

***WES-RAND STREEK
GESONDHEIDSKLINIEKE AS
KONTEKS VIR VROEË
KOMMUNIKASIE INTERVENSIE
(VKI)***

*Ter vervulling van die graad
M. Kommunikasiepatologie in die
Departement Kommunikasiepatologie*

*Fakulteit Geesteswetenskappe,
Universiteit van Pretoria*

DEUR:

CORDELIA BARKHUIZEN

APRIL 2008

MY OPREGTE DANK EN WAARDERING AAN DIE VOLGENDE MENSE ...

- *My verlosser Jesus Christus vir Sy onverdiende genade, krag en seën op my werk. U het aan my die vermoë gegee om hierdie skripsie te voltooi. Aan Hom kom al die lof en dank toe.*

“Ek is tot alles in staat deur Hom wat my krag gee ...”

Fillipense 4:13

- *Prof. Louw en Prof Kritzinger vir hul bekwame leiding, deurentydse ondersteuning en motivering. Dit was voorwaar 'n voorreg om my skripsie onder u bekwame leiding te kon doen..*
- *Jacques, my wonderlike man. Jy was en is altyd daar vir my... Duisend dankie vir jou kosbare liefde, geduld met my in die besige tye en eindelose ondersteuning. Ek is onbeskryflik baie lief vir jou!!*
- *My ongelooflike wonderlike ouers: Pappa en Mamma, dankie dat julle in my glo en aan my die kosbare geleentheid gegee het om 'n sukses van my lewe te maak. Dankie dat julle nog altyd, in alle fasette van my lewe my ondersteun en motiveer. Dankie vir al julle liefde en geduld met my in tye wat dit maar bietjie besig was. Daar is nie genoeg woorde om vir julle te kan sê hoeveel julle vir my beteken nie ... ek is oneindig baie lief vir julle!!*

“You are only as great as the shoulders you stand on and I’ve been blessed to have stood on some pretty great shoulders”

Glass, L. (1991)

**UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
DEPARTEMENT KOMMUNIKASIEPATOLOGIE**

TITEL: WES-RAND STREEK GESONDHEIDSKLINIEKE AS KONTEKS VIR VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIE (VKI)

NAVORSER: CORDELIA BARKHUIZEN

LEIERS: PROF. B. LOUW
PROF. A. M. KRITZINGER

DATUM: APRIL 2008

OPSOMMING

Rasionaal: Die Suid-Afrikaanse konteks is heterogeen van aard en word gekenmerk deur 'n kontinuum van ontwikkelende tot ontwikkelde gesondheidsdienste. Daar word beraam dat 55% van kinders (0-3 jaar) in landelike Suid-Afrikaanse gebiede woon, waar armoede heers en die infrastruktuur onvoldoende is. Die ongunstige omgewings omstandighede van talle kinders woonagtig in Suid-Afrika verhoog die risiko vir gestremdhede en plaas babas en kleuters in 'n groter gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, wat die behoefte aan effektiewe Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) dienslewering in dié konteks beklemtoon. Primêre Gesondheidsorgklinieke (PGS) kan beskou word as die ideale konteks binne die Suid-Afrikaanse realiteit waar VKI programme en VKI dienslewering geïmplementeer kan word. Deur VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke te implementeer, kan samewerkende dienslewering tussen VKI en Primêre Gesondheidsorg verhoog word. Beide die Primêre Gesondheidsorgmodel en die VKI benadering stel voorkoming en die vroeë identifikasie van afwykings as sentrale doelwit voor. Die implementering van VKI in die Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem is deur talle navorsers geïdentifiseer as die wyse waarop die dienste aan babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking bevorder kan word.

Deur die implementering van VKI dienslewering op die vlak van Primêre Gesondheidsorgklinieke, kan die basiese beginsels van VKI naamlik, dienslewering wat gemeenskapsgebaseerd, familie-gesentreerd, omvattend en gekoördineerd is, geïmplementeer word.

Doel: Die hoofdoel van hierdie studie was om te bepaal in watter mate Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand streek as konteks vir die toepassing van VKI kan dien.

Metode: 'n Beskrywende kwantitatiewe opname is as navorsingsontwerp vir beide fases benut. Ten einde die doel van die studie te bereik, is die navorsing in twee fases uitgevoer, omdat die navorsingsproses kronologiese verloop het en daar eerstens in fase een gefokus is op die konteks vir diensverskaffing, en tweedens in fase twee op die diensverskaffers. Fase een het 'n konteks analise behels om sodoende die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem dienste ontvang, te beskryf en te evalueer deur die voltooiing van 'n afmerklys wat vooraf deur die navorser opgestel is. Fase twee het 'n triangulasie navorsingsmetode benut deur gebruik te maak van 'n gestruktureerde onderhoudskedule, sowel as die voltooiing van 'n opgestelde vraelys. Die afmerklys in fase een, die gestruktureerde onderhoudskedule, en die vraelys in fase twee het as data-insamelingstegnieke vir die navorsingsprojek gedien.

Respondente en Deelnemers: Vir Fase 1 is 12 Primêre Gesondheidsorgklinieke in die drie sub-distrikte van die Wes-Rand distrik benut vir die konteksanalise. Vir Fase 2 is agt terapeute in hulle gemeenskapsdiensjaar wat werksaam is in die Wes-Rand distrik as deelnemers benut vir die bespreking van die vooraf geïdentifiseerde temas gedurende die gestruktureerde onderhoudskedule. 34 gemeenskapsverpleegkundiges van die Wes-Rand distrik is as respondente gebruik vir die voltooiing van die vraelys.

Bevindinge: Die bevindinge het daarop gedui dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke nie voldoende toegerus is vir die verskaffing van VKI dienslewering nie, ten spyte van die teenwoordigheid van risikofaktore onder die kliniekpopulasie. Verder was daar geen VKI bemarkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal in die klinieke beskikbaar nie. Resultate het egter daarop gedui dat daar op 'n weeklikse basis by elkeen van die Primêre Gesondheidsorgklinieke die moontlikheid bestaan van 'n VKI span, aangesien daar 'n

spraak-taalterapeut, arbeidsterapeut, fisioterapeut, dieetkundige, maatskaplike werker, mediese dokter en verpleegkundige weekliks op dieselfde dag beskikbaar is.

Die gemeenskapsdiensjaarterapeute was positief ten opsigte van vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming as sleutelkomponente van VKI. In teenstelling met die terapeute se positiewiteit t.o.v. vroeë identifikasie en voorkoming en in ooreenstemming met die bevindinge in Fase 1, was die terapeute van mening dat VKI tans nie suksesvol binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke geïmplementeer sal kan word. Die gemeenskapsverpleegkundiges se kennis rakende VKI en aspekte wat verband hou met VKI was nie bevredigend nie. Die verpleegkundiges se houding jeens 'n spanbenadering was positief, wat aan die spraak-taalterapeute die geleentheid bied om in samewerking met die verpleegkundiges die implementering van VKI binne hierdie konteks te motiveer en te implementeer.

Gevolgtrekking: Die resultate van die navorsing hou implikasies in vir die rol van die spraak-taalterapeut ten opsigte van gemeenskapsgebaseerde intervensie, voorkoming, vroeë identifikasie, en die opleiding en bemagtiging van sorggewers en spanlede wat betref VKI binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklinieke. Die behoefte aan verdere navorsing in die veld is deur die bevindinge van die studie beklemtoon.

Sleuteltermes:

Vroeë kommunikasie Intervensie, Primêre Gesondheidsorgklinieke, Suid-Afrikaanse konteks, Gemeenskapsdiensjaarterapeute, Gemeenskapsverpleegkundiges.

**UNIVERSITY OF PRETORIA
COMMUNICATION PATHOLOGY DEPARTMENT**

TITLE: WEST-RAND DISTRICT'S PRIMARY HEALTH CARE CLINICS AS
CONTEXT FOR EARLY COMMUNICATION INTERVENTION (ECI).

AUTHOR: CORDELIA BARKHUIZEN

SUPERVISOR: PROF. B. LOUW
PROF. A. KRITZINGER

DATE: APRIL 2008

ABSTRACT

Rationale: The South- African context is a heterogeneous context that is characterized by a continuum of developing to developed health care services. It is estimated that 55% of children (0 to 3 years) live in rural areas with insufficient infrastructure and under extreme conditions of poverty. Children living in South Africa are at greater risk for the development of a communication disorder due to the unfavourable environmental circumstances that they live in, which emphasizes the need for Early Communication Intervention (ECI) services in South Africa. Primary Health Care Clinics can be seen as the ideal context within South Africa where ECI programs and service delivery can be implemented. Both the Primary Health Care Model and the principles of ECI service delivery focuses on prevention and early identification of developmental disorders as their main goal. Many authors view the implementation of ECI in South Africa's health system as the way in which the appropriate services can be provided to babies and infants that are at-risk for a communication disorder. Implementing ECI on the level of the Primary Healthcare will allow for the provision of services that are in accordance with the basic principles of service delivery stipulated by ASHA (1989), namely services that are community-based, family-centered, coordinated and comprehensive.

Aim: The main purpose of the study was to determine the degree in which the Primary Health Care Clinics in the West-Rand district can be used for the implementation of Early Communication Intervention (ECI).

Method: An exploratory, descriptive and contextual research design was implemented for both phases, which incorporated both quantitative and qualitative paradigms. This study was conducted in two phases. In Phase One a context analysis was conducted, where by a checklist was completed by the researcher, in order to describe and evaluate the context where children who are at risk for the development of a communication disorder, and their parents, may receive services. In Phase two a triangulation method was followed and the researcher made use of a structured interview to discuss the themes and a questionnaire in order to obtain information regarding the perception of the nurses and community service therapists on ECI services and the implementation of ECI services in the Primary Health Care Clinics. The checklist in phase one, the structured interview, and the questionnaire in phase two were used as data collection methods during this research project.

Respondents and Participants: For the context analysis in Phase One, 12 Primary Health Care Clinics in the West-Rand district were used. Phase Two utilized 8 therapists as participants that were employed by the Wes-Rand health district to complete their community service year. 34 community nurses, employed by the West-Rand district were utilized as respondents and completed the questionnaire.

Results: The findings of the study indicated that the Primary Health Care Clinics were not appropriately equipped for the implementation of ECI service delivery, despite the presence of risk-factors under babies and children visiting the clinics. There were no available ECI marketing-, assessment-, and intervention material at the clinics. It is promising to have found that there is the possibility of the implementation of an ECI team at each of the clinics, seeing that there is a speech-language therapist, occupational therapist, physiotherapist, dietician, social worker, medical doctor and nurse available on the same day on a weekly basis.

The community service therapists were positive regarding early identification and the secondary prevention of communication disorders as key components of the ECI process. In contrast with their positive attitudes towards these aspects, they were of the opinion that due to proposed challenges in this context, at this stage, it will not be possible to implement the ECI process in the Primary Health Care Clinics. The community nurse's knowledge regarding ECI and the aspects related to ECI were not appropriate. Despite this, they demonstrated a positive attitude towards the implementation of a team approach, which gives the speech-language therapist's the opportunity to work with the nursing staff in a team approach, to implement ECI within the Primary Health Care Clinics.

The participants in Phase Two were aware of the importance of ECI and the need for ECI services in this context, but they were of the opinion that the implementation of ECI in this Primary Health Care Context would not be possible due to a variety of reasons. The respondents in Phase Two demonstrated inappropriate knowledge and awareness regarding ECI, communication development, communication disorders and the role of the speech-language therapist and audiologist in the Primary Health Care Context. The majority of the respondents were positive about in-service ECI training, regardless of their limited knowledge thereof.

Conclusion: The results have implications for the role of the speech-language therapist in terms of community-based intervention, prevention, early identification, parent training and informing colleagues about ECI within the South African Primary Health Care Clinics. The need for further research in this field is emphasized.

Keywords:

Early Communication Intervention, Primary Health Care Clinics, South-Africa,
Community Service therapists, Community nurse's.

INHOUDSOPGAWE

1	HOOFSTUK 1: ORIËNTERING EN PROBLEEMSTELLING	1
1.1	INLEIDING	1
1.2	PROBLEEMSTELLING EN RASIONAAL	4
1.2.1	Behoeftte aan VKI in die Suid-Afrikaanse Konteks	4
1.2.2	Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem	5
1.2.3	Implementering van VKI dienslewering in die SA konteks	6
1.3	BEGRIPSVERKLARING	8
1.4	AFKORTINGS	11
1.5	HOOFSTUKUITLEG	11
1.6	OPSOMMING	13
2	HOOFSTUK 2: TEORETIESE BEGRONDING: VKI DIENSTE IN DIE SA KONTEKS	14
2.1	INLEIDING	14
2.2	INTERNASIONALE EN PLAASLIKE TOEPASSING VAN VKI DIENSLEWERING	17
2.2.1	Die Internasionale toepassing van VKI dienslewering in ontwikkelde kontekste	17
2.2.2	Vroeë Kommunikasie Intervensie in die Suid-Afrikaanse konteks	26
2.3	DIE SUID-AFRIKAANSE POPULASIE WAT VKI DIENSTE BENODIG	29
2.3.1	Risikofaktore uniek aan die ontwikkelende konteks soos Suid-Afrika	30
2.4	VKI IN DIE SUID-AFRIKAANSE KONTEKS: GESONDHEIDSISTEEM EN GEPUBLISEERDE NAVORSING	38
2.4.1	VKI binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgsisteem	39
2.4.2	VKI en gepubliseerde navorsing in SA	42
2.5	GEVOLGTREKKING EN SLOT	59

3	HOOFSTUK 3: NAVORSINGSMETODOLOGIE	61
3.1	INLEIDING	61
3.2	NAVORSINGSDOELWITTE	62
3.3	NAVORSINGSONTWERP	62
3.4	FASE 1: BESKRYWING VAN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSORGKONTEKS	66
3.4.1	Fase 1: Doelstellings	66
3.4.2	Fase 1: Algemene Beskrywing van die Konteks	66
3.4.3	Fase 1: Seleksie van konteks	66
	3.4.3.1. Seleksie Kriteria	69
	3.4.3.2. Seleksie Prosedure	69
3.4.4	Fase 1: Beskrywing van Geselekteerde Kontekste	70
3.4.5	Fase 1: Materiaal en Apparaat	71
	3.4.5.1. Die doel van die opgestelde afmerklys	71
	3.4.5.2. Die aspekte wat in die afmerklys ingesluit is	71
	3.4.5.3. Geldigheid en Betroubaarheid van die afmerklys vir Fase 1	72
3.4.6	Fase 1: Prosedure	73
	3.4.6.1. Loodstudie vir Fase 1	77
	3.4.6.2. Data-insameling en –optekening prosedure	77
	3.4.6.3. Data-analise	77
3.5	FASE 2: DIENSVERSKAFFERS BY DIE GESONDHEIDSORGKLINIEKE	77
3.5.1	Fase 2: Doelstellings	77
3.5.2	Deelnemers aan Fase 2	78
	3.5.2.1. Seleksie Kriteria	78
	3.5.2.2. Seleksie van deelnemers en respondente	80
	3.5.2.3. Beskrywing van deelnemers en respondente	80
3.5.3	Fase 2: Materiaal en Apparaat	84
	3.5.3.1. Apparaat vir benutting tydens die gestruktureerde onderhoudskedule	85
	3.5.3.2. Vraelys vir die voltooiing deur die verpleegkundiges	86

3.5.4	Fase 2: Prosedure	88
3.5.4.1.	Loodstudie vir die gestruktureerde onderhoudskedule en die voltooiing van die vraelys	88
3.5.4.2.	Fase 2: Data-insamelingsprosedure	92
·	Data-insamelingsprosedure vir die gestruktureerde onderhoudskedule.	93
·	Data-insamelingsprosedure vir die vraelys	93
3.5.4.3.	Fase 2: Data Optekening en Data Analise Prosedure	94
·	Data-optekening en –analise prosedure vir die gestruktureerde onderhoudskedule	94
·	Data-optekening en –analise prosedure vir die vraelys	95
3.5.5	Geldigheid en Betroubaarheid vir Fase 2	95
3.5.5.1.	Kwalitatiewe navorsings metodes: Gestruktureerde Onderhoudskedule	96
·	Om kredietwaardigheid te verseker	96
·	Om veralgemening te verseker	96
·	Om geloofwaardigheid te verseker	97
·	Om bevestiging te verseker	97
3.5.5.2.	Kwantitatiewe navorsings metodes: Die voltooiing van die vraelys	97
	Geldigheid van die vraelys	98
	Betroubaarheid van die vraelys	98
3.6	ETIESE KWESSIES VIR FASE 1 EN FASE 2	99
3.7	SAMEVATTING	100
3.8	SLOT	100

4	HOOFSTUK 4: AANBIEDING EN BESPREKING VAN RESULTATE	101
4.1	INLEIDING	101
4.2	RESULTATE VAN FASE 1: BESKRYWING VAN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSORGKONTEKS	103
4.2.1	Die Fisiese Opset van die Primêre Gesondheidsorgklinieke	103
	4.2.1.1. Beskrywing van die fisiese opset van die klinieke	103
	4.2.1.2. Lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste	105
	4.2.1.3. Die voorkoms van risikofaktore in die kliniepopulasie	108
4.2.2	Die beskikbare VKI bemaking-, evaluasie- & intervensiemateriaal in die Primêre Gesondheidsorgklinieke	110
	· Beskikbare bemakingsmateriaal	110
	· Beskikbare VKI evaluasie- en intervensiemateriaal	112
4.2.3	Personeel binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke wat die verskaffing van VKI dienslewering in hierdie konteks moontlik kan maak	114
4.2.4	Fase 1: Samevatting van die resultate	118
4.3	RESULTATE VAN FASE 2: DIENSVERSKAFFING BY DIE GESONDHEIDSORGKLINIEKE	119
4.3.1	Gemeenskapdiensjaarterapeute se persepsies rakende VKI binne die Primêre Gesondheidsorgkonteks	119
4.3.2	Verpleegkundiges as diensverskaffer in die Primêre Gesondheidsorgklinieke	132
	4.3.2.1. Gemeenskapsverpleegkundiges se beroepspesifieke kennis rakende VKI	132
	4.3.2.2. Gemeenskapsverpleegkundiges se gespesialiseerde kennis van VKI	135
	4.3.2.3. Gemeenskapsverpleegkundiges se houding teenoor die implementering van VKI	139
4.3.3	Fase 2: Samevatting van Resultate	142
4.4	SLOT	143

5	HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKING EN IMPLIKASIES	144
5.1	INLEIDING	144
5.2	GEVOLGTREKKING EN IMPLIKASIES	145
5.2.1	Sub-Doelstelling Een	146
5.2.2	Sub-Doelstelling Twee	149
5.2.3	Sub-Doelstelling Drie	150
5.3	KRITIESE EVALUASIE VAN DIE NAVORSING	153
5.4	KLINIESE IMPLIKASIES VAN DIE BEVINDINGE	158
5.5	NAVORSING IMPLIKASIES VAN DIE BEVINDINGE	159
5.6	SLOT	162
LITERATUUR GERAADPLEEG		164
BYLAE		
A	Etiese klaring en aansoek vir toestemming om studie uit te voer	
B	Ingeligte toestemmingsbrief vir gestruktureerde onderhoudskedule	
C	Ingeligte toestemmingsbrief vir voltooiing van vraelys: Verpleegkundiges	
D	Beskrywing en motivering van vrae wat gedek moet word in merkllys	
E	Beskrywing en motivering van temas wat gedek moet word in gestruktureerde onderhoudskedule	
F	Beskrywing en motivering van vrae wat gedek moet word in vraelys: Verpleegkundiges	
G	Finale merkllys gebruik vir data insameling	
H	Finale vraelys: Afrikaans en Engels	
I	Finale temas vir die gestruktureerde onderhoudskedule	
J	Transkripsies van die gestruktureerde onderhoudskedule	

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1:	’n Uiteensetting van die vloei waarvolgens die risikofaktore bespreek gaan word	31
Figuur 2.2:	Die effek van armoede op die ontwikkeling van die jong kind	34
Figuur 2.3:	Uiteensetting van die probleem areas wat verband hou met VKI	43
Figuur 2.4:	’n Uiteensetting van die wyse waarop die gepubliseerde navorsing aangebied word	45
Figuur 3.1:	Fases van die navorsing	64
Figuur 3.2:	’n Uiteensetting vir die uitvoer van die studie	65
Figuur 3.3:	Sub-Distrikte in die Wes-Rand streek	67
Figuur 3.4:	Klinieke wat benut is vir die uitvoer van die studie	70
Figuur 3.5:	Deelnemers aan Fase 2	78
Figuur 3.6:	Gemeenskapsdiensjaarterapeute as deelnemers aan Fase 2 ($n=8$)	81
Figuur 3.7:	Verpleegkundiges wat by elke kliniek benut is tydens die uitvoer van die studie ($n=34$)	83
Figuur 4.1:	Organisasie van die resultate	102
Figuur 4.2:	Beskikbare plakkate en inligtingsstukke	111
Figuur 4.3:	Deelnemers se persepsies oor die effektiwiteit van VKI ($n=8$)	130
Figuur 4.4:	Verpleegkundiges se bewustheid van VKI ($n=34$)	133

LYS VAN TABELLE

Tabel 1.1:	Beginsels van VKI dienslewering (<i>Guralnick, 2005</i>)	3
Tabel 1.2:	Verklaring van terme	8
Tabel 1.3:	Uiteensetting van afkortings	11
Tabel 1.4:	Hoofstukitleg	11
Tabel 2.1:	Die ses vlakke van gesondheidsorg in Suid-Afrika (<i>Departement van Gesondheid, 1997</i>)	39
Tabel 3.1:	Kenmerke van die inwoners van die Wes-Rand distrik (<i>Sensus, 2001</i>)	68
Tabel 3.2:	Resultate en aanbevelings vanuit die loodstudie: Fase 1	76
Tabel 3.3:	Biografiese inligting van gemeenskapsdiensjaarterapeute	81
Tabel 3.4:	Biografiese beskrywing van die verpleegkundiges as respondente (<i>n=34</i>)	84
Tabel 3.5:	Gestruktureerde onderhoudskedule: Apparaat	85
Tabel 3.6:	Resultate en aanbevelings uit die loodstudie vir die gestruktureerde onderhoudskedule	90
Tabel 3.7:	Resultate en aanbevelings uit die loodstudie vir die vraelys	91
Tabel 4.1:	Dae van diensverskaffing deur die primêre gesondheidsorgklinieke	104
Tabel 4.2:	Beskikbare lokale vir VKI dienslewering	106
Tabel 4.3:	Die risikofaktore teenwoordig by babas en kleuters by die Primêre Gesondheidsorgklinieke.	109
Tabel 4.4:	Potensiële spanlede vir VKI dienslewering	114
Tabel 4.5:	Die dae waarop spanlede beskikbaar is vir diensverskaffing	115
Tabel 4.6:	Dissipline spesifiek inligting rakende die persepsies van vroeë identifikasie (<i>n=8</i>)	122
Tabel 4.7:	Bewustheid van VKI dienslewering (<i>n=8</i>)	126
Tabel 4.8:	Verpleegkundiges se blootstelling aan aspekte wat verband hou met VKI dienslewering (<i>n=34</i>)	134
Tabel 4.9:	Verpleegkundiges se gespesialiseerde VKI kennis (<i>n=34</i>)	136
Tabel 4.10:	Die sifting en identifikasie van kommunikasieafwykings (<i>n=34</i>)	137
Tabel 4.11:	Verpleegkundiges se persepsies van faktore wat kan bydra tot kommunikasieafwykings (<i>n=34</i>)	137

HOOFSTUK 1

ORIËTERING EN PROBLEEMSTELLING

Die doel van hierdie hoofstuk is om die rasionaal vir die uitvoer van die studie te verskaf. Terselfdertyd word die behoefte aan die implementering van Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) dienslewering in Primêre Gesondheidsorgklinieke binne die Suid-Afrikaanse konteks beklemtoon. Ten slotte word 'n uiteensetting van die hoofstukke en die relevante definisies verskaf.

1.1 INLEIDING:

Die ontwikkeling van Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) dienslewering aan hoërisikobabas en hulle families, is 'n proses wat gekenmerk word deur progressiewe ontwikkeling en verfyning (Guralnick, 2005). Die gedaante verandering in VKI dienslewering kan volgens Guralnick (2005) toegeskryf word aan voortgesette navorsing wat poog om VKI programme en benaderings vir dienslewering uit te brei.

Die gebrek aan uniforme hoë-standaard VKI programme en dienslewering, hou negatiewe gevolge in vir die gesondheid en die ontwikkeling van 'n nasie se kwesbare populasie naamlik, babas en kleuters, en stel uitdagings aan 'n familie se vermoë om effektief te kan funksioneer (Guralnick, 2005). Ten einde die beskikbaarheid van 'n goed georganiseerde en hoogs effektiewe VKI program in elke gemeenskap moontlik te maak, moet elke doelwit van dienslewering, vir die hoërisikobaba en -kleuter, die terapeut, familie lede en ander professionele lede betrokke by die VKI diensleweringproses, binne bereik wees.

Volgens Guralnick (2005) is daar ten spyte van die ontwikkeling in VKI dienslewering, 'n internasionale behoefte aan wetgewing wat VKI dienslewering verplig, en

dienslewering vir alle hoërisikobabas en -kleuters, en hulle families toeganklik maak. Die klem van VKI wetgewing moet geplaas word op die ontwikkeling en die implementering van 'n nasionale, omvattende, gekoördineerde, multidissiplinêre sisteem wat dienste verskaf aan babas en kleuters met gestremdhede en hul families.

Die VSA wetgewing vir VKI dienslewering in die VSA het 'n aantal strukturele komponente geïdentifiseer wat benodig word vir die implementering van 'n nasionale VKI dienslewering (Guralnick, 2005). Eerstens moet daar 'n kriterium van dienslewering wees om te verseker dat toepaslike evaluasie op die toepaslike ouderdomme geskied. Tweedens moet 'n proses geïmplementeer word waar die behoeftes en prioriteite van die familie sistematies geïdentifiseer kan word. Derdens moet die klem wees op die ontwikkeling van 'n proaktiewe vroeë identifikasie en verwysingsisteem en op die ontwikkeling van 'n spesifieke plan vir omvattende intervensie (Gilliam & Zingler, 2001; Meisels & Shonkoff, 2000 in Guralnick, 2005). Ten spyte van hierdie algemene strukturele komponente vir internasionale VKI dienslewering, is daar egter ook 'n aantal algemene beginsels wat toegepas moet word by die implementering van VKI dienslewering. Die reeds genoemde strukturele komponente tesame met die beginsels van effektiewe VKI dienslewering vervat in Tabel 1 moet as 'n eenheid beskou word in die implementering van VKI dienslewering.

Talle van hierdie beginsels hou verband met die VSA wetgewing, wat bepaal het dat VKI programme familie-gesentreerd moet wees en dat die deelname van die babas/kleuters en hulle families in hul natuurlike omgewing aangemoedig en verhoog moet word (Meisels & Shonkoff, 2000 in Guralnick, 2005). Die beginsels vir internasionale VKI dienslewering word vervolgens in Tabel 1 uiteengesit.

Tabel 1.1: Beginsels van VKI dienslewering (Guralnick, 2005).

’n Familie-gesentreerde raamwerk moet ontwikkel word.

Daar moet binne ’n spanverband gefunksioneer word tydens die beplanning en verskaffing van dienste.

Die baba en kleuter en hul families moet aktief by gemeenskapsprogramme en – aktiwiteite betrek word.

Vroeë identifikasie moet beklemtoon word en die vroeë identifikasie prosedures moet geïmplementeer word.

Opname en monitering van die baba en kleuter se vordering moet as komponente van die VKI diensleweringstelsel geïntegreer word.

Die VKI diensleweringstelsel moet geïndividualiseerde wees vir elke familie se unieke behoeftes.

Evaluasie en terugvoering oor bevindinge moet as komponente van die VKI diensleweringstelsel geïntegreer word.

Kulturele sensitiwiteit moet toegepas word om ’n vennootskap met die babas en kleuters se sorggewers te vorm.

Bewysgerigte aanbevelings moet aan die families en ander professionele spanlede verskaf word.

Met inagneming van die variasies wat internasionaal gevind word in die implementering van die strukturele komponente tot VKI dienslewering, bestaan daar ook ’n merkwaardige verskil in die implementering van hierdie beginsels van VKI dienslewering in die kliniese praktyk (Harbin, McWilliam & Gallagher, 2000 in Guralnick, 2005). Ten spyte van die navorsing wat uitgevoer is oor die beginsels van VKI dienslewering (sien Tabel 1) wat genoegsame riglyne verskaf vir VKI dienslewering in verskillende kontekste, bestaan

daar steeds leemtes in die toepassing van VKI dienslewering in die verskillende kontekste. Verskille in die interpretasie van die beginsels, beperkte toegang tot inligting, en beskikbare hulpbronne, of die selektiewe toepassing van die beginsels, het steeds variasies in VKI dienslewering in die verskillende kontekste van dienslewering tot gevolg. Dié variasies kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat VKI programme nie altyd in staat is om al die beginsels van VKI dienslewering te implementeer nie (Guralnick, 2005). Dit lei daartoe dat die toepassing van VKI en die effektiwiteit waarmee VKI in die verskillende kontekste toegepas word, bevraagteken word.

1.2 PROBLEEMSTELLING EN RASIONAAL:

Die identifisering van die aspekte binne die Suid-Afrikaanse konteks, naamlik die behoefte aan VKI, die huidige Gesondheidsorgsisteem en die toepassing van VKI in Suid-Afrika, lei tot die probleemstelling wat deur die studie aangespreek word en dien terselfdertyd as rasionaal daarvoor.

1.2.1. Behoefte aan VKI in die Suid-Afrikaanse konteks.

Die Suid-Afrikaanse konteks is divers in terme van geografiese, sosio-ekonomiese, kulturele en linguistiese verskille. Die konteks is heterogeen van aard en word gekenmerk deur 'n kontinuum van ontwikkelende tot ontwikkelde gesondheidsdienste (Fair & Louw, 1999).

Daar word beraam dat 55% van kinders (0-3 jaar) in landelike Suid-Afrikaanse gebiede woon, waar armoede heers en die infrastruktuur onvoldoende is (“Children in 2001”, 2000 in Swanepoel, 2004). Ongeveer 80% van kinders in Suid-Afrika het beperkte toegang tot Gesondheidsorg- en rehabilitasiefasiliteite (White Paper on an Integrated National Disability Strategy, 1997). Die ongunstige omgewings omstandighede van talle kinders woonagtig in ontwikkelende kontekste soos Suid-Afrika, verhoog die risiko vir gestremdhede en plaas die baba en kleuter in 'n groter gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Rossetti, 2001).

Alhoewel individue met 'n kommunikasieafwyking 'n beraamde 10% van die totale populasie uitmaak, het die voorkoms van kommunikasieafwykings toegeneem en het die profiel van die kliënte kenmerkend oor die afgelope dekade verander (Swanepoel, 2004; Uys & Hugo, 1997). Daar bestaan 'n behoefte aan die ontwikkeling en implementering van effektiewe en relevante VKI programme binne die Suid-Afrikaanse konteks, aangesien die meerderheid van die populasie kinders met gestremdhede en die wat 'n risiko vir 'n ontwikkelingsafwyking vertoon hier woon (Kritzinger, 2000).

1.2.2 Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem.

Die Suid-Afrikaanse regering beywer homself sedert 1994 vir die verskaffing van Gesondheidsorg as 'n fundamentele menslike reg ("Primary Health Care Progress", 2000). In April 1994 is Primêre Gesondheidsorg as deel van die nasionale gesondheidsbeleid in Suid-Afrika ingestel as die wyse vir die verskaffing van gesondheidsdienste in Suid-Afrika. Die Primêre Gesondheidsorgbenadering word deur die nuwe Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid voorgestaan, aangesien dit die mees effektiewe en bekostigbare benadering is vir die verbetering van die populasie se gesondheid ("Primary Health Care Progress", 2000).

Met die implementering van die Primêre Gesondheidsorgbenadering is Primêre Gesondheidsorgklinieke en basiese Gesondheidsorgprogramme ontwikkel. Die eerste kritiese stap in die nasionale gesondheidsdiensplan behels dus die verskaffing van gesondheidsdienste by publieke Primêre Gesondheidsorgfasiliteite, soos onder andere gemeenskapsorgklinieke en gemeenskapsorgsentrums ("Primary Health Care Progress", 2000). Volgens die "Primary Health Care Package for South Africa - A set of norms and standards" (2000) word gemeenskapsorgklinieke as die eerste toegang tot gesondheidsdiens beskou, waar gemeenskapslede, hulle familieledede of versorgers gesondheidsdienswerkers oor hul behoeftes raadpleeg.

Die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid strewende daarna om aan die gesondheidsbehoefte van die totale populasie te voldoen deur middel van 'n intersessie benadering met klem op Gesondheidsorg, eerder as op mediesesorg. Ten einde hierdie doel te kan bereik, is 'n

omvattende Primêre Gesondheidsorgsisteem wat uitreik na die diverse gemeenskappe in Suid-Afrika ontwikkel en in plek gestel (“Primary Health Care Progress”, 2000).

Die doel van rehabilitasiedienste deur arbeidsterapeute, fisioterapeute, oudioloë en spraak-taalterapeute binne hierdie Gesondheidsorgsisteem op gemeenskapskliniek vlak, word volgens die “Primary Health Care Package for South Africa” (2000) voorgeskryf as die verskaffing van dienste ter voorkoming van afwykings en/of agterstande; die vroeë identifisering van afwykings en/of gestremdhede om latere komplikasies of die negatiewe sekondêre effek van die afwyking of gestremdheid op die individu se daaglikse funksionering, te verhoed of te beperk, en die behandeling van agterstande en/of gestremdhede.

1.2.3 Implementering van VKI dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks.

Die vroeë identifisering en voorkoming van kommunikasieafwykings en/of –agterstande is ’n belangrike beroepsfunksie van spraak-taalterapeute en oudioloë (ASHA, 2008; Hugo, 2004). Volgens Gerber (1998) is voorkoming en vroeë identifisering bewys om suksesvol te wees in die minimalisering van kommunikasieafwykings, omdat die kinders wat ’n risiko vertoon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking vroeëtydig geïdentifiseer word voordat hulle gediagnoseer word met ’n taalafwyking en/of agterstand. Deur die identifisering van hoërisikokinders kan die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking beperk word, aangesien die geïdentifiseerde risikofaktore gewysig of die blootstelling aan risikofaktore verminder word en VKI dienslewering kan geskied (ASHA, 1989).

Voorkoming en vroeë identifisering van kommunikasieafwykings is die eerste kritiese stappe in die VKI proses en dit bepaal die effektiwiteit van die VKI proses (Billeaud, 2003). Deur effektiewe voorkoming en vroeë identifisering kan jong kinders wat ’n risiko vertoon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking en/of agterstand en hul sorggewers betrek word by ’n VKI program wat fokus op die fasilitering van ouderdomstoepaslike vaardighede (Kritzinger, 2000).

Primêre Gesondheidsorgklinieke kan beskou word as die ideale konteks binne die Suid-Afrikaanse realiteit waar dienslewering geïmplementeer kan word (Swanepoel, Hugo & Louw, 2004). Die doel van die Primêre Gesondheidsorgklinieke is om gesondheidsdienste binne die Suid-Afrikaanse konteks vir hoërisikobabas en hulle families meer toeganklik en bereikbaar te maak. Deur die implementering van VKI dienslewering op die vlak van Primêre Gesondheidsorgklinieke, kan die basiese beginsels van VKI wat reeds in 1989 deur ASHA geformuleer is, geïmplementeer word naamlik dienslewering moet gemeenskapsgebaseerd, familie-gesentreerd, omvattend en gekoördineerd wees (ASHA, 1989). Terselfdertyd sal daar dan ook voldoen word aan Guralnick (2005) se beginsels van dienslewering, wat klem plaas op geïndividualiseerde dienste vir die unieke populasie wat VKI dienslewering benodig. Daar kan so ook voldoen word aan die gesondheidsbeleid wat fokus op dienste wat bekostigbaar en toeganklik vir almal moet wees (“Primary Health Care Progress”, 2000).

Voldoende bewyse bestaan wat die behoefte aan navorsing in die VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke beklemtoon. As gevolg van die beperkte literatuur oor VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke in Suid-Afrika, is dit van waarde om ’n beskrywende studie uit te voer. VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke is die ideaal vir die voorkoming en die vroeë identifisering van kommunikasieafwykings en/of – agterstande en ’n indiepte beskrywing van die Primêre Gesondheidsorgklinieke sal ’n beter begrip vir die toepassing van VKI in die kontekste tot gevolg hê.

Die navorsingsvraag vir die studie is as volg geformuleer: Tot watter mate word die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik benut vir VKI dienslewering en tot watter mate dra die diensverskaffers kennis van VKI dienste.

Die huidige studie stel dit ten doel om te bepaal tot watter mate die Primêre Gesondheidsorgklinieke as konteks vir die toepassing van VKI dienslewering kan dien.

Die resultate van hierdie studie sal kliniese en teoretiese aanbevelings maak, om die toepassing van VKI in die Primêre Gesondheidsorgklynieke te laat realiseer.

1.3BEGRIPSVERKLARING

Die teks van hierdie studie maak van dissipline-spesifieke terme gebruik. Die verklaring van hierdie terme word vervolgens in Tabel 1.2 verskaf:

Tabel 1.2: Verklaring van terme

Baba
Die term baba verwys na kinders gedurende hul vroegste periode van lewe, gewoonlik vanaf die neonatale fase tot ongeveer aan die einde van die tweede lewensjaar. Hierdie fase word gewoonlik gekenmerk deur buitengewone groei en ontwikkeling in bykans alle areas van menswees (Louw, Ede & Louw, 1998). Vir die doel van hierdie studie sluit die term baba ook neonate in.
<i>Kleuters</i>
Die term kleuter verwys na kinders tussen die ouderdom van twee en ses jaar, en gedurende hierdie tydperk word daar voortgebou op die ontwikkeling wat tydens die eerste twee jaar plaasgevind het. Daar vind ook gedurende hierdie tydperk aansienlike kognitiewe en fisiek-motoriese ontwikkeling plaas (Louw, et al., 1998). Vir die doel van die studie is dit belangrik om onderskeid te tref tussen baba en kleuter, omdat dit terme is wat na verskillende lewensjare van die kind verwys.
<i>Hoërisiko</i>
Die begrip hoërisiko verwys na 'n verhoogde potensiaal om 'n kommunikasieafwyking en/of -agterstand te ontwikkel (Rossetti, 2001). Faktore wat 'n baba en kleuter in gevaar stel word gedefinieer as biologiese- en omgewingsfaktore (Rossetti, 2001; ASHA, 1991).

Kommunikasieagterstand en/of afwyking

’n Kommunikasieagterstand en/of afwyking verwys na ’n afwyking in die aanleer, begrip en ekspressie van gesproke- en/of geskrewe taal en kan een of meer van die linguïstiese komponente van taal naamlik, fonologie, morfologie, sintaksis, semantiek en/of pragmatiek affekteer (ASHA, 1991). Vir die doel van hierdie studie verwys ’n kommunikasieafwyking en/of agterstand na ’n afwyking in spraak-, taal- en gehoorvermoëns, wat ’n negatiewe inpak op die kommunikasieproses tot gevolg kan hê.

Sorggewers

Die term sorggewers verwys na alle volwassenes insluitende ouers, grootouers en ander familieledes, sowel as dagsorg personeel en oppassers wat betrokke is in die kind se lewe en beduidende tyd met die kind deurbring (Popich, 2003).

Voorkoming

Voorkoming is ’n sleutelkomponent van VKI dienslewering en dit verwys na die aktiwiteite wat gerig is op die beperking van die aanvang, ontwikkeling of komplikasies van ’n kommunikasieafwyking (Hugo, 2004). Gerber (1998) omskryf voorkoming as die vermindering van die faktore wat die normale aanleer en ontwikkeling van kommunikasievaardighede verhinder. Voorkoming geskied op drie vlakke naamlik primêre voorkoming, sekondêre voorkoming en tersiêre voorkoming. Primêre voorkoming behels die voorkoming van siektes en die bevordering van gesondheid (Gerber, 1998). Tydens sekondêre voorkoming word die klem op die vroeë deteksie van gestremdhede en/of afwykings, en die verskaffing van VKI geplaas (Gerber, 1998). Tersiêre voorkoming fokus op die inperking van die kommunikasieafwyking en/of – agterstand, deur die fasilitering van ouderdomstoepaslike ontwikkelingsvaardighede te bewerkstellig of in plek te plaas (ASHA, 1989; Gerber, 1998).

Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI)

Vroeë Kommunikasie Intervensie dienslewering behels die assessering en behandeling wat verskaf word aan families en hulle kinders onder die ouderdom van 3 jaar en hulle families en/of sorggewers, wat 'n risiko vertoon vir 'n afwyking en/of 'n agterstand in kommunikasie, taal, spraak, voeding of orale motoriese gedrag. (ASHA, 1989; Rossetti, 2001).

Vroeë identifikasie

Vroeë identifikasie verwys na die aktiwiteite wat poog om te onderskei tussen persone met normale kommunikasie en dié wat verder ondersoek of geassesseer moet word om vas te stel of daar wel 'n spesifieke kommunikasieafwyking bestaan (Gerber, 1998; Hugo, 2004). Vir die doeleindes van die studie sal vroeë identifikasie verwys na die sleutelkomponent van VKI dienslewering, en behels dit die proses waar babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en/of agterstand, geïdentifiseer word.

Primêre Gesondheidsorg

Die Suid-Afrikaanse gesondheidsdienste word onderverdeel in ses vlakke van dienslewering (Bouwer, Dreyer, Herselman, Lock & Zeelie, 1997). Primêre Gesondheidsorg vind hoofsaaklik op vlak een, twee en drie plaas en behels 'n individu se eerste kontak met die Gesondheidsorgsisteem. Gemeenskaps- en staats hospitale neem verantwoordelikheid vir sekondêre versorging en die akademiese hospitale verskaf hoofsaaklik tersiêre versorging. Die Wêreld Gesondheids Organisasie (2003) definieer Primêre Gesondheidsorg as essensiële gesondheidsorg gebaseer op praktiese, wetenskaplike, sosiaal aanvaarbare metodes en tegnologie, deur die volle deelname van die gemeenskap en teen tariewe wat die staat toelaat om dit op elke vlak van ontwikkeling te verskaf. Primêre Gesondheidsorg handel nie net oor die voorkoming van siektes en bevordering van gesondheid nie, maar ook oor die identifikasie, bestuur, verwysing en opleiding van gemeenskappe om bemagtiging te fasiliteer.

1.4 AFKORTINGS

Die teks van hierdie studie maak van dissipline-spesifieke afkortings gebruik wat in Tabel 1.3 uiteengesit word.

Tabel 1.3: Uiteensetting van afkortings

Afkorting	Term
ASHA	<i>American Speech and Language Association</i>
HPCSA	<i>Health Professions Council of South Africa</i>
MIV en VIGS	Menslike immuniteitsgebrekvirus en Verworwe Immuniteitsgebreksindroom
PGS	Primêre Gesondheidsorg Klinieke
VKI	Vroeë Kommunikasie Intervensie
WGO	Wêreld Gesondheidsorganisasie

1.5 HOOFSTUKUITLEG

’n Uiteensetting van die hoofstukuitleg word vervolgens in Tabel 1.4 verskaf:

Tabel 1.4: Hoofstukuitleg

HOOFSTUK EEN: ORIËNTASIE & PROBLEEMSTELLING.
<i>Hoofstuk een</i> verskaf die rasionaal vir die uitvoer van die studie, deur die bespreking van die behoefte aan effektiewe VKI programme, met die klem op vroeë identifisering en voorkoming, binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklinieke. Die behoefte aan VKI dienslewering op ’n Primêre Gesondheidsdiens vlak word beklemtoon.

HOOFSTUK TWEE: TEORETIESE BEGRONDING: VKI DIENSTE IN DIE SA KONTEKS.

Hoofstuk twee verskaf 'n literatuuroorsig van die implementering van vroeë identifikasie en voorkoming van kommunikasieafwykings, as sleutelkomponente vir effektiewe VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsdiensklinieke. In hierdie hoofstuk is die Suid-Afrikaanse populasie wat VKI dienste benodig ondersoek. Terselfdertyd word die struikelblokke kenmerkend van die SA konteks, wat die realisering van VKI dienste beïnvloed bepreek. In hierdie hoofstuk word daar ook 'n kritiese refleksie verskaf van gepubliseerde VKI dienslewering in Suid Afrika, en word hierdie navorsing binne die raamwerk geplaas van ASHA (1991) se vier sleutelbegrippe vir effektiewe dienslewering, ten einde verdere leemtes in VKI navorsing sowel as dienslewering in die SA konteks te kan identifiseer.

HOOFSTUK DRIE: METODOLOGIE.

Hoofstuk drie verskaf 'n gedetailleerde beskrywing van die metodologie wat gebruik is tydens die beplanning en die uitvoering van hierdie studie. Die doelwitte, navorsingsontwerp, etiese aspekte, deelnemers en respondente, materiaal en apparaat wat gebruik is, sowel as die prosedures wat gevolg is vir data insameling en data analisering word in die hoofstuk verskaf.

HOOFSTUK VIER: RESULTATE EN BESPREKING.

In *hoofstuk vier* word die resultate van die studie bespreek, geïnterpreteer en in grafieke en tabelle uitgebeeld. Die resultate van die studie word bespreek volgens die twee fases van die studie, naamlik in Fase een word die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem, dienste ontvang, beskryf en geëvalueer. In Fase twee word die beskrywing van verpleegkundiges se houding jeens en persepsies van vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming verskaf en word gemeenskapdiensjaarterapeute se persepsies rakende vroeë identifikasie, sekondêre voorkoming en die realisering daarvan binne die gemeenskapsorgkonteks bepaal.

HOOFSTUK VYF: GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS.

In *hoofstuk 5* word die resultate saamgevat, gevolgtrekkings word bereik en die implikasies van die studie word beklemtoon. Aanbevelings vir verdere navorsing en kliniese toepassings word gemaak.

BRONNELYS.

’n Volledige lys van die verwysings wat in hierdie studie gebruik is, word in alfabetiese volgorde in die bronnelys verskaf.

BYLAE.

Die bylae sluit aanvullende materiaal in wat verhelderend is van die metode en bevindinge. Die bylae omvat: die aansoek om toestemming vir die uitvoer van die studie in die Primêre Gesondheidsorgklinieke, etiese klaring, ingeligte toestemmingsbrief vir die gestruktureerde onderhoud, ingeligte toestemmingsbrief vir die voltooiing van die vraelys, beskrywing en motivering van vrae in die merklys, beskrywing en motivering van temas in die gestruktureerde onderhoud, beskrywing en motivering van vrae in die vraelys, finale merklys, finale vraelys: Afrikaans en Engels, finale temas vir die gestruktureerde onderhoudskedule en die transkripsies van die gestruktureerde onderhoudskedule.

1.6 OPSOMMING

In hierdie hoofstuk is daar gepoog om relevante agtergrondsinligting ter verheldering van die tema van hierdie studie te verskaf en om ’n breë perspektief van die belang van die rasionaal en probleemstelling te bied. Inligting is verskaf oor die ontwikkeling in die veld van VKI, asook die behoefte aan VKI dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks. Verder is ’n inleiding oor die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklinieke wat as konteks kan dien vir VKI dienslewering verskaf. ’n Oorsig van die behoefte aan toepaslike VKI dienslewering in Primêre Gesondheidsorgklinieke aan hoërisikobabas en –kleuters en hul families in Suid-Afrika is verskaf om sodoende die belang van hierdie studie te onderskraag.

HOOFSTUK 2

TEORETIESE BEGRONDING: VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIE DIENSTE IN DIE SA KONTEKS

Die doel van hierdie hoofstuk is om die implementering van vroeë identifikasie en voorkoming van kommunikasieafwykings, as sleutelkomponente vir effektiewe Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgkontekste te motiveer. Die Suid-Afrikaanse populasie wat VKI dienste benodig word ondersoek en bespreek. Terselfdertyd word die uitdagings uniek aan die SA konteks, wat die realisering van VKI dienste beïnvloed, bespreek. Verder word daar ook 'n kritiese refleksie verskaf van gepubliseerde VKI dienslewering in Suid Afrika, en word hierdie navorsing binne die raamwerk geplaas van ASHA (1991) se vier sleutelbegrippe vir effektiewe dienslewering, ten einde verdere leemtes in VKI navorsing sowel as dienslewering in die SA konteks te kan identifiseer.

2.1 INLEIDING

Die ontwikkeling van Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) ondergaan sedert die 1970's voortdurende groei. Internasionaal is kenmerkende veranderinge waarneembaar in die verskaffing van VKI dienste en in benaderings tot die verskaffing daarvan in vergelyking met dienslewering in die vroeë 1970's (Guralnick, 2005).

Eerstens, is daar 'n verandering sigbaar in die VKI diensleweringmodelle. Aanvanklik het die kinders terapeutiese dienste in 'n sentrum, kliniek of hospitaal ontvang, wat spesifiek gefokus het op die kind met spesiale behoeftes. Huidig, word kinders met spesiale behoeftes ingesluit by algemene gemeenskapsdienste soos dagsorg, gemeenskap swemprogramme en ander natuurlike omgewings waarin hierdie kinders aangemoedig

word om saam met ander kinders te speel en te leer (Guralnick, 2005). VKI dienste beweeg weg van die verskaffing van direkte intervensie aan die kind, omdat ouers, ander familieledes en sorggewers sentraal staan tot die effektiwiteit van VKI dienslewering en dienslewering huidige fokus op die kind as deel van 'n groter sisteem, naamlik die familie of die gesin (McWilliam, 2000). Internasionale tendense in VKI dienslewering poog om die inisiële VKI model wat fokus op direkte terapeutiese intervensie, te vervang met 'n ontwikkelings sisteem model (Guralnick, 2001). In hierdie model word die belangrikste konteks waarin 'n kind ontwikkel erken en word die rol wat die ouers en sorggewers in die kind se lewe vervul, beklemtoon (Guralnick, 2005; Rossetti, 2001).

Tweedens is daar nuwe feite beskikbaar rakende die demografiese eienskappe van kinders wat VKI dienste benodig. Guralnick (2005) dui aan dat VKI dienste tans aan kinders en families met veelvuldige en diverse behoeftes verskaf word. Internasionaal is die grootste populasie kinders en hulle families wat VKI dienste benodig afkomstig van 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond. Dit impliseer dat spanlede kennis en insig moet toon ten opsigte van die invloed van armoede op die lewens van families en kinders met gestremdhede (Guralnick, 2005). Internasionaal is daar 'n toename in kulturele diversiteit wat noodsaak dat VKI spanlede kultuursensitief moet wees en die unieke behoeftes van families vanuit ander kulturele agtergronde as hulself moet erken en respekteer (Hauser-Cram & Howell, 2003).

In stede daarvan om kulturele verskille as 'n struikelblok vir effektiewe VKI dienslewering te beskou, kan dit as 'n ontwikkelings hulpbron in VKI dienslewering gebruik word (Guralnick, 2005). Kulturele persepsies van 'n kind se gestremdheid en die wyse waarop ouers verkies om optimale ontwikkeling te bevorder is 'n belangrike deel van die VKI diensleweringproses, aangesien dit 'n geleentheid bied vir die ontwikkeling van 'n kreatiewe vennootskap tussen die ouers en die VKI spanlede (Guralnick, 2005; Fadiman, 1997). Deur in 'n vennootskap saam met ouers gedurende die VKI proses te funksioneer, word die effektiwiteit van die VKI proses verhoog.

Verder kan die huidige veranderinge in die populasie wat VKI dienste benodig toegeskryf word aan die vooruitgang in die tegnologie. Nuwe diagnostiese prosedures lei daartoe dat sekere risikofaktore en gestremdhede vroeër geïdentifiseer word. Die ontwikkeling in mediese tegnologie dra verder by tot 'n verhoogde oorlewingsyfer van prematuur en lae geboortegewig babas, wat voorheen nie sou oorleef het nie (Rossetti, 2001). Daar bestaan 'n behoefte aan verdere inligting wat betref die kenmerke van die nuwe populasie kinders en families, en hoe hul gesondheidstoestand hul kommunikasieontwikkeling beïnvloed, ten einde effektiewe VKI dienslewering aan die populasie te kan verskaf.

Die samestelling en die daaglikse roetines van families toon kenmerkende variasies sedert die ontwikkeling van VKI dienste in die 1980's, en noodsaak veranderinge en aanpassings in VKI. Die mees kenmerkende verandering is die verhoogde aantal moeders van babas en kleuters wat buite die tuiste moet werk. Tussen 1976 en 2000, het die persentasie van moeders in ontwikkelende lande wat buite die tuiste werk vanaf 31% na 55.2% gestyg (Bachu & O'Connell, 2001). In die verlede is VKI dienste ontwikkel en gebaseer op die aanname dat die moeder/primêre sorggewer en die kinders gedurende die dag tuis is en sodoende VKI dienslewering kan ontvang. Volgens Guralnick (2005) is daar geen statistieke tot op hede beskikbaar oor die werkstatus van moeders met jong kinders met gestremdhede nie. Die literatuur bevestig wel dat die moeders/primêre sorggewers van kinders met 'n spesiale behoefte werk, en dat van die kinders in sorg sentra, dagsorg of by familie lede of vriende geplaas word. Volgens die beginsels van VKI dienslewering (Billeaud, 2003) moet dienste in die natuurlike konteks van die kind verskaf word, wat anders as voorheen, nie noodwendig die kind se tuis omgewing is nie. VKI spanlede moet die daaglikse roetines van die kind en sy of haar familie evalueer ten einde die invloed van die veelvuldige kontekste op die kind se ontwikkeling te verstaan.

Ten spyte van die merkwaardige veranderinge in die VKI benaderings en dienslewering, sedert die ontwikkeling daarvan in die 1970's (Guralnick, 2005), stem die doel van VKI dienslewering internasionaal en plaaslik steeds ooreen. VKI moet daarna streef om aan die ontwikkelingsbehoefte van die jong hoërisikokind, sowel as aan die behoeftes van die familie te voldoen, ten einde die kind se ontwikkeling te bevorder (Guralnick, 2005).

2.2. INTERNASIONALE EN PLAASLIKE TOEPASSING VAN VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIË DIENSLEWERING.

VKI word internasionaal beskou as aanvaarde dienslewering aan babas en kleuters wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, en hulle gesinne (Guralnick, 2005). Ten spyte van die opvatting ontstaan die vraag of VKI wel internasionaal toegepas word, en tot watter mate VKI in die kontinuum van ontwikkelde tot ontwikkelende lande geïmplementeer word?

2.2.1 Die internasionale toepassing van VKI dienslewering in ontwikkelde kontekste.

Vervolgens word 'n beskrywing verskaf rakende die implementering van VKI in ontwikkelde lande soos Amerika, Australië en Kanada, waar VKI in die literatuur as 'n gevestigde vorm van dienslewering beskou word. Die doel van die beskrywing is om te bepaal wat die huidige praktyke in VKI is en om dan die toepassings moontlikhede binne 'n ander konteks te kan identifiseer, sodat riglyne vir die beste praktyk van VKI dienslewering verkry kan word en VKI kontekstueel toepaslik gemaak kan word.

Om 'n realistiese beeld van die internasionale toepassing van VKI te kan vorm, en om 'n standaard te kan bepaal waaraan ontwikkelende kontekste soos Suid-Afrika moet voldoen vir die effektiewe implementering van VKI, is dit nodig om die toepassing daarvan in ontwikkelde lande te bespreek. Vervolgens word die implementering van VKI in drie ontwikkelende lande bespreek aan die hand van die wetgewings en die VKI model en -benadering wat aangehang word (Guralnick, 2005).

- ***Verenigde State van Amerika***

In die VSA verwys die term Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) na die dienste wat aan kinders tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar, wat 'n risiko vertoon vir, of wat 'n ontwikkelingsafwyking het, verskaf word (ASHA, 2008). Die “Federal Program for Infants and Toddlers” is in 1986 gestig (P. L. 99 – 457) as Afdeling H in die “Education for Handicapped Act” en in die 1990 as Afdeling C van die “Individuals with Disabilities Education Act” (IDEA). Babas en kleuters met ontwikkelingsafwykings in die VSA

ontvang dus landswyd VKI dienslewering deur VKI programme wat in elke staat gevestig is onder Afdeling C van die IDEA (ASHA, 2008). Binne die VSA, vereis die IDEA wetgewing (“Individuals with Disabilities Education Act”, 1991) dat alle state hulle dienslewering aan families met kinders met gestremdhede moet aanpas, om sodoende babas en kleuters, 0 tot 3 jaar in te sluit. Hierdie wetgewing beklemtoon die behoefte aan omvattende en gekoördineerde vroeë intervensie aan babas en kleuters met spesiale behoeftes, vanaf geboorte en met die volle samewerking van hulle families en baan die weg vir verdere uitbreiding van vroeë intervensie dienslewering.

Met inagneming van die unieke behoeftes van die kind en familie, dienslewerings model en die beleid rakende diensverskaffing aan babas en kleuters met gestremdhede, het ASHA in die laat 1980’s ’n komitee gestig wat ’n verenigings beleid gegenereer het wat die klem plaas op die rol en verantwoordelikheid van spraak-taalterapeute wat dienste aan die jong hoërisiko populasie verskaf (ASHA, 1989, 1990, 2008). Alhoewel talle riglyne van die komitee se oorspronklike werk behoue bly, is daar wel aspekte wat aangespreek is soos onder andere ontwikkeling in staats programme het plaasgevind, van die beleids riglyne het verander, die raamwerk van die spraak-taalterapeut se diensverskaffing het uit gebrei en navorsing het bewyse vir effektiewe praktyk ontbloom (ASHA, 2008).

Sedert die vestiging van die “Federal Program for Infants and Toddlers” in 1986 het ongeveer twee dekades van navorsers (Guralnick, 2001; Shonkoff & Meisels, 2000) dit ten doel gestel om riglyne of konsepte onderliggend aan die beste praktyk vir vroeë assessering en intervensie te identifiseer (ASHA, 2008). VKI in die VSA het al meer gestrewe na dienslewering wat meer familie-gesentreed, kultuursensitief, en ontwikkelings toepaslik is met komponente van spanwerk. Daar is egter steeds nie net een model terapeutiese beginsels wat alle VKI dienslewering kan lei nie. Die beginsels wat deur ASHA in die VSA geformuleer is, word het oor die afgelope twee dekades verder ontwikkel en is gebaseer op die ervarings van spraak-taalterapeute, navorsing, VSA wetgewing, en beleid soos uiteengesit in die IDEA 2004 (ASHA, 2008).

In die VSA word aanbeveel dat vier beginsels toegepas word wanneer VKI dienste aan babas en kleuters met 'n ontwikkelingsafwyking beplan en geïmplementeer word. VKI dienslewering in die VSA is familie-gesentreerd en kultureel- en linguïsties sensitief. VKI dienste moet ontwikkelingstoepaslik wees en die deelname van die kind binne sy/haar natuurlike konteks bevorder. Dienslewering moet omvattend en gekoördineerd wees en binne 'n spanverband plaasvind. Verder in die VSA word daar aanbeveel dat VKI dienslewering volgens bewysgerigte praktyk geskied (ASHA, 2008).

Die rolomskrywing van die spraak-taalterapeut behels die verskaffing van dienste aan families en hul kinders wat alreeds presenteer met 'n risiko vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking of wat alreeds presenteer met 'n kommunikasieafwyking, te verskaf. In die verskaffing van hierdie dienste word daar van die spraak-taalterapeut verwag om deel te neem aan die volgende primêre funksies: a) voorkoming, b) sifting en assessering, c) beplanning, implementering en die monitor van die intervensie proses, d) konsultasie met en die opleiding van ander spanlede, insluitende die familie en ander professionele spanlede, e) koördinasie van dienslewering, en f) die bevordering van kennis basis in VKI (ASHA, 2008).

Spraak-taalterapeute het 'n belangrike rol om te vervul in die voorkoming van kommunikasieafwykings, veral in die veld van VKI. Die doel van voorkomings strategieë is om die risikofaktore of die effek van die risikofaktore op die kind se ontwikkeling te verminder, sodat toekomstige probleme voorkom kan word (ASHA, 2008). Primêre voorkoming verwys na die proses waar spraak-taalterapeute die aanvang van kommunikasieafwykings by die jong kan verhoed deur byvoorbeeld positiewe kommunikasie interaksie tussen die kind en die sorggewer te bevorder. Op die vlak van sekondêre voorkoming dra die spraak-taalterapeut by tot die vroeë identifikasie van 'n ontwikkelingsafwyking deur die implementering en uitvoer van siftings programme. Spraak-taalterapeute kan verder op die vlak van tersiêre voorkoming 'n bestaande probleem aanspreek, en sodoende toekomstige probleme voorkom, deur die verskaffing van VKI dienslewering (ASHA, 2008).

Aanvanklik is VKI in die VSA gedefinieer as dienste wat die kind met spesiale behoeftes in isolasie geteiken het. Sedertdien is daar 'n toenemende belangstelling in die ouers en sorggewers as sleutelkomponente in VKI vir die jong kind met spesiale behoeftes. Binne die VSA stel VKI dienslewering dit ten doel om ouers op te lei en hulle te bemagtig. Daar is 'n voortgesette debat rondom watter benadering tot VKI die doeltreffendste benadering is (Billeaud, 2003; Guralnick, 2005). Navorsing rakende die VKI modelle vir dienslewering is tans in die VSA in 'n ontwikkelende fase, wat tot gevolg het dat sommige modelle van dienslewering meer gebaseer is op beleid en die voorkeure van die terapeut en familieledes as op die teorie en navorsing. Oor die afgelope 15 jaar is daar in die VSA verhoogde ondersteuning vir intervensie wat in die kind se natuurlike konteks dmv daaglikse roetines geskied, in teenstelling met vroeë benaderings wat gestruktureerde voorafbeplande terapie sessie behels het (ASHA, 2008).

Met die veranderende demografie kenmerkend aan die VSA en die kulturele en taal verskille wat kan ontstaan tussen diensverskaffers en die families is dit van belang om inligting vanaf families te versamel rakende die manier waarop hierdie faktore die VKI diensleweringproses kan beïnvloed (ASHA, 2008). Juis vir hierdie rede maak sekere programme in die VSA gebruik van 'n tolk om kommunikasie in die VKI diensleweringproses te bevorder (Moore & Mendez, 2006). Vanuit die perspektief van bewysgerigte VKI dienslewering, sowel as die beleid ten opsigte van VKI dienslewering, word daar aanbeveel dat alle materiaal en prosedures wat gebruik word vir die verskaffing van VKI dienslewering kultuur en linguisties geskik is (ASHA, 2004; IDEA, 2004).

Ten slotte is VKI dienslewering in die VSA 'n dinamiese proses wat voortgesette evaluering benodig om aanpassings in dienslewering te bewerkstellig in ooreenstemming met die kind se ontwikkelings behoeftes en om aan die gesin se behoeftes te voldoen (ASHA, 2008).

- *Australië*

Die verskaffing van VKI in Australië is sterk beïnvloed deur die navorsings beleid en toepassing daarvan in die VSA en sedert die 1990's is daar 'n verhoogde belangstelling in VKI en voorkoming in Australië. Die invloed word gereflekteer in die literatuur deur die progressiewe beweging vanaf hoogs direkte professioneel gefokusde dienslewering na 'n meer natuurlike intervensie, waar ondersteuningsdienste wat sensitief is teenoor die familie se behoeftes verskaf word (Guralnick, 2005). In Australië is daar 'n wye reeks vroeë intervensie dienste beskikbaar vir jong kinders met bevestigde risikofaktore en die kinders wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n ontwikkelingsafwyking of agterstand. Die beskikbare modelle vir dienslewering word bepaal deur die kinders se ouderdom, die konteks waarin die dienste verskaf word, die organisasie of gesondheidsorg departement wat verantwoordelik is vir die dienslewering, die diensverskaffers en die spesifieke gestremdheid van die jong kind (Guralnick, 2005).

Volgens Guralnick (2005) het personeel in die Staats departemente in Australië aangedui dat 'n reeks dienste insluitende tuis- en sentrumgebaseerde dienslewering of 'n kombinasie van die dienslewering verskaf word. Hierdie dienste word deur 'n reeks professionele individue insluitende onderwysers, terapeute, sielkundiges en die maatskaplike werkers verskaf. Die stedelike areas in Australië verskaf die omvattendste reeks VKI dienste, terwyl daar voortdurend leemtes geïdentifiseer word in die dienste wat in die landelike en afgeleë areas beskikbaar is (Guralnick, 2005). In die landelike en afgeleë areas in Australië bestaan daar 'n behoefte aan terapeute met VKI opleiding bv. spraak- taaltherapeute, fisioterapeute en arbeidsterapeute vir diensverskaffing (Kemp, 2001).

VKI dienslewering in Australië is gerig op kinders voordat hulle die verpligte skoolgaande ouderdom van 6 jaar bereik (Ministerial Council on Education, Employment, Training and Youth Affairs, 1997). Talle Staats gesondheidsorg- en opvoedkundigedepartemente in Australië verskaf VKI dienste. Befondsing van die staat word aan hierdie departemente beskikbaar gestel, sodat die kinders met gestremdhede toegang tot die dienste het. Die fondse is egter beperk en is gewoonlik wanneer dit

benodig word, uitgeput en nie meer beskikbaar nie (Common Wealth Child Care Advisory Council, 2001).

Die belang van 'n familie-gesentreerde benadering tot VKI word vir 'n geruime tyd in die Australiese literatuur beklemtoon (Kemp, 2001). Alhoewel die belang van 'n familie-gesentreerde benadering sedert die eerste omvattende program in Australië geïmplementeer is, beklemtoon word, het die wyse waarop 'n familie aan die intervensie proses deelneem verander. Weens die verandering oor die afgelope tydperk in VKI vanaf 'n direkte professioneel gefokusde dienslewering na 'n meer natuurlike intervensie (Guralnick, 2005). VKI dienslewering behels dus programme wat in die daaglikse roetines en aktiwiteite van kinders geïmplementeer moet word en fokus op leer deur speel.

'n Trans-dissiplinêre benadering tot VKI dienslewering geskied in Australië. Alhoewel, die staatsdepartemente verslag lewer dat hulle VKI dienslewering verskaf, is leemtes geïdentifiseer in die beskikbare VKI spesialiste om omvattende dienste te verskaf. Die Departement van Opvoeding speel 'n belangrike rol in die verskaffing van VKI dienslewering en hierdie departement word ondersteun met terapie dienste deur die Departement van Gesondheid (Guralnick, 2005). Vanweë die aantal organisasies wat VKI dienslewering in Australië verskaf en die feit dat geen staatsdepartement verantwoordelikheid het vir die verskaffing of implementering van dienste is, is die koördinasie van dienste problematies. Die "Early Childhood Coordination Project" is in 1991 in Australië, Wallis geïmplementeer met die spesifieke doel om die verskaffing van VKI dienslewering aan families te verbeter deur beide die beplanning en verskaffing van VKI in die verskillende streke te koördineer ("New South Wales Government", 1994).

Volgens Guralnick (2005) heg Australië se VKI spanlede waarde aan die sleutelbeginsels van Guralnick (2001) se "Developmental Systems Model". Die model erken die behoefte aan 'n VKI sisteem insluitende sifting en verwysing, assessering, monitering, intervensie en program evaluasie. Hierdie model is ontwerp om te verseker dat hoërisiko kinders en hulle families in dienslewering ondersteun sal word, sodat hulle individuele behoeftes aangespreek word en dat die stressors wat die gesin ervaar voldoende aangespreek word

(Guralnick, 2005). Alhoewel Australië goeie filosofiese ondersteuning het vir die implementering van die model, blyk dit dat die toepaslike grondbeginsels van VKI nie ten alle tye in die praktyk toegepas nie. Die onvoldoende toepassing kan toegeskryf word aan 'n kombinasie van probleme insluitende probleme met die koördinerings van dienste, 'n komplekse en gefragmenteerde befondsingsstelsel, en 'n tekort aan opgeleide VKI spesialiste (Guralnick, 2005).

'n Meer sistematiese benadering tot identifisering, assessering en verwysing soos in die “Developmental Systems Model (Guralnick, 2001) het die potensiaal om 'n meer toegeruste en suksesvolle VKI diensleweringstelsel in Australië te verseker. Wat egter steeds kort, blyk 'n omvattende nasionale raamwerk vir VKI dienslewering te wees wat beter beplanning en koördinasie van dienste landswyd sal verseker (Guralnick, 2005). Om hierdie struikelblokke tot die implementering van Guralnick (2001) se model te oorkom, word wetgewing vereis om te verseker dat die model geïmplementeer word om beide beskikbaarheid van dienste en die koördinasie van dienste te bereik. Die ontwikkeling van spesifieke opleiding vir VKI diensverskaffers is 'n volgende aspek wat aangespreek moet word. Verhoogde befondsing vir onafhanklike navorsing, program evaluasies en VKI diensverskaffing sal bydrae tot die bevordering van Australië se kwaliteit VKI dienslewering.

- ***Kanada***

VKI dienslewering in Kanada bestaan uit multidissiplinêre diensverskaffing aan babas en kleuters (0 tot 5 jaar). In 1999, na jare se bespreking en beplanning het die Kanadese regering 'n “National Children’s Agenda” in vennootskap met die provinsiale regerings aangekondig (“Government of Canada”, 2001, 2002). Hierdie agenda het dit ten doel gestel om prioriteit te skenk aan die behoeftes van jong kinders en hulle families en om programme en befondsing te verskaf om dit te bereik. Die agenda het vier sleutelkomponente beklemtoon naamlik die bevordering van gesonde swangerskap en geboorte, bevordering van ouerskap en familie-ondersteuning, bevordering van vroeë kinder ontwikkeling en om ondersteuning in die gemeenskap te bevorder. Met hierdie ooreenkoms het die Kanadese regering gepoog om VKI programme te ontwikkel en uit te

brei deur programme op die plaaslike vlak te implementeer en om befondsing aan die provinsie te verskaf om hul eie prioriteite te ontwikkel.

Die ooreenkoms het dit duidelik uiteengesit dat befondsing aangewend moet word om effektiewe programme te ondersteun wat 1) sal fokus op vroeë intervensie en voorkoming; 2) waarde sal heg aan diversiteit in terme van die kinders se vaardighede, taal en kultuur; 3) gemeenskapsondersteuning sal verskaf aan die familie en kind, en 4) om 'n transdissiplinêre vorm van dienslewering deur lede vanaf verskillende professies en dissiplines te verskaf.

Die “Infant Development Program” (IDP) verskaf sedert die 1972 VKI dienslewering in Kanada. Die program het vanaf een VKI diensverskaffer en 15 families na 52 programme in alle streke van die provinsie met 108 VKI diensverskaffers wat meer as 28 000 tuisbesoeke doen ontwikkel. Gedurende die tydperk wat IDP in werking is het dit aan meer as 43 000 kinders VKI dienslewering verskaf (“Office of the Provincial Advisor for Aboriginal Infant Development Programs”, 2002). Die IDP in Kanada verskaf familie-gesentreerde dienste aan babas en kleuters wat 'n risiko of 'n bevestigde ontwikkelingsafwyking toon, volgens die volgende benadering: die vroeë jare is krities, VKI kan die effek van die afwyking verminder, en die familie-eenheid is essensieël tot die gesonde ontwikkeling van die kind (Brynelsen, 2003). Anders as ander programme wat dienste aan jong kinders en hul families verskaf, teiken die IDP spesifiek voorkoming en intervensie vir die jong kind en is dit gebaseer op die uiting dat tuis-besoeke 'n suksesvolle en koste effektiewe manier is om families van kinders met spesiale behoefte te ondersteun. Om te kwalifiseer vir IDP dienste, moet die kind tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar wees en 'n diagnose toon of in gevaar wees vir die diagnose van 'n ontwikkelingsafwyking (Brynelsen, 2003).

Gesondheidwerkers en maatskaplike- en gemeenskapsdienswerkers maak verwysings na die IDP program. Die IDP se primêre prioriteit is om families te ondersteun om optimale gebruik te maak van beskikbare ondersteuning en dienste, ten einde hulle kennis van hul kind se algehele ontwikkeling te bevorder en om vaardighede te leer wat hul kind se

ontwikkeling sal fasiliteer (Brynelsen, 2003). Die dienste aan die jong kinders en hulle families is geïndividualiseer en gebaseer op die geïdentifiseerde familie behoeftes en op die response van 'n verskeidenheid assesseringsmateriaal insluitende die “Parent Check List for Home Visits” (Brynelsen, 2003) en die “Family Needs Survey” (Dunst & Trivette, 1994). Die IDP spanlede poog ook om die sterkpunte van beide die kind en die familie uit te brei.

Die IDP maak gebruik van 'n familie-gesentreerde benadering en bewysgerigte praktyk. Die VKI proses begin sodra daar 'n verwysing vanaf 'n familielid of 'n professionele individu is. Die familie en IDP spanlid ontmoet en moet besluit of dit voldoende is om voort te gaan met 'n ontwikkelingsevaluasie van die kind en/of hulle met 'n ander gesondheidswerker en/of intervensie spanlid wil konsulteer. Indien die familie besluit om voor te gaan met IDP word 'n keuse van 3 vlakke van dienslewering gebied, naamlik 1) om die kind se ontwikkeling te monitor en/of periodiese opvolg sessies, 2) om die kind in 'n toepaslike program of aktiwiteitsgroep in te skryf, en 3) om intervensie aan die kind te verskaf. Die IDP spanlid en familie evalueer op konstante periodes om te bepaal of die vlak van dienslewering aan die behoeftes van die kind en familie voldoen (Guralnick, 2005).

Alhoewel die IDP in Kanada 'n program is wat aan alle kinders met spesiale behoeftes vanaf 0 tot 3 jaar verskaf word, is daar geen beskikbare programme vir die kinders ouer as 3 jaar. As 'n resultaat is daar min beskikbare gelisensieerde kindersorg fasiliteite vir kinders 3 tot 5 jaar met spesiale behoeftes in Kanada. Daar is egter ook nêrens in Kanada 'n universele siftings sisteem beskikbaar nie, ten spyte van die feit dat navorsing bewys het dat vroeë identifisering 'n verskil in VKI maak (Meisels & Shonkoff, 2000). Die implementering van universele sifting en die verskaffing van bekostigbare, toeganklike en hoë gehalte kindersorg vir kinders, moet meer beklemtoon word in Kanada.

Vanuit die voorafgaande beskrywing wat betref internasionale VKI dienslewering blyk dit dat alhoewel die belang van VKI dienslewering internasionaal besef word, en daar wel in van die kontekste wetgewing bestaan wat dienslewering aan babas en kleuters verplig,

daar in ooreenstemming met Suid-Afrika ook struikelbokke bestaan wat die implementering van VKI beïnvloed. Internasionaal word daar klem geplaas op wetgewing wat dienste verplig, 'n familie-gesentreerde benadering tot VKI dienslewering en die funksionering van VKI spesialiste binne 'n spanverband ten einde aan die unieke behoeftes van die familie te kan voldoen. Hierdie aspekte kan as 'n standaard dien vir die implementering en toepassing van VKI dienslewering in 'n ontwikkelende konteks soos Suid-Afrika.

