

**EMOSIONELE ONDERSTEUNING VAN  
MOEDERS MET KINDERS MET  
KOGLEËRE INPLANTINGS**

**TANIA DU TOIT**

**Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes**



**MAGISTER IN OPVOEDKUNDE  
OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDE**

**aan die**

**Universiteit Stellenbosch**

**Studieleier: Prof Estelle Swart**

**Desember 2008**

# VERKLARING

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die outeursregeienaar daarvan is (behalwe tot die mate uitdruklik anders aangedui) en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

**Datum:** 13 November 2008

Kopiereg © 2008 Universiteit van Stellenbosch  
Alle regte voorbehou

# OPSOMMING

Kogeleëre inplantings is elektriese toestelle wat in die oor ingeplant word, wat aan kinders met erge of uitermatige gehoorverlies toegang tot klanke kan gee en die geleentheid om dan gesproke taal aan te leer. Hierdie proses gaan gepaard met 'n delikate operasie en 'n intense rehabilitasie program. Ouers word direk hierdeur geraak en speel 'n kardinale rol in die proses van besluitneming, operasie en taalontwikkeling. Navorsingstudies het getoon dat hierdie proses verhoogde spanning by ouers veroorsaak en dat gemengde emosies aanvanklik beleef word. Ouers moet ook in aanmerking neem dat sommige kogeleëre inplantings onsuksesvol mag wees en nie toegang tot klank en die moontlikheid om gesproke taal aan te leer verskaf nie. Die eerste kontak wat ouers met professionele dienste/persone het, is gewoonlik met huisartse, dokters, oor-, neus- en keelspesialiste, oudioloë, spraakterapeute en maatskaplike werkers. Verdere navorsingstudies het getoon dat verhoudings tussen hierdie professionele persone en ouers nie altyd bevredigend is nie. Aangesien 'n moeder dikwels die persoon is wat die nouste saam met professionele persone werk, het die volgende navorsingsvrae ontstaan: Wat is moeders se ervaring van die emosionele ondersteuning wat hulle ontvang het tydens die diagnose, inplantingsproses en rehabilitasie, en wat is hul emosionele behoeftes in hierdie tyd? Weens 'n leemte in die literatuur oor die rol wat die opvoedkundige sielkundige in hierdie proses kan speel, het 'n derde vraag ontstaan: Wat is die rol wat 'n opvoedkundige sielkundige kan speel?

Die doel van hierdie generiese interpretatiewe navorsingstudie was om die ervarings van agt moeders van kinders met kogeleëre inplantings, se ervarings van ondersteuning en ondersteuningsbehoefte te analiseer, te beskryf en te verduidelik. Die studie is gedoen vanuit die interpretatiewe paradigma wat die kwalitatiewe navorsingontwerp gerig het. Data is deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude gegenereer. Die onderhoudsdata is getranskribeer en verwerk. Data is verwerk deur middel van aspekte van gegronde teorie-metodes. Bevindinge het getoon dat moeders se ervarings van die proses vir elke moeder uniek was, aangesien gesinne se situasies verskil. Moeders se behoeftes aan emosionele ondersteuning het ook verskil na aanleiding van hul unieke ervarings.

Daar is verder bevind dat daar 'n leemte is in die ondersteuning wat ouers ontvang na die rehabilitasie sodra kinders skool toe gaan en dat 'n opvoedkundige sielkundige 'n rol kan speel in hierdie fase. Voorstelle is gemaak om die ondersteuning wat moeders vanaf professionele dienste of persone ontvang, te verbeter.

# ABSTRACT

Cochlear implants are electronic devices implanted in the ear, which can give children with severe to profound hearing loss, access to sound and the opportunity to acquire spoken language. Such implants are achieved via a delicate surgical procedure, followed by an intensive rehabilitation program. Parents are intimately involved in this entire process and play a pivotal role in terms of decision-making, the surgery and the child's language development. Research has shown that this procedure causes increased stress levels in parents, as well as an initial experience of mixed emotions. They also have to consider that some cochlear implants are not successful and thus do not provide all children with access to sound and the possibility of learning spoken language. Parents' first contact with professional services/persons is generally doctors, ear, nose and throat specialists, audiologists, speech therapists and social workers. Further research shows that the relationship between such professionals and parents is not always satisfactory. As mothers often work closest with professionals, the following research questions arose: How do mothers experience the emotional support they receive during the diagnosis, implantation procedure and rehabilitation, and what are their emotional needs during this time? Because of a lack of literature concerning the role of educational psychologists in this process, a third question arose: What role can the educational psychologist play during the diagnosis of deafness and the cochlear implant process?

The purpose of this generic qualitative study, therefore, was to analyze, describe and explain the experience of eight mothers of children with cochlear implants, with regard to support and support needs. The study was conducted within the interpretive paradigm, which guided the qualitative research design. Data was collected by means of semi-structured interviews. The interview data were transcribed and analyzed. The data analysis was done by using aspects of grounded theory. The findings show that mothers' experiences of the process were unique, as the situation of each family differed. The eight mothers' needs for emotional support also differed because of their unique experiences. Furthermore, a lack of support to parents after the rehabilitation process, just before children start primary school, was identified, and it was established that the educational

psychologist can play a role in this phase and transition phases. Recommendations were made to improve the support mothers receive from professional services or people.

# BEDANKINGS

Om hierdie tesis te kon voltooi, het ek op soveel maniere persoonlik gegroei. Vir my was die bereiking hiervan 'n reis wat my baie na aan die hart lê. Vir die volgende mense wil ek dankie sê, omdat hulle elke tree van die reis saam my geloop het:

- Aan my Here, wat jare gelede die inisieerder van hierdie reis was, vir die krag om aan te hou en vir die vreugde om dit te voltooi.
- My man, Rudolph, dankie dat jy elke tree van die pad saam met my was, dat jy my soms gedra het, my altyd gemotiveer het en so mooi na my gekyk het.
- My ouers, Willie en Annamarie, dankie pa en ma vir julle onvoorwaardelike liefde, gebede en ondersteuning. Dankie dat julle in my glo - dit het my reis makliker gemaak.
- My broers, Heinrich en Ivan, dankie dat julle my altyd op julle hande dra. Dit is 'n voorreg om julle in my lewe te hê. Heinrich, dankie vir jou leiding en jou aanmoediging, dit is lekker om jou weer naby te hê. Ivan, dankie vir die spesiale mens wat jy is, ek waardeer jou baie. Ek wens jy was nader.
- My studieleier, Prof. Estelle Swart, dankie vir al die leiding, ondersteuning, hulp en uitdagings. U het regtig die beste uit my gehaal.
- Mignon van Vreden, Hesti Lourens, Zanel Viljoen, Gitte van Beek, Daleen Barkhuizen, Rechia de Wet, Celest Ferreira en Elzaan Pretorius vir julle ondersteuning, liefde, gebed en geduld. Julle vriendskap beteken die wêreld vir my.
- Rentia Meyer, jy is 'n groot inspirasie in my lewe, dankie vir soveel dae se speel en lag.
- Al die deelnemers vir hul bereidheid om hul ervarings met my te deel en hierdie studie soveel ryker te maak.
- Danie Steyl vir die taalversorging.
- Emmely Herbst vir die tegniese versorging.

# INHOUDSOPGAWE

## HOOFSTUK 1

<b>KONSEPTUALISERING VAN DIE STUDIE</b>	<b>1</b>
1.1 INLEIDING	1
1.2 MOTIVERING VIR HIERDIE STUDIE	6
1.3 PROBLEEMSTELLING	7
1.4 DOELSTELLING	8
1.5 NAVORSINGSONTWERP EN –METODOLOGIE	9
1.6 DATAGENERERING EN –VERWERKING	9
1.7 PROGRAM VAN DIE STUDIE	11

## HOOFSTUK 2

<b>LITERATUURSTUDIE</b>	<b>12</b>
2.1 INLEIDING	12
2.2 DOOFHEID	13
2.2.1 Vlakke van gehoorverlies	13
2.2.2 Aanvangsouderdom van gehoorverlies	14
2.2.3 Tipe gehoorverlies en etiologie van doofheid	15
2.3 KOGLEËRE INPLANTING	16
2.3.1 Werking van 'n kogleêre apparaat	18
2.3.2 Inplantingsprosedure	20
2.3.3 Kogleêre inplantingspan	21
2.4 ONDERSTEUNING VIR OUERS	23
2.4.1 Verskillende benaderings oor hoe ouers hanteer word	23
2.4.2 Emosionele ervaring en ondersteuning ontvang deur ouers	29
2.4.3 Hoe professionele persone ouers meer effektief kan ondersteun	31
2.5 DIE ROL VAN DIE OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGE	37
2.6 SAMEVATTING	39



## **HOOFSTUK 3**

<b>NAVORSINGSONTWERP EN –METODOLOGIE</b>	<b>40</b>
3.1 INLEIDING	40
3.2 NAVORSINGSPARADIGMA EN –ONTWERP	40
3.3 METODOLOGIE	42
3.3.1 Deelnemers aan die studie	43
3.4 GENERERING VAN KWALITATIEWE DATA	44
3.5 DATABESTUUR EN –VERWERKING	46
3.6 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID	47
3.6.1 Interne geldigheid	48
3.6.2 Eksterne geldigheid	50
3.6.3 Betroubaarheid	50
3.7 ETIESE ASPEKTE	51
3.8 DIE ROL VAN DIE NAVORSER	53
3.9 SAMEVATTING	53

## **HOOFSTUK 4**

<b>BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE</b>	<b>54</b>
4.1 INLEIDING	54
4.2 MOEDERS SE EMOSIONELE ERVARING EN HANTERING VAN DIE PROSES VAN DIAGNOSE EN OPERASIE UNIEK	55
4.3 MOEDERS SE ERVARING VAN DIE PROFESSIONELE DIENSTE/ PERSONE EN KWESSIES WAT MET DIE INPLANTING EN OPERASIE VERBAND HOU	58
4.4 MOEDERS SE ERVARING VAN ONDERSTEUNING	62
4.4.1 Behoefte van moeders aan ondersteuning	62
4.4.2 Langtermynondersteuning en –uitdagings	64
4.5 VERSKILLENDE FASES VAN ONDERSTEUNING IN DIE PROSES	68
4.5.1 Aanvanklike fase van die verwysing en diagnose	68
4.5.2 Middelfase wat strek vanaf die operasie tot rehabilitasie	69
4.5.3 Toekomstige fase wat behels kwessies rondom die hoofstroomskool	69
4.6 SAMEVATTING	70

## **HOOFSTUK 5**

<b>INTERPRETASIE EN AANBEVELINGS</b>	<b>71</b>
5.1 INLEIDING	71
5.2 INTERPRETASIE VAN DIE BEVINDINGE	72
5.2.1 Moeders se emosionele ervaring en hantering van die proses van diagnose, operasie en taalontwikkeling is uniek	72
5.2.2 Moeders se ervaring van die professionele dienste/persone en kwessies wat met inplanting en operasie verband hou	73
5.2.3 Moeders se ervaring van ondersteuning	74
5.3 AANBEVELINGS VIR DIE PRAKTYK	76
5.4 VERDERE NAVORSINGSMOONTLIKHEDE	77
5.5 VOORDELE EN BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	77
5.6 SAMEVATTING	78
BRONNELYS	80

## LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1	Vyf kategorieë van gehoorverlies	14
Tabel 2.2	Funksies van elke lid van die inplantingspan	22
Tabel 2.3	Psigososiale ondersteuning van ouers	30
Tabel 2.4	Hoe professionele persone ouers effektief kan ondersteun	33
Tabel 2.5	Ouers se menings oor aspekte wat 'n rol speel by kogleêre inplantings	35
Tabel 2.6	Emosionele behoeftes van ouers van kinders met kogleêre inplantings	37
Tabel 2.7	Inligting oor die deelnemers se kinders	45

## LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1	Die werking van 'n kogleêre inplanting	19
Figuur 2.2	Illustrasie van die posisie van die kogleêre inplantings-apparaat	20
Figuur 2.3	Skematiese voorstelling van benaderings oor ouers met kinders met gestremdhede verwerk uit Ferguson(2002)	26
Figuur 3.1	Voorbeeld van oop kodering	48

# LYS VAN BYLAE

<b>A</b>	Toestemmingsbrief van Cochlear Ltd	91
<b>B</b>	Toestemmingsbrief aan moeders	93
<b>C</b>	Onderhoudsgids	97
<b>D</b>	Aksiale kodering	99
<b>E</b>	Rou data	101

# HOOFSTUK 1

## KONSEPTUALISERING VAN DIE STUDIE

### 1.1 INLEIDING

Kogleêre inplantings is elektriese toestelle wat in die oor ingeplant word, wat aan kinders met erge of uitermatige gehoorverlies toegang tot klanke kan gee wat hulle andersins nie sou gehad het nie. Hierdie toegang tot klanke skep die geleentheid vir van die kinders om dan gesproke taal aan te leer. Sommige kogleêre inplantings is egter onsuksesvol en verskaf nie toegang van klank en die moontlikheid om gesproke taal aan te leer nie. Hierdie elektroniese toestel word in die koglea ingeplant en verander klanke na elektriese impulse wat deur middel van die gehoorsenuwee na die brein gelei word. Navorsing oor die effek van elektroniese stimulasie op die ouditiewe gehoorstelsel om gehoor te verbeter, vind reeds vanaf 1800 plaas. In 1957 is die eerste kogleêre apparaat in Frankryk ontwikkel, en in 1980 is inplantings van hierdie aparate regoor die wêreld gedoen, maar het hoofsaaklik op volwassenes gefokus (Estabrooks, 1998; Spencer & Marschark, 2003; Flynn, 2003).

