



**'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUERS VAN 'N KLEUTER MET
GESIGGESTREMDHEID**

Deur

YOLANDE VIVIER

Voorgelê ter vervulling van 'n deel van die vereistes vir die graad

DOCTOR PHILOSOPHIAE

In die

Departement Maatskaplike Werk en Kriminologie

Fakulteit Geesteswetenskappe

Universiteit van Pretoria

PROMOTOR: DR J.M.C. JOUBERT

PRETORIA

2009



DANKBETUIGINGS

By voltooiing van hierdie studie, kom opregte dank en waardering aan die volgende persone:

Aan my Hemelse Vader vir Sy oorfloedige genade en geleentheid wat vir my geskep is.

Die respondente wat bereid was om deel te vorm van die empiriese ondersoek, vir die deel van waardevolle kennis.

Dr. Kotie Joubert, my studieleier, wat my gelei het om my denke te hervorm en te skep, asook vir haar deurlopende ondersteuning en positiewe motivering.

Al die kundiges wat vir die doel van die navorsing genader is, vir hul kennisinsette.

Me. Margaret Muller, vir die noukeurige taalkundige versorging van die proefskrif.

Mnr. Luan Serfontein vir professionele illustrasies.

Mnr. Daneman van Wyk vir die tegniese versorging van die proefskrif.

My gesin, vir hul geloof en vertroue in my.

Willem vir sy getroue bystand, belangstelling, hulp en aanmoediging.

OPSOMMING

**'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUERS VAN 'N KLEUTER MET
GESIGGESTREMDHEID**

deur

YOLANDE VIVIER

PROMOTOR: DR. J.M.C. JOUBERT

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK EN KRIMINOLOGIE

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

GRAAD: DOCTOR PHILOSOPHIAE

Gesinne wat met 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid gekonfronteer word, het meervoudige behoeftes wat 'n holistiese benadering vereis ten einde hierdie komplekse probleem effektief aan te spreek. Geen navorsing is egter nog gedoen waar daar na die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het, se behoeftes gekyk is ten einde 'n gespesialiseerde, empiries gefundeerde ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel nie. Hierdie studie het dus ten doel gehad om 'n begeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid te ontwikkel en die effektiwiteit daarvan te evalueer. Intervensienavorsing as toegepaste navorsing is hiervoor aangewend.

'n Tweefase-navorsingsbenadering is gebruik. Tydens fase een is van 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak. Die volgende navorsingsvraag is tydens hierdie fase geformuleer: *Watter behoeftes het die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met gesiggestremdheid?* 'n Fokusgroepbespreking waar fokusgroepvrae benut is, is met 10 ouerpare deurloop ten einde die betekenis en interpretasie wat hulle aan hulle leefwêreld heg, te eksploreer. Hierdie data het, aanvullend tot die omvattende literatuurstudie wat onderneem is, inligting na vore gebring wat in die ouerbegeleidingsprogram gebruik is. Antwoorde op die navorsingsvraag kon dus gevind word.

Die kwantitatiewe ontwerp wat tydens fase twee gevolg is, is die enkelstelselontwerp. Die volgende navorsingshipotese is tydens hierdie fase geformuleer: *Indien die ouers van 'n*

kleuter met gesiggestremdheid die ouerbegeleidingsprogram deurloop, sal hulle bemagtig word met kennis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogtoestand, die invloed daarvan op en hulle hantering van die betrokke kind, hulle huwelik en hulle gesin.

Die maatskaplikewerk-intervensieprogram wat ontwikkel is, bestaan uit ses groepwerksessies van ongeveer 60 minute elk wat met twee groepe van 10 ouers in totaal deurloop is. 'n Selfontwerpte vraelys is voor en na afloop van die program deur al 10 ouers voltooi. Hierdie meetinstrument het bostaande hipotese bevestig.

Vergelykings is getref tussen die literatuur en die empiriese gegewens. Gevolgtrekkings en aanbevelings vir toekomstige navorsing is na aanleiding van die studie geformuleer.

LYS VAN SLEUTELBEGRIPE:

OUERBEGELEIDINGSPROGRAM

KLEUTER

GESIGGESTREMDHEID

GESINSISTEEM

GESINSDINAMIKA

VROEË INTERVENSIE

EMOSIONELE GEVOLGE

SOSIALE GEVOLGE

AKADEMIESE GEVOLGE

OOGKONDISIES

SUMMARY

A PARENTAL GUIDING PROGRAMME FOR PARENTS OF A TODDLER WITH VISUAL IMPAIRMENT

by

YOLANDE VIVIER

SUPERVISOR: DR J.M.C. JOUBERT

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK AND CRIMINOLOGY

UNIVERSITY OF PRETORIA

DEGREE: DOCTOR PHILOSOPHIAE

Families that are confronted with a toddler with a visual impairment have multiple needs that require a holistic approach in order to address this complex problem effectively. However, no research has been done yet that looks at the needs of the South African parent with a toddler with a visual impairment in order to develop a specialized, empirically grounded parental guiding programme. This study thus aimed at developing a guiding programme for parents with a toddler with a visual impairment and evaluating its effectiveness. Interventional research as applied research was utilised for this purpose.

A two-phase research approach was used. During phase one a qualitative approach was used. The following research question was formulated during this phase: *What are the needs of the South African parent with a toddler with a visual impairment?* A focus-group discussion where focus-group questions were used was held with 10 parents in order to explore the meaning and interpretation that they attach to their daily world. These data, in addition to the wide-ranging literature study that had been undertaken, brought information to the fore that was used in the parental guiding programme. Answers to the research question could thus be found.

The quantitative design that was followed during phase two was the single-system design. The following research hypothesis was formulated during this phase: *If the*

parents of a toddler with a visual impairment follow the parental guiding programme, they will be empowered with knowledge with regard to their child's specific eye condition, its influence on and their management of the child concerned, their marriage and their family.

The social-work interventional programme that was developed consists of six group-work sessions of approximately 60 minutes each that were held for two groups of 10 parents in total. A self-designed questionnaire was completed by these 10 parents before and after the programme. This measuring instrument confirmed the above-mentioned hypothesis.

Comparisons were made between literature and the empirical data. Conclusions and recommendations for future research were formulated following on this study.

LIST OF KEY CONCEPTS:

PARENTAL GUIDING PROGRAMME

TODDLER

VISUAL IMPAIRMENT

FAMILY SYSTEM

FAMILY DYNAMICS

EARLY INTERVENTION

EMOTIONAL RESULTS

SOCIAL RESULTS

ACADEMIC RESULTS

EYE DISEASES

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1:

ALGEMENE ORIËNTERING TOT DIE STUDIE	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 NAVORSINGSPROBLEEM.....	7
1.3 DOEL, DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE	11
1.3.1 Doel en aard van die studie	11
1.3.2 Doelstelling	12
1.3.3 Doelwitte.....	12
1.4 NAVORSINGSVRAAG EN HIPOTESE	13
1.5 NAVORSINGSBENADERING.....	14
1.5.1 Fase een van die studie:.....	14
1.5.2 Fase twee van die studie:	15
1.6 TIPE NAVORSING.....	15
1.7 NAVORSINGSTRATEGIE EN -ONTWERP.....	16
1.7.1 Ontwerp.....	16
1.8 NAVORSINGSPROSEDURE EN WERKWYSE	18
1.8.1 Fase een van die intervensienavorsingsproses: Probleemanalise en projekbeplanning	19
1.8.1.1 Identifisering en betrekking van die kliëntsisteem	19
1.8.1.2 Verkry toegang tot en samewerking van rolspelers in die omgewing	20
1.8.1.3 Identifiseer bekommernisse van populasie	20
1.8.1.4 Analise van geïdentifiseerde probleme	21
1.8.1.5 Daarstelling van doelstelling en doelwitte.....	22
1.8.2 Fase twee van die intervensienavorsingsproses: Data-insameling en -sintese	22
1.8.2.1 Benutting van bestaande inligtingsbronne.....	22
1.8.2.2 Bestudering van natuurlike voorbeelde	23
1.8.2.3 Identifisering van funksionele elemente van suksesvolle modelle	26
1.8.3 Fase drie van die intervensienavorsingsproses: Ontwerp	27

1.8.3.1	Ontwerp van 'n waarnemingsstelsel	27
1.8.3.2	Spesifiseer die prosedure-elemente van die intervensie	28
1.8.4	Fase vier van die intervensienavorsingsproses: Vroeë ontwikkeling en voorondersoek	28
1.8.4.1	Ontwikkeling van 'n voorlopige intervensie.....	29
1.8.4.2	Uitvoering van 'n voorondersoek.....	30
1.8.4.3	Verskaffing van ontwerp kriteria vir die voorlopige intervensiekonsep....	31
1.8.5	Fase vyf van die intervensienavorsingsproses: Evaluasie en gevorderde ontwikkeling	31
1.8.5.1	Die insameling en analisering van data.....	31
1.8.5.2	Verfyning van die intervensie	32
1.8.6	Fase ses van die intervensienavorsingsproses: Verspreiding	33
1.9	VOORONDERSOEK.....	33
1.9.1	Toetsing van fokusgroeprvrae, vraelys en program.....	33
1.10	UITVOERBAARHEID VAN DIE STUDIE	34
1.11	OMSKRYWING VAN UNIVERSUM, AFBAKENING VAN STEEKPROEF EN WYSE VAN STEEKPROEFNEMING	35
1.11.1	Universum	35
1.11.2	Populasie.....	35
1.11.3	Afbakening van steekproef.....	36
1.11.4	Wyse van steekproeftrekking	36
1.12	ETIESE ASPEKTE	38
1.12.1	Ingeligte toestemming en misleiding van respondente	39
1.12.2	Blootstelling aan fisieke of psigiese ongemak en ontlading van respondente.....	39
1.12.3	Skending van privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid.....	40
1.12.4	Publisering van inligting	41
1.13	PROBLEME ERVAAR MET STUDIE	42
1.14	DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE.....	42
1.14.1	Ouer	42
1.14.2	Begeleiding.....	42
1.14.3	Program.....	43



1.14.4	Kleuter	43	
1.14.5	Gesiggestremdheid.....	44	
1.15	INHOUD VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG.....	45	
HOOFSTUK 2:			
GESIGGESTREMDHEID EN VERSKILLENDE OOGTOESTANDE			
MET DIE ONDERSKEIE AKADEMIESE, SOSIALE EN			
LOOPBAANGEVOLGE DAARVAN			46
2.1	INLEIDING	46	
2.2	DEFINISIE VAN BLINDHEID	46	
2.3	SNELLETOETS MET KINDERS.....	47	
2.4	DIE BEGRIP (GEWAARWORDING) VAN VISIE	48	
2.5	DIE ASSESSERING VAN VISIE	49	
2.5.1	Ouderdomme waarby assesseringstoetse moet plaasvind.....	50	
2.5.2	Gesigsverswakkingsfaktore	51	
2.6	DIE KLEUTER EN SIG.....	52	
2.7	DEFINISIES VAN OOGONTWIKKELING.....	53	
2.8	VISIE BY DIE PASGEBORE BABA.....	53	
2.9	VISUELE MYLPALE VAN 'N NORMALE KIND (GEBORTE TOT SES JAAR)....	54	
2.9.1	Belangrike oogvaardighede by die kind.....	54	
2.9.2	Verwagte visuele vermoëns van 'n kind by verskillende ouderdomme	56	
2.10	ASSESSERING VAN BABAS EN KLEUTERS MET GESIGGESTREMDHEID....	58	
2.10.1	Waarskuwingstekens waarop ouers moet let	58	
2.11	OOGTOESTANDE BY BABAS EN KINDERS	60	
2.11.1	Kornea-beskadiging	61	
2.11.2	Katarakte	62	
2.11.3	Strabismus (skeelheid)	63	
2.11.4	Ambliopie ("lazy eye")	65	
2.11.5	Miopie (bysindheid).....	65	
2.11.6	Hiperopie (versindheid).....	66	
2.11.7	Astigmatisme	66	
2.11.8	Retinopatie as gevolg van prematuriteit	67	
2.11.9	Aniridia.....	67	



2.11.10	Optiese atrofie	68	
2.11.11	Makulêre degenerasie	68	
2.11.12	Gloukoom	69	
2.11.13	Retinitis pigmentosa.....	70	
2.11.14	Koloboma	71	
2.11.15	Trauma	71	
2.11.16	Albinisme	72	
2.11.17	Nistagmus.....	73	
2.12	ONTWIKKELING VAN DIE NORMAALSIENDE KLEUTER.....	73	
2.13	AKADEMIESE, SOSIALE EN LOOPBAANGEVOLGE VAN VERSKILLENDE OOGTOESTANDE OP DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID.....	79	
2.13.1	Oogtoestande waarmee die kind gebore word	79	
2.13.1.1	Akademiese gevolge.....	79	
2.13.1.2	Sosio-emosionele ontwikkeling	83	
2.13.1.3	Loopbaanvooruitsigte.....	86	
2.13.2	Oogtoestande waar die kind se sig oor 'n tydperk stelselmatig afneem...87		
2.13.2.1	Akademiese behoeftes	87	
2.13.2.2	Sosio-emosionele ontwikkeling	89	
2.13.2.3	Loopbaanvooruitsigte.....	90	
2.13.3	Wanneer die kind as gevolg van 'n traumatiese gebeurtenis onmiddellik blind gelaat word	91	
2.13.3.1	Akademiese gevolge.....	91	
2.13.3.2	Sosio-emosionele ontwikkeling	91	
2.13.3.3	Loopbaanvooruitsigte.....	93	
2.14	SAMEVATTING	93	
HOOFSTUK 3:			
ALGEMENE SISTEEMTEORIE AS TEORETIESE FUNDERING IN HULPVERLENING AAN GESINNE MET 'N KLEUTER MET 'N GESIGGESTREMDHEID			96
3.1	INLEIDING	96	



3.2	DIE INHOUD VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE.....	97	
3.3	MOTIVERING VIR DIE BENUTTING VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE IN HIERDIE STUDIE	97	
3.4	KONSEPTE VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE	100	
3.4.1	Sisteem.....	100	
3.4.2	Subsisteem.....	102	
3.5	BEGINSELS VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE	104	
3.5.1	Sirkulariteit.....	104	
3.5.2	Inligting	105	
3.5.3	Dubbelbeskrywing/geheel/holisme.....	106	
3.5.4	Patroon en vorm	107	
3.5.5	Stabiliteit en verandering	107	
3.5.6	Passing en konservasie/interafhanklikheid.....	108	
3.6	DIE ROL VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER MET BETREKKING TOT DIE INTEGRERING VAN DIE SISTEEMBENADERING MET GESINNE WAAR 'N KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID TEENWOORDIG IS	108	
3.6.1	Vasstelling van grense.....	109	
3.6.2	Regulering van openheid en geslotenheid	109	
3.6.3	Vennootskap.....	109	
3.7	WAARDE VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE	111	
3.8	SAMEVATTING	112	
HOOFSTUK 4:			
GESINSDINAMIKA IN STRESVOLLE SITUASIES			114
4.1	INLEIDING	114	
4.2	DIE AANHOOR VAN SLEGTE NUUS	115	
4.3	DIE BELEWENIS EN ERVARING VAN OUERS MET DIE AANHOOR VAN DIE NUUS DAT HULLE KIND GESTREMD IS.....	117	
4.3.1	Herkenbare fases en emosies waardeur ouers gaan	117	
4.3.1.1	Skok	117	
4.3.1.2	Ongeloof.....	118	
4.3.1.3	Ontkenning	119	
4.3.1.4	Woede	120	



4.3.1.5	Bedinging.....	122
4.3.1.6	Depressie	123
4.3.1.7	Aanvaarding	124
4.3.2	Kritiek teenoor die model van rou en aanvaarding	124
4.4	DIE EFFEK VAN GESIGGESTREMDHEID OP DIE VERHOUDING TUSSEN BABA EN VERSORGER	125
4.4.1	Die definisie van gehegtheid	125
4.4.2	Patrone van gehegtheid.....	126
4.4.3	Faktore wat gehegheidsvorming bevorder	127
4.5	DIE TEORIE VAN ERIK ERIKSON	128
4.5.1	Basiese vertrouwe teenoor wantroue (sintese: hoop)	129
4.5.2	Outonomie teenoor skaamte en twyfel (sintese: wilskrag).....	130
4.5.3	Inisiatief teenoor skuld (sintese: doelgerigtheid).....	131
4.5.4	Arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid (sintese: bekwaamheid)..	132
4.6	GEHEGTHEID EN DAGSORG.....	134
4.7	DIE EFFEK VAN GESIGGESTREMDHEID OP DIE VERHOUDING TUSSEN BABA EN VERSORGER	135
4.7.1	Die eise wat aan ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n gesiggestremde kind	135
4.7.2	Die invloed van 'n diagnose op die ouer en die samelewing	137
4.7.2.1	Ouer	137
4.7.2.2	Samelewing (makrosisteem).....	138
4.8	DIE KWESSIE VAN ONAFHANKLIKHEID BY DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	138
4.9	HANTERING VAN DIE KRISIS BINNE DIE GESINSISTEEM	139
4.9.1	Definisie en bespreking van “coping”	139
4.9.2	Krisisperiodes	141
4.9.3	Krisisperiodes en die kwessie van aanvaarding	142
4.10	DIE EFFEK VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID OP DIE GESINSISTEEM	143
4.10.1	Gesinsisolasi.....	144
4.10.2	Die gedrag van die gesin	144
4.10.3	Die psigo-sosiale dimensie verbonde aan isolasie	145

4.10.4	Die houdings van ander mense	145
4.10.5	Isolasie by die kind met gestremdheid	146
4.11	STRES IN DIE HUWELIK/HUWELIKSVERHOUDING	147
4.11.1	Die rol van die vader	148
4.11.2	Enkelouers.....	151
4.12	SIBBE (BROERS EN SUSTERS).....	153
4.12.1	Die invloed – negatief en positief – wat die kind met gestremdheid op sy broers en susters het.....	154
4.12.2	Ouerlike aandag en tyd as teenvoeters vir die negatiewe effek op sibbe	156
4.12.3	Toekomsverwagtings	157
4.12.4	Druk vanaf ouers op die gesonde kinders in die gesin	158
4.12.5	Vrese en onsekerhede by die sib.....	159
4.13	DIE GEVOLG VAN PROBLEMATIESE HANTERINGSTYLE BY DIE OUER TEENOR DIE KIND MET 'N GESIGGESTREMDHEID.....	159
4.13.1	Oorbekerming en/of oortoegeeflikheid.....	160
4.13.2	“Scapegoating”	161
4.14	SAMEVATTING	163

HOOFSTUK 5:

VROEË INTERVENSIE BY DIE KLEUTER MET 'N

	GESIGGESTREMDHEID	166
5.1	INLEIDING	166
5.2	FILOSOFIESE RAAMWERK VAN VROEË INTERVENSIE GEDURENDE DIE KINDERJARE.....	167
5.2.1	Die historiese ontwikkeling.....	167
5.3	DIE BEGINSSEL VAN VROEË INTERVENSIE	169
5.4	VROEË INTERVENSIE TYDENS DIE KINDERJARE GEDEFINIEER.....	170
5.5	DIE DOEL VAN VROEË INTERVENSIE	170
5.6	DIE DOEL VAN VROEË INTERVENSIE BY KINDERS MET SPESIALE BEHOEFTE	171
5.7	DIE EFFEK VAN VROEË INTERVENSIE BY KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID	171

5.8	DIE VOORDELE VAN VROEË INTERVENSIE	172
5.9	DIE EFFEK VAN VROEË INTERVENSIE OP BREINONTWIKKELING.....	173
5.10	TEORETIESE FONDAMENTE VAN VROEË INTERVENSIE.....	176
5.10.1	Ontwikkelingsteorie.....	177
5.10.2	Kognitiewe teorie	178
5.10.3	Sosiale teorie	180
5.10.4	Gesinsisteemteorie	181
5.11	AANBIED VAN VROEË INTERVENSIEDIENSTE MET BEHULP VAN VROEË INTERVENSIEPROGRAMME	183
5.12	VROEË INTERVENSIEPROGRAMME IN DIE BUITELAND	185
5.12.1	Nizhny Novgorod Early Intervention Centre, Rusland.....	185
5.12.2	The Foundation for Blind Children in Phoenix, Arizona	186
5.12.3	The Head Start Movement, Amerika	188
5.13	WETGEWING EN DIE SUID-AFRIKAANSE OMGEWING MET BETREKKING TOT VROEË INTERVENSIEPROGRAMME VIR KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID.....	189
5.13.1	Wetgewing in verband met persone met gestremdhede in Suid-Afrika..	189
5.13.2	Suid-Afrikaanse wetgewing met betrekking tot inklusiewe onderwys	189
5.13.3	Vroeë intervensieprogramme in Suid-Afrikaanse skole en instansies....	191
5.13.3.1	Children's Disability Centre in Johannesburg, Gauteng	193
5.13.3.2	The League of the Friends of the Blind (LOFOB) in Grassy Park, Wes-Kaap.....	194
5.14	BELANGRIKE INTERVENSIEBENADERINGS TEN OPSIGTE VAN KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID	196
5.15	SAMEVATTING	197
 HOOFSTUK 6:		
'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUIERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET GESIGGESTREMDHEID ..		
6.1	INLEIDING	200
6.2	DIE KONSEP "PROGRAM".....	201

6.3	TAAK EN VAARDIGHEDE VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER.....	202
6.4	OPEENVOLGENDE FASES VAN DIE INTERVENSIEPROSES	203
6.4.1	Assessering van die ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid	203
6.4.2	Doelstellings en doelwitbepaling vir die program (intervensie)	205
6.4.3	Groepwerk as intervensiemetode.....	206
6.4.4	Herassessering	210
6.5	PRAKTIESE ASPEKTE IN VERBAND MET DIE AANBIEDING VAN DIE PROGRAM	211
6.6	AANBIEDING VAN DIE OUERBEGELEIDINGSPROGRAM	211
6.6.1	Kriteria van die seleksie van die ouers.....	211
6.6.2	Aanpassings vir die aanbieding van die program	212
6.6.3	Praktiese reëlins met die aanbod van die ouerbegeleidingsprogram..	213
6.6.3	Basiese struktuur en formaat van die ouerbegeleidingsprogram.....	215
6.7	'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET 'N GESIGGESTREMDHEID	217
6.7.1	Sessie een: Verhoudingbou en meting.....	217
6.7.2	Sessie twee: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid	220
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.....	246
6.7.4	Sessie vyf: Bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke ten opsigte van die kind met gesiggestremdheid, die huweliksverhouding, die ander kinders en die gesinsisteam	255
6.7.5	Sessie ses: Meting en terminering	298
6.8	SAMEVATTING	299
 HOOFSTUK 7:		
EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWALITATIEWE FASE		
7.1	INLEIDING	302
7.2	OORSIG VAN DIE NAVORSINGSPROSES	302
7.3	NAVORSINGSPROBLEEM	302
7.4	DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE	303

7.5	NAVORSINGSMETODOLOGIE	304
7.6	KWALITATIEWE FASE	306
7.7	NAVORSINGSVRAAG	307
7.8	KWALITATIEWE DATA-INSAMELING	308
7.8.1	Wyse van steekproeftrekking	308
7.8.2	Selektering van respondente vir die kwalitatiewe fase (fase een)	308
7.9	VERTROUENSWAARDIGHEID VAN KWALITATIEWE NAVORSING	309
7.9.1	Geloofwaardigheid	309
7.9.2	Oordraagbaarheid (veralgemening)	310
7.9.3	Betroubaarheid (konsekwentheid)	310
7.9.4	Bevestiging (objektiwiteit)	311
7.10	KWALITATIEWE DATA-ONTLEDING	311
7.11	BESPREKING VAN EMPIRIESE DATA	312
7.12	SOSIO-DEMOGRAFIESE KENMERKE VAN DIE RESPONDENTE	318
7.13	HOOFTEMA EEN: ASPEKTE WAT GEDEK MOET WORD IN 'N BEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUIERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET 'N GESIGGESTREMDHEID BINNE GESINSVERBAND	319
7.13.1	Subtema een: Emosionele begeleiding	320
7.13.1.1	Emosionele begeleiding direk na diagnose: Skok en onsekerheid	320
7.13.1.2	Emosionele begeleiding: Lang termyn	321
7.13.2	Subtema twee: Die onkunde van die ouer in verskeie areas moet aangespreek word	324
7.13.2.1	Onkunde ten opsigte van die versorging en hantering van die kleuter met gesiggestremdheid.....	321
7.13.2.2	Onkunde met betrekking tot effektiewe kommunikasie.....	325
7.13.2.3	Algemene gevoel van onkunde rondom die kleuter met gesiggestremdheid	325
7.13.2.4	Onkunde met betrekking tot die mediese aspekte van gesiggestremdheid	327
7.13.2.5	Onkunde met betrekking tot die mees gepaste skoolopleiding.....	329
7.13.2.6	Onkunde met betrekking tot die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid	331

7.13.2.7	Onkunde met betrekking tot die verskynsel van gesig- Gestremdheid	331
7.13.3	Subtema drie: Die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures direk na diagnosering	332
7.13.3.1	Die beskikbaarstel van 'n lys van professionele persone in die veld van gesiggestremdheid	332
7.13.4	Subtema vier: Die verskaffing van inligting aan ander professies	334
7.13.4.1	Medici	334
7.13.4.2	Onderwys	337
7.14	HOOFTEMA TWEE: 'N HOLISTIESE BENADERING TOT DIE PROBLEEM...	338
7.14.1	Subtema een: Die verhouding en grootmaak van die kleuter met gesiggestremdheid	339
7.14.1.1	Maak die kleuter met gesiggestremdheid so normaal moontlik groot	339
7.14.1.2	Kwessie van oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid.....	340
7.14.1.3	Oormatige hulpverlening teenoor selfstandigheid en onafhanklikheid.	341
7.14.1.4	Kwessie van manipulasie by die kleuter met gesiggestremdheid	342
7.14.2	Sub-tema twee: Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer.....	343
7.14.2.1	Finansiële stres.....	343
7.14.2.2	Werksverhouding.....	344
7.14.2.3	Sosiaal.....	345
7.14.3	Subtema drie: Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding.....	346
7.14.3.1	Miskonsepsies en onverwerkte emosionele gevoelens	346
7.14.3.2	Onttrekking van die man	347
7.14.4	Subtema vier: Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe (ander normaalsiende kinders in die huisgesin)	348
7.14.4.1	Hantering van die ander kinders	348



7.15	SAMEVATTING	350
HOOFSTUK 8:		
EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWANTITATIEWE FASE 353		
8.1	INLEIDING	353
8.2	KWANTITATIEWE FASE: IMPLEMENTERING VAN DIE PROGRAM	353
8.3	FORMULERING VAN HIPOTESE.....	353
8.4	KWANTITATIEWE DATA-INSAMELING	354
8.5	DIE SELEKTERING VAN RESPONDENTE VIR DIE KWANTITATIEWE FASE (FASE TWEE).....	354
8.6	HANTERING VAN ETIESE ASPEKTE	356
8.7	VOORONDERSOEK.....	356
8.8	PRAKTIESE UITVOERING VAN DIE INTERVENSIEPROGRAM	357
8.9	VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE KWANTITATIEWE DATA	358
8.9.1	Betroubaarheid	358
8.9.2	Geldigheid	359
8.10	AANBIEDING VAN BEGELEIDINGSPROGRAM AAN RESPONDENTE	360
8.11	SOSIO-DEMOGRAFIESE KENMERKE VAN DIE RESPONDENTE	360
8.11.1	Geslagsverspreiding	360
8.11.2	Huwelikstatus.....	362
8.11.3	Kultuurgroepe	363
8.11.4	Huistaal.....	364
8.11.5	Geslag van die kind met gesiggestremdheid.....	365
8.11.6	Gesinsorde van die kind met gesiggestremdheid.....	365
8.11.7	Verwantskap met die kind met gesiggestremdheid	366
8.11.8	Inligting met betrekking tot ander kinders in die gesin	367
8.11.9	Inligting met betrekking tot die ouderdom van die kind met gesiggestremdheid	368
8.12	BEGELEIDING IN GROEPVERBAND.....	369
8.12.1	Begeleidingsessie 1	369



8.12.1.1	Doelstelling	369
8.12.1.2	Doelwitte.....	369
8.12.1.3	Verloop	369
8.12.1.4	Evaluering.....	370
8.12.2	Begeleidingsessie 2.....	370
8.12.2.1	Doelstelling	370
8.12.2.2	Doelwitte.....	371
8.12.2.3	Verloop	371
8.12.2.4	Resultate van die voor- en natoetse.....	372
8.12.2.5	Evaluering.....	379
8.12.3.	Begeleidingsessie 3 en 4	379
8.12.3.1	Doelstelling	379
8.12.3.2	Doelwitte.....	380
8.12.3.3	Verloop	380
8.12.3.4	Resultate van die voor- en die natoetse.....	381
8.12.3.5	Evaluering.....	410
8.12.4	Begeleidingsessie 5.....	411
8.12.4.1	Doelstelling	411
8.12.4.2	Doelwitte.....	411
8.12.4.3	Verloop	412
8.12.4.4	Resultate van die voor- en natoetse.....	413
8.12.4.5	Evaluering.....	420
8.12.5	Begeleidingsessie 6.....	421
8.12.5.1	Doelstelling	421
8.12.5.2	Doelwitte.....	421
8.12.5.3	Verloop	421
8.12.5.4	Evaluering.....	422
8.13	SAMEVATTING	423
HOOFSTUK 9:		
SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS....		
9.1	INLEIDING	425



9.2	ALGEMENE ORIËTERING TOT DIE STUDIE.....	425
9.2.1	Fase een: Probleemanalise en projekbeplanning	427
9.2.2	Fase twee: Data-insameling en ontwikkeling van 'n sintese.....	428
9.2.3	Fase drie: Ontwerp.....	429
9.2.4	Fase vier: Vroeë ontwikkeling en voorondersoek.....	429
9.2.5	Fase vyf: Evaluering en gevorderde ontwikkeling.....	430
9.3	HOOFSTUK TWEE: GESIGGESTREMDHEID EN VERSKILLENDE OOGTOESTANDE MET DIE ONDERSKEIE AKADEMIESE, SOSIALE EN LOOPBAANGEVOLGE DAARVAN	430
9.4	HOOFSTUK DRIE: ALGEMENE SISTEEMTEORIE AS TEORETIESE FUNDERING IN GESINNE MET 'N KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID	434
9.5	HOOFSTUK VIER: GESINSDINAMIKA IN STRESVOLLE SITUASIES.....	436
9.6	HOOFSTUK VYF: VROEË INTERVENSIE BY DIE KLEUTER MET 'N GESIGGESTREMDHEID	439
9.7	HOOFSTUK SES: 'N BEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUIERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET 'N GESIGGESTREMDHEID.....	443
9.8	HOOFSTUK SEWE: EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWALITATIEWE FASE.....	445
9.9	HOOFSTUK AGT: EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWANTITATIEWE FASE.....	447
9.10	AANBEVELINGS NA AANLEIDING VAN HIERDIE STUDIE.....	459
9.11	EVALUERING VAN DIE DOELSTELLING EN DOELWITTE.....	464
9.11.1	Doelstelling van die studie.....	464
9.11.2	Doelwitte van die studie.....	464
9.12	EVALUERING VAN NAVORSINGSVRAAG EN HIPOTESE	467
9.13	SLOTOPMERKINGS.....	468
	BRONNELYS	469
	BYLAES	

LYS VAN TABELLE EN FIGURE

TABELLE

TABEL 2.1:	VERSKILLENDE GRADE VAN BLINDHEID	48
TABEL 2.2:	VERWAGTE VISUELE VERMOËNS VAN 'N KIND BY VERSKILLENDE OUDERDOMME	56
TABEL 2.3:	VOORKOMS VAN OOGSIEKTES BY KINDERS VAN 6 MAANDE TOT 18 JAAR	57
TABEL 2.4:	ONTWIKKELINGSAREAS VAN DIE NORMAALSIENDE VOORSKOOLESIE KIND OOREENKOMSTIG MET ELKE OUDERDOM .	71
TABEL 5.1:	SUID-AFRIKAANSE SKOLE VIR KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID VAN GRAAD 0 TOT 12	192
TABEL 6.1:	VERSKILLENDE OOGTOESTANDE BY BABAS EN KLEUTERS	233
TABEL 7.1:	TEMAS, SUBTEMAS EN KATEGORIEË	313
TABEL 7.2:	GESLAGSVERSPREIDING VAN DIE RESPONDENTE	318
TABEL 7.3:	HUWELIKSTATUS VAN DIE RESPONDENTE	318
TABEL 7.4:	KULTUURGROEPE VAN DIE RESPONDENTE.....	318
TABEL 7.5:	HUISTAAL	318
TABEL 7.6:	GESLAG VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	319
TABEL 7.7:	VERWANTSAP MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	319
TABEL 7.8:	INLIGTING MET BETREKKING TOT ANDER KINDERS IN DIE GESIN	319
TABEL 7.9:	INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE OUDERDOM VAN DIE KIND	319
TABEL 8.1	DATUMS VAN BEGELEIDINGSESSIES	360
TABEL 8.2:	GESLAGSVERSPREIDING VAN DIE RESPONDENTE	360
TABEL 8.3:	HUWELIKSTATUS VAN RESPONDENTE	362
TABEL 8.4:	KULTUURGROEPE VAN DIE RESPONDENTE.....	363
TABEL 8.5:	HUISTAAL	364
TABEL 8.6:	GESLAG VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	365

TABEL 8.7:	GESINSORDE VAN DIE KINDERS MET GESIGGESTREMDHEID ...	365
TABEL 8.8:	VERWANTSAP MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	366
TABEL 8.9:	INLIGTING MET BETREKKING TOT ANDER KINDERS IN DIE GESIN	368
TABEL 8.10:	INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE OUDERDOM VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	368
TABEL 8.11:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE DIAGNOSE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND	372
TABEL 8.12:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE OUDERDOM VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID TEN TYDE VAN DIAGNOSERING.....	374
TABEL 8.13:	INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE PROFESSIE VAN DIE PERSOON WAT DIE DIAGNOSE MET DIE OUERS BESPREEK HET	375
TABEL 8.14:	INLIGTING MET BETREKKING TOT OUERS SE BEHOEFTE OM MEER KENNIS OOR DIE KIND SE OOGTOESTAND TE BEKOM	376
TABEL 8.15:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE MEDIESE ASPEKTE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND	377
TABEL 8.16:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE FISIESE ONTWIKKELING HET	382
TABEL 8.17:	OUER SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE EMOSIONELE ONTWIKKELING HET	383
TABEL 8.19:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE OPVOEDKUNDIGE SITUASIE HET	385
TABEL 8.20:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT EFFEKTIEWE NIEVERBALE KOMMUNIKASIE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	389

TABEL 8.21:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT EFFEKTIEWE VERBALE KOMMUNIKASIE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	391
TABEL 8.22:	OUERS SE VLAK VAN BEWUSTHEID MET BETREKKING TOT HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE UNIEKE BEHOEFTE.....	393
TABEL 8.23:	INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE BESKRYWING VAN HULLE VERHOUDING MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	395
TABEL 8.24:	INLIGTING MET BETREKKING TOT OUERS SE VERHOUDING MET HULLESELF AS OUERS VAN 'N KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	397
TABEL 8.25:	INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERSORGING VAN 'N KIND MET GESIGGESTREMDHEID BUITENGEWONE EISE AAN 'N OUER STEL.....	398
TABEL 8.26:	INLIGTING TEN OPSIGTE VAN RESPONDENTE SE MENING OOR DIE SPESIFIEKE AREA IN HULLE LEWE WAAR HULLE DIE MEESTE STRES ERVAAR MET BETREKKING TOT DIE VERSORGING VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	399
TABEL 8.27:	INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE WYSE WAAROP RESPONDENTE HULLE VERHOUDING MET HULLE HUWELIKSMAAT BESKRYF.....	400
TABEL 8.28:	INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OOR OF DIE VERSORGING VAN 'N KIND MET GESIGGESTREMDHEID BUITENGEWONE EISE AAN HULLE HUWELIK STEL.....	402
TABEL 8.29:	INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERHOUDING WAT HULLE AS OUERS MET DIE ANDER KINDERS IN HULLE GESIN HET, VERSKIL VAN DIE VERHOUDING WAT HULLE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID HET.....	403

TABEL 8.30:	INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE WYSE WAAROP RESPONDENTE DIE VERHOUDING TUSSEN DIE ANDER KINDERS IN DIE GESIN EN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID BESKRYF	406
TABEL 8.31:	INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID 'N EFFEK OP DIE ANDER KINDERS IN DIE GESIN HET	407
TABEL 8.32:	INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERSORGING VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID 'N EFFEK OP HULLE WERKSITUASIE HET	408
TABEL 8.33:	INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE WYSE WAAROP RESPONDENTE HULLE VERHOUDING MET HULLE WERKSITUASIE BESKRYF	409
TABEL 8.34:	OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT EFFEKTIEWE HANteringSTRATEGIEË TEN OPSIGTE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	414
TABEL 8.35:	OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN NASIONALE EN INTERNASIONALE HULPORGANISASIES EN PERSONE IN DIE VELD VAN GESIGGESTREMDHEID	417
TABEL 8.36:	OUERS SE TOTALE KENNISBASIS TEN OPSIGTE VAN HULLE KIND SE SPESIFIEKE OOGTOESTAND EN DIE INVLOED DAARVAN OP EN HANtering VAN DIE BETROKKE KIND, DIE HUWELIK EN DIE GESIN.....	419

FIGURE

FIGUUR 4.1:	'N EPIGENETIESE KAART VOLGENS ERIKSON. DIE DIAGONAAL VAN LINKS ONDER NA REGS BO DUI DIE ONTWIKKELING DEUR DIE LEWENSLOOP.....	133
FIGUUR 6.1	DIAGNOSE: U KIND IS GESIGGESTREMD	222
FIGUUR 6.2	ANATOMIE VAN DIE OOG.....	228
FIGUUR 6.3	SIENDE-GIDSTEGNIEK.....	284
FIGUUR 6.4	SIENDE-GIDSTEGNIEK MET 'N KLEUTER.....	284



FIGUUR 6.5	KORREKTE GREEP VAN DIE SIENDE-GIDSTEGNIEK MET 'N KLEUTER	284
FIGUUR 6.6	“NARROW-AREA” POSISIONERINGSTEGNIEK	286
FIGUUR 6.7	BEGELEIDING VAN 'N KLEUTER MET DIE BETREDING VAN TRAPPE	287
FIGUUR 6.8	“TRAILING” TEGNIEK	287
FIGUUR 6.9	BO-LYFBESKERMINGSTEGNIEK	288
FIGUUR 6.10	ONDERLYFBESKERMINGSTEGNIEK	288
FIGUUR 6.11	OM VOORWERPE WAT VAL TE SOEK	288
FIGUUR 7.1	HOOFTEMA EEN: VLOEIDIAGRAM	314
FIGUUR 7.2	HOOFTEMA TWEE: VLOEIDIAGRAM	315
FIGUUR 8.1:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE GESLAGSVERSPREIDING VAN DIE RESPONDENTE	361
FIGUUR 8.2:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE KULTUURGROEPE VAN DIE RESPONDENTE	364
FIGUUR 8.3:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE GESINSORDE VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	366
FIGUUR 8.4:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND	373
FIGUUR 8.5:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN DIE DIAGNOSE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND	378
FIGUUR 8.6:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE OPVOEDKUNDIGE SITUASIE HET	387
FIGUUR 8.7:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN EFFEKTIEWE VERBALE KOMMUNIKASIE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	392

FIGUUR 8.8:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERHOUDING WAT HULLE AS OUERS MET DIE ANDER KINDERS IN HULLE GESIN HET, VERSKIL VAN DIE VERHOUDING WAT HULLE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID HET.....	405
FIGUUR 8.9:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN RESPONDENTE SE MENING OF HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID 'N EFFEK OP HULLE WERKSITUASIE HET	409
FIGUUR 8.10:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN EFFEKTIEWE HANTERINGSTRATEGIEË MET BETREKKING TOT HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID.....	416
FIGUUR 8.11:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN NASIONALE EN INTERNASIONALE HULPORGANISASIES EN PERSONE IN DIE VELD VAN GESIGGESTREMDHEID.....	418
FIGUUR 8.12:	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE TOTALE KENNISBASIS TEN OPSIGTE VAN HULLE KIND SE SPESIFIEKE OOGTOESTAND EN DIE INVLOED DAARVAN OP EN HANTERING VAN DIE BETROKKE KIND, DIE HUWELIK EN DIE GESIN	420

BYLAES

- BYLAAG 1: Pionierskool Toestemmingsbrief
- BYLAAG 2: Departement van Onderwys Toestemmingsbrief
- BYLAAG 3: League of Friends of the Blind (LOFOB) Toestemmingsbrief
- BYLAAG 4: Skriftelike toestemming (Kwalitatiewe fase)
- BYLAAG 5: Skriftelike toestemming (Kwantitatiewe fase)
- BYLAAG 6: Fokusgroepvrae
- BYLAAG 7: Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee Toestemmingsbrief
- BYLAAG 8: Voor-en natoetsvraelys
- BYLAAG 9: Pre- and Post test Questionnaire

HOOFSTUK 1

ALGEMENE ORIËTERING TOT DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 NAVORSINGSPROBLEEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 DOEL, DOELSTELLING, EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

1.3.1 Doel en aard van die studie

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

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

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

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

1.3.2 Doelstelling

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

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

1.3.3 Doelwitte

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

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

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

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

1.4 NAVORSINGSVRAAG EN HIPOTESE

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

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

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

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

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

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

1.5 NAVORSINGSBENADERING

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

1.5.1 Fase een van die studie:

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

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

1.5.2 Fase twee van die studie:

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

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

1.6 TIPE NAVORSING

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

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

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

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

1.7 NAVORSINGSTRATEGIE EN -ONTWERP

1.7.1 Ontwerp

Fase een van die studie

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

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

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

Fase twee van die studie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.8 NAVORSINGSPROSEDURE

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

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

1.8.1 Fase een van die intervensienavorsingsproses: Probleemanalise en projekbeplanning

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

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

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

1.8.1.1 Identifisering en betrekking van die kliëntsisteem

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

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

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

1.8.1.2 Verkry toegang tot en samewerking van rolspelers in die omgewing

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

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

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

1.8.1.3 Identifiseer bekommernisse van populasie

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

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

1.8.1.4 Analise van geïdentifiseerde probleme

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

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

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

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

1.8.1.5 Daarstelling van doelstelling en doelwitte

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

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

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

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

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

1.8.2.1 Benutting van bestaande inligtingsbronne

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

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

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

1.8.2.2 Bestudering van natuurlike voorbeelde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die volgende fokusgroepevrae is benut:

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

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

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

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

1.8.2.3 Identifisering van funksionele elemente van suksesvolle modelle

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

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

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

Buitelandse programme wat bestudeer is, sluit in:

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

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

1.8.3 Fase drie van die intervensienavorsingsproses: Ontwerp

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

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

1.8.3.1 Ontwerp van 'n waarnemingsstelsel

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

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

1.8.3.2 Spesifiseer die prosedure-elemente van die intervensie

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

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

1.8.4 Fase vier van die intervensienavorsingsproses: Vroeë ontwikkeling en voorondersoek

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

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

1.8.4.1 Ontwikkeling van 'n voorlopige intervensie

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

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

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

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

Programinhoud:

Sessie 1: Verhoudingbou en meting

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

Sessie 2: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid

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

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

Hierdie invloed op verskillende areas in die gesinsisteem is bespreek:

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

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

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

Sessie 6: Meting en terminering

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

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

1.8.4.2 Uitvoering van 'n vooronderzoek

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

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

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

1.8.4.3 Verskaffing van ontwerp kriteria vir die voorlopige intervensiekonsep

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

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

1.8.5 Fase vyf van die intervensienavorsingsproses: Evaluasie en gevorderde ontwikkeling

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

1.8.5.1 Die insameling en analisering van data

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

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

1.8.5.2 Verfyning van die intervensie

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

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

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

1.8.6 Fase ses van die intervensienavorsingsproses: Verspreiding

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

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

1.9 VOORONDERSOEK

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

1.9.1 Toetsing van fokusgroepevrae, vraelys en program

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

Fase een van die studie

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

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

Fase twee van die studie

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

1.10 UITVOERBAARHEID VAN DIE STUDIE

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

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

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

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

1.11.1 Universum

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

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

1.11.2 Populasie

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

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

1.11.3 Afbakening van steekproef

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

1.11.4 Wyse van steekproeftrekking

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

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

Fase een van die studie

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

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

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

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

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

Fase twee van die studie

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

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

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

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

1.12 ETIESE ASPEKTE

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

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

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

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

1.12.1 Ingeligte toestemming en misleiding van respondente

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

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

1.12.2 Blootstelling aan fisieke of psigiese ongemak en ontlading van respondente

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

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

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

1.12.3 Skending van privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid

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

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

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

1.12.4 Publisering van inligting

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

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

1.13 PROBLEME ERVAAR MET STUDIE

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

1.14 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

1.14.1 Ouer

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

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

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

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

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

1.14.2 Begeleiding

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

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

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

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

1.14.3 Program

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

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

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

1.14.4 Kleuter

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

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

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

1.14.5 Gesiggestremdheid

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

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

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

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

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

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

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

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

1.15 INHOUD VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

HOOFSUK 1

Algemene oriëntering tot die studie

HOOFSUK 2

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

HOOFSUK 3

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

HOOFSUK 4

Gesinsdinamika in stresvolle situasies

HOOFSUK 5

Vroeë intervensie by die kleuter met ’n gesiggestremdheid

HOOFSUK 6

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

HOOFSUK 7

Empiriese data van die kwalitatiewe fase

HOOFSUK 8

Empiriese data van die kwantitatiewe fase

HOOFSUK 9

Samevattende gevolgtrekkings en aanbevelings

HOOFSTUK 2

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

2.1 INLEIDING

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

2.2 DEFINISIE VAN BLINDHEID

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

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

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

2.3 SNELLETOETS MET KINDERS

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

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

TABEL 2.1: VERSKILLENDE GRADE VAN BLINDHEID

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

(Mason, 2001:55)

2.4 DIE BEGRIP (GEWAARWORDING) VAN VISIE

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

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

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

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

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

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

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

2.5 DIE ASSESSERING VAN VISIE

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

2.5.1 Ouderdomme waarby assesseringstoetse moet plaasvind

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

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

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

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

2.5.2 Gesigsverswakkingsfaktore

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

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

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

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

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

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

2.6 DIE KLEUTER EN SIG

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

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

2.7 DEFINISIES VAN OOGONTWIKKELING

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

2.8 VISIE BY DIE PASGEBORE BABA

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

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

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

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

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

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

Bogenoemde oogvaardighede sal vervolgens kortliks bespreek word.

2.9.1 Belangrike oogvaardighede by die kind

- Oogbewegingsvaardighede (okulêre modaliteite):

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

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

- Oogsamewerkingsvaardighede (binokulariteit):

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

- Oog-handkoördinasievaardighede:

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

- Visuelepersepsievorming:

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

- Refraktiewe status:

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

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

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

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

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

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

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

(Richter, 2006:47-48)

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

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

2.10 ASSESSERING VAN BABAS EN KLEUTERS MET GESIGGESTREMDHEID

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

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

2.10.1 Waarskuwingstekens waarop ouers moet let

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Chen, 1997:217)

2.11 OOGTOESTANDE BY BABAS EN KINDERS

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

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

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

2.11.1 Kornea-beskadiging

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

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

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

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

2.11.2 Katarakte

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

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

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

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

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

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

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

2.11.3 Strabismus (skeelheid)

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

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

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

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

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

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

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

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

2.11.4 Ambliopie ("lazy eye")

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

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

Miopie (bysiendheid) as oogtoestand sal vervolgens bespreek word.

2.11.5 Miopie (bysiendheid)

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

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

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

Hiperopie (versierendheid) as oogtoestand sal vervolgens bespreek word.

2.11.6 Hiperopie (versierendheid)

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

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

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

2.11.7 Astigmatisme

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

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

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

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

2.11.8 Retinopatie as gevolg van prematuriteit

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

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

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

2.11.9 Aniridia

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

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

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

2.11.10 Optiese atrofie

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

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

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

2.11.11 Makulêre degenerasie

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

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

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

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

2.11.12 Gloukoom

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

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

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

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

2.11.13 Retinitis pigmentosa

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

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

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

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

2.11.14 Koloboma

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

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

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

2.11.15 Trauma

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

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

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

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

2.11.16 Albinisme

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

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

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

2.11.17 Nistagmus

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

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

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

2.12 ONTWIKKELING VAN DIE NORMAALSIENDE KLEUTER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



TABEL 2.4 ONTWIKKELINGSAREAS VAN DIE NORMAALSIENDE KLEUTER OOREENKOMSTIG MET ELKE OUDERDOM

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



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



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

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

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

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

2.13.1 Oogtoestande waarmee die kind gebore word

2.13.1.1 Akademiese gevolge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.13.1.2 Sosio-emosionele ontwikkeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.13.1.3 Loopbaanvooruitsigte

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

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

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

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

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

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

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

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

2.13.2.1 Akademiese behoeftes

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

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

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

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

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

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

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

2.13.2.2 Sosio-emosionele ontwikkeling

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

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

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

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

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

2.13.2.3 Loopbaanvooruitsigte

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

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

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

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

2.13.3.1 Akademiese behoeftes

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

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

2.13.3.2 Sosio-emosionele ontwikkeling

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

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

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

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

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

2.13.3.3 Loopbaanvooruitsigte

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

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

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

2.14 SAMEVATTING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFSTUK 3

ALGEMENE SISTEEMTEORIE AS TEORETIESE FUNDERING IN HULPVERLENING AAN GESINNE MET 'N KLEUTER MET 'N GESIGGESTREMDHEID

3.1 INLEIDING

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.

Die maatskaplikewerkprofessie werk met menslike sisteme, byvoorbeeld individue, gesinne, werkgroepe, speelgroepe, organisasies, omgewings en gemeenskappe. Daar word gefokus op die verhoudings wat tussen lede van die menslike sisteme bestaan, asook tussen hierdie sisteme en hulle onmiddellike omgewings (Du Bois & Miley, 2005:61).

Die sisteemteorie word in 'n toenemende mate in maatskaplike werk gebruik en bied aan die maatskaplike werker 'n bepaalde raamwerk waarbinne maatskaplikewerkkennis en -denke georganiseer kan word (Compton & Galaway, 1998:123; Potgieter, 1998:54). Die sisteemteorie is dus 'n denkraamwerk waarop baie verskillende inligting en data op 'n logiese en geïntegreerde wyse georganiseer kan word om 'n sinvolle geheel te vorm. Die sisteemteorie lê dus klem op die oor-en-weer-beïnvloeding van sisteme onderling en ook hulle omgewing (Nichols & Schwartz, 1998:109; Schoeman, 1980:173).

Hierdie hoofstuk het ten doel om 'n uiteensetting van die algemene sisteemteorie te bied, met spesifieke verwysing na die omskrywing en ontwikkeling van die sisteembenadering, asook die beginsels, kenmerke, tegnieke en die vier vlakke van sisteme. Daar sal dus aandag geskenk word aan die benutting van die sisteemteorie as denkraamwerk van die maatskaplike werker wat betrokke is by gesinne wat kleuters met gesiggestremdheid het.

Die navorser wil egter erkenning gee aan al die verskeie variasies van die kerngesin, soos byvoorbeeld enkelouergesinne, huwelike van dieselfde geslag, gesinne wat bestaan uit meerdere generasies van vroue, asook variasies van uitgebreide gesinstrukture waar daar twee tot drie generasies saamwoon (beide in landelike gebiede en in arm omstandighede waar mense noodgedwonge huishoudings deel). Hierdie studie sal egter spesifiek fokus op die kerngesin in sy tradisionele vorm, met ander woorde 'n gesin bestaande uit 'n vader, moeder en kind(ers).

3.2 DIE INHOUD VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE

Die algemene sisteemteorie van Von Bertalanffy, wat hy ongeveer in die middel van die twintigste eeu bekend gestel het, het wegbeweeg van 'n reduisionistiese na 'n holistiese siening (Goldenberg & Goldenberg, 1996:20; Meyer, Moore & Viljoen, 1997:585).

Volgens die algemene sisteemteorie bestaan sisteme eensyds uit kleiner elemente of subsysteme en andersyds vorm dit weer groter suprasisteme (Schoeman, 1980:179). Von Bertalanffy het 'n sisteem gedefinieer as 'n kompleks van interaktiewe elemente wat saam 'n eenheid vorm (Malherbe, 1995:215). Dit impliseer byvoorbeeld dat die individu 'n subsisteem van die groter gesinsisteem uitmaak en dat die gesin weer deel is van die gemeenskap as suprasisteem (DiNitto & McNeece, 1997:52; Greif & Lynch, 1983:400; Meyer *et al.*, 1997:585).

Die sisteemteorie word soos volg deur die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:59) omskryf: “Verbandhoudende formele stellings en konsepte oor die realiteit van onderlinge verhoudings, interaksies en 'n mate van gereguleerdheid en ordelikheid wat die samestellende eenhede van sisteme kenmerk.” Die sisteemteorie lei dus die aandag weg van die individu en individuele probleme wat geïsoleerd bestudeer word na verhoudings en verhoudingsprobleme tussen individue (Becvar & Becvar, 2000:8). Garvin en Seabury (1984:38) meen: “One problem of any general discussion of ‘systems theories’ is that there are almost as many ‘systems theories’ as there are authors writing on the subject” en “systems theories have been applied to case work, to group work, to family work, as well as to generic practice models.”

Goldenberg en Goldenberg (1998:20) sluit hierby aan as hulle verduidelik wat die invloed van die sisteemteorie op gesinsorgdienste is, naamlik dat daar wegbeweeg word van intervensie met net 'n individuele lid van 'n gesin. Dienste word verkieslik binne gesinsverband gelewer. Die navorser stem saam met Compton en Galaway (1998:123) en Potgieter (1998:54) dat die sisteemteorie, wat met die wisselwerking tussen die mens en sy omgewing werk, wel 'n fundamentele raamwerk bied vir maatskaplike werk.

3.3 MOTIVERING VIR DIE BENUTTING VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE IN HIERDIE STUDIE

Volgens Bless en Higson-Smith (1995:11), De Vos (2002:46) en Neuman (2000:39) is die doel van 'n teorie enersyds om verskynsels te verklaar deur die verwantskap tussen die konsepte van sodanige fenomeen uit te klaar, en andersyds om die toekomstige gedrag van die eienskappe te voorspel. Die navorser is oortuig daarvan dat die algemene sisteemteorie, wat op die holistiese benadering gebaseer is, dus geskik is om as denkraamwerk benut te word om die verwantskap tussen die lede van 'n gesin wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, te begryp. Die sisteemteorie leen homself as fundamentele vertrekpunt vir die begeleiding van die ouers wat 'n kind met 'n gesiggestremdheid in hulle gesin het.

Die ekologiese beskouing het 'n nuwe perspektief tot die menslike wese se plek in die omgewing meegebring. Die sisteemteorie word ook internasionaal aanvaar en gebruik. Payne (2002:292) meld: "Systems theory had a major impact on social work in the 1970s and developed in the USA in ecological theory and more broadly as a contribution to networking."

Volgens verskeie outeurs (Goldenberg & Goldenberg, 1996:25; Levy & Orlans,1998:159) is die sisteemteorie op drie basiese beginsels gebou wat die maatskaplike werker help om sy denke oor mense en die oorsprong van disfunksionele funksionering te orden, naamlik:

Konteks: Geen verhouding kan buite die konteks waarbinne dit funksioneer, verstaan word nie. Gevolglik is die navorser van mening dat daar terapeuties gewerk moet word met die ouers van 'n kind met gesiggestremdheid binne die konteks van die betrokke gesinsverhoudings.

Liniêre en sirkulêre oorsake: Tradisionele geesteswetenskaplike modelle is gebaseer op die aanname dat verhoudings liniêr is. Daar is dus 'n oorsaak en 'n gevolg. Die gesinsisteemteorie gaan van die veronderstelling uit dat verhoudings sirkulêr is. Dit is gebaseer op voortdurende, wedersydse interaksiepatrone waar die onderskeie partye se gedrag beide 'n sneller en 'n respons verteenwoordig.

Organisering: Gesinsisteme is rondom reëls, rolle, grense en subsysteme georganiseer.

Dit is juis die gesin as eenheid se reaksie op probleme, asook die mate waarin die gesinsfunksionering deur probleme beïnvloed word, wat bepalend is vir die benadering van die sistemiese denkwys.

Die maatskaplikewerkprofessie steun dus sterk op die sisteemteorie. Hierdie teorie word gebruik om die kompleksiteit van gesinsisteme te verduidelik en is gevolglik 'n belangrike maatskaplikewerkhulpmiddel (Ronnau & Poertner, 1993:20). Hepworth en Larsen (1982:201) noem verder: "Because families play key roles in meeting (or failing to meet) the needs of constitute members, it is vital that practitioners be skilled in assessing the functioning of families." 'n Begrip van die sisteemteorie kan ook besonder waardevol wees vir die assessering en behandeling van die multiprobleemgesin. Dit kan die maatskaplike werker ook help om strukture en probleme wat gesinne kenmerk, beter te begryp. Die veronderstelling is dat die gesin as 'n sisteem gesien word wat as 'n geheel funksioneer en dat interaksie binne die gesin sowel as tussen die gesin en die gemeenskap plaasvind (Engelbrecht, 1997:62; Houston, 2002:301).

Wanneer na die interaksie tussen gesinslede gekyk word, is dit duidelik dat daar herhalende gedragsreekse en -patrone bestaan. Sodanige herhalende gedragsreekse en -patrone reflekteer die reëls wat die gedrag van gesinslede reguleer. Die sisteemteorie beklemtoon die kompleksiteit en interafhanklikheid van verskynsels, waar elke sisteem weer 'n element van 'n groter sisteem verteenwoordig. Die identifisering en begreping van 'n sisteem berus op die waarneming dat die uitruil van informasie en/of energie tussen sekere elemente groter is as dié tussen daardie en ander omliggende elemente (Louw, 1989:593).

Die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid as sisteem vorm dus die grondslag vir hierdie studie. Maatskaplikedienslewering word aan die ouers as sisteem gelewer. Dit is belangrik om daarop te let dat suksesvolle en effektiewe hantering van die kleuter met 'n gesiggestremdheid afhang van hoe die hele gesin as sisteem funksioneer. Volgens O'Connor (1997:59) fokus intervensie met gesinsisteme op gesinne as eenhede. Die sisteemteorie neem die dinamika van verhoudings tussen gesinslede en hulle omgewing in ag. Spanning ontwikkel wanneer 'n individuele gesinslid moeilikhede/probleme ervaar, wanneer gesinslede onderlinge verhoudingsprobleme ervaar of wanneer 'n gesinslid of die gesin as geheel probleme met die omgewing ervaar.

Die gesin waar daar 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid is, is as gesin uniek en die lede is voortdurend in wisselwerking met mekaar. Positiewe wisselwerking tussen hierdie twee sisteme kan tot voordeel van die kind wees, en ook in die beste belang van sy ouers.

Die motivering vir die keuse van die algemene sisteemteorie as fundering vir hierdie studie spruit verder uit:

- die erkenning en benutting van hierdie teorie in maatskaplike werk;
- die erkenning en benutting van die teorie in die gedragwetenskappe; en
- die bepaalde denkwyses wat fokus op holisme en interverwantskap tussen die dele van die sisteem (Becvar & Becvar, 2000:1-2; Goldenberg & Goldenberg, 1996:19-21; Meyer *et al.*, 1997:557-559).

3.4 KONSEPTE VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE

3.4.1 Sisteem

Die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:59) definieer 'n sisteem soos volg: “Geheel van komplekse eenhede in 'n bepaalde interaksionele verhouding waar wedersydse beïnvloeding plaasvind, en wat gekenmerk word deur 'n mate van gereguleerdheid en ordelikheid.” Volgens Opperman (1995:14) en Schoeman (1980:174) verwys 'n sisteem na 'n groepering van eenhede wat as 'n verbandhoudende geheel beskou word.

Du Bois en Miley (2005:61) omskryf 'n sisteem as: “... an organized whole made up of components that interact in a way distinct from their interaction with other entities and which endures over some period of time.” Volgens die algemene sisteemteorie bestaan sisteme eensyds uit kleiner elemente of subsysteme en andersyds vorm dit weer deel van 'n groter suprasisteem. Sisteme vorm dus 'n hiërargie van verwante sisteme en menslike funksionering word in terme van die interaksionele patrone binne en tussen sisteme bestudeer (DiNitto & McNeece, 1997:52; Meyer *et al.*, 1997:585; Nichols & Schwartz, 1998:113).

'n Sosiale sisteem word deur Potgieter (1998:54) omskryf as: “... a unit of people who are connected through some form of relationship with one another in a particular context, space and time. A system operates through rules that control the relationship between its parts and organises itself into a whole that is more than the sum of its parts.” Garvin en Seabury (1984:38) meld verder dat 'n sisteem 'n entiteit is wat grense en eienskappe het wat dit van ander entiteite onderskei. Schoeman (1980:174) beskryf 'n sisteem verder soos volg: “... a set of objects together with relationships between the objects and between their attributes.”

Die ordelikheid en geregleerdheid van 'n lewende sisteem kan egter intern en ekstern deur verskeie faktore versteur word, wat dan spanning en ontwrigting in die interaksie en verhouding in die sisteem self, tussen die sisteem en sy onderdele en tussen die sisteem en ander sisteme tot gevolg kan hê (Compton & Galaway, 1998:112). Die navorser is van mening dat die gesin wat 'n kleuter met gesiggestremdheid in hulle midde het, as sisteem intern en ekstern deur bepaalde faktore ontwrig kan word. Dit kan spanning in die sisteem teweegbring en ouers van kleuters met gesiggestremdheid moet hiervan bewus wees.

Die kleinste sisteem kan dus gesien word as die individu; in hierdie geval byvoorbeeld die kleuter met gesiggestremdheid. Volgens die sisteemteorie is dit dus nodig om holisties na hierdie sisteem te kyk, naamlik na die kleuter met gesiggestremdheid se behoeftes op akademiese, sosiale, emosionele en fisiese vlak. Al hierdie aspekte rakende die kleuter met gesiggestremdheid en die effek daarvan op elke ander gesinslid en die gesin as geheel moet in ag geneem word.

Hepworth en Larson (1982:201) is van mening dat alle lede in gesinsgroepe mekaar wedersyds beïnvloed, wat gevolglik 'n sisteem tot stand bring met sy eie unieke karaktereienskappe wat onderhewig is aan reëls wat rolle, kommunikasiepatrone, probleemoplossingsvaardighede en onderhandelingsstegnieke spesifiseer. Hepworth en Larson (1982:201) meld verder dat 'n sistemiese denkraamwerk ontwikkel moet word om sodoende die gedrag van individue en hulle verhouding met die voortdurende handeling van die gesingroep te kan analiseer en verstaan.

Volgens Walsh (1983:468) is 'n gesin dus ook 'n sisteem wat volgens bepaalde reëls en beginsels handel wat ook op ander sisteme van toepassing is. Walsh (1983:468) noem verder: "A family system can be defined as a group of individuals interrelated such that a change in any one affects all other members and the group as a whole, which in turn affects the first individual in a circular chain of influence."

Dit is duidelik dat 'n sisteem uit verskillende komponente kan bestaan wat met mekaar in voortdurende interaksie verkeer en mekaar beïnvloed. Die verskillende komponente van die sisteem is dus ook in verhouding tot mekaar. Die gevolg is dat individuele gesinslede se gedrag en optrede 'n invloed het op mekaar en die gesin as geheel.

3.4.2 Subsisteem

Hepworth en Larson (1982:213) maak die volgende stelling: “Members of a family may simultaneously belong to a number of subsystems, entering into separate and reciprocal relationships with other members of the nuclear family, depending upon the subsystems they share in common.” Du Bois en Miley (2005:62) meld: “Human systems are nested within each other: The larger the system, the more are its component parts. Each system, itself comprised of smaller units, is a part of a larger network of systems” (Becvar & Becvar, 2000:69). Becvar en Becvar (2000:70) noem verder: “The concept of boundary connotes the separateness of a system from a larger system and yet a belongingness to that suprasystem.” Dit beteken dus dat die gesin ’n sisteem is en dus ook deel is van ’n groter sisteem wat meer as een gesin, die kind se skool of die kerkgemeenskap kan insluit. Goldenberg en Goldenberg (1996:32) beskryf subsysteme as dele van die sisteem wat sekere take of funksies uitvoer of prosesse deurgaans binne die sisteem om dit as geheel in stand te hou, naamlik egpare, ouer-kind en sibbe onderling.

Die individu neem egter steeds die sentrale posisie binne die sisteem in en bestaan op sy beurt uit ander bepaalde subsysteme (Meyer *et al.*, 1997:589). Alle gesinne ontwikkel netwerke van ko-bestaande subsysteme wat gevorm word op grond van geslag, belangstelling, generasie of funksies wat moet plaasvind vir die gesin se oorlewing (Hepworth & Larson, 1982:213). Volgens die sistemiese benadering word die mens as ’n subsisteem binne ’n hiërargie van groter sisteme, byvoorbeeld die gesin en die gemeenskap, gesien (Meyer *et al.*, 1997:589).

Die navorser is van mening dat elke individu (mikrosisteem) reeds deel van ’n subsisteem (mesosisteem) en ook ’n groter sisteem (makrosisteem) is. Dit is ook moontlik dat ’n individu deel kan wees van meer as een subsisteem binne ’n groter sisteem, byvoorbeeld broers en susters in die gesin, ma-dogter, pa-dogter, portuurgroep op skool, lid van die krieketspan, ensovoorts. ’n Kleuter sal uit die aard van sy ouderdom nog nie aan baie uitgebreide sisteme behoort nie, maar kan dalk reeds by ’n kleuterskool of selfs spesiale onderwys ingeskakel wees, of selfs by ’n hospitaal as hospitalisasie oor lang periodes strek.

Volgens Becvar en Becvar (2000:198) word drie subsysteme geïdentifiseer, naamlik die egliede-subsisteem, ouerlike subsisteem en die sibbe-subsisteem. Die reël vir hierdie

subsisteme in 'n funksionele gesin is dié van hiërgarie. Die onderskeie subsisteme word vervolgens kortliks bespreek.

Eglike-subsisteem: Dit word gevorm wanneer twee persone met mekaar in die huwelik tree en dus so 'n nuwe gesin skep. Die prosesse waarvolgens die eglike-subsisteem gevorm word, staan bekend as akkommodasie, wat aanpassing en onderhandeling impliseer. Die eglike bring albei se basiese vaardighede as ouers en eglike vanaf hulle onderskeie gesinne van oorsprong, wat dit soms moeilik maak om nuwe rolle wat relatief tot mekaar is, te akkommodeer en daarvoor te onderhandel. Die eglike moet ook ondersteunend teenoor mekaar optree – veral waar 'n kind met 'n gesiggestremdheid besondere eise aan eglike onderling maar ook aan die huwelik as sodanig stel. Die eglike moet egter daarteen waak om in die proses hulle individualiteit te verloor (Becvar & Becvar, 2000:199; Hepworth & Larson, 1982:213).

Ouerlike subsisteem: 'n Sisteem word onmiddellik getransformeer met die geboorte van 'n kind. Indien akkommodering en onderhandeling suksesvol in die eglike-subsisteem plaasgevind het, sal hierdie vaardighede waardevol wees vir die ontwikkeling van die ouerlike subsisteem. Nuwe kompleksiteite ontwikkel wanneer die gesin uitgebrei word, met die gevolg dat ouers verskillende idees kan hê oor die grootmaak en versorging van hulle kinders. Met die totstandkoming van die ouerlike subsisteem moet die eglike-subsisteem ook steeds voortbestaan as 'n sisteem wat apart van hulle rolle as ouers staan. Dit is belangrik dat ouers moet poog om die nodige balans tussen die twee sisteme te handhaaf (Becvar & Becvar, 2000:199; Hepworth & Larson, 1982:213). Die navorser meen dat daar tydens die opleiding van ouers met kleuters met gesiggestremdheid juis baie duidelike riglyne gestel moet word om as ouerlike subsisteem 'n kind met gesiggestremdheid in hulle reeds bestaande ouerlike sisteem te akkommodeer, aangesien dit baie belangrike aanpassings teweegbring. Hierdie aspekte geniet aandag in die ouerbegeleidingsprogram wat in hoofstuk ses aangebied word.

Sibbe-subsisteem: Hierdie sisteem laat kinders toe om slegs kinders te wees en om met hulle onderskeie portuurgroepe te identifiseer en te eksperimenteer. Die ideaal is dat ouers hulle kinders se vermoëns om te onderhandel, te kompeteer en verskille op te los, respekteer. Die sibbe-subsisteem is dus 'n "laboratorium" waar kinders kan eksperimenteer sonder die verantwoordelikhede van volwassenes (Becvar & Becvar, 2000:200; Hepworth & Larson, 1982:213).

Subsisteme kan daartoe bydra dat individue bemagtig word en vaardighede ontwikkel na aanleiding van die onderskeie rolle wat hulle vertolk. Die verhoudings binne die onderskeie subsisteme definieer die struktuur van die gesin.

3.5 BEGINSELS VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE

Die sistemiese benadering beskik oor verskeie beginsels, wat vervolgens bespreek sal word.

3.5.1 Sirkulariteit

Goldenberg en Goldenberg (1996:11) en Meyer *et al.* (1997:592) meld dat die beginsels van sirkulariteit, wat aanneem dat lewende sisteme mekaar beïnvloed, sentraal is tot die sistemiese benadering. Haley (in Rohrbaugh & Eron, 1982:252) meld dat die groot waarde van die sisteemteorie daarin geleë is dat terapeute leer om herhalende vorme van interaksie te herken en sodoende voorspellings te maak. Deur 'n sisteem vanuit 'n sirkulêre epistemologie te bestudeer, word die terapeut daartoe in staat gestel om die onderskeie subsisteme binne 'n siklus van interaksies waar te neem (Levy & Orlans 1998:159). Becvar en Becvar (2000:10) beklemtoon die eienskappe van wederkerige, herhalende en gedeelde verantwoordelikheid in die algemene sisteemteorie in gesinsisteme.

Van der Westhuizen (1998:127) meld dat die beginsel van sirkulariteit die terapeut dus help om te verstaan dat gedrag en interaksies tussen gesinslede en wyer sosiale sisteme onderling verbind is met mekaar en nie in terme van oorsaak en gevolg verklaar kan word nie. Wanneer daar dus vanuit 'n sirkulêre epistemologie na 'n gesin met 'n kleuter met gesiggestremdheid gekyk word, kan hipoteses rondom die volgende temas ontwikkel word (Van der Westhuizen, 1998:127):

- Hoe word die gedrag binne die gesin as sisteem – waarvan die simptome draer (byvoorbeeld die kleuter met gesiggestremdheid) 'n deel is – deur die ander lede van die sisteem en wyer sosiale sisteme in stand gehou?
- Wat is die invloed van die simptome draer se gedrag op elke gesinslid?
- Watter interaksies in die gesin hou die simptome in stand?

Van der Westhuizen (1998:127) meld verder: “Die beginsel van sirkulariteit help dus die terapeut om in te sien dat probleme nie soseer 'n oorsaak en gevolg het nie, maar dat dit

verweef is met interaksies, geloofsoortuigings en gedrag van gesinslede.” Die navorser meen dus dat probleme wat in die gesin met ’n kleuter met gesiggestremdheid kan ontstaan, primêr toegeskryf kan word aan die interaksie tussen die betrokke kleuter, sy ouers en sibbe onderling. Die kleuter se interaksie met maats, die skool, onderwysers, die dokter, verpleegsters en terapeute het uiteraard ook ’n effek op die kind en kan nooit geïgnoreer word nie. Dele van ’n sisteem beïnvloed mekaar wederkerig en is gesamentlik verantwoordelik vir gedrag wat tussen die dele ontstaan. Na aanleiding van Erikson se ontwikkelingsteorie (4.5) is die navorser egter van mening dat wanneer daar na die ontwikkelingsfases gekyk word waardeur ’n kleuter (geboorte tot ses jaar) beweeg, dit die huisgesin identifiseer as die belangrikste sisteem in sy lewe. Die huisgesin is die kleuter se hele lewe en niemand is so werklik soos diegene binne sy gesin nie. Die kind meet en definieer homself in terme van sy gesin. Die huisgesin is dus ’n intrinsieke deel van wie hy is.

3.5.2 Inligting

Die uitruil van inligting vind plaas wanneer sisteme interaksie het met mekaar. Die prosessering van inligting is fundamenteel vir die operasionele werking van enige sisteem (Goldenberg & Goldenberg, 1996:53). Bateson (in Goldenberg & Goldenberg, 1996:54) definieer inligting as “a difference that makes a difference”. Die navorser is van mening dat inligting altyd in verband met ’n spesifieke konteks bestaan. Van der Westhuizen (1998:128) meld dat die afwesigheid van gedrag ook informasie kan wees, maar dit is die ontvanger wat kan kies hoe hy op hierdie informasie wil reageer en watter betekenis hy daaraan wil heg. Volgens Van der Westhuizen (1998:128) het die beginsel van informasie die volgende terapeutiese implikasies:

- In die werk met gesinne is dit nodig dat informasie ingewin sal word deur vrae te vra wat betekenisvolle verskille uitlig.
- Die terapeut moet onthou dat die betekenis wat hy aan die gesinslede se gedrag heg, altyd deur die waarnemer geskep word.
- Assessering van die kliënt of gesin binne sy konteks kan as intervensie dien.

Die sirkulêre aard van die terugvoeringsnetwerk kom na vore in die gedagte dat inligting oor die sisteem na die sisteem terugkeer (Goldenberg & Goldenberg, 1996:51; Meyer *et al.*, 1997:595). Sodra terugvoer na verandering in ’n sisteem lei, word dit gesien as positiewe terugvoer en as dit geen verandering teweegbring nie, staan dit as negatiewe terugvoer bekend. Die aankoms van ’n baba of diagnosering van ’n kleuter met ’n

gesiggestremdheid kan dus 'n wesentlike invloed op hierdie terugvoeringsnetwerke uitoefen en dit is belangrik dat positiewe terugvoer moet plaasvind sodat die kind met gesiggestremdheid makliker in die gesinsisteem opgeneem kan word, en ook sodat diegene wat deel uitmaak van die gesinsisteem, dit makliker kan hanteer. Laasgenoemde is dus ook die doel met die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses).

Terugvoer verwys na die proses waardeur 'n sisteem die inligting en energie wat dit uitstuur, weer in die sisteem kan terugvoer deur die sirkulêre oorsaaklikheidsproses (Becvar & Becvar, 2000:66). Terugvoer is 'n selfregulerende meganisme waardeur 'n sisteem aanpassing in sy funksionering kan maak en toekomstige optrede kan wysig (Potgieter, 1998:56).

Die navorser is van mening dat indien kennis aan die totale gesinsisteem deurgegee kan word deur middel van 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir 'n gesin met 'n kleuter met gesiggestremdheid, dit tot positiewe terugvoer kan lei wat sekere veranderings en aanpassings binne die gesinsisteem tot gevolg sal hê en wat toekomstige optrede positief kan wysig.

3.5.3 Dubbelbeskrywing/geheel/holisme

Van der Westhuizen (1994:152) noem dat: "... double description is an epistemological tool that enables one to generate and discern different orders of pattern. As two eyes can derive depth, two descriptions can derive pattern and relationships." Volgens die algemene sisteemteorie word die konteks gevind in die idee dat gehele (wholes) ontstaan wanneer twee of meer dele interverwant is aan mekaar (Becvar & Becvar, 2000:75). Die verhouding wat tussen die dele gevorm word, bepaal die basis waarvolgens die gedrag van die gehele en die dele daarvan verstaan behoort te word (Potgieter, 1998:54).

Van der Westhuizen (1994:154) beklemtoon die belangrikheid om soveel as moontlik individue in te sluit wanneer met 'n gesin as sisteem gewerk word. Op hierdie wyse kan elke individu in die sisteem sy eie definisie en beskrywing van die probleem gee, sodat 'n volle prentjie verkry kan word van die interaksies en gedragpatrone binne die sisteem. Verbale en nie-verbale inligting moet ook met mekaar vergelyk word. Hierdie gedagte sluit aan by die holistiese beginsel van die sisteemteorie.

Die navorser meen dat individue eie sienswyses van probleme kan hê vanweë hulle eie emosionele betrokkenheid. Deur soveel as moontlik lede van 'n gesin met 'n kleuter met

gesiggestremdheid te betrek by die hulpverleningsproses waar hulle met kennis bemagtig word, kan probleme en disfunksionele gesinspatrone aangespreek en voorkom word.

3.5.4 Patroon en vorm

Bateson (in Van der Westhuizen, 1994:152) omskryf die patroon en vorm soos volg: “It is the relationship between the parts of anything that gives it meaning as a system; the organization of these parts is the pattern that connects.” Om sisteme te verstaan, is dit dus belangrik om nie na die sub sisteme as aparte komponente te kyk nie, maar om ook die wedersydse verhoudings in ag te neem.

Om verandering in ’n sisteem teweeg te bring, is dit nodig om interaksiepatrone te identifiseer en te verander, en nie die spesifieke eienskappe van die sub sisteme nie. Alhoewel spesifieke gedragswyses in elke sekvensie verskillend is, is die patroon van organisasie dieselfde (Van der Westhuizen, 1998:131).

Volgens die navorser is die klem van intervensie by ’n gesin met ’n kleuter met gesiggestremdheid nie net die betrokke kleuter of die ouersub sisteem nie, maar is dit belangrik om onderlinge verhoudings in die gesinsituasie waar te neem en te identifiseer. Ten einde verandering binne die gesinsisteem met ’n kleuter met gesiggestremdheid teweeg te bring, moet die interaksiepatrone geïdentifiseer en verander word, en nie die spesifieke persoonlikheidstrekke van die onderskeie gesinslede nie.

3.5.5 Stabiliteit en verandering

Volgens Van der Westhuizen (1994:155) komplementeer stabiliteit en verandering mekaar. In enige sosiale sisteem moet verandering plaasvind om die nodige stabiliteit te kan handhaaf (Compton & Galaway, 1998:130). Bateson (in Van der Westhuizen, 1994:155) omskryf stabiliteit en verandering soos volg: “... all change can be understood as the effort to maintain some constancy as maintained through change.”

Die beginsel van stabiliteit en verandering word gehandhaaf deur die proses van terugvoer. Negatiewe en positiewe terugvoer in ’n sisteem hou verband met die stabiliteit en verandering in die sisteem (Meyer *et al.*, 1997:595). Veranderinge in die gesin is ook nodig om byvoorbeeld aan te pas by veranderinge in die lewensiklus van die gesin en by eise van die omgewing (Van der Westhuizen, 1994:132). Soms is ’n meer buigsame en dinamiese benadering nodig, waardeur veranderings nie as reg of verkeerd beskou word

nie. Die belangrikste is 'n patroon van herhalende interaksie wat oor 'n tydperk 'n sisteem vorm (Potgieter, 1998:59).

Die navorser meen dat daar met die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid dus 'n oop gesprek moet plaasvind oor die invloed wat die kind op die funksionering van die gesin en gesinslede onderling sal hê. Die terapeut moet ook hierdie ouersubsisteem van die nodige teoretiese kennis voorsien sodat die nodige verandering kan plaasvind. Verandering kan bydra tot groei, wat dan daartoe lei dat die gesinsisteem steeds stabiliteit toon.

3.5.6 Passing en konservasie/interafhanklikheid

Hartman (in Van der Westhuizen, 1994:156) noem die volgende aangaande passing en konservasie: "We have learned that all living things are dependent on each other for survival. We have learned that the unforeseen consequences of progress have too often disrupted these important relationships and we know that even the most will-intentional intervention may lead to further destruction."

Volgens die navorser dien die sosiale netwerk van die gesin as 'n ondersteuningsisteem wat uiters belangrik is wanneer 'n terapeut tot die spesifieke gesin toetree. Dit is dus belangrik om soveel as moontlik sisteme te betrek by intervensie en assessering van 'n gesin met 'n kleuter met gesiggestremdheid en om in gedagte te hou dat die individue deel is van 'n groter totaliteit. Die ouerbegeleidingsprogram moet dus voorsiening maak daarvoor om ouers bekend te stel aan ondersteuningsnetwerke binne hulle omgewing, byvoorbeeld ouerondersteuningsgroepe, sowel as kontaknommers van skole, instansies en terapeute wat kinders met gesiggestremdheid bedien.

3.6 DIE ROL VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER MET BETREKKING TOT DIE INTEGRERING VAN DIE SISTEEMBENADERING MET GESINNE WAAR 'N KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID TEENWOORDIG IS

Volgens Schoeman (1980:186) is die rol van die maatskaplike werker ten opsigte van maatskaplike sisteme ten nouste aan die kenmerke van die sisteem gekoppel. Die rol van die maatskaplike werker kan dus soos volg beskryf word:

3.6.1 Vasstelling van grense

Dit is die taak van die maatskaplike werker om 'n sisteem behulpsaam te wees om sy grense te bepaal. Dit kan nodig wees dat die maatskaplike werker en die kliënt gesamentlik die grense van die verskillende verhoudings en rolle binne die gesinsisteem duidelik moet afbaken en beskryf. Die taak en funksionering van die sisteem word beklemtoon om ordentlikheid, struktuur en gereguleerdheid in die sisteem te vestig. Die sisteem moet dus sy eie grense ken voordat dit sinvol in interaksie met ander sisteme kan tree (Greif & Lynch, 1983:51; Schoeman, 1980:186). Die navorser meen dat dit dus die taak van die maatskaplike werker is om reeds tydens die assesseringsfase van die ouers wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid in hulle gesin het, die nodige grense en reëls daar te stel.