2.2.2 Vroeë Kommunikasie Intervensie in die Suid-Afrikaanse konteks.

Alhoewel hierdie vakgebied vanaf 1978 formeel as vakgebied by die Universiteit van Pretoria in Suid-Afrika begin is (Louw, 1997) is VKI nog relatief reserw in die kliniese praktyk in Suid-Afrika. Die Etiese en Standaardekomitee van die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Spraak, Taal en Gehoor (SAVSTG) het in 1997 'n stel riglyne oor VKI saamgestel (Louw, 1997), wat hierdie dienste as 'n nuwe professionele funksie van spraak-taalterapeute in Suid-Afrika erken het. Daar is talle probleme en uitdagings waarmee spraak-taalterapeute gekonfronteer word in die verskaffing van hierdie nuwe professionele funksie in ontwikkelende kontekste. Daar bestaan 'n diskrepansie tussen die toepassing van teoretiese beginsels en navorsingsbewyse in die ontwikkelende lande soos Suid-Afrika, vanweë gemeenskappe se geletterdheidsvlakke en beperkte finansiële hulpbronne. Weens die beperkte finansiële hulpbronne en die geletterdheidsvlakke van gemeenskappe in Suid-Afrika, plaas gemeenskapslede eerder klem op hul behoeftes om te oorleef naamlik, behuising, voeding en lewensgevaarlike siekte toestande, as op 'n kommunikasieafwyking.

In ontwikkelende lande, soos onder andere Suid-Afrika, is een van die belangrikste komponente van effektiewe VKI dienslewering, naamlik dat dienste toeganklik moet wees, nie altyd binne bereik nie. In ontwikkelende lande soos byvoorbeeld Suid-Afrika, Uganda en Ghana word gemeenskaps-gebaseerde dienste geïmplementeer as nasionale programme, waar gesondheids- en maatskaplike dienste georganiseer word op streeks of plaaslike vlak (Guralnick, 2005). Die gesondheids- en maatskaplike werkers wat dienste

aan die plaaslike gemeenskap verskaf, het dikwels beperkte professionele opleiding en kennis rakende VKI dienslewering, wat die implementering daarvan beïnvloed en wat die behoefde aan opleiding beklemtoon (Guralnick, 2005; Haasbroek, 1999).

In teenstelling met ontwikkelde lande soos byvoorbeeld die VSA, waar VKI programme gevestig en bewys is om effektief te wees, is die verskaffing van VKI dienste binne ontwikkelende kontekste, dikwels beperk en gefragmenteer vir die meerderheid gemeenskapslede wat 'n behoefte toon aan die dienste (Guralnick, 2005; Haasbroek, 1999). Daar bestaan 'n behoefte aan die ontwikkeling van effektiewe en relevante VKI programme in ontwikkelende lande, aangesien die meerderheid van die populasie kinders met gestremdhede en wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van kommunikasieafwykings, in ontwikkelende lande woon (Fair & Louw, 1999).

Aangesien die toepassing van VKI in Suid-Afrika tans hoofsaaklik beperk is tot die privaat praktyk en hospitaal konteks (Haasbroek, 1999), is die verskaffing van VKI binne die gemeenskapsorgkonteks nog relatief beperk. Daar is talle uitdagings uniek aan die Primêre gemeenskapsorgklinieke wat tot gevolg het dat daar nog nie wetgewing bestaan wat VKI dienslewering binne die konteks 'n verpligte praktyk in Suid-Afrika maak nie. Die “White Paper on an Integrated Disability Strategy” (1997) het 'n rehabilitasiebeleid voorgestel wat ruimte laat vir vroeë identifikasie en intervensie dienste aan hoërisikobabas. Volgens die program (Staatskoerant, 1997) is die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid daartoe verbind om universele toegang tot Gesondheidsorg vir babas en kinders onder die ouderdom van vyf jaar te verskaf. Volgens die “White Paper on an Integrated National Disability Strategy” (1997) verskaf vroeë intervensie geleenthede aan kinders met afwykings en daarom moet veral voorskoolse kinders die teikengroep vir die dienste wees, sodat enige kommunikasieafwykings en/of ontwikkelingsafwykings vroegtydig geïdentifiseer kan word.

Gevolgtik word die ontwikkeling van nasionale riglyne en standarde van dienslewering vir vroeë identifikasie van afwykings voorgestel, sodat kinders met kommunikasieafwykings verwys kan word na toepaslike intervensieprogramme. Volgens

die Suid-Afrikaanse Konstitusie (Artikel 108 van 1996) het elke burger die reg tot Gesondheidsorg (Mubangizi, 2004). Volgens dié artikel is daar ruimte vir VKI diensverskaffing in Suid-Afrika, omdat VKI dienslewering effektiewe dienste aan Suid-Afrika se kwesbare populاسie, hoërisikobabas en -kleuters, sal verskaf. Ten spyte daarvan bestaan daar steeds 'n behoefte aan 'n definitiewe wetsontwerp wat VKI dienste verpligtend sal maak vir alle hoërisikobabas en kleuters (Fair & Louw, 1999; Swanepoel, 2004). Deurdat die verskaffing van VKI dienslewering deur wetgewing verplig word, sal daar klem geplaas word op die implementering van VKI dienste op gemeenskapsdiensvlak by die Primêre Gesondheidsorgklinieke. In ooreenstemming met die doel van die Departement van Gesondheid om Primêre Gesondheidsorgdienste aan moeders, babas en kleuters (0 tot 6 jaar) te verskaf behoort VKI dienslewering ook by hierdie wetgewing betrek te word. In teenstelling met die bestaande wetgewing wat fokus op die bevordering van gesondheid en die voorkoming van siektes, stel VKI dienslewering dit ten doel om voorkomend op te tree.

Armoede en oneffektiewe staatsdiens is twee faktore wat die praktiese implementering van VKI dienste aan die hoërisikopopulasie beïnvloed (Loening-Voysey, 2002). Dit is veral waar van die Suid-Afrikaanse konteks waar die meerderheid van die populاسie in armoede binne landelike areas woon, waar beperkte of geen VKI dienste bestaan nie (Alant & Lloyd, 2005). Daar word beraam dat 80% van kinders met gestremdhede binne die Suid-Afrikaanse konteks, in armoede en areas sonder enige hospitaal fasiliteite, met swak toegang tot Gesondheidsorg en rehabilitasie fasiliteite woon (“White Paper on an Integrated National Disability Strategy”, 1997). Hierdie ongewenste omgewingsomstandighede van talle kinders in Suid-Afrika verhoog die risiko vir 'n gestremdheid, of verdubbel die risiko van daardie babas en kleuters wat reeds 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Kritzinger, 2000; Popich, Louw & Eloff, 2007).

Die Suid-Afrikaanse konteks word verteenwoordig deur beide ontwikkelende en ontwikkelde kontekste wat 'n diversiteit in kultuur en taal tot gevolg het en wat wydverspreide uitdagings vir professionele persone en die verskaffing van

Gesondheidsorg inhou (Louw & Avenant, 2002). Alhoewel daar moderne, geïndustrialiseerde kontekste is waar tegnologie en vervoer gereedlik beskikbaar is, bestaan daar dele in die land wat beperkte toegang het tot hulpbronne en basiese publieke Gesondheidsorg (Fair & Louw, 1999). Suid-Afrika is verdeel in 9 provinsies en volgens 'n onlangse sensus opname is 41 miljoen mense woonagtig in Suid-Afrika (Sensus, 2003). Slegs 1 823 spraak-taalterapeute en oudioloë is tans geregistreer by die raad vir gesondheidsberoep van Suid-Afrika ("HPCSA Helpdesk and Statistics", April 2008). Dit lei daartoe dat daar teoreties vir elke 8 000 persone met kommunikasieafwykings, slegs een spraak-taalterapeut beskikbaar is, wat 'n verdere uitdaging stel vir die implementering van VKI dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks.

Volgens navorsing is VKI 'n erkende en belangrike beroepsfunksie van spraak-taalterapeute en oudioloë in Suid-Afrika en 'n landswye beweging na VKI word deur die SAVSTG gepropageer (Louw, 1997). Daar is bewys dat VKI dienslewering wel in die Suid-Afrikaanse konteks beoefen word, maar dat die unieke Suid-Afrikaanse konteks, tesame met die swak verspreiding van professionele persone en dienste, tot gevolg het dat nie alle jong, hoërisikobabas en -kleuters en hulle gesinne toepaslike VKI dienste ontvang nie (Koster, 2006).

Die unieke uitdagings van die Suid-Afrikaanse konteks en die risikofaktore wat die Suid-Afrikaanse baba- en kleuterpopulasie in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking word vervolgens in diepte bespreek.

2.3. DIE SUID-AFRIKAANSE POPULASIE WAT VROËE KOMMUNIKASIE INTERVENSIË DIENSTE BENODIG.

Die diverse aard van die huidige Suid-Afrikaanse konteks bied talle unieke uitdagings aan die spraak-taalterapeute wat VKI dienste in die SA konteks verskaf (Fair & Louw, 1999; Swanepoel, 2004). Alhoewel talle navorsingsprojekte oor babas en kleuters in ontwikkelende gemeenskappe in Suid-Afrika oor die afgelope jare geloods is, is daar min gepubliseerde navorsing oor die huidige status van VKI dienslewering in hierdie

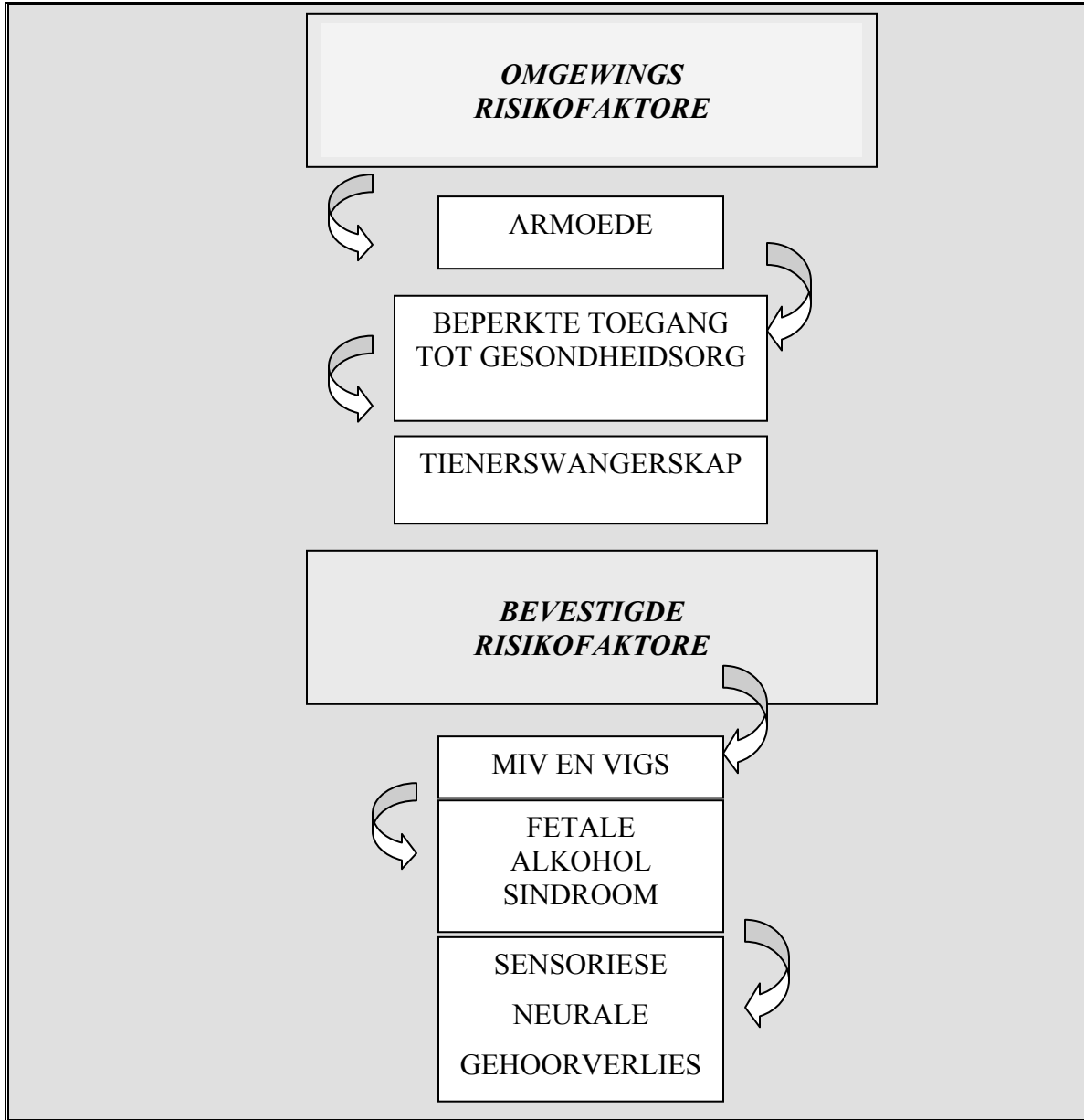
ontwikkende kontekste. Dit word algemeen aanvaar dat die babas en kleuters met spesiale behoeftes in ontwikkelende gemeenskappe nie die nodige dienste ontvang nie (Fair & Louw, 1999). Ten einde effektiewe en verantwoordbare VKI dienste aan jong kinders en hulle families in die ontwikkelende gemeenskappe in Suid-Afrika te kan verskaf is dit eerstens van belang dat die spraak-taalterapeute vertrouwd sal wees met die Suid-Afrikaanse populasie wat VKI dienste benodig (Rossetti, 2001).

Vervolgens word daar ondersoek ingestel na die risikofaktore kenmerkend van die Suid-Afrikaanse konteks, wat die babas en kleuters in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking.

2.3.1 Risikofaktore uniek aan ontwikkelende kontekste soos die Suid-Afrikaanse konteks.

Hoërisikobabas verteenwoordig 'n heterogene groep wat op grond van drie verskillende (maar nie wedersyds uitsluitende) faktore onderskei word, naamlik bevestigde risiko-, biologiese risiko- en omgewingsrisikofaktore (ASHA, 1991; Rossetti, 2001). Ten einde vroeë toegang te hê tot kinders wat 'n risiko toon of wat in gevaar is vir 'n ontwikkelingsafwyking, moet die lede betrokke by VKI dienslewering meer bewus raak van die talle faktore wat bydrae tot 'n ontwikkelingsagterstand, ten einde in staat te kan wees om hierdie faktore vroegtydig te kan identifiseer (Evens, Louw & Kritzinger, 2004).

Met inagneming van Rossetti (2001) se beskrywing van die biologiese en omgewingsrisikofaktore wat die baba en kleuter in gevaar plaas of wat bydrae tot die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, word die kenmerkenste risikofaktore uniek aan die SA konteks soos saamgevat vanuit die literatuur (Alant & Lloyd, 2005; Kritzinger, 2000; Popich et al, 2000) vervolgens bespreek en in Figuur 2.1 voorgestel:



Figuur 2.1: 'n Uiteensetting van die vloei waarvolgens die risikofaktore bespreek gaan word.

Babas en kleuters in die Suid-Afrikaanse konteks vertoon 'n verhoogde risiko vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking weens 'n hoër prevalensie van bevestigde-, biologiese- en omgewingrisikofaktore soos lae geboorte gewig en prematuriteit, gesplete lip/verhemelte, serebrale gestremdheid, Fetale alkoholsindroom, MIV en VIGS, meertaligheid en bilaterale sensoriese-neurale gehoorverlies (Kritzinger, 2000; Popich, et

al., 2007). Die hoë voorkoms van armoede in die Suid-Afrikaanse konteks word as die primêre bydraende faktor tot die risikofaktore beskou (Alant & Lloyd, 2005).

In Suid-Afrika is daar ongeveer 4, 5 miljoen kinders in die ouderdomsgroep 0 tot 4 jaar (“Population Census Key Results”, 2003). Daar word beraam dat 61% van die 16.3 miljoen kinders in Suid-Afrika, waarvan 80% van die kinders gestremd is, in ernstige armoede en areas waar daar onvoldoende toegang is tot gesondheids- en rehabilitasiedienste lewe (Alant & Lloyd, 2005; “White paper on an integrated National Disability Strategy”, 1997). Vanweë die onvoldoende toegang wat die meerderheid van die gemeenskapslede tot gesondheids- en rehabilitasiedienste het kan die aanname gemaak word dat talle moeders swak of onvoldoende voorgeboortelike sorg ontvang en dat babas en kleuters wat ’n risiko toon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking nie vroegtydig geïdentifiseer word nie. Verder kan die aanname gemaak word dat van die gemeenskapslede in die ontwikkelende kontekste nie vertrouwd is met mediese tegnologie en dienste nie, en dat individue daarvan oortuig kan wees dat ’n geboortefwyking en/of ontwikkelingsafwyking die oorsaak is van heksery as gevolg van tradisionele geloofstelsels (Louw, Shibambu & Roemer, 2006). Hierdie tradisionele gelowe kan daartoe lei dat talle babas en kleuters wat VKI dienste benodig, nie die nodige dienste ontvang nie, omdat hulle weggesteek word van die res van die gemeenskapslede of slegs van tradisionele Gesondheidsorg gebruik maak (Louw et al., 2006).

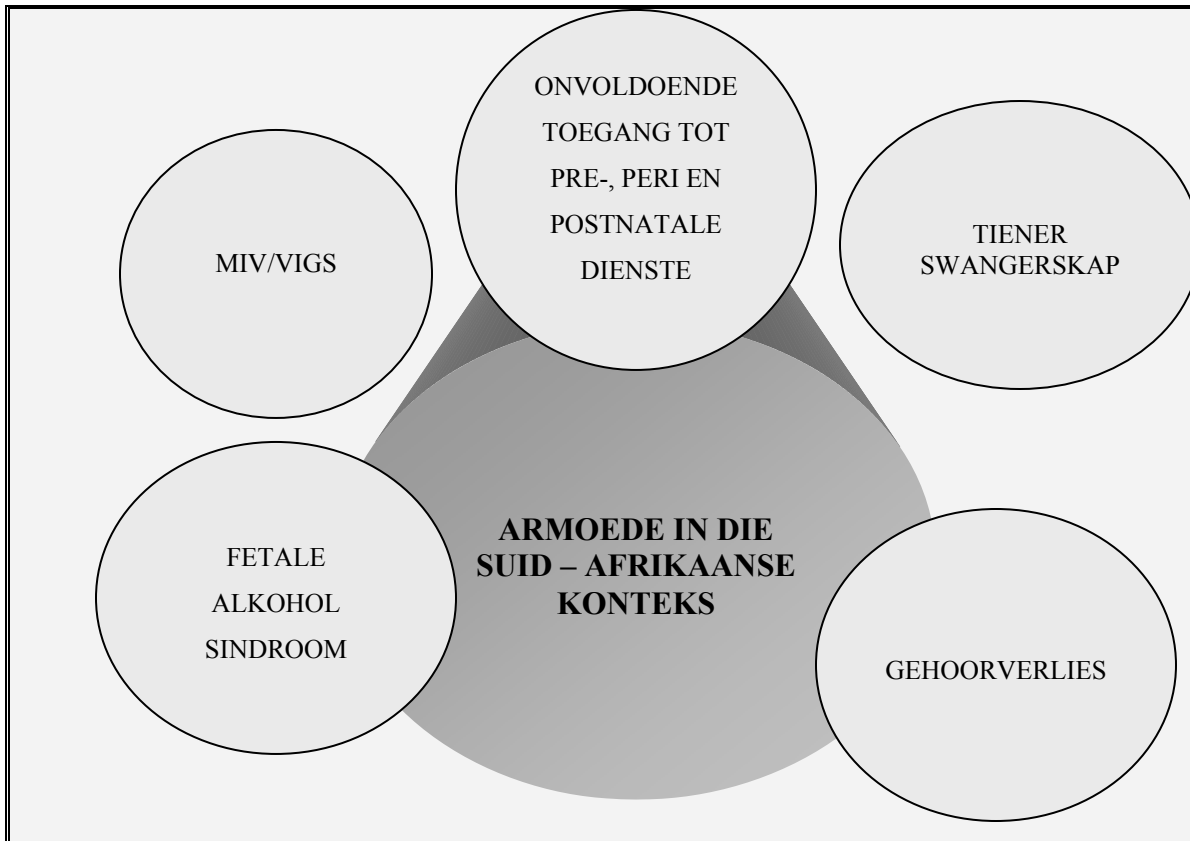
Kinders vanuit lae sosio-ekonomiese omstandighede toon ook ’n hoër risiko vir die ontwikkeling van anemie (a.g.v. wanvoeding), asma, tuberkulose, malaria, swak spelontwikkeling en kognitiewe ontwikkeling, wat hulle verder in gevaar stel vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking (Alant & Lloyd, 2005; Lequerica, 1997). Armoede is ook die oorsaak van swak pre-, peri- en postnatale sorg, wat ’n bydrae lewer in die hoë prevalensie van ander risikofaktore soos lae geboortegewig, gesplete lip/verhemelte, serebrale gestremdheid en bilaterale gehoorverlies (WHO, 2003; Popich et al., 2007). Navorsing het bewys dat die bydraende faktore wat verband hou met armoede toegeskryf kan word aan die voorkoms van lae geboortegewig, swak nutrisie en

yster tekort onder babas en kleuters in die Suid-Afrikaanse konteks (“World Health Organisation” [WHO], 2003).

Figuur 2.3 verskaf ’n uiteensetting van die direkte en indirekte effek van armoede op die ontwikkeling van ’n baba/kleuter soos bewys vanuit navorsing. Volgens Figuur 2.3 kan daar afgelei word dat armoede of ’n lae sosio-ekonomiese status ’n verhoogde voorkoms van o.a. tienerswangerskappe, onvoldoende pre-, peri- en postnatale sorg wat weer die resultaat is van toestande soos serebrale gestremdheid, lae geboortegewig en prematuriteit, fetale alkoholsindroom, en bilaterale sensoriese neurale gehoorverlies, tot gevolg het (Fair & Louw, 1999; Haasbroek, 1999; Hattam, 2005; Kritzinger, 2000; Koster, 2006; Swanepoel, 2004). Kenmerkend van die ontwikkelende Suid-Afrikaanse konteks is die verhoogde prevalensie van MIV en VIGS.

- ***Tienerswangerskappe:***

In die ontwikkelende gemeenskappe van Suid-Afrika is daar ’n verhoogde voorkoms van tienerswangerskappe (Children in 2000, 2001). Navorsing het bewys dat tienerswangerskappe in ontwikkelende lande meestal voorkom by die populasie met ’n laer opvoedkundige vlak, hoër teenwoordigheid van armoede en swakker lewensverwagtinge (Alant & Lloyd, 2005). In die Suid-Afrikaanse konteks is daar in 2002 bevind dat 66 000 tienermoeders jaarliks geboorte gee (Pena et al., 2003). Volgens “Children in 2000” (2001) is daar bevind dat moeders onder die ouderdom van 20 jaar, jaarliks wêreldwyd geboorte skenk aan 13 miljoen kinders, en dat meer as 90% van hierdie babas in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika woonagtig is. Binne die Suid-Afrikaanse konteks word daar gespekuleer dat die probleem van swangerskappe onder die tieners toeneem, moontlik sedert die bekendstelling van die kinderondersteunings toelaag wat in 1999 ingestel is (“State of World Population”, 2003), wat vir talle tienermoeders die enigste bron van inkomste is, omdat die moeders nie hul skoolloopbaan voltooi het nie, en werkloos is.



Figuur 2.2: Die effek van armoede op die ontwikkeling van die jong kind (Alant & Lloyd, 2005; Fair & Louw, 1999; Haasbroek, 1999; Hattam, 2005; Kritzinger, 2000; Koster, 2006; Swanepoel, 2004).

Volgens Rossetti (2001) en Pena et al., (2003) toon tienermoeders 'n groter risiko vir die geboorte van 'n lae geboortegewig baba, 'n premature baba en onvoldoende sorg na geboorte. Tienermoeders is meer geneig om geboorte te skenk aan babas met gestremdhede. Hulle toon 'n verhoogde risiko vir spontane aborsies, en babas wat kognitief ingeperk is (Rossetti, 2001). Talle swanger tieners neig tot onvoldoende inname van die nodige nutrisie, as gevolg van swak eetgewoontes wat algemeen gevind word onder die tieners, insluitende pogings om gewig te verloor, oorslaan van etes en die inname van wegneemetes. Die onvoldoende inname van die nodige voedingswaarde gedurende swangerskap is selfs 'n meer kenmerkende probleem onder tieners in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika, omdat die lae-sosio ekonomiese status van die gemeenskapslede die beskikbaarheid van voedsel beïnvloed (Pena et al., 2003). Daar is al

waargeneem dat tienermoeders onvoldoende stimulasie aan hul baba verskaf, omdat die tienermoeders meestal onkundig is rakende die stimulering van hul baba se ontwikkelingsvaardighede. Die babas van tienermoeders kan 'n verhoogde risiko toon vir 'n ontwikkelingsagterstand weens 'n reeks biologiese en omgewingsfaktore wat die baba se vermoë om vanuit sy/haar omgewing te kan leer negatief beïnvloed (Rossetti, 2001; Lequerica, 1997).

• ***MIV en VIGS as 'n risikofaktor vir beide moeders en kinders in Suid-Afrika:***

Suid-Afrika het tans die vinnigste groeiende MIV en VIGS pandemie in die wêreld (Loening-Voysey, 2002). Binne die Suid-Afrikaanse konteks is daar 'n beraamde vyf tot ses miljoen MIV geïnfekteerde individue wat van die hoogste in die wêreld is. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie het vasgestel dat 180 000 van die vyf tot ses miljoen mense in Suid-Afrika wat deur MIV en VIGS geïnfekteer is, kinders tussen die ouderdom van 0 en 4 jaar is (Rehle & Shisana, 2003). Onlangse studies het voorspel dat die MIV en VIGS pandemie vir die Suid-Afrikaanse ekonomie so veel as 17% in groei kan kos teen die einde van 2010 (Loening-Voysey, 2002).

Die MIV en VIGS pandemie het ook verreikende gevolge vir kinders wat geïnfekteer word deur die virus. Geïnfekteerde babas en kleuters lei gewoonlik aan swak nutrasie en gesondheid, wat reflekteer in simptome van swak ontwikkeling (Ebersohn & Eloff, 2002). Pediatrisiese MIV en VIGS teiken 'n ontwikkelende sentrale senuweestelsel wat die bereiking van normale ontwikkelingsmylpale negatief beïnvloed (Batshaw, 2002; Davis-McFarland, 2000). Ontwikkelingsagterstande en -afwykings is kenmerkend van 25 tot 90% van kinders met MIV en VIGS (Layton & Davis McFarland, 2000). MIV en VIGS in babas en kleuters het ernstige neuro-ontwikkelings-, kognitiewe-, motoriese-, oraal-motoriese- en voedingsafwykings tot gevolg wat negatiewe implikasies vir taalontwikkeling en kommunikasievaardighede tot gevolg het, en wat hierdie kinders kandidate maak vir VKI dienslewering (Davis McFarland, 2000).

Die teenwoordigheid van MIV en VIGS beïnvloed ook die familiestrukture, deur die verlies aan een of beide ouers. Daar is in 2001 beraam dat daar in die Suid-Afrikaanse konteks 662, 000 VIGS-weeskinders is. Daar word beraam dat teen 2010 ongeveer 1.5

miljoen kinders, wees gelaat sal word as gevolg van MIV en VIGS (Barolsky, 2003). Hierdie kinders word dus groot in 'n omgewing waar hul beperkte stimulasie ontvang wat 'n negatiewe impak op kommunikasieontwikkeling mag hê (Bam, Kritzinger & Louw, 2003; Louw, 2004). Weens die MIV en VIGS pandemie in die Suid-Afrikaanse konteks word daar nog meer klem geplaas op die implementering van VKI.

- ***Fetale Alkoholsindroom:***

'n Verdere risikofaktor uniek aan die Suid-Afrikaanse konteks en wat o.a. die gemeenskappe van die wynindustrieë in die Wes-Kaap affekteer is die verhoogde prevalensie van fetale alkoholsindroom (FAS). Dit hou verband met die praktyk in die wyn industrieë waar die werkers as deel van hulle lone, in die verlede wyn ontvang het. Die prevalensie van 4.8% in die Wellington distrik in die Wes-Kaap is ongeveer 24 keer hoër as in die prevalensie van 1 tot 2 per 1000 geboortes in ontwikkelde lande (Kritzinger, 2000; Viljoen, 1999). Navorsing het bewys dat fetale alkoholsindroom die grootste oorsaak van nie-genetiese kognitiewe inperking in die Westerse wêreld is, sowel as die enigste oorsaak wat 100% voorkombaar is. Daar is bevind dat FAS ook lei tot lae geboortegewig en prematuriteit (98%), verstandelike en motoriese afwykings (89%), spraak-taalafwykings (80%), gehoorverlies (20%), voedingsprobleme (20%), outisme/gedragsprobleme (20%), hart- en nierafwykings (29%), sig probleme (25%), en gesplete lip/verhemelte (7%) (Loser, 2007; Viljoen, 1999). Hierdie toestande wat sekondêr tot FAS voorkom plaas babas/kleuters in gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en klassifiseer die babas/kleuters as kandidate vir VKI dienslewering.

- ***Gehoerverlies:***

'n Totaal van 5% van die Suid-Afrikaanse populasie het een of ander tipe van 'n gestremdheid, waarvan 'n gehoorverlies 0,7% van die totale syfers uitmaak (Swanepoel, 2004). Volgens hierdie persentasies word daar bereken dat 'n totaal van 313 600 individue uit die gesamentlike populasie van 44, 8 miljoen individue met 'n gehoorverlies presenter. Van die populasie wat 'n gestremdheid toon, is 'n beraamde 9,4% van die syfers kinders tussen die ouderdom van 1 tot 15 jaar ("Children in 2001", 2000), wat dus

deur effektiewe VKI dienslewering vroegtydig geïdentifiseer kan word en die nodige VKI dienslewering ontvang.

Van al die gestremdhede by kinders in Suid-Afrika, is die prevalensie van 'n bilaterale gehoorverlies 22%, dit is dus ongeveer 260 uit 100 000 lewende geboortes, vanwaar 'n addisionele 4% veelvuldige gestremdhede het waarvan 'n gehoorverlies ook teenwoordig is ("Children in 2001", 2000; Swanepoel, 2004). 'n Variërende graad van konduktiewe gehoorverlies wat veroorsaak word deur periodes van otitis media kom by 75 tot 95% van die Suid-Afrikaanse voorskoolse populasie voor (Swanepoel, 2004).

Die voorkoms van 'n gehoorverlies het talle negatiewe implikasies vir die individu, en die Suid-Afrikaanse ekonomie, wat VKI dienslewering beklemtoon. Oneffektiewe vroeë diagnosering van en intervensie vir babas en kleuters met 'n gehoorverlies, lei daartoe dat hierdie kinders nie teen dieselfde tempo as hulle normaal horende ouderdomsgroep in taal, kognisie en sosio-emosionele vaardighede ontwikkeling nie. Yoshinaga-Itano het reeds in die 1990's bewys dat babas en kleuters se taalvermoëns wat kort na geboorte met 'n gehoorverlies geïdentifiseer is, kenmerkend beter gevorder het as kinders wat op 'n latere ouderdom gediagnoseer is, aangesien die kinders wat op 'n latere ouderdom gediagnoseer word 'n twee tot vier jaar agterstand vertoon in hulle spraak- en taalvaardighede (Hugo & Louw, 2001). Swanepoel (2004) beklemtoon die behoefte aan vroeë identifisering van gehoorverlies in die Suid-Afrikaanse konteks, en dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke as 'n ideale konteks kan dien vir die toepassing van die vroeë identifikasie van 'n gehoorverlies. Hierdie kontekste is egter nie toegerus vir die implementering van vroeë identifikasie van gehoorverlies nie (Swanepoel, 2004).

Die voorafgaande oorsig oor die risikofaktore wat 'n baba/kleuter in die Suid-Afrikaanse konteks 'n kandidaat maak vir VKI, beklemtoon die unieke uitdagings waarmee die spraak-taalterapeute en audioloë in Suid-Afrikaanse konteks gekonfronteer word. Dit blyk duidelik dat VKI in Suid-Afrika voorsiening moet maak vir die voorkoming en uitskakeling van die unieke risikofaktore wat die babas en kleuters weerhou om optimaal vanuit hulle omgewing te kan leer. 'n Goeie begrip van hierdie faktore sal bydrae tot die

vroeë identifisering van hoërisikobabas en -kleuters, tesame met die effektiewe voorkoming van ontwikkelingsafwykings.

2.4 VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIE IN DIE SUID-AFRIKAANSE KONTEKS: GESONDHEIDSISTEEM EN GEPUBLISEERDE NAVORSING.

Spraak-taalterapeute en oudioloë in Suid-Afrika is toenemend betrokke by VKI met hoërisikobabas (0 tot 3 jaar) en gevolglik bestaan daar 'n groeiende aanvraag in Suid-Afrika na spraak-taalterapeute en oudioloë wat opgelei is in VKI. VKI is 'n relatief nuwe veld in Suid-Afrika, met beperkte gepubliseerde navorsing in die unieke Suid-Afrikaanse konteks en die uitdagings gestel aan VKI dienslewering.

Uitdagings soos voldoende befondsing, publieke bewustheid, beperkte professionele opleiding in VKI, effektiewe spanwerk en verwysingsisteme, 'n gebrek aan identifiseringsprogramme, asook beperkte navorsing bemoeilik ontwikkeling in die vakgebied.

Om 'n beter begrip van VKI in Suid-Afrika te ontwikkel, moet die gesondheidsisteem, wat die ideale konteks is vir die verskaffing van toeganklike VKI dienste, van naderby beskou word. Die Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem waarbinne VKI kan geskied sowel as die gepubliseerde Suid-Afrikaanse navorsing oor VKI word in meer diepte bespreek, sodat 'n beter begrip getoon kan word vir die leemtes wat daar in die navorsing en in die veld van VKI binne dié Suid-Afrikaanse konteks bestaan. Die doel van die bespreking is om die leemtes in toekomstige navorsing aan te spreek, sodat VKI dienslewering effektief binne die Suid-Afrikaanse konteks geïmplementeer kan word.

2.4.1 VKI binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgsisteem.

Die beroep van spraak-taaltherapie en oudiologie in Suid-Afrika het 'n paradigma skuif ondergaan in 'n poging om die wanbalans wat daar bestaan het in die dienslewering aan alle bevolkingsgroepe te verbeter, opleidingsprogramme aan te spreek en om navorsingspogings te fokus op die unieke Suid-Afrikaanse konteks (Kritzinger, 2000). Alhoewel die beroep van spraak-taaltherapie en oudiologie 'n tradisie het van die verskaffing van kwaliteit dienste aan individue met kommunikasieafwykings, was die fokus van hierdie dienste beperk en sedert die 1990's is daar volgehoue pogings om dienste op die behoeftes van die totale Suid-Afrikaanse populasie te rig en die unieke uitdagings van die Suid-Afrikaanse konteks ingedagte te hou (Kritzinger, 2000).

In 1994 het daar 'n transformasie in die nasionale Gesondheidsorgsisteem plaasgevind, deurdat 'n beleid van Primêre Gesondheidsorg ingestel is (Pickering et al., 1998). Primêre Gesondheidsorg is 'n praktiese benadering om essensiële, bekostigbare Gesondheidsorg vir individue en families in gemeenskappe van Suid-Afrika beskikbaar te stel.

Die politiese veranderinge sedert 1994 in Suid-Afrika en die nuwe beleid van die regering wat fokus op die beperking van die effek van armoede en die regstelling van ongelyke regte, het veranderinge teweeg gebring in die nasionale gesondheidsbeleid (ANC, 1994; "Department of Health", 1997). Binne die Primêre Gesondheidsorgsisteem moet die fokus van beplanning en hantering van spraak-taaltherapie en oudiologiese dienste, insluitende VKI dienslewering, dit ten doel stel om strategieë te ontwikkel vir die voorkoming van kommunikasieafwykings en om dienste aan die hoërisikobabas en kleuters te verskaf.

Die doel van die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid is om aan die gesondheidsbehoefte van die hele populasie te voldoen deur te fokus op 'n intersektorale benadering met klem op Gesondheidsorg eerder as mediese sorg en met spesiale verwysing na die verstandhouding dat alle individue dieselfde regte tot Gesondheidsorg het (Bower et al., 1997).

Primêre Gesondheidsorg fokus op voorkoming, behandeling, rehabilitasie en bevordering van gesondheid, en poog om dienste se beskikbaarheid aan die totale populasie te verhoog. Gesondheidsorg in Suid-Afrika word in ses vlakke verdeel soos geïllustreer in Tabel 2.4:

**Tabel 2.1: Die ses vlakke van Gesondheidsorg in Suid-Afrika
(Departement van Gesondheid, 1997)**

VLAK 1	VERSKAFFING VAN BASIESE BEHOEFTE Veilige drinkwater Verskaffing van voedsel Infrastruktuur en basiese behuising Verskaffing van rioolsisteen
VLAK 2	GESONDHEIDSOPVOEDING Minimum vlak van opleiding Opleiding en opvoeding
VLAK 3	PRIMÊRE GESONDHEIDSORG Self-help dienste Gemeenskapsverplegingsdienste Gemeenskapsgesondheidsklinieke en sentrums
VLAK 4	GEMEENSKAPSHOSPITALE
VLAK 5	STREEKSHOSPITALE
VLAK 6	AKADEMIESE HOSPITALE

Primêre Gesondheidsorg word hoofsaaklik op die eerste drie van die ses gesondheidsvlakke in Suid-Afrika toegepas (Kritzinger, 2000). Aangesien daar op die vlak van Primêre Gesondheidsorg gepoog word om Gesondheidsorg meer toeganklik te maak, het die Departement van Gesondheid die inisiatief geneem om 'n verpligte gemeenskapsdiensjaar vir pas afgestudeerde gesondheidstudente in te stel (Swanepoel, 2004). Pas afgestudeerde rehabilitasie- en gesondheidsorg personeel soos o.a. spraak- taalterapeute, oudioloë, arbeidsterapeute, fisioterapeute, aptekers, dieetkundiges en mediese dokters word jaarliks landwyd in gemeenskapsdiensposte geplaas (Swanepoel, 2004). Deur hierdie verpligte gemeenskapsdiensjaar is die dienste wat aan die gemeenskappe in die gemeenskapsdienskonteks verskaf word, in ooreenstemming met ASHA (1989) se beginsels vir effektiewe VKI dienste, meer gemeenskapsgebaseerd.

Gemeenskapsgebaseerde VKI word binne die Primêre Gesondheidsorg model voorgestel as die wyse waarop VKI dienste in die ontwikkelende Suid-Afrikaanse kontekste geïmplementeer kan word (Fair & Louw, 1999). Binne die Primêre Gesondheidsorgsisteem kan beide voorkomende en rehabiliterende dienste verskaf word, wat in ooreenstemming is met die sleutelkomponente van VKI dienslewering (ASHA, 1989), in die vorm van:

- Prenatale sorg, voorgeboortelike klasse en gesinsbeplanning
- Fisiese mediese ondersoek vir die vroeë diagnosering van beperkende gesondheidsprobleme.
- Voorkomende dienste in die vorm van gesondheidsbevordering, gesondheidsberading en immunisering teen siekte toestande.
- Vroeë identifikasie van sensoriese- en ontwikkelingsafwykings.
- Tuisbesoeke en gemeenskapsuitreik programme (Kritzinger, 2000; Kritzinger & Louw, 2004).

Deur VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke te implementeer, kan samewerkende dienslewering tussen VKI en Primêre Gesondheidsorg verhoog word (Kritzinger, 2000). Beide die Primêre Gesondheidsorgmodel en die VKI benadering stel voorkoming en die vroeë identifikasie van afwykings as sentrale doelwit voor. Die

implementering van VKI in die Gesondheidsorgsisteem in Suid-Afrika is deur talle navorsers geïdentifiseer as die wyse waarop die dienste aan babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking bevorder kan word (Delport, 1998; Fair & Louw, 1999; Louw, 1997; Moodley, 1999; van Rooyen, 2006).

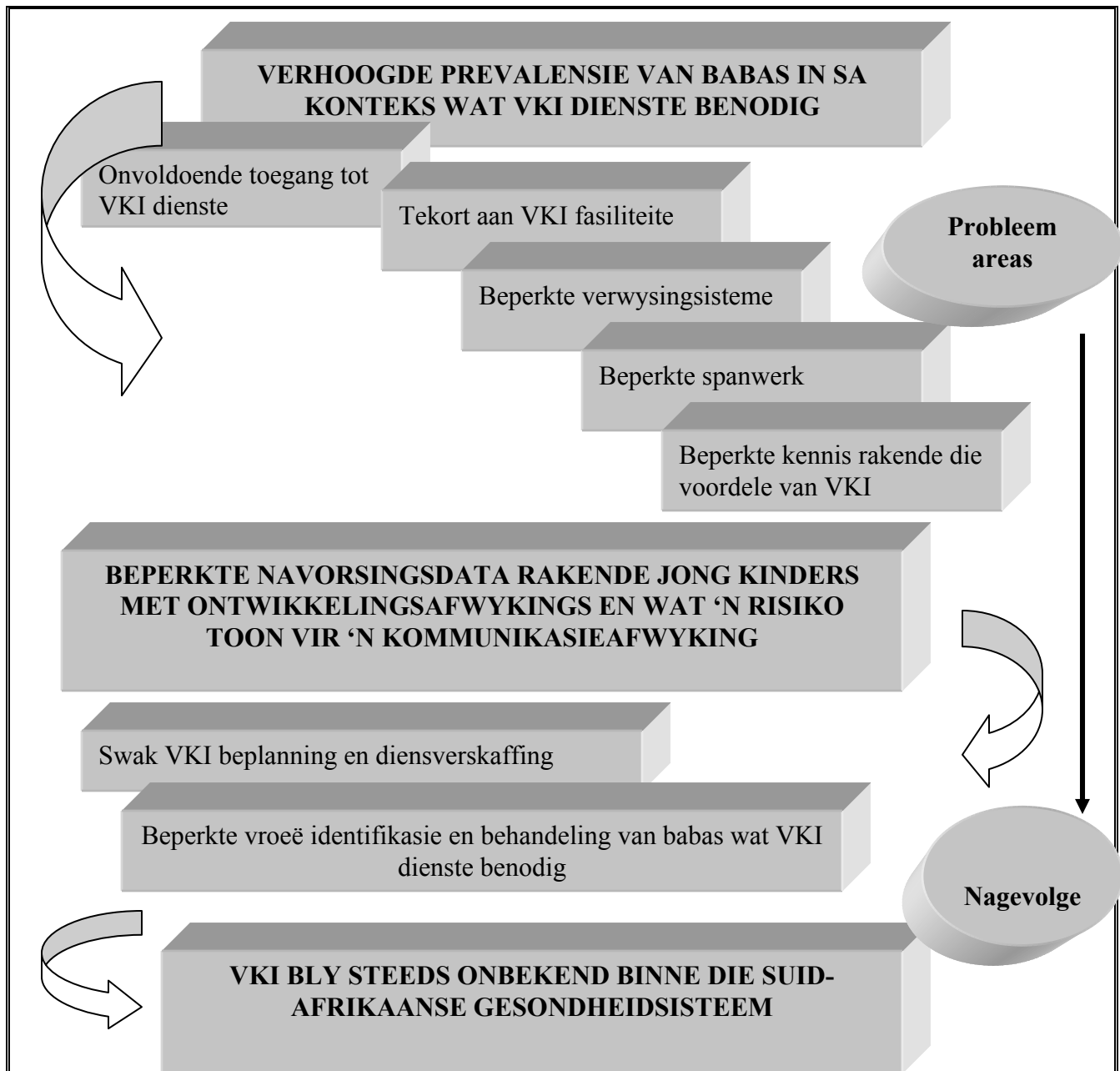
2.4.2 Vroeë Kommunikasie Intervensie en gepubliseerde navorsing in SA:

Navorsing tot op hede het hoofsaaklik gefokus op die beskrywing van die verskillende populasies wat VKI dienste benodig, die beskrywing van sorggewers se persepsies en ervarings van hul hoërisikobabas wat VKI dienste ontvang, asook die beskrywing van beskikbare VKI programme (Kritzinger, 2001; Kritzinger, Louw & Hugo, 1996; Fair & Louw, 1999; Brenner & Levin, 1998). In die VSA is die onderwerp van VKI dienslewering deur spraak-taalterapeute en oudioloë breedvoerig aangespreek in die literatuur (Guralnick, 2005), maar tot op hede en sover bekend, is daar beperkte gepubliseerde navorsing oor spraak-taalterapeutiese en oudiologiese dienslewering aan hoërisikobabas (0 tot 3 jaar) in die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorg klinieke.

Malan (1993) het reeds in die vroeë 1990's bevind dat hoewel sommige hospitale, universiteite, privaatpraktyke en skole vir buitengewone onderwys in Suid-Afrika wel VKI dienste aan hoërisikobabas verskaf, dit slegs in 'n beperkte mate geskied, hoofsaaklik as gevolg van 'n gebrek aan tyd en mannekrag wat meegebring het dat 'n beperkte aantal hoërisikobabas effektiewe VKI dienste in Suid-Afrika ontvang. Die resultate van Malan (1993) se studie kon nie veralgemeen word nie, aangesien die steekproef beperk was.

Sedert 1993 het groot verwickelinge egter in VKI in die Suid-Afrikaanse konteks plaasgevind in 'n poging om die talle leemtes en uitdagings te identifiseer en aan te spreek. Beide ongepubliseerde en gepubliseerde navorsing wat oor die afgelope twintig jaar uitgevoer is oor babas en kleuters in die ontwikkelende gemeenskappe in Suid-Afrika, dui daarop dat daar 'n leemte in die literatuur bestaan wat betref spraak-taalterapeute en oudioloë se werksaamhede in VKI in Suid-Afrika en die stand van VKI dienslewering (Louw, 1990; Fair & Louw, 1999).

Die behoefte aan VKI navorsing binne die Suid-Afrikaanse konteks word beklemtoon wanneer die probleme binne die plaaslike dienslewering sisteme en die nagevolge van hierdie probleme in ag geneem word. Figuur 2.5 illustreer die kenmerkende uitdagings wat aan VKI dienslewering in Suid-Afrika gestel word, wat verdere navorsing beklemtoon (Kritzinger, 2000).



Figuur 2.3: Uiteensetting van die probleem areas wat verband hou met VKI dienslewering in die SA konteks (Kritzinger, 2000).

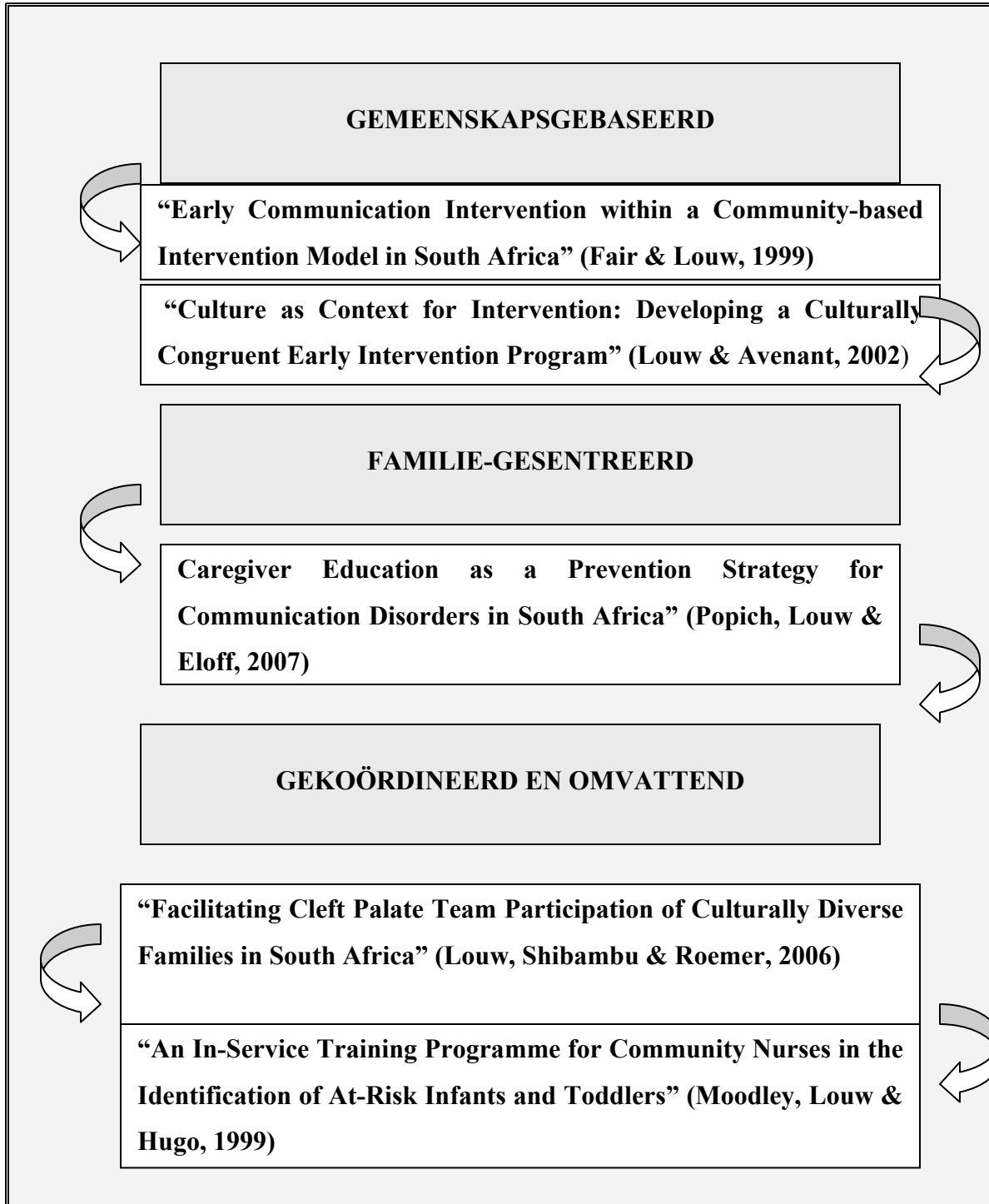
Die volgende afleidings kan op grond van Figuur 2.5 gemaak word:

- Suid-Afrika het 'n verhoogde prevalensie van babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van gestremdhede en ontwikkelingsafwykings. Aangesien kommunikasieontwikkeling die bekendste simptome van 'n ontwikkelingsafwykings of -gestremdheid is by kinders onder drie jaar, het SA 'n groot populasie van jong kinders wat VKI dienste benodig.
- Onvoldoende toegang tot gesondheidsorg en rehabilitasie fasiliteite vir die gemeenskappe wat in armoede en in landelike gebiede woon, impliseer dat die vroeë identifikasie van gestremdhede en risikofaktore, gevolg deur vroeë behandeling, nie effektief plaas vind nie.
- Die oneffektiewe toepassing van VKI dienslewering, hou nie net verband met onvoldoende toegang tot fasiliteite nie, daar is ook 'n tekort aan beskikbare publieke en private VKI fasiliteite wat dienste kan verskaf aan die totale populasie van hoërisikobabas en kleuters en hulle families (Kritzinger, 2000).

Daar is plaaslike gepubliseerde navorsing beskikbaar, wat riglyne verskaf om die uitdagings kenmerkend aan die Suid-Afrikaanse konteks wat die implementering van VKI dienslewering beïnvloed, aan te spreek. Hierdie plaaslike artikels word vervolgens bespreek na aanleiding van die vier sleutelkomponente wat deur ASHA (1989) vir die verskaffing van effektiewe VKI dienslewering geformuleer is.

Die Suid-Afrikaanse babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking verteenwoordig 'n populasie waarop die tradisionele modelle van VKI dienslewering nie toegepas kan word nie. Wanneer dienste vir hierdie populasie aangepas of nuut ontwerp word, moet ASHA (1989) se vier sleutelkomponente vir effektiewe dienslewering toegepas word naamlik, familiegesentreerde, gekoördineerde, omvattende en gemeenskapsgebaseerde intervensie, om aan die jong hoërisikokind se behoeftes in die Suid-Afrika konteks te voldoen (ASHA, 1989; Weitzner-Lin, 2004).

Figuur 2.6 illustreer hoe die gepubliseerde navorsing inskakel by die sleutelkomponente van ASHA (1989) en waarvolgens 'n kritiese evaluasie van die gepubliseerde navorsing gaan geskied.



Figuur 2.4: 'n Uiteensetting van die wyse waarop die gepubliseerde navorsing aangebied gaan word.

Die volgende plaaslike artikels is geselekteer van Fair en Louw (1999) “Early Communication Intervention within a Community-Based Intervention Model in South Africa” en Louw en Avenant (2002) “Culture as Context for Intervention: Developing a Culturally Congruent Early Intervention Program” onder die sleutelkomponent gemeenskapsgebaseerd. Fair en Louw (1999) het dit ten doel gestel het om gemeenskapsgebaseerde intervensie binne die Primêre Gesondheidsorgmodel voor te stel as die wyse waarop Gesondheidsorg in die ontwikkelende konteks geïmplementeer behoort te word, alhoewel die toepassing van gemeenskapsgebaseerde intervensie sekere probleme kan oplewer. Louw en Avenant (2002) het kultuur as ’n konteks vir VKI beskryf.

Popich et al., (2007) se “Caregiver Education as a Prevention Strategy for Communication Disorders in South Africa” is geselekteer om leemtes en bydraes in die familie-gesentreerde benadering tot VKI te identifiseer. Popich et al., (2007) het dit ten doel gestel om ouers se behoeftes aan inligting oor kommunikasieafwykings te identifiseer en aan te spreek.

“Facilitating Cleft Palate Team Participation of Culturally Diverse Families in South Africa” van Louw et al., (2006) en “An In-Service Training Programme for Community Nurses in the Identification of At-Risk Infants and Toddlers” van Moodley et al., (1999) is geselekteer vir die identifisering van leemtes en bydraes in die sleutelkomponente van omvattende en gekoördineerde dienslewering, omdat hierdie gepubliseerde navorsing dit ten doel gestel het om ’n transdissiplinêre spanbenadering te gebruik om ’n samewerkende spanbenadering tussen gemeenskapsverpleegsters en spraak-taalterapeute en oudioloë te ontwikkel, sowel as om kulturele variasies wat die familie se deelname aan die spanbenadering beïnvloed, te identifiseer en te beskryf.

’ Vroeë kommunikasie intervensie beginsel: Gemeenskapsgebaseerde Intervensie:

Ten einde die maksimale ontwikkelingspotensiaal van ’n hoërisikokind te fasiliteer beveel ASHA (1989) die verskaffing van gemeenskapsgebaseerde dienste aan, om sodoende intervensie dienste wat maklik verkrygbaar en toeganklik is vir families en hulle kinders

te verseker. Gemeenskapsgebaseerde intervensie binne die Primêre Gesondheidsorg-model is deur verskeie studies (Fair & Louw, 1999; Avenant & Louw, 2002) voorgestel as die wyse waarop Gesondheidsorg in die ontwikkelende kontekste geïmplementeer behoort te word (Fair & Louw, 1999).

’n Gemeenskapsgebaseerde filosofie ten opsigte van diensverskaffing word gelei deur die sentrale konsep onderliggend aan gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie. Dit is ’n strategie vir die voorkoming en die vroeë identifikasie van afwykings wat deur die Wêreld Gesondheids Organisasie (WHO, 2003) voorgestel is. Dit beklemtoon die behoefte aan dienste vir so veel as moontlik gemeenskapslede in die mees koste effektiewe en op die mees kulturele toepaslike wyse.

Fair en Louw (1999) het ’n VKI model gekonseptualiseer vir die implementering van VKI dienslewering binne ’n gemeenskapsgebaseerde konteks. Die behoefte aan VKI dienslewering binne die ontwikkelende konteks kan volgens Fair en Louw (1999) aangespreek word deur die implementering van hul voorgestelde model van VKI dienslewering deur gemeenskapsgebaseerde intervensie. Die model beklemtoon die rol van die familie in die intervensie proses, motiveer die implementering van gemeenskapsgebaseerde dienste en fokus op die bemagtiging en opleiding van ander (Fair & Louw, 1999).

Gemeenskapsgebaseerde intervensie het ontwikkel uit die behoefte in veral ontwikkelende lande om rehabilitasie dienste aan individue met gestremdhede te verskaf binne die konteks van hulle familie en hul groter gemeenskap. Dit beteken ’n verskuiwing weg van praktykgerigte dienste, waar individue met spesiale behoeftes gewoonlik dienste in isolasie weg vanaf hulle familie en groter gemeenskap ontvang het (Chaundhurry, Menon-Sen & Sinken, 1995). Die bydrae wat die gemeenskapsgebaseerde intervensie model kan lewer is dat die jong kind wat VKI dienste benodig binne sy/haar natuurlike konteks dienste ontvang, die sorggewers effektief opgelei kan word ten einde risikofaktore te minimaliseer en kommunikasieafwykings te kan voorkom en/of vroeër te kan identifiseer. Vir die

implementering van hierdie model word 'n “agent vir verandering” benodig om die VKI dienslewering proses op die vlak van die gesondheidsorg, sowel as op die vlak van die gemeenskap te fasiliteer (Fair & Louw, 1999). Hierdie uitdaging kan aangespreek word deur die aktiewe betrokkenheid van die spraak-taalterapeut op alle vlakke van bestuur, navorsing, diensverskaffing en opleiding, ten einde effektiewe en verantwoordbare VKI dienslewering tot die voordeel van die jong hoërisikokind binne die ontwikkelende gemeenskap van Suid-Afrika te verskaf.

Volgens Fair en Louw (1999) is daar talle uitdagings wat geïdentifiseer is in gemeenskapsgebaseerde intervensie o.a.:

- Die samewerking tussen die verskillende deelnemers aan die proses. Effektiewe gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie is 'n komplekse proses aangesien die behoeftes en die stressors van die families wat in armoede lewe gewoonlik die ontwikkelingsbehoefte van hulle kinders met spesiale behoeftes oorskry (Baxter & Kahn, 1996; Lequerica, 1997). Navorsings resultate het aangedui dat die behoeftes wat deur die families met hoërisikobabas geïdentifiseer is eenders is en in volgorde van prioriteit verband hou met, behoefte aan voedsel, behuising, vervoer, mediese behoeftes en die behoeftes van die kind (Baxter & Kahn, 1996). Die ontwikkelingsbehoefte van die baba is bevind om nie die belangrikste behoefte van die familie te wees nie. 'n Verdere probleemarea in gemeenskapsgebaseerde intervensie is die swak bywoning en deelname van kliënte aan die intervensie program. Hierdie swak teenwoordigheid kan toegeskryf word aan o.a. finansiële faktore (Bulmer, 1999); ouers se vlak van opvoeding en die ouers se graad van sosiale ondersteuning (Kritikos & Kahn, 1999).
- 'n Ander moontlike struikelblok vir die effektiewe implementering van die gemeenskapsgebaseerde model vir VKI dienslewering is dat die prioriteite binne die gemeenskap varieer. Aspekte soos armoede, geweld, swak nutrisie en informele behuisingsprobleme in 'n gemeenskap, kan die Primêre Gesondheidsorg werkers se prioriteite oorskry, aangesien hierdie aspekte die individu se basiese behoefte en eerste prioriteit is (Chaundhury et al., 1995).

- Verder is die beskikbaarheid aan ondersteuningsisteme soos Primêre Gesondheidsorgklinieke en streekshospitale van belang vir die sukses van 'n gemeenskapsgeentreerde intervensie program. Dit is oneties as 'n gemeenskap bewus gemaak word van hulle behoeftes en die primêre gesondheidswerkers nie daartoe in staat is om hulpbronne te verskaf of om die plaaslike gemeenskap se behoeftes aan te spreek nie.
- Ander uitdagings kan egter ook binne die gemeenskap self voorkom. Daar word dikwels met gemeenskapsgebaseerde intervensie aangeneem dat die gemeenskap gretig gaan wees om bemagtig te word en dat hulle verantwoordelikheid sal aanvaar (Chaundhury et al., 1995). Die onvermoë van die gemeenskapslede om verantwoordelikheid te neem mag toe geskryf word aan armoede, tekort aan infrastruktuur, tekort aan selfvertroue in hulle eie vermoë of weens 'n tekort aan belangstelling.
- Die kulturele persepsies van 'n gemeenskap wat betref 'n ontwikkelingsafwyking en/of gestremdheid kan die effektiewe implementering van gemeenskapsgebaseerde intervensie negatief beïnvloed, en daarom kan 'n breë sosiale verandering in die houding van die gemeenskap moontlik nodig wees.

Fair en Louw (1999) beveel aan dat die ontwikkeling van VKI dienste gemeenskapsgebaseerd moet wees en dat die gekonsepsualiseerde model wel binne die Suid-Afrikaanse gemeenskapsdienskontekste gebruik kan word om VKI dienste te implementeer. Nuwe vraagstukke is deur Fair en Louw (1999) geïdentifiseer rakende hoe families, spanlede en die gemeenskap betrek kan word vir die verskaffing van effektiewe VKI dienslewering.

Fair en Louw (1999) beskryf 'n gemeenskapsgebaseerde intervensie model wat aangewend kan word vir die verskaffing van VKI dienslewering in die plaaslike konteks. Alhoewel die artikel van Fair en Louw (1999) waardevolle insette lewer bestaan daar egter 'n leemte. Aangesien die model op 'n sterk teoretiese basis berus, kan dit benut word as rigting aanduidend vir VKI dienslewering in die primêre gesondheidsorgklinieke. Alhoewel hierdie teoretiese model as riglyn benut word deur praktiserende klinici, is die

toepassing daarvan tot op hede nie empiriese ondersoek nie. Gevolglik bestaan daar geen bewyse dat die model as beste praktyk aanvaar kan word nie. Verdere beskrywende navorsing oor die toepasbaarheid van die model word benodig.

' ***Vroeë kommunikasie intervensie beginsel: Familie-Gesentreerd Intervensie:***

Familie-gesentreerde intervensie is een van die onderliggende beginsels vir effektiewe VKI, en dit beklemtoon die huidige benadering in terapie om die sosiale omgewing van die kind met 'n kommunikasieafwyking by terapie te betrek, eerder as om net te fokus op die kommunikasieafwyking (ASHA, 1989; Rossetti, 2001). 'n Familie-gesentreerde benadering poog om die behoeftes van die kind met 'n kommunikasieafwyking aan te spreek binne die kind se direkte sosiale omgewing, naamlik die familie. Die lae sosio-ekonomiese agtergrond van talle families binne die Suid-Afrikaanse konteks en die families se gebrek aan bewustheid van VKI dienste is 'n uitdaging aangesien dit die effektiewe implementering van 'n familie-gesentreerde VKI dienslewering beïnvloed (Popich et al., 2007).

Popich et al., (2007) het met die uitvoer van hulle studie erken dat daar 'n noue verband bestaan tussen die kommunikasieontwikkeling in die vroeë jare en die stimulasie wat ontvang word van die primêre sorggewers. 'n Versteurde interaksie tussen die sorggewer en die jong kind, plaas die kind in gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Owens, 2001). Die rol van die sorggewer en die familie is krities in optimale kommunikasieontwikkeling en kan nie geïgnoreer word nie. Vir ouers om 'n sentrale rol in die vroeë identifisering van kommunikasieafwykings te speel, moet hulle ingelig en opgelei word, om hulle te bemagtig om as aktiewe deelnemers van die VKI span te word (Popich, 2003). Ten spyte van die belangrike rol wat die sorggewer speel, is nie alle ouers ewe toegerus om optimale kommunikasieontwikkeling te fasiliteer nie.

Beide gepubliseerde en ongepubliseerde navorsing het bewys dat ouers konstant 'n behoefte aan meer inligting rakende die ontwikkeling van hulle kind vertoon

(Barkhuizen, 2004; Baxter & Kahn, 1999). Baxter en Kahn (1999) het lae inkomste families in die VSA geteiken en bevind dat die meerderheid van die ouers 'n behoefte aan meer inligting gehad het. Popich et al., (2007) het die behoefte aan meer inligting wat aan ouers van jong kinders verskaf moet word, beklemtoon. Selfs die ouers van normale ontwikkelende babas het 'n behoefte aan meer inligting oor hul kind se kommunikasieontwikkeling getoon (Popich et al., 2007). Barkhuizen (2004) het in 'n ongepubliseerde navorsing bevind dat sorggewers van babas/kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking 'n ernstige behoefte het aan meer inligting rakende hulle kind se ontwikkeling.

Kliniese ervaring het aangedui dat ouers in sekere Suid-Afrikaanse gemeenskappe nie effektief ingelig word rakende risikofaktore vir kommunikasieafwykings nie (Hugo & Pottas, 1997).

Ten einde ouers se behoefte aan meer inligting te kan vervul, het Popich (2003) met die uitvoer van die navorsing van 'n groep ouers vanuit 'n stedelike gemeenskap in Gauteng: Suid-Afrika gebruik gemaak, om 'n hulpmiddel te kan ontwikkel vir die opleiding van sorggewers as strategie vir primêre voorkoming van kommunikasieafwykings binne 'n spesifieke Suid-Afrikaanse gemeenskap. Popich et al., (2007) se navorsing het dit ten doel gestel om die behoefte aan die voorkoming van kommunikasieafwykings te beklemtoon. Die studie het verder klem geplaas op voorkomings strategieë met verwysing na die Suid-Afrikaanse konteks, die voordele van sorggewer opleiding, en om VKI spanlede se deelname aan voorkomingsaksies deur die verskaffing van praktiese riglyne en strategieë te motiveer ten einde 'n hulpmiddel vir die opleiding van sorggewers te kan ontwikkel (Popich et al., 2007). Hierdie hulpmiddel in die vorm van 'n video is deur Popich et al., (2007) ontwikkel vir die gebruik in primêre voorkomingsprogramme. Die video dien as 'n voorbeeld van hoe spraak-taalterapeute kan bydra tot en aktief kan deelneem aan primêre voorkoming van kommunikasieafwykings.

'n Totaal van 184 ouers vanuit 'n stedelike gemeenskap het aan die studie van Popich et al., (2007) deelgeneem. Hierdie ouers vanuit stedelike gemeenskappe is die eerste kritiek

op die studie, aangesien die SA konteks hoofsaaklik gekenmerk word deur landelike gebiede soos uiteengesit in Fair en Louw (1999). 'n Totaal van 91% persent van die deelnemers was beide ouers, wat nie tipies is aan die SA konteks in die familie struktuur nie as gevolg van die verhoogde egskeidingsyfer en die kulturele aspekte in die SA gemeenskappe waar die moeder verantwoordelik is vir die baba/kleuter, en die vader 'n onaktiewe rol vervul (Louw et al., 2005). Die vlak van opvoeding van die deelnemers het daarop gedui dat 58% tersiêre opleiding ontvang, terwyl 7% sekondêre opleiding gehad het. Die deelnemers was doelbewus vanuit 'n hoë-middel inkomste klas, weereens nie kenmerkend aan die realiteit van die SA konteks nie. Popich (2003) het egter binne die doelwitte van die navorsingstudie beklemtoon dat die studie uitgevoer en gemik is op 'n spesifieke populasie en dat die hulpmiddel as 'n riglyn vir spraak-taalterapeute kan dien met die bemagtiging van die sorggewers en ander VKI spanlede.

Popich et al., (2007) se navorsing lewer 'n belangrike bydrae tot die veld van VKI in Suid-Afrika, aangesien daar met die studie die volgende kliniese en navorsings implikasies geïdentifiseer is:

- 'n Hulpmiddel is ontwikkel wat aangewend kan word om inligting aan die sorggewers van hoërisikobabas en -kleuters te verskaf ten einde hulle te bemagtig en aktief by die intervensie proses te betrek (Popich et al., 2007).
- Spraak-taalterapeute moet meer betrokke raak in die verskaffing van samewerkende dienslewering binne 'n interdissiplinêre spanverband vir die voorkoming van kommunikasieafwykings. Dit impliseer dat spraak-taalterapeute oueropleiding en opleiding aan die professionele lede wat deelneem aan die voorkomingspogings en transdissiplinêre VKI dienslewering, moet verskaf (Popich et al., 2007). Dit beklemtoon dat daar 'n beweging moet plaasvind na meer konsulerende dienslewering deur spraak-taalterapeute in die VKI dienslewerings proses.
- Die spraak-taalterapeut moet die kulturele aspekte van 'n spesifieke gemeenskap ten opsigte van kommunikasieafwykings in ag neem met die ontwikkeling van

hulpbronne en materiaal oor kommunikasieafwykings, ten einde gemeenskapslede wat nie Afrikaans en Engels magtig is nie te kan bereik en hulle ook in staat te stel om kommunikasieafwykings te kan identifiseer en deel te kan wees van die VKI diensleweringproses (Popich et al., 2007).

Soos vroeër genoem het Popich et al., (2007) dit duidelik gestel dat die video vir 'n spesifieke populasie ontwikkel is en daar is bewys dat dit deur ouers as treffend en effektief beoordeel is. Popich (2003) het aanbeveel dat die konsep van inligtingsverskaffing aan ouers oor voorkoming van kommunikasieafwykings in ander kulturele en sosio-ekonomiese status ondersoek word. Dit sal uit aard van die saak 'n ander navorsings metode verg, en die uitkoms sal dan 'n kultureel en linguïsties toepaslike hulpmiddel tot gevolg hê, wat in onder andere die Primêre Gesondheidsorgklinieke gebruik sal kan word.

' Vroeë kommunikasie intervensie beginsel: Gekoördineerde en omvattende intervensie:

Die koördinerings van dienste is van belang vir effektiewe VKI en behels die funksionering binne spanverband en effektiewe gevalsbestuur (ASHA, 1989; Louw, 1997). Die Suid-Afrikaanse regering se Primêre Gesondheidsorg beginsels verskaf die geleentheid aan spraak-taalterapeute, oudioloë en ander professionele spanlede soos die verpleegkundiges, om binne 'n spanverband te funksioneer, met die sorggewers op primêre vlak. Op hierdie manier kan omvattende en gekoördineerde VKI dienste aan hoërisikokinders verskaf word. Hierdie spanbenadering fasiliteer die implementering van gevalsbestuur deur die Primêre Gesondheidsorg verpleegpersoneel, in die lig van hulle rol as Primêre Gesondheidsorg verskaffers. Spanwerk en gevalsbestuur is 'n koste-effektiewe metode vir die bevordering van gekoördineerde VKI dienste in Suid-Afrika (Moodley et al., 1999).

Die doel van Louw en Avenant (2002) se navorsing was om 'n beskrywing te verskaf van kultuur as 'n konteks vir VKI dienslewering. Die navorsingstudie is gebaseer op die feit dat die meerderheid van spraak-taalterapeute en oudioloë wat dienste aan hoërisiko

kinders en hulle families in die Suid-Afrikaanse konteks verskaf se kulturele en sosio-ekonomies agtergrond verskil van die van die kliënt. Dit impliseer dat die spraak-terapeut nie net kan aanneem dat die individue aan wie hulle dienste verskaf dieselfde idees en sieninge rakende VKI en gestremdhede, as hulself het nie. Hierdie verskille wat bestaan beklemtoon dat professionele lede kulturele bevoegdheid moet ontwikkel en dat hulle kulturele diversiteit moet respekteer.

Louw en Avenant (2002) het aspekte relevant aan die Suid-Afrikaanse konteks geïdentifiseer wat in ag geneem moet word tydens die verskaffing van VKI dienslewering, naamlik: familie struktuur, familie interaksie patrone, families se persepsies en siening van ontwikkelingsafwykings, families se behoefte aan inligting, families se diens voorkeure, en families se beskouing van gesondheid en gesondheidsorg.

VKI programme moet navorsing, teorie en praktiese toepassing integreer om die beste praktyk vir VKI dienslewering vir jong hoërisikobabas en hulle families in plek te stel. Louw en Avenant (2002) beklemtoon dat drie modelle wat in die literatuur beskryf word geïmplementeer kan word vir die ontwikkeling van VKI dienste in Suid-Afrika. Die ekologiese model erken die talle faktore wat ontwikkeling kan beïnvloed en is gebaseer op die beginsel dat sosiale eenhede nie in isolasie beweeg nie, maar dat dit in interaksie is met ander vlakke. Vier diensleweringse komponente het vanuit die ekologiese raamwerk ontstaan in die ontwikkeling van VKI dienslewering nl. ondersteunende berading, uitruiling van informasie, fasilitering van kommunikasievaardighede by die kind en opleiding. Hierdie ekologiese model is van toepassing in die SA konteks en het talle voordele vir jong hoërisikokinders en hul families, aangesien die model fokus op die familiesisteem, die kultuur, bemagtiging van die familie en spanwerk tussen die professionele lede en die familie (Louw & Avenant, 2002).

Louw en Avenant (2002) lewer 'n bydrae in die veld van VKI waar daar kulturele aspekte geïdentifiseer is wat binne die Suid-Afrikaanse konteks gedurende die beplanning van VKI en tydens VKI dienslewering in ag geneem moet word.

Alhoewel navorsing modelle beskryf wat binne 'n gemeenskapsdienskonteks geïmplementeer kan word vir die verskaffing van spraak-taal terapie dienste, bestaan daar egter steeds leemtes in die implementering van hierdie modelle naamlik, eerstens wie verantwoordelikheid gaan aanvaar vir die implementering van hierdie modelle, tweedens hoe hierdie programme aan gepas moet word ten einde 'n standaard in die verskaffing van VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklyniek te bewerkstellig, en derdens hoe die voorgraadse studies aangepas kan word om die praktiese toepassing van hierdie modelle binne 'n gemeenskapsdienskonteks te laat realiseer.

Soos Louw en Avenant (2002) se gepubliseerde navorsing aantoon, het kultuur 'n kenmerkende effek op die manier waarop families en professionele lede in interaksie tree en aan 'n VKI behandelingsprogram deelneem. Navorsing het bewys dat die tradisionele en hoofstroom behandelings-strategieë en praktyke nie noodwendig toepaslik is vir families van verskillende kulture nie, wat kan lei tot spanning en konflik binne 'n familie (Louw & Avenant, 2002). Die implementering van VKI binne die Suid-Afrikaanse konteks impliseer dat intervensie kultuursensitief moet wees, omdat die behoeftes van 'n gesin kan varieer afhangende van kultuur en etniese groep (Bruder, 2001). Dit is belangrik dat die professionele lede wat binne die VKI span funksioneer kennis en begrip toon aangaande die etnografiese en kulturele faktore van die familie en kind, omdat die faktore van belang is vir effektiewe vordering en vir die vennootskap tussen die terapeut en die sorggewers (Iglesias & Quinn, 1997). Hierdie faktore bepaal egter ook die manier waarop families aanbevelings vanaf die VKI spanlede volg, en die uitkomst van die VKI program word hierdeur bepaal.