Die eerste kogleêre inplanting is eers in 1986 in Suid Afrika by die Stellenbosch Universiteit se Tygerberg Hospitaal in die Wes-Kaap gedoen. Volgens Lida Müller, oudioloog by die Kogleêre Inplantingseenheid by die Tygerberg Hospitaal, het 331 pasiënte reeds vanaf 1986 inplantings ontvang. Kogleêre inplantings word tans gesien as die suksesvolste wyse vir behandeling van kinders en volwassenes met erge of uitermatige gehoorverlies. Dit gee hulle die geleentheid om te kan hoor, taalvaardighede aan te leer en te leer praat (Balkany, Hodges, Miyamoto, Gibbin & Odasbasi, 2001; Flynn, 2003; Incesulu, Vural & Erkam, 2003). Tans ontvang kinders vanaf die ouderdom van tussen ses maande en twee jaar hul eerste kogleêre inplantings, en volgens dr. Wagenfeld (in Müller & Wagenfeld, 2003), die Direkteur van die Kogleêre Inplantingsprogram by die Tygerberg Hospitaal, is die eerste ses maande vanaf 'n kind se geboorte 'n kritieke tyd vir taalontwikkeling. Hoe vroeër 'n gehoorgestremdheid dus geïdentifiseer word, hoe vinniger kan die intervensie plaasvind. 'n Kogleêre inplanting bevorder nie net gehoor en taal nie. Dit mag voordele inhou vir psigososiale ontwikkeling (Sach & Whynes, 2005). Hierdie

kinders kry dus die geleentheid om in 'n horende gemeenskap groot te word en in 'n hoofstroomskool wat moontlik nader aan die huis is, onderrig te ontvang. Alhoewel 'n kogleêre inplanting voordele vir kinders inhou, kry ouers dikwels swaar aangesien hulle gedurende hierdie tyd 'n kardinale rol in hul kinders se lewens speel. Hulle dra die grootste verantwoordelikheid (Incesulu *et al.*, 2003) en risiko ten opsigte van progressie, rehabilitasie, instandhouding en gebruik van die aparate asook gevolge van die intervensieprosedure wat hulle kies om te volg.

Verhoogde druk en spanning kom by ouers voor wat die diagnose van gehoorverlies by hul kind ontvang. Volgens Horsch, Weber, Bertram en Detrouis (1997) toon literatuur dat ouers van kinders met gehoorgestremdhede dikwels meer gespanne is as ouers van horende kinders, weens die hoë ouerlike verantwoordelikhede. Burger, Spahn, Richter, Eissele, Löhle en Bengel (2005) voeg by dat psigososiale spanning van ouers menigmaal aan die gehoorverlies van hul kind gekoppel word. Nie net moet hulle die nuus aanvaar dat hul kind nie kan hoor nie, maar hulle moet ook skielik ernstige besluite oor die mees geskikte intervensie vir hul kind neem (Spahn, Richter, Zshocke, Löhle & Wirsching, 2001; Spahn, Burger, Löschmann, Richter, 2004; Luterman, 2004; Yuelin, Bain, & Steinberg, 2004). Daar word gemeen dat *"learning that a child is handicapped, whether this knowledge comes at birth or at some later date, is one of the most stressful of family experiences"* (Koester & Meadow-Orleans, 1990, p. 299). Hieruit kan afgelei word dat ouers verhoogde spanning sal beleef indien hulle kind met 'n gehoorverlies gediagnoseer word.

Menige ouers wat nog nooit vantevore met gehoorgestremdheid kennis gemaak het nie, bevind hulle in 'n lewensveranderende situasie wat totaal vreemd, spanningsvol en angswekkend is. Die skielike veranderinge in die daaglikse roetine of lewe lei tot verdere verhoogde spanning. Quintter, Steck en Rouiller (1991) identifiseer die volgende kontekstuele stressors wat tot verhoogde spanning kan lei: verandering in ouerskaprolle, veiligheid van die kind (bv. aparate mag nie nat word nie, of beserings aan die hoof kan werking van die aparate beïnvloed), veranderde daaglikse omstandighede (baie tyd moet by spesialiste en hospitale spandeer word), kommunikasie met spesialiste en ander familieledes asook hantering van die kind se gedrag. Finansiële druk en druk op ouers se loopbane, byvoorbeeld die

moeder wat tuis by die kind wil of moet bly (Koester & Meadow-Orleans, 1990), is ook verdere faktore wat tot spanning kan lei.

Hierdie veranderinge in daaglikse lewensomstandighede kan verskeie onbekende emosies veroorsaak. Quintter *et al.* (1991) het in hul studie gevind dat hoë vlakke van spanning tot verhoogde simptome van depressie, angstigheid, aggressie en ook fisieke ongesteldheid kan lei. Ander emosies wat ouers beleef is ook deur verskeie outeurs geïdentifiseer, naamlik ontkenning, ambivalensie, angstigheid, onsekerheid en opgewondenheid wat gedurig wissel voor, tydens en na die operasie (Koester & Meadow-Orleans, 1990; Edwards, MaCardle, Doney & Bellman, 2000; Allegretti, 2002; Luterman, 2004; Anagnostou, Graham & Crocker, 2007). Die proses van diagnose tot en met die inplanting is dus 'n stresvolle en traumatiese tyd waarin 'n mengsel van emosies vasgevang word.

Hierdie emosies kan vir ouers oorweldigend wees en hul dikwels magteloos en onseker laat. Al kan die ervaring vir ouers baie spanningsvol wees, meen Edwards *et al.* (2000) egter dat daar 'n proses van aanpassing en buigsaamheid plaasvind wat die spanningsvlakke verminder sodra die gebruik van die inplanting gevestig is. Ondersteuning wat aan ouers gebied word, kan 'n groot verskil maak in die ervaring van ouers van kinders met gehoorverlies en diegene wat kogleêre inplantings ontvang (Most & Zaidman-Zait, 2001; Anagnostou, *et al.*, 2007). Koester en Meadow-Orleans (1990, p. 11) bevestig dit deur die volgende: *"The context and emotional support provided at the time of a child's hearing loss is diagnosed may be crucial for setting the tone of parental acceptance of suggestions regarding early training and methods of communicating with the child."* Die konsep ondersteuning word deur Reber (1995) in die 'Dictionary of Psychology' beskryf as vertroosting, onvoorwaardelike aanvaarding, goedkeuring en bemoediging wat welstand en beterskap teweegbring. Dit is daarom belangrik dat professionele persone opgelei word om aan ouers van kinders met kogleêre inplantings ondersteuning te bied. DesGeorges (2003, p. 90), 'n moeder van 'n kind met 'n gehoorgestremdheid, spreek die volgende mening uit: *"Understanding the experiences of families can help build a system that not only offers services based on professional training and expertise, but also offers a family-oriented experience that works for real families, in real life settings."* Anagnostou *et al.* (2007) brei verder hierop uit deur te sê dat



professionele persone ouers moet ondersteun, sodat hulle hul eie emosies verstaan en uitdagings wat tydens inplanting mag voorkom, kan hanteer. Die ondersteuning kan ook help om sosiale uitdagings met familie en vriende asook negatiewe houdings vanaf die gemeenskap teenoor die familie en kind te hanteer. Ouers behoort gevolglik die geleentheid gegun te word om voor en na 'n inplanting hul emosies (angs, skuld, frustrasie en vrees) te verken, om van hul behandelingsopsies bewus te raak en leiding te ontvang oor realistiese verwagtings oor die verandering wat 'n inplanting meebring al dan nie. Ouers het verskillende behoeftes oor die raad en leiding wat hulle tydens die proses van diagnose, operasie en rehabilitasie benodig, daarom argumenteer Most en Zaidman-Zait (2001, p. 100) soos volg: *"To make sure the parental needs are properly addressed, it is imperative that professionals study and understand the needs and desires of the parents with whom they collaborate."* Om dus 'n effektiewe diens aan ouers te kan lewer, is dit belangrik om te weet wat ouers se spesifieke behoeftes is. Dit is daarom ook die rasonaal van hierdie studie.

Die kogleêre inplantingspan, wat bestaan uit algemene praktisyns, pediater, oor-, neus- en keelspesialiste, oudioloë, spraakterapeute, onderwysers, maatskaplike werkers en sielkundiges, vorm 'n ondersteuningsstelsel waarmee ouers eerste in aanraking kom. Hierdie ondersteuningsstelsel verskaf inligting, gee raad en leiding, beantwoord vrae en bied emosionele bystand. DesGeorges (2003) beklemtoon dat dit hierdie ondersteuningsstelsel se rol is om ouers se vermoë om besluite oor die gebruik van tegnologie te neem of die keuse van kommunikasie te verbeter deur die ondersteuning en inligting wat aan ouers gegee word. Studies het verder getoon dat ouers se optimale betrokkenheid in die besluitnemingsproses van kardinale belang is in die rehabilitasieprogram (Fryauf-Bertschy, Tyler, Kelsay, Gantz & Woodworth, 1997; Perold, 2001; Calien & Hugo, 2002; Archbold, 2003; DesJardin, Eisenberg & Hodapp, 2006). Aangesien die verhouding tussen professionele persone en ouers dikwels tot frustrasie en spanning kan lei, beklemtoon Berry en Hardman (1998, p. 124) die volgende:

*"Success for parents, and ultimately for their children, as the home mesosystem connects with the service delivery mesosystems, depends on effective parent professional communication and a relationship built on collaboration."*

Hieruit kan dus afgelei word dat die medewerking tussen ouers en medici in die proses van effektiewe inplanting belangrik is.

Professionele persone word opgelei volgens verskillende modelle of paradigmas wat hulle sienings oor ouers van kinders met gestremdhede asook die wyse waarop hulle ouers hanteer en ondersteun, beïnvloed. Hierdie sienings het oor die jare verander en is steeds besig om te verander. In die literatuur is tradisioneel gefokus op die smart, woede en skuldgevoelens wat ouers na 'n diagnose van onder andere gehoorverlies beleef (Tanner, 1980; Mishel, 1999; Kurtzer-White & Luterman, 2001; Luterman, 2004). Die smart-paradigma kan egter nie tot alle gesinne veralgemeen word nie (Burger *et al.*, 2005; Anagnostou *et al.*, 2007). In die laaste twintig jaar het veranderinge eers ten opsigte van mense met gestremdhede en hul families plaasgevind, wat meer sigbaar geword het tydens en na die "*World Conference on Special Needs Education*" in Salamanca in 1994.

