgens Brambing (2003:4-5), word vervolgens bespreek:

- Die speelomgewing moet onafhanklike verkenning verbeter, byvoorbeeld die uitreik en soek na speelgoed.
- Dit moet op 'n geskikte en veilige plek wees.
- Geskikte speelgoed en -materiale moet geselekteer word (kyk by riglyne oor speelgoed vir die baba met gesiggestremdheid).
- 'n Afgekampte ruimte wat die kind met gesiggestremdheid kan baasraak, is nodig

sodat die kind veilig en in beheer kan voel. 'n Voorbeeld hiervan is 'n vergrote “sandbak” waarin die kind kan sit en uitreik vir speelgoed.

- Vergroting of uitbreiding van hierdie spasie kan geleidelik geskied soos wat die kind met gesiggestremdheid se vaardighede en bevoegdhede verbeter.

Riglyne ten opsigte van effektiewe spel met die baba of kleuter met gesiggestremdheid

Riglyne ten opsigte van effektiewe spel met die baba of kleuter met gesiggestremdheid word vervolgens, volgens Brambing (2003:4-5), bespreek:

- Eerstens moet daar 'n persoon wees wat die baba of kleuter met gesiggestremdheid aanmoedig om gepaste en opwindende speletjies te speel sodat waardevolle spel kan plaasvind.
- Effektiewe spel met die baba met gesiggestremdheid behels dat die ouer of primêre versorger tweedens tyd aan die kind afstaan.
- Verbale rympies en ritmiese kindermusiek waarop saam gesing en gedans word, kan baie effektief benut word met die kind met gesiggestremdheid. Die ouer of primêre versorger kan die ritme van die musiek hou deur die baba se hande of voete te gebruik om “marching”- en “drumming”-bewegings te maak.
- Die ouer of primêre versorger kan saam met die kind lag, snaakse geluide maak en op alle response van die kind reageer.

Beklemtoon aan die ouers dat wanneer bogenoemde riglyne toegepas word, dit alles 'n beskrywing is van 'n natuurlike omgewing waarbinne vroeë intervensie tussen ouer en kind kan plaasvind. Hier is dit belangrik dat die aanbieder na die bespreking van “die ouer as die kleuter met gesiggestremdheid se natuurlike leermeester” (vroeër in hierdie sessie) terug verwys deurdat dit aansluit by bogenoemde riglyne. Die inhoud van die program moet dus deurgaans as 'n geïntegreerde geheel aan die ouers gebied word.

Verduidelik aan die ouers dat volgens die American Foundation for the Blind die verskil van speel as 'n leerervaring vir die kind met gesiggestremdheid dus nie daarin lê of die ouer of primêre versorger met die kind moet speel nie, maar eerder in die tipe spel. Enige aktiwiteit waar die kind aan sensoriese ervarings blootgestel word, veroorsaak 'n reaksie as 'n direkte gevolg van sy aksie. Hierdie ervaring help die kind met gesiggestremdheid van sy vroegste ervaring dat hy oor die nodige vermoëns beskik, produktief is en in staat is om te doen wat ander kan (Parents perspective: Early intervention starts at home, 2009).

Riglyne ten opsigte van hoe om 'n veilige huislike omgewing te skep

Meld aan die ouers dat na aanleiding van die American Foundation for the Blind, baie ouers wonder of hulle kleuter met gesiggestremdheid bevoeg is om veilig in hulle betrokke huis te kan rondbeweeg. Wanneer gedink word oor aanpassings wat in die huis gemaak moet word, is dit – addisioneel tot veiligheid – ook nodig om die huis só te organiseer dat die kind met gesiggestremdheid vaardighede kan ontwikkel deurdat hy in staat gestel word om te leer en dinge onafhanklik te doen. Die huisomgewing moet dus só georganiseer word om die kind met gesiggestremdheid se onafhanklikheid te maksimaliseer en leer te laat plaasvind (Adapting your home, 2009).

Noem aan die ouers dat wanneer hulle beplan om hul huisomgewing te omskep ten einde hul kind met gesiggestremdheid te akkommodeer, daar volgens die American Foundation for the Blind 'n paar basiese elemente is om in gedagte te hou, naamlik:

- Beligting, weerkaatsing, kleur, kontras en “clutter”
- Tekstuur en tas
- Etiketie en die merk van items
- Organisasie en veiligheid (Adapting your home, 2009).

Indien 'n kleuter met gesiggestremdheid steeds oor 'n bietjie bruikbare visie beskik, kan die huisomgewing – met meer spesifieke verwysing na beligting, weerkaatsing (“glare”), kleur, kontras en “clutter” – die kind help om hierdie beskikbare visie tot sy maksimale potensiaal te benut. Noem aan die ouers dat laasgenoemde vervolgens bespreek gaan word.

- Beligting

Die meeste kinders met lae visie verkies natuurlike lig, dit wil sê lig wat afkomstig is vanaf 'n natuurlike bron, byvoorbeeld die lig wat deur 'n venster kom. Vir kinders met oogtoestande wat ligsensitiwiteit tot gevolg het, byvoorbeeld albinisme en aniridia, kan te veel lig egter problematies wees. Indien 'n ouer agterkom dat sy kind in die teenwoordigheid van lig sy oë begin knip of skeelkyk (squint), moet verstelbare vensterbedekkings soos blindings of hortjies aangebring word. Die vensterbedekkings moet verstel kan word ten einde die hoeveelheid lig wat inkom, te kan beheer (Adapting your home, 2009).

Addisionele beligting word egter soms vir sekere aktiwiteite, byvoorbeeld lees, benodig. Lampe met verstelbare arms is baie nuttig deurdat die invalshoek van die lig verstel kan word. Daarbenewens moet die lampe ook maklik verskuifbaar wees tussen verskillende vertrekke (Adapting your home, 2009).

- Weerkaatsing (“glare”)

Die meeste mense hou nie daarvan om na ’n oppervlak te kyk wat glans terugweerkaats nie. Gereflekteerde lig vanaf ’n glansoppervlak is besonder ongemaklik en onaangenaam vir sommige kinders met gesiggestremdheid. Die ouer moet poog om weerkaatsing op oppervlaktes, byvoorbeeld die televisie, tafels en boeke, te elimineer. Dit kan gedoen word deur met naby lampe te eksperimenteer ten einde vas te stel waar om hulle in die huis te plaas sodat die minste weerkaatsing verkry word. Deurdat lig die bron van enige weerkaatsing is, kan verstelbare vensterbedekkings ook hier van toepassing wees gedurende die dag. Die gebruik van donker plekmatjies op blinkgevyfde tafels kan die ergste weerkaatsing verminder (Adapting your home, 2009).