Bewysgerigte praktyk in VKI word gedefinieer as om familie-gesentreerd en kultuursensitief te wees (Iglesias & Quinn, 1997), ten einde dit te kan doen is konteks relevante navorsing nodig. Louw et al., (2006) het dit ten doel gestel om binne die gesplete lip en -verhemelte klinieke se spanmodel, kulturele variasies en hoe kulturele variasies ouers se deelname aan 'n spanbenadering kan beïnvloed te ondersoek. Die doel van die studie was om dienslewering binne die Primêre gespletelip en -verhemelte kliniek

in Pretoria te verbeter. Die aspekte waarop daar in die studie gefokus is word vervolgens bespreek, omdat die aspekte veralgemeen kan word en aangewend kan word om VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgkontekste te verbeter:

Een van die eerste stappe in ouerondersteuning en opleiding is om kennis te deel en om hulpbronne vir inligting te verskaf. Hierdie navorsing beklemtoon gedeelde kennis en beklemtoon dat kennis rakende kulturele aspekte van belang is om die sorggewers te bemagtig en aktief by die behandelingsprogram te betrek. Vanuit die beskrywende studie is kennis rakende kulturele aspekte van belang ten einde dienslewering aan te pas by die familieledede se kulturele perspektief ten opsigte van 'n afwyking en gestremdheid, gesondheid en genesing (Bennet et al., 1998 in Louw et al., 2006).

Tweedens kan 'n familie se persepsie oor gesondheid en genesing direk of indirek hulle besluitneming wat betref die behandeling van hul kind beïnvloed. Sommige families kan van tradisionele gesondheidsorg gebruik maak, terwyl ander Westerse medisyne en tegnologie of 'n kombinasie van beide kan gebruik (Zhang & Bennett, 2001 in Louw et al., 2006). Louw et al., (2006) het bevind dat talle babas met gespletelip en/of –verhemelte in die gespletelip en –verhemelte span tradisionele rituele na geboorte ondergaan, om skade aan die baba se siel en liggaam te voorkom, omdat baba vatbaar is vir die impak van die skadelike geeste (Louw et al., 2006). Familielede kan tegnologie en Westerse medisyne as van sekondêre belang beskou en as 'n bedreiging sien vir hulle geloof en die wense van hulle voorvaders, wat veroorsaak dat professionele lede nie die volle samewerking van die sorggewers ontvang nie (Madding, 2000 in Louw et al., 2006). Die afleiding word gemaak dat professionele lede betrokke by VKI dienslewering die tradisionele gelowe en waardes van families moet aanvaar en respekteer, om sodoende die volle samewerking van die sorggewers te verkry en die effektiwiteit van die VKI program te verhoog.

Derdens is uitgebreide families en familie-ondersteuning tipiese kenmerke van Afrika kulture. Dit kan egter gesien word as 'n bate vir VKI dienslewering, aangesien dit minder spanning op ouerskap plaas. Binne die tradisionele Afrika gemeenskappe speel die hele

gemeenskap 'n rol in elke kind se sosialisering en dien hulle as 'n belangrike ondersteuningsstelsel wat geakkommodeer moet word in diensverskaffing. Die VKI spanlede moet aan die families beklemtoon dat die sorggewers waardevol is en belangrike spanlede is in VKI span. Sorggewers moet aangemoedig word om aan hulle behoeftes, bekommernisse en prioriteite uiting te gee om sodoende effektiewe vennote in die VKI proses te wees (Louw et al., 2006).

Vierdens, soos reeds uitgewys is armoede 'n belangrike faktor wat gesondheid, gedrag en emosionele ontwikkeling en opvoedkundige sukses beïnvloed. Verder dra die geografiese verspreiding van dienste in die SA konteks by tot spanning by die sorggewers en dienslewering word hierdeur beïnvloed. ASHA (1989) skryf voor dat dienste aan hoërisikobabas en hulle families geïntegreerd, omvattend, toeganklik, tyd en koste effektief moet wees ten einde die spanning van ouers se geografiese verspreiding en sosio-ekonomiese status te verlig. Op hierdie wyse kan ouers meer gefokus wees op die VKI diensleweringproses.

Louw et al., (2006) plaas klem op die bate gebaseerde benadering wat gebaseer is op die kapasiteite, vaardighede en sterkpunte van die familie en hulle gemeenskap. Deur die benadering te volg, word die sterkpunte in 'n familie geïdentifiseer om sodoende die behoeftes van die familie van die hoërisikobabas/kleuter te kan aanspreek.

Binne die Suid-Afrikaanse konteks word daar gepoog om die sorggewers van kinders met gestremdhede en/of ontwikkelingsafwykings se finansiële steuning om te kan oorleef te verminder, deurdat hierdie sorggewers 'n gestremdheidstoelaag ontvang. Alhoewel hierdie toelaag wel finansiële bystand verskaf, is daar nie altyd eerlikheid ten opsigte van die afwykings of gestremdhede nie, omdat sorggewers/familielede fokus op die geld. In die geval van 'n gestremdheid is daar gevalle waar die gelde nie aangewend word vir die versorging van die individu met die gestremdheid nie.

Teen hierdie navorsingsagtergrond van Louw en Avenant (2002) en Louw et al., (2006) kan Moodley, Louw en Hugo (2000) se studie benut word omdat die studie dit ten doel

gestel het om die raamwerk van transdissiplinêre spanbenadering te gebruik om 'n samewerkende spanbenadering tussen gemeenskapsverpleegkundiges en spraak-taalterapeute en oudioloë te ontwikkel.

Moodley et al., (2000) het bevind dat die ontwikkelde en toegepaste opleidingsprogram die verpleegkundiges se kennis van VKI beduidend verbeter het, maar nie hul houdings nie, aangesien hul persepsies voor opleiding reeds positiewe houdings teenoor vroeë identifikasie en hoërisikokinders gereflekteer het. Die gevolgtrekking is bereik dat interdissiplinêre in-diens opleidingsprogramme wat binne 'n transdissiplinêre spanbenadering aangebied word, metodes is wat aanbeveel kan word vir spraak-taalterapeute en oudioloë om ander professionele spanlede op te lei in die veld van VKI en die vroeë identifisering van kommunikasieafwykings. Dit laat toe vir die uitbreiding van spraak-taalterapeutiese en oudiologiese dienslewering in meer bereikbare kontekste en dit fasiliteer toegang tot VKI vir hoërisikokinders en hul gesinne, wat voorheen buite bereik sou wees.

Die teoretiese beskrywing van hoe die spraak-taalterapeute te werk kan gaan om kulturele kompetensie te ontwikkel en VKI kultureel toepaslik te kan maak, kan in die praktyk toegepas word om dienslewering te verbeter. Die impak van werk kan egter versterk word deur byvoorbeeld sorggewers se persepsies te peil rakende die mate waartoe professionele lede kultuursensitief optree, en hoe sorggewers hul besoeke aan professionele lede ervaar. Sulke resultate kan tot verdere kliniese toepassing aanleiding gee.

' **Samevatting en kritiek oor die gepubliseerde navorsing in SA:**

Louw (1997) het 'n dekade gelede bevind dat VKI in Suid-Afrika egter hier is om te bly en dat die uitdagings bestaan om hierdie vakgebied op 'n nasionale skaal in Suid-Afrika te vestig. Bogenoemde oorsig van geselekteerde plaaslike navorsing toon dat die studies 'n bydrae gelewer het tot die ontwikkeling van 'n teoretiese begroning van VKI in Suid-Afrika. Gevolglik is daar 'n dringende behoefte aan verdere navorsing soos bo beskryf.

2.5 GEVOLGTREKKING EN SLOT

In die huidige Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid (“White Paper on the Transformation of the Health System”, “Department of Health”, 1997) word daar klem geplaas op die volgende prioriteite naamlik, Primêre Gesondheidsorg, gesondheid gedurende swangerskap, en die gesondheid van die vrou en kind. Hierdie prioriteite verskaf ’n direkte skakel met VKI dienste aangesien VKI dienslewering klem plaas op die sorggewers, daar gefokus word op die opleiding en ondersteuning van die sorggewers en om die kommunikasieontwikkeling van hul babas/kleuters wat ’n risiko toon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking, te fasiliteer (Louw & Kritzinger, 1991).

Hierdie benadering tot VKI beklemtoon die voorkoming van gestremdhede en/of afwykings, en die beperking van die prevalensie van die sekondêre faktore (ASHA, 1998; Kritzinger, 2000; Rossetti, 2001). ’n Voorkomende benadering word ook deur die “White Paper on the Transformation of the Health System” (Department of Health, 1997) voorgestel as ’n wyse waarop die Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem aangespreek kan word vir die bevordering van gesondheid en die implementering van voorkomende strategieë.

Alhoewel VKI dienslewering nie spesifiek in die “White Paper on the Transformation of the Health System” (Department of Health, 1997) genoem word nie stem die filosofie daarvan ooreen met die doelwitte en prioriteite van VKI. VKI is ’n effektiewe wyse waarop ontwikkelingsafwykings en gestremdhede voorkom kan word en waarop die vroeë identifikasie en behandeling van risikofaktore op al die vlakke van Gesondheidsorg kan geskied. Dit is duidelik dat die regering se gesondheidsbeleid ten gunste is van benaderings soos VKI, maar daar bestaan tans ’n diskrepansie tussen die doelwitte van die beleid en die huidige kliniese situasie. Dit is dus belangrik vir spraak- taalterapeute en oudioloë om die effektiwiteit van VKI aan die Wetgewende liggaam van die Suid-Afrikaanse regering te illustreer, ten einde wetlike erkenning en ondersteuning vir die vakgebied en die implementering van VKI te verkry.

Wetenskaplike navorsing word benodig om empiriese bydraes te bied vir die mees toepaslike en effektiewe wyse van VKI dienslewering in die SA konteks. 'n Leemte is geïdentifiseer ten opsigte van VKI in die Primêre Gesondheidsorgsisteem en die huidige studie poog om die mate te bepaal, waartoe die Gesondheidsklinieke in die Wes-Rand streek as konteks vir die toepassing van VKI kan dien.

HOOFSTUK 2

TEORETIESE BEGRONDING: VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIE DIENSTE IN DIE SA KONTEKS

Die doel van hierdie hoofstuk is om die implementering van vroeë identifikasie en voorkoming van kommunikasieafwykings, as sleutelkomponente vir effektiewe Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgkontekste te motiveer. Die Suid-Afrikaanse populasie wat VKI dienste benodig word ondersoek en bespreek. Terselfdertyd word die uitdagings uniek aan die SA konteks, wat die realisering van VKI dienste beïnvloed, bespreek. Verder word daar ook 'n kritiese refleksie verskaf van gepubliseerde VKI dienslewering in Suid Afrika, en word hierdie navorsing binne die raamwerk geplaas van ASHA (1991) se vier sleutelbegrippe vir effektiewe dienslewering, ten einde verdere leemtes in VKI navorsing sowel as dienslewering in die SA konteks te kan identifiseer.

2.1 INLEIDING

Die ontwikkeling van Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) ondergaan sedert die 1970's voortdurende groei. Internasionaal is kenmerkende veranderinge waarneembaar in die verskaffing van VKI dienste en in benaderings tot die verskaffing daarvan in vergelyking met dienslewering in die vroeë 1970's (Guralnick, 2005).

Eerstens, is daar 'n verandering sigbaar in die VKI diensleweringmodelle. Aanvanklik het die kinders terapeutiese dienste in 'n sentrum, kliniek of hospitaal ontvang, wat spesifiek gefokus het op die kind met spesiale behoeftes. Huidig, word kinders met spesiale behoeftes ingesluit by algemene gemeenskapsdienste soos dagsorg, gemeenskap swemprogramme en ander natuurlike omgewings waarin hierdie kinders aangemoedig

word om saam met ander kinders te speel en te leer (Guralnick, 2005). VKI dienste beweeg weg van die verskaffing van direkte intervensie aan die kind, omdat ouers, ander familieledes en sorggewers sentraal staan tot die effektiwiteit van VKI dienslewering en dienslewering huidige fokus op die kind as deel van 'n groter sisteem, naamlik die familie of die gesin (McWilliam, 2000). Internasionale tendense in VKI dienslewering poog om die inisiële VKI model wat fokus op direkte terapeutiese intervensie, te vervang met 'n ontwikkelings sisteem model (Guralnick, 2001). In hierdie model word die belangrikste konteks waarin 'n kind ontwikkel erken en word die rol wat die ouers en sorggewers in die kind se lewe vervul, beklemtoon (Guralnick, 2005; Rossetti, 2001).

Tweedens is daar nuwe feite beskikbaar rakende die demografiese eienskappe van kinders wat VKI dienste benodig. Guralnick (2005) dui aan dat VKI dienste tans aan kinders en families met veelvuldige en diverse behoeftes verskaf word. Internasionaal is die grootste populasie kinders en hulle families wat VKI dienste benodig afkomstig van 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond. Dit impliseer dat spanlede kennis en insig moet toon ten opsigte van die invloed van armoede op die lewens van families en kinders met gestremdhede (Guralnick, 2005). Internasionaal is daar 'n toename in kulturele diversiteit wat noodsaak dat VKI spanlede kultuursensitief moet wees en die unieke behoeftes van families vanuit ander kulturele agtergronde as hulself moet erken en respekteer (Hauser-Cram & Howell, 2003).

In stede daarvan om kulturele verskille as 'n struikelblok vir effektiewe VKI dienslewering te beskou, kan dit as 'n ontwikkelings hulpbron in VKI dienslewering gebruik word (Guralnick, 2005). Kulturele persepsies van 'n kind se gestremdheid en die wyse waarop ouers verkies om optimale ontwikkeling te bevorder is 'n belangrike deel van die VKI diensleweringproses, aangesien dit 'n geleentheid bied vir die ontwikkeling van 'n kreatiewe vennootskap tussen die ouers en die VKI spanlede (Guralnick, 2005; Fadiman, 1997). Deur in 'n vennootskap saam met ouers gedurende die VKI proses te funksioneer, word die effektiwiteit van die VKI proses verhoog.

Verder kan die huidige veranderinge in die populasie wat VKI dienste benodig toegeskryf word aan die vooruitgang in die tegnologie. Nuwe diagnostiese prosedures lei daartoe dat sekere risikofaktore en gestremdhede vroeër geïdentifiseer word. Die ontwikkeling in mediese tegnologie dra verder by tot 'n verhoogde oorlewingsyfer van prematuur en lae geboortegewig babas, wat voorheen nie sou oorleef het nie (Rossetti, 2001). Daar bestaan 'n behoefte aan verdere inligting wat betref die kenmerke van die nuwe populasie kinders en families, en hoe hul gesondheidstoestand hul kommunikasieontwikkeling beïnvloed, ten einde effektiewe VKI dienslewering aan die populasie te kan verskaf.

Die samestelling en die daaglikse roetines van families toon kenmerkende variasies sedert die ontwikkeling van VKI dienste in die 1980's, en noodsaak veranderinge en aanpassings in VKI. Die mees kenmerkende verandering is die verhoogde aantal moeders van babas en kleuters wat buite die tuiste moet werk. Tussen 1976 en 2000, het die persentasie van moeders in ontwikkelende lande wat buite die tuiste werk vanaf 31% na 55.2% gestyg (Bachu & O'Connell, 2001). In die verlede is VKI dienste ontwikkel en gebaseer op die aanname dat die moeder/primêre sorggewer en die kinders gedurende die dag tuis is en sodoende VKI dienslewering kan ontvang. Volgens Guralnick (2005) is daar geen statistieke tot op hede beskikbaar oor die werkstatus van moeders met jong kinders met gestremdhede nie. Die literatuur bevestig wel dat die moeders/primêre sorggewers van kinders met 'n spesiale behoefte werk, en dat van die kinders in sorg sentra, dagsorg of by familie lede of vriende geplaas word. Volgens die beginsels van VKI dienslewering (Billeaud, 2003) moet dienste in die natuurlike konteks van die kind verskaf word, wat anders as voorheen, nie noodwendig die kind se tuis omgewing is nie. VKI spanlede moet die daaglikse roetines van die kind en sy of haar familie evalueer ten einde die invloed van die veelvuldige kontekste op die kind se ontwikkeling te verstaan.

Ten spyte van die merkwaardige veranderinge in die VKI benaderings en dienslewering, sedert die ontwikkeling daarvan in die 1970's (Guralnick, 2005), stem die doel van VKI dienslewering internasionaal en plaaslik steeds ooreen. VKI moet daarna streef om aan die ontwikkelingsbehoefte van die jong hoërisikokind, sowel as aan die behoeftes van die familie te voldoen, ten einde die kind se ontwikkeling te bevorder (Guralnick, 2005).

2.2. INTERNASIONALE EN PLAASLIKE TOEPASSING VAN VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIË DIENSLEWERING.

VKI word internasionaal beskou as aanvaarde dienslewering aan babas en kleuters wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, en hulle gesinne (Guralnick, 2005). Ten spyte van die opvatting ontstaan die vraag of VKI wel internasionaal toegepas word, en tot watter mate VKI in die kontinuum van ontwikkelde tot ontwikkelende lande geïmplementeer word?

2.2.1 Die internasionale toepassing van VKI dienslewering in ontwikkelde kontekste.

Vervolgens word 'n beskrywing verskaf rakende die implementering van VKI in ontwikkelde lande soos Amerika, Australië en Kanada, waar VKI in die literatuur as 'n gevestigde vorm van dienslewering beskou word. Die doel van die beskrywing is om te bepaal wat die huidige praktyke in VKI is en om dan die toepassings moontlikhede binne 'n ander konteks te kan identifiseer, sodat riglyne vir die beste praktyk van VKI dienslewering verkry kan word en VKI kontekstueel toepaslik gemaak kan word.

Om 'n realistiese beeld van die internasionale toepassing van VKI te kan vorm, en om 'n standaard te kan bepaal waaraan ontwikkelende kontekste soos Suid-Afrika moet voldoen vir die effektiewe implementering van VKI, is dit nodig om die toepassing daarvan in ontwikkelde lande te bespreek. Vervolgens word die implementering van VKI in drie ontwikkelende lande bespreek aan die hand van die wetgewings en die VKI model en -benadering wat aangehang word (Guralnick, 2005).

- ***Verenigde State van Amerika***

In die VSA verwys die term Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) na die dienste wat aan kinders tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar, wat 'n risiko vertoon vir, of wat 'n ontwikkelingsafwyking het, verskaf word (ASHA, 2008). Die “Federal Program for Infants and Toddlers” is in 1986 gestig (P. L. 99 – 457) as Afdeling H in die “Education for Handicapped Act” en in die 1990 as Afdeling C van die “Individuals with Disabilities Education Act” (IDEA). Babas en kleuters met ontwikkelingsafwykings in die VSA

ontvang dus landswyd VKI dienslewering deur VKI programme wat in elke staat gevestig is onder Afdeling C van die IDEA (ASHA, 2008). Binne die VSA, vereis die IDEA wetgewing (“Individuals with Disabilities Education Act”, 1991) dat alle state hulle dienslewering aan families met kinders met gestremdhede moet aanpas, om sodoende babas en kleuters, 0 tot 3 jaar in te sluit. Hierdie wetgewing beklemtoon die behoefte aan omvattende en gekoördineerde vroeë intervensie aan babas en kleuters met spesiale behoeftes, vanaf geboorte en met die volle samewerking van hulle families en baan die weg vir verdere uitbreiding van vroeë intervensie dienslewering.

Met inagneming van die unieke behoeftes van die kind en familie, dienslewerings model en die beleid rakende diensverskaffing aan babas en kleuters met gestremdhede, het ASHA in die laat 1980’s ’n komitee gestig wat ’n verenigings beleid gegenereer het wat die klem plaas op die rol en verantwoordelikheid van spraak-taalterapeute wat dienste aan die jong hoërisiko populasie verskaf (ASHA, 1989, 1990, 2008). Alhoewel talle riglyne van die komitee se oorspronklike werk behoue bly, is daar wel aspekte wat aangespreek is soos onder andere ontwikkeling in staats programme het plaasgevind, van die beleids riglyne het verander, die raamwerk van die spraak-taalterapeut se diensverskaffing het uit gebrei en navorsing het bewyse vir effektiewe praktyk ontbloot (ASHA, 2008).

Sedert die vestiging van die “Federal Program for Infants and Toddlers” in 1986 het ongeveer twee dekades van navorsers (Guralnick, 2001; Shonkoff & Meisels, 2000) dit ten doel gestel om riglyne of konsepte onderliggend aan die beste praktyk vir vroeë assessering en intervensie te identifiseer (ASHA, 2008). VKI in die VSA het al meer gestrewe na dienslewering wat meer familie-gesentreed, kultuursensitief, en ontwikkelings toepaslik is met komponente van spanwerk. Daar is egter steeds nie net een model terapeutiese beginsels wat alle VKI dienslewering kan lei nie. Die beginsels wat deur ASHA in die VSA geformuleer is, word het oor die afgelope twee dekades verder ontwikkel en is gebaseer op die ervarings van spraak-taalterapeute, navorsing, VSA wetgewing, en beleid soos uiteengesit in die IDEA 2004 (ASHA, 2008).

In die VSA word aanbeveel dat vier beginsels toegepas word wanneer VKI dienste aan babas en kleuters met 'n ontwikkelingsafwyking beplan en geïmplementeer word. VKI dienslewering in die VSA is familie-gesentreerd en kultureel- en linguïsties sensitief. VKI dienste moet ontwikkelingstoepaslik wees en die deelname van die kind binne sy/haar natuurlike konteks bevorder. Dienslewering moet omvattend en gekoördineerd wees en binne 'n spanverband plaasvind. Verder in die VSA word daar aanbeveel dat VKI dienslewering volgens bewysgerigte praktyk geskied (ASHA, 2008).

Die rolomskrywing van die spraak-taalterapeut behels die verskaffing van dienste aan families en hul kinders wat alreeds presenteer met 'n risiko vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking of wat alreeds presenteer met 'n kommunikasieafwyking, te verskaf. In die verskaffing van hierdie dienste word daar van die spraak-taalterapeut verwag om deel te neem aan die volgende primêre funksies: a) voorkoming, b) sifting en assessering, c) beplanning, implementering en die monitor van die intervensie proses, d) konsultasie met en die opleiding van ander spanlede, insluitende die familie en ander professionele spanlede, e) koördinasie van dienslewering, en f) die bevordering van kennis basis in VKI (ASHA, 2008).

Spraak-taalterapeute het 'n belangrike rol om te vervul in die voorkoming van kommunikasieafwykings, veral in die veld van VKI. Die doel van voorkomings strategieë is om die risikofaktore of die effek van die risikofaktore op die kind se ontwikkeling te verminder, sodat toekomstige probleme voorkom kan word (ASHA, 2008). Primêre voorkoming verwys na die proses waar spraak-taalterapeute die aanvang van kommunikasieafwykings by die jong kan verhoed deur byvoorbeeld positiewe kommunikasie interaksie tussen die kind en die sorggewer te bevorder. Op die vlak van sekondêre voorkoming dra die spraak-taalterapeut by tot die vroeë identifikasie van 'n ontwikkelingsafwyking deur die implementering en uitvoer van siftings programme. Spraak-taalterapeute kan verder op die vlak van tersiêre voorkoming 'n bestaande probleem aanspreek, en sodoende toekomstige probleme voorkom, deur die verskaffing van VKI dienslewering (ASHA, 2008).

Aanvanklik is VKI in die VSA gedefinieer as dienste wat die kind met spesiale behoeftes in isolasie geteiken het. Sedertdien is daar 'n toenemende belangstelling in die ouers en sorggewers as sleutelkomponente in VKI vir die jong kind met spesiale behoeftes. Binne die VSA stel VKI dienslewering dit ten doel om ouers op te lei en hulle te bemagtig. Daar is 'n voortgesette debat rondom watter benadering tot VKI die doeltreffendste benadering is (Billeaud, 2003; Guralnick, 2005). Navorsing rakende die VKI modelle vir dienslewering is tans in die VSA in 'n ontwikkelende fase, wat tot gevolg het dat sommige modelle van dienslewering meer gebaseer is op beleid en die voorkeure van die terapeut en familieledes as op die teorie en navorsing. Oor die afgelope 15 jaar is daar in die VSA verhoogde ondersteuning vir intervensie wat in die kind se natuurlike konteks dmv daaglikse roetines geskied, in teenstelling met vroeë benaderings wat gestruktureerde voorafbeplande terapie sessie behels het (ASHA, 2008).

Met die veranderende demografie kenmerkend aan die VSA en die kulturele en taal verskille wat kan ontstaan tussen diensverskaffers en die families is dit van belang om inligting vanaf families te versamel rakende die manier waarop hierdie faktore die VKI diensleweringproses kan beïnvloed (ASHA, 2008). Juis vir hierdie rede maak sekere programme in die VSA gebruik van 'n tolk om kommunikasie in die VKI diensleweringproses te bevorder (Moore & Mendez, 2006). Vanuit die perspektief van bewysgerigte VKI dienslewering, sowel as die beleid ten opsigte van VKI dienslewering, word daar aanbeveel dat alle materiaal en prosedures wat gebruik word vir die verskaffing van VKI dienslewering kultuur en linguisties geskik is (ASHA, 2004; IDEA, 2004).

Ten slotte is VKI dienslewering in die VSA 'n dinamiese proses wat voortgesette evaluering benodig om aanpassings in dienslewering te bewerkstellig in ooreenstemming met die kind se ontwikkelings behoeftes en om aan die gesin se behoeftes te voldoen (ASHA, 2008).

- *Australië*

Die verskaffing van VKI in Australië is sterk beïnvloed deur die navorsings beleid en toepassing daarvan in die VSA en sedert die 1990's is daar 'n verhoogde belangstelling in VKI en voorkoming in Australië. Die invloed word gereflekteer in die literatuur deur die progressiewe beweging vanaf hoogs direkte professioneel gefokusde dienslewering na 'n meer natuurlike intervensie, waar ondersteuningsdienste wat sensitief is teenoor die familie se behoeftes verskaf word (Guralnick, 2005). In Australië is daar 'n wye reeks vroeë intervensie dienste beskikbaar vir jong kinders met bevestigde risikofaktore en die kinders wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n ontwikkelingsafwyking of agterstand. Die beskikbare modelle vir dienslewering word bepaal deur die kinders se ouderdom, die konteks waarin die dienste verskaf word, die organisasie of gesondheidsorg departement wat verantwoordelik is vir die dienslewering, die diensverskaffers en die spesifieke gestremdheid van die jong kind (Guralnick, 2005).

Volgens Guralnick (2005) het personeel in die Staats departemente in Australië aangedui dat 'n reeks dienste insluitende tuis- en sentrumgebaseerde dienslewering of 'n kombinasie van die dienslewering verskaf word. Hierdie dienste word deur 'n reeks professionele individue insluitende onderwysers, terapeute, sielkundiges en die maatskaplike werkers verskaf. Die stedelike areas in Australië verskaf die omvattendste reeks VKI dienste, terwyl daar voortdurend leemtes geïdentifiseer word in die dienste wat in die landelike en afgeleë areas beskikbaar is (Guralnick, 2005). In die landelike en afgeleë areas in Australië bestaan daar 'n behoefte aan terapeute met VKI opleiding bv. spraak- taalterapeute, fisioterapeute en arbeidsterapeute vir diensverskaffing (Kemp, 2001).

VKI dienslewering in Australië is gerig op kinders voordat hulle die verpligte skoolgaande ouderdom van 6 jaar bereik (Ministerial Council on Education, Employment, Training and Youth Affairs, 1997). Talle Staats gesondheidsorg- en opvoedkundigedepartemente in Australië verskaf VKI dienste. Befondsing van die staat word aan hierdie departemente beskikbaar gestel, sodat die kinders met gestremdhede toegang tot die dienste het. Die fondse is egter beperk en is gewoonlik wanneer dit

benodig word, uitgeput en nie meer beskikbaar nie (Common Wealth Child Care Advisory Council, 2001).

Die belang van 'n familie-gesentreerde benadering tot VKI word vir 'n geruime tyd in die Australiese literatuur beklemtoon (Kemp, 2001). Alhoewel die belang van 'n familie-gesentreerde benadering sedert die eerste omvattende program in Australië geïmplementeer is, beklemtoon word, het die wyse waarop 'n familie aan die intervensie proses deelneem verander. Weens die verandering oor die afgelope tydperk in VKI vanaf 'n direkte professioneel gefokusde dienslewering na 'n meer natuurlike intervensie (Guralnick, 2005). VKI dienslewering behels dus programme wat in die daaglikse roetines en aktiwiteite van kinders geïmplementeer moet word en fokus op leer deur speel.

'n Trans-dissiplinêre benadering tot VKI dienslewering geskied in Australië. Alhoewel, die staatsdepartemente verslag lewer dat hulle VKI dienslewering verskaf, is leemtes geïdentifiseer in die beskikbare VKI spesialiste om omvattende dienste te verskaf. Die Departement van Opvoeding speel 'n belangrike rol in die verskaffing van VKI dienslewering en hierdie departement word ondersteun met terapie dienste deur die Departement van Gesondheid (Guralnick, 2005). Vanweë die aantal organisasies wat VKI dienslewering in Australië verskaf en die feit dat geen staatsdepartement verantwoordelikheid het vir die verskaffing of implementering van dienste is, is die koördinasie van dienste problematies. Die "Early Childhood Coordination Project" is in 1991 in Australië, Wallis geïmplementeer met die spesifieke doel om die verskaffing van VKI dienslewering aan families te verbeter deur beide die beplanning en verskaffing van VKI in die verskillende streke te koördineer ("New South Wales Government", 1994).

Volgens Guralnick (2005) heg Australië se VKI spanlede waarde aan die sleutelbeginsels van Guralnick (2001) se "Developmental Systems Model". Die model erken die behoefte aan 'n VKI sisteem insluitende sifting en verwysing, assessering, monitering, intervensie en program evaluasie. Hierdie model is ontwerp om te verseker dat hoërisiko kinders en hulle families in dienslewering ondersteun sal word, sodat hulle individuele behoeftes aangespreek word en dat die stressors wat die gesin ervaar voldoende aangespreek word

(Guralnick, 2005). Alhoewel Australië goeie filosofiese ondersteuning het vir die implementering van die model, blyk dit dat die toepaslike grondbeginsels van VKI nie ten alle tye in die praktyk toegepas nie. Die onvoldoende toepassing kan toegeskryf word aan 'n kombinasie van probleme insluitende probleme met die koördinerings van dienste, 'n komplekse en gefragmenteerde befondsingsstelsel, en 'n tekort aan opgeleide VKI spesialiste (Guralnick, 2005).

'n Meer sistematiese benadering tot identifisering, assessering en verwysing soos in die “Developmental Systems Model (Guralnick, 2001) het die potensiaal om 'n meer toegeruste en suksesvolle VKI diensleweringstelsel in Australië te verseker. Wat egter steeds kort, blyk 'n omvattende nasionale raamwerk vir VKI dienslewering te wees wat beter beplanning en koördinasie van dienste landswyd sal verseker (Guralnick, 2005). Om hierdie struikelblokke tot die implementering van Guralnick (2001) se model te oorkom, word wetgewing vereis om te verseker dat die model geïmplementeer word om beide beskikbaarheid van dienste en die koördinasie van dienste te bereik. Die ontwikkeling van spesifieke opleiding vir VKI diensverskaffers is 'n volgende aspek wat aangespreek moet word. Verhoogde befondsing vir onafhanklike navorsing, program evaluasies en VKI diensverskaffing sal bydrae tot die bevordering van Australië se kwaliteit VKI dienslewering.

• ***Kanada***

VKI dienslewering in Kanada bestaan uit multidissiplinêre diensverskaffing aan babas en kleuters (0 tot 5 jaar). In 1999, na jare se bespreking en beplanning het die Kanadese regering 'n “National Children’s Agenda” in vennootskap met die provinsiale regerings aangekondig (“Government of Canada”, 2001, 2002). Hierdie agenda het dit ten doel gestel om prioriteit te skenk aan die behoeftes van jong kinders en hulle families en om programme en befondsing te verskaf om dit te bereik. Die agenda het vier sleutelkomponente beklemtoon naamlik die bevordering van gesonde swangerskap en geboorte, bevordering van ouerskap en familie-ondersteuning, bevordering van vroeë kinder ontwikkeling en om ondersteuning in die gemeenskap te bevorder. Met hierdie ooreenkoms het die Kanadese regering gepoog om VKI programme te ontwikkel en uit te

brei deur programme op die plaaslike vlak te implementeer en om befondsing aan die provinsie te verskaf om hul eie prioriteite te ontwikkel.

Die ooreenkoms het dit duidelik uiteengesit dat befondsing aangewend moet word om effektiewe programme te ondersteun wat 1) sal fokus op vroeë intervensie en voorkoming; 2) waarde sal heg aan diversiteit in terme van die kinders se vaardighede, taal en kultuur; 3) gemeenskapsondersteuning sal verskaf aan die familie en kind, en 4) om 'n transdissiplinêre vorm van dienslewering deur lede vanaf verskillende professies en dissiplines te verskaf.

Die “Infant Development Program” (IDP) verskaf sedert die 1972 VKI dienslewering in Kanada. Die program het vanaf een VKI diensverskaffer en 15 families na 52 programme in alle streke van die provinsie met 108 VKI diensverskaffers wat meer as 28 000 tuisbesoeke doen ontwikkel. Gedurende die tydperk wat IDP in werking is het dit aan meer as 43 000 kinders VKI dienslewering verskaf (“Office of the Provincial Advisor for Aboriginal Infant Development Programs”, 2002). Die IDP in Kanada verskaf familie-gesentreerde dienste aan babas en kleuters wat 'n risiko of 'n bevestigde ontwikkelingsafwyking toon, volgens die volgende benadering: die vroeë jare is krities, VKI kan die effek van die afwyking verminder, en die familie-eenheid is essensieël tot die gesonde ontwikkeling van die kind (Brynelsen, 2003). Anders as ander programme wat dienste aan jong kinders en hul families verskaf, teiken die IDP spesifiek voorkoming en intervensie vir die jong kind en is dit gebaseer op die uiting dat tuis-besoeke 'n suksesvolle en koste effektiewe manier is om families van kinders met spesiale behoefte te ondersteun. Om te kwalifiseer vir IDP dienste, moet die kind tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar wees en 'n diagnose toon of in gevaar wees vir die diagnose van 'n ontwikkelingsafwyking (Brynelsen, 2003).

Gesondheidwerkers en maatskaplike- en gemeenskapsdienswerkers maak verwysings na die IDP program. Die IDP se primêre prioriteit is om families te ondersteun om optimale gebruik te maak van beskikbare ondersteuning en dienste, ten einde hulle kennis van hul kind se algehele ontwikkeling te bevorder en om vaardighede te leer wat hul kind se

ontwikkeling sal fasiliteer (Brynelsen, 2003). Die dienste aan die jong kinders en hulle families is geïndividualiseer en gebaseer op die geïdentifiseerde familie behoeftes en op die response van 'n verskeidenheid assesseringsmateriaal insluitende die “Parent Check List for Home Visits” (Brynelsen, 2003) en die “Family Needs Survey” (Dunst & Trivette, 1994). Die IDP spanlede poog ook om die sterkpunte van beide die kind en die familie uit te brei.

Die IDP maak gebruik van 'n familie-gesentreerde benadering en bewysgerigte praktyk. Die VKI proses begin sodra daar 'n verwysing vanaf 'n familielid of 'n professionele individu is. Die familie en IDP spanlid ontmoet en moet besluit of dit voldoende is om voort te gaan met 'n ontwikkelingsevaluasie van die kind en/of hulle met 'n ander gesondheidswerker en/of intervensie spanlid wil konsulteer. Indien die familie besluit om voor te gaan met IDP word 'n keuse van 3 vlakke van dienslewering gebied, naamlik 1) om die kind se ontwikkeling te monitor en/of periodiese opvolg sessies, 2) om die kind in 'n toepaslike program of aktiwiteitsgroep in te skryf, en 3) om intervensie aan die kind te verskaf. Die IDP spanlid en familie evalueer op konstante periodes om te bepaal of die vlak van dienslewering aan die behoeftes van die kind en familie voldoen (Guralnick, 2005).

Alhoewel die IDP in Kanada 'n program is wat aan alle kinders met spesiale behoeftes vanaf 0 tot 3 jaar verskaf word, is daar geen beskikbare programme vir die kinders ouer as 3 jaar. As 'n resultaat is daar min beskikbare gelisensieerde kindersorg fasiliteite vir kinders 3 tot 5 jaar met spesiale behoeftes in Kanada. Daar is egter ook nêrens in Kanada 'n universele siftings sisteem beskikbaar nie, ten spyte van die feit dat navorsing bewys het dat vroeë identifisering 'n verskil in VKI maak (Meisels & Shonkoff, 2000). Die implementering van universele sifting en die verskaffing van bekostigbare, toeganklike en hoë gehalte kindersorg vir kinders, moet meer beklemtoon word in Kanada.

Vanuit die voorafgaande beskrywing wat betref internasionale VKI dienslewering blyk dit dat alhoewel die belang van VKI dienslewering internasionaal besef word, en daar wel in van die kontekste wetgewing bestaan wat dienslewering aan babas en kleuters verplig,

daar in ooreenstemming met Suid-Afrika ook struikelbokke bestaan wat die implementering van VKI beïnvloed. Internasionaal word daar klem geplaas op wetgewing wat dienste verplig, 'n familie-gesentreerde benadering tot VKI dienslewering en die funksionering van VKI spesialiste binne 'n spanverband ten einde aan die unieke behoeftes van die familie te kan voldoen. Hierdie aspekte kan as 'n standaard dien vir die implementering en toepassing van VKI dienslewering in 'n ontwikkelende konteks soos Suid-Afrika.

2.2.2 Vroeë Kommunikasie Intervensie in die Suid-Afrikaanse konteks.

Alhoewel hierdie vakgebied vanaf 1978 formeel as vakgebied by die Universiteit van Pretoria in Suid-Afrika begin is (Louw, 1997) is VKI nog relatief reserant in die kliniese praktyk in Suid-Afrika. Die Etiese en Standaardekomitee van die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Spraak, Taal en Gehoor (SAVSTG) het in 1997 'n stel riglyne oor VKI saamgestel (Louw, 1997), wat hierdie dienste as 'n nuwe professionele funksie van spraak-taalterapeute in Suid-Afrika erken het. Daar is talle probleme en uitdagings waarmee spraak-taalterapeute gekonfronteer word in die verskaffing van hierdie nuwe professionele funksie in ontwikkelende kontekste. Daar bestaan 'n diskrepansie tussen die toepassing van teoretiese beginsels en navorsingsbewyse in die ontwikkelende lande soos Suid-Afrika, vanweë gemeenskappe se geletterdheidsvlakke en beperkte finansiële hulpbronne. Weens die beperkte finansiële hulpbronne en die geletterdheidsvlakke van gemeenskappe in Suid-Afrika, plaas gemeenskapslede eerder klem op hul behoeftes om te oorleef naamlik, behuising, voeding en lewensgevaarlike siekte toestande, as op 'n kommunikasieafwyking.

In ontwikkelende lande, soos onder andere Suid-Afrika, is een van die belangrikste komponente van effektiewe VKI dienslewering, naamlik dat dienste toeganklik moet wees, nie altyd binne bereik nie. In ontwikkelende lande soos byvoorbeeld Suid-Afrika, Uganda en Ghana word gemeenskaps-gebaseerde dienste geïmplementeer as nasionale programme, waar gesondheids- en maatskaplike dienste georganiseer word op streeks of plaaslike vlak (Guralnick, 2005). Die gesondheids- en maatskaplike werkers wat dienste

aan die plaaslike gemeenskap verskaf, het dikwels beperkte professionele opleiding en kennis rakende VKI dienslewering, wat die implementering daarvan beïnvloed en wat die behoefde aan opleiding beklemtoon (Guralnick, 2005; Haasbroek, 1999).

In teenstelling met ontwikkelde lande soos byvoorbeeld die VSA, waar VKI programme gevestig en bewys is om effektief te wees, is die verskaffing van VKI dienste binne ontwikkelende kontekste, dikwels beperk en gefragmenteer vir die meerderheid gemeenskapslede wat 'n behoefte toon aan die dienste (Guralnick, 2005; Haasbroek, 1999). Daar bestaan 'n behoefte aan die ontwikkeling van effektiewe en relevante VKI programme in ontwikkelende lande, aangesien die meerderheid van die populasie kinders met gestremdhede en wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van kommunikasieafwykings, in ontwikkelende lande woon (Fair & Louw, 1999).

Aangesien die toepassing van VKI in Suid-Afrika tans hoofsaaklik beperk is tot die privaat praktyk en hospitaal konteks (Haasbroek, 1999), is die verskaffing van VKI binne die gemeenskapsorgkonteks nog relatief beperk. Daar is talle uitdagings uniek aan die Primêre gemeenskapsorgklinieke wat tot gevolg het dat daar nog nie wetgewing bestaan wat VKI dienslewering binne die konteks 'n verpligte praktyk in Suid-Afrika maak nie. Die “White Paper on an Integrated Disability Strategy” (1997) het 'n rehabilitasiebeleid voorgestel wat ruimte laat vir vroeë identifikasie en intervensie dienste aan hoërisikobabas. Volgens die program (Staatskoerant, 1997) is die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid daartoe verbind om universele toegang tot Gesondheidsorg vir babas en kinders onder die ouderdom van vyf jaar te verskaf. Volgens die “White Paper on an Integrated National Disability Strategy” (1997) verskaf vroeë intervensie geleenthede aan kinders met afwykings en daarom moet veral voorskoolse kinders die teikengroep vir die dienste wees, sodat enige kommunikasieafwykings en/of ontwikkelingsafwykings vroegtydig geïdentifiseer kan word.

Gevolgtlik word die ontwikkeling van nasionale riglyne en standaarde van dienslewering vir vroeë identifikasie van afwykings voorgestel, sodat kinders met kommunikasieafwykings verwys kan word na toepaslike intervensieprogramme. Volgens

die Suid-Afrikaanse Konstitusie (Artikel 108 van 1996) het elke burger die reg tot Gesondheidsorg (Mubangizi, 2004). Volgens dié artikel is daar ruimte vir VKI diensverskaffing in Suid-Afrika, omdat VKI dienslewering effektiewe dienste aan Suid-Afrika se kwesbare populاسie, hoërisikobabas en -kleuters, sal verskaf. Ten spyte daarvan bestaan daar steeds 'n behoefte aan 'n definitiewe wetsontwerp wat VKI dienste verpligtend sal maak vir alle hoërisikobabas en kleuters (Fair & Louw, 1999; Swanepoel, 2004). Deurdat die verskaffing van VKI dienslewering deur wetgewing verplig word, sal daar klem geplaas word op die implementering van VKI dienste op gemeenskapsdiensvlak by die Primêre Gesondheidsorgklinieke. In ooreenstemming met die doel van die Departement van Gesondheid om Primêre Gesondheidsorgdienste aan moeders, babas en kleuters (0 tot 6 jaar) te verskaf behoort VKI dienslewering ook by hierdie wetgewing betrek te word. In teenstelling met die bestaande wetgewing wat fokus op die bevordering van gesondheid en die voorkoming van siektes, stel VKI dienslewering dit ten doel om voorkomend op te tree.

Armoede en oneffektiewe staatsdiens is twee faktore wat die praktiese implementering van VKI dienste aan die hoërisikopopulasie beïnvloed (Loening-Voysey, 2002). Dit is veral waar van die Suid-Afrikaanse konteks waar die meerderheid van die populاسie in armoede binne landelike areas woon, waar beperkte of geen VKI dienste bestaan nie (Alant & Lloyd, 2005). Daar word beraam dat 80% van kinders met gestremdhede binne die Suid-Afrikaanse konteks, in armoede en areas sonder enige hospitaal fasiliteite, met swak toegang tot Gesondheidsorg en rehabilitasie fasiliteite woon (“White Paper on an Integrated National Disability Strategy”, 1997). Hierdie ongewenste omgewingsomstandighede van talle kinders in Suid-Afrika verhoog die risiko vir 'n gestremdheid, of verdubbel die risiko van daardie babas en kleuters wat reeds 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Kritzinger, 2000; Popich, Louw & Eloff, 2007).

Die Suid-Afrikaanse konteks word verteenwoordig deur beide ontwikkelende en ontwikkelde kontekste wat 'n diversiteit in kultuur en taal tot gevolg het en wat wydverspreide uitdagings vir professionele persone en die verskaffing van

Gesondheidsorg inhou (Louw & Avenant, 2002). Alhoewel daar moderne, geïndustrialiseerde kontekste is waar tegnologie en vervoer gereedlik beskikbaar is, bestaan daar dele in die land wat beperkte toegang het tot hulpbronne en basiese publieke Gesondheidsorg (Fair & Louw, 1999). Suid-Afrika is verdeel in 9 provinsies en volgens 'n onlangse sensus opname is 41 miljoen mense woonagtig in Suid-Afrika (Sensus, 2003). Slegs 1 823 spraak-taalterapeute en oudioloë is tans geregistreer by die raad vir gesondheidsberoep van Suid-Afrika ("HPCSA Helpdesk and Statistics", April 2008). Dit lei daartoe dat daar teoreties vir elke 8 000 persone met kommunikasieafwykings, slegs een spraak-taalterapeut beskikbaar is, wat 'n verdere uitdaging stel vir die implementering van VKI dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks.

Volgens navorsing is VKI 'n erkende en belangrike beroepsfunksie van spraak-taalterapeute en oudioloë in Suid-Afrika en 'n landswye beweging na VKI word deur die SAVSTG gepropageer (Louw, 1997). Daar is bewys dat VKI dienslewering wel in die Suid-Afrikaanse konteks beoefen word, maar dat die unieke Suid-Afrikaanse konteks, tesame met die swak verspreiding van professionele persone en dienste, tot gevolg het dat nie alle jong, hoërisikobabas en -kleuters en hulle gesinne toepaslike VKI dienste ontvang nie (Koster, 2006).

Die unieke uitdagings van die Suid-Afrikaanse konteks en die risikofaktore wat die Suid-Afrikaanse baba- en kleuterpopulasie in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking word vervolgens in diepte bespreek.

2.3. DIE SUID-AFRIKAANSE POPULASIE WAT VROËE KOMMUNIKASIE INTERVENSIË DIENSTE BENODIG.

Die diverse aard van die huidige Suid-Afrikaanse konteks bied talle unieke uitdagings aan die spraak-taalterapeute wat VKI dienste in die SA konteks verskaf (Fair & Louw, 1999; Swanepoel, 2004). Alhoewel talle navorsingsprojekte oor babas en kleuters in ontwikkelende gemeenskappe in Suid-Afrika oor die afgelope jare geloods is, is daar min gepubliseerde navorsing oor die huidige status van VKI dienslewering in hierdie

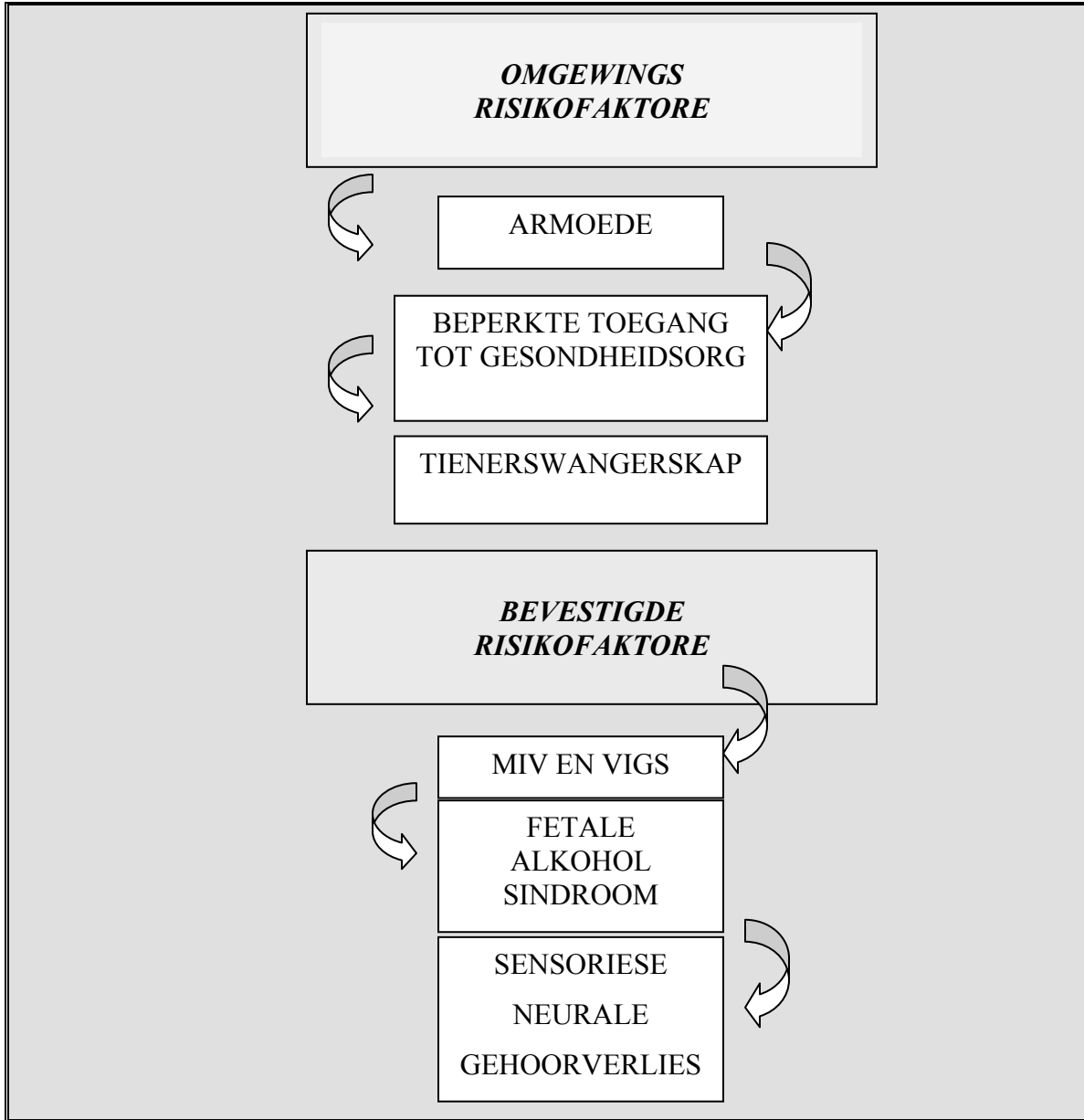
ontwikkelende kontekste. Dit word algemeen aanvaar dat die babas en kleuters met spesiale behoeftes in ontwikkelende gemeenskappe nie die nodige dienste ontvang nie (Fair & Louw, 1999). Ten einde effektiewe en verantwoordbare VKI dienste aan jong kinders en hulle families in die ontwikkelende gemeenskappe in Suid-Afrika te kan verskaf is dit eerstens van belang dat die spraak-taalterapeute vertrouwd sal wees met die Suid-Afrikaanse populasie wat VKI dienste benodig (Rossetti, 2001).

Vervolgens word daar ondersoek ingestel na die risikofaktore kenmerkend van die Suid-Afrikaanse konteks, wat die babas en kleuters in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking.

2.3.1 Risikofaktore uniek aan ontwikkelende kontekste soos die Suid-Afrikaanse konteks.

Hoërisikobabas verteenwoordig 'n heterogene groep wat op grond van drie verskillende (maar nie wedersyds uitsluitende) faktore onderskei word, naamlik bevestigde risiko-, biologiese risiko- en omgewingsrisikofaktore (ASHA, 1991; Rossetti, 2001). Ten einde vroeë toegang te hê tot kinders wat 'n risiko toon of wat in gevaar is vir 'n ontwikkelingsafwyking, moet die lede betrokke by VKI dienslewering meer bewus raak van die talle faktore wat bydrae tot 'n ontwikkelingsagterstand, ten einde in staat te kan wees om hierdie faktore vroegtydig te kan identifiseer (Evans, Louw & Kritzinger, 2004).

Met inagneming van Rossetti (2001) se beskrywing van die biologiese en omgewingsrisikofaktore wat die baba en kleuter in gevaar plaas of wat bydrae tot die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, word die kenmerkenste risikofaktore uniek aan die SA konteks soos saamgevat vanuit die literatuur (Alant & Lloyd, 2005; Kritzinger, 2000; Popich et al, 2000) vervolgens bespreek en in Figuur 2.1 voorgestel:



Figuur 2.1: 'n Uiteensetting van die vloei waarvolgens die risikofaktore bespreek gaan word.

Babas en kleuters in die Suid-Afrikaanse konteks vertoon 'n verhoogde risiko vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking weens 'n hoër prevalensie van bevestigde-, biologiese- en omgewingrisikofaktore soos lae geboorte gewig en prematuriteit, gesplete lip/verhemelte, serebrale gestremdheid, Fetale alkoholsindroom, MIV en VIGS, meertaligheid en bilaterale sensoriese-neurale gehoorverlies (Kritzinger, 2000; Popich, et

al., 2007). Die hoë voorkoms van armoede in die Suid-Afrikaanse konteks word as die primêre bydraende faktor tot die risikofaktore beskou (Alant & Lloyd, 2005).

In Suid-Afrika is daar ongeveer 4, 5 miljoen kinders in die ouderdomsgroep 0 tot 4 jaar (“Population Census Key Results”, 2003). Daar word beraam dat 61% van die 16.3 miljoen kinders in Suid-Afrika, waarvan 80% van die kinders gestremd is, in ernstige armoede en areas waar daar onvoldoende toegang is tot gesondheids- en rehabilitasiedienste lewe (Alant & Lloyd, 2005; “White paper on an integrated National Disability Strategy”, 1997). Vanweë die onvoldoende toegang wat die meerderheid van die gemeenskapslede tot gesondheids- en rehabilitasiedienste het kan die aanname gemaak word dat talle moeders swak of onvoldoende voorgeboortelike sorg ontvang en dat babas en kleuters wat ’n risiko toon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking nie vroegtydig geïdentifiseer word nie. Verder kan die aanname gemaak word dat van die gemeenskapslede in die ontwikkelende kontekste nie vertrouwd is met mediese tegnologie en dienste nie, en dat individue daarvan oortuig kan wees dat ’n geboortefwyking en/of ontwikkelingsafwyking die oorsaak is van hekserie as gevolg van tradisionele geloofstelsels (Louw, Shibambu & Roemer, 2006). Hierdie tradisionele gelowe kan daartoe lei dat talle babas en kleuters wat VKI dienste benodig, nie die nodige dienste ontvang nie, omdat hulle weggesteek word van die res van die gemeenskapslede of slegs van tradisionele Gesondheidsorg gebruik maak (Louw et al., 2006).

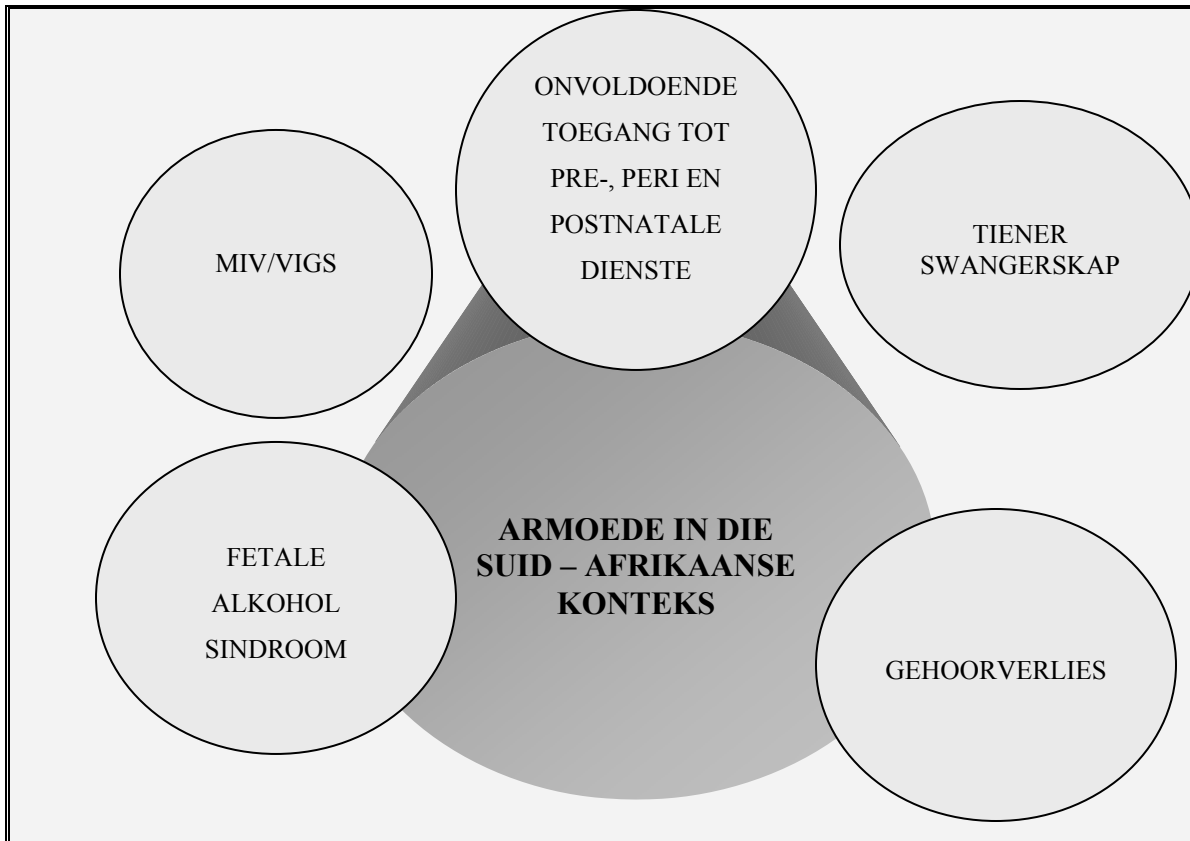
Kinders vanuit lae sosio-ekonomiese omstandighede toon ook ’n hoër risiko vir die ontwikkeling van anemie (a.g.v. wanvoeding), asma, tuberkulose, malaria, swak spelontwikkeling en kognitiewe ontwikkeling, wat hulle verder in gevaar stel vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking (Alant & Lloyd, 2005; Lequerica, 1997). Armoede is ook die oorsaak van swak pre-, peri- en postnatale sorg, wat ’n bydrae lewer in die hoë prevalensie van ander risikofaktore soos lae geboortegewig, gesplete lip/verhemelte, serebrale gestremdheid en bilaterale gehoorverlies (WHO, 2003; Popich et al., 2007). Navorsing het bewys dat die bydraende faktore wat verband hou met armoede toegeskryf kan word aan die voorkoms van lae geboortegewig, swak nutrasie en

yster tekort onder babas en kleuters in die Suid-Afrikaanse konteks (“World Health Organisation” [WHO], 2003).

Figuur 2.3 verskaf ’n uiteensetting van die direkte en indirekte effek van armoede op die ontwikkeling van ’n baba/kleuter soos bewys vanuit navorsing. Volgens Figuur 2.3 kan daar afgelei word dat armoede of ’n lae sosio-ekonomiese status ’n verhoogde voorkoms van o.a. tienerswangerskappe, onvoldoende pre-, peri- en postnatale sorg wat weer die resultaat is van toestande soos serebrale gestremdheid, lae geboortegewig en prematuriteit, fetale alkoholsindroom, en bilaterale sensoriese neurale gehoorverlies, tot gevolg het (Fair & Louw, 1999; Haasbroek, 1999; Hattam, 2005; Kritzinger, 2000; Koster, 2006; Swanepoel, 2004). Kenmerkend van die ontwikkelende Suid-Afrikaanse konteks is die verhoogde prevalensie van MIV en VIGS.

- ***Tienerswangerskappe:***

In die ontwikkelende gemeenskappe van Suid-Afrika is daar ’n verhoogde voorkoms van tienerswangerskappe (Children in 2000, 2001). Navorsing het bewys dat tienerswangerskappe in ontwikkelende lande meestal voorkom by die populasie met ’n laer opvoedkundige vlak, hoër teenwoordigheid van armoede en swakker lewensverwagtinge (Alant & Lloyd, 2005). In die Suid-Afrikaanse konteks is daar in 2002 bevind dat 66 000 tienermoeders jaarliks geboorte gee (Pena et al., 2003). Volgens “Children in 2000” (2001) is daar bevind dat moeders onder die ouderdom van 20 jaar, jaarliks wêreldwyd geboorte skenk aan 13 miljoen kinders, en dat meer as 90% van hierdie babas in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika woonagtig is. Binne die Suid-Afrikaanse konteks word daar gespekuleer dat die probleem van swangerskappe onder die tieners toeneem, moontlik sedert die bekendstelling van die kinderondersteunings toelaag wat in 1999 ingestel is (“State of World Population”, 2003), wat vir talle tienermoeders die enigste bron van inkomste is, omdat die moeders nie hul skoolloopbaan voltooi het nie, en werkloos is.



Figuur 2.2: Die effek van armoede op die ontwikkeling van die jong kind (Alant & Lloyd, 2005; Fair & Louw, 1999; Haasbroek, 1999; Hattam, 2005; Kritzinger, 2000; Koster, 2006; Swanepoel, 2004).

Volgens Rossetti (2001) en Pena et al., (2003) toon tienermoeders 'n groter risiko vir die geboorte van 'n lae geboortegewig baba, 'n premature baba en onvoldoende sorg na geboorte. Tienermoeders is meer geneig om geboorte te skenk aan babas met gestremdhede. Hulle toon 'n verhoogde risiko vir spontane aborsies, en babas wat kognitief ingeperk is (Rossetti, 2001). Talle swanger tieners neig tot onvoldoende inname van die nodige nutrisie, as gevolg van swak eetgewoontes wat algemeen gevind word onder die tieners, insluitende pogings om gewig te verloor, oorslaan van etes en die inname van wegneemetes. Die onvoldoende inname van die nodige voedingswaarde gedurende swangerskap is selfs 'n meer kenmerkende probleem onder tieners in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika, omdat die lae-sosio ekonomiese status van die gemeenskapslede die beskikbaarheid van voedsel beïnvloed (Pena et al., 2003). Daar is al

waargeneem dat tienermoeders onvoldoende stimulasie aan hul baba verskaf, omdat die tienermoeders meestal onkundig is rakende die stimulering van hul baba se ontwikkelingsvaardighede. Die babas van tienermoeders kan 'n verhoogde risiko toon vir 'n ontwikkelingsagterstand weens 'n reeks biologiese en omgewingsfaktore wat die baba se vermoë om vanuit sy/haar omgewing te kan leer negatief beïnvloed (Rossetti, 2001; Lequerica, 1997).

• ***MIV en VIGS as 'n risikofaktor vir beide moeders en kinders in Suid-Afrika:***

Suid-Afrika het tans die vinnigste groeiende MIV en VIGS pandemie in die wêreld (Loening-Voysey, 2002). Binne die Suid-Afrikaanse konteks is daar 'n beraamde vyf tot ses miljoen MIV geïnfekteerde individue wat van die hoogste in die wêreld is. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie het vasgestel dat 180 000 van die vyf tot ses miljoen mense in Suid-Afrika wat deur MIV en VIGS geïnfekteer is, kinders tussen die ouderdom van 0 en 4 jaar is (Rehle & Shisana, 2003). Onlangse studies het voorspel dat die MIV en VIGS pandemie vir die Suid-Afrikaanse ekonomie so veel as 17% in groei kan kos teen die einde van 2010 (Loening-Voysey, 2002).

Die MIV en VIGS pandemie het ook verreikende gevolge vir kinders wat geïnfekteer word deur die virus. Geïnfekteerde babas en kleuters lei gewoonlik aan swak nutrisie en gesondheid, wat reflekteer in simptome van swak ontwikkeling (Ebersohn & Eloff, 2002). Pediatrisiese MIV en VIGS teiken 'n ontwikkelende sentrale senuweestelsel wat die bereiking van normale ontwikkelingsmylpale negatief beïnvloed (Batshaw, 2002; Davis-McFarland, 2000). Ontwikkelingsagterstande en -afwykings is kenmerkend van 25 tot 90% van kinders met MIV en VIGS (Layton & Davis McFarland, 2000). MIV en VIGS in babas en kleuters het ernstige neuro-ontwikkelings-, kognitiewe-, motoriese-, oraal-motoriese- en voedingsafwykings tot gevolg wat negatiewe implikasies vir taalontwikkeling en kommunikasievaardighede tot gevolg het, en wat hierdie kinders kandidate maak vir VKI dienslewering (Davis McFarland, 2000).

Die teenwoordigheid van MIV en VIGS beïnvloed ook die familiestrukture, deur die verlies aan een of beide ouers. Daar is in 2001 beraam dat daar in die Suid-Afrikaanse konteks 662, 000 VIGS-weeskinders is. Daar word beraam dat teen 2010 ongeveer 1.5

miljoen kinders, wees gelaat sal word as gevolg van MIV en VIGS (Barolsky, 2003). Hierdie kinders word dus groot in 'n omgewing waar hul beperkte stimulasie ontvang wat 'n negatiewe impak op kommunikasieontwikkeling mag hê (Bam, Kritzinger & Louw, 2003; Louw, 2004). Weens die MIV en VIGS pandemie in die Suid-Afrikaanse konteks word daar nog meer klem geplaas op die implementering van VKI.

- ***Fetale Alkoholsindroom:***

'n Verdere risikofaktor uniek aan die Suid-Afrikaanse konteks en wat o.a. die gemeenskappe van die wynindustrieë in die Wes-Kaap affekteer is die verhoogde prevalensie van fetale alkoholsindroom (FAS). Dit hou verband met die praktyk in die wyn industrieë waar die werkers as deel van hulle lone, in die verlede wyn ontvang het. Die prevalensie van 4.8% in die Wellington distrik in die Wes-Kaap is ongeveer 24 keer hoër as in die prevalensie van 1 tot 2 per 1000 geboortes in ontwikkelde lande (Kritzinger, 2000; Viljoen, 1999). Navorsing het bewys dat fetale alkoholsindroom die grootste oorsaak van nie-genetiese kognitiewe inperking in die Westerse wêreld is, sowel as die enigste oorsaak wat 100% voorkombaar is. Daar is bevind dat FAS ook lei tot lae geboortegewig en prematuriteit (98%), verstandelike en motoriese afwykings (89%), spraak-taalafwykings (80%), gehoorverlies (20%), voedingsprobleme (20%), outisme/gedragsprobleme (20%), hart- en nierafwykings (29%), sig probleme (25%), en gesplete lip/verhemelte (7%) (Loser, 2007; Viljoen, 1999). Hierdie toestande wat sekondêr tot FAS voorkom plaas babas/kleuters in gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en klassifiseer die babas/kleuters as kandidate vir VKI dienslewering.

- ***Gehoerverlies:***

'n Totaal van 5% van die Suid-Afrikaanse populasie het een of ander tipe van 'n gestremdheid, waarvan 'n gehoorverlies 0,7% van die totale syfers uitmaak (Swanepoel, 2004). Volgens hierdie persentasies word daar bereken dat 'n totaal van 313 600 individue uit die gesamentlike populasie van 44, 8 miljoen individue met 'n gehoorverlies presenter. Van die populasie wat 'n gestremdheid toon, is 'n beraamde 9,4% van die syfers kinders tussen die ouderdom van 1 tot 15 jaar ("Children in 2001", 2000), wat dus

deur effektiewe VKI dienslewering vroegtydig geïdentifiseer kan word en die nodige VKI dienslewering ontvang.

Van al die gestremdhede by kinders in Suid-Afrika, is die prevalensie van 'n bilaterale gehoorverlies 22%, dit is dus ongeveer 260 uit 100 000 lewende geboortes, vanwaar 'n addisionele 4% veelvuldige gestremdhede het waarvan 'n gehoorverlies ook teenwoordig is ("Children in 2001", 2000; Swanepoel, 2004). 'n Variërende graad van konduktiewe gehoorverlies wat veroorsaak word deur periodes van otitis media kom by 75 tot 95% van die Suid-Afrikaanse voorskoolse populasie voor (Swanepoel, 2004).

Die voorkoms van 'n gehoorverlies het talle negatiewe implikasies vir die individu, en die Suid-Afrikaanse ekonomie, wat VKI dienslewering beklemtoon. Oneffektiewe vroeë diagnosering van en intervensie vir babas en kleuters met 'n gehoorverlies, lei daartoe dat hierdie kinders nie teen dieselfde tempo as hulle normaal horende ouderdomsgroep in taal, kognisie en sosio-emosionele vaardighede ontwikkeling nie. Yoshinaga-Itano het reeds in die 1990's bewys dat babas en kleuters se taalvermoëns wat kort na geboorte met 'n gehoorverlies geïdentifiseer is, kenmerkend beter gevorder het as kinders wat op 'n latere ouderdom gediagnoseer is, aangesien die kinders wat op 'n latere ouderdom gediagnoseer word 'n twee tot vier jaar agterstand vertoon in hulle spraak- en taalvaardighede (Hugo & Louw, 2001). Swanepoel (2004) beklemtoon die behoefte aan vroeë identifisering van gehoorverlies in die Suid-Afrikaanse konteks, en dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke as 'n ideale konteks kan dien vir die toepassing van die vroeë identifikasie van 'n gehoorverlies. Hierdie kontekste is egter nie toegerus vir die implementering van vroeë identifikasie van gehoorverlies nie (Swanepoel, 2004).

Die voorafgaande oorsig oor die risikofaktore wat 'n baba/kleuter in die Suid-Afrikaanse konteks 'n kandidaat maak vir VKI, beklemtoon die unieke uitdagings waarmee die spraak-taalterapeute en audioloë in Suid-Afrikaanse konteks gekonfronteer word. Dit blyk duidelik dat VKI in Suid-Afrika voorsiening moet maak vir die voorkoming en uitskakeling van die unieke risikofaktore wat die babas en kleuters weerhou om optimaal vanuit hulle omgewing te kan leer. 'n Goeie begrip van hierdie faktore sal bydrae tot die

vroeë identifisering van hoërisikobabas en -kleuters, tesame met die effektiewe voorkoming van ontwikkelingsafwykings.

2.4 VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIE IN DIE SUID-AFRIKAANSE KONTEKS: GESONDHEIDSISTEEM EN GEPUBLISEERDE NAVORSING.

Spraak-taalterapeute en oudioloë in Suid-Afrika is toenemend betrokke by VKI met hoërisikobabas (0 tot 3 jaar) en gevolglik bestaan daar 'n groeiende aanvraag in Suid-Afrika na spraak-taalterapeute en oudioloë wat opgelei is in VKI. VKI is 'n relatief nuwe veld in Suid-Afrika, met beperkte gepubliseerde navorsing in die unieke Suid-Afrikaanse konteks en die uitdagings gestel aan VKI dienslewering.

Uitdagings soos voldoende befondsing, publieke bewustheid, beperkte professionele opleiding in VKI, effektiewe spanwerk en verwysingsisteme, 'n gebrek aan identifiseringsprogramme, asook beperkte navorsing bemoeilik ontwikkeling in die vakgebied.

Om 'n beter begrip van VKI in Suid-Afrika te ontwikkel, moet die gesondheidsisteem, wat die ideale konteks is vir die verskaffing van toeganklike VKI dienste, van naderby beskou word. Die Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem waarbinne VKI kan geskied sowel as die gepubliseerde Suid-Afrikaanse navorsing oor VKI word in meer diepte bespreek, sodat 'n beter begrip getoon kan word vir die leemtes wat daar in die navorsing en in die veld van VKI binne dié Suid-Afrikaanse konteks bestaan. Die doel van die bespreking is om die leemtes in toekomstige navorsing aan te spreek, sodat VKI dienslewering effektief binne die Suid-Afrikaanse konteks geïmplementeer kan word.

2.4.1 VKI binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgsisteem.

Die beroep van spraak-taaltherapie en oudiologie in Suid-Afrika het 'n paradigma skuif ondergaan in 'n poging om die wanbalans wat daar bestaan het in die dienslewering aan alle bevolkingsgroepe te verbeter, opleidingsprogramme aan te spreek en om navorsingspogings te fokus op die unieke Suid-Afrikaanse konteks (Kritzinger, 2000). Alhoewel die beroep van spraak-taaltherapie en oudiologie 'n tradisie het van die verskaffing van kwaliteit dienste aan individue met kommunikasieafwykings, was die fokus van hierdie dienste beperk en sedert die 1990's is daar volgehoue pogings om dienste op die behoeftes van die totale Suid-Afrikaanse populasie te rig en die unieke uitdagings van die Suid-Afrikaanse konteks ingedagte te hou (Kritzinger, 2000).

In 1994 het daar 'n transformasie in die nasionale Gesondheidsorgsisteem plaasgevind, deurdat 'n beleid van Primêre Gesondheidsorg ingestel is (Pickering et al., 1998). Primêre Gesondheidsorg is 'n praktiese benadering om essensiële, bekostigbare Gesondheidsorg vir individue en families in gemeenskappe van Suid-Afrika beskikbaar te stel.

Die politiese veranderinge sedert 1994 in Suid-Afrika en die nuwe beleid van die regering wat fokus op die beperking van die effek van armoede en die regstelling van ongelyke regte, het veranderinge teweeg gebring in die nasionale gesondheidsbeleid (ANC, 1994; "Department of Health", 1997). Binne die Primêre Gesondheidsorgsisteem moet die fokus van beplanning en hantering van spraak-taaltherapie en oudiologiese dienste, insluitende VKI dienslewering, dit ten doel stel om strategieë te ontwikkel vir die voorkoming van kommunikasieafwykings en om dienste aan die hoërisikobabas en kleuters te verskaf.

Die doel van die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid is om aan die gesondheidsbehoefte van die hele populasie te voldoen deur te fokus op 'n intersektorale benadering met klem op Gesondheidsorg eerder as mediese sorg en met spesiale verwysing na die verstandhouding dat alle individue dieselfde regte tot Gesondheidsorg het (Bower et al., 1997).

Primêre Gesondheidsorg fokus op voorkoming, behandeling, rehabilitasie en bevordering van gesondheid, en poog om dienste se beskikbaarheid aan die totale populasie te verhoog. Gesondheidsorg in Suid-Afrika word in ses vlakke verdeel soos geïllustreer in Tabel 2.4:

**Tabel 2.1: Die ses vlakke van Gesondheidsorg in Suid-Afrika
(Departement van Gesondheid, 1997)**

VLAK 1	VERSKAFFING VAN BASIESE BEHOEFTE Veilige drinkwater Verskaffing van voedsel Infrastruktuur en basiese behuising Verskaffing van rioolsisteen
VLAK 2	GESONDHEIDSOPVOEDING Minimum vlak van opleiding Opleiding en opvoeding
VLAK 3	PRIMÊRE GESONDHEIDSORG Self-help dienste Gemeenskapsverplegingsdienste Gemeenskapsgesondheidsklinieke en sentrums
VLAK 4	GEMEENSKAPSHOSPITALE
VLAK 5	STREEKSHOSPITALE
VLAK 6	AKADEMIESE HOSPITALE

Primêre Gesondheidsorg word hoofsaaklik op die eerste drie van die ses gesondheidsvlakke in Suid-Afrika toegepas (Kritzinger, 2000). Aangesien daar op die vlak van Primêre Gesondheidsorg gepoog word om Gesondheidsorg meer toeganklik te maak, het die Departement van Gesondheid die inisiatief geneem om 'n verpligte gemeenskapsdiensjaar vir pas afgestudeerde gesondheidstudente in te stel (Swanepoel, 2004). Pas afgestudeerde rehabilitasie- en gesondheidsorg personeel soos o.a. spraak- taalterapeute, oudioloë, arbeidsterapeute, fisioterapeute, aptekers, dieetkundiges en mediese dokters word jaarliks landwyd in gemeenskapsdiensposte geplaas (Swanepoel, 2004). Deur hierdie verpligte gemeenskapsdiensjaar is die dienste wat aan die gemeenskappe in die gemeenskapsdienskonteks verskaf word, in ooreenstemming met ASHA (1989) se beginsels vir effektiewe VKI dienste, meer gemeenskapsgebaseerd.