3.6.2 Regulering van openheid en geslotenheid

Volgens Schoeman (1980:186) is daar vir elke sisteem 'n optimum graad van openheid en geslotenheid. Indien dit oorskrei word, kan dit die ordelike funksionering van die sisteem nadelig beïnvloed. By sisteme wat te oop is, bestaan die gevaar dat hulle integriteit ingeboet kan word. By sisteme wat weer te geslote is, word groei en ontwikkeling belemmer. Dit is dus die taak van die maatskaplike werker om die sisteem daarmee behulpsaam te wees om uiteindelik self sy grense te beheer en self te bepaal wat as insette tot die sisteem toegelaat en as uitsette gelewer kan word sonder om die ewewigstoestand nadelig te versteur. Vir die kleuter met gesiggestremdheid as individuele sisteem is bogenoemde net so belangrik en dit is dus die ouers se taak om die kind daarmee te ondersteun en behulpsaam te wees.

3.6.3 Vennootskap

Tydens die hulpverleningsproses moet die maatskaplike werker met die kliënt in vennootskap tree om te poog om 'n ordentlike en gereguleerde ewewigstoestand te bereik. Daar moet dus besondere aandag gegee word aan die interaksie en verhoudings tussen sisteme en die handhawing van 'n balans in die sisteemnetwerk (Schoeman, 1980:187). Dit is dus belangrik dat die ouers, die kind met gesiggestremdheid, die sibbe en gesin as sisteme soos volg deur die maatskaplike werker benut word:

- Veranderingssisteem: Maatskaplike werkers se taak is volgens Zastrow (1992:71) om verandering teweeg te bring; dit kan dus as die veranderingssisteem gesien

word. In die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:66) word die veranderingsstelsel omskryf as: “Welsynsinstitusies wat maatskaplike werkers en ander persone aanwend om deur middel van maatskaplike welsynsprogramme en programme vir gemeenskapsontwikkeling die maatskaplike funksionering van kliënte en groepe te verbeter.”

- Aksiesistelsel: Die sibbe word gesien as die kliëntstelsel ten opsigte van wie die maatskaplike werker intervensietake het. In ’n gesinsituasie waar daar ’n kleuter met gesiggestremdheid teenwoordig is, is dit die maatskaplike werker se taak om ook, in samewerking met die ouers, die sibbe as aksiesistelsel aan te wend vir die suksesvolle aanpassing van die kind met gesiggestremdheid. Zastrow (1992:71) omskryf ’n aksiesistelsel soos volg: “The term is used to describe those with whom the social worker works to accomplish the tasks and achieve the goals of the change effort.”
- Teikensistelsel: Die kleuter met ’n gesiggestremdheid word gesien as die teikensistelsel met die oog op die bemagtiging van die ouers se kennisbasis en die verbetering van al die gesinsverhoudings (kind, ouer, sibbe en huweliksverhouding). Die teikensistelsel word beskryf as: “Persone, groepe en/of gemeenskappe wat in belang van die kliëntstelsel beïnvloed moet word of verandering moet ondergaan om die doelwitte van maatskaplikewerk-hulpverlening te bereik” (*Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk*, 1995:63).
- Kliëntstelsel: Die ouers wat ’n kind met gesiggestremdheid het, word gesien as die kliëntstelsel aan wie dienste gelewer word. Zastrow (1992:71) definieer ’n kliëntstelsel as saamgestel uit “... the people who sanction or ask for the change agent’s services, who are the expected beneficiaries of the service and who have a working agreement or contract with the change agent.”

Die navorser is van mening dat die maatskaplike werker die eienskappe van ’n stelsel moet ken en oor die nodige vaardighede moet beskik om die stelsel as geheel en die individue afsonderlik te kan assesser. Sisteeme maak dus ’n integrale deel uit van die gesin met ’n kleuter met ’n gesiggestremdheid in hulle midde. Dit sal daartoe bydra dat die maatskaplike werker oor die nodige inligting beskik om sy intervensie te kan beplan, die ouers te leer ken en hulle te bemagtig met begeleiding ten opsigte van hulle kennisbasis rakende die verskynsel van gesiggestremdheid, verskillende oogtoestande met hulle onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge, die invloed van ’n kind

met gesiggestremdheid op gesinsverhoudings (kind, ouer, sibbe en huweliksverhouding) en die voordele van vroeë intervensie, asook om hulle kennis te verbeter ten opsigte van die hantering van 'n kind met gesiggestremdheid, die huwelik en die gesin.

3.7 WAARDE VAN DIE ALGEMENE SISTEEMTEORIE

Ronnau en Poertner (1993:22) meld dat die maatskaplikewerk-professie baie afhanklik is van die sisteemteorie. Hierdie teorie word benut om die kompleksiteit van gesinsisteme te verklaar, en is dus 'n belangrike maatskaplike hulpmiddel. Die sisteemteorie verskaf 'n raamwerk om die nodige inligting te verkry ten opsigte van 'n gesin se komplekse elemente en wisselwerking. Daar vind dus 'n verskuiwing plaas van 'n liniêre na 'n sistemiese perspektief in die bestudering van die situasie (DiNitto & McNeece, 1997:60; O' Donoghue & Maidment, 2005:43; Schoeman, 1980:187).

Maatskaplike werkers kan verplig voel om aan al die komponente en subsisteme aandag te gee, maar dit is 'n onmoontlike taak (Ronnau & Poertner, 1993:23). Ronnau en Poertner (1993:23) meen verder: "Research on problem solving suggests that when systems are very complex it is extremely difficult if not impossible to determine exact relationships between the elements of the system." Dit kan ook gebeur dat 'n gesin byvoorbeeld tydens intervensie oor multiprobleme beskik en dit is baie moeilik om aan al die probleme aandag te gee.

Die sisteemteorie beklemtoon die afhanklikheid tussen sisteme en subsisteme en bepaal dus dat 'n probleem nie geïsoleerd kan staan of geïsoleerd behandel kan word nie. Die sisteme en subsisteme waarmee die betrokke kliënt in interaksie is, moet dus as vennote deel hê aan die hulpverleningsproses (Roux, 1998:28; Schoeman, 1980:187).

Die sisteemteorie beklemtoon die moontlikheid van die sisteem om te groei en te ontwikkel. Besondere klem word daarop geplaas om die sisteem na 'n ewewigstoestand te begelei. Die sisteem is dus in staat om by sy omgewing aan te pas (Roux, 1998:28; Schoeman, 1980:188).

Nicols en Schwartz (1998:173) meld dat die sisteemteorie wegbeweeg van die simptome in sisteme en eerder fokus op die sisteemdinamiek. Dit verhoed dat terapeute poog om die sisteem te "herstel" en dra eerder daartoe by dat kliënte gemotiveer word om aan persoonlike ontwikkeling te werk.

Hartman (in Greif & Lynch, 1983:53), is van mening dat 'n probleem met die sisteemteorie ervaar word weens die hoë abstrakte vlak waarop die hele teorie gefundeer is. Dit bemoeilik die taak om die teorie in die praktyk te integreer. Verskillende sienswyses ten opsigte van die teorie bestaan, wat dit dus ooplaat vir interpretasie (DiNitto & McNeece, 1997:60).

Die navorser is van mening dat, wat die terapeutiese praktyk betref, dit beklemtoon moet word dat die algemene sisteemteorie besonder waardevol is in 'n tyd waar die nood van so baie mense eenvoudig nie op individuele basis aangepak kan word nie. Die sisteemteorie is dus baie waardevol om komplekse gesinne (soos gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid) te evalueer en te begelei, aangesien die individu nooit los staan van ander sisteme nie. Die holistiese beginsel moet dus as vertrekpunt benut word met die oog op die bestudering van individuele lede as deel van 'n groter geheel. Die waarde van die sisteemteorie vir hierdie studie is dat die gesin met 'n kleuter met gesiggestremdheid nie in terme van individuele persoonlike eienskappe en optrede gehelp word nie.

3.8 SAMEVATTING

Die maatskaplikewerk-professie werk hoofsaaklik met sisteme wat bestaan uit individue, groepe, gesinne, organisasies en omgewings. Daar word dus gefokus op die verhoudings wat bestaan tussen lede van die menslike sisteme, asook tussen hierdie sisteme en hulle onmiddellike omgewings. Die sisteemteorie word in 'n toenemende mate in die maatskaplikewerkveld gebruik en bied 'n raamwerk waarbinne kennis georganiseer kan word.

'n Sisteem is 'n groepering van eenhede in 'n verbandhoudende geheel. Dit bestaan uit subsysteme wat deel is van 'n groter sisteem en bestaan ook uit kleiner sisteme. Drie subsysteme word geïdentifiseer, naamlik die egliede-, ouerlike en sibbe-subsisteem. 'n Sisteem beskik oor eienskappe en grense wat dit van ander entiteite onderskei. Die sisteemteorie lei die aandag dus weg van die individu en fokus op die groter geheel, wat die gemeenskap en omgewing insluit. Die filosofie van die sisteemteorie behels dat die interaksie en onderlinge afhanklikheid en beïnvloeding tussen sisteme erken word. Die mens en sy omgewing word dus in totaliteit gesien.

Die sistemiese benadering beskik oor verskeie beginsels, naamlik sirkulariteit, inligting/informasie, dubbelbeskrywing/geheel/holisme, patroon en vorm, stabiliteit en verandering, en passing en konservasie/interafhanklikheid.

Die maatskaplike werker word grootliks gekoppel aan die kenmerke van sisteme. Intervensie behels dus onder andere die vasstelling van grense, regulering van die openheid of geslotenheid van sisteme en die vestiging van 'n vennootskap met die onderskeie sisteme en individue.

Die sisteemteorie word positief beleef weens die feit dat 'n geïntegreerde benadering gevolg kan word wat help om die kompleksiteit van sisteme te hanteer. Ander benaderings kan met gemak in hierdie teorie geïmplementeer word. Verder word ook daartoe bygedra dat die kliënte gemotiveer word om aan hulle persoonlike ontwikkeling te werk. Kritiek teen die sisteemteorie behels dat die maatskaplike werker verplig kan voel om aan al die sisteme aandag te gee, en dit is 'n onmoontlike taak. Weens die feit dat die teorie ook abstrak is, kan dit te veel ruimte laat vir eie interpretasie.

In hoofstuk vier sal gekyk word na die kleuter met gesiggestremdheid binne sy gesin, dit wil sê na die gesinsdinamika in stresvolle situasies.

HOOFSTUK 4

GESINSDINAMIKA IN STRESVOLLE SITUASIES

4.1 INLEIDING

In hoofstuk twee is gesiggestremdheid as verskynsel, die vernaamste oogkondisies by babas en kleuters met die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan bespreek. Hoofstuk drie het 'n uiteensetting van die algemene sisteemteorie gebied wat as denkraamwerk benut word deur die maatskaplike werker betrokke by gesinne wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het. In hierdie hoofstuk word gekyk na die kind met 'n gesiggestremdheid binne sy gesin. Die algemene sisteemteorie sal as teoretiese fundering in hierdie hoofstuk benut word wanneer daar na gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid gekyk word.

Baie word oor die kind met gestremdheid geskryf en dikwels word die ander, ewe ernstige probleme van die ouers en sibbe in die gesin geïgnoreer. Welke diens aan die kind met gestremdheid gelewer word of hom ontsê word, affekteer die hele gesin (Steenkamp & Steenkamp, 1999:224). Daar is dikwels ook waarheid in die stelling dat 'n kind met gestremdheid 'n gesin met gestremdheid beteken. Die teenwoordigheid van 'n kind met gestremdheid kan katastrofiese gevolge vir die gesin inhou, wat weer terugslaan en die kind self kan benadeel. Baie hiervan kan voorkom of verlig word deur van die begin af die regte bystand aan die gesin te verleen. Ouers van babas wat gestremd is, reageer dikwels op 'n voorspelbare patroon, maar ouers bly individue – elk met sy eie karaktereenskappe wat sal bepaal hoe die kind met gestremdheid aanvaar sal word (Cook *et al.*, 2004:35; Steenkamp & Steenkamp, 1999:225). Die navorser is van mening dat laasgenoemde twee stellings by die beginsel van wederkerige beïnvloeding van die algemene sisteemteorie aansluit, deurdat daar altyd holisties na die kind met gesiggestremdheid binne die gesinsisteem gekyk moet word.

Stone (2001:87) argumenteer dat 'n persoon se kinderjare die belangrikste tyd van sy lewe is, aangesien dit die basis is waar alle toekomstige ontwikkeling en vooruitgang plaasvind. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat dit belangrik is dat die gesinsisteem, wat die grootste invloed het op die kind met gesiggestremdheid gedurende sy eerste paar jare, bevoeg en toegerus moet wees om hom tot lewensgereedheid te lei.

4.2 DIE AANHOOR VAN SLEGTE NUUS

Toe 'n moeder en lid van die Children's Liver Disease Foundation eenkeer gevra is om haar emosies te beskryf met die aanhoor dat haar baba 'n gestremdheid het, was haar woorde soos volg: "I was gob-smacked."

Kerr (1993:7) stem saam met Cook *et al.* (2004:41) dat die meeste ouers platgeslaan voel met die diagnose van 'n oogtoestand by hulle kind. Dit maak nie saak of 'n kind agt jaar of agt dae oud is nie, of wat die spesifieke oogtoestand of spesiale behoefte by die kind is nie – die ouer is iewers op 'n leerkurwe.

Die vraag word dikwels gevra of daar reeds voorgeboortelik bepaal kan word of daar moontlike oogtoestande teenwoordig is. Volgens Du Plessis (2007, 2009), 'n praktiserende oogkundige, is dit belangrik om te onthou dat enigiets wat die ontwikkelende fetus se oë of oogontwikkeling beïnvloed, eerstens die visie van die baba sal affekteer. Nie alle oogkondisies kan voorgeboortelik bepaal word nie, maar genetiese oogdefekte sal deur middel van amniosintese, bloedtoetse of met behulp van die nuutste mediese apparaat in oogkunde gediagnoseer kan word. Strukturele foute, oftewel abnormaliteite van die oogstruktuur of van die lae van die oog wat abnormaal ontwikkel het of afwesig is of nie volledig ontwikkel het nie, sal dus voorgeboortelik bepaal kan word. Strukturele foute kan deur omgewingsinvloede of genetica veroorsaak word en word in vier kategorieë onderverdeel, naamlik outosomaal dominant, outosomaal resessief, x-gekoppel dominant en x-gekoppel resessief. Oogkondisies wat hieronder val, is onder meer albinisme (wanneer daar te min pigment teenwoordig is), aniridia (daar is nie 'n iris teenwoordig nie), katarakte (die lens is dig en ondeursigtig), koloboma (afwesigheid van 'n oogstruktuur), optiese atrofie ('n deel van die oogsenuwee is dood), ptosis (hang-ooglid), anoptalmos (afwesigheid van 'n oog), gloukoom (dreineringsstelsel van die oogstruktuur is nie goed gevorm nie), microphthalmos ('n baie klein oog), megalocornea ('n baie groot kornea), kleurvisiedefekte (daar is drie verskillende kleurreseptore in die retina en een of meer daarvan is beïnvloed), retinoblastoom (kanker) en retinitis pigmentosa (fout met die retinale pigment-epiteel). Hierdie oogkondisies sal dus almal reeds voor die geboorte van die baba geïdentifiseer kan word (Du Plessis, 2007, 2009).

Alle ouers is uiteraard op 'n leerkurwe vanaf die moment wanneer hulle baba gebore word, maar die ouer wat 'n baba met 'n spesiale behoefte in die lewe bring, is op 'n spesiale "blitskursus" (Cook *et al.*, 2004:41; Kerr, 1993:7). Laasgenoemde twee outeurs (Cook *et al.*, 2004:41; Kerr, 1993:7) argumenteer dat behalwe vir die basiese ouerleiding wat alle

kinders benodig, moet hierdie ouers ook met die onbekende en al hulle gepaardgaande emosies oor 'n kind met 'n gestremdheid leef. Hierdie leerkurwe wat die ouer met 'n baba met 'n spesiale behoefte moet deurmaak, is 'n intense kursus op twee vlakke. Op die praktiese vlak is die ouer besig om al die feite en bestuur 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 en dié se toekoms (Cook *et al.*, 2004:41; Dale, 1998:97; Kerr, 1993:7; Lerner *et al.*, 1998:47).

Lerner *et al.* (1998:47) stem saam met Kerr (1993:7), maar voeg by dat ouers wat vir die eerste keer hoor dat hulle baba 'n gestremdheid het, vergelyk kan word met iemand wat in rou verkeer. Hierdie ouers bevind hulle in 'n diep rouproses, aangesien hulle hulle droom van 'n gesonde, normale kind moet opgee. Daar word aktief oor hierdie verlies gerou. In die plek van die vooruitsig en verwagting van 'n nuwe baba in die huis, word ouers gekonfronteer met 'n kind wat "siek" is en spesiale hulp benodig – dalk vir die res van sy lewe (Lerner *et al.*, 1998:47-48).

Die diagnose dat 'n kind spesiale behoeftes het, kan in verskeie tydperke gedurende die eerste paar jaar na die kind se geboorte plaasvind. Vir sommige ouers kom die nuus en kennis van hulle kind se gestremdheid met geboorte. Vir ander kom die nuus eers na 'n lang tydperk van onsekerheid nadat hulle al lank bewus is dat iets miskien by hulle kind skort. In laasgenoemde omstandighede gaan ouers deur 'n lang, spanningsvolle tydperk alvorens 'n duideliker prentjie van hulle kind se situasie verkry word (Cook *et al.*, 2004:39-41; Dale, 1998:97; Woolfson, 1991:15-16).

Volgens Woolfson (1991:16) is ouers se reaksie op die diagnose van hulle kind se gestremdheid minder negatief wanneer dit vroeg gedoen word en wanneer die graad van gestremdheid nie so erg is nie. Die mees negatiewe reaksie word verkry wanneer dit die eersgebore baba is wat met 'n sekere gestremdheid gediagnoseer word. Die rede hiervoor is volgens Woolfson (1991:16) waarskynlik die feit dat ouers nog nie selfvertroue opgebou het in hulle eie versorgingsvaardigheid as ouers nie. Ouers wat reeds ander kinders het, het reeds 'n bestaande kennisbasis en ervaringsveld van kinderontwikkeling wat hulle 'n voorsprong gee in die hantering van 'n kind met spesiale behoeftes.

Aangesien gesiggestremdheid by geboorte of kort daarna sigbaar is, is hierdie ouers vroeër bewus van hulle kind se gestremdheid as ouers van kinders met ander

gestremdhede. Met die bewuswording van 'n kind se gestremdheid is bewys dat moeders 'n groot risiko loop om in nageboortelike depressie te verval (Schon, 1999:172).

Vrae oor hierdie aspekte sal ook in die selfontwerpte vraelys (bylae 8) aan die respondente van hierdie ondersoek gevra word ten einde vas te stel op watter ouderdom die kind met gesiggestremdheid gediagnoseer is en hoe dit die ouer emosioneel beïnvloed het.

4.3 DIE BELEWENIS EN ERVARING VAN OUERS MET DIE AANHOOR VAN DIE NUUS DAT HULLE KIND GESTREMD IS

Daar is herkenbare fases waardeur 'n persoon gaan met betrekking tot die hantering van stresvolle situasies. Om te leer hoe om met 'n kind wat 'n spesiale behoefte het, saam te leef, is baie moeilik en kan angswekkend wees (Kerr, 1993:7; Woolfson, 1991:16). Lerner *et al.* (1998:48) argumenteer egter dat die reaksie van ouers wat vir die eerste keer hoor dat hulle baba 'n gestremdheid het, vergelyk kan word met iemand wat in rou verkeer. Die patrone van aanvaarding en die deurwerk van verlies (verlies aan 'n gesonde en normale baba) word gebaseer op die teorie van Elizabeth Kubler-Ross (1969), wat die verskillende fases van rou geëksploreer het met betrekking tot kwessies van die dood en doodsbegeleiding.

4.3.1 Herkenbare fases en emosies waardeur ouers gaan

Verskeie outeurs (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti, Huh & Boyce, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:48-49; Mahoney, O'Sullivan & Robinson, 1992:386-402) stem saam dat daar sewe opeenvolgende fases in die rouproses is waardeur die ouers gaan, naamlik skok, ongeloof, ontkenning, woede, bedinging, depressie en aanvaarding. Hierdie reaksies word beïnvloed deur die gesinskultuur, die verskillende tradisies met betrekking tot die manier waarop 'n kind met 'n gestremdheid opgevoed moet word, asook die emosies wat tydens hierdie fases ervaar word. Lerner *et al.* (1998:48-49) beklemtoon egter dat elkeen van hierdie fases normaal is wanneer 'n individu deur rou en verlies werk en waarsku dat dit nooit as patologies beskou moet word nie.

Die herkenbare fases van Elizabeth Kubler-Ross (1969) se rouproses, soos verkry uit Lerner *et al.* (1998:48-49), gaan kortliks bespreek word. Dit gaan egter deurgaans geïntegreer word met die menings van ander outeurs met betrekking tot die ouers van 'n

kind met gesiggestremdheid. Tydens 'n begeleidingsprogram (intervensieprogram) vir hierdie ouers sal die volgende aspekte dus deeglik in gedagte gehou moet word (hoofstuk ses).

4.3.1.1 Skok

Die eerste reaksie is skok en verdwasing (Beckman, 1983:150-156; Cook *et al.*, 2004:41; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:48-49; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:303). Dit is 'n dooie (numb), afwesige gevoel wat die ouer oorspoel met die aanhoor van slegte nuus. Ouers sal soms agterna sê dat hulle geen woord gehoor het wat die dokter gesê het nie of dat hulle nooit die diagnose verstaan het nie (Lerner *et al.*, 1998:48-49). Steenkamp en Steenkamp (1999:303) stem saam met Lerner *et al.* (1998:48-49) en voeg by dat ouers erg geskok en verdwaas is dat so iets met hulle kon gebeur. Daar is uitgesien na die koms van 'n baba en hoë verwagtings is van hierdie kindjie gekoester. En nou die vonnis: Hulle baba is gestremd en dit voel asof hulle nêrens lig kan sien nie (Cook *et al.*, 2004:41; Lerner *et al.*, 1998:48-49; Steenkamp & Steenkamp, 1999:303).

Die navorser is deur bogenoemde outeurs (Beckman, 1983:150-156; Cook *et al.*, 2004:41; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:48-49; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:303) oortuig, asook vanuit haar praktiese ervaring dat skok en ongeloof gewoonlik die eerste reaksie is met die aanhoor van slegte nuus. Dit wil voorkom asof die liggaam homself outomaties beskerm teen onverwagse emosionele ongemak en pyn (waarvoor geen voorbereiding getref is nie) deur in 'n toestand van totale skok en "numbness" te gaan.

4.3.1.2 Ongeloof

Tydens hierdie fase van ongeloof glo ouers nie die diagnose wat aan hulle kind gegee is nie. Ouers is daarvan oortuig dat die professionele mense verkeerd is en dat hulle kind nie 'n gesiggestremdheid het nie (Cook *et al.*, 2004:41; Lerner *et al.*, 1998:48-49). Steenkamp en Steenkamp (1999:303) stem saam met Cook *et al.* (2004:41) en Lerner *et al.* (1998:48-49) en voeg by dat die geweldige skok dikwels tot 'n gevoel van ongeloof en ontkenning lei, wat bloot 'n tydelike reaksie kan wees. Wanneer ouers egter volhoudend weier om te aanvaar dat hulle kind gestremd is, is dit 'n verdedigingsmeganisme om hulle selfagting te behou (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Mahoney *et al.*, 1992:386-402).

Na aanleiding van die mening van bogenoemde outeurs (Beckman, 1983:150-156; Cook *et al.*, 2004:41; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:48-49; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:303) blyk dit dus dat die aanvanklike toestand van skok waarin die liggaam direk ná die aanhoor van slegte nuus verkeer, tot 'n gevoel van ongeloof en ontkenning lei. Die gevoel van ongeloof en ontkenning is egter slegs 'n tydelike reaksie ten einde die liggaam meer tyd te gee om die slegte nuus te verwerk. Dit wil voorkom asof die liggaam as't ware vir homself "tyd koop" om te herstel en sterker te word sodat die slegte nuus suksesvol verwerk kan word. Dit beteken onder meer dat die individu die slegte nuus beter sal kan hanteer en verwerk – die liggaam is besig om 'n oorlewingstrategie te ontwikkel.

4.3.1.3 Ontkenning

Tydens die ontkenningsfase kan ouers weier om enigsins daaraan te dink dat hulle kind 'n gesiggestremdheid het. Hulle sal eerder na 'n ander dokter gaan vir 'n tweede mening ("docter shopping") met die hoop dat hierdie dokter die oorspronklike diagnose sal herroep (Cook *et al.*, 2004:41; Lerner *et al.*, 1998:48-49). Steenkamp en Steenkamp (1999:303) stem saam met laasgenoemde outeurs (Cook *et al.*, 2004:41; Lerner *et al.*, 1998:48-49) en is verder van mening dat die ouers enige strooihalmpie van hoop aangryp en daarop ingestel is om net te hoor wat hulle graag wil hoor. Hierdie ouers sal groot afstande reis met die kind om verskillende spesialiste te raadpleeg. Party glo 'n wonderwerk sal iewers gebeur en dat die kind sal herstel en hulle besoek dus selfs geloofgenesers.

Moses (in Cook *et al.*, 2004:41) som die positiewe rol van ontkenning soos volg op:

Denial buys the time needed to blunt the initial impact of the shattered dream, to discover the inner strengths needed to confront what has really happened, and to find the people and resources needed to deal with a crisis for which one could not be prepared. It is important for professionals to allow parents the time they need to come to grips with their situation. They need professionals to listen with acceptance and exhibit genuine empathy.

Vanuit persoonlike ervaring is die navorser oortuig en stem saam met Moses (in Cook *et al.*, 2004:41) dat ouers tyd gegun moet word om hierdie slegte nuus as 'n harde werklikheid te sien waaruit geen uitkoms is nie. Dit kan voordelig wees wanneer ouers in hierdie situasie die volle paadjie stap, met ander woorde alle ander opsies eksplorieer, alvorens hulle gereed gaan wees om na die volgende stap aan te beweeg. Soos ouers

deur die stappe beweeg en die pad stap, word emosies verwerk, wat meebring dat die brein minder oorweldig is deur negatiewe emosies en angs en dus in staat is om planne te beraam. Dit sal weer 'n direkte invloed op die angsvlakke van die individu hê, wat op sy beurt na 'n toestand van meer kalmte en rustigheid sal lei.

4.3.1.4 Woede

Verskeie outeurs (Beckman, 1983:150-156; Cook *et al.*, 2004:43; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:48; Mahoney *et al.*, 1992:386-402) stem saam dat wanneer daar deur die fase van ontkenning gewerk is en die kind se toestand meer werklik en 'n realiteit word, die ouers emosies van intense woede begin ervaar. Ouers begin vrae vra soos: "Hoekom moet dit met my gebeur?", "Dit is nie regverdig nie!" en "Ek het niks verkeerd gedoen om dit te verdien nie!" Professionele mense wat met hierdie ouers werk, skrik soms vir die intensiteit van die ouers se woede, veral wanneer hulle nie in die verlede enige intense emosies gewys het nie. Die ouers se frustrasies en opgekropte woede mag soms uitbars in die teenwoordigheid van die kind. Dit help professionele persone egter om hierdie intense woede as 'n potensieel positiewe teken te sien dat die ouer begin het om sy kind se toestand te aanvaar (Lerner *et al.*, 1998:48).

Steenkamp en Steenkamp (1999:303) is egter van mening dat 'n klomp verskillende emosies uit die toestand van skok en ongeloof kan ontwikkel, naamlik ontevredenheid, teleurstelling, selfverwyt en 'n geweldige gevoel van verlies, asook angs, skuld, aggressie, gefrustreerde toekomsverwagtings, frustrasie van eie ambisies, ontgogeling, gekrenkte narsisme en bedreigde eiewaarde. Soms is die ouers aggressief en selfs verbitterd dat hierdie lot hulle huisgesin moes tref. Ouers kan selfs kwaad wees vir die kind wat hulle huis ongevraagd binnegedring en die situasie versteur het. Hierdie oorweldigende emosies kan uiting vind in hulle houding en optrede teenoor die kind met gestremdheid. Soms is die ouers skaam en wil hulle nie daaroor praat nie; hulle steek dit dus weg, selfs vir die mense naaste aan hulle soos bure, familie en vriende.

Daar word gesoek na 'n rede om te bepaal wie die blaam moet dra. Soms soek ouers ook nie werklik na 'n rede nie, maar eerder na die bevestiging dat hulle gewone mense en goeie ouers is en dat hulle nie nodig het om hulleself vir die kind se toestand te blameer nie. Eintlik wil hulle wegkom van die gedagte dat hulle "iets defektief" of minderwaardig voortgebring het en daarom 'n mislukking is (Steenkamp & Steenkamp, 1999:304).

By baie ouers is daar 'n sterk skuldgevoel waar hulle hulleself of iemand anders vir die toestand van die kind blameer. So word gesoek na oorsake tydens die moeder se swangerskap, sodat sy die skuldige is, of die familiegeskiedenis word nagegaan om te kyk of daar in die voorgeslagte ook ander was wat “abnormaal” was, of die dokter of verloskundige kry die skuld vir verkeerde optrede by geboorte of nalatigheid daarna. Ander sien die kind se gestremdheid as 'n goddelike straf vir 'n vermeende sonde wat gepleeg is, of 'n metode van God om die ouers se geloof te toets soos met Job van ouds. Die ouer probeer telkens terugdink, maar sal waarskynlik niks konkreet vind nie (Steenkamp & Steenkamp, 1999:304). Vanneste (1993:7) sluit hierby aan en noem dat gestremdheid veral in tradisionele en animistiese samelewings gesien word as die gevolg van “verkeerde gedrag” en dus as 'n straf beskou word. Wat soms lyk na 'n skuldgevoel, is dikwels 'n reaksie op 'n diepe droefheid. Die ouers kry nie antwoorde op hulle vrae nie en voel uitgesluit van die gemeenskap.

In alle gevalle is daar 'n diepe teleurstelling omdat die toekomsideale wat gekoester is, nou gedwarsboom is. Wat 'n bron van vreugde moes wees, is nou 'n bron van kommer en selfs skaamte. Ouers wil graag trots wees op hulle kind, en dan kom die besef dat hierdie een “anders” is en nie voldoen aan die ouerlike ambisies nie; tog is hy hulle kind en moet hy as sodanig aanvaar en erken word. Dit voel of hierdie kind hulle s'n is en tog ook nie. 'n Gevoel van ambivalensie ontstaan van “wil die kind hê”, maar ook “wil hom nie hê nie” (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:304).

Vanuit bogenoemde menings van outeurs (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Mahoney *et al.*, 1992:386-402; Steenkamp & Steenkamp, 1999:304) vorm die navorser 'n eie mening dat hierdie fase van intense woede dus op 'n emosionele vlak potensieel gevaarlik kan wees vir die hele gesinsisteem. Eerstens worstel die ouers met teenstrydige emosies ten opsigte van hulle kind, maar ook ten opsigte van hulle lewensmaat. Huwelikspare kan begin om mekaar te blameer vir die gestremdheid van hulle kind, 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 kan tot skuldgevoelens lei waar hulle hulleself as slegte ouers en slegte mense sien.

Die navorser voeg verder by dat hierdie fase van intense woede by die ouers ten tweede potensieel gevaarlik kan wees vir die kind met gestremdheid, aangesien hy soms die teiken van onregverdigde woede en opgekropte frustrasies is. Dit kan meebring dat die kind die boodskap kry dat hy die oorsaak van sy ouers se woede is, dat daar iets met hom verkeerd is of dat hy nie geliefd en “gehê” voel nie. Dit kan tot emosionele bagasie by die kind lei, wat onder meer skuldgevoelens, ’n gevoel van verwerping en ’n negatiewe selfbeeld insluit. Hy kan ook ontnem word van liefde en aandag, wat tot permanente emosionele skade (byvoorbeeld met betrekking tot vertroue) kan lei. Erikson se ontwikkelingsteorie staaf die navorser se mening deurdat die eerste fase volgens Erikson vertroue teenoor wantroue is (Louw, 1990:62). Dit behels onder meer dat die baba tydens die eerste paar maande moet vasstel of hy die wêreld kan vertrou of nie. Indien frustrasie en woede dus by die ouers manifesteer, kan dit daartoe aanleiding gee dat daar nie altyd aan die baba se behoeftes voldoen word nie en kan die baba dit interpreteer dat hy nie op sy omgewing kan staatmaak en dus kan vertrou nie. Dit kan tot vertrouensprobleme in terme van die kind se verhoudings met andere lei waarmee hy regdeur sy lewe kan worstel.

Ter verheldering van hierdie fase in die rouproses, word hierdie betrokke emosie in drie ander emosies onderverdeel, naamlik seerkry (hurt), frustrasie en vrees. Woede is dus die sekondêre reaksie op die drie primêre emosies van seerkry, frustrasie en vrees. Ouers wys hulle seerkry, frustrasies en vrese met optrede van woede. Indien ouers dus gehelp kan word om hulle emosies van intense woede beter te verstaan – dat dit eerder seergemaaktheid of frustrasie is, of dat hulle bang is – word hulle bemagtig om hulle optrede te wysig. Professionele hulp sal hier van groot waarde wees.

4.3.1.5 Bedinging

Tydens hierdie fase sal ouers ’n bewustelike weddenskap met ’n hoër mag aangaan of ’n besluit neem dat hulle vasberadenheid tot ’n sekere taak of werk hulle kind se toestand sal verlig of dit algeheel sal omkeer. Die ouer word gewoonlik baie “besig” gedurende hierdie tyd en min tyd word gelaat vir professionele hulp (Cook *et al.*, 2004:43; Lerner *et al.*, 1998:49).

Die navorser het hierdie bedinging van ouers prakties ervaar en stem dus saam met Cook *et al.* (2004:43) en Lerner *et al.* (1998:49) dat ouers tydens hierdie fase bewustelike weddenskappe met ’n hoër mag aangaan waar hulle belof om op ’n sekere manier te leef “in ruil daarvoor” dat hulle kind met gestremdheid genees sal word.

4.3.1.6 Depressie

Depressie word soos volg deur Dill en Anderson (1999:110) en Weiton (1995:575) omskryf:

Depressie is 'n komplekse siekte wat alle dimensies van (lewe) funksionering beïnvloed. Dit het 'n invloed op die individu se gedagtes, gedrag en fisiese gesondheid. Daar kan dus gesê word dat wanneer 'n individu se gemoed soos bogenoemde versteur word, dit die individu se vermoëns inperk, asook kan dit lewensgevaarlik wees.

Volgens Lerner *et al.* (1998:49) is hierdie fase die moeilikste vir enige professionele persoon wat met soortgelyke ouers werk. Ouers sal stellings maak soos: “Wat is die nut van dit alles?”, “Hoekom nog enige moeite doen om vir terapie te kom, want niks gaan tog verander nie” en “Ek voel so moeg en uitgeput; ek sien geen punt daarin om verder vir terapie te kom nie.” Verskeie outeurs (Beckman, 1983:150-156; Cook *et al.*, 2004:44; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:49; Mahoney *et al.*, 1992:386-402) stem saam dat aangesien ouers op hierdie stadium reeds deur dele van vorige fases gewerk het en nou gekonfronteer word met die hantering van hulle kind met gesiggestremdheid vir die res van hulle lewens, dít gedeeltelik verantwoordelik is vir die depressie by die ouers. Hierbenewens is ouers ook volgens Lerner *et al.* (1998:49) baie bekommerd oor wat met hulle kind sal gebeur indien hulle as ouers sou sterf.

Steenkamp en Steenkamp (1999:303) stem saam met Beckman (1983:150-156), Cook *et al.* (2004:44), Dyson (1991:623-629), Innocenti *et al.* (1992:403-427), Lerner *et al.* (1998:49) en Mahoney *et al.* (1992:386-402), maar voeg by dat hartseer een van die mees algemene emosies by hierdie ouers is. Daar is baie vorme van seer en hartseer oor 'n kind met gestremdheid. Dit kan ook 'n ouer iesegrimgig en senuweeagtig laat voel. Dit laat ouers snags wakker lê of rond dwaal ten einde van die pyn binne hulle ontslae te probeer raak. Die skok, hartseer en teleurstelling kan oorgaan in 'n gevoel van wanhoop, neerslagtigheid en selfs chroniese verdriet. Die waarheid kan nie langer ontwyk word nie en daar is 'n periode van treur oor die verlies van die normale kind wat hulle so graag wou gehad het en nou nie daar is nie. Daar word gedurig gepraat en gedink oor wat die kind kon wees. So 'n ouer kan gedurig kla en simpatie soek by ander en sodoende juis vriende en simpatie verloor.

Die navorser let daarop dat hierdie fase van depressie tot 'n toestand van emosionele afwesigheid en ontoeganklikheid by die ouer kan lei teenoor sy kinders en/of huweliksmaat. Die ouer wat in depressie verkeer, is so oorspoel deur sy eie emosies en voel so 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. 'n Kind se emosionele behoeftes kan egter nie op "hold" gesit word nie, aangesien hy voortdurend groeiende emosionele behoeftes het waarin voorsien moet word. Indien 'n ouer emosioneel afwesig is vir 'n tydperk in sy kind se lewe, kan dit 'n negatiewe effek op die kind met gestremdheid hê, en ook op die hele gesinsisteem.

4.3.1.7 Aanvaarding

Hierdie fase van aanvaarding word dikwels misverstaan deur professionele persone sowel as die ouers. Aanvaarding beteken dat die ouer verby sy kind se gesiggestremdheid kan kyk en die kind kan aanvaar net soos hy is. Dit beteken nie dat die ouer nie graag die situasie anders sou wou gehad het nie, maar eerder dat hulle in staat is om 'n toekoms te sien vir hulleself en hulle kind – ten spyte van die gesiggestremdheid (Beckman, 1983:150-156; Cook *et al.*, 2004:44; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Lerner *et al.*, 1998:49; Mahoney *et al.*, 1992:386-402).

Die navorser wil byvoeg dat aanvaarding ook daarop kan dui dat die ouers nou in staat is om die hele situasie te hanteer. Dit beteken onder meer dat hulle met verloop van tyd, soos hulle deur al bogenoemde emosies gewerk het, 'n oorlewingstrategie bekom het wat hulle nou in staat stel om die situasie te hanteer en te verwerk net soos wat dit is. (Die kwessie van "opgewasse wees" (coping) word later in die hoofstuk vollediger bespreek onder 4.9.1.)

4.3.2 **Kritiek teenoor die model van rou en aanvaarding**

Al is Kubler-Ross se model van rou en aanvaarding alombekend by professionele persone wat betrokke is by die intervensieproses van ouers wat 'n gestremde kind het, stem sommige outeurs (Berry & Zimmerman, 1983:275-278; Kastenbaum, 1986:113) nie saam met die hele paradigma en die uitgangspunt dat alle ouers deur 'n proses van rou en aanvaarding gaan nie.

Lerner *et al.* (1998:49) is van mening dat dit kan voorkom asof ouers se reaksies vereenvoudig word met die gebruik van 'n paradigma vir rou en verlies soos hierbo beskryf. Laasgenoemde outeur (Lerner *et al.*, 1998:49) beklemtoon ook dat geen ouer die model presies en stiptelik volg nie. Dit is nie noodwendig dat die stappe altyd vir alle ouers in dieselfde volgorde gaan geskied nie. Addisioneel sal herdenkingsdatums weer 'n ouer kan terugdorpel in 'n vorige fase van rou. Gebeurtenisse soos verjaarsdae, die geboorte van 'n sib en die begin van 'n nuwe program, byvoorbeeld skool, kan veroorsaak dat die ouer weer van voor af intense emosies ervaar.

Die navorser stem saam met Lerner *et al.* (1998:49) en het dit in die praktyk ervaar dat geen ouer die model presies en stiptelik soos hierbo genoem, navolg nie en dus sal die stappe nie noodwendig altyd vir alle ouers in dieselfde volgorde geskied nie. Die doel daarvan om 'n paradigma soos bogenoemde te bestudeer, is om professionele persone en/of ouers wat in dieselfde situasie is, te help om sekere fases en emosies te herken en bewus te wees daarvan. Dit sal meebring dat die ouer beter verstaan word wanneer hy afwykend, kwaad of depressief reageer. Dit sal ook meebring dat ouers 'n gevoel van universalisering of normalisasie verkry in 'n verwarrende tyd waar verskeie emosies voortdurend ervaar word – dit kan voorkom of ouers hulleself as sleg beskou, of dat daar iets verkeerd is met hulle. Hulle sal insig verkry in hulle emosies en verstaan dat dit toepaslik en in orde is.

4.4 DIE EFFEK VAN GESIGGESTREMDHEID OP DIE VERHOUDING TUSSEN BABA EN VERSORGER

Fisiese en kognitiewe ontwikkeling is nie die enigste belangrike aspekte van kinders se ontwikkeling nie. Soos Bernstein, Clarke-Stewart, Roy, Srull en Wickens (1994:59) dit stel: "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 gehegtheidsband tussen die kind met gesiggestremdheid en sy primêre versorger het 'n invloed op die kind se sosiale, emosionele en persoonlikheidsontwikkeling. Daar sal vervolgens gekyk word na die effek van gesiggestremdheid op die verhouding (gehegtheid) tussen baba en versorger.

4.4.1 Die definisie van gehegtheid

Gehegtheid verwys na die sterk emosionele band tussen twee persone (gewoonlik tussen 'n kind en die moeder of primêre versorger). Gehegtheid word dus as die emosionele

verhouding met ander omskryf. Dit is een van die aspekte van emosionele en sosiale ontwikkeling wat die meeste nagevors is (Louw & Edwards, 1998:465).

Die navorser is oortuig deur die mening van Louw en Edwards (1998:465) dat gehegtheid as die emosionele verhouding tussen twee persone omskryf kan word. Daar sal vervolgens na die verskillende patrone van gehegtheid gekyk word, asook na die wyses waarop dit uitgeken kan word.

4.4.2 Patrone van gehegtheid

Die sielkundige wat aanvanklik die aandag op die belangrikheid van gehegtheid gevestig het, was die Britse psigoanalisis John Bowlby (1958; 1973). Hy het die verwoestende effek van skeiding op weeskinders wat hulle ouers gedurende die Tweede Wêreldoorlog verloor het, waargeneem. Die emosionele letsels van hierdie kinders het daartoe gelei dat Bowlby sy gehegtheidsteorie geformuleer het. Daarin het hy die belangrikheid van die vorming van gehegheidsbande met 'n primêre versorger beklemtoon, veral wat betref die sekuriteit wat uit sodanige verhouding ontwikkel (Louw & Edwards, 1998:467).

Gehegtheid is nie outomaties by geboorte aanwesig nie, maar ontwikkel in verskeie stadia. Bowlby het byvoorbeeld vier stadia geïdentifiseer: Aanvanklik reageer babas dieselfde teenoor almal. Namate babas hulle ouers of primêre versorgers herken, word hulle sosiale gedrag (byvoorbeeld glimlag) net aan hierdie persone gerig. Hierna ontstaan 'n fase van duidelike gehegtheid wanneer babas angstig raak as die moeder die vertrek verlaat of wanneer 'n vreemdeling hulle wil optel. Hierdie reaksie bewys dat gehegtheid reeds ontwikkel het. Hierdie angstigheid verdwyn gedurende die vierde stadium (op ongeveer driejarige ouderdom) wanneer hulle beter in staat is om ander se motiewe te verstaan (Louw & Edwards, 1998:467).

Mary Ainsworth (1973) het weer belang gestel in die kwaliteit van die gehegheidsbande tussen moeder en kind. Sy het drie tipes gehegheidsbande geïdentifiseer, naamlik geborge gehegtheid, vermydingsgehegtheid en ambivalente gehegtheid. Kinders wat geborge gehegtheid (secure attachment) ontwikkel, speel en ondersoek die omgewing in die teenwoordigheid van hulle moeder en is ontsteld wanneer sy die vertrek verlaat, maar kalmere gou met haar terugkoms. Kinders met vermydingsgehegtheid steur hulle nie veel aan die moeder nie, is nie sigbaar ontsteld as sy die vertrek verlaat nie en vermy haar as sy terugkeer. Kinders wat ambivalente gehegtheid ontwikkel, is angstig, selfs in die moeder se teenwoordigheid. Wanneer sy die vertrek verlaat, is hulle hewig ontsteld, maar

weier om getroos te word wanneer sy terugkeer. Beide vermydingsgehegtheid en ambivalente gehegtheid is vorms van ongeborge gehegtheid (Louw & Edwards, 1998:467).

Dit blyk dus dat sommige kinders sterker gehegheidsbande met hulle moeders vorm as ander. Volgens Lamb, Steinberg en Prodromidis (1992:72) is dit makliker vir 'n kind om die ouer se sy te verlaat as sy gehegtheid sterker is, waarskynlik omdat geborge gehegtheid 'n veilige basis verskaf van waar hulle kan waag om te eksplloreer.

Die kwaliteit van die gehegheidsband blyk verreikende gevolge vir die kind se ontwikkeling in te hou. Babas wat geborge gehegtheid ervaar, is geneig om gehoorsamer te wees en beter te reageer teenoor onbekende situasies en persone. Gedurende die voorskoolse jare openbaar hulle meer uithouvermoë, nuuskierigheid en leierskap. Teen elfjarige ouderdom openbaar hulle beter sosiale vaardighede en het hulle meer vriende as diegene wat ongeborge gehegtheid ervaar het (Craig & Kermis, 1995:32). Craig en Kermis (1995:32) is verder van mening dat die gevolge van die kwaliteit van gehegtheid selfs tot in volwassenheid kan voortduur. Ongeborge gehegtheid gedurende die kinderjare word byvoorbeeld verbind aan allerlei sielkundige probleme gedurende volwassenheid, soos gebrekkige interpersoonlike verhoudings en angsversteurings.

Vanuit die mening van Craig en Kermis (1995:32) blyk dit dus dat die kwaliteit van die gehegheidsband verreikende gevolge vir die kind se ontwikkeling kan inhou. Die navorser gaan verder deur die stelling te maak dat probleemgedrag by kinders in 'n groot mate teruggeneem kan word na die kwaliteit van die gehegheidsband en/of emosionele verhouding wat die kind met sy primêre versorger het. Wanneer die kwaliteit van die gehegheidsband geassesseer word, sal die spesifieke (wan-)gedrag van die kind ook beter verstaan word. Die faktore wat gehegheidsvorming bevorder, sal vervolgens kortliks bespreek word.

4.4.3 Faktore wat gehegheidsvorming bevorder

Die vraag oor watter eienskappe in 'n moeder of versorger se gedrag tot geborge gehegtheid by die kind lei, ontstaan onwillekeurig. Ainsworth (1973) het bevind dat die moeder se sensitiwiteit teenoor die baba se behoeftes die belangrikste faktor is. 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 volgens Thompson, Lamb en Estes (1982:32) daartoe by dat sommige moeders sensitiewer as ander is, byvoorbeeld:

- Die moeder se persoonlikheid
- Haar algemene houding teenoor kinders
- Die kwaliteit van die huweliksverhouding
- Die houding van haar man teenoor die kind
- Haar sosio-ekonomiese situasie

Die navorser is deur die mening van Ainsworth (1973) oortuig dat die moeder se sensitiwiteit teenoor die baba se behoeftes die belangrikste faktor is wat gehegheidsvorming tussen haar en die baba bevorder. 'n Moeder wat sensitief en responsief teenoor haar baba se behoeftes is, asook op 'n konsekwente wyse reageer en optree, het 'n sterker gehegheidsband met haar baba. Laasgenoemde aspek raak ook die moeder van die kind met gesiggestremdheid, deurdat hierdie baba baie kwesbaar en verlore kan voel weens die feit dat hy 'n sintuig minder het om hom in kontak met sy omgewing te bring. Hierdie moeder moet dus soveel meer sensitief, responsief en konsekwent reageer ten opsigte van die baba se behoeftes sodat hy vertroue in sy omgewing kan ontwikkel. Die navorser gaan verder en let daarop dat laasgenoemde kenmerke van 'n moeder se optrede teenoor haar baba, dit wil sê sensitiwiteit, responsiwiteit en konsekwentheid, ooreenstem met Erik Erikson (1963) se eerste stadium (vertroue teenoor wantroue) van sy ontwikkelingsteorie. Hierdie teorie van Erikson sal vervolgens kortliks bespreek word. Die bespreking sal egter net tot stadium vier strek, aangesien hierdie studie op die ouderdom van geboorte tot en met ses jaar fokus.

Die navorser is van mening dat dit belangrik is om van hierdie teorie kennis te neem by die kind met gesiggestremdheid, aangesien ouers moet poog om hierdie kinders so "normaal" moontlik groot te maak. 'n Kind met gesiggestremdheid het dieselfde emosionele behoeftes en ontwikkelingsmylpale as die kind met normale visie. Die proses van emosionele ontwikkeling en die bemeestering van mylpale geskied egter net oor 'n langer tydperk en loop 'n eie, unieke pad.

4.5 DIE TEORIE VAN ERIK ERIKSON

Erikson (1963) verdeel die lewensloop in agt stadia, waarvan elkeen gekenmerk word deur 'n krisis, dit wil sê 'n situasie waarin die individu hom ten opsigte van twee teenoorgestelde

pole moet oriënteer. Elke krisis word ontlok deur 'n spesifieke wyse van interaksie tussen die individu en die sosiale omgewing. Aan die een kant bring die ry wording van die individu mee dat hy oor nuwe behoeftes en moontlikhede beskik en aan die ander kant stel die samelewing sekere ooreenstemmende vereistes en bied dit sekere moontlikhede (Louw, 1990:62).

Die oplossing van elke krisis is egter nie eenvoudig geleë in die keuse van die positiewe pool nie, maar eerder in 'n sintese tussen die twee pole, waardeur 'n lewensituasie tot stand kom en waaruit die dialektiese teenoorgesteldes van die volgende stadium weer ontstaan. Erikson het dus 'n dialektiese siening van die menslike lewe. Elke stadium lei tot 'n sintese, waaruit 'n verder teenstelling ontstaan, wat op sy beurt tot 'n verdere sintese op 'n hoër vlak lei. Wanneer die krisis van een stadium suksesvol opgelos is, vergemaklik dit die hantering van die daaropvolgende krisis. Nogtans moet al die krisisse in elke stadium vanuit 'n ander perspektief opnuut opgelos word. Dit beteken dat al die polêre teenstellings eintlik deur die hele lewe teenwoordig is, hoewel daar tydens elke stadium 'n ander krisis op die voorgrond staan. Dit word duidelik wanneer na Erikson se epigenetiese kaart gekyk word (figuur 4.1). Die woord "epigeneties" dui daarop dat ontwikkeling volgens 'n geneties bepaalde plan voortgaan, asook dat sekere ontwikkelings as't ware onder die oppervlak geskied. By die bestudering van die agt stadia moet in gedagte gehou word dat die naam van elke stadium telkens 'n aanduiding gee van die positiewe en negatiewe pole van die krisis, terwyl die woord tussen hakies daarna die moontlike sintese aandui (Louw, 1990:62; Shaffer, 1999:44; Vasta, Haith & Miller, 1999:18; Vasta, Miller & Ellis, 2004:12).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat Erikson se ontwikkelingsteorie ook van toepassing gemaak kan word op die kind met gesiggestremdheid, aangesien sy ontwikkelingstadia ooreenstem met dié van kinders met normale visie.

4.5.1 Basiese vertrouwe teenoor wantroue (sintese: hoop)

In hierdie stadium, wat met die eerste lewensjaar saamval, moet die kind 'n gevoel van basiese vertrouwe verkry en terselfdertyd 'n gevoel van basiese wantroue oorkom. Die kind is by geboorte hulpeloos in 'n wêreld wat, in vergelyking met die baarmoeder, koud en onveilig is. Die kind se kontak met die wêreld geskied aanvanklik met die hele liggaam, maar veral deur die mond. Die belangrikste sosiale modaliteit is inname – die inname van voedsel, warmte, liefde en mettertyd ook 'n verskeidenheid indrukke by wyse van die sintuie. Vir die verkryging van vertrouwe is die kwaliteit van die verhouding met die moeder

van die allergrootste belang. Met 'n gesonde sintese tussen basiese vertroue en wantroue is die kind goed toegerus om nuwe situasies moedig, maar ook versigtig, te benader. Hierdie sintese, wat Erikson met die woord "hoop" karakteriseer, is deur die hele lewe van die allergrootste belang (Louw, 1990:62-63; Shaffer, 1999:44; Vasta *et al.*, 1999:18; Vasta *et al.*, 2004:12).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die primêre versorger van 'n baba met gesiggestremdheid die baba kan help met die verkryging van vertroue deur die kwaliteit van hulle verhouding te versterk. Dit kan gedoen word deur sensitief, responsief en op 'n konsekwente wyse met die baba met gesiggestremdheid om te gaan. Die primêre versorger moet ingelig wees ten opsigte van babas met gesiggestremdheid se gedragswenke en ook hierdie spesifieke en unieke baba leer ken. Dit sal 'n gevoel van veiligheid en sekuriteit by die baba teweegbring, wat op sy beurt vertroue sal bevorder.

Die navorser is verder van mening dat die primêre versorger van 'n baba met gesiggestremdheid die baba kan help met die verkryging van vertroue deur die baba aan te moedig om sy mond te gebruik om te "sien" ten einde sy omgewing te verken en 'n mate van veiligheid te bereik. Dáárom 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 eksploreer en te leer.

4.5.2 Outonomie teenoor skaamte en twyfel (sintese: wilskrag)

In hierdie stadium, wat grofweg die tweede lewensjaar dek, is die taak om 'n gevoel van outonomie te verkry en terselfdertyd 'n gevoel van skaamte en twyfel te bekamp. Dit is 'n tydperk van vinnige liggaamlike ryping, en die kind is tot heelwat meer selfbeheer en motoriese bewegings in staat as vroeër. So leer die kind loop en verkry hy ook beheer oor die uitskeidingsfunksies. Die kind se liggaamlike ryping stel hom dus in staat om meer outonomie te verkry en sy eie wil te volg. Die uitskeidingsfunksie, waar die kind nou die vermoë kry om na willekeur terug te hou of te laat gaan, is die prototipe vir 'n verskeidenheid handelinge. Die groter mate van outonomie bring die kind ook in aanraking met reëls en standaarde vir gedrag en dit open dus die moontlikheid van mislukking en gevolglike skaamte en twyfel oor sy eie vermoëns. Terselfdertyd is hierdie teenstelling van vryheid en reëls belangrik vir die ontwikkeling van die gewete (Louw, 1990:62-63; Shaffer, 1999:44; Vasta *et al.*, 1999:18; Vasta *et al.*, 2004:12). Louw (1990:63) gaan verder deur by te voeg dat dit belangrik is dat ouers die kind moet toelaat om sy outonomie uit te oefen en dat hulle die kind se moontlike mislukkinge op 'n

simpatieke wyse moet hanteer sodat sy selfvertroue nie geskaad word nie en hy die sintese van wilskrag kan bereik.

Vanuit die mening van bogenoemde outeurs (Louw, 1990:62-63; Shaffer, 1999:44; Vasta *et al.*, 1999:18; Vasta *et al.*, 2004:12) blyk dit dus dat hierdie stadium baie belangrik is by die kind met gesiggestremdheid. Die rede hiervoor is dat wanneer ouers hulle kind met gesiggestremdheid kan help om outonoom te funksioneer in teenstelling daarmee om skaamte of vertwyfeling te ervaar, kan dit die selfvertroue wat by hierdie kinders van kardinale belang is, bevorder. Hierdie fase loop hand aan hand met die belangrike kwessie van onafhanklikheid en indien outonomie suksesvol bereik kan word, sal dit ook die graad van waagmoed by die kind met gesiggestremdheid verder ontwikkel sodat hy die moed en selfvertroue sal hê om die wêreld wat hy nie altyd kan sien nie, te eksploreer.

4.5.3 Inisiatief teenoor skuld (sintese: doelgerigtheid)

Hierdie stadium, wat van ongeveer drie- tot sesjarige ouderdom strek, word gekenmerk deur die taak om te leer om inisiatief te toon en gelyktydig 'n gevoel van skuld te bekamp. Die kind se groter bewegingsvryheid en outonomie stel hom in staat om selfstandiger as vroeër op te tree en die wêreld te begin verower. Hy maak kontak met 'n wyer kring mense en leer ook om allerhande dinge te manipuleer. Die kind begin hom nou daarop toelê om sy geslagsrol aan te leer, waarby identifikasie met die ouer van dieselfde geslag 'n groot rol speel. Vir die eerste keer tree daar 'n verskil tussen seuns en meisies in wat betref sosiale modaliteite. Die kind se indringing in die wêreld bring hom dikwels in situasies waar hy teen die reëls van die samelewing en op die terrein van ander mense oortree. Die kind moet dus dikwels skuldgevoelens hanteer en hierdie stadium is gevolglik van groot belang vir die ontwikkeling van die superego (Louw, 1990:64).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat dit van belang is om die kind met gesiggestremdheid se inisiatief te bevorder ten einde doelgerigtheid te kweek. Hierdie fase volg direk op die vorige fase waar outonomie bereik moet word. Die mate waarin die kind met gesiggestremdheid aangemoedig sal word om sy omgewing binne veilige grense te eksploreer, sal eerstens sy outonomie ontwikkel, asook die vermoë om eie inisiatief op 'n doelgerigte wyse te neem. Die kind met gesiggestremdheid se selfvertroue sal verbeter, wat die proses van outonomie en inisiatief sal bevorder. Skuldgevoelens met betrekking tot die kind met gesiggestremdheid is 'n baie belangrike kwessie en word vroeg in hierdie hoofstuk volledig bespreek (4.3.1.4).

Die navorser is verder van mening dat die primêre versorger van die kind met gesiggestremdheid 'n groter taak het as dié van 'n kind sonder gesiggestremdheid om hierdie aspekte vir die kind aan te leer, omdat alles aan hom gekommunikeer moet word aangesien hy nie fisies kan waarneem nie en nie oor nieverbale taal beskik nie. Kreatiewe denke vanaf die ouer word dus verlang ten einde 'n werkbare kommunikasiesisteem tussen ouer en kind met gesiggestremdheid te bewerkstellig.

4.5.4 Arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid (sintese: bekwaamheid)

Hierdie stadium dek min of meer die laerskooljare, dit wil sê vanaf ses jaar tot die begin van puberteit. Die neigings van die vorige stadium word in 'n versterkte mate voortgesit. Die kind is nou daarop ingestel om sekere vaardighede wat vir die volwasse lewe nodig is, te bemeester en die samelewing kom hom daarin tegemoet deur hom skoolopleiding te bied. Dit is vir hierdie kind belangrik om sukses te behaal en 'n belangrike element van opvoeding is volgens Erikson, om die kind die geleentheid daartoe te gee en om minderwaardigheidsgevoelens sodoende te voorkom. Die kind wil graag met maats, meestal van sy eie geslag, speel en kompeteer. Suksesvolle bemeestering van die vereiste vaardighede lei tot die sintese bekwaamheid (Louw, 1990:64).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat dit baie belangrik is om die kind met gesiggestremdheid goed voor te berei vir sy eerste skooljaar. Ouers moet leiding ontvang ten opsigte van alles wat nodig is om die kind te help om sukses te behaal in sy skoolloopbaan (2.13). Die kind met gesiggestremdheid se selfbeeld is tydens hierdie fase baie nou gekoppel aan die bemeestering van skoolvaardighede en daarom moet ouers leiding ontvang oor hoe om hulle kind voor te berei en by te staan. Hierdie kinders kan reeds van driejarige ouderdom by formele skoolonderrig, byvoorbeeld preprimêre onderrig, ingeskakel word en kan selfs as gevolg van afstand in koshuise tuisgaan met skoolgaande ouderdom.



Figuur 4.1: 'n Epigenetiese kaart volgens Erikson. Die diagonaal van links onder na regs bo dui die ontwikkeling deur die lewensloop aan, met die name van die agt stadia. Ry VI, wat die stadium van vroeë volwassenheid in meer besonderhede voorstel (intimiteit vs isolasie), toon aan hoe die krisisse van die ander stadia in hierdie stadium weer deurleef word, hoewel intimiteit teenoor isolasie op die voorgrond staan

VIII								Integriteit vs Wanhoop
VII							Generatiewe vs Stagnasie	
VI	Vertroue vs wantroue met betrekking tot die huweliksmaat	Outonomie teenoor maat handhaaf	Nuwe rolle in gesin bemeester	Nuwe take in gesin en beroep aanleer	Herformulering van identiteit as getroude persoon	Intimiteit vs Isolasie	Beplanning van gesin; begin beroepsloopbaan	Uitwerk van gemeenskaplike lewensfilosofie en waardes
V					Identiteit vs Verwarring			
IV				Arbeidsaamheid vs Minderwaardigheid				
III			Inisiatief vs Skuld					
II		Outonomie vs Twyfel						
I	Vertroue vs Wantroue							

(Louw, 1990:64)

4.6 GEHEGTHEID EN DAGSORG

Soos reeds genoem, is die vorming van 'n hegte band (gewoonlik met 'n liefdevolle, responsiewe moeder) noodsaaklik vir die gesonde ontwikkeling van die kind. Louw en Edwards (1998:469) vra die vraag: “Wat gebeur as die moeder om verskeie redes moet gaan werk en dus nie self haar kind ten alle tye kan versorg nie?” Daar is bevind dat indien 'n baba vir meer as twintig uur per week van moedersorg weerhou word, dit die risiko van ongeborge gehegtheidsvorming verhoog. Die navorser, Ragozin (in Louw & Edwards, 1998:469) kon geen verskille in gehegtheidsvorming vind tussen kinders wat moedersorg ontvang en dié wat dagsorg ontvang nie. Clark-Stewart (1989:268) argumenteer egter dat kinders wat in dagsorg geplaas word, beduidend meer vermydingsgehegtheid toon as kinders wat moedersorg ontvang. Dagsorgkinders is byvoorbeeld minder geneig om toenadering of kontak met die moeder te bewerkstellig en is minder angstig in die teenwoordigheid van 'n vreemdeling, maar in plaas daarvan om dit as 'n teken van vermydingsgehegtheid te beskou, kan ons dit eerder as 'n teken van onafhanklike gedrag sien. Kinders van werkende moeders is gewoon aan skeiding van die moeder en om in vreemdelinge se sorg geplaas te word. Werkende moeders is ook geneig om hulle kinders onafhankliker groot te maak (Clark-Stewart, 1989:271). Dagsorg bevorder nie net onafhanklikheid nie, maar ook die kind se sosiale vaardighede, selfvertroue en intellektuele ontwikkeling (Caldwell, 1993:227). Daar blyk egter ook negatiewe gevolge te wees, aangesien sodanige kinders meer aggressie en ongehoorsaamheid toon as kinders wat slegs in die sorg van hulle moeder is (Clark-Stewart, 1989:272).

Daar is verskeie faktore wat sal bepaal of dagsorg as sodanig 'n positiewe of negatiewe effek op die kind se ontwikkeling sal hê. Volgens Scarr en Eisenberg (1993:623) sluit dit die volgende in:

- Die kwaliteit van die dagsorg
- Die kwaliteit van die ouersorg
- Die temperament van die kind
- Die getal ure wat die kind in dagsorg moet deurbring
- Die ouderdom van die kind

Die navorser is van mening dat daar as gevolg van 'n gebrek aan voldoende navorsing, veral oor die kind met gesiggestremdheid, nie tot 'n algemene gevolgtrekking gekom kan word oor die positiewe of negatiewe effek van dagsorg op die kind se ontwikkeling nie.

Louw en Edwards (1998:470) beklemtoon egter dat alle kinders 'n konstante, liefdevolle verhouding met persone op wie hulle kan vertrou, nodig het, hetsy dit dagsorg, moedersorg of watter sorg ook al is.

4.7 DIE EFFEK VAN GESIGGESTREMDHEID OP DIE VERHOUDING TUSSEN BABA EN VERSORGER

Ouerlike depressie kan inmeng met die ontwikkeling van die bindingsproses tussen baba en ouer wat krities belangrik is vir die sosiale en emosionele ontwikkeling van enige kind, maar veral die kind met gesiggestremdheid (Dale, 1998:102; Griffiths & Russel, 1995:122; Schon, 1999:173). Stone (2001:87) stem saam met Griffiths en Russel (1995:122) en Schon (1999:173), maar voeg by dat gesiggestremdheid op sigself ook die bindingsproses tussen ouer en baba kan vertraag en bemoeilik, aangesien die eise wat aan ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid baie hoog is. Daar sal vervolgens gekyk word na die eise wat aan hierdie ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid.

4.7.1 Die eise wat aan ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid

In die eerste plek is die baba met gesiggestremdheid nie in staat om oogkontak te maak nie, wat krities belangrik is vir die bindingsproses (Griffiths & Russel, 1995:122; Schon, 1999:173; Stone, 2001:87). Liggaamlike spel moet dus oogspel vervang as kommunikasiewyse ten einde moederlike liefde en bekommernis uit te beeld, wat die ontwikkeling van die selfkonsep fasiliteer. Meer tyd is dus nodig om liefde en toegeneentheid aan die baba met gesiggestremdheid te kommunikeer deur hom vas te hou, te vertroetel en hom gemaklik te maak. Deur laasgenoemde te doen, sal die emosionele band tussen ouer en baba versterk word (Stone, 2001:87).

Die navorser is van mening dat kommunikasie, wat 'n belangrike aspek ten opsigte van die bindingsproses is, met 'n baba met gesiggestremdheid baie energie en tyd van die ouer verg. Effektiewe kommunikasie met die baba met gesiggestremdheid behels ook meer sensoriese kontak. Ouers moet ingelig word ten opsigte van die beperkings van hulle baba met gesiggestremdheid ten einde effektief met hom te kommunikeer. Vanuit bogenoemde mening van Stone (2001:87) vorm die navorser 'n eie mening dat begeleiding ten opsigte van kommunikasie nodig is en word dus in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie gedek (hoofstuk ses).

In die tweede plek openbaar die baba met gesiggestremdheid aanpassingsgedrag wat verkeerd deur versorgers geïnterpreteer word. Só sal babas met gesiggestremdheid meestal stil wees ten einde na klankwenke te luister. Eerder as om te glimlag, te “coo” of na die versorger uit te reik vir ’n greep, sal hulle baie stil word terwyl hulle na die versorger luister (Schon, 1999:173; Stone, 2001:88). Deur eerder op ’n baie sagte stemtoon te praat wanneer hulle die baba nader, kan versorgers alternatiewe sensoriese wenke verskaf ten einde glimlaggies en “coos” aan te moedig. Sodoende sal interaksie meer genotvol raak. Dit is dus vir die versorger nodig om die baba met gesiggestremdheid se gedrag korrek te interpreteer en die omgewing so aan te pas dat die baba sensoriese inligting so effektief moontlik kan ontvang (Schon, 1999:173).

Vanuit bogenoemde menings van outeurs (Schon, 1999:173; Stone, 2001:88) vorm die navorser ’n eie mening dat misverstande tussen die ouer en sy baba met gesiggestremdheid maklik kan voorkom indien ’n ouer nie ingelig is en/of leiding ontvang ten opsigte van effektiewe kommunikasie met ’n baba met gesiggestremdheid nie. Hierdie misverstande kan aanleiding gee tot ’n gevoel van onbevoegdheid by die ouer, aangesien hy die baba met gesiggestremdheid se gedrag verkeerd interpreteer. Daarbenewens kan die baba met gesiggestremdheid ook ’n gevoel van onversorgdheid en ongeliefdheid ervaar, wat weer op sy beurt ’n negatiewe impak op sy emosionele ontwikkeling kan hê, deurdat die wêreld as ’n vyandige en onveilige plek ervaar kan word waar daar nie in sy behoeftes voorsien word nie.

Stone (2001:88) stem saam met Schon (1999:173) en let daarop dat ouers gehelp moet word om hulle baba se unieke uitreikreaksies jeens hulle as ouers te leer ken en te verstaan. So byvoorbeeld sal ’n baba met gesiggestremdheid nie die spreekwoordelike opgewonde geluide en bewegings maak wanneer die ouer hom nader nie, maar eerder stil lê om te luister. Die ouer moet verstaan dat die baba eerder konsentreer om na die versorger te luister. Die ouer moet eerder oplet vir bewegings op ’n kleiner skaal, soos toon- en vingerbewegings wanneer hulle met die baba praat. Dit word baie keer misgekyk deur die ouer. Die benutting van nieverbale kommunikasie vanaf die babastadium is dus noodsaaklik by die baba met gesiggestremdheid ten einde die gehegheidsband tussen baba en ouer te versterk. Riglyne ten opsigte van nieverbale kommunikasie tussen ouer en baba vanaf die babastadium word in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie gedek (hoofstuk ses).

In die derde plek word hierdie babas, veral indien hulle vroeggebore is, soms vir 'n lang tydperk na geboorte in die hospitaal gehou. Hierdie verwydering tussen ouer en baba direk na geboorte kan ook die ouer-baba-bindingsproses beïnvloed (Stone, 2001:88).

Die navorser is van mening dat wanneer al bogenoemde drie faktore in ag geneem word, die proses van emosionele en sosiale binding tussen baba en ouer bemoeilik word wanneer die baba 'n gesiggestremdheid het. Hierdie moeilike proses van binding tussen baba en ouer kan gevoelens van gespannedheid, angs, hulpeloosheid en onbevoegdheid by die ouer meebring, wat die ouer se emosionele gesondheid en optrede teenoor gesinslede negatief kan beïnvloed. Indien daar nie van professionele hulp gebruik gemaak word ten einde hierdie krisistydperk met die ouer deur te werk nie, kan dit depressie tot gevolg hê.

4.7.2 Die invloed van 'n diagnose op die ouer en die samelewing

4.7.2.1 Ouer

Ouers van kinders met spesiale behoeftes staar gereeld verwardheid in die gesig wanneer hulle probeer om hulle kind te verstaan – verwardhede wat meestal afkomstig is van die ouer se mispersepsie en die ontbreking van kennis rakende die kind se ontwikkeling. Woolfson (1991:xi) vertel dat hy 'n gesin ken wat twee kinders het waar die oudste een normaal ontwikkel terwyl die tweede kind stadiger ontwikkel. Die ma het aanvanklik geen probleem gehad om met haar jongste te identifiseer nie terwyl sy onder die indruk was dat hy slegs stadig vorder. Toe daar egter 'n spesifieke diagnose gemaak is en die ma haar kind as iemand met 'n gestremdheid gesien het, het sy dit ongelooflik moeilik gevind om met haar kind te identifiseer. Waar sy voorheen die selfvertroue gehad het om met haar kind wat slegs sy mylpale stadiger bereik het, om te gaan, was sy nou hopeloos onseker oor hoe om hom te hanteer.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat ouers 'n diagnose van gestremdheid as iets vreemds, onbekends en dus as vreesaanjaend ervaar. Dit kan angstigheids meebring, wat veroorsaak dat die ouer nie meer objektief en realisties kan dink nie. Hy verloor dus uit die oog dat dit steeds 'n baba met normale behoeftes is en sien slegs die gestremdheid, wat met vrees geassosieer word, raak. Die hele baba word dus “die diagnose” van gesiggestremdheid en die ouers vrees dus later as't ware hulle eie baba. Dit laat hulle onbevoeg voel om op 'n normale vlak met hulle baba te assosieer. Professionele hulp en begeleiding is nodig ten einde perspektief terug te bring en die ouer te help om met sy

baba met gesiggestremdheid om te gaan. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie (hoofstuk ses).

4.7.2.2 Samelewing (makrosisteem)

Dit is alombekend dat kinders met spesiale behoeftes beperkings het wat spesifieke eise aan hulle ouers stel wat ander kinders nie doen nie (Woolfson, 1991:xi-xii; Griffiths & Russel, 1995:122; Schon, 1999:173; Stone, 2001:87). Woolfson (1991:xi-xii) gaan verder en is van mening dat daar deesdae 'n groter bewustheid in die samelewing is ten opsigte van kinders en gesinne met gestremdheid in vergelyking met 'n dekade gelede. Wat dit egter meebring, is dat die druk op ouers groter is. Die kontemporêre samelewing verwag van kinders met gestremdhede om meer onafhanklik te wees. Hoër standaarde kan angstigheid by ouers meebring en hulle voel die druk soveel meer. Die kind met gestremdheid word dus ook direk beïnvloed binne die gesinsisteem. Die doel van ouerskap – onafhanklik van die graad van gestremdheid – is om 'n gesinsomgewing daar te stel vir die kind sodat hy emosioneel en fisies sy volle potensiaal kan bereik (Woolfson, 1991:xi-xii) (2.13.1.1, 2.13.1.2, hoofstuk ses).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die kwessie van onafhanklikheid 'n baie komplekse en teer saak is by die kind met gesiggestremdheid, sy ouers as versorgers asook in die siening van die samelewing. Die navorser is van mening dat 'n baie fyn balans gehandhaaf moet word tussen onafhanklikheid en die vrymoedigheid om met selfvertroue hulp te vra. Laasgenoemde kwessie sal vervolgens meer breedvoerig bespreek word.

4.8 DIE KWESSIE VAN ONAFHANKLIKHEID BY DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID

Van der Poel (2006) argumenteer dat die hele kwessie van onafhanklikheid te ver gevoer kan word en dat dit op sigself baie nadelig vir die kind met gesiggestremdheid kan wees. Hy let daarop dat die mikpunt van enige ouer vir sy kind die hoogste peil van onafhanklikheid moet wees, maar dat ons almal steeds afhanklik van mekaar bly. Daar moet dus gewaak word daarteen dat hierdie kinders grootword met die idee dat dit 'n teken van swakheid is om hulp van ander te vra. Die beginsels van die sistemiese benadering sluit ook hierby aan. Vivier (2003:83) het aan die lig gebring dat 'n persoon met gesiggestremdheid nooit te trots moet wees om hulp te vra nie. Die gesin moet dus gehelp word om nie so geslote te raak as gevolg van die kind se toestand dat hulle nie

bereid is om hulle grense oop te stel om hulp van familie, vriende en professionele persone te vra en te aanvaar nie. Só 'n persoon moet dadelik hulp vra indien hy 'n probleem ondervind. Vivier (2003:83) is van mening dat gesinslede met betrekking tot hierdie aspek ook 'n bydrae kan lewer deur die regte houding teenoor hulle gesinslid met gesiggestremdheid te openbaar, dit wil sê om nie geïrriteerd en kortaf te reageer wanneer hulle om hulp gevra word nie. Dit sal die kind die vrymoedigheid gee om in die toekoms na hulle te draai indien hulp benodig word. Die kind met gesiggestremdheid se eerste ervaring daarvan om hulp by andere te vra, vind by sy ouerhuis plaas. Indien hy dus hier korrek en op 'n liefdevolle wyse hanteer word, sal dit daartoe bydra dat die kind 'n positiewe konnotasie daaraan heg. Dit sal hom dus die vrymoedigheid gee en hom leer om ook in vreemde sosiale situasies by andere hulp te vra. Situasies waar die kind in die verleentheid gestel kan word, sal sodoende verhoed word.

4.9 HANTERING VAN DIE KRISIS BINNE DIE GESINSISTEEM

'n Nuwe baba – veral die eerste kind in die gesin – kan 'n vreesaanjaende vooruitsig vir ouers inhou, aangesien hulle bekommerd kan wees oor hulle eie vermoëns om die nuwe baba se behoeftes te hanteer. Hierdie bekommernisse word verhoog by ouers met 'n baba met gestremdheid (Cook *et al.*, 2004:39; Woolfson, 1991:13).

4.9.1 Definisie en bespreking van “coping”

Volgens Lerner *et al.* (1998:47) en Woolfson (1991:13) word “coping” as 'n term gebruik wat 'n wye reeks menslike reaksies op die hantering van 'n krisis beskryf. Die sielkundiges Lazarus en Folman (in Woolfson, 1991:13), wat ondersoek ingestel het na die effek van stres, het “coping” gedefinieer as die konstante verandering in denke en aksies by 'n individu wat probeer om sekere eksterne druk wat deur die individu as gevaarlik gesien word, te hanteer.

Na aanleiding van bogenoemde omskrywing het “coping”/oorlewingstrategieë twee aspekte (Woolfson, 1991:13). Ten eerste is daar probleemgefokusde “coping”: Dit is 'n persoon se manier om die faktor wat stres veroorsaak te beheer of te wysig, byvoorbeeld om te “cope” met 'n oortrokke bankrekening deur te probeer om meer geld te genereer. Tweedens is daar emosioneelgefokusde “coping”: Dit verwys na 'n persoon se poging om sy emosies wat as gevolg van die krisis ervaar word te beheer, byvoorbeeld wanneer iemand homself probeer gerusstel met die wete dat baie ander mense 'n oortrokke bankrekening het en dat dit nie so erg is nie, ten einde sy angs oor 'n oortrokke

bankrekening te beheer. Beide hierdie twee dimensies moet in ag geneem word wanneer die graad van mense se stres oor trauma geassesseer word (Woolfson, 1991:13).

Probleemgefokusde “coping” vir gesinne wat ’n kind met gestremdheid het, sluit aksies in wat die kind se probleemareas aanspreek, byvoorbeeld om die kind met gesiggestremdheid aan te moedig om onafhanklik te probeer loop. Emosioneelgefokusde “coping” by gesinne wat ’n kind met gestremdheid het, verwys na die aksies wat angstigheid verminder en positiewe kwaliteite by die kind met gestremdheid insluit, byvoorbeeld om plesier te put uit dít wat die kind met gestremdheid wel kan doen, in plaas daarvan om net heelyd bekommerd te wees oor dít wat hy nie kan doen nie (Woolfson, 1991:13). Die navorser is van mening dat die sterkpuntbenadering, met ander woorde om eerder op die sterkpunte van ’n persoon en/of situasie te fokus eerder as op die swakpunte, ook hier van toepassing gemaak kan word.

Woolfson (1991:14) is van mening dat die term “coping” verwys na die mate waarin ouers in staat is om:

- Hulle eie fisiese en emosionele gesondheid in stand te hou op dieselfde vlak as wat dit voor die kind met gestremdheid se geboorte was.
- Openlik met mekaar en met hulle kinders te praat oor hulle gevoelens en houdings met betrekking tot hulle kind met gestremdheid.
- Almal in die gesin aan te moedig om hulle eie onafhanklikheid te ontwikkel afgesien van die individuele aandag wat die kind met gestremdheid benodig.
- Konflik in die huis, dit wil sê huwelikskonflik sowel as dié tussen kinders en tussen ouers en kinders, op ’n beheerbare vlak te hou.
- Ingeligte kennis op te doen en toe te pas met betrekking tot die spesifieke gestremdheid van hulle kind, asook die graad van gemak waarmee hulle dit kan verduidelik en met ander deel.
- ’n Konstante basis daar te stel ten opsigte van die hantering van al hulle kinders.
- Humoristies te kan kyk na sommige van hulle kind met gestremdheid se optrede en hulle vermoë om te kan lag, te behou.
- Hulle kind met gestremdheid se ontwikkelingsagterstande te aanvaar sonder om enige spesiale behoefte van die kind te ontken.
- Hulle kind met gestremdheid met selfvertroue aan te moedig om positiewe aksie te neem ten einde sy volle potensiaal te bereik.
- Hulle gevoelens van selfblaam tot die minimum te beperk.

Woolfson (1991:14) is van mening dat die graad waarin 'n gesin in staat is om 'n krisis te hanteer, gedeeltelik afhang van wat na die krisis gebeur. Die navorser stem saam met Woolfson (1991:14), maar voeg haar eie mening by dat sommige fondasies om krisisse te hanteer reeds lank voor die krisis daar was, gelê word. Dit is moontlik om met 'n sekere mate van akkuraatheid te voorspel watter gesinne meer daartoe in staat sal wees om 'n krisis met sukses te hanteer in teenstelling met gesinne wat baie probleme sal ervaar. Die gesinne wat reeds vantevore met 'n krisis te doen gehad het en in staat was om om 'n tafel te gaan sit en dit as 'n groep te bespreek waar gesinslede die geleentheid gegun is om hulle gevoelens – negatief of positief – sonder enige kritiek uit te druk, sal in die besonder beter geposisioneer wees om huidige krisisse te hanteer.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat daar 'n onderskeid getref moet word tussen die hantering van 'n krisis (soos die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid) en krisisperiodes wat van tyd tot tyd in hierdie gesinne herhaal word. Laasgenoemde sal vervolgens kortliks bespreek word.

4.9.2 Krisisperiodes

Krisisperiodes kan enige tyd vanaf bevrugting regdeur die lewe van enige kind en sy sisteem voorkom. Ouers sê gewoonlik dat hulle deur die verskillende fases van die rouproses “recycle”. Hierdie krisisperiodes herhaal hulleself meestal in tye van nood. Sommige ouers probeer om hierdie krisisperiodes van professionele persone weg te hou; hulle steek dit as't ware weg waar ander juis daaroor wil praat (Cook *et al.*, 2004:45).

