

# \*SENSORIES-MOTORIESE STIMULASIE- EN LEERPROGRAM VIR GEESTES- VERTRAAGDE VOORSKOOLOOSE KINDERS

Sarieta W. Wentzel  
Voorheen Lektise, Universiteit van O.V.S.  
Departement Verpleegkunde

## SUMMARY

This study was carried out in order to establish sensorymotor stimulation and teaching programmes for mentally retarded pre-school children in the community. A structure was created for the launching of such a programme. It was found that regression was prevented and slight but valuable improvement was effected in cases where a mentally retarded child was actively involved in a stimulation and teaching programme. The researcher considers such programmes as an important component of the mental health service in any community.

### 1. PROBLEEMSTELLING

**P**iaget onderskei drie periodes in 'n kind se perseptueel-motoriese ontwikkeling, naamlik:

#### Periode 1:

Die kind ontwikkel persepsie van nabyheid, afstand, ruimtelike volgorde, omringing en kontinuïteit.

#### Periode 2:

Die ontwikkeling van visie word gekoördineer met kontakvaardighede (greep en manipulasie) sodat grootte en vorm onderskei kan word.

#### Periode 3:

Die kind leer deur sistematiese observasie van en eksperimentering met die omgewing.

Die geestesvertraagde kind kan dikwels slegs periode 1 en 2 suksesvol voltooi as hy sistematiese, deeglike hulp daarmee kry (Uys, 1978, p.75).

Indien 'n geestesvertraagde kind in die gemeenskap versorg word, berus dié versorging hoofsaaklik op bewaarsorg, dit wil sê daar word gepoog om in die kind se basiese behoeftes te voorsien, naamlik voeding, klere en die handhawing van liggaamshigiëne. Wetenskaplike metodes word nie gebruik om hierdie kinders sensories-motories te help vorder nie.

In Amerika word van sensories-motoriese stimulasie- en leerprogramme vir voorskoolse geestesvertraagde kinders gebruik gemaak waardeur ouers geleer word hoe om die kinders meer suksesvol deur periodes 2 en 3 te help. Baie goeie resultate is met sulke programme verkry (Godfrey, Am J Nurs 75(1): p.57).

In Bloemfontein het so 'n diens nie bestaan nie en die vraag het ontstaan of ooreenkomstige probleme met geestesvertraagde kinders op dieselfde manier opgelos kon word.

### 2. DOEL VAN DIE ONDERSOEK

Hierdie ondersoek is onderneem om vas te stel of:

- (i) 'n werkstruktuur waarbinne die verpleegkundige so 'n program van stapel kan stuur, geskep kon word. So 'n werkstruktuur sluit 'n bevredigende opsporingstelsel, 'n ondersteunende verwysingspan en samewerking van die ouers in;
- (ii) die stimulasie- en leerprogram, soos ingestel deur die verpleegkundige, 'n bydrae tot die ontwikkeling van geestesvertraagde kinders lewer.

### 3. METODE

'n Beskrywende studie is gedoen. 'n Stimulasie- en leerprogram is deur die verpleegkundige van stapel getuor onder die beskerming van die Bloemfonteinse

\*'n Opsomming van 'n skripsie goedgekeur vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde in die Fakulteit Sosiale Wetenskappe, Departement Verpleegkunde, aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat.  
Alhoewel hierdie ondersoek aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat gedoen is, is die resultate en aanbevelings uitsluitlik die mening van die navorser.

Vereniging vir Geestesgesondheid. 'n Beskrywing van die 18-maandeprojek word gegee om die werkstruktuur te illustreer. Drie diepte gevallestudies is gedoen om die vordering van die kinders, die rol van die ouers en verpleegkundige en die probleme wat ondervind is, te illustreer.

#### 4. LITERATUURSTUDIE

##### 4.1 Ontwikkeling van die geestesvertraagde

###### 4.1.1 Emosionele ontwikkeling

Hutt en Gibby (1976) is van mening dat 'n geestesvertraagde kind net soos ander kinders deur fases van emosionele ontwikkeling beweeg. Hy ondervind meer probleme as normale kinders om aangeleerde gedrag af te leer. Sy ontwikkeling vind ook stadiger plaas.

###### 4.1.2 Sosialisering

###### 4.1.2.1 Sfinkter-beheer

Die geestesvertraagde kind ondervind probleme in die hantering van probleme wat tydens die anale periode voorkom. Hutt en Gibby (1976) wys daarop dat sy frustrasie gedurende die anale periode groter is as dié van normale kinders. Die stadige ontwikkeling van ver-

bale vaardigheid vertraag sosialisering in 'n groot mate.

###### 4.1.2.2 Voeding

Volgens Hutt en Gibby (1976) het die geestesvertraagde 'n sterk behoefte om sy orale bevrediging te behou. Hy het baie orale konflikte wat nog nie genoegsaam oorbrug is nie; dus is hy meer gefikseerd in hierdie fase.