Gemeenskapsgebaseerde VKI word binne die Primêre Gesondheidsorg model voorgestel as die wyse waarop VKI dienste in die ontwikkelende Suid-Afrikaanse kontekste geïmplementeer kan word (Fair & Louw, 1999). Binne die Primêre Gesondheidsorgsisteem kan beide voorkomende en rehabiliterende dienste verskaf word, wat in ooreenstemming is met die sleutelkomponente van VKI dienslewering (ASHA, 1989), in die vorm van:

- Prenatale sorg, voorgeboortelike klasse en gesinsbeplanning
- Fisiese mediese ondersoek vir die vroeë diagnosering van beperkende gesondheidsprobleme.
- Voorkomende dienste in die vorm van gesondheidsbevordering, gesondheidsberading en immunisering teen siekte toestande.
- Vroeë identifikasie van sensoriese- en ontwikkelingsafwykings.
- Tuisbesoeke en gemeenskapsuitreik programme (Kritzinger, 2000; Kritzinger & Louw, 2004).

Deur VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke te implementeer, kan samewerkende dienslewering tussen VKI en Primêre Gesondheidsorg verhoog word (Kritzinger, 2000). Beide die Primêre Gesondheidsorgmodel en die VKI benadering stel voorkoming en die vroeë identifikasie van afwykings as sentrale doelwit voor. Die

implementering van VKI in die Gesondheidsorgsisteem in Suid-Afrika is deur talle navorsers geïdentifiseer as die wyse waarop die dienste aan babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking bevorder kan word (Delport, 1998; Fair & Louw, 1999; Louw, 1997; Moodley, 1999; van Rooyen, 2006).

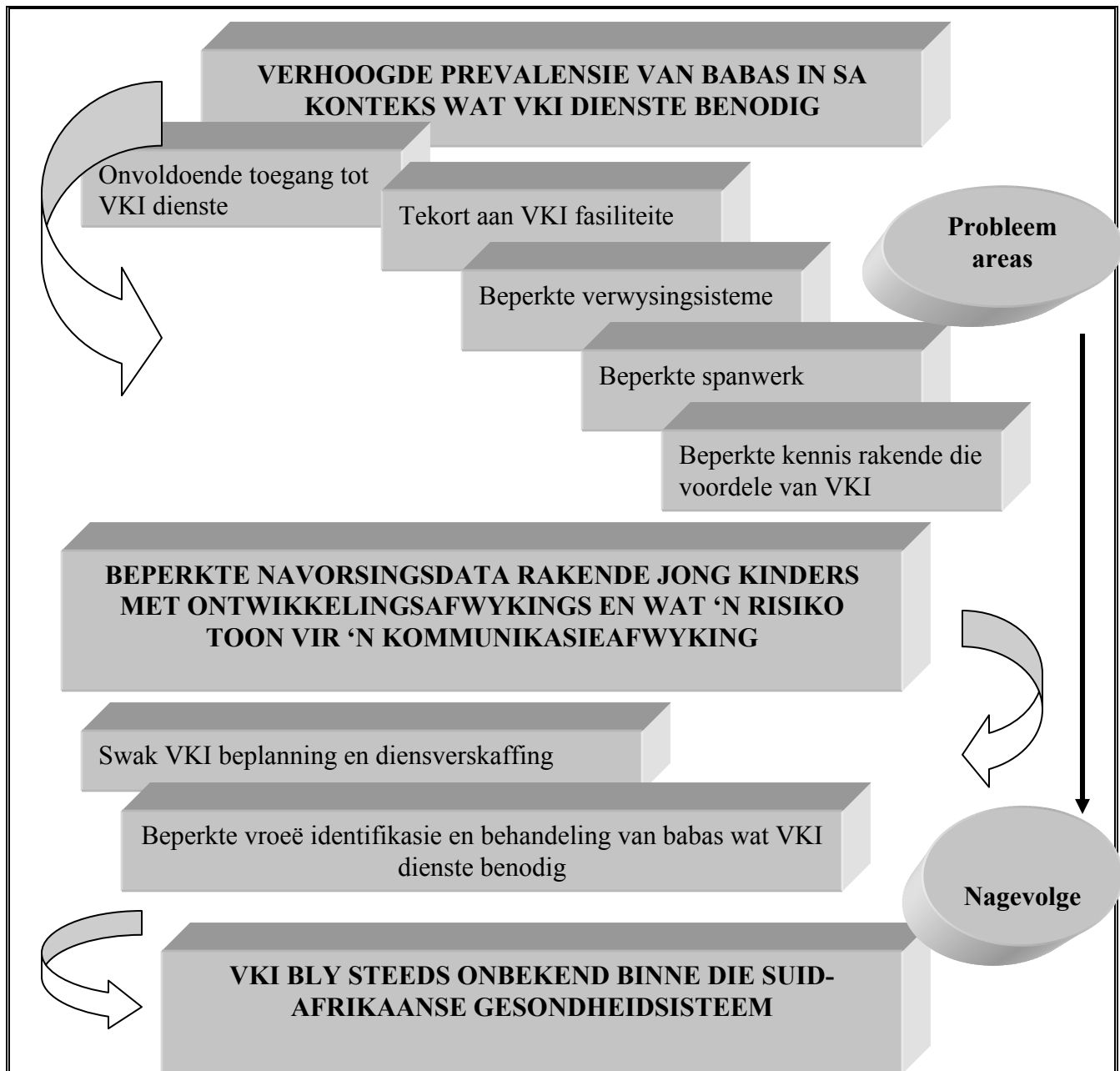
2.4.2 Vroeë Kommunikasie Intervensie en gepubliseerde navorsing in SA:

Navorsing tot op hede het hoofsaaklik gefokus op die beskrywing van die verskillende populasies wat VKI dienste benodig, die beskrywing van sorggewers se persepsies en ervarings van hul hoërisikobabas wat VKI dienste ontvang, asook die beskrywing van beskikbare VKI programme (Kritzinger, 2001; Kritzinger, Louw & Hugo, 1996; Fair & Louw, 1999; Brenner & Levin, 1998). In die VSA is die onderwerp van VKI dienslewering deur spraak-taalterapeute en oudioloë breedvoerig aangespreek in die literatuur (Guralnick, 2005), maar tot op hede en sover bekend, is daar beperkte gepubliseerde navorsing oor spraak-taalterapeutiese en oudiologiese dienslewering aan hoërisikobabas (0 tot 3 jaar) in die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorg klinieke.

Malan (1993) het reeds in die vroeë 1990's bevind dat hoewel sommige hospitale, universiteite, privaatpraktyke en skole vir buitengewone onderwys in Suid-Afrika wel VKI dienste aan hoërisikobabas verskaf, dit slegs in 'n beperkte mate geskied, hoofsaaklik as gevolg van 'n gebrek aan tyd en mannekrag wat meegebring het dat 'n beperkte aantal hoërisikobabas effektiewe VKI dienste in Suid-Afrika ontvang. Die resultate van Malan (1993) se studie kon nie veralgemeen word nie, aangesien die steekproef beperk was.

Sedert 1993 het groot verwickelinge egter in VKI in die Suid-Afrikaanse konteks plaasgevind in 'n poging om die talle leemtes en uitdagings te identifiseer en aan te spreek. Beide ongepubliseerde en gepubliseerde navorsing wat oor die afgelope twintig jaar uitgevoer is oor babas en kleuters in die ontwikkelende gemeenskappe in Suid-Afrika, dui daarop dat daar 'n leemte in die literatuur bestaan wat betref spraak-taalterapeute en oudioloë se werksaamhede in VKI in Suid-Afrika en die stand van VKI dienslewering (Louw, 1990; Fair & Louw, 1999).

Die behoefte aan VKI navorsing binne die Suid-Afrikaanse konteks word beklemtoon wanneer die probleme binne die plaaslike dienslewering sisteme en die nagevolge van hierdie probleme in ag geneem word. Figuur 2.5 illustreer die kenmerkende uitdagings wat aan VKI dienslewering in Suid-Afrika gestel word, wat verdere navorsing beklemtoon (Kritzinger, 2000).



Figuur 2.3: Uiteensetting van die probleem areas wat verband hou met VKI dienslewering in die SA konteks (Kritzinger, 2000).

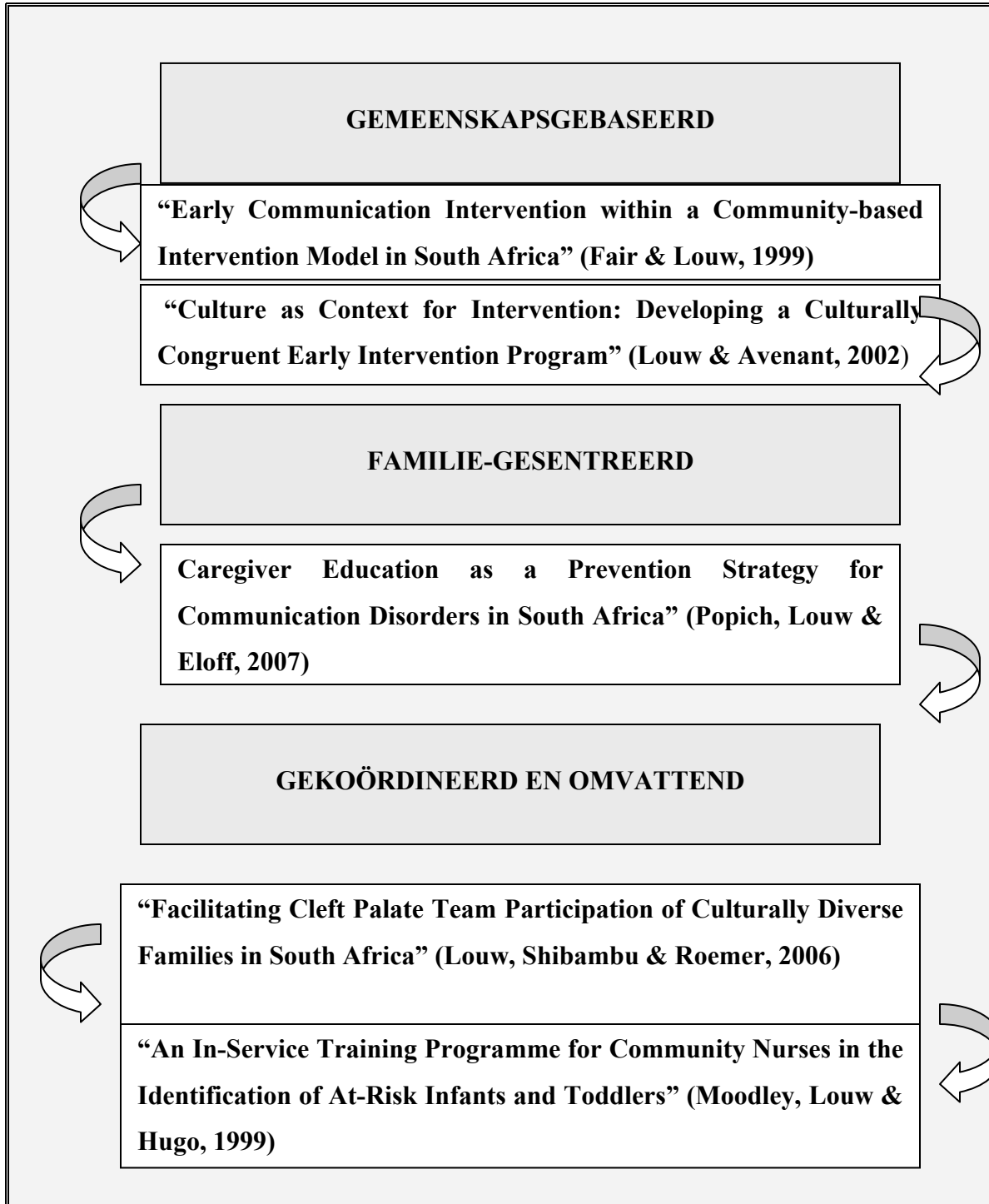
Die volgende afleidings kan op grond van Figuur 2.5 gemaak word:

- Suid-Afrika het 'n verhoogde prevalensie van babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van gestremdhede en ontwikkelingsafwykings. Aangesien kommunikasieontwikkeling die bekendste simptome van 'n ontwikkelingsafwykings of -gestremtheid is by kinders onder drie jaar, het SA 'n groot populasie van jong kinders wat VKI dienste benodig.
- Onvoldoende toegang tot gesondheidsorg en rehabilitasie fasiliteite vir die gemeenskappe wat in armoede en in landelike gebiede woon, impliseer dat die vroeë identifikasie van gestremdhede en risikofaktore, gevolg deur vroeë behandeling, nie effektief plaas vind nie.
- Die oneffektiewe toepassing van VKI dienslewering, hou nie net verband met onvoldoende toegang tot fasiliteite nie, daar is ook 'n tekort aan beskikbare publieke en private VKI fasiliteite wat dienste kan verskaf aan die totale populasie van hoërisikobabas en kleuters en hulle families (Kritzinger, 2000).

Daar is plaaslike gepubliseerde navorsing beskikbaar, wat riglyne verskaf om die uitdagings kenmerkend aan die Suid-Afrikaanse konteks wat die implementering van VKI dienslewering beïnvloed, aan te spreek. Hierdie plaaslike artikels word vervolgens bespreek na aanleiding van die vier sleutelkomponente wat deur ASHA (1989) vir die verskaffing van effektiewe VKI dienslewering geformuleer is.

Die Suid-Afrikaanse babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking verteenwoordig 'n populasie waarop die tradisionele modelle van VKI dienslewering nie toegepas kan word nie. Wanneer dienste vir hierdie populasie aangepas of nuut ontwerp word, moet ASHA (1989) se vier sleutelkomponente vir effektiewe dienslewering toegepas word naamlik, familiegesentreerde, gekoördineerde, omvattende en gemeenskapsgebaseerde intervensie, om aan die jong hoërisikokind se behoeftes in die Suid-Afrika konteks te voldoen (ASHA, 1989; Weitzner-Lin, 2004).

Figuur 2.6 illustreer hoe die gepubliseerde navorsing inskakel by die sleutelkomponente van ASHA (1989) en waarvolgens 'n kritiese evaluasie van die gepubliseerde navorsing gaan geskied.



Figuur 2.4: 'n Uiteensetting van die wyse waarop die gepubliseerde navorsing aangebied gaan word.

Die volgende plaaslike artikels is geselekteer van Fair en Louw (1999) “Early Communication Intervention within a Community-Based Intervention Model in South Africa” en Louw en Avenant (2002) “Culture as Context for Intervention: Developing a Culturally Congruent Early Intervention Program” onder die sleutelkomponent gemeenskapsgebaseerd. Fair en Louw (1999) het dit ten doel gestel het om gemeenskapsgebaseerde intervensie binne die Primêre Gesondheidsorgmodel voor te stel as die wyse waarop Gesondheidsorg in die ontwikkelende konteks geïmplementeer behoort te word, alhoewel die toepassing van gemeenskapsgebaseerde intervensie sekere probleme kan oplewer. Louw en Avenant (2002) het kultuur as ’n konteks vir VKI beskryf.

Popich et al., (2007) se “Caregiver Education as a Prevention Strategy for Communication Disorders in South Africa” is geselekteer om leemtes en bydraes in die familie-gesentreerde benadering tot VKI te identifiseer. Popich et al., (2007) het dit ten doel gestel om ouers se behoeftes aan inligting oor kommunikasieafwykings te identifiseer en aan te spreek.

“Facilitating Cleft Palate Team Participation of Culturally Diverse Families in South Africa” van Louw et al., (2006) en “An In-Service Training Programme for Community Nurses in the Identification of At-Risk Infants and Toddlers” van Moodley et al., (1999) is geselekteer vir die identifisering van leemtes en bydraes in die sleutelkomponente van omvattende en gekoördineerde dienslewering, omdat hierdie gepubliseerde navorsing dit ten doel gestel het om ’n transdissiplinêre spanbenadering te gebruik om ’n samewerkende spanbenadering tussen gemeenskapsverpleegsters en spraak-taalterapeute en oudioloë te ontwikkel, sowel as om kulturele variasies wat die familie se deelname aan die spanbenadering beïnvloed, te identifiseer en te beskryf.

’ Vroeë kommunikasie intervensie beginsel: Gemeenskapsgebaseerde Intervensie:

Ten einde die maksimale ontwikkelingspotensiaal van ’n hoërisikokind te fasiliteer beveel ASHA (1989) die verskaffing van gemeenskapsgebaseerde dienste aan, om sodoende intervensie dienste wat maklik verkrygbaar en toeganklik is vir families en hulle kinders

te verseker. Gemeenskapsgebaseerde intervensie binne die Primêre Gesondheidsorg-model is deur verskeie studies (Fair & Louw, 1999; Avenant & Louw, 2002) voorgestel as die wyse waarop Gesondheidsorg in die ontwikkelende kontekste geïmplementeer behoort te word (Fair & Louw, 1999).

’n Gemeenskapsgebaseerde filosofie ten opsigte van diensverskaffing word gelei deur die sentrale konsep onderliggend aan gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie. Dit is ’n strategie vir die voorkoming en die vroeë identifikasie van afwykings wat deur die Wêreld Gesondheids Organisasie (WHO, 2003) voorgestel is. Dit beklemtoon die behoefte aan dienste vir so veel as moontlik gemeenskapslede in die mees koste effektiewe en op die mees kulturele toepaslike wyse.

Fair en Louw (1999) het ’n VKI model gekonseptualiseer vir die implementering van VKI dienslewering binne ’n gemeenskapsgebaseerde konteks. Die behoefte aan VKI dienslewering binne die ontwikkelende konteks kan volgens Fair en Louw (1999) aangespreek word deur die implementering van hul voorgestelde model van VKI dienslewering deur gemeenskapsgebaseerde intervensie. Die model beklemtoon die rol van die familie in die intervensie proses, motiveer die implementering van gemeenskapsgebaseerde dienste en fokus op die bemagtiging en opleiding van ander (Fair & Louw, 1999).

Gemeenskapsgebaseerde intervensie het ontwikkel uit die behoefte in veral ontwikkelende lande om rehabilitasie dienste aan individue met gestremdhede te verskaf binne die konteks van hulle familie en hul groter gemeenskap. Dit beteken ’n verskuiwing weg van praktykgerigte dienste, waar individue met spesiale behoeftes gewoonlik dienste in isolasie weg vanaf hulle familie en groter gemeenskap ontvang het (Chaundhurry, Menon-Sen & Sinken, 1995). Die bydrae wat die gemeenskapsgebaseerde intervensie model kan lewer is dat die jong kind wat VKI dienste benodig binne sy/haar natuurlike konteks dienste ontvang, die sorggewers effektief opgelei kan word ten einde risikofaktore te minimaliseer en kommunikasieafwykings te kan voorkom en/of vroeër te kan identifiseer. Vir die

implementering van hierdie model word 'n “agent vir verandering” benodig om die VKI dienslewering proses op die vlak van die gesondheidsorg, sowel as op die vlak van die gemeenskap te fasiliteer (Fair & Louw, 1999). Hierdie uitdaging kan aangespreek word deur die aktiewe betrokkenheid van die spraak-taalterapeut op alle vlakke van bestuur, navorsing, diensverskaffing en opleiding, ten einde effektiewe en verantwoordbare VKI dienslewering tot die voordeel van die jong hoërisikokind binne die ontwikkelende gemeenskap van Suid-Afrika te verskaf.

Volgens Fair en Louw (1999) is daar talle uitdagings wat geïdentifiseer is in gemeenskapsgebaseerde intervensie o.a.:

- Die samewerking tussen die verskillende deelnemers aan die proses. Effektiewe gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie is 'n komplekse proses aangesien die behoeftes en die stressors van die families wat in armoede lewe gewoonlik die ontwikkelingsbehoefte van hulle kinders met spesiale behoeftes oorskry (Baxter & Kahn, 1996; Lequerica, 1997). Navorsings resultate het aangedui dat die behoeftes wat deur die families met hoërisikobabas geïdentifiseer is eenders is en in volgorde van prioriteit verband hou met, behoefte aan voedsel, behuising, vervoer, mediese behoeftes en die behoeftes van die kind (Baxter & Kahn, 1996). Die ontwikkelingsbehoefte van die baba is bevind om nie die belangrikste behoefte van die familie te wees nie. 'n Verdere probleemarea in gemeenskapsgebaseerde intervensie is die swak bywoning en deelname van kliënte aan die intervensie program. Hierdie swak teenwoordigheid kan toegeskryf word aan o.a. finansiële faktore (Bulmer, 1999); ouers se vlak van opvoeding en die ouers se graad van sosiale ondersteuning (Kritikos & Kahn, 1999).
- 'n Ander moontlike struikelblok vir die effektiewe implementering van die gemeenskapsgebaseerde model vir VKI dienslewering is dat die prioriteite binne die gemeenskap varieer. Aspekte soos armoede, geweld, swak nutrisie en informele behuisingsprobleme in 'n gemeenskap, kan die Primêre Gesondheidsorg werkers se prioriteite oorskry, aangesien hierdie aspekte die individu se basiese behoefte en eerste prioriteit is (Chaundhury et al., 1995).

- Verder is die beskikbaarheid aan ondersteuningsisteme soos Primêre Gesondheidsorgklinieke en streekshospitale van belang vir die sukses van 'n gemeenskapsgeentreerde intervensie program. Dit is oneties as 'n gemeenskap bewus gemaak word van hulle behoeftes en die primêre gesondheidswerkers nie daartoe in staat is om hulpbronne te verskaf of om die plaaslike gemeenskap se behoeftes aan te spreek nie.
- Ander uitdagings kan egter ook binne die gemeenskap self voorkom. Daar word dikwels met gemeenskapsgebaseerde intervensie aangeneem dat die gemeenskap gretig gaan wees om bemagtig te word en dat hulle verantwoordelikheid sal aanvaar (Chaundhury et al., 1995). Die onvermoë van die gemeenskapslede om verantwoordelikheid te neem mag toe geskryf word aan armoede, tekort aan infrastruktuur, tekort aan selfvertroue in hulle eie vermoë of weens 'n tekort aan belangstelling.
- Die kulturele persepsies van 'n gemeenskap wat betref 'n ontwikkelingsafwyking en/of gestremdheid kan die effektiewe implementering van gemeenskapsgebaseerde intervensie negatief beïnvloed, en daarom kan 'n breë sosiale verandering in die houding van die gemeenskap moontlik nodig wees.

Fair en Louw (1999) beveel aan dat die ontwikkeling van VKI dienste gemeenskapsgebaseerd moet wees en dat die gekonsepsualiseerde model wel binne die Suid-Afrikaanse gemeenskapsdienskontekste gebruik kan word om VKI dienste te implementeer. Nuwe vraagstukke is deur Fair en Louw (1999) geïdentifiseer rakende hoe families, spanlede en die gemeenskap betrek kan word vir die verskaffing van effektiewe VKI dienslewering.

Fair en Louw (1999) beskryf 'n gemeenskapsgebaseerde intervensie model wat aangewend kan word vir die verskaffing van VKI dienslewering in die plaaslike konteks. Alhoewel die artikel van Fair en Louw (1999) waardevolle insette lewer bestaan daar egter 'n leemte. Aangesien die model op 'n sterk teoretiese basis berus, kan dit benut word as rigting aanduidend vir VKI dienslewering in die primêre gesondheidsorgklinieke. Alhoewel hierdie teoretiese model as riglyn benut word deur praktiserende klinici, is die

toepassing daarvan tot op hede nie empiriese ondersoek nie. Gevolglik bestaan daar geen bewyse dat die model as beste praktyk aanvaar kan word nie. Verdere beskrywende navorsing oor die toepasbaarheid van die model word benodig.

' ***Vroeë kommunikasie intervensie beginsel: Familie-Gesentreerd Intervensie:***

Familie-gesentreerde intervensie is een van die onderliggende beginsels vir effektiewe VKI, en dit beklemtoon die huidige benadering in terapie om die sosiale omgewing van die kind met 'n kommunikasieafwyking by terapie te betrek, eerder as om net te fokus op die kommunikasieafwyking (ASHA, 1989; Rossetti, 2001). 'n Familie-gesentreerde benadering poog om die behoeftes van die kind met 'n kommunikasieafwyking aan te spreek binne die kind se direkte sosiale omgewing, naamlik die familie. Die lae sosio-ekonomiese agtergrond van talle families binne die Suid-Afrikaanse konteks en die families se gebrek aan bewustheid van VKI dienste is 'n uitdaging aangesien dit die effektiewe implementering van 'n familie-gesentreerde VKI dienslewering beïnvloed (Popich et al., 2007).

Popich et al., (2007) het met die uitvoer van hulle studie erken dat daar 'n noue verband bestaan tussen die kommunikasieontwikkeling in die vroeë jare en die stimulasie wat ontvang word van die primêre sorggewers. 'n Versteurde interaksie tussen die sorggewer en die jong kind, plaas die kind in gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Owens, 2001). Die rol van die sorggewer en die familie is krities in optimale kommunikasieontwikkeling en kan nie geïgnoreer word nie. Vir ouers om 'n sentrale rol in die vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings te speel, moet hulle ingelig en opgelei word, om hulle te bemagtig om as aktiewe deelnemers van die VKI span te word (Popich, 2003). Ten spyte van die belangrike rol wat die sorggewer speel, is nie alle ouers ewe toegerus om optimale kommunikasieontwikkeling te fasiliteer nie.

Beide gepubliseerde en ongepubliseerde navorsing het bewys dat ouers konstant 'n behoefte aan meer inligting rakende die ontwikkeling van hulle kind vertoon

(Barkhuizen, 2004; Baxter & Kahn, 1999). Baxter en Kahn (1999) het lae inkomste families in die VSA geteiken en bevind dat die meerderheid van die ouers 'n behoefte aan meer inligting gehad het. Popich et al., (2007) het die behoefte aan meer inligting wat aan ouers van jong kinders verskaf moet word, beklemtoon. Selfs die ouers van normale ontwikkelende babas het 'n behoefte aan meer inligting oor hul kind se kommunikasieontwikkeling getoon (Popich et al., 2007). Barkhuizen (2004) het in 'n ongepubliseerde navorsing bevind dat sorggewers van babas/kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking 'n ernstige behoefte het aan meer inligting rakende hulle kind se ontwikkeling.

Kliniese ervaring het aangedui dat ouers in sekere Suid-Afrikaanse gemeenskappe nie effektief ingelig word rakende risikofaktore vir kommunikasieafwykings nie (Hugo & Pottas, 1997).

Ten einde ouers se behoefte aan meer inligting te kan vervul, het Popich (2003) met die uitvoer van die navorsing van 'n groep ouers vanuit 'n stedelike gemeenskap in Gauteng: Suid-Afrika gebruik gemaak, om 'n hulpmiddel te kan ontwikkel vir die opleiding van sorggewers as strategie vir primêre voorkoming van kommunikasieafwykings binne 'n spesifieke Suid-Afrikaanse gemeenskap. Popich et al., (2007) se navorsing het dit ten doel gestel om die behoefte aan die voorkoming van kommunikasieafwykings te beklemtoon. Die studie het verder klem geplaas op voorkomings strategieë met verwysing na die Suid-Afrikaanse konteks, die voordele van sorggewer opleiding, en om VKI spanlede se deelname aan voorkomingsaksies deur die verskaffing van praktiese riglyne en strategieë te motiveer ten einde 'n hulpmiddel vir die opleiding van sorggewers te kan ontwikkel (Popich et al., 2007). Hierdie hulpmiddel in die vorm van 'n video is deur Popich et al., (2007) ontwikkel vir die gebruik in primêre voorkomingsprogramme. Die video dien as 'n voorbeeld van hoe spraak-taalterapeute kan bydra tot en aktief kan deelneem aan primêre voorkoming van kommunikasieafwykings.

'n Totaal van 184 ouers vanuit 'n stedelike gemeenskap het aan die studie van Popich et al., (2007) deelgeneem. Hierdie ouers vanuit stedelike gemeenskappe is die eerste kritiek

op die studie, aangesien die SA konteks hoofsaaklik gekenmerk word deur landelike gebiede soos uiteengesit in Fair en Louw (1999). 'n Totaal van 91% persent van die deelnemers was beide ouers, wat nie tipies is aan die SA konteks in die familie struktuur nie as gevolg van die verhoogde egskeidingsyfer en die kulturele aspekte in die SA gemeenskappe waar die moeder verantwoordelik is vir die baba/kleuter, en die vader 'n onaktiewe rol vervul (Louw et al., 2005). Die vlak van opvoeding van die deelnemers het daarop gedui dat 58% tersiêre opleiding ontvang, terwyl 7% sekondêre opleiding gehad het. Die deelnemers was doelbewus vanuit 'n hoë-middel inkomste klas, weereens nie kenmerkend aan die realiteit van die SA konteks nie. Popich (2003) het egter binne die doelwitte van die navorsingstudie beklemtoon dat die studie uitgevoer en gemik is op 'n spesifieke populasie en dat die hulpmiddel as 'n riglyn vir spraak-taalterapeute kan dien met die bemagtiging van die sorggewers en ander VKI spanlede.

Popich et al., (2007) se navorsing lewer 'n belangrike bydrae tot die veld van VKI in Suid-Afrika, aangesien daar met die studie die volgende kliniese en navorsings implikasies geïdentifiseer is:

- 'n Hulpmiddel is ontwikkel wat aangewend kan word om inligting aan die sorggewers van hoërisikobabas en -kleuters te verskaf ten einde hulle te bemagtig en aktief by die intervensie proses te betrek (Popich et al., 2007).
- Spraak-taalterapeute moet meer betrokke raak in die verskaffing van samewerkende dienslewering binne 'n interdisiplinêre spanverband vir die voorkoming van kommunikasieafwykings. Dit impliseer dat spraak-taalterapeute oueropleiding en opleiding aan die professionele lede wat deelneem aan die voorkomingspogings en transdisiplinêre VKI dienslewering, moet verskaf (Popich et al., 2007). Dit beklemtoon dat daar 'n beweging moet plaasvind na meer konsulerende dienslewering deur spraak-taalterapeute in die VKI dienslewerings proses.
- Die spraak-taalterapeut moet die kulturele aspekte van 'n spesifieke gemeenskap ten opsigte van kommunikasieafwykings in ag neem met die ontwikkeling van

hulpbronne en materiaal oor kommunikasieafwykings, ten einde gemeenskapslede wat nie Afrikaans en Engels magtig is nie te kan bereik en hulle ook in staat te stel om kommunikasieafwykings te kan identifiseer en deel te kan wees van die VKI diensleweringproses (Popich et al., 2007).

Soos vroeër genoem het Popich et al., (2007) dit duidelik gestel dat die video vir 'n spesifieke populasie ontwikkel is en daar is bewys dat dit deur ouers as treffend en effektief beoordeel is. Popich (2003) het aanbeveel dat die konsep van inligtingsverskaffing aan ouers oor voorkoming van kommunikasieafwykings in ander kulturele en sosio-ekonomiese status ondersoek word. Dit sal uit aard van die saak 'n ander navorsings metode verg, en die uitkoms sal dan 'n kultureel en linguïsties toepaslike hulpmiddel tot gevolg hê, wat in onder andere die Primêre Gesondheidsorgklinieke gebruik sal kan word.

' Vroeë kommunikasie intervensie beginsel: Gekoördineerde en omvattende intervensie:

Die koördinerings van dienste is van belang vir effektiewe VKI en behels die funksionering binne spanverband en effektiewe gevalsbestuur (ASHA, 1989; Louw, 1997). Die Suid-Afrikaanse regering se Primêre Gesondheidsorg beginsels verskaf die geleentheid aan spraak-taalterapeute, oudioloë en ander professionele spanlede soos die verpleegkundiges, om binne 'n spanverband te funksioneer, met die sorggewers op primêre vlak. Op hierdie manier kan omvattende en gekoördineerde VKI dienste aan hoërisikokinders verskaf word. Hierdie spanbenadering fasiliteer die implementering van gevalsbestuur deur die Primêre Gesondheidsorg verpleegpersoneel, in die lig van hulle rol as Primêre Gesondheidsorg verskaffers. Spanwerk en gevalsbestuur is 'n koste-effektiewe metode vir die bevordering van gekoördineerde VKI dienste in Suid-Afrika (Moodley et al., 1999).

Die doel van Louw en Avenant (2002) se navorsing was om 'n beskrywing te verskaf van kultuur as 'n konteks vir VKI dienslewering. Die navorsingstudie is gebaseer op die feit dat die meerderheid van spraak-taalterapeute en oudioloë wat dienste aan hoërisiko

kinders en hulle families in die Suid-Afrikaanse konteks verskaf se kulturele en sosio-ekonomies agtergrond verskil van die van die kliënt. Dit impliseer dat die spraak-terapeut nie net kan aanneem dat die individue aan wie hulle dienste verskaf dieselfde idees en sieninge rakende VKI en gestremdhede, as hulself het nie. Hierdie verskille wat bestaan beklemtoon dat professionele lede kulturele bevoegdheid moet ontwikkel en dat hulle kulturele diversiteit moet respekteer.

Louw en Avenant (2002) het aspekte relevant aan die Suid-Afrikaanse konteks geïdentifiseer wat in ag geneem moet word tydens die verskaffing van VKI dienslewering, naamlik: familie struktuur, familie interaksie patrone, families se persepsies en siening van ontwikkelingsafwykings, families se behoefte aan inligting, families se diens voorkeure, en families se beskouing van gesondheid en gesondheidsorg.

VKI programme moet navorsing, teorie en praktiese toepassing integreer om die beste praktyk vir VKI dienslewering vir jong hoërisikobabas en hulle families in plek te stel. Louw en Avenant (2002) beklemtoon dat drie modelle wat in die literatuur beskryf word geïmplementeer kan word vir die ontwikkeling van VKI dienste in Suid-Afrika. Die ekologiese model erken die talle faktore wat ontwikkeling kan beïnvloed en is gebaseer op die beginsel dat sosiale eenhede nie in isolasie beweeg nie, maar dat dit in interaksie is met ander vlakke. Vier diensleweringse komponente het vanuit die ekologiese raamwerk ontstaan in die ontwikkeling van VKI dienslewering nl. ondersteunende berading, uitruiling van informasie, fasilitering van kommunikasievaardighede by die kind en opleiding. Hierdie ekologiese model is van toepassing in die SA konteks en het talle voordele vir jong hoërisikokinders en hul families, aangesien die model fokus op die familiesisteem, die kultuur, bemagtiging van die familie en spanwerk tussen die professionele lede en die familie (Louw & Avenant, 2002).

Louw en Avenant (2002) lewer 'n bydrae in die veld van VKI waar daar kulturele aspekte geïdentifiseer is wat binne die Suid-Afrikaanse konteks gedurende die beplanning van VKI en tydens VKI dienslewering in ag geneem moet word.

Alhoewel navorsing modelle beskryf wat binne 'n gemeenskapsdienskonteks geïmplementeer kan word vir die verskaffing van spraak-taal terapie dienste, bestaan daar egter steeds leemtes in die implementering van hierdie modelle naamlik, eerstens wie verantwoordelikheid gaan aanvaar vir die implementering van hierdie modelle, tweedens hoe hierdie programme aan gepas moet word ten einde 'n standaard in die verskaffing van VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklyniek te bewerkstellig, en derdens hoe die voorgraadse studies aangepas kan word om die praktiese toepassing van hierdie modelle binne 'n gemeenskapsdienskonteks te laat realiseer.

Soos Louw en Avenant (2002) se gepubliseerde navorsing aantoon, het kultuur 'n kenmerkende effek op die manier waarop families en professionele lede in interaksie tree en aan 'n VKI behandelingsprogram deelneem. Navorsing het bewys dat die tradisionele en hoofstroom behandelings-strategieë en praktyke nie noodwendig toepaslik is vir families van verskillende kulture nie, wat kan lei tot spanning en konflik binne 'n familie (Louw & Avenant, 2002). Die implementering van VKI binne die Suid-Afrikaanse konteks impliseer dat intervensie kultuursensitief moet wees, omdat die behoeftes van 'n gesin kan varieer afhangende van kultuur en etniese groep (Bruder, 2001). Dit is belangrik dat die professionele lede wat binne die VKI span funksioneer kennis en begrip toon aangaande die etnografiese en kulturele faktore van die familie en kind, omdat die faktore van belang is vir effektiewe vordering en vir die vennootskap tussen die terapeut en die sorggewers (Iglesias & Quinn, 1997). Hierdie faktore bepaal egter ook die manier waarop families aanbevelings vanaf die VKI spanlede volg, en die uitkomst van die VKI program word hierdeur bepaal.

Bewysgerigte praktyk in VKI word gedefinieer as om familie-gesentreerd en kultuursensitief te wees (Iglesias & Quinn, 1997), ten einde dit te kan doen is konteks relevante navorsing nodig. Louw et al., (2006) het dit ten doel gestel om binne die gesplete lip en -verhemelte klinieke se spanmodel, kulturele variasies en hoe kulturele variasies ouers se deelname aan 'n spanbenadering kan beïnvloed te ondersoek. Die doel van die studie was om dienslewering binne die Primêre gespletelip en -verhemelte kliniek

in Pretoria te verbeter. Die aspekte waarop daar in die studie gefokus is word vervolgens bespreek, omdat die aspekte veralgemeen kan word en aangewend kan word om VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgkontekste te verbeter:

Een van die eerste stappe in ouerondersteuning en opleiding is om kennis te deel en om hulpbronne vir inligting te verskaf. Hierdie navorsing beklemtoon gedeelde kennis en beklemtoon dat kennis rakende kulturele aspekte van belang is om die sorggewers te bemagtig en aktief by die behandelingsprogram te betrek. Vanuit die beskrywende studie is kennis rakende kulturele aspekte van belang ten einde dienslewering aan te pas by die familieledede se kulturele perspektief ten opsigte van 'n afwyking en gestremdheid, gesondheid en genesing (Bennet et al., 1998 in Louw et al., 2006).

Tweedens kan 'n familie se persepsie oor gesondheid en genesing direk of indirek hulle besluitneming wat betref die behandeling van hul kind beïnvloed. Sommige families kan van tradisionele gesondheidsorg gebruik maak, terwyl ander Westerse medisyne en tegnologie of 'n kombinasie van beide kan gebruik (Zhang & Bennett, 2001 in Louw et al., 2006). Louw et al., (2006) het bevind dat talle babas met gespletelip en/of –verhemelte in die gespletelip en –verhemelte span tradisionele rituele na geboorte ondergaan, om skade aan die baba se siel en liggaam te voorkom, omdat baba vatbaar is vir die impak van die skadelike geeste (Louw et al., 2006). Familielede kan tegnologie en Westerse medisyne as van sekondêre belang beskou en as 'n bedreiging sien vir hulle geloof en die wense van hulle voorvaders, wat veroorsaak dat professionele lede nie die volle samewerking van die sorggewers ontvang nie (Madding, 2000 in Louw et al., 2006). Die afleiding word gemaak dat professionele lede betrokke by VKI dienslewering die tradisionele gelowe en waardes van families moet aanvaar en respekteer, om sodoende die volle samewerking van die sorggewers te verkry en die effektiwiteit van die VKI program te verhoog.

Derdens is uitgebreide families en familie-ondersteuning tipiese kenmerke van Afrika kulture. Dit kan egter gesien word as 'n bate vir VKI dienslewering, aangesien dit minder spanning op ouerskap plaas. Binne die tradisionele Afrika gemeenskappe speel die hele

gemeenskap 'n rol in elke kind se sosialisering en dien hulle as 'n belangrike ondersteuningsstelsel wat geakkommodeer moet word in diensverskaffing. Die VKI spanlede moet aan die families beklemtoon dat die sorggewers waardevol is en belangrike spanlede is in VKI span. Sorggewers moet aangemoedig word om aan hulle behoeftes, bekommernisse en prioriteite uiting te gee om sodoende effektiewe vennote in die VKI proses te wees (Louw et al., 2006).

Vierdens, soos reeds uitgewys is armoede 'n belangrike faktor wat gesondheid, gedrag en emosionele ontwikkeling en opvoedkundige sukses beïnvloed. Verder dra die geografiese verspreiding van dienste in die SA konteks by tot spanning by die sorggewers en dienslewering word hierdeur beïnvloed. ASHA (1989) skryf voor dat dienste aan hoërisikobabas en hulle families geïntegreerd, omvattend, toeganklik, tyd en koste effektief moet wees ten einde die spanning van ouers se geografiese verspreiding en sosio-ekonomiese status te verlig. Op hierdie wyse kan ouers meer gefokus wees op die VKI diensleweringproses.

Louw et al., (2006) plaas klem op die bate gebaseerde benadering wat gebaseer is op die kapasiteite, vaardighede en sterkpunte van die familie en hulle gemeenskap. Deur die benadering te volg, word die sterkpunte in 'n familie geïdentifiseer om sodoende die behoeftes van die familie van die hoërisikobabas/kleuter te kan aanspreek.

Binne die Suid-Afrikaanse konteks word daar gepoog om die sorggewers van kinders met gestremdhede en/of ontwikkelingsafwykings se finansiële steuning om te kan oorleef te verminder, deurdat hierdie sorggewers 'n gestremdheidstoelaag ontvang. Alhoewel hierdie toelaag wel finansiële bystand verskaf, is daar nie altyd eerlikheid ten opsigte van die afwykings of gestremdhede nie, omdat sorggewers/familielede fokus op die geld. In die geval van 'n gestremdheid is daar gevalle waar die gelde nie aangewend word vir die versorging van die individu met die gestremdheid nie.

Teen hierdie navorsingsagtergrond van Louw en Avenant (2002) en Louw et al., (2006) kan Moodley, Louw en Hugo (2000) se studie benut word omdat die studie dit ten doel

gestel het om die raamwerk van transdissiplinêre spanbenadering te gebruik om 'n samewerkende spanbenadering tussen gemeenskapsverpleegkundiges en spraak-taalterapeute en oudioloë te ontwikkel.

Moodley et al., (2000) het bevind dat die ontwikkelde en toegepaste opleidingsprogram die verpleegkundiges se kennis van VKI beduidend verbeter het, maar nie hul houdings nie, aangesien hul persepsies voor opleiding reeds positiewe houdings teenoor vroeë identifikasie en hoërisikokinders gereflekteer het. Die gevolgtrekking is bereik dat interdissiplinêre in-diens opleidingsprogramme wat binne 'n transdissiplinêre spanbenadering aangebied word, metodes is wat aanbeveel kan word vir spraak-taalterapeute en oudioloë om ander professionele spanlede op te lei in die veld van VKI en die vroeë identifisering van kommunikasieafwykings. Dit laat toe vir die uitbreiding van spraak-taalterapeutiese en oudiologiese dienslewering in meer bereikbare kontekste en dit fasiliteer toegang tot VKI vir hoërisikokinders en hul gesinne, wat voorheen buite bereik sou wees.

Die teoretiese beskrywing van hoe die spraak-taalterapeute te werk kan gaan om kulturele kompetensie te ontwikkel en VKI kultureel toepaslik te kan maak, kan in die praktyk toegepas word om dienslewering te verbeter. Die impak van werk kan egter versterk word deur byvoorbeeld sorggewers se persepsies te peil rakende die mate waartoe professionele lede kultuursensitief optree, en hoe sorggewers hul besoeke aan professionele lede ervaar. Sulke resultate kan tot verdere kliniese toepassing aanleiding gee.

' **Samevatting en kritiek oor die gepubliseerde navorsing in SA:**

Louw (1997) het 'n dekade gelede bevind dat VKI in Suid-Afrika egter hier is om te bly en dat die uitdagings bestaan om hierdie vakgebied op 'n nasionale skaal in Suid-Afrika te vestig. Bogenoemde oorsig van geselekteerde plaaslike navorsing toon dat die studies 'n bydrae gelewer het tot die ontwikkeling van 'n teoretiese begroning van VKI in Suid-Afrika. Gevolglik is daar 'n dringende behoefte aan verdere navorsing soos bo beskryf.

2.5 GEVOLGTREKKING EN SLOT

In die huidige Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid (“White Paper on the Transformation of the Health System”, “Department of Health”, 1997) word daar klem geplaas op die volgende prioriteite naamlik, Primêre Gesondheidsorg, gesondheid gedurende swangerskap, en die gesondheid van die vrou en kind. Hierdie prioriteite verskaf ’n direkte skakel met VKI dienste aangesien VKI dienslewering klem plaas op die sorggewers, daar gefokus word op die opleiding en ondersteuning van die sorggewers en om die kommunikasieontwikkeling van hul babas/kleuters wat ’n risiko toon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieafwyking, te fasiliteer (Louw & Kritzinger, 1991).

Hierdie benadering tot VKI beklemtoon die voorkoming van gestremdhede en/of afwykings, en die beperking van die prevalensie van die sekondêre faktore (ASHA, 1998; Kritzinger, 2000; Rossetti, 2001). ’n Voorkomende benadering word ook deur die “White Paper on the Transformation of the Health System” (Department of Health, 1997) voorgestel as ’n wyse waarop die Suid-Afrikaanse Gesondheidsorgsisteem aangespreek kan word vir die bevordering van gesondheid en die implementering van voorkomende strategieë.

Alhoewel VKI dienslewering nie spesifiek in die “White Paper on the Transformation of the Health System” (Department of Health, 1997) genoem word nie stem die filosofie daarvan ooreen met die doelwitte en prioriteite van VKI. VKI is ’n effektiewe wyse waarop ontwikkelingsafwykings en gestremdhede voorkom kan word en waarop die vroeë identifikasie en behandeling van risikofaktore op al die vlakke van Gesondheidsorg kan geskied. Dit is duidelik dat die regering se gesondheidsbeleid ten gunste is van benaderings soos VKI, maar daar bestaan tans ’n diskrepansie tussen die doelwitte van die beleid en die huidige kliniese situasie. Dit is dus belangrik vir spraak- taalterapeute en oudioloë om die effektiwiteit van VKI aan die Wetgewende liggaam van die Suid-Afrikaanse regering te illustreer, ten einde wetlike erkenning en ondersteuning vir die vakgebied en die implementering van VKI te verkry.

Wetenskaplike navorsing word benodig om empiriese bydraes te bied vir die mees toepaslike en effektiewe wyse van VKI dienslewering in die SA konteks. 'n Leemte is geïdentifiseer ten opsigte van VKI in die Primêre Gesondheidsorgsisteem en die huidige studie poog om die mate te bepaal, waartoe die Gesondheidsklinieke in die Wes-Rand streek as konteks vir die toepassing van VKI kan dien.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die doel van hierdie hoofstuk is om 'n beskrywing van die navorsingsontwerp wat gebruik is tydens die beplanning en die uitvoering van hierdie studie, te verskaf. 'n Uiteensetting van die doelwitte, die ontwerp, die deelnemers, materiaal en apparaat wat gebruik is, sowel as die prosedures gevolg vir data-insameling en data-analisering word verskaf.

3.1 INLEIDING

Die navorsingsproses, kan gedefinieer word as 'n gestruktureerde ondersoek wat dit ten doel stel om probleme op te los en nuwe inligting te genereer. Die navorsingsproses word ondersteun deur 'n beplande wetenskaplike metodologie, waar die kenmerke van die hele navorsingsproses gereflekteer word (De Vos, 2005). Die gebruik van 'n toepaslike navorsingsmetodologie is van kritiese belang, aangesien die kwaliteit van die navorsingsbevindinge afhanklik is van die betroubaarheid van die metodologie wat gevolg is (De Vos, 2005; Leedy & Ormrod, 2004; Neuman, 2000). Die navorsingsproses word dus gedefinieer as die proses waar 'n metode vir die verkryging van antwoorde op onopgeloste probleme verskaf moet word (Leedy & Ormrod, 2004).

Literatuur in die veld van Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) beklemtoon die behoefte aan navorsing vir die verskaffing van antwoorde op talle onopgeloste probleme (Costarides, Shulman, Trimm & Brady, 1998; Moodley, 1999; Rossetti, 2001). 'n Spesifieke probleemarea wat geïdentifiseer is vir verdere navorsing, hou verband met die identifisering van gepaste metodes vir die bevordering en die implementering van effektiewe VKI dienslewering aan babas en kleuters wat 'n risiko vertoon vir die

ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorg klinieke (Fair & Louw, 1999; Louw & Avenant, 2002, Moodley, 1999).

Uitgebreide navorsing het bygedra tot die ontwikkeling van spesifieke teoretiese benaderings in die veld van VKI (Rossetti, 2001). Gevolglik is daar 'n kenmerkende behoefte aan sistematiese navorsing, met die doel om effektiewe metodes vir die toepassing van die VKI beginsels en die bevordering en/of implementering van die VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse konteks te verkry.

3.2 NAVORSINGSDOELWITTE

Die **hoofdoel** van hierdie studie is om te bepaal in watter mate Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand streek as konteks vir die toepassing van VKI kan dien.

Die navorsing is in twee fases uitgevoer, omdat die navorsingsproses kronologiese verloop het en daar eerstens in fase een gefokus is op die konteks vir diensverskaffing, en tweedens in fase twee op die diensverskaffers. Subdoelstellings is geformuleer vir elk van die twee fases van die studie en word in 3.4.1 en 3.6.1 verskaf.

3.3 NAVORSINGSONTWERP

Die doel van 'n navorsingsontwerp is om 'n navorsingsprojek op 'n manier te beplan en te struktureer, dat die uiteindelijke geldigheid van die navorsingsbevindinge gemaksimaliseer word (De Vos, 2005; Mouton & Marais, 1993).

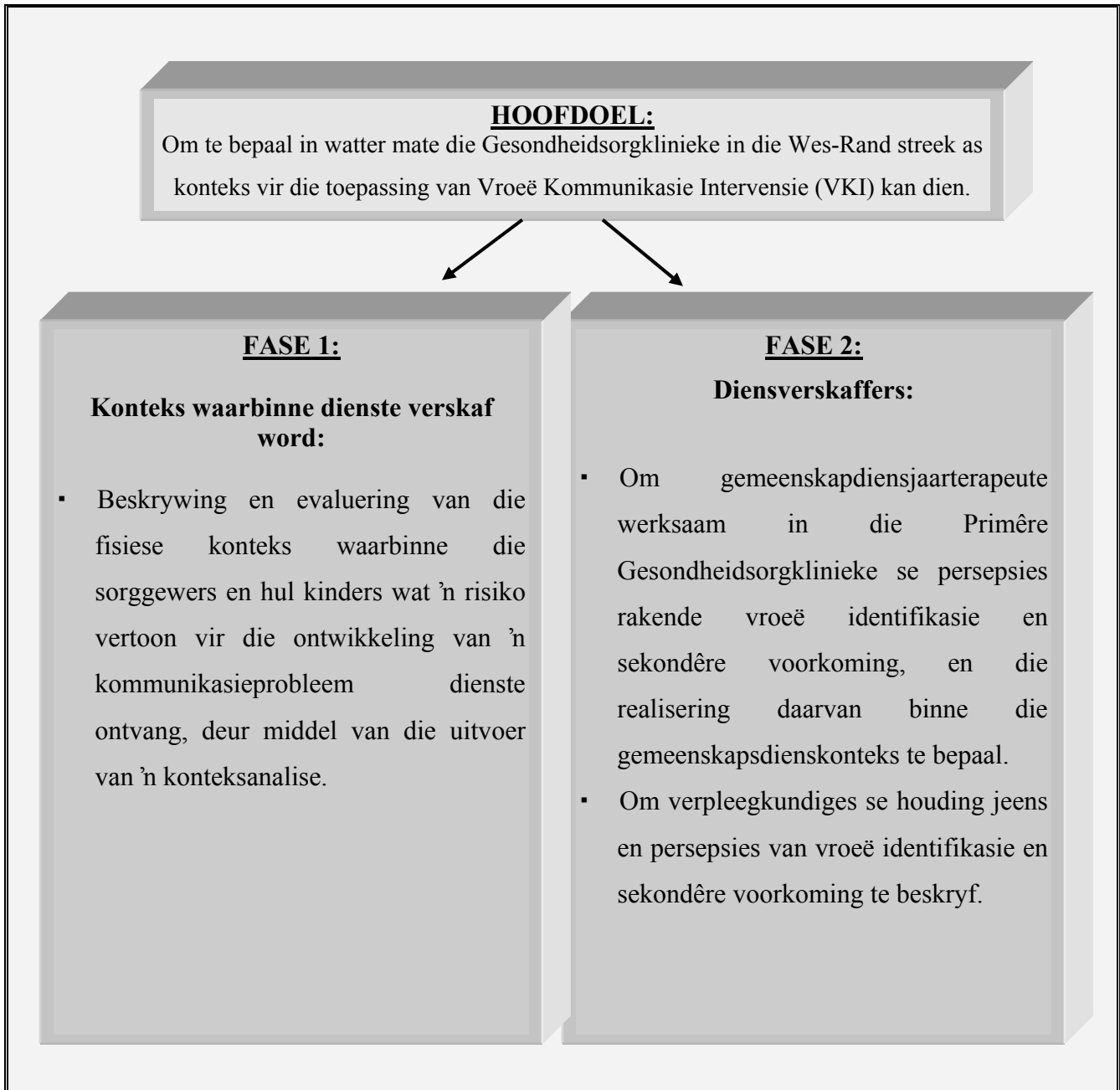
'n *Kontekstuele beskrywende navorsingsontwerp* waar data kwantitatief en kwalitatief ontleed word, is vir die doel van hierdie studie geselekteer. Die studie is gekontekstualiseer en is uitgevoer binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik. Sodoende kan 'n omvattende beeld verkry word van die mate waartoe die Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand streek die toepassing van VKI dienslewering toelaat (Neuman, 2000). Terselfdertyd kan die

gemeenskapdiensjaarterapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsdiensklinieke se persepsies rakende vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming en die realisering daarvan bepaal word. Tweedens kan die verpleegkundiges werksaam in die Wes-Rand Gesondheidsorgkontekste se houding jeens vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming van kommunikasieafwykings bepaal word.

’n Beskrywende navorsingsontwerp is die mees basiese kwantitatiewe navorsingsmetode en verskaf ’n beeld van die spesifieke uiteensetting van ’n situasie of ’n verhouding (De Vos, 2005; Leedy & Ormrod, 2004; Neuman, 2000). Die doel van ’n beskrywende opname studie is dus om te bepaal hoe ’n groep persone oor ’n spesifieke aspek voel, en om dan ’n beskrywing te verskaf en ’n vergelyking te tref deur die sistematiese en objektiewe versameling van ’n verteenwoordigende steekproef (Leedy & Ormrod, 2004).

Die huidige studie is volgens De Vos (2005), Mouton (2001) en Neuman (2000) egter ook eksplorerend van aard, aangesien die navorsing uitgevoer is om meer indiepte kennis te versamel rakende die funksionering van die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik. Die beskrywende studie is in twee fases uitgevoer soos onder 3.2 aangedui, weens die kronologiese verloop van die studie en die verloop van die studie word vervolgens in Figuur 3.1 geïllustreer:

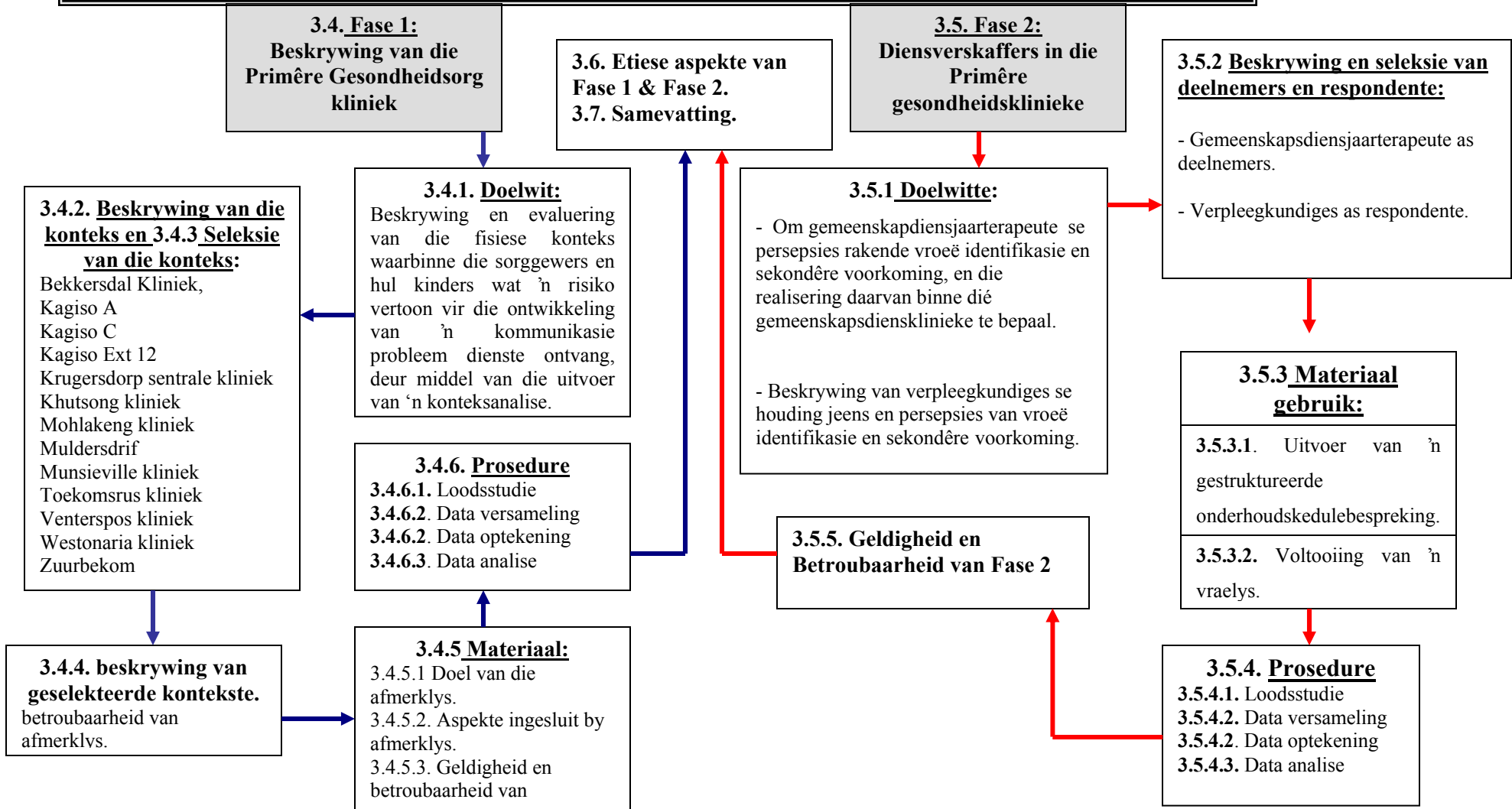
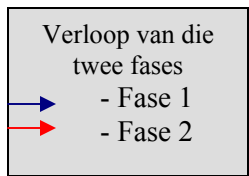
Volgens Figuur 3.1 behels **Fase een** die uitvoer van ’n konteks analise, om die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders wat ’n risiko vertoon vir die ontwikkeling van ’n kommunikasieprobleem dienste ontvang, te beskryf en te evalueer deur die voltooiing van ’n afmerklys. Vir die uitvoer van **Fase twee** is ’n triangulasie navorsingsmetode benut. Volgens De Vos (2005) en Leedy en Ormrod (2004) impliseer triangulasie die versameling van meervuldige bronne van data, met die hoop dat die data gesamentlik ’n spesifieke hipotese sal ondersteun. In hierdie fase is verskillende groepe deelnemers en respondente se persepsies bepaal, ten einde ’n breër perspektief oor die onderwerp van VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorg klinieke te verkry.



FIGUUR 3.1: Fases van die navorsing

Figuur 3.2 verskaf 'n uiteensetting van die uitvoering van die studie. Die navorsings fases sal vervolgens afsonderlik onder punt 3.4 en punt 3.5 bespreek word.

OM TE BEPAAL IN WATTER MATE DIE GESONDHEIDSORGKLINIEKE IN DIE WES-RAND STREEK AS KONTEKS VIR DIE TOEPASSING VAN VROË KOMMUNIKASIE INTERVENSIË KAN DIEN.



Figuur 3.2 'n Uiteensetting vir die uitvoering van die studie

3.4. FASE 1: BESKRYWING VAN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSORGKLINIEKE.

3.4.1 FASE 1: DOELSTELLINGS.

Die doel van Fase 1 is om die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem dienste ontvang, te beskryf en te analiseer deur middel van die uitvoer van 'n konteksanalise.

Die volgende sub-doelstellings is geformuleer om bogenoemde doel te bereik:

- ' Om die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die drie Sub-distrikte te beskryf ten opsigte van:
 - Die fisiese opset van die klinieke.
 - Lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste.
 - Die voorkoms van risikofaktore in die kliniepopulasie.

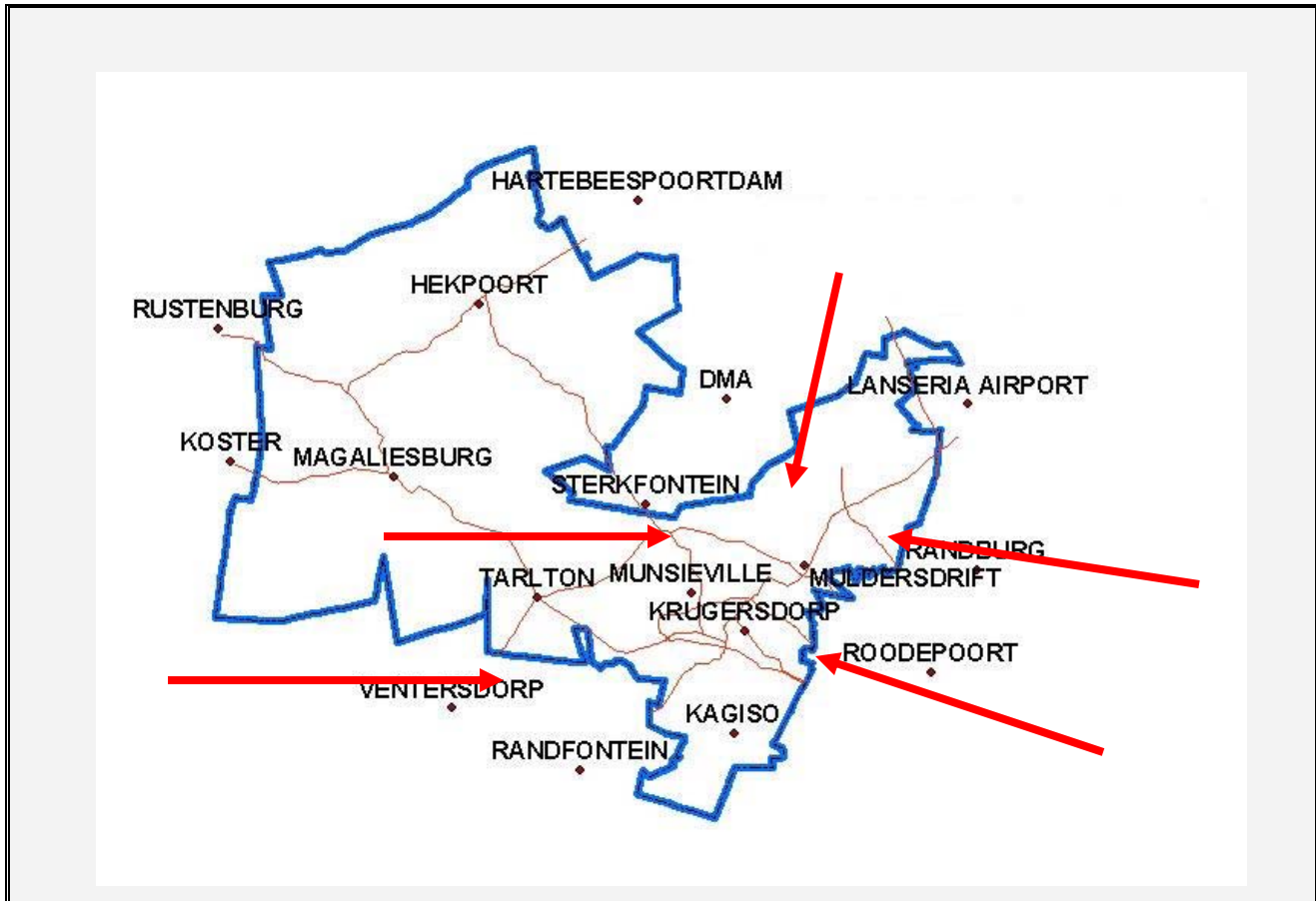
- ' Om die beskikbare Vroeë Kommunikasie Intervensie bemerkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal in die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die drie sub-distrikte te identifiseer en te beskryf.

- ' Om personeel binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke te identifiseer wat die verskaffing van VKI dienslewering in hierdie kontekste moontlik kan maak.

3.4.2 FASE 1: ALGEMENE BESKRYWING VAN DIE KONTEKS.

Die studie was gerig op die Wes-Rand streek in Gauteng se gemeenskapgebaseerde Gesondheidsorgklinieke gefokus. Deur hierdie konteks te gebruik kan die resultate wat verkry word, as vertrekpunt dien vir die implementering van VKI en/of verbetering van VKI dienste in ander gemeenskapgebaseerde klinieke. Figuur 3.3 verskaf 'n grafiese uiteensetting van die Wes-Rand distrik en die areas binne hierdie distrik.

Volgens Figuur 3.3 is die gemeenskappegebaseerde Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand streek saamgestel uit vier sub-distrikte naamlik die Mogale streek, Randfontein streek, Westonaria streek en die Merafong streek. Elkeen van hierdie vier sub-distrikte het verskeie gesondheidsklinieke, wat aan die gemeenskappe in die spesifieke areas, toegang tot mediese – en rehabilitasiedienste bied.



FIGUUR 3.3: Sub-distrikte in die Wes-Rand streek (<http://www.mogalecity.co.za/>).

’n Uiteensetting van die inwoners van die Wes-Rand distrik word vervolgens in Tabel 3.1 vervat.

Tabel 3.1: Kenmerke van die inwoners van die Wes-Rand distrik (Statistiek Suid-Afrika: Sensus, 2001)

DIVERSITEIT VAN GEMEENSKAPPE		MAANDELIKSE INKOMSTE	
Totale gemeenskapslede:	289 724	Geen inkomste	172 244
Swart gemeenskapslede:	219 932	R1 - R400	13 186
Gekleurde gemeenskapslede	2 089	R401 - R800	28 457
Indiër gemeenskapslede:	6 460	R801 - R1 600	25 597
Blanke gemeenskapslede:	61 243	R1601 - R3 200	20 815
Manlike gemeenskapslede:	149 056	R3 201 - R6 400	16 040
Vroulike gemeenskapslede:	140 667	R6 401 - R12 800	8 608
		R12 801 - R25 600	3 095
		R25 601 - R51 200	878
		R51 201 - R102 400	367
		R102 401 - R204 800	275
		Oor R204 801	163
OUDERDOM		HUISTALE:	
Onder 4:	23 821	Afrikaans	47 826
5 tot 14:	45 278	Engels	23 916
15 tot 34:	116 417	IsiNdebele	1 699
35 tot 64:	92 608	IsiXhosa	28 805
Oor 65:	11 601	IsiZulu	30 448
		Sepedi	12 240
		Sesotho	16 617
WERKSTATUS		Setswana	104 638
In diens	97 494	SiSwati	1 873
Werkloos	50 409	Tshivenda	6 494
Ekonomies onaktief	62 105	Xitsonga	12 006
		Ander:	3 161
HUISHOUDINGS			
Formeel	57 598		
Informeel	24 220		
Tradisioneel	1 418		
Ander	293		

Volgens Tabel 3.1 blyk dit dat daar 'n groot aantal (172 244) van die inwoners is wat geen inkomste ontvang nie en in lae sosio-ekonomiese omstandighede lewe. Volgens Rossetti (2001) plaas lae sosio-ekonomiese omstandighede 'n kind in gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking. Dit blyk verder dat 'n groot aantal van die inwoners tussen die ouderdomsgroepe van 5 tot 14 jaar (45 278) en 15 tot 34 jaar (116 417) is. Die

grootste ouderdomsgroep is tieners wat die risiko van tienerswangerskappe in die konteks verhoog. In die ontwikkelende gemeenskappe van Suid-Afrika is daar 'n verhoogde voorkoms van tienerswangerskappe (Children in 2000, 2001). Navorsing het bewys dat tienerswangerskappe in ontwikkelende lande meestal voorkom by die populasie met 'n laer opvoedkundige vlak, hoër teenwoordigheid van armoede en swakker lewensverwagtinge (Alant & Lloyd, 2005). In die Suid-Afrikaanse konteks is daar in 2002 bevind dat 66 000 tienermoeders jaarliks geboorte gee (Pena et al., 2003).

Tabel 3.1 bevestig dat 'n groot aantal van die inwoners Setswana (104 638) sprekend is. Hierdie bevindinge impliseer die noodsaaklikheid vir die gebruik van 'n tolk in sekere situasies, ten einde optimale dienste te kan verskaf, aangesien daar 'n leemte bestaan aan spraak-taalterapeute en oudioloë wat tans 'n Afrika taal magtig is.

3.4.3 FASE 1: SELEKSIE VAN KONTEKS.

3.4.3.1 Seleksie Kriteria.

Die volgende kriteria is toegepas tydens die seleksie van die konteks vir die analise:

' *Die konteks moet deel vorm van die Gauteng: Wes-Rand distrik:*

Slegs die klinieke wat binne die geografiese gebied van die Wes-Rand distrik val, is vir die uitvoer van hierdie studie geselekteer. Die klinieke is geselekteer omdat die studie dit ten doel gestel het om die mate waartoe die Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand streek as konteks vir die toepassing van vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming as sleutelkomponent van Vroeë Kommunikasie Intervensie kan dien, te bepaal.

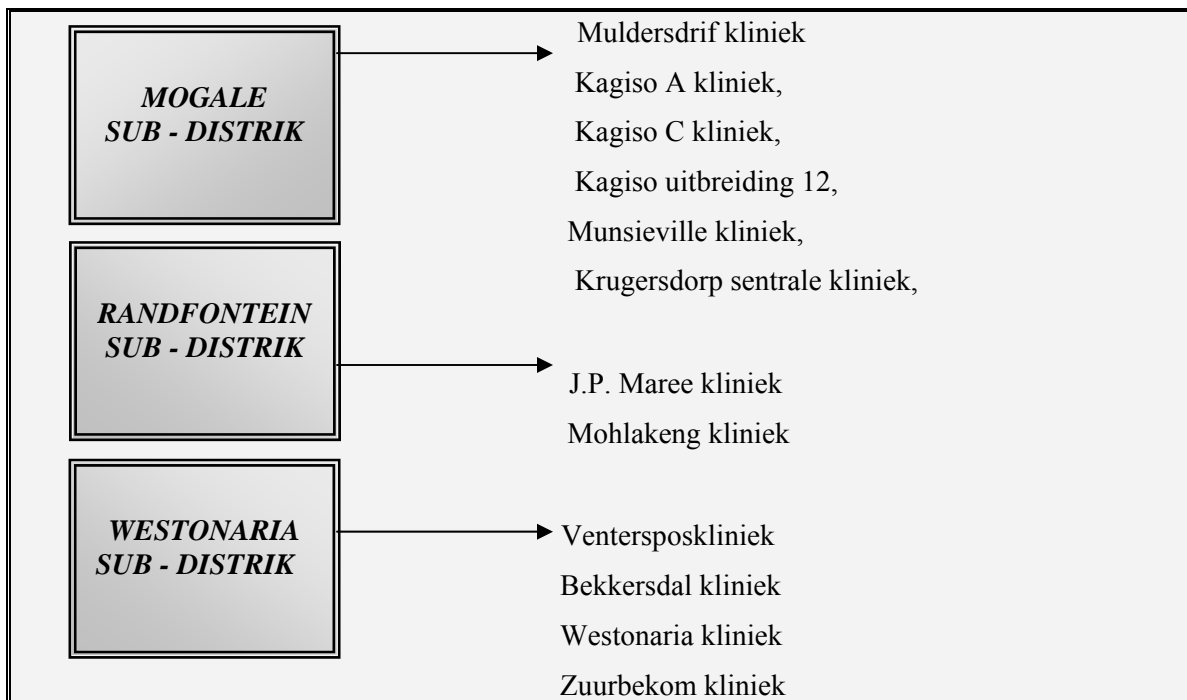
3.4.3.2 Seleksie Prosedure.

'n Gerieflikheidsteekproef is aangewend om die kontekste te selekteer, omdat die seleksie slegs beperk is tot die klinieke in die Wes-Rand streek, en dié steekproefmetode meer koste-effektief is (Leedy & Ormrod, 2004).

Die direkteur van die Gesondheids Departement van Wes-Rand Streek A is gekontak om toestemming vir die uitvoer van die studie te verkry. Toestemmings briewe word in Bylae A vervat.

3.4.4 FASE 1: BESKRYWING VAN GESELEKTEERDE KONTEKSTE.

Die doel van die fase van die studie was om die fisiese Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik, waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem dienste ontvang, te beskryf en te evalueer. Gevolglik is al die klinieke binne die vier sub-distrikte van die Wes-Rand Gesondheidsorg distrik genader vir die uitvoer van hierdie studie. Figuur 3.4 verskaf 'n uiteensetting van die klinieke wat benut is vir die uitvoer van hierdie studie.



Figuur 3.4: Klinieke wat benut is vir die uitvoer van die studie

Volgens Figuur 3.4 is slegs 3 van die vier Wes-Rand sub-distrikte benut in die uitvoer van hierdie studie, terwyl die Merafong sub-distrik uitgelaat is. Ten tye van die data insameling was daar politieke onluste in die area en is dit as onveilig geag om dié sub-distrik vir data insameling te benut. Vir die uitvoer van Fase 1 is 12 klinieke binne die drie sub-distrikte vir data-insameling benut.

3.4.5 FASE 1: MATERIAAL EN APPARAAT.

Vir die uitvoer van Fase 1 is 'n afmerklys deur die navorser saamgestel om die fisiese Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik, waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking dienste ontvang, te beskryf en te evalueer. Die opgestelde afmerklys, lys 'n aantal voorafbeplande aspekte wat ondersoek gaan word, en wat volgens 'n gegewe kriteria geassesseer word, wat die betroubaarheid van die studie verhoog (Struwig & Stead, 2001).