- Kleur

Kinders met lae visie ontwikkel gewoonlik ’n voorkeur vir ’n spesifieke kleur, byvoorbeeld rooi of geel. Die ouer moet dan poog om hierdie spesifieke kleur soveel moontlik in te bring met die gebruik van die kind se daaglikse benodigdhede. So kan die kind se tandeborsel en beker byvoorbeeld in sy kleur van voorkeur gekoop word. Kleur kan ook waardevol benut word ten einde die kind te help om sy kamer te organiseer. Verskillende kleure houers kan benut word om byvoorbeeld speelgoed in te stoor (Adapting your home, 2009).

- Kontras

Verhoogde kontras tussen ’n voorwerp en die agtergrond waarteen dit gesien word, kan baie waardevol wees vir die kind met gesiggestremdheid. So is swart letters teen ’n wit agtergrond byvoorbeeld baie makliker leesbaar as groen letters teen ’n donkerder groen agtergrond. Die ouer moet maniere soek om die kontras in die huis te verhoog. ’n Helderoranje kussing teen ’n wit agtergrond sal makliker deur die kind met gesiggestremdheid gesien kan word as ’n rooi kussing op ’n rooi duvet. Kontras kan ook by kaste, laaie en kabinette verhoog word. “Shelf liner” en plekmatjies kan gebruik word om kontras te verhoog. ’n Ouer kan sy kind met gesiggestremdheid se kos in ’n bord

inskep waar die kos 'n sterk kontras teen die agtergrond van die bord vorm. Sodoende sal die kind beter kan sien wat geëet word (Adapting your home, 2009).

- “Clutter”

Wanneer voorwerpe en items op 'n toonbank of kassie naby aan mekaar gepak word, is dit moeilik vir enigiemand om iets spesifieks af te haal. Vir die kind met gesiggestremdheid kan dit 'n baie moeilike taak wees. Ouers moet daarteen waak dat te veel items op toonbanke, badkamerkassies en die bedtafel langs die kind se bed rondstaan. Spasie tussen items kan gelaat word sodat dit makliker onderskei en raakgesien kan word (Adapting your home, 2009).

Die ouer moet homself altyd in die kleuter met gesiggestremdheid se skoene probeer plaas deur voorwerpe vanuit die kind se oogpunt te sien. Wat dalk op die ouer se hoogte maklik sigbaar is, kan dalk glad nie sigbaar wees vir die kind nie. Poog om die kind se benodigdhede op sy ooghoogte te pak sodat dit vir hom maklik sigbaar kan wees. Dit is nie altyd prakties moontlik om skilderye, lampe en voorwerpe regdeur die huis te herposisioneer nie, maar die kind se kamer kan ten volle aangepas word. In die kind se kamer kan alle prente, kaste en benodigdhede só georganiseer word dat dit op die kind se hoogte is sodat hy self daaraan kan vat (Adapting your home, 2009).

- Tekstuur en tas

Onafhanklik van die hoeveelheid bruikbare visie van die kind met gesiggestremdheid, moet die ouer die kind aanmoedig om sy tassintuig te benut ten einde inligting van sy huislike omgewing in te samel. Op 'n praktiese vlak kan die ouer die kind se tandeborsel met 'n rubberbandjie merk sodat die kind dit self kan uithaal om te gebruik. 'n Tasbare merker op die kombuistoonbank waar die kind se pap gehou word, kan waardevol wees sodat die kind dit self kan vind. Indien die kind 'n Braillegebruiker is, kan Braillemerkers aangebring word en indien nie, kan merkers van spesifieke vorms of verskillende teksture aangebring word wat geassosieer word met spesifieke items wat die kind daaglik gebruik (Adapting your home, 2009).

Kinders ken gewoonlik die uitleg van hulle huislike omgewing baie goed. Hulle gebruik nie 'n kiere om in die huis rond te beweeg nie, maar sal eerder “trail” (die “trailing-tegniek” word volledig bespreek tydens ‘Riglyne ten opsigte van oriëntering en mobiliteit met die kleuter met gesiggestremdheid’ later in hierdie sessie) nadat hulle begin stap het

en verby die kleuterstadium is. Indien die kind “trail”, sal hy met die agterkant van sy hand teen ’n muur – net so ’n klein entjie voor hom – skuif. Sodoede sal die kind se hand hom waarsku indien daar enige hindernisse is waaroor hy dalk kan stuikeel. Indien ’n kind dus “trailing” gebruik, is dit belangrik dat die mure “skoon” is van enige portrette op die kind se handhoogte en dat die vloere “skoon” is van te veel meubels (Adapting your home, 2009).

Die kleuter met gesiggestremdheid gebruik alle leidrade wat hy vanaf sy omgewing kry, byvoorbeeld die verskillende vloerbedekkings van vertrekke, ten einde hom in sy eie huis te oriënteer. Die ouer kan die kind help deur altyd te poog om verdere aanduidings en leidrade in die huisomgewing aan te bring. Dit sal met die kind se mobiliteit en oriëntering help. So kan die ouer byvoorbeeld ’n klein matjie voor die kind se speelgoedhouer plaas ten einde hom ’n aanduiding te gee waar sy speelgoed in die vertrek is (Adapting your home, 2009).

- Organisasie en veiligheid

Die huislike omgewing moet só georganiseer wees dat alle moontlike beserings verhoed kan word. Op ’n praktiese vlak kan die ouer sorg dat matte se punte nie omkrul of rondgely op ’n houtvloer nie. Dit sal ’n moontlike struikel en val by die kind met gesiggestremdheid verhoed. Kamer- en kasdeure moet sover moontlik toe gehou word. Die gesinslede kan ook betrek word by die organisering van die huisomgewing deur hulle daarop attent te maak om alle speelgoed, gereedskap, houers of sakke wat op die vloer lê, op te tel. Medisynekaste en kabinette moet beveilig word met toepaslike slotte wat die kind verhoed om dit oop te maak (Adapting your home, 2009).

Verdere riglyne met betrekking tot die huisomgewing

Verdere riglyne met betrekking tot die huisomgewing, volgens die American Foundation for the Blind:

- Die huisomgewing moet só gestruktureer wees dat nuwe vaardighede aangeleer en ingeoefen kan word.
- Veranderings aan vertrekke, dit wil sê die rondskuif van meubels, moet goed aan die kind gekommunikeer word en saam met hom verken word.
- Beperk egter veranderings tot die minimum, veral indien die kind nog baie jonk is. Dit is belangrik dat die kind net eers die huis leer ken voordat veranderings

aangebring word (Adapting your home, 2009).

Gee 'n kort opsomming van die belangrikste temas wat sopas bespreek is, byvoorbeeld hoe om die baba met gesiggestremdheid te hanteer, deur te meld dat intensiewe stimulasie deur middel van die sintuie (aanraking en die gebruik van verskillende teksture teen die baba se vel, gehoor en die gebruik van musiek) baie waardevol is. Sintuiglike leer en die verbale beskrywing van mense, voorwerpe en gebeure is twee baie effektiewe maniere om die leerproses by die kind met gesiggestremdheid te bewerkstellig. 'n Vaste roetine is ook belangrik ten einde gebeure te antisipeer. Roetine help dat die baba voorbereid is op gebeure wat hom kalm, rustig en bevoeg laat voel. Die afwisseling van alles in sy lewe, naamlik speelgoed, teksture, kos, musiek, stemme, mense en omgewings is ook belangrik ten einde die kind met gesiggestremdheid lewensgereed te maak. Laastens is dit ook nodig dat ouers aanpassings moet aanbring aan die omgewings waarmee die baba of kleuter met gesiggestremdheid elke dag gekonfronteer word. 'n Afgebakende speelarea help dat die kind veilig voel en die wêreld met meer selfvertroue wil verken. Beligting, kontras en kleur is belangrike elemente met betrekking tot die huisomgewing.