###### 4.1.2.3 Motoriese ontwikkeling

Volgens Share (Koch en De la Cruz, 1975) ontwikkel babas met die Down-sindroom volgens 'n normale motoriese ontwikkelingspatroon gedurende die eerste ses lewensmaande. Van hier af begin die baba stadiger ontwikkel. Dié kinders ontwikkel motories die beste. Die grootste meerderheid kan hardloop en loop. Op drie jaar het die grootste aantal kinders dus toiletgewoontes aangeleer, maar op ses jaar het hulle nog hulp in die badkamer nodig.

McMillan, *et al.*, (1977) is van mening dat die tuisversorgde kind met die Down-sindroom verstandelik meer ontwikkel as 'n ooreenkomstige kind wat in 'n inrigting geplaas is. Onderstaande tabel toon realistiese ouderdomme waarop mylpale by tuisversorgde Down-sindroomkinders bereik kan word.

**TABEL 4.1: ONTWIKKELINGSMYLPALE BY TUISVERSORGDE KINDERS MET DOWN-SINDROOM**

Mylpaal	Maat	Ouderdoms reeks	Gemiddelde ouderdom	Ouderdom by normale kinders
Hou kop regop as baba vertikaal gehou word	weke	1 - 18	3,95	6 - 17
Rol om	maande	1 - 60	6,38	2 - 5
Sit regop sonder steun (seuns)	maande	5 - 72	12,52	5 - 8
Sit regop sonder steun (dogters)	maande	5 - 36	11,14	5 - 8
Kruip op hande en knieë	maande	4 - 24	12,19	7 - 10
Staan op (seuns)	maande	8 - 4	22,17	5 - 10
Staan op (dogters)	maande	7 - 72	18,97	5 - 10
Loop sonder hulp (seuns)	maande	7 - 14	26,09	11 - 15
Loop sonder hulp (dogters)	maande	8 - 72	22,72	11 - 15
Toiletopvoeding	maande	8 - 108	34,78	24 - 27
Taal:				
Praat eerste woord (seuns)	maande	6 - 72	26,59	9 - 13
Praat eerste woord (dogters)	maande	6 - 84	21,82	9 - 13
Praat eerste frase	maande	12 - 96	41,82	14 - 24
Praat eerste sin	maande	17 - 32	52,05	18 - 30

McMillan, *et al.*, (1977)

##### 4.2 Die reaksie van die ouers en gesin op die geestesvertraagde kind

Die spanning van gesinne is in 1966 op die "International League of Societies for the Mentally Handicapped" se kongres in Parys bespreek. In sy toespraak sê dr. Hutchinson van Groot Brittanje:

"It is only in recent years that it has come to be generally accepted that the presence of a mentally

retarded person in the family causes stresses to the family; not only to the parents but to the other members, and it is only in recent years that some attempt has been made to alleviate these stresses, thus ensuring that the family enjoys, as far as possible, a normal family life" (Hymovich en Barnard, 1969, p.405).

In gesinne met vertraagde kinders is die lewe van die vertraagde anders as dié van sy normale broers en susters. Ten spyte van sy ouderdom, is hy uiteindelik die

jongste en vertraag hy die vordering van die gesin.

Die gesinslede word gekonfronteer met 'n situasie wat verskil van die konvensionele norme en daar is geen metode of groepbelewenis wat hulle kan help om die vertraagde kind te hanteer nie. Die vertraagde kind is dus 'n bedreiging vir die homeostase in ooreenstemming met Caplan se definisie van krisis (Caplan, 1974).

Farber maak melding van *fases* waardeur ouers gaan om hanteringsmeganismes aan te leer (Hymovich en Barnard, 1969).

#### *Fase 1: Fase van pseudo-normaliteit:*

Die gesin probeer die kind in ooreenstemming met die bestaande norme en waardes benader. Solank as wat die gesin pseudo-normaliteit behou, ontstaan geen krisis nie.

Gedurende die eerste fase het die ouers 'n basiese behoefte aan 'n warm en nie-veroordelende verhouding met 'n professionele persoon wat hom toelaat om die werklikheid op hul tyd te verwerk. Olshansky (1962) meen dat die verpleegkundige hierdie proses van aanvaarding nie moet verhaas nie.

#### *Fase 2: Realiteitskokfase:*

Probleme in die gesinsverhouding en die gedrag van die geestesvertraagde kind, dwing die gesin om die kind as "afwykend" te bestempel. Die aanvanklike impak van 'n krisis kenmerk die tweede fase.

Die hulp van 'n professionele persoon is noodsaaklik in die tweede fase as pseudo-normaliteit begin verkrummel.

Navorsers het *emosies* beskryf wat by ouers in hierdie tydperk voorkom: woede, frustrasie, teleurstelling, jammerte, skuldgevoelens en depressie. Positiewe gevoelens soos liefde en deernis kom ook voor, wat ambivalensie mag veroorsaak. Volgens Olshansky (1962) is 'n geestesvertraagde kind vir ouers 'n persoonlike terugslag wat uit baie fasette bestaan, byvoorbeeld die doodlot, 'n God wat vir hulle kwaad is, huweliksongeluk en 'n straf op seksuele verhoudings.