3.4.5.1 Die doel van die opgestelde afmerklys.

Die doel van die opgestelde afmerklys behels die analisering en beskrywing van die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem, dienste ontvang.

3.4.5.2 Die aspekte wat in die afmerklys ingesluit is.

Die afmerklys bestaan uit vier onderafdelings en is aangewend om 'n beskrywing te verskaf van:

- ' Die fisiese opset van die Primêre Gesondheidsorgklinieke.
- ' Die lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste.
- ' Die voorkoms van risikofaktore in die kliniekpopulasie.
- ' Die beskikbare Vroeë Kommunikasie Intervensie bemerkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal in die Primêre Gesondheidsorgklinieke.
- ' Die geïdentifiseerde personeel binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke wat die verskaffing van VKI dienslewering in hierdie kontekste moontlik kan maak.

'n Uiteensetting van die onderafdelings en die motivering vir die insluiting van die aspekte in die afmerklys, word in Bylae E, Tabel 1 vervat.

3.4.5.3 Geldigheid en betroubaarheid van die afmerklys vir Fase 1.

Volgens Leedy en Ormrod (2004) word die *geldigheid* van 'n meetinstrument omskryf as die betroubaarheid van die instrument en die mate waartoe die instrument meet wat dit veronderstel is om te meet.

- ' ***Inhouds- en konstruksie geldigheid*** verwys na die mate waartoe die instrument 'n verteenwoordigende opname verkry van dit wat gemeet word. Die inhoudsgeldigheid van die afmerklys is verhoog deurdat die navorser gebruik gemaak het van 'n teoretiese basis tydens die opstel van die afmerklys (De Vos, 2005). Die *inhoud en konstruksie geldigheid* van die afmerklys is verder deur die uitvoer van die loodsstudie verhoog (Neuman, 2000; De Vos, 2005). Gedurende die loodsstudie is die kritiese evaluasie van 'n spraak-taalterapeut/oudioloog in privaatpraktyk en spraaktaalterapeute en oudioloë werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke aangewend om die afmerklys se geldigheid te verhoog.

- ' ***Eksterne geldigheid*** verwys na die mate waartoe die resultate wat vanuit die afmerklys verkry is, na die wyer populasie veralgemeen kan word (Leedy & Ormrod, 2004). Aangesien die studie slegs 'n spesifieke konteks geteiken het, kan die data nie veralgemeen word nie. Die data kan egter dien as 'n vertrekpunt in die bevordering van VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke en kan aangewend word as 'n opsie in die implementering van VKI dienslewering in ander gemeenskapgebaseerde kontekste.

- ' ***Betroubaarheid*** verwys volgens Neuman (2000) na die konsekwentheid van die meting. 'n Betroubare meetinstrument verkry inligting wat nie wissel as gevolg van eienskappe van die meetinstrument self nie (Neuman, 2000). Die opgestelde afmerklys, lys 'n aantal voorafbeplande aspekte wat ondersoek is, en wat volgens 'n gegewe kriteria geassesseer word. Die volgende riglyne is toegepas tydens die voltooiing van die afmerklys om by die lys voorafbeplande aspekte te hou: Inligting

vir Afdeling A en B is by die hoof van die klinieke in die sub-distrikte verkry, die inligting vir Afdeling C by die matrone van die kliniek en Afdeling D is deur die navorser se waarnemings gemaak. Hierdie riglyne dra by tot verhoogde betroubaarheid, omdat die data-insamelingsproses by elke kliniek toegepas is.

Verder laat die afmerklys nie toe vir subjektiwiteit tydens voltooiing nie, aangesien antwoorde beperk is tot ja/nee, waargeneem/nie waargeneem, teenwoordig/nie teenwoordig, wat sodoende die betroubaarheid van die studie verhoog (Struwig & Stead, 2001).

3.4.6 FASE 1: PROSEDURE.

Die prosedure vir hierdie fase behels verskillende stappe, waarvan die uitvoer van 'n loodsstudie as vertrekpunt gedien het.

3.4.6.1 Loodsstudie vir Fase 1.

Ten einde die geldigheid en betroubaarheid van die afmerklys as meetinstrument te verhoog, is die hoofstudie voorafgegaan deur die uitvoer van 'n loodsstudie. Die doel van 'n loodsstudie is volgens De Vos (2005) en Neuman (2000) om die uitvoerbaarheid van die studie, sowel as die toepaslikheid en die inhoud van die afmerklys, te evalueer.

' Doel van die loodsstudie vir Fase 1:

Die doel van die loodsstudie was:

- Om die afmerklys as data-insamelingsinstrument uit te toets (De Vos, 2005).
- Om te bepaal of die doelstellings wat vir die fase gestel is deur die afmerklys ondersoek en aangespreek kan word (De Vos, 2005).
- Om die mees effektiewe prosedure vir die uitvoering van die afmerklys te bepaal (De Vos, 2005).
- Om die kostes en tyd wat die data-insameling en -analise in beslag neem te bepaal (De Vos, 2005).

' **Konteks van die loodsstudie:**

Die Dr Yusuf Dadoo hospitaal en Leratong hospitaal is vir die uitvoer van die loodsstudie benut, aangesien pasiënte van die Primêre Gesondheidsklinieke hierheen verwys word en die personeel vertrouwd is met die gemeenskap en die personeel werksaam in die klinieke.

Leratong hospitaal is 'n streekshospitaal (Vlak 2), en verskaf hoë gehalte diens aan die Wes-Randse gemeenskap, sowel as aan inwoners van die Magaliesburg, Carletonville en Bekkersdal gemeenskappe. Leratong hospitaal dien as 'n verwysings-hospitaal vir die Vlak I hospitale aan die Wes-Rand, en verskaf dienste aan pasiënte van alle kulturele agtergronde. Leratong hospitaal is die enigste Vlak 2 hospitaal in die Wes-Rand.

Leratong hospitaal het 704 beddens, wat verdeel word tussen die verskillende afdelings. Die hospitaal besit 'n uitstekende ongevalle departement, en verskaf dienste aan ongeveer 22 024 pasiënte per maand. Leratong hospitaal het verder ook 'n 9 bed intensiewe sorg eenheid (ISE), 'n 7 bed pediatriese intensiewe sorg eenheid, 'n operasie teater met 8 teater komplekse waar meer as 700 operasies per maand uitgevoer word en 'n nuwe Kangeroe Moedersorg Eenheid. Die hospitaal beskik ook oor 'n verskeidenheid professionele dienste bv. arbeidsterapie, dieetkunde, fisioterapie, radiografie en spraak-taaltherapie en gehoortherapie, wat dienste aan pasiënte tussen 07:30 tot 16:00 verskaf en deur 'n interne verwysings prosedure toeganklik is.

Dr Yusuf Dadoo hospitaal is ook 'n streekshospitaal in die Wes-Rand distrik. Dit is 'n Vlak 1 hospitaal wat basiese Gesondheidsorg verskaf, sonder enige spesialiste en die uitvoer van basiese sjirurgie. Dr Yusuf Dadoo hospitaal het 175 beddens, wat verdeel word in 'n kraamafdeling, mediese sale vir mans en vrouens, kindersaal en sjirurgiese saal. Die hospitaal beskik oor 'n verskeidenheid professionele dienste bv. arbeidsterapie, dieetkunde, fisioterapie, radiografie en oudiologie wat dienste aan pasiënte verskaf tussen 08:00 tot 16:00 en deur 'n interne verwysingsprosedure toeganklik is. Ander dienste beskikbaar is 'n buite pasiënte diens, 24 uur ongevalle diens en 'n krisis sentrum.

' **Deelnemers wat benut is vir die loodsstudie:**

Vier spraak-taalterapeute en twee oudioloë het as respondente gedien. Twee van die spraak-taalterapeute was gemeenskapsdiensjaarterapeute, terwyl die een oudioloog en die spraak-taalterapeut/oudioloog vorige werksondervinding gehad het by die Wes-Rand distrik se gemeenskapsgebaseerde klinieke en dit as verwysingsraamwerk kan benut tydens die kritiese evaluering van die data-insamelingsmateriaal. Die vierde spraak-taalterapeut was werksaam in privaatpraktyk, maar het voorheen vir 'n jaar as 'n gemeenskapsdiensjaarterapeut werksaam in 'n Primêre Gesondheidskliniek.

' **Prosedure:**

- Vooraf telefoniese kontak is met die Departementshoofde by die hospitale gemaak om toestemming vir die uitvoer van die loodsstudie te verkry, nadat etiese klaring by die Universiteit van Pretoria verkry is.
- Daar is aan die terapeute verduidelik wat die studie behels en wat die navorser van hulle verwag.
- Die spraak-taalterapeute en oudioloë is op 'n volgende geleentheid gekontak om 'n afspraak vir die voltooiing van die afmerklys te reël.
- Die afmerklys is vraag vir vraag saam met die terapeute en oudioloë deurgewerk, vanwaar 'n kritiese evaluasie t.o.v. die duur van die voltooiing van die afmerklys, die volledigheid van die areas wat gedek word in die afmerklys, en die toepaslikheid van die afmerklys, uitgevoer is.

' **Resultate en aanbevelings:**

Die resultate en aanbevelings word vervolgens in Tabel 3.2 saamgevat.

Tabel 3.2: Resultate en aanbevelings vanuit die loodsstudie: Fase 1.

Doelwitte vir die uitvoer van die loodsstudie	Resultate, aanbevelings en optrede
Om die afmerklys as data-insamelingsinstrument uit te toets (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' Die afmerklys kan effektief as data-insamelingsinstrument benut word. Die deelnemers het gevind dat die inligting wat vanuit die afmerklys verkry gaan word waardevolle bydrae kan lewer in die bewuswording en ontwikkeling van vroeë identifikasie en voorkoming op die vlak van Primêre Gesondheidsorg . ' Die organisasie van die Afdelings in die afmerklys het een van die deelnemers gepla, maar die deelnemer het gevoel dat dit nie nodig is om dit te verander nie, omdat die navorser self die afmerklys gaan voltooi.
Om te bepaal of die doelstellings wat vir die fase gestel is deur die afmerklys ondersoek en aangespreek kan word (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' Met inagneming van die doelstellings wat vir die fase geformuleer is, het die deelnemers gevind dat die afmerklys volledig is.
Om die mees effektiewe prosedure vir die uitvoering van die afmerklys te bepaal (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' Daar is bepaal dat die mees effektiewe metode sal wees om inligting vir Afdeling A en B by die hoof van die kliniek te verkry, terwyl inligting vir Afdeling C by die matrone van die kliniek verkry moet word. Vir Afdeling D sal die navorser van observasies gebruik maak.
Om die kostes en tyd wat die data-insameling en -analise in beslag neem te bepaal (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' Die uitvoer van die afmerklys het ongeveer 15 minute in beslag geneem om volledig te voltooi.

Verkreë resultate is benut om die afmerklys aan te pas, die geldigheid van die afmerklys te verhoog en om die prosedure van data-insameling te verfyn. Die finale afmerklys wat gebruik is tydens die uitvoer van Fase 1 word in Bylae G vervat.

3.4.6.2 Fase 1: Data-insamelings en –optekening prosedure.

Waarnemings is deur die navorser op die afmerklys genoteer, ten einde 'n omvattende beskrywing van elkeen van die verskillende Primêre Gesondheidsorgklinieke te verkry. Vir die voltooiing van Afdelings A en B is die hoof van die kliniek gekontak, terwyl die matrone en/of die hoof suster benut is vir die versameling van inligting vir Afdeling C. Afdeling D is deur die navorser voltooi gebaseer op observasies in die kliniek.

3.4.6.3 Data-analise.

Die SAS-program (Statistical Analysis System) is gebruik om die data te analiseer en te organiseer. Soos aanbeveel deur De Vos (2005) en Leedy en Ormrod (2004) sal beskrywende statistieke gebruik word om die data wat verkry is vanuit die afmerklys grafies voor te stel.

3.5 FASE 2: DIENSVERSKAFFERS BY DIE GESONDHEIDSORGKLINIEKE SE PERSEPSIE VAN VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIË

3.5.1 FASE 2: DOELSTELLING.

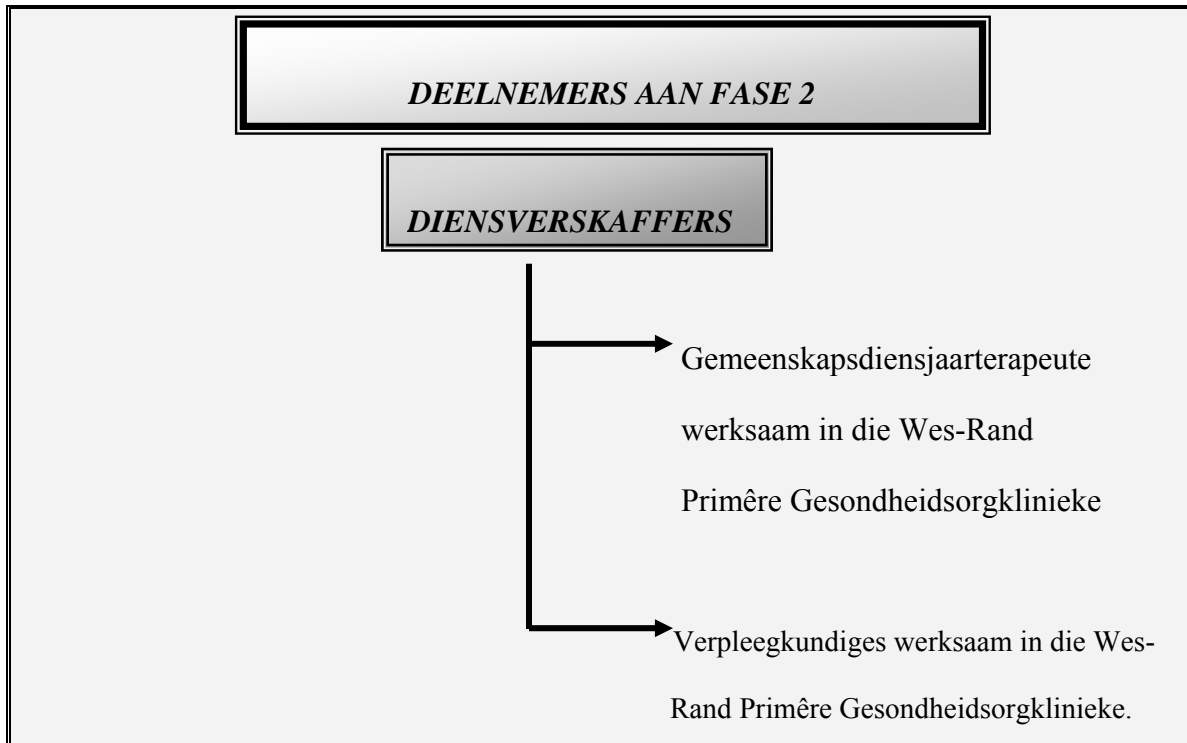
Die doel van Fase 2 is om diensverskaffers in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies rakende die implementering van Vroeë Kommunikasie Intervensie dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke te bepaal en te beskryf.

Die volgende sub-doelstellings is geformuleer om bogenoemde doel vir Fase 2 te bereik:

- Om gemeenskapdiensjaartherapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies rakende VKI dienslewering, en die realisering daarvan binne die gemeenskapdienskonteks te bepaal.
- Om verpleegkundiges werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se houding jeens en persepsies van VKI te beskryf.

3.5.2 DEELNEMERS AAN FASE 2.

Om die bogenoemde doelstellings te kon bereik, is daar van die diensverskaffers in die Gauteng: Wes-Rand streek se gemeenskapgebaseerde Primêre Gesondheidsorgklinieke gebruik gemaak. Die deelnemers word vervolgens in Figuur 3.5 geïllustreer.



FIGUUR 3.5. Deelnemers en Respondente aan Fase 2.

3.5.2.1 Fase 2: Seleksie Kriteria.

Die resultate van 'n navorsingsprojek is net so betroubaar soos die kwaliteit waarmee die deelnemers van die studie geselekteer word (Leedy & Ormrod, 2004). Tydens die seleksie van die deelnemers is 'n aantal eienskappe van die deelnemers konstant gehou, sodat vergelykings tussen die response gemaak kon word. Die volgende kriteria is toegepas tydens die seleksie van die Deelnemers en Respondente vir Fase 2:

' **Gemeenskapsdiensjaarterapeute as Deelnemers:**

Insluitingskriteria:

- *Gemeenskapsdiensjaarterapeute*

Die deelnemers moes in diens wees van die Departement van Gesondheid Wes-Rand A distrik as gemeenskapsdiensjaar arbeids-, fisio-, spraak-taalterapeute en oudioloë vanaf die periode 3 Januarie 2005 tot 31 Desember 2005. Vir die terapeute om in diens van die Departement van Gesondheid te wees, moet hulle egter ook geregistreer wees by die Raad vir Gesondheids Beroepe in Suid-Afrika.

- *Kwalifikasies*

Die gemeenskapsdiensjaarterapeute moes oor die nodige kwalifikasies beskik en in een van die registers van die volgende beroepe by die Raad vir Gesondheids Beroepe in Suid-Afrika geregistreer wees naamlik: Spraak-taalterapeut, Oudioloog, Spraak-taalterapeut en Oudioloog, Arbeidsterapeut en Fisioterapeut.

' **Verpleegkundiges as Respondente:**

Insluitingskriteria:

- *Werkskonteks*

Die verpleegkundiges moes in diens wees van die Departement van Gesondheid Wes-Rand as gemeenskapsverpleegkundige binne een van die gemeenskapsgebaseerde klinieke wat geteiken is vir die uitvoer van die studie, omdat die gemeenskapgebaseerde Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik geteiken is.

- *Kwalifikasies*

Die gemeenskapsverpleegkundiges moes oor 'n diploma of graad in verpleegkunde beskik en by die Suid-Afrikaanse Raad van Verpleging geregistreer wees (Moodley, 1999; Kraamwinkel & Louw, 2000).

3.5.2.2 Seleksie van Deelnemers en Respondente in Fase 2.

'n Nie-ewekansige steekproef in die vorm van 'n gerieflikheidsteekproef trekking is gebruik vir die seleksie van die respondente in hierdie fase (Neuman, 2000). Die seleksie prosedure was as volg:

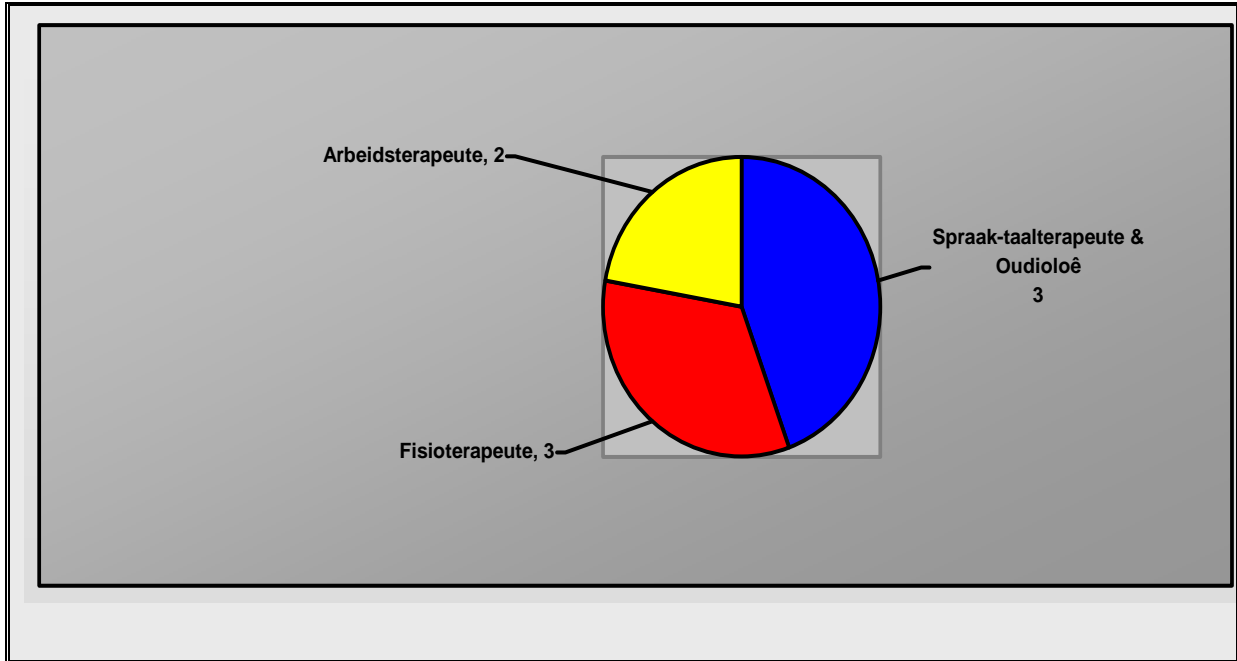
- Nadat etiese klaring vanaf die Universiteit van Pretoria verkry is, is die direkteur van die Departement van Gesondheid, Wes-Rand streek A, gekontak om toestemming vir die uitvoering van die studie te verkry. Die toestemmingsbrief is aangeheg in Bylae A.
- Die gemeenskapsdiensjaar arbeids-, fisio-, spraak-taalterapeute en oudioloë werksaam in die Wes-Rand Gesondheidstreek A is deur middel van 'n doelbewuste steekproeftrekking geselekteer (Babbie, 1998; Leedy & Ormrod, 2004; Neuman, 2000).
- Al die gemeenskapsverpleegkundiges werksaam by die Gesondheidsorgklinieke soos gespesifiseer in Figuur 3.4 is genader om aan die studie deel te neem.
- Na die seleksie van die deelnemers, is die doel van die studie aan hulle verduidelik, vanwaar daar dan aan hulle 'n ingeligte toestemmingsbrief verskaf is, wat hulle versoek is om te onderteken. Die toestemmingsbriewe is aangeheg in Bylae B.
- Daar is aan die gemeenskapsverpleegkundiges die opsie verskaf om die vraelys in Afrikaans of Engels te voltooi. Deurdat daar aan hulle 'n keuse verskaf is, kon die verpleegkundiges die vraelys voltooi in die taal waarmee hulle die gemaklikste is. Beide die Afrikaanse en Engelse vraelys word in Bylae H vervat.

3.5.2.3 Beskrywing van deelnemers en respondente in Fase 2.

Die deelnemers aan Fase 2 van die navorsingsproses word vervolgens bespreek.

Gemeenskapsdiensjaarterapeute as deelnemers:

Die gemeenskapsdiensjaarterapeute wat benut is vir die uitvoer van hierdie studie, is belangrike rolspelers in die verskaffing van VKI. Volgens Figuur 3.6 was daar vier spraak-taalterapeute, twee arbeidsterapeute en drie fisioterapeute werksaam by die Wes-Rand Gesondheidsorg distrik A op die stadium van die uitvoer van hierdie studie.



Figuur 3.6: Gemeenskapsdiensjaarterapeute as deelnemers aan Fase 2 (n= 8).

Tabel 3.3 verskaf ’n uiteensetting van die biografiese inligting van hierdie terapeute.

Tabel 3.3: Biografiese inligting van gemeenskapsdiensjaarterapeute (n= 8).

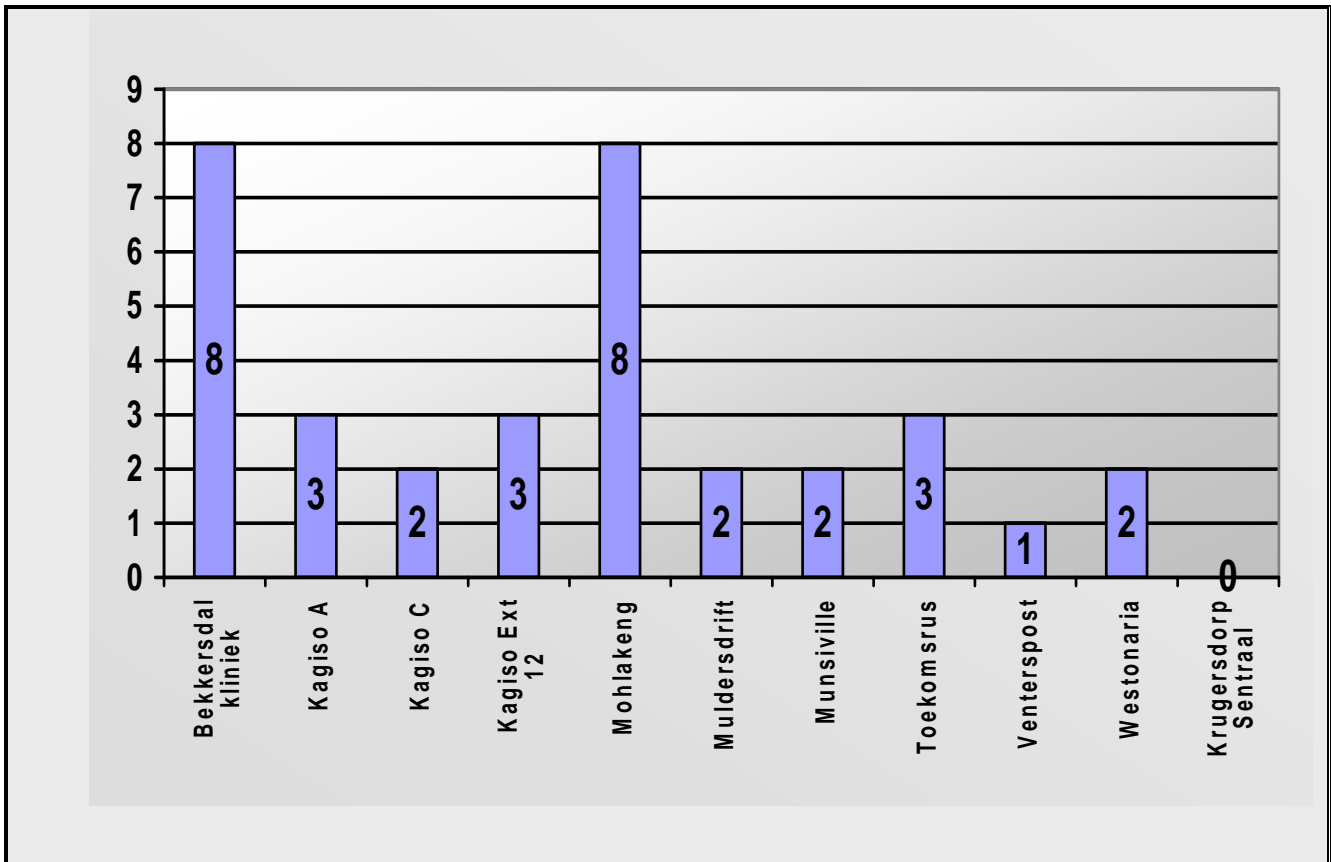
<i>Eienskap</i>	<i>Beskrywing</i>
Kwalifikasies	Spraak-taalterapeute: 0 Spraak-taalterapeute & Oudioloë: 3 Fisioterapeute: 3 Arbeidsterapeute: 2
Geslag	Manlik: 0 Vroulik: 8
Tale magtig	Afrikaans: 3 Afrikaans & Engels: 3 Engels: 4 Tswana & Engels: 1

Ouderdom	22 jaar: 2 23 jaar: 5 24 jaar: 1
Opleidingsinstansie	Universiteit van Pretoria: 2 Universiteit van die Witwatersrand: 6

Vanuit Tabel 3.3 blyk dit dat die grootste aantal gemeenskapsdienjaartherapeute spraak-
taalterapeute en oudioloë (3 terapeute) was. Die terapeute is almal in hulle vroeë twintigs,
en omdat hulle pas afgestudeer het en tans besig is met hulle gemeenskapsdienjaar, kan
die afleiding gemaak word dat hulle beperkte blootstelling en praktiese ervaring in hul eie
beroepe het. Dit is kenmerkend dat die terapeute afkomstig is van verskillende
opvoedkundige instansies, sodat hulle persepsie en blootstelling aan vroeë intervensie en
voorkoming kan verskil. Die grootste aantal terapeute (6 terapeute) was afkomstig van
die Universiteit van die Witwatersrand, terwyl 2 van die terapeute by die Universiteit van
Pretoria studeer het. Elke sub-distrik in die Wes-Rand distrik het oor 'n spraak-
taalterapeut, oudioloog, arbeidsterapeut en fisioterapeut beskik, wat weekliks tussen die
verskillende klinieke in daardie sub-distrik geroteer het.

' Gemeenskapsverpleegkundiges as respondente:

Vier en dertig verpleegkundiges het as respondente gedien nadat 47 vraelyste uitgestuur
is wat 'n responskoers van 72%, wat hoog is, impliseer (Neuman, 2000). Die
verpleegkundiges was werksaam in verskeie klinieke soos geïllustreer in Figuur 3.7.



Figuur 3.7: Verpleegkundiges wat by elke kliniek benut is tydens die uitvoer van die studie (n =34)

Volgens Figuur 3.7 blyk dit dat Bekkersdal- en Mohlakeng klinieke die grootste responsyfer gehad het. Tabel 3.4 verskaf 'n uiteensetting van die verpleegkundiges wat aan die studie deelgeneem het. 'n Totaal van 60% van die verpleegkundiges het oor 'n diploma in verpleegkunde beskik. 'n Groot aantal (82%) respondente het ook verdere formele kwalifikasies in die area van gemeenskapverpleegkunde gehad. 'n Totale 12% van die 34 verpleegkundiges wat deelgeneem het, het lesing en/of werkswinkel in VKI bygewoon, wat daarop dui dat hulle wel al blootstelling gehad het VKI.

Vyftig persent (50%) van die respondente werk minder as 5 jaar in die spesifieke Primêre Gesondheidsorgklinik wat impliseer dat die verpleegkundiges nog relatief min praktiese

ervaring in daardie spesifieke kliniek het. Slegs een verpleegkundige werk al langer as 21 jaar by die spesifieke kliniek.

Tabel 3.4: Biografiese beskrywing van die verpleegkundiges as respondente (n= 34)

Kenmerke van die respondente	Biografiese inligting
Keuse van taal waarin hulle vraelys wou voltooi.	Afrikaans: 30 (88, 2%) Engels: 4 (11, 76%)
Hoogste vlak van verpleegkundige kwalifikasie	Graad: 12 (35.3%) Diploma: 20 (58.8%) Ander: 2 (5.9%)
Formele kwalifikasie in die area van gemeenskapsverpleegkunde	Ja: 28 (82.4%) Nee: 6 (17.65%)
Huidige werkstatus	Permanent: 25 (73.5%) Tydelik: 9 (26.5%)
Aantal jare werksaam in 'n gemeenskapsgebaseerde gesondheidskliniek	0 –5: 17 (50%) 6-10: 10 (29.4%) 11-15: 4 (11.8%) 16-20: 2 (5.9%) 21-25: 1 (2.9%)
Enige lesings, werkswinkel of kursusse oor vroeë kommunikasie intervensie bygewoon	Ja: 4 (11.7%) Nee: 30 (88.2%)

3.5.3 FASE 2: MATERIAAL EN APPARAAT.

Om gemeenskapdiensjaarterapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies rakende VKI dienslewering, en die realisering daarvan binne die gemeenskapsdienskonteks te bepaal, is daar van 'n gestruktureerde onderhoudskedule gebruik gemaak. 'n Gestruktureerde onderhoudskedule word deur De Vos (2005) as die predominante metode vir die versameling van data tydens 'n kwalitatiewe navorsingsproses beskryf. Gestruktureerde onderhoudskedules kan as volg gedefinieer word:

“Attempts to understand the world from the participant’s point of view, to unfold the meaning of people’s experiences and to uncover their lived world prior to scientific explanations” (De Vos, 2005).

Die materiaal en die apparaat wat gebruik is tydens die uitvoer van Fase 2 van die studie word vervolgens bespreek:

3.5.3.1 Apparaat vir benutting tydens die gestruktureerde onderhoudskedule.

Tabel 3.5 verskaf ’n uiteensetting van die apparaat wat tydens die uitvoer van die gestruktureerde onderhoudskedule benut is.

Tabel 3.5: Gestruktureerde Onderhoudskedule: Apparaat

APPARAAT	MOTIVERING
Panasonic RN-202 microkasset bandopnemer	Hierdie apparaat is noodsaaklik om die response van alle deelnemers op te neem, sodat dit later geanaliseer kan word. Die navorser het besluit om response eerder op band op te neem as ’n video opname, om konfidensialiteit en anonimiteit te verseker.
4 x 60 minute TDK mikro kassette	Die kassette word benodig vir die bandopnemer wat gebruik word.
4 x Duracel AA plus batterye	Die batterye is noodsaaklik om te verseker dat die bandopnemer funksioneer.

3.5.3.2 Vraelys vir die voltooiing deur die verpleegkundiges.

' Doel van die vraelys:

Die doel van die vraelys is om die verpleegkundiges werksaam in die Gauteng: Wes-Rand distrik se Primêre Gesondheidsorgklinieke se houding jeens VKI dienslewering te bepaal en te beskryf.

' Motivering vir die keuse van 'n vraelys:

Alhoewel onderhoude gewoonlik in beskrywende studies gebruik word, neem dit meer tyd in beslag en is dit nie met die inagneming van die verpleegkundiges se besige skedules en beperkte beskikbare tyd, as die gepaste prosedure vir die insameling van data geselekteer nie. Die gebruik van vraelyste as data-insamelings prosedure word deur Leedy en Ormrod (2004) en De Vos (2005) as voordelig beskryf, aangesien dit onafhanklik is van 'n onderhoudvoerder wat bevooroordeeld kan wees en dit aan respondente die geleentheid bied om hulle opinie te lug, terwyl die respondente se reg op anonimiteit verseker word. Vraelyste laat egter ook toe vir objektiwiteit en dit is eenvoudig, koste-effektief en tydbesparend (De Vos, 2005).

' Tipes vrae en response kategorieë:

Twee sleutelkomponente is in ag geneem tydens die opstel van die vraelys, naamlik verwarring van respondente moet vermy word en die perspektief van respondente moet ingedagte gehou word (Neuman, 2000).

Met die opstel van die vrae in die vraelys is literatuur (De Vos, 2005; Leedy & Ormrod, 2004; Neuman, 2000) oor die samestelling van vraelyste, sowel as bestaande vraelyste geraadpleeg in verband met die tipe vrae wat gevra kon word. Vir hierdie studie is daar van beide oop- en geslote vrae gebruik gemaak. Die grootste aantal vrae is in die vorm van geslote vrae, om sodoende voorsiening te maak vir die verpleegkundiges se beperkte tyd.

Geslote vrae verskaf die moontlike antwoorde waarvan die verpleegkundiges dan net die regte antwoord kan selekteer wat hulle mening die beste voorstel. Geslote vrae dra ook by tot meer effektiewe data-insameling, -prosessering en –analise (Bourque & Fielder, 1995 in Werner, 2001).

Die voordele van geslote vrae soos deur Leedy en Ormrod (2004), Neuman (2000), en Tesner (1997) aangevoer word, sluit onder andere die volgende in: dit is vinniger en makliker vir die respondente om die vrae te beantwoord aangesien daar telkens slegs 'n kategorie gekies hoef te word; antwoorde is standaard en kan van persoon tot persoon vergelyk word en kodering van response is makliker en vinniger. Die tipes geslote vrae wat in die vraelys ingesluit is:

- *Nominale- keuse vrae* waar die respondente hulself slegs in 'n kategorie verdeel, byvoorbeeld manlik/vroulik, getroud/ongetroud/geskei, diploma/graad. Byvoorbeeld: Vrae A2 tot A5 (De Vos, 2005).
- *Veelvuldige keuse-vrae* waarin die respondente se opinies of houdings bepaal word deurdat die respondente die mees toepaslike keuses, volgens sy/haar mening, moet merk. Byvoorbeeld Vrae B3, C1 tot C9 (De Vos, 2005).
- *Ja/Nee vrae* is ook gebruik om opinies te bepaal in terme van of die respondent saamstem met die stelling of nie. Byvoorbeeld: Vrae D4 tot D15 (De Vos, 2005).
- *Likert-tipe skale* waarmee die respondente die mate waarin hulle saamstem of verskil, kan aandui op 'n skaal van byvoorbeeld “stem saam” tot “stem nie saam nie”. Byvoorbeeld: Vrae D3 (De Vos, 2005).

Oop vrae is ook in die vraelys ingesluit, sodat die respondente hulle eie woorde kon gebruik om hul menings oor 'n bepaalde onderwerp te verskaf. Daar is geen regte of verkeerde antwoord nie en dit word volgens Neuman (2000) en Schnetler et al. (1989) gebruik wanneer die navorser wil hê dat die respondente 'n bepaalde kwessie deeglik moet beskryf (Neuman, 2000). Die formaat van die vraelys is van so 'n aard dat dit maklik leesbaar en beantwoordbaar is, en so min as moontlik van die respondente se tyd in beslag geneem het.

' **Inhoud van die vraelys:**

Die vraelys bestaan uit vier afdelings naamlik, biografiese inligting, beroep-spesifieke kennis rakende VKI; algemene houding en kennis rakende VKI; gespesialiseerde kennis en houdings ten opsigte van VKI. Afdeling A bevat sewe vrae, afdeling B drie vrae, en afdeling C nege vrae. Afdeling D bevat negentien vrae wat in drie onderafdelings, naamlik sifting, identifisering en verwysing en monitor onderverdeel is. Uiteensetting van die afdelings en die motivering vir die insluiting daarvan word in Bylaag G, Tabel 3 vervat.

3.5.4 FASE 2: PROSEDURE.

Die uitvoer van 'n loodsstudie het egter as vertrekpunt vir die gestruktureerde onderhoudskedule en die vraelys gedien.

3.5.4.1 Loodsstudie vir die gestruktureerde onderhoudskedule en die voltooiing van die vraelys.

Die hoofdoel van die loodsstudie is om die uitvoerbaarheid van die data-insamelingsinstrumente te bepaal.

' **Doel van die loodsstudie vir die gestruktureerde onderhoudskedule:**

Die doel van die loodsstudie was om:

- Die toepaslikheid van die bewoording van die temas wat geïdentifiseer is te bepaal (De Vos, 2005).
- Om te bepaal of die doelstellings wat vir die fase gestel is deur die gestruktureerde onderhoudskedule ondersoek en aangespreek kan word (De Vos, 2005).
- Die verstaanbaarheid van die temas te bepaal en te bepaal of die respondente aan die bespreking sal kan deelneem (De Vos, 2005).
- Die mees effektiewe prosedure vir die uitvoering van die bespreking te bepaal (De Vos, 2005).
- Om die tyd wat die bespreking in beslag neem te bepaal (De Vos, 2005).

' **Doel van die loodsstudie vir die vraelys:**

Die doel van die loodsstudie was om:

- Die vraelys as data-insamelingsinstrumente se toepaslikheid te bepaal (De Vos, 2005).
- Die toepaslikheid van die bewoording en die formaat van die data-insamelingsmateriaal te bepaal (De Vos, 2005).
- Die duidelikheid van die vrae te bepaal (De Vos, 2005).
- Die verstaanbaarheid en toeganklikheid van die taalgebruik in die vraelys te bepaal (De Vos, 2005).
- Die kostes en tyd wat die vraelys in beslag neem te bepaal (De Vos, 2005).
- Die effektiwiteit van die prosedure vir data-insameling te bepaal (De Vos, 2005).
- Die ondersoeker se vaardighede in die data-insamelingsproses te ontwikkel (De Vos, 2005).

' **Konteks van die loodsstudies:**

Die Dr Yusuf Dadoo - en Leratong hospitale, soos beskryf in Fase 1 punt 3.4.6.2 is ook vir die uitvoer van die loodsstudie benut.

' **Deelnemers aan die loodsstudies:**

Die spraak-taalterapeute en oudioloë van die Dr Yusuf Dadoo en Leratong hospitale, soos beskryf in Fase 1 punt 3.4.6.2 sowel as die spraak-taalterapeut en oudioloog in privaat praktyk met kliniese ervaring van 'n gemeenskapsdienskonteks het as deelnemers opgetree.

' **Prosedure vir die uitvoer van die loodsstudies:**

- Nadat etiese klaring vanaf die Universiteit van Pretoria ontvang is, is daar telefoniese kontak met die spraak-taalterapeute/departementshoof van die hospitale gemaak om 'n afspraak te reël en aan hulle te verduidelik wat die studie behels,

- Die onderhoudskedule en vraelys is vraag vir vraag saam met die geselekteerde terapeute deurgewerk, vanwaar 'n kritiese evaluering van die data-insamelingsmateriaal gedoen is.
- Die temas wat geselekteer is vir die gestruktureerde onderhoudskedule is met die privaatterapeut bespreek.
- Die gestruktureerde onderhoud skedule is vraag vir vraag saam met die terapeute deurgewerk, vanwaar 'n kritiese evaluering t.o.v. die tyd wat die bespreking in beslag neem, die volledigheid van die areas wat gedek word in die bespreking, en die toepaslikheid van hierdie areas gedoen is.

' Resultate en aanbevelings vir die gestruktureerde onderhoudskedule en die vraelys:

Die resultate en aanbevelings van die loodsstudie vir die gestruktureerde onderhoudskedule word in Tabel 3.6 saamgevat.

Tabel 3.6: Resultate en aanbevelings uit die loodsstudie vir die gestruktureerde onderhoud skedule.

Doelwitte vir die loodsstudie	Resultate, aanbevelings en voorgestelde optrede
Om te bepaal of die doelstellings wat vir die fase gestel is deur die gestruktureerde onderhoudskedule ondersoek en aangespreek kan word (De Vos, 2005).	' Met inagneming van die doelstellings wat vir die fase geformuleer is, het die deelnemers gevind dat die temas vir die gestruktureerde onderhoudskedule volledig is.
Om te bepaal of die bewoording en die formaat van die temas wat geïdentifiseer is toepaslik is (De Vos, 2005).	' Die deelnemers het die navorser daarop gewys dat beroepspeesifieke afkortings soos VKI, vermy moet word.

Om te bepaal of die respondente die temas sal kan verstaan en sal kan deelneem aan die bespreking (De Vos, 2005)	' Verder het die deelnemers ook die navorsers se aandag gefokus op die minimalisering van geslote vrae (E2, E3, F2, G2) in die bespreking, omdat geslote vrae bespreking beperk. Hierdie vrae is egter aangepas en verander na vrae wat besprekings tydens die gestruktureerde onderhoudskedule sal ontlok.
Om die kostes en tyd wat die bespreking in beslag neem te bepaal (De Vos, 2005).	' Die gestruktureerde onderhoudskedule is nie fisies uitgevoer nie. Maar dit het ongeveer 40 minute geneem om die temas te bespreek.

Die finale temas waarop daar besluit is vir die gestruktureerde onderhoudskedule word in Bylae I vervat.

Die resultate en aanbevelings verkry vanuit die loodsstudie vir die vraelys word in Tabel 3.7 saamgevat.

Tabel 3.7: Resultate en aanbevelings uit die loodsstudie vir die vraelys

Doelwitte van die loodsstudie	Resultate, Aanbevelings en Voorgestelde optrede
Om te bepaal of die doelstellings wat vir die fase gestel is deur die gestruktureerde onderhoudskedule ondersoek en aangespreek kan word (De Vos, 2005).	' Met inagneming van die doelstellings wat vir die fase geformuleer is, het die deelnemers gevind dat die vraelys volledig is.
Om te bepaal of die bewoording en die formaat van die data-insamelingsmateriaal toepaslik is (De Vos, 2005).	' Die deelnemers het gevind dat die terminologie wat gebruik word so eenvoudig as moontlik gehou moet word. Daar is voorgestel dat beroepspeesifieke afkortings eerder volledig uitgeskryf word moet.

	<ul style="list-style-type: none"> ' Voorbeelde van moeilike terme of vrae moet verskaf word, soos by B3 nr. 5; D4 nr. 4, 5. ' Die navorser moet regdeur die vraelys aan die deelnemer riglyne verskaf vir die voltooiing van die vraelys. Om hierdie rede is “merk asseblief NET een”; “Merk almal van toepassing” op die vraelys aangebring.
Om te bepaal of respondente in staat sal wees om al die vrae te beantwoord (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' ‘Die respondente was in staat om al die vrae te voltooi.
Om die kostes en tyd wat die vraelys in beslag neem te bepaal (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' Heelwat kritiek is gelewer op die lengte van die vraelys, maar ongelukkig kon daar nie meer vrae uitgelaat word nie, omdat dit dan sou lei tot ‘n verlies aan belangrike inligting en die data wat verkry word beperk. Die voltooiing van die vraelys het ongeveer 45 minute in beslag geneem.
Om die vrae wat saamgestel is vir die data-insamelingsmateriaal toe te pas ten einde opleiding en kliniese vaardighede aan die ondersoeker te verskaf (De Vos, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ' Die navorser is meer vertrouwd met die uitvoer van die vraelys.

Die resultate van die loodsstudie is benut om die vraelys aan te pas, om die prosedure van data-insameling te verfyn en die effektiwiteit daarvan te verhoog (De Vos, 2005). Die finale vraelys wat gebruik is vir die uitvoer van hierdie studie word in Bylae H vervat.

3.5.4.2 Fase 2: Data-insamelingsprosedure:

Die verskillende prosedures wat tydens die Fase van die studie gevolg is, word vervolgens bespreek:

' **Data-insamelingsprosedure vir die gestruktureerde onderhoudskedule:**

- Die doel van die studie is aan die respondente verduidelik, waarna 'n *ingeligte toestemmingsbrief*, soos vervat in Bylae B en C aan elkeen verskaf is. Die ingeligte toestemmingsbrief verskaf geskrewe inligting aan die deelnemers rakende die doel van die studie, die prosedures wat gevolg sal word, vertroulikheid en die reg op anonimiteit (De Vos, 2005).
- Nadat die deelnemers ingestem het om aan die studie deel te neem en geskrewe ingeligte toestemming gegee het, is hulle by die gestruktureerde onderhoudskedule betrek.
- Die terapeute se kantoor by die Departement van Gesondheid, Wes-Rand distrik A het as lokaal vir die uitvoer van die gestruktureerde onderhoudskedule gedien, aangesien dié lokaal gemaklik en bekend is vir die deelnemers (Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2001).
- Die deelnemers is so geposisioneer dat elkeen ten volle kan deelneem aan die onderhoud (Bloor et al., 2001).
- Temas in Bylae I vervat is gebruik om die besprekings aan te moedig.
- Die besprekings is op oudioband opgeneem, waarna dit volledig getranskribeer en geanaliseer is. Deelnemers is aangemoedig om van hulle response neer te skryf, om te verseker dat elkeen se eie persoonlike persepsie en houding verkry word.
- Konfidensialiteit is verseker deur aan die respondente nommers toe te ken.
- Die volledige transkripsies word in Bylae J vervat.

' **Data-insamelingsprosedure vir die vraelys:**

- Die navorser het haarself aan die respondente voorgestel en die doel van die studie aan die deelnemers verduidelik, waarna elke respondent 'n *ingeligte toestemmingsbrief* ontvang het. Die ingeligte toestemmingsbrief verskaf geskrewe inligting aan die deelnemers rakende die doel van die studie, die prosedures wat gevolg sal word, vertroulikheid en die reg op anonimiteit (De Vos, 2005), en word in Bylae C vervat.
- Nadat die respondente ingestem het om aan die studie deel te neem, is daar met elkeen van die respondente 'n afspraak gemaak.

- Vraelyste is aan die respondente uitgedeel en 'n tyd en datum vir die inhandiging van die vraelyste is vasgestel by van die klinieke, aangesien sommige van die deelnemers dit nie dadelik kon voltooi weens hul werkslading nie.

3.5.4.3 FASE 2: DATA OPTEKENING EN DATA ANALISE PROSEDURE

Die inligting wat vanuit die gestruktureerde onderhoudskedule en die vraelys verkry is, is soos volg opgeteken:

' Data-optekening en –analise prosedures vir die gestruktureerde onderhoudskedule.

Die data wat verkry word uit die gestruktureerde onderhoudskedule, is opgeteken deur die bandopnames te transkribeer en geskrewe response van die fokusgroep te groepeer (Bloor et al., 2001). Die volledige transkripsies word in Bylae J vervat.

Die data-analiseprosedure behels die kategorisering, manipulering en samevatting van data, ten einde die data in betekenisvolle terme te kan beskryf (Leedy & Ormrod, 2004). Die analise van die data wat uit die gestruktureerde onderhoudskedule verkry is, is kwalitatief van aard. Die “*cut-and-paste*” metode beskryf deur Leedy en Ormrod (2004) is gebruik om die data wat verkry is te analiseer en te interpreteer. Die tegniek bestaan uit vier stappe, waarvan die eerste stap die insameling van data behels. Die oorblywende drie stappe van data-analise word vervolgens bespreek:

Stap een: Relevante informasie word geïdentifiseer – Die navorser identifiseer eenhede vanuit die transkripsies wat relevant is t.o.v. die navorsingsdoelwitte. 'n Eenheid sluit in 'n frase, 'n sin of 'n gesprek. Hierdie eenhede is met rooi beklemtoon.

Stap twee: Die klassifisering van temas – Nadat die transkripsie met sorg deurgegaan is word belangrike temas deur die navorser geïdentifiseer. Met die beplanning van die gestruktureerde onderhoudskedule het die navorser egter temas geïdentifiseer wat in die gestruktureerde onderhoudskedule bespreek moet word (vervat in Bylae I). Die eenhede

wat verband hou met die geïdentifiseerde temas is met 'n spesifieke kleur gekodeer. Die ooreenstemmende kleure is saam gegroepeer.

Stap drie – Die kategorisering van ondersteunende materiaal – Die eenhede wat mekaar ondersteun is geïdentifiseer en saam gekategoriseer. Die inligting wat verkry is uit die gestruktureerde onderhoudskedule is visueel voorgestel, deur gebruik te maak van tabelle en figure (Denzin & Lincoln, 2000; De Vos, 2005).

' **Data-optekening en -analise prosedures vir die vraelys:**

Die inligting wat vanuit die vraelys verkry is, is deur die navorser op die vraelys gekodeer. 'n Kolom vir die enkodering van die rou data is vooraf aan die regterkant van die vraelys aangebring en is gemerk “*Vir kantoorgebruik*”. Die vrae is deur die navorser geënkodeer na aanleiding van die data definisies en is statistiese geanaliseer deur die Departement Inligtingstegnologie aan die Universiteit van Pretoria.

Vir die doel van die betrokke studie is daar spesifiek van beskrywende statistiek gebruik gemaak, vir die beskrywing van die data deur middel van grafieke, figure en tabelle om die data visueel en georganiseerd voor te stel (Leedy & Ormrod, 2004).

3.5.5 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VIR FASE 2.

Gedurende die uitvoer van hierdie fase is daar van beide kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsmetodes gebruik gemaak, ten einde die doelwitte te bereik (Leedy & Ormrod, 2004). Die aard en die doel van kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing varieer, en daarom is dit sinneloos om dieselfde kwaliteitskriteria soos geldigheid, geloofwaardigheid en betroubaarheid by beide die vraelys en die gestruktureerde onderhoudskedule toe te pas (De Vos, 2005). Die volgende stappe is deur die navorser geneem om kwaliteit metings tydens die kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsmetodes te verseker:

3.5.5.1 Kwalitatiewe navorsings metodes: Gestruktureerde Onderhoudskedule.

In kwalitatiewe navorsing word daar van die volgende kriteria gebruik gemaak, naamlik kredietwaardigheid, veralgemening, geloofwaardigheid en bevestiging om die betroubaarheid van die gestruktureerde onderhoudskedule te bepaal (De Vos, 2004; Krefting, 1991; Poggenpoel, 1998; Pottas, 2004). Die strategieë wat aangewend is om die *betroubaarheid* van die gestruktureerde onderhoudskedule te verhoog word vervolgens beskryf:

Om kredietwaardigheid te verseker:

- ' n Deeglike literatuur studie is uitgevoer om te verseker dat die kredietwaardigheid verhoog word deurdat die inhoud gebaseer is op 'n sterk teoretiese basis (Denzin & Lincoln, 2000).
- ' Die navorsingsdoelwitte is met sorg saamgestel, om ondubbelsinnigheid te voorkom (Denzin & Lincoln, 2000; Van Dijk, 2003).
- ' Temas van die gestruktureerde onderhoud is duidelik uiteengesit, sodat spesifieke informasie gedurende die onderhoud van die deelnemers verkry kan word.

Om veralgemening te verseker:

- ' Die data wat verkry is vanuit die gestruktureerde onderhoudskedule, kan egter nie veralgemeen word na die breër populasie nie, aangesien die onderhoudskedule hoofsaaklik net klem geplaas het op die gemeenskapsdiensjaarterapeute in die Wes-Rand distrik (Leedy & Ormrod, 2004).
- ' n Gedetailleerde uiteensetting van die deelnemers, data insamelingsinstrument, prosedures wat aangewend is vir die uitvoering van die studie is in die metodologie verskaf, ten einde die uitvoer van hierdie studie in ander kontekste moontlik te maak (De Vos, 2004; Denzin & Lincoln, 2000).

Om die geloofwaardigheid te verseker:

- ' Die presiese metodes vir data-versameling, -optekening, -analiserings, en interpretasie van resultate is beskryf, ten einde informasie te verskaf rakende die herhaalbaarheid van die studie (Krefting, 1991; Van Dijk, 2003).
- ' Die betroubaarheid van die deelnemers se response is verhoog, aangesien hulle identiteit nie openbaar word nie en hulle response ten alle tye anoniem bly. Deelnemers kon dus spontaan hulle opinies weergee (De Vos, 2005).
- ' Die betroubaarheid van die gestruktureerde onderhoudskedule is verhoog, deurdat die temas wat bespreek is, van waarde is vir die deelnemers (Reid & Gough, 2003; Van Dijk, 2003).
- Tydens die data analiserings is die stappe soos uiteengesit in Stewart en Shamdasani (1990) aangewend om die data korrek te analiseer en te interpreteer.

Om bevestiging te verseker:

- Die navorser het gepoog om onbevooroordeeld tydens die data insameling en tydens die interpretasie van data te wees, ten einde die bevestiging van data te verhoog (Reid & Gough, 2000).
- Die transkripsies van die gestruktureerde onderhoudskedule, sowel as die aantekeninge van die nie-verbale gebare en gesigsuitdrukkings van die deelnemers, wat in die Bylae vervat is, dra by tot bevestiging van bevindinge (Reid & Gough, 2000; Van Dijk, 2003).

3.5.5.2. Kwantitatiewe navorsingsmetodes: Die voltooiing van die vraelys.

Daar was hoofsaaklik tydens die uitvoer van die vraelys van kwantitatiewe navorsingsmetodes gebruik gemaak en kwaliteits kriteria soos geldigheid en betroubaarheid is toegepas.

Geldigheid van die vraelys: Een van die voorsorgmaatreëls wat toegepas is ten einde te verseker dat die opinies van die respondente nie deur die navorser beïnvloed is nie, behels die gebruik van dekbriewe. Die dekbriewe het al die nodige informasie aan die respondente verskaf.

Die ***inhoud en konstruksie geldigheid*** van die vraelys is deur die uitvoer van 'n loodsstudie bepaal, en volgens die resultate en aanbevelings wat vanuit die loodsstudie verkry is, is sekere veranderinge op die vraelys aangebring. Die gebruik van die loodsstudie het dus die geldigheid van die resultate verhoog, deurdat daar met die loodsstudie verseker is dat die vrae duidelik en maklik beantwoordbaar is (Neuman, 2000).

Eksterne geldigheid behels die mate waartoe die resultate wat uit die studie verkry word na die groter populasie veralgemeen kan word (Leedy & Ormrod, 2004). Aangesien hierdie studie slegs 'n spesifieke populasie geteiken het, kan die resultate wat verkry is nie veralgemeen word na die groter populasie nie. Gebaseer op die kriteria wat gebruik is in die seleksie van die respondente, kan sekere voorspellings gemaak word oor soortgelyke gemeenskappe.

Betroubaarheid van die vraelys:

Die betroubaarheid van die vraelys wat vir hierdie Fase van die studie opgestel is, is verhoog deur die volgende riglyne toe te pas:

- ' Vrae wat in die vraelys vervat is, is met omsigtigheid geformuleer en duidelik uiteengesit (Leedy & Ormrod, 2004).
- ' Duidelike skriftelike instruksies is saam met die vraelyste aan die beoordelaars verskaf (Leedy & Ormrod, 2004).
- ' Die vraelys is ook mondelings aan die beoordelaars verduidelik, om enige dubbelsinnigheid uit te skakel (Leedy & Ormrod, 2004).

3.6 ETIESE KWESSIES VIR FASE 1 EN FASE 2

Die feit dat mense die fokuspunt van die studie vorm, bring unieke etiese implikasies na vore (De Vos, 2005; Leedy, 1999). Voor die aanvang van die studie het die navorser eers die nodige goedkeuring van die Universiteit van Pretoria: Departement Kommunikasiepatologie se Navorsingskomitee verkry deur die voorlegging van 'n aansoek om etiese klaring (Sien Bylae A).

'n Fundamentele etiese beginsel van sosiale navorsing, is dat die deelnemers aan die studie vooraf ingelig moet word, rakende die doel van die studie alvorens hulle ingeligte toestemming kan verskaf (Neuman, 2000). Verder mag geen deelnemer gedwing word om aan die studie deel te neem nie en deelname moet totaal en al vrywillig geskied (Leedy & Ormrod, 2004). Tydens die aanvang van die studie is 'n ingeligte toestemmingsbrief en 'n dekbriëf aan die deelnemers verskaf, waarin die navorser inligting verskaf rakende die doel en die verloop van die studie, die moontlike nadele en voordele verbonde aan die deelname aan die studie, sowel as informasie oor hoe die resultate van die studie gebruik gaan word. Hierdie ingeligte toestemmingsbrief het dit vir die deelnemers en respondente moontlik gemaak om 'n ingeligte besluit te neem aangaande hulle deelname (Leedy & Ormrod, 2004).

Die deelnemers was daarvan bewus dat hulle die reg het om enige tyd gedurende die verloop van die studie, vanuit die studie te onttrek (Leedy & Ormrod, 2004). Die navorser het dus die regte van die deelnemers en respondente gerespekteer. Die navorser het verder ook die inligting wat verkry is van die deelnemers, konfidensieel hanteer (Leedy & Ormrod, 2004).

'n Professionele verhouding is deurgaans behou en daar is nie op enige vlak gediskrimineer tussen die deelnemers, respondente en kontekste van dienslewering nie (De Vos, 2005). Die bevindinge van die studie is eerlik en volledig deur die navorser weergegee. 'n Navorser mag nie sy/haar data aanpas ten einde 'n spesifieke gevolgtrekking te ondersteun nie (Leedy & Ormrod, 2004).

Volgens Graziano en Raulin (2000) het die navorser 'n etiese verantwoordelikheid om 'n goed ontwerpte projek te ontwikkel en dit met sorg uit te voer. Daar is met die studie gepoog om aan hierdie eise te voldoen.

3.7 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het 'n volledige beskrywing verskaf van die navorsingsmetodiek wat gevolg is gedurende die uitvoer van die studie. Die hoofdoel van hierdie studie is ondersteun deur verskeie doelstellings wat vir elke fase geformuleer is. Die seleksie kriteria sowel as die beskrywing van die deelnemers en respondente vir elke fase is verskaf. 'n Volledige uiteensetting en beskrywing van die materiaal en die apparaat wat in die studie benut is, is verskaf, tesame met die prosedures wat gevolg is tydens data insameling en die analise van die data. Die hoofstuk is afgerond deur die verskaffing van die etiese kwessies met betrekking tot geldigheid en betroubaarheid van hierdie studie. Die beskrywing van die metodiek verskaf 'n raamwerk vir die aanbieding van die resultate en die bepreking daarvan.

3.8 SLOT

Tydens hierdie studie is formele navorsing uitgevoer, waar die navorsingseienskappe van die studie soos deur Leedy en Ormrod (2004) beskryf, geformuleer en noukeurig omskryf is. Die gevolgtrekking is bereik dat 'n weldeurdagte en omvattende metodologie waarvolgens die navorsing sistematies uitgevoer kon word daargestel is. Daaruit kan afgelei word dat die metodologie vir hierdie studie en die beginsels wat uit die literatuur verkry is met betrekking tot VKI, as 'n geheel weergegee het. Die wyse waarop die navorsing uitgevoer is volledig in hierdie hoofstuk saamgevat en weergegee, sodat die navorsingsproses deur enige ander navorser in dieselfde of in 'n ander konteks herhaal kan word.

HOOFSTUK 4

AANBIEDING EN BESPREKING VAN RESULTATE

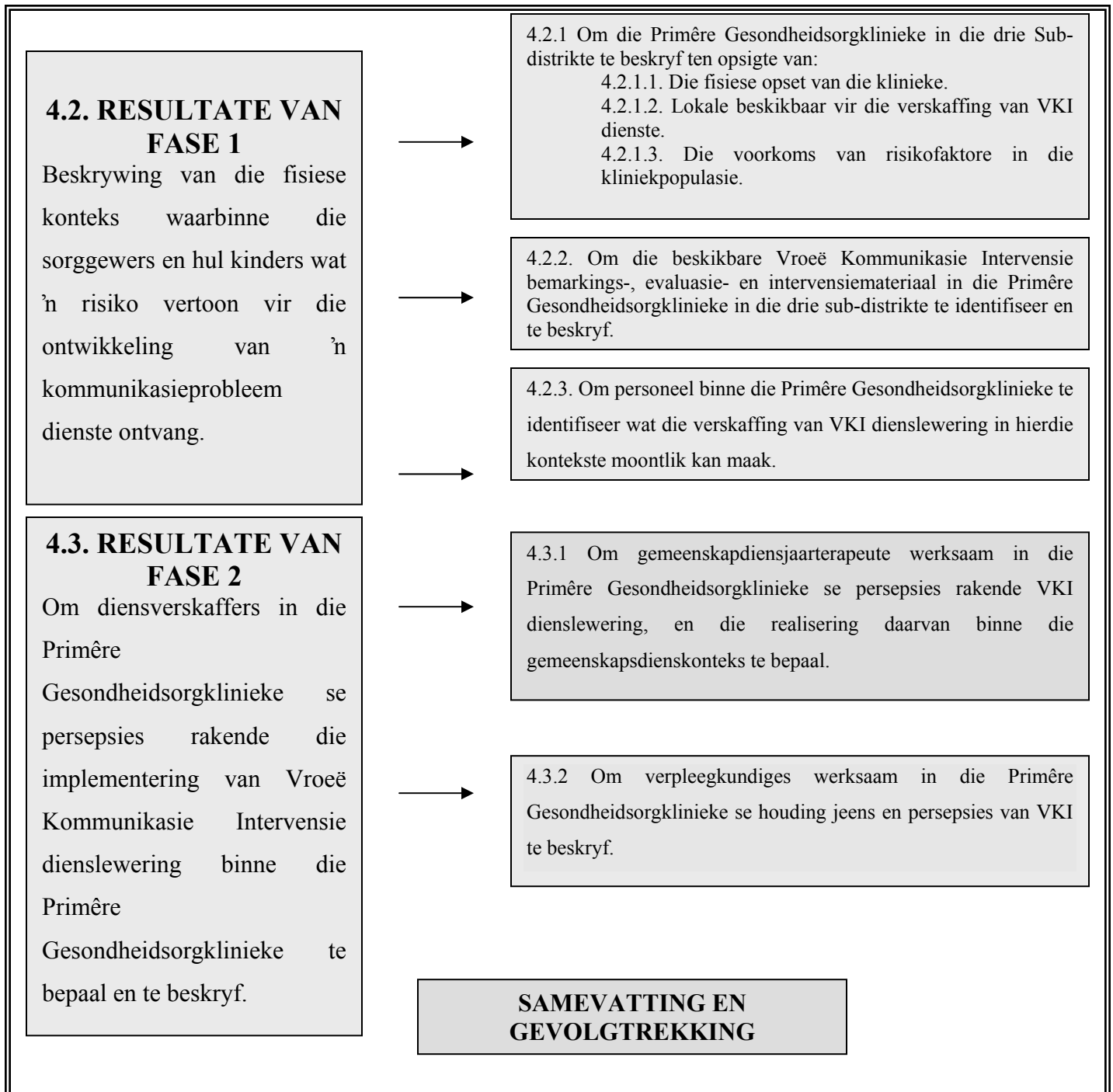
Die doel van hierdie hoofstuk is om die verkreë en verwerkte data teen die agtergrond van resente en toepaslike literatuur te bespreek en te interpreteer. Resultate van Fase 1 evalueer en beskryf die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders, wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem, dienste ontvang. Die resultate van Fase 2 beskryf gemeenskapdiensjaartherapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies rakende VKI dienslewering en die realisering daarvan, binne die gemeenskapsorgklinieke. Tweedens word die resultate van Fase 2 aangewend om verpleegkundiges werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se houding jeens, en persepsies van VKI dienslewering te beskryf.

4.1 INLEIDING:

Die resultate wat vanuit hierdie studie verkry is, het die navorsingsvraag beantwoord. Met die bespreking van die verkreë resultate word daar gereflekteer oor die Primêre Gesondheidsorgklinieke as konteks vir die verskaffing van VKI. Vrae aangaande die toepassing van VKI, die bewustheid en houdings aangaande VKI in die Primêre Gesondheidsorgkonteks word ook gedurende die bespreking beantwoord. Die resultate word dan aangewend om die leemtes ten opsigte van die toepassing van VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgsisteem van die Wes-Rand distrik te identifiseer en moontlike oplossings te bewerkstellig.

Die bespreking van die resultate word georden aan die hand van die sub-doelstellings wat geformuleer is om die hoofdoelstellings te bereik en is dus direk gekoppel aan die twee fases waarin die studie uitgevoer is.

’n Skematiese uiteensetting van die aanbieding en bespreking van die resultate word in Figuur 4.1 uitgebeeld.



Figuur 4.1: Organisasie van die resultate.

4.2 RESULTATE VAN FASE 1: BESKRYWING VAN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSOR GKONTEKS

Die resultate vir fase een is vanuit die inligting van die selfopgestelde afmerklys in Bylae G verkry. Die resultate word vervolgens na aanleiding van die gestelde sub-doelstellings van Fase 1 bespreek.

4.2.1 DIE FISIESE OPSET VAN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSOR GKLINIEKE.

Sub-doelstelling: Om die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die drie Sub-distrikte te beskryf ten opsigte van:

- ' Die fisiese opset van die klinieke.
- ' Lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste.
- ' Die voorkoms van risikofaktore in die kliniepopulasie.

Resultate word visueel voorgestel in figure om die bespreking daarvan te fasiliteer. Inligting vanuit Afdeling A, B3 en D van die opgestelde afmerklys vervat in Bylae G, is gebruik vir die versameling van die resultate.

4.2.1.1 Beskrywing van die fisiese opset van die klinieke.

Inligting aangaande die fisiese opset van die Primêre Gesondheidsorgklinieke is vanuit Afdeling A van die afmerklys verkry.

Tabel 4.1 verskaf 'n uiteensetting van die dae waarop die klinieke dienste aan die gemeenskappe van die Wes-Rand distrik verskaf. Volgens Tabel 4.1 blyk dit dat Primêre Gesondheidsorgdienste by al die klinieke in die verskillende sub-distrikte gedurende die werksure van 8:00 tot 16:00 aan die gemeenskappe verskaf word. Daar word dienste deur 5 van die Primêre Gesondheidsorgklinieke vanaf Maandag tot Saterdag aan die gemeenskap verskaf, terwyl 6 klinieke dienste vanaf Maandag tot Vrydag verskaf, en 1 van die Primêre Gesondheidsorgklinieke slegs op Maandae hulle dienste aan die

gemeenskap verskaf. Die neonatale klinieke verskaf 24 uur 'n dag, 7 dae 'n week diens aan die gemeenskap.

Tabel 4.1: Dae van diensverskaffing deur die Primêre Gesondheidsorgklinieke.

	MAANDAG TOT SATERDAG	MAANDAG TOT VRYDAG	MAANDAG TOT SONDAG
8:00 tot 16:00	<ul style="list-style-type: none"> • Bekkersdal kliniek • Kagiso uitbreiding 12 • Mohlakeng kliniek • Muldersdrif kliniek • Munsieville kliniek 	<ul style="list-style-type: none"> • Kagiso A • Kagiso C • Krugersdorp • Sentraal • Toekomsrus • Westonaria • Zuurbekom • Venterspos kliniek 	
24 uur			Voor en nageboorte eenheid. <ul style="list-style-type: none"> • Mohlakeng • Bekkersdal • Muldersdrif

Volgens Tabel 4.1 blyk dit dat daar uit elke sub-distrik in die Wes-Rand distrik ten minste een Primêre Gesondheidsorgkliniek is wat dienste vanaf Maandag tot Saterdag aan die gemeenskap verskaf. In die *Krugersdorp sub-distrik*: Kagiso uitbreiding 12, Muldersdrif kliniek en Munsieville kliniek. In die *Randfontein sub-distrik*: Mohlakeng kliniek, en in die *Westonaria sub-distrik*: Bekkersdal kliniek. Daar is egter ook 3 klinieke, Mohlakeng kliniek, Bekkersdal kliniek en Muldersdrif kliniek wat 'n 24 uur kraameenheid tot die gemeenskap se beskikking het, en wat apart van die klinieke in die sub-distrikte funksioneer. In ooreenstemming met Swanepoel et al., (2006) is hierdie 24 uur kraameenhede die ideale konteks vir die implementering van vroeë identifikasie en die voorkoming van kommunikasieafwykings. Deur opleiding aan die personeel werksaam in hierdie eenhede te verskaf en deur die toepassing van vroeë identifiserings

programme soos onder andere neonatale gehoorsifting kan hoërisikobabas vroeër geïdentifiseer word en die nodige intervensie ontvang.

Vanuit hierdie bevindinge kan daar afgelei word dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik aan die beginsel van die Suid Afrikaanse Primêre Gesondheidsorg, wat daarop fokus dat dienste beskikbaar en toeganklik moet wees vir alle lede van die gemeenskap, voldoen (“Primary Health Care Progress”, 2000). In ooreenstemming met bevindinge vanuit vorige navorsingstudies (Van Rooyen, 2006), waar gemeenskapsdiensjaarterapeute aangedui het dat hulle wel VKI dienslewering in gemeenskapsdienskontekste verskaf, bestaan die moontlikheid om binne die Wes-Rand distrik se gemeenskapsorgklinieke ook sentrum-gebaseerde VKI dienste te implementeer.

Ten spyte van sekere nadele meen Rossetti (2001) dat sentrum gebaseerde VKI dienste voordelig kan wees, aangesien hoërisikokinders vroegtydig geïdentifiseer word en toegang het tot mediese personeel en ’n verskeidenheid van ander mediese en rehabilitasie dienste. Met sentrum-gebaseerde intervensie het ouers ook die geleentheid om in interaksie te tree met ander ouers van hoërisikobabas en -kleuters (Rossetti, 2001). Vanuit die resultate blyk dit dus dat alhoewel die dae en die tye waarop die klinieke dienste aan die gemeenskap verskaf varieer, die realisering van die implementering van ’n deurlopende VKI program, wat toeganklik is selfs vir werkende sorggewers, wel binne bereik is.

4.1.2.2. Lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste.

Inligting aangaande die lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste is vanuit Afdeling D van die Afmerklys verkry.

Aangesien die verskaffing van VKI dienste, dienslewering aan babas en kleuters tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar behels (Rossetti, 2001), moet die konteks waarbinne hierdie dienste verskaf word kinder vriendelik wees ten einde optimale intervensie dienste te kan verskaf. Vir die ontlokking van ’n kommunikasie monster by ’n kind vir effektiewe

evaluasie en vir die voldoende beplanning vir intervensie doelstellings is dit noodsaaklik dat die konteks waarbinne die evaluasie en intervensie geskied, so natuurlik moontlik moet wees (Guralnick, 2005; Rossetti, 2001).

Tabel 4.2 verskaf 'n uiteensetting van die beskikbaarheid aan 'n lokaal in die Primêre Gesondheidsorgklinieke wat vir die toepassing van VKI dienslewering gebruik kan word.

Tabel 4.2 Beskikbare lokale vir VKI dienslewering

Klinieke	Lokaal beskikbaar vir VKI dienste.	'n Ander lokaal beskikbaar vir VKI dienste, wat gedeel word met ander rehabilitasie dienste in die kliniek.	Geen lokaal beskikbaar nie
KRUGERSDORP SUB-DISTRIK			
Kagiso A Kliniek		X	
Kagiso C Kliniek			X
Kagiso Uitbreiding 12			X
Krugersdorp Kliniek			X
Muldersdrif Kliniek		X	
Munsieville Kliniek			X
RANDFONTEIN SUB-DISTRIK			
Mohlakeng Kliniek		X	
Toekomsrus Kliniek		X	
WESTONARIA SUB-DISTRIK			
Bekkersdal Kliniek		X	
Venterspos Kliniek			X
Westonaria Kliniek		X	
Zuurbekom Kliniek			X

Volgens Tabel 4.2 is daar by geen van die klinieke 'n lokaal beskikbaar wat tans gebruik kan word vir die verskaffing van VKI dienslewering nie, dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat daar nog nie die nodige bewustheid is rondom VKI dienslewering in hierdie kontekste nie.

Die resultate is in ooreenstemming met die van Van Rooyen (2006) wat bevind het dat VKI deur 'n beperkte aantal gemeenskapsdiensjaarterapeute in kliniek kontekste verskaf word. Van Rooyen (2006) het die beperkte toepassing van VKI ook toegeskryf aan onder andere die beperkte lokale. Vorige navorsing het ook tot die gevolgtrekking gekom dat Suid-Afrikaanse klinieke en veral die klinieke in die landelike gebiede beperkte fasiliteite het (Swanepoel, 2004). 'n Nasionale opname studie wat in 2003 uitgevoer is het aangedui dat slegs 59% van die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorg fasiliteite oor toepaslike konsultasie kamers besit, 48% toepaslike wagkamers het en dat slegs 42% toepaslike kleedkamers vir die pasiënte en personeel het (Day, Reagon, Irlam, & Levin, J., 2004). 'n Studie deur Swanepoel et al., (2006) het ook bevind dat sommige Primêre Gesondheidsorgklinieke nie oor toepaslike konsultasie kamers beskik nie en dat dié klinieke nie voldoende toegerus is met water en elektrisiteit nie.

In die Wes-Rand distrik is daar by elke kliniek in die verskillende sub-distrikte 'n rehabilitasie lokaal, wat soos volgens die afmerklys, gedeel word deur die arbeidsterapeut, arbeidsterapeut-assistent, fisioterapeut, fisioterapeut-assistent, dieetkundige, maatskaplike werker, spraak-taaltherapeut, en oudioloog van die spesifieke sub-distrik. Gedurende die voltooiing van die afmerklys het die lokale swak beligting, en onvoldoende ventilasie gehad en het dit nie aan die basiese mensereg van privaatheid voldoen nie. Die beskikbare lokale is dus nie toepaslik vir die verskaffing van effektiewe VKI dienslewering nie.