Die navorser is van mening dat ouers eerder aangemoedig moet word om hulle emosionele worstelinge in tye van krisis te openbaar en aan die lig te bring. Ouers moet ingelig word dat hulle nie skaam hoef te wees om herhaaldelik met sekere emosies te worstel wanneer hulle gekonfronteer word met nuwe lewensfases by hulle kind nie. Hulle moet weet dat dit nie 'n teken van swakheid of mislukking is om herhaaldelik met sekere emosies van teleurstelling, hartseer, woede en/of frustrasie te worstel nie. Dit is toepaslike emosies wanneer hulle as ouers gekonfronteer word met nuwe lewensfases by hulle kind met gesiggestremdheid. Sodoende sal hulle gehelp kan word om gouer daardeur te werk en dus gouer weer 'n gevoel van homeostase te bereik. Die proses van aanvaarding is dus 'n herhalende proses wat elke keer weer bereik moet word.

4.9.3 Krisisperiodes en die kwessie van aanvaarding

Al het ouers hulle kind met gestremdheid reeds aanvaar net soos hy is, kan aanvaarding by sommige ouers nooit heeltemal deurgewerk/afgehandel wees nie (Berry & Hardman, 1998:22). Ouers sal sê dat trane met sommige tye en gebeurtenisse soms net weer van voor af vloei soos wat die kind met gestremdheid na volwassenheid groei. Cook *et al.* (2004:45) argumenteer dat hierdie krisisperiodes soms 'n aanduiding kan wees van die ouer se onverwerkte gevoelens met betrekking tot volkome aanpassing van hulle kind se gestremdheid.

Die idee van aanpassing as 'n liniêre proses wat na 'n finale fase van aanvaarding lei, word deur die outeur, Dale (1998:58) bevraagteken (sien ook die bespreking van die rouproses by 4.3). Professionele persone wat vanuit die veronderstelling werk dat ouers wat oor 'n lang tydperk rou en woede wys, swak aangepas en vasgevang is in 'n sekere fase, etiketteer hierdie ouers. Daar word algemeen soos volg na so 'n ouer verwys: "She has not yet come to terms with her child's handicap."

Russel (1983:33) argumenteer dat professionele persone wat vanuit bogenoemde veronderstelling werk, nie die ouer in nood help nie. Ouers sê dat hulle hulle kind ten volle aanvaar, maar nooit die gestremdheid nie. Russel (1983:33) stem saam met Cook *et al.* (2004:45) dat aanpassing en aanvaarding as 'n herhalende en aaneenlopende (continual, cyclical) proses beskou moet word. Dit beteken dat die ouer sy kind se toestand tydens 'n spesifieke tyd in sy kindertyd aanvaar, maar dit dan weer tydens 'n volgende lewensfase baie moeilik en stresvol vind om te aanvaar. Voorbeelde hiervan is wanneer 'n ouer positiewe emosies ervaar wanneer hy sy kind in 'n versorgingsgroep sien, maar dan weer opstandige en stresvolle emosies ervaar wanneer hy sien sy kind raak agter by sy ouderdomsgroep. 'n Ander voorbeeld is wanneer die ouer aanvaar dat sy kind met gestremdheid afhanklik is van hom wanneer dit ouderdomsgepas is, maar dit moeilik vind om te aanvaar wanneer die kind reeds in adolessensie is.

Die navorser is deur die mening van Cook *et al.* (2004:45) en Russel (1983:33) oortuig dat die proses van aanvaarding en aanpassing 'n voortdurende, sikliese proses is waar emosies fluktueer soos wat die kind met gesiggestremdheid na 'n volgende ontwikkelingsfase beweeg. Elke ontwikkelingsfase hou sy eie ontwikkelingstake wat bemeester moet word in en dit skep nuwe verwagtings wat stres meebring by die ouer.

Die navorser het dit goedgevind, ook met die algemene sisteemteorie as denkraamwerk, om die effek wat 'n kind met gesiggestremdheid op die dinamika van die gesinsisteem het, te bespreek. Dit sal vervolgens gedoen word onder die volgende temas: gesinsisolasië, isolasië by die kind met gestremdheid, stres in die huwelik, die rol van die vader, sibbe (broers en susters), enkelouers en twee problematiese hanteringstyle by die ouer met die kind met gesiggestremdheid, naamlik oorbeskerming en/of oortoegeefflikheid en "scapegoating".

4.10 DIE EFFEK VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID OP DIE GESINSISTEEM

Die beginsels van die algemene sisteemteorie wys daarop dat wat ook al die reaksie van die ouer ná die diagnose van 'n kind met gesiggestremdheid, 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 (Steenkamp & Steenkamp, 1999:231). Cook *et al.* (2004:35) stem saam met Steenkamp en Steenkamp (1999:231) en voeg by dat gesinne as dinamiese sosiale sisteme gesien en verstaan moet word. Elke een besit dus sy eie waarde, rolle, funksie en lewensirkel. 'n Kind met gestremdheid word dus die beste verstaan binne die konteks van sy eie gesin. Alle kinders het dus 'n invloed op en word beïnvloed deur hulle gesinne ('n bespreking van die beginsel van wederkerige beïnvloeding van die algemene sisteemteorie word gevind tydens 3.4.1 en 3.5.4) (Cook *et al.*, 2004:35).

Woolfson (1991:39) stem saam met Cook *et al.* (2004:35) en Steenkamp en Steenkamp (1999:231) en voeg by dat wanneer die weke en maande direk ná diagnosering verby is en almal se inisiële reaksies 'n bietjie bedaar het, baie ouers die bewustelike besluit neem om "alles weer terug na normaal te kry". Die ander kinders in die gesin probeer om weer hulle aanvanklike rolle, soos voor die geboorte van die kind met gestremdheid, in te neem terwyl ouers poog om die normale verloop van dagtake te herwin. Die gesin se vermoë om aan te pas by die nuwe omstandighede in hulle huis is een aanduiding dat hulle begin het om die aanvanklike krisis te hanteer (Cook *et al.*, 2004:35; Steenkamp & Steenkamp, 1999:231; Woolfson, 1991:39). Gesinsisolasië as 'n effek van die kind met gesiggestremdheid op die gesinsisteem sal vervolgens bespreek word.

4.10.1 Gesinsisolasië

Ouers van kinders met gestremdhede rapporteer 'n sterk bewustheid van isolasië, 'n gevoel van 'n nie-geforceerde onttrekking van vriende, familie en die gemeenskap. Hierdie ouers noem dat hulle anders voel, aangesien mense nie die spesiale uitdagings wat hulle gesin in die gesig staar kan of wil verstaan nie (Woolfson, 1991:39). Vanneste (1993:7) stem saam met Woolfson (1991:39) en voeg by dat gesinne wat 'n kind met gestremdheid het, psigologies en sosiaal geïsoleer word.

Woolfson (1991:39) is van mening dat hierdie oorweldigende gevoel van isolasië afkomstig is van drie verskillende bronne, naamlik die gedrag van die gesin, die sielkundige dimensie verbonde aan isolasië, asook die houdings van ander mense, want volgens die sisteemteorie is daar geslote of ondeurdringbare grense wat deur die toestand veroorsaak is (3.6.2). Dit sal vervolgens kortliks bespreek word.

4.10.2 Die gedrag van die gesin

Volgens Woolfson (1991:39) is die eerste bron van die oorweldigende gevoel van isolasië die gedrag van die betrokke gesin. Die versorging van 'n kind met gestremdheid vereis baie fisiese en emosionele aandag van die ouers, veral gedurende die voorskoolse jare. Dit beteken dat daar baie minder tyd beskikbaar is vir vriende en familie om te gaan flik of uiteet en in die algemeen by gemeenskapsprojekte betrokke te wees. 'n Eie mening van die navorser is dat laasgenoemde meestal van toepassing is op paartjies met 'n nuwe baba, maar let daarop dat 'n baba in normale omstandighede steeds vinniger onafhanklikheid sal bereik as een met 'n gestremdheid.

Nie alle ouers reageer egter soos hierbo beskryf is nie. 'n Navorsingsprojek in die 1970's (Woolfson, 1991:40) wat gefokus het op ouers wat kinders met gestremdhede het, het getoon dat 30% van die ouers gesê het dat hulle kind se gestremdheid hulle sosiale lewe inperk, terwyl 15% gesê het dat dit hulle sosiale lewe eerder verbeter het. Laasgenoemde verbetering van die gesin se sosiale lewe is waarskynlik daaraan toe te skryf dat hierdie ouers meer moeite gedoen het om hulle huidige sosiale lewe te behou as wat die geval sou wees in normale omstandighede (Woolfson, 1991:40). Die navorser is van mening dat hierdie ouerpare van 'n kind met gestremdheid wie se sosiale lewe verbeter het, ekstra hard moes werk om dit reg te kry. Hierdie ouers moes 'n bewuste besluit geneem het, planne gemaak het en hulpbronne geïdentifiseer het om dit te bewerkstellig.

Sommige ouers hanteer egter hierdie moeilike omstandighede deur hulleself opsetlik aan vriende en familie te onttrek. 'n Studie in 1977 (Woolfson, 1991:40) het bevind dat 25% van gesinne met 'n kind met gestremdheid bewustelik gekies het om hulle totaal te isoleer ten einde hulleself teen aanmerkings wat seermaak en vrae van ander te beskerm. Die navorser is van mening dat dit nie 'n strategie is wat oor die lang termyn gevolg behoort te word nie, aangesien 'n kind met gestremdheid wel later noodgedwonge in interaksie met die buitewêreld moet kan verkeer. Indien die ouer nie gereed is om met ander kontak te maak nie, kan dit ook nie van sy kind verwag word nie.

4.10.3 Die psigo-sosiale dimensie verbonde aan isolasie

Die tweede bron van die oorweldigende gevoel van isolasie word gekoppel aan 'n sielkundige dimensie verbonde aan isolasie, dit wil sê iets meer as net die hoeveelheid keer wat 'n egpaar in kontak is met ander. Dit gaan oor die ervaring wanneer 'n persoon alleen voel tussen 'n groep mense – die gevoel word beskryf dat alhoewel hy omring is deur 'n klomp mense, hy steeds emosioneel ver en alleen van hulle voel. Sommige egpare wat 'n kind met 'n gestremdheid het, het steeds 'n besige sosiale lewe, dit wil sê hulle gaan oor naweke uit met vriende en familie. Hulle kan egter steeds geïsoleerd voel (Woolfson, 1991:40). Vanuit bogenoemde mening van Woolfson (1991:40) vorm die navorser 'n eie mening dat dit eerder die kwaliteit van sosiale verbintenisse is wat werklik saak maak en 'n teenvoeter vir die gevoel van isolasie en alleenheid is.

Ook kan sommige volwassenes wat van nature skaam is, hulle kind met gestremdheid as 'n verskoning gebruik om nie te sosialiseer nie en dan eintlik onbewustelik hierdie situasie tot hulle voordeel gebruik. Ander is weer so verbitterd as gevolg van die ervaring om 'n kind met gestremdheid groot te maak dat hulle in der waarheid niks met ander te doen wil hê nie. Individuele karaktereienskappe is definities ook 'n bepalende faktor ten opsigte van die hoeveelheid emosionele satisfaksie wat sosiale verbintenisse meebring (Woolfson, 1991:40).

4.10.4 Die houdings van ander mense

'n Derde bron wat die isolasie van 'n gesin kan beïnvloed, is ander mense se houdings. Selfs in vandag se verligte samelewing kan gesinne wat 'n kind met gestremdheid het, gestigmatiseerd voel. Volwassenes en kinders wat nie eerstehandse kennis van 'n kind met spesiale behoeftes het nie, kan probleme ervaar om met die kind te identifiseer. Situasies waar 'n persoon eerder 'n ander pad sal loop as om verby 'n kind in 'n rolstoel te

stap, is alombekend. Woolfson (1991:41) let daarop dat dit moontlik 'n irrasionele vrees vir die onbekende is wat mense so laat optree. Vanuit eie ervaring in die praktyk, stem die navorser saam met Woolfson (1991:41) dat 'n irrasionele vrees vir dít wat onbekend is, byvoorbeeld 'n persoon (met gestremdheid) wat anders lyk en funksioneer, kan veroorsaak dat mense eerder die persoon met gestremdheid wil vermy. Die navorser voeg ook by dat dit dalk ook die gevolg van onkunde aan die kant van die samelewing is wat die houdings van mense beïnvloed. Die samelewing is meestal oningelig, onbekend en voel ongemaklik met gestremdhede. Hulle vorm dan hulle eie, meestal verkeerde persepsie van hierdie kinders, wat dan bydra tot 'n negatiewe houding. Wat ook al die onderliggende rede vir bogenoemde optrede is, dit bring mee dat die gesin die ervaring het dat hulle iets soos 'n baie aansteeklike siekte onder lede het (Woolfson, 1991:41).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat daar baie redes kan wees waarom 'n gesin wat 'n kind met gestremdheid in hulle midde het, geïsoleerd kan voel. Die gevoel van isolasie by die individu met gestremdheid self is egter ook 'n werklikheid. Dit sal vervolgens kortliks bespreek word.

4.10.5 Isolasie by die kind met gestremdheid

Woolfson (1991:42) beklemtoon dat die kind met gestremdheid op sigself ook die slagget van potensiële isolasie moet hanteer. Woolfson (1991:42) is van mening dat kinders met gestremdheid oor 30% minder sosiale kontakte beskik as ander kinders van dieselfde ouderdom. Die aard en beperking van mobiliteit by die kind met gestremdheid het 'n groot effek op sy sosiale interaksie. Die impak van isolasie by die kind word belangriker tydens die tienerjare en Madge en Fassam (in Woolfson, 1991:42) het bevind dat die kind met gestremdheid 'n baie meer beperkte sosiale lewe het teenoor gewone kinders van hulle ouderdom. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat isolasie by die kind met gestremdheid sy sosiale en emosionele ontwikkeling negatief kan beïnvloed. Ouers moet dus gehelp word om isolasie by hulle kind met gesiggestremdheid te verminder of te voorkom ten einde gesonde sosiale en emosionele ontwikkeling te bewerkstellig. Wenke vir ouers, wat ook deel vorm van die ouerbegeleidingsprogram, sal in hoofstuk ses bespreek word.

Vanuit die mening van Woolfson (1991:42), blyk dit dus dat beperkte mobiliteit by die kind met gesiggestremdheid 'n oorsaak van 'n gevoel van isolasie is. Die navorser voeg by dat 'n swak selfbeeld en 'n gebrek aan waagmoed en ondersteuning van die omgewing – veral die gesin – ook kan bydra tot die isolasie van die kind met gestremdheid deurdat dit die

kind se vaardighede (sosiaal en emosioneel) om lewensgereedheid te bereik, inperk. Die gesinsisteem moet dus ook aangemoedig word om by hul gemeenskap in te skakel ten einde isolasie by die kind met gesiggestremdheid teen te werk. Praktiese riglyne ten einde oriëntering en mobiliteit by die kleuter met gesiggestremdheid te bevorder, sal in die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses) gedek word. Stres in die huweliksverhouding as 'n effek van die kind met gesiggestremdheid op die gesinsisteem sal vervolgens bespreek word

4.11 STRES IN DIE HUWELIK/HUWELIKSVERHOUDING

In die literatuur (Dale, 1998:105; Woolfson, 1991:47) word groot belangstelling getoon in die effek wat 'n kind met gestremdheid op die huweliksverhouding het. Egpere wat van die veronderstelling uitgaan dat hulle huwelik positief beïnvloed is deur die feit dat hulle 'n kind met gestremdheid het, skryf dit daaraan toe dat om hierdie 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). Die navorser wil egter 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 gesondheid ingestel moet wees ten einde hulle huwelik te versterk in die uitdagende taak om 'n kind met gestremdheid te versorg.

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

Dale (1998:105) stem saam met Woolfson (1991:47) dat die graad van gestremdheid 'n groot las op die huweliksverhouding kan plaas. Dale (1998:105) het verder bevind dat

meer as die helfte van ouers wat geskei is, sê dat die rede hiervoor is dat hulle eggenoot (meestal die man) nie die kind met gestremdheid kon aanvaar nie. Die navorser se praktiese ervaring bevestig laasgenoemde stelling dat die man homself onttrek en afsluit aangesien hy nie die situasie van 'n kind met gestremdheid kan aanvaar nie. Die vrou word dus alleen gelaat met die versorging van hierdie kind en moet die verantwoordelikhede wat daarmee gepaard gaan, alleen dra. In sommige gevalle waarby die navorser betrokke was, het die man die vrou vir hulle kind se gestremdheid begin blameer. Dit het tot verskriklike skade in die huweliksverhouding gelei en die huwelik was deurgaans onder geweldige druk. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die uitdaging om 'n kind met gestremdheid te versorg, te groot en veeleisend is – emosioneel en fisies – vir een persoon om alleen te dra. Wanneer een huweliksmaat voel dat hy dit alleen doen, ontstaan daar negatiewe emosies wat dan tot wrywing en konflik in die huweliksverhouding kan lei. Wanneer huweliksmaats 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. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie en gee riglyne aan ouers oor hoe om hulle huwelik sterk te hou te midde van 'n stresvolle situasie (hoofstuk ses). Die rol van die vader en hoe dit geaffekteer word met die diagnose van 'n kind met gesiggestremdheid in die gesin, sal vervolgens bespreek word.

4.11.1 Die rol van die vader

Verskeie outeurs (Dale, 1998:103; Lerner *et al.*, 1998:59) stem saam dat literatuur wat betrekking het op gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid, die fokus meestal op die verhouding wat die moeder met hierdie kind het, laat val. Die verhouding wat die vader met sy kind met gesiggestremdheid het, is egter net so belangrik.

'n Vader van 'n kind met gestremdheid wat gevra is om sy emosies te beskryf met die grootmaak van sy kind, het dit soos volg beskryf: “Most fathers are told to do the same thing I was: Be strong for your family. Sometimes I don't feel very strong. Sometimes I'm tired and want all of it to go away. Sometimes I cry. I let my two boys know they can cry, too. Sometimes we cry together” (Meyer, 1995:7).

Om hierdie sterkweesfront vol te hou, kan baie moeilik wees vir sommige vaders. Bristoll en Gallagher (in Cook *et al.*, 2004:45) sê die volgende: “Fathers appear to be more affected by attributes that stigmatize the family's social and community image and are particularly affected by the birth of a handicapped son, often reacting in extremes of total

involvement or total withdrawal.” Vaders wie se daaglikse lewe tot die buitewêreld georiënteer is, kan des te meer stres ervaar wanneer hulle kind met gestremdheid nie aan die samelewing se norme voldoen nie. Spesifieke insidente, byvoorbeeld die kind met gestremdheid se eerste skooldag of wanneer daar vir sportdeelname ingeskryf moet word, kan krisisperiodes veroorsaak wat die ouerlike selfbeeld bedreig (Cook *et al.*, 2004:45).

Dale (1998:103) stem saam met Cook *et al.* (2004:45) dat vaders wat ’n kind met gestremdheid het, ook negatief beïnvloed word. Dale (1998:103) het bevind dat hierdie vaders met hoër stresvlakke, depressiesimptome en ’n laer selfbeeld presenteer. Vaders wat meer stres ervaar, is geneig om met ’n “escape-avoidance”-strategie vorendag te kom ten einde hulle situasie te hanteer. Dit kan aanleiding gee tot ’n negatiewe en kragtlose (verswakte) dinamiek in die gesinsisteem. Verder kan dit bydra tot meer stres op die moeder wat die versorging van die gesin betref indien die vader hom meer en meer onttrek. Hierdie bykomende druk kan eskaleer in woede en wrokkigheid by die ander gesinslede (Dale, 1998:103).

Na aanleiding van bogenoemde is die navorser oortuig daarvan dat ’n ouerbegeleidingsprogram vir ouers met kleuters (geboorte tot ses jaar) wat ’n gesiggestremdheid het, voorsiening moet maak vir die emosionele moeilikhede waarmee vaders gekonfronteer word. Vaders moet gehoor, ingelig en sodoende bemagtig word ten opsigte van hulle eie emosies en vrese wat moontlik na vore kan tree met die geboorte van ’n kind met gesiggestremdheid. Vroue moet ook ingelig en gehelp word ten opsigte van hoe om hulle mans te ondersteun en kommunikasie aan te moedig ten einde stres en vrese te verlig.

Bogenoemde siening dat vaders emosioneel baie swaarkry met die geboorte van ’n kind met gestremdheid word egter nie altyd as die norm aanvaar nie. Navorsing deur Seligman en Darling (1989:135) toon dat vaders van kinders met gestremdheid minder emosioneel is ten opsigte van die kind se gestremdheid as die moeder. Die vader se bekommernis is meer gefokus op langtermynkwessies en ook die behoefte aan finansiële sekuriteit.

Die navorser verskil van Seligman en Darling (1989:135) se stelling dat vaders minder emosioneel is ten opsigte van die kind met gestremdheid nie. Mans se oorlewingstrategie met betrekking tot krisissituasies is meestal om voor te kom dat hulle “okay” is en dat die situasie hulle nie eintlik so erg raak nie. Mans wil graag in beheer wees en lyk in situasies – ook wat hulle rol as die gesinshoof betref. Om dus ontsteld en emosioneel voor te kom, sal dui op ’n gevoel van “nie in beheer wees nie”. Dít wil vaders eerder vermy en hulle laat

die emosionele en ontstelde optrede eerder aan die moeder/vrou oor. Hierdie mening word ondersteun deur die vader wat gesê het hy moet sterk wees vir sy gesin (3.9.5). Die navorser is dus verder van mening dat dit vir vaders van kinders met gesiggestremdheid baie voordelig kan wees om by selfhelp- en ondersteuningsgroepe aan te sluit ten einde hulle emosies te ventileer en te eksploreer. Meyer, Vadasy, Fewell en Schell (1985:13) bevestig die navorser se mening dat ondersteuningsgroepe vir hierdie vaders noodsaaklik is, deurdat hulle opnames gedoen het oor die daaglikse behoeftes en emosies van vaders met 'n kleuter met gesiggestremdheid soos hierdie vaders dit weergegee het. Hierdie behoeftes en emosies is hanteer tydens hulle ondersteuningsgroepe aan vaders met 'n kleuter met gesiggestremdheid.

Volgens Woolfson (1991:48) was die grootste verandering in die rol van die vader binne die huisgesin gedurende die afgelope tien tot twintig jaar die mate waarin die vader betrokke is by kinderversorgingskwessies. Die man se rol is nie meer so rigied gekonformeer rondom die inkomste van die gesin, om politieke kwessies te bespreek, besluitneming ten opsigte van die spandering van geld of om die kinders nag te soen nadat die ma hulle gevoer en gebad het nie. Die hedendaagse man is in staat om 'n aktiewe rol in elke aspek van die kind se lewe te speel.

Bogenoemde verandering in die rol van die vader het ook 'n direkte invloed op die verandering van die moederfiguur. Waar moeders in vorige dekades genoodsaak was om hulle loopbane prys te gee met die koms van 'n baba, is dit lank nie meer die geval in vandag se lewe nie. Moeders word die keuse gegee om terug te gaan werk toe, al is hulle baba nog baie klein – hulle kind se opvoeding word dus met iemand anders gedeel – of om by die huis te bly gedurende die kind se voorskoolse jare. En al besluit die moeder om nie terug te gaan werk toe nie, verwag sy van haar man om sy deel te doen met huishoudelike take. Die gekombineerde effek van hierdie veranderings in rolle wat plaasgevind het, dra daartoe by dat die versorging van die kind meestal gedeel word tussen beide ouers. Sielkundiges is van mening dat hierdie tendens gereflekteer word in gesinne waar daar 'n kind met gestremdheid is (Woolfson, 1991:48). Dit moet egter beklemtoon word dat hierdie patroon nie universeel is nie, alhoewel daar 'n definitiewe verskuiwing is tot groter paterne betrokkenheid (Woolfson, 1991:48).

Die navorser is van mening dat dit nie altyd so maklik is vir die moeder wat 'n kind met 'n gestremdheid het, om terug te gaan werk toe nie. Probleme om 'n geskikte dagsorg te vind wat bereid is om kinders met gesiggestremdheid te versorg, kan 'n bydraende faktor wees (4.6). Die moeder kan dalk verplig voel om tuis te bly om die versorging te doen. Dit

kan egter weer 'n effek op die gesin se finansies hê, veral in hierdie gesinne wat waarskynlik meer mediese kostes het met betrekking tot hulle kind met gestremdheid.

Moeders se vermoë om hulle kind met gestremdheid te hanteer, word positief beïnvloed wanneer hulle praktiese sowel as emosionele bystand en ondersteuning van hulle eggenoot ontvang (Woolfson, 1991:48). Die navorser stem saam met Woolfson (1991:48) en voeg by dat dit daarom noodsaaklik is vir die vaderfiguur om van die begin af betrokke te wees by die versorging van die kind met gesiggestremdheid. 'n Ontbreking van die vaderfiguur in die vroeë stadia van die kind met gestremdheid se ontwikkeling kan 'n negatiewe effek op die kind se hele lewe hê (Woolfson, 1991:48).

Die navorser stem saam met Meyer *et al.* (1985:13) en Woolfson (1991:48) dat die rol van die vader – hetsy sy ondersteuning aan die moeder of aan sy kleuter met gesiggestremdheid – baie belangrik is. Indien die vader baie intiem betrokke is by die versorging en opvoeding van sy kleuter met gesiggestremdheid, sal dit 'n positiewe bydrae lewer tot die kind se huidige en toekomstige funksionering. Enkelouerskap weens egskedding as 'n uitvloeisel van die effek van die kind met gesiggestremdheid op die gesinsisteem, sal vervolgens bespreek word

4.11.2 Enkelouers

Sommige enkelouergesinne is die gevolg van die dood van 'n ouer, of wanneer die moeder nooit getroud was met die vader van die kind nie. Die meeste enkelouergesinne is egter as gevolg van egskedding en nie soseer die afsterwe van een van die ouers nie. Indien 'n enkelouergesin dus ontstaan as gevolg van laasgenoemde, is dit gewoonlik die einde van 'n pynlike proses wat alreeds baie jare gelede begin het en is dit slegs die finale fase van 'n langtermynontwrigting van gesinsverhoudings (Lerner *et al.*, 1998:56-57; Woolfson, 1991:50). Lerner *et al.* (1998:57) beklemtoon die beginsels van die sisteemteorie deur professionele persone wat met hierdie gesinne werk, daarop attent te maak om die implikasies van 'n egskedding met betrekking tot die onderlinge verhouding tussen gesinslede te verstaan. Outeurs (Hendrick, 1984:55; Lerner *et al.*, 1998:57) stem saam dat ten einde die kind met gesiggestremdheid binne hierdie situasie te help, daar nie kant gekies moet word tussen die ouers nie.

Lerner *et al.* (1998:57) voeg by dat toesig en beheer 'n verdere moeilike en gekompliseerde kwessie is wat hierdie geskeide gesinne moet hanteer. Afhangend van die hof se beslissing oor watter ouer toesig en beheer verkry, moet belangrike besluite

voortdurend ten opsigte van dienste en ekstra hulp met betrekking tot die kleuter met gesiggestremdheid gemaak word. Dit kan spanning en angs by die ouers sowel as die kind veroorsaak.

Soos reeds bespreek, ondervind enkelouergesinne verskeie probleme wat verhoogde stresvlakke tot gevolg het en waarmee die normale gesin nie gekonfronteer word nie. Verskeie outeurs (Dale, 1998:106; Lerner *et al.*, 1998:57; Woolfson, 1991:50) stem saam dat daar eerstens 'n tekort aan tyd is, want die enkelouer moet werk om die uitgawes van die gesin te dek en dus is daar minder tyd vir die kind met gestremdheid. Tweedens is daar 'n tekort aan emosionele ondersteuning, aangesien die enkelouer alleen moet besluit oor alle gesinskewissies. Hy kan dus geïsoleer voel sonder die nodige ondersteuning. Derdens kan 'n behuisingsprobleem die enkelouer in die gesig staar, aangesien die huis normaalweg na die egskedding verkoop word en hulle dan genoodsaak word om in 'n baie kleiner en goedkoper plek te bly. Die laaste en mees algemene probleem wat die enkelouergesin in die gesig staar, is armoede weens die verlies aan 'n ekstra inkomste. Al bogenoemde faktore dra by tot 'n enkelouer se stresvolle lewe en indien daar nog boonop in 'n kind met gestremdheid se spesiale behoeftes ook voorsien moet word, kan dit die lewensgehalte van die hele gesin benadeel (Dale, 1998:106; Lerner *et al.*, 1998:57; Woolfson, 1991:50).

Vanuit bogenoemde menings van outeurs (Dale, 1998:106; Lerner *et al.*, 1998:57; Woolfson, 1991:50), vorm die navorser 'n eie mening dat kwaliteit dagsorg vir 'n kleuter met gestremdheid 'n positiewe manier kan wees om sy ontwikkeling op 'n voorskoolse ouderdom te verbeter en enkelouers moenie twyfel om in sy omstandighede daarvan gebruik te maak nie. Die vraag word onwillekeurig deur die navorser gevra hoe beskikbaar dagsorg vir kinders met gesiggestremdheid is en of die dagsorgpersoneel voldoende opgelei is om so 'n kind te stimuleer. By navraag by verskeie dagsorgmoeders in Kaapstad en omgewing is vasgestel dat dit van elke dagmoeder afhang of sy bereid is om 'n kind met gesiggestremdheid in te neem. Die navorser meld dat indien 'n dagmoeder daartoe instem om 'n kind met gesiggestremdheid in te neem, dit die ouer se verantwoordelikheid is om voldoende inligting met betrekking tot die stimulasie van die kind aan die dagmoeder te gee. Dit is dus weer duidelik dat ouerleiding gegee moet word deur 'n professionele persoon ten einde die wêreld van die kind met gesiggestremdheid toegankliker en gemakliker vir hom te maak. Die invloed wat 'n kind met gesiggestremdheid op die ander kinders in die gesinsisteem het, sal vervolgens bespreek word.

4.12 SIBBE (BROERS EN SUSTERS)

Kinders met gestremdheid wat by hulle gesinne woongagtig is, beïnvloed noodwendig ook elke ander lid van die gesin – dit wil sê ook die ander kinders. Ten einde die verskeie mediese, opvoedkundige en psigososiale behoeftes van die kind met gestremdheid te ondersteun, is dit nodig dat die tradisionele rolle en verantwoordelikhede van 'n broer, suster, ouer en lewensmaat heroorweeg en herevalueer word binne hierdie gesinne (Lamorey, 1999:75).

Baie navorsing (Beckman, 1983:150-156; Dyson, 1991:623-629; Innocenti *et al.*, 1992:403-427; Mahoney *et al.*, 1992:386-402) is gedoen met betrekking tot die ouer se reaksie wanneer 'n kind met gestremdheid gebore word. Daar is breedvoerig geskryf oor reaksies soos stres, depressie, sosiale isolasie, huweliksprobleme asook die ouer se rouproses. Daar bestaan egter min literatuur ten opsigte van die ervaring van sibbe van kinders met gestremdheid in terme van hierdie sibbe se pogings om andersheid te akkommodeer (to accommodate to differentness) – meestal 'n baie drastiese “andersheid” – asook hulle soeke na ondersteuning van hulle eie psigososiale behoeftes binne die gesinskonteks (Lamorey, 1999:75).

Soos wat mediese en gesondheidskrisisse hulle met verloop van tyd voordoën, evalueer gesinslede al die hulpbronne in terme van tyd, geld, energie en verwagtings tot hulle beskikking. Buitengewone eise word aan moeders, vaders, broers, susters en uitgebreide familieleden gestel ten einde die kind met gestremdheid se behoeftes aan te spreek. Volgens die sisteemteorie (Turnbull, Summers & Brotherson, 1984:12) word alle lede van die gesin geraak tydens krisis- en stresperiodes; dus word alle rolle ook herdefinieer (Lamorey, 1999:75).

Volgens Dale (1998:104) en Woolfson (1991:33) plaas praktiese omstandighede dikwels druk op ouers om die kind met gestremdheid die fokuspunt van die gesin te maak. Die realiteit is egter dat die meeste kinders met gestremdheid ook 'n ander broer of suster het. Die gevaar hieraan verbonde is dat hulle uitgesluit kan voel.

Daar sal vervolgens na die volgende aspekte gekyk word: die negatiewe en positiewe invloed wat 'n kind met gestremdheid op sy broers en susters het; ouerlike aandag en tyd as teenvoeters vir die negatiewe effek op sibbe; toekomsverwagtings; druk vanaf ouers op die gesonde kinders in die gesin; en die vrese en onsekerhede wat teenwoordig is by die sibbe.

4.12.1 Die invloed – negatief en positief – wat die kind met gestremdheid op sy broers en susters het

Outeurs (Dale, 1998:104; Woolfson, 1991:33) stem saam dat wanneer 'n kind gestremd is, die kans groter is dat die ander kinders in die huis emosionele probleme kan ervaar. Laasgenoemde stelling stem ooreen met die sisteemteorie (Turnbull *et al.*, 1984:12), wat gebaseer is op die feit dat gesinslede interafhanklik is van mekaar en dus 'n wedersydse invloed op mekaar het. Volgens Dale (1998:104) en Woolfson (1991:33) kan probleme wat hierdie sibbe ervaar, op meer as een manier manifesteer. In die algemeen word geglo dat kinders wat in 'n huisgesin grootword waar daar 'n ander kind met gestremdheid is, meer geneig is tot aggressie teenoor gesinslede sowel as ander kinders met wie hulle in interaksie verkeer. Meisies word meer geaffekteer as seuns in hierdie verband. Dale (1998:104) stem saam met Woolfson (1991:33) dat meisies meer geaffekteer word en argumenteer dat veral ouer susters meer konflikterende druk ervaar om te presteer. Hulle neem ook gewoonlik 'n ouerlike surrogaatrol in, dit wil sê hulle is geneig om die versorging, huishoudelike take en baba-oppaswerk oor te neem. Hierdie kinders het 'n hoër angsvlak en hanteer ook alledaagse probleme moeiliker. Lamorey (1999:76) let egter daarop dat hierdie versorgings- en gedragseise (soos wat van 'n volwassene verwag word) die sib se ontwikkeling kan beïnvloed, veral met betrekking tot sy identiteit en “ouerlike rol” wat binne die gesin van hom verwag word. Cook *et al.* (2004:48) en Dale (1998:105) stem saam met Lamorey (1999:76) dat wanneer sibbe te veel verantwoordelikheid vir hulle broer/suster met gestremdheid aanvaar, hulle voortydig in die rol van 'n volwassene geforseer word. Hierdie oormatige hulpvaardigheid, hiperverantwoordelike sin en pseudo-volwassenheid wat deur hierdie sibbe geopenbaar word, kan gepaardgaan met 'n totaal teenoorgestelde kliniese prentjie van depressie, skaamte, skuldgevoelens, bekommernis, sosiale isolasie, psigosomatiese probleme en gedragsafwykings wat hierdie “parentified child” karakteriseer. Dale (1998:104) voeg by dat hierdie kind hom in sommige gevalle kan onttrek of met depressieverwante simptome presenteer. Hierdie kinders kommunikeer ook die vrees om self 'n gestremdheid te ontwikkel. Daarbenewens vaar hulle ook akademies swakker as wat van hulle verwag word.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat ouers hulle verwagtings met betrekking tot die ander kinders in die gesin moet herevalueer. 'n Meer realistiese verwagting ten opsigte van die ander kind moet gehandhaaf word, aangesien daar soms 'n verwagting gestel word dat hierdie normale broer/suster moet “opmaak” vir die kind met gestremdheid. 'n

Baie fyn balans ten opsigte van die verantwoordelikheid wat van die ander kinders verwag word, moet dus gehandhaaf word. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie (hoofstuk ses).

Woolfson (1991:33) beklemtoon egter dat nie alle kinders wat 'n gestremde broer of suster het, outomaties 'n emosionele agterstand gaan ontwikkel nie (Dale, 1998:104). Dit hang alles af van die betrokke individue in die huisgesin. In baie gesinne vorm die ander kinders 'n baie sterk band met hulle broer of suster met gestremdheid en is hulle gevolglik geneig tot meer versorgende en onbaatsugtige gedrag. Hierdie positiewe effek wat hulle broer of suster met gestremdheid op hulle emosionele gesondheid het, word egter meestal oorskadu deur die negatiewe. Lamorey (1999:76) stem saam met Dale (1998:104) dat hierdie sibbe nie outomaties 'n emosionele agterstand gaan ontwikkel nie, aangesien hierdie ekstra verantwoordelikheid in sommige gevalle selfs tot 'n beter selfbeeld kan bydra. Woolfson (1991:32) argumenteer dat om vir mekaar om te gee, deel is van gesinslewe. Net soos wat ouers na die behoeftes van hulle kinders omsien, is dit belangrik dat kinders ook 'n houding moet ontwikkel waar hulle verstaan dat ander mense (buiten hulleself) ook behoeftes het. Wanneer bogenoemde beginsel van gesinsverantwoordelikheid binne perke toegepas word, kan dit selfs die emosionele volwassenheid van kinders bevorder. Dit blyk dus dat dit steeds baie belangrik is dat ouers bewus moet wees van hulle ander kinders se emosionele behoeftes en die nodige aandag en sensitiwiteit teenoor hierdie kinders moet openbaar.

Wanneer die kind egter voel dat sy lewe opgeneem word deur boodskappe en opdragte wat hy vir die res van sy gesin moet uitvoer, of as hy voel dat daar deurgaans meer van hom gevra en verwag word binne sy gesinsverband, gemeet aan dié van sy vriende, sal hy daarop begin reageer. Gevoelens van woede en wrokkigheid teenoor die ouers kan deur hierdie kinders ervaar word, veral tydens adolessensie (Dale, 1998:104). Woolfson (1991:33) het bevind dat 75% van die gesonde kinders teen die ouderdom van sewe jaar in 'n groot mate met die basiese versorgingsaktiwiteite help. Hierdie aktiwiteite sluit in die aan- en uittrek van die kind met gestremdheid, help met toiletgewoontes, toesig by maaltye, asook die oppas en besighou van die kind wanneer die ouers nie kan nie (Woolfson, 1991:33).

Woolfson (1991:33) let daarop dat die verskynsel om broers en susters betrokke te maak by die versorging van 'n gestremde broer of suster normaal is, maar dat dit die graad en aard van huishoudelike verantwoordelikhede is wat bepalend is. Wanneer daar te veel van die gesonde sib verwag word, kan dit resulteer in gevoelens van wrokkigheid en

wrewel by die kind (Dale, 1998:104). Die navorser let daarop dat indien 'n kind aanhoudend kla dat hy nie tyd het om met sy speelgoed te speel of sy televisieprogramme te kyk nie, dit nodig is dat die ouers die huishoudelike las op die kind moet verlig.

Vanuit bogenoemde mening van Dale (1998:104) vorm die navorser 'n eie mening dat wanneer “parentified” sibbe binne gesinne met 'n kind met gesiggestremdheid manifesteer, hierdie sibbe 'n verdere onguns aangedoen word as hulle met nog 'n “sin van anders wees” gekonfronteer word deurdat hulle gebrandmerk word as disfunksioneel of as iemand wat te kort skiet. In enige gesinskrisis – of dit nou die geboorte van 'n baba met gestremdheid is, of egskeiding, werkloosheid, finansiële probleme of siekte of dood binne die gesin – poog alle gesinslede om aan te pas en die nuwe omstandighede te akkommodeer. Met betrekking tot die impak wat 'n gesinskrisis op die sibbe het en hoe dit hulle rol binne die gesin gaan beïnvloed, is daar noodwendig aanpassings wat moet plaasvind. Hierdie aanpassings varieer egter altyd op die kontinuum van versorging tussen dít wat ouderdomsgepas en gesond is en aan die ander kant dít wat die kind en die hele gesinsisteem kan inhibeer en kreupel laat. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie (hoofstuk ses).

4.12.2 Ouerlike aandag en tyd as teenvoeters vir die negatiewe effek op sibbe

Verskeie outeurs (Dale, 1998:104; Woolfson, 1991:33) stem saam dat die verlies aan voldoende ouerlike aandag en tyd 'n groot rol speel in die emosionele gesondheid van die ander kinders in die huisgesin. Ouers het daaglikse beperkte tyd om met elke kind te spandeer en dit is net logies dat hoe meer kinders daar is, hoe minder individuele tyd is daar vir elkeen in die gesin. Baie kinders pas sonder enige probleme by 'n nuwe situasie soos die geboorte van 'n bababoetie of -sussie aan. Wanneer die baba egter gestremd is, sal hy baie meer tyd en aandag van die ouers vereis as die ander broers of susters. Hierdie ouers se tyd word meestal in beslag geneem deur kliniese besoeke aan spraak-, fisio- en arbeidsterapie. Dale (1998:104) is van mening dat hierdie verlies aan tyd en aandag as verwerping ervaar kan word deur die gesonde kinders. Die kind voel egter geïnhibeer om sy gevoelens teenoor die sib met gestremdheid te wys, aangesien die ouers dit nie sal verwelkom nie en hom gaan straf.

'n Verdere feit wat by bogenoemde aansluiting vind, is die feit dat kinders met gestremdheid langer neem om onafhanklik te word as ander. Op 'n praktiese vlak beteken dit dat die kind met gestremdheid op 'n sekere ouderdom steeds sy ouers se hulp nodig het waar die ander sibbe dinge vir hulleself kan doen. Ouers wat 'n kind met

gestremdheid het, voel baie keer dat die hele gesinsroetine, gesinsbegroting en buitemuurse aktiwiteite gesentreer is rondom die behoeftes van hulle kind met gestremdheid. Dit is egter nie omdat die ouers hulle kind met gestremdheid liever het nie, maar omdat hierdie kind eenvoudig nie kan funksioneer sonder die ekstra graad van individuele aandag nie (Woolfson, 1991:33).

Die uitsluitlike effek van bogenoemde kan egter wees dat ander broers en susters afgeskeep voel en ervaar dat hulle altyd tweede op die lys van gesinsprioriteite is. Hierdie sibbe is dalk nog nie volwasse genoeg om die situasie te verstaan nie en kyk daarna vanuit hulle eie perspektief. Dus kan hulle ongeliefd voel, asook die gevoel hê dat hulle ouers die kind met gestremdheid as 'n verskoning gebruik om hulle te ignoreer, aangesien hulle nie regtig lief is vir hulle nie. 'n Ander gevoel wat by hierdie sibbe ontstaan, is dat dit slegs die prestasies van die kind met gestremdheid is wat vir hulle ouers belangrik is, aangesien daar so baie op enige vordering by hierdie kind gefokus word en slegs dit positiewe kommentaar ontlok. Die sib kan voel dat die dinge wat hy doen, net ongesiens verbygaan. So kan ouers hulle kind met gesiggestremdheid baie prys en aanmoedig wanneer hy met groot selfvertroue die ingang van een kamer na 'n volgende sonder hulp oorsteek. Wanneer die ander kinders dieselfde taak voltooi, kry hulle geen reaksie nie. 'n Eie mening van die navorser is dat ouers soms hierdie verskillende reaksies toon omdat wat vir die een kind maklik is, 'n uitsonderlike prestasie en uitdaging is vir die kind met gestremdheid. Alhoewel dit logies klink, maak dit dit steeds nie makliker vir die ander sibbe om dit te aanvaar nie en gevoelens van wrokkigheid en wrewel kan ontstaan (Dale, 1998:104-105; Woolfson, 1991:33-34).

4.12.3 Toekomsverwagtings

Dale (1998:104) opper ook 'n verdere kwessie waaronder die gesonde sibbe gebuk moet gaan, naamlik hulle toekomsverwagtings. Die ouers kan soms van hulle gesonde sibbe verwag om na hulle broer/suster met gestremdheid om te sien indien hulle self nie meer daar is nie. Na aanleiding van bogenoemde mening van Dale (1998:104) blyk dit dus dat hierdie sibbe gebuk gaan onder 'n geweldige gevoel van verantwoordelikheid teenoor hulle sib met gestremdheid deurdat hulle "vir altyd" na hulle sal moet omsien. Laasgenoemde kan 'n geweldige swaar emosionele las op die gesonde sib se skouers plaas wat die emosionele- en sosiale ontwikkeling van hierdie sib kan inhibeer. Die navorser is van mening dat ouers voorsorg moet tref en beplanning moet doen met betrekking tot die versorging van hul kind met gesiggestremdheid wanneer hulle nie meer daar is nie. Deur dit te doen, neem hulle verantwoordelikheid vir ál die kinders binne hul

huisgesin. 'n Geweldige las word dus van hierdie kind in die gesin afgehaal wat tot 'n gevoel van verligting en vryheid sal lei. Hierdie kind se sosiale ontwikkeling kan dus sonder addisionele blokkasies plaasvind. Die algemene sisteemteorie, waarvolgens hierdie studie gefundeer is, ondersteun bogenoemde idee deurdat hierdie ander kinders binne die gesin as 'n sibbe-subsisteem omskryf word waar kinders kan eksperimenteer sonder die verantwoordelikhede van volwassenes (3.4.2). Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie (hoofstuk ses).

4.12.4 Druk vanaf ouers op die gesonde kinders in die gesin

Byna direk nadat 'n vrou gehoor het sy is swanger, begin die egpaar idees vorm ten opsigte van hoe die baba moet wees, hoe hy moet lyk, wat hulle hoop hy in die lewe sal bereik, hoe hulle hoop hy met hulle sal identifiseer, asook die standaard wat hy eendag hopelik sal aanneem. Gedurende die opgroei- en ontwikkelingsproses van die kind binne die gesin wysig ouers hulle voorgeboortelike idees ten einde hulle kind se individuele sterk en swak punte te akkommodeer. Die kind met gestremdheid bring 'n baie spesifieke probleem na vore met betrekking tot bogenoemde, aangesien hy moontlik nooit in staat sal wees om eens naastenby sy ouers se voorgeboortelike idees van hom te bereik nie. Ouers kan emosionele probleme ervaar in die proses om hierdie teleurstelling binne hulleself te aanvaar (Woolfson, 1991:34).

Sonder om dit te besef, kan ouers hiervoor kompenseer deur hulle eie verwagtings op die sibbe van die kind met gestremdheid te projekteer. Hierdie ander broers of susters gaan dus gebuk onder baie hoë verwagtings van hulle ouers. Hierdie proses vind gewoonlik op 'n onbewuste vlak plaas. Sibbe word op 'n baie vroeë stadium van hulle lewe bewus daarvan dat hulle normaal moet wees en dat enige afwyking hiervan nie deur hulle ouers geduld sal word nie. Die riglyne van normaliteit is baie buigsaam en nie twee kinders volg presies dieselfde ontwikkelingspad nie, maar in hierdie gesinne is dit nie die geval nie, aangesien ouers 'n baie rigiede idee van normaliteit handhaaf waarbinne die kind te alle tye beskaafd moet optree, hulpvaardig en hoflik teenoor alle mense moet wees, geen persoonlike probleme mag ervaar nie, ensovoorts. Hierdie geïdealiseerde siening van die kind, wat gebore is uit die aanname van "jy moet gelukkig wees dat jy nie jou suster se probleem het nie", ontken die nie-geïmpakkeerde kind se reg tot individualiteit (Woolfson, 1991:34). Die navorser is van mening dat ouers wel standaard moet stel en verwagtings van hulle kinders mag koester, maar dat hierdie kinders nie sal gedy indien dit hulle nie toelaat om hulle eie individualiteit te ontwikkel nie.

4.12.5 Vrese en onsekerhede by die sib

Outeurs (Cook *et al.*, 2004:48; Dale, 1998:104; Woolfson, 1991:33) stem saam dat die sibbe van 'n kind met gestremdheid sekere vrese en onsekerhede het. Daarom is dit nodig dat hierdie sibbe verseker moet word dat hulle nie bang hoef te wees dat hulle by hulle broer/suster met gestremdheid sal “aansteek” nie. Skoolgaande kinders het inligting nodig ten einde hulle vriende se vrae ten opsigte van hulle broer/suster met gestremdheid te beantwoord. Adolescente en jong volwassenes het addisionele inligting nodig ten opsigte van hulle sib met gestremdheid se toekoms en die rol wat hy daarin gaan speel. Die gesonde sib kan dalk vrees dat sy gestremde broer of suster soveel finansiële eise sal stel dat daar dalk nie voldoende finansies sal wees vir sy partytjie, nuwe klere, sportvereistes of studies nie. Wanneer sibbe dus as waardevolle gesinslede ingesluit word by vergaderings waar inligting met die gesin gedeel word, sal almal daarby baat.

Vanuit bogenoemde menings van Cook *et al.* (2004:48), Dale (1998:104) en Woolfson (1991:33), vorm die navorser haar eie mening deur die stelling te maak dat sommige gesonde sibbe wel goed aangepas kan wees en min of geen emosionele probleme hoef te ervaar as gevolg van hulle broer/suster met gesiggestremdheid nie. Indien ouers oor die nodige kennis beskik hoe om met hul ander kinders in die huisgesin om te gaan, sal hierdie kinders se vrese en onsekerhede verminder. Daar is baie faktore wat die graad van emosionele probleme en ontwikkeling by hierdie gesonde sibbe beïnvloed, naamlik die graad van die gestremdheid, die gedrag van die kind met gestremdheid, die kwaliteit van die verhouding tussen die sibbe en hulle broer/suster met gestremdheid, die openheid van kommunikasie tussen die ouers en die kinders, die geestelike gesondheid van die ouers, asook die verhouding tussen die ouers en die kind met gestremdheid. Die gevolg van problematiese hanteringstyle by die ouer teenoor die kind met 'n gesiggestremdheid sal vervolgens bespreek word.

4.13 DIE GEVOLG VAN PROBLEMATIESE HANTERINGSTYLE BY DIE OUER TEENOR DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID

Wanneer 'n kind met gesiggestremdheid gediagnoseer word, word dit ervaar as iets vreemds, onbekends en dus as vreesaanjaend. Dit bring angstigheid mee, wat veroorsaak dat die ouer nie meer objektief en realisties kan dink nie. Die ouer begin die kind dus “anders” hanteer deur die kind met gesiggestremdheid te oorbekerm of hom die skuld te gee vir alles wat verkeerd is in die gesin. Dit sal vervolgens bespreek word.

4.13.1 Oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid

Woolfson (1991:46) is van mening dat oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid 'n algemene verskynsel is in die opgroei van die kind met gestremdheid. Alle kinders is kwesbaar wanneer hulle klein is. 'n Baba is vanaf geboorte totaal afhanklik van sy ouers om in sy behoeftes te voorsien. Sonder ouerlike hulp en bystand is dit nie vir hom moontlik om warm te slaap, genoeg te eet of te bad nie. 'n Pasgebore baba sal nie oorleef sonder sy ouers nie – en 'n pasgebore baba met gestremdheid is soveel kwesbaarder en afhankliker van sy ouers om in sy behoeftes te voorsien. Hierdie baba sal vir 'n baie langer tydperk afhanklik van sy ouers bly om in sy daaglikse behoeftes te voorsien.

Die konsep van “verlengde afhanklikheid” is 'n logiese verduideliking vir ouerpare wat hulle kind met gestremdheid oorbeskerm of oortoegeeflik is, maar dit is nie die volledige prentjie nie (Woolfson, 1991:46). Steenkamp en Steenkamp (1999:231) beweer dat skuldgevoelens by ouers die dryfkrag is vir oorbeskerming. Ouers wat op een of ander manier verantwoordelik voel vir hulle kind se gestremdheid, kan onbewustelik daarvoor kompenseer deur oortoegeeflik te wees. Hierdie neiging tot oormatige hulpverlening ontstaan omdat die kind met gestremdheid nie sy omgewing na wense kan hanteer nie. Soms is dit eenvoudig omdat dit makliker (en vinniger) is vir die ouer om iets vir die kind te doen as om die kind te leer om dit vir homself te doen. Hy bemors byvoorbeeld die wêreld as hy self moet eet en daarom voer die moeder hom liewer self. Partymaal gee die kind se totale afhanklikheid aan veral die neurotiese moeder 'n gevoel van satisfaksie en belangrikheid. Dit kan ook gebeur dat hierdie oorbeskermende houding die moeder se diepere gevoelens van skuld of verwerping bedek. Dis asof sy aan haarself en die wêreld wil wys: “Kyk hoe sloof ek my af vir my arme kind.” Die gevolg hiervan is dat die kind nie die geleentheid tot volle ontwikkeling kry nie. Hy bly dus afhanklik en ontwikkel geen vaardighede nie. Terselfdertyd verbeur die ander kinders in die gesin in 'n groot mate die ouers se aandag en word daar te veel selfstandigheid van hulle vereis, veral as die ouer alle aandag op die kind met gestremdheid toespits en die ander kinders met sy oppas en versorging moet help. Dit kan tot groot frustrasie lei (Steenkamp & Steenkamp, 1999:231-232).

Na aanleiding van die mening van bogenoemde outeurs (Woolfson, 1991:46; Steenkamp & Steenkamp, 1999:231) vorm die navorser 'n eie mening dat 'n ouer se vermoë om moeilike situasies, byvoorbeeld wanneer daar 'n kind met gestremdheid is, binne die gesin te hanteer, dus 'n groot invloed op die emosionele gesondheid van al die gesinslede het. Indien die ouer se emosionele gesondheid nie na wense is nie, kan dit die res van die

gesinslede baie negatief beïnvloed. Die ouer se vermoë tot besluitneming, kommunikasie en leierskap is verdere belangrike faktore wat die emosionele gesondheid van die hele gesin as sisteem kan beïnvloed. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie ten einde die totale gesin as sisteem te bemagtig (hoofstuk ses).

Vrees is 'n verdere bydraende faktor wat oorbeskermdende ouers tot gevolg het. Hulle kan bang wees dat hulle kind met gestremdheid kan seerkry met die uitvoering van nuwe take. In ander gevalle geniet ouers dit om 'n baba in die huis te hê en die een manier om dit te behou, is om die kind afhanklik te hou (Woolfson, 1991:46). Die navorser is oortuig deur die mening van Woolfson (1991:46) dat vrees by die ouers kan bydra tot oorbeskerming, maar let daarop dat veral die vrees vir alleenheid daartoe kan bydra. Die kind word dus “baba” gehou en sodoende kan hy nie die huis verlaat en hulle as ouers alleen laat nie.

Die navorser is van mening dat oorbeskerming nie net tot afhanklikheid lei nie, maar dat dit ook die kind se selfrespek verlaag. Oorbeskermdende ouers ontnem hulle kind dus van geleenthede waar bemeestering, ontwikkeling en groei kan plaasvind. Andersins kan die kind met gestremdheid ook sy afhanklikheid gebruik om sy ouers te manipuleer of hulle aandag te verkry. Hier is dit weereens duidelik dat die ouers opgelei en kundig genoeg moet wees om te onderskei tussen manipulasie deur hulle kind en wanneer hy werklik op 'n gesonde basis hulle hulp nodig het. 'n Ouerbegeleidingsprogram is dus noodsaaklik om ouers te help ten einde oorbeskerming te voorkom en manipulasie deur hulle kind aan te spreek. Die kind moet dus so “normaal” as moontlik grootgemaak word. Betrokke kwessie word in die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses) van hierdie studie hanteer. “Scapegoating” as 'n volgende resultaat van die optrede van 'n ouer wat sukkel om die kind met gesiggestremdheid te aanvaar, sal vervolgens bespreek word.

4.13.2 “Scapegoating”

'n Kind met gestremdheid kan 'n gerieflike sondebok gemaak word vir die gesin. Hierdie tipe sondebokblamering geskied wanneer die ouers onbewustelik die kind gebruik om uiting te gee aan hulle angstighede. Eerder as om hulle eie verhoudingsprobleme te erken, verplaas die egpaar hulle woede en gevoelens van teleurstelling in mekaar op die kind. Om te identifiseer wanneer dit in die gesin plaasvind, kan ouers hulle die volgende vrae afvra:

- Skryf jy al jou probleme outomaties toe aan die feit dat julle na 'n kind met gestremdheid moet omsien?
- Dink jy jou huweliksverhouding was kommervry voordat julle kind met gestremdheid gebore is?
- Ervaar jy dat jou ander kinders jou meer plesier verskaf as die kind met gestremdheid?
- Dink jy kort-kort daaraan dat jou kind met gestremdheid soveel tyd en aandag van jou verg dat jy nooit tyd kry om op jou eie te wees nie?

Indien 'n ouer se antwoorde op bogenoemde vrae “nee” is, kan hy aanvaar dat dit nie die geval is met hulle gesin nie. Hierdie ouer het normaalweg 'n gesonde persepsie oor die hoeveelheid stres wat die kind met gestremdheid in hulle lewe veroorsaak. Indien 'n ouer egter “ja” geantwoord het op bogenoemde vrae, is dit baie moontlik dat hulle hulle kind met gestremdheid op 'n onregverdigende wyse die sondebok maak vir al hulle probleme. Hierdie ouer sal weer moet gaan kyk na al die stressors in sy lewe ten einde 'n meer gebalanseerde perspektief op die oorsake daarvan te kry (Woolfson, 1991:51).

Die navorser beklemtoon die feit dat wanneer 'n kind grootword in 'n omgewing waar hy onbewustelik of bewustelik die skuld gegee word vir alles wat verkeerd is binne die gesin – byvoorbeeld stresvolle verhoudings tussen gesinslede en finansiële en/of sosiale probleme – die kind grootword met 'n ongesonde persepsie van die self. Hy sien homself as “sleg”, “iets mee verkeerd”, “'n altyd teenwoordige probleem” en “iets wat reggemaak moet word”. Die boodskappe vanaf die omgewing is dus grotendeels negatief en kan persepsies by hierdie kind laat van “ek is nie okay net soos wat ek is nie”, “ek bemoeilik ander mense se lewens”, “ek is 'n las vir ander” en/of “ek veroorsaak konflik en struwelinge tussen gesinslede”. Laasgenoemde boodskappe vanaf die omgewing gaan ook met negatiewe emosies en 'n stresvolle atmosfeer gepaard, waarbinne hierdie kind dan grootword. Wanneer daar na Piaget (1952; 1972) se stadia van kognitiewe ontwikkeling gekyk word, sien ons dat die kind se denke in die preoperasionele stadium (twee tot ses jaar) baie egosentrië of selfgesentreerd is. Dit beteken dat hulle nie gebeurte vanuit 'n ander se oogpunt kan insien nie, die wêreld baie egosentrië beleef en dus glo dat hy 'n invloed op alle gebeurte rondom hom het (Louw & Edwards, 1998:464). Hierdie feit plus 'n omgewing waarin hy die skuld vir alles kry, sal verder bydra tot 'n ongesonde beeld van die self asook skuldgevoelens, wat die kind emosioneel sal belas.

4.14 SAMEVATTING

Vanuit bogenoemde is dit duidelik dat gesinne op alle vlakke geaffekteer word met die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid. Alle verhoudings binne die gesin word geaffekteer en hulp is essensieel vir die gesinshoofde, naamlik die ouers, ten einde die gesin korrek te bestuur in 'n baie emosionele, verwarrende tyd. Hulp en dienste moet gefokus wees op die oorsprong van die probleem, naamlik die gesinsituasie van die gesiggestremde. Hierdie nuwe denkpatroon sal meebring dat vermoëns hervestig word of dat die gestremdheid se nadelige invloed verminder word in so 'n mate dat wanfunksionering 'n beperkte invloed het op die integrale ontwikkeling van die persoon met gesiggestremdheid, asook op die geleentheid om 'n sinvolle lewe in die samelewing te kan hê. Hierdie dienste moet ten doel hê om die gesin en persoon met gesiggestremdheid met hulle gemeenskap en samelewing te integreer.

Met die diagnosering van gesiggestremdheid by 'n jong kind verkeer ouers onder geweldige druk en spanning. Behalwe vir die basiese ouerleiding wat alle kinders benodig, moet hierdie ouers ook met die onbekende en al die gepaardgaande emosies oor 'n kind met 'n gestremdheid leef. Daar is herkenbare fases waardeur 'n persoon gaan met betrekking tot die hantering van stresvolle situasies. Die reaksie van ouers wat vir die eerste keer hoor dat hulle baba 'n gestremdheid het, kan vergelyk word met iemand wat in rou verkeer. Die patrone van aanvaarding en die deurwerk van verlies (verlies aan 'n gesonde en normale baba) word gebaseer op die teorie van Elizabeth Kubler-Ross (1969), wat die verskillende fases van rou geëksplorieer het met betrekking tot kwessies van die dood en doodsbegeleiding. Dit is egter belangrik om te beklemtoon dat geen ouer die Elizabeth Kubler-Ross-model presies en stiptelik navolg nie en dus sal die stappe nie noodwendig altyd vir alle ouers in dieselfde volgorde geskied nie.

Die belangrikheid van 'n gehegtheidsband tussen die kind met gesiggestremdheid en sy primêre versorger het 'n invloed op die kind se sosiale, emosionele en persoonlikheidsontwikkeling. Die kwaliteit van die gehegtheidsband kan verreikende gevolge vir die kind se ontwikkeling inhou. 'n Korrelasie kan getrek word tussen probleemgedrag by kinders en die kwaliteit van die gehegtheidsband en/of emosionele verhouding wat die kind met sy primêre versorger het. Wanneer die kwaliteit van die gehegtheidsband geassesseer word, sal die spesifieke (wan-)gedrag van die kind ook beter verstaan word. Verskeie faktore beïnvloed gehegtheidsvorming, 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.

Erikson se ontwikkelingsteorie kan ook van toepassing gemaak word op die kind met gesiggestremdheid, aangesien sy ontwikkelingsstadia ooreenstem met dié van kinders met normale visie.

Die eise wat aan ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n kind met 'n gesiggestremdheid is baie hoog. Meer tyd is nodig om liefde en toegeneentheid aan die baba met gesiggestremdheid te kommunikeer deur hom vas te hou, te vertroetel en hom gemaklik te maak. Ouers moet egter ingelig word ten opsigte van die beperkings van hulle baba met gesiggestremdheid ten einde effektief met hom te kommunikeer. Begeleiding ten opsigte van effektiewe kommunikasie tussen ouer en kind met gesiggestremdheid is dus nodig. Babas met gesiggestremdheid, veral indien hulle vroeggebore is, word ook soms vir 'n lang tydperk na geboorte in die hospitaal gehou. Hierdie verwydering tussen ouer en baba direk na geboorte kan ook die ouer-baba-bindingsproses beïnvloed.

Die persepsie van 'n diagnose op die ouer en samelewing het ook 'n invloed op die wyse waarop hierdie krisis hanteer gaan word. Ouers se persepsie van 'n diagnose van gestremdheid word meestal as iets vreemds, onbekends en dus as vreesaanjaend ervaar. Dit bring angstigheid mee, wat veroorsaak dat die ouer nie meer objektief en realisties kan dink nie. Die hedendaagse persepsie van die samelewing ten opsigte van kinders en gesinne met gestremdheid plaas groter druk op ouers, veral wat die kwessie van onafhanklikheid betref.

Hoe gesinne met 'n krisis soos die diagnosering van 'n kind met gesiggestremdheid omgaan, kan tot 'n sekere mate bepaal word deur te kyk hoe hulle met vorige krisisse te werk gegaan het. Veral die gesinne wat reeds vantevore met 'n krisis te doen gehad het en in staat was om om 'n tafel te gaan sit en dit as 'n groep te bespreek waar gesinslede die geleentheid gegun is om hulle gevoelens – negatief of positief – sonder enige kritiek uit te druk, sal beter geposisioneer wees om huidige krisisse te hanteer. Daar kan egter ook 'n onderskeid getref word tussen die hantering van 'n krisis (soos die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid) en krisisperiodes wat van tyd tot tyd in hierdie gesinne herhaal word.

Al het ouers hulle kind met gestremdheid reeds aanvaar net soos hy is, kan dit wees dat aanvaarding by sommige ouers nooit heeltemal deurgewerk of afgehandel is nie. Die

proses van aanvaarding en aanpassing moet as 'n voortdurende sikliese proses gesien word waar emosies fluktueer soos wat die kind met gesiggestremdheid na 'n volgende ontwikkelingsfase beweeg. Elke ontwikkelingsfase hou sy eie ontwikkelingstake wat bemeester moet word in en dít skep nuwe verwagtings, wat stres meebring by die ouer.

Die effek wat 'n kind met gesiggestremdheid op die dinamika van die gesinsisteem het, kan bepaal word deur na die volgende aspekte binne die gesin te kyk, naamlik: die isolasie van die gesin, isolasie by die kind met gestremdheid, stres in die huwelik, oorbeskermning en/of oortoegeeflikheid, die rol van die vader, enkelouers, "scapegoating" en die sibbe (broers en susters).

In hoofstuk vyf sal vroeë intervensie en die benutting daarvan in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, bespreek word.

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 eksplorieer 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 babatyd 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 navorser '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 institusionalisering. 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 ouerbegeleidingsprogram 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 familieleden 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 inligting 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 waardeur 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 betekenis wat aan gebeurtenisse gekoppel word, verskil in ooreenstemming met individuele 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 assesseerder 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 assesseer (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 terapeuties 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 terapeuties 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 OERBEGELEIDINGSPROGRAM

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 gesiggestremdheid benodig, in staat is om weer te gaan opsoek. Wanneer ouers 'n harde kopie van die ouerbegeleidingsprogram in die hand ontvang, word hulle angs 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 werkswinkels 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 geposisioneer 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 diagnoseer 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 OUBEBEGELEIDINGSPROGRAM 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 Uitdeelstuk 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 (uitdeelstuk), wat op elkeen se sitplek geplaas is. Moedig die ouers aan

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

Die sluiting van 'n vennootskap tussen die ouers en die aanbieder van die begeleidingsessies (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 begeleidingsessies 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 probleemassekte 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.

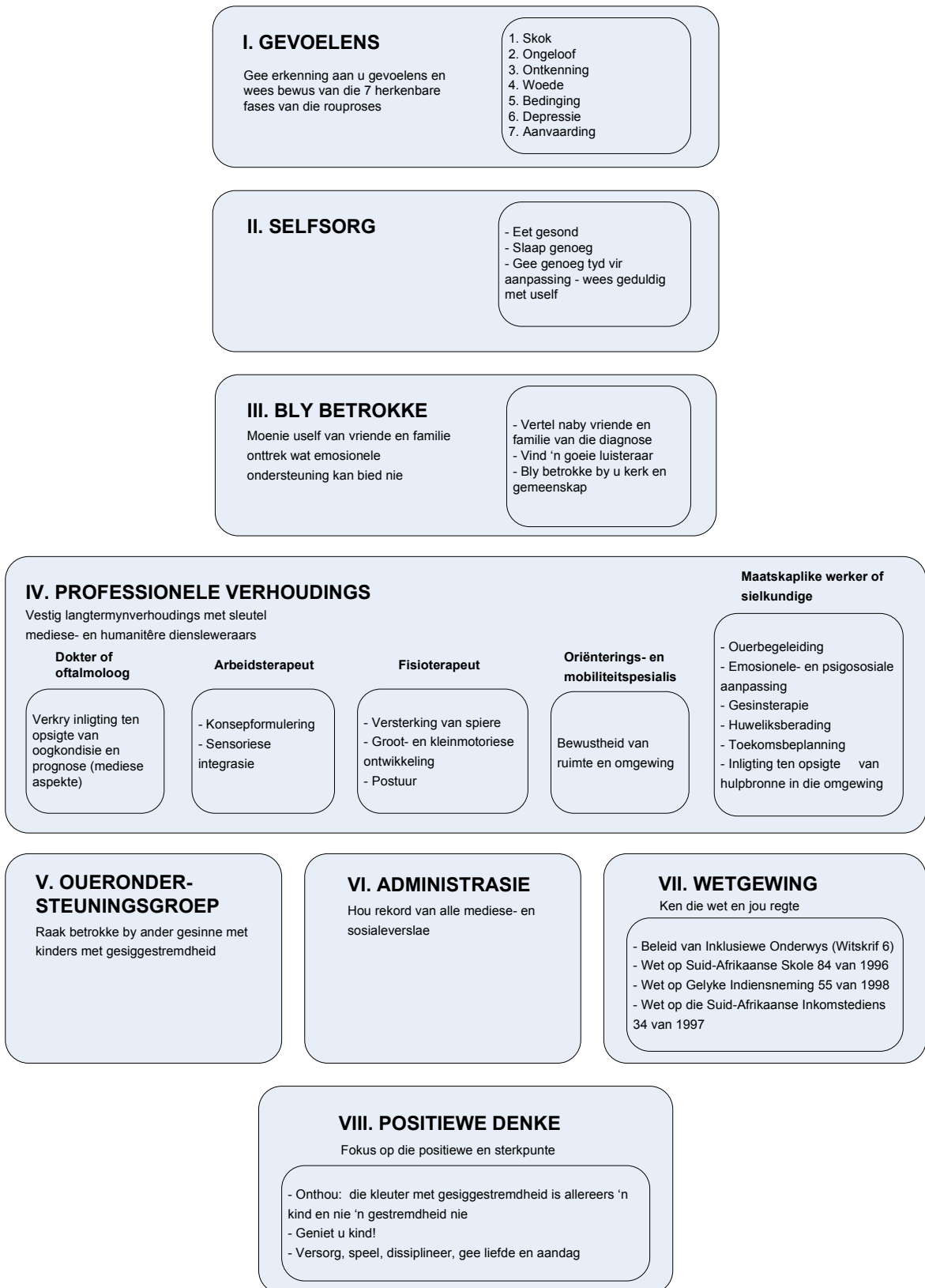
'n Kort beskrywing van die vorige begeleidingssessie word gegee om kontinuïteit te verseker en verdere vrae rondom sessie een te hanteer

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

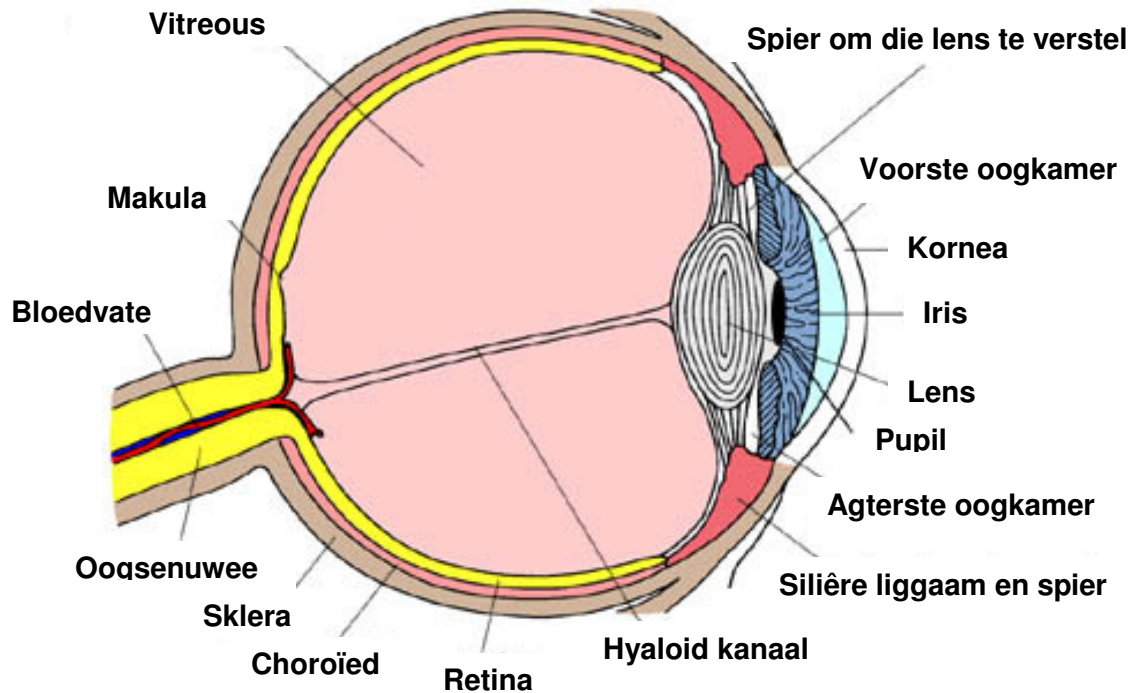
Die algemeenste metode ten einde afstandsvisie by kinders te meet, is deur middel van die Snellen-toetskaart. Hierdie inligting word gebruik soos bespreek in 2.3. Dit is aangebied aan die hand van 'n programriglyn, wat elke ouer by die aanvang van die programaanbieding ontvang.

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).

Hyaloïd 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 programriglyn, 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 programriglyn, 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 afgemerk 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	Akademie 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 karaktereenskappe	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 visiegestremdheid	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 retinalehoringkies. Dit kan reeds voor die ouderdom van sewejaar begin of op 'n later ouderdom.		Oorerflik: Multifaktoraal	Affekteer die sentrale visie, ligskuheid, 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 oogeërf wees. Indien geneties: autosomaal resessief, autosomaal dominant of multifaktoraal.	Fluktuerende gesigskerpte, perifere veldverlies, swak nagvisie, ligskuheid, moeilik om groot voorwerpe op 'n nabyafstand te sien of nabywerk te lees, verminderde kontrassensitiwiteit, pyn en hoofpyne 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.		Oorerflik: 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 Oorerflik 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 afname van visie en gesigskerpte kan saam met nystagmus, skeelheid en fotofobie (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. Diepteperspieing 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 oorsaak, 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 oorsaak 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 groeps gesprek 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 lewensirkele.
- '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 Uitdeeltuk (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 gehegheidsband 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

karaktereïenskappe 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 handvatsel 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 roetinetye 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 Brambling (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
- Etiket 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

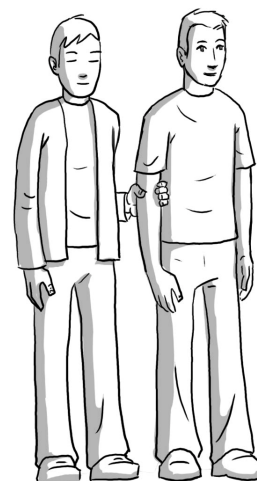
wêreld kan lei. Die kleuter moet dus soveel as moontlik aangemoedig word om te ontdek en nuuskiering te wees oor dinge.

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).

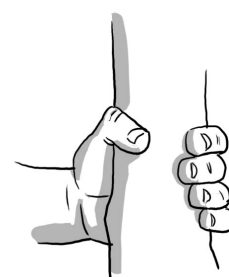


FIGUUR 6.3 SIENDE-GIDSTEGNIEK

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).

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).



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

- **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 deurdát 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**

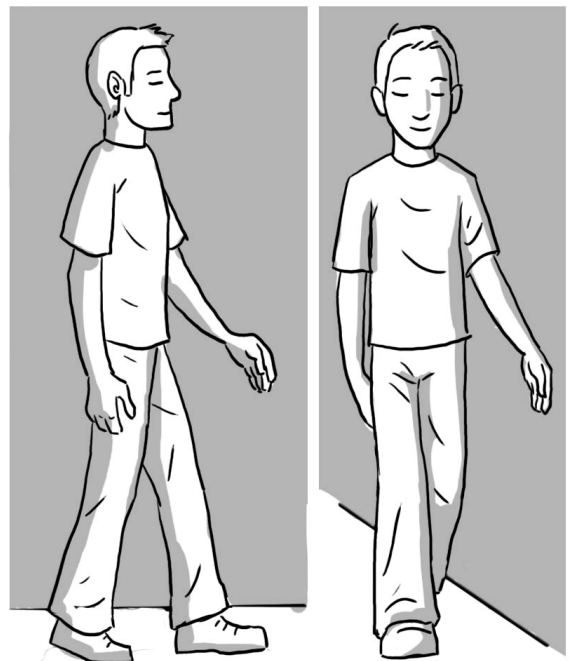
Ongeveer twee meter voordat die ouer of primêre versorger die eerste trap betree, moet hy die kleuter met gesiggestremdheid daarop voorberei. Trappe moet direk betree word en op só 'n wyse dat die kleuter met sy vry hand aan die trapreling kan vashou. Berei die kleuter voor of die trappe op- of afgeklim 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

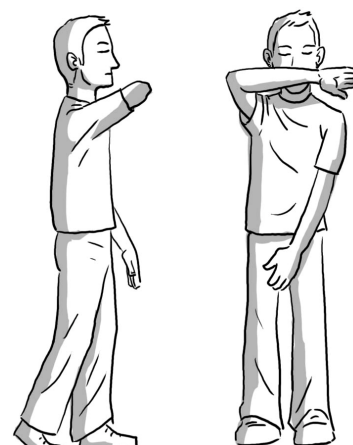
Die bo-lyfbeskermingstegniek word gebruik wanneer die gesig en kop in gevaar is. Die korrekte posisie van hierdie tegniek behels dat die kleuter met gesiggestremdheid sy arm met 'n 90° hoek moet buig en skouerhoogte moet optel. Die voorarm en palm van die hand moet na voor gedraai wees terwyl die vingers 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: Streck 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 groepsgebesprek 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 veranderings, 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, buigsamheid 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.

HOOFSTUK 7

EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWALITATIEWE FASE

7.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die kwalitatiewe fase van die empiriese studie bespreek. Creswell (De Vos, 2002:365) se tweefasemodel is as benadering gevolg (1.5). Die inligting wat tydens die kwalitatiewe fase ingesamel is (fase drie van die intervensienavorsingsproses – ontwerp), word bespreek (1.7.1). Die kwantitatiewe deel sal in hoofstuk agt bespreek word.

Hierdie hoofstuk word soos volg aangebied: 'n Kort beskrywing van die navorsingsproses word gegee, waarna die resultate van die data wat tydens die kwalitatiewe fase deur middel van 'n fokusgroepbespreking ingesamel is, weergegee word. Ontleding deur middel van die identifisering van temas en subtemas sowel as patrone en neigings verseker akkurater ontleding van die data en betroubare gevolgtrekkings na aanleiding daarvan (Greeff, 2002:318-319).

7.2 OORSIG VAN DIE NAVORSINGSPROSES

Die navorsingsproses wat in hierdie studie gevolg is, bestaan uit bepaalde fases en stappe, naamlik: die formulering van 'n probleem, doelwitte en 'n navorsingsvraag, asook die keuse van 'n navorsingstipe, -ontwerp en -strategie. Hierdie aspekte word vervolgens opsommend ter verheldering aangebied.

7.3 NAVORSINGSPROBLEEM

Die navorsingsprobleem wat tot hierdie studie aanleiding gegee het, is dat daar nog geen navorsing gedoen is waar daar na die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het, se behoeftes gekyk is ten einde 'n gespesialiseerde, empiries gefundeerde ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel nie. Daar is 'n behoefte aan so 'n program.

Vir die doeleindes van hierdie studie is van beskrywende navorsing gebruik gemaak, aangesien die inhoud van die program wat ontwikkel is sowel as die evaluering daarvan beskryf word. Daar is ook van verkennendenavorsing gebruik gemaak om die program te ontwikkel (1.3.1).

7.4 DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

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

Die doelwitte van die studie behels die volgende:

- Om 'n teoretiese kennisraamwerk op te bou deur die verkenning van:
 - verskillende oogtoestande en die akademiese, sosio-emosionele en loopbaangevolge daarvan;
 - die algemene sisteemteorie as teoretiese fundering in gesinne wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het;
 - die gesinsdinamika tydens stresvolle situasies; en
 - vroeë intervensie by die kleuter met 'n gesiggestremdheid.

Die literatuurstudie omtrent bogenoemde is voltooi en in hoofstuk twee tot vyf aangebied.

- Om deur middel van 'n empiriese studie 'n behoeftebepaling by Suid-Afrikaanse ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid te doen oor die invloed van daardie kleuter se gestremdheid op die gesin. Die resultate word in hierdie hoofstuk bespreek.
- Om 'n ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel en te beskryf (hoofstuk ses).
- Om 'n ouerbegeleidingsprogram te implementeer.
- Om die benuttingswaarde van die program te evalueer. Die resultate word in hoofstuk agt aangebied en geïnterpreteer.
- Om aanbevelings en gevolgtrekkings te maak ten opsigte van die benutting van die program ten einde maatskaplike werkers en ander professies wat betrokke is by gesinne wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, se kennis en vaardigheid uit te bou tot meer doeltreffende dienslewering. Dit word in hoofstuk nege gedoen.

7.5 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die tipe navorsing wat in hierdie toegepaste en, meer spesifiek, intervensienavorsing gebruik is, is 'n kombinasie van die kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings. Hierdie studie het 'n tweefasemodel gevolg soos deur Creswell (in De Vos, 2002:367) beskryf is. Die eerste fase behels die behoeftebepaling, wat berus het op 'n kwalitatiewe benadering en data-insamelingsmetode. 'n Fokusgroepbespreking is gehou met ouers van ouer kinders (0-19 jaar) met gesiggestremdheid ten einde 'n behoeftebepaling te doen sodat vasgestel kon word wat die ouers se gevoelens, ervarings en behoeftes is om dit in aanmerking te neem met die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram (1.7.1). Ten einde 'n effektiewe en omvattende program te kon skryf, was die insette van 'n ouer wat reeds met die probleem gekonfronteer is en was, van kardinale belang. Waardevolle en ryk inligting is bekom en gebruik met die ontwikkeling van die program. Een fokusgroep met 10 ouerpare is saamgestel. Tydens hierdie fase is gebruik gemaak van 'n fenomenologiese strategie binne 'n verkennende studie; dus is al die kennis wat vanuit die literatuur, gesprekke met kundiges en die resultate van die kwalitatiewe studie verkry is, benut om die ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel. Die program word volledig in hoofstuk ses bespreek.

Tydens die tweede fase is die kwantitatiewe benadering benut en die verandering in die kennisvlak van die ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid is voor en na die intervensieprogram met behulp van 'n selfontwerpte vraelys (bylaag 8) bepaal. Rothman en Thomas (1994:9-30) se model vir intervensienavorsing is benut om die begeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid te ontwikkel, te implementeer en te evalueer, soos in 1.8.1 tot 1.8.6 bespreek is. Die kwantitatiewe resultate volg in hoofstuk agt.