Farber (1960) het bevind dat by gesinne met 'n relatief hoë *sosio-ekonomiese status* die diagnose 'n krisis is omdat vooruitbeplande loopbane en ideale vernietig word.

Farber (1960) het bevind dat die reaksie *geslaggekapel* is omdat die moeder groter trauma beleef as die dogter vertraag is en die vader as die seun vertraag is.

Kramm (1965) rapporteer dat *numeriese rangorde* 'n rol speel aangesien hoë verwagtings jeens die eersgeborene gekoester word. Farber (1959) vind dat hoe jonger die vertraagde kind is en hoe groter sy onafhanklikheid is, hoe beter is die aanpassing van die normale kinders. Hy en Fowle (1968) het gevind dat die ouer normale suster groter spanning verduur as die normale broer omdat sy huishoudelike take moet verrig. Die normale broer ervaar groter spanning ten opsigte van sy rol as sy vertraagde broer gehospitaliseer word.

#### *Fase 3: Stabiliseringsfase:*

Gedurende die fase moet die verpleegkundige let op die aard van ondersteuning en hulp wat die gesin van

familie, bure, vriende, godsdienstige groepe en ander ouers van geestesvertraagdes ontvang.

Sommige ouers kan oorbetrokke by organisasies, bure en vriende raak wat soeke na hanteringsmeganismes in die wiele ry. Volgens Egnal en Daneel (1977) kan internalisering van verwerping veroorsaak dat ouers skuldgevoelens en depressie ontwikkel. Eksternalisering kan tot paranoïde idees lei. Sommige ouers hoop selfs op 'n tower-oplossing. Sommige ouers wens bewustelik of onbewustelik dat hulle van hul ontslae kan raak. As dit onbewustelik is, mag hulle die kind oorbekerm; as dit bewustelik is, mag hulle hom in 'n inrigting plaas. Die gesin kan so oorweldig word deur die versorging van die kind dat hulle hulle aan gemeenskapsbetrokkenheid onttrek.

#### *Fase 4: Aanpassingsfase:*

Of gesinslede kan leer om die rol van 'n gesin met 'n vertraagde kind te aanvaar, hang af van die mate waarin die kind gaan aanpas. Ongelukkig is daar geen voor-skrifte vir die nuwe rolle of wat die verwagtings mag wees nie (Perlman, 1963).

'n Paar gevolge van die toevoeging van 'n geestesvertraagde kind tot die gesin is:

- (i) Die meerderheid ouers hanteer die probleem as hul plig. Swaarkry of verskille oor wat met die kind gedoen moet word, berokken geen skade in die huwelik nie, maar dit het wel 'n invloed op die kwaliteit man-vrou-verhouding. "We'd get so physically exhausted, the lack of sleep and the hectic days; it was just a full-time job, and yet, we always had pretty good teamwork" (Carver and Carver, 1972).
- (ii) Ouers het ook hul aantal kinders beperk na die geboorte van 'n geestesvertraagde kind. Daar was 'n groter ouderdomsverskil tussen die vertraagde kind en sy jonger broers en/of susters (Carver en Carver, 1972).

Quast (1968) is van mening dat die rol en verantwoordelikheid van die vader uitgebrei moet word om die moeder se taak te vergemaklik. Veral grof-motoriese aktiwiteite wat deur die vader behartig word.

#### *Fase 5: Besluitneming:*

As die ouers glad nie die spanning kan hanteer en nie strategieë kan uitwerk om die disorganisasie tot 'n minimum te beperk nie, is die enigste alternatief om die kind te verwerp deur hom permanent uit die huis te verwyder (Hymovich en Barnard, 1969). Dit kan ook as 'n aanpassingstrategie gesien word. Die ouers kan nie binne hul eie situasie strategieë uitwerk om hom by hulle te hou nie, dus plaas hulle hom uit – dit beteken nie noodwendig dat hulle hom verwerp nie.

Wolfensberger (1967) toon dat persone in 'n konsulerende hoedanigheid 'n verantwoordelikheid het om die ouers te help om 'n weldeurdatte besluit te neem, veral met die oog op die welstand en behoeftes van die geestesvertraagde kind en ander gesinslede, die waardesisteen van die gesin en die ander hanteringsmeganismes.

#### 4.3 Die rol van die verpleegkundige in die gemeenskapsdiens ten opsigte van die geestesvertraagde kind

Die rol van die verpleegkundige bestaan hoofsaaklik uit beraadvoering en konsultasie met die ouers van die geestesvertraagde kind.

##### 4.3.1 Beraadvoering met die ouers

Olshansky (1962) is van mening dat ouers hul geestesvertraagde kind mettertyd sal aanvaar as hulle konkrete hulp verkry hoe om die kind te hanteer en indien hulle oor hul hartseer kan gesels. Ouers behoort toegelaat te word om oor lang periodes hul gevoelens van ang en woede, ensovoorts te lug. Die verpleegkundige moet hulle verseker dat hul gevoelens geregverdig en verstaanbaar is. Onderdrukking van hierdie gevoelens is betreurenswaardig.