Die Wêreldkonferensie oor spesiale onderwysbehoefte in Salamanca in 1994 (UNESCO, 1994) het 'n groot invloed op die regte van kinders met gestremdhede en onderrig gehad. Hierdie konferensie was maar een geleentheid wat tot groot veranderinge wêreldwyd bygedra het. Die hoofokus was om mense met gestremdhede nie meer uit te sluit nie, maar van die daaglikse samelewing deel te maak. Dit impliseer onder andere dat alle kinders met 'n gestremdheid die reg het om 'n hoofstroomskool van hul keuse by te woon. Die skool moet dus by die kind se spesiale leerbehoefte aanpas. Hierdie verandering het ook daartoe gelei dat professionele persone kinders met gestremdhede en hul ouers anders moet hanteer en nie net een opsie, naamlik spesiale onderwys, aanbeveel nie.

In 'n artikel "*A Place in the Family*" beskryf Ferguson (2002) die verloop van hierdie veranderinge wat oor tyd plaasgevind het vanaf die smart-teorie tot huidige sienings daaroor. Hy beskryf vier verskillende tipes benaderings tussen 1920 en 1980, wat die sosiohistoriese konteks van daardie tyd en hoe ouers hanteer word, reflekteer. Elke benadering het 'n ander siening oor hoe ouers optree, wat navorsers sowel as medici anders teenoor ouers laat optree. Hy sluit af met 'n beskrywing van drie benaderings wat na 1980 ontstaan het en op die aanpasbaarheid van gesinne fokus. Meer volledige beskrywings van elke benadering volg in hoofstuk 2 (Kyk 3.1).

## 1.2 MOTIVERING VIR HIERDIE STUDIE

'n Besoek as uitruilstudent aan die Hogeschool Utrecht, Nederland, het my gemotiveer om hierdie studie te onderneem. Ek het 'n ondersoek gedoen na die emosionele ondersteuning wat ouers in Nederland ontvang. My bevinding was dat ontwikkelde lande soos Nederland ver gevorderd is met die emosionele ondersteuning wat aan ouers gebied word. Ouers word direk nadat hulle 'n diagnose van gehoorgestremdheid ontvang het, verwys na die Stigting vir Gesinsbegeleiding in Amsterdam (SGA) waar hulle die dienste van 'n gesinsbegeleier wat hulle dan ondersteun en begelei, sal ontvang (NSDSK, 2005). 'n Begeleier is gewoonlik 'n leerondersteuningsonderwyser, 'n opvoedkundige sielkundige of kindersielkundige. Die gesinsbegeleier se rol is om ouers in die proses van besluitneming te begelei, emosioneel te ondersteun en hulle in kontak te bring met medici sowel as ander ouers wat reeds deur die proses is. In 'n ontwikkelende land soos Suid-Afrika, waar bronne en navorsing beperk is, moet gekyk word na watter begeleiding en ondersteuning ouers in die Suid-Afrikaanse konteks benodig.

'n Verdere motivering vir die studie het ontstaan uit persoonlike ervaring met 'n gesin met 'n dogtertjie wat haar eerste inplanting in Maart 2004 en die tweede inplanting in Julie 2004 ontvang het. Ek was betrokke by die taalontwikkelingsprogram. Tydens my betrokkenheid het die moeder my ingelig dat sy gedurende die proses vanaf diagnose tot rehabilitasie nooit die geleentheid gegun is om oor emosies of vrese te praat nie. Die ondersteuningsdienste wat wel beskikbaar was, was nie effektief genoeg nie. Dit het my laat wonder oor die dienste wat beskikbaar is en hoe ouers emosioneel meer effektief ondersteuning kan word.

Menige studies ten opsigte van die emosionele behoeftes en ervarings van ouers van kinders met kogleêre inplantings is reeds internasionaal gedoen, maar net enkele navorsingstudies is in Suid-Afrika gedoen (de Swart, 1997; Perold, 2001; Calien & Hugo, 2002). De Swart (1997) het 'n studie gedoen oor die rol wat 'n maatskaplike werker in die multiprofessionele span kan speel. Die bevinding was dat die maatskaplike werker 'n belangrike rol in die assessering van pasiënte wat kandidate vir kogleêre inplantings kan speel. Perold (2001) se studie oor die verwagtinge wat ouers van kinders met kogleêre inplantings het, het bevind dat

verwagtinge oor tyd verander, verwagtinge gebaseer op hoop of kennis oor tyd fluktueer en dat daar 'n verhouding is tussen die verwagtinge en bevredigende uitkomst. Calien en Hugo (2002) se studie handel oor ouers van kinders met kogleêre inplantings se vermoë om by die situasie aan te pas en dit te hanteer. Die bevindinge het getoon dat hul wel die aanpassing goed hanteer, maar verskeie leemtes in die ondersteuningsstelsel is geïdentifiseer, byvoorbeeld dat skoolpersoneel meer deel moet vorm van die multiprofessionele inplantingspan. Dit laat 'n vraag ontstaan oor die aard en omvang van emosionele ondersteuning wat ouers in 'n Suid-Afrikaanse konteks benodig. In die veld van opvoedkundige sielkunde is geen gebrek aan literatuur oor kinders en gestremdhede en hul families nie. Daar is wel 'n gaping in die literatuur oor die rol wat opvoedkundige sielkundiges in die ondersteuning van ouers van kinders met kogleêre inplantings kan speel. Archbold (2003) verduidelik dat die rol van die opvoedkundige sielkundige binne die kogleêre inplantingspan is om kinders in die mees geskikte skool te plaas. Verder verduidelik sy dat realistiese verwagtinge die plasing van 'n kind kan beïnvloed. Dit is ook die rol van die opvoedkundige sielkundige om 'n kind se ontwikkeling ten opsigte van ander leerprobleme wat moontlik die rehabilitasieprogram kan beïnvloed, te assesser. Die fokus is egter steeds op die kind. Uit die aard van hierdie hoofstuk sal die rol van die opvoedkundige sielkundige breedvoerig in hoofstuk 3 (3.5) bespreek word.

Die motiverings soos bespreek het my aangemoedig om hierdie studie te onderneem om sodoende ouers van kinders met kogleêre inplantings se behoeftes asook die potensiële rol wat opvoedkundige sielkundiges kan speel, beter te verstaan.

### **1.3 PROBLEEMSTELLING**

Mediese kennis oor kogleêre inplantings raak al meer gevorderd, wat tot gevolg het dat meer kinders die toestelle ontvang. Ouers word oorval met mediese inligting, maar kry min emosionele ondersteuning vanaf hul kind se diagnose van gehoorverlies. Dit laat ouers soms onbevoeg en magteloos voel. In Suid-Afrika het 331 kinders reeds sedert 1986 inplantings gehad. In 'n soektog op die Internetdatabasis "SA Studies" is ses studies gevind wat oor families en kogleêre

inplantings handel, waarvan vier studies ongepubliseerde doktorsale en meestersgraadtesis is. Soos reeds in afdeling 3.2 bespreek is, is twee gepubliseerde studies deur Calien en Hugo (2002) en Perold (2002) gedoen. Na aanleiding van hierdie soektog is afgelei dat 'n leemte bestaan in literatuur wat handel oor die behoeftes en die opvoedkundige en sielkundige ondersteuning wat ouers van kinders met kogleêre inplantings ontvang. Alhoewel navorsingstudies al in lande soos Denemarke, België, Nederland, Israel, Amerika en Engeland gedoen is (Mikkelsen, Nielsen & Ranmussen, 2001; Most & Zaidman-Zait, 2001; De Raeve, 2006; Desjardin *et al.*, 2006), kan 'n studie in Suid-Afrika bydra tot 'n beter begrip van ouers se ervarings van die diagnose tot rehabilitasie en die effektiewe ondersteuning wat ouers van kinders wat kogleêre inplantings het, ontvang. Hierdie studie se fokus het ontwikkel tot 'n fokus op moeders, aangesien hulle tydens die veldwerk telkens alleen vir die afspraak opgedaag het en dikwels meer in die proses betrokke was. Aangesien hulle die bron van informasie was, is data oor hulle ervarings gegeneer en ontleed. Die aanname is dus gemaak dat hulle oor hul eie ervarings kon praat maar slegs hul persepsies van hul eggenoot se ervaring kon weergee.

Die navorsingsprobleem kan met die volgende drie vrae uiteengesit word:

1. Wat is moeders se ervaring van die emosionele ondersteuning wat hulle met die diagnose van hul kind se doofheid, tydens die operasieprosedures en na die rehabilitasie ontvang het?
2. Wat is moeders se emosionele behoeftes tydens hierdie tyd?
3. Watter rol kan 'n opvoedkundige sielkundige tydens die proses speel?

## **1.4 DOELSTELLINGS**

Die doel van die studie is om deur semi-gestruktureerde onderhoude die ervarings van ondersteuning en ondersteuningsbehoefte van moeders van kinders met kogleêre inplantings te analiseer en te beskryf. Moeders sal deur onderhoude vertel van hulle ervarings vanaf die proses waartydens hulle kinders met doofheid gediagnoseer is totdat hul kinders inplantings gekry het, asook die rehabilitasie wat na die tyd plaasgevind het. Die tweede doelwit van die studie is om die ervarings en behoeftes van moeders tydens die periode gedurende inplantering vas te stel en te

beskryf. Die derde doelwit is om die rol van die opvoedkundige sielkundige as deel van die multidissiplinêre span te bepaal en te omskryf.

## 1.5 NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

'n Paradigma of teoretiese raamwerk word in navorsingstudies gebruik om die fondasie van die studie te lê en die navorser te help om sy studie daarvolgens te struktureer. Terre Blanche en Durrheim (1999) beskryf verder dat paradigmas 'n navorser se denke en praktyk rig tot hul spesifieke vraagstuk. Navorsing vind volgens hulle binne een van die volgende drie teoretiese raamwerke plaas, naamlik die positivistiese, kritiese en interpretatiewe paradigmas. Hierdie studie is gedoen vanuit die interpretatiewe paradigma, omdat ek wou vasstel hoe mense aan hul eie ervarings betekenis gee. Die interpretatiewe paradigma word soos volg deur Merriam (1998, p. 4) beskryf: *"Understanding the meaning of the process or experience constitutes the knowledge to be gained from an inductive, hypothesis- or theory-generating (rather than a deductive or testing) mode of inquiry."* In hoofstuk 3 word die paradigma breedvoerig bespreek.

Die navorsingsontwerp wat gevolg is, is 'n generiese interpretatiewe studie met aspekte van gegronde teorie-metodes oftewel *"grounded theory"*. Merriam (1998) beskryf dat generiese interpretatiewe studies beoog om 'n fenomeen, 'n proses of die perspektiewe en wêreldsiening van die mense betrokke te beskryf. Hierdie studies behels beskrywing, interpretasies en begrip of verstaan. Charmaz (2005) beskryf gegronde teorie-metodes as sistematiese, buigsame metodes vir die generering en verwerking van data om teorieë uit die data self te genereer. Hierdie metode komplementêr ander kwalitatiewe benaderings (Charmaz, 2005). Ryk, gedetailleerde, diepgaande data oor die ervarings van individue onthul deelnemers se gevoelens, emosies, aksies en intensies. Vir my as navorser is hierdie tipe data van uiterste belang, want dit vorm die raamwerk waarop die studie gebou word (Charmaz, 2005). Verder beoog dit om nuwe konsepte, insigte en begrip te vorm uit patrone in verbale data soos gegenereer deur onderhoudvoering.

## 1.6 DATAGENERERING EN -VERWERKING

Onderhoudvoering is 'n interaktiewe gesprek wat tussen 'n onderhoudvoerder en 'n deelnemer plaasvind om 'n spesifieke doel te bereik. Die doel van 'n onderhoud is

om spesifieke temas aan te spreek of te bespreek wat relevant tot die studie is. Dit word gedoen deur die onderhoudvoerder wat die onderhoud in 'n spesifieke rigting stuur (Babbie & Mouton, 2001; Charmaz, 2005). Semi-gestruktureerde onderhoude is met agt moeders van kinders met kogleêre inplantings in die Wes-Kaap gevoer. Met die navorsingsvraag in gedagte is 'n onderhoudsgids (kyk Bylae C) met gestruktureerde en ongestruktureerde vrae met behulp van die literatuurstudie en insette van deskundiges soos oudioloë en spraakterapeute verfyn. Elke situasie en ervaring is uniek, dus was daar buigsaamheid in die geval van byvoegings en aanpassings.