Die navorser het met hierdie studie 'n maatskaplikewerkbegeleidingsprogram ontwikkel, geïmplementeer en geëvalueer volgens Rothman en Thomas (1994:9-30) se model vir intervensienavorsing ten einde die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid se kennisbasis rakende hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en die hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin te verbeter (1.6).

Die volledige proses, soos in hoofstuk een bespreek, is gevolg en daar sal vervolgens op die resultate van die kwalitatiewe deel gefokus word.

As navorsingstudent by Pionierskool in Worcester het die navorser 'n gebrek aan 'n holistiese en omvattende begeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid geïdentifiseer. Uit gesprekke met kundiges, maatskaplike werkers, personeel van spesiale skole vir kinders met gesiggestremdhede en die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes is bevind dat daar wel 'n behoefte aan 'n onlangs ontwerpte, empiries nagevorste begeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid bestaan (1.2). Pionierskool in Worcester en die organisasie The League of the Friends of the Blind (LOFOB) het hulle samewerking gegee tydens die uitvoer van die studie.

'n Navorsingsprojek is begin en 'n voorlegging is goedgekeur deur die Navorsingsvoorstel en Etiekkomitee van die Fakulteit Geesteswetenskappe van die Universiteit Pretoria (bylaag 7).

Die geïdentifiseerde populasie vir die kwalitatiewe deel van die studie was ouers wat 'n kind met 'n gesiggestremdheid in Pionierskool in Worcester het. Die navorser het van nie-ewekansige en, meer spesifiek, doelgerigte steekproeftrekking gebruik gemaak (1.11.4).

Vir die tweede deel van die studie, naamlik die kwantitatiewe fase, was die geïdentifiseerde populasie alle ouerpare van kleuters met 'n gesiggestremdheid wat op Pionierskool en LOFOB se databasis was. 'n Totaal van 10 ouerpare, wat met behulp van nie-ewekansige, doelgerigte steekproeftrekking bekom is en ingeligte toestemming verleen het, is by die studie betrek. Die samewerking van die respondente is vergemaklik deurdat die navorser vir die volle tydsduur van haar meestersgraad (2003-01-01 tot 2004-12-31) by Pionierskool in Worcester werksaam was en die betrokke kundiges dus geken het (1.11.4).

Die Departement van Onderwys (bylaag 2), Pionierskool in Worcester (bylaag 1) en The League of the Friends of the Blind (LOFOB) (bylaag 3) het hulle samewerking gegee en toestemming verleen dat die studie kon plaasvind.

As eerste fase (kwalitatiewe fase) van die navorsing is daar deur middel van 'n verkennende studie 'n fokusgroepbespreking met respondente gevoer ten einde hulle belewenisse ten opsigte van 'n kind met 'n gesiggestremdheid in hulle gesin te bepaal. Dit was ook die tweede doelwit (1.3.3) van hierdie studie. Tien ouerpare van kinders en adolessente (0-19 jaar) verbonde aan Pionierskool is in een fokusgroep van 90 minute lank bymekaar gebring. Hierdie fokusgroep het in 'n lokaal van Pionierskool plaasgevind

en al die respondente het met eie vervoer gekom. Fokusgroepvrae (1.8.2.2 en bylaag 6) is gebruik om data in te samel ten opsigte van die ouer van 'n kind met gesiggestremdheid se probleme, gevoelens, ervarings en behoeftes.

Die doelwit op hierdie stadium (tydens die kwalitatiewe fase) was dus om 'n volledige beeld te bekom ten opsigte van die probleme, gevoelens, ervarings en behoeftes van ouers met 'n kind met 'n gesiggestremdheid binne die gesinsisteem. Daar is ook kennis geneem van die behoeftes en probleme van kinders en ouers wat tydens vorige navorsing (Vivier, 2003:126-131) na vore gekom het. Twee jaar se diens as navorser by Pionierskool in Worcester en voortdurende kontak met die skool en personeel het die navorser bewus gemaak van behoeftes en probleme wat hierdie kinders en ouers kan ondervind. Die data wat deur middel van die fokusgroep verkry is, is kwalitatief ontleed en verwerk vir gebruik tydens die ontwikkeling en implementering van die ouerbegeleidingsprogram in fase twee (die kwantitatiewe deel) van die studie. Die kwantitatiewe resultate volg in hoofstuk agt.

'n Bibliografiese soektog is voor die aanvang van die studie geloods. Inligting is ingesamel deur vorige navorsing na te gaan, 'n literatuurstudie (nasionaal en internasionaal), raadpleging van kundiges en gesprekke met die maatskaplike werker by die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes, die adjunkhoof by Athlone Skool vir Blindes, die hoof van The League of the Friends of the Blind (LOFOB) en professionele persone in die veld van gesiggestremdheid. Hierdie kennis en data wat uit die kwalitatiewe deel van die studie verkry is, is benut om die program te ontwikkel.

Die navorser het die werkswyses van Suid-Afrikaanse organisasies wat met kinders met gesiggestremdheid werk, bestudeer (5.13.3), sowel as dié van soortgelyke internasionale organisasies (5.12). Kundiges is ook in hierdie verband geraadpleeg. Hierdie kundiges se menings kan in hoofstuk een en in die literatuurstudie bestudeer word.

7.6 KWALITATIEWE FASE

Schurink (1998:240) definieer kwalitatiewe navorsing as 'n multi-perspektivistiese benadering wat gevolg word om die betekenis wat subjekte aan hulle sosiale interaksies heg, te beskryf. Die vraag kan gestel word: Hoe beleef die subjek sy leefwêreld? Dit het dan ten doel om die betekenis en interpretasie wat die respondente aan hulle leefwêreld heg, te beskryf.

7.7 NAVORSINGSVRAAG

Vir die doeleindes van hierdie studie is die volgende navorsingsvraag vir die kwalitatiewe deel van die studie gestel: **Watter behoeftes het die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met gesiggestremdheid?**

7.8 KWALITATIEWE DATA-INSAMELING

7.8.1 Wyse van steekproeftrekking

Die navorser het gebruik gemaak van nie-waarskynlikheidsseleksie (nie-ewekansige steekproeftrekking).

7.8.2 Selekering van respondente vir die kwalitatiewe fase (fase een)

Die geïdentifiseerde populasie vir die kwalitatiewe deel van die studie was ouers wat 'n kind met gesiggestremdheid in Pionierskool in Worcester het. Die navorser het van nie-ewekansige en, meer spesifiek, doelgerigte steekproeftrekking gebruik gemaak (1.11.4). Die eerste 10 ouerpare wat die navorser kon vind wat aan die kriteria voldoen het, is geselekteer.

Vir die kwalitatiewe fase moes fokusgroeplede uit ouers van 'n kind met gesiggestremdheid van 'n bepaalde skool vir gesiggestremdes in die Wes-Kaapprovinsie geselekteer word:

('n Volledige bespreking is onder 1.11.4 gedoen.)

Die bepaalde skool vir gesiggestremdes is op grond van die volgende geselekteer:

- Die navorser was vir die tydsduur van haar meestersgraad (twee jaar) by die skool ingeskakel.
- Die skool is in die diensveld van die navorser.
- Goeie samewerking bestaan tussen die personeel van hierdie skool en die navorser.
- Dit is afstands- en tydeffektief.
- Toestemming is verleen om navorsing by die skool te doen.

- Die personeel, en spesifiek die opvoedkundige sielkundige, sou behulpsaam wees met die selektering van respondente vir fase een.

Kriteria vir doelgerigte seleksie van respondente vir fase een:

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

Die eerste 10 ouerpare wat die navorser kon vind wat aan die kriteria voldoen het, is geselekteer.

Die navorser het die nodige kontakbesonderhede van die opvoedkundige sielkundige verbonde aan Pionierskool verkry en die potensiële respondente geskakel. Die doel van die studie en etiese aspekte (1.12) is telefonies aan die respondente verduidelik. Toestemmingsbriewe (bylaag 4) is deur die respondente geteken voordat die fokusgroepbespreking gehou is. Een fokusgroepbespreking met 10 ouerpare is op Pionierskool in Worcester se skoolterrein gehou. Aanvanklik is beplan om twee fokusgroepe van vyf ouerpare elk te hou, maar met die telefoniese kontak wat met die voornemende respondente gemaak is, is bevind dat dieselfde datum die meeste respondente gepas het. Daarom is uiteindelik op een datum en een fokusgroep besluit waar al 10 ouerpare bymekaar gekom het. Respondente was verantwoordelik vir hulle eie vervoer. Die fokusgroep het 90 minute geduur. Die bespreking het voortgegaan totdat geen nuwe inligting meer na vore gekom het nie. Groeplede was spontaan en gewillig om deel te neem aan die bespreking en oor die onderwerp te praat. 'n Bandmasjien is tydens die fokusgroepbespreking gebruik om data op te neem. Na afloop van die sessie is tyd gegee vir ontlasting, in ooreenstemming met die etiese aspekte van navorsing. Die ouers het die geleentheid gehad om met die navorser te gesels oor die moeilike tyd waardeur hulle tot nou toe is. Die navorser het hierna terugvoer gegee ten

opsigte van die verdere verloop van die navorsing en die ouers was baie geïnteresseerd daarin om die program wat na aanleiding van hulle idees geskryf sou word, na voltooiing daarvan te lees.

Die volgende fokusgroepvrae (bylaag 6) is as riglyn benut:

- Watter aspekte met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremdheid beveel hulle aan moet ingesluit word in 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid?
- In watter mate beskik hulle as ouers oor voldoende kennis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die prognose daarvan?
- In watter mate beïnvloed hulle kind se oogtoestand die kind self, die ouers, die huwelik en die gesin?
- In watter mate voel hulle emosioneel toegerus om hierdie krisis te hanteer?
- In watter mate is hulle bewus van hulpbron-instansies in hulle omgewing waar hulle vir hulp kan gaan aanklop?
- In watter mate voel hulle bevoeg om hulle kind korrek te hanteer en op te voed sodat hy sy volle potensiaal kan bereik?
- In watter mate voel hulle bevoeg om hulle kleuter in die gesinsituasie te hanteer?

7.9 VERTROUENSWAARDIGHEID VAN KWALITATIEWE NAVORSING

Die navorser het gebruik gemaak van Guba (De Vos, 2002:351; Fouché & Delpont, 2002:67; Krefting, 1991:215) se strategieë om die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe navorsing te verseker. Lincoln en Guba (in De Vos, 2002:350-352) stel vier konstrukke voor waarvolgens kwalitatiewe navorsing vir vertrouenswaardigheid getoets kan word, naamlik: geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, betroubaarheid en bevestiging deur 'n daaropvolgende studie (conformability). Hierdie strategieë is gebruik om vooroordele ten opsigte van die kwalitatiewe bevindings te voorkom, asook om die waarde van die studiebevindings te assesseer.

7.9.1 Geloofwaardigheid

Dit is die interne geldigheid, waar die doel is om te bewys dat die studie op so 'n wyse uitgevoer is dat die inligtingsbron of onderwerp akkuraat geïdentifiseer en beskryf is (Guba in De Vos, 2002:352; Krefting, 1991:216). Vir hierdie studie is 10 ouerpare wat 'n

kind (0-19 jaar) met gesiggestremdheid in Pionierskool in Worcester het, betrek. Seleksie is deur die navorser en die opvoedkundige sielkundige van die skool gedoen op grond van ouers wat aan die kriteriavereistes voldoen het. Verskillende kultuurgroepe is betrek ten einde 'n meer realistiese beeld van Suid-Afrikaanse ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid se behoeftes, ervarings en leefwêreld te verkry. Daar kan dus met vrymoedigheid gesê word dat die navorser in hierdie kwalitatiewe studie gepaste respondente betrek het en dat die inligting wat ingesamel is, dít is wat sy gesoek het. Respondente het dus genoegsame kennis van die onderwerp gehad om toepaslike inligting te verskaf.

7.9.2 Oordraagbaarheid (veralgemening)

Oordraagbaarheid vergelyk die mate waarin bevindings wat binne een konteks verkry is, oorgedra kan word na 'n ander konteks of ander groepe (De Vos, 2002:351; Fouché & Delpont, 2002:67). Volgens Lincoln en Guba (in De Vos, 2002:352) kan triangulasie gebruik word as 'n strategie om die moontlikheid van oordraagbaarheid te vergroot. In hierdie studie is gebruik gemaak van bandopnames, waarna die inligting getranskribeer is, en veldnotas is ná die fokusgroepbespreking gemaak om die inligting te verifieer. 'n Literatuurstudie is gedoen en die mening van kundiges is gevra om inligting te bekom en te bevestig. Tydens die voorondersoek van die fokusgroepvrae het die navorser seker gemaak dat die vrae duidelik en spesifiek geformuleer is om nie twyfel oor die antwoord wat verwag word by die fokusgroep te laat ontstaan nie. Veranderinge wat na afloop van die voorondersoek aangebring is, behels onder meer die verfyning van vrae asook om vrae meer "oop" te formuleer vir die verkryging van ryk inligting binne die fokusgroep. 'n Oorkoepelende vraag is ook bygevoeg, naamlik: "Watter aspekte met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremdheid sal julle aanbeveel moet ingesluit word in 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid?" Dieselfde vrae is tydens die hoofondersoek aan die fokusgroep gevra.

7.9.3 Betroubaarheid (konsekwentheid)

Betroubaarheid in terme van navorsing impliseer dat dieselfde resultate verkry word elke keer wanneer die navorsing met dieselfde respondente of in 'n soortgelyke konteks gedupliseer word (Fouché & Delpont, 2002:67). Volgens Lincoln en Guba (in De Vos, 2002:352) is dit op sigself problematies in die geval van kwalitatiewe navorsing, omdat dit impliseer dat die sosiale omgewing onveranderd bly, wat nie moontlik is nie. In hierdie

studie is die presiese prosedure beskryf in 'n poging om die herhaalbaarheid daarvan te verseker. Triangulasie deur die bevestiging van data deur inligting uit verskeie bronne te bekom, is toegepas deur 'n fokusgroepbespreking, veldnotas en 'n literatuurstudie.

7.9.4 Bevestiging (objektiwiteit)

Ten einde die vertrouenswaardigheid van kwalitatiewe navorsing te verseker, is dit laastens nodig om objektiwiteit tydens die ontleding van data te verseker. Volgens Lincoln en Guba (in De Vos, 2002:352) is dit nodig om te vra of die bevindings van 'n studie deur dié van 'n ander studie bevestig kan word. Fouché en Delpont (2002:68) stem saam met Krefting (1991:215-216) dat dit noodsaaklik is dat die navorser moet seker maak dat die bevindings nie deur vooroordele, perspektiewe of motiverings van buite beïnvloed word nie. In hierdie studie is laasgenoemde deur triangulasie verseker, naamlik deur middel van die gebruik van 'n fokusgroepbespreking, veldnotas en 'n literatuurstudie.

7.10 KWALITATIEWE DATA-ONTLEDING

Die kwalitatiewe benadering stel die navorser in staat om inligting wat tydens die fokusgroepbespreking ingesamel is, met bevindings vanuit die literatuur te vergelyk, asook met die onderhoude wat met kenners gevoer is. Kwalitatiewe inligting wat ingesamel is, is volgens Creswell (2003:191-195) se generiese prosedure vir die verwerking van kwalitatiewe data ontleed en geïnterpreteer, terwyl Greeff (2002:318) se prosedure spesifiek ten opsigte van die ontleding van die fokusgroepdata stapsgewys gevolg is.

Creswell (2003:191-195) se prosedure is as volg:

- Transkribeer elke onderhoudsessie.
- Lees deur al die data om 'n geheelbeeld en algemene indruk te vorm.
- Kodeer die materiaal (identifiseer kernwoorde met verskillende kleure).
- Identifiseer temas tydens die koderingsproses deur byvoorbeeld verskillende kleure te gebruik.
- Omskryf die temas woordeliks en visueel met grafieke en tabelle.
- Interpretêer die data deur van bestaande literatuur gebruik te maak.

Volgens Greeff (2002:318) word fokusgroepdata in temas, subtemas en kategorieë ingedeel. Die gevaar bestaan egter dat daar aangeneem word dat data van fokusgroepbesprekings op dieselfde wyse as die transkripsie van 'n individuele onderhoud ontleed moet word (Greeff, 2002:318). Die navorser het egter daarop gelet dat die verskillende elemente van kwalitatiewe navorsing asook die kompleksiteit van groepinteraksie met die ontleding van fokusgroepdata gekombineer is. Die ontleding moet dus nie net op die groeplede fokus nie, aangesien bespreking in die fokusgroep nie net van die individue afhanklik is nie, maar ook van die groepsdinamika. Ontleding moet dus streef na 'n balans wat erkenning gee aan die tussenspel tussen die twee vlakke van ontleding. Ontleding sal dus die samevatting en beskouing van soortgelyke temas wees, asook die ondersoek na die wyse waarop dit verband hou met die verskillende individue sowel as binne die groep. Laasgenoemde aspekte is in ag geneem met die ontleding van die fokusgroepbespreking.

Greeff (2002:318) is van mening dat die doel van die ontleding van fokusgroepdata is om neigings en patrone wat herhaaldelik binne 'n enkele fokusgroep of tussen verskeie fokusgroepe voorkom, te identifiseer. Die basis vir ontleding is dus transkripsies, bandopnames, notas en die navorser se geheue. Greeff (2002:318) stel dit soos volg: "Analysis must be systematic, sequential, verifiable and continuous; it requires time, is jeopardized by delay, it seeks to enlighten, should entertain alternative explanations, is improved by feedback, and is a process of comparison."

Greeff (2002:318) verwys na Morgan, wat van mening is dat die navorser tydens ontleding aandag moet gee aan woorde, konteks, interne geldigheid, herhaling van temas, ekstensiwiteit van opmerkings, spesifiekheid van opmerkings, dít wat nie gesê is nie, en die ontdekking van die "kern" (Farber, 2006:367-375). Die navorser het laasgenoemde in ag geneem deur al die respondente se stellings, woorde en menings in konteks te sien teen die agtergrond van die onderwerp van bespreking in groepsverband en dit sodoende ontleed. Aangesien die tema so sensitief is, het die navorser ook baie goed gelet op die nieverbale kommunikasie van die respondente. Die navorser het die nieverbale boodskappe in ag geneem met die ontleding en prioritisering van die aspekte wat ouers voorgestel het.

7.11 BESPREKING VAN EMPIRIESE DATA

Die data wat uit die fokusgroepbespreking verkry is, word vervolgens onder twee hooftemas bespreek:

- Aspekte wat gedek moet word in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid binne gesinsverband.
- 'n Holistiese benadering tot die probleem (kleuter met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband) word verlang.

TABEL 7.1: TEMAS, SUBTEMAS EN KATEGORIEË

TEMAS	SUBTEMAS	KATEGORIEË
1. Aspekte wat gedek moet word in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid binne gesinsverband (7.13)	1.1 Emosionele begeleiding (7.13.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Direk na diagnose (7.13.1.1) • Lang termyn (7.13.1.2)
	1.2 Onkunde by die ouer in verskeie areas (7.13.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Versorging en hantering van die kleuter met gesiggestremdheid (7.13.2.1) • Effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal) met die kleuter met gesiggestremdheid (7.13.2.2) • 'n Algemene gevoel van onkunde met betrekking tot die kleuter met gesiggestremdheid (7.13.2.3) • Mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en korreksies en/of aanpassings wat aangebring kan word)

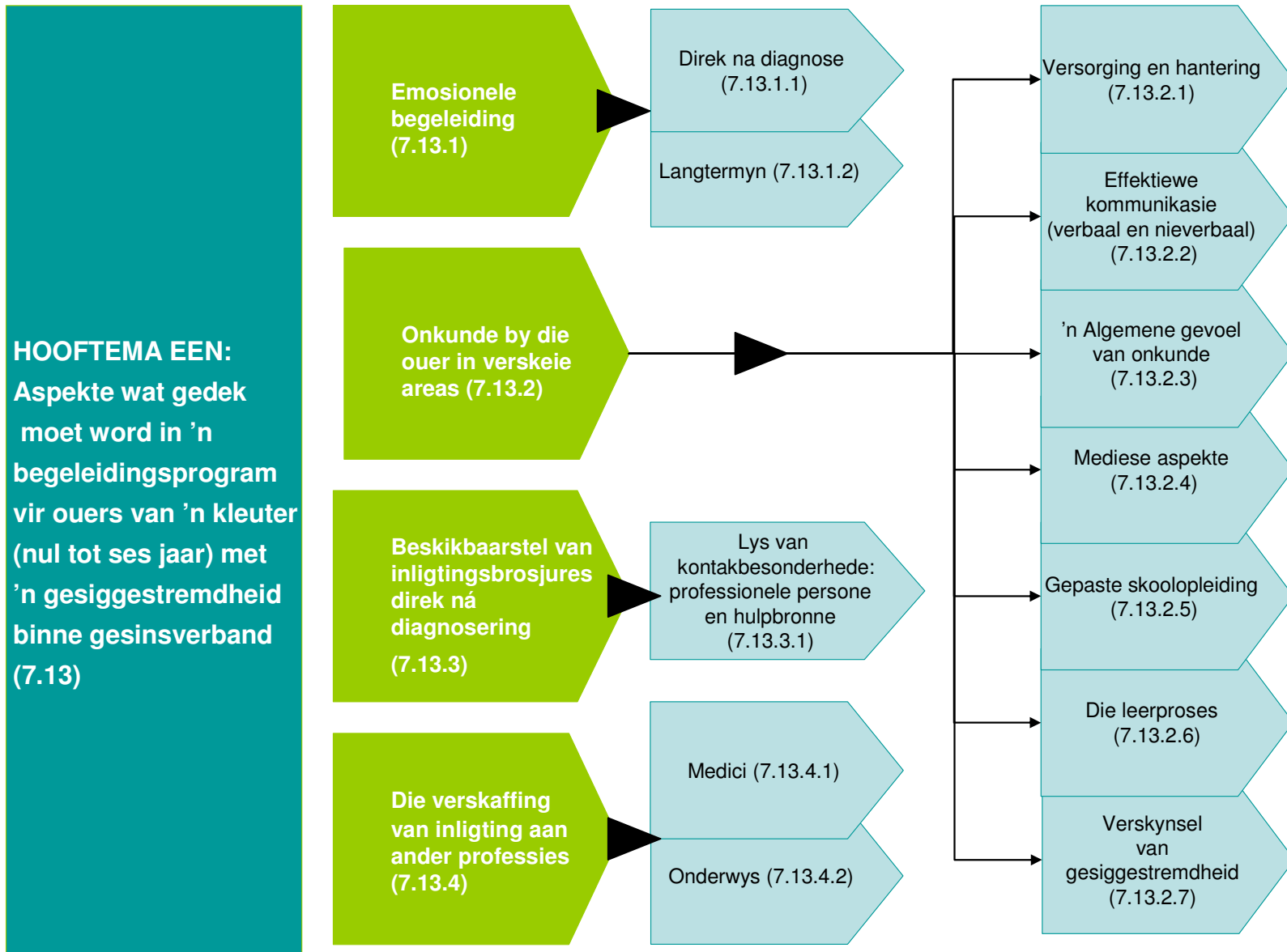


		<p>(7.13.2.4)</p> <ul style="list-style-type: none">• Gepaste skoolopleiding (7.13.2.5)• Leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid (7.13.2.6) <p>Verskynsel van gesiggestremdheid (7.13.2.7)</p>
	<p>1.3 Die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures direk ná diagnosering (7.13.3)</p>	<ul style="list-style-type: none">• 'n Lys van kontakbesonderhede van professionele persone in die veld van gesiggestremdheid (dit sluit 'n lys van beskikbare hulpbronne, byvoorbeeld skole en inrigtings, in) (7.13.3.1)
	<p>1.4 Die verskaffing van inligting aan ander professies (7.13.4)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Medici (7.13.4.1)• Onderwys (7.13.4.2)
<p>2. 'n Holistiese benadering tot die probleem (kleuter met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband) (7.14)</p>	<p>2.1 Verhouding en grootmaak van die kleuter met gesiggestremdheid (7.14.1)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Maak die kleuter met gesiggestremdheid so normaal moontlik groot (7.14.1.1)• Kwessie van oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid (7.14.1.2)• Oormatige hulpverlening teenoor selfstandigheid en onafhanklikheid (7.14.1.3)• Kwessie van manipulasie by die kleuter met gesiggestremdheid (7.14.1.4)
	<p>2.2 Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer (7.14.2))</p>	<ul style="list-style-type: none">• Finansiële stres (7.14.2.1)• Werksverhouding (7.14.2.2)• Sosiaal (7.14.2.3)

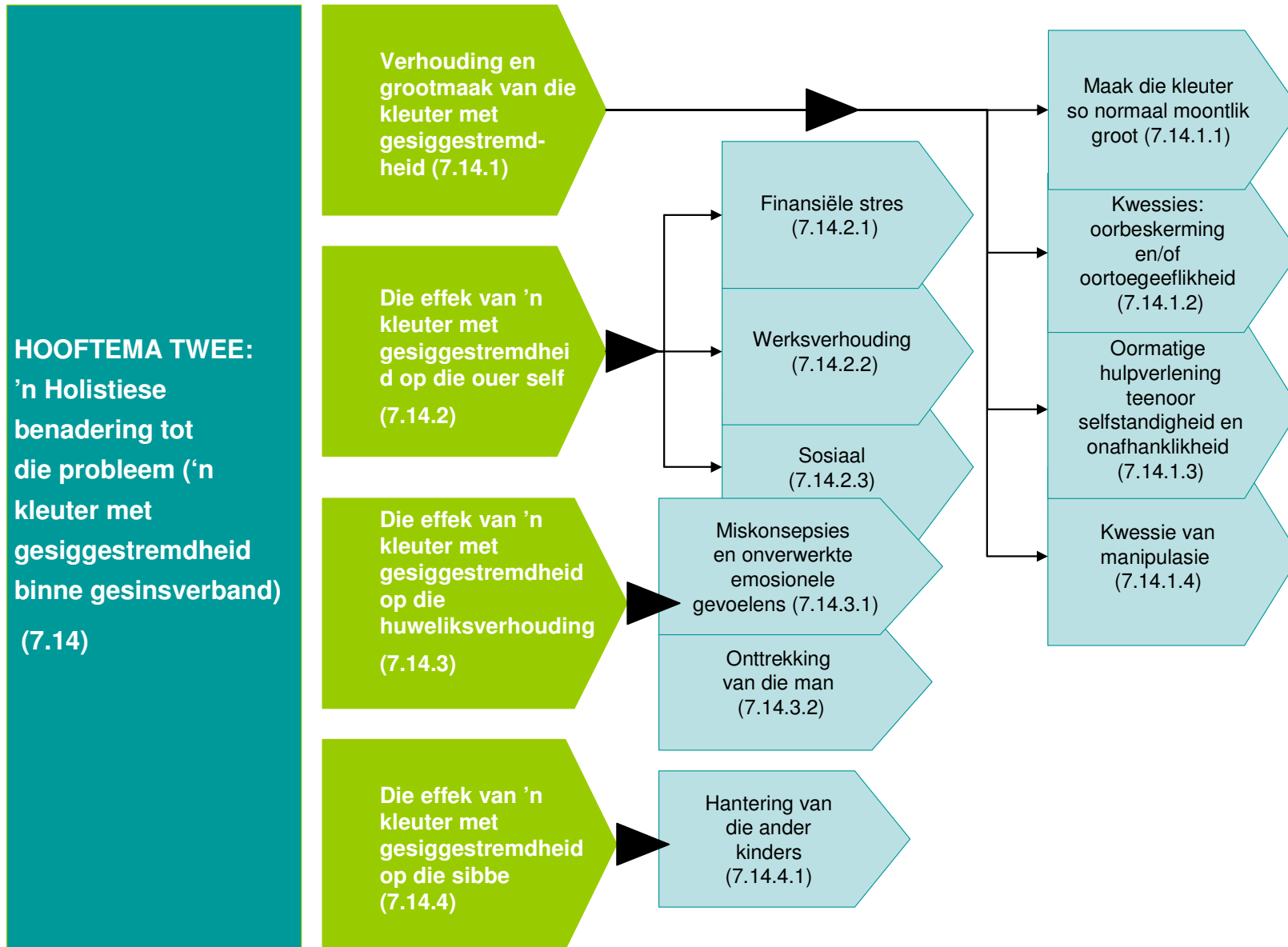


	2.3 Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding (7.14.3)	<ul style="list-style-type: none">• Miskonsepsies en onverwerkte emosionele gevoelens (7.14.3.1)• Onttrekking van die man (7.14.3.2)
	2.4 Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe (ander, normaalsiende kinders in die huisgesin) (7.14.4)	<ul style="list-style-type: none">• Hantering van die ander kinders (7.14.4.1)

Ter illustrasie van tabel 7.1 word die twee hoofemas met hul onderskeie subtemas en kategorieë in twee afsonderlike vloiediagramme uitgebeeld:



FIGUUR 7.1



FIGUUR 7.2

7.12 SOSIO-DEMOGRAFIESE KENMERKE VAN DIE RESPONDENTE

Die demografiese besonderhede van die respondente omvat hulle geslagsverspreiding, huwelikstatus, kultuurgroep, huistaal, inligting oor hulle kind met gesiggestremdheid (geslag en ouderdom), verwantskap met die kind met gesiggestremdheid, asook inligting ten opsigte van die ander kinders in die gesin.

TABEL 7.2: GESLAGSVERSPREIDING VAN DIE RESPONDENTE

GESLAG VAN DIE RESPONDENTE	GETAL
Manlik	3
Vroulik	10
N=	13

TABEL 7.3: HUWELIKSTATUS VAN DIE RESPONDENTE

HUWELIKSTATUS VAN DIE RESPONDENTE	GETAL
Getroud	9
Enkellopend as gevolg van verlating	2
Geskei	2
N=	13

TABEL 7.4: KULTUURGROEPE VAN DIE RESPONDENTE

KULTUURGROEP VAN DIE RESPONDENTE	GETAL
Wit	9
Bruin	4
N=	13

TABEL 7.5: HUISTAAL

HUISTAAL VAN DIE RESPONDENTE	GETAL
Afrikaans	12
Engels	1
N=	13



TABEL 7.6: GESLAG VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID

GESLAG VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	GETAL
Manlik	7
Vroulik	4
N=	11

TABEL 7.7: VERWANTSKAP MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID

VERWANTSKAP MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	GETAL
Vader	3
Moeder	10
N=	13

TABEL 7.8: INLIGTING MET BETREKKING TOT ANDER KINDERS IN DIE GESIN

INLIGTING MET BETREKKING TOT ANDER KINDERS IN DIE GESIN	GETAL
Ja	3
Nee	10
N=	13

TABEL 7.9: INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE OUDERDOM VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID

OUDERDOM VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	GETAL
Tussen 13 en 14 jaar	2
Tussen 15 en 16 jaar	2
Tussen 17 en 18 jaar	7
N=	11

7.13 HOOFTEMA EEN: ASPEKTE WAT GEDEK MOET WORD IN 'N OUERBEGELEIDINGSPROGRAM VIR OUERS VAN 'N KLEUTER (NUL TOT SES JAAR) MET GESIGGESTREMDHEID BINNE GESINSVERBAND

Aspekte wat gedek moet word in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid binne gesinsverband, is die eerste hoofteema wat

geïdentifiseer kan word vanuit die kwalitatiewe data wat ingesamel is vanuit die fokusgroepbespreking met ouers wat 'n kind (0-19 jaar) in Pionierskool in Worcester het.

7.13.1 Subtema een: Emosionele begeleiding

Die volgende aspekte is onder emosionele begeleiding geïdentifiseer:

7.13.1.1 Emosionele begeleiding direk na diagnose: Skok en onsekerheid

Al die respondente het saamgestem dat die aanhoor van die slegte nuus, dit wil sê dat hulle kind gesiggestremd is, vir hulle 'n “ongelooflike groot skok” was en dat hulle “totaal en al verlore en ontwrig gevoel het”. Hierdie emosionele bekenning bevestig Kerr (1993:7) en Cook *et al.* (2004:41) se stelling dat die meeste ouers platgeslaan voel met die diagnosering van 'n oogtoestand by hulle kind.

Die ouers druk hulle verder soos volg uit:

- “... die belangrikste is seker as 'n mens hoor dat jou kind gesiggestremd is; dis oor die onsekerheid.”
- “... mens weet eintlik nie regtig watter kant toe nie.”
- “... want jou hele wêreld val plat.”
- “... jy gaan by daardie spreekkamerdeure uit en jou wêreld is omgekeer. Jy weet nie waarheen nou nie.”
- “... Ewe skielik is hierdie kind nou melaats. Nou gee hulle daai kind vir jou as ouer terug. Jy moet dit verwerk. Die kind moet dit verwerk.”
- “... ek was skaam, want dit is wat met my gebeur het.”
- “... dit is 'n emosionele pyn en mense weet regtig nie waardeur jy daardie tyd gaan nie.”
- “... op daardie stadium was my oudste kind ook in 'n ongeluk gewees en ons het nou eintlik dubbele verlies hanteer.”
- “... Dit is so 'n groot skok en wat om te doen en wie om mee te praat.”
- “... nege weke later bel jou vrou jou by die werk en sê vir jou jou kind is blind. Nou het jy nie meer kastele nie. Jy het intussen iemand gesoek om hulle te verf en nou het jy niks.”
- “... I think what for me was the most horrific thing was to accept that the first time I heard that they were going blind – I didn't really want to accept it ...”

- “... die eerste wat by my opgekom het: Wat gaan ek vir my kinders sê? Hoe gaan my kinders dit aanvaar?”

Dit blyk uit die empiriese data dat al die respondente die dag waarop hulle die eerste keer van hulle kind se gesiggestremdheid gehoor het, goed kan onthou. Dit is as’t ware ingeëts in hulle geheue. Die respondente rapporteer emosies van totale ontwrigting, skok, onsekerheid, verwardheid, verlorenheid, skaamheid en ’n gevoel van platgeslaan wees met die diagnosering van hulle kind se gesiggestremdheid.

Literatuur (4.3) het aan die lig gebring dat die reaksie van ouers wat vir die eerste keer hoor dat hulle baba ’n gestremdheid het, vergelyk kan word met dié van iemand wat in rou verkeer (Lerner *et al.*, 1998:48). Literatuur (4.3, 4.3.1) bevestig dus die aanvanklike gevoelens van skok by die ouer, aangesien die eerste fase van hierdie rouproses skok en ongeloof is. Vanuit die literatuur (4.1) kom dit ook na vore dat ouers individue is – elk met eie karaktereienskappe wat sal bepaal hoe hulle reaksie teenoor en aanvaarding van die kind met gestremdheid sal wees.

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat ’n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van ’n kleuter met gesiggestremdheid voorsiening moet maak vir voldoende inligting met betrekking tot die emosionele toestand waarin ouers direk na diagnosering verkeer. Hierdie aspek moet tydens die ontwerp van die intervensieprogram in ag geneem word.

7.13.1.2 Emosionele begeleiding: Lang termyn

Die respondente het ook emosionele begeleiding op ’n langtermynbasis as behoefte geïdentifiseer. Respondente het soos volg daarvoor gerapporteer:

- “... mens weet eintlik nie regtig watter kant toe nie en waar om hulp te gaan soek nie.”
- “... because you fear the unknown.”
- “... I feel especially with women ... sometimes we are emotional ... we sometimes take bigger strain ... we shed tears easy and it was a big strain we had ...”
- “... Ek het net gehuil elke dag van my lewe.”
- “... dit is sulke slegte emosies en dinge wat jy ervaar ... dit is dalk nie die moeite werd nie.”
- “... die emosionele self verwerk het.”

- “... met ander woorde jy het dadelik iemand wat jou emosies verstaan en daai wat jy nie vorentoe weet nie, maar jy het iemand wat half leiding neem en vir jou sê: ‘Luister, daarna moet ons nou kyk’.”
- “... Mens weet eintlik nie hoe om so ’n kind te hanteer nie. In alles: hoe om hom groot te maak en hoe om te leer en watter skoolopleiding. Alles is eintlik ’n probleem. Mens weet nie wat die toekoms, want jy is nie voorbereid daarop nie.”
- “... ons dit hoor, dan is dit eina ...”
- “... vir my was dit so moeilik gewees ...”
- “... nie een van ons as ouers het gedink dit sal met ons gebeur nie.”
- “... sit ons en praat van daai pyn en daai seer ...”
- “... en jy het niemand wat jou ondersteun in daardie tyd nie. Niemand.”

Vanuit die empiriese data is dit duidelik dat die ouers van ’n kind met gesiggestremdheid begeleiding op ’n langtermynbasis benodig. Respondente noem dat daar met elke nuwe krisis besluite geneem moet word. Ouers voel onseker en het dus begeleiding nodig ten einde die volgende stap te kan neem. Respondente beskryf hulle gevoel van onsekerheid op die lang termyn soos volg:

- “... so I feel as parents we need somebody to guide parents how to accept and what is the next step and guidance and counselling and even as a family – somebody to ... as a family, because we are special people; we kind of feel we can do this, but in the meantime we weren’t really coping. I feel there is no emphasising – there are no people to fall back on.”
- “... raad te kom kry, in te win en te sê hoe loop jy die pad vorentoe.”
- “... nêrens is daar so iemand by wie jy kan gaan kers opsteek of niks nie.”

Met elke doktersbesoek, waar daar veral weer “slegte nuus” aangehoor word, het die ouer emosionele ondersteuning nodig van iemand wat hulle situasie ken. Respondente het soos volg berig:

- “... Ek het net gehuil elke dag van my lewe en jy is van die een dokter na die ander dokter en dan ontdek hulle dit en dan is dit sy gehoor en dan gaan ons eers weer – dan is dit ’n brein-scan-toets. Een dokter het gesê van S – hulle weet nie of hy sal doof raak of niks nie en om dan uit daardie hospitaal ... weereens – dit het vir my gevoel elke keer jy bou ... dit is vir my as iemand wat baie emosioneel is ... so vir my het dit gevoel jy bou ’n baksteenmuurtjie.”

- “... jy voel net jy moet met iemand praat – iemand moet kan help, want jy is van die een dokter na die ander en dan ...”
- “... iemand moet kan help, want jy is van die een dokter na die ander en dan ontdek hulle dit ...”

Vanuit die literatuur (4.9.2) is dit duidelik dat die ouers van kinders met 'n gesiggestremdheid voortdurend emosionele worsteling in tye van krisis ervaar. Ouers word telkens gekonfronteer met 'n nuwe lewensfase by hulle kind met gesiggestremdheid. Die proses van aanvaarding word as 'n herhalende proses wat elke keer weer bereik moet word, omskryf. Aanpassing en aanvaarding word dus as 'n herhalende en aaneenlopende (continual cyclical) proses beskou, wat beteken dat die ouer sy kind se toestand tydens 'n spesifieke tyd in sy kindertyd aanvaar, maar dit dan weer tydens 'n volgende lewensfase baie moeilik en stresvol vind om te aanvaar. Voorbeelde hiervan is wanneer 'n ouer positiewe emosies ervaar wanneer sy kind in 'n versorgingsgroepie is, maar dan weer opstandige en stresvolle emosies ervaar wanneer sy kind agter raak by sy ouderdomsgroep. 'n Ander voorbeeld is wanneer die ouer aanvaar dat sy kind met gestremdheid afhanklik is van hom wanneer dit ouderdomsgepas is, maar dit moeilik vind om dit te aanvaar wanneer die kind reeds in adolessensie is (4.9.3). Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat langtermynondersteuning aan die ouer van 'n kind met gesiggestremdheid baie waardevol en noodsaaklik kan wees, aangesien krisisperiodes voortdurend ervaar word. Ouers sal sodoende gehelp kan word om deur emosies van teleurstelling, hartseer, woede en/of frustrasie te werk en gouer weer 'n gevoel van homeostase te bereik.

Die waarde van ondersteuningsgroepe, waar ouers met dieselfde probleem met mekaar kan gesels en sodoende ondersteuning aan mekaar kan bied, kan ook nooit onderskat word nie. Een respondent het haar mening ten opsigte van die waarde van 'n ouerondersteuningsgroep soos volg opgesom:

- “... wil sê daar behoort vir nuwe ouers 'n ouerondersteuningsgroep te wees. 'n Ander ma met wie jy kan gaan praat – wat vir jou kan raad gee. Dit het regtig vir my verskriklik baie beteken.”

7.13.2 Subtema twee: Die onkunde van die ouer in verskeie areas moet aangespreek word

Vanuit die empiriese data het dit na vore gekom dat respondente 'n behoefte aan leiding en inligting het ten einde die ouers se onkunde in verskeie areas aan te spreek. Areas van onkundigheid wat geïdentifiseer is, was met betrekking tot die versorging en hantering van die kleuter met gesiggestremdheid, effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal), 'n algemene gevoel van onkundigheid rondom die kind met gesiggestremdheid, mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en korreksies en/of aanpassings wat aangebring kan word), gepaste skoolopleiding, die leerproses by die kind met gesiggestremdheid, asook onkundigheid rondom die verskynsel van gesiggestremdheid.

7.13.2.1 Onkunde ten opsigte van die versorging en hantering van die kleuter met gesiggestremdheid

Soos in hoofstuk vier (4.7.2.1) bespreek is, blyk dit uit verskeie bronne dat ouers 'n diagnose van gestremdheid as iets vreemds, onbekends en dus vreesaanjaends ervaar. Dit kan angstigheid meebring wat veroorsaak dat die ouer nie meer objektief en realisties kan dink nie. Hy verloor dus uit die oog dat dit steeds 'n baba met normale behoeftes is – die hele baba word “die diagnose” van gesiggestremdheid en die ouer vrees dus later as't ware sy baba. Dit laat hom onbevoeg voel om op 'n normale vlak met die baba te assosieer. Twee respondente het onbevoeg gevoel met betrekking tot die normale versorgingstake van hulle kind met gesiggestremdheid direk ná diagnose:

- “... Dit is iets heeltemal vreemds. Mens weet eintlik nie hoe om so 'n kind te hanteer nie. In alles – hoe om hom groot te maak en hoe om te leer en watter skoolopleiding. Alles is eintlik 'n probleem.”
- “Die aand toe ek by die huis kom ... Ek moet die kind voer; ek moet haar droogmaak; ek moet nou dit doen. Ek sê nee, ek gaan dit nie doen nie, want die kind ken nie vir my nie. Ek moet haar wasgoed ... al daai goed het onmiddellik deur my kop gegaan en agterna toe ek besef dit is my kind ...”

Die navorser is van mening dat dit uit beide die empiriese data en literatuur (4.7.1) blyk dat ouers van kleuters met gesiggestremdheid baie onseker en onkundig voel ten opsigte van die versorging en hantering van hierdie kind direk na diagnosering. Die diagnose van “gesiggestremdheid” verander aanvanklik die wyse waarop die ouer sy kind sien. Die kind

voel skielik “anders” en “vreemd” en die ouer voel onkundig, verloor sy selfvertroue en voel onbevoeg met betrekking tot die normale versorging van en kommunikasie met die kind.

7.13.2.2 Onkunde met betrekking tot effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal)

Daarbenewens blyk dit ook uit die empiriese data dat ouers onkundig voel ten opsigte van effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal) met die kleuter met gesiggestremdheid. Drie respondente het gerapporteer dat hulle “foute” gemaak het, omdat hulle bloot nie geweet het hoe om met die kind te kommunikeer nie. By gebrek aan ’n handleiding wat inligting verskaf, moes hulle met verloop van tyd besef wat hulle verkeerd doen:

- “... As jy as ouer van kleins af sekere goedjies ... soos jy dit nou eers op watter ouderdom het sy dit vir jou begin sê – toe besef jy: My kind het dit nooit geweet nie. Jy het nooit geweet sy weet dit nie.”
- “... jy vergeet hy sien nie ek knik nie. Hy sal sê: ‘Ek het jou iets gevra,’ en dan sê ek: ‘Maar ek het jou geantwoord,’ maar intussen het hy nie die antwoord gesien nie. Ek bedoel as mens van die begin af daardie leiding gehad het ...”
- “... Dit is onkunde. Jy het hierdie ding – die kind kan nie nou ver kyk nie. Jy moet nou vir haar kyk. Nog iets wat ek gedoen het, onwetend, is ek sal sê ...”

Onkunde aan die kant van die ouer met betrekking tot kommunikasie (verbaal en nieverbaal) met die baba of kleuter met gesiggestremdheid word ook deur die literatuur (1.1, 2.13.1.2, 4.7.1) gestaaf. Effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal) met die baba met gesiggestremdheid vereis baie energie en tyd, asook sensoriese kontak. Indien ’n ouer onkundig is ten opsigte hiervan, kan dit tot misverstande lei en ook die bindingsproses tussen baba en ouer benadeel (4.7.1). Uit bogenoemde blyk dit dus dat kommunikasie ’n baie belangrike aspek is ten opsigte van die bindingsproses en die emosionele welstand van die ouer sowel as kind. Dit was dus nodig om aspekte in die ouerbegeleidingsprogram in te werk ten einde riglyne met betrekking tot effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal) te gee.

7.13.2.3 Algemene gevoel van onkunde rondom die kleuter met gesiggestremdheid

Uit die empiriese data blyk dit ook dat die respondente aan die begin ’n algemene gevoel van onkunde ervaar rondom die kleuter met gesiggestremdheid:

- “... In die begin was ek net so onkundig.”
- “... as daar ’n handleiding was, dan het jy geweet en jy kon die mense ingelig het en vir die kleuter gehelp het en vir jouself.”
- “...Dit is iets nuuts op ouers. Ons het nie sielkunde geswot nie. Ons het nie daardie agtergrond nie.”
- “... ek weet self nie, maar ...”
- “... Nou sê ek – ek het al my goed verkoop. Ek gaan nie visvang en K... moet by die huis bly nie. Hoe gaan ons visvang?”
- “... maar ons het dit nooit geweet nie.”
- “... ek het heeldyd gesit en dink ek hoef nie speelgoed by sy cot te hê nie, want wat sal dit nou help? Ek hoef ook nie hierdie prentjiegoed om sy ... wat noem jy dit?”
- “... jy het nie hierdie onsekerheid soos M... ook netnou gesê het nie.”

Vanuit die literatuur (4.2) is dit duidelik dat alle ouers uiteraard op ’n leerkurwe is vanaf die oomblik wanneer hulle baba gebore word, maar die ouer wat ’n baba met ’n spesiale behoefte in die lewe bring, is op ’n spesiale “blitskursus” ten opsigte van die versorging en hantering van die kind. Hierdie leerkurwe wat die ouer met ’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 bestuur 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 en laasgenoemde se toekoms (4.2). Die literatuur (4.3) bevestig ook dat ’n ouer dit as baie moeilik en angswekkend kan ervaar om te moet leer hoe om met ’n kind wat ’n spesiale behoefte het, saam te leef. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat ouers van kleuters met ’n gesiggestremdheid oor baie kwessies ten opsigte van die kind onseker voel. Dit blyk dus dat respondente oor die volgende aspekte onseker voel:

- die mediese aspekte van die oogtoestand (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en/of korreksies en aanpassings wat aangebring kan word);
- die mees gepaste skoolopleiding wat nodig is;
- die leerproses by die kind met gesiggestremdheid;
- die toekoms van die ouer, kind en gesin; asook
- gestremdheid as ’n verskynsel (die fenomeen van gesiggestremdheid).

Die navorser moet dus al laasgenoemde aspekte in ag neem met die ontwerp van die ouerbegeleidingsprogram ten einde inligting aan die ouers te verskaf rakende hierdie aspekte.

7.13.2.4 Onkunde met betrekking tot die mediese aspekte van gesiggestremdheid (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en/of korreksies en aanpassings wat aangebring kan word)

Een respondent het gerapporteer dat hy onkundig was ten opsigte van die diagnose van sy kind met gesiggestremdheid:

- “... I never knew. I always wondered what was wrong until they were about five and then the doctor actually ...”

Die literatuur (1.1) ondersteun hierdie bevinding, naamlik dat baie ouers onkundig is ten opsigte van die diagnose van hulle kind se oogtoestand. Literatuur (4.3.1.1) dui daarop dat die rede hiervoor kan wees dat hulle so geskok en getraumatiseer was toe die dokter dit aan hulle meegedeel het dat hulle nie 'n woord gehoor of kan onthou nie. Literatuur (1.1) dui daarop dat 'n verdere rede hiervoor kan wees dat ouers bloot nie die mediese terme en begrippe verstaan wat die mediese personeel gebruik wanneer die diagnose gemaak word nie. Daarby beskik oogspesialiste ook nie altyd oor die tyd of opvoedkundige kennis om met die diagnosering van 'n spesifieke oogkondisie die impak daarvan op die kind se emosionele gesondheid, gedrag en akademiese prestasie met die ouers te bespreek nie. Vanuit die navorser se ervaring met ouers van kinders met gesiggestremdheid, dra hulle ook nie kennis van die prognose, mediese behandeling of aanpassings of korreksies wat aangebring kan word ten einde die kind met gesiggestremdheid gemakliker te maak nie. Die mediese aspekte met betrekking tot gesiggestremdheid by kleuters en hulle huisgesin moet in ag geneem word tydens die ontwerp van die ouerbegeleidingsprogram ten einde ouers te bemagtig met voldoende kennis.

Vier respondente het gerapporteer dat hulle onseker en onkundig voel oor die toekoms en die prognose van hulle kind se oogtoestand:

- “... wanneer daar 'n nuwe krisis kom – ons weet nie wat is next nie ... op die oomblik is hulle sig ... hulle dra 'n minus-26-kontaklens ... ons het 'n jaar gelede uitgevind jy kry 'n kontaklens tot minus 52. So daar is nuwe hoop ...”

- “... die onsekerheid is nogal iets wat regtig by ouers val. I am always wondering what is going to be next ...”
- “... jy wonder altyd, want jy weet nie wat dit gaan inhou nie en jy loop en jy bid maar altyd ...”
- “... Onsekerheid vir die toekoms en ek dink ...”
- “... Mens weet nie wat die toekoms, want jy is nie voorbereid daarop nie.”
- “Een het 5% visie in sy een oog ... ons wag amper wat is die volgende stap ... as ons by ’n volgende level kom, dan moet ek my voete onder my uitslaan ... op die oomblik sit ek en dink: Wat is die next level?”
- “... you still don’t know what you are going to do tomorrow.”

Literatuur (2.13.1.3, 2.13.2.3, 2.13.3.3) bevestig dat dit noodsaaklik is dat ouers ingelig moet wees ten opsigte van die toekoms en prognose van hulle kind se oogtoestand. Verskillende oogtoestande het verskillende prognoses, aanbevole mediese behandeling en aanpassings en korreksies wat aangebring moet word (2.11). Dit is dus belangrik dat die ouer ten volle ingelig moet wees met betrekking tot die kind se spesifieke oogtoestand, prognose, mediese behandeling en korreksies wat aangebring kan word ten einde gemak en maksimale funksionering by die kind teweeg te bring. Die navorser is van mening dat hierdie kwessie verband hou met die maksimale holistiese funksionering en ontwikkeling op alle vlakke by die kind met gesiggestremdheid. Hierdie aspekte (mediese aspekte met betrekking tot gesiggestremdheid by die kleuter) moet in ag geneem word tydens die ontwikkeling van ’n ouerbegeleidingsprogram.

’n Ander respondent was weer onseker oor die oorsaak van sy kleuter se gesiggestremdheid:

- “... my bekommernisse was ... heel aan die begin was ons nie seker wat was die oorsaak – was ons bang dat die oorsaak ...”

Vanuit die literatuur (2.1) is dit duidelik dat daar baie oorsake van gesiggestremdheid by kinders kan wees. Uit die literatuur (4.3.1.4) blyk dit ook dat ouers nie ingelig is met betrekking tot die oorsaak van hulle kind se gesiggestremdheid nie en die rede soek vir hierdie lot wat hulle gesin getref het om sodoende te bepaal wie die blaam moet dra. By baie ouers is ’n sterk skuldgevoel wat maak dat hulle hulleself of iemand anders vir die kind se toestand blameer. So word gesoek na oorsake tydens die moeder se swangerskap, sodat sy die skuldige is, of die familiegeskiedenis word nagegaan om te kyk

of daar in die voorgeslagte ook ander was wat “abnormaal” was, of die dokter of verloskundige kry die skuld vir verkeerde optrede by geboorte of nalatigheid daarna. Ander beskou die kind se gestremdheid as ’n goddelike straf vir ’n vermeende sonde wat gepleeg is, of ’n metode van God om die ouers se geloof te toets soos met Job van ouds. Die ouer probeer telkens terugdink, maar sal waarskynlik niks konkreet vind nie. Literatuur (4.3.1.4) bevestig dat gestremdheid in veral tradisionele en animistiese samelewings beskou word as die gevolg van “verkeerde gedrag” en word dus as ’n straf gesien. Wat soms na ’n skuldgevoel lyk, is dikwels ’n reaksie op diepgevoelde droefheid. Die ouers kry nie antwoorde op hulle vrae nie en voel uitgesluit uit die gemeenskap. Die navorser is van mening dat onkunde ten opsigte van die oorsaak van die kind se gesiggestremdheid destruktief kan wees vir alle verhoudings binne die gesin. Die huweliksverhouding kan erg hierdeur benadeel word indien ouers mekaar verwyt en blameer (4.3.1.4). Verder word die hele gesinsisteem geaffekteer indien die huweliksverhouding onder spanning verkeer (1.1, 3.4.1).

Twee respondente het gerapporteer dat hulle onkunde met betrekking tot die oorsaak van hulle kind se gesiggestremdheid inderdaad hulle huwelik nadelig beïnvloed het:

- “... [emosioneel] ... dit is een van die miskonsepsies en dit is ... onbewustelik dra jy daardie – dat jy dink dit is jou skuld of die man dink dit is sy skuld. So as iemand met die huwelik, met die ouerpaar, kon gewerk het en gesê het dit is nie julle skuld nie.”
- “... in my geval was dit ... ek het geskei, want my man kon dit nie aanvaar nie en soos sy gesê het – jy wonder wie se skuld dit is, maar vir my is pertinent gesê dit is my skuld en ek is verantwoordelik gehou daarvoor en die huwelik kan dit nie hanteer en oorleef nie.”

Die bespreking onder hoofteema twee (7.14.3) sluit by bogenoemde bespreking aan.

7.13.2.5 Onkunde met betrekking tot die mees gepaste skoolopleiding

Een respondent het gerapporteer dat sy en haar man albei onderwysers is en die kinders jare lank in ’n gewone skool gehou het en van hulle verwag het om aan te pas – weens onkunde. Hulle het nie geweet hoeveel hulle kinders met gesiggestremdheid werklik kon doen nie, asook wat die effek van die spesifieke oogtoestand op die kinders se visie was nie (die prognose van die oogtoestand). Hulle het gerapporteer dat hulle onkundig was

en dus nie bewus was daarvan dat hulle kinders met gesiggestremdheid gesukkel het (akademies en emosioneel) in die normale skool nie.

- “... because we are both teachers we kept them in a normal school as long as possible, because we weren't really ... we knew that they are short-sighted and we knew that they were ... they weren't seeing as well, but we never thought that they are going blind until a doctor told us and it was a shock and you still have hope and you still believe that a miracle can happen. So we kept them in a normal school up to grade six, until they realised that they are not coping, and with children in their class ... children don't accept ... if they walk up to the board they will throw them with pens and they have been placed in a category and that wasn't good.”

Literatuur (1.2, 2.11) bevestig dat ouers nie kennis dra van verskillende oogtoestande nie en dus nie bewus is van die wyse waarop die spesifieke oogtoestand hulle kind se oë affekteer nie. Elke oogtoestand affekteer visie verskillend. Die navorser is dus van mening dat indien ouers onkundig is oor die diagnose van hulle kind se oogtoestand, hulle ook onkundig is met betrekking tot wat hulle kind kan doen en sien en hoe om hom te help ooreenkomstig sy probleem. Die mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en/of korreksies en aanpassings wat aangebring kan word) van al die verskillende oogtoestande by kinders is in ag geneem tydens die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram.

Die navorser is van mening dat bogenoemde kwessie aansluit by die ouers se onkunde met betrekking tot skole vir gesiggestremdheid. Dit hou verder verband met die bespreking van subtema drie, waarvolgens inligtingsbrosjures met die kontakbesonderhede van kundiges, skole en organisasies aan die ouer verskaf moet word (7.13.3). Een respondent het gerapporteer dat hy heeltemal onkundig was oor spesifieke skole:

- “... we never knew about schools and stuff.”

Die navorser is van mening dat hierdie aspek belangrik is met die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram.

7.13.2.6 Onkunde met betrekking tot die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid

Een respondent het gerapporteer dat hy onseker voel oor hoe om nuwe dinge vir die kleuter met gesiggestremdheid aan te leer:

- “... My kind weet nie hoe om ’n kwas vas te hou nie. Never mind hoe om te verf, want hy weet nie wat om te doen nie.”

Vanuit die literatuur (2.13.1.2, 5.11, 5.14) is dit duidelik dat ouers spesifieke tegnieke en strategieë kan volg ten einde die leerproses vir die kind met gesiggestremdheid te bevorder. Weens die feit dat die kind met gesiggestremdheid nie volgens die normale proses van leer, naamlik deur middel van nabootsing en observasie kan leer nie, is dit noodsaaklik dat die ouers ingelig moet wees ten opsigte van spesifieke strategieë om die leerproses te bevorder. Die navorser is van mening dat hierdie aspek verband hou met die leerproses by die kind met gesiggestremdheid en die ouer as sy natuurlike leermeester. Dit word dan ook beskou 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 binne ’n natuurlike proses beskou (5.11). Hierdie aspekte is in gedagte gehou tydens die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram.

7.13.2.7 Onkunde met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid

Een respondent het gerapporteer dat hy onkundig was oor gestremdheid as ’n verskynsel:

- “... I had another big problem which was on my case even more emotional and certain things in my family happened where I was been scared of disabled.”

Literatuur (4.3.1.4) bevestig dat die samelewing, en veral sekere tradisionele en animistiese kulture, gestremdheid as die gevolg van “verkeerde gedrag” en as ’n straf beskou. Individue, ook ouers, kry nie antwoorde op hulle vrae nie en voel uitgesluit uit die gemeenskap. Die navorser is van mening dat gestremdheid dus by sekere kulture vrees, ’n gevoel van ongemak en skuldgevoelens kan inboesem. Kundiges wat leiding aan hierdie ouers verskaf, moet kultuursensitief wees en kennis dra van die persepsies in die individu se kultuur. Die navorser is van mening dat hierdie kwessie ook verband hou met

onkunde ten opsigte van die mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en/of korreksies en aanpassings wat aangebring kan word) met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid. Hierdie is 'n verdere aspek wat in gedagte gehou moet word tydens die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram.

7.13.3 Subtema drie: Die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures direk na diagnosering

Met die diagnosering van hul kind se gesiggestremdheid, is ouers geskok en ontwrig (7.13.1). Hierdie ouers het 'n dringende behoefte aan hulp en raad direk nadat hulle hierdie slegte nuus ontvang het (7.13.1.1).

7.13.3.1 Die beskikbaarstel van 'n lys van professionele persone in die veld van gesiggestremdheid

Respondente het die behoefte aan inligtingsbrosjures en die kontakbesonderhede van kundiges direk na diagnosering soos volg beskryf:

- "... in die spreekkamers en so aan moet daar ook adresse, telefoonnommers en so aan beskikbaar wees."
- "... daar is ... wat ek sou sê soos inligtingsbrosjures – want jou hele wêreld val plat. Ons familie beide kante ... nêrens is daar so iemand by wie jy kan gaan kers opsteek of niks nie ..."

Vanuit die empiriese data is dit duidelik dat die ouers van kinders met gesiggestremdheid direk na hulle kind se diagnosering 'n dringende behoefte aan onmiddellike hulp en raad ervaar (7.13.1.1). Hulle het 'n behoefte daaraan om direk nadat hierdie slegte nuus aan hulle oorgedra is en wat hulle hele wêreld omgekeer het, vashouplek te hê. Die navorser is van mening dat hierdie "vashouplek" vir so 'n ontwrigte en geskokte ouer in die vorm van 'n persoon se naam en telefoonnommer kan wees. Om die kontaknommers van kundiges dus aan hierdie ouer te gee as 'n volgende stap wat gevolg kan word, kan baie waardevol wees. Een respondente het dit soos volg gestel:

- "... dit is net om daardie kundige mense ... maar ek voel net as daar net miskien ... soos toe die dokter die diagnose maak, dat toe hy sê die kind is blind ... jy gaan by daardie spreekkamerdeure uit en jou wêreld is omgekeer. Jy weet nie waarheen

nou nie. Ek voel net hy is blind of gesiggestremd en daar was 'n brosjure gewees van Pionierskool om net te sê daar is hoop vir hierdie kinders.”

Daar is 'n leemte geïdentifiseer wat betref die beskikbaarstel van 'n lys van professionele persone in die veld van gesiggestremdheid, veral direk ná diagnosering. Twee respondente het dit soos volg gestel:

- “... dit was vir my 'n leemte tot die dokter van die Blindevereniging in Bloemfontein ons wêreld betree het.”
- “... jy moet maar gaan. Hulle gee nie daai stukkie vir jou ...”

Die waarde wat dit vir hierdie ouers inhou om direk ná diagnosering van kontaknommers voorsien te word, kan in die volgende vier respondente se reaksie gesien word:

- “... dat wat ons onmiddellik gedoen het toe ons vasgestel het, is: Ek het 'n bestelling gemaak by Worcester Pionierskool en ek het vir W..., my seun, saamgebring en ons het 'n besoekie daar afgelê. Dit het vir ons wondere beteken.”
- “... toe sy hoor van ons het sy onmiddellik gebel en 'n afspraak gemaak en ons by die huis kom sien. Vandat sy die prentjie binnegekom het soos Pionierskool ...”
- “... jy het dadelik iemand ...”
- “... dan natuurlik die Pionierskool. Vandat hulle met ons ook kontak gemaak het deur dr. Sheila, en die skoolhoof het op 'n stadium in Bloemfontein studente kom besoek en ons kon hom leer ken. Dan val dinge ... jy het hoop vir die toekoms ... Dit het in ons geval baie gehelp.”

Literatuur (4.11.2, 5.10.4) bevestig hierdie mening van die respondente dat ouers van kinders met gesiggestremdheid hulpbronne in hulle onmiddellike omgewing benodig ten einde hulle te help om aan al die eise te voldoen wat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid aan hulle stel. Die navorser is van mening dat alle ouers nie oor die emosionele kapasiteit beskik om self planne te maak ten einde hulpbronne in hulle onmiddellike omgewing te identifiseer nie, veral nie direk na diagnosering nie (4.10). Hulpverleningsprofessies in die veld van gesiggestremdheid het dus die verantwoordelikheid om hierdie ouers van kontaknommers in hulle onmiddellike omgewing te voorsien. Die navorser het hierdie aspek in gedagte gehou met die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram.

7.13.4 Subtema vier: Die verskaffing van inligting aan ander professies

'n Behoefte aan 'n tussenganger – iemand wat die ouers direk nadat die dokter die diagnose gemaak het, kan sien – is deur die respondente geïdentifiseer. Hierdie tussenganger moet ten doel hê om die ouers emosioneel te ondersteun, van inligting te verskaf en mediese inligting en terme op 'n meer verstaanbare wyse te verduidelik. Die respondente het 'n behoefte geïdentifiseer aan emosionele ondersteuning sowel as inligting met betrekking tot die sosio-emosionele impak van die gesiggestremdheid op die kind direk nadat hulle die slegte nuus aangehoor het.

7.13.4.1 Medici

Vanuit die empiriese data blyk dit dat twee respondente van mening is dat dokters nie oor die opvoedkundige kennis beskik om ná die diagnosering van 'n spesifieke oogkondisie die sosio-emosionele impak daarvan op die kind en sy gesin se emosionele gesondheid en die gedrag en akademiese prestasie van die kind met die ouers te bespreek nie.

- “... ek dink die dokters moet opgelei word – heel aan die begin, want ek sal nie al die stories vertel van al die dinge wat gebeur het voordat ons by iemand uitgekome het wat ordentlik met haar en met ons kon werk en daarvandaan vir ons bietjie leiding gee. So ek dink dit is belangrik.”
- “... I never knew. I always wondered what was wrong until they were about five and then the doctor actually ... he didn't say they were going blind. He just said they were short-sighted. Then we ... they had ... every year it got better and better until grade three and then he told me they were going blind. To hear that after how many years and we were raising them as normal children ...”

Uit die empiriese data blyk dit dat ouers 'n behoefte aan emosionele ondersteuning ervaar direk ná die aanhoor van slegte nuus. Die navorser is egter van mening dat dit nie die taak van die dokter is om die ouers emosioneel te ondersteun nie, maar dat 'n persoon van 'n ondersteunende professie, byvoorbeeld 'n maatskaplike werker, as tussenganger kan optree ten einde die hele situasie aan die ouers te verduidelik. Die dokter se taak is om die feite oor te dra, aangesien hy net om 'n diagnose gevra is. Dit is juis hier waar dit bevestig word dat daar 'n behoefte aan 'n tussenganger en 'n inligtingsbrosjyre is wat die dokter direk na diagnosering aan die ouers kan voorstel. 'n Persoon van 'n ondersteunende professie, byvoorbeeld die maatskaplike werker, moet dus aan die dokter

bekend wees en in vennootskap met hom staan. Daar bestaan dus 'n behoefte by hierdie ouers dat inligting ten opsigte van gesiggestremdheid in gesinsverband (feitelik en opvoedkundig) aan hulle beskikbaar gestel moet word. Die navorser het hierdie aspek in gedagte gehou met die beplanning van die ouerbegeleidingsprogram.

Die navorser is van mening dat onkunde aan die kant van medici tydens die oordra van sosio-emosionele en opvoedkundige aspekte aan die kind en die gesin kan bydra tot die emosionele belading van die kind. Deurdat mediese faktore soveel aandag geniet met die hulpverlening aan die kind met gesiggestremdheid, is emosionele belading 'n direkte gevolg hiervan. Teen die tyd dat hierdie kind in graad een is, is hy alreeds soveel keer deur verskillende oogspesialiste getoets dat hy bewus is daarvan dat iets met hom verkeerd is en dat hy "anders" as ander kinders is, maar hy weet nie wat nie. Emosionele belading kom dus voor en hierdie kind leer van baie vroeg af om verdedigingsmeganismes te benut om homself te beskerm (1.1). Dit wil dus uit die fokusgroep voorkom dat die ouers ná diagnosering meer sosio-emosionele en opvoedkundige inligting en ondersteuning van die dokter verwag het. Hier is twee aspekte van belang, naamlik dat die ouers ná diagnosering so geskok is dat hulle nie gereed is vir verdere inligting nie (4.3.1.1, 4.3.1.2), asook dat daar nie inligting in die vorm van 'n brosjure en/of 'n kontaknommer van 'n ondersteunende persoon uit 'n ander professie was wat die nodige verdere inligting en emosionele ondersteuning kon bied nie. Die navorser lei dus hieruit af dat indien die leemte aan 'n tussenganger (vanuit die ondersteunende professies wat in vennootskap met die dokter kan staan) gevul kan word ten einde ouers vroegtydig in te lig (op 'n sensitiewe en eenvoudige manier) ten opsigte van hulle kind se oogtoestand, opvoedkundige insette gouer gelewer kan word en emosionele gevoelens gehanteer kan word, wat die ouer se angstigtheid kan verminder. Onkunde veroorsaak angs. Deur onkunde teen te werk, behoort aanleiding te gee tot groter emosionele rustigheid by die ouer en kind (Filander, 2004; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van der Merwe, 2008, 2009).

Twee respondente is verder van mening dat dokters en oogspesialiste nie sensitief genoeg is ten opsigte van die emosionele impak wat hierdie nuus op 'n ouer het nie. Hulle word as klinies en koud ervaar. Die navorser is van mening dat hierdie stelling weereens bevestig dat 'n inligtingsbrosjure ook vir die dokter self van hulp kan wees. Dokters se dae is vol bespreek met pasiënte en dit is nie sy taak om ná diagnosering emosionele ondersteuning te bied nie. 'n Tussenganger kan dus hier van groot hulp wees vir die ouer (en dokter).

- “... ek het nog die dokter gevra: Dokter ... Daardie reaksie was op my – dis soos om ’n brood te gaan koop; ek sal dit nooit vergeet nie ... dan gaan hulle nie so dinges gee nie, maar wat ek wil sê ... en dit was vir my ...”
- “... Ek kan onthou eendag het die hyser se deure oopgegaan – ons het drie maande gewag om hierdie professor te sien in Bloemfontein en om net te hoor wat hy sê. Weet jy en hy was so koud en klinies en toe ons daar uitstap, toe ...”

Literatuur (1.1) bevestig dat medici nie altyd die tyd of opvoedkundige kennis het om al die mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en/of korreksies en aanpassings wat aangebring kan word) sorgvuldig en in eenvoudige terme aan ’n geskokte en onkundige ouer te verduidelik nie. Dit blyk dus dat hierdie ongevoelige en haastige houding van medici die ouer meer angstig, onseker, hulpeloos en getraumatiseerd kan laat voel. Die navorser is verder van mening dat hierdie kwessie by subtema drie aansluit, deurdat indien dokters ook oor ’n lys van kontakpersone (kundiges) beskik, hulle die ouers dadelik na ’n maatskaplike werker, sielkundige of berader in die veld van gesiggestremdheid kan verwys sodat hulle emosionele ondersteuning kan ontvang. Hierdie aspek is in gedagte gehou tydens die ontwerp van die ouerbegeleidingsprogram.

Die navorser is van mening dat onkunde aan die kant van die medici met betrekking tot die opvoedkundige vaardigheid om ’n mediese diagnose op ’n verstaanbare manier aan ’n ouer met geen mediese agtergrond te verduidelik, ook ’n finansiële stressor vir die ouer van ’n kind met gesiggestremdheid kan wees. Finansiëel eis dit sy tol wanneer ouers keer op keer doktersafsprake bywoon en uiteindelik ’n magdom mediese kennis het wat hulle nie altyd korrek kan verstaan en interpreteer nie (1.1). (’n Aanvullende bespreking volg by 7.14.2.1.) Een respondente het dit soos volg gestel:

- “... Ek was by die pediater. Jy stap in by hom en jy hoor die nuus en jy stap daar uit. Dan is dit die oogspesialis, dan is dit die dokter en dan is dit hier. Verstaan jy?”

Dit blyk dus dat bogenoemde kwessie, waar ouers van een doktersafpraak na die volgende gaan, ook die rede kan wees vir ’n wanpersepsie by die ouer, dit wil sê waar daar net op die gesiggestremdheid van die kind gefokus word (1.1). Dit kan aanleiding gee tot “doctor shopping”, met ander woorde om van die een oogspesialis na die ander te gaan. Die navorser is van mening dat hierdie verkeerde persepsie by ouers ook verband kan hou met onverwerkte emosies by die ouer. Emosionele onopgelosthede, waar die

ouer steeds in die ontkeningsfase van die rouproses (4.3.1.3) verkeer, kan tot hierdie tendens van “doctor shopping” aanleiding gee. Emosionele begeleiding direk ná diagnosering sowel as op die lang termyn (soos verkry uit die empiriese data en bespreek onder 7.13.1) kan ouers dus help om hulle situasie te aanvaar. Hierdie aspek is in gedagte gehou tydens die ontwerp van die ouerbegeleidingsprogram.

7.13.4.2 Onderwys

Drie respondente het ook ’n leemte geïdentifiseer met betrekking tot kundigheid in verband met die verskynsel van gesiggestremdheid en vroeë waarskuwingstekens aan die kant van die onderwysprofessie:

- “... we were sitting with a child with a visual disability and teachers need to be educated and, you know, need to guide parents – what is the next step and what they can do and because I think there is a lack of knowledge in that area and I was ...”
- “... toe was die juffrou – sy was nie oplettend, sal ek maar sê ... sy het nie daardie ekstra inligting gehad om dop te hou nie en toe ...”
- “... as hulle net ’n bietjie meer inligting gehad het, kon sy daardie jaar klaargemaak het en sy was ’n gelukkige kind en die strem is nie so ...”

Die rol van die onderwyser met betrekking tot die vroeëtydige diagnosering van die kind met gesiggestremdheid word baie sterk benadruk in die literatuur (2.5, 2.5.2). Indien ’n onderwyser oplettend en kundig is met betrekking tot die identifisering van waarskuwingstekens wat aanduidings van moontlike oogtoestande kan wees, kan ongemak by die kind verminder word en ’n vroeë diagnose kan gemaak word, wat tot ’n beter prognose en uitkoms vir die kind sal lei (2.11). Dit kan wees dat hierdie aspek verband hou met die stelling “voorkoming is beter as genesing”, deurdat indien die onderwyser (’n professie wat daaglik met kinders in aanraking is) ook bemagtig kan word met betrekking tot gesiggestremdheid by kinders, meer vroeë diagnoses gemaak sal kan word, wat tot ’n beter prognose sal lei. Die kind sal ook vroeër van hulpmiddels gebruik kan maak, wat sy ongemak sal verminder. Beter akademiese prestasie kan by so ’n kind verwag word, asook minder probleemgedrag. Akademiese probleme of probleemgedrag by die kind kan ’n aanduiding wees dat visuele probleme aanwesig is (2.5). Die gemeenskap se bewustheid van gesiggestremdheid moet dus verhoog word. Hierdie aspek is in gedagte gehou tydens die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram.

7.14 HOOFTEMA TWEE: 'N HOLISTIESE BENADERING TOT DIE PROBLEEM (KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID BINNE GESINSVERBAND)

Respondente het 'n behoefte aan 'n holistiese benadering tot die probleem ('n kleuter met gesiggestremdheid binne gesinsverband) geïdentifiseer. Een respondent het dit soos volg gestel:

- "... ek dink die ondersteuning is basies op alle vlakke baie belangrik."

Die holistiese siening van die sistemiese benadering word deur die literatuur (1.2, 4.1) onderskryf. Alle gesinsverhoudings word beïnvloed met die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid. Hierdie kind moet egter ook met 'n holistiese siening benader word ten einde ontwikkeling op alle vlakke (fisies, sosiaal en emosioneel) te stimuleer. Van der Poel (1997:147) beklemtoon verder dat die ouers riglyne nodig het met betrekking tot die holistiese ontwikkeling van die kind met gesiggestremdheid ten einde sekuriteit en emosionele rustigheid by beide partye te bewerkstellig.

Vanuit bogenoemde is dit duidelik dat holistiese terapie nodig is ten einde in al hierdie kind se behoeftes te voorsien, asook in dié van die ouer en die gesinsisteem. Literatuur (1.1) bevestig dat ouerbegeleiding volgens 'n sistemiese benadering die hele gesin sal bemagtig en beter gesinsfunksionering sal bewerkstellig.

Uit die empiriese data het dit na vore gekom dat ouers leiding benodig op alle vlakke van funksionering, veral met betrekking tot al die verhoudings binne die gesinsisteem, naamlik hulle kind met gesiggestremdheid, hulleself as ouers, die huweliksverhouding, asook die ander kinders in die gesin. Zimmerman (1993:2) meld die volgende na aanleiding van die impak wat 'n kind met gesiggestremdheid op al die gesinsverhoudings het:

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

handicapped child has on the parents and the siblings, and on the family as a whole, can be considered profound.

7.14.1 Subtema een: Die verhouding en grootmaak van die kleuter met gesiggestremdheid

Die verhouding en grootmaak van die kleuter, as deel van 'n holistiese benadering tot die probleem ('n kleuter met gesiggestremdheid binne gesinsverband), is by die respondente geïdentifiseer. Kategorieë wat geïdentifiseer is, was onder meer dat die kleuter met gesiggestremdheid so normaal moontlik grootgemaak moet word, die kwessie van oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid, oormatige hulpverlening teenoor selfstandigheid en onafhanklikheid asook die kwessie van manipulasie by die kleuter met gesiggestremdheid.

7.14.1.1 Maak die kleuter met gesiggestremdheid so normaal moontlik groot

Respondente was dit almal eens dat die kleuter met gesiggestremdheid so normaal moontlik grootgemaak moet word. Hulle het almal saamgestem dat ouers onafhanklikheid en selfstandigheid by die kleuter moet kweek en dat die kind dus nie oorbeskerm moet word nie:

- "... normaal ontwikkel ..."
- "... hulle is doodnormaal ..."
- "... hom absoluut normaal behandel. As jy iets vir hom doen en sy dink jy bevoordeel hom, het sy haar aangevat. So maak hom so normaal as moontlik groot."
- "... jy moet jou kind normaal leer; dit is bitter belangrik."
- "... M... sê elke dag vir my: 'Onthou, ek is normaal – ek kan net nie sien nie.' Toe sy vanaand hoor ek kom hiernatoe, toe sê sy: 'Sê net vir hulle Ma maak my normaal groot. Ek kry net soveel klappe soos my boetie.'"
- "... later beseft jy eers hy kan alles doen. Bietjie ekstra effort – hy kan ook visvang. Sit vir sy visstok 'n hootertjie op en K... vang vis. Ons vang vandag vis. Ek en K... vang deurnag vis, want hy is swaksiende – hy kan nie die dobertjie sien spring nie. Ek sê vir hom: 'Staan daar en kap,' so K... vang vis. Ons doen al saam. Daar is nie 'n ding wat hy doen en ek nie doen nie. Ons werk saam met

skroewedraaiers. Ons slaan saam hamer. Dit is die belangrikste. Maak jou kind normaal groot.”

- “... hulle weet presies. Hulle loop – die mense glo nie vir my in die kerk dat hulle so min kan sien nie. Hulle is soos normaal. Hulle gaan al twee klank bestudeer. Hulle gaan al twee sound engineers word. Ek sê vir hulle: ‘Julle moet huishoudkunde doen.’ ‘Mommy, but why?’ ‘Julle sal julle eie kos moet maak.’ Hulle bak en brou – hulle is lui, maar as Mammie nie daar is nie, moet hulle dit doen. So dit is iets goeds. Nou die dag – hulle is in die kerk se band en die ou kon nie die dromme speel nie en hy sê: ‘Let me try it.’ Hulle lag almal vir hom uit. R... het begin dromme speel en almal vra: ‘Who taught you how to play drums?’ Ons het nie besef die kind het ’n dromtalent nie. Hy het maar altyd met sy stokkies en goed so gespeel, maar hy het nooit gesê: ‘Mammie, ek wil dromme speel nie.’ Hy speel vandag in die band. Na ... dromme deur die kerk. To them the sky is not the limit. ‘Mommy, you know what I aim for? The moon. If I don’t make it, I land on the stars.’ Dit is die manier hoe jy vir hulle moet grootmaak.”

Verskeie ander navorsing en menings van kundiges (4.4.3, 4.13.1) bevestig dat die kind met gesiggestremdheid so normaal moontlik grootgemaak moet word.

7.14.1.2 Kwessie van oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid

Oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid is ’n algemene verskynsel in die grootword van die kleuter met gestremdheid. Een respondent het soos volg daarvoor gerapporteer:

- “... Dit is so. In die begin het jy gedink jy moet die kind in watte toedraai, want jy het nie van beter geweet nie.”

Volgens Woolfson (1991:46) is alle kinders kwesbaar wanneer hulle klein is, maar ’n pasgebore baba met gestremdheid is soveel kwesbaarder en afhankliker van sy ouers om in sy behoeftes te voorsien. Hierdie baba sal vir ’n baie langer tydperk afhanklik bly van sy ouers om in sy daaglikse behoeftes te voorsien. Die konsep van “verlengde afhanklikheid” is ’n logiese verduideliking van ouerpare wat hulle kind met gestremdheid oorbeskerm of oortoegeeflik is, maar dit is nie die volledige prentjie nie (Woolfson, 1991:46). Steenkamp en Steenkamp (1999:231) beweer dat skuldgevoelens by ouers die dryfkrag is agter oorbeskerming. Ouers wat op een of ander manier verantwoordelik voel vir hulle kind se gestremdheid, kan onbewustelik daarvoor kompenseer deur oortoegeeflik te wees (4.13.1). Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die neiging om ’n kleuter

met gesiggestremdheid te oorbeskerm, amper 'n natuurlike uitvloeisel is by die ouer (veral die moeder) wat die klein kind moet versorg. Dit moet egter bewustelik teengewerk word en kan slegs gebeur wanneer 'n ouer inligting ontvang met betrekking tot die negatiewe effek wat dit (oorbeskerming) op die kleuter se psigo-sosiale aanpassing en veral dissiplinerings het. Selfstandigheid en onafhanklikheid is twee konsepte wat die oorbeskermd kind (wat "in watter toegedraai word") nooit ten volle sal kan bereik nie.

7.14.1.3 Oormatige hulpverlening teenoor selfstandigheid en onafhanklikheid

Die neiging tot oormatige hulpverlening, wat selfstandigheid en onafhanklikheid teenwerk, ontstaan omdat die kind met gestremdheid nie sy omgewing na wense kan hanteer nie. Respondente het soos volg daarop reageer:

- "... Ek wil nie brag nie, maar M... was in standerd een daardie tyd – toe het die mense die horries gekry. Toe moet M... wasgoed ophang, wasgoed was. Sy moet kos kook. Hulle moet dit doen. Ek gaan nie my lewe lank by haar wees nie. So jy moet hulle so normaal as moontlik grootmaak."
- "... Hy gaan seerkry, maar hoe anders gaan hy leer? Aan die einde van die dag – ons ouers val weg en hy is alleen. Wie sorg vir hom? Hy moet vir homself sorg. Hoe gouer ons dit vir hom van kleins af leer om vir homself te sorg, hoe beter vir hom aan die einde van die dag. Dit is nie beter vir ons as ouers nie. Dit is ten gunste van jou kind om hom so normaal moontlik groot te maak."
- "... ek sê vir hulle: 'Julle moet huishoudkunde doen.' 'Mommy, but why?' 'Julle sal julle eie kos moet maak.' Hulle bak en brou – hulle is lui, maar as Mammie nie daar is nie, moet hulle dit doen."