Die eerste taak van die verpleegkundige is om te *luister*. Hoekom soek die ouers hulp? Hoe sien hulle die kind se gebrek? Wat is hul konflik en die invloed van die kind op hul huwelik?

Steele (1971) is van mening dat indien 'n abnormale baba gebore word, die verpleegkundige haar dikwels onttrek en nie die steun aan die moeder gee wat sy nodig het nie. Beraadvoering met 'n moeder van 'n geestesvertraagde kind is uiters noodsaaklik. Hy stel voor dat die moeder aangemoedig moet word om vrae te vra en die verpleegkundige tydens beraadvoering die moeder noukeurig moet waarneem om haar spanningsvlak te bepaal. Hier moet die verpleegkundige ook van kommunikasietegnieke en luisterkuns gebruik maak om die moeder te laat verbaliseer. Wolff (1965) is van mening dat luisterkuns die meeste aanbeveel word en die minste gebruik word.

##### 4.3.2 Konsultasie

Rapaport en Clairce Haylet definieer *geestesgesondheidskonsultasie* soos volg:

"Mental health consultation is a process of interaction between a mental health professional and one or more 'consultees' for the purpose of increasing the consultee's awareness of, and ability to manage, the mental health components of his work. The goal is achieved by the consultant as he helps the consultee to clarify and find solutions for current mental health problems either in relationship to specific clients, or to programs" (Deloughery, *et al.*, 1971, p.55).

Volgens Ruth Gilbert word konsultasie gedefinieer as: " 'a helping relationship' in which the consultant gives her knowledge, skills and experience in the specific situation, to the end that planning can be done and action taken, with the consultee *left free* to choose and carry out the plan for action" (Deloughery, *et al.*, 1971, p.55).

McNab (1977) is van mening dat ouers met swaar geestesvertraagde kinders tuis baie hulp en ondersteuning nodig het. Die algemene indruk is dat die skakeling tussen hierdie gesinne en professionele dienste baie min

is. Indien gemeenskapsversorging verbeter, kan tussenrede daartoe bydra dat hospitalisasie van geestesvertraagde kinders afneem. Volgens hom openbaar enige kind, normaal of abnormaal, wat in 'n oninteressante nie-stimulerende omgewing bly, gedrag wat op sy liggaam toegespits is sowel as onvolwassenheid.

Die doel van konsultasie in hierdie program is om die ouers te help om die leer van die kind te versnel.

#### 4.4 Programme en navorsing gerig op die leerprobleme van geestesvertraagdes

Verskillende programme en navorsing is van stapel gestuur om die leerprobleem van geestesvertraagdes op te los, byvoorbeeld navorsing deur onder andere Lovibond (1964), Graziano (1971), Sloane (1967) en Wolf (1964).

In byna al die programme is gevind dat:

- (1) die moeder die primêre persoon is wat die program moet uitvoer en die verantwoordelikheid daarvan dra;
- (2) onderrig hoofsaaklik uit operante tegnieke bestaan;
- (3) tuisgesentreerde programme hoofsaaklik gerig was op 'n vermindering van aggresiewe en hiperaktiewe gedrag (Berkowitz en Graziano, 1972).

Dit blyk dus dat baie navorsing alreeds gedoen is om metodes te bepaal waarvolgens 'n geestesvertraagde kind kan leer, maar dat hierdie navorsingsveld ten opsigte van leerprogramme nog braak lê.

#### 5. OORSIG OOR STIMULASIE- EN LEERPROGRAM

##### 5.1 Metode

###### (i) Beraming van die kind:

Instrumente: *Onderhoud met ouers aan die hand van 'n onderhoudskedule*:

Met die eerste besoek is 'n onderhoud met die ouers gevoer aan die hand van 'n onderhoudskedule. (Uys, 1978). Die doel en metode van die stimulasie- en leerprogram is aan die ouers verduidelik. Die program word aangewend om die potensiaal van die kind maksimaal te probeer verbeter. Die belang van die voortdurende uitvoer en oefen is beklemtoon asook die feit dat dit die verantwoordelikheid van die moeder is om die program daaglik uit te voer.

*Tuisbesoek:*

Die ondersoeker poog om indien moontlik twee-weeklik tuisbesoek te doen om die ouers van raad te dien en te evalueer hoe die kind met die leereenheid vorder.

*Evaluasie van die kind aan die hand van die Washington Gids*: (Uys, 1978).

Die evaluasie van die kind word met die tweede besoek gedoen. Dit is verkieslik dat take in die kind se

huis uitgevoer word omdat hy daar op sy gemak is en op sy beste presteer (Uys, 1978). Daar is probeer om elke taak persoonlik te observeer, maar waar dit onmoontlik was, is die nodige inligting van die ouers verkry. Aangesien voedingsvaardighede 'n belangrike deel van die evaluasie beslaan, moes die kind evalueer word op 'n tyd wat met sy etenstyd ooreenstem. Dit impliseer dat evaluasies tussen 13h00 en 14h00 gedoen moes word om by die roetine van die kind aan te pas.