Riglyne ten opsigte van oriëntering en mobiliteit met die kleuter met gesiggestremdheid

Oriëntering en mobiliteit is 'n ander belangrike area wat onontbeerlik is by die kleuter met gesiggestremdheid. Oriëntering behels 'n bewustheid van ruimte (spasie) en die omgewing, 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. Beskermingstegnieke soos die bo- en onderlyfbeskermingstegnieke 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 (Bowe, 2000:258; Jordaan, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Wilson, 2003:115).

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

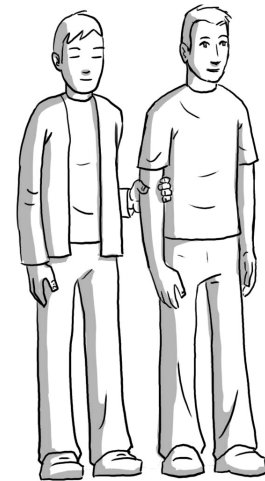
wêreld kan lei. Die kleuter moet dus soveel as moontlik aangemoedig word om te ontdek en nuuskiering te wees oor dinge.

Praktiese riglyne, volgens die Braille Institute of America en Blind Voice UK, ten opsigte van oriëntering en mobiliteit met die kleuter met gesiggestremdheid sluit die volgende in en sal vervolgens bespreek word:

- Siende-gidstegniek
- Ondersteunende-siende-gidstegniek
- Posisioneringstegniek
- Riglyne om 'n sitplek in te neem
- “Narrow area” posisioneringstegniek
- Riglyne ten opsigte van deuringange
- Riglyne ten opsigte van die betreding van trappe
- “Trailing” tegniek
- Bo-lyfbeskermingstegniek
- Onderlyfbeskermingstegniek
- Riglyne om voorwerpe wat val, te soek (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009). .

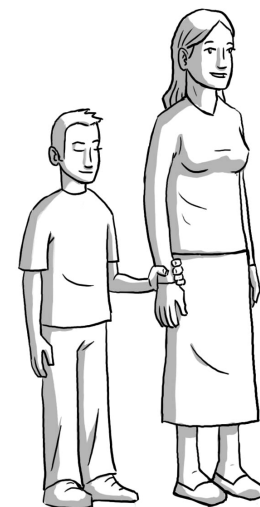
Die siende-gidstegniek

Die siende-gidstegniek is die effektiëste manier wat met die kleuter met gesiggestremdheid gebruik kan word ten einde begeleiding aan die kleuter te gee. Die waarde van hierdie tegniek lê daarin dat begeleiding aan die kind gegee word tesame met die boodskap en aangemoediging om nie sy onafhanklikheid te verloor nie, maar tog mobiel te wees (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).

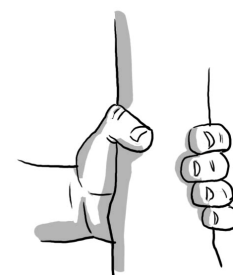


FIGUUR 6.3 SIENDE-GIDSTEGNIEK

Die siende-gidstegniek behels dat die siende persoon (die gids oftewel die ouer of primêre versorger in hierdie program) sy arm aan die persoon met gesiggestremdheid bied vir begeleiding (figuur 6.3). Die standaard greep is egter te hoog vir 'n kleuter en die aanpassing word gemaak deurdat die ouer of primêre versorger (gids) sy pols, eerder as sy arm, aan die kleuter moet bied (figuur 6.4). Wanneer die kind egter groot genoeg is, moet die kind geleer word om die volwassene net bo sy elmboog, met vier vingers aan die binne-kant van die arm en die duim aan die buite-kant vas te hou. Die kleuter met gesiggestremdheid moet geleer word om op soortgelyke manier aan die volwassene se pols vas te hou (figuur 6.5). Die kleuter moet aangemoedig word om naby aan die gids te bly sodat hy slegs 'n halwe tree agter die gids is. 'n Ferm, dog gemaklike greep word aanbeveel ten einde die kleuter 'n sin van beheer en vryheid van beweging te bied. Indien die betrokke tegniek korrek toegepas word, sal die kleuter ook vroegtydig leer om liggaamsbewegings van die gids te antisipeer, byvoorbeeld wanneer daar gedraai moet word (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



FIGUUR 6.4 SIENDE-GIDSTEGNIEK MET 'N KLEUTER



FIGUUR 6.5 KORREKTE GREEP VAN DIE SIENDE-GIDSTEGNIEK MET 'N KLEUTER

Dit is raadsaam dat 'n ouer of primêre versorger nie die kleuter op die heup rondraai nie, maar hom eerder vroegtydig die siende-gidstegniek aanleer. Mobiliteit is die sleutel tot onafhanklikheid en selfvertroue by die kleuter met gesiggestremdheid en moet dus so vroeg moontlik aangemoedig word.

- **Die ondersteunende-siende-gidstegniek**

Sommige kleuters wat gesiggestremd is, mag baie kwesbaar (frail) en onvas op hulle voete wees terwyl ander weer met balans mag sukkel. Vir hierdie kleuters is die ondersteunende-siende-gidstegniek gepas. Laasgenoemde tegniek behels dat, in plaas daarvan dat die kleuter aan die ouer se elmboog (wanneer lank genoeg) vashou, hy eerder sal verskies om sy arm by die ouer in te haak. Sodoende word die afstand tussen die kleuter en die ouer drasties verminder, asook word addisionele ondersteuning gebied. Die kleuter voel homself veiliger met hierdie tegniek en kan dan eerder stelselmatig, soos wat sy selfvertroue groei en hy fisies sterker word, na die standaard siende-gidstegniek beweeg (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).

- **Die posisioneringstegniek**

Die posisioneringstegniek word toegepas wanneer die gids en die kleuter met gesiggestremdheid stilstaan en op een plek moet wag. Die ouer of primêre versorger (gids) moet sy arm ontspanne en stil langs sy sy laat ahang. Die kleuter met gesiggestremdheid moet geleer word om die ouer se arm met 'n 90° hoek, styf teen die ouer se sy, vas te hou (dieselfde posisionering as by figuur 6.3 en aanpassings met 'n kleuter by figure 6.4 en 6.5). Die kleuter moet 'n halwe tree agter die ouer geposisioneer wees. Sodoende sal die kleuter met gesiggestremdheid die bewegings van die ouer makliker volg. Dit is belangrik dat die ouer nie die kleuter met gesiggestremdheid "stuur" nie, maar dat hy eerder moet leer om te volg (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).