Die moontlikheid bestaan egter om die kinders wat VKI dienste benodig tuis te besoek. Alhoewel Rossetti (2001) meen dat tuisbesoeke 'n belangrike rol in suksesvolle VKI

dienslewering speel, beperk uitdagings kenmerkend van die Suid-Afrika konteks die aspek van dienslewering, soos byvoorbeeld geweld, die afstand tussen die klinieke waar die spraak-taalterapeut gebaseer is en die tuiste van die gesinne en hulle babas, asook die tekort aan spraak-taalterapeute wat Afrika tale magtig is (Hugo, 2004; Van Rooyen, 2006).

Dit blyk dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik hulleself wel beywer vir die verskaffing van rehabilitasie dienste, en dat daar wel by elke kliniek 'n lokaal beskikbaar is vir die verskaffing van laasgenoemde dienste. Die uitdaging bestaan dus om binne spanverband met ander rehabilitasiewerkers te onderhandel vir dae waarop die lokaal aangewend kan word vir die verskaffing van VKI dienste, ten einde VKI dienslewering binne hierdie kontekste te begin implementeer. Verder moet daar aan die hoof van die Wes-Rand Gesondheidsdistrik aansoeke en motiverings voorgelê word, vir die befondsing om die beskikbare lokale beter toe te rus.

4.2.1.3. Die voorkoms van risikofaktore in die kliniepopulasie.

Die teenwoordigheid van risikofaktore wat die implementering van VKI binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke beklemtoon is vanuit Afdeling B, vraag B 3 van die opgestelde afmerklys verkry. Die data is van die hoof van die klinieke verkry, en is gebaseer op die persepsies van die kliniepersoneel, en nie volgens die Wes-Rand distrik gesondheidsdiens statistieke nie, aangesien daar nie met die uitvoer van die studie statistieke beskikbaar was nie.

Die voorkoms van risikofaktore in die kliniepopulasie word in Tabel 4.3 uiteengesit.

Tabel 4.3: Die risikofaktore teenwoordig by babas en kleuters by die Primêre Gesondheidsorgklinieke

Kromosomale abnormaliteite	Neurologiese afwykings	Atipiese ontwikkelingsafwykings	Kongenitale afwykings	Sensoriese afwykings	Ernstige toksiese blootstelling	Ernstige infeksies (MIV/VIGS)	Prematuriteit	Lae geboorte gewig	Meerlinge
8%	40 %	0%	10 %	4%	6%	20%	5 %	5%	2 %

Volgens Tabel 4.3 blyk dit dat risikofaktore teenwoordig by babas en kleuters wat die Primêre Gesondheidsorgklinieke besoek, hoofsaaklik bestaan uit 40% neurologiese toestande (soos bv. Serebrale gestremdheid), 10% kongenitale afwykings (soos bv. gesplete lip en verhemelte), 4% sensoriese afwykings (soos bv. gehoorverlies) en 20% ernstige infeksies (soos bv. MIV en VIGS). Ten spyte van die teenwoordigheid van MIV en VIGS by die jong kinders, stem hierdie bevindinge ooreen met die hoërisiko profiel vir kommunikasieafwykings in Suid-Afrika (Kritzinger, 2000). Volgens internasionale navorsing word hierdie risikofaktore in die bevestigde risikofaktor kategorie geplaas, en beklemtoon dit dat die jong kind in die teenwoordigheid van hierdie risikofaktore in gevaar geplaas word vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en 'n kandidaat is vir VKI dienste (Billeaud, 2003; Guralnick, 2005).

Die teenwoordigheid van hierdie risikofaktore by babas en kleuters wat die Wes-Rand Primêre Gesondheidsorgklinieke besoek beklemtoon die noodsaaklikheid aan die implementering van VKI dienslewering, omdat VKI dienslewering dit ten doel stel om dienste aan die hoërisikobabas en – kleuter, en hulle sorggewers te verskaf. Die inligting verkry vanaf die kliniekhoofde aangaande die teenwoordigheid van risikofaktore bevestig dat die kliniek personeel bewus is van die risikofaktore wat 'n ontwikkelingsafwyking tot gevolg mag hê. Hierdie bewustheid is egter die begin vir die implementering van vroeë

identifikasie van hoërisikobabas en –kleuters, as sleutelkomponent van die VKI diensleweringproses.

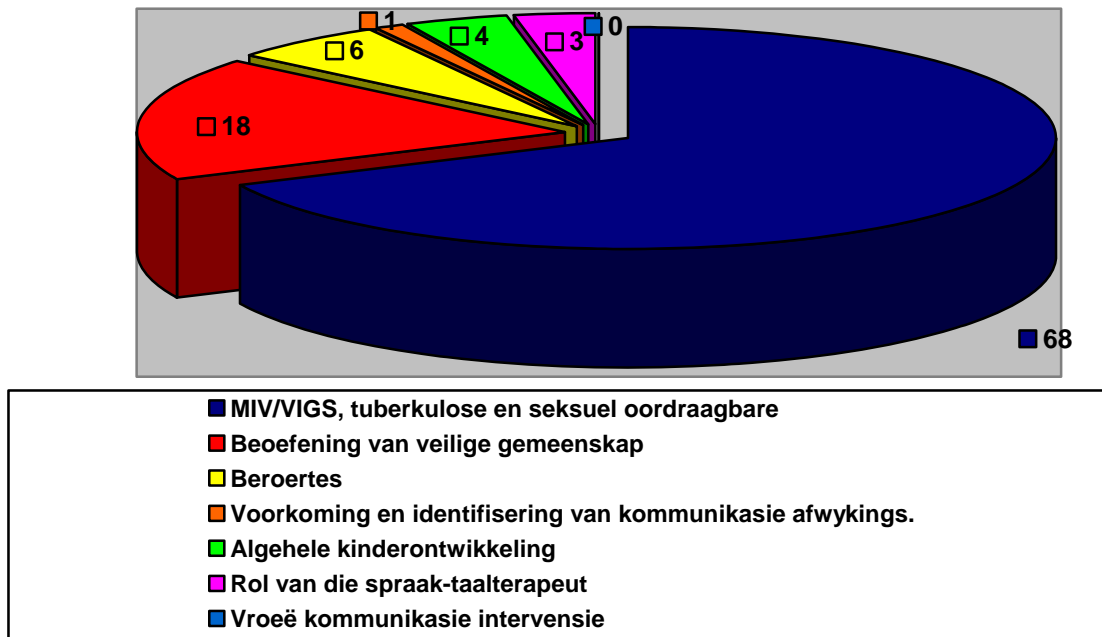
4.2.2. DIE BESKIKBARE VROEË KOMMUNIKASIE INTERVENSIË BEMARKING-, EVALUASIE- EN INTERVENSIEMATERIAAL IN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSORGKLINIEKE.

Die inligting aangaande die beskikbare VKI bemarkingsmateriaal en evaluasie- en intervensiemateriaal is vanuit Afdeling D van die afmerklys verkry.

' Beskikbare bemarkingsmateriaal:

Plakkate en die verspreiding van inligtingstukke in wagkamers by die klinieke wat inligting verskaf aangaande VKI, die rol van die spraak-taalterapeut/oudioloog, simptome van kommunikasie- en/of ontwikkelingsafwykings, voeding, en die identifisering van 'n gehoorverlies, is die ideale geleentheid vir die bemarking van die beroep, en vir die bewusmaking en opleiding van die gemeenskap (Billeaud, 2003). Deur die nodige inligting aan die ouers en/of sorggewers te verskaf, kan die vroeë identifisering van kommunikasieafwykings aangemoedig word (Hugo & Pottas, 1997, Popich et al, 2007). Barkhuizen (2004) het bevind dat 'n groep Suid-Afrikaanse ouers van kinders wat 'n kommunikasieafwykings toon, 'n behoefte het aan meer inligting. Hierdie bevindinge beklemtoon die rol van spraak-taalterapeute en oudioloë om die nodige inligting aan ouers rakende kommunikasieafwykings beskikbaar te stel.

Die aantal plakkate en inligtingstukke is vanuit die opgestelde afmerklys verkry en die totale plakkate en inligtingstukke by al die klinieke in die Wes-Rand distrik word in Figuur 4.2 uitgebeeld:



Figuur 4.2. Beskikbare plakkate en inligtingstukke

Volgens Figuur 4.2 blyk dit dat die grootste aantal (68) plakkate en inligtingsstukke beskikbaar in die klinieke inligting verskaf aangaande MIV en VIGS, tuberkulose, seksuele oordraagbare siektes, en die beoefening van veilige gemeenskap (18).

Die verkreeë resultate kan deels toegeskryf word aan die hoë prevalensie van, en bemarkings veldtogte van MIV en VIGS in die Suid-Afrikaanse konteks weens die MIV en VIGS pandemie waarmee die Suid-Afrikaanse konteks gekonfronteer word. Daar word beraam dat die sterfte syfer weens MIV en VIGS sal verdubbel teen 2010 (www.journ-aids.org).

Verder kan die tekort aan inligting toegeskryf word aan spraak-taalterapeute wat geneig is om op een-tot-een rehabilitasie dienste te fokus, terwyl ander beroepsfunksies soos voorkoming, opleiding, vroeë identifisering en bemarking van die beroep afgeskeep word. Die mees ooglopende rede is dat VKI dienslewering nie tans binne die Primêre Gesondheidsorgklynieke verskaf word nie, en daarom is daar tans ook nie 'n behoefte aan inligting oor VKI nie (Billeaud, 2003; Hugo, 1998).

Die resultate het verder daarop gedui dat daar in geen van die klinieke inligting beskikbaar was oor die voorkoming en die identifisering van kommunikasieafwykings en vroeë kommunikasie intervensie beskikbaar nie. 'n Klein aantal (3) inligtingstukke oor die rol van die spraaktaalterapeut was beskikbaar by slegs drie van die twaalf Primêre gesondheidsorgklinieke, naamlik Mohlakengkliniek, Toekomsruskliniek en Bekkersdal kliniek, hierdie inligtingstukke was egter in Engels wat ooreenstem met die bevindinge van Popich et al. (2007) dat die beskikbare inligting nie in die moedertaal van die gemeenskap aan wie die klinieke dienste verskaf, is nie.

Dit blyk dat alhoewel plakkate en pamflette volgens Billeaud (2003) die mees basiese vorm van bewusmaking is, daar in al die klinieke van die verskillende sub-distrikte 'n tekort aan inligtingspamflette en plakkate is. Dit is van belang dat inligting aan die gemeenskap beskikbaar moet wees, om ouers en sorggewers te bemagtig ten einde optimale stimulasie aan hulle baba/kleuter te kan verskaf (Popich et al., 2007). Professionele lede betrokke by VKI dienslewering moet daarna strewende om 'n vennootskap met ouers en die gemeenskap te vorm ten einde hulle te bemagtig met inligting wat hulle benodig om optimale ontwikkeling by hulle kinders te bevorder (Mc Conkey, 2002; Popich et al., 2007). Die professionele lede betrokke by VKI dienslewering moet meer betrokke raak by die ontwikkeling van inligtingspakette, wat binne die gemeenskap versprei kan word en op die geleentheidsvlak van die gemeenskapslede effektiewe inligting aan hulle verskaf. Op hierdie manier kan ouers se behoeftes aan meer inligting, die implementering van gemeenskapsopleiding en die voorkoming van kommunikasieafwykings aangespreek word (Baxter & Kahn, 1999).

' **Beskikbare VKI evaluasie- en intervensiemateriaal:**

Diensverskaffing aan 'n jong kind met 'n kommunikasieafwyking is 'n komplekse proses (Rossetti, 2001). 'n Reeks formele en informele evaluasie- en intervensiemateriaal word benodig vir die diensleweringproses, wat die proses van dienslewering 'n komplekse proses maak (Rossetti, 2001). Die afmerklys is gebruik om inligting rakende die

beskikbare VKI evaluasie- en intervensiemateriaal in die verskillende klinieke te versamel.

“Perhaps no clinical activity is more challenging to early interventionist than that of providing reliable and accurate infant-toddler assesment services”

(Rossetti, 2001. p. 87).

Rossetti (2001) verskaf ’n uiteensetting van die ontwikkelings areas en beskikbare evaluasiemateriaal vir die evaluasie van hoërisikobabas gedurende die VKI proses. ’n Reeks beskikbare evaluasie- en intervensie materiaal wat aanbeveel word vir die effektiewe evaluering van en intervensie met hoërisikobabas en – kleuters word in die literatuur saamgevat en beskryf (Kritzinger, 2008). Die beskikbare VKI evaluasie- en intervensiemateriaal wat in die literatuur (Kritzinger, 2008) vir die verskaffing van VKI dienslewering aanbeveel word, is as riglyn gebruik gedurende die versameling van data. Hierdie evaluasie- en intervensiemateriaal word in Bylae D vervat.

Geen van die aanbeveelde evaluasie- en intervensiemateriaal in Bylae D, Tabel 4.2 was beskikbaar in die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik nie. Volgens die observasies by die klinieke het dit voorgekom dat die gemeenskapsdiensjaarterapeute met die evaluasie van jong kinders wel die ontwikkelingsareas soos voorgestel in die literatuur evalueer en dat die terapeute hulle eie evaluasie- en intervensie materiaal wat hulle tydens hulle voorgraadse opleiding ontvang het in die Primêre Gesondheidsorgklinieke benut, omdat daar geen materiaal in die klinieke beskikbaar is nie (Billeaud, 2003; Kritzinger & Louw, 2003; Rossetti, 2001). Die afwesigheid van beskikbare VKI evaluasie- en intervensie materiaal stem ooreen met die bevindinge van Van Rooyen (2006) wat tot die gevolgtrekking gekom dat gemeenskapsdiensjaar-spraaktaalterapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke nie in staat was om volledige evaluasies en effektiewe intervensie te kan verskaf nie, omdat hulle nie die nodige toerusting en materiaal tot hulle beskikking gehad het nie.

Die afwesigheid van VKI evaluasie- en intervensie materiaal kan moontlik toegeskryf word aan beperkte bewustheid in die Primêre Gesondheidsorgklinieke rakende VKI dienslewering en die feit dat VKI dienslewering tot op datum nog nie by die klinieke plaasgevind het nie. Die bevindinge kan verder ook toegeskryf word aan die moontlikheid dat intervensie materiaal soos speelgoed by die klinieke gesteel kan word. Daar is by geen van die klinieke soos in 4.2.1.1 bevind, 'n lokaal spesifiek beskikbaar is vir die verskaffing van VKI dienslewering, waar die materiaal veilig bewaar kan word nie.

4.2.3 PERSONEEL BINNE DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSORGKLINIEKE WAT DIE VERSKAFFING VAN VKI DIENSLEWERING IN HIERDIE KONTEKSTE MOONTLIK KAN MAAK.

Inligting rakende die potensiële spanlede is vanuit Afdeling B van die opgestelde afmerklys en word in Tabel 4.4 voorgestel. Terselfdertyd word die bevindinge van die dae waarop spanlede beskikbaar is in Tabel 4.5 uiteengesit en vervolgens bespreek.

Tabel 4.4 Potensiële spanlede vir VKI dienslewering.

Potensiële spanlede	Kagiso A	Kagiso C	Kagiso Uitbreiding 12	Krugerdsdorp	Muldersdrif kliniek	Munsieville kliniek	Mohlakeng kliniek	Toekomsrus	Bekkersdal kliniek	Venterspos kliniek	Westonaria	Zuurbekom
Arbeidsterapeut	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Arbeidsterapeut assistent	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1
Dieetkundige	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fisioterapeut	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fisioterapeut Assistent	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0

Maatskaplike werkster	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Mediese dokter	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Oudioloog	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Oor-neus en keel spesialis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Sielkundiges	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0
Spraak-taalterapeute	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Spraak-taalterapeut assistente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Verpleegkundiges	4	3	5	0	3	3	9	3	10	2	4	2

Tabel 4.5. Die dae waarop spanlede beskikbaar is vir diensverskaffing.

	Arbeidsterapeut	Arbeidsterapeut assistent	Dieetkundige	Fisioterapeut	Fisioterapeut Assistent	Maatskaplike werkster	Mediese dokter	Oudioloog	Oor-neus en keel spesialis	Sielkundiges	Spraak-taalterapeute	Verpleegkundiges
Daaglik beskikbaar							X					X
Weeklik beskikbaar	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	

Volgens Tabel 4.4 en vanuit die bevindinge in Tabel 4.5 is daar by elke kliniek op 'n weeklikse basis 'n arbeidsterapeut, arbeidsterapeut assistent, fisioterapeut, fisioterapeut assistent, spraak-taalterapeut, oudioloog, sielkundige, dieetkundige en maatskaplike werker beskikbaar. Dit blyk uit die bevindinge dat elk van die vier sub-distrikte oor hul eie arbeidsterapeut, arbeidsterapie assistent, fisioterapeut, fisioterapie assistent, maatskaplike werker, mediese dokter, oudioloog, sielkundige, en spraak-taalterapeut, wat weekliks tussen die klinieke in daardie spesifieke sub-distrik roteer, beskik. Dit impliseer

dat bogenoemde professionele lede nie daagliks by elk van die Primêre Gesondheidsorgklinieke beskikbaar is om hulle dienste aan die gemeenskap te verskaf nie, maar dat hulle weekliks beskikbaar is. Die basiese gesondheidsdienste, wat deur die verpleegkundiges en mediese dokter verskaf word, is wel daagliks tot die gemeenskapslede se beskikking, wat in ooreenstemming is met die Departement van Gesondheid se beleid dat gesondheidsdienste ten alle tye beskikbaar en toeganklik moet wees vir gemeenskapslede (“Department of Health”, 2001).

Hierdie bevinding beklemtoon weereens die belang van samewerking in VKI met die verpleegkundiges van die Primêre Gesondheidsorgklinieke, en die funksionering binne ’n transdissiplinêre spanmodel, omdat die verpleegkundiges gewoonlik eerste genader word deur die sorggewers van kinders met ’n ontwikkelingsafwyking (Moodley, 1999).

Popich et al. (2007) het bevind dat talle professionele lede vanuit verskillende beroepsvelde deur sorggewers geraadpleeg word om inligting rakende hetsy normale ontwikkeling- of ontwikkelingsafwykings aan hierdie sorggewers te verskaf. Dit het belangrike implikasies tot gevolg aangesien nie al die personeel werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke oor dieselfde kennis en opleiding in die area van kommunikasieontwikkeling beskik nie. Dit is dus van kardinale belang dat spraak-taalterapeute daarna streef om binne ’n transdissiplinêre spanmodel te funksioneer en hulle beroepsfunksies ten opsigte van inligtingverskaffing ten volle ontwikkel, ten einde meer betrokke te raak by die opleiding van ander professionele lede rakende kommunikasieafwykings en die voorkoming van kommunikasieafwykings (Billeaud, 2003; Hugo, 2004; Hugo & Pottas, 1997). Vir effektiewe VKI dienslewering om binne ’n gemeenskapsdienskonteks te realiseer is die implementering van spanwerk tussen die verskillende dissiplines betrokke by kinderontwikkeling egter van kardinale belang (Hammer, 1998; Uys & Hugo, 1997).

Binne die SA konteks, juis as gevolg van die tekort aan spraak-taalterapeute, moet die spraak-taalterapeute betrokke by die verskaffing van VKI dienste, streef na die verskaffing van kollaboratiewe dienste binne ’n spanverband, ten einde

kommunikasieafwykings te verminder (Hugo, 2004). Die effektiewe funksionering van die spraak-taalterapeut binne 'n spanverband verskaf die geleentheid waar ander spanlede wat in kontak is met die gemeenskap opgelei kan word ten einde kommunikasieafwykings te kan voorkom, vroegtydig te kan identifiseer en om die nodige dissipline te verwys indien intervensie benodig word (Moodley, 1999).

Die transdissiplinêre model van spanwerk word in die literatuur beskou as die gewenste model vir dienslewering aan kinders tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar, wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Guralnick, 2005). Die toepaslikheid van die transdissiplinêre benadering vir VKI in die Suid-Afrikaanse meertallige, multikulturele en ontwikkelende konteks, noodsaak dat spraak-taalterapeute/oudioloë hulle tradisionele rolle as direkte diensverskaffers aan families en kinders wat 'n risiko toon vir 'n kommunikasieafwyking moet wysig (Fair & Louw, 1999). 'n Verandering na meer indirekte konsultasie en samewerking met ander Primêre Gesondheidsorgwerkers soos die verpleegkundiges en gemeenskapsdiensjaarterapeute is nodig (Uys & Hugo, 1997). Moodley (1999) het reeds bewys dat die dienste wat deur die gemeenskapsverpleegkundiges verskaf word, die hoekstene is in die gemeenskapsorgklinieke. Gemeenskapsdiensverpleegkundiges word gewoonlik eerste genader deur die spanlede om hulle behoefte aan meer inligting rakende hulle hoërisikobaba en –kleuter te vervul.

Indien spraak-taalterapeute in die verpligte gemeenskapsdiensjaar binne 'n spanverband saam met die gemeenskapsverpleegkundiges werk en aan hulle opleiding verskaf rakende kommunikasieafwykings, en die vroeë identifikasie en voorkoming van kommunikasieafwykings, kan daar gepoog word om VKI dienste in die publieke sektor te implementeer.

4.2.4. FASE 1: SAMEVATTING VAN DIE RESULTATE:

Die fisiese konteks waar dienste aan die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem verskaf word, is vanuit die konteksanalise beskryf en geëvalueer.

Die bevindinge het daarop gedui dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke daaglikse dienste aan die gemeenskapslede verskaf, maar dat daar nie op 'n daaglikse basis terapeutiese dienste beskikbaar is nie. Verder het resultate daarop gedui dat die Primêre Gesondheidsorgklinieke nie voldoende toegerus is vir die verskaffing van VKI dienslewering nie, wat moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat daar nog nie VKI dienslewering in hierdie kontekste geïmplementeer is nie. Daar was geen lokale in die klinieke beskikbaar vir die implementering van VKI dienslewering nie. Ten spyte van die feit dat daar nie formele VKI dienslewering plaasvind nie, het die bevindinge daarop gedui dat die kliniek populasie wel uit hoërisiko babas en kleuters bestaan, wat by VKI dienslewering sal baat vind. Die klinieke personeel is egter ook bewus van die risikofaktore, en bewustheid is die begin van die vroeë identifikasie proses.

Verder was daar geen VKI bemarkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal in die klinieke beskikbaar nie. Die meeste bemarking in die klinieke geskied rondom MIV en VIGS en die beoefening van veilige gemeenskap. Indien spraak-taaltherapie dienste aan babas en kleuters verskaf moes word het, die spraak-taalterapeute van hul eie materiaal tydens die evaluasie en die intervensieproses gebruik gemaak, aangesien daar geen evaluasie- en intervensiemateriaal beskikbaar was nie. Daar bestaan dus 'n groot behoefte in al die Primêre Gesondheidsorgklinieke aan VKI bemarkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal, sodat die gemeenskap meer ingelig kan word rakende VKI en dat effektiewe VKI dienslewering aan die hoërisiko kliniekpopulasie verskaf kan word.

Resultate het egter daarop gedui dat daar op 'n weeklikse basis by elkeen van die Primêre Gesondheidsorgklinieke die moontlikheid bestaan van 'n VKI span, aangesien daar 'n spraak-taalterapeut, arbeidsterapeut, fisioterapeut, dieetkundige, maatskaplike werker,

mediese dokter en verpleegkundige weekliks op dieselfde dag beskikbaar is. Die moontlikheid vir 'n VKI dienslewering span bestaan dus by elkeen van die Primêre gesondheidsorgklinieke, die implementering daarvan word net bevraagteken omdat daar 'n behoefte bestaan aan befondsing, verpligte diensverskaffing en opleiding van ander spanlede.

Heelwat veranderinge aan die fisiese konteks is nodig, ten einde hierdie konteks toe te rus vir die verskaffing van VKI dienslewering. Die veranderinge hou egter direk verband met die bewusmaking van ander personelede, die gemeenskap en die direkteure van die Wes-Rand distrik gesondheidsstelsel. Met die bewusmaking moet die belang van VKI dienslewering besef word, en befondsing beskikbaar gestel word om die klinieke toe te rus vir die verskaffing van VKI dienste.

4.3 RESULTATE VAN FASE 2: DIENSVERSKAFFERS BY DIE GESONDHEIDSORGKLINIEKE

In hierdie fase is verskillende groepe deelnemers se persepsies rakende die verskaffing van VKI dienslewering bepaal, ten einde 'n wyer perspektief op die onderwerp van VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke te verkry. Die resultate van die gestruktureerde onderhoudskedule en die response op die selfopgestelde vraelys (vervat in Bylae I en H) word vervolgens na aanleiding van die gestelde sub-doelstellings soos uiteengesit in Figuur 4.1 bespreek.

4.3.1 GEMEENSKAPDIENSJAARTERAPEUTE SE PERSEPSIES RAKENDE VKI BINNE DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSOR GKONTEKS

Sub-doelstelling: Om gemeenskapdiensjaarterapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies rakende VKI dienslewering, en die realisering daarvan binne die gemeenskapsdienskonteks te bepaal.

Die gesprek rondom die geïdentifiseerde temas soos in Bylae I vervat is deur middel van 'n gestruktureerde onderhoudskedule ontlok.. Die gestruktureerde onderhoudskedule is as wyse van data-insameling geselekteer, omdat dit 'n meer ontspanne omgewing vir data insameling skep as individuele onderhoude (de Vos, 2005). 'n Volledige uiteensetting van die transkripsies van die gestruktureerde onderhoudskedule word in Bylae J vervat.

' Tema 1: Blootstelling aan kinders met 'n kommunikasieafwyking en/of agterstand:

Die meerderheid van die deelnemers het tydens die gestruktureerde onderhoudskedule gemeen dat hulle gedurende hul gemeenskapsdiensjaar blootgestel is aan babas, kleuters en kinders met 'n kommunikasieafwyking en/of agterstand. Die deelnemers het egter gemeld dat hulle grootste gevalsbelading bestaan het uit kinders tussen die ouderdom van 3 tot 5 jaar. Hierdie bevindinge stem ooreen met die van Van Rooyen (2006) wat bepaal het dat gemeenskapsdiensjaar spraak-taalterapeute se gevalsbelading meestal ook uit kinders in die ouderdomstydperke van 3 tot 4 jaar bestaan het.

“I saw a few children. I mainly saw children between the ages of 3 to 5 years. But then they had severe problems” (Deelnemer)

VKI dienste word in die literatuur beskryf as dienste aan kinders tussen die ouderdomme van 0 tot 3 jaar (Billeaud, 2003; Guralnick, 2005; Rossetti, 2001). In Suid Afrika is die ouderdomme vir VKI dienslewering egter meer plooibaar en sluit dit ook voorskoolse kinders in aangesien vroeë identifikasie nie in alle plaaslike kontekste suksesvol is nie (Alant & Lloyd, 2005; Swanepoel et al., 2006).

Dit is egter kommerwekkend dat in die Suid Afrikaanse konteks, kinders jonger as 3 jaar beperkte dienslewering ontvang aangesien literatuur bewys het dat hoe vroeër dienslewering plaasvind, hoe kleiner die impak van die afwyking of risikofaktore op die kind se kommunikasieontwikkeling is (Guralnick; 2005; Kritzinger, et al., 2001). Dit is veral van belang wanneer daar in gedagte gehou word dat die Suid-Afrikaanse konteks

ten spyte van die teenwoordigheid van bevestigde risikofaktore, soos byvoorbeeld gehoorverlies, neurologiese afwykings, en ernstige virale infeksies, ook gekenmerk word deur die teenwoordigheid van omgewingsrisikofaktore soos armoede, lae sosio-ekonomiese status, wanvoeding, en tienerswangerskappe wat babas en kleuters in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Alant & Lloyd, 2005; Popich et al., 2007).

Dit blyk uit die gestruktureerde onderhoudskedule en soos in ooreenstemming met die bevindinge uit Fase 1 se hoërisiko kliniepopulasie, dat gemeenskapsdiensjaarterapeute in die Wes-Rand distrik wel blootgestel word aan voorskoolse kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, wat die implementering van VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke regverdig. Die deelnemers het in ooreenstemming met Alant en Lloyd (2005) genoem dat die meerderheid van die kinders wat hulle sien reeds ernstige afwykings en/of gestremdhede het. Die rede hiervoor kan toegeskryf word aan onder andere ouers se onkunde oor ontwikkelingsafwykings (Popich et al., 2007, Hammer, 1998), ouers se behoefte aan meer inligting (Billaud, 2003) of om te kwalifiseer vir 'n gestremdheidstoelaag wat maandeliks deur die regering aan die gesin betaal word.

' **Tema 2: Vroeë identifikasie as sleutelkomponent van VKI:**

Vanuit die gestruktureerde onderhoudskedule is dit duidelik dat al die deelnemers bewus was van wat vroeë identifikasie behels, en dat hulle positief was oor die toepassing van vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings in die Primêre Gesondheidsorgklinieke.

Die meerderheid van die deelnemers (62, 5%) het aangedui dat hoe vroeër 'n baba/kleuter met 'n kommunikasie- of ontwikkelingsafwyking geïdentifiseer word hoe beter. Slegs een deelnemer was van mening dat 3 tot 5 jaar die gewenste ouderdom is waarop 'n kind met 'n kommunikasieafwyking geïdentifiseer moet word. Twee ander deelnemers was van mening dat 1 jaar of wanneer die baba/kleuter begin praat die gewenste ouderdom vir vroeë identifikasie is. Van die deelnemers het die volgende kommentaar gelewer rakende die belang van vroeë identifikasie:

“... Early detection allows for early management and treatment of the child’s condition”

“Uiters belangrik, hoe vroeër die probleem aangespreek word, hoe beter die prognose”

“Essential in decreasing the effect that a potential communication disorder will have on a particular child and his/her family. Early identification should be conducted in all domains of development.”

Dit is duidelik dat die deelnemers die erns van die vroeë identifikasie van ’n kommunikasieafwyking besef, wat impliseer dat gemeenskapdiensjaarterapeute die vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings binne die Primêre gemeenskapdienskonteks kan inisieer. Alhoewel gemeenskapdiensjaarterapeute die belang van vroeë identifikasie besef, beteken dit nie dat hulle opgelei is en vertrouwd is met die toepassing daarvan nie.

Tabel 4.6 verskaf ’n uiteensetting van die dissipline spesifieke response ten opsigte van die vroeë identifikasie van ’n kommunikasieafwyking as deel van die VKI diensleweringproses. Daar word vervolgens in Tabel 4.6 na die deelnemers uit die spesifieke dissiplines se response onder die spesifieke ouderdomme waarop identifikasie moet geskied verwys:

Tabel 4.6. Dissipline spesifieke inligting rakende die persepsies van vroeë identifikasie (n= 8).

DEELNEMERS	Ouderdom waarop kommunikasieafwykings geïdentifiseer moet word:		
	“Hoe vroeër geïdentifiseer word, hoe beter” 0 tot 3 jaar	“Op 1 jaar ouderdom”	“3 tot 5 jaar”
Spraak-taalterapeut & Oudioloog 1	X		
Spraak-taalterapeut & Oudioloog 2	X		
Spraak-taalterapeut & Oudioloog 3	X		
Arbeidsterapeut 1	X		
Arbeidsterapeut 2	X		
Fisioterapeut 1		X	
Fisioterapeut 2			X
Fisioterapeut 3		X	

Vanuit Tabel 4.6 is dit duidelik dat die spraak-taalterapeute in ooreenstemming met Rossetti (2001) vertrouwd was met die gewenste ouderdom van 0 tot 3 jaar waarop vroeë identifikasie geskied. Tesame met die spraak-taalterapeute was een van die arbeidsterapeute ook van mening dat hoe vroeë ’n baba of kleuter geïdentifiseer word hoe beter dit. Die fisioterapeute was egter onseker en was van mening dat 1 jaar of selfs 3 tot 5 jaar die gewenste ouderdom vir identifikasie is. Hierdie resultate bevestig bevindinge van vorige Suid-Afrikaanse navorsing, dat spraak-taalterapeute effektief binne spanverband moet funksioneer en ander spanlede moet oplei ten opsigte van die vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings, omdat die aspekte van VKI nie in ander dissiplines se voorgraadse studies ingesluit word nie (Moodley et al., 2000).

' **Tema 3: Gemeenskapsdiensjaarterapeute se persepsie van voorkoming as sleutelkomponent van VKI dienslewering:**

Die voorkoming van kommunikasieafwykings word beklemtoon as 'n kritiese komponent van die VKI proses (Gerber, 1998; Kritzinger, 2000). Binne die Suid-Afrikaanse konteks is daar 'n tekort aan spraak-taalterapeute. Daar is alreeds in 1998 beraam dat daar slegs een spraak-taalterapeut is vir elke 8000 babas en kleuters wat intervensie benodig (Pickering et al, 1998; Popich et al., 2007). Hierdie bevindinge beklemtoon die behoefte aan voorkoming binne die Suid-Afrikaanse konteks. Volgens Gerber (1998) is die voorkoming van kommunikasieafwykings meer koste effektief as die behandeling daarvan. Binne die Suid-Afrikaanse konteks wat geaffekteer word deur armoede en waar daar 'n tekort aan hulpbronne is, is die implementering van koste effektiewe strategieë juis van kardinale belang (Popich et al., 2007).

Om die prevalensie van kommunikasieafwykings te beperk en die gevalsloading van spraak-taalterapeute in die SA konteks te verminder moet daar effektief binne 'n spanverband gefunksioneer word. Spraak-taalterapeute meer betrokke raak by Primêre en sekondêre voorkomings pogings, soos die vroeë identifikasie en voorkoming van kommunikasieafwykings, tesame met die opleiding van ander spanlede. Vir die vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings moet spraak-taalterapeute ander professionele lede betrek in die ontwikkeling van inligtingsmateriaal (Popich et al., 2007). Binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke is die effektiewe implementering van Primêre en sekondêre voorkomingspogings meer koste effektief, aangesien dit latere kostes wat aangewend moet word minimaliseer (Rossetti, 2001).

Volgens die gestruktureerde onderhoudskedule blyk dit dat die term voorkoming aan al die deelnemers van die verskillende dissiplines bekend was en dat die deelnemers bewus was van die voordele van voorkoming. Die algehele gevoel van die deelnemers was dat effektiewe siftings- en ouer/sorggewer opleidingsprogramme geïmplementeer moet word, ten einde die probleme te kan aanspreek voordat dit die funksionaliteit van die individu beïnvloed.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKING EN IMPLIKASIES

Die doel van hierdie hoofstuk is om gevolgtrekkings wat uit die resultate van hierdie navorsingsprojek bereik is uiteen te sit. Die navorsingsmetode, sowel die bevindinge krities te evalueer, kliniese implikasies te bespreek en aanbevelings vir toekomstige navorsing in die veld van VKI binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke, te formuleer.

5.1 INLEIDING:

“... Meaningful intergration of empirical data into typical practice settings is a pervasive interdisciplinary problem...”

Wilcox et al., (1998)

Effektiewe VKI dienste aan hoërisikobabas en -kleuters en hul families vereis dat die VKI spanlede effektief binne 'n transdissiplinêre spanmodel kan funksioneer, met die doel dat hulle hul kennis-basis sal uitbrei en dat hulle positiewe houdings en verhoudings met mede spanlede kweek (Rossetti, 2001).

Met die uitvoer van die studie is die huidige struikelblokke waarmee die spraak- taalterapeute en oudioloë tydens die verskaffing van VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklinieke gekonfronteer word uitgelig. Die studie het sekere uitdagings in VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse konteks ondersoek en tot insigte in die praktiese toepassing van die dienslewering gekom.

Binne 'n multi-kulturele land soos Suid-Afrika word daar van spraak-taalterapeute vereis om die beginsels van gemeenskapsgebaseerde en familie-gesentreedheid toe te pas tydens die implementering en verskaffing van VKI dienslewering (ASHA, 1998). Klem word geplaas op spraak-taalterapeute se betrokkenheid in die gemeenskappe, ten einde die individuele behoeftes van elke familie te kan identifiseer en aan te spreek (ASHA, 1989). Alhoewel finansiële struikelblokke die verskaffing van die tradisionele, individuele terapie binne die kontekste onprakties maak, is die bemagtiging van die gemeenskapslede om eie inisiatief te neem volgens McConkey (2002) 'n finansiële bereikbare doelwit vir spraak-taalterapeute, veral binne hul verpligte gemeenskapsdiensjaar.

Hierdie studie is uitgevoer om die mate waartoe die Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand streek as konteks vir die toepassing van vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming, as sleutelkomponente van Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI) kan dien. Die studie het dit verder ten doel gestel om die gemeenskapsdiensjaartherapeute en verpleegkundiges werksaam in hierdie kontekste se persepsies rakende die toepassing van VKI in die konteks te bepaal.

Die doel van hierdie hoofstuk is om gevolgtrekkings met betrekking tot die resultate wat in Hoofstuk 4 bespreek is te formuleer en die implikasies daarvan te bespreek. 'n Kritiese evaluasie van die studie word ook verskaf, gevolg deur die aanbevelings vir verdere navorsing.

5.2 GEVOLGTREKKING EN IMPLIKASIES

In die onderstaande bespreking word 'n gevolgtrekking oor die bevindinge van elke subdoelstelling, asook die hoofdoelstelling van hierdie studie bereik, en die implikasies daarvan toegelig.

5.2.1 Sub-doelstelling 1: Om die fisiese konteks waarbinne die sorggewers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieprobleem dienste ontvang, te beskryf en te analiseer deur middel van die uitvoer van 'n konteksanalise.

Verskeie vrae rondom die toepassing van VKI dienslewering, die fisiese opset van die klinieke, die voorkoming van kommunikasieafwykings, en die spanlede beskikbaar vir die toepassing van VKI dienslewering is in die afmerklys (Bylae G) ingesluit om die fisiese konteks waarbinne dienslewering geskied te beskryf en te bepaal of VKI dienslewering wel binne die konteks plaasvind. Gebaseer op die resultate van die studie het die navorser tot die gevolgtrekkings wat vervolgens verskaf word gekom:

Die eerste gevolgtrekking is in fase een van die studie bereik naamlik, ten spyte van die feit dat VKI dienslewering nie in die klinieke toegepas word nie, bestaan daar wel 'n behoefte aan VKI dienslewering, aangesien die bevindinge daarop gedui het dat die kliniekpopulasie uit hoërisikobabas en kleuters wat VKI dienslewering benodig, bestaan. Die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik is egter nie toegerus vir die implementering van VKI dienslewering en om aan die behoeftes van die hoërisiko populasie te voldoen nie. Geen van die klinieke in die sub-distrikte het lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienslewering nie. Hierdie tekort kan deels toegeskryf word aan die feit dat VKI nie huidiglik toegepas word in die Primêre Gesondheidsorgklinieke nie. Lokale wat wel beskikbaar is en wat aangewend kan word vir die verskaffing van VKI dienste het onvoldoende ventilasie, is nie kindervriendelik nie en laat nie privaatheid toe nie. Die bevindinge is teenstrydig met doel van die Suid-Afrikaanse gesondheidsstelsel wat begroot het dat alle klinieke teen 2004 oor die voldoende infrastruktuur sal beskik (South African Health Review, 2001). Nie net is dit ten doelgestel dat alterasies aan die bestaande klinieke gedoen sal word nie, daar is begroot om meer klinieke te bou (South African Health Review, 2001).

Tweedens was daar geen VKI evaluasie- en intervensiemateriaal by die klinieke beskikbaar nie. Hierdie bevindinge stem egter ook ooreen met die bevindinge vanuit 'n vorige navorsingstudie, wat bevind het dat daar geen toerusting vir gemeenskapsdiensjarspraak-taalterapeute en oudioloë beskikbaar is in die Primêre Gesondheidsorgkontekste nie (Van Rooyen, 2006). Die afwesigheid van wetgewing wat VKI dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks verplig, kan die moontlike hoofrede wees vir die tekort aan die beskikbaarheid van lokale, inligting-, evaluasie- en intervensiemateriaal. Verder kan die beperkte bewustheid wat daar bestaan rondom VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke en die finansiële struikelblokke kenmerkend aan 'n ontwikkelende konteks soos Suid-Afrika, die afwesigheid van die nodige diensleweringmateriaal verklaar. Suid-Afrika se visie vir gesondheidsorg is om gesondheidsdienste toeganklik vir alle gemeenskapslede te maak ("Department of Health", 2001). Die beleid wat die gesondheidsdienste ondersteun is egter beperk tot 'n pakket van primêre gesondheidsorg vir alle gemeenskapslede, en stel dit ten doel om aan die primêre gesondheidsbehoeftes van gemeenskapslede te voldoen. Die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid ondersteun en beklemtoon wel die verskaffing van dienste aan die kwesbare populasie wat babas en kleuters insluit, maar daar word nie in die beleid melding gemaak van vroeë kommunikasie intervensie of die voorkoming en vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings nie (Departement of Health, 2001).

Deur die implementering van VKI dienslewering op die vlak van Gesondheidsorgklinieke, is daar bevind dat die basiese beginsels van VKI wat reeds in 1989 deur ASHA geformuleer is, geïmplementeer kan word, en dat toekomstige VKI dienslewering in Suid-Afrika meer gemeenskapsgebaseerd, familie-gesentreerd, omvattend en gekoördineerd kan wees (ASHA, 1989). Terselfdertyd, kan daar dan ook aan die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid, wat fokus op dienste wat bekostigbaar en toeganklik vir almal moet wees, voldoen word ("Primary Health Care Progress", 2000).

As gemeenskapsdiensjaarterapeute gedurende hul verpligte gemeenskapsdiensjaar in die Primêre Gesondheidsorgkontekste geplaas word, om dienste aan gemeenskapslede te verskaf, moet daar aanpassings gemaak word in wetgewing, om hierdie kontekste toe te

rus vir die verskaffing van hulle dienste. Wetgewing moet in ooreenstemming met die verskaffing en die ontvangs van primêre gesondheidsorg, die dienste wat deur gemeenskapsdiensjaarterapeute verskaf word ook verplig. Die dienste fokus egter op die voorkoming en die vroeë identifisering van ontwikkelingsafwykings, wat die lewenskwaliteit van 'n individue bevorder.

Derdens is daar tot die gevolgtrekking gekom dat die gemeenskapslede en die personeel werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke nie voldoende ingelig word oor die identifisering en die voorkoming van kommunikasieafwykings nie. Daar is bevind dat daar geen inligtingssessies en opedae gehou word nie en dat daar geen inligtingstukke beskikbaar was oor kommunikasieafwykings, en die voorkoming en identifisering van kommunikasieafwykings nie. Daar word dus van spraak-taalterapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke verwag om Primêre Gesondheidsorgklinieke met die nodige inligting te voorsien, om gemeenskapslede wat wag op die ontvangs van Primêre Gesondheidsorg, te bemagtig om kommunikasieafwykings te identifiseer en te kan voorkom.

Vierdens dui die resultate van die konteksanalise van fase een daarop dat daar op 'n weklike basis by elkeen van die klinieke 'n arbeidsterapeut, arbeidsterapeut assistent, fisioterapeut, spraak-taalterapeut, oudioloog, sielkundige, maatskaplike werker en mediese dokter beskikbaar is. Die gevolgtrekking is bereik dat elkeen van die klinieke in die Wes-Randse sub-distrikte oor 'n verskeidenheid spanlede beskik wat binne 'n spanverband VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke kan implementer.

Bogenoemde inligting bevestig dat die Primêre Gesondheidsorgkontekste in die Wes-Rand distrik tans net as fasiliteite vir die verskaffing van Primêre Gesondheidsdiens dien. Daar kan dus aanvaar word dat babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking tans nie voldoende en effektiewe intervensie ontvang nie, met die implikasie dat hul ontwikkeling asook hul lewenskwaliteit negatief daardeur beïnvloed word.

5.2.2 Sub-doelstelling 2: Om die houdings en die persepsies van die gemeenskapsdiensjaarterapeute werkzaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke rakende VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik, te bepaal.

Die gemeenskapsdiensjaarterapeute se houdings en kennis rakende VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgkonteks is deur die gestruktureerde onderhoudskedule bepaal. Op grond van die verkreeë resultate is die volgende gevolgtrekkings bereik:

- Dit het geblyk dat die gemeenskapsdiensjaarterapeute tot 'n mindere mate blootgestel was aan babas en kleuters (0 tot 3 jaar) met kommunikasieafwykings en/of –agterstande. Die grootste gedeelte van die deelnemers se gevalselading het bestaan uit kinders tussen die ouderdom van drie tot vyf jaar. Die meerderheid van die deelnemers was bewus van wat vroeë identifisering en voorkoming behels, sowel as die risikofaktore wat op 'n kommunikasieafwyking of –agterstand dui. Hierdie bevindinge dui daarop dat die gemeenskapsdiensjaarterapeute toegerus is om 'n baba/kleuter met 'n kommunikasieafwyking/-agterstand te identifiseer en na die betrokke spanlede sal kan verwys. Die deelnemers se kennis en houding rakende VKI het daarop gedui dat die spraak-taalterapeute en oudioloë oor meer indiepte kennis beskik, terwyl die ander deelnemers basiese begrip van VKI getoon het, wat deels ook toegeskryf kan word aan 'n leemte in hulle voorgraadse opleiding. Die deelnemers het egter ook genoem dat hulle in die gemeenskapsdiensjaar meer kennis verwerf het oor VKI aangesien hulle binne 'n spanverband met spraak-taalterapeute gewerk het. Die houding van die gemeenskapsdiensjaarterapeute rakende die implementering van VKI binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke was teenstrydig met hulle positiwiteit oor VKI, aangesien hulle van mening was dat VKI wel effektief is, maar dat struikelblokke uniek aan die Primêre Gesondheidsorgklinieke en gemeenskapskontekste soos in ooreenstemming met die bevindinge in Fase 1, die effektiewe implementering daarvan bemoeilik en self onmoontlik maak. Die gevolgtrekking is bereik dat die Departement van Gesondheid nie standpunt inneem wat betref die implementering van VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke nie. Geen riglyne word aan die Primêre

Gesondheidsorgklinieke verskaf rakende die implementering van VKI dienslewering nie, en gevolglik is dit onbillik en onrealisties om van die onervare gemeenskapsdiensjaarterapeute te verwag om VKI dienslewering in hierdie kontekste te implementeer.

Daar bestaan dus binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik 'n behoefte aan 'n taakspan wat verantwoordelikheid sal neem vir die implementering van VKI dienslewering. Eerstens moet die direkteure van die Departement van Gesondheid bewus gemaak word rakende die behoefte wat daar bestaan aan VKI dienslewering en die leemtes wat die toepassing van VKI dienslewering beïnvloed, sodat VKI dienslewering in die kontekste verplig kan word. Tweedens kan daar klem geplaas word op die bewusmaking van ander spanlede en gemeenskapslede deur die spraak-taalterapeute in die Primêre Gesondheidsorgklinieke sodat hulle meer betrokke kan rak by VKI dienslewering, en derdens moet daar befondsing aangevra word om die leemtes geïdentifiseer in Fase 1 wat betref die fisiese konteks, en die tekort aan toepaslike bemarkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal aan te spreek.

5.2.3 Subdoelstelling 3: Om die houdings en die persepsies van die gemeenskapsverpleegkundiges werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik, rakende VKI dienslewering te bepaal.

Die gemeenskapsverpleegkundiges se persepsie van en kennis rakende VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke is der middel van die vraelys (Bylae H) bepaal. Op grond van die verkreeë resultate is die volgende gevolgtrekkings gemaak:

Eerstens blyk dit dat die gemeenskapsverpleegkundiges se beroepsesifieke kennis in verband met sekere basiese aspekte van VKI onvoldoende was, alhoewel 50% van die deelnemers al vir langer as 5 jaar in die Primêre Gesondheidsorgklinieke werksaam is.

Die verpleegkundiges se gespesialiseerde kennis rakende VKI het daarop gedui dat die meerderheid van die verpleegkundiges nie bewus was van wat VKI dienslewering behels nie. Alhoewel 'n gedeelte van die verpleegkundiges addisionele lesings en kursusse wat betref VKI dienslewering bygewoon het was die verpleegkundiges se response ten opsigte van die sifting, vroeë identifikasie van kommunikasieafwykings en die verwysing van 'n baba/kleuter onvoldoende, aangesien hulle nie bewus was van die faktore wat bydra tot 'n kommunikasieafwyking nie, en nie vertrou is met die sifting en die identifikasie van 'n kommunikasieafwyking nie. Hierdie bevindinge stem egter ooreen met die bevindinge vanuit vorige navorsingstudies (Moodley, 1999) en beklemtoon dat ten einde verpleegkundiges effektief by VKI dienslewering as spanlede te kan betrek, indiens-opleiding aan verpleegkundiges rakende aspekte rondom VKI en kommunikasieafwykings verskaf moet word.

Tweedens is die gevolgtrekking bereik dat die verpleegkundiges nie in staat is om kommunikasieafwykings vroegtydig te kan identifiseer nie. Dit is duidelik vanuit die bevindinge dat die verpleegkundiges onseker was oor die ouderdom waarop akkurate identifisering van kommunikasieafwykings plaasvind. Indien verpleegkundiges nie bewus is van die ouderdom waarop kommunikasieafwykings geïdentifiseer kan word nie, mag dit daartoe lei dat hierdie babas en kleuters eers laat gediagnoseer word en wat negatiewe implikasies tot gevolg het vir die kind se ontwikkeling en lewenskwaliteit.

Derdens is daar tot die gevolgtrekking gekom dat die verpleegkundiges onseker is oor die rol van spraak-taalterapeute en oudioloë en die funksies wat deur die spraak-taalterapeut en oudioloog as lede van 'n mediese span uitgevoer kan word. In ooreenstemming met vorige studies (Van Staden, 2007) is die verpleegkundiges wat in die klinieke werk onseker oor hul eie rol, ten opsigte van kinders met 'n kommunikasieafwyking, en tree hul meestal nie binne hul bestek van praktyk, soos voorgeskryf deur die Suid-Afrikaanse Raad vir Verpleegkundiges, op nie. Dit blyk verder dat die meeste verpleegkundiges 'n passiewe betrokkenheid ten opsigte van kommunikasieafwykings eerder as aktiewe deelname verkies, die meerderheid van die deelnemers soos in ooreenstemming met vorige studies (Van Staden, 2007) voel dat

hulle verantwoordelik is vir verwysings na ander mediese gesondheidswerkers, eerder as om betrokke te raak in onder andere die sifting en vroeë identifikasie van babas en kleuters met 'n kommunikasieafwyking.

Vierdens is daar tot die gevolgtrekking gekom dat ten spyte van die verpleegkundiges se onvoldoende kennis wat betref VKI dienslewering, was die meerderheid van die verpleegkundiges positief teenoor die implementering van VKI binne die gemeenskapsorgklinieke, en het hulle ook terselfdertyd 'n sterk behoefte getoon aan indiensopleiding, seminare en kursusse wat betref VKI. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die verpleegkundiges wat aan hierdie studie deelgeneem het dit eens dat die geredelike beskikbaarheid van spraak-taaltherapeutiese dienste noodsaaklik is by die verskillende Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Wes-Rand distrik. Hoewel hulle die nut daarvan insien blyk dit egter dat hierdie dienste, indien dit oral beskikbaar sou wees, nie ten volle benut sal word alvorens verpleegkundiges nie deeglike opleiding op die gebied van VKI dienslewering en die rol van die spraak-taaltherapeut ontvang het nie.

Die afleiding kan dus gemaak word dat as gevolg van die onsekerheid wat by die verpleegkundiges opgemerk is, word onvoldoende verwysings na spraak-taalterapeute en audioloë in die Primêre Gesondheidsorgklinieke gemaak. Verder tree die verpleegkundiges nie tot hul volle reg op nie en dit lei tot benadeling van babas en kleuters met 'n kommunikasieafwyking se ontwikkeling en lewenskwaliteit en werk die vermorsing van hulpbronne soos pasiënte en hul gesinne se tyd, vervoerkostes en die verlies van inkomste in die hand, veral wanneer pasiënte herhaaldelik van hul werk moet wegbly vir kliniekbesoeke. Nie net word die babas en kleuters met 'n kommunikasieafwyking en hul gesinne negatief daardeur beïnvloed nie, dit hou ook negatiewe finansiële implikasies vir die staat in aangesien die gemeenskapsdiensjaarterapeute 'n salaris ontvang en dikwels geen dienste lewer nie. Dit blyk dus dat die verpleegkundiges se onvoldoende kennis op die gebied van spraak-taaltherapeutiese en audiologiese dienslewering, in die vorm van VKI 'n kumulatiewe negatiewe effek het wat babas en kleuters met kommunikasieafwykings daaglik benadeel en die staat jaarliks groot bedrae geld kos.

Die positiewe gesindheid wat die oorgrote meerderheid van verpleegpersoneel tot verdere opleiding en die verbetering van hul kennis en vaardighede in hierdie betrokke areas demonstreer is verblydend. Dit is noodsaaklik dat hierdie positiewe gesindheid ten volle benut word en toegesien word dat die verpleegkundiges toereikende onderig op die gebied van VKI dienslewering ontvang.

5.3 KRITIESE EVALUASIE VAN DIE NAVORSING:

’n Kritiese evaluasie van die navorsingsprojek is van belang ten einde die beperkinge en die sterkpunte van die studie en die resultate wat verkry is te bepaal (De Vos, 2005). Volgens De Vos (2005) verskaf die kritiese evaluasie insae rakende die waarde wat die empiriese studie inhou ten opsigte van kliniese implementering en verdere navorsings doeleindes. Dit is van belang om die sterkpunte van die navorsingsprojek te erken en te bespreek, ten einde samevattings te regverdig en perspektief te kry rakende die beperkinge van die resultate (de Vos, 2005).

Hierdie studie het bepaalde beperkinge en sterkpunte, waaronder die volgende opvallend was:

Beperkinge:

Die volgende beperkinge van die studie is geïdentifiseer wat kan dien as vertrekpunt vir verbeterde navorsingsmetodes in toekomstige navorsing:

- Slegs die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik is in die steekproef gebruik. Die gebruik van ’n groter en meer insluitende steekproef kan ’n verandering in die resultate meebring. Terselfdertyd kon al die Primêre Gesondheidsorgklinieke in Gauteng ook by die studie ingesluit geword het. Sodoende kon ’n beter geheelbeeld van VKI dienslewering in die Gauteng: Primêre Gesondheidsorgklinieke verkry word en kon die dienslewering in die verskillende kontekste met mekaar vergelyk word. Volgens De Vos (2005) moet ’n

navorsingsprojek 'n spesifieke goed gedefinieerde fokus hê. Alhoewel die inligting vanaf 'n beperkte omvang verkry is, het die navorsingsprojek 'n spesifieke goed gedefinieerde fokus gehad deurdat dit op die Wes-Rand distrik Gesondheidsorgklinieke gefokus het (De Vos, 2005). Die toepassingswaarde van die resultate is egter beperk, omdat die bevindinge van een streek nie verteenwoordigend is van al die ander streke nie.

- 'n Verdere leemte van hierdie studie is die tydsverloop tussen die voltooiing van die afmerklys vir die konteksanalise en die voltooiing van hierdie studie. Dit is dus moontlik dat die klinieke waar die konteksanalise uitgevoer is, veranderinge ondergaan het, wat die resultate van die studie beïnvloed. Volgens Leedy en Ormrod (2001) moet die moontlike veranderinge in die gesondheidsorgklinieke as 'n inherente leemte in enige projek aanvaar word.
- Slegs gemeenskapsdiensjaarterapeute wat werksaam was in die Wes-Rand distrik se Primêre Gesondheidsorgklinieke, is as deelnemers aan hierdie studie ingesluit, omdat die fokus van hierdie studie op VKI dienslewering in die Gauteng: Wes-Rand distrik Primêre Gesondheidsorgklinieke was. Indien al die gemeenskapsdiensjaarterapeute werksaam in Primêre Gesondheidsorgklinieke in Gauteng ook in die studie ingesluit was, kon 'n beter geheelbeeld van gemeenskapsdiensjaarterapeute werksaam in Gauteng: Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies van VKI dienslewering in die kontekste verkry word. Alhoewel die inligting vanaf 'n beperkte omvang verkry is, het die navorsingsprojek 'n spesifieke goed gedefinieerde fokus gehad deurdat dit op die gemeenskapsdiensjaarterapeute in die Wes-Rand distrik Gesondheidsorgklinieke gefokus het (De Vos, 2005).
- Slegs verpleegkundiges wat in die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Wes-Rand distrik werksaam was, is as respondente aan hierdie studie ingesluit. Indien verpleegkundiges wat in staatshospitale en privaat hospitale werksaam is ook in die studie ingesluit was, kon 'n beter geheelbeeld van verpleegkundiges se kennis verkry

word. Dit sou ook 'n vergelyking tussen die kennis van verpleegkundiges wat in die Primêre Gesondheidsorgklinieke en die verpleegkundiges wat in die staats- en privaat hospitale werksaam is, moontlik gemaak het. Binne die beperkinge van hierdie navorsingsprojek was dit egter nie moontlik nie.

- Die vraelys, wat as data-insamelingsinstrument gebruik is, was slegs in Afrikaans en Engels beskikbaar. Deur die vraelys ook in die verpleegkundiges se moedertaal beskikbaar te stel, kon waarskynlik die resultate van hierdie studie beïnvloed het, aangesien dit beter begrip van moeilike en/of onbekende terme te weeg sou kon bring. Daar is egter vir die doel van hierdie studie veronderstel dat verpleegkundiges geskoolde individue is wat of Afrikaanse of Engels magtig is.
- Verder kan die lengte van die vraelys as 'n leemte beskou word, omdat die lengte die kwaliteit waarmee die verpleegkundiges die vraelys voltooi het negatief kon beïnvloed het. Riglyne in Leedy en Ormrod (2004) en De Vos (2005) moet streng by die ontwerp van toekomstige vraelys gevolg word, om te verseker dat die formaat van die vraelys nie die data-insamelingsproses en die insameling van effektiewe data beïnvloed nie.
- Die navorser het self die afmerklys wat as data-insamelingsinstrumente tydens Fase Een benut is voltooi, wat as 'n leemte in die navorsingsprojek geïdentifiseer kan word, omdat die data nie deur 'n kontrole navorser bevestig nie. Volgens De Vos (2005) word 'n navorser tydens die voltooiing van 'n afmerklys geforseer om soms op hulle eie persepsies staak te maak, wat die betroubaarheid van die data wat ingesamel is kon beïnvloed. Alhoewel streng riglyne toegepas is met die opstel van die merklys om voorbeoordeling te voorkom, is dit moontlik dat aspekte tydens die voltooiing van die merklys te krities geëvalueer en beskryf is. Die organisering van die aspekte in die afmerklys het die insameling van data moeilik gemaak en die aspekte kon beter georganiseer geword het om data-insameling te bespoedig en te vergemaklik.

- Die loodsstudie is 'n wyse waarop die navorser hom/haarself kan oriënteer ten opsigte van die projek wat in gedagte is (de Vos, 2005). Volgens de Vos (2005) is die doel van 'n loodsstudie om die uitvoerbaarheid van die data-insamelingsinstrumente te toets. Met die definisie ingedagte het die navorser gebruik gemaak van spraak-taalterapeute en oudioloë vir die uitvoer van die loodsstudie, ten einde waardevolle insette vir die verfyning van die data-insamelingsinstrumente te kry. Indien die navorser van verpleegkundiges en ander terapeute van ander dissiplines met die uitvoer van die loodsstudie gebruik gemaak het, sou die resultate van die loodsstudie heelwaarskynlik daarop gedui het dat die vraelys as data-insamelingsmateriaal se bewoording moeilik verstaanbaar was en dat die verpleegkundiges die voltooiing van die vraelys moeilik sou vind. Die navorser gee toe dat meer veranderinge aan die vraelyste aangebring kon word indien verpleegkundiges in plaas van net spraak-taalterapeute en oudioloë ook by die loodsstudie ingesluit was.
- 'n Loodsstudie is nie uitgevoer om die verloop van die gestruktureerde onderhoudskedule vooraf te bepaal nie, wat as 'n leemte beskou kan word. Die spraak-taalterapeute en oudioloë benut in die uitvoer van die ander loodsstudies het egter insette gelewer oor die temas vir bespreking gedurende die gestruktureerde onderhoudskedule. Volgens Mouton (2001) moet geen navorsingprojek aangepak word sonder die uitvoer van 'n loodsstudie nie. Indien 'n loodsstudie uitgevoer is, kon die navorser vasgestel het dat die verloop van die onderhoudskedule beperkte bespreking gaan ontlok en besprekings meestal net beperk gaan wees tot ja, nee en kort verduidelikings wat die kwaliteit van die resultate van die studie beïnvloed.

Ten spyte van die bogenoemde beperkinge, is 'n omvattende beskrywing van die Wes-Rand distrik se Primêre Gesondheidsorgklinieke as konteks vir die verskaffing van VKI dienslewering verskaf. Die verkreeë inligting kan 'n belangrike bydrae lewer vir toekomstige studies wat poog om VKI binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke van Suid-Afrika te laat realiseer.

Sterkpunte:

Ten spyte van die bogenoemde beperkinge, is die waarde van die studie geleë in die relevansie van die onderwerp. Die volgende sterkpunte van die studie is geïdentifiseer wat kan dien as vertrekpunt om navorsingsmetodes vir toekomstige navorsing, oor VKI in die Primêre Gesondheidsorg klinieke, te verbeter:

- Die resultate van die studie verskaf eiesoortige inligting rakende die implementering van VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke. Sover bekend is geen resultate beskikbaar oor die analisering van Primêre Gesondheidsorgklinieke nie, wat die resultate van hierdie studie as 'n vertrekpunt stel vir verdere navorsing oor VKI in die gemeenskapsorgkonteks.
- Wanneer navorsing uitgevoer word is dit van belang dat dit deur 'n soliede teoretiese agtergrond gestaaf word (Leedy & Ormrod, 2004; De Vos, 2005). Die literatuuroorsig oor die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgsisteem, internasionale en plaaslike toepassing van VKI dienslewering en die behoefte aan VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke is volledig weergegee en dien as 'n basis vir die betekenisvolle interpretasie van resultate.
- Die navorser se gebruik van verskillende metodes om data in fase een en fase twee te versamel kan as 'n sterkpunt vir die navorsingsmetodologie beskou word. Die gebruik van triangulasie het die geldigheid en betroubaarheid van die data verhoog (Leedy & Ormrod, 2004). Deur gebruik te maak van die triangulasie metode is die moontlikheid van vooroordeel uitgeskakel, en word die diepte van die bevindinge verhoog. Deur gebruik te maak van 'n gestruktureerde onderhoudskedule is meer omvattende en indiepte inligting ten opsigte van die gemeenskapsdiensjaarterapeute se persepsies en emosionele ervarings verkry (Leedy & Ormrod, 2004).

Die sterkpunte en beperkinge van hierdie studie kan as vertrekpunt gebruik word vir verdere navorsing, aangesien navorsing in VKI dienslewering deur spraak-taaltherapeute en oudioloë in die Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Suid-Afrikaanse konteks,

steeds beperk is. 'n Refleksie op die navorsingsproses het daartoe gelei dat die navorser sekere kliniese en navorsings implikasies vir verdere navorsing geïdentifiseer het. Hierdie implikasies word vervolgens bespreek.

5.4 KLINIESE IMPLIKASIES VAN DIE BEVINDINGE

“Research is an ongoing process which is often cyclical in nature, with completion of one study resulting in the need for further research”

(Leedy & Ormrod, 2001).

Die studie het implikasies vir die benutting van die Primêre Gesondheidsorgklinieke vir die verskaffing van VKI en vir die rol van die spraak-taalterapeut binne hierdie kontekste. Op grond van die bevindinge van hierdie studie word die volgende aanbevelings vir verdere navorsing gemaak:

- Eerstens kan die tersiêre opleidings instansies ook gebruik maak van verskeie Gesondheidsorgklinieke tydens VKI opleiding, sodat studente 'n omvattende blootstelling het aan die verskeidenheid gesondheidssektore en opleiding moontlik kan bydra tot die vestiging van VKI dienste (Hattam, 2005). Op hierdie wyse sal dit meer as net 'n teoretiese begronding verskaf, maar ook meer kliniese ervaring rakende dienslewering in kontekste wat unieke uitdagings aan die spraak-taalterapeut/oudioloog verskaf, ter voorbereiding vir hul verpligte gemeenskapsdiensjaar (Kritzinger & Louw, 2003).
- Die bevindinge het verder die behoefte aan samewerking met ander spanlede en professionele lede beklemtoon. Vanuit die bevindinge bestaan daar 'n behoefte om ter wille van effektiewe implementering van VKI dienslewering ander spanlede in hul voorgraadse studies bewus te maak van VKI en wat VKI dienslewering behels. Spraak-taalterapeute en oudioloë moet derdens dus deur middel van voorgraadse en voortgesette opleiding die voordeel van die transdissiplinêre spanbenadering besef, asook vaardighede aanleer wat effektiewe beoefening van hierdie benadering sal

verseker, sodat dit algemeen in die kliniese praktyk toegepas kan word. Dit impliseer dat studente in ander mediese en paramediese studierigtings ook opleiding in die toepassing van die transdissiplinêre benadering moet ontvang, sodat dit span samewerking tussen die verskillende professies kan vergemaklik. Navorsing oor die voordele, doeltreffendheid en toepassingsmoontlikhede van die transdissiplinêre spanbenadering word aanbeveel, sodat die bevindinge daarvan in verskillende vaktydskrifte gepubliseer kan word, ter verryking van praktiserende spanlede se kennis in die verband (Kritzinger & Louw, 2003).

- Ten slotte kan gemeenskapsbewustheid van VKI verhoog word deur die ontwikkeling van bemarkingsmateriaal in al die amptelike Suid-Afrikaanse landstale. Die doel van hierdie bemarkingsmateriaal is om die gemeenskap bewus te maak van VKI, op te lei en te kan bemagtig. In ooreenstemming met Popich et al. (2007) word verdere navorsing benodig oor die nodige en toepaslike opleidingsmateriaal in die verskillende sosio-ekonomiese vlakke en vir individue met verskillende vlakke van geletterdheid.

5.5 NAVORSINGS IMPLIKASIES VAN DIE BEVINDINGE

“Tomorrow’s research will therefore most probably focus more refined questions coming from what is learned while looking for answers for today’s questions”
(Hansen, 1999).

Daar is tans ’n algemene bewuswording onder professionele persone rakende die belang van VKI dienste as gevolg van die fokus op Primêre Gesondheidsorg en ’n toenemende bewustheid van die noodsaaklikheid van vroeë ervaring en stimulasie vir die ontwikkeling van die babas en kleuters (Kritzinger, Louw & Hugo, 1995). Ongeag hierdie bewuswording is VKI dienslewering binne die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklinieke beperk. Navorsingskennis oor VKI binne die Suid-Afrikaanse konteks moet uitgebrei word, ten einde die beginsels van VKI dienslewering aan te pas

vir die Suid-Afrikaanse konteks. Gebaseer op die verkreeë resultate is die volgende aanbevelings vir toekomstige navorsing gemaak

- Eerstens is dit van die uiterste belang dat Primêre Gesondheidsorgklinieke as konteks vir die verskaffing van VKI in Suid-Afrika benut moet word. Swanepoel (2006) het gevind dat die primêre gesondheidsorgklinieke die ideale konteks is vir die toepassing van vroeë identifikasie en voorkoming as sleutelkomponente van die VKI proses. Die huidige studie kan dus op 'n groter skaal herhaal word, sodat die inligting wat verkry word meer verteenwoordigend sal wees van VKI in die Suid-Afrikaanse Primêre Gesondheidsorgklinieke. Dit sal toelaat dat resultate veralgemeen kan word, sodat 'n sterker motivering by die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid ingedien kan word, rakende die behoefte aan VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke én die huidige leemtes in die konteks.
- Tweedens moet die kenmerkende uitdagings van die Suid-Afrikaanse konteks deur spraak-taalterapeute en oudioloë in ag geneem word tydens VKI dienslewering aan die gemeenskap. Dit impliseer dat beskrywende navorsing uitgevoer moet word oor die invloed wat die aard van die Suid-Afrikaanse konteks op VKI dienslewering het. Sodoende kan evaluasiemateriaal en intervensiemodelle wat relevant en toepaslik sal wees vir die Suid-Afrikaanse konteks en wat gemeenskapsdiensjaar VKI terapeute kan in die Primêre Gesondheidsorgklinieke kan toepas om VKI effektief te kan implementeer, ontwerp word. Die navorsing het bewys dat die ASHA (1989) beginsel vir VKI effektief is en effektief aangepas kan word in VKI dienslewering, die uitdaging in die Suid-Afrikaanse konteks is egter net dat hierdie beginsel aangepas moet word, ten einde te kan voldoen aan die unieke uitdagings van die Suid-Afrikaanse konteks. Verdere navorsing word dus benodig om te bepaal hoe hierdie beginsels meer toepaslik in die Suid-Afrikaanse konteks toegepas kan word.
- 'n Toekomstige navorsingstudies kan dit ten doel stel om alle gemeenskapsdiensjaarterapeute werkzaam in Primêre Gesondheidsorgklinieke en die terapeute werkzaam in staatshospitale en terapeute werkzaam in privaatpraktyke se

persepsies rakende die implementering van VKI dienslewering in die spesifieke kontekste te bepaal.

- Verder moet verpleegkundiges se kennis rakende kommunikasieafwykings en die hantering van babas en kleuters wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking bepaal word deur die uitvoering van 'n nasionale studie. Deur 'n groter steekproef te gebruik, kan daar 'n verandering in die huidige resultate plaasvind. Bepaling van verpleegpersoneel se kennis op 'n nasionale vlak sal ook ruimte laat om leemtes in die opleiding en onderrig van sekere provinsiale opleidingsinstansies uit te lig en die opleiding van verpleegkundiges tussen provinsies te vergelyk.
- Daar bestaan 'n behoefte, nie aan beskikbare VKI dienslewering riglyne en programme, wat reeds in die literatuur bespreek is nie, maar hoe hierdie VKI riglyne en programme binne die verskillende kontekste soos o.a. die Primêre Gesondheidsorg klinieke toegepas kan word en hoe die toepassing in die konteks verskil van die toepassing in 'n ander konteks.
- Hierdie studie het gefokus om die huidige mate waartoe VKI dienslewering in die Primêre Gesondheidsorgklinieke van die Gauteng: Wes-Rand distrik se Gesondheidsorgklinieke toegepas word. Ten slotte kan 'n toekomstige opvolg studie uitgevoer word om weer die toepassing van VKI in hierdie konteks te bepaal, sowel as die verpleegkundiges en gemeenskapsdienjaarterapeute se persepsies en houding ten opsigte van die implementering van VKI in hierdie kontekste te bepaal.

5.6 SLOT

“The future of early communication intervention in South Africa is not an easy one, but it is tremendously exciting... The challenges of providing effective and accountable early communication intervention services are great. A commitment to meeting these challenges can result in meaningful personal rewards”

(Louw, 1994)

Effektiewe kommunikasie vorm ’n fundamentele deel van menswees en bepaal die lewens kwaliteit van ’n individu. Spraak-taaltherapie en audiologiese dienste stel dit ten doel om te verseker dat enige aspek wat in die weg van hierdie basiese menslike reg staan op ’n toepaslike wyse aangespreek moet word. Die doel van die spraak-taaltherapie en audiologiese dienste is ooreenstemmend met die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid in die sin dat alle gemeenskapslede die menslike reg het, tot basiese gesondheidsdienste, ten einde hulle lewens kwaliteit te kan bevorder (Department of Health, 2001).

Met die doel in gedagte is die Primêre Gesondheidsorgklinieke die ideale konteks vir die implementering van VKI dienslewering. Dit is belangrik dat alle spraak-taalterapeute wat dienste in die multikulturele, meertalige Suid-Afrikaanse konteks verskaf, hulle kliniese vaardighede in die behandeling van die hoërisikopopulasie met die beskikbare navorsing in die veld van VKI in die gesondheidsorgkontekste, moet integreer.

Die resultaat van so ’n ontwikkeling kan tot gevolg hê dat VKI dienslewering binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke geïmplementeer word, dat die hoërisikopopulasie die nodige intervensie ontvang, dat ander spanlede ingelig en opgelei word wat betref VKI dienslewering en dat die families van die hoërisikopopulasie bemagtig word.

Die resultaat van so ’n ontwikkeling kan hoofsaaklik tot gevolg hê dat die behoefte aan VKI dienslewering besef word en dat dit as ’n verpligte vorm van dienslewering in die Suid-Afrikaanse gesondheidsbeleid gespesifiseer word.

“Our children are our nation’s future...”

(Nelson Mandela, 2000).

Former President of South Africa

Al die deelnemers het in ooreenstemming met die literatuur (ASHA, 1989; Gerber, 1998; Rossetti, 2001) beklemtoon dat voorkoming 'n uiters belangrike komponent van VKI is. Die implementering van effektiewe voorkoming binne die gemeenskapsdienskonteks is egter bevraagteken. Die meerderheid van die deelnemers was van mening dat voorkoming geïmplementeer kan word soos in ooreenstemming met die bevindinge in Fase 1, naamlik deur die opleiding van ouers, onderwysers en ander professionele personeel by skole, klinieke en ander publieke instansies en deur die implementering van werkswinkels. Die minderheid van die deelnemers was van mening dat gereelde siftings programme geïmplementeer moet word. Hierdie bevindinge stem ooreen met Popich et al. (2007) wat meen dat die professionele lede betrokke by VKI dienslewering hul rol in Primêre voorkoming kan vervul deur betrokke te raak in onder andere die ontwikkeling van inligtingspakkette wat onder die gemeenskap versprei kan word. Deur die verspreiding van inligtingspakkette en bemarkingsmateriaal soos bevind in Fase 1 word daar voorsien in die sorggewers se behoefte aan meer inligting en word daar gelyktydig ook gefokus op die implementering van voorkomings strategieë (Barkhuizen, 2004; Popich et al., 2007).

Gemeenskapsdiensjaarterapeute se positiwiteit ten opsigte van voorkoming as sleutelkomponent van effektiewe VKI dienslewering is gedurende die gestruktureerde onderhoudskedule beklemtoon. Volgens die bespreking was al die deelnemers positief ingestel teenoor die voorkoming van kommunikasieafwykings binne die Primêre gesondheidskonteks, omrede voorkoming meer koste effektief is as intervensie.

▪ **Tema 4: Gemeenskapsdiensjaarterapeute se bewustheid van die teenwoordigheid van kommunikasieafwykings binne die Primêre Gesondheidsorgkonteks.**

Met inagneming dat 'n groot aantal van die deelnemers bestaan het uit spraak-
taalterapeute was die volgende resultate voorspelbaar. Vyf (5) van die deelnemers was bewus van die kenmerke van 'n kommunikasieafwyking of -agterstand. Dieselfde deelnemers wat tydens die bespreking van Tema 2 die korrekte response verskaf het, was tydens die bespreking van Tema 3 ook vertrouwd met die kenmerke van 'n

kommunikasieafwyking. Vanuit hierdie verskynsel kan die afleiding gemaak word dat spraak-taalterapeute/oudioloë en arbeidsterapeute gedurende hulle voorgraadse studies meer blootstelling het aan kommunikasieafwykings en die aspekte rondom vroeë identifikasie, as wat die fisioterapeute het.