Literatuur (2.13.1.2, 2.13.2.2, 2.13.3.2) is dit eens dat daar nie te veel vir die kind met gesiggestremdheid gedoen moet word nie en voeg by dat die ouer sy kind kan help deur eerstens die kind met gesiggestremdheid se bruikbare visie te bevorder en tweedens so min moontlik hulp aan die kind te voorsien. Oor die algemeen moet daar net hulp voorsien word indien die kind met gesiggestremdheid in gevaar verkeer of waar die bemeestering van 'n spesifieke taak afhang van die sukses van intervensie. Wanneer hulp voorsien word as die kind wel in staat was om dinge self uit te werk, sal 'n vorm van "aangeleerde hulpeloosheid" die kind verhinder in sy proses van onafhanklikheidswording. Soms is dit eenvoudig omdat dit makliker (en vinniger) is vir die ouer om iets vir die kind te doen as om die kind te leer om dit self te doen. Hy bemors byvoorbeeld die tafel, vloer en homself as hy self moet eet en daarom voer die moeder

hom liever. Verder is dit ook belangrik om eise aan die kind te stel (Bowe, 2000:258; Jordaan, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008). Selfstandigheid en onafhanklikheid is dus twee belangrike konsepte wat ouers by hulle kleuter met gesiggestremdheid moet kweek.

7.14.1.4 Kwessie van manipulasie by die kleuter met gesiggestremdheid

'n Respondent het genoem dat die teendeel ook waar kan wees, dit wil sê dat die kind met gesiggestremdheid sy gestremdheid gebruik om nie take wat aan hom gegee word, te doen nie. Die kind met gesiggestremdheid kan dus ook sy gestremdheid gebruik om sy ouers te manipuleer ten einde nie werkies te doen nie of sodat hulle hom jammer moet kry en dus bederf. Een van die respondente rapporteer die volgende gebeure:

- "... ons gee vir hulle ... you sweep the courtyard. Dan kom hy terug; dan sê sy pa: 'That courtyard is not clean.' 'Dad, I can't see it.' 'Don't you ever make an excuse. You can start from the one side to the other side.' Dit is dingetjies soos dit. 'Go and brush your shoes.' Dad, I can't see.' ... Dit is klein dingetjies soos dit ..."

Die navorser is van mening dat die ouer bedag moet wees op manipulasie deur die kind. Aangesien die neiging tot oorbeskerming natuurlik is by die versorger van 'n kleuter met gesiggestremdheid, is dit nodig dat ouers bewus gemaak moet word van die teendeel ook – dat hy sy gestremdheid kan gebruik om te manipuleer. Indien hierdie kleuter daarmee wegkom, kan 'n ongesonde patroon ontstaan waar hy sy gestremdheid as verskoning gebruik om lyf weg te steek. Indien die kind die potensiaal het om eendag die arbeidsmark te betree, sal hierdie denkpatroon hom duur te staan kom. Begeleiding kan ouers van hierdie inligting voorsien ten einde 'n goed aangepaste kind met gesiggestremdheid groot te maak.

Die manipulasie van die kind met gesiggestremdheid waar hy sy gestremdheid "as verskoning" gebruik om take te vermy, hou ook verband met die neiging tot passiwiteit by die kind met gesiggestremdheid. Literatuur (2.13.1.2) wys daarop dat kinders met gesiggestremdheid baie maklik passief kan word indien dinge te maklik gemaak word vir hulle en dat hierdie passiwiteit versterk word as alles vir hulle gedoen word. Dit kan 'n gewoonte raak wat later tot 'n swak sosiale leefstyl, oorgewig en 'n baie klein wêreld kan lei. Die kind moet dus soveel moontlik aangemoedig word om te ontdek en nuuskiering te wees oor dinge (2.13.1.2).

Na aanleiding van bogenoemde bespreking ten opsigte van die normale hantering en grootmaak van die kleuter met gesiggestremdheid, oorbeskerming, selfstandigheid en onafhanklikheid, het een respondent dit baie goed saamgevat deur die volgende opmerking te maak:

- “... of die kind blind is of kan sien, die gevaar is daar.”

7.14.2 Sub-tema twee: Die effek van ’n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer

Die effek van ’n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer self, as deel van ’n holistiese benadering tot die probleem (’n kleuter met gesiggestremdheid binne gesinsverband), is by die respondente geïdentifiseer. Kategorieë wat geïdentifiseer is, was onder meer finansiële stres, werksverhouding en ook op sosiale gebied.

7.14.2.1 Finansiële stres

Buiten die emosionele stressors wat by ’n ouer van ’n kind met gesiggestremdheid teenwoordig is (soos verkry is uit die empiriese data en tydens subtema een bespreek is), beleef die ouer ook finansiële stres:

- “... It meant for us to pack up and come here and that was a big step ...”
- “... When I was ready to move, I had to wait for my son until he was ready to make a move, so we had to ...”
- “... maar dit is 15 operasies later. Dit is R150 000 se skuld later.”

Literatuur (1.1) bevestig dat gesinne soms alles opgee om nader aan hospitale, dokters en skole te trek ter wille van hulp aan die kind met gesiggestremdheid. Hulle glo dat indien die kind se oë deur ’n operasie of iets dergelyks herstel kan word, alle ander gesins-, gedrags- en leerprobleme opgelos sal wees. Hierdie tendens, naamlik waar ouers agter dienste aantrek, kan ekonomiese probleme vir die gesin inhou, aangesien die broodwinner en soms ook die moeder hulle vaste werk prysgee. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat indien ouers saam met ’n professionele persoon in die veld van gesiggestremdheid, kan gesels waar alle aspekte met betrekking tot die kind en gesinslewe in ag geneem word en alle voor-en nadele teen mekaar opgeweeg word, dit hulle sal help om ’n deurdagte besluit te neem. Dit sal verhoed dat ouers net op een aspek fokus en alles prysgee ter wille van die kind. Dit is belangrik om die beginsels van

die sisteembenadering in gedagte te hou waar al die gesinslede belangrik is en 'n wedersydse invloed op mekaar uitoefen.

7.14.2.2 Werksverhouding

Uit die empiriese data is dit duidelik dat die versorging van 'n kleuter met gesiggestremdheid 'n effek op die ouer se werksituasie en -verhoudings het. Een respondente het soos volg gerapporteer:

- “... Jy as ouer wat werk – wat doen jy met jou kind?”

Literatuur (4.6) bevestig dat dit nie altyd so maklik is vir die moeder van 'n kleuter met gesiggestremdheid om terug te gaan werk toe of 'n voltydse werk te doen nie. 'n Bydraende faktor hiervan kan wees dat dit 'n probleem is om geskikte dagsorg te vind wat bereid is om na kinders met gesiggestremdheid om te sien. Die moeder kan dalk verplig voel om tuis te bly om die versorging te doen. Dit kan egter weer 'n invloed op die gesin se finansies hê, veral in hierdie spesifieke gesinne waar daar waarskynlik finansiële meer uitgegee word aan mediese koste.

Literatuur (5.6) wys daarop dat indien jong kinders wat groot ontwikkelingsagterstande toon, vroegtydig geïdentifiseer word voordat hulle met akademiese probleme presenteer, kan potensiële akademiese mislukkinge voorkom word of die impak daarvan beperk word. Volgens Gomby *et al.* (1995:138) bestaan daar ooreenstemmende bewyse dat vroeë intervensie die kwaliteit van 'n kind se lewe kan verbeter, sekondêre probleme wat die oorspronklike probleem vergroot, kan voorkom, asook geld kan bespaar by die ouer en die samelewing (5.6). Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat indien vroeë intervensiedienste (op alle vlakke) aan die kleuter met gesiggestremdheid gelewer kan word, dit ook finansiële tot voordeel van die huisgesin kan wees. Hierdie aspek is in gedagte gehou tydens die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram.

Die finansiële stres wat 'n ouer ervaar, kan verder uitkring na stres binne die huwelik, asook 'n invloed op die ouers en/of gesin se sosiale lewe hê.

7.14.2.3 Sosiaal

Uit die empiriese data is dit duidelik dat die versorging van 'n kleuter met gesiggestremdheid 'n effek op die ouer se sosiale lewe en -verhoudings het. Twee respondente het soos volg gerapporteer:

- “... Ek het niemand geken in Worcester nie (met die verhuising hiernatoe). Ek ken nou nog net my kollegas en 'n paar kerkvriende.”
- “... ek is heeltyd op my eie ...”

Uit die empiriese data is dit duidelik dat gesinne hulleself soms heeltemal ontwortel van hulle bestaande blyplek en na dorpe/stede verhuis waar dienste aan hulle kind met gesiggestremdheid gelewer word (1.1). Op 'n sosiale vlak beteken dit dat ouers hulle vriende, werk en ondersteuningstelsels agterlaat en van voor af moet begin. Ouers wat alreeds getraumatiseer is weens die diagnose van hulle kind se oogtoestand, kan die agterlaat van hulle huis en vriende as verdere stres ervaar. Kummulatiewe stres en trauma kan ouers se emosionele bronne uitput en meebring dat die ouer nie emosioneel beskikbaar is vir die lede van sy gesin nie. Dit kan potensieel nadelig wees vir al die verhoudings binne die gesin, naamlik die ouerkind- en huweliksverhouding. As gevolg hiervan kan die ouer moontlik in 'n diep depressie verval, wat op sy beurt die vermoë om na ander mense uit te reik, sal inperk. Sosiale isolasie kan dus die gevolg wees.

Literatuur (4.10.1) bevestig verder die ouer van 'n kind met gestremdheid se sterk bewustheid van isolasie en 'n gevoel van 'n niegeforseerde onttrekking van vriende, familie en die gemeenskap. Hierdie ouers noem dat hulle anders voel, aangesien mense nie die spesiale uitdagings wat hulle gesin in die gesig staar, kan of wil verstaan nie. Gesinne wat 'n kind met gestremdheid het, ervaar dat hulle psigologies en sosiaal geïsoleer word. Woolfson (1991:39) is van mening dat hierdie oorweldigende gevoel van isolasie afkomstig is van drie verskillende bronne, naamlik die gedrag van die gesin, die sielkundige dimensie verbonde aan isolasie, asook die houdings van ander mense. Volgens die sisteemteorie is daar dus geslote of ondeurdringbare grense wat deur hierdie toestand veroorsaak word (4.10.1). Die gevoel van isolasie by die ouer blyk dus 'n baie werklike ervaring te wees. Hierdie ouer het baie ondersteuning op 'n praktiese en emosionele vlak nodig en kan dit nie alleen doen nie. Hulle het dus mense om hulle nodig. Die belangrikheid van 'n steunstelsel en 'n professionele persoon met die nodige kennis en vaardighede word weereens hier bevestig.

7.14.3 Subtema drie: Die effek van 'n kleuter met gesiggestemdheid op die huweliksverhouding

Die effek van 'n kleuter met gesiggestemdheid op die huweliksverhouding, as deel van 'n holistiese benadering tot die probleem ('n kleuter met gesiggestemdheid binne gesinsverband), is by die respondente geïdentifiseer. Kategorieë wat geïdentifiseer is, was onder meer miskonsepsies en onverwerkte emosionele gevoelens asook die onttrekking van die man.

7.14.3.1 Miskonsepsies en onverwerkte emosionele gevoelens

Hulp vir die huweliksverhouding wanneer miskonsepsies ontstaan en onverwerkte emosionele gevoelens teenwoordig is by die huwelikspaar, is as 'n verdere behoefte deur die respondente geïdentifiseer. Respondente was dit eens dat die diagnose van 'n kind met gesiggestemdheid noodwendig 'n effek op die huweliksverhouding het:

- "... [emosioneel] ... dit is een van die miskonsepsies en onbewustelik dra jy daardie ... dat jy dink dit is jou skuld of die man dink dit is sy skuld. So as iemand met die huwelik, met die ouerpaar, kon gewerk het en gesê het dit is nie julle skuld nie."
- "... in my geval was dit – ek het geskei, want my man kon dit nie aanvaar nie en soos sy gesê het – jy wonder wie se skuld dit is, maar vir my is pertinent gesê dit is my skuld en ek is verantwoordelik gehou daarvoor en die huwelik kan dit nie hanteer en oorleef nie."
- "... maar dat dit 'n seer en 'n harde pad is om te loop, is nie altemit nie. En dat jy opofferings langs die pad maak – dat daar dalk 'n huwelik in die slag bly of ..."

Uit die literatuur (1.2) is dit duidelik dat multi- en visuele gestremdheid in die gesin ten eerste 'n maatskaplike probleem is. Die hoë egskeidingsyfer onder gesinne wat 'n gestremde kind in hulle midde het, is 'n bewys hiervan. Ouers se onverwerkte emosionele gevoelens en finansiële stres, asook die fisiese en emosionele eise wat die versorging van 'n kind met gesiggestemdheid aan die ouerpaar stel, dra alles by tot spanning binne die huwelik (1.2, 4.11). Die navorser is van mening dat indien ouerpare vroegtydig hulp, ondersteuning en leiding van 'n professionele persoon ontvang, hulle gehelp kan word om bogenoemde misverstande en stres wat binne die huwelik opbou, op 'n meer konstruktiewe wyse te verwerk. Die ouers kan bemagtig word deur middel van

die verskaffing van inligting en emosionele berading. Hierdie aspek is in gedagte gehou as deel van die inhoud van die ouerbegeleidingsprogram.

7.14.3.2 Onttrekking van die man

Die emosionele – en soms fisiese – onttrekking van die man is as 'n verdere rede vir probleme binne die huweliksverhouding geïdentifiseer. Twee respondente het soos volg gerapporteer:

- “... iets wat hulle dalk kan doen ... ek dink die ma is die een – ek praat nou vir myself; nie alle mans is so nie – maar 'n man onttrek miskien 'n bietjie en die vrou doen alles. Dit is baie uitputtend, want emosioneel en fisies ... so ek dink ouers moet ook maar berading kry en mans moet aanvaar dat hulle dinge saam met die kind moet doen en nie net als vir die ma los nie.”
- “... ek wys meer emosie ... hy krop alles op. Hy sal dit inhou. Hy sal nie emosie wys nie en dan skielik ontplof hy. ‘Lord, why my children?’ Hy gee dit op 'n ander manier uit. Dit ... ek weet nie hoe om hom te kalmeer nie. So dit is nogal moeilik. Dit is vreeslik moeilik en ons werk saam ...”

Literatuur (4.11.1) bevestig die invloed wat 'n kind met gestremdheid op die rol van die vader in die gesin het. Bristoll en Gallagher (in Cook *et al.*, 2004:45) sê die volgende in hierdie verband: “Fathers appear to be more affected by attributes that stigmatize the family’s social and community image and are particularly affected by the birth of a handicapped son, often reacting in extremes of total involvement or total withdrawal”. Vaders wie se daaglikse lewe tot die buitewêreld georiënteer is, ken des te meer stres ervaar wanneer hulle kind met gestremdheid nie aan die samelewing se norme voldoen nie (4.11.1). Hierdie vaders presenteer met hoër stresvlakke, depressiesimptome en 'n laer selfbeeld. Vaders wat meer stres ervaar, is geneig om met 'n “escape-avoidance”-strategie vorendag te kom ten einde hulle situasie te hanteer. Dit kan aanleiding gee tot 'n negatiewe en kragtlose (verswakte) dinamiek in die gesinsisteem. Verder kan dit bydra tot meer druk op die moeder wat die versorging van die gesin betref soos die vader meer en meer onttrek. Hierdie bykomende druk kan eskaleer in woede en wrokkigheid by die ander gesinslede en spesifiek die huweliksmaat. Hulp aan die ouers in verband met die huweliksverhouding is dus 'n uiters belangrike aspek in die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram.

7.14.4 Subtema vier: Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe (ander normaalsiende kinders in die huisgesin)

Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe, as deel van 'n holistiese benadering tot die probleem ('n kleuter met gesiggestremdheid binne gesinsverband), is by die respondente geïdentifiseer. Die kategorie wat geïdentifiseer is, was die hantering van hierdie ander, normaalsiende kinders in die huisgesin.

7.14.4.1 Hantering van die ander kinders

Die respondente het hulp met betrekking tot die hantering van die ander kinders in die gesin as 'n verdere behoefte geïdentifiseer (as deel van die holistiese benadering wat ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid verlang). Respondente was dit eens dat die diagnosering van 'n kind met gesiggestremdheid ook 'n effek op die ander kinders in die gesin het. Een respondent het die volgende vertel:

- "... Dan by boeties en sussies in ons geval ... ons middelste kind ... sy het baie erg oorbeskermend oor S... geraak en dit was 'n probleem teen die tyd wat sy skool toe moes gaan, want ons het haar laat toets. Die speelgroepiejuffrou het ook vir haar by 'n sielkundige gehad. Ek moes gaan. Sy het prentjies geteken en dit is ook baie erg. Dan kom jy agter S... het so alles gevat van my dat die dogters en hulle behoeftes het eintlik net so verbygegaan. Toe het sy nou net vir my raad gegee dat ek moet ... ek het drie kinders ... ja en S... vat die meeste, maar dat ek spesiale tye met elkeen moet sit en dit het my gehelp om te sê: 'Hoor hier, ek en jy gaan vanmiddag dorp toe en Ouma kyk na S...', maar voor dan – voordat jy nie by daardie punt gekom het dat jy leiding kry van 'maak so' ... aangesien hierdie probleem ... so B... op 'n kinderpartytjie van haar maatjies sal ons weet en die kinders – jy weet hoe is kinders – sal net 'n bietjie ... kyk hoe maak sy ogies. S... het kruisoë. Dan sal sy haar bord kos net daar los en sy sal haar boetie kom beskerm. Of dit nou haar maatjie is of nie, en dit is nie regverdig teenoor haar gewees nie."

Uit die empiriese data is dit duidelik dat die ander kinders in die gesin op meer as een manier geaffekteer word. Literatuur (4.12) bevestig 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. Die sisteemteorie, waarop hierdie studie gebaseer is, bevestig ook hierdie mening (hoofstuk 3, 4.12.1). Praktiese omstandighede plaas dikwels

druk op ouers om die kind met gestremdheid die fokuspunt van die gesin te maak. Die realiteit is egter dat die meeste kinders met gestremdheid ook 'n ander broer of suster het. Die gevaar hieraan verbonde is dat laasgenoemde uitgesluit kan voel. Bogenoemde respondent noem dat die kind met gesiggestremdheid al haar aandag en tyd geveerg het: “Dan kom jy agter S... het so alles gevat van my dat die dogters en hulle behoeftes het eintlik net so verbygegaan.”

Die literatuur (4.12.1) dui aan dat die gebrek aan voldoende ouerlike aandag en tyd 'n groot rol speel in die emosionele gesondheid van die kind met normale sig. Ouers het beperkte tyd om daaglik met elke kind te spandeer en dit is net logies dat hoe meer kinders daar is, hoe minder individuele tyd daar vir elkeen in die gesin is. Baie kinders pas sonder enige probleme by 'n nuwe situasie aan, byvoorbeeld die geboorte van 'n bababoetie of -sussie. Wanneer die baba egter gestremd is, sal hy baie meer tyd en aandag as die ander broers of susters van die ouers vereis. Hierdie ouers se tyd word meestal in beslag geneem deur kliniese besoeke aan spraak-, fisio- en arbeidsterapeute. Hierdie verlies aan tyd en aandag kan as verwerping ervaar word deur die ander kinders. Hulle voel afgeskeep en ervaar dat hulle altyd tweede op die lys van gesinsprioriteite is. Hierdie sibbe is nie noodwendig volwasse genoeg om die situasie te verstaan nie en kyk daarna vanuit hulle eie perspektief. Dus kan hulle ongeliefd voel, en dat hulle ouers die kind met gestremdheid as 'n verskoning gebruik om hulle te ignoreer aangesien die ouers nie regtig lief is vir hulle nie (4.12.2).

Ouers moet dus sensitief en bewus wees van die (steeds groeiende) emosionele behoeftes van die ander kinders in die huis. Planne moet gemaak word ten einde kwaliteit tyd saam met die ander kinders te spandeer. 'n Professionele persoon kan ouers behulpsaam wees om praktiese planne te bedink wat vir hulle gesin se unieke situasie gaan werk. Ná diagnosering kan ouers ook emosioneel so seer en gespanne wees dat minder tyd aan ander kinders spandeer word. Hierdie aspek is in gedagte gehou met die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram.

'n Respondent het 'n ander kwessie gerapporteer na aanleiding van wat sy by haar kind met normale visie waargeneem het met betrekking tot die invloed van 'n kind met gesiggestremdheid op die ander kinders in die gesin:

- “... wat ek ondervind het met my tweeling ... die tweeling is baie jonger, want daar is 'n agtjaar-gap. Ons het 'n meisie en 'n seun. Ek voel K... staan maar altyd in

die middel. Sy is die mammafiguur. She wants to protect the boy en sy het amper soos sy kyk wat Mammie doen.”

Uit die literatuur (4.12.1) kom dit na vore dat wanneer sibbe te veel verantwoordelikheid vir hulle broer/suster met gestremdheid aanvaar, hulle voortydig in die rol van ’n volwassene geforseer word. Hierdie oormatige hulpvaardigheid, hiperverantwoordelike sin en pseudo-volwassenheid wat deur die sibbe geopenbaar word, kan gepaardgaan met ’n totaal teenoorgestelde kliniese prentjie van depressie, skaamte, skuldgevoelens, bekommernis, sosiale isolasie, psigosomatiese probleme en gedragsafwykings wat hierdie “parentified child” karaktiseer.

Literatuur (1.2) wys daarop dat die sibbe onder die wanpersepsie kan verkeer dat die kind met gesiggestremdheid voorgetrek word en die gunsteling is. Die sibbe kan ervaar dat hulle “anders” en ’n mislukking is omdat hulle nie ook ’n gestremdheid het wat aandag verdien nie. Hierdie persepsies by die gesinslede kan weer tot sekere gedragsprobleme by die huis en skool lei, sowel as konflik in die huis veroorsaak.

As gevolg van die groot invloed wat ’n kind met gesiggestremdheid op die totale funksionering en verhoudings in die gesin het, benodig die ouerpaar dus uit die staanspoor hulp en leiding van ’n professionele persoon ten einde hulle te begelei en te bemagtig met hierdie komplekse, lewenslange saak (Dote-Kwan, *et al.*, 2001:336; Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Reynolds, 2008; Van Heerden, 2004; Van Rooyen, 2005, 2008). Harrison *et al.* (2003:2) gebruik die aanhaling: “Empowerment occurs when families are confident that they have the information and problem-solving skills that are essential in their personal situations.” Hierdie tipe bemagtiging sal slegs kan geskied met die hulp van ’n professionele persoon wat ’n gespesialiseerde en omvattende ouerbegeleidingsprogram stap vir stap met die betrokkenes deurwerk. Hierdie aspek moet in gedagte gehou word met die ontwikkeling van ’n ouerbegeleidingsprogram.

7.15 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het die insameling van kwalitatiewe inligting en die aanwending daarvan in die ontwikkeling en implementering van ’n intervensieprogram hoofsaaklik aandag geniet.

In die kwalitatiewe bespreking ten opsigte van die fenomenologiese inligting bekom tydens een fokusgroepbespreking, is die inligting bespreek onder temas, sub-temas en kategorieë. Twee hooftemas is bespreek met hul onderskeie sub-temas en kategorieë. Die eerste hooftema wat bespreek is, is aspekte wat gedek moet word in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid binne gesinsverband. Die vier sub-temas met hul onderskeie kategorieë wat hieruit gevolg het was:

- Emosionele begeleiding wat ouers benodig (direk na diagnose asook op lang termyn).
- Onkunde by die ouer in verskeie areas (versorging en hantering van die kleuter met gesiggestremdheid; effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal) met die kleuter met gesiggestremdheid; 'n algemene gevoel van onkunde met betrekking tot die kleuter met gesiggestremdheid; mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en korreksies en/of aanpassings wat aangebring kan word); gepaste skoolopleiding; leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid; verskynsel van gesiggestremdheid).
- Die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures direk ná diagnose ('n lys van kontakbesonderhede van professionele persone in die veld van gesiggestremdheid wat 'n lys van beskikbare hulpbronne, byvoorbeeld skole en inrigtings, insluit).
- Die gee van inligting aan ander professies (medici en onderwys).

Die tweede hooftema wat bespreek is, sluit in dat 'n holistiese benadering tot die probleem (kleuter met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband) verlang word. Die vier sub-temas met hul onderskeie kategorieë wat hieruit gevolg het was:

- Die verhouding en grootmaak van die kleuter met gesiggestremdheid (maak die kleuter met gesiggestremdheid so normaal moontlik groot; die kwessie van oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid; oormatige hulpverlening teenoor selfstandigheid en onafhanklikheid; die kwessie van manipulasie by die kleuter met gesiggestremdheid).
- Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer self (finansiële stres; werksverhouding; sosiaal).

- Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding (miskonsepsies en onverwerkte emosionele gevoelens; die onttrekking van die man).
- Die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe (die hantering van die ander, normaalsiende kinders in die huisgesin).

Data ingesamel uit die fokusgroepbespreking is gebruik om, saam met die literatuurstudie, 'n intervensieprogram te ontwikkel en te implementeer.

Die tweede fase van die navorsing, die kwantitatiewe deel, word vervolgens in hoofstuk agt bespreek.

HOOFSTUK 8

EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWANTITATIEWE FASE

8.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die kwantitatiewe fase van die empiriese studie bespreek. Die resultate wat tydens die kwantitatiewe fase met die voor- en natoets asook met die implementering van die program bekom is (fase vyf: evaluasie en gevorderde ontwikkeling), word bespreek (1.8.5). Hierdie aspek is die vyfde fase van Rothman en Thomas (1994:9-30) se model vir intervensienavorsing, naamlik die toepassing en evaluering van die program.

Hierdie hoofstuk word soos volg aangebied: 'n Kort beskrywing van die implementering van die program word gegee. Hierna sal die kwantitatiewe data wat tydens die voor- en natoets ingesamel is, bespreek word. Die voor- en natoets sal vergelyk word om sodoende die impak van die program te meet. Die inligting wat verkry is uit die opvolgonderhoude wat 'n maand na afloop van die ouerbegeleidingsprogram gevoer is, sal laastens kortliks bespreek word.

8.2 KWANTITATIEWE FASE: IMPLEMENTERING VAN DIE PROGRAM

Hierdie afdeling vorm die vyfde fase van Rothman en Thomas (1994:5-6) se model vir intervensienavorsing, naamlik die toepassing en evaluering van die program (De Vos, 2002:397; Rothman & Thomas, 1994:5-6) (1.8.5). Dit vorm ook die tweede fase van Creswell (1998:40-60) se tweefasemodel (De Vos, 2002:368) (1.5).

8.3 FORMULERING VAN HIPOTESE

In die lig van die doel van hierdie studie is die volgende hipotese vir die kwantitatiewe fase geformuleer:

Indien die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid die ouerbegeleidingsprogram deurloop, sal hulle bemagtig word met kennis oor hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin.

Die navorsingsprosedure en die toepassing van die intervensieprogram word kortliks bespreek, waarna die resultate van die voor- en natoets, wat die kennisvlak van die respondente geëvalueer het, vergelyk sal word.

8.4 KWANTITATIEWE DATA-INSAMELING

Tydens fase twee van die empiriese navorsing is die intervensieprogram toegepas en die invloed van die onafhanklike veranderlike (die intervensieprogram) op die afhanklike veranderlikes (die ouers se kennisvlak rakende hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin) toegepas en gemeet.

Daar is van 'n kwasi-eksperimentele ontwerp, naamlik die eengroep-voortoets-natoets-ontwerp (01-X-O2) (Fouché & De Vos, 2002:144), gebruik gemaak. Die 10 ouerpare se kennis rakende hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin is tydens die voortoets (O1) gemeet. Die begeleidingsprogram (X) is daarna geïmplementeer, waarna die impak van die program weer tydens die natoets (O2) gemeet is (1.7.1).

'n Duidelike uiteensetting van die prosedures en tegnieke wat tydens die ouerbegeleidingsprogram benut is, is saamgestel, beskryf en in detail weergegee in hoofstuk ses. Ses begeleidingsessies in groepverband is vir twee groepe aangebied, waartydens spesifieke temas bespreek is. Hierdie temas is volledig onder 1.8.4.1 asook in hoofstuk ses bespreek.

Die vraelys en program wat tydens die voorafgaande stappe ontwerp en ontwikkel is, is aan 'n vooronderzoek onderwerp. 'n Ouerpaar en 'n primêre versorger wat nie by die hoofonderzoek betrokke was nie, het deel uitgemaak van die vooronderzoek.

8.5 DIE SELEKTERING VAN RESPONDENTE VIR DIE KWANTITATIEWE FASE (FASE TWEE)

Die geïdentifiseerde populasie vir die kwantitatiewe deel van die studie was alle ouerpare van kleuters (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid wat op Pionierskool en The League of the Friends of the Blind (LOFOB) se databasisse was. Soos die navorser meer bekend geraak het met die populasie van kinders met gesiggestremdheid, het dit egter na vore gekom dat baie kinders ook deur primêre versorgers (meestal 'n familielid) versorg

word, aangesien die ouers moet werk en hulle dan familieledede op 'n daaglikse basis by die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid moet betrek. Sommige kinders bly ook by 'n familielid, aangesien hulle ouers elders moes gaan werk soek het. Die navorser was dus genoodsaak om die kriteria van die geselekteerde respondente aan te pas sodat primêre versorgers ook deel van die studie kon uitmaak.

Die opvoedkundige sielkundige by Pionierskool het potensiele respondente se kontakbesonderhede aan die navorser verskaf, terwyl die arbeidsterapeut van LOFOB kontakbesonderhede van LOFOB se databasis verskaf het. Die selektering van respondente vir die kwantitatiewe fase (fase twee) is deur nie-ewekansige, en meer spesifiek doelgerigte steekproeftrekking, gedoen. Die navorser het in samewerking met die opvoedkundige sielkundige by Pionierskool in Worcester en die arbeidsterapeut van The League of the Friends of the Blind (LOFOB) gebruik gemaak van ervaring om doelgerig respondente te selekteer wat aan die kriteria wat gestel is, voldoen het.

Respondente wat in fase twee by die studie betrek is, het bestaan uit 10 ouerpare en/of primêre versorgers wat 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid in hulle gesin het.

Kriteria vir doelgerigte seleksie vir fase twee:

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

Die eerste 10 ouerpare wat aan die kriteria voldoen het, is vir die navorsing geselekteer. Ses respondente op LOFOB se databasis en vier op Pionierskool se databasis het deel uitgemaak van hierdie studie.

8.6 HANTERING VAN ETIESE ASPEKTE

Die navorser het baie seker gemaak dat alle etiese aspekte wat in 1.12 bespreek is, tydens die empiriese navorsing korrek hanteer is. Die respondente is telefonies volledig oor die volgende aspekte ingelig: die doel van die studie; die belang van die beoogde studie; die kwalifikasies en ervaring van die navorser; 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 tydstop van die ondersoek te onttrek asook die kwessie van vertroulikheid. Nadat die respondente oor bogenoemde ingelig is, is toestemmingsbriewe (bylaag 5) by die aanvang van die ouerbegeleidingsprogram geteken. Tydens die intervensie is respondente nie aan onnodige ongemak blootgestel nie, deurdat hulle nie gedwing is om aan besprekings deel te neem nie. Die laaste sessie van die ouerbegeleidingsprogram het ook as 'n ontladingsessie gedien ten einde enige onopgelosthede te hanteer. 'n Telefoniese onderhoud is 'n maand na afloop van die program met elke respondent gevoer ten einde verdere vrae en probleemkwessies te bespreek.

8.7 VOORONDERSOEK

Tydens die voorondersoek van die vraelys en voorlopige program, is 'n ouerpaar en 'n primêre versorger wat nie deel van die hoofondersoek was nie, betrek. Hierdie ouers en primêre versorger het aan die kriteria vir seleksie voldoen (1.11.4). Die voortoets is by die ouerpaar se huis gedoen. Die primêre versorger het van eie vervoer gebruik gemaak, en die navorser het die ouerpaar en die primêre versorger by die ouerpaar se huis ontmoet. Die begeleidingsessies is met hulle deurloop. Na die afhandeling van die voorondersoek is veranderings aan die selfontwerpte vraelys en program aangebring: Die vraelys was te lank en sekere vrae was vir die respondente onduidelik; dus is onduidelike vrae herformuleer en vrae wat nie uitsluitlik daarop gerig was om die ouers se kennisvlak rakende hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin te meet nie, is weggelaat. Veranderinge wat aan die program aangebring is (na die afhandeling van die voorondersoek) was om dele met baie feitlike inligting eerder in tabelvorm weer te gee. Grafiese voorstellings van prosesse wat verduidelik word in die program, is ook bygevoeg.

8.8 PRAKTIESE UITVOERING VAN DIE INTERVENSIEPROGRAM

Toestemming is verkry om die begeleidingssessies op die terrein van Pionierskool (bylaag 1) of LOFOB (bylaag 3) te hou. Daar is besluit om van LOFOB se lokale gebruik te maak vir die groep van ses respondente en 'n privaat woning vir die ander groep van vier respondente. Alle respondente het met hulle eie vervoer na die begeleidingssessies gekom.

Aanvanklik is beplan om net een groep te hê aan wie die begeleidingssessies aangebied sou word, maar soos daar met die potensiële respondente kontak gemaak is, is bevind dat dit baie moeilik sou wees om al die ouers op dieselfde dag in een groep bymekaar te kry. Die betrokke twee organisasies, LOFOB (in Grassy Park in die Wes-Kaap) en Pionierskool (in Worcester in die Wes-Kaap), is ook geografies ver van mekaar geleë, wat dit vir die potensiële respondente moeilik gemaak het om almal op een plek bymekaar te kom. 'n Verdere rede waarom dit vir ouers moeilik was om ses uur van 'n dag vir die begeleidingssessies opsy te sit, was die versorging van die kleuter met gesiggestremdheid, of die feit dat daar in baie gevalle ook op Saterdag gewerk moes word. Die uiteinde was dus twee datums op twee verskillende plekke ten einde die respondente van LOFOB asook dié van Pionierskool te akkommodeer.

In hierdie studie is die afhanklike veranderlikes wat deur die selfontwerpte vraelys (bylaag 8) gemeet word, die volgende:

- Ouers se kennis aangaande hulle kleuter se spesifieke oogtoestand
- Ouers se kennis aangaande die invloed van gesiggestremdheid op die kind
- Ouers se kennis aangaande die hantering van die kleuter met gesiggestremdheid
- Ouers se kennis aangaande die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouers self
- Ouers se kennis aangaande die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op hulle huwelik
- Ouers se kennis aangaande die invloed van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ander kinders (sibbe)

Twee groepe van ses en vier respondente elk is dus afsonderlik aangebied. Presies dieselfde intervensieprogram is met die twee groepe gevolg. Die selfontwerpte vraelys (bylaag 8) is tydens die eerste sessie en weer tydens die laaste sessie deur elke

respondent voltooi. Groepsessies is ná die voltooiing van die meetinstrument met die 10 oerpare (vier respondente in een groep en ses in die ander groep) gehou. Die eerste en laaste sessie, waartydens die voor- en natoets onderskeidelik gedoen is, het ongeveer 30 minute elk geduur. Altesaam ses groepsessies van 60 minute elk is met elke groep gehou. Individuele opvolgonderhoude is ongeveer een maand na afloop van die onderskeie begeleidingsessies met die respondente gevoer om verdere inligting te verkry.

Die impak van die program ten opsigte van elke respondent is individueel gemeet, met ander woorde elke respondent se voortoetsvraelys is met sy eie natoetsvraelys vergelyk, waarna die resultate van die groep as geheel verwerk is. Die resultate is dus as 'n groepsgeheel bekend gemaak en nie individueel nie.

8.9 VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE KWANTITATIEWE DATA

Ten einde betroubare en geldige data in kwantitatiewe navorsing te verseker, is dit nodig om reeds voor die studie te verseker dat die meetprosedure en -instrument betroubaar is en geldige data-insameling tot gevolg sal hê (Delpont, 2002:166).

8.9.1 Betroubaarheid

Volgens Delpont (2002:162) behels betroubaarheid die volgende: “The reliability of a measurement procedure is the stability or consistency of the measurement.” Betroubaarheid verwys dus na die ooreenstemming van die resultate wat verkry word deur meer as een toepassing van die meetinstrument onder soortgelyke omstandighede. Betroubaarheid het dus nie te doen met wat gemeet word nie, maar met die sukses waarmee dit gemeet word (Delpont, 2002:168). Vanweë die menslike faktor sal 'n situasie egter nooit presies dieselfde wees nie, en klein verskille kan teenwoordig wees (Grinnell & Williams, 1990:101). Tydens elke studie moet egter gestreef word na die hoogste moontlike mate van betroubaarheid (Strydom, 2003:215).

In hierdie studie is 'n selfontwerpte vraelys as meetinstrument benut. Betroubaarheid is verseker deur die doel van die meetinstrument en die proses van meting aan die respondente te verduidelik voordat dit toegepas is. Die meetinstrument is na afloop van die vooronderzoek aangepas ten einde die betroubaarheid daarvan te verhoog. Die noodsaaklikheid van eerlikheid is beklemtoon.

8.9.2 Geldigheid

Babbie (2004:143) beskryf geldigheid soos volg: “... the extent to which an empirical measure accurately reflects the concept it is intended to measure.” Geldigheid word dus beskryf as die mate waarin enige meetinstrument meet wat dit veronderstel is om te meet (Strydom, 2003:216). Delport (2002:167) verwys ten opsigte van geldigheid na inhoudsgeldigheid, gesigsgeldigheid en konstruktorgeldigheid. Die toepassing van hierdie geldigheidsaspekte word vervolgens kortliks bespreek.

Inhoudsgeldigheid: Inhoudsgeldigheid verwys na die mate van verteenwoordiging van die inhoud van die meetinstrument (Delport, 2002:167). Aspekte van gesiggestremdheid met al die implikasies daarvan is gemeet, wat ’n samevatting is van al die inligting wat tydens die begeleidingsessies deurgegee is. Die vraelys moes in Engels vertaal word (bylaag 9) sodat respondente wat nie Afrikaans magtig is nie, ook geakkommodeer kon word. Die navorser is van mening dat die spesifieke aspekte van respondente se kennis ten opsigte van ’n kleuter met ’n gesiggestremdheid in die gesin wat vooraf geïdentifiseer is, wel gemeet is.

Gesigsgeldigheid: Gesigsgeldigheid verwys na wat die meetinstrument op die oog af meet. Om dus betroubare inligting te verkry, is dit nodig dat die respondente die korrekte inligting verskaf omdat hulle tevrede is dat die meetinstrument meet wat hulle glo dit meet (Delport, 2002:167). Nadat verandering ná die voorondersoek, wat met drie ouers (’n ouerpaar en ’n primêre versorger) gedoen is, aangebring is, was dit duidelik dat die selfontwerpte vraelys wat tydens hierdie studie benut is, wel die respondente se kennis ten opsigte van gesiggestremdheid by hulle kleuter, die impak daarvan op die kind, die ouers, die huwelik en die gesin sowel as die hantering daarvan meet. Na voltooiing van die vraelys is dit deur die Navorsingsvoorstel en Etekkomitee van die Fakulteit Geesteswetenskappe van die Universiteit Pretoria voorgelê vir goedgekeuring (bylaag 7).

Konstruktorgeldigheid: Konstruktorgeldigheid verwys na die mate waarin die meetinstrument daarin slaag om die teoretiese konstrukt te meet. Aangesien die gedragswetenskappe meestal abstrakte begrippe meet, is dit baie ingewikkeld om dit te konstrueer en te omskryf. Konstruktorgeldigheid verwys dus na die betekenis van die meetinstrument met betrekking tot wat dit meet, hoe meting geskied en waarom dit saamgestel is soos dit is (Delport, 2002:168).

Die vraelys wat tydens hierdie studie as meetinstrument gebruik is, is aan 'n vooronderzoek onderwerp om konstrukte te toets.

8.10 AANBIEDING VAN BEGELEIDINGSPROGRAM AAN RESPONDENTE

Een begeleidingsgeleentheid is aan twee groepe aangebied. Die datum waarop hierdie sessies plaasgevind het, was onderskeidelik 14 en 21 Maart 2009.

TABEL 8.1 DATUMS VAN BEGELEIDINGSESSIES

	GETAL LEDE	DATUMS VAN GROEPSESSIES
Groep 1	4	14 Maart 2009
Groep 2	6	21 Maart 2009

Soos in bostaande tabel uiteengesit is, het die navorser altesaam twee begeleidingsessies in Maart 2009 aangebied.

8.11 SOSIO-DEMOGRAFIESE KENMERKE VAN DIE RESPONDENTE

Die demografiese besonderhede van die respondente omvat hulle geslagsverspreiding, huwelikstatus, kultuurgroep, huistaal, inligting oor hulle kleuter met gesiggestremdheid (geslag, ouderdom, gesinsorde), die verwantskap van die respondent met die kleuter met gesiggestremdheid, asook inligting ten opsigte van die ander kinders in die gesin.

8.11.1 Geslagsverspreiding

In die vraelys is aan die respondente gevra om hulle geslag te spesifiseer. Tabel 8.2 gee 'n voorstelling van die geslagsverspreiding van die respondente.

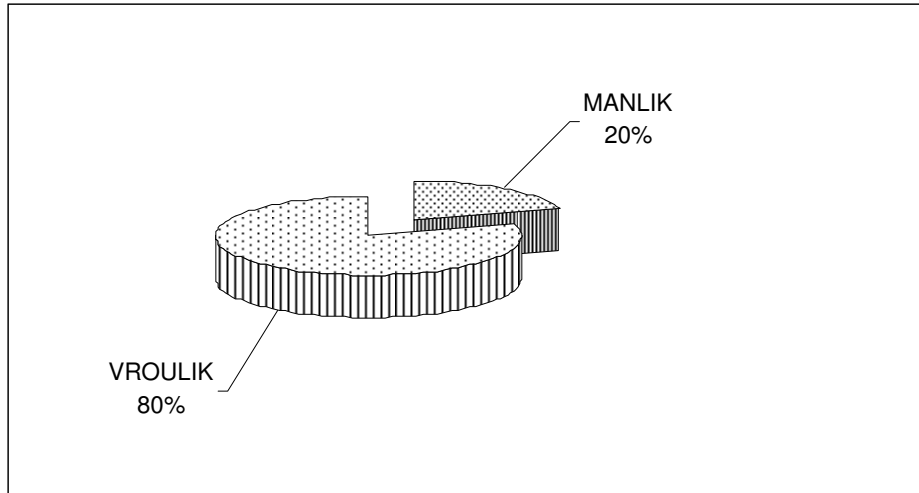
TABEL 8.2: GESLAGSVERSPREIDING VAN DIE RESPONDENTE

N=10 (100%)

Manlik		Vroulik	
Getal	%	Getal	%
2	20	8	80

Tabel 8.2 word skematies in figuur 8.1 voorgestel:

FIGUUR 8.1: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE GESLAGSVERSPREIDING VAN DIE RESPONDENTE



'n Totaal van agt respondente (80%) was vroulik, teenoor twee manlike respondente (20%). Van hierdie agt vroulike respondente was ses die moeder van 'n kleuter met gesiggestremdheid en twee was die grootmoeder van 'n kleuter met gesiggestremdheid. Van die twee manlike respondente was een die kleuter met gesiggestremdheid se vader en die ander respondent was die kleuter met gesiggestremdheid se grootvader. Die feit dat daar meer vroulike as manlike respondente was, kan toegeskryf word aan die feit dat daar twee enkelmoeders (enkelopend as gevolg van verlating) was wat 'n kleuter met gesiggestremdheid versorg, asook dat sommige vaders nie die begeleidingsessies kon of wou bywoon nie.

Hierdie verspreiding stem dus ooreen met bevindings in die literatuur (1.2) dat multi- en visuele gestremdheid in die gesin ten eerste 'n maatskaplike probleem is. Die hoë egskeidingsyfer onder gesinne wat 'n kind met gestremdheid in hulle midde het, is 'n bewys hiervan. Ouers se onverwerkte emosies, finansiële stres asook die fisiese en emosionele eise wat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid aan die ouerpaar stel, dra alles by tot spanning binne die huwelik (1.2, 4.11). Volgens die literatuur (4.11.1) is vaders soms minder betrokke by die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid. Dit word bevestig deur die betrokkenheid van vaders in hierdie begeleidingsprogram.

8.11.2 Huwelikstatus

Gegewens ten opsigte van die respondente se huwelikstatus is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.3 uiteengesit.

**TABEL 8.3: HUWELIKSTATUS VAN RESPONDENTE
N=10 (100%)**

Huwelikstatus	Getal	%
Getroud	8	80
Enkellopend as gevolg van verlating	2	20
Geskei	0	0
N=	10	100

Uit tabel 8.3 kan gesien word dat agt respondente (80%) getroud is, terwyl twee (20%) ongetroud is. Van hierdie agt getroude respondente was daar twee egpare teenwoordig. Die ander vier respondente wat ook getroud was, se mans het nie opgedaag vir die begeleidingsessies nie. Twee uit die 10 respondente (20%) was enkellopend as gevolg van verlating deur die pa van hulle kleuter met gesiggestremdheid. In bogenoemde verspreiding word twee kontrasterende scenario's waargeneem. Eerstens word die teenwoordigheid van sterk huweliksverhoudings waargeneem deurdat 80% van die respondente steeds getroud was. Tweedens is twee respondente enkelmoeders as gevolg van die feit dat die pa van hulle kind met gesiggestremdheid hulle verlaat het. Literatuur bevestig beide scenario's.

Wat die eerste scenario ten opsigte van sterk huweliksverhoudings betref, bevestig literatuur (4.11) dat daar wel egpare is wat van die veronderstelling uitgaan dat hulle huwelik positief beïnvloed is deur die feit dat hulle 'n kind met gesiggestremdheid het. Hierdie egpare voer aan dat om 'n kind met gestremdheid gesamentlik te versorg, hulle emosioneel nader aan mekaar gebring het (Woolfson, 1991:47). Die navorser wil egter 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 tweede scenario stem ooreen met bevindings uit die literatuur (1.2) dat multi- en visuele gestremdheid in die gesin ten eerste 'n maatskaplike probleem is. Alhoewel

bogenoemde verspreiding geen egskeidingsgeval aandui nie, kan die twee enkelmoeders as gevolg van verlating deur die vader van die kleuter met gesiggestremdheid ingesluit word in die tema van “die opbreking van die gesin en verhoudings” (oftewel egskeiding) as gevolg van multi- en visuele gestremdheid as ’n maatskaplike probleem. Die hoë egskeidingsyfer (verlating in hierdie data) onder gesinne wat ’n gestremde kind in hulle midde het, is ’n bewys hiervan. Ouers se onverwerkte emosies, finansiële stres asook die fisiese en emosionele eise wat die versorging van ’n kind met gesiggestremdheid aan die ouerpaar stel, dra alles by tot spanning binne die huwelik (1.2, 4.11).

8.11.3 Kultuurgroepe

Die respondente in hierdie studie het uit die volgende kultuurgroepe bestaan: wit, bruin, swart en indiër. Vervolgens word die verteenwoordiging van hierdie kultuurgroepe in die studie in tabel 8.4 voorgestel.

TABEL 8.4: KULTUURGROEPE VAN DIE RESPONDENTE

N=10 (100%)

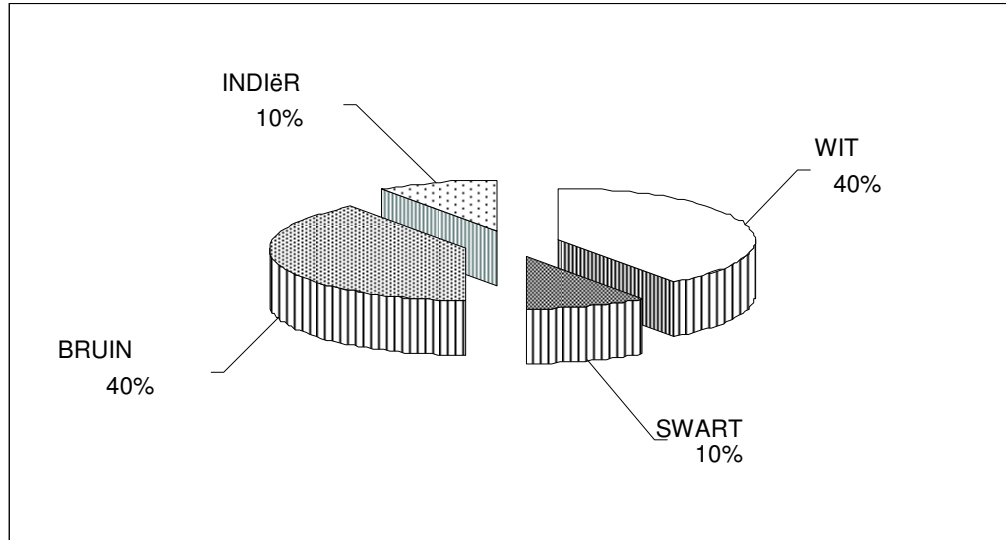
Wit		Swart		Bruin		Indiër	
Getal	%	Getal	%	Getal	%	Getal	%
4	40%	1	10%	4	40%	1	10%

Persone van die wit en bruin kultuur het die grootste deel van die respondente uitgemaak, naamlik vier respondente elk (40%). Persone van die swart- en indiërkultuur was in die minderheid: Daar was slegs een respondent van elk van hierdie kulture (10%).

Die rede vir die hoër getal bruin en wit respondente teenoor die ander kultuurgroepe kan daaraan toegeskryf word dat die grootste deel van die dienste wat deur die organisasies LOFOB in Grassy Park en Pionierskool in Worcester gelewer word, tradisioneel aan bruin en wit mense geskied (Petersen, 2004, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009). Swart mense maak egter ook ’n groot deel van die ouerpopulasie by LOFOB uit. Die verteenwoordiging van kultuurgroepe in die ouerbegeleidingsprogram was dus verspreid tussen vier kulture en ’n goeie verteenwoordiging van die Suid-Afrikaanse kultuurgroepe is verkry. Daar kan dus gesien word dat geen onderskeid gemaak is met betrekking tot ras nie en dat alle ouerpare wat aan die studie wou deelneem, welkom was. Die betrokke ouerbegeleidingsprogram is dus deur verskillende kultuurgroepe in Suid-Afrika getoets, al was die groep respondente klein.

Tabel 8.4 word skematies in figuur 8.2 voorgestel:

FIGUUR 8.2: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE KULTUURGROEPE VAN DIE RESPONDENTE



8.11.4 Huistaal

Gegewens ten opsigte van die respondente se huistaal is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.5 uiteengesit.

TABEL 8.5: HUISTAAL

N=10 (100%)

Afrikaans		Engels		Xhosa	
Getal	%	Getal	%	Getal	%
5	50	5	50	0	0

Uit tabel 8.5 kan gesien word dat ewe veel Afrikaanssprekende as Engelsprekende respondente (vyf elk) die oerbegeleidingsprogram bygewoon het. Die rede hiervoor kan wees dat dienste wat deur Pionierskool en LOFOB gelewer word, hoofsaaklik in Engels en Afrikaans gedoen word. Swart mense wat Xhosaspreekend is, word egter ook by LOFOB geakkommodeer (Petersen, 2004, 2008, 2009). Daar is voorsiening gemaak vir die Engelssprekende respondente deurdat die vraelys (bylaag 8), asook 'n groot deel van die oerbegeleidingsprogram (sessie vyf), in Engels vertaal is. Die navorser het dit oorweeg om die vraelys ook in Xhosa te vertaal, maar ná samesprekings met 'n kundige by LOFOB (Petersen, 2004, 2008, 2009) is ooreengekom dat die swart mense wat die begeleidingsessies sou bywoon, ook Engels magtig was (Petersen, 2004, 2008, 2009).

8.11.5 Geslag van die kleuter met gesiggestremdheid

Daar is aan die respondente gevra om die geslag van die kleuter met gesiggestremdheid te spesifiseer. Hierdie inligting, soos uit die vraelys (bylaag 8) verkry, word in tabel 8.6 uiteengesit.

TABEL 8.6: GESLAG VAN DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID

N=10 (100%)

Manlik		Vroulik	
Getal	%	Getal	%
5	50	5	50

Uit tabel 8.6 kan gesien word dat daar ewe veel meisies as seuns was wat 'n gesiggestremdheid het (vyf elk) en wie se ouers of primêre versorgers deel uitgemaak het van hierdie studie.

Literatuur bevestig bogenoemde verspreiding deurdat 'n populasiegebaseerde studie van gesiggestremdheid onder kleuters in China gedoen is en daar geen onderskeid getref kon word tussen die voorkoms van gesiggestremdheid by seuns of dogters nie (Lu, Zheng, Sun, Cui, Congdon, Hu, Chen & Shi, 2009:763).

8.11.6 Gesinsorde van die kleuter met gesiggestremdheid

Gegewens ten opsigte van die gesinsorde (oudste, middelste of jongste kind in die gesin) van die betrokke kleuters met gesiggestremdheid is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.7 uiteengesit.

TABEL 8.7: GESINSORDE VAN DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID

N=10 (100%)

Oudste		Middelste		Jongste	
Getal	%	Getal	%	Getal	%
2	20	2	20	6	60

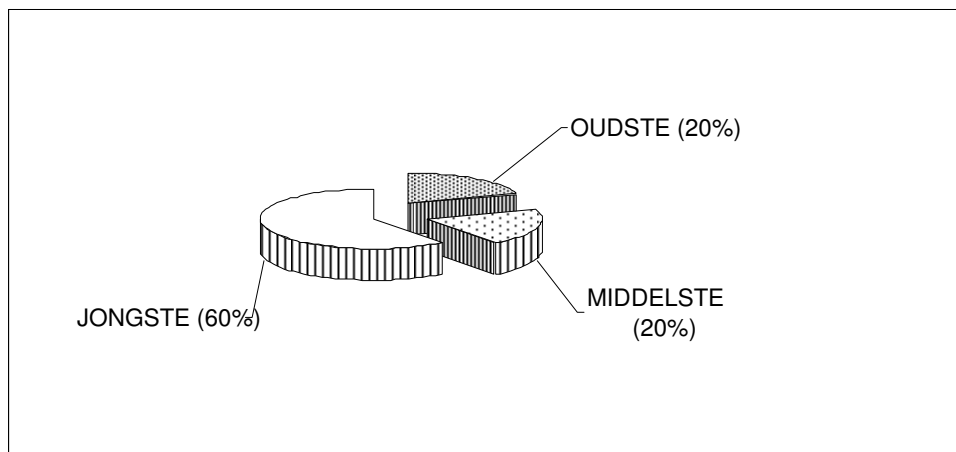
Uit tabel 8.7 is dit duidelik dat ses respondente se kleuters met gesiggestremdheid die jongste kind in die gesin is (60%). Twee respondente het gespesifiseer dat hulle kleuter

met gesiggestremdheid die oudste is (20%). 'n Verdere twee respondente (20%) het aangedui dat hulle kleuter met gesiggestremdheid die middelste kind in die gesin is.

Literatuur (4.2) bevestig dat die negatiefste reaksie by 'n ouer verkry word (by die aanhoor dat sy kind gesiggestremd is) wanneer dit die eersgebore baba is wat met 'n sekere gestremdheid gediagnoseer word. Die rede hiervoor is volgens Woolfson (1991:16) waarskynlik die feit dat ouers nog nie selfvertroue opgebou het in hulle eie versorgingsvaardigheid as ouers nie. Ouers wat alreeds ander kinders het, het 'n bestaande kennisbasis en ervaring ten opsigte van kinderontwikkeling, wat hulle 'n voorsprong gee in die hantering van 'n kind met spesiale behoeftes.

Tabel 8.7 word skematies in figuur 8.3 voorgestel:

FIGUUR 8.3: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE GESINSORDE VAN DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDEID



8.11.7 Verwantskap met die kleuter met gesiggestremdheid

Gegewens ten opsigte van die respondente se verwantskap met die kleuter met gesiggestremdheid is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.8 uiteengesit.

TABEL 8.8: VERWANTSKAP MET DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDEID

N=10 (100%)

Vader		Moeder		Primêre versorger	
Getal	%	Getal	%	Getal	%
1	10	6	60	3	30

Uit bostaande tabel kan gesien word dat die meeste respondente ses (60%) aangedui het dat hulle die moeders van die kleuter met gesiggestremdheid is. Die helfte van hierdie respondente (met ander woorde 30%) het aangedui dat hulle die primêre versorgers is, terwyl net een respondent (10%) gespesifiseer het dat hy die vader van die kleuter met gesiggestremdheid is. Van die drie respondente wat aangedui het dat hulle primêre versorgers is, was twee vroulik (grootmoeders) en een manlik (grootvader). Onder die 10 respondente was daar twee egpare: Die een egpaar was die moeder en vader van 'n kleuter met gesiggestremdheid en die ander egpaar was die grootmoeder en grootvader, wat as die kleuter met gesiggestremdheid se primêre versorgers opgetree het.

Literatuur (4.7.1) bevestig dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid baie hoë eise (fisies, emosioneel en finansieel) aan 'n ouer stel. Die meeste ouers is dus genoodsaak om 'n familielid by die versorging van hulle kind te betrek (meestal 'n ouma of oupa) sodat hulle voltyds kan gaan werk. Hierdie tendens is bevestig met die ontleding van die resultate van hierdie studie, deurdat drie respondente aangedui het dat hulle die primêre versorger van die kleuter met gesiggestremdheid is. Twee van hierdie primêre versorgers is die grootouers van die kleuter met gesiggestremdheid wat deur die dag na die kind kyk terwyl die moeder en/of vader gaan werk. Die primêre versorgers woon dus in dieselfde area as die moeder en vader en versorg die kleuter met gesiggestremdheid bedags.

Die afwesigheid van die vaders by die aanbieding van die begeleidingsessies word weereens beklemtoon deur die statistiek van tabel 8.8. Dit blyk dat vaders nie so betrokke is by die versorging van die kleuter met gesiggestremdheid nie. Dit kan 'n aanduiding daarvan wees dat die vaders meestal werk en vir die finansies sorg, of dat aangesien hierdie studie op die kleuter met gesiggestremdheid fokus, dit meestal moeders is wat die kleiner kind versorg.

8.11.8 Inligting met betrekking tot ander kinders in die gesin

Gegewens met betrekking tot ander kinders in die gesin is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.9 uiteengesit.

TABEL 8.9: INLIGTING MET BETREKKING TOT ANDER KINDERS IN DIE GESIN
N=10 (100%)

Is daar ander kinders in u gesin?	Getal	%
Ja	8	80
Nee	2	20
N=	10	100

Uit bostaande tabel kan gesien word dat die meerderheid respondente agt (80%) ook ander kinders in hulle gesin het. Twee respondente (20%) het aangedui dat die kleuter met gesiggestremdheid hulle enigste kind was.

Literatuur (4.12) bevestig dat die ander kinders in die gesin ook deur hulle sib met gesiggestremdheid geaffekteer word. Die algemene sisteemteorie (hoofstuk drie) bevestig verder dat die gesin as 'n eenheid en geheel funksioneer en dat alle gesinslede deur die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid geraak word. Tabel 8.31 bied ook verdere inligting met betrekking tot hierdie aspek.

8.11.9 Inligting met betrekking tot die ouderdom van die kleuter met gesiggestremdheid

Gegewens met betrekking tot die ouderdom van die kleuter met gesiggestremdheid is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.10 uiteengesit.

TABEL 8.10: INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE OUDERDOM VAN DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID
N=10 (100%)

Ouderdom van die kleuter met gesiggestremdheid	Getal	%
Tussen nul en twaalf maande	0	0
Tussen een en drie jaar	5	50
Tussen vier en ses jaar	5	50
N=	10	100

Dit is duidelik dat vyf ouers (50%) se kind met gesiggestremdheid tussen een en drie jaar oud was. Vyf uit die 10 respondente (50%) se kind met gesiggestremdheid was tussen die

ouderdom van vier en ses jaar oud. Die kinders met gesiggestremdheid was dus almal kleuters, dit wil sê tussen die ouderdom van nul en ses jaar, soos ook deur die titel van die studie en die kriteria vir seleksie aangedui word.

8.12 BEGELEIDING IN GROEPVERBAND

Vervolgens word die sessies van die ouerbegeleidingsprogram uiteengesit in terme van die doelstelling, doelwitte en verloop van elke sessie. Daarna volg 'n kort evaluering van die begeleidingsessies.

8.12.1 Begeleidingsessie 1

8.12.1.1 Doelstelling

Die doelstelling met hierdie sessie was om respondente tot die navorsingsproses te oriënteer en 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 met behulp van 'n meetinstrument (bylaag 8) te meet (6.7.1).

8.12.1.2 Doelwitte

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

8.12.1.3 Verloop

- Die lede word aan mekaar bekend gestel.
- 'n Bespreking en oriëntering ten opsigte van die verloop van die program volg.
- Die sluiting van 'n vennootskap tussen die respondente en die aanbieder van die begeleidingsessies (die navorser) word hanteer.

- 'n Bespreking van gemeenskaplike behoeftes soos deur die navorser bepaal en deur individuele respondente geïdentifiseer, volg.
- Die vraelys (bylaag 8) wat as die voortoets dien, word ingevul.
- Die hantering van vrae en probleemkwessies volg.
- 'n Kort samevatting van die begeleidingsessie word gegee.

8.12.1.4 Evaluering

Groep een het uit vier respondente op die databasis van Pionierskool in Worcester bestaan en het by die privaat woning van 'n respondent bymekaar gekom.

Groep een

Die respondente van hierdie groep het redelik spontaan met mekaar oor die weg gekom en interaksie met mekaar gehad. Die vraelys is sonder enige probleme ingevul.

Groep twee het uit ses respondente bestaan en het by die lokale van LOFOB bymekaar gekom.

Groep twee

Die respondente het met redelike gemak met mekaar omgegaan. Die sessie het gemaklik verloop en die hantering van vrae en probleemassepekte het gou gegaan. Die vraelys is sonder enige probleme ingevul.

8.12.2 Begeleidingsessie 2

8.12.2.1 Doelstelling

Die doelstelling was om respondente te oriënteer ten opsigte van die totale proses wat 'n ouer deurloop ná die diagnosering van 'n kind met gesiggestremdheid, die verskynsel van gesiggestremdheid en 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 oogkondisies by verskillende ouderdomme, die algemeenste oogkondisies wat by babas en kleuters voorkom, die oorsaak van oogkondisies, die assessering van visie, belangrike mediese terme, asook belangrike vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra (6.7.2).

8.12.2.2 Doelwitte

- Om die totale proses wat 'n ouer deurloop vanaf diagnosering met behulp van 'n grafiese voorstelling te bespreek (figuur 6.1).
- Om die verskynsel van gesiggestremdheid en 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 oogkondisies by verskillende ouderdomme te bespreek.
- Om die algemeenste oogkondisies wat by babas en kleuters voorkom, te bespreek (tabel 6.1).
- Om die mediese aspekte (oorsaak, prognose en moontlike mediese behandeling) van sekere oogkondisies te bespreek (tabel 6.1).
- Om die assessering van visie te bespreek.
- Om belangrike mediese terme ten opsigte van oogkondisies met behulp van 'n eenvoudige “woordeboek” te bespreek.
- Om belangrike vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra, te bespreek.

8.12.2.3 Verloop

- 'n Kort beskrywing van die vorige begeleidingsessie word gegee om kontinuïteit te verseker en verdere vrae rondom sessie een te hanteer.
- 'n Bespreking ten opsigte van die totale proses wat 'n ouer vanaf diagnosering deurloop, volg met behulp van 'n grafiese voorstelling (figuur 6.1).
- 'n Bespreking word hanteer ten opsigte van die verskynsel van gesiggestremdheid en die anatomie van die oog (figuur 6.2).
- 'n Kort bespreking ten opsigte van die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar word gegee.
- 'n Bespreking word hanteer ten opsigte van die waarskuwingstekens van oogkondisies by verskillende ouderdomme.
- 'n Bespreking ten opsigte van die algemeenste oogkondisies wat by babas en kleuters voorkom, volg (tabel 6.1).
- 'n Bespreking word hanteer met betrekking tot die mediese aspekte (oorsaak, prognose en moontlike mediese behandeling) van sekere oogkondisies (tabel 6.1).

- 'n Kort bespreking ten opsigte van die assessering van visie volg.
- 'n Kort bespreking oor belangrike mediese terme met betrekking tot oogkondisies volg.
- 'n Bespreking ten opsigte van die belangrikste vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra, volg.
- Vrae en die bespreking van probleme ten opsigte van die inligting wat deurgegee is, word hanteer om enige onsekerhede by die respondente uit die weg te ruim.
- 'n Kort samevatting van die begeleidingsessie word gegee.

8.12.2.4 Resultate van die voor- en natoets

Die volgende tabelle inkorporeer eerstens algemene inligting oor die mediese aspekte ten opsigte van die diagnose van die kind met gesiggestremdheid se oogtoestand. Daarna volg 'n tabel wat respondente se kennis met betrekking tot hierdie mediese aspekte wat tydens die tweede sessie van die ouerbegeleidingsprogram bekom is, weergee, soos gemeet deur die selfontwerpte vraelys (bylaag 8), wat as die voor- en natoets gedien het.

8.12.2.4.1 Inligting met betrekking tot die ouer se kennis ten opsigte van die diagnose van hulle kind met gesiggestremdheid se oogtoestand

Gegewens met betrekking tot die diagnose van hulle kind met gesiggestremdheid se oogtoestand is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.11 uiteengesit.

TABEL 8.11 OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE DIAGNOSE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND

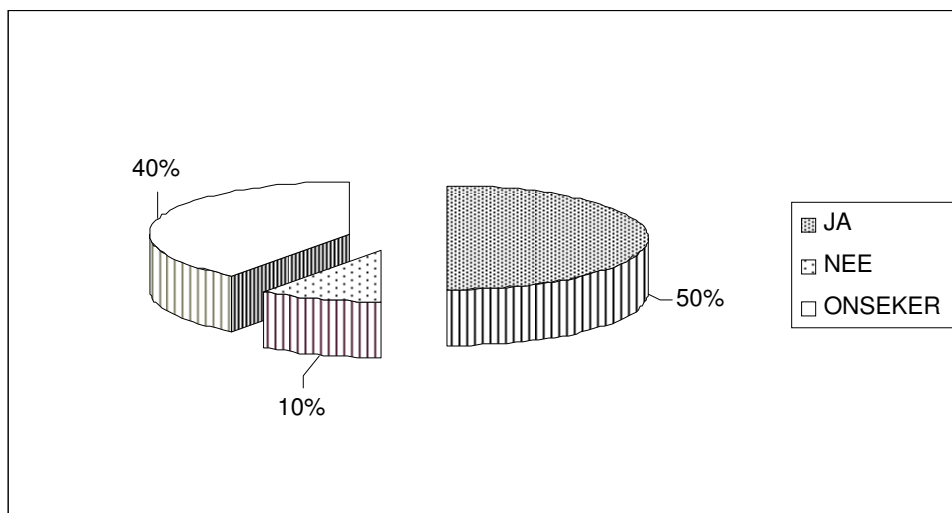
Weet u met watter oogtoestand u kind met gesiggestremdheid gediagnoseer is?	Getal	%
Ja	5	50
Nee	1	10
Onseker	4	40
N=	10	100

Vanuit bogenoemde tabel is dit duidelik dat vyf respondente (50%) gewet het met watter oogtoestand hulle kind met gesiggestremdheid gediagnoseer is. Vier uit die 10 respondente (40%) het aangedui dat hulle onseker is oor die diagnose, terwyl een respondent (10%) glad nie gewet het met watter oogtoestand hulle kind met gesiggestremdheid gediagnoseer is nie. Hieruit kan dus afgelei word dat net 50% van ouers kennis dra van hulle kleuter met gesiggestremdheid se oogtoestand, terwyl 50% glad nie weet nie of onseker is daaroor.

Die literatuur (1.1) ondersteun hierdie bevinding, naamlik dat baie ouers onkundig is ten opsigte van die diagnose van hulle kind se oogtoestand. Hierdie bevinding word ook deur die behoeftebepaling wat tydens die kwalitatiewe fase gedoen is, ondersteun (7.13.2.4). Literatuur (4.3.1.1) dui daarop dat die rede hiervoor kan wees dat hulle so geskok en getraumatiseerd was toe die dokter dit aan hulle meegedeel het dat hulle nie 'n woord gehoor het of kan onthou nie. Literatuur (1.1) dui daarop dat 'n verdere rede hiervoor kan wees dat ouers bloot nie die mediese terme en begrippe verstaan wat die mediese personeel gebruik wanneer die diagnose gemaak word nie. Daarby beskik oogspesialiste ook nie altyd oor die tyd of opvoedkundige kennis om met die diagnosering van 'n spesifieke oogtoestand die impak daarvan op die kind se emosionele gesondheid, gedrag en akademiese prestasie met die ouers te bespreek nie.

Tabel 8.11 word skematies in figuur 8.4 voorgestel.

FIGUUR 8.4: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND



8.12.2.4.2 Inligting met betrekking tot die ouderdom van die kind met gesiggestremdheid ten tyde van diagnosering

Gegewens met betrekking tot die ouderdom van die kind met gesiggestremdheid ten tyde van diagnosering is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.12 uiteengesit.

TABEL 8.12: OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE OUDERDOM VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID TEN TYDE VAN DIAGNOSERING

Hoe oud was u kind toe die diagnose gemaak is?	GETAL	%
By geboorte	8	80
Tussen een en twaalf maande	1	10
Tussen een en drie jaar	1	10
Tussen vier en ses jaar	0	0
Ander (noem)	0	0
N=	10	100

Tabel 8.12 toon duidelik dat die meeste kinders, agt (80%) reeds by geboorte gediagnoseer is. Een uit die 10 kinders (10%) is tussen die ouderdom van een en twaalf maande gediagnoseer, terwyl dieselfde getal, naamlik een kind (10%), tussen die ouderdom van een en drie jaar gediagnoseer is.

Literatuur (4.2) dui daarop dat sekere oogkondisies, veral strukturele foute oftewel abnormaliteite van die oogstruktuur of van die lae van die oog wat abnormaal ontwikkel het, afwesig is of nie volledig ontwikkel het nie, reeds voorgeboortelik bepaal kan word. Literatuur (4.2) bevestig ook dat die diagnosering van gesiggestremdheid in verskeie tydperke tydens die eerste paar jaar ná die kind se geboorte kan plaasvind. Vir sommige ouers kom die nuus en kennis van hulle kind se gesiggestremdheid met geboorte. Vir ander kom die nuus eers nadat hulle vir 'n lang tyd vermoed het dat iets by hulle kind skort. In laasgenoemde omstandighede gaan ouers deur 'n lang tydperk van onsekerheid alvorens 'n duideliker prentjie van hulle kind se situasie verkry word (Cook *et al.*, 2004:39-41; Dale, 1998:97; Woolfson, 1991:15-16).

8.12.2.4.3 *Inligting met betrekking tot die profesie van die persoon wat die diagnose met die ouers bespreek het*

Gegewens met betrekking tot die profesie van die persoon wat die diagnose met die ouers bespreek het, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.13 uiteengesit.

TABEL 8.13 INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE PROFESIE VAN DIE PERSOON WAT DIE DIAGNOSE MET DIE OUERS BESPREEK HET

Wie het die diagnose aan u verduidelik?	Getal	%
Dokter	10	100
Verpleegster	0	0
Maatskaplike werker	0	0
Sielkundige	0	0
Oogkundige	0	0
Onderwyser	0	0
Ander (noem)	0	0
N=	10	100

Vanuit bogenoemde tabel is dit duidelik dat dokters die diagnose met al 10 respondente (100%) bespreek het. As daar terugverwys word na tabel 8.11, waar gesien is dat net 50% van die respondente weet waarmee hulle kleuter gediagnoseer is, kan die leemte aan 'n persoon (tussenganger) wat die diagnose op 'n meer verstaanbare wyse aan die ouers kan verduidelik, duidelik gesien word. Hierdie bevinding word ook gestaaf vanuit die kwalitatiewe data van hierdie studie, waar ouers te kenne gegee het dat hulle nie verstaan het wat die dokter tydens diagnosering aan hulle probeer sê het nie (7.13.4.1). Tabel 8.13 bevestig dus wat in die kwalitatiewe fase bevind is, naamlik dat daar onkunde aan die kant van die medici bestaan met betrekking tot die opvoedkundige vaardigheid om 'n mediese diagnose op 'n verstaanbare manier aan 'n ouer sonder mediese agtergrond oor te dra. Die navorser lei dus hieruit af dat indien die leemte aan 'n tussenganger (vanuit die ondersteunende professies wat in vennootskap met die dokter kan staan) gevul kan word ten einde ouers vroegtydig ten opsigte van hulle kind se toestand in te lig (op 'n sensitiewe en eenvoudige manier), kan opvoedkundige insette gouer gelewer word en emosionele gevoelens hanteer word, en behoort dit alles die ouer se angstigheid te verminder. Onkunde veroorsaak angs. Deur hierdie onkunde teen te werk, behoort tot groter emosionele rustigheid by die ouer en kind te lei. Die navorser stel

voor dat dit raadsaam is dat ouers eers die diagnose moet verwerk voordat meer inligting aan hulle deurgegee word. Ouers is meer gereed om nuwe inligting te ontvang en in hulle lewe te integreer nadat die ergste skok verwerk is.

8.12.2.4.4 Inligting met betrekking tot ouers se behoefte om meer kennis te bekom in verband met sy kind met gesiggestremdheid se oogtoestand

Gegewens met betrekking tot ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid se behoefte om meer te wete te kom oor sy kind se oogtoestand, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.14 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se behoefte om meer inligting oor sy kind se oogtoestand te bekom.

TABEL 8.14 INLIGTING MET BETREKKING TOT OUERS SE BEHOEFTE OM MEER KENNIS OOR DIE KIND SE OOGTOESTAND TE BEKOM

Verlang u meer inligting in verband met u kind se oogtoestand?	Getal	%
Ja	9	90
Nee	1	10
N=	10	100

Vanuit tabel 8.14 is dit duidelik dat 'n groot persentasie van die respondente, naamlik 90%, aangedui het dat hulle 'n behoefte het aan meer kennis en inligting ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid se oogtoestand. Net een uit die 10 respondente (10%) het aangedui dat sy nie 'n behoefte het aan meer inligting ten opsigte van haar kleuter se oogtoestand nie. Bogenoemde bevinding bevestig die behoefte aan 'n tussenganger wat die ouer van inligting kan voorsien, asook vrae en nuwe probleemkwessies (soos wat die kind met gesiggestremdheid na nuwe ontwikkelingsfasies oorgaan) kan hanteer. Hierdie aspek is bespreek tydens 8.12.2.4.3.

Vervolgens word die impak van die ouerbegeleidingsprogram op die respondente se kennis van die tersaaklike mediese aspekte in tabel 8.15 weergegee.

TABEL 8.15: OUIERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE MEDIESE ASPEKTE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID SE OOGTOESTAND

Ouers se kennis met betrekking tot die mediese aspekte van hulle kind se oogtoestand	VOORTOETS		NATOETS	
Skaal met beskrywing	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	1	2	0	0
3 SWAK KENNIS	1	3	0	0
4 GEMIDDELDE KENNIS	2	8	1	4
5 GEMIDDELDE KENNIS	1	5	2	10
6 GEMIDDELDE KENNIS	1	6	0	0
7 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	2	14
8 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	1	8
9 UITSTEKENDE KENNIS	1	9	1	9
10 UITSTEKENDE KENNIS	3	30	3	30
Gemiddeld	10	6,3	10	7,5

In bogenoemde tabel kan gesien word dat 'n waarde van een tot drie, op die skaal van een tot tien, in die kategorie van "swak kennis" geplaas is, waardes van vier tot sewe in die kategorie van "gemiddelde kennis" en waardes van agt tot tien in die kategorie van "uitstekende kennis". Waardes is met behulp van 'n statistiese formule bereken, naamlik waarde = frekwensie vermenigvuldig met die skaal. 'n Skaal van drie ("swak kennis") word byvoorbeeld vermenigvuldig met die frekwensie van twee respondente; dus word 'n waarde van ses verkry. Hierdie statistiese berekening stel die navorser in staat om 'n gemiddelde waarde aan die groep se kennisvlak te heg. Alle metingskale in hierdie studie is op hierdie manier verwerk.

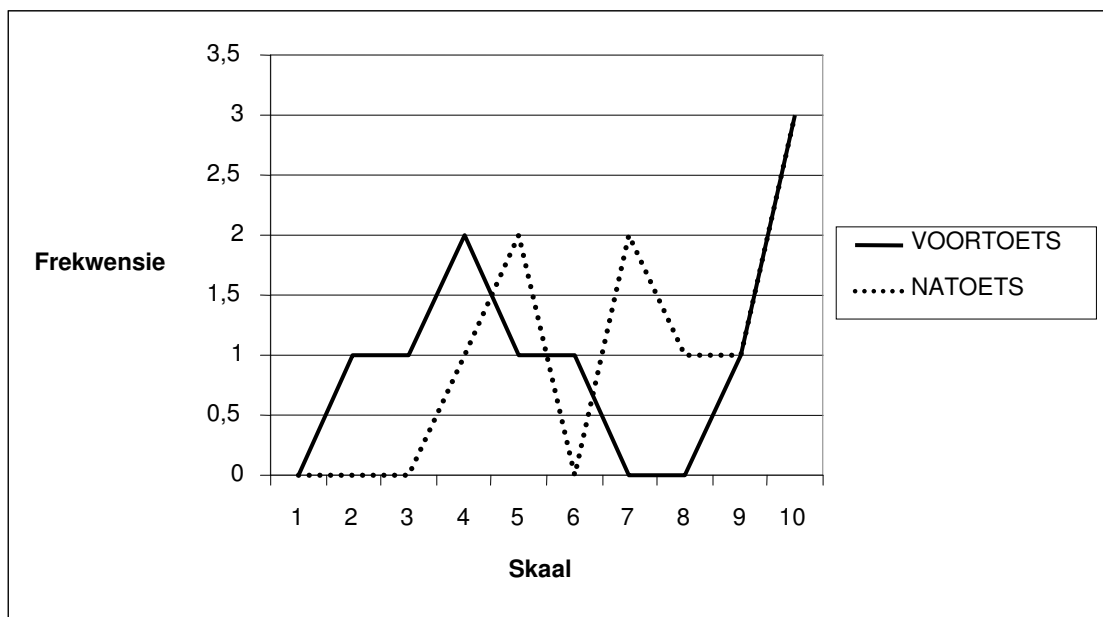
Statisties gesproke word 'n normaalverdeling volgens tabel 8.15 van die data verwag. Twee uit die 10 respondente het tydens die voortoets aangedui dat hulle oor "swak kennis" ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kind se oogtoestand beskik. Met die natoets was daar geen respondente wat hulle kennis as "swak" beskou het nie. Daar was dus 'n verbetering in die kategorie van "swak kennis" deurdat daar tydens die natoets 'n afname was in die getal respondente wat hulle kennis as "swak" beskou het.

Vier uit die 10 respondente het hulle kennis tydens die voortoets as “gemiddeld” beskou, en vyf tydens die natoets. Daar was dus ’n verbetering op die voortoets.

’n Verbetering word waargeneem in die kategorie van “uitstekende kennis” deurdat daar drie respondente tydens die voortoets was en vier tydens die natoets; dus het die normaalverdeling op die normaalverdeling geskuif na “uitstekende kennis”. Resultate soos verkry uit die voortoets dui ’n groeps gemiddeld van 6,3 aan. Resultate soos verkry uit die natoets dui daarop dat die normaalverdeling met ’n gemiddeld van 6,3 geskuif het na ’n groeps gemiddeld van 7,5. Laasgenoemde is ’n aanduiding dat daar ’n verbetering van ongeveer 19% op die voortoets was. Hieruit word afgelei dat die algehele kennisbasis van die respondente ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kleuter met gesiggestremdeheid se oogtoestand verbeter het.

Tabel 8.15 word skematies in figuur 8.5 voorgestel.

FIGUUR 8.5: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUIERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN DIE DIAGNOSE VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDEHEID SE OOGTOESTAND



Inligting verkry uit opvolgonderhoude:

Die meeste respondente het beleef dat hulle kennis ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kleuter met gesiggestremdeheid se oogtoestand verbeter het, maar het steeds ’n behoefte aan individuele verduidelikings gehad, byvoorbeeld ten opsigte van hoeveel die

kleuter werklik kan sien (beskikbare visie), veral in die geval waar daar lae visie teenwoordig was by die kind. Ouers was ook gemotiveerd om meer oor die toestand uit te vind en het genoem dat die inligting wat hulle uit die program ontvang het, hulle gemotiveer het om meer te verstaan en te wete te kom van hulle kind se oogtoestand. Uit gesprekvoering kon die navorser duidelik agterkom dat respondente meen dat die begeleidingsessie van meer waarde sou gewees het indien dit op 'n een-tot-een-basis kon plaasvind. Sodoende kon spesifieke vrae met meer omsigtigheid en tyd hanteer word, wat hierdie behoefte by die respondente kon aanspreek.