Die evaluasie van die kind het ongeveer twee uur geduur. Nadat die evaluasie afgehandel is, is die gegewens bestudeer en daar is vasgestel in watter mate die kind ontwikkel het.

#### (ii) Inwerkingstel van Stimulasie- en Leereenhede:

Stimulasie- en leereenhede word afsonderlik vir elke kind uitgeskryf om by die behoeftes van die kind aan te pas. Die eenhede berus daarop dat die kind sensories-motories gestimuleer word. Die resultate wat met die eerste evaluasie verkry is, het as vertrekpunt gedien om te bepaal op watter gebied die kind stimulasie nodig het.

Vir die uitskryf van 'n stimulasie- en leereenheid is van literatuur gebruik gemaak wat inligting oor sensories-motoriese stimulasie bevat.

Met die derde besoek word die eerste eenheid aan die

moeder oorhandig en verduidelik. Sy moet dit getrou met die kind uitvoer.

Indien die kind vorder, word met die verdere besoeke meer gevorderde eenhede oorhandig. Indien die kind nie vorder of die moeder nie die eenheid met die kind geoefen het nie, word geen nuwe eenheid oorhandig nie. Die kind moet eers die gegewe eenheid bemeester voordat tot die volgende oorgegaan word.

#### (iii) Instandhouding van Stimulasie- en Leerprogram:

Gedurende die ondersoek is gepoog om voorskoolse geestesvertraagde kinders met behulp van verskillende instansies op te spoor. Skriftelike toestemming van ouers vir navorsing is verkry en anonimiteit is verseker. Selektiewe verwysings van ouer(s) of die kind na konsultante van ander dissiplines, is deur die navorser tydens die ondersoek gedoen.

## 6. RESULTATE

### 6.1 Werkstruktuur

#### 6.1.1 Opsporing

TABEL 6.1: AANTAL KINDERS OPGESPOOR

VERWYS DEUR	AAN- TAL	GE- BRUIK	REDE VIR AANWYSING			
			Ouer as 5 jaar	Geogra- fiese ligging	Oor- lede	Fisiese gebreke
Simposium*	7	4	1	2		
Algemene Praktisyne	1	1				
Neuroloë	4	0	3	1		
Pediaters	2	2				
Personeel van Kraamafdeling	3	0		1		2
Leke-publiek	2	1			1	
Student-verpleegsters	2	1		1		
Munisipale Kliniek	0					
Maatskaplike Werker	1	1				
Lettie Fouche-Skool	0					
Kindersorgvereniging	1	0		1		
Departement Genetika, U.O.V.S.	3	2		1 (onop- ge- spoor)		
<b>TOTAAL</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

\*Die simposium is deur die Bloemfonteinse Vereniging vir Geestesgesondheid gehou. Dit het gehandel oor die hantering van die geestesvertraagde kind tuis en watter vaardighede hy kan aanleer.

#### Bespreking:

Uit tabel 6.1 blyk dit dat die kraamafdeling drie kinders verwys het, maar as gevolg van fisiese gebreke kon hulle nie by die ondersoek betrek word nie.

Tabel 6.1 toon dat die neiging bestaan dat ouer

kinders by neuroloë uitkom. Dit mag toegeskryf word aan die feit dat ouers en familieledes eers merk dat 'n kind 'n afwyking het as hy groter is.

Sewe van die verwysings was onbereikbaar as gevolg van geografiese ligging.

Vier nuwe bronne van verwysing het uit hul eie na die ondersoeker gekom, naamlik die leke-publiek, student-verpleegsters, maatskaplike werkers en die Kinder-sorgvereniging via die maatskaplike werker van die Geestesgesondheidsvereniging. Dit dui daarop dat in die gemeenskap 'n dringende behoefte aan hierdie diens bestaan.

### 6.1.2 Verwysing

#### Beskrywing:

'n Verwysingspan vir die projek is soos volg saamgestel:

- 'n psigiater
- 'n maatskaplike werker (van die Geestesgesondheidsvereniging)
- 'n sielkundige
- 'n spraakterapeut
- 'n verpleegkundige in die psigiatrie

#### Bespreking:

Dit blyk dat 'n spanbenadering vir hierdie leerprogram uiters noodsaaklik is. Omdat die geestesvertraagde kind en sy gesin as totaliteit benader word, is daar talle aspekte wat aandag geniet. Die verpleegkundige kon nie in detail aan spraakterapie, finansiële en maatskaplike probleme aandag gee nie. Dit is nie 'n spesialiteitsrigting van verpleegkunde nie, dus is dit noodsaaklik dat sy verwysings na die span kan doen.

Spanwerk by die stimulasie- en leerprogramme is noodsaaklik omdat die verskillende dissiplines geneig is om 'n spesifieke kliënt of siekte volgens hul sienswyse te benader. Waar noue wisselwerking tussen die spanlede bestaan het, was dit moontlik om elke spanlid se individuele mening te verkry.

Tog is daar met verloop van die ondersoek gevind dat 'n fisioterapeut as spanlid 'n aktiewe bydrae sou kon lewer. Van die geestesvertraagde kinders wat in die projek gebruik is, was motories so swak ontwikkel dat hulle by fisioterapie sou kon baat.