Die deelnemers aan hierdie verkennende ondersoek is doelbewus geselekteer. Die moeders<sup>1</sup> wat aan die projek deelgeneem het, is beskou as "*information-rich cases*" (Merriam, 1998, p. 61) omdat hulle reeds deur die proses van inplanting gegaan het en dus hulle ervarings kon deel. Spesifieke seleksiekriteria het die volgende ingesluit:

- Moeders uit die Wes-Kaap omgewing.
- Moeders wat reeds deur 'n proses van inplanting gegaan het.
- Inplantings is na 2000 gedoen. (In 'n loodstudie is gevind dat indien die inplantingstyd te lank gelede is, ouers nie presies kan onthou wat hulle ervarings tydens die inplantingsproses was nie).
- Verteenwoordigers uit 'n spektrum van sosiaal-ekonomiese klasse.

Persone is telefonies geskakel om instemming te verkry asook afsprake te reël wanneer dit hulle pas. Onderhoude is gevoer, waarna die onderhoudsdata verbatim getranskribeer is. Hierdie data is tydens die verloop van die studie verwerk. Gegrondeteorie-metodes is as dataverwerkingsmetode in hierdie studie gevolg. Data vorm die basis van die teorie en die konsepte word uit die verwerking van die data gevorm (Charmaz, 2005).

---

<sup>1</sup> Die projek het aanvanklik beplan om die ervarings van ouerpare te ondersoek. Weens praktiese redes wat later bespreek word het die projek gestalte gekry met moeders wat deelneem en vaders wat kinders opgepas het of besluit het dat die moeders meer inligting sou kon deel.

## **1.7 PROGRAM VAN DIE STUDIE**

Hoofstuk 2 bevat 'n bespreking van navorsingsliteratuur oor relevante aspekte rondom kognitiewe implantings, benaderings oor hoe ouers van kinders met gestremdhede hanteer word, ondersteuningsbehoefte van ouers en die rol van die opvoedkundige sielkundige. Die navorsingsontwerp en –metodologie, asook datagenerering, databestuur en dataverwerking, word in hoofstuk 3 bespreek. 'n Beskrywing van die bevindinge van die studie word in hoofstuk 4 gegee. Hoofstuk 5 volg met die interpretasie en implikasies van die data, sowel as die beperkinge, verdere aanbevelings en verdere navorsingsmoontlikhede.



# HOOFSTUK 2

## LITERATUURSTUDIE

### 2.1 INLEIDING

Doofheid kan mense verhoed om interaksie te hê met die horende gemeenskap waarin hulle grootword. Doofheid het daarom 'n ingrypende effek op alledaagse sosiale interaksie. Die mens se denke, kennis en sosiale interaksie word gebou op die vermoë te kommunikeer. Kogleêre inplantings (soos reeds in hoofstuk 1 bespreek) bied daarom aan sommige kinders die geleentheid om gesproke taal aan te leer en deel te neem aan kennisgenerering en sosiale interaksie.

Hierdie hoofstuk bespreek en analiseer literatuur wat relevant is tot hierdie studie, waarna 'n teoretiese raamwerk uiteengesit sal word oor die ondersteuning van ouers. Om die intensiteit van die stresvolle proses van ouers te verstaan, moet gekyk word na aspekte wat met die inplanting van die kogleêre apparaat gepaard gaan. Tog kan kogleêre inplantings nie in isolasie van doofheid bespreek word nie. Die hoofstuk word in vier afdelings verdeel. Die eerste afdeling handel oor aspekte van doofheid. Die tweede afdeling van die hoofstuk handel oor die volgende relevante aspekte van 'n kogleêre inplanting:

1. Werking van 'n kogleêre inplantingsstelsel.
2. Die inplantingsprosedure.
3. Die kogleêre inplantingspan.

In afdeling drie word 'n teoretiese raamwerk vir die ondersteuning en ervarings van ouers bespreek en sluit die volgende in:

1. Verskillende benaderings van hoe ouers hanteer word.
2. Emosionele ervarings en ondersteuning deur ouers ontvang.
3. Hoe professionele persone meer effektiewe ondersteuning aan ouers kan bied.

Laastens handel die afdeling oor die rol wat 'n opvoedkundige sielkundige in hierdie proses kan speel.

## 2.2 DOOFHEID

Elke persoon se verhaal oor hoe en wanneer hy of sy doof geword het, verskil. Die oorsaak van gehoorverlies, die graad en tipe, die aanvang asook die intervensie- en kommunikasiemetode sal daarom van persoon tot persoon verskil. Vir die doel van hierdie studie wat hoofsaaklik fokus op die ondersteuning van moeders sal doofheid en die definisie daarvan, die vyf kategorieë van gehoorverlies, die oorsake en die drie tipes gehoorverlies kortliks bespreek word. Doofheid speel wel 'n belangrike rol in die onderbou van hierdie studie aangesien kinders wat kogleëre inplantingsisteme ontvang op een of ander stadium hul gehoor verloor het of doof gebore is.

Terme soos 'gehoorgestremdheid', 'gehoorverlies' of 'gehoorversteuring' is in die verlede gebruik om na persone met gehoorverlies te verwys. Alhoewel hierdie terme nog algemeen gebruik word, beklemtoon Storbeck (2005) dat navorsers verkies om 'n meer generiese term 'doofheid' te gebruik, wat verwys na alle vlakke van gehoorverlies. Daar word wel onderskei tussen doofheid en hardhorendheid. Doofheid is 'n sensoriese defek waar 'n persoon geen vorm van klank kan hoor nie, en so 'n persoon sal min tot geen baat by gehoorapparate vind nie. Hard horendheid, daarenteen, is die verlies van gehoor, wat in gevalle soos geringe gehoorverlies deur gehoorapparate versterk kan word sodat 'n persoon spraak kan verstaan. Storbeck (2005) noem vier kategorieë waarna verwys word indien daar na die fisiese oudiologiese komponente van doofheid verwys word, naamlik die vlak van die gehoorverlies, die aanvangsouderdome, die tipe gehoorverlies en die oorsaak of etiologie van die gehoorverlies. Hierdie vier komponente word kortliks bespreek.

### 2.2.1 Vlakke van gehoorverlies

Soos reeds genoem, verskil elke persoon se graad van doofheid, en as gevolg hiervan word doofheid in kategorieë geklassifiseer. Die kategorieë word in die volgende tabel uiteengestel:

Tabel 2.1: Die vyf kategorieë van gehoorverlies

Tipe gehoorverlies	Gemeet in desiBels (dB)	
Normale gehoor	0-25dB	
Geringe gehoorverlies	25-40dB	
Matige gehoorverlies	41-55dB	⇒ Hardhorend
Matige ernstige gehoorverlies	55-70dB	
Erge gehoorverlies	71-90dB	
Uitermatige gehoorverlies	91-110dB	⇒ Doof

(Vertaal en aangepas uit Basinger, C. (2000) en Storbeck, C. (2005))

Soos in die tabel aangedui bestaan daar twee hoofkategorieë naamlik hardhorendheid wat strek van 25-55dB en doofheid wat strek vanaf 56dB tot by 110dB. Vir elke klassifikasie is daar verskeie aspekte wat 'n rol speel in die taal en spraak asook die wyse van intervensie. Die vlak van gehoorverlies word deur 'n oudioloog bepaal en aangedui op 'n oudiogram. 'n Oudiogram of die 'speech banana' (Heller, Alberto, Forney & Schwartzman, 1996) is 'n kaart waarop alle klanke gekarteer word volgens frekwensie en intensiteit.

### 2.2.2 Aanvangsouderdome van gehoorverlies

Die aanvangsouderdome van gehoorverlies speel 'n rol in die intervensie wat gevolg sal word. Twee terme word gebruik naamlik prelinguaal en postlinguaal. Prelinguaal beteken dat gehoorverlies plaasgevind het voordat gesproke taal aangeleer is terwyl postlinguaal verwys na gehoorverlies wat plaasgevind het nadat gesproke taal aangeleer is (Heller *et al.*, 1996; Basinger, 2000). Natuurlike taal ontwikkel voordat kinders skool toe gaan en kinders leer dan makliker gebaretaal aan. Meeste persone wat doof geword het voordat taal aangeleer is, sien hulself as deel van die Dowe gemeenskap en verkies gebaretaal as verkose kommunikasie wyse.

Daar is ook kritiek vanaf die Dowe gemeenskap teenoor die gebruik van die kogleêre inplantingsstelsel aangesien hulle meen dat dit in konflik is met die sosiale, kulturele en linguïstiese oortuigings van die dowe gemeenskap is (Hyde & Power, 2000). Verder meen hulle dat die horende ouers inbreuk maak op individuele regte van hul dowe kind. Hyde en Power (2000) argumenteer ook dat maatskappye wat kogleêre inplantingsstelsels vervaardig, doofheid ontken en die idee skep dat Dowe

persone nie normale ontwikkeling toon nie maar wel in isolasie, stilte en eensaamheid woon.

Persone wat doof word nadat hulle taal aangeleer het, se kommunikasiewyse sal beïnvloed word deur verskeie faktore soos die skool waarheen hulle gaan, die kommunikasiemiddels wat deur die skool aangebied word (gebaretaal interpreteerders). Ouers moet die moeilike besluit neem oor watter wyse van kommunikasie hulle vir hul kind gaan kies (gebaretaal, orale taal of totale kommunikasie benaderings) (Storbeck, 2005). Elke benadering het 'n ander filosofie waarvolgens hulle kinders onderrig.

### **2.2.3 Tipe gehoorverlies en etiologie van doofheid**

Drie tipes gehoorverlies word geïdentifiseer wat kortliks bespreek sal word, naamlik konduktiewe, neurale en sensories-neurale gehoorverlies. Konduktiewe gehoorverlies word veroorsaak deur 'n obstruksie, ontsteking of ander steuring wat die fisiese geleiding van klankgolwe vanaf die buite- na die binneoor verhinder (Balkany *et al.*, 2001; Allegretti, 2002; Donald, Lazarus & Lolwana, 2002; Flynn, 2003; Storbeck, 2005). Die bekendste oorsake van konduktiewe gehoorverlies in die buiteoor is obstruksies in die buite-oor, fisiese misvorming van die buite-oor, infeksie in die buitenste ouditiewe kanaal soos byvoorbeeld 'swimmer's ear' (Heller *et al.*, 1996), ernstige otosklerose of die perforering van die tympanum membraan of oordrom. Dit kan veroorsaak dat sekere klanke wat onduidelik uitgespreek word, gemis word. Konduktiewe gehoorverlies is 'n tydelike toestand wat deur medikasie, sjirurgie, pypies ("grommets") en gehoorapparate behandel kan word. Konduktiewe gehoorverlies in die middel-oor word hoofsaaklik deur bakteriële of virale Otitis media<sup>2</sup> of Cholesteatoma veroorsaak. Antibiotika is die gekose vorm van behandeling vir Otitis media.

Neurale gehoorverlies vind plaas wanneer 'n gedeelte in die brein soos die gehoorsenuwee wanfunksioneer of wanneer die gehoorsenuwee beskadig is (Heller *et al.*, 1996). Volgens Storbeck (2005) word ook hierna verwys as die ouditiewe verwerkingsverstoring waar daar nie noodwendig gehoorverlies is nie, maar die

---

<sup>2</sup> Otitis media kom voor wanneer vloeistof binne die oor vasgevang word, en otosklerose kom voor wanneer been wat om die ovaalvenster groei, die beweging van die stiebeuels beïnvloed (Pocock & Richards, 2004).

brein nie klanke kan interpreteer nie. Hierdie tipe doofheid is nie oudiologies van aard nie, maar neurologies van aard (Storbeck, 2005). Unilaterale<sup>3</sup> beskadiging sal veroorsaak dat 'n persoon nie noodwendig doof word nie, maar dat die persoon moontlik kan sukkel om klanke te lokaliseer.