Die gevolgtrekking word dus deur die navorser gemaak dat die ouerbegeleidingsprogram wel 'n beduidende impak op die respondente se kennis en begrip ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kleuter se oogtoestand gemaak het.

8.12.2.5 Evaluering

Groep een

Hierdie sessie het vinniger verloop. Respondente was meer ingelig ten opsigte van hulle kleuter se oogtoestand en het minder vrae gehad.

Groep twee

Die begeleidingsessie het gemaklik verloop, maar respondente het baie vrae gehad ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand. Hulle het die behoefte gehad om meer te weet en wou individueel stilstaan by hulle kind se oogtoestand. Weens die tydskedule kon die navorser nie soveel tyd aan elke oogtoestand spandeer nie en moes daar voortgegaan word na die volgende sessie.

8.12.3. Begeleidingsessie 3 en 4

8.12.3.1 Doelstelling

Die doelstelling was om die respondente 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 respondente te bemagtig in hulle rol as ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid (6.7.3).

8.12.3.2 Doelwitte

- Om 'n kort samevatting van die vorige sessie te gee en aan respondente die geleentheid te bied om vrae te stel indien daar enige onduidelikhede van die aspekte wat voorheen bespreek is, was.
- Om die respondente 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 respondente 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 sý kind moet wees, rouproses en aanvaarding) en hulle ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl.
- Om die respondente 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, en maniere om mekaar te bemagtig en te ondersteun.
- Om die respondente te oriënteer 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).

8.12.3.3 Verloop

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

- '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.
- '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).
- 'n Kort samevatting van die sessie word gegee.

8.12.3.4 RESULTATE VAN DIE VOOR- EN NATOETS

Die volgende tabelle inkorporeer die kennis wat respondente tydens die derde en vierde sessie van die begeleidingsprogram opgedoen het, soos gemeet deur die selfontwerpte vraelys (bylaag 8), wat as die voortoets en natoets gedien het.

8.12.3.4.1 *Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het*

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram ten opsigte van die ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het, in tabel 8.16 uiteengesit.

TABEL 8.16: OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE FISIESE ONTWIKKELING HET

Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat die gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	2	4	0	0
3 SWAK KENNIS	1	3	2	6
4 GEMIDDELDE KENNIS	3	12	1	4
5 GEMIDDELDE KENNIS	2	10	2	10
6 GEMIDDELDE KENNIS	1	6	3	18
7 GEMIDDELDE KENNIS	1	7	2	14
8 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
Gemiddeld	10	4,2	10	5,2

Uit tabel 8.16 kan gesien word dat drie respondente tydens die voortoets aangedui het dat sy kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het, “swak” is. Met die natoets was daar slegs twee respondente wat hulle kennis steeds as “swak” beskou het; daar was dus ’n verbetering in die kategorie van “swak kennis” deurdat daar tydens die natoets ’n afname was in die getal respondente wat hulle kennis as “swak” beskou het.

Die getal respondente wat hulle kennis rakende hierdie aspek as “gemiddeld” beskou het (sewe), het verbeter deurdat agt respondente tydens die natoets van mening was dat hulle nou oor “gemiddelde kennis” beskik.

Geen respondente het tydens die voor- of natoets hulle kennis as “uitstekend” beskou nie. Wanneer al hierdie gegewens statisties verwerk word, word ’n gemiddelde groeps waarde van 4,2 vir die voortoets verkry en ’n gemiddelde groeps waarde van 5,2 vir die natoets; daar was dus ’n verbetering van ongeveer 24% op die voortoets. Die gemiddelde groeps waarde het verbeter, wat daarop dui dat die algehele kennisbasis van die

respondente binne die groepsgeheel verbeter het ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het. Bogenoemde is 'n aanduiding dat 'n verbetering van respondente se kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het, bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is. Die navorser sou graag meer tyd aan hierdie aspek wou spandeer, aangesien geen respondent 'n verbetering bo sewe aangedui het nie.

8.12.3.4.2 Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se emosionele ontwikkeling het

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram op die ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se emosionele ontwikkeling het, in tabel 8.17 uiteengesit.

TABEL 8.17: OUER SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE EMOSIONELE ONTWIKKELING HET

Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat die gesiggestremdheid op die kind se emosionele ontwikkeling het	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	1	2	0	0
3 SWAK KENNIS	3	9	1	3
4 GEMIDDELDE KENNIS	1	4	3	12
5 GEMIDDELDE KENNIS	4	20	1	5
6 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	4	24
7 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	0	0
8 UITSTEKENDE KENNIS	1	8	1	8
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
Gemiddeld	10	4,3	10	5,2

Statisties gesproke word 'n normaalverdeling volgens tabel 8.17 ten opsigte van die data verwag. Daar kan gesien word dat vier respondente hulle kennis ten opsigte van die

invloed wat gesiggestremdheid op die kind se emosionele ontwikkeling het, tydens die voortoets as “swak” beskou het. Met die afneem van die natoets was daar ’n verbetering, deurdat daar slegs een respondente was wat sy kennis tydens die natoets as “swak” beskou het; daar was dus ’n verbetering in die kategorie van “swak kennis” deurdat daar ’n afname was in die getal respondente wat hulle kennis as “swak” beskou het met die afneem van die natoets.

In die kategorie van “gemiddelde kennis” het vyf respondente aangedui dat hulle kennis rakende bogenoemde aspek “gemiddeld” is. ’n Verbetering is waargeneem tydens die natoets, deurdat daar drie respondente meer was, naamlik agt; dus het die normaalverdeling op die normaalverdeling se kennisbasis geskuif na “gemiddelde kennis”.

Die kategorie van “uitstekende kennis” het onveranderd gebly met die voor- en natoets. Geen verandering is waargeneem nie. Die resultate soos verkry uit die voortoets dui ’n gemiddelde waarde van 4,3 vir die groep aan. Die natoets het uitgewys dat die normaalverdeling geskuif het met ’n gemiddelde waarde van 5,2 vir die groep. Bogenoemde is ’n aanduiding dat ’n verbetering van ongeveer 21% waargeneem is met betrekking tot respondente se kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se emosionele ontwikkeling het.

8.12.3.4.3 Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se sosiale ontwikkeling het

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram op die ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se sosiale ontwikkeling het, in tabel 8.18 uiteengesit.

TABEL 8.18: OUIERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE SOSIALE ONTWIKKELING HET

Ouer se kennis met betrekking tot die effek wat gesiggestremdheid op die kind se sosiale ontwikkeling het	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	2	4	0	0
3 SWAK KENNIS	2	6	2	6
4 GEMIDDELDE KENNIS	1	4	2	8
5 GEMIDDELDE KENNIS	3	15	2	10
6 GEMIDDELDE KENNIS	2	12	3	18
7 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	1	7
8 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
Gemiddeld	10	4,1	10	4,9

In tabel 8.18 word gesien dat vier respondente hulle kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se sosiale ontwikkeling het, as “swak” beskou het. Tydens die afneem van die natoets was daar vier respondente. Daar was dus ’n verbetering deurdat daar ’n afname in die getal respondente was wat hulle kennis as “swak” beskou het.

Die grootste verskil kon in die kategorie van “gemiddelde kennis” waargeneem word, deurdat daar ses respondente tydens die voortoets was en agt tydens die afneem van die natoets; dus het die normaalverdeling op die normaalverdeling se kennisbasis geskuif na “gemiddelde kennis”.

Geen respondente het tydens die voor- of natoets hulle kennis as “uitstekend” beskou nie; dus kon geen verandering in hierdie kategorie waargeneem word nie. Die resultate soos verkry uit die voortoets toon ’n gemiddelde waarde van 4,1 vir die groep. Die natoets dui ’n gemiddelde waarde van 4,9 vir die groep aan. ’n Beduidende verbetering van ongeveer 20% in respondente se kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die

kind se sosiale ontwikkeling het, kan dus waargeneem word. Die sterk verbetering wat tussen waardes van vier en sewe waargeneem is, is goed, maar die respondente bly steeds by die gemiddelde en styg nie uit na uitstekende kennis nie. Dit kan 'n aanduiding wees van 'n behoefte aan meer kennis, of dat die begeleidingssessies te kort was of dat respondente onseker bly omdat die kinders nog klein is.

8.12.3.4.4 Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se opvoedkundige situasie het

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram op die ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se opvoedkundige situasie het, in tabel 8.19 uiteengesit.

TABEL 8.19: OUIERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE OPVOEDKUNDIGE SITUASIE HET

Ouers se kennis met betrekking tot die effek wat gesiggestremdheid op die kind se opvoedkundige situasie het	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	2	4	0	0
3 SWAK KENNIS	3	9	2	6
4 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	1	4
5 GEMIDDELDE KENNIS	3	15	2	10
6 GEMIDDELDE KENNIS	1	6	4	24
7 GEMIDDELDE KENNIS	1	7	1	7
8 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
Gemiddeld	10	4,1	10	5,1

In tabel 8.19 kan waargeneem word dat vyf van die respondente (50%) hulle kennis as "swak" beskou het tydens die voortoets. Daar kan 'n verbetering in hierdie kategorie van "swak kennis" waargeneem word deurdat die getal respondente in hierdie kategorie

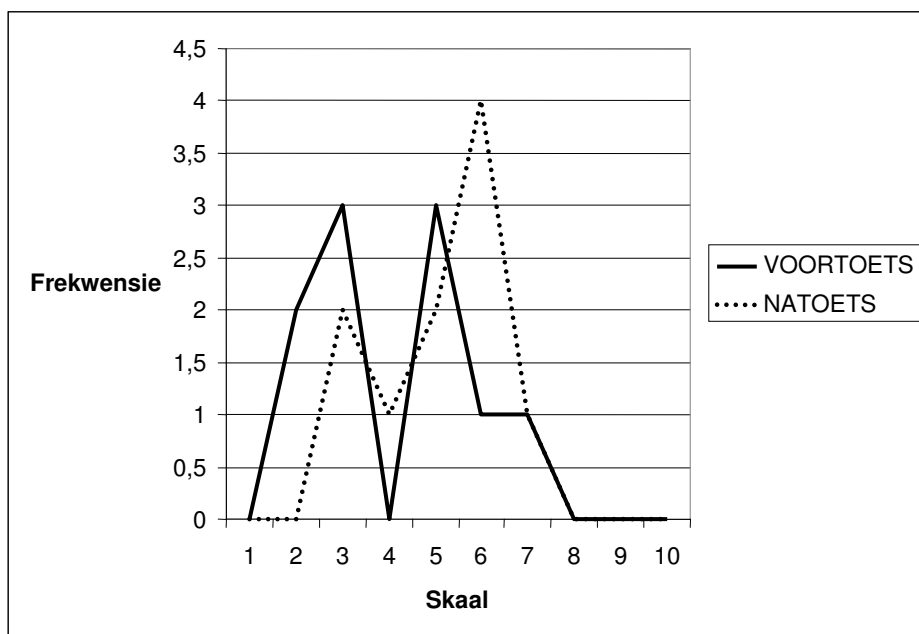
afgeneem het met die afneem van die natoets. 'n Totaal van twee respondente het hulle kennis steeds as “swak” beskou tydens die natoets.

'n Totaal van vyf respondente het hulle kennis as “gemiddeld” beskryf tydens die voortoets, terwyl daar agt was tydens die natoets; dus het die normaalverdeling op die normaalverdeling se kennisbasis geskuif na “gemiddelde kennis”.

Geen verandering in die kategorie van “uitstekende kennis” kan waargeneem word nie. Resultate soos verkry uit die natoets dui daarop dat die normaalverdeling met 'n gemiddeld van 4,1 geskuif het na 'n groeps-gemiddeld van 5,1. Laasgenoemde is 'n aanduiding dat daar 'n verbetering van ongeveer 24% op die voortoets was. Hieruit lei ons af dat respondente se algehele kennisbasis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se opvoedkundige situasie het, verbeter het.

Tabel 8.19 word skematies voorgestel in figuur 8.6.

FIGUUR 8.6: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN DIE INVLOED WAT GESIGGESTREMDHEID OP DIE KIND SE OPVOEDKUNDIGE SITUASIE HET



Inligting verkry uit opvolgonderhoude: 'n Verdere behoefte aan begeleiding ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op al bogenoemde areas (fisies, emosioneel, sosiaal en opvoedkundig) het, is by die respondente waargeneem. Respondente is veral onseker oor hoe om hulle kind met gesiggestremdheid sosiaal te laat inskakel deurdat

hulle (die ouers) nie altyd daarna voel om herhaaldelik aan persone in die buitewêreld te verduidelik dat hulle kind gesiggestremd is nie. Ouers voel om dit eerder nie te sê nie, maar dit bemoeilik dan die kind se sosiale inskakeling. Vanuit die gesprekvoering kon die navorser duidelik agterkom dat respondente persoonlike vrae het met betrekking tot hulle kind met gesiggestremdheid se ontwikkeling en inskakeling in die gemeenskap. Die navorser is van mening dat hierdie ouerbegeleidingsprogram van meer waarde sou gewees het indien dit op individuele basis kon plaasvind of indien daar meer tyd aan elke sessie gespandeer kon word. Dit was egter prakties nie moontlik nie vanweë ouers se werkskedule en program.

Die gevolgtrekking word dus deur die navorser gemaak dat die ouerbegeleidingsprogram wel 'n beduidende verbetering van die respondente se kennis en begrip ten opsigte van die invloed wat die gestremdheid op die kleuter se fisiese, emosionele, sosiale en opvoedkundige situasie het, teweeg gebring het.

8.12.3.4.5 Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram ten opsigte van die ouers se kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid in tabel 8.20 uiteengesit.

TABEL 8.20: OUIERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT EFFEKTIEWE NIEVERBALE KOMMUNIKASIE MET DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID

Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	1	1	0	0
2 SWAK KENNIS	1	2	1	2
3 SWAK KENNIS	0	0	1	3
4 GEMIDDELDE KENNIS	4	16	2	8
5 GEMIDDELDE KENNIS	1	5	1	5
6 GEMIDDELDE KENNIS	2	12	1	6
7 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	2	14
8 UITSTEKENDE KENNIS	1	8	0	0
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	1	9
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	1	10
Gemiddeld	10	4,4	10	5,7

Statisties gesproke word 'n normaalkurwe vanuit tabel 8.20 ver wag. In bogenoemde tabel kan gesien word dat twee respondente hulle kennis ten opsigte van nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid as "swak" beskou het. Die natoets het 'n totaal van twee respondente getoon; dus word geen verandering met betrekking tot die kategorie "swak kennis" waargeneem nie.

Die getal respondente wat tydens die voortoets hulle kennis as "gemiddeld" beskou het (sewe), het tydens die natoets verminder na ses respondente. Die grootste verskil word egter waargeneem in die kategorie "uitstekende kennis". Tydens die voortoets het slegs een respondent aangedui dat hy oor "uitstekende kennis" beskik, teenoor twee respondente tydens die natoets; daar was dus dubbel soveel respondente as tydens die voortoets. Die resultate soos verkry uit die voortoets dui 'n gemiddelde groeps waarde van 4,4 aan, terwyl die natoets 'n gemiddelde groeps waarde van 5,7 aandui. Dus 'n verbetering van ongeveer 30% op die voortoets. Die "gewig" of gemiddelde waarde van die normaalkurwe is dus verplaas na 5,7. Bogenoemde is 'n aanduiding dat 'n verbetering

van respondente se kennis ten opsigte van nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Dit blyk uit die literatuur (1.1, 4.7.1) dat 'n baba met gesiggestremdheid nie in staat is om oogkontak te maak nie en aanpassingsgedrag openbaar wat verkeerd geïnterpreteer word deur versorgers. Beide hierdie faktore speel 'n uiters belangrike rol in die bindingsproses (Griffiths & Russel, 1995:122; Schon, 1999:13; Stone, 2001:87). Liggaamlike spel moet dus oogspel as kommunikasiewyse vervang ten einde moederlike liefde en bekommernis oor te dra om sodoende die ontwikkeling van die selfkonsep te fasiliteer. Meer tyd is dus nodig om liefde en toegeneentheid aan die baba met gesiggestremdheid te kommunikeer deur hom vas te hou, te vertroetel en gemaklik te maak. Laasgenoemde optrede sal meebring dat die emosionele band tussen ouer en baba versterk word (Stone, 2001:87).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat kommunikasie, wat 'n belangrike aspek ten opsigte van die bindingsproses is, met 'n baba met gesiggestremdheid baie energie en tyd van die ouer eis. Effektiewe nieverbale kommunikasie met die baba met gesiggestremdheid behels meer sensoriese kontak sowel as kreatiewe denke vanaf die ouer.

8.12.3.4.6 Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram ten opsigte van die ouers se kennis met betrekking tot effektiewe verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid in tabel 8.21 uiteengesit.

TABEL 8.21: OUERS SE KENNIS MET BETREKING TOT EFFEKTIEWE VERBALE KOMMUNIKASIE MET DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID

Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	1	2	0	0
3 SWAK KENNIS	0	0	1	3
4 GEMIDDELDE KENNIS	3	12	0	0
5 GEMIDDELDE KENNIS	4	20	1	5
6 GEMIDDELDE KENNIS	1	6	4	24
7 GEMIDDELDE KENNIS	0	0	2	14
8 UITSTEKENDE KENNIS	1	8	0	0
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	1	9
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	1	10
Gemiddeld	10	4,8	10	6,5

Uit bostaande tabel kan gesien word dat die getal respondente tydens die voor- en natoets dieselfde gebly het vir die kategorie “swak kennis” (een respondent). Geen verskil word dus waargeneem nie.

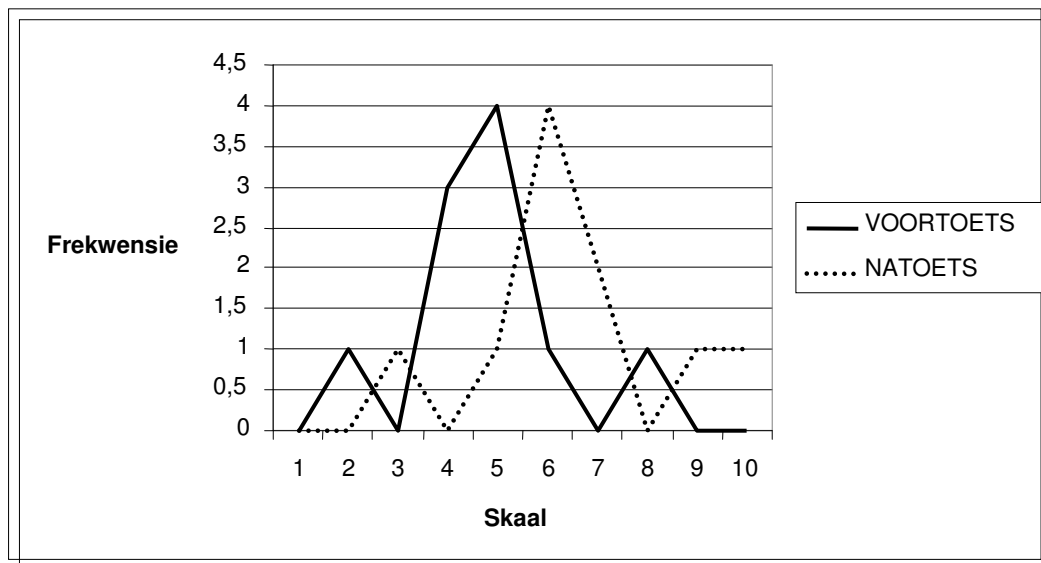
In die kategorie “gemiddelde kennis” het agt respondente tydens die voortoets aangedui dat hulle kennis “gemiddeld” is. ’n Totaal van sewe respondente het hulle kennis as “gemiddeld” beskou tydens die natoets.

’n Verskil word waargeneem in die “uitstekende kennis”-kategorie deurdat die getal respondente verdubbel het van die voor- na die natoets. Die “uitstekende kennis”-kategorie van hierdie skaal dra die meeste gewig (waarde) en respondente wat voorheen net oor “gemiddelde kennis” beskik het, beskou hulleself ná die deurloop van die begeleidingssessie as goed ingelig. Resultate soos verkry uit die voortoets dui ’n groepsgemiddeld van 4,8 aan, terwyl die natoets ’n gemiddelde waarde van 6,5 toon. ’n Verbetering van ongeveer 35% word dus verkry. Ons sien dat die waardes gekonsentreerd is rondom die gemiddeld, soos verwag met die normaalverdeling van al die datapunte. Tydens die natoets het die gemiddeld op die normaalverdeling geskuif na 6,5, wat op ’n verbetering dui. Hieruit word afgelei dat ’n verbetering van respondente se

kennis ten opsigte van effektiewe verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Tabel 8.21 word skematies voorgestel in figuur 8.7.

FIGUUR 8.7: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN EFFEKTIEWE VERBALE KOMMUNIKASIE MET DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID



8.12.3.4.7 Ouers se vlak van bewustheid met betrekking tot hulle kleuter met gesiggestremdheid se unieke behoeftes

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram ten opsigte van die ouers se vlak van bewustheid met betrekking tot hulle kleuter met gesiggestremdheid se unieke behoeftes in tabel 8.22 uiteengesit.

TABEL 8.22: OUERS SE VLAK VAN BEWUSTHEID MET BETREKking TOT HULLE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID SE UNIEKE BEHOEFTEs

Ouers se vlak van bewustheid met betrekking tot hulle kleuter met gesiggestremdheid se unieke behoeftes	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK BEWUSTHEID	0	0	0	0
2 SWAK BEWUSTHEID	1	2	0	0
3 SWAK BEWUSTHEID	0	0	1	3
4 GEMIDDELDE BEWUSTHEID	2	8	0	0
5 GEMIDDELDE BEWUSTHEID	3	15	4	20
6 GEMIDDELDE BEWUSTHEID	1	6	1	6
7 GEMIDDELDE BEWUSTHEID	1	7	0	0
8 UITSTEKENDE BEWUSTHEID	1	8	3	24
9 UITSTEKENDE BEWUSTHEID	0	0	0	0
10.UITSTEKENDE BEWUSTHEID	1	10	1	10
Gemiddeld	10	5,6	10	6,3

Statisties gesproke word 'n normaalkurwe vanuit tabel 8.22 verwag. Dit is duidelik in bogenoemde tabel dat daar een respondent tydens die afneem van die voortoets was wat sy vlak van bewustheid as “swak” beskou het. Met die afneem van die natoets was daar geen verandering nie, deurdat een respondent steeds sy bewustheidsvlak as “swak” beskou het.

Vir die kategorie “gemiddelde bewustheid” het sewe respondente tydens die voortoets aangedui dat hulle vlak van bewustheid “gemiddeld” is. 'n Totaal van vyf respondente het hulle bewustheidsvlak as “gemiddeld” beskou tydens die natoets; dus het die normaaldistribusie op die normaalkurwe se vlak van bewustheid geskuif na “gemiddelde bewustheid”.

Die grootste verskil word in die kategorie “uitstekende bewustheid” waargeneem, deurdat daar tydens die voortoets twee respondente in hierdie kategorie was teenoor vier in die natoets; dus 'n verdubbeling op die voortoets. Resultate soos verkry uit die voortoets dui 'n gemiddelde groeps waarde van 5,6 aan, terwyl die natoets 'n gemiddelde groeps waarde

van 6,3 aandui. 'n Toename van 12,5% kan dus van die voor- na die natoets waargeneem word.

Vanuit die literatuur (5.10.3, 5.12.3) is dit duidelik dat kommunikasie van kardinale belang is by die versorging en leer van die kind met gesiggestremdheid. Die versorger se verbale beskrywings van mense, voorwerpe en gebeure is belangrik ten einde bewustheid van die omgewing by die kind met gesiggestremdheid te verhoog. 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. Hierdie kombinasie vorm 'n kragtige manier om met die kind met gesiggestremdheid te kommunikeer en hom met die leerproses te help. Die ouer of primêre versorger moet sy doen en late rondom die huis met die kind “deurpraat”, asook voorwerpe benoem. 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).

Inligting verkry uit opvolgonderhoude: Respondente het positiewe terugvoer gegee met betrekking tot die kommunikasie-aspek van die program. Hulle het meer bemagtig gevoel om effektief met hulle kleuter met gesiggestremdheid te kommunikeer.

Die volgende tabelle en grafieke inkorporeer inligting wat weens die aard van die ouerbegeleidingsprogram nie gemeet kon word nie.

8.12.3.4.8 Inligting met betrekking tot respondente se beskrywing van hulle verhouding met die kleuter met gesiggestremdheid

Gegewens met betrekking tot die respondente se beskrywing van hulle verhouding met die kleuter met gesiggestremdheid is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.23 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se beskrywing van sy verhouding met die kleuter met gesiggestremdheid.

TABEL 8.23: INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE BESKRYWING VAN HULLE VERHOUDING MET DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID

Beskryf u verhouding met u kleuter met gesiggestremdheid	Getal	%
Uitstekend	3	30
Baie goed	6	60
Gemiddeld	1	10
Swak	0	0
Baie swak	0	0
N=	10	100

In tabel 8.23 kan gesien word dat drie respondente (30%) die verhouding wat hulle met hulle kleuter met gesiggestremdheid het, as “uitstekend” beskryf. Die helfte meer respondente, naamlik ses (60%), beskryf hierdie verhouding as “baie goed”. Net een respondent het die verhouding wat hy met sy kleuter met gesiggestremdheid het, as “gemiddeld” beskryf.

Literatuur (4.13.1) let op die verhouding tussen die versorger en die kind met gestremdheid deur na die verskynsel van oorbeskerming te verwys. Woolfson (1991:46) is van mening dat oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid ’n algemene verskynsel is tydens die grootword van die kind met gestremdheid. Alle kinders is kwesbaar wanneer hulle klein is, maar die pasgebore baba met gestremdheid is soveel kwesbaarder en afhankliker van sy ouers om in sy behoeftes te voorsien. Hierdie baba sal vir ’n baie langer tydperk afhanklik bly van sy ouers om in sy daaglikse behoeftes te voorsien. Die hoeveelheid tyd, aandag en energie wat in hierdie verhouding geïnvesteer word, is soveel meer en ’n noue band is amper onvermydelik. Bogenoemde kan ’n moontlike rede wees waarom ’n ouer sy verhouding met sy kleuter met gesiggestremdheid as “uitstekend” of “baie goed” beskryf.

Wanneer die verskynsel van oorbeskerming teenwoordig is in ’n ouerkindverhouding, met ander woorde waar die versorger oormatige hulp verleen en alles vir die kind begin doen, voel die kind nooit veilig genoeg om onafhanklik van die ouer te funksioneer nie en bly hy dus afhanklik vir al sy behoeftes. ’n Afhanklikheid ontstaan dus as gevolg hiervan. Woolfson (1991:46) en Steenkamp en Steenkamp (1999:231) let daarop dat ouers as gevolg van skuldgevoelens of vrese die kind met gestremdheid oorbeskerm en/of alles vir hom doen. Veral die vrees vir alleenheid dra daartoe by. Die kind word dus “baba” gehou en sodoende kan hy nie die huis verlaat en hulle as ouers alleen laat nie. Hierdie intense, afhanklike verhouding tussen ouer en kind kan tot ’n baie nou band lei – soms gesond en

soms nie. Die persepsie van 'n "uitstekende" verhouding kan moontlik die gevolg hiervan wees.

By die respondent wat aangedui het dat sy verhouding met die kleuter met gesiggestremdheid "gemiddeld" is, kan dit wees dat die bindingsproses tussen ouer en baba vertraag en bemoeilik is vanweë die hoë eise wat aan ouers gestel word ten opsigte van die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid (4.7.1). Ouerlike depressie kan ook inmeng met die ontwikkeling van die bindingsproses tussen baba en ouer, wat krities belangrik is vir die sosiale en emosionele ontwikkeling van enige kind, maar veral die kind met gesiggestremdheid (Dale, 1998:102; Griffiths & Russel, 1995:122; Schon, 1999:13).

Inligting verkry uit opvolgonderhoude: Die respondente het ervaar dat die inligting met betrekking tot die binding tussen versorger en kind, asook bemagtigingstrategieë ten opsigte van maniere waarop effektief met die kind gespeel kan word en die uitwys van effektiewe speelgoed, daartoe bygedra het dat die verhouding wat hulle met hulle kleuter met gesiggestremdheid het, versterk is.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die respondente se nuutgevonde kennis met betrekking tot verskeie aspekte rakende die verhouding en interaksie tussen ouer en kind met gesiggestremdheid daartoe bygedra het dat die tyd wat met die kleuter gespandeer word, as meer sinvol en waardevol ervaar word noudat hulle bemagtig is met kennis en inligting.

Die gevolgtrekking word dus deur die navorser gemaak dat die ouerbegeleidingsprogram wel 'n beduidende verbetering van die respondente se kennis en begrip ten opsigte van die binding tussen ouer en kleuter met gesiggestremdheid teweeg gebring het.

8.12.3.4.9 Inligting met betrekking tot respondente se beskrywing van die verhouding met hulleself as ouer van 'n kind met gesiggestremdheid

Gegewens met betrekking tot die respondente se beskrywing van die verhouding wat hulle met hulleself as ouer van 'n kind met gesiggestremdheid het, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.24 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se beskrywing van sy verhouding met homself as ouer van 'n kind met gesiggestremdheid.

TABEL 8.24: INLIGTING MET BETREKKING TOT OUERS SE VERHOUDING MET HULLESELF AS OUERS VAN 'N KIND MET GESIGGESTREMDHEID

Beskryf u verhouding met uself as ouer van 'n kind met 'n gesiggestremdheid	Getal	%
Uitstekend	4	40
Baie goed	3	30
Gemiddeld	3	30
Swak	0	0
Baie swak	0	0
N=	10	100

In tabel 8.24 kan gesien word dat die meeste ouers, vier (40%) “uitstekend” voel oor hulleself en die werk wat hulle verrig deur 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid te versorg. 'n Totaal van drie respondente (30%) het die verhouding wat hulle met hulleself het, as “baie goed” beskryf. Dieselfde getal respondente, naamlik drie, het hierdie verhouding as “gemiddeld” beskryf. Geen respondente het die verhouding met hulleself as “swak” of “baie swak” beskryf nie.

Die verhouding wat die ouer met homself het, met ander woorde hoe hy oor homself as die versorger van 'n kind met gesiggestremdheid voel, kan deur verskeie faktore beïnvloed word. Faktore wat die ouer se gemoedstemming en verhouding met homself kan beïnvloed, sluit in: waar in die rouproses die ouer tans verkeer (4.3.1), die eise wat aan die ouer gestel word (4.7.1), hoe die ouer oor sy sosiale lewe (loopbaan en finansies) voel, die graad van ondersteuning wat van die huweliksmaat ontvang word (4.11), asook die moontlikheid van 'n krisistydperk waarmee die ouer tans met betrekking tot sy kind met gesiggestremdheid gekonfronteer word (4.9.2, 4.9.3). Al bogenoemde faktore kan 'n invloed hê oor hoe die ouer homself ervaar as die versorger van 'n kind met gesiggestremdheid, dit wil sê of hy ervaar dat hy genoeg innerlike hulpbronne het ('n gevoel van 'emosioneel vol en sterk wees', hoë energievlakke, 'n ondersteunende huweliksverhouding en vervulde gesinsverhoudings) (sien ook tabel 8.25) om hom met die proses van aanvaarding te help, en of daar voldoende eksterne hulpbronne is (finansies, loopbaan, gepaste skool, hulporganisasies, terapeute). Laasgenoemde faktore kan die deurslag gee waarom 'n respondent op 'n bepaalde tydstip “uitstekend”, “baie goed”, “gemiddeld”, “swak” of “baie swak” oor homself voel. Voel die respondent dat hy suksesvol is of dat hy gefaal het in al die rolle wat hy tans moet vervul, naamlik as ouer, huweliksmaat, sakepersoon of vriend/vriendin?

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat die respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het, ten tyde van die programbegeleiding grotendeels tevrede gevoel het oor die rolle wat hulle verrig. Daar was wel drie respondente wat tydens die telefoniese opvolgonderhoud aangedui het dat hulle onseker is of hulle tans al die rolle wat van hulle verwag word, suksesvol vervul.

8.12.3.4.10 Inligting met betrekking tot respondente se mening of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n ouer stel

Gegewens met betrekking tot respondente se mening of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n ouer stel, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.25 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se mening of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n ouer stel.

TABEL 8.25: INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERSORGING VAN 'N KIND MET GESIGGESTREMDHEID BUITENGEWONE EISE AAN 'N OUER STEL

Meen u dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan u as ouer stel?	Getal	%
Ja	10	100
Nee	0	0
Onseker	0	0
N=	10	100

Tabel 8.25 dui aan dat al 10 respondente (100%) van mening is dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan hulle as ouers stel. Literatuur (4.7.1, 4.11, 4 12) bevestig dat die versorging van 'n kind met gestremdheid buitengewone eise (emosioneel, fisies, finansiëel, sosiaal, ensovoorts) aan die ouer stel (hierdie gegewens kom ooreen met tabel 8.26).

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat ouers wat 'n kind met gesiggestremdheid versorg, ekstra hulp, ondersteuning en onderskraging benodig. Hulp word benodig in terme van emosionele en fisiese bystand (deur byvoorbeeld die ouer vir 'n paar uur af te los van die versorging van die kind), sowel as finansiële en opvoedkundige bystand (deur

die verskaffing van inligting ten opsigte van die probleemsituasie (die versorging van die kind met gesiggestremdheid).

8.12.3.4.11 Inligting ten opsigte van respondente se mening oor die spesifieke area in hulle lewe waar hulle die meeste stres ervaar met betrekking tot die versorging van die kind met gesiggestremdheid

Gegewens ten opsigte van respondente se mening oor die spesifieke area in hulle lewe waar hulle die meeste stres ervaar met betrekking tot die versorging van die kind met gesiggestremdheid, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.26 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting ten opsigte van die ouer se mening oor die spesifieke area in hulle lewe waar hulle die meeste stres ervaar met betrekking tot die versorging van die kind met gesiggestremdheid.

TABEL 8.26: INLIGTING TEN OPSIGTE VAN RESPONDENTE SE MENING OOR DIE SPESIFIEKE AREA IN HULLE LEWE WAAR HULLE DIE MEESTE STRES ERVAAR MET BETREKKING TOT DIE VERSORGING VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID

Dui die area in u lewe aan waar u die meeste stres ervaar met betrekking tot die versorging van u kind met gesiggestremdheid	Getal	%
Fisies	1	10
Emosioneel	7	70
Sosiaal	0	0
Finansieel	1	10
Opvoedkundig	1	10
Ander (noem)	0	0
N=	10	100

Tabel 8.26 dui aan dat die meeste respondente, sewe (70%) stres op emosionele gebied ervaar. 'n Totaal van een respondent het aangedui dat hy op 'n fisiese vlak die meeste stres ervaar (10%). Dieselfde geld die finansiële (10%) en opvoedkundige vlak (10%).

Literatuur (4.7.1, 4.11, 4.12) bevestig die data in tabel 8.26, naamlik dat die versorging van 'n kind met gestremdheid buitengewone eise (emosioneel, fisies, finansieel, sosiaal, ensovoorts) aan die ouer stel. Hierdie gegewens kom ook ooreen met tabel 8.25.

Na aanleiding van die empiriese data in tabel 8.26 kom die navorser tot die gevolgtrekking dat hulp op emosionele vlak aan die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid gebied moet word. Ouers het 'n behoefte aan leiding en ondersteuning soos wat die kind met gesiggestremdheid deur die verskeie lewensfases beweeg. 'n Terapeut in die veld van gesiggestremdheid wat in 'n langtermynverhouding met die gesin staan, kan baie waardevol wees vir al die afsonderlike gesinslede deur elke lid se behoeftes, ooreenkomstig sy ontwikkelingsfase en unieke situasie, uit te lig ten einde die hele gesin meer bewustelik met mekaar kan omgaan. Die terapeut kan dus as advokaat vir al die betrokke lede en onderlinge verhoudinge (ouer-kind, huweliksmaats, sibbe onderling) afsonderlik optree.

8.12.3.4.12 Inligting met betrekking tot die wyse waarop respondente hulle verhouding met hulle huweliksmaat sal beskryf

Gegewens met betrekking tot die wyse waarop respondente hulle verhouding met hulle huweliksmaat beskryf, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.27 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se beskrywing van sy verhouding met sy huweliksmaat.

TABEL 8.27: INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE WYSE WAAROP RESPONDENTE HULLE VERHOUDING MET HULLE HUWELIKSMAAT BESKRYF

Hoe sou u u verhouding met u huweliksmaat beskryf?	Getal	%
Uitstekend	2	20
Baie goed	1	10
Gemiddeld	3	30
Swak	2	20
Baie swak	0	0
Nie van toepassing	2	20
N=	10	100

In bogenoemde tabel 8.27 kan gesien word dat die meeste respondente, drie (30%) hulle verhouding met hulle huweliksmaat as “gemiddeld” beskryf. Ewe veel respondente het hulle verhouding as onderskeidelik “uitstekend” en “swak” beskryf, naamlik twee in elke kategorie. Net een respondent (10%) het sy verhouding met sy huweliksmaat as “baie goed” beskryf. Daarbenewens was twee respondente nie getroud nie. Hierdie gegewens kom ook ooreen met tabel 8.3.

Literatuur (4.11) wys daarop dat egpare wat van die veronderstelling uitgaan dat hulle huwelik positief beïnvloed is deur die feit dat hulle 'n kind met gesiggestremdheid het (hierdie gegewens hou verband met die respondente wat hulle huweliksverhouding as “uitstekend” beskryf in tabel 8.27), skryf dit daaraan toe dat om 'n kind met gestremdheid 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). Die navorser wil egter 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 in die uitdagende taak om 'n kind met gestremdheid te versorg.

Wanneer huwelike waar daar 'n kind met gestremdheid is, met huwelike waar daar geen gestremde kind is nie vergelyk word, is bevind dat die getal jaar wat egpare getroud was voordat hulle kind met gestremdheid gebore is, direk verband hou met huweliksharmonie (Woolfson, 1991:47). 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. 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. Verder, hoe erger die kind se gestremdheid (en in die besonder die hoeveelheid daaglikse aktiwiteite van die kind wat beperk is), hoe groter die las op die huweliksverhouding. Die vrees vir 'n toekomstige swangerskap kan 'n bron van groot kommer wees, veral indien die kind met gestremdheid die ouerpaar se eerste kind was (Woolfson, 1991:47).

8.12.3.4.13 Inligting met betrekking tot respondente se mening oor of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n huwelik stel

Gegewens met betrekking tot respondente se mening oor of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n huwelik stel, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.28 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se mening oor of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n huwelik stel.

TABEL 8.28: INLIGTING MET BETREKking TOT RESPONDENTE SE MENING OOR OF DIE VERSORGING VAN 'N KIND MET GESIGGESTREMDHEID BUITENGEWONE EISE AAN HULLE HUWELIK STEL

Meen u dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan u huwelik stel?	Getal	%
Ja	6	60
Nee	2	20
Onseker	0	0
Nie van toepassing	2	20
N=	10	100

Vanuit tabel 8.28 is dit duidelik dat die meeste respondente, ses (60%) van mening is dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan die huwelik stel. Daarteenoor was twee respondente (20%) van mening dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid nie buitengewone eise aan die huwelik stel nie. Twee uit die 10 respondente (20%) het "nie van toepassing" gekies aangesien hulle nie getroud was nie. (Hierdie gegewens stem ooreen met tabel 8.3 en tabel 8.21.)

Die algemene sisteemteorie (hoofstuk 3, 4.12.1) is gebaseer op die feit dat lede van 'n sisteem interafhanklik is van mekaar en mekaar dus wedersyds beïnvloed (Turnbull *et al.*, 1984:12). Indien een lid dus deur 'n moeilike tyd gaan, sal dit noodwendig ook die res van die lede binne die sisteem affekteer. Die navorser verwys terug na tabel 8.25 en 8.26, waar die empiriese data daarop dui dat die respondente beleef dat hulle individueel ekstra eise moet hanteer met die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid, veral op 'n emosionele vlak. Al die sisteme waarvan hierdie individu 'n deel uitmaak, byvoorbeeld die

huwelik en gesin, sal dus daardeur beïnvloed word. Tabel 8.28 se resultate stem dus ooreen met dié in tabel 8.25, deurdat 75% van die respondente aangedui het dat hulle huweliksverhouding ook geraak word deur die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid (in hierdie vraag is twee respondente geïgnoreer, aangesien hulle agtergrond nie van toepassing was op die vraag nie deurdat hulle nie getroud was nie; ses uit die agt respondente wat in 'n huweliksverhouding staan, het aangedui dat hulle huwelike beïnvloed word).

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat huweliksberading, met ander woorde die versorging van die huweliksverhouding, van groot waarde kan wees vir die gesin wat met 'n kleuter met gesiggestremdheid gekonfronteer word.

8.12.3.4.14 Inligting met betrekking tot respondente se mening of die verhouding wat hulle as ouers met die ander kinders in hulle gesin het, verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het

Gegewens met betrekking tot respondente se mening of die verhouding wat hulle as ouers met die ander kinders in hulle gesin het, verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.29 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se mening of die verhouding wat hulle as ouers met die ander kinders in hulle gesin het, verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het.

TABEL 8.29: INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERHOUDING WAT HULLE AS OUERS MET DIE ANDER KINDERS IN HULLE GESIN HET, VERSKIL VAN DIE VERHOUDING WAT HULLE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID HET

Meen u dat u verhouding as ouer met die ander kinders in u gesin verskil van u verhouding met u kind met gesiggestremdheid?	Getal	%
Ja	3	30
Nee	4	40
Onseker	1	10
Nie van toepassing	2	20
N=	10	100

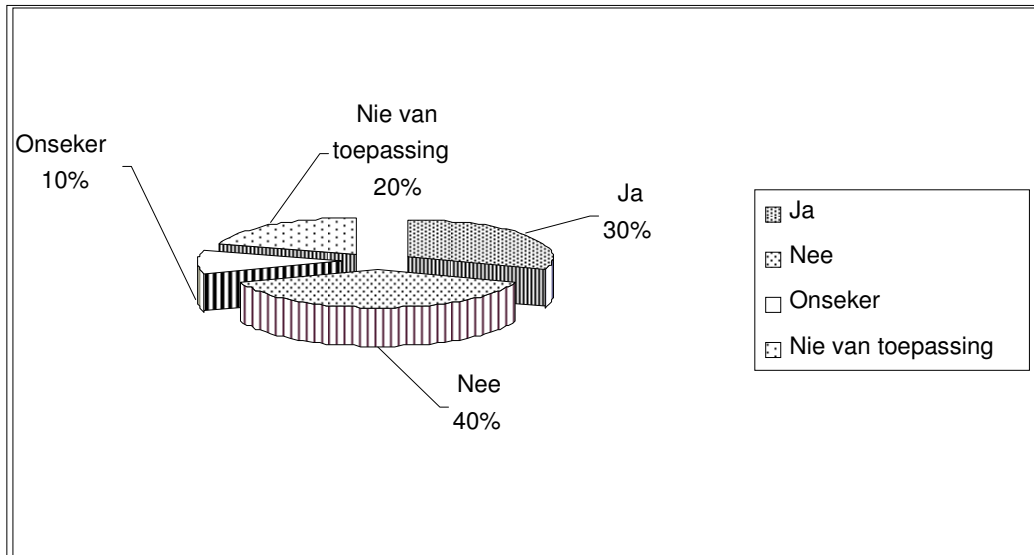
Vanuit bostaande tabel is dit duidelik dat die meeste respondente, vier (40%), van mening is dat die verhouding wat hulle met die ander kinders in hulle gesin het, nie verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het nie. Vier uit die 10 respondente (40%) is dus van mening dat hulle geen onderskeid tref ten opsigte van die verhouding en hantering van hulle kinders nie. Daarteenoor is drie respondente (30%) van mening dat die verhouding wat hulle met die ander kinders in hulle gesin het, wel verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het. Een uit die 10 respondente (10%) was onseker of hierdie verhouding verskil van dié met die ander kinders in die gesin, terwyl twee respondente “nie van toepassing” gekies het aangesien hulle nie ander kinders buiten die kind met gesiggestremdheid het nie. (Hierdie data stem ooreen met die data in tabel 8.9.)

Literatuur (4.13.1) bevestig dat ouers hulle kind met gesiggestremdheid anders hanteer as die ander kinders in die gesin deur oortoegeeflik te wees of die kind te oorbeskerm. Bogenoemde bevinding word bydraend hiertoe, ook in tabel 8.23 asook deur die behoeftebepaling wat tydens die kwalitatiewe fase gedoen is, ondersteun (7.14.1). Die drie respondente (30%) wat van mening was dat die verhouding wat hulle met die ander kinders in hulle gesin het, nie verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het nie, soos gesien in tabel 8.29, kan 'n aanduiding van laasgenoemde bespreking wees ('n volledige bespreking volg in 4.13.1 en onder tabel 8.23).

Die vier respondente (40%) wat van mening is dat die verhouding wat hulle met die ander kinders in hulle gesin het, wel verskil van die verhouding wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het, kan 'n aanduiding daarvan wees dat hulle hulle kinders so normaal moontlik wil grootmaak. Geen onderskeid word dus getref tussen enige van die kinders in die gesin nie. Hierdie bevindings stem ooreen met die resultate wat uit die kwalitatiewe data verkry is, soos gesien kan word by 7.14.1.1.

Tabel 8.29 word skematies voorgestel in figuur 8.8.

FIGUUR 8.8: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERHOUDING WAT HULLE AS OUERS MET DIE ANDER KINDERS IN HULLE GESIN HET, VERSKIL VAN DIE VERHOUDING WAT HULLE MET DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID HET



8.12.3.4.15 Inligting met betrekking tot die wyse waarop respondente die verhouding tussen die ander kinders in die gesin en die kind met gesiggestremdheid beskryf

Gegewens met betrekking tot die wyse waarop respondente die verhouding tussen die ander kinders in die gesin en die kind met gesiggestremdheid beskryf, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.30 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se beskrywing van die verhouding tussen die ander kinders in die gesin en die kind met gesiggestremdheid.

TABEL 8.30: INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE WYSE WAAROP RESPONDENTE DIE VERHOUDING TUSSEN DIE ANDER KINDERS IN DIE GESIN EN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID BESKRYF

Hoe sou u die verhouding tussen u ander kinders en u kind met gesiggestremdheid beskryf?	Getal	%
Uitstekend	3	30
Baie goed	0	0
Gemiddeld	5	50
Swak	0	0
Baie swak	0	0
Nie van toepassing	2	20
N=	10	100

Tabel 8.30 dui aan dat die meeste respondente, vyf (50%) van mening is dat die verhouding tussen die ander kinders in die gesin en hulle kind met gesiggestremdheid “gemiddeld” is. Daarteenoor beskryf drie respondente (30%) hierdie verhouding as “uitstekend”.

Literatuur (4.12.1) bevestig dat die ander kinders in baie gesinne ’n baie sterk band met hulle broer of suster met gestremdheid vorm en dat hulle geneig is tot meer versorgende en onbaatsugtige gedrag as gevolg hiervan. Woolfson (1991:33-34) en Dale (1998:104-105) bevestig egter ook die ander kant, naamlik dat die ander kinders emosies van wrokkigheid en haat teenoor die kind met gestremdheid ervaar. Die rede hiervan kan wees dat die ander broers en susters afgeskeep voel en ervaar dat hulle altyd tweede op die lys van gesinsprioriteite is deurdat die kind met gestremdheid al die ouers se tyd en aandag opneem.

8.12.3.4.16 Inligting met betrekking tot respondente se mening of hulle kind met gesiggestremdheid ’n effek op die ander kinders in die gesin het

Gegewens met betrekking tot respondente se mening of hulle kind met gesiggestremdheid ’n effek op die ander kinders in die gesin het, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.31 uiteengesit. Hierdie vraag was nie ’n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van ’n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se mening of hulle kind met gesiggestremdheid ’n effek op die ander kinders in die gesin het.

TABEL 8.31: INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID 'N EFFEK OP DIE ANDER KINDERS IN DIE GESIN HET

Meen u dat u kind met gesiggestremdheid 'n effek op die ander kinders in u gesin het?	Getal	%
Ja	4	40
Nee	3	30
Onseker	1	10
Nie van toepassing	2	20
N=	10	100

In tabel 8.31 kan gesien word dat vier respondente (40%) van mening is dat die kind met gesiggestremdheid wel 'n effek op die ander kinders in die gesin het. Daarteenoor is drie respondente (30%) van mening dat die kind met gesiggestremdheid nie 'n effek op die ander kinders in die gesin het nie. Een uit die 10 respondente (10%) was onseker omtrent hierdie kwessie, terwyl twee respondente nie ander kinders het nie en dus die opsie "nie van toepassing" gekies het.

Die bevindings van tabel 8.31, waar die helfte van die respondente (50%) van mening was dat die ander kinders in die huis geaffekteer word as gevolg van die versorging van die kind met gesiggestremdheid, stem ook ooreen met die kwalitatiewe data van hierdie studie (7.14.4), waar respondente genoem het dat hulle ander kinders afgeskeep en geaffekteer word as gevolg van die hoeveelheid tyd en aandag wat die kind met gesiggestremdheid verg. (In hierdie vraag is twee respondente geïgnoreer, aangesien hulle agtergrond nie van toepassing was op die vraag nie deurdat hulle nie ander kinders in die huisgesin het nie; dus was daar net vier uit die agt respondente wat ook ander kinders in hul huisgesin het.)

8.12.3.4.17 Inligting met betrekking tot respondente se mening of die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid 'n effek op hulle werksituasie het

Gegewens met betrekking tot respondente se mening of die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid 'n effek op hulle werksituasie het, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.32 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se mening of die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid 'n effek op hulle werksituasie het.

TABEL 8.32: INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE SE MENING OF DIE VERSORGING VAN HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID 'N EFFEK OP HULLE WERKSITUASIE HET

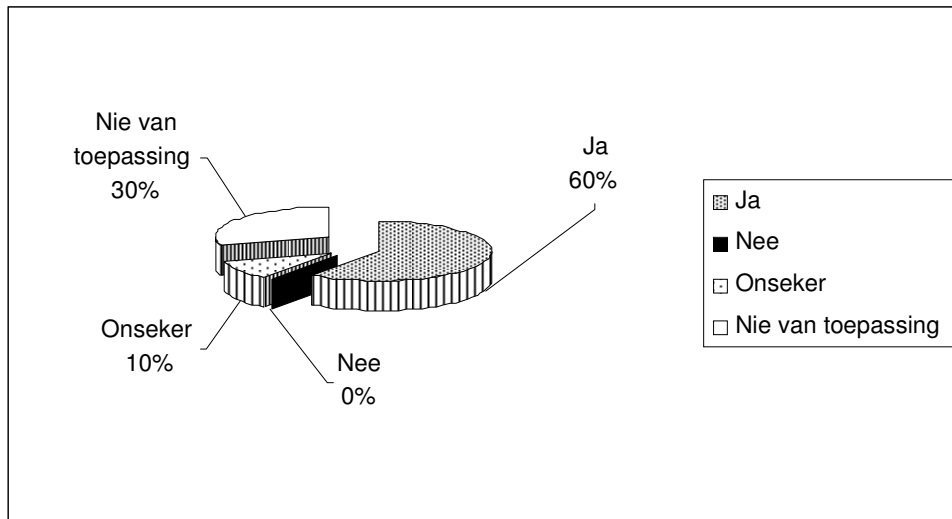
Meen u dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid 'n effek op u werksituasie het?	Getal	%
Ja	6	60
Nee	0	0
Onseker	1	10
Nie van toepassing	3	30
N=	10	100

Vanuit bogenoemde tabel kan gesien word dat die meeste respondente, ses (60%) van mening is dat die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid wel 'n effek op hulle werksituasie het. Geen respondente was van mening dat dit nie 'n effek op hulle werksituasie het nie. Een uit die 10 respondente (10%) het aangedui dat hy onseker is oor hierdie kwessie, terwyl drie tans nie in 'n beroep staan nie en dus "nie van toepassing" gekies het.

Die bevindings van tabel 8.32 stem ooreen met die algemene sisteemteorie, wat van die veronderstelling uitgaan dat sisteme enersyds uit kleiner elemente of subsisteme bestaan en andersyds weer groter suprasisteme vorm (Schoeman, 1980:179). Alle gesinne ontwikkel netwerke van ko-bestaande subsisteme wat gevorm word op grond van geslag, belangstelling, generasie of funksies wat moet plaasvind vir die gesin se oorlewing (Hepworth & Larson, 1982:213). Volgens die sistemiese benadering word die mens as 'n subsisteem binne 'n hiërargie van groter sisteme, byvoorbeeld die gesin en die gemeenskap, gesien (Meyer *et al.*, 1997:589). Die werksituasie en die verhoudinge tussen 'n persoon en sy kollegas by die werk, vorm dus ook 'n subsisteem wat weer interafhanklik is van 'n ander sisteem (die gesin). Die verhouding wat die respondente met hulle werksituasie het, kan dus ook geaffekteer word deur die eise wat binne die gesinsisteem aan die ouer gestel word met die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid. Hierdie bevindinge word ook deur die behoeftebepaling wat tydens die kwalitatiewe fase gedoen is, ondersteun (7.14.2.2). (Aanvullende inligting tot hierdie bevinding in tabel 8.32, word in die volgende tabel 8.33 hanteer.)

Tabel 8.32 word skematies in figuur 8.9 voorgestel.

FIGUUR 8.9: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN RESPONDENTE SE MENING OF HULLE KIND MET GESIGGESTREMDHEID 'N EFFEK OP HULLE WERKSITUASIE HET



8.12.3.4.18 Inligting met betrekking tot die wyse waarop respondente hulle verhouding met hulle werksituasie beskryf

Gegewens met betrekking tot die wyse waarop respondente hulle verhouding met hulle werksituasie beskryf, is uit die vraelys (bylaag 8) verkry en word vervolgens in tabel 8.33 uiteengesit. Hierdie vraag was nie 'n meting nie; dus is dit nie gevra met die opsie van 'n voor- en natoets nie en is dit slegs aanvullende inligting met betrekking tot die ouer se beskrywing van sy verhouding met sy werksituasie.

TABEL 8.33: INLIGTING MET BETREKKING TOT DIE WYSE WAAROP RESPONDENTE HULLE VERHOUDING MET HULLE WERKSITUASIE BESKRYF

Hoe sou u die verhouding wat u met u werksituasie het, beskryf?	Getal	%
Uitstekend	0	0
Baie goed	2	20
Gemiddeld	3	30
Swak	0	0
Baie swak	2	20
Nie van toepassing	3	30
N=	10	100

Tabel 8.33 toon aan dat die meeste respondente hulle verhouding met hulle werksituasie as “gemiddeld” beskryf. ’n Totaal van twee respondente (20%) beskryf hierdie verhouding as “baie swak”, terwyl twee respondente dit as “baie goed” beskryf. Drie uit die 10 respondente (30%) staan tans nie in ’n beroep nie en het dus “nie van toepassing” gekies. (Hierdie gegewens stem ooreen met tabel 8.32.)

Die bespreking by tabel 8.32 is ook hier van toepassing, aangesien daar uit tabel 8.33 die gevolgtrekking gemaak kan word dat respondente se werksituasie ook geaffekteer word deurdat die versorging van ’n kind met gesiggestremdheid ekstra eise aan hulle stel (algemene sisteemteorie). Wanneer respondente hulle verhouding met hulle werksituasie as “baie swak” of “gemiddeld” beskryf, kan dit dalk ’n aanduiding wees dat hulle fisies uitgeput of emosioneel gedreineer by die werk aankom en nie in staat is om hulle werk effektief te doen nie.

Inligting verkry uit opvolgonderhoude: Een respondent noem dat hy die afgelope jaar genoodsaak was om ’n tweede werk aan te neem ten einde sy salaris aan te vul. Hy doen nagskof by ’n tweede werk en dit veroorsaak dat hy moeg en gespanne by sy eerste werk aankom. Sy verhouding met sy werksituasie is dus besig om al meer agteruit te gaan.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat emosionele en fisiese uitputting as gevolg van al die verskillende rolle wat ouers van kinders met gesiggestremdheid moet vervul, ook ’n invloed op hulle werksituasie sal hê.

8.12.3.5 Evaluering

Groep een

Baie inligting is tydens hierdie twee sessies deurgegee, maar respondente was veral geïnteresseerd in die invloed wat die kind met gesiggestremdheid op die ander kinders in die gesin het. Baie vrae en gevallestudies is bespreek ten einde die inligting meer prakties te maak. Al die respondente in hierdie groep het ander kinders in die gesin gehad en het dus die behoefte gehad dat daar oor hierdie aspek uitgebrei word.

Groep twee

Die lede van hierdie groep het spontaan met mekaar oor die weg gekom en interaksie met mekaar gehad. Die navorser het tydens hierdie sessie baie gebruik gemaak van gevallestudies, aangesien die lede hulle eie situasies aan die groep voorgehou het. Hulle was baie betrokke by die sessies en het gemaklik aan die groepsgeprek deelgeneem.

8.12.4 Begeleidingssessie 5

8.12.4.1 Doelstelling

Die doelstelling was om respondente te oriënteer ten opsigte van bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid, hulle huweliksverhouding en hulle gesin.

8.12.4.2 Doelwitte

- Om 'n kort samevatting van die vorige sessie te doen en aan respondente die geleentheid te bied om vrae te stel indien daar enige onduidelikhede omtrent die besprekte aspekte is.
- Om respondente te oriënteer ten opsigte van verskillende bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke wat die ouer tydens sy omgang met sy kleuter met gesiggestremdheid kan volg. 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
- Om respondente te oriënteer ten opsigte van riglyne om hulle huweliksverhouding te versterk.
- Om respondente te oriënteer ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat die ouer kan bemagtig met betrekking tot sy omgang met die ander kinders in die huisgesin.
- Om respondente te oriënteer ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat die ouer kan bemagtig om die gesinsisteam te versterk.
- Om respondente te oriënteer ten opsigte van verskillende hulpbronne in die lede se onmiddellike omgewing wat hulle as gesinsisteam kan ondersteun (uitgebreide familie, vriende, kerk, ouerondersteuningsgroepe).

8.12.4.3 Verloop

- 'n Kort samevatting van die vorige sessie word gegee ten einde respondente die geleentheid te bied om vrae te stel in geval van enige onduidelikhede omtrent die aspekte wat voorheen bespreek is.
- 'n Bespreking volg met betrekking tot verskillende bemagtigingstrategieë en praktiese 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
- 'n Bespreking volg ten opsigte van riglyne om hulle huweliksverhouding te versterk.
- 'n Bespreking word hanteer ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat die ouer kan bemagtig ten opsigte van sy omgang met die ander kinders in die huisgesin.
- 'n Bespreking volg ten opsigte van verskillende hanteringstrategieë wat die ouer kan bemagtig om die gesinsisteam te versterk.
- 'n Bespreking word hanteer ten opsigte van verskillende hulpbronne in die lede se onmiddellike omgewing wat hulle as gesinsisteam kan ondersteun (uitgebreide familie, vriende, kerk, ouerondersteuningsgroepe).

8.12.4.4 RESULTATE VAN VOOR- EN NATOETSE

Die volgende tabelle inkorporeer die kennis wat respondente tydens die vyfde sessie van die ouerbegeleidingsprogram opgedoen het, soos gemeet deur die selfontwerpte vraelys (bylaag 8), wat as die voortoets en natoets gedien het.

8.12.4.4.1 Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram op die ouer se kennis met betrekking tot effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid in tabel 8.34 uiteengesit.

TABEL 8.34: OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT EFFEKTIEWE HANTERINGSTRATEGIEË TEN OPSIGTE VAN HULLE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID

Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	0	0	0	0
3 SWAK KENNIS	0	0	0	0
4 GEMIDDELDE KENNIS	1	4	0	0
5 GEMIDDELDE KENNIS	3	15	0	0
6 GEMIDDELDE KENNIS	1	6	2	12
7 GEMIDDELDE KENNIS	4	28	3	21
8 UITSTEKENDE KENNIS	1	8	4	32
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	1	9
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
Gemiddeld	10	6,1	10	7,4

Met die ontleding van al die data word 'n normaalverdeling ten opsigte van die steekproef verwag. Die steekproef gee 'n goeie aanduiding van die verwagte resultate binne 'n populasie. Die resultate wat uit bogenoemde tabel verkry is, dui daarop dat geen verandering in die kategorie van "swak kennis" plaasgevind het nie – daar was tydens die voor- sowel as die natoets geen respondente in hierdie kategorie nie. Hierdie kan 'n aanduiding wees dat ouers van mening is dat hulle uit ervaring geleer het hoe om met hulle kind met gesiggestremdheid om te gaan. Wanneer terugverwys word na tabel 8.10, kan gesien word dat die respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het, se kinders met gesiggestremdheid een jaar en ouer is – die respondente het dus al ervaring met die

hantering van hulle kind met gesiggestremdheid. Hulle voel dus nie dat hulle oor geen kennis (“swak kennis”) beskik nie.

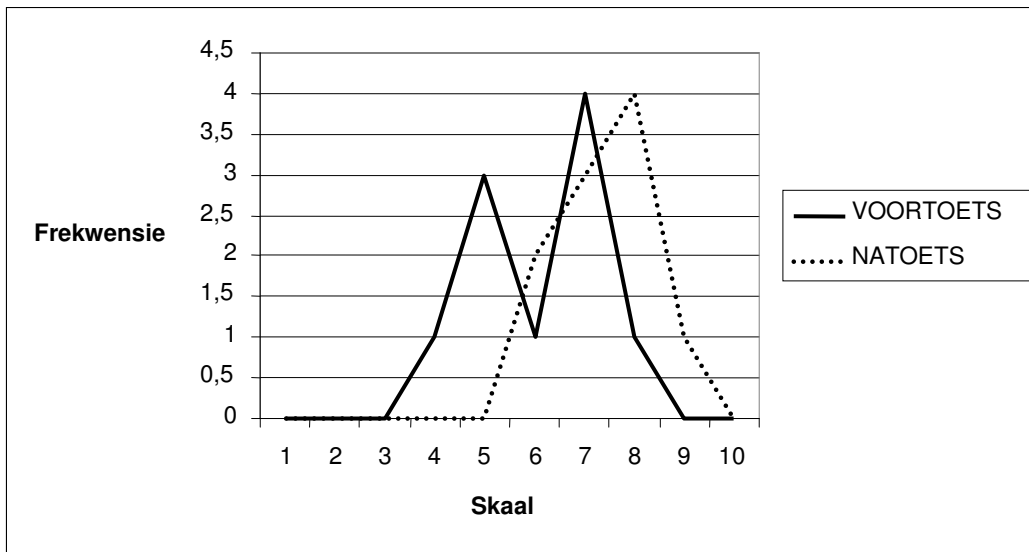
Die meeste respondente, nege (90%) het tydens die voortoets aangedui dat hulle oor “gemiddelde kennis” beskik. Met die natoets was daar vyf respondente (50%) in hierdie kategorie.

Die grootste verbetering word in die kategorie van “uitstekende kennis” gesien, waar daar slegs een respondent tydens die voortoets was teenoor die vyf respondente in die natoets. Hierdie vyf respondente is dus van mening dat hulle “gemiddelde kennis” ten opsigte van die hantering van hulle kind met gesiggestremdheid verbeter het na “uitstekende kennis”. Laasgenoemde is ’n aanduiding dat hulle bemagtig voel om met hulle kind met gesiggestremdheid om te gaan.

Die resultate wat met die voortoets verkry is, dui ’n gemiddelde groeps waarde van 6,1 aan, terwyl die natoets ’n gemiddelde groeps waarde van 7,4 aandui. Die “gewig” of gemiddelde waarde van die normaalkurve is dus verplaas na 7,4. ’n Toename van 21% kan dus waargeneem word van die voor- na die natoets. Dit is ’n aanduiding dat ’n verbetering van respondente se kennis ten opsigte van effektiewe hanteringstrategieë met betrekking tot hulle kleuter met gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Tabel 8.34 word skematies in figuur 8.10 voorgestel.

FIGUUR 8.10: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS MET BETREKKING TOT EFFEKTIEWE HANteringSTRATEGIEË TEN OPSIGTE VAN HULLE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID



Inligting verkry uit opvolgonderhoude: Respondente het hierdie aspek uitgelig as van die waardevolste van die ouerbegeleidingssessie. Hulle het genoem dat hulle kennis met betrekking tot spesifieke strategieë om op 'n effektiewe manier met die kleuter met gesiggestremdheid te speel sowel as riglyne ten opsigte van speelgoed en die speelomgewing baie waardevol was. Na gesprekvoering met die respondente het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat die respondente die praktiese riglyne met betrekking tot die hantering van en omgang met die kleuter met gesiggestremdheid as baie waardevol ervaar het. Hierdie riglyne het hulle bemagtig ten opsigte van hulle interaksie met hulle kind met gesiggestremdheid.

8.12.4.4.2 *Ouers se kennis ten opsigte van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid*

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram op die ouer se kennis ten opsigte van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid in tabel 8.35 uiteengesit.

TABEL 8.35: OUIERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN NASIONALE EN INTERNASIONALE HULPORGANISASIES EN PERSONE IN DIE VELD VAN GESIGGESTREMDHEID

Ouers se kennis ten opsigte van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid	VOORTOETS		NATOETS	
	Frekwensie	Waarde	Frekwensie	Waarde
1 SWAK KENNIS	0	0	0	0
2 SWAK KENNIS	1	2	0	0
3 SWAK KENNIS	2	6	0	0
4 GEMIDDELDE KENNIS	2	8	0	0
5 GEMIDDELDE KENNIS	2	10	1	5
6 GEMIDDELDE KENNIS	2	12	1	6
7 GEMIDDELDE KENNIS	1	7	4	28
8 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	4	32
9 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
10 UITSTEKENDE KENNIS	0	0	0	0
Gemiddeld	10	4,5	10	7,1

Statisties gesproke word 'n normaalkurwe vanuit bogenoemde tabel verwag. Tabel 8.35 dui aan dat drie uit die 10 respondente van mening was dat hulle kennis ten opsigte van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid "swak" was. Met die natoets was daar geen respondent wat van mening was dat hy oor "swak kennis" beskik nie. Al die respondente was dus na afloop van die ouerbegeleidingsprogram van mening dat hulle oor kennis (hoe gering ook al) van persone in die veld van gesiggestremdheid beskik vir wie hulle met betrekking tot dienslewering sal kan kontak.

Daar was sewe respondente wat tydens die voortoets aangedui het dat hulle oor "gemiddelde kennis" beskik met betrekking tot kontakpersone in die veld van gesiggestremdheid. Tydens die natoets was daar ses respondente in hierdie kategorie.

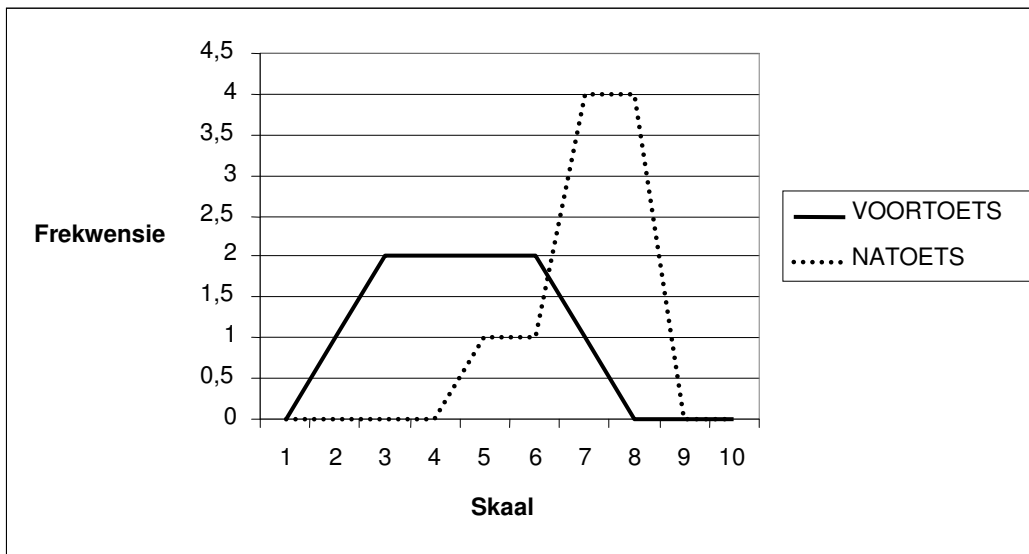
Die grootste verskil kan in die kategorie van "uitstekende kennis" waargeneem word, deurdat geen respondente tydens die voortoets aangedui het dat hulle oor "uitstekende kennis" beskik het nie, teenoor vier met die natoets; dus het die normaalverdeling op die

normaalkurve se kennisbasis geskuif na “uitstekende kennis”. Bogenoemde is ’n aanduiding dat respondente bemagtig voel ten opsigte van persone wat gekontak kan word deurdat ’n konkrete lys met name, telefoonnommers, e-posadresse en webwerwe aan hulle beskikbaar gestel is met die deurloop van die ouerbegeleidingsprogram.

Die resultate wat uit die voortoets verkry is, dui ’n gemiddelde groepswaarde van 4,5 aan, terwyl die natoets ’n gemiddelde groepswaarde van 7,1 aandui. ’n Toename van ongeveer 58% kan dus van die voor- na die natoets waargeneem word. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat ’n verbetering van respondente se kennis ten opsigte van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Tabel 8.35 word skematies in figuur 8.11 voorgestel.

FIGUUR 8.11: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE KENNIS TEN OPSIGTE VAN NASIONALE EN INTERNASIONALE HULPORGANISASIES EN PERSONE IN DIE VELD VAN GESIGGESTREMDHEID



Inligting verkry uit opvolgonderhoude: Vanuit die gesprekvoering met respondente kon die navorser agterkom dat ’n konkrete lys van kontakpersone, hulporganisasies, webwerwe en e-posadresse vir die ouers van baie waarde was.

8.12.4.4.3 Ouers se totale kennisbasis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin

Vervolgens word die impak van die intervensieprogram op al die aspekte wat gedek is, in tabel 8.36 uiteengesit. Hierdie tabel stel dus die totale gemiddelde kenniswaarde van die groep respondente tydens die afneem van die voor- en natoets voor.

TABEL 8.36: OUERS SE TOTALE KENNISBASIS TEN OPSIGTE VAN HULLE KLEUTER SE SPESIFIEKE OOGTOESTAND EN DIE INVLOED DAARVAN OP EN HANTERING VAN DIE BETROKKE KIND, DIE HUWELIK EN DIE GESIN.

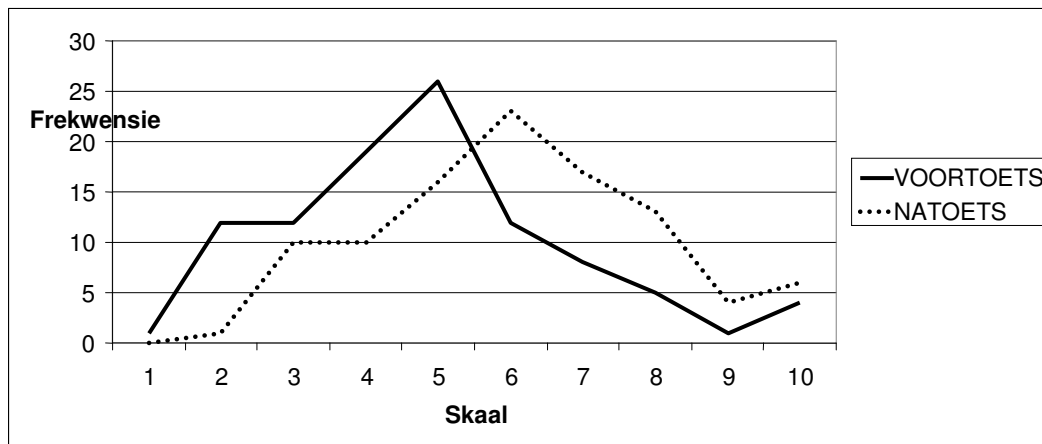
Ouers se totale kennisbasis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin	VOORTOETS		NATOETS	
	Skaal	Frekwensie	Waarde	Frekwensie
1	1	1	0	0
2	12	24	1	2
3	12	36	10	30
4	19	76	10	40
5	26	130	16	80
6	12	72	23	138
7	8	56	17	119
8	5	40	13	104
9	1	9	4	36
10	4	40	6	60
Gemiddeld	100	4,84	100	6,09

Met die ontleding van al die data word 'n normaalverdeling ten opsigte van die data verwag. In tabel 8.36 kan gesien word dat die resultate wat uit die voortoets verkry is, 'n gemiddelde groepsaantal van 4,84 aandui, terwyl die natoets 'n gemiddelde groepsaantal van 6,09 aandui. 'n Toename van ongeveer 26% kan dus van die voor- na die natoets waargeneem word. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat 'n verbetering van die respondente se totale kennis ten opsigte van hulle kleuter se

spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Tabel 8.36 word skematies in figuur 8.12 voorgestel.

FIGUUR 8.12: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN OUERS SE TOTALE KENNISBASIS TEN OPSIGTE VAN HULLE KLEUTER SE SPESIFIEKE OOGTOESTAND EN DIE INVLOED DAARVAN OP EN HANTERING VAN DIE BETROKKE KIND, DIE HUWELIK EN DIE GESIN



8.12.4.5 Evaluering

Groep een

Baie tyd is afgestaan aan die bespreking van effektiewe speelgoed vir die kind met gesiggestremdheid. Vrae met betrekking tot probleme in die huweliksverhouding is ook behandel. Hanteringstrategieë met betrekking tot die huweliksverhouding is baie interaktief hanteer in die sin dat respondente hulle eie situasies bespreek het. Gevallestudies is dus bespreek om die inligting meer prakties te maak.

Groep twee

Hierdie groep het baie vrae gehad met betrekking tot die aanpassing van die huislike omgewing en hoe om dit “gesiggestremdheid-vriendelik” te maak. Gevallestudies is bespreek om hanteringstrategieë meer prakties te maak, veral met betrekking tot kleuters wat lae visie – en dus beskikbare visie – het.



8.12.5 Begeleidingsessie 6

8.12.5.1 Doelstelling

Die doelstelling was om die navorsingsproses te termineer en om die impak van die ouerbegeleidingsprogram empiries te meet met behulp van 'n meetinstrument.

8.12.5.2 Doelwitte

- Om die lede geleentheid te gee vir eksplorاسie 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.

8.12.5.3 Verloop

- 'n Samevatting van die afgelope begeleidingsessies word gegee, waartydens daar ook terugverwys word na vorige sessies. Geleentheid word gegee vir eksplorاسie en die bespreking van probleemkwessies ('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 ouerbegeleidingsprogram te meet.
- Die terminering van die program volg.

Inligting verkry uit opvolgonderhoude: Vanuit die gesprekvoering met respondente is bevind dat hulle van mening was dat die program baie aspekte gedek het, maar dat daar te min tyd was om probleemkwessies diepgaande te bespreek. Sommige respondente het steeds baie vrae gehad. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat hierdie program meer waardevol sou wees indien dit op 'n individuele basis aangebied kon word waar die terapeut in 'n langtermynverhouding met die kliënt staan. Op hierdie wyse sal aspekte een vir een hanteer kan word en sal kliënte nie so oorweldig voel met al die nuwe inligting nie.

Die navorser kom tot die algemene gevolgtrekking dat daar verskeie faktore (veranderlikes) is wat tot beduidend beter resultate by die respondente kan lei. Die navorser het vanuit persoonlike ervaring tydens die deurloop van die program faktore geïdentifiseer wat beduidend beter resultate by respondente kan meebring. Hierdie faktore (veranderlikes) wat geïdentifiseer is, sluit in:

- 'n Vertrouensverhouding tussen die aanbieder van die program en die ouer (indien daar 'n persoonlike verhouding met die aanbieder van die program is, vertrou respondente die aanbieder in 'n groter mate met persoonlike probleme en heg hulle ook meer waarde aan die lering van die aanbieder).
- Aanbieding op individuele vlak in plaas van in groepsverband (veral met betrekking tot sekere afdelings van die program, byvoorbeeld die mediese aspekte tydens sessie twee).
- Voldoende tyd (genoeg tyd moet afgestaan word aan die deurloop van die program ten einde probleemkwessies diepgaande te bespreek en te hanteer).
- Die kwaliteit van hulpbronne beskikbaar aan die ouer ('n gelukkige huweliksverhouding, ondersteunende familie, inskakeling by 'n organisasie wat hulp verleen ten opsigte van gesiggestremdheid, asook kontak met 'n professionele persoon vir begeleiding).

Die navorser is van mening dat indien bogenoemde faktore in plek is, 'n beduidend beter resultaat verwag kan word ten opsigte van die impak van die program.

8.12.5.5 Evaluering

Groep een

Respondente van hierdie groep het tydens die samevatting van die begeleidingsessies baie teruggereflekteer op die huweliksverhouding en strategieë wat hulle in die toekoms wou probeer volg.

Groep twee

Respondente van hierdie groep het tydens die termineringsessie genoem dat die program voorsiening maak vir alle probleemkwessies rakende 'n kleuter met gesiggestremdheid binne die gesinsomgewing. 'n Holisitiese benadering tot die aanspreek van die probleem ('n kleuter met gesiggestremdheid binne gesinsverband) is by hierdie respondente ervaar.

Uit al die inligting wat in hierdie hoofstuk deurgegee is, kan die volgende afleidings gemaak word:

- Die ouerbegeleidingsprogram het 'n bevredigende uitkoms gehad.
- Die data wat uit die vraelyste verkry is, asook die addisionele inligting wat tydens individuele opvolgonderhoude verkry is, toon dat die program 'n positiewe uitwerking gehad het op die respondente se kennis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin.
- Ongeag die kort duur van die intervensie het die respondente kennis oor hulleself opgedoen, veral op emosionele gebied, asook oor die verskynsel van gesiggestremdheid by kleuters (nul tot ses jaar).

8.13 SAMEVATTING

In die vorige ses hoofstukke is die teoretiese basis vir die ontwikkeling van 'n begeleidingsprogram vir ouers uiteengesit nadat bevind is dat daar nie 'n onlangse, nagevorste ouerbegeleidingsprogram vir maatskaplike werkers bestaan nie. In hierdie hoofstuk is die kwantitatiewe empiriese gegewens volgens die vyfde fase van Rothman en Thomas se intervensienavorsing bespreek. 'n Opsomming hiervan volg.

- Nadat die rasionaal vir die gebruik van die kwantitatiewe enkelstelselontwerp verduidelik is, is die navorsingsproses en demografiese gegewens van die steekproef bespreek. Databasisse van LOFOB en Pionierskool is by kundiges van die onderskeie instansies ontvang en die eerste 10 ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid wat te kenne gegee het dat hulle aan die studie wou deelneem, is by hierdie studie betrek. Die vier respondente van Pionierskool se databasis is in een groep betrek. Hierdie begeleidingsessie het by 'n respondent se privaat woning plaasgevind. 'n Tweede groep van ses respondente (van LOFOB se databasis) is by die lokale van LOFOB hanteer. Die feit dat primêre versorgers ook by die studie betrek is, kan toegeskryf word aan die dinamika in gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid in hulle midde, deurdat ouers verplig is om te gaan werk en 'n familielid (of ander persoon) noodgedwonge by die versorging van die kind met gesiggestremdheid moet betrek.

- Die feit dat daar meer vroulike as manlike respondente was, kan toegeskryf word aan die feit dat daar twee enkelmoeders was wat 'n kleuter met gesiggestremdheid versorg, asook dat die vaders nie die begeleidingsessies kon of wou bywoon nie.
- Vir die voortoets is 'n selfopgestelde vraelys by die aanvang van die begeleidingsessies deur respondente ingevul. Weens die feit dat daar ook Engelssprekende respondente van vier verskillende kultuurgroepe was, moes die vraelys en die bemagtigingstrategieë en hanteringswenke (sessie vyf) van die program in Engels vertaal word om hulle ook te akkommodeer. Die ouerbegeleidingsprogram is daarna aangebied, wat ses begeleidingsessies van ongeveer 60 minute elk behels het. Die respondente is in twee groepe verdeel. Na die implementering van die ouerbegeleidingsprogram het die natoets gevolg, waarvoor die respondente direk na afloop van die sesde en laaste begeleidingsessie dieselfde vraelys moes voltooi. Die resultate van die natoets is met dié van die voortoets vergelyk.
- Die resultate het getoon dat die respondente se kennis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin verbeter het. Die program kan dus as suksesvol beskryf word.
- Die data van die vraelyste wat verwerk is, sluit die volgende aspekte in: ouers se kennis met betrekking tot die mediese aspekte van hulle kleuter met gesiggestremdheid se oogtoestand; ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese, emosionele, sosiale en opvoedkundige situasie het; ouers se kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale en verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid; ouers se vlak van bewustheid met betrekking tot hulle kind met gesiggestremdheid se unieke behoeftes; ouers se kennis met betrekking tot effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid; asook ouers se kennis ten opsigte van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid.

Die samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings van die studie volg in hoofstuk nege.

HOOFSTUK 9

SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

9.1 INLEIDING

Die navorser wou deur hierdie studie 'n bydrae lewer tot die maatskaplikewerkprofessie, waar daar 'n behoefte bestaan aan 'n begeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid. In hierdie studie is ondersoek ingestel na die moontlike inhoud van so 'n begeleidingsprogram. 'n Maatskaplikewerk-intervensieprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid is ontwikkel en die impak van die program ten opsigte van hierdie ouers se kennis is bepaal.