### 6.1.3 Samewerking van ouers

Uit die 12 ouers wat genader is, was ses aanvanklik bereid om nie alleen met die program te begin nie, maar om dit getrou uit te voer. Agt het uiteindelik om verskillende redes gestaak. Teen die einde van die ondersoek was slegs vier kinders nog aktief by die program betrokke.

Drie ouerpare se besluit om die program te staak, skyn die gevolg van *ontkenning* te wees. Die een moeder was nie bereid om voort te gaan nie, omdat sy met elke besoek van die verpleegkundige daaraan herinner word dat haar kind geestesvertraag is. Sy het gesê: "Suster, ek sien nie meer kans dat jy hiernatoe kom nie. Elke dag as jy kom, herinner dit my daaraan dat X anders as normale kinders is".

Die ander ouerpare was van mening dat die program baie uitputtend vir die kind is en dat dit liever gestaak

moet word. Hierdie ouers het ook die een geneesheer na die ander se mening ingewin. Albei die ouerpare ressorteer onder die professionele kantoorwerkers sosiale klas.

Een moeder was bereid om die stimulasie- en leerprogram te oefen en het ywerig daarmee begin. Haar eggenoot (met 'n redelike lae verstandspotensiaal) was egter van mening "dat hy alles sal kan doen as hy 8 jaar oud is". Hy het haar gedwing om dit onmiddellik te staak.

Een moeder se probleem met die program was blykbaar die gevolge van 'n *lae intellektuele vermoë*. Sy kon nie self beplan hoe om tyd in te ruim vir die program nie. Sy het nagelaat om die program elke dag te oefen.

Een moeder het 'n *betrekking aanvaar* en het nie kans gesien om met die program voort te gaan nie.

#### Afstand en gebrek aan kontak met die verpleegkundige:

Met betrekking tot die kinders buite Bloemfontein woonagtig, is baie probleme ondervind. Die ouers van een kind kon nie tweeweekliks Bloemfontein toe ry nie en weens afstand kon tuisbesoeke nie afgelê word nie. Een kind se ouers het na 'n naburige dorp verhuis, gevolglik het die moeder nie kans gesien om met die program voort te gaan nie.

Waar die moeder 'n *betrekking beklee*, is gevind dat dit die uitvoer van die program beïnvloed. Saans is die moeder te moeg om dit te beoefen. Omdat sy die kind baie graag wou help, het sy skuldgevoelens ontwikkel en haar spanningskurwe het verhoog. Die middeljarige dame by wie die kind bedags gebly het, het na drie maande nie meer kans gesien om met die oefen van die program voort te gaan nie.

*Swangerskap* het ook 'n rol gespeel. Gedurende die ondersoek was twee moeders swanger. Namate die swangerskap gevorder het, het een moeder nie kans gesien vir die program nie. Sy het dit hervat na die geboorte van die baba, maar omdat die baba baie aandag geveer het, kon sy die program nie intensief oefen nie.

Die ander moeder het volgehou met die uitvoer van die program tot kort voor die geboorte. Sy het egter te kenne gegee dat sy in die puerperium minder tyd tot haar beskikking daarvoor gehad het.

Die kinders betrokke by die program was dikwels *siek* of *gehospitaliseer*. Gedurende die tydperk kon die program nie geoefen word nie.

'n *Moeder* was self *gehospitaliseer* as gevolg van 'n operasie. Gedurende die periode wat sy aangesterk het, is die program ook nie benut nie.

Dit blyk dus dat faktore soos ontkenning, lae intellegensie by ouers, werkende moeders, geografiese ligging, swangerskap, siekte en hospitalisasie van die moeder en kind daartoe bygedra het dat 'n hoë atresiesyfer tydens die ondersoek voorgekom het.

Ouers het hul waardering ten opsigte van die stimulasie- en leerprogram uitgespreek.

Een moeder het na die tweede beraming gesê:

“Suster, baie dankie vir al jou hulp. My kind kon nie eers self eet of toilet toe gaan toe jy ons opgespoor het nie”.

Nog ’n moeder het gesê: “Die program help my baie omdat ek nooit geweet het wat om met hom te doen of hoe om hom iets te leer nie”.

Die ouers het emosioneel vertel hoe hulle hulp gesoek het met betrekking tot die hantering van hul kind. Telkens het geneeshere vir hulle gesê om die kind in ’n inrigting te laat opneem omdat niks vir die kinders gedoen kon word nie.

Om die ontwikkeling van die kinders te illustreer, is van die gevallestudie-tegniek gebruik gemaak. Twee suksesvolle kinders en een minder suksesvolle kind is gekies:

Kind A was met opsporing drie jaar oud. Die moeder is onbekend met die uiteindelijke diagnose van die kind. Al wat sy weet, is dat hy “vertraag” is.

Kind B was met opsporing vyf jaar oud. Met geboorte het hy breinskade opgedoen. Toevalle van *grand mal-*

epilepsie het op driejarige ouderdom verskyn.