Laastens kom sensories-neurale gehoorverlies voor wanneer die koglea of gehoorsenuwee in die binneoor beskadig is. Die hoof funksie van die koglea is om klankgolwe te verander in neurale seine wat deur die brein as klank geïnterpreteer word. Wanfunksionering in die koglea vind plaas as gevolg van kogleêre haarselle wat afwesig is of nie funksioneer nie, en dus kan klank nie in elektriese impulse omgeskakel word nie (Beiter & Shallop, 1998; Balkany *et al.*, 2001; Müller & Wagenfeld, 2003; Storbeck, 2005). Gehoorapparate kan klank versterk, maar in die geval van beskadigde dele in die koglea sal klankversterking nie effektief genoeg wees nie. Met tegnologie wat ver gevorderd is, word kogleêre inplantings tans meer algemeen in die behandeling van sensories-neurale gehoorverlies gebruik.

Doofheid word verder ook veroorsaak word deur Duitse masels, die Cytomegalovirus, breinvliesontsteking, waterpokkies, Shingles, otosklerose, oorerflike toksoplasmose, ototoksiese medikasie, diabetes, geraasverwante gehoorverlies, (Kalyanakrishnan, Sparks & Berryhill, 2007) premature geboorte, outoimmuun verwante siektes soos HIV/VIGS en die gereelde blootstelling aan harde geraas of musiek (Basinger, 2000).

Die vlak van doofheid, die aanvangs ouderdom, die tipe gehoorverlies en etiologie speel elkeen 'n invloed op die keuse vir 'n kogleêre inplanting. Vir die doel van hierdie studie word kogleêre inplantings verder bespreek.

## **2.3 KOGLEÊRE INPLANTING**

Soos reeds genoem, vind navorsing oor die effek van elektroniese stimulasie op die ouditiewe gehoorstelsel reeds sedert 1800 plaas. In 1957 is die eerste kogleêre inplantingsstelsel deur Djourno en Eyries van Frankryk ontwikkel (Beiter & Shallop, 1998). Verskeie navorsingspanne het regoor die wêreld, onder andere in Amerika

---

<sup>3</sup> Unilateraal beteken eensydig, dus is net een oor beskadig (Odendal & Gouws, 2005).

(Utah, California, San-Francisco), Australië en Engeland, begin om multi-elektrode kogleëre inplantingsapparate te ontwikkel<sup>4</sup>. In 1980 is kogleëre inplantings, wat hoofsaaklik op volwassenes gefokus het, regoor die wêreld gedoen (Estabrooks, 1998; Balkany *et al.*, 2001; Spencer & Marschark, 2003; Flynn, 2003). Die eerste proefnemings van kogleëre inplantings met kinders het reeds in 1980 in Amerika plaasvind (Spencer en Marschark, 2003) en twee kinders in Suid Afrika het reeds in 1988 inplantings ontvang. Die primêre funksie van die kogleëre inplantingsstelsel is om die gehoorsenuwee in die afwesigheid van die haarselle in die koglea te stimuleer (Flynn, 2003).

Navorsing toon dat hoe jonger kinders is wanneer hulle inplantings ontvang, hoe beter is die vordering wat ten opsigte van taalontwikkeling gemaak word (Balkany *et al.*, 2001). Volgens Müller en Wagenfeld (2003) bevorder 'n kogleëre inplanting 'n kind se vermoë om in die hoofstroomskool te presteer.

Die media skep die idee dat 'n kogleëre inplanting 'n tipe magiese toestel (Haggard, 1991) is wat gehoor heeltemal herstel en gee 'n wanpersepsie oor die her-leer van taal en gehoor. Die kogleëre inplanting moet egter nie as 'n wondermiddel beskou word nie. Daar is mense wat daarby baat vind en ander nie. Dit is dus belangrik dat ouers deeglik ingelig en begelei moet word sodat realistiese verwagtings gekweek kan word oor die potensiële moontlikhede van kogleëre inplantingsstelsels.

Kinders kwalifiseer nie outomaties vir 'n kogleëre inplanting nie. Elke kandidaat gaan deur 'n siftingsproses en moet aan sekere kriteria voldoen (Beiter & Shallop, 1998; Balkany *et al.*, 2001; Müller & Wagenfeld, 2003). Verskillende faktore beïnvloed die sukses van die kogleëre inplanting met betrekking tot taalontwikkeling, spraakpersepsie en spraakproduksie. Die seleksiekriteria behels die ouderdom van die kind, die graad van gehoorverlies, die prognose vir degenerering van gehoor, en die ouers se werklikheidsin en ondersteuning (Haggard, 1991). Niparko en Blankenhorn (2003) meen dat sielkundige faktore soos motivering en 'n gemotiveerde ondersteuningsstelsel ook 'n belangrike rol speel. Laastens voeg Niparko en Blankenhorn (2003) ook die volgende faktore by: kognitiewe vermoë, familie en omgewingsfaktore, taalmodus, sensoriese en motoriese vaardighede.

---

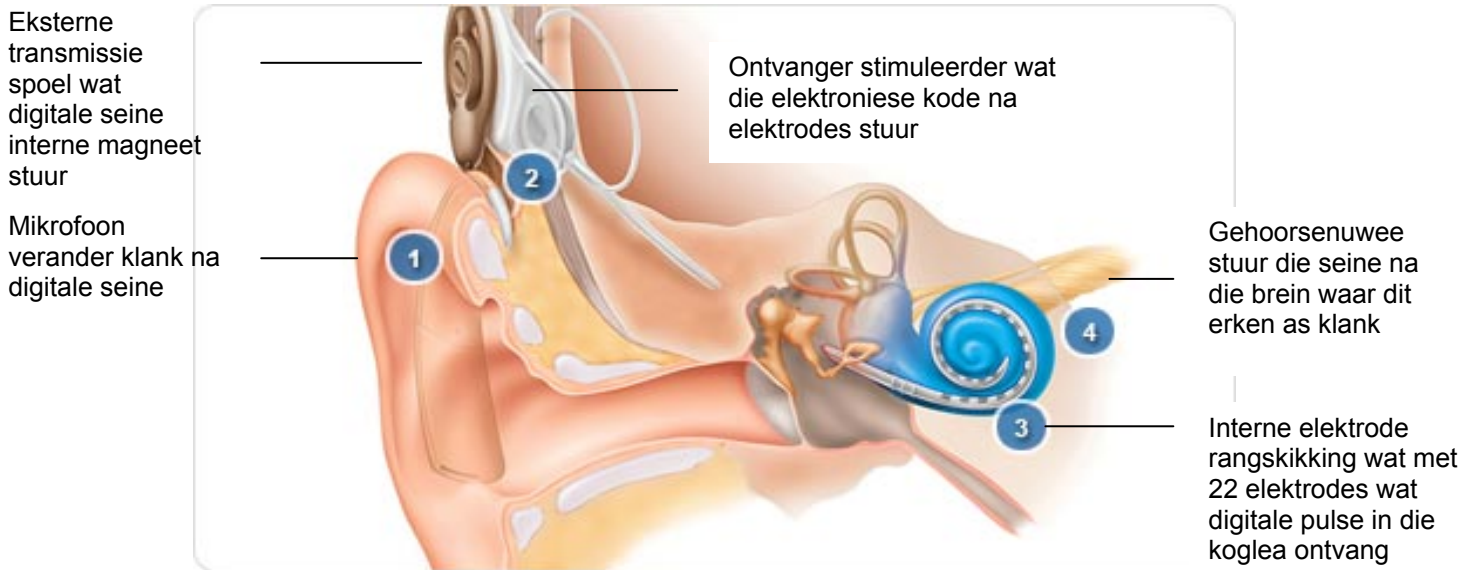
<sup>4</sup> [http://inventors.about.com/od/hstartinventors/a/deaf\\_4.htm](http://inventors.about.com/od/hstartinventors/a/deaf_4.htm), 2007/02/04

Om te bepaal of 'n kind met 'n gehoorverlies kwalifiseer vir 'n inplanting, word 'n volledige assessering gedoen. Müller en Wagenfeld (2003, p. 630) beskryf die doel van die assessering om vas te stel of 'n kind of pasiënt medies, oudiologies en sielkundig geskik is vir 'n inplanting. Verder brei hulle soos volg hierop uit: "*Assessment of parental expectations, support and commitment to therapy and the availability of appropriate educational facilities are crucial factors in paediatric candidate selection*". Die assessering kan tussen ses maande en een jaar neem (Archbold, 2003). Dit is belangrik om elke kind en gesin se unieke situasie te evalueer en daarvolgens 'n besluit te neem. Die proses is lank en ouers moet 'n ingeligte besluit kan neem.

Hierdie ernstige besluit is vir baie ouers moeilik om te neem aangesien kogleêre inplantings nog nie so algemeen voorkom nie en net deur 'n klein groepie mense gedra word. Ouers moet inligting ontvang oor wat 'n kogleêre inplanting is en hoe dit werk. Om hierdie rede sal die werking van die kogleêre inplantingsstelsel kortliks in afdeling 2.3.1 verduidelik word.

### **2.3.1 Werking van 'n kogleêre inplantingsstelsel**

'n Kogleêre inplantingsstelsel is 'n elektroniese toestel wat uit twee dele bestaan. Een deel word onder die vel agter die oor ingeplant en die ander deel word buite die oor soos 'n gehoorapparaat gedra. Die werking van die kogleêre inplantingsstelsel word met behulp van figuur 2.1 voorgestel soos verwerk uit MED-EL (n.d) en Gibbin, O'Donoghue en Nikolopoulos (2003).



Figuur 2.1 Die werking van 'n kogleêre inplantingsstelsel<sup>5</sup>

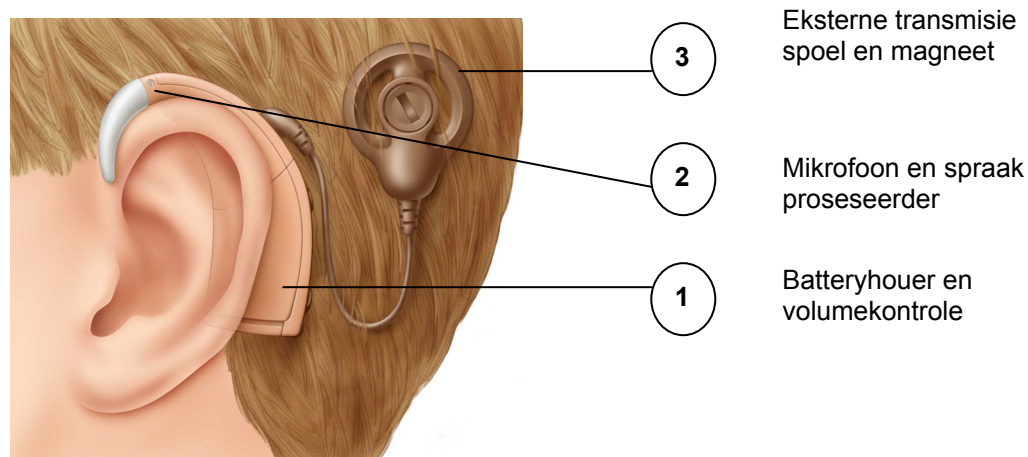
Die spraak prosesseerder neem die klanke wat deur die mikrofoon (1)<sup>6</sup> opgevang word en omskep dit in digitale seine wat na die eksterne transmissie spoel (2) gestuur word. Vanaf die eksterne transmissie spoel word die digitale seine na die ontvanger stimuleerder, wat net onder die vel is, gestuur met behulp van 'n radio frekwensie. Die interne elektrode rangskikking (3) ontvang die digitale seine vanaf die ontvanger stimuleerder. Die twee-en-twintig elektrodes neem die funksie van die afwesige of wanfunksionerende haarselletjies oor. Dit omskep die digitale seine in elektriese seine wat na die ouditiewe senuwee gelei word. Die brein herken na tydsame proses van leer en kartering hierdie seine as klank (4).

Soos reeds genoem, bestaan die kogleêre inplantingsstelsel uit drie uitwendige en twee inwendige dele. Die volgende figuur [2.2] is 'n voorstelling van hoe die uitwendige deel aan die kop geheg word.

<sup>5</sup> Images are the copyright of Cochlear Limited and have been used by agreement between Cochlear and Tania du Toit for the express purpose of this thesis. (Kyk Bylae A).

<sup>6</sup> Die nommers in hakies (1), (2), (3) en (4) verwys na die nommers op die figuur.