- **Riglyne om 'n sitplek in te neem**

Die ouer of primêre versorger moet poog om 'n stoel reg van voor óf van die kant af, te nader. Gee 'n verbale aanduiding aan die kleuter met gesiggestremdheid waar hy homself ten opsigte van die stoel bevind (met ander woorde, staan hy voor of langs die stoel) en bring hom stadig nader totdat sy knieë die sitplek raak. Gee verbale inligting ten opsigte van hoe die sitplek lyk, soos byvoorbeeld of die stoel armleunings het of nie. Hierna moet die ouer sy hand op die rugleuning plaas en die kleuter aanmoedig om sy hand waarmee hy die ouer s'n vashou, ook op die rugleuning te plaas en te volg tot onder by die sitplek. Moedig die kleuter aan om self sy sitplek in te neem sonder om hom fisies

te help of die stoel nader te skuif. Meld aan die kleuter of daar 'n tafel naby die stoel geposisioneer is of nie.

'n Kleuter met gesiggestremdheid moet hierna ook aangemoedig word om self van die stoel af op te staan. Vanuit die staande posisie kan die ouer weer naderstaan ten einde eers die korrekte posisioneringstegniek in te neem waarna die siende-gidstegniek vir verdere begeleiding toegepas kan word (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).

- **Die “narrow area” posisioneringstegniek**

Wanneer baie nou areas soos byvoorbeeld die ingang van 'n deur genader word, moet die ouer of primêre versorger sy voorarm en hand na agter sy rug beweeg waar dit gemaklik op die laerug kan rus. Die ouer se elmboog moet met 'n 90° hoek gebuig wees met die handpalm na voor gedraai (figuur 6.6) (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



**FIGUUR 6.6 “NARROW-AREA”
POSISIONERINGSTEGNIEK**

Die kleuter moet geleer word dat hierdie tegniek as 'n waarskuwing tot die betreding van 'n baie nou spasie dien. Nadat die ouer bogenoemde tegniek toegepas het, moet die kleuter homself 'n armlengte agter die ouer in posisioneer. Dit is belangrik dat die ouer die kleuter stadig en met klein treë deur die nou spasie begelei. Wanneer die nou spasie verby is, kan die ouer weer die siende-gidstegniek toepas (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).

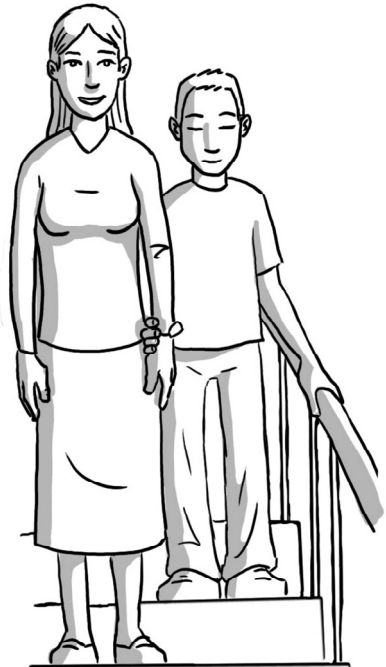
- **Riglyne ten opsigte van deuringange**

Wanneer 'n deuringang betree word, moet die ouer of primêre versorger die “narrow area” posisioneringstegniek (figuur 6.6) toepas ten einde die kleuter met gesiggestremdheid voor te berei dat 'n nou spasie betree gaan word. Lig ook die kleuter in na watter kant toe die deur oopmaak. Deur dít te doen laat die ouer die kleuter toe om hom te help deurdat die kleuter die deur kan vashou met sy vry hand terwyl daar deur die deur beweeg word. Tydens hierdie moment is dit belangrik dat die ouer nie moet

omdraai om self die deur te probeer ophou nie aangesien dit die ouer se aandag aftrek van wat voor hom gebeur (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).

- **Riglyne ten opsigte van die betreding van trappe**

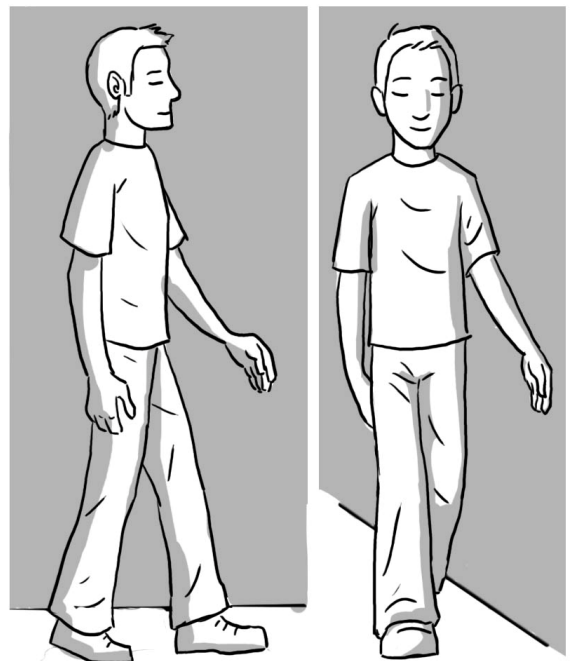
Ongeveer twee meter voordat die ouer of primêre versorger die eerste trap betree, moet hy die kleuter met gesiggestremdheid daarop voorberei. Trappe moet direk betree word en op só 'n wyse dat die kleuter met sy vry hand aan die trapreling kan vashou. Berei die kleuter voor of die trappe op- of afgeklim gaan word asook hoeveel trappe daar is. Staan 'n oomblik stil nadat die eerste trap betree is ten einde die kleuter met gesiggestremdheid kans te gee om sy eerste trap te betree asook sy vry hand op die reling te plaas. Bly een trap voor die kleuter en gaan voort soos normaal. Hou aan die linkerkant van die trappe ten einde 'n botsing met ander mense te voorkom (figuur 6.7) (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



FIGUUR 6.7 BEGELEIDING VAN 'N KLEUTER MET DIE BETREDING VAN TRAPPE

- **Die “trailing” tegniek**

Die “trailing” tegniek help die kleuter om 'n reguitlyn van beweging te hou, met ander woorde om rigting te hou. Hierdie tegniek behels dat die kleuter met gesiggestremdheid aangemoedig moet word om met die agterkant van sy hand teen die muur (of enige ander reguit reling) waarlangs hy stap, te skuur. Hierdie hand wat “trail” moet 'n armlengte voor hom gehou word (figuur 6.8) (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