Die risikofaktore wat deur die deelnemers geïdentifiseer is as faktore wat 'n baba/kleuter in gevaar plaas vir 'n kommunikasieafwyking, was ooreenstemmend met die risikofaktore vanuit die literatuur (Billeaud, 2003; Rossetti, 2001). Hierdie bevindinge impliseer dat met effektiewe opleiding en spanwerk, professionele spanlede betrokke by VKI dienslewering 'n belangrike bydra kan lewer in die vroeë identifisering van 'n kommunikasieafwyking.

Die risikofaktore wat onder bespreking was, was gebaseer op die deelnemers se gevalsbelading binne hulle onderskeie sub-distrikte waar hulle werksaam was. Al die deelnemers het saamgestem met die hoë prevalensie van MIV en VIGS as risikofaktor by die babas/kleuters aan wie hulle dienste verskaf het en word toegeskryf aan die hoë prevalensie van MIV en VIGS binne die Suid Afrikaanse konteks ("Children in 2001", 2000; Giese, 2000; UNAIDS, 2002). Barolsky (2003) dui aan dat die persentasie kinders in Suid-Afrika geaffekteer en geïnfecteer deur MIV en VIGS jaarliks verhoog wat 'n groot persentasie van hierdie tipe kliënte in die respondente se gevalsbelading kan verklaar. Vanuit die literatuur het ongeveer 3, 8 miljoen kinders tot datum reeds gesterf as gevolg van MIV en VIGS (Barolsky, 2003). Prematuriteit, lae geboortegewig, kraniofasiale afwykings, serebrale gestremdheid, tekort aan stimulasie, lae sosio-ekonomiese status, gehoorverlies, en sindrome is van die ander risikofaktore wat onder bespreking was, omdat hierdie faktore die kinders in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking.

Die deelnemers was egter onseker oor die gemeenskapslede en die personeel werksaam in die gemeenskapsgebaseerde klinieke se kennis van die tekens van 'n

kommunikasieafwyking. Die meerderheid van die deelnemers was van mening dat die gemeenskapslede nie bewus is van wat 'n kommunikasieafwyking is nie en het onder andere die volgende kommentaar gelewer:

“They don’t know. But it is crucial to educate our community regarding communication problems as this will help reduce the amount of complications”

“No, it is very poor. Children are not referred for speech therapy. They think that if a child is not speaking by the age of 5 tot 6 years, then it is a problem related to cultural beliefs.”

“They don’t refer. A communication disorder is not HIV, it is not life threatening”

Die bevindinge stem ooreen met vorige literatuur beskrywings waar die meerderheid van die sorggewers nie bewus was van die doel van VKI en die tekens van 'n kommunikasieafwyking nie (Fair & Louw, 1999; Van Rooyen, 2006). Hierdie bevindinge bevestig die uitdagings wat daar aan VKI dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks gestel word.

Kommunikasieontwikkeling in die vroeë jare word tot 'n groot mate bepaal deur die stimulasie wat die sorggewers aan die baba/kleuter verskaf. 'n Versteurde interaksie of onvoldoende kommunikasiestimulasie plaas die baba/kleuter in gevaar vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking (Owens, 2004; Rossetti, 2001). Sorggewers se beperkte kennis oor die risikofaktore wat 'n kind in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking, is die resultaat van verhoogde voorkoms van kommunikasieafwykings (Hammer, 1998; Popich et al., 2007; Werner, 2001). Navorsing beklemtoon en ondersteun die verskaffing van meer inligting aan sorggewers en ouers,

om ouers/sorggewers se behoefte aan meer inligting aan te spreek (Louw & Kritzinger, 2003; Popich, 2003).

Gemeenskapdiensjaarterapeute in hierdie studie was wel bewus van die teenwoordigheid van risikofaktore wat die baba/kleuter in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking. In ooreenstemming met Swanepoel et al., (2004) se literatuurstudie word hoërisikobabas en –kleuters in die Primêre Gesondheidsorgklinieke eers op 'n latere ouderdom geïdentifiseer, wat meer komplikasies vir die kind en sy/haar gesin tot gevolg het. Met effektiewe spanwerk kan hierdie kinders vroegtydig geïdentifiseer word.

▪ **Tema 5: Houding en kennis rakende VKI.**

Vanuit die bespreking was dit opvallend dat al die deelnemers bewus is van wat VKI dienslewering behels. Vanuit Tabel 4.7 kan daar weereens die afleiding gemaak word dat die spraak-taalterapeute, audioloog en arbeidsterapeute meer voorgraadse blootstelling wat betref kinderontwikkeling ontvang het, wat heel moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat VKI dienslewering by hierdie dissiplines se voorgraadse kurrikula ingesluit word.

Tabel 4.7. Bewustheid van VKI dienslewering (n= 8).

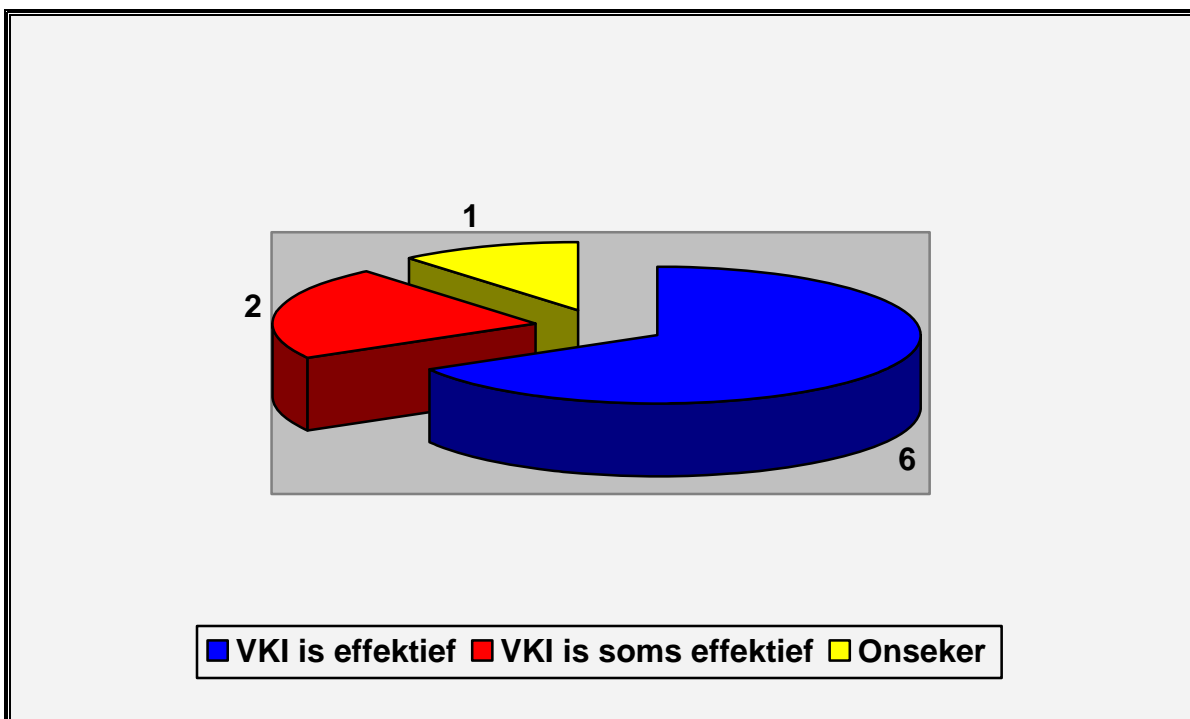
DEELNEMERS	Bewustheid van VKI dienslewering (n= 8).	
	Bewus van VKI dienslewering.	Eers tydens gemeenskapsdienjaar kennis met VKI gemaak.
Spraak-taalterapeut & Oudioloog 1	X	
Spraak-taalterapeut & Oudioloog 2	X	
Spraak-taalterapeut & Oudioloog 3	X	
Arbeidsterapeut 1	X	
Arbeidsterapeut 2	X	
Fisioterapeut 1		X
Fisioterapeut 2		X
Fisioterapeut 3		X

Die fisioterapeute het tydens die gestruktureerde onderhoudskedule erken dat hulle eers gedurende hul gemeenskapsdiensjaar, in samewerking met die ander terapeute meer blootstelling aan VKI dienslewering gehad het, en dat VKI vir hulle 'n relatiewe nuwe konsep is. Die bevindinge kan egter verklaar waarom hierdie deelnemers nie veel kommentaar gelever het oor VKI dienslewering nie en nie vertrou was met aspekte rondom VKI dienslewering nie.

Hierdie bevindinge beklemtoon die belang van die implementering van transdissiplinêre spanwerk. Voorgraadse VKI opleiding behoort binne spanverband te geskied, ten einde die standaard vir effektiewe transdissiplinêre VKI dienslewering te vestig (ASHA, 2008;

Guralnick, 2005; Rossetti, 2001). Die betrokkenheid van professionele lede binne 'n transdissiplinêre spanmodel is krities vir die voorkoming van 'n kommunikasieafwyking. Professionele lede soos gemeenskapsdienswerkers, verpleegkundiges, mediese dokters, arbeidsterapeute, fisioterapeute, en onderwysers moet aangemoedig word om aktief deel te neem aan die voorkoming van kommunikasieafwykings (Popich et al., 2007).

Volgens Figuur 4.3 blyk dit dat die meerderheid van die deelnemers van mening was dat VKI dienslewering effektief is. Tans bestaan daar egter beperkte navorsings bewyse vir bewysgerigte praktyk in Suid-Afrika en aanduidings van watter tegnieke werklik effektief is in die plaaslike konteks.



Figuur 4.3: Deelnemers se persepsies oor die effektiwiteit van VKI (n= 8)

Volgens Sternberg (2001) is 'n positiewe houding egter die eerste stap tot effektiewe toepassing. Hierdie positiwiteit van gemeenskapsdiensjaartherapeute kan aangewend word

om VKI binne die gemeenskapsorgklinieke te implementeer en in die toekoms navorsing uit te voer.

▪ **Tema 6: Die houding van gemeenskapsdiensjaarterapeute teenoor die implementering van VKI binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke.**

Die meerderheid van die deelnemers se mening rakende die implementering van VKI in die Primêre Gesondheidsorgklinieke was teenstrydig met hulle positiwiteit in die bespreking van Tema 5 rakende die effektiwiteit van VKI, en die beginsels van VKI wat gemeenskapsgebaseerd moet wees.

Die terapeute het die volgende kommentaar gelewer op die implementering van VKI in hierdie kontekste:

“... die gemeenskapsdienskonteks, veral klinieke waar pasiënte nie altyd opdaag nie, gaan nie werk vir VKI nie. Die personeel is oningelig en die kennis van die gemeenskap is beperk”

“...There are a lot of factors that make the implementation of ECI difficult, language barriers, cultural beliefs...”

“... Communication development or difficulties are usually low on parent’s priority list.”

“ The attitudes are not good, many people just want disability grants and are not interested in therapy.”

“It would be perfect, but other staffs’ attitudes will influence the success.”

Vanuit die deelnemers se response blyk dit dat die effektiewe implementering van VKI beïnvloed gaan word deur uitdagings kenmerkend aan die Suid-Afrikaanse konteks. Voordat VKI geïmplementeer kan word binne die Primêre Gesondheidsorg klinieke, moet die kenmerkende uitdagings oorbrug word.

Die gestruktureerde gesprek soos ontlok deur die gebruik van 'n onderhoudskedule het waardevolle insette gelewer oor die gemeenskapsdiensjaarterapeute werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se persepsies rakende VKI dienslewering, en die realisering daarvan binne die gemeenskapsdienskonteks. Vanuit die bevindinge kan die afleiding gemaak word dat gemeenskapsdiensjaarterapeute pas afgestudeer is, en dat hulle beperkte praktiese ervaring en nog onervare in hul eie dissiplines is, wat fisioterapeute se beperkte persepsie van VKI dienslewering verklaar, omdat dit nie gedurende hulle voorgraadse studie behandel is nie. Hierdie beperkte ervaring van die terapeute hou egter ook verband met die feit dat hulle slegs 'n aantal behoeftes en leemtes geartikuleer het. Die gemeenskapsdiensjaarterapeute se persepsies rondom die implementering van VKI dienslewering hou verband met die bevindinge uit Fase 1 rakende die fisies opset van die klinieke wat nie VKI dienslewering toelaat nie en die afwesigheid van beskikbare bemarkings-, evaluasie- en intervensiemateriaal.

4.3.2 VERPLEEGKUNDIGES AS DIENSVERSKAFFERS IN DIE PRIMÊRE GESONDHEIDSORGKLINIEKE:

<p>Sub-doelstelling: Om verpleegkundiges werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se houding jeens en persepsies van VKI te beskryf.</p>

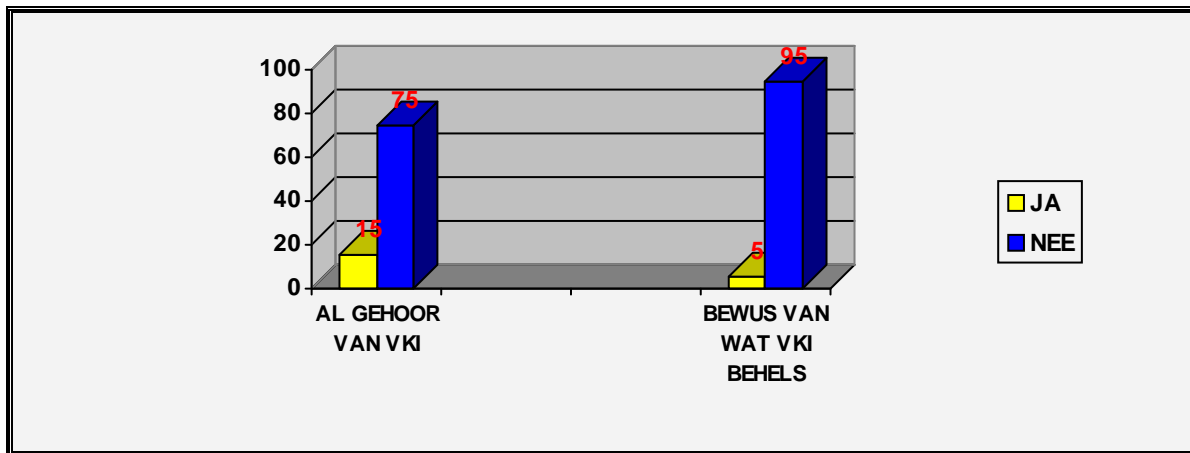
Vir die bespreking van die verpleegkundiges se houdings en persepsies met betrekking tot VKI is die inligting vanuit die verwerkte data van die response op die vraelys (vervat in Bylae H) gebruik. Die resultate word vervolgens bespreek volgens die afsonderlike afdelings vanuit die vraelys.

4.3.2.1 Gemeenskapsverpleegkundiges se beroepspesifieke kennis rakende VKI

Die beroepspesifieke kennis van gemeenskapsverpleegkundiges oor kinderontwikkeling en VKI verteenwoordig die fondasie waarop hulle kennis gespesialiseerde kennis van VKI sal ontwikkel (Rossetti, 2001). Die VKI beroepspesifieke kennis van

verpleegkundiges in al die sub-distrikte van die Wes-Rand distrik is vanuit die verwerkte data van Afdeling B van die vraelys verkry (sien Bylae H).

Volgens die resultate in Figuur 4.4 blyk dit dat die meerderheid van die verpleegkundiges (75%) nie bekend was met die term VKI nie. Van die 15% wat al van te vore die term VKI gehoor het, was sleg 5% van die respondente bewus van wat VKI dienslewering behels.



Figuur 4.4: Verpleegkundiges se bewustheid van VKI (n= 34)

Die bevindinge vanuit Figuur 4.4 stem egter ooreen met die bevindinge in Fase 1, naamlik dat VKI nie in die Primêre Gesondheidsklinieke plaasvind nie. Die bevindinge is ook ooreenstemmend met die bevindinge in Moodley (1999), waar daar gevind is dat verpleegkundiges voordat hulle die nodige opleiding vanaf 'n spraak-taalterapeut ontvang het, nie vertrouwd was met die konsep van VKI dienslewering nie. Dit beklemtoon die sekondêre rol van die spraak-taalterapeut om opleiding aan ander spanlede te verskaf (Hugo, 2004).

Die meerderheid verpleegkundiges het verder aangedui dat hulle geen tot gemiddelde blootstelling aan die aspekte wat verband hou met die verskaffing van effektiewe VKI dienslewering het. Die bevindinge word in Tabel 4.8 verskaf.

nie bevredigend nie, aangesien die meerderheid van die verpleegkundiges aangedui het dat hulle geen blootstelling het aan die aspekte wat verband hou met VKI nie, alhoewel daar in Fase 1 bevestig is dat die kliniek populasie uit hoërisikobabas en –kleuters bestaan.

Hierdie resultate stem ooreen met die bevindinge van Moodley et al., (2000) wat bevind het dat gemeenskapsverpleegkundiges se vertrouwdheid met atipiese kinderontwikkeling, familie funksionering en die assessering, beplanning, implementering van 'n intervensie program nie bevredigend was nie. Die bevindinge kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat elke spanlid in die Primêre Gesondheidsorgklinieke 'n beroepsbeskrywing ontvang, en dat die lede die beroepsbeskrywing wat beperk is tot hul spesialis gebied volg, in plaas daarvan om binne 'n span te funksioneer en die baba of kleuter op 'n holistiese manier te beskou.

4.3.2.2 Gemeenskapsverpleegkundiges se gespesialiseerde kennis van VKI

Die vroeë identifisering en toepaslike verwysing van kinders wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en hulle families, impliseer dat gemeenskapverpleegkundiges oor 'n gespesialiseerde kennis rakende VKI moet beskik om hulle rol as Primêre Gesondheidsorg verskaffers effektief te kan implementeer (Moodley, 1999).

Inligting aangaande die verpleegkundiges werksaam in die Primêre Gesondheidsorgklinieke se gespesialiseerde kennis van VKI is vanuit die verwerkte data wat vanuit Afdeling C & D van die vraelys, verkry (vervat in Bylae H). Tabel 4.9 verskaf 'n uiteensetting van die temas waarop daar klem geplaas is en die verpleegkundiges se kennis met betrekking tot hierdie temas.

Tabel 4.9: Verpleegkundiges se gespesialiseerde VKI kennis. (n= 34)

AREA VAN KENNIS	JA	NEE	ONSEKER	SOMS
Kennis ten opsigte van die VKI definisie	10%	90%	0%	0%
Kennis ten opsigte van die internasionale VKI wetgewings	5%	95%	0%	0%
Kennis ten opsigte van die VKI beginsels	5%	95%	0%	0%
Kennis ten opsigte van 'n spanbenadering tot VKI dienslewering	15%	75%	0%	0%
Kennis van die effek van 'n kommunikasieafwyking op ander ontwikkelingsareas.	40%	60%	0%	0%

Die resultate toon dat die meerderheid (90%) van die verpleegkundiges nie bewus was van wat VKI dienslewering behels nie. Hulle kennis wat betref die definisie van VKI, plaaslike en internasionale wetgewings, die beginsels van VKI dienslewering en die belang van spanwerk was onvoldoende. In ooreenstemming met vorige studies beklemtoon hierdie bevindinge die belang van indiensopleiding, deur aan verpleegkundiges relevante inligting te verskaf met betrekking tot VKI dienslewering (Moodley, 1999). Die vraag ontstaan egter of die verpleegkundiges betrokke wil wees by die verskaffing van VKI dienslewering.

Die verpleegkundiges se gespesialiseerde kennis met betrekking tot *sifting* en die *identifikasie* van 'n kommunikasieafwyking en die faktore wat 'n kind in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking word in Tabel 4.10 en Tabel 4.11 uiteengesit.

Tabel 4.10: Die sifting en identifikasie van kommunikasieafwykings

Stelling	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie.
’n Baba se kommunikasievaardighede kan eers geëvalueer word wanneer die kind sy/haar eerste woorde sê	10%	0%	90%
Die manier waarop ’n baba in interaksie tree met sorggewer moet geëvalueer word, aangesien dit kan bydrae tot die ontwikkeling van kommunikasieafwykings.	15%	0%	75%

Tabel 4.11. Verpleegkundiges se persepsie van faktore wat kan bydrae tot kommunikasieafwykings.

	Prematuriteit	Lae geboorte gewig	Motoriese ontwikkelingsafwykings	Sindrome	Anatomiese abnormaliteite	Voedingsprobleme	Swak ouer-kind interaksie	Gehoorte probleme	Gereelde hospitalisasie	Swak opvoedkundige agtergrond (ouers)	Swak sosio-ekonomiese status	Kulturele agtergrond	Taalagtergrond
JA	15	10	0	20	15	0	10	60	0	0	0	5	40
ONSEKER	15	20	20	50	70	20	80	30	10	20	10	15	40
NEE	70	70	80	30	15	80	10	10	90	80	90	80	20

Vanuit Tabelle 4.10 en 4.11 blyk die verpleegkundiges se response met betrekking tot *sifting en identifikasie* kommerwekkend sienend dat die meerderheid van die deelnemers se response met betrekking tot die vrae negatief was. Die response is in ooreenstemming met vorige navorsing (Moodley et al., 2000) en reflekteer dat verpleegkundiges se huidige persepsie van VKI ontoepaslik is. Hulle huidige kennis stel hulle dus nie in staat

om hulle kritiese rol as Primêre Gesondheidsorgverskaffers in die hantering van kinders wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking te implementeer nie.

Die verpleegkundiges se ontoereikende kennis aangaande die *verwysing* van kinders met 'n kommunikasieafwyking beklemtoon die noodsaaklikheid aan relevante opvoedkundige en opleidingsprogramme. In ooreenstemming met vorige studies blyk dit dat 'n groot aantal van die verpleegkundiges (55%) bewus was van die rol van 'n spraak-taalterapeut en oudioloog. Hulle was egter nie bewus van die rol van die spraak-taalterapeut met betrekking tot voedingsprobleme nie. In ooreenstemming met Copeland en Kimmel (1989) en Moodley et al. (2000) blyk dit dat die verpleegkundiges nie vertrou is met die verband tussen voeding en die ontwikkeling van kommunikasieafwykings nie. Hierdie bevindinge beklemtoon weereens die noodsaaklikheid aan 'n konsulerende vennootskap tussen die spraak-taalterapeut en die verpleegkundiges.

'n Klein persentasie (5%) van die verpleegkundiges was egter ook van mening dat die tradisionele geneeskundiges, binne die gemeenskapsdienskontekste 'n rol speel en dat talle sorggewers hul babas/kleuters met 'n kommunikasieafwyking na die tradisionele geneeskundiges eerder as die Primêre Gesondheidsorgklinieke neem vir behandeling. Dit kan verklaar word aan die feit dat in die Suid-Afrikaanse konteks van die Afrika families tegnologie en Westerse medisyne as sekondêre belang beskou en as 'n bedreiging beskou vir hulle tradisionele rituele en gelowe (Louw et al., 2006).

Alhoewel dit slegs 'n klein persentasie van die verpleegkundiges is wat dit erken het, moet die rol wat die tradisionele geneeskundiges in sommige Afrika families vervul, ingedagte gehou word by die ontwikkeling van opleidingsmateriaal ten einde kultureel sensitief op te tree. Die persentasie verteenwoordig egter net die verpleegkundiges in die Primêre Gesondheidsorgkontekste en verskaf nie aan die navorser 'n indikasie van hoeveel sorggewers wel van die tradisionele geneeskundiges se dienste gebruik maak nie.

Die verpleegkundiges het die volgende kommentaar gelewer oor die rol van die tradisionele geneeskundige:

“Care givers must know that defects are not due to witchcraft... parents must be trained so that they know there is a medical explanation for a developmental disorder”

“In some cultures there is a belief that if there is a problem regarding a (*persons*) life/health the person might be bewitched most people in the townships consult a traditional healer. So it is important to work with traditional healers to put them abreast with developmental disorders from the medical profession ...”

Dit blyk dat die gemeenskapsverpleegkundiges se beroepspesifieke- en gespesialiseerde kennis rakende VKI alhoewel 11, 7% van die verpleegkundiges addisionele lesings, werkwinkel en kursusse oor vroeë kommunikasie intervensie bygewoon het, nie bevredigend is nie. Hierdie bevindinge beklemtoon die behoefte aan opleiding en samewerking tussen spraak-taalterapeute en verpleegkundiges in die gemeenskapsorgklinieke, aangesien die verpleegkundiges gewoonlik die eerste spanlid is wat die sorggewers raadpleeg.

4.3.2.3 Gemeenskapsverpleegkundiges se houding teenoor die implementering van VKI

Ten einde effektiewe VKI dienslewering te kan verskaf is dit belangrik dat die spanlede van die VKI span oor dieselfde verwysingsraamwerk, basiese kennis en ingesteldheid ten opsigte van VKI besit, wat wyer sterk as elke professionele persoon se beroepspesifieke opleiding (Guralnick, 2005). Die resultate is vanuit die verwerkte data van die response in Afdeling D vrae 20 tot 25 van die vraelys, vervat in Bylae H, verkry.

’n Groot aantal positiewe response van die verpleegkundiges (55%) ten opsigte van VKI en die behoefte aan meer inligting en in diens opleiding, deur die spraak-taalterapeute is

verkry. Alhoewel die verpleegkundiges se positiewe response gesien kan word as om bloot sosiaal toepaslik te wees, word die bevindinge deur ander plaaslike studies bevestig (Delpont, 1998; Louw & Weber, 1997; Moodley et al., 2000).

In hierdie studie is dit duidelik dat die gemeenskapsverpleegkundiges ongeag hulle beperkte bewustheid van VKI en kommunikasieafwykings, gereed is om in samewerking met die spraak-taalterapeute, kinders met kommunikasieafwykings te identifiseer en VKI dienslewering in plek te stel. Die bevindinge verskaf dus antwoorde op die leemtes wat in Fase 1 geïdentifiseer is, naamlik dat opleiding aan verpleegkundiges nodig is ten einde binne 'n spanverband saam met die spraak-taalterapeute te kan funksioneer.

Die verpleegkundiges se positiewiteit wat betref die implementering van VKI tree duidelik na vore vanuit hulle response op die oop vrae in Afdeling D van die vraelys:

“Let us all work together and help each other”

“Workshops on communication development”

“Nurses need more exposure to ECI and we need to work with speech therapist”

“More training”

“Monthly, quarterly or yearly campaigns like it is done with HIV awareness and other programs”

Die verpleegkundiges se response verwelkom die implementering van in diens opleidingsprogramme, inligtings pakkette en materiaal vir die vroeë identifikasie en voorkoming van kommunikasieafwykings. Die spraak-taalterapeut werksaam in die gemeenskapsdienskonteks moet die geleentheid aangryp en 'n vennootskap met die verpleegkundiges in die Primêre Gesondheidsorgkontekste is bewerkstellig.

In teenstelling met die positiewe response deur die meerderheid van die respondente is dit van belang om uit te wys dat tydens die inisiële kontak met die respondente, waar die navorser die studie aan hulle verduidelik het, 'n groot gedeelte van die respondente groep (45%) reeds 'n negatiewe ingesteldheid teenoor die effektiwiteit en die implementering van VKI dienslewering getoon het, deurdat hulle nie aan die studie wou deelneem nie en die volgende kommentaar gelewer het:

“We are working in the maternity unit, this information is irrelevant to us...”

“Not applicable in maternity unit”

“Early what ... vention... not time for this here”

“Early intervention is not our job description”

Die verpleegkundiges se inisiële negatiewe houdings kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat hulle nog geen VKI indiensopleiding gehad het nie, of moontlik vanweë hulle lang werksure, of die afwesigheid van effektiewe spanwerk. Die negatiwiteit van die verpleegkundiges kan verder toegeskryf word aan die bevindinge in fase 1, waar die verpleegkundiges lang werksure het. Hierdie lang werksure kan die moontlike oorsaak wees van moegheid, oormatige spanning, en negatiwiteit wat gedurende die uitvoer van die studie by van die deelnemers ervaar was (Sternberg, 2001).

Dit is duidelik dat van die gemeenskapsverpleegkundiges in die studie ten spyte van hulle beperkte bewustheid van VKI en kommunikasieafwykings, gereed is om in samewerking met die spraak-taalterapeute, kinders met kommunikasieafwykings te identifiseer en VKI dienslewering in plek te stel. Binne die Suid-Afrikaanse konteks is dit duidelik dat die samewerking van spraak-taalterapeute en verpleegkundiges die ideale geleentheid verskaf om spraak-taalterapeutiese en oudiologiese dienste uit te brei ten einde vroeër toegang tot kinders wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking in die Primêre Gesondheidsorgklinieke te verkry.

Hierdie effektiewe samewerking vereis egter dat beide partye oor 'n eenderse filosofie betreffende hul dienste se uitkomst beskik, en dat hulle oor 'n gespesialiseerde basis van kennis en vaardighede beskik ten einde dienste aan die kinders wat 'n risiko toon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en hulle sorggewers te kan verskaf (Briggs, 1997; Delpont, 1998; Guralnick, 2005; Louw & Weber, 1997; Moodley et al., 2000).

4.3.3 FASE 2: SAMEVATTING VAN RESULTATE

Die gemeenskapsdiensjaar arbeids-, fisio-, spraaktaalterapeute en oudioloë se persepsies rakende VKI en die realisering daarvan binne die gemeenskapsdienskonteks was bepaal met die gestruktureerde onderhoudskedule. Vanuit hierdie bespreking was dit duidelik dat die gemeenskapsdiensjaartherapeute positief is ten opsigte van vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming as sleutelkomponente van VKI. In teenstelling met die terapeute se positiwiteit t.o.v. vroeë identifikasie en voorkoming en in ooreenstemming met die bevindinge in Fase 1, was die terapeute van mening dat VKI tans nie suksesvol binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke geïmplementeer sal kan word.

Die verpleegkundiges se houding jeens en persepsies van vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming is bepaal en beskryf. Hulle kennis rakende VKI en aspekte wat verband hou met VKI was nie bevredigend nie, en aanvanklik was die verpleegkundiges negatief teenoor die implementering van VKI dienslewering. Die verpleegkundiges se houding jeens 'n spanbenadering was positief, wat aan die spraak-taalterapeute die geleentheid bied om in samewerking met die verpleegkundiges die implementering van VKI binne hierdie konteks te motiveer en te implementeer.

4.4 SLOT

Alhoewel VKI oor die afgelope tydperk geweldige ontwikkeling ondergaan het, bestaan daar steeds behoefte aan navorsing rakende die effektiewe implementering van VKI binne die Primêre Gesondheidsorgkontekste, en aan wetgewing om hierdie dienste te verplig en die implementering daarvan te ondersteun. Met die toepaslike wetgewing kan die klinieke meer kindervriendelik toegerus word en nie net fokus op die primêre gesondheidsbehoefte van die baba/kleuter nie, maar ook op die ontwikkelingsbehoefte van die baba/kleuter.

Die resultate van hierdie studie het daarin geslaag om die mate waartoe VKI dienslewering in die Gesondheidsklinieke van die Wes-Rand streek geskied te bepaal. Die bevindinge van hierdie studie het daarop gedui dat VKI tans nie in die konteks toegepas word nie, weens 'n verskeidenheid van struikelblokke. Daar bestaan egter 'n behoefte aan die implementering van VKI dienste binne die Primêre Gesondheidsorgklinieke, wat aan die direkteure van die Wes-Rand distrik beklemtoon moet word.

Wat nou belangrik is, is relevante navorsing en navorsing wat die besluitnemers en individue in die bestuursposisies van die Gesondheids Departemente teiken, ten einde hulle bewus te maak van die belang en terselfdertyd die behoefte aan vroeë kommunikasie intervensie.

“...our children, the most valuable citizens in any society and the greatest of our treasures. We are all of us, as individuals, called upon to give direction and impetus to the changes that are vital to the future of our youth and our country... our children are our nation's future”

(Mnr Nelson Mandela, former President of South Africa, 2000)

BYLAE INHOUDSOPGAWE

Bylae A: Etiese klaring en aansoek vir toestemming om studie uit te voer.

Bylae B: Ingeligte toestemmingsbrief vir fokus groep bespreking.

Bylae C: Ingeligte toestemmingsbrief vir voltooiing van vraelys:
Verpleegkundiges

Bylae D: Beskrywing en motivering van vrae wat gedek moet word in afmerklys. Samevatting van die beskikbare evaluasie en intervensiemateriaal.

Bylae E: Beskrywing en motivering van temas wat gedek moet word in die gestruktureerde onderhoud.

Bylae F: Beskrywing en motivering van vrae wat gedek moet word in vraelys: Verpleegkundiges.

Bylae G: Finale afmerklys gebruik vir data insameling.

Bylae H: Finale vraelys: Afrikaanse & Engels.

Bylae I: Finale temas vir die gestruktureerde onderhoudskedule

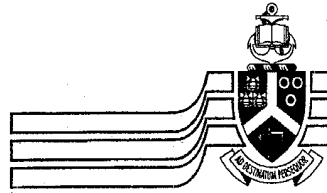
Bylae J: Transkripsies van die gestruktureerde onderhoudskedule

BYLAE A

*Etiese klaring &
aansoek vir toestemming
om studie uit te voer*

Lede: Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee

Dr P Chiroro; Dr M-H Coetzee; Prof C Delpport;
Dr JEH Grobler; Prof KL Harris; Me H Klopper;
Prof E Krüger; Prof B Louw (Voorsitter);
Prof A Mlambo; Prof D Prinsloo; Prof G Prinsloo;
Mnr C Puttergill; Dr E Taljard; Prof A Wessels;
Mnr FG Wolmarans



Universiteit van Pretoria

Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee
Fakulteit Geesteswetenskappe

9 Februarie 2006

Beste Professor Louw

Projek: *Wes-Rand streek Gesondheidsklinieke as konteks vir Vroeë Kommunikasie Intervensie (VKI)*
Navorsers: C Barkhuizen
Leier: Prof B Louw
Departement: Kommunikasiepatologie
Verwysingsnommer: 21035394

Baie dankie vir die aansoek wat u voorgelê het aan die Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee, Fakulteit Geesteswetenskappe.

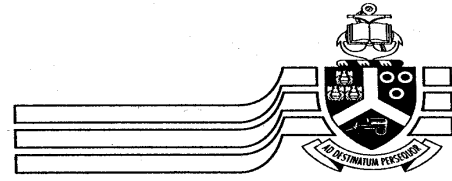
Die aansoek is op formeel deur die komitee op 'n *ad hoc* basis goedgekeur. Die goedkeuring word verleen onderhewig aan die voorwaarde dat die kandidaat wel die navorsing volgens die beginsels en binne die parameters soos in die aansoek en navorsingsvoorstel deur haar uiteengesit, sal uitvoer.

Die komitee wil u graag versoek om bogenoemde goedkeuring aan me Barkhuizen oor te dra.

Ons wens u sukses met die projek toe.

Vriendelike groete

Prof CSL Delpport
Vise-voorsitter: Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee
Fakulteit Geesteswetenskappe
UNIVERSITEIT VAN PRETORIA



University of Pretoria

**Department of Communication Pathology
Speech, Voice and Hearing Clinic**

Tel : +27 12 420 2355
Fax : +27 12 420 3517
Email : brenda.louw@up.ac.za

Date: 2005 – 04 - 04

The Director
West – Rand District Council
Private Bag X2053
Krugersdorp
1739

Mr. S. Tshabalala

Re. Request for permission to conduct research within the West-Rand health clinics

I am a qualified Speech- Language Therapist and Audiologist and am currently employed by the Gauteng: Department of Health, West-Rand region. I am registered for a Masters degree in Communication Pathology at the University of Pretoria, Department of Communication Pathology, student number 21035394. Part of the requirement for the masters-degree is that I conduct a relevant research study, which will be supervised by my tutor, Professor Brenda Louw.

The topic I have selected is in the field of early communication intervention, where I will investigate the degree in which the health clinics in the West-Rand district allow the implementation of early identification and secondary prevention of children that is at risk for the development of a communication disability.

This study will be conducted in two phases and the goal of the study is as follow:

- To describe and evaluate the context, where parents and their children whom demonstrates a risk for developing a communication disability, receives services by performing a context anylises.
- To determine parents of young children’s need for and perception of early identification and secondary prevention of communication disabilities.
- To determine the attitude and the perception of the nurses that is working in the community health clinics regarding early identification and secondary prevention of communication disabilities.

- To determine the attitudes of the nurses that is working in the community health clinics regarding a team-approach during early communication intervention, and their perceptions as to the importance of referring infants and children (0-3 years) that is at risk for developing a communication disorders to other professionals
- To determine the perception of community service therapists regarding early identification and secondary prevention of communication disabilities, within the community clinics.

Participants in this study will include the parents of children (0-3 years), the nurses at the West-Rand Health clinics who are involve in treating families and their children (0-3 years), and the community service rehabilitation therapists. Informed consent will be obtained from all participants, and participation in the study will be on a purely voluntary basis.

As an outcome of the study I plan to provide guidelines for the development of a training video and /or program, which will inform and train the community and the staff working closely with the community about the importance of early identification and secondary prevention of communication difficulties. This will lead to the implementation of more effective early communication intervention services.

At the conclusion of my research, a copy of the final study will be submitted to the Department of Health. The Department will receive recognition for any assistance given and the normal operation of the Department will not be disrupted.

I realize that you have an extremely busy schedule, but would appreciate your attention to this request. Written permission is required to perform this study in the West-Rand health clinics, and it will be highly appreciated if the necessary permission can be received before end April.

Please refer to the appendixes for a schematic representation of the research as taken from my preliminary research proposal.

Yours sincerely

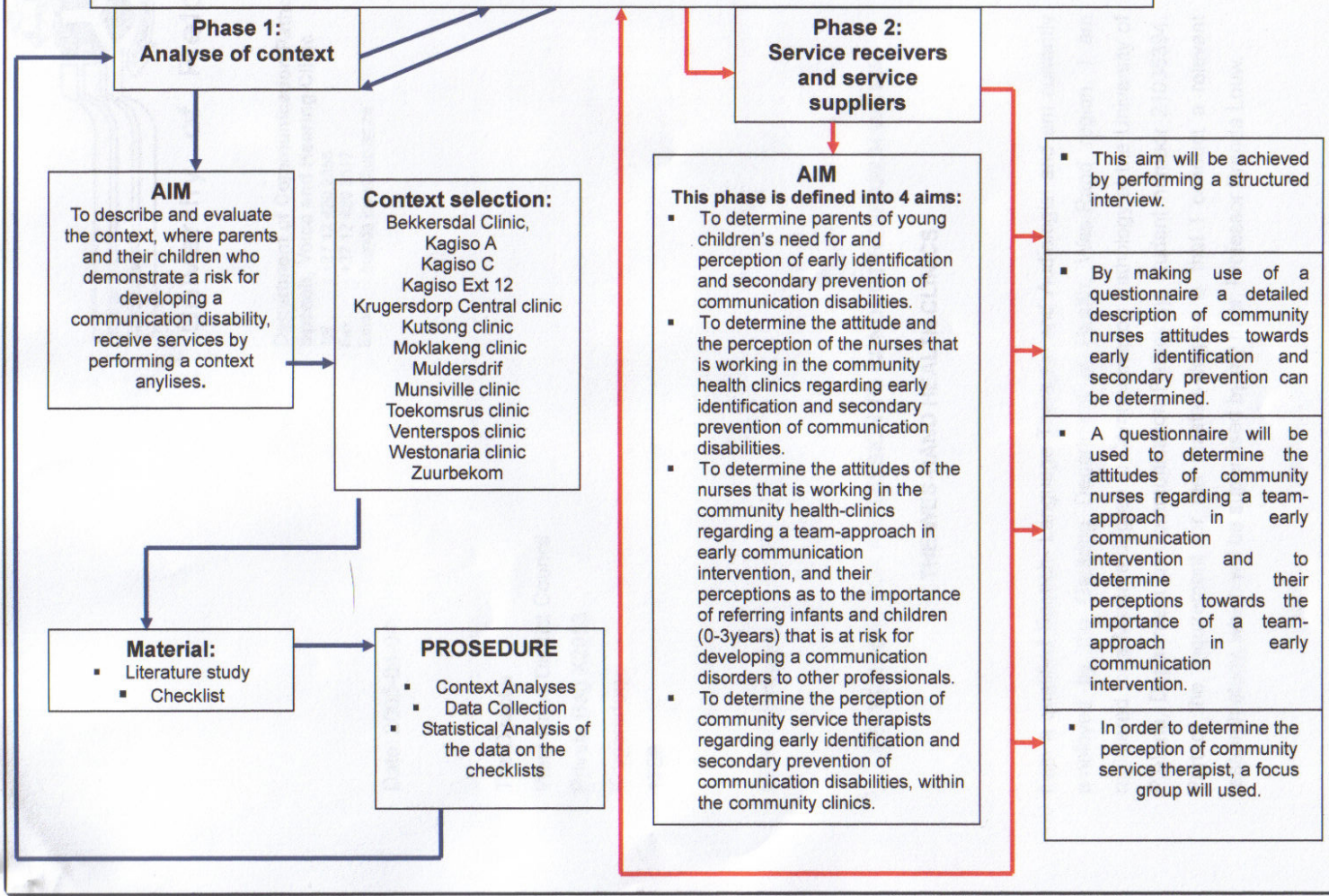
Cordelia Barkhuizen

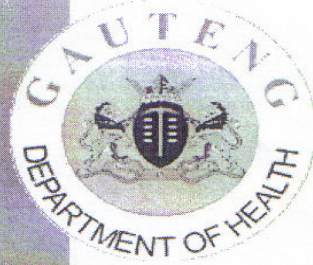
B. Louw

Professor B. Louw
Supervisor

The main aim of this study is to investigate the degree in which the health clinics in the Wes-Rand district allow the implementation of early identification and secondary prevention of children that is at risk for the development of a communication disability.

→ Phase 1
 → Phase 2





REGION A Johannesburg - West Rand

West Rand District Council

Office of the Acting Director:
Telephone: (011) 953 – 4515/6
Facsimile: (011) 953 – 4519
P/Bag X 2053
KRUGERSDORP
1740

Enquiries: Dr.G.K. SHAIKH

VISION
"Health for a better life"

MISSION
Ensure a caring climate
for service users.

THREE STRATEGIC PRIORITIES

- To improve the health of the people of Gauteng.
- To provide better health care services.
- To secure better value for money and effective organization.

MEMORANDUM

TO: MS CORDELIA BARKHUIZEN
HEALTH THERAPIST - WRDCA

FROM: MR. S. TSHABALALA

DATE: 20.04.2005

SUBJECT: PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH IN WEST RAND DISTRICT

Thank you for applying to do research in West Rand District.

Before granting you permission to commence your research project, kindly furnish the following.

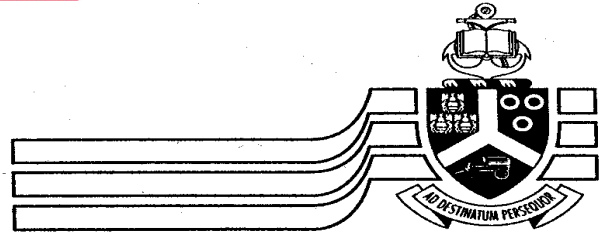
- Topic of the Research
- Members of the research team
- Numbers of community / clients involved in the study
- Questionnaires to be used
- Ethical clearance

You may have submitted this information in your request application, but details of above will guide us for granting you permission.

Thanking you

MR. S. TSHABALALA
ACTING DIRECTOR:WEST RAND DISTRICT COUNCIL AREA

Chief Director: Dr. M. Mazizi Tel: (011) 488 – 3004 Fax: (011) 488 – 4757
 Metro Area (Johannesburg) Tel: (011) 481 – 5262 Fax: (011) 481 – 5263
 Directors: Ms. J More (System Support) Tel: (011) 481 – 5289 Fax: (011) 481 – 5245
 Mr. S. Tshabalala (District Council) Tel: (011) 953 – 4515 Fax: (011) 953 – 4519



University of Pretoria

Department of Communication Pathology
Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2355

Fax : +27 12 420 3517

Email : brenda.louw@up.ac.za

Date: 2005-05-03

The Director

West Rand District Council

Private Bag X2053

Krugersdorp

1739

Mr. S. Tshabalala

**Re. Request for permission to conduct research in
the West-Rand Health Clinics**

My sincere thanks for your reply to my previous letter. Please find attached the information as requested by you in your letter dated 2005 - 04 – 20. I also hereby include a more outlined description of my research, which was taken from my preliminary research proposal (unfortunately in Afrikaans).

In order for me to obtain ethical clearance from the Faculty Humanities, at the University of Pretoria, I must first obtain your permission to conduct my research in the West-Rand Health district.

As I am pressurized for time, in this regard, your urgent attention and reply to this request will be highly appreciated.

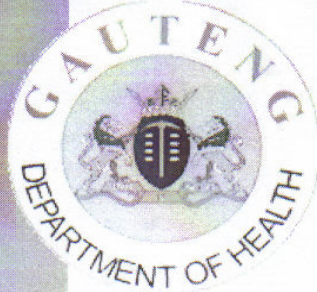
If any further information is required or if there are any uncertainties in this regard, please do not hesitate to contact me on 072 – 414 – 9348.

Yours sincerely,

Blouw

Cordelia Barkhuizen
Speech-Language therapist / Audiologist

Professor B. Louw
Supervisor



REGION A Johannesburg - West Rand

West Rand District Council

Office of the Director: Mr.S.Tshabalala

Telephone: (011) 953 – 4515/6

Facsimile: (011) 953 – 4519

Email: sicoloto@gpg.gov.za

P/Bag X 2053

KRUGERSDORP

1740

Enquiries: Dr. Shaikh

MEMO

TO: MS CORDELIA BARKHUIZEN
HEALTH THERAPIST-WRDCA

FROM: MR.S.TSHABALALA

DATE: 20.04.2005

RE: PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH IN WEST
RAND DISTRICT

I have the pleasure of informing you that permission is hereby granted for you to conduct research in West Rand District.

I anticipate you to share your finding with West Rand District Management so as to utilise your finding to improve service delivery.

If possible think of presenting your finding in the next District PHC Research Conference on 18th August 2005.

Do not forget to forward the ethical clearance certificate from University of Pretoria together with the questionnaires used.

Wishing you the best.

MR A.S. TSHABALALA
ACTING DIRECTOR
WEST RAND DISTRICT COUNCIL AREA

VISION
"Health for a better life"

MISSION
Ensure a caring climate
for service users.

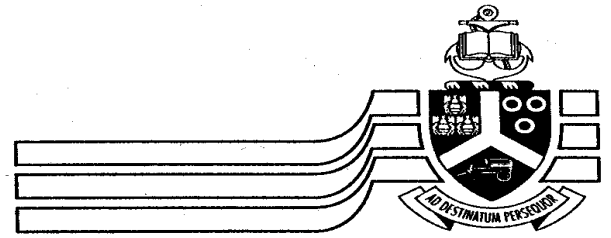
THREE STRATEGIC PRIORITIES

- To improve the health of the people of Gauteng.
- To provide better health care services.
- To secure better value for money and effective organization.

Chief Director: Dr. M. Mazizi Tel: (011) 488 – 3004 Fax: (011) 488 – 4757
Metro Area (Johannesburg) Tel: (011) 481 – 5262 Fax: (011) 481 – 5263
Directors: Ms. J More (System Support) Tel: (011) 481 – 5289 Fax: (011) 481 – 5245
Ms. N Mekgwe (District Council) Tel: (011) 953 – 4515 Fax: (011) 953 – 4519

BYLAE B

*Ingeligte toestemmingsbrief vir die
gestruktureerde
onderhoudskedule*



University of Pretoria

Dear Colleague,

REGARDING: PARTICIPATION IN A RESEARCH STUDY

I am presently enrolled for my master's degree in Communication Pathology at the University of Pretoria. The field of my research is aimed at determining the degree in which the community health care clinics in the West-Rand district allow the implementation of early identification and secondary prevention of children that is at risk for the development of a communication disability. The information gathered from this study, will be of benefit for the effective implementation of Communication Intervention services into these clinics, which will minimize the prevalence of communication difficulties in children because they are identified at an earlier stage.

You form part of the transdisciplinary team that plays an important role in the provision of age appropriate intervention services. You therefore have a crucial role to play in the early identification of children at risk for a delay in development or for developing a disability.

In order to gain more information regarding the degree in which early identification and secondary intervention are implemented, it is important to determine your attitude and perception towards early identification and secondary prevention, and the implementation of these two important components of early intervention, in the community health care clinics. This information will be gained through means of a focus group discussion.

It would be highly appreciated if you could participate in this discussion. Please be assured that the information that will be provided will remain confidential and that neither your name nor the clinic that you are working at will be mentioned in the study.

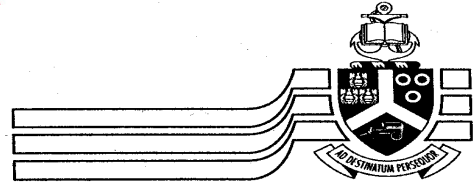
If you have any questions while, please do not hesitate to ask the researcher.

Thanks for your willingness to participate in this important research project.

Yours sincerely,

Cordelia Barkhuizen
(Speech-Language therapist and Audiologist)

Prof B. Louw
(Supervisor)



University of Pretoria

Department of Communication Pathology
Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2355

Fax : +27 12 420 3517

Email : brenda.louw@up.ac.za

INFORMATION FOR THE PARTICIPATION IN A FOCUS GROUP DISCUSSION

Project leader: Prof. B. Louw

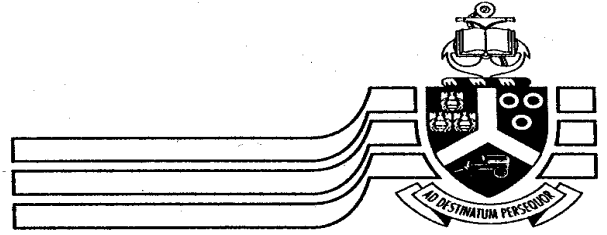
Principal Investigator: Cordelia Barkhuizen

Department of Communication Pathology, University of Pretoria

INFORMATION:

- **Title of Study:** The degree in which the community health care clinics in the West-Rand district can be used to implement Early Communication Intervention (ECI) services.
- **Purpose of the study:** To determine how the community health care clinics in the West-Rand district can be used to implement early identification and intervention services to children at risk for a communication disorder.
- **Procedures:** You are invited to participate in a focus group discussion, where you will be participating in a discussion concerning themes such as, early communication intervention, prevention, signs of a communication disorder, perception and attitude towards early intervention, attitude and perception towards the implementation of early communication intervention within the community health care clinics. The focus group discussions will take place over 2 days.
- **Risks and Discomforts:** There are no risks or discomforts associated with this project, although you may feel some fatigue and/or stress when answering these questions in an honest and truthful manner.
- **Benefits:** There are no direct benefits for participating in this study. However the results of the study will help the researcher to gain a better understanding of the degree in which early communication intervention is implemented within the community health care clinics. This knowledge will be used to formulate guidelines for improving early communication intervention services in the future.
- **Participant's rights:** You may withdraw from participating in the study at any time, should you feel do so.
- **Financial Compensation:** There will be no financial compensation for participation in this research study.
- **Confidentiality:** The results of the questionnaire will be kept confidential. The results of this study may be published in professional journals or presented at professional conferences, but your identity will not be revealed.
- **Ethical approval:** The research protocol was submitted to the Department of Health: West –Rand Region A and the Faculty of Humanities Research Proposal and Ethics Committee, University of Pretoria, and written approval has been granted.

If you have any questions or concerns, please do not hesitate to contact the researcher at the following telephone number: 072 – 414 - 9348.



University of Pretoria

Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2355
Fax : +27 12 420 3517
Email : brenda.louw@up.ac.za

WRITTEN INFORMED CONSENT FOR PARTICIPATION IN A FOCUS GROUP DISCUSSION

I hereby confirm that I have been informed by the investigator, Cordelia Barkhuizen about the nature, conduct, and benefits of this study. I have also received, read and understood the above written information (Informed consent and Information leaflet) regarding the study.

I am aware that the results of the study, including personal details regarding my sex, age, date, date of birth, initials and diagnosis will be anonymously processed into a research report.

I may, at any stage, without prejudice, withdraw my consent and participation in the study. I have had sufficient opportunity to ask questions, I understand my rights as a research subject, and I understand what the study is about, how and why it is being done.

I (out of my own free will) declare myself prepared to participate in the study, and therefore I give consent to participate in the study.

Participant's name: _____

Signature

Date

Investigator's name: Cordelia Barkhuizen

Signature

Date

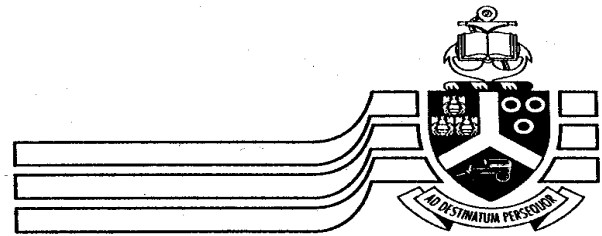
I, Cordelia Barkhuizen herewith confirm that the above participant has been informed fully about the nature, conduct and risks of the above study.

Witness's name: _____

Date: _____

BYLAE C

*Ingeligte toestemmingsbrief vir
voltooing van vraelys:
Verpleegkundiges*



University of Pretoria

Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2355

Fax : +27 12 420 3517

Email : brenda.louw@up.ac.za

Dear Colleague,

REGARDING: PARTICIPATION IN A RESEARCH STUDY TO DETERMINE NURSES ATTITUDES AND THEIR PERCEPTION OF EARLY COMMUNICATION INTERVENTION.

I am presently enrolled for my master's degree in Communication Pathology at the University of Pretoria. The field of my research is aimed at determining the degree in which the community health care clinics in the West-Rand district allow the implementation of early identification and secondary prevention of children that is at risk for the development of a communication disability. The information gathered from this study, will be of benefit for the effective implementation of Communication Intervention services into these clinics, which will minimize the prevalence of communication difficulties in children because they are identified at an earlier stage.

As the nursing staff usually sees many of the children and their parents visiting the clinic before they are seen by any of the other transdisciplinary team members, you have a critical role to play in the early identification of children at risk for developing a communication disability.

In order to gain more information regarding the implementation of early identification and secondary, it is important to determine your attitude and perception towards early identification and secondary prevention. To be able to gain this information, the attached questionnaire has been compiled.

If you agree to participate in the research, it would be highly appreciated if you could complete the questionnaire. Please be assured that the information that will be provided will remain confidential and that neither your name nor the name of the clinic where you work will be mentioned in the study.

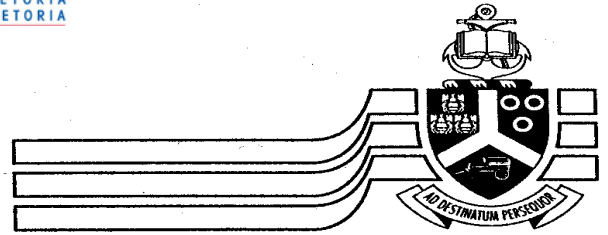
If you have any questions while completing the questionnaire please do not hesitate to ask the researcher.

Thanks for your willingness to participate in this important research project.

Yours sincerely,

Cordelia Barkhuizen

Prof B. Louw



University of Pretoria

Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2355
Fax : +27 12 420 3517
Email : brenda.louw@up.ac.za

INFORMATION FOR THE PARTICIPATION IN THE STUDY

Project leader: Prof. B. Louw

Principal Investigator: Cordelia Barkhuizen

Department of Communication Pathology, University of Pretoria

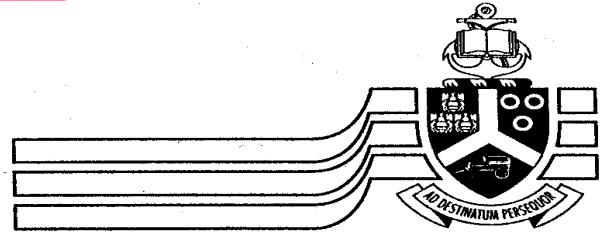
Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2355
Fax : +27 12 420 3517
Email : brenda.louw@up.ac.za

INFORMATION:

- ***Title of Study:*** The degree in which the community health used to implement Early Communication Intervention (ECI) services.
- ***Purpose of the study:*** To determine how the community health care clinics in the West-Rand district can be used to implement early identification and intervention services to children at risk for a communication disorder.
- ***Procedures:*** You are invited to participate in the study, where you will be requested to complete a questionnaire concerning your biographical information, your ideas about early communication intervention, early identification of young children, speech and language development, referral to other professionals and communication disorders. It will take approximately 20 minutes of your time, to complete the questionnaire.
- ***Risks and Discomforts:*** There are no risks or discomforts associated with this project, although you may feel some fatigue and/or stress when answering these questions in an honest and truthful manner.
- ***Benefits:*** There are no direct benefits for participating in this study. However the results of the study will help the researcher to gain a better understanding of the degree in which early communication intervention is implemented within the community health care clinics. This knowledge will be used to formulate guidelines for improving early communication intervention services in the future.
- ***Participant's rights:*** You may withdraw from participating in the study at any time, should you feel do so.
- ***Financial Compensation:*** There will be no financial compensation for participation in this research study.
- ***Confidentiality:*** The results of the questionnaire will be kept confidential. The results of this study may be published in professional journals or presented at professional conferences, but your identity will not be revealed.
- ***Ethical approval:*** The research protocol was submitted to the Department of Health: West –Rand Region A and the Faculty of Humanities Research Proposal and Ethics Committee, University of Pretoria, and written approval has been granted.

If you have any questions or concerns, please do not hesitate to contact the researcher at the following telephone number: 072 – 414 – 9348.



University of Pretoria

**Department of Communication Pathology
Speech, Voice and Hearing Clinic**

Tel : +27 12 420 2355
Fax : +27 12 420 3517
Email : brenda.louw@up.ac.za

WRITTEN INFORMED CONSENT FOR PARTICIPATION IN QUESTIONNAIRE

I hereby confirm that I have been informed by the investigator, Cordelia Barkhuizen about the nature, conduct, and benefits of this study. I have also received, read and understood the above written information (Informed consent and Information leaflet) regarding the study.

I am aware that the results of the study, including personal details regarding my sex, age, date, date of birth, initials and diagnosis will be anonymously processed into a research report.

I may, at any stage, without prejudice, withdraw my consent and participation in the study. I have had sufficient opportunity to ask questions, I understand my rights as a research subject, and I understand what the study is about, how and why it is being done.

I (out of my own free will) declare myself prepared to participate in the study, and therefore I give consent to participate in the study.

Participant's name: _____

Signature

Date

Investigator's name: Cordelia Barkhuizen

Signature

Date

I, Cordelia Barkhuizen herewith confirm that the above participant has been informed fully about the nature, conduct and risks of the above study.

Witness's name: _____

Date: _____

BYLAE D

*Beskrywing en motivering van die vrae
wat gedek word in afmerklys*

Tabel 1.1: Beskrywing van en motivering vir vrae wat ingesluit moet word in die afmerklys

Afdeling	Area en vrae	Motivering vir vrae
Afdeling A: Fisiese opset van die kliniek		
Afdeling A	<p>A1. Aanduiding van watter kliniek die analise by uitgevoer word. Deur net die betrokke kliniek op die merklys te selekteer en af te merk.</p> <p style="text-align: center;"><i>Vir die voltooiing van A2 tot by A5 moet die kliniek rooster geraadpleeg word</i></p> <p>A2. Die ure wat die kliniek oop is, om dienste aan die gemeenskap te kan verskaf.</p> <p>A3. Indien dienste 24 uur tot die gemeenskap se beskikking is spesifiseer watter dienste.</p> <p>A4. Die spesifieke dae wat die kliniek dienste aan die gemeenskap lewer.</p> <p>A5. Omskryf die dienste wat beskikbaar is op die spesifieke dae.</p> <p>A6. Moet pasiënte lêers oopmaak, voordat hulle dienste kan ontvang</p> <p>A7. Moet pasiënte 'n afspraak maak.</p> <p>A8. Bestaan daar 'n verwysingsstelsel na die verskillende dissipline</p> <p>A9. Indien Ja, by A8 beskryf die werking van hierdie stelsel.</p>	<p>A1. Verskaf aan die navorser 'n aanduiding van die spesifieke kliniek en sal bydrae tot suksesvolle kliniek spesifieke, analise en interpretasie van data</p> <p>A2. Die spesifieke ure wat die kliniek beskikbare dienste aan die gemeenskap verskaf, beïnvloed ook die grootte van daardie spesifieke kliniek se pasiënte register.</p> <p>A3. Dit gaan 'n idee verskaf rakende die dienste wat 24 uur beskikbaar is.</p> <p>A4 & A5. Nie al die klinieke is 7 dae 'n week oop nie en nie alle dienste is elke dag beskikbaar nie. Dit sal van waarde wees om te bepaal watter klinieke wanneer oop is en watter dienste word wanneer verskaf. Omdat baba klinieke bv. op 'n Saterdag meer toeganklik vir werkende ouers sal wees.</p> <p>A6 & A7. Hierdie inligting verskaf net agtergrond informasie aan die navorser rakende die funksionering van die kliniek.</p> <p>A8 & A9. Verwysing na die betrokke dissiplines is 'n baie belangrike gedeelte van vroeë identifikasie en voorkoming, en daarom is dit belangrik om te bepaal of daar wel 'n verwysingsstelsel in plek is. Dis belangrik om kennis te dra van die kliniek se verwysingsstelsel, aangesien babas en kleuters in sommige gevalle soos vanuit Drotar (2004) en Sices (2004) nie na spraak-taalterapeutiese verwysing word nie, omdat daar 'n gebrekkige of geen verwysingsstelsel bestaan nie.</p>

<p>Afdeling A</p>	<p>A10. Is daar toepaslike plakkate en/of pamflette vir die pasiënte, rakende die voorkoming en die identifisering van spesifieke siekte toestande en/of kondisies, beskikbaar in die ontvangskamers.</p>	<p>A10. Deurdat die pasiënte wag vir dienste, is dit 'n gunstige geleentheid om aan hulle inligting te verskaf rakende vroeë identifisering en voorkoming van ontwikkelingsafwykings en/of –agterstande. Die inligting kan in die vorm van pamflette, plakkate of videomateriaal (waar audio geriewe beskikbaar is) verskaf word (Popich, 2000).</p>
<p>Afdeling B: Personeel werksaam in die klinieke</p>		
<p>Afdeling B</p>	<p>B1. Die aantal professionele persone werksaam in die kliniek wat dienste aan kinders (0-3 jaar) met 'n agterstand en/of afwyking verskaf.</p> <p>B2. Die dae waarop die bg. individue by die kliniek beskikbaar is.</p> <p>B3. Risikofaktore wat waargeneem word by die kinders wat die kliniek besoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kromosomale abnormaliteite/ Genetiese abnormaliteite - Neurologiese afwykings - Kongenitale abnormaliteite - Ingebore metaboliese abnormaliteite - Sensoriese afwykings - Atipiese ontwikkelings afwykings - Ernstige toksiese blootstelling - Kroniese mediese toestande - Ernstige infeksies 	<p>B1. Die professionele lede vorm 'n belangrike deel van 'n span tydens die verskaffing van effektiewe vroeë kommunikasie intervensie, en hulle teenwoordigheid dra daartoe by dat kinders met 'n kommunikasieagterstand en/of -afwyking vroeër geïdentifiseer kan word (Rossetti, 2001; Popich, 2000; Moodley, 1998).</p> <p>B2. Hierdie inligting sal aan die navorser agtergrondsgeskiedenis verskaf, van die moontlikheid van 'n multidisiplinêre span bespreking.</p> <p>B3. Hierdie inligting sal aan die navorser 'n breër raamwerk verskaf van die profiel van die kinders wat die kliniek besoek. Volgens Rossetti (2001) staan hierdie toestande bekend as bevestigde risikofaktore. Kinders wat een of meer van hierdie toestande, in die bevestigde risiko kategorie vertoon, vertoon 'n ontwikkelings agterstand sekondêr tot die faktore wat hulle in hierdie bevestigde risiko kategorie geplaas het. Die babas en kleuter in die Suid-Afrikaanse konteks, word egter soos vanuit Kritzinger et al (1995) in 'n groter gevaar geplaas vir die ontwikkeling van kommunikasieafwykings en/of –agterstande, weens omgewings- en biologiese risikofaktore.</p>

Afdeling C. Bewustheid van vroeë identifikasie en voorkoming as sleutelkomponente van VKI dienste

<p>Afdeling C</p>	<p>C1. Is daar 'n skaal wat in die kliniek gebruik word om ontwikkeling by babas en kleuters te monitor.</p> <p>C2. Watter aspekte word op hierdie skaal aangedui</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inentings - Growwe motoriek - Fyn motoriek - Sosiale vaardighede - Reseptiewe, en - Ekspressiewe taal - Fisies - Visie - Gehoor - Ander <p>C3. Deur wie word hierdie skaal voltooi</p> <p>C4. Word hierdie skaal op spesifieke ouderdomme voltooi</p> <p>C5. Watter ouderdomme</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 weke - 3 maande - 6 maande - 9 maande - 18 maande - 3 jaar - 5 jaar 	<p>C1, C2 & C3 Dit is van belang om te weet hoe kinders in hierdie kliniek kontekste gemonitor word, ten einde te probeer bepaal wat die verwagte ouderdom is waarop kinders met 'n probleem geïdentifiseer sal word.</p> <p>C4 & C5. Die vroeë identifisering van die babas en kleuters, is egter 'n voortgesette proses, aangesien die spesifieke risikofaktore wat die babas en kleuters in gevaar stel vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking met die verloop van tyd verander (Kritzinger et al, 2001 & Owens, 2000). En daarom is dit van belang om te bepaal op watter ouderdomme kinders geassesseer word.</p>
------------------------------	--	--

Afdeling D: Lokale beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste aan jong kinders en hul sorggewers

<p>Afdeling D</p>	<p>D1. Is daar 'n lokaal beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste.</p> <p>D2. Is hierdie lokaal toegerus met goeie beligting en voldoende ventilasie.</p> <p>D3. Laat hierdie lokaal dit toe om vertroulikheid te handhaaf tydens die ontmoeting met 'n pasiënt.</p> <p>D4. Is hierdie lokaal toegerus met die nodige toerusting:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lessenaar - Stoele - Mat waarop terapie verskaf kan word. - Tafeltjie en stoeltjies vir kinders <p>D5. Is daar inligtingspamflette/plakkate vir die pasiënte beskikbaar, rakende vroeë kommunikasie intervensie en die rol van die verskillende multidissiplinêre spanlede</p> <p>D6. Indien ja, beskryf die inligtingspamflette/plakkate</p> <p>D7. Is daar plakkate/prente teen die mure wat die lokaal in 'n kindervriendelike omgewing omskep.</p> <p>D8. Beskik die lokaal oor die nodige speelgoed, wat gebruik kan word vir assessering en terapie, vir kinders van verskillende ouderdomsgroepe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konstruksie speelgoed ▪ Speelgoed vir verbeeldingspel ▪ Speelgoed vir probleemoplossing ▪ Speelgoed wat klanke maak en geraasmakers ▪ Boeke en pre-geletterdheids speelgoed ▪ Oraalmotoriese apparaat ▪ Ander speelgoed 	<p>D1, D2, D3, D4, D5 & D6. Ten einde effektiewe VKI dienslewering te kan verskaf, is dit noodsaaklik dat die terapeut en die pasiënte toegang het tot 'n lokaal, wat geskik is vir die doeleindes.</p> <p>D6. Ten einde in staat te wees om die babas en kleuters wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking en/of -agterstand effektief te kan assesser, is dit van belang dat die spraak-taalterapeut ouderdomstoepaslike speelgoed tot sy/haar beskikking het. Roth & Worthington (2001) verskaf 'n ontwikkelings speelgoed lys wat ingesluit gaan word in die merklys.</p> <p>D7. Dis belangrik dat kinders op hulle gemak is tydens terapie, die omgewing moet dus so natuurlik as moontlik en kindervriendelik wees.</p> <p>D8. Hierdie is 'n samevatting van die hoofemas van speelgoed wat benodig word vir effektiewe assessering en terapie.</p>
------------------------------	---	---

Tabel. 1.2 Aanbeveelde VKI evaluasie en intervensie materiaal (Geneem uit Kritzinger, 2008).

ITEM	BESKIKBAAR	NIE BESKIKBAAR
AFDELING A : BESKIKBARE VKI EVALUASIEMATERIAAL		
Developmental Assessment Schema (Anderson, Nelson & Fowler, 1978)		X
Oral-Motor and Feeding Evaluation (Arvedson & Brodsky, 2002).		X
Infant-Toddler Home Inventory (Bradley & Caldwell, 1984).		X
Cognitive Abilities Scale (Bradley-Johnson, 1987).		X
Receptive-Expressive Emergent Language Test (Bzoch & League, 1991).		X
Early Language Milestone Scale (Coplan, 1983).		X
Developmental Activities Screening Inventory (Fewell & Langley, 1984).		X
Hubatch Concepts and Vocabulary (Hubatch, Johnson, Kistler, Burns & Moneka, 1985).		X
CHRIB Listening Scale (Hugo, Louw, Kritzinger & Smit, 2000).		X
Oral Motor/Feeding Rating Scale (Jelm, 1990).		X
Kaderavek-Sulzby Book Reading Observational Protocol (Kaderavek & Sulzby, 1998).		X
Observations of Communicative Interaction (Klein & Briggs, 1987).		X
Genetic Screening Checklist (Kritzinger & Louw, 1999).		
Developmental Vocal Assessment (Morris & Klein, 1987).		X
Mother/Infant Communication Screening (Raack, 1989).		X
Reynell Developmental Language Scale (Reynell & Huntley, 1987).		X
The Rossetti Pediatric Case history and Family Needs Profile (Rossetti, 1995).		X
Book Reading Developmental Checklist (Van Kleeck, 1992).		X
Symbolic Play Scale Checklist (Westby, 2000).		X
Communication and Symbolic Behavior Scale (Wetherby & Prizant, 1993).		X

AFDELING B: BESKIKBARE VKI INTERVENSIEMATERIAAL		
Listen, Learn and Talk. (Coclear Ltd, 2003).		X
Learning Through Play (Fewell, 1983).		X
Helping Babies Learn. Developmental Profiles and Activities for Infants and Toddlers (Furuno, 1993).		X
HELP (Furuno, 1997).		X
Sensory Motor Activities for Early Development (Hong, 1996).		X
Best Beginnings. Helping Parents make a difference through individualized anticipatory guidance (Hussey-Gardner, 1999).		X
Hickory Dickory Talk (Johnson, 1990).		X
Small Wonder (Karnes, 1979).		X
Parent Articles for Early Intervention (Klein, 1990).		X
Communication Skills in Children with Down Syndrome. A guide for parents (Kumin, 1994).		X
Curriculum for Infants and Toddlers with Cleft Palate. Developing Speech and Language (Lynch, 1993).		X
Early Communication Skills (Lynch, 1999).		X
You make the difference in helping your child (Manolson, 1995).		X
The Manual of Pediatric Feeding (McCurtin, 1997).		X
HELP... At Home (Parks, 1998).		X
Help. When parents has disabilities (Parks, 1999).		X
It takes two to talk (Pepper & Weitzman, 2004).		X
Parent-Infant Communication (Sitnick & Rushmer, 1978).		X
Parent Articles (Scrader, 1988).		X
Start Home Programme (Solarsch & Katz, 1990).		X
More than Words (Sussman, 1999).		X
Learning Language and Loving it (Weitzman, 1992).		X
Early Listening skills (William, 1995).		X
Early Visual Skills (William, 1998).		X



AFDELING C: OUDERDOMSTOEPASLIKE INTERVENSIE MATERIAAL			
OUDERDOM:	ITEM	BESKIKBAAR	NIE BESKIKBAAR
0 TOT 3 MAANDE	Geraasmakers		X
	Opgestopte diere in verskillende kleure		X
	Materiale van verskillende teksture		X
	Bal		
	Boek met gesigte, duidelike prente		X
3 TOT 6 MAANDE	Spieël		X
	Verskeidenheid geraasmakers		X
	Objekte van verskillende teksture		X
	Mobiles		X
	Speel gimnasium		X
	Pop, en opgestopte diere vir seun en dogter		X
	Plastiese boek of karate: Prente met alledaagse objekte, diere en mense		X
6 TOT 9 MAANDE	Spieëlgoed wat kan opwen		X
	Bewegende speelgoed		X
	Blokkies		X
	Ringe op 'n toring		X
	Blokkies wat gepak kan word		X
	Speelgoed wat geraas maak		X
9 TOT 12 MAANDE	Verskillende balle		X
	Houers om objekte in en uit te haal		X
	Klein skakelaars		X
	Besige boks met verskillende speelgoed in		X
	Bad speelgoed in verskillende kleure		X
	Speelgoed telefoon		X

12 TOT 15 MAANDE	Trek en stoot speelgoed		X
	Water speelgoed wat kan dryf		X
	Groot boks		X
	Speelgoed wat musiek speel		X
	Plastiese koppie, leper en bord		X
15 TOT 18 MAANDE	Speelgoed boot of vulstasie stel		X
	Dieretuin stel		X
	Borrels		X
	Boontjie sakkie wat gegooi kan word		X
	Probleemoplossingspeelgoed		X
	Familiefotos, album		X
18 TOT 24 MAANDE	Boeke met prentjies wat 'n kort storie vertel		X
	Legkaarte		X
	Plaasstel		X
	Klein sandboks		X
	Groot trek en stoot speelgoed		X
	Teestel en kookware, speelkos		X
	Poppe en mooimaakstel		X
	Musiek instrumente		X
	Water speelgoed		X
24 TOT 36 MAANDE	Driewiel, waentjie en sandbak		X
	Lego blokkies		X
	Speelgoedhuis met meubels		X
	Pop met klere, bed, teestel en kombuisstel		X
	Speelgoed rekenaar		X
	Vorm sorteerder		X
	Mediese speelgoedstel		X
	Prentjiepas speelgoedstel		X
	Houtkrale wat ingeruig kan word		X
48 TOT 60 MNDE	Bal		X
	Alfabet letters		X

	Kuns material		X
	Kryte, papier en skêr		X
	Snaakse kleure en volwassenes se kleure		X

BYLAE E

Uiteensetting van die temas wat gedek moet word tydens die gestruktureerde onderhoud.