Figuur 2.2 Illustrasie van die posisie van die spraakprosesseerder<sup>7</sup>

Dit bestaan uit die batteryhouer en volumekontrolle (1), die mikrofoon en spraak prosesseerder (2) en die eksterne transmissie spoel en magneet (3). Die totale uitwendige gedeelte kan afgehaal word en word gewoonlik afgehaal wanneer kinders gaan slaap, bad of swem. Ouers moet deurlopend oplet of alle stukke van die apparaat nog heel is en of die apparaat nie dalk verloor het nie. Aangesien die leeftyd van die batterye kort is moet ouers ook paraat wees om te kyk of die batterye werk aangesien klein kindertjies nog nie altyd kan sê as die batterye pap is nie. 'n Kogleêre inplantingsisteen verg dus deurlopende aandag en is 'n proses wat ouers se konstante toewyding vereis.

### 2.3.2 Inplantingsprosedure

Om die konteks en proses waardeur ouers gaan, te verstaan, word die inplantingsprosedure wat vanaf diagnose, operasie tot die rehabilitasieproses gevolg word, vervolgens beskryf. Soos reeds deur Müller en Wagenfeld (2003) en ook deur Edwards *et al.* (2000) verduidelik is, gaan kinders en hul ouers deur 'n komplekse en tydrowende assessering om sodoende vir 'n inplanting te kwalifiseer. Verskeie assesserings word deur 'n multidissiplinêre span gedoen (persone betrokke asook hul funksie in die span word verder in die hoofstuk bespreek). Kinders ondergaan 'n operasie van ongeveer drie tot vyf ure en moet dan vir 'n aand of twee in die hospitaal oornag. Die aanskakeling van die apparaat vind vier tot ses weke na die operasie plaas. Hierna volg gereelde besoeke aan die oudioloog en

<sup>7</sup> Images are the copyright of Cochlear Limited and have been used by agreement between Cochlear and Tania du Toit for the express purpose of this thesis. (Kyk Bylae A).

ouerleidingsentrum, wat deel is van die intense rehabilitasieprogram. Hieruit word gesien dat die proses vanaf diagnose of verwysing tot en met die operasie en rehabilitasie ongeveer drie jaar kan neem. Daarna ontvang ouers lewenslank dienslewering van die inplantingspan. 'n Effektiewe kogleêre inplanting en intervensie is dus nie 'n korttermynproses nie, maar 'n langtermynproses waartydens ouers in noue samewerking met professionele persone optree.

### **2.3.3 Kogleêre inplantingspan**

'n Suksesvolle inplanting kan nie plaasvind sonder die hulp en kennis van 'n aantal professionele persone wat elk 'n unieke en belangrike rol speel nie. Beiter en Shallop (1998, p. 19) beklemtoon die volgende: *"The evaluation of potential paediatric cochlear implant candidates occurs more effectively within the framework of a team, consisting of the parents together with professionals from otolaryngology, audiology, speech-language pathology, auditory habilitation [sic], education and psychology."* Dit is daarom belangrik om in 'n multidissiplinêre spanverband saam te werk, aangesien elkeen oor gespesialiseerde kennis en ondervinding beskik (Berry & Hardman, 1998; Perold, 2001; Archbold, 2003; DesGeorges, 2003). Archbold (2003) meen dat die span 'n belangrike rol speel om die besondere behoeftes van elke gesin en kind aan te spreek. Aangesien nie alle gesinne naby 'n inplantingspan woon nie en ver moet reis om van die dienste gebruik te maak, moet ondersteuning van persone (soos oudioloë, dokters, onderwysers en maatskaplike werkers) in die gemeenskap gesoek word. Meer as een span kan dus by die gesin betrokke wees, naamlik: die kogleêre inplantingspan en die span met ondersteuningslede in die plaaslike gemeenskap. Hierdie spanne moet gedeelde ondersteuning aan ouers bied om sodoende effektief te wees. Ondersteuning is net een van die funksies van 'n multidissiplinêre span. Elke lid speel 'n uiters belangrike rol in die sukses van 'n kogleêre inplanting. Vir die doel van hierdie studie word hoofsaaklik gefokus op die inplantingspan se funksies en hoe ouers deur elke lid ondersteun word. Die rolle word kortliks in Tabel 2.2 beskryf, soos verwerk uit Balkany *et al.* (2001), Archbold (2003) en Niparko en Blankenhorn (2003).

Tabel: 2.2 Funksies van elke lid van die inplantingspan

<b>Spankoördineerder</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verantwoordelik vir die verwysings, hantering van navrae en stuur van voldoende inligting.</li> <li>2. Maak afspraak vir assesserings en evaluasies en bestuur die databasis.</li> <li>3. Koördineer oudiologiese, mediese en rehabilitasieprosesse.</li> <li>4. Koördinering van spanbesluite en verspreiding van inligting tussen spanlede.</li> <li>5. Koördinering van spanontwikkeling deur vergaderings en professionele besoeke.</li> </ol>
<b>Mediese praktisyn</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eerste ontmoeting met ouers.</li> <li>2. Doen mediese evaluasie.</li> <li>3. Werk saam met die span indien gesin ver woon.</li> </ol>
<b>Oor-, neus- en keelspesialis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mediese evaluasies, oorsaak van doofheid, die fisiologie van die oor en die oorsenuwee.</li> <li>2. Sjirurgie.</li> <li>3. Verduidelik die toekomstige implikasies van ouers se besluit, hoe die inplantings werk, hoe die operasieprosedure verloop en nasorg.</li> </ol>
<b>Oudioloog</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gehoortoetse, gehoorapparaattoetsing, passing en programmering, die evaluasie van spraak- en persepsievaardighede asook neurodiagnostiese toetsing.</li> </ol>
<b>Spraakterapeut</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasiliteer spraakontwikkeling en help met probleemarea waar nodig.</li> <li>2. Ontwikkeling van taalvaardighede.</li> </ol>
<b>Opvoedkundige sielkundige</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verantwoordelik vir die bepaling van spesiale onderwysbehoefte van elke kind en dat daar aan die behoeftes voldoen word.</li> <li>2. Monitor die akademiese vordering van die kind.</li> <li>3. Werk nou saam met die skool asook klasonderwysers om 'n effektiewe, doeltreffende leersituasie vir die kind te skep.</li> </ol>
<b>Maatskaplike werker</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitering van aanpassing by families en huislike omstandighede.</li> <li>2. Opvoedkundige en terapeutiese rol om ouers in die proses te begelei.</li> </ol>
<b>Onderwyser</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gee ouers leiding oor kommunikasiestrategieë.</li> <li>2. Monitor skolastiese vordering.</li> </ol>
<b>Vroeë intervensionis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bied in die vroeë stadium van die diagnose leiding en ondersteuning</li> </ol>

Hierdie span professionele mense bied aan ouers ondersteuning op verskillende terreine en op 'n holistiese wyse. Aangesien ouers en hul kinders die belangrikste lede van die kogleêre inplantingspan is (Archbold, 2003), moet aandag gegee word aan die behoeftes wat ouers het om sodoende effektiewe langtermynondersteuning te bied. Om vas te stel wat die behoeftes van ouers tydens die inplantingsproses is, sal literatuur wat handel oor ondersteuning wat ouers ontvang in die volgende afdeling ondersoek word.

## **2.4 ONDERSTEUNING VIR OUERS**

Met die hoofdoel van die studie wat fokus op die ondersteuning wat ouers ontvang sowel as hul emosionele ervaring word daar in die volgende drie afdelings op relevante literatuur gefokus. 'n Raamwerk van hoe ouers hanteer word, soos deur Ferguson (2001) voorgestel, sal eerste bespreek word, wat gevolg sal word met 'n bespreking oor die emosionele ervaring en ondersteuning wat ouers ontvang. Laastens sal aandag gegee word aan literatuur oor studies waarin ouers se spesifieke ondersteuningsbehoefte nagevors is.

### **2.4.1 Verskillende benaderings oor hoe ouers hanteer word**

Die perspektiewe in die literatuur oor ouers van kinders met gestremdhede het in die afgelope paar dekades verander. Keen (2007) beklemtoon dat verhoudings tussen ouers en kinders met gestremdhede en professionele persone ook oor die jare verander het. Navorsing word al 'n geruime tyd gedoen oor die unieke verhouding tussen hierdie sisteme en dat die perspektief oor hierdie verhouding verander. Ouers is eens op 'n tyd as die oorsaak van hul kind se gestremdheid beskou (Keen, 2007). 'n Koue ouerskapstyl is byvoorbeeld gesien as die oorsaak vir outisme en dus moes ouers liewers hul kinders laat institusionaliseer om sodoende meer beheer oor die kinders te kon kry. 'n Verskeidenheid konseptualiserings is mettertyd ontwikkel, en die fokus van elkeen was anders.

Die literatuur fokus verder sterk op rouproseses wat ouers ervaar, afhanklikheid en passiwiteit (Fine & Gardner, 1994) en beskryf daarteenoor ook 'n bemagtigingsmodel waar ouers oor voldoende hanteringsmeganismes beskik om

hul situasie te hanteer en daarby aan te pas. In hierdie afdeling word beide die rouproses en die bemagtigingsmodel bespreek. Daar word argumenteer dat beide sienings relevant is in die praktyk. Ouers beleef die rou en hartseer van die diagnose van hul kind met 'n gehoorverlies terwyl hulle aanpas by die nuwe lewensituasie.

Een van die mees algemene sienings was die siening dat 'n diagnose wat gepaard gaan met 'n gestremdheid ook direk korreleer met kroniese smart (Carpenter, 2000; Luterman, 2004; Fitzpatrick & Dowling, 2007). Daarvolgens beleef ouers kroniese rou omdat hulle 'n "perfekte kind" verloor het (Fitzpatrick & Dowling, 2007). In die lig hiervan het 'n moeder van 'n kind met 'n gestremdheid die volgende gesê: *"Just occasionally there is a tantalising glimpse of the son that might have been. This is not the baby, the adolescent or adult I thought I would have"* (aangehaal uit Carpenter, 2000, p. 138).

Verder is geargumenteer dat daar 'n verskil was tussen die smart wat gepaard gaan met dood en die smart van 'n diagnose van 'n gestremdheid (Luterman, 2004). Die eersgenoemde word gesien as akuut en terminaal, terwyl die laasgenoemde wat gepaard gaan met 'n kind se doofheid, gesien word as kronies en sonder rituele (Luterman, 2004). Ouers wat 'n kind aan die dood afstaan kan afskeid neem deur 'n begrafnis of roudiens, maar vir ouers van 'n kind met 'n gestremdheid is daar elke dag dinge wat hulle daaraan herinner: 'n kinderpartytjie, die eerste dag van skool of familiebyeenkomste (Fitzpatrick & Dowling, 2007). Net so kan dit vir ouers met dowe kinders 'n baie traumatiese en smartvolle ervaring wees.