Kind C was met opsporing vier jaar oud. Haar diagnose was Down-sindroom.

## 6.2 Vordering van kinders

Daar is gevind dat die geestesvertraagdes op sekere gebiede wel vordering gemaak het. Waar daar nie progressiewe vordering gemaak is nie, is verhoed dat ’n definitiewe agteruitgang plaasgevind het.

Die Washington-Gids wat as meetinstrument gebruik is, het die nadeel dat dit nie gestandaardiseer is nie. Dit maak ook nie voorsiening vir die bepaling van sensoriese ontwikkeling nie. Die kinders het met behulp van die stimulasie- en leerprogramme vaardighede aangeleer wat nie in die gids vervat is nie. Twee kinders het byvoorbeeld geleer om tussen speserye en groente- en vrugtesoorte te onderskei. ’n Ander kind het geleer wat “bo-op, onder, langs en om” beteken. Die Washington-Gids is dus nie ’n betroubare meetinstrument om die vlak van ontwikkeling te bepaal nie.

**TABEL 6.2: VERBETERING IN VAARDIGHEID IN PERSENTASIE UITGEDRUK NA TWEDE EVALUASIE**

Vaardigheid	Kind A	Rangorde	Kind B	Rangorde	Kind C	Rangorde
Motories	4		15	5	-1	
Voeding	3		27	2	22	3
Slaap	0		11		0	
Speel	9	4	11		12	4
Taal	5	5	22	3	7	5
Dissipline	16	3	7		-1	
Toilet	28	2	21	4	55	1
Aantrek	43	1	34	1	46	2

Uit bogenoemde gegewens blyk dit dat die kinders ten opsigte van toiletgewoontes, aantrek- en uittrekvaardighede en taal die meeste verbeter het. Hierdie vaardighede word as kriteria vir toelating tot ’n inrigting gebruik. Indien hierdie vaardighede verbeter, bestaan die moontlikheid dat toelatings tot ’n inrigting afneem.

## 7. AANBEVELINGS

Uit die ondersoek blyk dat die stimulasie- en leerprogram beslis van waarde is. Dit behoort oral in die land beskikbaar te wees vir ouers wat hul geestesvertraagde kinders tuis versorg.

Om die proses van stapel te stuur, maak ek die volgende aanbevelings:

### 1. Opsporing

(1) ’n Voltydse persoon moet in die gemeenskap vir skakelwerk aangestel word. Die persoon moet ’n verpleegkundige wees. Verpleegkundiges is bekend met

beraadvoeringstegnieke, hulle dra kennis van siekte en medikasie en die ouers aanvaar hulle as vertrouelinge en as persone wat hulle van raad dien.

(2) Die opleiding van studentverpleegkundiges moet aangepas word sodat hulle geestesvertraagde babas en kinders vroeër kan opspoor. Daar moet reeds in die kraamafdeling gespesifiseer word watter afwyking elke baba het wat met ’n kongenitale afwyking gebore word. Studente moet geleer word om die Denver-skaal te gebruik indien die vlak van ontwikkeling bepaal word.

### 2. Samewerking van ouers

(1) Meer klem moet op die emosionele aanpassing van ouers gelê word. Om dit te doen, kan:

- (i) groepwerk met moeders gedoen word (die verpleegkundige het dit reeds gedoen tydens die ondersoek);
- (ii) vaders moet ook soveel moontlik by die program betrek word. Die vaders kan in aparte

- groepe gesprek word of die ouers kan saam groepe bywoon;
- (iii) meer ondersteunende dienste vir ouers moet daargestel word, byvoorbeeld 'n kleuterskool en babawagters moet gereël kan word indien die ouers groepe bywoon of sosiaal wil verkeer.
- (2) Indien 'n hulpdienste daargestel word, kan dit tot gevolg hê dat die hoë atresiesyfer wat in die ondersoek voorgekom het, afneem. Indien dit vir die moeder onmoontlik is om met die program voort te gaan, moet 'n verpleegkundige dit voortsit.

### 3. Vordering van kinders

Indien 'n geestesvertraagde kind by stimulasie- en leerprogramme betrek word, word agteruitgang voorkom. Selfs een kind, wat 'n voorbeeld van swak vordering is, se taalvermoë het binne 15 maande met 7,04% verbeter. Volgens Share (Koch en De la Cruz, 1975) ontwikkel taal die stadigste by kinders met Down-sindroom. Taalvaardigheid wat 'n normale kind binne tien maande aanleer, leer 'n kind met Down-sindroom eers na ongeveer twee jaar aan.

Volgens Share (Kosh en De la Cruz, 1975) verlangsaam motoriese ontwikkeling na die ouderdom van ses maande. As die kind een jaar oud is, is hy vier tot vyf maande agter sy chronologiese ouderdom. Die agterstand verdubbel as die kind twee jaar oud is. By een kind was 'n motoriese agteruitgang van 1,08% teenwoordig. Die stimulasie- en leerprogram het voorkom dat hierdie agterstand groter geword het.