FIGUUR 6.8 “TRAILING” TEGNIEK

Die bo-lyfbeskermingstegniek

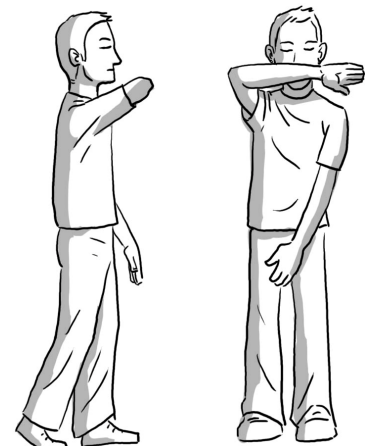
Die bo-lyfbeskermingstegniek word gebruik wanneer die gesig en kop in gevaar is. Die korrekte posisie van hierdie tegniek behels dat die kleuter met gesiggestremdheid sy arm met 'n 90° hoek moet buig en skouerhoogte moet optel. Die voorarm en palm van die hand moet na voor gedraai wees terwyl die vingers oopgestrek is. Die voorarm moet voor die ken gehou word ten einde maksimum beskerming aan die bo-lyf te bied (figuur 6.9) (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



FIGUUR 6.9 BOLYF-BESKERMINGSTEGNIEK

- **Die onderlyfbeskermingstegniek**

Die korrekte posisie van die onderlyfbeskermingstegniek kan soos volg beskryf word: Strek die een arm na onder en hou in 'n sentrale posisie 20 sentimeter voor die liggaam. Die handpalm moet na binne gedraai wees terwyl die vingers effens gebuig word. Die hand moet so laag moontlik gehou word ten einde maksimum beskerming aan die onderlyf te bied. Indien nodig, kan die bo- en onderlyfbeskermingstegniek gesamentlik benut word (figuur 6.10) (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



FIGUUR 6.10 ONDERLYF-BESKERMINGSTEGNIEK

- **Om voorwerpe wat val, te soek**

Wag todat die voorwerp wat geval het gaan stillê. Draai in die rigting waarin die voorwerp gehoor val is. Gaan af op die knieë terwyl die bo-lyfbeskermingstegniek (figuur 6.9) toegepas word. Begin om die palm van die hand op die vloer met behulp van sirkelbewegings rond te beweeg. Indien die voorwerp nie gevind kan word nie, moet die kleuter geleer word om 90° na regs te draai en op dieselfde manier voort te gaan met die soektog. Draai dan telkens 90° na regs om die soektog uit te brei (figuur 6.11) (Sighted Guide Techniques Offer Simple Help, 2009; Sighted Guide Techniques, 2009).



FIGUUR 6.11 OM VOORWERPE WAT VAL TE SOEK

'n Bespreking ten opsigte van riglyne om die huweliksverhouding te versterk, volg

Lei 'n groepsbespreking ten opsigte van verskeie maniere en riglyne wat ouers kan volg ten einde hulle huweliksverhouding te versterk - te midde van die stres en eise van die versorging van 'n kleuter met gesiggestremdheid. Ten einde die inhoud van hierdie program as 'n geïntegreerde geheel aan die ouers te bied, moet die aanbieder hier terugverwys na die vorige sessie, waar 'n bespreking hanteer is ten opsigte van 'die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding'.

Riglyne ten einde die huweliksverhouding te versterk, soos verkry uit die American Foundation for the Blind, word vervolgens aan die ouers verskaf.

- Die huwelikspaar moet poog om eerder mekaar te ondersteun te midde van hulle ervaring van ambivalente gevoelens. Huwelikspare moet eerder fokus op die liefde en geluk wat hulle as 'n gesin deel en dit as 'n sterkte benut in moeilike tye. Dit sal daartoe lei dat die ouer sy ambivalente emosies, wat hom kan inhibeer om konstruktief te dink en op te tree, beter sal hanteer (Family Relationships, 2009).
- Ouers moet hulleself tyd gee ten einde aan te pas. Dit neem soms weke en maande om by 'n nuwe situasie aan te pas en maniere te vind om daarmee (die ouer se eie emosies asook die omstandighede) om te gaan. Die lewe moet gesien word as 'n aaneenlopende proses, 'n reeks veranderinge, en die ouer moet bewus wees daarvan dat hy ook nou in 'n oorgangsproses is (Family Relationships, 2009).
- Ouerpare moet op 'n individuele vlak ook goed na hulleself omsien. Dit beteken om soms alleentyd te hê sonder om skuldig te voel, goed te eet, voldoende slaap in te kry, sowel as eie stokperdjies en belangstellings uit te leef. Laasgenoemde is alles belangrike aspekte ten einde 'n gesonde en effektiewe leefwyse saam met jou huweliksmaat te hê. Goeie gesondheid is noodsaaklik vir 'n gesonde gees en om 'n emosioneel beskikbare ouer vir die hele gesin te wees (Learning that your child is visually impaired, 2009).
- Huwelikspare moet mekaar erkenning gee dat elke ouer verskillend reageer op die nuus dat sy kind visueel gestremd is. Huwelikspare moenie hulleself en mekaar met ander ouerpare vergelyk nie. Hulle moet erkenning daaraan gee dat hulle situasie, ook hulle huweliksverhouding, uniek is. Wanneer een ouer deur 'n emosioneel moeilike tyd gaan waar emosies van neerslagtigheid en/of woede ervaar word, is dit belangrik om nie mekaar te kritiseer of skuldig te laat voel nie. Huwelikspare moet eerder daarna streef om mekaar te ondersteun en by te staan

tydens hierdie aaneenlopende, sikliese proses (Learning that your child is visually impaired, 2009).

- Die ouerpaar moet voortgaan om die dinge wat hulle altyd alleen saam geniet het, te doen, al gebeur dit minder gereeld en onder moeiliker omstandighede.
- Die ouerpaar moet poog om gereeld tye vir hulleself en as huwelikspaar uit te sit ten einde intimiteit te versterk (Family Relationships, 2009).
- Om as gesin dinge saam te doen, kan voordelig wees vir die huweliksverhouding sowel as elke gesinslid individueel. Om byvoorbeeld 'n aktiwiteit soos 'n piekniek saam as gesin te geniet, kan die wedersydse en onderlinge verhoudings tussen al die gesinslede versterk, dit wil sê die band tussen huweliksmaats, asook tussen ouer en kind en broer en suster. Daarbenewens bied dit ook geleentheid aan die kind met gesiggestremdheid om die wêreld rondom hom te leer ken (Time for you as a family, 2009).
- Indien die ouer of ouerpaar egter steeds op 'n daaglikse basis oorweldig voel en emosies van angs ten opsigte van die toekoms ervaar, is dit raadsaam om hulp in die vorm van terapie te soek (Family Relationships, 2009).

Gee 'n kort opsomming van bogenoemde riglyne. Beklemtoon aan die ouers dat die uitdaging van om 'n gelukkige huweliksverhouding tesame met die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid te hê, daarin lê om te midde van die omstandighede (wat dikwels nie gou of gaan verander nie) emosionele en fisiese kommunikasie te bly handhaaf.