Tabel 2: Onderwerpe en vrae wat tydens die gestruktureerde onderhoud bespreek gaan word	
Ysbreker	
Afdeling A	A1. Naam A2. Beroep A3. Wat jy die meeste van jou beroep geniet
Blootstelling aan kinders met 'n kommunikasieafwyking en/of -agterstand	
Afdeling B	B1. Wanneer julle die woord kommunikasieafwyking en/of agterstand hoor, waaraan dink julle? B2. Binne julle werkskonteks, word julle blootgestel aan babas en kleuter 0-3 jaar met ontwikkelingsagterstande?
Vroeë identifikasie	
Afdeling C	C1. Wat verstaan julle onder die woord vroeë identifikasie? C2. Wat dink julle is die gewenste ouderdom waarop 'n kind geïdentifiseer moet word? C3. Wat is julle gevoel rakende die belang van vroeë identifikasie?
Voorkoming	
Afdeling D	D1. Wat verstaan julle onder die woord voorkoming en die voorkoming van 'n kommunisieagterstand en/of -afwyking? D2. Wat is julle gevoel rakende die belang van voorkoming? D3. Hoe kan voorkoming suksesvol geïmplementeer word?
Tekens van kommunikasieafwyking	
Afdeling E	E1. Wat is volgens julle mening tekens van 'n kommunikasieafwyking? E2. Omskryf die risikofaktore wat volgens jou mening 'n aanduiding kan wees, of wat die kind in gevaar stel vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking? E3. Omskryf jou mening rakende die bewustheid van die gemeenskap en die personeellede werksaam in die klinieke rakende die tekens van 'n kommunikasieafwyking, sowel as die risikofaktore wat die kind in gevaar stel vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking?

Algemene houding en kennis rakende vroeë kommunikasie intervensie	
Afdeling F	<p>F1. Wat verstaan julle onder die term VKI?</p> <p>F2. Voel julle dat VKI voordelig is? Hoekom?</p> <p>F3. Wat is julle gevoel rakende die effektiewe implementering van VKI in die gemeenskapsdiens kontekste?</p>
Algemene houding teenoor die implementering van vroeë kommunikasie intervensie, met die klem op vroeë identifikasie en voorkoming.	
Afdeling G	<p>G1. Wat is julle gevoel rakende die effektiewe implementering van VKI in die gemeenskapsdiens kontekste?</p> <p>G2. Voel julle dat voorkoming en vroeë identifikasie verstaan en suksesvol toegepas word in die gemeenskapsdienskonteks?</p>



UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
UNIVERSITY OF PRETORIA
YUNIBESITHI YA PRETORIA

BYLAE F

*Beskrywing en motivering vir die vrae wat
ingesluit moet word in die vraelys:
Verpleegkundiges*

Tabel 3: Beskrywing van en motivering vir vrae wat ingesluit moet word in die vraelys

Afdeling	Area en vrae	Motivering vir vrae
Afdeling A: Biografiese inligting		
AFDELING A	<p>A1. Kliniek waar die gemeenskapsverpleegkundiges werksaam is.</p> <p>A2. Verpleegkundige se hoogste kwalifikasie</p> <p>A3. Het die verpleegkundige formeel gekwalifiseer in die veld van gemeenskapsverpleegkunde</p> <p>A4. Verpleegkundiges se aard van betrekking: deelyds/voltyds; permanent/tydelik.</p> <p>A5. Hoe lank is die verpleegkundiges werksaam in die gemeenskapsgesondheidskliniek</p> <p>A6 & A7. Die verpleegkundiges se bywoning van kursusse, lesings, werkswinkels in VKI.</p>	<p>A2. Verpleegkundiges kan kwalifiseer met of 'n diploma of 'n graad, en dit kan hul kennis en houding rakende VKI beïnvloed</p> <p>A3. Vanuit Moodley (1999), blyk dit dat nie alle verpleegkundiges wat werksaam is in die gemeenskaps gebaseerde gesondheids klinieke, as gemeenskap verpleegkundiges gekwalifiseer is nie.</p> <p>A4. Werkstatus kan moontlik die verpleegkundiges se kennis en houding rakende VKI beïnvloed, aangesien die verpleegkundiges wat tydelik of deelyds in werking geneem is, nie lesings/kursusse bywoon wat deur die permanente verpleegkundiges bygewoon word nie (Moodley, 1999)</p> <p>A5 & A6. Beide hierdie faktore kan die verpleegkundiges se kennis en houding rakende VKI affekteer</p> <p>A6 & A7. Hierdie inligting kan die verpleegkundige se vertroudheid met VKI bepaal.</p>
Afdeling B: Beroep-spesifieke kennis vir VKI		
AFDELING B	<p>B1. Het u al ooit van te vore van die term vroeë kommunikasie intervensie gehoor.</p> <p>B2. Weet u wat VKI dienslewering behels</p> <p>B3. Gemeenskapsverpleegkundiges moet aandui hoe selfversekerd hulle voel oor hul kennis in ses beroeps-spesifieke areas wat verband hou met evaluasie en intervensie van die kind en gesin</p>	<p>B1 & B2. Voordat daar van die verpleegkundiges verwag word om betrokke te wees by VKI, is dit van belang om te bepaal of hulle weet wat VKI is.</p> <p>B3. Soos vanuit Moodley (1999), blyk dit dat die gemeenskapsverpleegkundiges selfversekerd moet voel oor die areas, aangesien dit areas is wat in hulle opleiding gedek is.</p>

Afdeling C: Algemene kennis rakende VKI		
AFDELING C	<p>C1, C2, C3, C4 . Hierdie vrae behels 4 aanhalings rakende die definisie, wetgewing, voorkomings fokus en die aard van vroeë kommunikasie intervensie dienste. Die verpleegkundiges moet egter deurgaans net sê of dit waar/ vals is en of hulle onseker is.</p> <p>C5. Het u al vantevore in 'n spanverband saam met 'n spraak-taalterapeut en oudioloog gewerk</p> <p>C6. Is u bewus van die spraak-taalterapeut se rol by babas en kleuters (0-3 jaar)</p> <p>C7. Wat is u mening rakende 'n spanbenadering in die behandeling van kinders (0-3 jaar) wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n ontwikkelingsafwyking.</p> <p>C8. Voel u dat ander spanlede hulle kennis moet deel.</p> <p>C9. Voel u dat dit belangrik is dat spraak-taalterapeute en oudioloë met mekaar moet konsulteer oor kinders wat 'n risiko vertoon vir 'n kommunikasieafwyking.</p>	<p>C1 – C4. Gemeenskapsverpleegkundiges moet soos vanuit Moodley (1999) kennis dra van hierdie aspekte, aangesien dit hulle houding teenoor VKI beïnvloed, sowel as effektiewe dienslewering fasiliteer (Rossetti, 1996, 2001).</p> <p>C5 – C9. Hoërisiko babas is geneig om komplekse en diverse probleme te vertoon, wat die kundigheid van 'n span verg. Dit is dus van kritiese belang dat gemeenskapsverpleegkundiges 'n spanbenadering ondersteun, omdat 'n kind wat 'n risiko vertoon vir 'n agterstand in ontwikkeling, slegs effektief binne 'n spanverband behandel kan word (Rossetti, 2001; Guralnick, 1997; Moodley, 1999). Volgens ASHA (1989) is 'n spanbenadering 'n sleutelkomponent van vroeë intervensie dienslewering.</p>
Afdeling D: Gespesialiseerde kennis en houdings ten opsigte van VKI		
	<p><u>Sifting:</u></p> <p>D1. Gemeenskapsverpleegkundiges se kennis rakende die verhouding wat bestaan tussen kommunikasie ontwikkeling en die ander ontwikkelings areas in 'n kind</p> <p>D2. Om te bepaal of gemeenskapsverpleegkundiges 'n kommunikasie probleem as 'n faktor bestempel wat afwykings kan veroorsaak in die kind se emosionele, kognitiewe en sosiale ontwikkelings areas.</p>	<p>D1. Dit is van kritiese belang dat gemeenskapsverpleegkundiges kennis moet dra van die belangrike rol wat kommunikasie speel in die identifisering van kinders wat 'n risiko vertoon vir 'n ontwikkelings agterstand en of afwyking</p> <p>D2. Hoërisiko kinders mag probleme in verskeie ontwikkelings areas vertoon byvoorbeeld. Kommunikasie, motoriek, kognisie, gehoor, sosiale en selfhelpvaardighede (Rossetti, 2001; Owens, 2001). Met inagneming hiervan, is dit belangrik dat gemeenskapsverpleegkundiges kennis moet dra van dat 'n afwyking in een ontwikkelings area, grootliks kan aanleiding gee tot 'n afwyking in 'n ander area.</p>

<p>AFDELING</p> <p>D</p>	<p>D3. Die houding en mening van gemeenskapsverpleegkundiges rakende die evaluasie van 'n baba se kommunikasie vaardighede.</p> <p>D4. Die gemeenskapsverpleegkundiges se kennis rakende die 13 spesifieke risiko faktore wat 'n kind in gevaar plaas vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie afwyking.</p> <p>D5. Word daar 'n siftings skaal, wat die ontwikkeling by kinders (0-3 jaar) monitor in die kliniek gebruik.</p> <p>D6. Indien JA, deur wie word dit voltooi, op watter ouderdomme en voel u dat die skaal 'n betroubare aanduiding gee van kinders wat in gevaar is vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking</p> <p><u>Identifikasie:</u></p> <p>D7. Om te bepaal of gemeenskapsverpleegkundiges die kennis het rakende faktore wat die geldigheid van resultate wat verkry is tydens die sifting kan beïnvloed</p> <p>D8. Die verpleegkundige se vertroudheid met die voltooiing van die siftings skaal (indien daar een gebruik word).</p> <p>D9. Om te bepaal of gemeenskapsverpleegkundiges weet van die simptome wat dui op 'n kommunikasie probleem</p> <p><u>Verwysing en monitor:</u></p> <p>D10. Gemeenskapsverpleegkundiges se kennis rakende die rol van die spraak-taalterapeut en oudioloog.</p>	<p>D3. Hierdie aspek is van belang, aangesien die gemeenskapsverpleegkundiges, gewoonlik hierdie kinders wat 'n risiko vertoon eerste behandel in die klinieke</p> <p>D4. Gemeenskapsverpleegkundiges moet bewus wees van die risikofaktore wat babas en kleuter in gevaar stel vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking. Soos vanuit Moodley (1999), die kennis van primêre gesondheidsorg professionele lede, rakende risikofaktore stel hulle in staat om die proses van VKI te inisieer (Rossetti, 2001).</p> <p>D5 & D6. Dis van kritiese belang om te weet hoe kinders in hierdie kliniek kontekste gemonitor word, ten einde te probeer vasstel wat die verwagte ouderdom is waarop kinders met 'n probleem geïdentifiseer sal word. Die vroeë identifisering van die babas en kleuters, is egter 'n voortgesette proses, aangesien die spesifieke risikofaktore wat dié babas en kleuters in gevaar stel vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie afwyking met die verloop van tyd verander (Kritzinger et al, 2001 & Owens, 2000). En daarom is dit dus van belang om te bepaal op watter ouderdomme kinders geassesseer word.</p> <p>D7. Gemeenskapsverpleegkundiges moet kennis dra oor hierdie faktore, ten einde in staat te kan wees om effektiewe en toepaslike afleidings te maak.</p> <p>D9. Weereens is dit van kritiese belang dat hulle kennis moet dra rakende die simptome, aangesien hulle gewoonlik die eerste lede van die span is wat in kontak kom met die kinders, en die inisiëring van VKI dus grootliks gebaseer is op hul kennis om 'n probleem te identifiseer en dan te verwys (Moodley, 1999).</p> <p>D10. Ten einde vir 'n gemeenskapsverpleegkundiges om na die regte spanlid te verwys, is dit van belang dat hulle moet kennis dra van die rol van die spraak-taalterapeut en die oudioloog (Moodley, 1999; Delpont, 1998)</p>
--	---	---

<p style="text-align: center;">AFDELING D VERVOLG</p>	<p>D11. Gemeenskapsverpleegkundiges se persepsie van wat hulle sien as hulle rol in die hantering van kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieafwyking.</p> <p>D12. Om te bepaal of verpleegkundiges dink dat dit noodsaaklik is om 'n kind wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem te verwys.</p> <p>D13. Na wie sal die verpleegkundige verwys.</p> <p>D14. Die verpleegpersoneel se bewustheid van tradisionele geneeshere in hul omgewing.</p> <p>D15. Om te bepaal of verpleegkundiges voel dat die tradisionele geneeshere 'n kan rol speel by kinders (0-3 jaar) met kommunikasie probleme</p> <p>D16. Wat is die rol van die tradisionele geneesheer.</p> <p>D17. Verpleegkundiges se menings rakende ouers wat eerste hulle kinders na die tradisionele geneesheer neem.</p> <p>D18. Die gemeenskapsverpleegkundiges se houding rakende die voordele wat spraak-taaltherapie en audiologie dienste inhou.</p> <p>D19. Verpleegpersoneel se kennis rakende Spraak-taaltherapeute in die omgewing</p> <p>D20. Hulle mening van of VKI in die kliniek plaasvind</p> <p>D21. Verpleegkundiges se vertroudheid met inligting rakende VKI om effektiewe berading aan ouers/sorggewers van kinders wat die dienste benodig te verskaf</p> <p>D22. Verpleegkundiges se mening rakende die ontvangs van in diens opleidingsprogramme deur spraak-taaltherapeute, om bystand aan hulle te verleen in die vroeë identifisering van kinders wat 'n risiko vertoon vir 'n kommunikasieafwyking</p>	<p>D11. Soos vanuit Moodley (1999), is dit van kritiese belang dat spraak-taaltherapeute en oudioloë moet kennis dra van die rol van die gemeenskapsverpleegkundiges, aangesien dit gaan beïnvloed wat hulle van die gemeenskapsverpleegkundiges kan verwag ten opsigte van die hantering van 'n kind wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem.</p> <p>D12 & 13. Dit is belangrik om gemeenskapsverpleegkundiges se houding te bepaal teenoor die verwysing van kinders, veral omdat sekere gesondheids professionele lede, soos dokters, nie die doel aan vroeë verwysing insien nie (Rossetti, 1996, 2001; Moodley, 1999).</p> <p>D14, D15, D16 & D17 Dit is belangrik om te bepaal wat die verpleegkundiges se houding rakende die tradisionele geneeshere is, aangesien hulle 'n kritiese rol speel in die verwysings proses na die betrokke dissiplines.</p> <p>D18, D19, D20. Die gemeenskapsverpleegkundiges se houding rakende die voordele van spraak-taaltherapie en audiologie is 'n aanduiding van of hulle sal verwys of nie.</p> <p>D21. Dis van belang dat gemeenskapsverpleegkundiges In beheer voel rakende effektiewe berading aan families oor VKI, omdat soos reeds genoem gemeenskapsverpleegkundiges gewoonlik eerste met hierdie families in aanraking kom.</p> <p>D22. Dis belangrik vir spraak-taaltherapeute en oudioloë om kennis te dra van gemeenskapsverpleegkundiges se houdings rakende die ontvangs van in-diens opleidings programme en bystand.</p>
--	--	---

AFDELING D VERVOLG	D23 & D24 Enige aanbevelings of kommentaar vanaf die gemeenskapsverpleegkundiges, wat VKI kan in die gemeenskapskonteks kan realiseer of die effektiwiteit daarvan kan verbeter.	D23 & D24 .As lede van die vroeë kommunikasie intervensie span, kan die gemeenskapsverpleegkundiges waardevolle aanbevelings en /of kommentaar lewer, kan bydra tot die bevordering van die effektiwiteit van VKI dienslewering binne die gemeenskapsdiens konteks.
-----------------------------------	--	---

BYLAE G

Finale merklys



UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
UNIVERSITY OF PRETORIA
YUNIBESITHI YA PRETORIA

WES-RAND STREEK GESONDHEIDSKLINIEKE
AS KONTEKS VIR VKI
Deur Cordelia Barkhuizen

FASE 1
AFMERKLYS

DOEL VAN DIE AFMERKLYS:

Die afmerklys sal dien as 'n data-insamelingsinstrument vir die beskrywing en evaluering van die fisiese konteks, die sisteme en die dienslewering, in dié konteks waarbinne die ouers en hul kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem dienste ontvang.

AFDELING A:
FISIESE OPSET VAN DIE KLINIEKE

A1. Kliniek waar beskrywing plaasvind:

Bekkersdal kliniek	1
Kagiso A kliniek	2
Kagiso C kliniek	3
Kagiso Ext 12 kliniek	4
Krugersdorp sentrale kliniek	5
Khutsong kliniek	6
Mohlakeng kliniek	7
Muldersdrif kliniek	8
Munsieville kliniek	9
Toekomsrus kliniek	10
Venterspos kliniek	11
Westonaria kliniek	12
Zuurbekom kliniek	13

V1 1

Vir die voltooiing van A2 tot A5 moet die kliniek rooster geraadpleeg word

A2. Die aantal ure wat die kliniek oop is om dienste aan die gemeenskap lewer:

7:00 tot 16:00	1
8:00 tot 16:00	2
9:00 tot 16:00	3
24 uur 'n dag	4
Ander: spesifiseer:	5
.....	

V2 2

A3. Indien dienste 24 uur tot die gemeenskap se beskikking is, spesifiseer watter dienste:

.....

.....

V3 3

A4. Die spesifieke dae wat die kliniek dienste aan die gemeenskap lewer:

Maandag	1
Dinsdag	2
Woensdag	3
Donderdag	4
Vrydag	5
Saterdag	6
Sondag	7

V4 4
V5 5
V6 6
V7 7
V8 8
V9 9
V10 10

A5. Omskryf die dienste wat beskikbaar is op die volgende dae:

Maandag	▪ ▪ ▪
Dinsdag	▪ ▪ ▪

V11 11-13
V12 14-16

Woensdag	▪	V13	<input type="checkbox"/>	17-19
	▪		<input type="checkbox"/>	
Donderdag	▪	V14	<input type="checkbox"/>	20-22
	▪		<input type="checkbox"/>	
Vrydag	▪	V15	<input type="checkbox"/>	23-25
	▪		<input type="checkbox"/>	
Saterdag	▪	V16	<input type="checkbox"/>	26-28
	▪		<input type="checkbox"/>	
Sondag	▪	V17	<input type="checkbox"/>	29-31
	▪		<input type="checkbox"/>	

A6. Moet pasiënte eers 'n lêer oop maak voordat hulle dienste kan ontvang:

Ja	1	V18	<input type="checkbox"/>	32
Nee	2			

A7. Moet pasiënte afspraak maak om die kliniek te kan besoek:

Ja	1	V19	<input type="checkbox"/>	33
Nee	2			

A8. Indien 'n probleem waargeneem , bestaan daar in die kliniek 'n verwysingsstelsel na die verskillende dissiplines:

Ja	1	V20	<input type="checkbox"/>	34
Nee	2			

A9. Indien ja beskryf die stelsel:

.....	V21	<input type="checkbox"/>	35
.....			

A10. Is daar toepaslike plakkate/pamflette vir die pasiënte, rakende die voorkoming en die identifisering van spesifieke siekte toestande en/kondisies, beskikbaar in die ontvangskamers:

Ja	1
Nee	2

V22 36

A11. Die aantal multidissiplinêre spanlede werksaam by die kliniek (Doktors, verpleegpersoneel, arbeidsterapeute, fisioterapeute, spraak-taalterapeute, oudioloë, sielkundiges, dieetkundiges, maatskaplikewerksters en assistente):

0 – 10	1
10 – 20	2
20 – 30	3
Ander: spesifiseer	4
.....	

V23 37

AFDELING B:
PERSONEEL WERKSAAM IN DIE KLINIEKE

B1. Die aantal professionele persone werksaam in die kliniek wat dienste aan kinders (0-3 jaar) met 'n kommunikasie afwyking en/of agterstand en hul ouers verskaf:

Arbeidsterapeut	
Arbeidsterapeut assistent	
Dieetkundige	
Fisioterapeut	
Fisioterapeut assistent	
Maatskaplike werkster	
Mediese Dokter	
Oudioloog	
Oor neus en keel spesialis	
Sielkundiges	
Spraak-taalterapeut	
Spraak-taalterapeut assistent	
Verpleegkundiges	
Ander spesifiseer	
.....	

V24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38-39
V25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40-41
V26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42-43
V27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-45
V28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46-47
V29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48-49
V30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50-51
V31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52-53
V32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54-55
V33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56-57
V34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58-59
V35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60-61
V36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62-63
V37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64-65

B2. Dui die dae wat die bg. individue by die kliniek beskikbaar is aan:

Dissiplines			
Arbeidsterapeut		V38	66
Arbeidsterapeut assistent		V39	67
Dieetkundige		V40	68
Fisioterapeut		V41	69
Fisioterapeut assistent		V42	70
Maatskaplike werkster		V43	71
Mediese dokter		V44	72
Oudioloog		V45	73
Oor neus en keel spesialis		V46	74
Sielkundiges		V47	75
Spraak-taalterapeut		V48	76
Spraak-taalterapeut assistent		V49	77
Verpleegkundiges		V50	78
Ander spesifiseer		V51	79

B3. Watter van die volgende risikofaktore, afwykings en toestande word deur die multidissiplinêre spanlede in die kliniek waargeneem en gehanteer:

Kromosomale abnormaliteite/ Genetiese abnormaliteite		V52	80
Neurologiese afwykings		V53	81
Kongenitale abnormaliteite		V54	82
Ingebore metaboliese abnormaliteite		V55	83
Sensoriese afwykings		V56	84
Atipiese ontwikkelings afwykings		V57	85
Ernstige toksiese blootstelling		V58	86
Ernstige infeksies		V59	87
Kroniese mediese toestande		V60	88
Prematuriteit		V61	89
Lae geboorte gewig		V62	90
Meerlinge		V63	91

***AFDELING C:
BEWUSTHEID VAN VROEË IDENTIFIKASIE EN VOORKOMING AS SLEUTELKOMPONENTE
VAN VKI DIENSTE***

C1. Is daar 'n skaal/afmerklys wat in die kliniek gebruik word om ontwikkeling van babas en kleuters te monitor:

Ja	1
Nee	2

V64 92

C2. Watter aspekte word op hierdie skaal aangedui:

Gehoor	1
Inentings	2
Growwe motoriek	3
Fyn motoriek	4
Sosiale vaardighede	5
Reseptiewe, en	6
Ekspressiewe taal	7
Fisies	8
Visie	9
Ander:	10

V65 93

V66 94

V67 95

V68 96

V69 97

V70 98

V71 99

V72 100

V73 101

C3. Deur wie word hierdie skaal voltooi:

Verpleegkundige	1
Mediese dokter	2
Ander: Spesifiseer:	3
.....	

V74 102

C4. Word hierdie skaal/afmerklys op slegs een spesifieke ouderdom uitgevoer:

Ja	1
Nee	2

V75 103

C4 Indien nee by C4, op watter spesifieke ouderdom word hierdie skaal uitgevoer/voltooi:

OUDERDOM	
6 weke	1
3 maande	2
6 maande	3
9 maande	4
18 maande	5
3 jaar	6
5 jaar	7
Alle bogenoemde ouderdomme	8
Ander: spesifiseer	9
.....	
.....	

V76	<input type="checkbox"/>	104
V77	<input type="checkbox"/>	105
V78	<input type="checkbox"/>	106
V79	<input type="checkbox"/>	107
V80	<input type="checkbox"/>	108
V81	<input type="checkbox"/>	109
V82	<input type="checkbox"/>	110
V83	<input type="checkbox"/>	111
V84	<input type="checkbox"/>	112

AFDELING D:
LOKALE BESKIKBAAR VIR DIE VERSKAFFING VAN VKI DIENSTE AAN JONG KINDERS EN SORGGEWERS

D1. Is daar 'n lokaal spesifiek beskikbaar vir die verskaffing van VKI dienste:

Ja	1
Nee	2

V85 113

D2. Is hierdie lokaal toegerus met goeie beligting en voldoende ventilasie:

Ja	1
Nee	2

V86 114

D3 Laat hierdie lokaal privaatheid vir kliënte/pasiënte toe:

Ja	1
Nee	2

V87 115

D5. Is hierdie lokaal toegerus met:

	Ja	Nee
Lessenaar	1	2
Stoele	1	2
Mat waarop terapie verskaf kan word	1	2
Tafeltjie en stoeltjies vir kinders	1	2

V88 116

V89 117

V90 118

V91 119

D6. Is daar plakkate/ inligtingspamflette vir die pasiënte beskikbaar, rakende vroeë kommunikasie intervensie en die rol van die spraak-taalterapeut en audioloog:

Ja	1
Nee	2

V92 120

D7. Indien ja, beskryf die beskikbare inligtingspamflette:

<p>.....</p> <p>.....</p>

V93 121

D8. Is daar plakkate/prente teen die mure wat die lokaal in 'n kindervriendelike omgewing omskep:

Ja	1
Nee	2

V94 122

D9. Beskik die kliniek oor speelgoed wat gebruik kan word vir assessering en terapie, vir kinders van verskillende ouderdomsgroepe:

Ja	1
Nee	2

V95 123

D10 Beskryf vervolgens die speelgoed wat beskikbaar is:

Speelgoed	Ja	Nee	Gekoop	Gemaak
<i>Konstruksie speelgoed:</i>				
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
<i>Speelgoed vir verbeeldingspel:</i>				
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
<i>Probleemoplossing:</i>				
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
<i>Klanke/Geraasmakers:</i>				
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2
	1	2	1	2

V96 124 - 127

V97 128 - 132

V98 133 - 137

V99 138 - 142



Boeke en pre-geletterheids speelgoed:							
	1	2	1	2	V100	<input type="checkbox"/>	143 - 147
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
Oraalmotoriese apparaat:							
	1	2	1	2	V101	<input type="checkbox"/>	148 - 152
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
Ander speelgoed:							
	1	2	1	2	V102	<input type="checkbox"/>	153 - 157
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			
	1	2	1	2			

- Einde -

BYLAE H

*Finale vraelys vir verpleegpersoneel
Afrikaans & Engels*

WES-RAND STREEK GESONDHEIDSKLINIEKE
AS KONTEKS VIR VKI
Deur Cordelia Barkhuizen

FASE 2
VRAELYS: VERPLEEGKUNDIGES

Doel van die vraelys

Om verpleegkundiges werksaam in die Gauteng:
Wes-Rand gesondheidsorg kontekste se houding
jeens vroeë identifikasie en sekondêre voorkoming

Vir Kantoer gebruik

1. Respondente nommer

V1 1-3

AFDELING A:
BIOGRAFIESE INLIGTING

A1. By watter kliniek is u werksaam:

Merk asb. die gepaste antwoord met 'n kruis (X).

Bekkersdal Kliniek	1
Kagiso A Kliniek	2
Kagiso C Kliniek	3
Kagiso Ext 12 Kliniek	4
Krugersdorp sentrale Kliniek	5
Khutsong Kliniek	6
Mohlakeng Kliniek	7
Muldersdrif Kliniek	8
Munsieville Kliniek	9
Toekomsrus Kliniek	10
Venterspos Kliniek	11
Westonaria Kliniek	12
Zuurbekom Kliniek	13

V2 4

A2. Wat is u hoogste vlak van verpleegkundige opleiding:

Graad	1
Diploma	2
Ander: spesifiseer:	3

V3 5

A3. Het u formele kwalifikasie in die veld van gemeenskapsverpleegkunde:

Ja	1
Nee	2

V4 6

A4. Spesifiseer die aard van u betrekking:

Permanent/Voltyds	1
Tydelik/ Deeltyds	2

V5 7

A5. Hoe lank is u al werksaam in gemeenskap gesondheidskliniek:

0 - 5 jaar	1
6 – 10 jaar	2
11 – 15 jaar	3
16 – 20 jaar	4
21 – 25 jaar	5
> 25 jaar	6

V6 8

A6. Het u enige opleidingskursusse, lesings of werksinkels rakende Vroeë kommunikasie intervensie bygewoon:

Ja	1
Nee	2

V7 9

A7. Indien Ja geantwoord by A6, waar was die opleidingskursus, lesings of werksinkels:

..... V8 10
.....

AFDELING B:
BEROEP-SPESIFIEKE KENNIS VIR VKI

B1. Het u al vantevore van die term Vroeë Kommunikasie Intervensie gehoor:

Ja	1
Nee	2

V9 11

B2. Weet u wat Vroeë kommunikasie Intervensie dienslewering behels:

Ja	1
Nee	2

V10 12

B3. Dui asb. die hoeveelheid blootstelling wat u al ervaar het aan elkeen van die volgende aspekte:

Merk asb. die gepaste antwoord met 'n kruis (X).

(1) Geen blootstelling

(2) Gemiddelde blootstelling

(3) Uitstekende blootstelling

AREA VAN BLOOTSTELLING	(1)	(2)	(3)
Normale ontwikkeling by babas en kleuters	1	2	3
Atipiese ontwikkeling by babas en kleuters (byvoorbeeld, risikofaktore gedurende die swangerskap en tydens die geboorte, gestremdhede en die impak daarvan op die gesin, sosiale en fisies omgewingsfaktore wat die ontwikkeling van die baba en kleuter beïnvloed)	1	2	3
Funksionering van die gesin en die rol van die gesin in die ontwikkeling van die baba en die kleuter	1	2	3
Die assessering van babas en kleuter (Met verwysing tot die evaluering van ontwikkeling; die gebruik van ontwikkelings toetsing prosedures; analise, interpretasie en verskaffing van bevindinge)	1	2	3

V11 13

V12 14

V13 15

V14 16

Die beplanning, implementering en evaluering van 'n intervensie plan	1	2	3
Kennis rakende die gemeenskap se mediese, sosiale en finansiële hulpbronne (Byvoorbeeld. die name en ligging van hospitale, klinieke, sosiale dienste, en finansiële hulp dienste)	1	2	3

V15 17

V16 18

AFDELING C:
ALGEMENE HOUDING EN KENNIS RAKENDE VKI

C1. Dui vervolgens u respons op die onderliggende stelling aan, deur die gepaste opsie te selekteer:

Vroeë intervensie verwys na 'n reeks beskikbare gesondheids dienste om die algehele welstand van die families, met babas en kleuter wat 'n risiko vir 'n ontwikkelings agterstand en/of afwyking vertoon/of kan vertoon, te bevorder.

Stem saam	1
Stem nie saam nie	2
Onseker	3

V17 19

C2. Dui vervolgens u respons op die onderliggende stelling aan, deur die gepaste opsie te selekteer:

Die verskaffing van vroeë intervensie dienste aan babas en kleuters wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n afwyking en/of agterstand, word nie deur internasionale wetgewing verplig nie:

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

V18 20

C3. Dui vervolgens u respons op die onderliggende stelling aan, deur die gepaste opsie te selekteer:

Vroeë identifisering en die vroeë inisiëring van intervensie dienste vir babas en kleuters met 'n ontwikkelingsagterstand is effektief in die vermindering en/of voorkoming van latere agterstande:

Stem saam	1
Stem nie saam nie	2
Onseker	3

V19 21

C4. Dui vervolgens u respons op die onderliggende stelling aan, deur die gepaste opsie te selekteer:

Die effektiewe hantering van kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n -, ontwikkelingsafwyking kan bevorder word deur gemeenskapsgebaseerde familiegesentreerde-, gekoördineerde-, en omvattende dienslewering:

Stem saam	1
Stem nie saam nie	2
Onseker	3

V20 22

C5. Het u al vantevore in 'n spanverband saam met 'n spraak-taalterapeut en oudioloog gewerk:

Ja	1
Nee	2

V21 23

C6. Is u bewus van die spraak-taalterapeut en oudioloog se rol by babas en kleuter (0-3 jaar):

Ja	1
Nee	2

V22 24

C7. Voel u dat 'n spanbenadering noodsaaklik is vir die effektiewe hantering van kinders (0-3 jaar) wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n ontwikkelingsafwykings:

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

V23 25

- C8. Voel u dat ander spanlede (bv. spraak-taalterapeute, arbeidsterapeute, fisioterapeute, dokters) hulle beroep spesifieke kennis en vaardighede moet deel, deur die opleiding van die ander spanlede:

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

V24 26

- C9. Voel u dat dit belangrik is dat verpleegkundiges en spraak-taalterapeute en oudioloë met mekaar moet kommunikeer oor kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie afwyking en/of agterstand:

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

V25 27

***AFDELING D:
GESPECIALISEERDE KENNIS EN HOUDINGS TEN OPSIGTE VAN VKI***

I. SIFTING

- D1. Volgens u mening, Die vaardigheid wat die grootste verband het met 'n kind se latere intelligensie en sy/haar akademiese vaardighede is:

(Selekteer slegs een)

Kognitiewe/Intellektuele	1
Motoriese vaardighede	2
Kommunikasie vaardighede	3
Psigososiale ontwikkeling	4
Onseker	5

V26 28

- D2. Volgens u mening, dink u dat 'n kommunikasie probleem die volgende ontwikkelings areas by 'n baba en/of kleuter sal affekteer:

	Ja	Soms	Nee	Onseker
Emosionele ontwikkeling	1	2	3	4
Kognitiewe/intellektuele ontwikkeling	1	2	3	4
Sosiale ontwikkeling	1	2	3	4

V27 29

V28 30

V29 31

D3 Dui asb. u mening, t.o.v. die evaluering van 'n baba se kommunikasie ontwikkeling, deur die gepaste respons te merk met 'n kruisie (X):

Stelling	Stem Saam	Onseker	Stem nie saam nie			
'n Baba se kommunikasie ontwikkeling kan eers geëvalueer word wanneer die kind sy eerste woord sê	1	2	3	V30	<input type="checkbox"/>	32
Die manier waarop 'n baba speel en in interaksie tree met sy/haar sorggewer moet geëvalueer word, omdat dit bydra tot kommunikasie-ontwikkeling	1	2	3	V31	<input type="checkbox"/>	33
Die assessering van 'n baba se kommunikasieontwikkeling is net so belangrik soos die assessering van die baba se motoriese, kognitiewe, en psigososiale areas van ontwikkeling	1	2	3	V32	<input type="checkbox"/>	34
Sorggewers moet aangemoedig word om aktief deel te neem aan die assessering van hul baba se kommunikasie vaardighede, veral met inagneming dat hulle 'n kritiese rol speel in die ontwikkeling van hul baba se kommunikasie vaardighede	1	2	3	V33	<input type="checkbox"/>	35

D4. Volgens u mening en ervaring, dink u dat die volgende faktore kan bydra tot die ontwikkeling van 'n kommunikasie agterstand en/of afwyking by babas en kleuters:

Faktore	Ja	Onseker	Nee			
Prematuriteit	1	2	3	V34	<input type="checkbox"/>	36
Lae geboorte gewig	1	2	3	V35	<input type="checkbox"/>	37
Motoriese agterstand	1	2	3	V36	<input type="checkbox"/>	38
Sindrome (byvoorbeeld: Down Sindroom)	1	2	3	V37	<input type="checkbox"/>	39
Anatomiese afwykings (byvoorbeeld: gesplete lip en/of verhemelte)	1	2	3	V38	<input type="checkbox"/>	40
Voedingsprobleme	1	2	3	V39	<input type="checkbox"/>	41
Swak/onvoldoende ouer-kind interaksie	1	2	3	V40	<input type="checkbox"/>	42
Gehoörprobleme	1	2	3	V41	<input type="checkbox"/>	43
Gereelde/herhaalde hospitalisasie	1	2	3	V42	<input type="checkbox"/>	44
Die familie se swak opvoedkundige agtergrond	1	2	3	V43	<input type="checkbox"/>	45

Die familie se swak sosio-ekonomiese agtergrond	1	2	3	V44	<input type="checkbox"/>	46
Die familie se kulturele agtergrond	1	2	3	V45	<input type="checkbox"/>	47
Die familie se taal agtergrond	1	2	3	V46	<input type="checkbox"/>	48

D5 Word daar 'n siftings skaal, wat ontwikkeling by kinders (0-3 jaar) monitor in die kliniek gebruik:

Ja	1	V47	<input type="checkbox"/>	49
Nee	2			
Onseker	3			

Indien ja geantwoord by D5.

D6 Voel u dat hierdie skaal wat gebruik word, 'n betroubare aanduiding verskaf van kinders (0-3 jaar) wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasieagterstand en/of afwyking:

Ja	1	V48	<input type="checkbox"/>	50
Nee	2			
Onseker	3			

II. IDENTIFISERING

D7. Volgens u ervaring, voel u dat die betroubaarheid van die resultate wat verkry word tydens die voltooiing van die siftings skaal, deur die volgende faktore beïnvloed kan word:

Faktore	Ja	Soms	Nee	Onseker			
Die baba se vlak van bewustheid en respons op sy/haar omgewing	1	2	3	4	V49	<input type="checkbox"/>	51
Die onbekendheid van die kliniek omgewing	1	2	3	4	V50	<input type="checkbox"/>	52
Die verpleegkundige wat 'n vreemdeling vir die baba is	1	2	3	4	V51	<input type="checkbox"/>	53
Die individu wat die baba na die kliniek bring, is nie die primêre sorggewer van die baba nie.	1	2	3	4	V52	<input type="checkbox"/>	54

D 8 Hoe vertrouwd is u met die siftings skaal wat gebruik word, om babas en kleuter wat 'n risiko vertoon vir 'n kommunikasieagterstand en/of -afwyking, te identifiseer:

Glad nie vertrouwd nie	1
Gemiddelde vertroude	2
Baie vertrouwd	3

V53 55

D9. Volgens u ervaring, is die volgende simptome van 'n kommunikasie probleem by kinders:

Simptoom	Ja	Nee	Onseker
Die kind reageer nie op stemme teen die ouderdom van 6 maande nie.	1	2	3
Die kind reageer nie op sy/haar eie naam teen die ouderdom van 12 maande nie	1	2	3
Die kind boots nie volwasse vokalisasies na teen die ouderdom van 18 maande nie	1	2	3
Die kind kombineer nie twee of meer woorde teen die ouderdom van 24 maande nie	1	2	3

V54 56

V55 57

V56 58

V57 59

III. VERWYSING EN MONITOR

D10 Dui asb. aan watter van die volgende rolle die rol van die spraak-taalterapeut en oudioloog by babas en kleuters (0-3 jaar) die beste beskryf...

(Merk langs elke rol, sleg **EEN** blokkie)

Die rol	Ja	Nee	Onseker
Hantering van voedingsprobleme	1	2	3
Verskaffing van ondersteuning en informasie aan ouers van kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem	1	2	3

V58 60

V59 61

Die assessering en hantering van die kind se gehoorverlies	1	2	3	V60	<input type="checkbox"/>	62
Die assessering van die kind se orale-motoriese vaardighede.	1	2	3	V61	<input type="checkbox"/>	63
Kinders by te staan in die ontwikkeling van kommunikasie vaardighede wat ouderdomstoepaslik is	1	2	3	V62	<input type="checkbox"/>	64
Om opleiding aan ander professionele lede te verskaf rakende kommunikasieontwikkeling in kinders.	1	2	3	V63	<input type="checkbox"/>	65
Om te bepaal of babas sal baat vind by kommunikasie intervensie dienslewering	1	2	3	V64	<input type="checkbox"/>	66

D11 Dui asb. aan, volgens u ervaring en mening, watter van die volgende rolle die rol van die gemeenskapsverpleegkundige in die hantering van die kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie afwyking beskryf:

Rol	Ja	Nee	Onseker			
Die uitvoer van 'n siftings assessering van die baba en kleuter se kommunikasie vaardighede	1	2	3	V65	<input type="checkbox"/>	67
Verskaffing van 'n gedetailleerde evaluasie van die baba en kleuter se kommunikasie ontwikkeling	1	2	3	V66	<input type="checkbox"/>	68
Die identifisering van babas en kleuters, wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van of wat 'n kommunikasie probleem het	1	2	3	V67	<input type="checkbox"/>	69
Om berading en opleiding aan die gesin rakende die ontwikkeling en die stimulering van kommunikasie vaardighede te verskaf	1	2	3	V68	<input type="checkbox"/>	70

Om met die ouers/sorggewers te konsulteer voordat die kind vir kommunikasie dienste verwys word.	1	2	3	V69	<input type="checkbox"/>	71
Monitor die kind se kommunikasie vaardighede met opvolg afsprake, om te bepaal of daar vordering is	1	2	3	V70	<input type="checkbox"/>	72

D 12 Dink u dat dit belangrik is om 'n baba en kleuter tussen die ouderdom van (0-3 jaar) wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem te verwys:

Ja	1	V71	<input type="checkbox"/>	73
Nee	2			
Onseker	3			

D 13 Indien ja, na wie sal u verwys:

Professionele Persoon	Ja	Nee	Onseker			
Arbeidsterapeut	1	2	3	V72	<input type="checkbox"/>	74
Fisioterapeut	1	2	3	V73	<input type="checkbox"/>	75
Dokter				V74	<input type="checkbox"/>	76
Pediater	1	2	3	V75	<input type="checkbox"/>	77
Spraak-taalterapeut en oudioloog	1	2	3	V76	<input type="checkbox"/>	78
Ander: Spesifiseer:	1	2	3	V77	<input type="checkbox"/>	79
.....						

D14. Is u bewus van tradisionele geneeshere in u omgewing:

Ja	1	V78	<input type="checkbox"/>	80
Nee	2			

D15. Dink u dat hulle 'n rol speel in die hantering van kinders (0-3 jaar) met kommunikasie probleme:

Ja	1	V79	<input type="checkbox"/>	81
Nee	2			

V80 82

D16. Indien ja by D15, beskryf hulle rol:

.....

.....

.....

D17. Dink u dat sorggewers eers die tradisionele geneeshere besoek voordat hulle om hulp by die kliniek kom vra:

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

V81 83

D18. Dink u dat spraak-taaltherapie en oudiologiese dienste tot voordeel is vir kinders tussen die ouderdom van 0 tot 3 jaar:

Ja	1
Onseker	2
Nee	3

V82 84

D 15 Dra u kennis van spraak-taalterapeute en oudioloë met betrekking tot die volgende:

	Ja	Nee	Onseker
Waar dienste verkry kan word	1	2	3
Die kostes verbonde aan die dienste	1	2	3
Die prosedures wat gevolg moet word om 'n verwysing te maak	1	2	3

V83 85

V84 86

V85 87

D17. Weet u om Vroeë kommunikasie Intervensie plaasvind in u kliniek:

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

V86 88

D18 Voel u dat u in staat sal wees om effektiewe berading aan ouers/sorggewers van kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem te verskaf:

Ja	1
Onseker	2
Nee	3

V87 89

D19 Dink u dat spraak-taalterapeute en oudioloë opleiding aan gemeenskapsverpleegkundiges kan verskaf in die vroeë identifisering van kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem, deur in-diens opleidings programme aan hulle te verskaf:

Ja	1
Onseker	2
Nee	3

V88 90

D 18 Het u enige aanbevelings of kommentaar wat VKI in die gemeenskapskonteks kan laat plaasvind of die uitvoering daarvan kan verbeter:

.....

.....

.....

V89 91

D 19 Het u enige aanbevelings of kommentaar ten opsigte van die vroeë identifisering van kinders wat 'n risiko vertoon vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie probleem deur verpleegkundiges, spraak-taalterapeute en oudioloë binne die gemeenskapskliniek kontekste:

.....

.....

.....

V90 92

***Dankie dat u die tyd geneem het om die vraelys te voltooi.
U tyd en samewerking word opreg waardeer
Kom geniet gerus 'n koppie tee/koffie!***

WEST –RAND DISTRICT COMMUNITY HEALTH CLINICS
AS CONTEXT FOR ECI

Cordelia Barkhuizen

PHASE 2
QUESTIONNAIRE: NURSING STAFF

GOAL

To determine the nursing staff working in the Primary Health Care Clinics in the West-Rand districts attitudes towards early identification and secondary intervention.

Before you proceed with the questionnaire there is a few terms that you need to be familiarized with:

Communication delay and/or communication disorder: A disorder in a person's speech, -language-, and hearing abilities that has a negative effect on the communication process.

Prevention: Forms a key component of the Early Communication Intervention process and it refers to any activity that focuses on prevention of the onset, and the development of the communication disorder (Hugo, 2004).

Early Communication Intervention (ECI): The assessment and treatment of families and their children between the ages of 0 to 3 years, that are at risk for the development of a disorder in communication, language, speech, feeding or oral motor development (ASHA, 1989; Rossetti, 2001).

Early detection: Refers to the process where babies and toddlers that are at risk for the development of a communication disorder are identified.

For office use only

1. Respondent number

V1 1-3

SECTION A:
BIOGRAPHICAL INFORMATION OF THE RESPONDENTS

A1. At which clinic are you working at this moment:

1. Bekkersdal clinic	1
2. Kagiso A clinic	2
3. Kagiso C clinic	3
4. Kagiso Ext 12 clinic	4
5. Krugersdorp sentrale clinic	5
6. Khutsong clinic	6
7. Mokhlakeng clinic	7
8. Muldersdrif clinic	8
9. Munsieville clinic	9
10. Toekomsrus clinic	10
11. Venterspos clinic	11
12. Westonaria clinic	12
13. Zuurbekom clinic	13

V2 4-5

A2. What is your highest level of nursing qualification:

Degree	1
Diploma	2
Other:	3

V3 6

A3. Are you formally qualified in the field of community nursing:

Yes	1
No	2

V4 7

A4. What is your current employment status at the Primary Healthcare Clinic:

Permanent/Full time	1
Temporary/Part time	2

V5 8

A5. How long have you worked at a this Primary Health Care Clinic:

0 - 5 years	1
6 – 10 years	2
11 – 15 years	3
16 – 20 years	4
21 – 25 years	5
> 25 years	6

V6 9

A6. Have you attended any training courses, lectures, or workshops on early communication intervention:

Yes	1
No	2

V7 10

A7. If you answered yes at A6, please indicate if any of the training courses, lectures, and/or workshops addressed the following topics. And also indicate where it took place:

Training Course:			
.....			
.....			
.....			
LECTURES			
.....			
.....			
.....			
WORKSHOPS			
.....			
.....			
.....			

V8 11

SECTION B:
PRIMARY HEALTHCARE NURSE'S KNOWLEDGE REGARDING EARLY COMMUNICATION INTERVENTION AND PREVENTION. EARLY IDENTIFICATION AND REFERRAL.

B1. Have you ever heard about the term Early Communication Intervention:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V9 12

B 2. Please indicate your response to the following statement, by making an X in the appropriate block:

International laws authorize the provision of early intervention services to at-risk infants and toddlers

Yes	1
No	2
Unsure	3

V10 13

B3. Please indicate your response to the following statement, by making an X in the appropriate block:

Early identification and initiation of intervention services for developmentally delayed children is effective in reducing and/or preventing later delay.

Agree	1
Do not agree	2
Unsure	3

V11 14

C4. Please indicate your response to the following statement, by making an X in the appropriate block:

Community-based, family-centred, coordinated and comprehensive services will promote effective management of at-risk children

Agree	1
Do not agree	2
Unsure	3

V12 15

B5. Have you ever worked with a speech-language therapist before:

Yes	1
No	2

V13 16

B6. Do you feel that a team approach is necessary in the effective management of children (0-3years) that are at-risk for the development of a developmental delay:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V14 17

B7. Do you feel that the other team members (speech-language therapist, occupational therapist, and physiotherapist) should share their knowledge and skills, by providing training to the other team members:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V15 18

B8. Do you feel that it is necessary for the nursing staff and speech-language therapists and audiologists, to communicate with each other regarding children that are at-risk for developing a communication disorder or –delay:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V16 19

B9. Have you ever heard the term Early Communication Intervention before:

Yes	1
No	2

V17 20

B10. Do you know what Early Communication Intervention services entitle:

Yes	1
No	2

V18 21

B11. Please indicate the level of exposure that you have in your knowledge for each item relating to the provision of early intervention services:

(Please mark the appropriate answer with a X)

(1) No confidence

(2) Moderately confident

(3) Confident

KNOWLEDGE AREA	No confidence	Moderately	Confident
1. Normal infant development	1	2	3
2. Atypical infant development (For example, risk factors in pre-natal and peri-natal development; disabilities and handicapping conditions and their impact on families; social and physical environmental factors that affect infant development)	1	2	3
3. Family functioning and family assessment	1	2	3
4. Assessment of infants and toddlers (This relates to developmental testing; the use of developmental testing procedures; analysis; interpretation and reporting of results)	1	2	3
5. Planning, implementing and evaluating of an intervention plan	1	2	3
6. Knowledge of the community's medical, social and financial resources. (For example, the names and location of hospitals; clinics; social services; financial aid services)	1	2	3

V19 22

V20 23

V21 24

V22 25

V23 26

V24 27

B12 According to your opinion, please complete the following sentences, by selecting the most appropriate option: (Please select only one)

*The skill that has the **highest** predictive correlation with a child's later intelligence attainment and school performance is ...*

1. Cognitive/intellectual domain	1
2. Motor domain	2
3. Communication domain	3
4. Psycho-social domain	4
5. Unsure	5

V25 28

B 13 According to your opinion, please complete the following sentences, by selecting the most appropriate option: (Please select only one)

Will a communication problem influence the following developmental areas of an infant

	Yes	Maybe	No	Unsure
1. Emotional development	1	2	3	4
2. Cognitive/intellectual development	1	2	3	4
3. Social development	1	2	3	4

V26 29

V27 30

V28 31

B 14 Please indicate your opinion regarding the assessment of an infant's communication development by marking an appropriate response for each statement with a cross (X):

Statement	Agree	Unsure	Do not agree
1. An infants communication development can only be assessed after the child says the first words.	1	2	3
2. The manner in which an infant plays and interacts with the caregiver needs to be assessed as it contributes towards the development of communication.	1	2	3
3. Assessment of an infant's communication development is as important as the motor, cognitive, and psycho-social areas of development.	1	2	3
4. Parents should be encouraged to actively participate in the assessment of their infant's communication skills, as parents play a significant role in developing the infant's communication abilities.	1	2	3

V 29 32

V30 33

V31 34

V32 35

B 15 Do you think that the following factors may contribute towards the development of communication problems:

Factor	Yes	Unsure	No
1. Prematurely	1	2	3
2. Low birth weight	1	2	3
3. Developmental motor disorders	1	2	3
4. Syndromes (e.g. Down Syndrome)	1	2	3
5. Anatomical defects (e.g. Cleft lip / palate)	1	2	3
6. Feeding problems	1	2	3
7. Poor parent child interaction	1	2	3
8. Hearing problems	1	2	3
9. Frequent hospitalization	1	2	3
10. The family's poor educational background	1	2	3
11. The family's poor socio-economic status	1	2	3
12. The family's cultural background	1	2	3
13. The family's language background	1	2	3

V33	<input type="checkbox"/>	36
V34	<input type="checkbox"/>	37
V35	<input type="checkbox"/>	38
V36	<input type="checkbox"/>	39
V37	<input type="checkbox"/>	40
V38	<input type="checkbox"/>	41
V39	<input type="checkbox"/>	42
V40	<input type="checkbox"/>	43
V41	<input type="checkbox"/>	44
V42	<input type="checkbox"/>	45 -46
V43	<input type="checkbox"/>	47-48
V44	<input type="checkbox"/>	49-50
V45	<input type="checkbox"/>	51-52

B 16 Is a screening scale that monitors the development of children (0-3 years) being used at the clinic:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V46 53

B 17 If you answered yes at B 16 Do you regard the screening scale to be a valid indicator of infants and toddlers who may be at-risk or developing communication problems:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V47 54

B 18 According to your opinion, do the following factors affect the reliability of the results obtained in the developmental screening scale:

Factors	Yes	Maybe	No	Unsure		
1. The infant's level of alertness and responsiveness to the environment.	1	2	3	4	V48	<input type="checkbox"/> 55
2. The unfamiliarity of the clinic environment	1	2	3	4	V49	<input type="checkbox"/> 56
3. The community nurse as a stranger	1	2	3	4	V50	<input type="checkbox"/> 57
4. The person who brings the child to the clinic is not the primary caregiver.	1	2	3	4	V51	<input type="checkbox"/> 58

B 19 How confident are you about the criteria to use to identify an infant as being at-risk for developing communication problems:

Not confident	1	V52	<input type="checkbox"/> 59
Moderately confident	2		
Confident	3		

B 20 Do you regard the following to be symptoms of a communication problem in children:

Symptoms	Yes	No	Unsure		
1. The child does not response to voices by 6 months of age	1	2	3	V53	<input type="checkbox"/> 60
2. The child does not respond to own name by 12 months of age	1	2	3	V54	<input type="checkbox"/> 61
3. The child does not imitate adult vocalization by 18 months of age	1	2	3	V55	<input type="checkbox"/> 62
4. The child does not combine two or more words by 24 months of age	1	2	3	V56	<input type="checkbox"/> 63

B 21. Please indicate which of the following statements describe the role of the *speech-language therapist and audiologist* in the management of children (0-3 years) at-risk for communication problems:

(Please select only **ONE** block next to each role)

Role	Yes	No	Unsure		
1. Management of feeding problems	1	2	3	V57	64
2. Provision of support and information to parents of at-risk children.	1	2	3	V58	65
3. Assessment and management of the infant's hearing loss	1	2	3	V59	66
4. Evaluation of the infant's oral-motor functioning.	1	2	3	V60	67
5. Assist children in developing communication skills that are appropriate for their age.	1	2	3	V61	68
6. Educate other professionals about communication development in children	1	2	3	V62	69
7. Determine whether an infant would benefit from communication treatment	1	2	3	V63	70

B 22. Which of the following statements, in your opinion, describe the *role of the community nurse* in the management of children at-risk for developing communication problems:

Role	Yes	No	Unsure		
1. Provide a screening assessment of the infant's communication skills.	1	2	3	V64	<input type="checkbox"/> 71
2. Provide a detailed evaluation of the child's communication development.	1	2	3	V65	<input type="checkbox"/> 72
3. Identify children who have, or are at-risk for developing communication problems.	1	2	3	V66	<input type="checkbox"/> 73
4. Counsel and educate the family regarding the development and stimulation of communication skills.	1	2	3	V67	<input type="checkbox"/> 74
5. Consult with the parent/caregiver before referring the child for communication services.	1	2	3	V68	<input type="checkbox"/> 75
6. Monitor the child's communication skills at follow-up appointments to determine progress.	1	2	3	V69	<input type="checkbox"/> 76

B 23. Do you think that it is important to refer infants and toddlers between 0-3 years of age who may be at- risk for developing a communication problem:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V70 77

B 24. If answered yes at B 23, to whom would you refer:

Professional person	Yes	No	Unsure
1. Occupational therapist	1	2	3
2. Physiotherapist	1	2	3
3. General practitioner			
4. Paediatrician	1	2	3
5. Speech-language therapist & Audiologist	1	2	3
6. Other: (please specify)	1	2	3
.....			
.....			
.....			
.....			

V71 78
 V72 79
 V73 80
 V74 81
 V75 82
 V76 83

B 25. Are you aware of traditional healers in your context:

Yes	1
No	2

V77 84

B 26. Do you think that a traditional healer has a role to play in the management of children (0-3years) with a communication disorder:

Yes	1
No	2

V78 85

B 27. If answered yes at B 26, please describe the role they play:

.....

.....

.....

.....

V79 86

B 28. Do you think that before parents come to the clinic for help, they first visit the traditional healers:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V80 87

SECTION C
NURSES ATTITUDES REGARDING THE IMPLEMENTATION OF EARLY COMMUNICATION INTERVENTION

C1. Do you think that children (0-3 years) with a communication problem or who are at-risk for a communication problem will benefit from speech-language and Audiology services:

Yes	1
Unsure	2
No	3

V81 88

C 2. Are you knowledgeable about the communities Speech-language therapy and Audiology services with regard to the following:

	Yes	No	Unsure
1. Where services can be obtained	1	2	3
2. The cost of services	1	2	3
3. The policies and procedures to be followed in order to make a referral.	1	2	3

V82 89

V83 90

V84 91

C 3. Do you know whether Early Communication Intervention is taking place in the clinic:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V85 92

C 4. Do you feel that you will be able to provide accurate and appropriate counseling to parents/caregivers of children at risk for developing a communication disorder, regarding early communication intervention services:

Yes	1
No	2
Unsure	3

V86 93

C 5. Do you think that speech-language therapist and audiologist can assist community nurses in the early identification of children at-risk for communication problems by providing in-service training programmes:

Yes	1
Unsure	2
No	3

V87 94

C 6. Do you have any further comments or suggestions that may assist us in the implementation and/or improvement of early communication intervention in the community:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V88 95

C 7. Do you have any further comments or suggestions that may assist community nurses, speech-language therapists and audiologists in the early identification of children at-risk for the development of a communication problem:

.....

.....

.....

.....

.....

V89

96

THANK YOU FOR PARTICIPATING IN THIS STUDY

BYLAE I

Finale temas

WES-RAND STREEK GESONDHEIDSKLINIEKE
AS KONTEKS VIR VKI

Deur Cordelia Barkhuizen

FASE 2
FOKUS GROEP

Doel van die gestruktureerde onderhoudskedule

Om gemeenskapdiensjaarterapeute se persepsies rakende vroeë identifikasie
en sekondêre voorkoming, en die realisering
daarvan binne die gemeenskapdienskonteks te bepaal.

AFDELING A:

A1. Wat geniet jy die **HEEL** meeste van jou beroep?

AFDELING B:

Blootstelling aan kinders met 'n kommunikasie afwyking en/of agterstand

B1. Wanneer julle die woord *kommunikasie afwyking en/of agterstand* hoor, waaraan dink julle?

B2. Binne julle werkskonteks, word julle blootgestel aan babas en kleuter 0-3jaar met ontwikkelingsagterstande?

AFDELING C

Vroeë identifikasie

C1. Wat verstaan julle onder die woord *vroeë identifikasie*?

C2. Wat dink julle is die gewensde ouderdom waarop 'n kind geïdentifiseer moet word?

C3. Wat is julle gevoel rakende die *belang* van vroeë identifikasie?

AFDELING D

Voorkoming

D1. Wat verstaan julle onder die woord *voorkoming* en die voorkoming van 'n kommunikasieagterstand en/of -afwyking?

D2. . Wat is julle gevoel rakende die *belang* van voorkoming?

D3. Hoe kan voorkoming suksesvol geïmplimenter word?

AFDELING E

Tekens van kommunikasie afwyking

E1. Wat is volgens julle mening tekens van 'n kommunikasie afwyking?

E2. Omskryf die risiko faktore wat volgens jou mening 'n aanduiding kan wees, of wat die kind in gevaar stel vir die ontwikkeling van 'n kommunikasie afwyking?

E3. Omskryf jou mening rakende die bewustheid van die gemeenskap en die personeellede werksaam in die klinieke rakende die tekens van ‘n kommunikasie afwyking, sowel as die risiko faktore wat die kind in gevaar stel vir die ontwikkeling van ‘n kommunikasie afwyking?

AFDELING F

Algemene houding en kennis rakende vroeë kommunikasie intervensie

F1. Wat verstaan julle onder die term vroeë kommunikasie intervensie (VKI)?

F2. Voel julle dat VKI voordelig is? Hoekom?

AFDELING G

Algemene houding teenoor die implimentering van vroeë kommunikasie intervensie, met die klem op vroeë identifikasie en voorkoming.

G1. Wat is julle gevoel rakende die effektiewe implimentering van VKI in die gemeenskapsdiens kontekste?

G2. Voel julle dat voorkoming en vroeë identifikasie verstaan en suksesvol toegepas word in die gemeenskapsdienskonteks?

BYLAE J

*Transkripsies van die gestruktureerde
onderhoudskedule vir Fase 2*

TRANSKRIPSIES VAN DIE GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSKEDULE

<u>GROEP LEIER:</u>	Dankie dat julle almal hier is vandag. Het almal vir hulle 'n koppie koffie gekry. Kom ons begin met 'n ysbreker. Wat geniet julle die meeste van julle werk?
DEELNEMER 1:	“That I am able to interact with people who have various disabilities and then through...mmm ... physiotherapy intervention help to illuminate or reduce the amount of disabilities in my community.
DEELNEMER 3:	“Die kinders en die bevrediging wat jy kry as vordering duidelik en vinnig is.”
DEELNEMER 8:	“ Making a difference”
DEELNEMER 2	“Knowing that my presence in the community can help someone who is directly or indirectly affected by a disability.
DEELNEMER 4:	“Die werksbevrediging, ja om iets waardevol tot daardie persoon se lewe by te dra.”
DEELNEMER 7:	“Meeting new people... like you guys”
DEELNEMER 6:	“To be creative in developing therapy activities”
DEELNEMER 5:	“The broad scope in which we can work in. And yes to be creative”
EXPOSURE TO CHILDREN WITH COMMUNICATION PROBLEMS	
<u>GROEP LEIER:</u>	If you hear the word communication problem and/or difficulty, what comes to mind?
DEELNEMER 5:	“Speech disorders ... incorrect pronunciation of words. Word finding difficulties”
DEELNEMER 8:	“Refer to the speech-therapist”
DEELNEMER 6:	“Children whose ability to communicate is compromised by a number of factors”
DEELNEMER 7	“Yes... Anyone who is unable to communicate effectively with other people”
DEELNEMER 4:	“'n Agterstand in spraak ontwikkeling... daardie reseptief of ek .. eksresief ja waarvan julle praat”
DEELNEMER 2:	“Communication problem ... for me the person is unable to interact with his or her environment”
DEELNEMER 1:	“A person that can not communicate like we do”
DEELNEMER 3:	“Persone wat enige vorm van probleem het wat kommunikasie moeilik maak”
<u>GROEP LEIER:</u>	Binne julle werkskonteks, word julle blootgestel aan babas en kleuters (0-3jaar) met 'n ontwikkelingsagterstand?
DEELNEMER 3:	“Ja, maar meestal as gevolg van syndrome of CP”

DEELNEMER 2:	“Yes”
DEELNEMER 1:	“Yes very few though, 10 for the year”
DEELNEMER 8:	“ 0-3 years... Yes”
DEELNEMER 4:	“Ja”
DEELNEMER 7:	“Yes also a few. I mainly saw children 3-5years. But they had severe problems”
DEELNEMER 5:	“Yes”
DEELNEMER 6:	“Yes”
<u>EARLY IDENTIFICATION</u>	
<u>GROEP LEIER:</u>	What do you understand about the term early identification? Write your answer down.
DEELNEMER 1:	Being able to detect an abnormality in a child’s development before there are complications.
DEELNEMER 2:	Early identification is observation and identification of either possible or definite developmental disorders.
DEELNEMER 3:	Vroeë identifikasie is om op ‘n vroeë ouderdom (voor5 jaar) ‘n probleem te identifiseer
DEELNEMER 4:	Vroeë identifisering van kinders met ontwikkelings agterstand of ander probleme.
DEELNEMER 5:	Picking up problems from as young as possible through screening.
DEELNEMER 6:	The early detection of possible problems or disorders that may have an influence on a child’s future development. Usually conducted through universal newborn screening programs and screening at preschools/crèches and clinics.
DEELNEMER 7:	Involves assessing very young children and becoming aware of any problems or disabilities they may have.
DEELNEMER 8:	Early identification refers to identifying a problem as early as possible to limit or reduce later problems.
<u>GROEP LEIER:</u>	What do you think is the appropriate age to identify a child with a communication delay or a communication problem?
DEELNEMER 7:	“The younger the better”
DEELNEMER 4:	“0-6maande, ja so vroeë as moontlik”
DEELNEMER 8:	“As early as possible, perhaps before a year”
DEELNEMER 2:	“It depends ... on difficulty. Deafness and chromosomal definitely at birth. Where as things like autism will be identify as the symptoms becomes more visible. Yes but as soon as possible.”
DEELNEMER 5:	“As soon as the child starts speaking? I don’t know
DEELNEMER 3:	“Ek sal sê tussen 3 en 5 jaar. Of vir ‘n gehoorverlies 1 tot 2 maande”
DEELNEMER 1:	“One year”
DEELNEMER 6:	“As early as possible”
<u>GROEP LEIER:</u>	What are your opinions regarding early identification. Write them down.
DEELNEMER 1:	If children with special needs are identified early on preventative measures can be set in place to prevent complications of child’s condition. Early detection allows for early management and

	treatment of the child's conditions
DEELNEMER 2:	Very important
DEELNEMER 3:	Dis baie belangrik vir die vordering tydens terapie. Hoe vroeër jy begin, hoe meer vaslegging kan plaasvind.
DEELNEMER 4:	Uiters belangrik. Hoe vroeër die probleem aangespreek word, hoe beter die prognose.
DEELNEMER 5:	I think it is good, because the earlier you treat the problem the better the results.
DEELNEMER 6:	Essential in decreasing the effect that a potential communication disorder will have on a particular child and his/her family. Early identification SHOULD be conducted in all domains of development.
DEELNEMER 7:	I think the earlier a problem is identified, the earlier the intervention can start and more serious problems can be prevented.
DEELNEMER 8:	It is very effective. And should be conducted.
<u>PREVENTION</u>	
GROEP LEIER:	If you think of prevention and early identification of communication delays what write down what comes to mind.
DEELNEMER 1:	Through early detection of communication delays certain complications, which could have come up, had the condition not being identified early could be prevented.
DEELNEMER 2:	Identification of hearing loss & then fitting of hearing aids/cochlea implants & aural rehab.
DEELNEMER 3:	Voorkoming is om iets te behandel voor die agterstand of afwyking plaasvind
DEELNEMER 4:	Om die probleem aan te spreek voordat die kommunikasie probleem die funksionaliteit van die persoon beïnvloed.
DEELNEMER 5:	Screening and parent education.
DEELNEMER 6:	Prevention programs such as public awareness campaigns and caregiver workshops.
DEELNEMER 7:	Early identification involves screening and observation of children with problems by health care professionals or parents & teachers who have been previously educated. Prevention is teaching!!!
DEELNEMER 8:	Prevention is to stop a problem before it occurs.
<u>GROEP LEIER:</u>	What are your opinions regarding the importance of prevention
DEELNEMER 4:	“Uiters belangrik”
DEELNEMER 1:	“They say prevention is better than cure” Ha ha
DEELNEMER 2:	“Very important”
DEELNEMER 3:	“Ja dis uiters belangrik, veral vir vordering tydens terapie”
DEELNEMER 5:	“It is important”
DEELNEMER 6:	“V – I – T – A – L!!! What more can I say”

DEELNEMER 8:	“So important”
DEELNEMER 8:	“It is better that cure...”
<u>GROEP LEIER:</u>	According to your opinions. Write down how prevention can be implemented.
DEELNEMER 1:	Through continuous education at schools, clinics, and other public institutions. By educating not only the public, but other health care professionals such as nurses, doctors, health promoters ect.
DEELNEMER 2:	Through trained, educated therapist with modern, state of the art equipment.
DEELNEMER 3:	Opleiding van versorgers en bewusmaking in die gemeenskap
DEELNEMER 4:	Deur ouers/sorgewers te motiveer om stimulasie/terapie in hul daaglise program in te sluit
DEELNEMER 5:	Other than regular screening, education and awareness campaigns, I am not sure.
DEELNEMER 6:	Through well-run and consistent workshops for the public, caregivers and community members. Through public awareness campaigns (Posters and media awareness). And training people working with babies and infants on how to stimulate development and pick up possible warning signs of possible problems.
DEELNEMER 7:	Successful regular screening of young children, education of parents.
DEELNEMER 8:	Through consistent training of caregivers and other professional at the community clinics.
<u>SIGNS OF A COMMUNICATION PROBLEM</u>	
<u>GROEP LEIER:</u>	When you hear signs of a communication problem, what comes to mind?
DEELNEMER 1:	“The inability to understand or follow instructions”
GROEPLEIER:	“Yes”
DEELNEMER 4:	“Swak kommunikasie en sosiale ontwikkeling. Teregetrokkenheid en sefbewustheid”
DEELNEMER 5:	“Delayed development of speech, refusal to speak, use hand gestures”
DEELNEMER 2:	“ Delayed speech development, hearing loss, behavioral pathologies, lack of communication”
DEELNEMER 5:	“poor pronunciation of words, word finding difficulties”
DEELNEMER 3:	“stil kinders, kinders wat nie op klank reageer nie.”
DEELNEMER 6:	“Decreased desire to communicate. A caregiver who battles to understand their child”
DEELNEMER 7:	“A child that doesn’t speak a lot”
DEELNEMER 8:	“A child or person that can’t talk or understand when someone speaks to him”
DEELNEMER 6:	“Also behavioral problems because of the frustration not being able to speak”

GROEP LEIER:	What do you see as the risk factors that may be an indication of a communication problem... or that may place the child at risk for a communication problem?
DEELNEMER 1:	“Mmm ... Lack of education regarding risk factors which may predispose the child to communication problems in the future”
GROEPLEIER:	Yes, but what are these factors?
DEELNEMER 5:	“Is it factors like a cleft lip, cerebral palsy, lack of stimulation ...”
GROEPSLEIER:	“Yes”
DEELNEMER 6:	“Children that meet the criteria of the high risk register. Lack of stimulation. Family history of a communication problem.”
DEELNEMER 7:	“alcohol and drug abuse during pregnancy”
DEELNEMER 2:	“The high risk population – HIV, premature. Hearing loss is also one, and o yes chromosomal abnormalities.”
DEELNEMER 3:	“genetiese predisposisie (dink iemand het dit al gesê), syndrome, orale strukturele afwykings”
DEELNEMER 8:	“Definitely HIV, poverty, abuse”
DEELNEMER 3:	“Swak kommunikasie en sosiale ontwikkeling”.
GROEP LEIER:	What are your opinions regarding the community’s and the personal working in the clinics awareness regarding the signs of a communication problem? And the risk factors?
DEELNEMER 8:	“Is this a joke” “Cause they do not refer.
DEELNEMER 1:	“They don’t know. But it is crucial to educate our community regarding communication problems as this will help reduce the amount of complications”
GROEPLEIER:	Yes, but do you think they are aware?
DEELNEMER 6:	“No, it is very poor!!! Children are not referred to speech therapy. They think that if the child is not speaking by 5-6years, then it is a problem related to cultural beliefs”
DEELNEMER 7:	“Yes it does depend on the community’s cultural beliefs. At the clinics there is very little awareness and the only prevention programmes were conducted by the speech therapists.”
DEELNEMER 2:	“I think there is a referral system, but ONLY with the severely disabled populations”
DEELNEMER 5:	“Speech problems are not often recognized in the community setting due to the language barriers”
DEELNEMER 3:	“Ek stem saam, die gemeenskap en die personeel is nie bewus van alle risiko faktore nie.”
DEELNEMER 4:	“Hulle is nie beuus nie, maar as hulle is dan is ek jammer maar dan is daar nie ‘n goeie verwysingsstelsel nie.”
<u>ATTITUDE AND GENERAL KNOWLEDGE REGARDING EARLY COMMUNICATION INTERVENTION</u>	
GROEP LEIER:	What comes to mind when you hear “Early communication intervention”

DEELNEMER 2:	“To start therapy as soon as possible to allow for best results as possible”
DEELNEMER 5:	“to treat communication difficulties from a young age or to treat neonates with regard to correct positioning for feeding”
DEELNEMER 3:	“Die behandeling van kommunikasie op die ouderdom van 0 tot 3jaar voordat spraak nog ontwikkel het of terwyl dit nog ontwikkel. Ek klink soos Rossetti.”
DEELNEMER 1:	“Yes it is putting measures in place to help prevent communication problems”
DEELNEMER 6:	“Dealing with babies and young children as well as their caregivers and the community. Not just the child.”
DEELNEMER 7:	“To address a communication problem as soon as possible”
DEELNEMER 4:	“Om ‘n kommunikasie probleem vroeg aan te spreek (dis wat jy nou net gesê het)
DEELNEMER 8:	“To start as early as possible”
GROEP LEIER:	Do you feel that ECI is successful and why
DEELNEMER 4:	“Ja”
GROEPLEIER:	“Hoekom?”
DEELNEMER 4:	“Dit verhoed verdere probleme”
DEELNEMER 2:	“Yes”
DEELNEMER 5:	“I am not sure, I haven’t witnessed this early intervention.
DEELNEMER 3:	“Glo my dit werk!! Ek voel ja, hoe jonger jy is hoe makliker leer jy”
DEELNEMER 1:	“I am also not sure wheter it works. I was only exposed to the speech-therapists this year... I am still trying to identify people with a communication problem.”
DEELNEMER 6:	“I say yes, if conducted properly and consistently.”
DEELNEMER 8:	“Yes”
DEELNEMER 7:	“In some cases yes”
<u>ATTITUDES TOWARDS THE IMPLEMENTATION OF EARLY COMMUNICATION INTERVENTION SERVICES</u>	
GROEP LEIER:	What are your opinions regarding the implementation of early communication intervention services within a community base context. Write it down.
DEELNEMER 1:	The whole community needs to be educated at large including health care professionals because not all health care workers are equipped enough to can identify communication problems in children. One needs to take into consideration that working in community based rehab does present its own problems such as transport, and language.
DEELNEMER 2:	The attitude is not good, because these children are usually ignored & either sent to a school or are left to deteriorate. Many people just want the disability grant and are not interested in therapy. Children are seen with contractures, no language and behavioral problems, because they are ignored.
DEELNEMER 3:	Nee, die gemeenskapsdienskonteks, veral die klinieke waar pasiente nie altyd opdaag nie, gaan VKI nie werk nie. Die personeel is oningelig en die kennis in die gemeenskap is beperk. Kinders met kommunikasie probleme word meestal weggesteek en ontvang nie behandeling nie agv kulturele

	predisposisies. Nog baie opleiding is nodig en meer permanente opgeleide staf word benodig.
DEELNEMER 4:	Daar vind VKI plaas, maar op 'n BAIE minimale en oppervlakkige wyse
DEELNEMER 5:	I think it is difficult because of poor awareness.
DEELNEMER 6:	There are a lot of factors that make ECI implementation difficult eg: Language barriers, cultural beliefs surrounding communication en childhood development. Communication development or difficulties are usually low on parent priority list. Financial difficulties are huge, they have no transport.
DEELNEMER 7:	The intervention service needs to be implemented from all health aspects and staff, not just the speech therapist. So far I have not seen a multi-disciplinary system that all partake in.
DEELNEMER 8:	It will be perfect. But there are to little staff that would be interested.
<u>GROEP LEIER:</u>	Write down whether you feel that prevention and early identification can be implemented successfully within a community-based context?
DEELNEMER 1:	Yes, but the person implementing the programme must constantly monitor it and make changes as when it is appropriate. Teamwork is also very important therefore support from leaders within the community will assist the therapist to gain access in the community. The programme should not be once off events but be sustained in order to ensure its effectiveness.
DEELNEMER 2:	If there was an adequate referral system of all high-risk populations and education was made very important, I would say yes. But it is difficult in the community-based context because clinics are usually primary health care based.
DEELNEMER 3:	Nee omdat die gemeenskap veral die klinieke nie die nodige kennis en tyd het nie. Baie opleiding is nodig vir die publiek en ander staffede.
DEELNEMER 4:	Nee!!!!
DEELNEMER 5:	I am not sure if it will. If it was just up to the therapist I would say yes, however, there are other factors like clinic staff and lack off attendance to consider.
DEELNEMER 6:	Yes, if the people conducting the ECI services are well trained and have access to necessary equipment and materials. If you are able to convey the importance of ECI to the community.
DEELNEMER 7:	It will be a very difficult task involving education from the bottom before anything can happen, but yes it is possible.
DEELNEMER 8:	It will be perfect, but no it will not work.