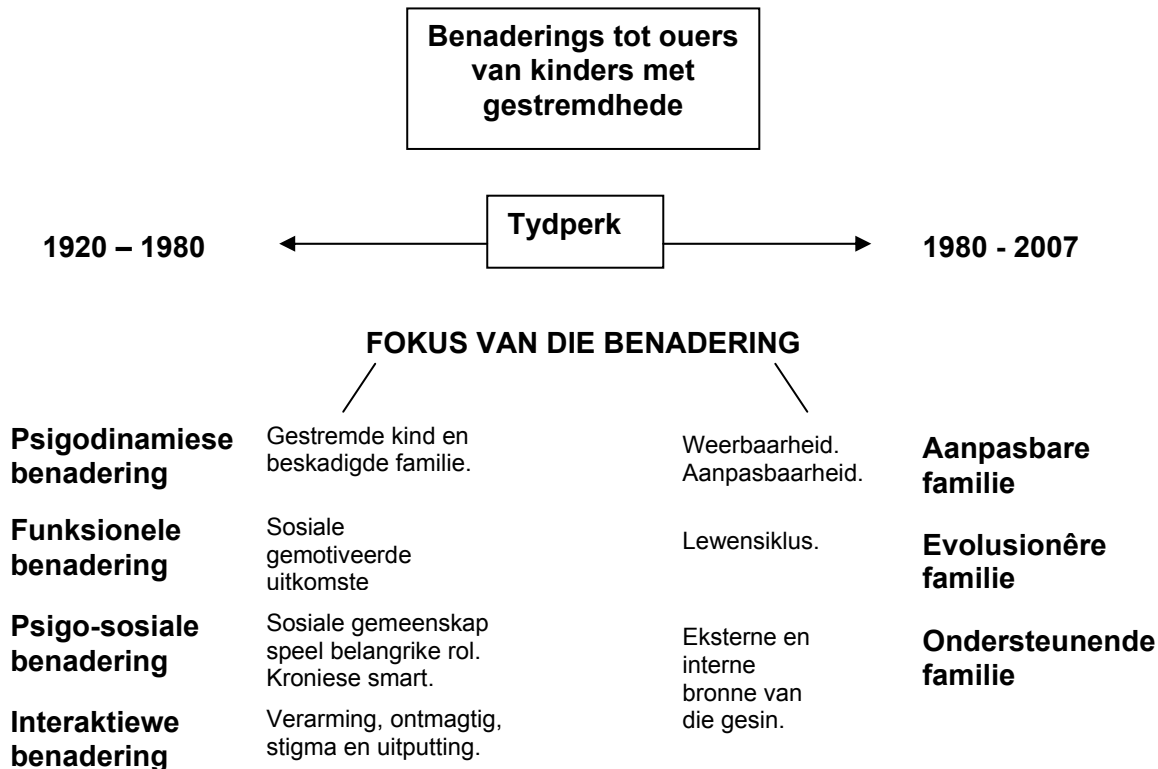
Nog 'n opvatting wat dikwels in die literatuur voorgekom het, is die kwessie dat hierdie ouers ook beskou is as oorbeskermend en emosioneel oorbetrokke indien hulle aktief betrokke was by die intervensie van hul kind. Ouers wat hulself van hulp gedistansieer het, is beskou as verwerpend teenoor hul kind en ontkenkend van die werklikheid (Fine & Gardner, 1994). As gevolg van 'n magsverhouding tussen professionele persone en ouers, het ouers daarom dikwels geïsoleerd gevoel in hul soeke na hulp en bronne (DesJardin, 2006).

Bogenoemde beskouing van die proses van rou, smart, depressie, verwerping en oorbeskerming word deur 'n aantal navorsingstudies gesteun (Fitzpatrick & Dowling, 2007) maar ook deur verskeie navorsingstudies verwerp (Ferguson, 2002; Ulrich & Brauer, 2003; Head & Abbeduto, 2007), aangesien dit nie die totale ervaring van families kan verduidelik nie. Keen (2007) stem hiermee saam dat baie familiegesentreerde konseptualiserings van werk met gesinne meer fokus op die rol wat die kind met 'n gestremdheid in die familie speel en ook om in elke familielid se unieke behoeftes te voorsien. Vervolgens word Ferguson (2001, 2002) se benadering oor hoe professionele persone ouers in die verlede beskou het en tans deur beskou, bespreek.

Professionele persone word volgens verskillende denkskole, raamwerke en sosiohistoriese kontekste opgelei. Volgens Ferguson (2002) speel die sosiohistoriese konteks, wat hoofsaaklik uit houdings en historiese realiteite bestaan, 'n groot rol in hoe ouers van kinders met gestremdhede beskou word. Ferguson (2002) verduidelik verder dat hierdie konteks professionele persone help om interpretasies te maak wat hulle help om met families te werk. Fine en Gardner (1994) verduidelik dat die mediese model waarvolgens professionele persone opgelei is, die outoriteitsrol van die professionele persoon sterk beklemtoon en dat ouers die voorgeskrewe aanbevelings en intervensies streng moes volg. Daar word dikwels nie erkenning gegee aan die feit dat ouers self 'n ingeligte besluit maak om hierdie diens van professionele persone te volg nie. Uit hierdie konteks is voorstelle en raad aan ouers gegee, soos byvoorbeeld om hul kind te institutionaliseer of in 'n spesiale klas te plaas.

Ferguson (2002) verduidelik verder dat die mediese en onderwysprofessies in die 19<sup>de</sup> eeu meer gespesialiseerd geraak het en die blaam op ouers uit 'n lae sosio-ekonomiese klas geplaas is. Vanaf 1920 tot 1980 het die blaam vanaf die ouers oorgeskuif na die kind met 'n gestremdheid wat sy familie benadeel; gevolglik het ouers gevoelens van skuld, ontkenning, woede en smart beleef. Ferguson (2002) stel hiervolgens sewe benaderings voor wat 'n invloed op die sienings van ouers gehad het en wat in twee dele verdeel word. Die eerste gedeelte strek vanaf 1920 tot 1980 en behels die psigodinamiese, funksionele, psigososiale en interaktiewe benaderings. Die tweede gedeelte strek vanaf 1980 tot 2007 en fokus op

aanpasbare, evolusionêre en ondersteunende families. Hierdie sewe benaderings word kortliks met behulp van Figuur 2.3 bespreek.



Figuur 2.3 Skematiese voorstelling van die benaderings tot ouers van kinders met gestremdhede (verwerk uit Ferguson, 2002).

Die **psigodinamiese benadering** het ouers wat ontevrede was met die ondersteuning wat hulle van medici gekry het, beskryf as neurotiese ouers. Woede is verplaas vanaf hul kind met 'n gestremdheid na die medici. Ouers wat onvoldoende ondersteuning gekry het en dan passief opgetree het, is gesien as ontkenning of skuldig. Verwerping van stigmas en terminologie is gesien as ontkenning van hul kind se probleem, en aan die ander kant is ouers se aktiewe betrokkenheid gedryf deur 'n skuldgevoel (Fine & Gardner, 1994). Hul optrede is dus altyd in 'n negatiewe lig gesien.

Die **funksionele benadering** beskryf 'n teenstrydigheid in navorsingstudies. Farber (in Ferguson, 2001) het gevind dat families waar die kinders met gestremdhede in inrigtings geplaas is, meer "*relaxed, harmonious and integrated*" was. Weer eens interpreteer hierdie benadering dat kinders met gestremdhede skade aan families doen. 'n Ander studie het egter getoon dat die integrasie van families waar kinders

by die huis gewoon het, hoër was. Die fokus in beide die psigodinamiese en funksionele benaderings was steeds die "gestremde kind" en die "beskadigde familie" (Ferguson, 2002).

Die **psigososiale benadering** sien ouers as lydende ouers. Skuldgevoelens, woede en ontkenning is verplaas met spanning, eensaamheid en kroniese hartseer. Hierdie benadering is gekenmerk deur die bewoording "kroniese smart". Hierdie toestand is gesien as 'n normale reaksie op 'n ongevraagde situasie. Verder speel die reaksie van die gemeenskap op die gestremdheid 'n meer kritieke rol as die gestremdheid self (Ferguson, 2001).

Die **interaktiewe benadering** is 'n meer sosiale model en word gesien as die mees onbekende benadering. Die benadering fokus op sosiaal gemotiveerde uitkomst, naamlik verarming, ontmagtiging, stigma en uitputting. Arm families kry minder aandag en laer kwaliteit diens in vergelyking met welgestelde families (Ferguson, 2001). Sosio-ekonomiese status speel dus 'n groot rol in die hantering en siening van gestremdhede.

Alhoewel die fokus in die verlede op disfunksionele families was (Ferguson, 2002), toon navorsing wel 'n toename in die sterktes en funksionaliteit van gesinne (Fine & Gardner, 1994; Head & Abbeduto, 2007). Houdings en ondersteuning van families van kinders met gestremdhede het aansienlik ten opsigte van hierdie benaderings verander. Navorsing het getoon dat families oor suksesvolle hanteringsmeganismes beskik om positiewe aanpassings te maak (Ferguson, 2002). Families hanteer stressors op verskillende maniere en daaruit kom drie nuwe sienings na vore om ouers en families te beoordeel, naamlik: die aanpasbare familie, die ontwikkelende familie en die ondersteunende familie. Dit is meer in lyn met die sienings van Positiewe Sielkunde.

Die **aanpasbare familie** fokus op navorsing oor modelle van aanpasbaarheid en weerbaarheid by families deur die hanteringsmeganismes wat deur families weergegee word, te herken en te interpreteer. Hiervolgens meen Krauss (1993) dat erkenning gegee word aan families se wyse van hantering van die ekstra stressors wat deel van hul daaglikse lewens word. Ferguson (2002) verklaar dat gesinne



uniek is in die hantering van stressors en dat elke gesin se ervaring van die stressors daarom sal verskil. Persepsies van die situasie speel 'n rol in terme van hul persepsie oor die krisis<sup>8</sup> en hul persepsie van bronne wat vir die gesin beskikbaar is. Navorsers moet dus fokus op die kognitiewe betekenis wat aan die krisis geheg word en die strategieë wat gevolg word om betekenis te skep.

Die siening van die **evolusionêre/ontwikkelende familie** fokus daarop dat die hanteringsmeganismes bepaal word deur die lewensfase van die gesin. Navorsing word hoofsaaklik gemik op gesinne met kleiner kinders. Onlangse navorsing toon dat ouers met volwasse kinders met gestremdhede lig op die hanteringsmeganismes kan werp.

Die siening van die **ondersteunende familie** word laastens ondersteun deur interne of eksterne bronne wat ondersteuning aan families bied. Daar word onderskei tussen interne en eksterne bronne. Effektiewe familie-ondersteuningsprogramme kan byvoorbeeld 'n verskil maak in hoe gesinne die situasie hanteer. Familielede, bybelstudiegroepe/kerke, skole, vriende en die gemeenskap tree as bronne van ondersteuning op.

Verskillende sienings van Ferguson (2002) oor hoe ouers beoordeel word, is kortliks hier opgesom. Ouers word volgens hierdie sienings hanteer, omdat dit professionele mense help om ouers se situasie te hanteer en effektiewe diens te lewer. In die verlede (soos reeds genoem) is gefokus op die skade en spanning wat 'n kind met 'n gestremdheid by sy of haar ouers veroorsaak. Carpenter (2000, p. 135) spreek die volgende mening uit: *"The professional approaches was [sic] insensitive and ill-timed as they did nothing to enhance their quality of life or parenting confidence."* As gevolg van stellings soos hierdie het navorsing 'n ander rigting ingeneem. Tans word navorsing gerig vanuit 'n aanpasbaarheidsmodel sowel as die hanteringsmeganismes wat ouers in hierdie spanningsvolle tyd openbaar. Alhoewel elke gesin aanpasbaar is, die situasie op 'n unieke wyse hanteer, in verskillende lewensfases is en interne bronne (byvoorbeeld finansiële bronne) sowel as eksterne bronne (ondersteuning van die gemeenskap) het, ervaar ouers in hierdie tyd emosies en

---

<sup>8</sup> Die krisis in hierdie geval sal fokus op die diagnose van 'n kind met 'n gestremdheid en besluite wat geneem moet word.

ondersteuning verskillend. Smart bly 'n realiteit vir ouers wat 'n diagnose van doofheid by hul kind ontvang. Daarom beklemtoon Lloyd-Richmond (2003) dat genoegsame tyd moet vir ouers gegun word om die smart te verwerk aangesien hierdie gevoelens vir alle ouers 'n realiteit is.

In die volgende afdeling word literatuur en navorsingstudies wat al gedoen is oor die ondersteuning en emosies wat ouers beleef, bespreek. Met die bestudering van die literatuur kan vasgestel word wat ouers se behoeftes is en hoe professionele persone ouers kan ondersteun.

#### **2.4.2 Emosionele ervaring en ondersteuning ontvang deur ouer**

Ouers ontvang intense hulp, raad en inligting van die kogleêre inplantingspan. Tog word die gevoelens van ouers en families dikwels deur kogleêre inplantingspanne misgekyk en ontvang hulle nie altyd effektiewe ondersteuning nie (Anagnostou *et al.*, 2007). In verskeie studies is gefokus op wat ouers se emosies tydens die inplantingsproses is (Quintter *et al.*, 1991; Horsch *et al.*, 1997; Allegretti, 2002; Incesulu *et al.*, 2003; Burger *et al.*, 2005; Sebald & Luckner, 2007; Anagnostou *et al.*, 2007). In hoofstuk 1 is die emosies wat ouers beleef, reeds genoem. In hierdie gedeelte sal hoofsaaklik op ondersteuning gefokus word.