'n Bespreking ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat die ouer kan bemagtig ten opsigte van sy omgang met die ander kinders in die gesin, volg

'n Groepsgesprek ten opsigte van verskeie maniere en riglyne wat ouers kan volg ten einde steeds sensitief te wees vir die behoeftes en emosionele welstand van die ander kinders in die gesin - te midde van die stres en eise van die versorging van 'n kleuter met gesiggestremdheid – word hanteer. Afhangend van die ander kinders se ouderdom, sal hulle reaksies teenoor hulle broer of suster met gesiggestremdheid en die gesinsituasie in die algemeen varieer. Ten einde die inhoud van hierdie program as 'n geïntegreerde geheel aan die ouers te bied, moet die aanbieder hier terugverwys na die vorige sessie van hierdie program, waar die 'effek op die sibbe' bespreek is. Hierna word riglyne aan die ouers, soos verkry uit die American Foundation for the Blind, verskaf (Family Relationships, 2009).

- Die gee van inligting

Hoe ouer die sib, hoe meer inligting benodig hy ten opsigte van sy broer of suster se oogtoestand vanweë die feit dat hy meer verstaan en meer wil probeer help. Die ouer moet dus die ander kinders in die gesin op hoogte hou van hulle sib se beoogde oogoperasie, hoeveel die kind met gesiggestremdheid kan sien en die kleutersorg waarna hy geneem sal word wanneer hy drie jaar oud is. Die ouer moet poog om 'n balans te handhaaf tussen die gee van te veel inligting teenoor die kind wat geen inligting ten opsigte van sy broer of suster met gesiggestremdheid het nie en begin bekommerd raak oor die onbekende. Die ouer moet sy instink gebruik sodat die kind nie met te veel detail en bekommernisse belas word nie, maar steeds ingelig is ten opsigte van die toekoms en waar hy in die hele situasie inpas.

- Gevoelens van rou

Die ouer moet kennis dra van die feit dat die ander kinders ook in rou verkeer ten opsigte van die “normale” boetie of sussie wat hulle so graag wou hê. Gevoelens van woede, jaloesie, depressie en gegriefdheid, en die ontkenning van hulle sib se gestremdheid is alles emosies waardeur die ander kinders worstel. Hierdie gevoelens word bes moontlik ook deur die ouer ervaar, en dit is belangrik om dit te kommunikeer. Veranderings in die kind se gedrag moet baie noukeurig gemonitor word, byvoorbeeld sy skoolwerk, belangstellings, vriende, slaap- en eetpatrone. Laasgenoemde kan alles aanduidings van hoë vlakke van spanning en angs by die kind wees. Indien die ouer voel dat hy nie bevoeg is om tot sy kind deur te dring nie, is dit raadsaam om professionele hulp buite die gesinsisteem te soek.

- Verwagtings

Die verwagtings wat die ouer van sy ander, “normale” kind het, moet aangepas word. Die ouer kan nie van die ouer, “normale” broer of suster verwag om altyd aan diens te wees ten einde sy sib met gesiggestremdheid te help nie. Om die kind by die versorging van die kind met gesiggestremdheid te betrek, is nie op sigself nadelig vir eersgenoemde nie, maar moet net nie inmeng met sy kindertyd-aktiwiteite nie.

- Individuele tyd met die ouer

Die ander kind(ers) in die gesin benodig individuele tyd met sy ouers waar aandag en

emosionele versorging aan hom gebied word. Dit kan raadsaam wees om tye “uit te boek” wat uitsluitlik met hierdie kind gespandeer word. Die ouer en die kind kan iets doen wat beide geniet, byvoorbeeld ’n fliek gaan kyk wat die kind self uitkies.

- Maak die ander kind betrokke by sy broer of suster met gesiggestremdheid se vroeë-intervensiedienste

Indien die ander kinders voorskool is, sal hulle jaloers word indien professionele persone na die huis kom ten einde vroeë-intervensiedienste aan die kind met gesiggestremdheid te lewer. Die ouer kan hierdie persone vra om ook die ander kind te betrek wanneer huisbesoeke gelewer word.

- Universalisering

Soos die ander kind ouer word, kan hy voel asof hy die enigste kind in die wêreld is wat ’n sib met gesiggestremdheid het. Die ouer moet poog om betrokke te raak by ouerondersteuningsgroepe sodat sy ander kinders in kontak kan kom met hierdie gesinne. Die gedeelde ervarings wat die ander kind met gesinne soortgelyk aan syne het, kan help om sy gevoelens van alleenheid en “dat hy anders is” te verminder. Hy sal dus leer dat daar ook ander kinders is wat ’n broer of suster met ’n gesiggestremdheid het. Daar bestaan dus ander gesinne soos syne.

Beklemtoon dat ouers bewus moet bly van die emosionele behoeftes van die ander kinders in die gesin en nie slegs op die kind met gesiggestremdheid moet fokus nie. Som op dat ouers hulle ander kinders op hoogte moet hou van die toestand van hulle sib met gesiggestremdheid, nie onrealistiese verwagtings van die ander kind moet hê nie, individuele tyd en aandag aan die ander kind moet gee, laasgenoemde betrokke moet maak by dienste wat die kind met gesiggestremdheid ontvang, asook die ander kind help verstaan dat daar ook ander kinders en gesinne soortgelyk aan syne is.

’n Bespreking word hanteer ten opsigte van verskillende hulpbronne in die lede se onmiddellike omgewing wat hulle as gesinsisteem kan ondersteun (uitgebreide familie, vriende, kerk, ouerondersteuningsgroepe)

Lei ’n groeps gesprek ten opsigte van verskillende hulpbronne in die lede se onmiddellike omgewing wat die gesinsisteem kan ondersteun, byvoorbeeld die uitgebreide familie, vriende en die kerk waarby hulle betrokke is. Moedig die ouers aan om die

ondersteuningsstelsel van hulle gesin te versterk en uit te brei, aangesien die versorging van 'n kleuter met gesiggestremdheid baie veeleisend kan wees.

Noem aan die ouers dat grootouers van gesinne met 'n kind wat gesiggestremd is, 'n belangrike deel van die kind en gesin se ondersteuningstelsel uitmaak. Die verhouding van 'n oupa en ouma met hulle kleinkind is gewoonlik baie spesiaal en waardevol. Die grootouers kan egter ook gebuk gaan onder gevoelens van rou ten opsigte van die “normale” kleinkind wat hulle so graag wou gehad het. Hier is dit die ouer se verantwoordelikheid om die grootouers van voldoende inligting ten opsigte van hulle kleinkind se oogtoestand en toekomsverwagtings te gee. Die ouer moet ook melding daarvan maak dat hulle hulle kleinkind met gesiggestremdheid dieselfde moet hanteer as hulle ander kleinkinders met normale sig. Die ouer moet aan die grootouers beklemtoon dat hulle kleinkind met gesiggestremdheid ook liefde en ondersteuning benodig, dat die kind uiteindelik alles sal aanleer wat ander kinders doen – net op 'n ander manier – asook dat die kind 'n baie belangrike deel van die gesin en die uitgebreide familie uitmaak.