In hoofstuk een is die algemene oriëntering tot die studie gedoen. 'n Teoretiese raamwerk is daargestel waarbinne die motivering en navorsingsprosedure vir die studie bespreek is. In hoofstuk twee is gesiggestremdheid as verskynsel, die verskillende oogtoestande en die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan bespreek. In hoofstuk drie is die algemene sisteemteorie as teoretiese fundering behandel, terwyl hoofstuk vier die gesinsdinamika in stresvolle situasies gedek het. Hoofstuk vyf fokus op vroeë intervensie en die benutting daarvan in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid. Hoofstuk ses omskryf die verfynde maatskaplikewerk-intervensieprogram en die gepaardgaande begeleidingsessies, wat tydens hierdie studie ontwerp en getoets is. Ter aanvulling van die literatuurstudie is 'n empiriese studie (kwalitatief en kwantitatief) onderneem. Hoofstuk sewe en agt bevat die empiriese gegewens wat tydens die ondersoek van die maatskaplikewerk-ouerbegeleidingsprogram verkry is, asook die bespreking en interpretasie van die data.

In hierdie hoofstuk word samevattende gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak en word die doelstelling, doelwitte, navorsingsvraag en hipotese van die studie getoets.

9.2 ALGEMENE ORIËTERING TOT DIE STUDIE

As inleiding is die gebrek aan 'n omvattende program vir die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid bespreek. Die probleemformulering (1.2) vir hierdie studie behels die volgende: Daar bestaan nie 'n nasionale, eenvormige, empiries getoetste ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid in Suid-Afrika nie. Die motivering vir hierdie studie vloei voort uit die

probleemformulering, asook uit vorige navorsing (meestersgraadstudie) waarby die navorser by Pionierskool in Worcester betrokke was (Vivier, 2003). Behoeftes en probleme is tydens die uitvoering van laasgenoemde empiriese studie deur die adolessente geïdentifiseer en die navorser wou graag voortbou op die behoeftes en bevindings wat in daardie studie geïdentifiseer is. Die navorser wil die verskeie frustrasies, onsekerhede en probleme wat die gesin asook die kind met gesiggestremdheid tydens sy grootwordjare tot en met adolessensie ondervind het (soos geïdentifiseer tydens die navorser se meestersgraadstudie) probeer voorkom of aanspreek deur die ontwikkeling en benutting van 'n ouerbegeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het. Uit gesprekke met Suid-Afrikaanse kenners in die veld van gesiggestremdheid is bevind dat daar wel 'n behoefte aan so 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir ouers bestaan.

Die doel van die studie is in 1.3 aangedui as:

Om 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid te ontwikkel en die effektiwiteit daarvan te evalueer.

Hierdie studie het 'n tweefasemodel gevolg, soos deur Cresswell (in De Vos, 2002:367) beskryf. Vir die kwalitatiewe fase is 'n vraag geformuleer, en vir die kwantitatiewe fase is 'n hipotese gestel.

Intervensienavorsing is as 'n soort toegepaste navorsing beskryf. Navorsingstrategie en -ontwerp is bespreek ten opsigte van die fenomenologiese strategie vir die kwalitatiewe deel en die kwasi-eksperimentele eengroep-voortoets-natoets-ontwerp vir die kwantitatiewe deel. Die data van die voor- en natoets kon met mekaar vergelyk word om te bepaal of die ouerbegeleidingsprogram daartoe bygedra het om ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid se kennis rakende hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin te verbeter.

Die navorsingsprosedure en werkswyse van die intervensienavorsingsmodel van Rothman en Thomas is as riglyn vir hierdie studie gebruik. Hierdie stappe wat gevolg is, was haalbaar, realisties en het vir die navorser sin gemaak. Verder het hierdie stappe die navorser in hierdie navorsing gelei en in staat gestel om die studie te onderneem. Die navorser is van mening dat intervensienavorsing moontlik is in maatskaplike werk en dat

dit waardevol is vir die onderneming en implementering van 'n navorsingsprojek. Die fases van Rothman en Thomas se intervensienavorsingsmodel is soos volg:

9.2.1 Fase een: Probleemanalise en projekbeplanning

As meestersgraadnavorsingstudent by Pionierskool in Worcester het die navorser 'n gebrek aan 'n holistiese en omvattende begeleidingsprogram vir die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid geïdentifiseer. Uit gesprekke met kundiges, maatskaplike werkers, spesiale skole vir kinders met gesiggestremdhede en die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes is bevind dat daar wel 'n behoefte aan 'n gespesialiseerde, empiries gefundeerde begeleidingsprogram vir die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid bestaan (1.1). Die maatskaplike probleem in hierdie studie kan dus soos volg omskryf word: 'n Voldoende kennisbasis en ondersteuningsprogram ontbreek by die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, wat aanleiding gee tot maatskaplike probleme (byvoorbeeld gesinsspanning met verhoudingsprobleme, egskeiding en armoede) en groot verwarring en onsekerheid by ouers skep oor hoe om die kind te begelei, op te voed en toe te rus vir die volwasse lewe.

Die geïdentifiseerde populasie vir die kwalitatiewe deel van die studie was ouers wat 'n kind (0-19 jaar) met 'n gesiggestremdheid in Pionierskool in Worcester het. Die navorser het van nie-ewekansige en meer spesifiek, doelgerigte steekproeftrekking gebruik gemaak (1.11.4). Tydens hierdie eerste fase van die navorsing is daar deur middel van 'n verkennende studie 'n fokusgroepbespreking met respondente (10 ouerpare) gevoer ten einde hulle belewenisse, probleme, gevoelens, ervarings en behoeftes ten opsigte van 'n kind met 'n gesiggestremdheid in hulle gesin te bepaal (1.3.1). Die navorser het dit goedgevind om ouers wat 'n ouer kind met 'n gesiggestremdheid het, vir die fokusgroep te benut deurdat hulle lewenservaring ten opsigte van 'n kleuter met gesiggestremdheid meer is. Ryker inligting sou dus van hulle verkry kon word. Die navorser is van mening dat die kwalitatiewe deel van hierdie studie die meeste gewig dra, deurdat 10 ouerpare (wat oor eerstehandse kennis en praktiese ervaring van die navorsingsvraag beskik) persoonlik geraadpleeg is deur middel van 'n fokusgroepbespreking met betrekking tot die ontwikkeling van die intervensieprogram.

Die geïdentifiseerde populasie vir die kwantitatiewe deel van die studie was alle ouerpare en/of primêre versorgers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid wat op Pionierskool en The League of Friends of the Blind (LOFOB) se databasisse was. 'n

Totaal van 10 ouerpare, wat met behulp van nie-ewekansige en meer spesifiek, doelgerigte steekproeftrekking bekom is en ingeligte toestemming verleen het, is by die studie betrek.

As intervensiemetode was dit effektief om hierdie program in groepverband te implementeer, deurdat dit aan deelnemers die geleentheid bied om by mekaar te leer en ook hulle ervaring en kennis met mekaar te deel. Dit was duidelik uit die resultate dat die respondente baat gevind het by die aanbieding van die begeleidingsessies in groepverband. Die navorser is egter van mening dat respondente meer baat sou vind by die program indien sekere dele daarvan (meer spesifiek sessie twee) individueel aangebied kon word. Vanweë die diverse aard van gesiggestremdheid het elke oogtoestand sy eie prognose, oorsaak, mediese behandeling, aanpassings en korreksies wat aangebring moet word. Ouers het baie spesifieke vrae oor hierdie aspekte en dit is nie altyd van toepassing op die ouer langs hom se kind nie. Die navorser beveel dus aan dat sessie twee individueel aangebied moet word, waarna sessie drie, vier en vyf effektief in groepverband aangebied kan word. Die metingsessies (sessie een en ses) kan individueel of in groepverband aangebied word.

9.2.2 Fase twee: Data-insameling en ontwikkeling van 'n sintese

'n Bibliografiese soektog is voor die aanvang van die studie geloods. Inligting is ingesamel deur middel van vorige navorsing (meestersgraadstudie), 'n literatuurstudie (nasionaal en internasionaal), raadpleging van kundiges en gesprekke met die maatskaplike werker by die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes, die Direkteur van Gespesialiseerde Onderwys (Wes-Kaap), die onderhoof by Athlone Skool vir Blindes, die Direkteur van The League of Friends of the Blind (LOFOB) en professionele persone in die veld van gesiggestremdheid. Bestaande navorsing en internasionale programme is bestudeer en kennis is geneem van inligting wat Suid-Afrikaanse organisasies benut, asook internasionale programme. Die navorser het dus vooraf 'n kennisraamwerk onderliggend aan hierdie studie opgebou. Dit is in hoofstuk twee tot vyf uiteengesit en beskryf. 'n Fokusgroepbespreking met 10 ouerpare wat 'n kind (0-19 jaar) met 'n gesiggestremdheid het (en wat oor eerstehandse, praktiese ervaring met betrekking tot die kleuter met gesiggestremdheid binne die gesinsisteem beskik) is ook gedoen. Hierdie inligting wat van kenners, die literatuur en die fokusgroepbespreking bekom is, het meegebring dat die navorser 'n duidelike beeld kon kry van gesiggestremdheid in Suid-Afrika. Hierdie inligting en kennisbasis wat opgebou is, kon in die

ouerbegeleidingsprogram benut word. Die begeleidingssessies kon dus op feitelike gegewens fokus. Die literatuurstudie word vervolgens onder punte 9.3, 9.4, 9.5 en 9.6 bespreek.

9.2.3 Fase drie: Ontwerp

Ontwerp word beskou as die proses waarvolgens die intervensie- en waarnemingsprosedure beplan word en word voor die hoofondersoek gedoen (1.8.3). Hierdie stap impliseer dus die beplanning en ontwerp van die voorlopige program, die vraelys en alles wat in ag geneem moet word vir die aanbieding van die program. Vir die doeleindes van hierdie studie is 'n fenomenologiese strategie as die navorsingsontwerp vir fase een benut, terwyl 'n eengroep-voortoets-natoets-ontwerp tydens fase twee benut is (1.7.1). Tydens fase een is 'n kwalitatiewe studie deur middel van 'n fokusgroepbespreking met 10 ouerpare onderneem. Die inhoud van die ouerbegeleidingsprogram is saamgestel en die effektiwiteit van die program is met behulp van 'n selfontwerpte vraelys vasgestel. Uit die empiriese ondersoek tydens fase twee van die studie, is dit duidelik dat die program wat ontwerp is, wel daartoe bygedra het om ouers se kennisbasis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin verbeter het.

9.2.4 Fase vier: Vroeë ontwikkeling en voorondersoek

Tydens die vierde fase is die intervensieprogram, naamlik die ouerbegeleidingsprogram, ontwikkel. Inligting verkry van die ouers van 'n kind (0-19 jaar) met 'n gesiggestremdheid tydens fase een van die studie is benut vir die ontwikkeling van die program. Die fokusgroeprae, 'n voorlopige ouerbegeleidingsprogram en vraelys is aan 'n voorondersoek onderwerp (1.8.4).

Tydens die voorondersoek het die volgende aspekte aandag geniet: daar is onder andere bepaal of die intervensie herhaalbaar, effektief, prakties uitvoerbaar en aanpasbaar is. Daar is geëvalueer of die inligting wat tydens die sessies deurgegee is, die doel waarvoor dit ingesluit is, bereik het. Die geldigheid van die ouerbegeleidingsprogram is dus geëvalueer. Die program en vraelys is gereed gemaak en die nodige veranderings is aangebring vir die hoofondersoek.

9.2.5 Fase vyf: Evaluasie en gevorderde ontwikkeling

Hierdie fase het die hoofondersoek behels, naamlik die vraelys en program. Vir die kwantitatiewe fase is 10 ouerpare en/of primêre versorgers in twee groepe betrek waar ses begeleidingsessies by 'n lokaal van The League of Friends of the Blind (LOFOB) en 'n privaat woning aangebied is. Die navorser het aanvanklik beplan om die ses sessies oor 'n tydperk van twee dae te doen, maar die respondente het aangedui dat hulle as gevolg van koste en tyd verkies het om die program in een dag te deurloop. Die implementering van die program is dus aangepas sodat die ses sessies in een dag (met onderbrekings) kon geskied. Hierdie sessies was elk ongeveer 60 minute lank en uitdeelstukke met betrekking tot die inhoud van die verskillende begeleidingsessies, wat as handleiding vir hulle kon dien, is ook aan die respondente oorhandig. Die program is daarna afgerond en gereed gemaak vir hergebruik, soos in hoofstuk ses beskryf.

Etiese aspekte wat standarde daarstel vir die navorsingsprojek is deurgaans in hierdie studie in ag geneem. Respondente het vrywillig deelgeneem aan hierdie studie. Die respondente is nie aan fisiese of psigiese ongemak blootgestel nie. Vertroulikheid is gehandhaaf. 'n Ontladingssessie is direk na afloop van die fokusgroepbespreking gehou, en die laaste sessie van die program is ook as 'n ontladingssessie benut. Die navorser is beskikbaar vir verdere vrae en probleme. Deur daarop te fokus om aan die nodige etiese standarde te voldoen, kon hierdie studie geïmplementeer word sonder die kommer dat dit enige negatiewe gevolge vir die respondente ingehou het.

9.3 HOOFSTUK TWEE: GESIGGESTREMDHEID EN VERSKILLENDE OOGTOESTANDE MET DIE ONDERSKEIE AKADEMIESE, SOSIALE EN LOOPBAANGEVOLGE DAARVAN

Die verskynsel van gesiggestremdheid is baie kompleks deurdat dit deur verskeie terme beskryf kan word en die graad en aard daarvan baie kan varieer. Die gevolge daarvan vir die kind se psigo-sosiale aanpassing en loopbaangeleenthede is dus baie verskillend en uiteenlopend. So bestaan daar byvoorbeeld verskeie terme om 'n individu se graad van bruikbare visie (hoe gering ook al) te beskryf, naamlik visueel gestremd, lae visie en gedeeltelike sig. Die term "blindheid" word slegs vir persone sonder enige visie gereserveer. Gesigverlies is die onvermoë om te sien. Die verlies van sig kan stadig of vinnig ontwikkel en kan tydelik of permanent wees, afhangend van die oorsaak. Gesigverlies kan een of beide oë affekteer. Dit kan algehele blindheid veroorsaak of slegs die perifere of sentrale visie affekteer.

Die Snellentoets word as die algemeenste metode beskou om afstandsvisie by kinders te meet. Dit word deur middel van die Snellentoetskaart gedoen waar die resultaat in verskillende grade van blindheid (normale visie, lae visie en blindheid) geklassifiseer word.

Die vroeë diagnose van oogtoestande by kinders lei tot beter prognoses. Dit is dus noodsaaklik dat kinders se visie op bepaalde ouderdomme geassesseer word. Die assessering van visie by kinders is 'n belangrike verantwoordelikheid van die ouer ten einde die komplekse probleem van gesiggestremdheid by die kleuter in sy huisgesin aan te spreek. Belangrike ouderdomme om die kind vir oogtoetse te neem, is direk na geboorte en op ses maande, drie jaar en ses jaar. Waarskuwingstekens waarop ouers bedag moet wees, sluit in: inflammasie; troebel, bloedbelope of tranerige oë; “drooping”, geswolle ooglede of 'n korsagtige aanpaksel om die ooglede; gereelde karkatjies; skeelheid van enige aard; ongewone oogbewegings, insluitend vinnige, onbeheerbare bewegings van die oë in 'n horisontale of vertikale rigting (die mediese term vir hierdie toestand is nistagmus); voortdurende oogknip of vryf of seermaak van die oë; 'n duidelike aanduiding van 'n gevoel van ongemak in die oë in skerp lig; oë wat stowwerig voel; asook 'n troebel voorkoms van die korneas.

Indien ouers se kennisbasis met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid by die jong kind verbeter kan word, sal hulle in staat wees om bogenoemde waarskuwingstekens vroegtydig te identifiseer. Dus sal mediese behandeling vroeër kan geskied, wat op sy beurt weer tot 'n beter prognose sal lei. Gesigverswakkingsfaktore (ambliogeniese faktore) is 'n verdere belangrike kwessie met betrekking tot visuele assessering by kinders en impliseer dat inligting met betrekking tot die metodologie, die struktuur/anatomie van die visuele sisteem asook perseptuele/kognitiewe evaluering, in ag geneem word. Hoe vroeër hierdie gesigverswakkingsfaktore geïdentifiseer word, hoe beter is die prognose van die kind se oogtoestand.

Die ontwikkeling van visie by 'n baba is nie presies dieselfde by alle kinders nie en verskil van kind tot kind. 'n Algemene riglyn ten opsigte van die visuele sisteem en die visuele mylpale van die kind teen 'n sekere ouderdom kan egter aanduidend wees van moontlike probleme in hierdie area. Wanneer daar erge afwykings van die voorgestelde riglyn is, is dit wys dat die kind vir oogtoetse by 'n oftalmoloog geneem word. Indien ouers se kennisbasis verbeter kan word met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid by die jong kind (dit wil sê ook die visuele ontwikkeling by 'n baba), sal hulle in staat wees

om afwykings vroegtydig te identifiseer. Dus sal mediese behandeling vroeër kan geskied, wat op sy beurt weer tot 'n beter prognose sal lei.

Die algemeenste oogtoestande by babas en kleuters sluit die volgende in: korneabeskadiging, katarakte, strabismus (skeelheid), ambliopie (lazy eye), miopie (bysiendheid), hiperopie (versierendheid), astigmatisme, retinopatie as gevolg van prematuriteit (ROP), aniridia, optiese atrofie, makulêre degenerasie, gloukoom, retinitis pigmentosa, koloboma, trauma, albinisme en nistagmus. Weens die verloop en prognose van verskillende oogtoestande het dit dus verskillende akademiese, sosiale en loopbaangevolge vir die kind met gesiggestremdheid.

Alvorens na die effek van gesiggestremdheid op al die ontwikkelingsareas van die kleuter met gesiggestremdheid gekyk kan word, is dit belangrik om eerstens kennis te neem van die normale ontwikkeling van die kleuter (met normale visie). Die mens is voortdurend besig om te ontwikkel en te groei. Ontwikkeling is noodsaaklik, aangesien die suksesvolle voltooiing van een fase die mens gereed maak vir die volgende fase waarheen hy op pad is; dus moet ontwikkelingsmylpale tydens verskillende ontwikkelingsfases op fisiese, emosionele, sosiale en kognitiewe vlak bereik word.

Die ingesteldheid van ander professies wat met kinders (met normale visie) werk, byvoorbeeld arbeidsterapeute, spraakterapeute en onderwysers is gevolglik ook belangrik met betrekking tot die vroeë identifisering van oogtoestande by kleuters. Dit is belangrik dat hierdie professies se bewustheid van oogtoestande en gepaardgaande waarskuwingstekens by die kleuter, verhoog word.

Die algemeenste oogtoestande wat by die kleuter voorkom, is in drie kategorieë verdeel met betrekking tot die akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan vir die kind. 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.

Akademiese gevolge van al bogenoemde kategorieë sluit fisioterapie, arbeidsterapie met hand-oor-hand-instruksies, sensoriese stimulasie, taalontwikkeling, oriëntering en mobiliteit in. Die kind met gesiggestremdheid se sosio-emosionele ontwikkeling is die gevolg van baie interaktiewe ervarings tussen die ouer en kind. Met 'n aktiewe kind en versorger sal sosio-emosionele ontwikkeling en bevoegdhede deur middel van

wederkerige regulering plaasvind. Ouers speel 'n baie belangrike rol by die aanleer van taal by die jong kind en daarom is dit noodsaaklik om ook met die kleuter met gesiggestremdheid effektief te kommunikeer ten einde woordeskat, emosies en toepaslike optrede aan te leer. Die loopbaanvooruitsigte van die kind met gesiggestremdheid word beïnvloed deur die hoeveelheid gesigreste wat die persoon oorhet, asook of hy eens op 'n tyd kon sien. Die gevolgtrekking word gemaak dat die meeste persone wat eens op 'n tyd kon sien, wyer loopbaankeuses het as diegene wat vanaf geboorte blind is. Die loopbaankeuses is egter steeds beperk, maar indien ouers hulle kleuter met gesiggestremdheid genoeg stimuleer, uithouvermoëns aankweek en sy onafhanklikheid bevorder, is die kans goed dat hy in staat sal wees om 'n opleidingskursus te voltooi wat sy beroepslewe sal bevorder.

Die Suid-Afrikaanse regering maak voorsiening vir persone met gestremdhede met betrekking tot werkseleenthede deur middel van wetgewing, naamlik die Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998. Wetgewing alleen is egter nie genoeg om optimale werksomstandighede vir die persoon met gesiggestremdheid te skep nie. Die openbarevervoersektor, openbare geboue asook geleenthede vir vaardighedsontwikkeling is nodig. Die Suid-Afrikaanse omstandighede bied baie struikelblokke en uitdagings vir die persoon met gesiggestremdheid en meer veranderings en samewerking van sektore in die samelewing - veral op die platteland - is nodig. Die ingesteldheid van ander professies wat binne gemeenskappe werk (privaat- en publieke sektor), is belangrik ten einde bestaande dienste in die omgewing aan hierdie ouers uit te wys. Die gevolgtrekking word gemaak dat verhoogde bewustheid van alle professies wat met gemeenskappe gemoeid is ten opsigte van die bevordering van dienste en die toeganklikheid van die omgewing met betrekking tot persone met gesiggestremdheid, nodig is. Bewustheid van kinders met gestremdhede in die gemeenskap kan bevorder word deur die aanbieding van opleidingsprogramme aan medici, opvoeders, geallieerde gesondheidswerkers, versorgers, ouers en gemeenskapslede.

Die gevolgtrekking word gemaak dat ouers kennis moet dra van die mediese aspekte (onder meer diagnose en prognose) van hulle kleuter se oogtoestand deurdat dit die emosionele, sosiale en loopbaangevolge daarvan vir die kind sal bepaal. Indien ouers dus bemagtig kan word deur die uitbreiding van hulle kennisbasis met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid by die kleuter, sal hulle meer bevoeg voel ten einde die kind binne die gesinsopset te hanteer.

9.4 HOOFSTUK DRIE: ALGEMENE SISTEEMTEORIE AS TEORETIESE FUNDERING IN GESINNE MET 'N KLEUTER MET 'N GESIGGESTREMDHEID

Elke maatskaplike werker behoort vanuit 'n bepaalde benadering te werk. 'n Benadering word gesien as die fundering of vertrekpunt, die fokuspunt van die maatskaplike werker se mensbeskouing. Die motivering vir die benutting van die sisteemteorie vir hierdie studie was die erkenning van die invloed van sisteme op mense se lewens, in hierdie geval die kleuter met 'n gesiggestremdheid en sy huisgesin. Die kleuter met 'n gesiggestremdheid is deel van verskeie sisteme, naamlik sy ouers, sibbe, skool en gemeenskap. Die navorser beskou die sisteembenadering dus as onontbeerlik in dienslewering met betrekking tot die gesin van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid.

Die hoofdoel van die sisteemteorie is dat dit wegbeweeg van individuele hulpverlening, wat beteken dat assessering nie bestaan uit 'n studie van individuele lede van die gesin van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid nie. Dit is dus noodsaaklik dat gefokus word op hoe die huisgesin as sisteem funksioneer. Gedrag kan gekoppel word aan die gedrag van en onderlinge interaksie tussen die gesinslede. Terapie is dus daarop gemik om die funksionering van die gesin van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid as sisteem te verander, aanpassings te maak en interaksiepatrone beter te verstaan. 'n Sistemiese denkraamwerk moet dus ontwikkel word om individue se gedrag in verhouding met die voortdurende handeling van die gesinsgroep te ontleed en te verstaan.

Alle lede in gesinsgroepe beïnvloed mekaar wedersyds. Dit bring gevolglik 'n sisteem met sy eie unieke eienskappe tot stand wat onderhewig is aan reëls wat rolle, kommunikasiepatrone, probleemoplossingsvermoëns en onderhandelingsstegnieke spesifiseer. Die geboorte van 'n baba met 'n gesiggestremdheid beïnvloed alle lede van die gesinsisteem. Ouers van kleuters met 'n gesiggestremdheid moet dus vroegtydig ingelig en bemagtig word met betrekking tot die hantering van hulle baba met gesiggestremdheid binne die gesinsisteem.

Subsisteme is kleiner sisteme wat deel uitmaak van 'n groter sisteem. Dit is dus belangrik vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid om te besef dat hierdie kind deel kan wees van kleiner subsisteme binne sy gesinsisteem, byvoorbeeld dat hy ook 'n hegte band met sy sibbe kan hê. Die drie subsisteme wat bestaan, naamlik die egliede-subsisteem, ouerlike subsisteem en sibbe-subsisteem, gee 'n aanduiding van die interaksie wat in die groter sisteem plaasvind. Waar die ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid 'n enkelouer is, kan subsisteme ook ontstaan, byvoorbeeld waar die

kleuter met gesiggestremdheid en sy ouer 'n hegte band ontwikkel en handhaaf. Substeme kan daartoe bydra dat individue bemagtig word en vaardighede ontwikkel na aanleiding van die onderskeie rolle wat hulle vertolk. Die gevolgtrekking kan verder gemaak word dat die ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid sy rol binne die gesinsisteem moet aanpas en herevalueer wanneer inligting aan hom verskaf word ten einde die gesinsisteem as geheel beter te laat funksioneer.

Die beginsels van die algemene sisteemteorie sluit die volgende in: sirkulariteit; inligting; dubbelbeskrywing/holisme; patroon en vorm; stabiliteit en verandering; en passing en konservasie/interafhanklikheid. Hierdie beginsels kan met groot waarde aangewend word ten opsigte van dienslewering aan gesinne waar daar 'n kind met gesiggestremdheid is. Maatskaplike werkers behoort hierdie beginsels toe te pas tydens die lewering van dienste aan sodanige gesinne.

Vier vlakke van sisteme, naamlik mikrovlak- (individue of klein groepe), middelvlak- (formele groepe of komplekse organisasies), ekso- (gedistansieerde sisteme, byvoorbeeld ouers se werkplek of die skool) en makrovlaksteme (woonbuurte en gemeenskappe), gee 'n duidelike beeld van al die sisteme waaraan individue gekoppel is. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat ten einde die kleuter met gesiggestremdheid te help, dit nodig is om al die betrokke sisteme op die verskeie vlakke te identifiseer en bewus te wees van die invloed wat dit op die kind en die gesinsisteem uitoefen.

Dit is die maatskaplike werker se taak om by die gesin waar 'n kind met 'n gesiggestremdheid teenwoordig is, daarmee behulpsaam te wees om grense vas te stel, hulle openheid of geslotenheid te reguleer en 'n vennootskap met die gesin aan te gaan.

Die gevolgtrekking word gemaak dat die sisteemteorie beslis waardevol is met betrekking tot dienslewering aan gesinne met 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid. Die sisteemteorie kan help om die kompleksiteit van gesinsisteme te verklaar. Hierdie teorie verskaf 'n raamwerk om die nodige inligting van die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid te verkry, asook van ander sisteme soos die kleuterskool en uitgebreide familie. Dit is egter onmoontlik om aan al die substeme binne 'n groter sisteem aandag te gee, aangesien dit te veel tyd in beslag neem. Die sisteemteorie behoort die maatskaplike werker daarvan bewus te maak dat 'n probleem nie geïsoleer staan of behandel kan word nie. Daar moet egter daarteen gewaak word dat die individu in die proses verlore gaan. Tydens die begeleiding van die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid kan die maatskaplike werker hulle van die beginsels van die sisteemteorie leer.

9.5 HOOFSTUK VIER: GESINSDINAMIKA IN STRESVOLLE SITUASIES

Met die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid word die gesin op alle vlakke (emosioneel, sosiaal en finansieel) geaffekteer. Die algemene sisteemteorie sluit aan by hierdie denkwysie dat die hele gesinsisteem onderling afhanklik is van mekaar en mekaar dus wedersyds beïnvloed. Alle verhoudings binne die gesin word dus geaffekteer en hulp is noodsaaklik vir die gesinshoofde (die ouers) ten einde die gesin funksioneel te bestuur in 'n emosioneel verwarrende tyd. Met die geboorte van 'n baba met gesiggestremdheid, of met die diagnose op 'n later stadium, gaan die gesin as't ware deur 'n krisis. Hierdie ouers verkeer onder geweldige druk en spanning. Buiten die normale ontwingting en nuwigheid van 'n pasgebore baba, moet hierdie ouers ook met die onbekende en al hulle gepaardgaande emosies ten opsigte van 'n kind met 'n gestremdheid oorleef. Hierdie ouers word met 'n warboel ambivalente emosies gekonfronteer, wat wissel van liefde na woede en opgewondenheid na teleurstelling en depressie. Herkenbare fases waardeur 'n persoon gaan met betrekking tot die hantering van stresvolle situasies, is gebaseer op die teorie van Elizabeth Kubler-Ross (1969). Die reaksie van ouers wat vir die eerste keer hoor dat hulle baba 'n gestremdheid het, kan vergelyk word met dié van iemand wat in rou verkeer. Hierdie fases sluit in skok, ongeloof, ontkenning, woede, bedinging, depressie en aanvaarding. Die gevolgtrekking word gemaak dat professionele persone en ouers moet kennis dra van die feit dat geen ouer die Kubler-Ross-model presies en stiptelik navolg nie, en dus sal die stappe nie noodwendig altyd vir alle ouers in dieselfde volgorde geskied nie. Ouers moet egter besef dat al hulle teenstrydige emosies toepaslik is en dat dit nodig is om daardeur te werk – verkieslik met die hulp van 'n professionele persoon.

Die waarde van 'n gehegheidsband tussen die kind met gesiggestremdheid en sy primêre versorger kan nie genoeg beklemtoon word nie. Hierdie gehegheidsband het 'n invloed op die kind se sosiale, emosionele en persoonlikheidsontwikkeling. Die kwaliteit van die gehegheidsband kan verreikende gevolge vir die kind se ontwikkeling inhou. 'n Korrelasie kan gevind word tussen probleemgedrag by kinders en die kwaliteit van die gehegheidsband en/of emosionele verhouding wat die kind met sy primêre versorger het. Wanneer die kwaliteit van die gehegheidsband geassesseer word, sal die spesifieke (wan)gedrag van die kind ook beter verstaan word. Verskeie faktore beïnvloed gehegheidsvorming, 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. Hierdie aspekte is belangrik om te onthou en in ag te neem spesifiek met 'n kind met 'n gestremdheid. Ouers mag maklik

meen dat hierdie kind minder dissipline en grense nodig. Ouers moet bewus wees daarvan dat probleemgedrag ook by kinders met gestremdhede voorkom. Beide ouers moet egter oor die grootmaak en dissiplinerings van die kind met gestremdheid saamstem, anders kan juis hierdie aspek aanleiding gee tot misverstande en spanning binne die huwelik.

Erikson se ontwikkelingsteorie kan ook van toepassing gemaak word op die kleuter met gesiggestremdheid, aangesien sy ontwikkelingsstadia ooreenstem met dié van kleuters met normale visie. 'n Kleuter met gesiggestremdheid het dieselfde emosionele behoeftes en ontwikkelingsmylpale as die normaalsiende kind. Die proses van emosionele ontwikkeling en die bemeesterings van mylpale geskied egter oor 'n langer tydperk en loop 'n eie, unieke pad.

Hoë eise – fisies, emosioneel, sosiaal en finansiële – word aan 'n ouer van 'n kind met gesiggestremdheid gestel. Om met 'n baba met 'n gesiggestremdheid te kommunikeer, neem ook meer tyd, energie, fisiese aanraking en geduld in beslag. Daarbenewens moet hierdie ouer ook kreatiewe denke aan die dag lê ten einde sinvolle interaksie met die kind te bewerkstellig. Misverstande tussen die ouer en kind kan dus makliker plaasvind deurdat kommunikasie met 'n kind met gesiggestremdheid meer uitdagend is. Gevoelens van frustrasie en hulpeloosheid kan by een of beide partye ontstaan as die resultaat van hierdie miskommunikasie. Vanuit persoonlike ervaring met ouers van kleuters met gesiggestremdheid word tot die gevolgtrekking gekom dat hierdie ouers op 'n vroeë stadium begeleiding nodig met betrekking tot effektiewe kommunikasie en stimulerings van hulle baba met gesiggestremdheid. Laasgenoemde kan gebeur deur die ouer se kennisbasis te verbreed ten opsigte van die beperkings van hulle baba met gesiggestremdheid, hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin.

Die ouers en samelewing se persepsie van 'n diagnose het ook 'n invloed op die wyse waarop hierdie krisis gehanteer gaan word. Ouers se persepsie van 'n diagnose van gestremdheid word meestal as iets vreemds, onbekends en dus vreesaanjaend ervaar. Dit bring angstigheid mee, wat veroorsaak dat die ouer nie meer objektief en realisties kan dink nie. Die resultaat hiervan kan wees dat die kind eerstens as 'n gestremdheid gesien word en dan as 'n kind. Dit mag resulteer in gevoelens van totale hulpeloosheid, onsekerheid en angstigheid wanneer hulle met die baba verkeer. Indien hierdie ouers begeleiding kan ontvang direk na die diagnose van hul baba, sal hulle gehelp kan word om hul aanvanklike emosies van skok deur te werk. Dus sal hulle met meer objektiewe

oë na die situasie kan kyk en hul baba eerstens as 'n baba met normale behoeftes sien. Hierdie ouers sal bemagtig word met kennis wat indirek hul gevoelens van onsekerheid en angstigheid sal aanspreek.

Die hedendaagse persepsie van die samelewing ten opsigte van kinders en gesinne met gestremdheid plaas groter druk op ouers, veral wat die kwessie van onafhanklikheid aanbetref. Die samelewing verwag van 'n persoon wat gesiggestremd is om meer onafhanklik binne die samelewing te funksioneer. Dus kan ouers dit moeilik vind om 'n balans te handhaaf tussen wat toepaslik is om vir die kind met gesiggestremdheid tot op 'n sekere ouderdom te doen en wanneer om hom te los om self reg te kom. Skuldgevoelens mag by die ouer ontstaan wanneer hy onseker is oor hierdie aspek deurdat hy mag voel dat hy die kind met gesiggestremdheid aan “sy eie genade oorlaat”. Daar word tot die gevolgtrekking gekom dat begeleiding in hierdie verband 'n ouer kan help om 'n balans te vind tussen die kwessie van gesonde afhanklikheid en onafhanklikheid by die kind met gesiggestremdheid.

Wanneer daar na gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid in hulle midde gekyk word, is dit noodsaaklik om 'n onderskeid te tref tussen die aanvanklike hantering van die krisis (soos met die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid) en krisistydperke wat hulle van tyd tot tyd in hierdie gesinne herhaal. Ouers rapporteer dat al het hulle hulle kind met gestremdheid reeds aanvaar net soos hy is, kan dit egter ook wees dat sommige ouers nooit hierdie aanvaarding heeltemal deurgewerk en afgehandel het nie. Die proses van aanvaarding en aanpassing moet as 'n voortdurende sikliese proses gesien word, waar emosies fluktueer soos die kind met gesiggestremdheid na 'n volgende ontwikkelingsfase beweeg. Elke ontwikkelingsfase hou sy eie ontwikkelingsstake wat bemeester moet word in en dít skep nuwe verwagtings wat stres meebring by die ouer. Ouers benodig dus emosionele ondersteuning op 'n deurlopende basis en nie net direk na die diagnose nie.

Die effek wat 'n kind met gesiggestremdheid op die dinamika van die gesinsisteam het, kan bepaal word deur na die volgende belangrike kwessies te kyk: die isolasie van die gesin, isolasie by die kind met gestremdheid, die stresvlakke binne die huwelik, die verskynsel van oorbeskermning en/of oortoegeeflikheid, die rol en betrokkenheid van die vader by sy gesin, enkelouerskap, die verskynsel van “scapegoating”, asook die ander kinders (sibbe) in die gesin. Die gevolgtrekking word gemaak dat wanneer inligting ingewin word met betrekking tot bogenoemde kwessies, daar bepaal kan word wat die effek van 'n kind met 'n gesiggestremdheid binne die gesinsisteam is.

Omdat hierdie studie vanuit die algemene sisteemteorie gefundeer is, is dit belangrik dat alle hulp en dienste primêr op die oorsprong van die probleem, naamlik die gesinsituasie van die gesiggestremde, gefokus moet wees. Die totale gesinsisteem moet dus gehelp en begelei word ten einde die kind met gesiggestremdheid te help. Die gesinsisteem kan gehelp word deur die gesinshoofde, die ouers, te bemagtig. Ouers word bemagtig deur hulle kennisbasis te verbeter met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid en die invloed daarvan op die kind, die ouer, die huwelik en die sibbe. 'n Nuwe denkpatroon en uitgangspunt in hierdie verband sal meebring dat die gestremdheid se nadelige invloed verminder word in so 'n mate dat die gesin se wanfunksionering 'n beperkte invloed het op die integrale ontwikkeling van die persoon met gesiggestremdheid, asook op die geleentheid om 'n sinvolle lewe in die samelewing te kan hê. Hierdie dienste moet dus ten doel hê om die gesin en die persoon met gesiggestremdheid in hulle gemeenskap en samelewing te integreer. 'n Verhoogde bewustheid binne alle sektore van die samelewing met betrekking tot gesiggestremdheid en die effek daarvan op die gesinsisteem sal beter dienslewering tot gevolg hê wat die integrasieproses van hierdie persone verder sal vergemaklik. Bewustheid in die gemeenskap kan bevorder word deur die aanbod van opleidingsprogramme aan medici, opvoeders, geallieerde gesondheidswerkers, versorgers, ouers en gemeenskapslede.

9.6 HOOFSTUK VYF: VROEË INTERVENSIE BY DIE KLEUTER MET 'N GESIGGESTREMDHEID

Die gesin wat 'n kind met 'n gesiggestremdheid in hulle midde het, word gekonfronteer met 'n baba wat op 'n ander manier leer, die wêreld ontdek en ontwikkel. Babas begin amper direk na geboorte van die wêreld om hulle leer. 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 verkenning van die wêreld om hom, hoe gouer kan groei, ontwikkeling en leer begin plaasvind. Vroeë intervensie, dit wil sê hulpverlening tydens 'n kind se ontwikkeling om op 'n vroeë stadium ondersteuning te bied, is dus veral belangrik vir die kind met gesiggestremdheid.

Vanuit die bespreking van die historiese ontwikkeling van vroeë intervensie is dit duidelik 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 toesig van versorgende volwassenes.

Vroeë intervensie tydens die voorskoolse jare is van kardinale belang vir die kleuter 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 kleuter met gesiggestremdheid, sowel as die primêre versorgers se emosionele welstand. Die versorger kan uitgelewer voel en emosionele frustrasie begin ervaar wanneer daar nie 'n effektiewe kommunikasiesisteem tussen hom en die kind met gesiggestremdheid bewerkstellig kan word nie. Effektiewe kommunikasie is dus vir beide partye voordelig. Die belangrikheid van 'n ouerbegeleidingsprogram wat voorsiening maak vir praktiese riglyne ten opsigte van effektiewe kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid, word ook hier beklemtoon.

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 vir altyd verlore. Navorsing oor breinontwikkeling het bevind dat stimulasie reeds tydens die eerste drie jaar van 'n mens se lewe moet plaasvind ten einde maksimale 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 sewejarige ouderdom op hulle gesinsomgewing aangewese en dan is die kritiese leertydperk om 'n beter brein op sigself te ontwikkel (geboorte tot vyf jaar), reeds verstreke. Indien ouers dus reeds met die diagnose van hulle kind met gesiggestremdheid, dit wil sê op 'n baie vroeë stadium, begeleiding van 'n professionele persoon kan ontvang, sal dit die kind se breinontwikkeling bevorder en dus 'n lewenslange positiewe uitwerking op die kind met gesiggestremdheid se lewenskwaliteit hê. Daar word tot die gevolgtrekking gekom dat ouerbegeleiding die ouer met kennis en praktiese wenke sal toegerus hoe om die baba se brein op 'n kreatiewe manier te stimuleer ten einde maksimale intellektuele groei te bereik.

Die voordele van vroeë intervensie is meervoudig, deurdat dit eerstens as 'n tipe voorsorgmaatreël dien om verdere probleme te voorkom. Tweedens is dit vir die hele

samelewing voordelig deurdat minder kinders spesiale dienste gaan benodig en die staat dus geld gaan bespaar. Die argument met betrekking tot laasgenoemde lui dat indien die regering in vroeë-intervensieprogramme belê, dit op sy beurt die finansiële las op die staat sal verlig. Die gesinne wat betrokke is, sal bemagtig word met die nodige kennis en sal dus bevoeg wees om hulle probleme binne die gesin self te hanteer wat hulle aanpassing, inskakeling en gesonde funksionering binne die gemeenskap, die land en sy ekonomie sal bevoordeel. Verdere 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. Daar word tot die gevolgtrekking gekom dat vroeë-intervensieprogramme vir alle partye binne 'n land voordelig is – die met én sonder 'n gestremdheid.

Die doel van vroeë-intervensieprogramme is gebaseer op die feit dat indien die ouer as natuurlike leermeester en primêre versorger van die kind gehelp kan word, dit weer op sy beurt die kind gaan help. Wanneer ouers begelei word met betrekking tot die korrekte hantering van hulle jong kind met spesiale behoeftes, sal laasgenoemde se lewenskwaliteit verhoog en die ouerkindverhouding en -interaksies sal ook verbeter. Die gesinsisteem as 'n geheel sal dus beter funksioneer, deurdat hulle bemagtig word (en voel) met die deurlopende begeleiding en ondersteuning van 'n program soos hierdie en dus sal stres binne die gesin ook dramaties kan afneem.

Voorbeelde van internasionale intervensieprogramme is die Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre in Rusland, 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: The Children's Disability Centre in Gauteng, die KwaZulu-Natal Blind and Deaf Society en LOFOB in die Wes-Kaap.

Suid-Afrikaanse wetgewing in die vorm van Witskrif Ses (RSA, Ministry for National Education, 2001) onder '*Special Needs Education*' (Department of National Education, 2001), plaas die klem op inklusiewe onderwys. 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) in die skool in sy omgewing te akkommodeer. Hierdie beginsel van inklusiewe onderwys sluit aan by die algemene sisteemteorie, wat wegbeweeg van die individu na die sisteem. Inklusiewe onderwys het ten doel om die kind asook sy gesin van raad en leiding te voorsien ten einde die kind

binne die hoofstroomskool te help met die akademiese kurrikulum. Die fokus is dus nou op steunstelsels wat tot beskikking van die leerder en sy gesin is. Hierdie klemverskuiwing en fokus het as verdere motivering vir die navorser gedien om 'n maatskaplikewerk-intervensieprogram te ontwikkel vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid wat hulle kind in die hoofstroomskool moet ondersteun.

Ten einde vroeë intervensiedienste in Suid-Afrika 'n werklikheid 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. Dit kan gedoen word deur 'n register daar te stel by opleidingshospitale in Suid-Afrika 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.

'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 verkennings-, kognitiewe-, motor-, taal- en sosialevaardighede te verbeter. Hierdie konsep word breedvoerig gedek in die ouerbegeleidingsprogram in hoofstuk ses.

Daar word tot die gevolgtrekking gekom dat vroeë intervensie die basis moet wees waaruit enige intervensieproses met kleuters met gesiggestremdheid en hulle gesinne suksesvol kan begin. Vroeë intervensie is 'n pro-aktiewe manier om komplekse probleme, soos die kleuter met 'n gesiggestremdheid binne sy gesin, asook ander probleme in die samelewing (soos byvoorbeeld armoede, egskeiding en mishandeling) aan te spreek.

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

Die program wat vir die begeleiding van die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid ontwikkel is na aanleiding van inligting verkry uit die literatuur, vorige navorsing, 'n behoeftebepaling, gesprekke met kenners en maatskaplike werkers, is saamgestel.

Dit blyk dat die intervensiemetode wat vir die implementering van die program aangewend behoort te word, begeleiding in groepe behels. Begeleiding in groepe is meer koste- en tydeffektief. Ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid kan as ondersteuningsstelsel vir mekaar dien. Die navorser beveel egter aan dat sekere dele (meer spesifiek sessie twee) van meer waarde is wanneer dit individueel aangebied word vanweë die diverse aard van gesiggestremdheid. Die begeleidingsessies was egter nie terapeuties van aard nie; die fokuspunt was die uitbouing van hulle kennisraamwerk ten opsigte van die verskynsel van gesiggestremdheid, die invloed daarvan op die kind, die ouer, die huwelik en die gesin en die hantering daarvan.

Die ouerbegeleidingsprogram het bestaan uit ses begeleidingsessies van 60 minute elk wat vir twee groepe aangebied is. Hierdie sessies was voldoende vir die besprekings wat plaasgevind het, alhoewel daar steeds 'n behoefte aan nog meer tyd vir persoonlike vrae en die hantering van unieke probleemassekte by die respondente geïdentifiseer is. Vir die ouer wat 'n groot behoefte aan inligting met betrekking tot hulle kleuter se spesifieke oogtoestand (sessie twee) gehad het, was die tyd dus te kort. Dit sou dus van waarde wees om hierdie deel van die program, individueel aan te bied. Elke ouer stel net belang in sy eie kind se oogtoestand. Hierdie onderwerp sou dus meer effektief individueel bespreek kon word. Die enkelstelselontwerp behoort tydens alle intervensie deur maatskaplike werkers benut te word om die dienste te meet. Individuele opvolgonderhoude is 'n maand na afloop van die begeleidingsessies met al die respondente gevoer om verdere verheldering ten opsigte van die impak van die program te verkry. Die waarde van hierdie onderhoude behels dat respondente terugvoer kon gee oor die wyse waarop die kennis wat opgedoen is, toegepas word. Die ouerbegeleidingsprogram kan wel eenmalig aangebied word, maar dit kan beteken dat al die inligting wat deurgegee word, baie oorweldigend vir ouers kan wees. Die navorser beveel dus aan dat die program oor 'n langer tydperk aangebied moet word, byvoorbeeld twee sessies per keer, vanweë die hoë inhoudslading daarvan. Die respondente het ter

wille van tyd- en kostebesparing verkies dat die program op een dag (met onderbrekings) aangebied word.

Na aanleiding van die studie behoort die volgende onderwerpe ingesluit te word in 'n ouerbegeleidingsprogram:

- Die totale proses vanaf diagnosering wat die ouer moet volg vir 'n gebalanseerde lewe.
- Die verskynsel van gesiggestremdheid en die anatomie van die oog.
- Die visuele ontwikkeling vanaf geboorte tot ses jaar.
- Die visuele mylpale van die kleuter met normale visie.
- Die waarskuwingstekens van oogtoestande by verskillende ouderdomme.
- Die algemeenste oogtoestande wat by babas en kleuters voorkom.
- Die oorsake van oogtoestande.
- Die assessering van visie.
- Belangrike mediese terme ten opsigte van oogtoestande.
- Belangrike vrae wat ouers aan die mediese personeel moet vra.
- Die invloed van gesiggestremdheid op die kleuter self met betrekking tot die volgende areas: akademies, loopbaan, psigo-sosiale aanpassing en isolasie by die kind met gesiggestremdheid.
- 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.
- 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.
- 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, en die gesin se sosiale lewe en finansiële stressors (verhuising en mediese onkoste).
- Verskillende bemagtigingstrategieë en praktiese hanteringswenke wat die ouer kan volg om hom te help om met sy kleuter met gesiggestremdheid om te gaan, sy huweliksverhouding te versterk asook die gesinsisteem gesond te hou.

- Die identifisering van verskillende hulpbronne in die lede se onmiddellike omgewing wat hulle as gesinsisteem kan ondersteun (uitgebreide familie, vriende, kerk, ouerondersteuningsgroepe).

Doelstellings en doelwitte is vir elke begeleidingsessie gestel en toepaslike inligting ten opsigte van bogenoemde aspekte is tydens groepsbesprekings aan die respondente deurgegee. Dit is noodsaaklik dat vrae en probleemassekte deurlopend hanteer word om enige onsekerhede uit te skakel. 'n Inligtingstuk in die vorm van 'n programriglyn is met die aanvang van die begeleidingsessies aan die respondente gegee vir toekomstige terugverwysing indien nodig. 'n Professionele persoon in die veld van gesiggestremdheid (die arbeidsterapeut van LOFOB) is ook opgelei om voort te gaan met die aanbieding en verdere bespreking van probleemkwessies by die respondente. Die navorser bly egter op die voorgrond en moet elke keer gekontak word wanneer ouers vrae het na afloop van die studie. Die arbeidsterapeut by LOFOB kan die navorser dus behulpsaam wees met die bespreking van verdere probleemassekte met die ouers. Die doelstellings en doelwitte vir die begeleidingsessies is suksesvol bereik tydens die intervensieprogram, soos uit die navorsingsresultate blyk. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die begeleiding van die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid in groepverband daartoe lei dat hulle kennisbasis van die verskynsel van gesiggestremdheid, die impak daarvan op die kind, die ouer, die huwelik en die gesin en die hantering daarvan verbeter word asook as beginpunt dien van hulle betrokkenheid by 'n ouerondersteuningsgroep.

Die ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid wat tydens hierdie studie ontwikkel is, kan 'n bydrae lewer tot die maatskaplikewerkpraktyk.

9.8 HOOFSTUK SEWE: EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWALITATIEWE FASE

In hierdie hoofstuk is die insameling van die kwalitatiewe data en die aanwending daarvan tydens die ontwikkeling en implementering van 'n intervensieprogram beskryf.

Vir die kwalitatiewe deel van die studie is die volgende vraag gestel: Watter behoeftes het die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid? Een fokusgroepbespreking met 10 ouerpare is gehou om hierdie inligting te bekom. Die inligting is dus ingesamel en aangewend as basis vir die ontwikkeling van 'n intervensieprogram.

In die kwalitatiewe bespreking van die fenomenologiese inligting wat tydens een fokusgroepbespreking bekom is, is die inligting bespreek onder temas, subtemas en kategorieë. Twee hooftemas is bespreek, naamlik: die aspekte wat gedek moet word in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband en 'n holistiese benadering wat tot die probleem (kleuter met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband) verlang word. Die vier subtemas wat vanuit hooftema een gespruit het, was onder meer: emosionele begeleiding; onkunde by die ouer op verskeie areas; die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures direk na diagnose; asook die verskaffing van inligting aan ander professies. Vanuit hooftema twee het daar ook vier subtemas gespruit, naamlik: die verhouding en grootmaak van die kleuter met gesiggestremdheid; die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer self; die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding; asook die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe.

Dit blyk uit die kwalitatiewe data dat ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid meen dat hulle emosionele begeleiding op 'n langtermynbasis nodig, asook direk ná diagnose. Baie rou emosies word ervaar direk na diagnose, wat ouers totaal omvergooi en hul funksionering strem. Ondersteuning van 'n professionele persoon word nodig tydens hierdie akute fase. Soos wat die kind met gesiggestremdheid deur sy kinderjare beweeg, duik daar telkens nuwe krisisse en vrae op. Ouers het aangedui dat hulle 'n behoefte het aan 'n langtermynverhouding met 'n professionele persoon wat emosionele ondersteuning kan bied soos daar deur al die lewensfases van die kind en gesin beweeg word. Maatskaplike werkers by hierdie skole en inrigtings binne die diensveld sou dus die geskikte persoon wees om emosionele ondersteuning op kort- en langtermyn aan hierdie ouers te bied. Ander professies soos sielkundiges, arbeidsterapeute en onderwysers kan egter ook opleiding ontvang ten einde die gemeenskap wat hulle moet bedien, effektief te ondersteun. Dit is belangrik om die professionele persoon (hetsy maatskaplike werker, sielkundige, arbeidsterapeut of onderwyser) wat binne 'n spesifieke gemeenskap aangestel is om 'n diens te lewer, te bemagtig met die regte kennis en hulpbronne ten einde effektief met hierdie ouers om te gaan. Werkswinkels kan aan alle professies wat dienste aan betrokke gesinne lewer, aangebied word ten einde hulle op te lei om hierdie ouers te ondersteun. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie kan as opleidingsmateriaal benut word.

Die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid ervaar 'n gevoel van onkunde in onder andere die volgende areas: die versorging en hantering van die kleuter met gesiggestremdheid; effektiewe kommunikasie (verbaal en nieverbaal) met die kleuter met

gesiggestremdheid; 'n algemene gevoel van onkunde rondom die kleuter met gesiggestremdheid; mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose, mediese behandeling en korreksies en/of aanpassings wat aangebring kan word); gepaste skoolopleiding; die leerproses by die kleuter met gesiggestremdheid; asook die verskynsel van gesiggestremdheid. Al bogenoemde gevoelens, ervarings en behoeftes is deur die literatuur bevestig en benut tydens die ontwikkeling van die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie.

Aangesien die fokusgroepbespreking ten doel het om 'n doelbewuste bespreking rondom 'n spesifieke onderwerp te voer om sodoende data in te samel, blyk dit die gepaste metode te wees om data in te samel tydens die kwalitatiewe fase van hierdie studie.

Inligting ingesamel uit die fokusgroepbespreking is gebruik om 'n intervensieprogram te ontwikkel en te implementeer.

9.9 HOOFSTUK AGT: EMPIRIESE RESULTATE VAN DIE KWANTITATIEWE FASE

Vir die kwantitatiewe deel van die studie is 'n hipotese gestel:

- Indien ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid die ouerbegeleidingsprogram deurloop, sal hulle bemagtig word met kennis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin.

'n Maatskaplikewerk-intervensieprogram is ontwikkel en toegepas en die resultate het bogenoemde hipotese ondersteun.

Die kwantitatiewe fase bestaan uit die ouerbegeleidingsprogram en die prosedure en inligting is in die vorm van groepwerksessies bespreek. Hierdie groepwerksessies het elk 'n doelstelling, doelwitte en 'n verloop gehad. Daarna is die evaluering van die individuele groeplede in groepverband in die vorm van tabelle en grafieke weergegee en die impak van die program is bepaal uit 'n vergelyking tussen die voor- en natoets. Kwantitatiewe data is verkry deur die voltooiing van 'n selfontwerpte vraelys wat die respondente se kennis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin gemeet het. Individuele opvolgonderhoude wat 'n maand na afloop van die program onderneem is, het addisionele inligting verskaf. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die

ouerbegeleidingsprogram wel 'n verbetering in die ouers se kennisbasis teweeggebring het.

Uit die kwantitatiewe data kan die volgende gevolgtrekkings gemaak word:

Van die totale getal respondente (N=10) was 20% manlik en 80% vroulik. Dit kan daaraan toegeskryf word dat daar twee enkelmoeders (enkellopend as gevolg van verlating) was wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid versorg, asook dat die vaders nie die begeleidingsessies kon of wou bywoon nie. Dit blyk dus dat vaders nie so betrokke is by die versorging van die kleuter met 'n gesiggestremdheid nie. Dit kan 'n aanduiding daarvan wees dat die vaders meestal werk en vir die finansies sorg, of dat omrede hierdie studie op die kleuter met gesiggestremdheid fokus, dit meestal moeders is wat die kleiner kind versorg. Hierdie tendens word ook bevestig deur data verkry vanuit die kwalitatiewe fase, waar net 23% van die totale getal respondente manlik was.

Dertig persent (30%) van die respondente het aangedui dat hulle die primêre versorgers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid is. Die meeste respondente (60%) het egter aangedui dat hulle moeders van die kleuter met gesiggestremdheid is, terwyl net een respondent (10%) gespesifiseer het dat hy die vader van die kleuter met gesiggestremdheid is. Van die drie respondente wat aangedui het dat hulle primêre versorgers is, was twee vroulik (grootmoeders) en een manlik (grootvader). Dit kan toegeskryf word aan die hoë eise (fisies, emosioneel en finansiële) wat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid aan 'n ouer stel. Die meeste ouers is dus genoodsaak om 'n familielid by die versorging van hulle kind te betrek (meestal 'n ouma of oupa) sodat hulle voltyds kan gaan werk om aan die finansiële eise van die gesin te voldoen. Dit blyk dus dat 'n kind met 'n gestremdheid veelvuldige finansiële eise aan 'n gesin stel. Spesifieke eise word ook aan die uitgebreide familie (ouers, grootouers en/of betrokke familieledede) gestel – meer as by kinders sonder hierdie gestremdhede.

Respondente se kennis ten opsigte van die diagnose van hulle kleuter se oogtoestand het daarop gedui dat 50% van die respondente geweet het met watter oogtoestand hulle kind met gesiggestremdheid gediagnoseer is. Vier uit die 10 respondente (40%) het aangedui dat hulle onseker is oor die diagnose, terwyl een respondent glad nie geweet het met watter oogtoestand sy kleuter met gesiggestremdheid gediagnoseer is nie. Hieruit kan dus afgelei word dat net 50% van ouers kennis dra van die diagnose van hulle kind met gesiggestremdheid se oogtoestand, terwyl 50% glad nie weet nie of onseker is daarvoor. Bogenoemde kan 'n aanduiding daarvan wees dat ouers so geskok en getraumatiseerd

was toe die dokter die diagnose aan hulle meegedeel het dat hulle nie 'n woord gehoor het of kan onthou nie, of dat ouers bloot nie die mediese terme en begrippe verstaan wat die mediese personeel gebruik wanneer 'n diagnose gemaak word nie. Daarby beskik medici ook nie altyd oor die tyd of opvoedkundige vaardigheid en/of kennis om met die diagnosering van 'n spesifieke oogkondisie die impak daarvan op die kind se emosionele gesondheid, gedrag en akademiese prestasie met die ouers te bespreek nie.

Inligting met betrekking tot die ouderdom van die kind met gesiggestremdheid ten tyde van diagnosering het aangedui dat die meeste kleuters (agt, 80%) reeds by geboorte gediagnoseer is. Een uit die 10 kleuters (10%) is tussen die ouderdom van een en 12 maande gediagnoseer, terwyl een (10%) tussen die ouderdom van een en drie jaar gediagnoseer is. Vanuit hierdie data kan dus afgelei word dat die meeste kinders met gesiggestremdheid, van hierdie ondersoek, reeds by geboorte gediagnoseer is. Die gevolgtrekking word dus gemaak dat alle huisartse en pediaterse ingestel moet wees om gestremdhede reeds by geboorte te diagnoseer en die nodige verwysings te doen. In die platteland, waar mediese dienste skaarser is deurdat daar nie altyd 'n mediese dokter by klinieke en hospitale aan diens is nie, moet verpleegkundiges spesifiek daarop ingestel wees en bewus wees daarvan om oogtoestande by geboorte te diagnoseer en die nodige verwysings te doen. Inligting ten opsigte van die verskynsel van gesiggestremdheid by babas en kleuters asook kontakbesonderhede van hulpbronne om hierdie gesinne na toe te verwys, moet dus addisioneel aan die verpleegkundiges in die platteland gebied word.

Met die meting van ouers se kennis ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kleuter met gesiggestremdheid se oogtoestand is die volgende verkry: resultate soos verkry uit die natoets dui daarop dat die normaalkurve met 'n gemiddeld van 6,3 (voortoets) geskuif het na 'n groeps-gemiddeld van 7,5. Dit is 'n aanduiding dat daar 'n verbetering van ongeveer 19% op die voortoets was. Die gemiddeld het dus verbeter, wat daarop dui dat die algehele kennisbasis van die respondente verbeter het ten opsigte van die mediese aspekte van hulle kleuter met gesiggestremdheid se oogtoestand. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die ouerbegeleidingsprogram positiewe verandering teweeggebring het.

Met die meting van ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese ontwikkeling het, kon 'n verbetering van ongeveer 24% op die voortoets waargeneem word. Die gemiddelde waarde van die groep het van 4,2 na 5,2 verbeter, wat daarop dui dat die algehele kennisbasis van die respondente binne die groepsgeheel verbeter het. Bogenoemde is 'n aanduiding dat 'n verbetering van

respondente se kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kleuter se fisiese ontwikkeling het, bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se emosionele ontwikkeling het, het 'n gemiddelde waarde van 4,3 aangedui vir die groep. Die natoets het uitgewys dat die normaalkurwe geskuif het met 'n gemiddelde waarde van 5,2 vir die groep. Bogenoemde is 'n aanduiding dat 'n verbetering van ongeveer 21% waargeneem is met betrekking tot respondente se kennis ten opsigte van die invloed wat gesiggestremdheid op die kleuter se emosionele ontwikkeling het.

Met die meting van ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se sosiale ontwikkeling het, kon 'n verbetering van ongeveer 20% op die voortoets waargeneem word. Respondente se kennis het 'n sterk verbetering van die kategorie "swak kennis" na "gemiddelde kennis" getoon, maar nie uitgestyg na "uitstekende kennis" nie. Dit kan 'n aanduiding wees van 'n behoefte aan meer kennis óf dat die begeleidingsessie te kort was óf dat respondente onseker bly omdat die kinders nog baie klein is.

Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se opvoedkundige situasie het, het 'n gemiddelde groeps waarde van 4,1 met die voortoets getoon. Die natoets se gemiddelde waarde het tot 5,1 verbeter. 'n Verbetering van ongeveer 24% op die voortoets ten opsigte van respondente se kennis van die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se opvoedkundige situasie het, kan dus waargeneem word.

Vanuit laasgenoemde vier metings word die gevolgtrekking dus gemaak dat die ouerbegeleidingsprogram wel 'n beduidende impak op die verbetering van die respondente se kennis en begrip ten opsigte van die invloed wat die gestremdheid op die kleuter se fisiese, emosionele, sosiale en opvoedkundige situasie het, gehad het.

Met die meting van ouers se kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid kon die grootste verskil waargeneem word in die kategorie van "uitstekende kennis". Tydens die voortoets het slegs een respondent aangedui dat hy oor "uitstekende kennis" beskik, teenoor twee respondente tydens die natoets. Die resultate wat uit die voortoets verkry is, dui 'n gemiddelde groeps waarde van 4,4 aan, terwyl die natoets 'n gemiddelde waarde van 5,7

aandui. Die “gewig” of gemiddelde waarde van die normaalkurwe is dus verplaas na 5,7. ’n Verbetering van ongeveer 30% op die voortoets word dus waargeneem. Bogenoemde is ’n aanduiding dat ’n verbetering van respondente se kennis ten opsigte van nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Tydens die afneem van die meting van ouers se kennis met betrekking tot effektiewe verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid kon ’n verskil in die “uitstekende kennis”-kategorie waargeneem word. Die getal respondente het verdubbel van die voor- na die natoets. Die “uitstekende kennis”-kategorie van hierdie skaal dra die meeste gewig (waarde) en respondente wat voorheen net oor “gemiddelde kennis” beskik het, beskou hulleself na die deurloop van die begeleidingsessie as goed ingelig. Resultate soos verkry uit die voortoets dui ’n groeps-gemiddeld van 4,8 aan, terwyl die natoets ’n gemiddelde waarde van 6,5 toon; dus ’n verbetering van ongeveer 35% op die voortoets. Bogenoemde is ’n aanduiding dat ’n verbetering van respondente se kennis ten opsigte van effektiewe verbale kommunikasie bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Wat betref die meting van die ouer se vlak van bewustheid met betrekking tot die unieke behoeftes van hulle kleuter met gesiggestremdheid, kon die grootste verskil in die kategorie “uitstekende bewustheid” waargeneem word. Twee uit die 10 respondente (20%) het tydens die voortoets aangedui dat hulle oor “uitstekende bewustheid” beskik, terwyl daar vier respondente (40%) tydens die natoets was; daar was dus ’n verdubbeling op die voortoets. Resultate soos verkry uit die voortoets dui ’n gemiddelde waarde van 5,6 vir die groep aan, terwyl die natoets ’n gemiddelde waarde van 6,3 aandui. ’n Toename van 12,5% kan dus waargeneem word van die voor- na die natoets.

Inligting met betrekking tot respondente se beskrywing van hulle verhouding met die kleuter met gesiggestremdheid het aangedui dat drie respondente (30%) hulle verhouding met hulle kind met gesiggestremdheid as “uitstekend” beskryf. Ses respondente (60%) beskryf hierdie verhouding as “baie goed”. Net een respondent het die verhouding wat hy met sy kind met gesiggestremdheid het, as “gemiddeld” beskryf. Die rede vir ’n beskrywing van hierdie verhouding as “uitstekend” of “baie goed” kan wees as gevolg van die hoeveelheid tyd, aandag en energie wat in hierdie betrokke verhouding geïnvesteer word. Die verskynsel van oorbeskerming en/of oortoegeeflikheid kan ook ’n aanduiding hiervan wees. ’n Beskrywing van “gemiddeld” wanneer daar na die verhouding tussen ouer en kleuter met gesiggestremdheid verwys word, kan daarop dui dat die

bindingsproses tussen ouer en baba verdrag en/of bemoeilik is vanweë die uitdaging en hoë eise wat aan ouers gestel word met die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid.

Inligting met betrekking tot respondente se beskrywing van die verhouding met hulleself as ouers van 'n kind met gesiggestremdheid het daarop gedui dat die meeste ouers, vier (40%) “uitstekend” voel oor hulleself en die werk wat hulle verrig deur 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid te versorg. Drie uit die 10 respondente (30%) het hulle verhouding met hulleself as “baie goed” beskryf. Dieselfde getal respondente, naamlik drie, het hierdie verhouding as “gemiddeld” beskryf. Geen respondente het die verhouding met hulleself as “swak” of “baie swak” beskryf nie. Die verhouding wat die ouer met homself het, met ander woorde hoe hy oor homself voel as die versorger van 'n kind met gesiggestremdheid, kan deur verskeie faktore beïnvloed word. Hierdie faktore sluit in: waar in die rouproses die ouer tans verkeer; die eise wat aan die ouer gestel word; hoe die ouer oor sy sosiale lewe (loopbaan en finansies) voel; die graad van ondersteuning wat van die huweliksmaat ontvang word; asook die moontlikheid van 'n krisistydperk waarmee die ouer tans gekonfronteer word ten opsigte van sy kind met gesiggestremdheid. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die meeste respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het, ten tyde van die programbegeleiding grotendeels tevrede gevoel het oor die rolle wat hulle vervul. Daar was wel drie respondente (30%) wat tydens die telefoniese opvolgonderhoud aangedui het dat hulle onseker voel met betrekking tot al die rolle wat van hulle verwag word en wat hulle tans vervul. Hulle voel onseker of hulle suksesvol daarin is.

Met die afneem van die inligting met betrekking tot die mening van die respondente of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n ouer stel, kon gesien word dat al 10 respondente (100%) van mening was dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan hulle as ouers stel – emosioneel, fisies, finansieel, sosiaal en opvoedkundig. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat ouers wat 'n kleuter met gesiggestremdheid versorg, ekstra hulp, ondersteuning en onderskraging benodig. Hulp word benodig in terme van emosionele, fisiese (deur die ouer byvoorbeeld vir 'n paar uur af te los van die versorging van die kind), finansiële en opvoedkundige bystand (deur die verskaffing van inligting ten opsigte van die probleemsituasie, naamlik die versorging van die kind met gesiggestremdheid binne die gesin).

Inligting met betrekking tot die respondente se mening oor die spesifieke area in hulle lewe waar hulle die meeste stres ervaar met betrekking tot die versorging van 'n kleuter met gesiggestremdheid, het getoon dat dit op emosionele gebied is, deurdat sewe uit die 10 respondente (70%) dit so aangedui het. Een respondent (10%) het aangedui dat hy op 'n fisiese vlak die meeste stres ervaar, een (10%) op finansiële vlak en een (10%) op opvoedkundige vlak. Na aanleiding van bogenoemde bevinding kan tot die gevolgtrekking gekom word dat hulp op emosionele vlak aan ouers van 'n kind met 'n gestremdheid gegee moet word. Ouers het 'n behoefte aan leiding en ondersteuning soos wat die kind met gesiggestremdheid deur verskeie lewensfases beweeg. 'n Terapeut in die veld van gesiggestremdheid wat in 'n langtermynverhouding met die gesin staan, kan baie waardevol wees vir al die afsonderlike gesinslede. 'n Terapeut kan ook behulpsaam wees om elke lid se behoeftes, ooreenkomstig sy ontwikkelingsfase en unieke situasie, uit te lig ten einde die hele gesin meer bewustelik met mekaar kan omgaan. Die terapeut kan dus as advokaat vir al die betrokke lede en onderlinge verhoudinge (ouer-kind, huweliksmaats, sibbe onderling) afsonderlik optree.

Inligting met betrekking tot die respondente se mening oor hoe hulle die verhouding met hulle huweliksmaat sal beskryf, het getoon dat die meeste respondente, drie (30%) hulle verhouding met hulle huweliksmaat as “gemiddeld” beskryf. Twee respondente (20%) het hulle verhouding as “uitstekend” beskryf, en twee het dit as “swak” beskryf. Net een respondent (10%) het sy verhouding met sy huweliksmaat as “baie goed” beskryf. Twee respondente was nie getroud nie. Die rede vir die beskrywing van die verhouding met die huweliksmaat as “uitstekend” of “baie goed” kan 'n aanduiding daarvan wees dat sommige huwelike wel positief beïnvloed word deur die geboorte van 'n kind met gesiggestremdheid. Dit kan daaraan toegeskryf word dat die gesamentlike versorging van 'n kind met gestremdheid die huweliksmaats emosioneel nader aan mekaar bring. Die rede vir die beskrywing van die verhouding met die huweliksmaat as “swak” kan 'n aanduiding daarvan wees dat die huweliksverhouding deur hoë stresfaktore (emosionele en/of fisiese uitbranding van 'n ouer of finansiële probleme) gekortwiek word. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die huweliksverhouding ook versorging nodig het wanneer daar na die mees effektiewe metode van hulpverlening aan die kleuter met gesiggestremdheid binne sy gesinsisteem gekyk word. 'n Holistiese benadering tot die probleem ('n kleuter met gesiggestremdheid binne sy gesin) word dus verlang waar alle verhoudings na omgesien moet word.

Inligting met betrekking tot die respondente se mening of die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid buitengewone eise aan die huwelik stel, het daarop gewys dat die

meeste respondente, ses (60%) van mening was dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid wel buitengewone eise aan die huwelik stel. Daarteenoor was twee respondente (20%) van mening dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid nie buitengewone eise aan die huwelik stel nie. (In hierdie vraag is twee respondente geïgnoreer, aangesien hulle agtergrond nie van toepassing was op die vraag nie deurdat hulle nie getroud was nie.) 'n Rede vir die mening van 60% van respondente dat die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid wel buitengewone eise aan die huwelik stel, kan wees dat huweliksmaats mekaar wedersyds beïnvloed, met ander woorde indien een huweliksmaat deur 'n moeilike tyd gaan, sal dit noodwendig ook die ander maat affekteer; dus sal die huweliksverhouding geaffekteer word. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat huweliksberading ook van waarde kan wees vir die gesin wat met 'n kleuter met gesiggestremdheid gekonfronteer word.

Inligting met betrekking tot respondente se mening of die verhouding wat hulle as ouer met die ander kinders in hulle gesin het, verskil van dié wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het, het duidelik gewys dat die meeste respondente, vier (40%), van mening is dat die verhouding wat hulle met die ander kinders in hulle gesin het, nie verskil van dié wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het nie. Vier uit die 10 respondente (40%) is dus van mening dat hulle geen onderskeid tref tussen die verhouding met en hantering van hulle kinders nie. Daarteenoor was drie respondente (30%) van mening dat die verhouding wat hulle met die ander kinders in hulle gesin het, wel verskil van dié wat hulle met die kind met gesiggestremdheid het. Een uit die 10 respondente (10%) was onseker of hierdie verhouding verskil van dié met die ander kinders in die gesin, terwyl twee respondente “nie van toepassing” gekies het, aangesien hulle nie ander kinders buiten die kind met gesiggestremdheid het nie. Die 40% van respondente wat geen onderskeid tussen die verhouding met en hantering van hulle kinders tref nie, kan 'n aanduiding daarvan wees dat hulle hulle kind met gesiggestremdheid so normaal moontlik wil grootmaak. Die 30% van respondente wat wel 'n onderskeid tussen die kind met gesiggestremdheid en hulle ander kinders tref, kan op oorbeskerming en/of oortoegeefflikheid dui.

Inligting met betrekking tot respondente se beskrywing van die verhouding tussen die ander kinders in die gesin en die kind met gesiggestremdheid het aangedui dat die meeste respondente, vyf (50%) van mening was dat die verhouding tussen die ander kinders in die gesin en die kind met gesiggestremdheid “gemiddeld” is. Daarteenoor beskryf drie respondente (30%) hierdie verhouding as “uitstekend”. Laasgenoemde kan 'n aanduiding wees van 'n baie sterk band tussen die ander kinders en hulle broer of

suster met gestremdheid. Die rede vir die beskrywing van die betrokke verhouding as “gemiddeld” kan ’n aanduiding wees van negatiewe emosies wat deur die ander kinders ervaar word jeens hulle sib met gesiggestremdheid. ’n Rede hiervoor kan moontlik wees dat die ander broers en susters afgeskeep voel en ervaar dat hulle altyd tweede op die lys van gesinsprioriteite is, deurdat die kind met gesiggestremdheid al die tyd en aandag van die ouers opneem.

Inligting met betrekking tot respondente se mening of hulle kleuter met gesiggestremdheid ’n effek op die ander kinders in die gesin het, het aangedui dat vier respondente (40%) van mening is dat die kind met gesiggestremdheid wel ’n effek op die ander kinders in die gesin het. Daarteenoor was drie respondente (30%) van mening dat die kind met gesiggestremdheid nie ’n effek op die ander kinders in die gesin het nie. Een uit die 10 respondente (10%) was onseker rakende hierdie aspek, terwyl twee respondente nie ander kinders het nie en dus die opsie “nie van toepassing” gekies het. ’n Rede waarom 40% van die respondente van mening is dat die kind met gesiggestremdheid wel ’n effek op die ander kinders in die gesin het, kan wees dat ouers voel dat die versorging van die kind met gesiggestremdheid al hulle tyd en aandag opneem. Hulle kan ervaar dat hulle die ander kinders in die gesin afskeep, deurdat die fokus meestal op die kind met gesiggestremdheid val.

Inligting met betrekking tot respondente se mening of die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid ’n effek op hulle werksituasie het, het aangedui dat die meeste respondente, ses (60%) van mening is dat die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid wel ’n effek op hulle werksituasie het. Geen respondente was van mening dat hierdie aspek nie ’n effek op hulle werksituasie het nie. Een uit die 10 respondente (10%) het aangedui dat hy onseker is oor hierdie aspek, terwyl drie nie tans in ’n beroep staan nie en dus “nie van toepassing” gekies het. ’n Rede waarom 60% van respondente van mening is dat die versorging van hulle kind met gesiggestremdheid wel ’n effek op hulle werksituasie het, kan vanuit die algemene sisteemteorie verduidelik word. Die algemene sisteemteorie is gebaseer op die beginsel dat sisteme enersyds uit kleiner elemente of subsysteme bestaan en andersyds weer groter suprasisteme vorm. Die werksituasie, die verhouding tussen ’n persoon en sy kollegas by die werk, vorm dus ook ’n subsisteem wat interafhanklik is van ’n ander sisteem (die gesin). Die verhouding wat die respondente met hulle werksituasie het, kan dus ook geaffekteer word deur die eise wat binne die gesinsisteem aan die ouer gestel word met die versorging van ’n kind met gesiggestremdheid.

Inligting met betrekking tot respondente se beskrywing van hulle verhouding met hulle werksituasie het aangetoon dat die meeste respondente hulle verhouding met hulle werksituasie as “gemiddeld” beskryf. ’n Totaal van twee respondente (20%) beskryf die betrokke verhouding as “baie swak”, terwyl twee respondente dit ook as “baie goed” beskryf. Drie uit die 10 respondente staan nie tans in ’n beroep nie en het dus “nie van toepassing” gekies. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat respondente se werksituasie ook geaffekteer word deurdat ekstra eise aan hulle as ouers gestel word met die versorging van ’n kind met gesiggestremdheid (volgens die beginsels van die algemene sisteemteorie). Wanneer respondente hulle verhouding met hulle werksituasie as “baie swak” of “gemiddeld” beskryf, kan dit dalk ’n aanduiding wees dat hulle fisies uitgeput of emosioneel gedreineer by die werk aankom en nie in staat is om hulle werk effektief te doen nie. Die daaglikse uitdagings en eise van die werksituasie mag te veel voel deurdat hulle alreeds by die huis aan soveel eise en uitdagings moet voldoen. Die gevolgtrekking word dus gemaak dat kummulatiewe stres van die huisgesin en werk tot emosionele en fisiese uitbranding by die ouer kan lei wat ’n invloed op al die verhoudinge (ouer-kind, huwelik en werk) waarbinne hy staan, kan hê.

Met die meting van ouers se kennis van effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kind met gesiggestremdheid, is die grootste verbetering in die kategorie van “uitstekende kennis” waargeneem. Tydens die voortoets het slegs een respondente (10%) aangedui dat hy oor “uitstekende kennis” beskik, teenoor vyf respondente (50%) met die afneem van die natoets. Hierdie vyf respondente is dus van mening dat hulle “gemiddelde kennis” ten opsigte van die hantering van hulle kind met gesiggestremdheid verbeter het na “uitstekende kennis”. Laasgenoemde is ’n aanduiding dat hulle bemaagtig voel om met hulle kind met gesiggestremdheid om te gaan. Resultate soos verkry uit die voortoets dui ’n gemiddelde groeps waarde van 6,1 aan, terwyl die natoets ’n gemiddelde waarde van 7,4 aandui. Die “gewig” of gemiddelde waarde van die normaalkurve is dus verplaas na 7,4 en ’n toename van 21% kan dus waargeneem word van die voor- na die natoets. Bogenoemde is ’n aanduiding dat ’n verbetering van respondente se kennis van effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Met die meting van ouers se kennis ten opsigte van ’n kontaklys van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid is die grootste verskil in die kategorie van “uitstekende kennis” waargeneem. Met die afneem van die voortoets was daar geen respondente in hierdie kategorie nie, teenoor vier met die natoets; dus het die normaal distribusie op die normaalkurve se kennisbasis geskuif

na “uitstekende kennis”. Bogenoemde is ’n aanduiding dat respondente bemagtig voel en oor ’n konkrete lys met name, telefoonnommers, e-posadresse en webwerwe beskik wat betrekking het op gesiggestremdheid. Resultate soos verkry uit die voortoets het ’n gemiddelde waarde van 4,5 vir die groep aangedui, terwyl die natoets ’n gemiddelde waarde van 7,1 aangedui het. ’n Toename van ongeveer 58% kan dus waargeneem word van die voor- na die natoets. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat ’n verbetering van respondente se kennis ten opsigte van ’n kontaklys van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Die navorser het dit goedgevind om ’n waarde vir die totale kennisbasis van die ouers ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin te bereken met behulp van statistiese verwerkings. ’n Verbetering van 26% kon waargeneem word. Resultate soos verkry uit die voortoets het ’n gemiddelde groeps waarde van 4,84 aangedui, terwyl die natoets ’n gemiddelde groeps waarde van 6,09 aangedui het. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat ’n verbetering van respondente se totale kennis ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin bewerkstellig is nadat die ouerbegeleidingsprogram deurloop is.

Wanneer daar dus na die afsonderlike resultate van die groepe tydens die voor- en natoets gekyk word en dit dan vergelyk word, kan die afleiding gemaak word dat daar ’n algehele verbetering was in die respondente se kennis aangaande hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin van die voor- na die natoets as gevolg van die implementering van die ouerbegeleidingsprogram.

Uit die resultate van die studie is dit dus duidelik dat al die respondente se kennis van een of ander aspek van die ouerbegeleidingsprogram verbeter het.

Faktore wat deur die navorser geïdentifiseer is met die deurloop van die kwantitatiewe fase wat beduidend beter resultate by die ouer kan meebring met die deurloop van die program, is die volgende: ’n persoonlike en vertrouensverhouding met die ouer (die aanbieder van die program moet in ’n terapeuties-persoonlike verhouding met die ouer staan vir beter resultate); aanbidding op individuele vlak in plaas van in groepverband (veral met betrekking tot sekere afdelings van die program, byvoorbeeld die mediese

aspekte); tyd (genoeg tyd moet afgestaan word aan die deurloop van die program ten einde probleemkwessies breedvoerig te bespreek en te hanteer); asook die kwaliteit van hulpbronne beskikbaar aan die ouer ('n gelukkige huweliksverhouding, ondersteunende familie rondom die ouer, inskakeling by 'n hulpverlenende organisasie met betrekking tot gesiggestremdheid, asook kontak met 'n professionele persoon vir begeleiding). Met bogenoemde faktore in plek, kan 'n beduidend beter resultaat verwag word ten opsigte van die impak van die program.

Die drie beste positiewe veranderinge wat by respondente plaasgevind het, was ten opsigte van ouers se kennis ten opsigte van 'n kontaklys van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid (58%); hulle kennis met betrekking tot effektiewe verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid (35%); en hulle kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid (30%).

Bevindinge is in beide fases (kwalitatief en kwantitatief) met literatuur vergelyk en geïntegreer.

Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die eengroep-voortoets-natoets-ontwerp 'n gepaste metode was om die empiriese deel van die studie uit te voer.

Verdere gevolgtrekkings behels die volgende:

Na aanleiding van die eerste doelwit kan die gevolgtrekking gemaak word dat 'n deeglike literatuurstudie 'n voorvereiste is vir enige studie en vir die opstel van 'n vraelys.

Soos uit hierdie studie blyk, is gesprekke met kundiges uiters noodsaaklik vir resente en praktiese inligting oor die onderwerp.