Uit bogenoemde kan afgelei word dat as 'n geestesvertraagde kind vroeg genoeg, byvoorbeeld op die ouderdom van een maand opgespoor kan word, 'n stimulasie- en leerprogram kan verhoed dat 'n geestesvertraagde kind ooit 'n agterstand kan ontwikkel. Hierdie belangrike gevolgtrekking sal egter met verdere navorsing bewys moet word.

### 4. SLOT

Met hierdie ondersoek is gepoog om sensoriese- motoriese stimulasie- en leerprogramme vir geestesvertraagde voorskoolse kinders in die gemeenskap daar te stel. 'n Werkstruktuur waarbinne so 'n program van stapel gestuur kan word, is geskep. Daar is gevind dat indien 'n geestesvertraagde kind aktief by 'n stimulasie en leerprogram betrek word, agteruitgang voorkom en geringe, maar waardevolle verbetering bewerkstellig word. So 'n program word deur die navorser beskou as 'n belangrike deel van die geestesgesondheidsdiens in enige gemeenskap.

### BIBLIOGRAFIE

- BERKOWITZ, B.P., Graziano, A.M. Training Parents as Behavior Therapists: A Review, in *Beh. Res. B Therapy*, vol. 10, 1972. — pp. 297-317.
- CAPLAN, G. Principles of Preventive Psychiatry — New York: Basic Books Inc., 1964.
- CARVER, J.N. N.E. The Family of the Retarded Child. — 1st ed. — New York: Syracuse University Press, 1972.
- DELOUGHERY, G.W., et al. Consultation and Community Organisation in Community Mental Health Nursing. — Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1971.
- EGNAL, N.S., DANEEL, A.B. Counselling Parents of the Mentally Retarded, in *Rehabilitasie in Suid-Afrika*, vol. 21, 1977. — pp. 53-55
- FARBER, B. Effects of a Severely Mentally Retarded Child on Family Integration, in *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 24, no. 2, 1969. — serial no. 71.
- FARBER, B. Effects of a Severely Mentally Retarded Child on Family Integration, in *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 25, no. 1, 1960(a). — serial no. 75.
- FOWLE, C.M. The effect of the Severely Mentally Retarded Child on his Family, in *American Journal of Deficiency*, vol. 73, 1968. — pp. 468-473.
- GODFREY, A.B. Sensory-motor Stimulation for Slow-to-develop Children: A Specialised Program for Public Health Nurses, in *American Journal of Nursing*, vol. 75, no. 1, 1975. — pp. 56-59.
- GRAZIANO, A.M. Behavior Therapy with Children. — New York: Aldine-Atherton, 1971.
- HUTT, M.L., Gibby, R.G. The mentally retarded child: development, education, and treatment. — 3rd ed. — Boston: Allyn and Bacon, 1976.
- HYMOVICH, D.P., Barnard, M.U., ed. Family Health Care. — New York: McGraw Hill, 1973.
- KOCH, R. De la Cruz, F.F., ed. Down's Syndrome (Mongolism): Research, Prevention and Management. — New York: Brunner/Mazel Publishers, 1975.
- KRAMM, E.R. Families of Mongoloid Children. — Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1963.
- LOVIBOND, S.H. Conditioning and Enuresis. — New York: Pergamon Press, 1964.
- McMILLAN, J.A. et al. The Whole Pediatrician Catalogue: A Compendium of Clues to Diagnosis. — Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1977.
- McNAB, P. Importance of Early Intervention in Mental Handicap: Part II, in *Nursing Mirror*, 1 December 1977. — pp. 41-42.
- OLSHANSKY, S. Chronic Sorrow: A Response to Having a Mentally Defective Child, in *Social Casework*, vol. 43, 1963. — pp. 190-193.
- PERLMAN, H.H. Social Diagnosis Leading to Social Treatment, in *Social Work in Child Health Projects for Mentally Retarded Children: Selected Papers* — District of Columbia: Department of Public Health, 1963.
- QUAST, W. The Role of Interpreventive Parent Interview in Diagnosis of Children, in J.L. Khana (ed.) *Brain Damage and Mental Retardation: A Psychological Evaluation*. — Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1968.
- SLOANE, H.N. et al. Successive modification of aggressive behaviour and aggressive fantasy play by management of contingencies, in *J. Child Psychol., Psych.*, vol. 8, 1967. — pp. 217-227.
- STEELE, S. Nursing Care of the Child with Long Term Illness. — New York: Appleton-Century Crofts, 1971.
- UYS, L.R. Psiigiatriese Verpleging van die Geestesvertraagde. — Bloemfontein: P.J. de Villiers, 1978.
- WOLF, M.M. et al. Application of Operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child: A follow-up and extension, in *Behav. Res. & Therapy*, vol. 5, 1967. — pp. 103-111.
- WOLFENBERGER, W. Counseling the Parents of the Retarded, in A.A. Baumeister (ed.), *Mental Retardation Appraisal, Education and Rehabilitation*. — Chicago: Aldine Publishing, 1967.
- WOLFF, I.S. Nursing Role in Counseling Parents of Mentally Retarded Children. — (S.I.): U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1964.