Meld dat ouers moet poog om goeie verhoudings met hulle familie, vriende en kerk op te bou. Dit is ook die ouer se verantwoordelikheid om al die persone binne die gesin se ondersteuningstelsel (vriende, familie, Sondagskoolonderwyser, ensovoorts) in te lig en touwys te maak ten opsigte van die korrekte hantering van die kind met gesiggestremdheid. Die ouer moet familielede leer hoe om die kind met gesiggestremdheid by familieaktiwiteite te betrek wat almal saam kan geniet. Die ouer moet dus ander persone help om gemaklik te word in die teenwoordigheid van die kind met gesiggestremdheid.

Beklemtoon dat ouers belangrike verhoudings wat hulle as gesin van hulp kan wees, moet prioritiseer. Tyd en aandag moet aan hierdie betrokke verhoudings gegee word; dus moet hierdie verhoudings as't ware ook 'opgepas en versorg' word. Sodoende sal 'n sterk ondersteuningsstelsel opgebou kan word waarop gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid kan staatmaak. Behalwe dat dit die ouers soms van hulp kan wees indien ander familielede vir 'n aand na die kinders omsien, is dit ook baie goed vir die kind met gesiggestremdheid om met persone buite sy gesin in kontak te wees.

Internetwebwerwe, e-posadresse, telefoonnommers en posbusadresse van belangrike nasionale en internasionale organisasies

South African National Council for the Blind (SANCB)

Uitvoerende Direkteur: William P. Rowland

Headquarters OPTIMA Services

Whitestraat 514, Baileys Muckleneuk, Pretoria, 0181

Posbus 11149, Hatfield, 0028

Tel.: (012) 345 1171

Faks.: (012) 346 1177

www.sancb.org.za (’n Volledige lys van Suid-Afrikaanse organisasies en skole wat dienste aan kinders en persone met gesiggestremdheid bied, word gegee. Sien Wes-Kaapse organisasies.)

Prof. L. Jacklyn

Johannesburg Hospitaal

Tel.: (011) 643 3050

www.childrendisability.co.za

LOFOB (vir vroeë intervensie)

Tel.: (021) 705 3753

Faks.: (021) 705 2154

www.lofob.co.za

Posbus 31010, Grassy Park, 7888

Dr. J. H. van der Poel

Opvoedkundige adviseur vir leerders (nul tot ses jaar) met gesig- en multigestremdheid

Tel.: (021) 854 8007

Sel: 083 259 6637

RP Foundation (vir enige navrae ten opsigte van retinale siektes, navorsing en nuusblad)

Tel.: (021) 591 3407 / (021) 939 6999

Ooginstituut van Pretoria (vir navrae wanneer traumatiese gebeurtenis plaasgevind het en die kind blind gelaat is)

Tel.: 086 163 0630



Dr. James Acton (retina-spesialis)

Posbus 19076, Tygerberg, 7505

Tel.: (021) 948 9444

Faks.: (021) 948 9449

Dr. Ellen Ancker (oogspesialis)

Kloofstraat 39, Kaapstad

Tel.: (021) 426 2200

Faks.: (021) 424 3434

Gavin Bingham (retina-spesialis)

Steynsruststraat 14, Somerset-Wes, 7130

Tel./faks.: (021) 855 3418

Bridgid Hill (gedragsoptometris)

Tel.: (021) 948 5650

Jenny Buckle (kenner op die gebied van gedragskenmerke van outisme en aangebore blindheid wat dikwels verwar word)

Sel: 083 508 5807

Dr. Rhian Grötte (pediatryse oogspesialis)

Rooikruishospitaal, Departement Oftalmologie

Tel.: (021) 658 5111

Dr. Ari Ziskind (oogspesialis)

Tygerberghospitaal, Departement Oftalmologie

Tel.: (021) 938 4911

Prof. Meyer

Tygerberghospitaal, Hoof: Departement Oftalmologie

Tel.: (021) 938 4911

Dr. Nicola Freeman

Tygerberghospitaal, Departement Oftalmologie

Tel.: (021) 938 4911

Eddie van Eeden (laevisie-optometris)

Tel.: (023) 342 5827

Colin van Wyk (laevisie-optometris)

Lourensfordstraat 17, Somerset-Wes

Tel.: (021) 852 0320

Universiteit van Kaapstad (vir navorsing ten opsigte van die retina)

Departement Menslike Genetika

Tel.: (021) 406 6467

Vir aanpassings in leer- en leefomgewing, vroë intervensie en veral as kinders in die hoofstroom bly

Me. Madelein van der Merwe (verpleegkundige)

Pionierskool, Worcester

Vir verdere navrae met betrekking tot ondersteuning in die hoofstroom:

Nafisa Baboo – Inklusiewe Onderwys Wes-Kaap

Posbus 36330, Glosderry, 7702

Hoek van Kildare- en Mainstraat, Newlands

Tel.: (021) 674 1422

Faks.: (021) 683 6379

included@mweb.co.za

Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission (CBM)

Africa Regional Office South

Posbus 5294, Tygervallei

Tel.: (021) 914 3014/5/6/7

Faks.: (021) 914 3031

Mnr. H. Schoeman (Befondsingskoördineerder)

henoch@cbmsa.org

Sel: 083 306 9901

benpizer@absamail.co.za (Opvoedkundige adviseur by CBM)

Dr. M. Theron

Buitengewone Onderwys in Wes-Kaap

Tel.: (021) 467 2028

www.eyesite.co.za (South Africa's Premier Eye Care and Eyewear Site)

www.ifla.org/IV/ifla73/index.htm (World Library and Information Congress)

www.viguide.com/vsnschools.htm ('n Volledige lys van internasionale skole vir kinders/persone met gesiggestremdheid)

www.perkins.org (Perkins School for the Blind)

www.rnib.org (Royal National Institute for the Blind)

geertvanneste@gmail.com (CCBRT Tanzania)

www.esight.org (Work, visual impairment in a changing South-Africa)

c.cross@sightsavers.org (Universiteit van Amsterdam)

wbanien@iafrica.com (Ouerondersteuningsgroepe in Kaapstad)

fsn@snh.org.my (Family Support Network)

www.afb.org/store (American Foundation for the Blind: aanlyn publikasies van die nuutste en gewildste onderwerpte met betrekking tot gesiggestremdheid)

American Academy of Pediatrics

141 Northwest Point Blvd

P.O. Box 927

Elk Grove Village, IL 60009-0927

'n Kort samevatting van die sessie word gegee

Die doel van die pas afgelope sessie was om praktiese riglyne ten opsigte van die hantering van die kleuter, die huweliksverhouding en die gesin te gee; dus die

bemagtiging van die ouer en die gesin. Hierdie sessie het dus gepoog om alle probleme en moeilikhede wat tydens sessie twee, drie en vier geïdentifiseer en bespreek is, aan te spreek.

Versoek die ouers om terugvoer te gee ten opsigte van hulle ervaring van die sessie, asook of hulle ervaar dat die sessie daartoe bygedra het dat hulle 'n beter begrip van die temas wat hanteer is, ontwikkel het. Bedank hierna die ouers vir hulle teenwoordigheid en samewerking. Hierna kan koffie, tee en ligte verversings bedien word.