Vorige navorsing op meestersgraadvlak, naamlik 'n behoeftebepalingstudie oor 'n bepaalde onderwerp – in hierdie geval gesiggestremdheid by die adolessent binne die gesinsisteem – kan die navorser reeds van 'n sekere graad van kennis voorsien vir 'n doktorsale studie waar byvoorbeeld 'n program vir 'n jonger lewensfase (die kleuter) ontwikkel word ten einde probleme wat in die meestersgraadstudie geïdentifiseer is, met die doktorsgraadstudie aan te spreek.

'n Nasionale ouerbegeleidingsprogram wat empiries nagevors en eenvormig is, kan vir alle welsynsorganisasies in die veld van gesiggestremdheid koste- en tydbesparend wees.

9.10 AANBEVELINGS NA AANLEIDING VAN HIERDIE STUDIE

Die volgende aanbevelings aan verskillende Nasionale Departemente en organisasies word gemaak en voorstelle vir verdere navorsing geformuleer:

Departement van Maatskaplike Ontwikkeling

Bekendstelling van die ouerbegeleidingsprogram aan die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling word aanbeveel ten einde:

- die program vir gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid aangewend kan word deur maatskaplike werkers binne hulle werksopset - beide in stedelike en landelike gebiede;
- vroeë intervensie 'n werklikheid kan word by die kleuter met gesiggestremdheid; en
- die dringendheid van finansiële steun, in die vorm van toelaes aan hierdie ouers, gebied kan word vir spesiale toerusting soos 'n bril, braille-apparaat en audioboeke.

Departement van Onderwys

Dit word aanbeveel dat die ouerbegeleidingsprogram bekend gestel moet word aan die Nasionale Departement van Onderwys, spesifiek Gespesialiseerde Onderwysondersteuning, vir gebruik in voldiensskole (vervolgens die beleid vir inklusiewe onderwys) op nasionale, provinsiale, streeks- en substreeksvlakke ten opsigte van dienste aan gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid.

Die bekendstelling van die ouerbegeleidingsprogram aan die Nasionale Departement van Onderwys word aanbeveel ten einde:

- onderwysers te bemagtig met kennis sodat waarskuwingstekens van oogtoestande vroeg geïdentifiseer kan word;

- onderwysers te bemagtig met inligting ten opsigte van dienste binne hul onmiddellike omgewing (sowel as nasionale dienste aan hierdie kinders en gesinne) vir verwysing;
- inligtingsbrosjures by skole (veral plattelandse skole) beskikbaar te stel.

Bekendstelling van die ouerbegeleidingsprogram aan spesiale skole vir gesiggestremdheid in Suid-Afrika word ook aanbeveel sodat dit deur maatskaplike werkers of sielkundiges binne hulle werksopset vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid aangebied kan word.

Ten einde die intervensieprogram suksesvol by skole (spesiale skole en volddiensskole) te implementeer, word aanbeveel dat daar noue samewerking tussen die Departement van Onderwys en die Departement van Maatskaplike Dienste sal wees en dat strategiese beplanning ten opsigte van die implementering van die program sal geskied. Die ontwikkeling van die nodige strukture ten einde die implementering moontlik te maak word ook aanbeveel.

Departement van Gesondheid

Dit word aanbeveel dat hierdie ouerbegeleidingsprogram bekend gestel moet word aan die Departement van Gesondheid sodat dit by al die opleidingshospitale landswyd geïmplementeer kan word.

Die bekendstelling van die program aan die Departement van Gesondheid word aanbeveel ten einde:

- mediese studente bewus te maak van die vroeë diagnose van oogprobleme;
- verpleegkundiges, veral in die platteland, bewus te maak van die vroeë diagnose van oogprobleme;
- babas wat met 'n gesiggestremdheid by geboorte gediagnoseer word, op 'n "register" te kry en die gegewens dan na 'n skool of kontakpersoon in die veld van gesiggestremdheid te verwys;
- vroeë intervensie, in die vorm van vroeëtydige opvolging, 'n werklikheid te maak by hierdie kinders en gesinne;
- agterstande by die kleuter met 'n gesiggestremdheid te beperk.

Ten einde die intervensieprogram suksesvol by opleidingshospitale te implementeer, word aanbeveel dat daar noue samewerking tussen die Departement van Gesondheid en die Departement van Maatskaplike Dienste sal wees en dat strategiese beplanning ten opsigte van die implementering van die program sal geskied. Die ontwikkeling van die nodige strukture ten einde die implementering moontlik te maak word ook aanbeveel.

Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes

Dit word aanbeveel dat hierdie ouerbegeleidingsprogram bekend gestel moet word aan die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes ten einde:

- inligtingsbrosjures aan ouers beskikbaar te stel;
- dit in al nege landstale vertaal kan word sodat distriksverpleegsters, maatskaplike werkers en gemeenskapsdiensleweraars – veral in die platteland – die program in hul moedertaal kan benut;
- inligtingsbrosjures in dokters se spreekkamers beskikbaar te stel;
- inligtingsbrosjures vir buitepasiëntdienste van hospitale en klinieke beskikbaar te stel.

Met die bekenstelling en implementering van die intervensieprogram aan die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes en om inligtingsbrosjures aan belangrike hulpbronne landswyd beskikbaar te stel, word aanbeveel dat daar noue samewerking tussen die Departement van Maatskaplike Dienste en die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes sal wees. Dit word aanbeveel dat befondsing van die Nasionale Regering verkry sal word ten einde die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures in al nege landstale. Dit word aanbeveel dat strategiese beplanning ten opsigte van die implementering van die program sal geskied. Die ontwikkeling van die nodige strukture ten einde die implementering moontlik te maak word ook aanbeveel.

Organisasies landswyd

Dit word aanbeveel dat die ouerbegeleidingsprogram bekend gestel moet word aan alle hulporganisasies wat op provinsiale, nasionale, streeks- en substreeksvlakke dienste lewer aan gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid. Die professionele persoon, hetsy 'n maatskaplike werker, sielkundige, arbeidsterapeut of onderwyser, kan dan binne sy werksopset die program vir ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid aanbied.

Dit word aanbeveel dat hierdie ouerbegeleidingsprogram bekend gestel moet word aan alle voorskoolse organisasies en hul personeel (dagsorgmoeders, kleuterskoolonderwysers, onderwysers van primêre onderrig) wat fokus op vroeë-intervensiedienste aan kinders met leerhindernisse sowel as kinders met normale ontwikkeling. Professions wat met voorskoolse kinders werk, moet dus bewus gemaak word van die vroeë diagnose van oogprobleme.

Tersiêre inrigtings

Dit word aanbeveel dat die ouerbegeleidingsprogram bekend gestel moet word aan alle tersiêre inrigtings wat opleiding aan humanitêre professies gee ten einde die insluiting daarvan in kurrikulums.

Nasionale Regering

Dit word aanbeveel dat hierdie ouerbegeleidingsprogram aan alle gemeenskapsdienterapeute bekend gestel moet word wat in hulle werksopset dienste lewer aan gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid.

Die volgende aanbevelings kan gemaak word ten opsigte van die program self:

- Begeleiding aan die ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid moet verpligtend gemaak word by alle skole/organisasies wat sodanige gesinne bedien.
- Tydens die ouerbegeleidingsprogram kan die wyse van aanbieding asook die gebruik van hulpmiddels aangepas word na gelang van die getal ouers beskikbaar en hulle spesifieke behoeftes. Só kan tuisbesoeke aan die kind se huislike omgewing, die maatskaplike werker (of aanbieder van die program) byvoorbeeld help met betrekking tot die werklike behoeftes van die ouer, die kind met gesiggestremdheid en sy gesin.
- Dit word aanbeveel dat individuele sessies gelyklopend met die groepwerkprogram aangebied word ten einde aangeleenthede te bespreek wat ouers nie in groepverband wil openbaar nie, of wat diepgaande bespreking en ondersteuning vereis.

- Dit word verder aanbeveel dat indien dit tydens die implementering van die program nodig blyk te wees, ekstra sessies bygevoeg moet word, veral by ouers wat die behoefte het dat sekere aspekte herhaal of verduidelik moet word.
- Dit word aanbeveel dat die ouer na afloop van die programaanbieding 'n harde kopie van die program as handleiding moet ontvang. Dit is belangrik dat die ouer iets konkreets in sy hand en by die huis het sodat hy in die toekoms kan terugblaaï na die onderwerp waaroor hy onseker voel.
- Dit word aanbeveel dat dele van die program, byvoorbeeld die fisiese stimulering van die kleuter met gesiggestremdheid, op DVD-skyf opgeneem word ten einde 'n visuele voorstelling (wat duideliker is as die beskrywing van praktiese riglyne) aan ouers te verskaf. Hierdie DVD-skyf sou dan saam met die programhandleiding aan ouers gegee kon word vir verdere versterking en duidelikheid.
- Maatskaplikewerk studente by alle tersiêre inrigtings behoort kennis te neem van hierdie navorsing en program.
- Alle maatskaplike werkers, soos geregistreer by die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplikewerk Diensberoepe, moet kennis neem van hierdie navorsing en program.

TEMAS VIR VERDERE NAVORSING

Die volgende temas vir verdere navorsing word voorgestel:

- Kinders met gesiggestremdheid in hoofstroomskole (inklusiewe onderwys) en hoe hulle die eise van die buitewêreld hanteer.
- 'n Studie om te bepaal wat die voordeligste vir die kind met gesiggestremdheid is: skoolopleiding binne die hoofstroom of in 'n spesiale skool soos Pionierskool? Hoe geslaagd is "inklusiewe onderwys" dus werklik?
- 'n Studie om ondersoek in te stel na die afname in die getal kinders met gesiggestremdheid in spesiale skole byvoorbeeld Pionierskool, veral wat Engelssprekende kinders betref.

9.11 EVALUERING VAN DIE DOELSTELLING EN DOELWITTE

9.11.1 Doelstelling van die studie

Die doel van hierdie studie was om 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid te ontwikkel en die effektiwiteit daarvan te evalueer.

Die navorser wou deur hierdie studie 'n bydrae lewer tot die maatskaplikewerkprofessie, waar daar 'n behoefte bestaan aan 'n begeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid. In hierdie studie is ondersoek ingestel na die moontlike inhoud van so 'n begeleidingsprogram. 'n Volledige literatuurstudie is onderneem, gesprekke met kundiges is gevoer en 'n behoeftebepaling by ouers van 'n kind (0-19 jaar) is gedoen om 'n kennisbasis op te bou om die inhoud van die ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel en te implementeer. 'n Maatskaplikewerk-intervensieprogram vir ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid is dus ontwikkel en die impak van die program ten opsigte van hierdie ouers se kennis is bepaal. Die doel van hierdie studie is dus bereik, wat impliseer dat al die stappe om die studie suksesvol te voltooi, afgehandel is.

9.11.2 Doelwitte van die studie

Ten einde die doelstelling te bereik, is die volgende doelwitte nagestreef:

- Om 'n teoretiese kennisraamwerk op te bou deur die verkenning van:
 - verskillende oogtoestande en die akademiese, sosio-emosionele en loopbaangevolge daarvan;
 - die algemene sisteemteorie as teoretiese fundering in gesinne wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het;
 - die gesinsdinamika tydens stresvolle situasies; en
 - vroeë intervensie by die kleuter met 'n gesiggestremdheid.

Die eerste doelwit is suksesvol bereik deur die bestudering en beskrywing van literatuur. Bepaalde leemtes ten opsigte van 'n tekort aan programme vir die kleuter wat gesiggestremd is, is aangevul deur inligting wat by kenners bekom is, asook buitelandse

literatuur. Die navorser se kennis aangaande bogenoemde aspekte het merkwaardig uitgebrei.

- Om deur middel van 'n empiriese studie 'n behoeftebepaling by Suid-Afrikaanse ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid te doen oor die invloed van hulle kleuter se gestremdheid op die totale gesin.

Die tweede doelwit is bereik deur die data wat verkry is by 'n fokusgroep bestaande uit 10 ouerpare met 'n kind (0-19 jaar) met 'n gesiggestremdheid. Die fokusgroepbespreking het ongeveer 90 minute geduur. Data is ingesamel ten opsigte van die gevoelens, ervarings en behoeftes van die ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid. Data is volgens Cresswell se prosedure (2003:191-195) verwerk deur dit in temas, subtemas en kategorieë te verdeel en dit daarna te gebruik om die aanvanklike intervensieprogram te ontwerp. Twee hooftemas is bespreek, naamlik: die aspekte wat gedek moet word in 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband en 'n holistiese benadering wat tot die probleem (kleuter met 'n gesiggestremdheid binne gesinsverband) verlang word. Die vier subtemas wat vanuit hooftema een gespruit het, was onder meer: emosionele begeleiding; onkunde by die ouer op verskeie areas; die beskikbaarstel van inligtingsbrosjures direk na diagnose; asook die verskaffing van inligting aan ander professies. Vanuit hooftema twee het daar ook vier subtemas gespruit, naamlik: die verhouding en grootmaak van die kind met gesiggestremdheid; die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die ouer self; die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die huweliksverhouding; asook die effek van 'n kleuter met gesiggestremdheid op die sibbe. Deur die verkryging van hierdie data het die navorser se insig in die behoeftes van die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid binne die gesinsopset verhoog en is haar kennisbasis daaromtrent uitgebrei.

- Om 'n ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel.

Die derde doelwit is bereik deur inligting verkry uit die bereiking van bogenoemde twee doelwitte te gebruik en 'n intervensieprogram te ontwerp. In hierdie studie is die derde fase van Rothman en Thomas (2002:394-418) bespreek en benut om 'n maatskaplikewerk-intervensieprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid binne die gesinsisteem te ontwikkel. Tydens die ontwikkeling daarvan is kennis aangewend wat deur die literatuurstudie, onderhoude met kundiges en die fokusgroepbespreking ingewin is.

- Om 'n ouerbegeleidingsprogram te implementeer.

Die ouerbegeleidingsprogram is vir 10 ouerpare en/of primêre versorgers, wat in twee groepe ingedeel is, aangebied. Ses begeleidingsessies van 60 minute elk is met elke groep gehanteer, waartydens al die aspekte ten opsigte van die verskynsel van gesiggestremdheid, die invloed daarvan op en die hantering van die kleuter, die ouer, die huwelik en die gesin behandel is. Die volledige program is in hoofstuk ses vervat. Hierdie doelwit is dus suksesvol bereik.

- Om die benuttingswaarde van die program te evalueer.

Die benuttingswaarde van die program is gemeet deur 'n selfontwerpte vraelys (bylaag 8). Vergelykings het plaasgevind tussen 'n voor- en 'n natoets. Verdere verheldering ten opsigte van die benuttingswaarde is bekom deur opvolgonderhoude wat 'n maand na afloop van die programaanbieding met die respondente gevoer is. Die resultate is in hoofstuk agt bespreek en dit dui daarop dat die ouerbegeleidingsprogram met vrymoedigheid aangewend kan word. Hierdie doelwit is dus ook suksesvol bereik.

- Om aanbevelings en gevolgtrekkings te maak ten opsigte van die benutting van bogenoemde program ten einde maatskaplike werkers en ander professies wat betrokke is by sodanige gesinne se kennis en vaardigheid uit te bou om meer doeltreffende dienslewering te verseker.

Aanbevelings is na afloop van die studie in hierdie hoofstuk gemaak. Hierdie aanbevelings het ten doel om maatskaplike werkers en alle professies wat die program kan benut, se kennisbasis uit te bou om meer doeltreffende dienslewering aan gesinne met 'n kleuter met gesiggestremdheid te bevorder. Temas vir verdere navorsing is ook uitgelig.

Die navorser het tydens gesprekke met lede van multidissiplinêre spanne aanbevelings gemaak wanneer gesinne met 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid ter sprake was.

Inligting ten opsigte van die navorsingsresultate is op 20 Mei 2009 by 'n seminar by Pionierskool in Worcester aan 'n verskeidenheid professies beskikbaar gestel. Twee artikels is geskryf om na 'n vaktydskrif te stuur vir moontlike plasing. Hierdie doelwit is dus suksesvol bereik.

Al die doelwitte wat vir hierdie navorsingstudie gestel is, is dus suksesvol bereik.

9.12 EVALUERING VAN NAVORSINGSVRAAG EN HIPOTESE

Die volgende navorsingsvraag is van toepassing ten opsigte van die kwalitatiewe deel van die studie:

Watter behoeftes het die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid?

Data ingesamel tydens die kwalitatiewe fase van die studie en die indeling daarvan in temas, subtemas en kategorieë beantwoord bogenoemde vraag. Dit is in hoofstuk sewe in meer besonderhede bespreek.

Vir die kwantitatiewe fase is die volgende hipotese gestel:

Indien ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid die ouerbegeleidingsprogram deurloop, sal hulle bemagtig word met kennis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin.

Bogenoemde kennis sluit in:

- Ouers se kennis met betrekking tot die mediese aspekte van hulle kleuter met gesiggestremdheid se oogtoestand.
- Ouers se kennis met betrekking tot die invloed wat gesiggestremdheid op die kind se fisiese, emosionele, sosiale en opvoedkundige situasie het.
- Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe nieverbale en verbale kommunikasie met die kleuter met gesiggestremdheid.
- Ouers se vlak van bewustheid met betrekking tot hulle kleuter met gesiggestremdheid se unieke behoeftes.
- Ouers se kennis met betrekking tot effektiewe hanteringstrategieë ten opsigte van hulle kleuter met gesiggestremdheid.
- Ouers se kennis ten opsigte van 'n kontaklys van nasionale en internasionale hulporganisasies en persone in die veld van gesiggestremdheid.

Die hipotese wat vir hierdie navorsingstudie gestel is, kan dus as waar aanvaar word.

9.13 SLOTOPMERKINGS

Die probleem van gesiggestremdheid by 'n kleuter binne sy gesinsisteem moet holisties aangespreek word vanweë die verskeie probleme wat op emosionele, sosiale, fisiese en akademiese (opvoedkundige) vlak by die kind, ouers, huwelik en sibbe afsonderlik ervaar word. Deur middel van die intervensieprogram word die ouers van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid bemagtig deurdat hulle kennisbasis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogtoestand, die invloed daarvan op en hulle hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin verbeter word. Ten einde die komplekse probleem van gesiggestremdheid by 'n kleuter binne die gesinsisteem aan te spreek, is dit dus nodig om weg te beweeg van die individu as sulks en eerder te poog om (saam met vroeë intervensie aan die individu) aanpassings binne die totale gesinsisteem te bewerkstellig.

Hierdie ouerbegeleidingsprogram wat as gevolg van die navorser se persoonlike motivering, vorige navorsing op meestersgraadvlak, 'n literatuurstudie, gesprekke met kundiges en 'n fokusgroepbespreking ontwikkel is, poog om binne 'n kort tydperk omvattende inligting ten opsigte van gesiggestremdheid (mediese verduidelikings ten opsigte van oogtoestande, emosionele, sosiale en opvoedkundige aspekte van gesiggestremdheid by die kleuter, en praktiese strategieë vir die ouer ten einde sy kind met gesiggestremdheid asook die hele gesinsisteem te bemagtig) aan Suid-Afrikaanse ouers wat deur die probleem van gesiggestremdheid gekonfronteer word, beskikbaar te stel. Laasgenoemde word deur hierdie studie bevestig.

Die gebruik van hierdie ouerbegeleidingsprogram met ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid kan dus met vrymoedigheid aanbeveel word.

BRONNELYS

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Early intervention services. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitetime.asp>

Toegang op 2009/03/03

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Assessments for Infants and Toddlers. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitetime.asp>

Toegang op 2009/03/03

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Education. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitetime.asp>

Toegang op 2009/03/04

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Family Relationships. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitetime.asp>

Toegang op 2009/03/04

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Adapting your home. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitetime.asp>

Toegang op 2009/03/04

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Learning that your child is visually impaired. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitetime.asp>

Toegang op 2009/03/04

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Parents perspective: Early intervention starts at home. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitewhome.asp>

Toegang op 2009/03/03

American Foundation for the Blind and National Association for Parents of Children with Visual Impairments: Parents perspective: Bonding with your baby. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org/parentsitewhome.asp>

Toegang op 2009/03/03

Arkava, M.L. & Lane, T.A. 1983. *Beginning social work research*. Boston: Allyn & Bacon.

Atterbury, J. 2005. Onderhoud met J. Atterbury, Onderwyseres van Centre for Visually Impaired. [Transkripsie]. 21 February. Johannesburg.

Babbie, E. & Mouton, J. 2001. *The practice of social research*. South African Edition. Cape Town: Oxford University Press South Africa.

Babbie, E. 2001. *Practice of social research*. 8th ed. New York: Wadsworth Publishing Company.

Babbie, E. 2004. *The practice of social research*. 10th ed. Belmont: Wadsworth/Thompson Learning.

Bagnato, S.J. & Neisworth, J.T. 1991. *Assessment for early intervention: Best practices for professionals*. New York: Guilford Press.

Bam, P. 2005. Onderhoud met mnr. P. Bam, Direkteur van The League of Friends of the Blind. [Transkripsie]. 13 April. Grassy Park.

Barnes-September, R.L. 1997. *The development of a protocol for the management of child abuse and neglect*. Cape Town: University of the Western Cape. (DPhil Thesis).

Baroody, A., Chalufour, I., Colker, L.J., Costantino, T.E., Graham, G., Hyson, M.H., Norman, K., Pianta, R.C., Sanders, S., Schickedanz, J., Sevcik, R.A. & Winokur, T. 2009. *Child development: Child development tracker*.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.pbs.org/parents/>

Toegang 2009/03/05

Beckman, P. 1983. Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 88:150-156.

Becvar, D.S. & Becvar, R.J. 2000. *Family therapy: A systemic integration*. Boston: Allyn & Bacon.

Bernstein, D.A., Clarke-Stewart, A., Roy, E.J., Srull, J.K. & Wickens, C.D. 1994. *Psychology*. 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin.

Berry, J.O. & Hardman, M.L. 1998. *Lifespan perspectives on the family and disability*. Boston: Allyn & Beacon.

Berry, J.O. & Zimmerman, W.W. 1983. The stage model revisited. *Rehabilitation Literature*, 44:275-278.

Birman, R. & Vaugh, W. 1997. *Nelson's Textbook of Pediatrics*. 13th ed. Metuchen, New Jersey: Scarecrow.

Blasco, P.M. 2001. *Early Intervention services for infants, toddlers, and their families*. Boston: Allyn and Bacon.

Bless, C. & Higson-Smith, C. 2000. *Fundamentals of social research methods. An African perspective*. 3rd ed. Lansdowne: Juta Education (Pty) Ltd.

Blind Voice UK: Sighted Guide Techniques. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.blindvoice.co.uk>

Toegang op 2009/07/24

Botha, D.A. *Ontmoet jou jong kind: 'n Handleiding vir ouers van twee- tot sesjarige*s.

Pretoria: Lapa Uitgewers.

Bowe, F. 2000. *Physical, sensory, and health disabilities: An introduction*. New Jersey: Prentice Hall.

Bowen, S.K. & Ferrell, K.A. 2003. Assessment in Low-Incidence Disabilities: The Day-to-Day Realities. *Rural Special Education Quarterly*, 22(4):10-20.

Braille Institute of America: Sighted Guide Techniques Offer Simple Help. 2009.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.brailleinstitute.org>

Toegang op 2009/07/24

Brambling, M. 2003. Play behaviour of visually impaired children. *Brambling Conference Paper*. Maart, Worcester.

Brame, C.M., Martin, D. & Martin, P. 1998. Counselling the blind or visually impaired child: An examination of behavioural techniques. *Professional School Counselling*, 1:60-62.

Bronfenbrenner, U. 1979. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32:513-531.

Buro vir die voorkoming van blindheid. 1996. *Gloukoom: Nou voel u niks – later sien u niks*. [S1:sn].

Caldwell, B.M. 1993. Impact of day care on the child. *Paediatrics*, 91:225-228.

Chen, D., Klein, M.D. & Haney, M. 2007. Promoting interactions with infants who have complex multiple disabilities: Development and field-testing of the PLAI Curriculum. *Infants & Young Children*, 20(2):149-162.

Chen, K. 1997. *What can baby see? Vision tests and interventions for infants with multiple disabilities*. New York: AFB Press.

Child Care Act 74 of 1983 (Published in the *Government Gazette*, (8765) Pretoria: Government Printer).

Children Disability Centre. [Sa]. [O]. Beskikbaar:

<http://www.moyawam.org.za/organisations.php?id=8&more=yes>

Toegang op 2009/01/16

Clark-Stewart, K.A. 1989. Infant day care: Maligned or malignant? *American Psychologist*, 44:266-273.

Clifford-Poston, A. 2001. *The secrets of successful parenting*. Glasgow: Bell and Bain.

Compton, B.R. & Galaway, B. 1998. *Social work processes*. 4th ed. Illinois: The Dorsey Press.

Cook, R.E., Klein, M.D. & Tessier, A. 2004. *Adapting early childhood curricula for children in inclusive settings*. 6th ed. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.

Corey, M.S. & Corey, G. 2002. *Groups: Process and practice*. 6th ed. Australia: Brooks/Cole.

Craig, C.J. 1996. Family support of the emergent literacy of children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90(3):194-200.

Craig, G.J. & Kermis, M.D. 1995. *Children today*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Cresswell, J.W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Cresswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 2nd ed. London: SAGE Publications.

Dale, N. 1998. *Working with families of children with special needs: Partnership and practice*. London and New York: Routledge.

De Bruyn, N. 2005. Onderhoud met mnr. N. de Bruyn, Oogkundige in privaatpraktyk. [Transkripsie]. 9 Mei. Durbanville.

De Bruyn, N. 2009. Onderhoud met mnr. N. de Bruyn, Oogkundige in privaatpraktyk. [Transkripsie]. 3 Junie. Durbanville.

De Meillon, N. & Wiechers, E. 1993. Enkele beginsels van ekosistemiese terapie. *Educare*, November 22(1) & (2):93-105.

De Vos, A.S. (Ed.) 1998. *Research at grass roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

De Vos, A.S. 2002. Combined quantitative and qualitative approach. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H. Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. van Schaik.

De Vos, A.S. 2005. Intervention research. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H. Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at grass roots: For social sciences and human professions*. 3rd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Delpont, C.S.L. 2002. Quantitative data collection methods. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at grass roots: For social sciences and human professions*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Departement van Arbeid. 2002. *Technical assistance Guidelines on the Employment of People with Disabilities*. Pretoria: Government Printers.

Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste. 1999. *National Prevention of Blindness Program*. 1st Draft, 1999.

Department of American Academy of Pediatrics. 1993. *Your Child's eyes: Guidelines for Parents*, 1st Draft. IL: Division of Publications.

Department of National Education. 2001. White Paper 6: *Special Needs Education: Building an inclusive education and training system*. Pretoria: Government Printers.

Dhillon, B. & Millar, G.T. 1994. *The Child's Eye: Diagnosis of ophthalmic disorders in children*. Oxford: Oxford University Press.

Dill, J.C. & Anderson, C.A. 1999. Loneliness, shyness and depression: The Etiology and interrelationship of everyday problems in living. In Joiner, H. & Coyne, F. (Eds.), Dill, J.C. & Anderson, C.A. *Advances in interpersonal approaches: The interactional nature of depression*. Washington DC: American Psychological Association.

DiNitto, D.M. & McNeece, C.A. 1997. *Social work: Issues and opportunities in a challenging profession*. 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon.

Dote-Kwan, J., Chen, D. & Huges, M. 2001. A National Survey of Service Providers who work with Young Children with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(6):325-338.

Du Bois, B. & Miley, K.K. 2005. *Social work: An empowering profession*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon.

Du Plessis, S. 2007. Onderhoud met mnr. S. Du Plessis, Voormalige Dosent in die Departement Optometrie, Universiteit van Johannesburg. [Transkripsie]. 24 Maart. Kaapstad.

Du Plessis, S. 2009. Onderhoud met mnr. S. Du Plessis, Oogkundige in privaatpraktyk. [Transkripsie]. 31 Januarie. Kaapstad.

Du Preez, M.S.E. 1989. Groepwerk as metode in maatskaplike werk. In van Staden, S.M., Van Rooyen, I.J.J., Hugo, E.A.K. & Van Delft, W.F. (Reds.). *Maatskaplikewerkopleiding oor sestig jaar*. Hillcrest: Owen Burgess.

Du Preez, M.S.E. 1995. *Maatskaplike groepwerk: Teorie en praktyk*. Johannesburg: Keartland Press.

Duckworth, S.V. & Kostell, P.H. 1999. The parent panel: Supporting children with special needs. *Childhood education*, 75:199-204.

Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Deal, A.G. 1994b. Resource-based family-centered intervention practices. In Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Deal, A.G. (Eds.) *Supporting and strengthening families*. Cambridge, MA: Brookline Books.

Dyson, L. 1991. Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning. *American Journal of Mental Retardation*, 95:623-629.

Engelbrecht, E.L. 1997. *Maatskaplikewerk-hulpverlening aan multi-probleem gesinne*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (MA Verhandeling).

Engelbrecht, P., Swart, E. & Eloff, I. 2004. *Inclusive Education in South Africa: Redefining the scope of practice of Educational Psychologists*.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.ispaweb.org/en/colloquium/nyborg/Nyborg%20Presebtatuibs/Swart%20&>

Toegang: 2009/05/16

Essa, E. 1999. *Introduction to early childhood education*. 3rd ed. Albany, N.Y.: Delmar.

Farber, N.K. 2006. Conducting qualitative research: A practical guide for school counselors. *Professional School Counseling*, 9(5):367-375.

Fawcett, S.B., Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F.E., White, G.W., Paine, A.L., Blanchard, K.A. & Embree, M.G. 1994. Conducting intervention research: The design and development process. In Rothman, J. & Thomas, E.J. (Eds.) *Intervention research: Design and development for human service*. New York: Haworth.

Ferrell, K.A. 1997. Preface: What is it that is different about a child with blindness or visual impairment? In Crane, P., Cuthbertson, D., Ferrell, K.A. & Scherb, H. (Eds.) *Equals in partnership: Basic rights for families of children with blindness or visual impairment*. Waterdown, MA: Perkins School for the Blind.

Field, T.M. 1991. Assessment of parent-child interactions. In Schaefer, C.E., Gitlin, K., Field, T.M. & Sandgrund, A. (Eds.) *Play diagnosis and assessment*. New York: John Wiley & Sons Inc.

Filander, J. 2004. Onderhoud met mnr. J. Filander, Sielkundige en adjunkhoof van Athlone Skool vir Blindes. [Transkripsie]. 6 Augustus. Bellville-Suid.

Fouché, C.B. & De Vos, A.S. 2002. Quantitative research designs. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. van Schaik.

Fouché, C.B. & De Vos, A.S. 2005. Problem formulation. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human professions*. 3rd ed. Pretoria: J.L. van Schaik.

Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2002. Introduction to the research process. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. van Schaik.

Fouché, C.B. 2002a. Problem formulation. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. van Schaik.

Fouché, C.B. 2002b. Research strategies. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. van Schaik.

Fourie, C. 2007. *'n Opleidingsprogram vir voornemende pleegouers*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (DPhil Verhandeling).

Friesen, B.J. & Stephens, B. 1998. Expanding family roles in the system care: Research and practice. In Epstein, M.H. (Ed.), Kutash, K., Puchnowski, A.J., Friesen, B.J. & Stephens, B. *Outcomes for children and youth with behavioural and emotional disorders and their families: Programs and evaluation best practices*. Austin, TX:Pro-Ed.

Galloway, H.J. 2006. *Adolesente leerder met spesifieke leerhindernisse*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (DPhil Verhandeling).

Garvin, C.D. & Seabury, B.A. 1984. *Interpersonal practice in social work: Processes and procedure*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Geldard, K. & Geldard, D. 1997. *Counseling Children: A practical introduction*. London: SAGE Publications.

Gitlin-Weiner, K., Sandgrund, A. & Schaefer, C. 2000. *Play diagnosis and assessment*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. 1996. *Family therapy: An overview*. United States of America: Brooks/Cole Publishing Company.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. 1998. *Counseling today's families*. California: Brooks/Cole Publications.

Gomby, D.S., Lerner, M., Stevenson, C., Lewit, E. & Berhman, R. 1995. Long-term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. *The future of children*, 6(3):6-24.

Graziano, A.M. & Raulin, M.L. 2000. *Research methods: A process of inquiry*. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon.

Greeff, M. 2002. Information Collection: Interviewing. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human service professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

Greif, G.L. & Lynch, A.A. 1983. The eco-systems perspective. In Meyer, C.H. (Ed.), Greif, G.L. & Lynch, A.A. *Clinical social work in the eco-systems perspective*. New York: Columbia University Press.

Greyling, M. 2004. Onderhoud met me. M. Greyling, Maatskaplike werker by die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes (Optima). [Transkripsie]. 22 Julie. Pretoria.

Greyling, M. 2005. Onderhoud met me. M. Greyling, Maatskaplike werker by die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes (Optima). [Transkripsie]. 17 Februarie. Pretoria.

Griffiths, M. & Russel, P. 1995. *Working together with handicapped children: Guidelines for parents and professionals*. London: Souvenir Press.

Grinnell, R.M. & Williams, M. 1990. *Research in social work: A primer*. Itasca Illinois: Peacock.

Grinnell, R.M. 1989. *Social work research and evaluation*. 3rd ed. Illinois: FE Peacock Publishers, Inc.

Guralnick, M. 1997. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: P. H. Brookes.

Harbin, G.L., Gallagher, J.J. & Terry, D.V. 1995. Defining the eligible population: Policy issues and challenges. *Journal of Early Intervention*, 15:13-20.

Harrison, J.R., Cooch, C.G. & Alsup, J. 2003. Using distance education for families to improve children's Braille literacy. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97(3):169-173.

Hendrick, J. 1984. *The whole child*. St. Louis: Mosby/Times Mirror.

Hepworth, D.H. & Larson, J. 1982. *Direct social work practice: Theory and skills*. Illinois: The Dorsey Press.

Hildyard, A., Ollerenshaw, K., Cross, C. & Hill, C. 2003a. *Encyclopaedia of Health*. 3rd ed. Italy: Brown Partworks Limited.

Houston, S. 2002. Re-thinking a systemic approach to child welfare: A critical response to the framework for the assessment of children in need and their families. *European Journal of Social Work*, 5(3):301-312.

Huysamen, G.K. 1993. *Metodologie vir die sosiale en gedragswetenskappe*. Halfweghuis: Southern Boekuitgewers (Edms.) Bpk.

Innocenti, M., Huh, K. & Boyce, G. 1992. Families of children with disabilities: Normative data and other considerations on parenting stress. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12(3):403-427.

Jordaan, W. 2008. Onderhoud met me. W. Jordaan, Arbeidsterapeut van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Augustus. Worcester.

Jordaan, W. 2009. Onderhoud met me. W. Jordaan, Arbeidsterapeut van Pionierskool. [Transkripsie]. 20 Mei Augustus. Worcester.

Kastenbaum, R.J. 1986. *Death, society, and human experience*. Columbus, OH: Merrill.

Kenny, R. 2005. Infant Program Staff work: "On the Floor". *The Exceptional Parent*, 35(10):40-42.

- Kerr, S. 1993. *Your child with special needs: A parents handbook*. London: Hodder & Stroughton.
- Kibel, M.A. & Wagstaff, L.A. 2001. *Child Health for All: A Manual for Southern Africa*. 3rd ed. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa.
- Kingry, M.J., Tiedje, L.B. & Friedman, L. 1990. Focus groups: A research technique for nursing. *Nursing Research*, 39(2):124-125.
- Kirby-Green, G. & Moore, J.E. 2001. The effects of cyclical psychodynamics therapy on the co dependence of families with legally blind children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(2):167-172.
- Krefting, L. 1991. Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(3):215-220.
- Kritzinger, M.S.B. 1973. *Kompakte Afrikaanse Woordeboek*. Tweede Uitgawe. Pretoria: J.L. van Schaik.
- Kruger, S.P. 1997. Assessering as basis vir gesinsinstandhoudingsdienste. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 33(4):297-309.
- Lamb, M., Steinberg, K.J. & Prodromides, M. 1992. Non-maternal care and the security of the infant-mother attachment: A re-analysis of the data. *Infant Behaviour and Development*, 15(1):71-83.
- Lamorey, S. 1999. Parentification of siblings of children with disability or chronic disease. In Chase, N.D. & Lamorey, S. (Eds.) *Burdened Children: Theory, research, and treatment of parentification*. London: SAGE Publications.
- Landman, M., Mills, L. & Rosenthal, H. 2000. *Positive parenting: Skills for South African parents*. Cape Town: Child and Family Welfare Society Publications.
- Landy, S. & Menna, R. 2006. *Early Intervention with multi-risk families: An integrative approach*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Lavoie, R.D. 1995. Life on the waterbed: Mainstreaming on the home front. *Attention!*, 2(1):25-29.

Lerner, J.W., Lowenthal, B. & Egan, R. 1998. *Preschool children with special needs: Children at-risk, children with disabilities*. Boston: Allyn and Bacon.

Levy, T.M. & Orlans, C. 1998. *Attachment, trauma and healing: Understanding and treating attachment disorder in children and families*. Washington DC: Child Welfare League of America.

Leyser, Y. & Heinze, T. 2001. In the Darkness there can be light: A family's adaptation to a child's blindness. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 33(1):37-48.

Loumiet, R. & Levack, N. 1993. Social Competence. *Independent Living*, 1(2):27-170.

Louw, D.A. & Edwards, D.J.A. 1998. *Sielkunde: 'n Inleiding vir studente in Suid-Afrika*. 2^{de} uitgawe. Johannesburg: Heinemann.

Louw, D.A. 1989. *Suid-Afrikaanse handboek vir abnormale gedrag*. Kaapstad: CTP Book Printers.

Louw, D.A. 1990. *Menslike ontwikkeling*. 2^{de} uitgawe. Pretoria: HAUM-Tersiêr.

Lowenthal, B. 1996. The use of community resources by families of young children with special needs. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 7(1):37-41.

Lu, O., Zheng, Y., Sun, B., Cui, T., Congdon, N., Hu, A., Chen, J. & Shi, F. 2009. A population-based study of visual impairment among pre-school children in Beijing: The Beijing study of visual impairment in children. *American Journal of Ophthalmology*, 147(5):761-948.

Lueck, A. & Heinze, H. 2005. Designing intervention methods for young children with visual impairments to promote vision use. *International Congress Series*, 1282:201-205.

Mahoney, G., O'Sullivan, P. & Robinson, C. 1992. The family environments of children with disabilities: Diverse but not so different. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12(3):386-402.

Malherbe, B.R. 1995. Gesinsdinamiek in die alkoholis-gesin: 'n Ekosistemiese perspektief. *Maatskaplike Werk/Social Work*, 31(3):215-227.

Mark, R. 1996. *Research made simple – A handbook for social workers*. London: SAGE Publications.

Martin, C.A. & Corbeck, K.K. 1997. *Parenting: A lifespan perspective*. U.S.A.: McGraw Hill.

Mason, H. 2001. Blindness and low vision. In Mason, H. & McCall, S. (Eds.) *Visual impairment: Access to education for children and young people*. London: David Fulton Publishers Ltd.

Mason, J. 1996. *Qualitative researching*. London: SAGE.

McLean, M. 1996. Assessment and its importance in early intervention/early childhood special education. In McLean, M., Bailey, D.B. & Wolery, M. (Eds) *Assessing infants and preschoolers with special needs*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Meadows, M. 2002. Focus on eye health. *Saturday Evening Post*, 274(5):58-61.

MedicineNet. 2009. Sv 'Central Vision'. [Internet].

[O]. Beskikbaar:

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=8544>

Toegang 2009/08/22

MedicineNet. 2009. Sv 'Peripheral Vision'. [Internet].

[O]. Beskikbaar:

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=10638>

Toegang 2009/08/22

Meiring, M. 2005. Onderhoud met M. Meiring, Opvoedkundige sielkundige van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Augustus. Worcester.

Meiring, M. 2008. Onderhoud met M. Meiring, Opvoedkundige sielkundige van Pionierskool. [Transkripsie]. 21 Julie. Worcester.

- Meiring, M. 2009. Onderhoud met M. Meiring, Opvoedkundige sielkundige van Pionierskool. [Transkripsie]. 20 Mei. Worcester.
- Mellor, K. & Mellor, E. 2001. *Ouerkuns: Noodsaaklike vaardighede om kinders te begelei van baba tot volwassene*. Cape Town: Maskew Miller Longman.
- Menacker, S.J. & Batshaw, M.L. 1997. Vision: Our Window to the world. In Menacker, S.J. & Batshaw, M.L. (Eds.) *Children with Disabilities*. 4th ed. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Meyer, D., Vadasy, P., Fewell, R. & Schell, G. 1985. *A handbook for fathers' program*. Seattle, WA: University of Washington Press.
- Meyer, D.J. 1995. *Uncommon fathers: Reflections on raising a child with a disability*. Bethesda, MD: Woodbine House.
- Meyer, W.F., Moore, C. & Viljoen, H.G. 1997. *Personologie: Van individu tot ekosisteem*. Johannesburg: Heinemann.
- More Americans facing blindness than ever before. 2002.
[O]. Beskikbaar:
<http://www.highbeam.com/doc/1G1-85697179.html>
Toegang op 2009/02/21
- Ndlangalaw, Z. 2004. Onderhoud met me. Z. Ndlangalaw, Maatskaplike werker van The League of Friends of the Blind. [Transcript]. 29 Julie. Grassy Park.
- Neethling, J.M.J. 2008. Onderhoud met me. J.M.J. Neethling, Pre-primêre onderwyseres van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Augustus. Worcester.
- Nel, G. E. 2005. *Sosio-emosionele gesinsfunksionering na 'n egskeiding: 'n ouerskapsprogram vir die gesin met voorskoolse kinders*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (DPhil Verhandeling).
- Neuman, W.L. 2000. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon.

- Nicholis, M.P. & Schwartz, R.C. 1998. *Family therapy: Concepts and methods*. 4th ed. London: Allyn & Bacon.
- Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk*. 1995. Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk. (Reds.) Kaapstad: CPT Book Printers (Pty).
- O'Connor, K.J. 1997. Ecosystemic play therapy. In O'Connor, K.J. & Braverman, L.M. (Eds.) *Play therapy and practice: A comparative presentation*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- O'Donoghue, K. & Maidment, J. 2005. The ecological systems metaphor in Australasia. In Nash, M., Munford, R. & O'Donoghue, K. (Eds.) *Social work theories in action*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Odendaal, F.F. & Gouws, R.H. 2000. *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*. 4^{de} uitgawe. Midrand: Perskor Uitgewers.
- Opperman, R. 1995. *Die opbou van die gesin binne die gemeente – 'n ekosistemiese perspektief*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (MA Verhandeling).
- Payne, M. 2002. The politics of systems theory within social work. *Journal of Social Work*, 2(3):269-292.
- Peach, P.P. 2003. *Eerste Jare: 'n Gids vir ouers van 'n swaksiende kind (van geboorte tot ses jaar)*. Pretoria: Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes Publikasies.
- Peters, E. 2004. *A-Z Medical Encyclopaedia*. United Kingdom: Dorling Kindersley Limited.
- Petersen, B. 2004. Onderhoud met B. Pietersen, Arbeidsterapeut van The League of Friends of the Blind. [Transkripsie]. 29 Julie. Grassy Park.
- Petersen, B. 2008. Onderhoud met B. Pietersen, Arbeidsterapeut van The League of Friends of the Blind. [Transkripsie]. 21 April. Grassy Park.
- Petersen, B. 2009. Onderhoud met B. Pietersen, Arbeidsterapeut van The League of Friends of the Blind. [Transkripsie]. 21 April. Grassy Park.

Plug, C., Louw, D.A.P., Gouws, L.A. & Meyer, W.F. 1997. *Verklarende en Vertalende Sielkundewoordeboek*. 3^{de} uitgawe. Sandton: Heinemann Voortgesette Onderwys (Edms.) Bpk.

Potgieter, M.C. 1998. *The social work process: Development to empower people*. Cape Town: Prentice Hall.

Press, L.J. & Moore, B.D. 1993. *Clinical Paediatric Optometry*. Boston: Butterworth-Heinemann.

Pretoria Ooginstituut. 1996. *"I can see": Practical hints for people with low vision*. Pretoria: Pretoria Eye Institute.

Purves, L. 1992. *Natures Masterpiece: A family survival book*. London: Hodder & Stoughton.

Rattray, J. & Zeedyk, M.S. 2005. Early communication in dyads with visual impairment. *Infant and Child Development*, 14(2):287-309.

Republic of South Africa. 1995. Ministry for Education. White Paper for Education and Training. Notice 196 of 1995. *Government Gazette*, 386 (18166). Pretoria: Government Printers.

Republic of South Africa. 1997. Office of the Deputy President. White Paper on an Integrated National Disability Strategy. *Government Gazette*. Pretoria: Government Printers.

Reynolds, K. 2008. Onderhoud met me. K. Reynolds, Hoof van Sielkundige Dienste by Pionierskool. [Transkripsie]. 27 Julie. Worcester.

Richmond, J. 1990. Low birth weight infants. *Journal of the American Medical Association*, 263(22):3069-3070.

Richter, M. 2006. *Visual milestones of the pre-school child*. Johannesburg: Universiteit van Johannesburg.

- Rock, S.L. & Head, D.N. 1994. Use of home inventory with families of young visually impaired children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88(2):27-34.
- Rohrbaugh, M. & Eron, J.B. 1982. The strategic systems therapies. In Alot, E.L. & Stuart, I.R. (Eds.) *The newer therapies: A sourcebook*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Ronnau, J. & Poertner, J. 1993. Identification and use of strengths: A family system approach. *Children Today*, 22(2):20-28.
- Rothman, J. & Thomas, E.J. 1994. An integrative perspective on intervention research. In Rothman, J. & Thomas, E.J. (Eds.) *Intervention research: Design and development for human services*. New York: Haworth.
- Roux, A.A. 1998. *Maatskaplike groepwerk*. Potchefstroom: Universiteit van Potchefstroom. (MA-Verhandeling).
- Royse, D. 1991. *Research methods in social work*. Chicago: Nelson-Hall Publishers.
- Russel, P. 1983. The parents perspective of family needs and how to meet them. In Mittler, P. & McConachie, H. (Eds.) *Parents, professionals and mentally handicapped people: Approaches to partnership*. Beckenham: Croom Helm.
- Sacharowitz, H.S. 2005. Visual impairment in South-Africa: Achievements and challenges. *South African Optometry Journal*, 64(4):139-149.
- Sardegna, J. & Paul, T.O. 1991. *The encyclopedia of blindness and vision impairment*. New York: Facts on File Limited.
- Scarr, S. & Eisenberg, M. 1993. Child care research: Issues, perspectives and results. *Annual Review of Psychology*, 44(2):613-644.
- Scazioni, J. 1995. *Contemporary family and relationships: Re-inventing responsibility*. U.S.A.: McGraw Hill.
- Schilling, R.F. 1997. Developing intervention research programs in social work. *Social Work Research*, 21(3):173-180.

Schoeman, J.H. 1980. Die sisteemteorie. In Grobbelaar, S.W.P. & Schoeman, J.H. (Reds.) *Benaderings in maatskaplike werk*. Pretoria: [sn].

Schon, K.H. 1999. Access to the world by visually impaired preschoolers. *Re:view*, 30(4):160-173.

Schurink, E.M. 1998. Deciding to use a qualitative research approach. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human service professions*. 2nd ed. Pretoria: J.L. Van Schaik Publishers.

Seirlis, A. & Swartz, L. 2006. Disability and social change: A South African agenda. In Watermeyer, B., Swartz, L., Lorenzo, T., Schneider, M. & Priestly, M. (Reds.) *Child, youth, family, social development: Research programme of the Human Sciences Research Council*. Cape Town: HSRC Press.

Seligman, M. & Darling, R.B. 1989. *Ordinary families: Special children*. New York: Guilford.

Seligman, M. & Darling, R.B. 2007. *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*. 3rd ed. New York: The Guilford Press.

Shaffer, R.D. 1999. *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. 5th ed. Washington: Brooks/Cole Publishing Company.

Shapiro, J. & Tittle, K. 1990. Chronic illness and disability in children. *Family Relations*, 39:179-185.

Silver, R. & Koopman, B. 2000. *Successfully employing people with disabilities*. Kaapstad: Business for Good.

Singler, S. 2009. Parent's Perspective: Stop and Take a Breath.

[O]. Beskikbaar:

<http://www.familyconnect.org>

Toegang 2009/02/20

Smith, H. 1990. *'n Sleutel tot onafhanklikheid*. Pretoria: [sn].

South African National Council for the Blind: National Organisations List. 2007

[O]. Beskikbaar:

<http://www.sanacb.org.za>

Toegang 2009/02/20

South African Schools Act 84 of 1996 (Published in the *Government Gazette*, (1867) Pretoria: Government Printer).

Special Needs Education: Building an inclusive education and Training system – South Africa. 2001. [O]. Beskikbaar:

http://wced.wcape.gov.za/documents/education-related/Special_Needs_Education.html

Toegang op 2009/05/16

Spiker, D., Hebbeler, K., Wagner, M., Cameto, R. & McKenna, P. 2000. A framework for describing variations in state early intervention systems. *Early Childhood Special Education*, 20:195-207.

Starting points: Meeting the needs of our youngest children. 2004.

[O]. Beskikbaar:

http://www.carnegie.org/starting_points/startptz.html

Toegang op 2009/02/17

Steenkamp, W.L. & Steenkamp, E.L. 1999. *Besondere ouers: Die opvoeders van die uitsonderlike kind*. Worcester: [sn].

Steward, W.E. & Carcia-Vázquez, E. 1998. Groups in the school context. In Stoiber, K.C. & Kratochwill, T.R. (Eds.) *Handbook of group intervention for children and families*. Boston: Allyn & Bacon.

Steyl, M. 2005. Onderhoud met me. M. Steyl, Primêre onderwyseres met gesiggestremdheid van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Augustus. Worcester.

Steyl, M. 2008. Onderhoud met me. M. Steyl, Primêre onderwyseres met gesiggestremdheid van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Junie. Worcester.

Stirnweis, S. 2003/05/01. 'The state of mobility in South Africa'. Arizona View, May 2003.

[O]. Beskikbaar:

<http://azaer.aerbvi.org/documents/AERizonaView%20May%202003.doc>

Toegang 2009/04/08

Stone, J. 2001. The pre-school child. In Mason, H. & McCall, S. (Eds.) *Visual Impairment: Access tot education for children and young people*. London: David Fulton Publishers Ltd.

Strydom, H. & Venter, L. 2002. Sampling and sampling methods. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human service professions*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H. 2002. Single system design. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human service professions*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H. 2002a. Information collection: participant observation. In De Vos, A.S. (Ed.), Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human service professions*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H. 2003. *Maatskaplike werk-navorsing*. Potchefstroom: PU vir CHO.

Suid-Afrikaanse Oogkundige Vereniging. 1997. *Is visie reg vir skool/Eyes right for school?* Kaapstad: Kosmos-Uitgewery.

Sumarokova, I.G. 2007. Case study: Early intervention for blind children. *Perspektiva*, 20:1-6.

Swart, L. 1993. *Enkele oogkundige begrippe wat in die opvoedingsituasie van belang is*. Worcester: [sn].

Theron, M. J. 2009. Onderhoud met mnr. M.J. Theron, Direkteur van Gespesialiseerde Onderwys Ondersteuning, Wes-Kaap Onderwysdepartement. [Transkripsie]. 16 Mei. Kaapstad.

- Thomas, E.J. 1989. Advances in developmental research. *Social Service Review*, December: 578-597.
- Thompson, C.L. & Rudolph, L.B. 1992. *Counselling children*. 3rd ed. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Thompson, D. 1995. *The Concise Oxford Dictionary*. 9th ed. Oxford: Clarendon Press.
- Thompson, R.A., Lamb, M.E. & Estes, D. 1982. Stability of infant-mother attachment and its relationship to changing life circumstances in an unselected middle-class sample. *Child Development*, 53(2):144-148.
- Tröster, H. 2001. Sources of stress in mothers of young children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(10):623-637.
- Turnbull, A.P., Friesen, J.B. & Ramirez, C. 1998. Participatory action research as a model for conducting family research. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 23:178-188.
- Turnbull, A.P., Summers, J.A. & Brotherson, M.J. 1984. *Working with families with disabled members: A family systems approach*. Lawrence: University of Kansas, Kansas University Affiliated Facility.
- Turner, J.S. & Helms, D.B. 1995. *Lifespan Development*. 5th ed. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Van der Merwe, M. 1996a. Basic components of play therapy. In Schoeman, J.P. & van der Merwe, M. (Eds.) *Entering the child's world – a play therapy approach*. Pretoria: Kagiso.
- Van der Merwe, M. 2008. Onderhoud met me. M. van der Merwe, Verpleegkundige aan Pionierskool. [Transkripsie]. 5 Augustus. Worcester.
- Van der Merwe, M. 2009. Onderhoud met me. M. van der Merwe, Verpleegkundige aan Pionierskool. [Transkripsie]. 20 Mei. Worcester.

Van der Poel, J.H. 1997. *Visual Impairment: Understanding the needs of young children*. Copenhagen, Denmark: P.J. Schmidt A/S.

Van der Poel, J.H. 2006. Onderhoud met dr. J.H. van der Poel, Special Education Adviser for learners 0-6 with visual and multiple dysfunction. [Transkripsie]. 6 September. Kaapstad.

Van der Riet, M.M. 2009. Onderhoud met me. M.M. van der Riet, Kliniese sielkundige. [Transkripsie]. 14 Julie. Kaapstad.

Van der Westhuizen, C.H.J. 1994. *Gesinsterapie*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (DPhil Verhandeling).

Van der Westhuizen, C.H.J. 1998. *Gesinsterapie*. Pretoria: [sn].

Van Heerden, A. 2004. Onderhoud met me. A. van Heerden, Departementshoof van Muti-gestremdes en Ondervoorsitter van die Nasionale Raad van Multi-gestremdes. [Transkripsie]. 4 Augustus. Worcester.

Van Rooyen, M.I.J. 2005. Onderhoud met me. M.I.J. van Rooyen, Onderwyseres van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Augustus. Worcester.

Van Rooyen, M.I.J. 2008. Onderhoud met me. M.I.J. van Rooyen, Onderwyseres van Pionierskool. [Transkripsie]. 23 Junie. Worcester.

Vanneste, G. 1993. *Prevention, early intervention and rehabilitation of impairments and disabilities in developing countries: Hopeful perspectives*. Manual for the Training-Seminar-Workshop on Rehabilitation in Developing Countries Butare, Rwanda.

Vasta, R., Haith, M.M. & Miller, S.A. 1999. *Child psychology: The modern science*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Vasta, R., Miller, S.A. & Ellis, S. 2004. *Child Psychology*. 4th ed. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

Vaughan, V.H. 1995. *Die swaksiende adolessent: Oorgang tot volwassenheid*. Pretoria: Suid-Afrikaanse Raad vir Blindes.

Verklarende Afrikaanse woordeboek vir Maatskaplike Werk. 1971. Pretoria: Staatsdrukker.

Vivier, Y. 2003. *'n Speltherapeutiese assessering van die adolessent met gesiggetremdheid in institusionele verband se verhouding met sy gesin*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (MA-Verhandeling).

Walsh, F. 1983. Family therapy: A systematic orientation to treatment. In Rosenblatt, A. & Waldfogel, D. (Eds.) *Handbook of clinical social work*. London: Jossey-Bass Publishers.

Warren, D.H. 1994. *Blindness and children: An individual differences approach*. New York: Cambridge University Press.

Webster, A & Roe, J. 1998. *Children with visual impairments: Social interaction, language and learning*. London: Routledge.

Weiton, S. 1995. *Themes and variations*. 3rd ed. New York: Pacific Grove; Brooks/Cole Publishing.

Welman, J.C. & Kruger, S.J. 1999. *Research methodology for the business and administrative sciences*. Johannesburg: International Thompson Publishing (South Africa) (pty) Ltd.

Welsh, N.H., Stulting, A.A. & Van der Walt, R. 1993. Katarak: Beteken nie blindheid nie. *Buro vir die voorkoming van blindheid*, 13-20 Oktober, Johannesburg.

Wet op die Suid-Afrikaanse Inkomstediens 34 van 1997 (Published in the *Government Gazette*, (18257) Pretoria: Government Printer).

Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998 (Published in the *Government Gazette*, (29130) Pretoria: Government Printer).

Wet op Kindesorg 74 van 1983 (Published in the *Government Gazette*, (8765) Pretoria: Government Printer).

White Paper for Social Welfare. Notice 1108 of 1997. *Government Gazette*, Vol. 386, No. 18166 (8 Augustus). Pretoria: Government Printer.

Wikipedia. 2009. Sv 'Blindness'. [Internet].

[O]. Beskikbaar:

<http://en.wikipedia.org/wiki/Blindness>

Toegang 2009/03/06

Wikipedia. 2009. Sv 'Early childhood intervention'. [Internet].

[O]. Beskikbaar:

<http://en.wikipedia.org/wiki/EarlyChildhoodIntervention>

Toegang 2009/03/06

Wikipedia. 2009. Sv 'Early Intervention'. [Internet].

[O]. Beskikbaar:

<http://en.wikipedia.org/wiki/Earlyintervention>

Toegang 2009/03/06

Wilson, R.A. 2003. *Special educational needs in the early years*. 2nd ed. London: Routledge Falmer.

Winter, C.M. 2000. *Gestaltgroepwerk met die middestadkind in die middelkinderjare na egskeiding van die ouers*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (MSW Mini-Verhandeling).

Wolfe, P. 2001. *Brain matters: Translating research into classroom practice*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Wolfendale, S. 1997. *Meeting special needs in the early years: Directions in policy and practice*. London: David Fulton Publishers.

Woolfson, R. 1991. *Children with special needs: A Guide for parents and carers*. London: Faber & Faber.

Zastrow, C. 1992. *The practice of social work*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publications.

Zastrow, C. 2007. *The practice of social work: A comprehensive text*. Wisconsin: Thomson Brooks/Cole.

Zimmerman, D. 1993. *Stress and coping in families with visually handicapped children*.
Port Elizabeth: University of Port Elizabeth. (MA Dissertation).

Ziolko, M.E. 1993. *Counselling parents of children with disabilities: A review of the literature and implications for practice*. In *Perspectives on disability*. 2nd ed. Palo Alto, CA: Health Markets Research.



Naam van respondent: _____

Datum: _____

Yolande Vivier
Universiteit van Pretoria

12 Mulberry Gardens
Cedarwoodstraat
Goedemoed
Durbanville
7530

INGELIGTE TOESTEMMING

1. Titel van studie: 'n Ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid.

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

3. Prosedure: Die doel van die studie sal met behulp van 'n telefoniese onderhoud aan my verduidelik word. Hierna sal daar 'n fokusgroep onderhoud met my gevoer word ten einde 'n gedetailleerde prent te bekom ten opsigte van my belewenis, persepsie en behoeftes met betrekking tot my kind met gesiggestremdheid se invloed op die gesin. 'n Onderhoudskedule met 'n reeks vooraf bepaalde vrae sal tydens die fokusgroep benut word ten einde my belewenis en behoeftes te bepaal van my kind met gesiggestremdheid se invloed op my gesin. Hierdie fokusgroep sal nie langer as 'n uur en half duur nie en sal geskeduleer word na gelang van my gemak. Dit sal op die terrein van die Pionierskool te Worcester geskied.

4. Risiko's en ongemak: Geen mediese risiko's bekend word met die uitvoer van hierdie studie geassosieer nie. As gevolg van die aard van die doeleindes van die studie, dit wil sê om persoonlike inligting (belewenisse / gevoelens / ervarings) ten opsigte van my kind met gesiggestremdheid se invloed op my huisgesin te bekom, is daar 'n moontlikheid dat ek emosionele ongemak mag ervaar. Daar sal egter voorsiening gemaak word vir 'n

ontladingsonderhoud so spoedig moontlik na afloop van die ondersoek waar ek die geleentheid gegee sal word om my mening te opper, gevoelens te ventileer en enige onsekerhede of misverstande uit die weg te ruim. Indien ek steeds ongemak verduur sal ek verwys word vir verdere terapie.

5. Voordele: Ek verstaan dat daar geen mediese voordele verbonde aan die uitvoer van hierdie studie is nie. Daar is egter 'n moontlikheid dat ek na afloop van die navorsingsproses bewus sal wees van positiewe emosies wat aanleiding sal gee tot positiewe funksionering en dus my verhouding met my huisgesin kan versterk. Die beskikbaarstelling van die resultate van hierdie studie sal egter ook 'n positiewe bydrae lewer tot ander maatskaplike werkers in dieselfde veld asook ouers met kinders wat gesiggestremd is.

6. Regte van die respondant: Ek mag te enige tyd my deelname van hierdie studie onttrek.

7. Finansiële kompensasië: Daar sal geen finansiële uitgawes verbonde aan die uitvoer van die studie wees nie.

8. Konfidensialiteit: Ten einde akkuraatheid te verseker sal die fokusgroep onderhoud, waarvan ek deel sal wees, op 'n bandopnemer opgeneem word. Hierdie kasset sal slegs deur die hoofnavorsers en gesaghebbende persone van die navorsingspan aan die Universiteit van Pretoria geluister word. Ek verstaan dat die resultate van hierdie studie vertroulik hanteer sal word ten einde my privaatheid te verseker. Ek sal die keuse gegee word om anoniem of met behulp van 'n skuilnaam aan die studie deel te neem. Die resultate van hierdie studie mag in boekvorm en in wetenskaplike artikels gepubliseer word, maar my rekords en identiteit sal nie beskikbaar gestel word nie, tensy die wet dit vereis.

9. Indien ek enige verdere vrae of bekommernisse het, kan ek 083 387 6694 skakel, alle ure.

Ek verstaan my regte as navorsingssubjek en ek gee vrywilliglik toestemming om aan hierdie studie deel te neem. Ek verstaan die doel van die studie en die prosedure in die uitvoer daarvan. Ek sal 'n getekende afskrif van hierdie toestemmingsbrief ontvang.



Handtekening van respondent

Datum

Handtekening van hoofnavorser



Naam van respondent: _____

Datum: _____

Yolande Vivier

Universiteit van Pretoria

12 Mulberry Gardens

Cedarwoodstraat

Goedemoed

Durbanville

7530

INGELIGTE TOESTEMMING

1. Titel van studie: 'n Ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid.

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

3. Prosedure: Die doel van die studie sal aan my oor die telefoon verduidelik word waarna hierdie toestemmingsbrief aan my gegee sal word op die dag van die programaanbieding. Die inhoud van die brief sal weer aan my verduidelik word waarna ek my skriftelike toestemming vrywilliglik sal gee. 'n Datum sal met my ooreengekom word wat my pas om deel te neem aan hierdie studie. Hierna sal ek 'n ouerbegeleidingsprogram deurloop, wat uit ses sessies bestaan van ongeveer 60 minute elk. Ons sal ongeveer 10 ouerpere wees wat dit gesamentlik deurloop. 'n Selfontwerpte vraelys (wat groepsgeadministreer sal word) sal aan die begin (voortoets) en teen die einde (natoets) aan my gegee word om in te vul ten einde die effektiwiteit van die program te bepaal. Die sessies sal onder meer uit die volgende onderwerpe bestaan:

Sessie 1: Verhoudingbou en meting

Die terapeutiese verhouding sal eerstens gebou word waarna die voortoets (A) sal plaasvind.

Sessie 2: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid Kennis oor oogsiektes (wat van toepassing is), die oorsaak daarvan, hoe dit gediagnoseer word en die moontlike prognose. Ouers kan help met die bespreking.

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

Invloed op verskillende areas by:

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

Sessie 5: Hantering van die kind, huweliksverhouding en gesin

Bemagtigings- en praktiese hanteringstrategieë, hulpbronne in onmiddellike omgewing, ondersteuningsisteme en steungroepe nasionaal.

Sessie 6: Meting en terminering

Die geleentheid vir eksplorering en bespreking van probleemkwessies sal hier plaasvind. Hierdie sessie sal dus ook as 'n ontladingsessie benut word. Die natoets van die intervensie sal met behulp van 'n vraelys gedoen word waar dieselfde aspekte as in die voortoets, gemeet sal word. Dit sal die effektiwiteit van die intervensie bepaal.

Elke sessie sal ongeveer 60 minute duur. Al ses sessies sal op een dag gedoen word. Dit sal geskeduleer word na gelang van my gemak.

4. Risiko's en ongemak: Geen mediese risiko's bekend word met die uitvoer van hierdie studie geassosieer nie. As gevolg van die aard van die doeleindes van die studie, dit wil sê om 'n ouerbegeleidingsprogram [waar persoonlik inligting (belewenisse / gevoelens / ervarings) ten opsigte van my kind met gesiggestremdheid se invloed op my huisgesin te bekom] te deurloop is daar 'n moontlikheid dat ek emosionele ongemak mag ervaar. Daar sal egter voorsiening gemaak word vir ontlading. Tydens die laaste sessie

van die program sal ek die geleentheid gegee word om my mening te opeer, gevoelens te ventileer en enige onsekerhede of misverstande uit die weg te ruim. Indien ek steeds ongemak verduur sal ek verwys word vir verdere terapie.

5. Voordele: Ek verstaan dat daar geen mediese voordele verbonde aan die uitvoer van hierdie studie is nie. Daar is egter 'n moontlikheid dat ek na afloop van die navorsingsproses bewus sal wees van positiewe emosies wat aanleiding sal gee tot positiewe funksionering en dus my verhouding met my huisgesin kan versterk. Die beskikbaarstelling van die resultate van hierdie studie sal egter ook 'n positiewe bydrae lewer tot ander maatskaplike werkers in dieselfde veld asook ouers met 'n kleuter wat gesiggestremd is.

6. Regte van die respondent: Ek mag te enige tyd my deelname aan hierdie studie onttrek.

7. Finansiële kompensasië: Daar sal geen finansiële uitgawes verbonde aan die uitvoer van die studie wees nie.

8. Konfidensialiteit: Ek sal die keuse gegee word om anoniem of met behulp van 'n skuilnaam aan die studie deel te neem. Die resultate van hierdie studie sal vertroulik hanteer word ten einde my privaatheid te verseker. Die resultate van hierdie studie mag in boekvorm en in wetenskaplike artikels gepubliseer word, maar my rekords en identiteit sal nie beskikbaar gestel word nie, tensy die wet dit vereis.

9. Indien ek enige verdere vrae of bekommernisse het, kan ek 083 387 6694 skakel, alle ure.

Ek verstaan my regte as navorsingssubjek en ek gee vrywilliglik toestemming om aan hierdie studie deel te neem. Ek verstaan die doel van die studie en die prosedure in die uitvoer daarvan. Ek sal 'n getekende afskrif van hierdie toestemmingsbrief ontvang.

Handtekening van respondent

Datum

Handtekening van hoofnavorsers



BYLAAG 6

1. Watter aspekte met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremdheid beveel hulle aan moet ingesluit word in 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid?
2. In watter mate beskik hulle as ouers oor voldoende kennis ten opsigte van hul kleuter se spesifieke oogsiekte en die prognose daarvan?
3. In watter mate beïnvloed die oogkondisie van hul kind die kind self, die ouers, die huwelik en die gesin?
4. In watter mate voel hulle emosioneel toegerus om hierdie krisis te hanteer?
5. In watter mate is hulle bewus van hulpbron instansies in hulle omgewing om vir hulp te gaan aanklop?
6. In watter mate voel hulle bevoeg om hul kind korrek te hanteer en op te voed ten einde hy/haar sy volle potensiaal te kan bereik?
7. In watter mate voel hulle bevoeg om hul kleuter binne die gesinsituasie te hanteer?

VRAELYS

INSTRUKSIES

Hierdie vraelys is verdeel in 2 afdelings:

- 1: Persoonlike besonderhede
- 2: Algemene inligting

Voltooi asseblief beide afdelings.

Antwoord asseblief die volgende vrae eerlik.

Daar is nie 'n regte of verkeerde antwoord nie.

AFDELING 1: PERSOONLIKE BESONDERHEDE

Merk die blokkie soos van toepassing:

Vraag 1.1

GESLAG	Manlik	Vroulik
---------------	--------	---------

Vraag 1.2

HUWELIKSTATUS	Getroud	Enkellopend a.g.v. verlating	Geskei
----------------------	---------	------------------------------	--------

Vraag 1.3

KULTUURGROEP	Blank	Kleurling	Swart	Maleier
---------------------	-------	-----------	-------	---------

Vraag 1.4

HUISTAAL	Afrikaans	Engels	Xhosa
-----------------	-----------	--------	-------



Vraag 1.5

GESLAG VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID	Manlik	Vroulik
--	--------	---------

Vraag 1.6

DIE HOEVEELSTE KIND IS DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID?	Oudste	Middelste	Jongste
---	--------	-----------	---------

Vraag 1.7

VERWANTSKAP AAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID?	Vader	Moeder	Primêre Versorger
--	-------	--------	-------------------

Vraag 1.8

IS DAAR ANDER KINDERS IN U GESIN?	Ja	Nee
--	----	-----

Vraag 1.9

DIE OUDERDOM VAN DIE KIND MET GESIGGESTREMDHEID?	Tussen 0 en 12 maande	Tussen 1 en 3 jaar	Tussen 4 en 6 jaar
---	-----------------------	--------------------	--------------------

AFDELING 2:

Merk die blokkie soos van toepassing.

2.1 Weet u met watter oogsiekte u kind met gesiggestremdheid gediagnoseer is?

Ja	Nee	Onseker
----	-----	---------



2.2 Hoe oud was u kind toe die diagnose gemaak is?

Met geboorte	
Tussen 1 en 12 maande	
Tussen 1 en 3 jaar	
Tussen 4 en 6 jaar	
Ander (noem)	

2.3 Wie het die diagnose aan u verduidelik?

Dokter	
Verpleegkundige	
Maatskaplike werker	
Sielkundige	
Oogkundige	
Onderwyser	
Ander (Noem)	

2.4 Op 'n skaal van 1-10, met 1-3 as "swak kennis", 4-7 as "gemiddelde kennis" en 8-10 as "uitstekende kennis", waar sou u u kennis plaas in verband met die mediese aspekte (diagnose, oorsaak, prognose en mediese behandeling) in die geheel van u kind met gesiggestremdheid se oogsiekte?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.5 Verlang u meer inligting in verband met u kind se oogsiekte in die geheel?

Ja	Nee
----	-----

2.6 Op 'n skaal van 1-10, met 1-3 as "swak kennis", 4-7 as "gemiddelde kennis" en 8-10 as "uitstekende kennis", waar sou u u kennis plaas in verband met die effek wat die gesiggestremdheid op u kind se

2.6.1 fisiese ontwikkeling het?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.6.2 emosionele ontwikkeling het?.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



2.6.3 sosiale ontwikkeling het?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.6.4 opvoedkundige situasie het?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.7 Op'n skaal van 1-10, met 1-3 as "swak kennis", 4-7 as "gemiddelde kennis" en 8-10 as "uitstekende kennis", waar sou u u kennis plaas ten opsigte van:

2.7.1 Effektiewe verbale kommunikasie met u kind met gesiggestremdheid?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.7.2 Effektiewe nie-verbale kommunikasie met u kind met gesiggestremdheid?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8 Op 'n skaal van 1-10, met 1-3 as "swak bewustheid", 4-7 as "gemiddelde bewustheid" en 8-10 as "uitstekende bewustheid", waar sou u uself as ouer plaas ten opsigte van u bewustheid van u kind met gesiggestremdheid se:

2.8.1 unieke behoeftes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8.2 unieke wense

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8.3 unieke gevoelens

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8.4 unieke gedagtes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.9 Hanteer u u kind met gesiggestremdheid "anders" as die ander kinders in die gesin?

Ja	Nee	Onseker	Nie van toepassing
----	-----	---------	--------------------



2.10 Dissiplineer u u kind met gesiggestremdheid “anders” as die ander kinders in die gesin?

Ja	Nee	Onseker	Nie van toepassing
----	-----	---------	--------------------

2.11 Op ‘n skaal van 1-10, met 1-3 as “swak kennis”, 4-7 as “gemiddelde kennis” en 8-10 as “uitstekende kennis”, waar sou u uself as ouer plaas ten opsigte van u kennis van effektiewe hanteringstrategieë van u kind met gesiggestremdheid

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.12 Hoe sal u u verhouding met u kind met gesiggestremdheid beskryf?

Uitstekend	Baie goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak
------------	-----------	-----------	------	-----------

2.13 Beskik u oor kontakpersone in u onmiddellike omgewing wat u van inligting kan voorsien ten opsigte van u kind met gesiggestremdheid?

Ja	Nee
----	-----

2.14 Maak u gebruik van hierdie kontakpersone?

Ja	Nee
----	-----

2.15 Op ‘n skaal van 1-10, met 1-3 as “swak kennis”, 4-7 as “gemiddelde kennis” en 8-10 as “uitstekende kennis”, waar sou u uself as ouer plaas ten opsigte van u kennisvlak met betrekking tot ‘n lys van hulporganisasies en kontakpersone in die veld van gesiggestremdheid nasionaal en internasionaal?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.16 Is u bewus van ondersteuningsgroepe in u omgewing vir:

2.16.1 Ouers van kinders met gesiggestremdhede?

Ja	Nee
----	-----

2.16.2 Kinders met gesiggestremdhede?



Ja	Nee
----	-----

2.17 Dui op die volgende skaal aan hoe u u verhouding met uself as ouer van 'n kind met 'n gesiggestremdheid sal beskryf.

Uitstekend	Baie goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak
------------	-----------	-----------	------	-----------

2.18 Meen u dat die versorging van 'n kind met 'n gesiggestremdheid buitengewone eise aan u as ouer stel?

Ja	Nee	Onseker
----	-----	---------

2.19 Dui die area in u lewe aan waarin u die meeste stres ervaar met betrekking tot die versorging van 'n kind met gesiggestremdheid

Fisies	
Emosioneel	
Sosiaal	
Finansieel	
Opvoedkundig	
Ander (Noem)	

2.20 Hoe sou u u verhouding met u huweliksmaat beskryf?

Uitstekend	Baie goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Nie van toepassing
------------	-----------	-----------	------	-----------	--------------------

2.21 Meen u dat die versorging van 'n kind met 'n gesiggestremdheid buitengewone eise aan 'n huwelik stel?

Ja	Nee	Onseker	Nie van toepassing
----	-----	---------	--------------------

2.22 Meen u dat u verhouding as ouer met die ander kinders in u gesin, verskil van u verhouding met die kind met 'n gesiggestremdheid?

Ja	Nee	Onseker	Nie van toepassing
----	-----	---------	--------------------



2.23 Hoe sou u die verhouding tussen u ander kinders met die van u kind met gesiggestremdheid, beskryf?

Uitstekend	Baie goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Nie van toepassing
------------	-----------	-----------	------	-----------	--------------------

2.24 Meen u dat die kind met gesiggestremdheid 'n effek op die ander kinders in u gesin het?

Ja	Nee	Onseker	Nie van toepassing
----	-----	---------	--------------------

2.25 Meen u dat 'n kind met 'n gesiggestremdheid 'n effek op u werksituasie het?

Ja	Nee	Onseker	Nie van toepassing
----	-----	---------	--------------------

2.26 Hoe sou u die verhouding wat u as ouer met u werksomstandighede het, beskryf?

Uitstekend	Baie goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Nie van toepassing
------------	-----------	-----------	------	-----------	--------------------



QUESTIONNAIRE

INSTRUCTIONS:

This questionnaire is divided into 2 sections:

- A Personal details
- B General Information

Please complete both sections. There are no right or wrong answers to these questions.

SECTION A: PERSONAL DETAILS:

Question 1.1

GENDER	Male	Female
---------------	------	--------

Question 1.2

MARITAL STATUS	Married	Single due to abandonment	Divorced
-----------------------	---------	---------------------------	----------

Question 1.3

ETHNICITY	White	Coloured	Black	Malayan
------------------	-------	----------	-------	---------

Question 1.4

LANGUAGE	Afrikaans	English	Xhosa
-----------------	-----------	---------	-------

Question 1.5

GENDER OF THE CHILD WITH VISUAL IMPAIRMENT	Male	Female
---	------	--------



Question 1.6

PLEASE INDICATE IF THE CHILD WITH VISUAL IMPAIRMENT IS THE OLDEST or MIDDLE CHILD or YOUNGEST CHILD IN YOUR FAMILY?	Eldest	Middle	Youngest
--	--------	--------	----------

Question 1.7

WHAT IS YOUR RELATION TO THE CHILD WITH VISUAL IMPAIRMENT?	Father	Mother	Primary Caregiver
---	--------	--------	-------------------

Question 1.8

ARE THERE OTHER CHILDREN IN YOUR FAMILY?	Yes	No
---	-----	----

Question 1.9

AGE OF THE CHILD WITH VISUAL IMPAIRMENT?	Between 0 and 12 months	Between 1 and 3 years of age	Between 4 and 6 years of age
---	-------------------------	------------------------------	------------------------------

SECTION B: GENERAL INFORMATION:

2.1 Do you know the name of the specific eye condition that your child is diagnosed with?

Yes	No	Not sure
-----	----	----------



2.2 How old was your child when he/she was diagnosed?

At birth	
Between 1 and 12 months	
Between 1 and 3 years	
Between 4 and 6 years	
Other (please indicate age)	

2.3 Who have explained your child’s eye condition to you?

Doctor	
Nurse	
Social Worker	
Psychologist	
Eye care specialist	
Teacher	
Other (please indicate)	

2.4 On a scale of 1 – 10, with 1-3 an indication of “poor knowledge “, 4-7 an indication of “average knowledge” and 10 an indication of “excellent knowledge”, please indicate your knowledge regarding the medical aspects of your child’s eye condition:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.5 Do you need more information regarding your child’s eye condition?

Yes	No
-----	----

2.6 On a scale of 1 – 10, with 1-3 an indication of “poor knowledge “, 4-7 an indication of “average knowledge” and 10 an indication of “excellent knowledge”, please indicate your knowledge regarding the effect that the visual impairment has on your child’s:

2.6.1 physical development ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.6.2 emotional development?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



2.6.3 social development?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.6.4 academic situation?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.7 On a scale of 1 – 10, with 1-3 an indication of “poor knowledge “, 4-7 an indication of “average knowledge” and 10 an indication of “excellent knowledge”, please indicate your knowledge regarding the effect that the visual impairment has on your child’s:

2.7.1 Effective verbal communication with your child with visual impairment?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.7.2 Effective non-verbal communication with your child with visual impairment?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8 On a scale of 1 – 10, with 1-3 an indication of “poor awareness“, 4-7 an indication of “average awareness” and 10 an indication of “excellent awareness”, please indicate your level of awarness regarding your child with visual impairment’s:

2.8.1 unique needs?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8.2 unique wishes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8.3 unique feelings?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.8.4 unique thoughts?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



2.9 Do you behave differently towards your child with visual impairment when compared to your behaviour towards your other children in the family?

Yes	No	Not sure	Not applicable
-----	----	----------	----------------

2.10 Do you discipline your child with visual impairment differently to your other children in the family?

Yes	No	Not sure	Not applicable
-----	----	----------	----------------

2.11 On a scale of 1 – 10, with 1-3 an indication of “poor knowledge “, 4-7 an indication of “average knowledge” and 10 an indication of “excellent knowledge”, please indicate your knowledge regarding effective strategies to handle your child with visual impairment?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.12 How would you describe your relationship with your child with visual impairment

Excellent	Good	Average	Bad	Very bad
-----------	------	---------	-----	----------

2.13 Do you have contact details of people in your immediate environment that can give you information regarding your child with visual impairment?

Yes	No
-----	----

2.14 If yes, do you make use of these people?

Yes	No
-----	----

2.15 On a scale of 1 – 10, with 1-3 an indication of “poor knowledge “, 4-7 an indication of “average knowledge” and 10 an indication of “excellent knowledge”, please indicate your knowledge regarding a list of contact details of professionals in the field of visual impairment, nationally and internationally?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.16 Are you aware of support groups in your community for:

2.16.1 parents who have a child with visual impairment?

Yes	No
-----	----

2.16.2 children with visual impairment?

Yes	No
-----	----

2.17 Please indicate how you would describe your relationship with yourself as a parent of a child with visual impairment

Excellent	Good	Average	Bad	Very bad
-----------	------	---------	-----	----------

2.18 Are you of the opinion that to care for a child with visual impairment is more exhausting (emotionally and physically)?

Yes	No	Non sure
-----	----	----------

2.19 Please indicate the area that places the most strain on you caring for a child with a visual impairment:

Physical	
Emotional	
Social	
Financial	
Educational	
Other (please indicate)	

2.20 How would you describe the relationship that you have with your marriage partner?

Excellent	Good	Average	Bad	Very bad
-----------	------	---------	-----	----------

2.21 Are you of the opinion that your marriage is taking strain due to the fact of caring for a child with visual impairment?

Yes	No	Not sure	Not applicable
-----	----	----------	----------------



2.22 Are you of the opinion that the relationship you have with your other children differ from the one you have with your child with visual impairment?

Yes	No	Not sure	Not applicable
-----	----	----------	----------------

2.23 How would you describe the relationship between your other children and the child with visual impairment?

Excellent	Good	Average	Bad	Very bad
-----------	------	---------	-----	----------

2.24 Are you of the opinion that the child with visual impairment has an effect on your other children in the family?

Yes	No	Not sure	Not applicable
-----	----	----------	----------------

2.25 Are you of the opinion that your career is taking strain due to the fact of caring for a child with visual impairment?

Yes	No	Not sure	Not applicable
-----	----	----------	----------------

2.26 How would you describe the relationship with your work situation?

Excellent	Good	Average	Bad	Very bad
-----------	------	---------	-----	----------