6.7.5 Sessie ses: Meting en terminering

Doelstelling

Die doelstelling is om ouers van die program te termineer en om die impak van die ouerbegeleidingsprogram empiries te meet met behulp van 'n meetinstrument.

Doelwitte

- Om die lede geleentheid te gee vir eksplorasië en die bespreking van probleemkwessies ('n ontladingsessie).
- Om die impak van die ouerbegeleidingsprogram empiries te meet met behulp van 'n vraelys (bylaag 8), waarmee dieselfde aspekte as in die voortoets (bylaag 8) gemeet is.
- Om die program te termineer.

Hulpmiddel

'n Natoetsvraelys (bylaag 8) word aan die ouers gegee sodat die impak van die ouerbegeleidingsprogram empiries gemeet kan word met behulp van 'n vraelys waarmee dieselfde aspekte as in die voortoets gemeet is (hulle kennisbasis ten opsigte van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan, gesinsverhoudings en -dinamika in stresvolle omstandighede, vroeë intervensie en die voordele daarvan, asook inligting met betrekking tot ouerbegeleiding en ouerskapsvaardighede met 'n kleuter met gesiggestremdheid).

Verloop van die sessie

'n Samevatting van die afgelope begeleidingssessies word gegee, waartydens daar ook terugverwys word na vorige sessies. Geleentheid word gegee vir eksplorاسie en die bespreking van probleemkwessies ('n ontladingsessie)

Met die terugkeer van die ouers na hulle sitplekke word hulle versoek om rustig te word. Gee 'n samevatting van die vorige begeleidingssessie en verwys ook terug na vorige sessies sodat die ouers 'n oorsig kan kry van alles wat gehanteer is. Gee geleentheid vir eksplorاسie en benut hierdie sessie as 'n ontladingsessie.

'n Empiriese meting met behulp van 'n vraelys (bylaag 8) volg, waartydens dieselfde aspekte as met die voortoets (bylaag 8) gemeet word ten einde die impak van die begeleidingsprogram te meet

Versoek die ouers weereens om die selfopgestelde vraelys individueel in te vul sodat hulle kennis ten opsigte van 'n kleuter met gesiggestremdheid en al die betrokke aspekte weer getoets kan word. Hierdie vraelyste word met die vorige vraelyste vergelyk, sodat geassesseer kan word watter areas steeds aandag benodig en waar daar 'n behoefte aan kennis en inligting bestaan. (Die vergelyking van die vraelyste kan ook as assessering vir die aanbieder dien ten einde te bepaal of verdere dienslewering benodig word; of daar met ondersteuningsgroepe voortgegaan kan word en/of dienslewering verbetering in die ouers se kennisvlak teweeg gebring het).

Die terminering van die program volg.

Bedank die ouers vir hulle teenwoordigheid, samewerking en positiewe gesindheid.

6.8 SAMEVATTING

In die vorige vyf hoofstukke is die teoretiese basis vir die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid uiteengesit. In hierdie hoofstuk is die teoretiese konsepte van toepassing gemaak deur 'n ooreenstemmende ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel en uit te toets. Dit kan soos volg saamgevat word:

Die intervensieproses is reeds by die aanvang van die proses, tydens die telefoniese onderhoud, op individuele vlak met al die ouers bespreek. Hierdie intervensieproses sluit assessering, doelwitbepaling, groepwerk as 'n moontlike intervensiemetode en herassessering in. Tydens 'n telefoniese onderhoud met potensiële ouers word die aard van die studie verduidelik, hulle toestemming om aan die studie deel te neem, word mondelings verkry, en hulle gemeenskaplike behoeftes ten opsigte van die studie word geïdentifiseer. Daar word ooreengekom op 'n datum wanneer die program aangebied sal word. Die doelwitte fokus op ouerbegeleiding ten opsigte van die hantering van die kleuter met gesiggestremdheid en die invloed daarvan op die ouer, die huwelik en die gesin. Begeleidingsessies vind plaas waar al die betrokke ouers met hulle gesamenlike behoeftes ingeskakel word. Herassessering vind plaas waar die nodige terugvoer oor die impak van die program gegee word.

Die doel van die ouerbegeleidingsprogram is om ouers van kleuters (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid te help om hulle maatskaplike funksionering te bevorder, wat as raamwerk vir intervensie dien. Verder organiseer dit inligting, help dit met doelgerigte optrede, bevorder dit terapie en is dit noodsaaklik vir onderrig.

Die maatskaplike werker moet oor sekere vaardighede beskik vir die implementering van hierdie program, naamlik: 'n opvoedersrol, uitgebreide kennis rakende die verskynsel van gesiggestremdheid en die impak daarvan op en hantering daarvan by die kind, die ouer, die huwelik en die gesin, die nodige kulturele sensitiwiteit, buigsaamheid en aanpasbaarheid.

Die aanbieding van hierdie ouerbegeleidingsprogram is daarop gemik om ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid se kennis van die verskynsel van gesiggestremdheid, die impak daarvan op en hantering daarvan by die kind, die ouer, die huwelik en die gesin te verhoog en om hulle die nodige kennis te bied om die kind met gesiggestremdheid binne die gesinsisteem te hanteer. Die program word in ses begeleidingsessies aangebied. Twee groepe is aangebied, met 'n totaal van 10 ouers.

Bogenoemde is verwesenlik deur inligting oor die volgende aspekte te voorsien: die verskynsel van gesiggestremdheid; die invloed van die oogtoestand op die kind, die ouers afsonderlik, die huwelik en die gesin; en bemagtigingstrategieë en hanteringswenke ten opsigte van die kind met gesiggestremdheid, die huweliksverhouding en die gesin. Groepbesprekings vind deurlopend plaas en baie waarde word gegee aan ouers se terugvoer en insette tydens die begeleidingsessies.

In die finale begeleidingsprogram is die volgende stappe gevolg:

Telefoniese onderhoud

Aanbieding van begeleidingsessies

Sessie een: Verhoudingbou en meting

Sessie twee: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid

Sessie drie en vier: Inligting ten opsigte van die invloed van die oogtoestand op die kleuter, die ouers afsonderlik, die huwelik en die gesin

Sessie vyf: Bemagtigingstrategieë en hanteringswenke ten opsigte van die kleuter met gesiggestremdheid, die huweliksverhouding en die gesin

Sessie ses: Meting en terminering

Telefoniese opvolgonderhoud

'n Maand na afloop van die aanbieding van die ouerbegeleidingsprogram is 'n telefoniese onderhoud met die ouers gevoer ten einde addisionele inligting te verkry.

In die volgende twee hoofstukke word eerstens die kwalitatiewe resultate (hoofstuk sewe) en daarna die kwantitatiewe resultate (hoofstuk agt) wat tydens die empiriese fase van hierdie studie ingesamel is, aangebied en geïnterpreteer.