Verskeie studies deur Most en Zaidman-Zait (2001) en Anagnostou *et al.* (2007) bevestig dat ondersteuning wat aan ouers gebied word 'n groot verskil kan maak in die ervaring van ouers van kinders met kogleêre inplanting, asook in die sukses van die inplanting. Navorsing deur Spahn *et al.* (2001) het getoon dat ouers 'n behoefte het aan psigososiale ondersteuning, wat beskryf is as die aanspreek van die subjektiewe behoeftes wat ouers tydens die inplantingsproses het.

Emosies of die emosionele word volgens die "Collins Dictionary and Thesaurus" beskryf as die vermoë om sterk emosies te beleef of die wakker maak van sterk emosies, hetsy woede, vreugde, hartseer, moedeloosheid ensovoorts. In die "Dictionary of Psychology" definieer Reber (1995, p. 772) ondersteuning soos volg: *"Generally, the furnishing of what is needed or lacking, providing for well-being or improvement ... more specifically the furnishing of comfort, recognition, approval, encouragement, etc. to another person."* Spahn *et al.* (2001) brei verder uit dat

sielkundige berading psigoterapeutiese berading, gesinsterapie en individuele of verhoudingsterapie insluit. In 'n studie gedoen by die Freiburg Universiteit in Duitsland is vraelyste deur 57 moeders en 46 vaders van kinders met kogleêre inplantings ingevul met betrekking tot psigososiale ondersteuning en psigiese spanning. Die doel van die studie was om die behoefte van psigososiale ondersteuning vir ouers te evalueer. Tabel 2.3 is 'n opsomming van die resultate van hierdie studie. Ouers se behoeftes aan psigososiale ondersteuning is in vier groepe verdeel. Die tabel is vertaal en aangepas uit Spahn, C., Richter, B., Zschocke., Löhle, E. & Wirsching, M. (2001).

Tabel 2.3 Psigososiale ondersteuning van ouers

<b>Groepe:</b>	<b>Resultate:</b>
<b>Groep 1</b>	'n Vyfde (19%) van die populasie het getoon dat hulle 'n dringende behoefte aan psigososiale ondersteuning het.
<b>Groep 2</b>	Hierdie groep (15%) word gesien as 'n gevaarlike groep, aangesien hulle hoë vlakke van psigiese spanning toon, maar geen belangstelling in ondersteuning toon nie.
<b>Groep 3</b>	Hierdie groep (33%) het aangedui dat hulle nie dadelik psigososiale ondersteuning benodig nie, maar dat so 'n diens aan hulle as 'n voorsorgmaatreël voorgestel kan word.
<b>Groep 4</b>	Een derde (33%) van die populasie het aangetoon dat hulle geen behoefte aan psigososiale ondersteuning het nie.

Uit die bogenoemde tabel kan afgelei word dat die klein meerderheid ouers belangstelling getoon het in ondersteuning, hetsy dringend of oor die lang termyn. 'n Derde van die populasie het egter geen behoefte aan ondersteuning getoon nie. Ten slotte het Spahn *et al.* (2001) gevind dat die meerderheid ouers van kinders met kogleêre inplantings wel 'n behoefte aan psigososiale ondersteuning het en dat sielkundiges, oudioloë en ouers nou moet saamwerk. Hierdie studie toon ook dat ouers verskillende behoeftes ten opsigte van ondersteuning het. Die dringendheid van ondersteuning bepaal egter wie van die diens gebruik sal maak. Ouers moet vrywillig van die diens kan gebruik maak omdat tyd vir sommige ouers 'n rol speel. Carpenter (2000) lê verder klem op die feit dat ondersteuning nie 'n korttermyn-proses is nie, maar dat langtermynondersteuning beskikbaar moet wees.

Walch, Anderhuber, Köle en Berghold (2000), Mikkelsen *et al.* (2001) en Most en Zaidman-Zait (2001) het bevind dat ouers vroeg in die proses 'n sterk behoefte aan sielkundige hulp getoon het, en vroeë intervensie is sterk aanbeveel. Die resultate van hul studie het verder getoon dat die ouers die meeste hulp ontvang het by hul huweliksmaats, spraakterapeute, voorskoolse onderwysers en ander ouers met dowe kinders. Ander mense wat hulp verleen het was onderwysers, ouerorganisasies, familielede, vriende, verpleegsters, sielkundiges, gehoor-gestremde volwassenes, sosiale, mediese en streeksadviseurs, dagmoeders en die ouerorganisasies vir kinders met kogleêre inplantings. Spahn *et al.* (2004) sluit hierby aan deur te sê dat terapeute ouers se angstigheid en spanning in ag moet neem en dat psigososiale berading 'n komponent van die behandeling moet uitmaak.

Anagnostou *et al.* (2007) brei verder uit dat professionele persone ouers moet ondersteun, sodat hulle hul eie emosies verstaan, uitdagings wat tydens die inplanting mag voorkom, kan hanteer, om sosiale uitdagings met familie en vriende te hanteer asook om negatiewe houdings van die gemeenskap teenoor die familie en kind te hanteer. Professionele persone moet dus saam met ouers werk om hulle te ondersteun tydens die rouproses asook om hulle te bemagtig. In die volgende afdeling word verder uitgebrei oor die sienings van ouers asook veranderde benaderings wat bemagtiging teweegbring. Uit die bogenoemde literatuur kan afgelei word dat sommige ouers wel emosionele ondersteuning nodig het. Hoe kan professionele persone egter ouers effektief ondersteun? Dit word in die volgende afdeling bespreek.

### **2.4.3 Hoe professionele persone ouers meer effektief kan ondersteun**

Aangesien studies oor ouers met kinders met gestremdhede al oor baie jare gedoen word, kan reeds bestaande navorsingstudies lig werp op hoe professionele persone ouers kan ondersteun om sodoende 'n effektiewe diens aan ouers te lewer. Ongelukkig is verhoudings tussen medici en ouers dikwels onbevredigend. Volgens Carpenter (2000) word ouers soms deur professionele persone gestereotipeer, wat verhoed dat ouers effektiewe ondersteuning kan ontvang. Professionele persone moet dus daarna streef om ouers meer effektief te ondersteun en daardeur sukses

vir hul kind se taal-ouditiewe en psigososiale ontwikkeling te verseker. Carpenter (2000) meen dat respek en begrip vir elke gesin se unieke situasie sleutelfaktore is wat tot effektiewe ondersteuning en kommunikasie tussen ouers en professionele mense bydra.

Die verhouding tussen ouers en professionele mense neem verskeie karaktereienskappe aan wat professionele persone in gedagte moet hou wanneer hulle met ouers werk. Dunst (2002) en Keen (2007) het van hierdie karaktereienskappe geïdentifiseer naamlik: respek, vertrouwe, openlike kommunikasie en eerlikheid. Verder moet gesamentlik oor die doelwitte besluit word. Gedeelde beplanning sowel as gedeelde besluitneming is belangrik.

Vertroue, respek en eerlikheid speel 'n belangrike rol in die vestiging van 'n verhouding met ouers. Ouers voel dikwels ontmagtig indien hulle nie in die besluitnemingsproses betrokke is nie, aangesien hulle voel hulle is kenners sover dit hul kind aangaan. Bemagtiging en betrokkenheid van ouers is daarom belangrik in die bou van 'n verhouding met professionele persone. Dit gee aan hulle die vryheid om keuses te maak wat hulle voel die beste vir hul kind is. Ouerbetrokkenheid word direk gekoppel aan positiewe uitkomst van kinders se ontwikkeling (Singer, 2002; DesJardin *et al.*, 2006). Medewerking word aangemoedig waar daar ouerbetrokkenheid is.

Fine en Gardner (1994) beklemtoon daarom die konsep van medewerking as 'n proses waar professionele persone hul kennis en ervaring met ouers deel, sodat daar in ouers se behoeftes voorsien kan word. Medewerking is vrywillig, dit behels gedeeltelike besluitneming en verantwoordelikheid, word gebaseer op gedeelde doelwitte, bronne word verdeel en verantwoording vir die uitkomst word gedeel. Hierdie bogenoemde karaktereienskappe word as essensiële aspekte vir die bou van 'n effektiewe verhouding met ouers beskou.

Dit is wel nie altyd vir professionele persone maklik om na al die behoeftes van die gesin om te sien en om aan hierdie karaktereienskappe te voldoen nie. Keen (2007) meen dat professionele persone met 'n wye verskeidenheid gesinne werk en dit soms makliker vind om met sommige gesinne 'n goeie verhouding te bou en

moeiliker met ander gesinne. Head en Abbeduto (2007) meen dat dit vir professionele persone moeilik is om 'n goeie verhouding met ouers te bou, aangesien die assessering en rehabilitasie dikwels uitsluitlik kind-georiënteerd is. Tog meen hulle dat 'n kind deel van 'n groter sisteem vorm en die belangrikheid om na die behoeftes van hierdie sisteme om te sien, 'n groot rol speel. Ten opsigte hiervan argumenteer Most en Zaidman-Zait (2001, p. 100) soos volg: *"To make sure the parental needs are properly addressed, it is imperative that professionals study and understand the needs and desires of the parents with whom they collaborate."* Dit is dus belangrik om kennis te neem van die spesifieke behoeftes van ouers en hulle verwagtinge van professionele persone.

In 'n studie deur Sebald en Luckner (2007) word van hierdie karaktereienskappe weer eens onderstreep en word daar gekyk na wat professionele persone kan doen om ouers te ondersteun. Ouers is gevra hoe professionele persone hulle ondersteun het en watter raad ouers ontvang het. Volgens die resultate deur die ouers verkry is vier hoofemas geïdentifiseer, en in Tabel 2.4 word 'n opgesomde weergawe hiervan bespreek.

Tabel 2.4 Hoe professionele persone ouers effektief kan ondersteun

Temas geïdentifiseer in die studie	Stappe wat gevolg moet word
<p><b>a. Toon begrip toon, wees ondersteunend en bemoedigend</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luister na families se bekommernisse, vrae en klagtes.</li> <li>2. Bestuur kommunikasie op 'n proaktiewe wyse wat op die behoeftes van die gesin gebaseer is.</li> <li>3. Maak gereeld tyd vir families om vrae te vra.</li> <li>4. Families moet die vryheid hê om enige tyd te skakel indien daar enige probleem is, sodat groter probleme later vermy kan word.</li> <li>5. Besluitneming moet gedeel word.</li> <li>6. Kommunikasie moet ondersteunend en bemoedigend wees. Wees ook eerlik en oop oor ernstige kwessies.</li> <li>7. Onthou dat ouers hulle kind en familie die beste ken.</li> <li>8. Elke gesin is uniek in hul behoeftes, sterktes en vrae.</li> <li>9. Respek vir families se kennis oor hulle gesin en kind se behoeftes moet aan hul gekommunikeer word.</li> <li>10. Die professionele persoon is nie die kenner van die gesin se behoeftes nie.</li> </ol>

<p><b>b. Ouers moet leiding gee wanneer die volgende besluite geneem word.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Watter tye die beste vir besoeke is, indien huisbesoeke versoek word.</li> <li>2. Wie almal by die sessies betrokke is (indien die ondersteuningsnetwerk wyer strek as net die gesin).</li> <li>3. Help gesinne om hul dringendste behoeftes aan te spreek.</li> </ol>
<p><b>c. Persone tree as hulpbronne op, wat inligting op 'n verstaanbare praktiese manier kan kommunikeer sodat dit bruikbaar kan wees.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Begin 'n joernaal waarin inligting georganiseer word (bv. afspraak met die oudioloog, inligting oor byeenkomste vir ouers, mediese inligting van die kind se mediese geskiedenis, ontwikkelings-oorsiglys ens.).</li> <li>2. Inligting gaan nie altyd deur die ouers gebruik word nie. Tog sal hulle moontlik alternatiewe inligting verlang, bv. inligting oor onderwysmoontlikhede ens.</li> <li>3. Finale besluite moet aan die familie oorgelaat word.</li> </ol>
<p><b>d. Leer die uniekheid van die kind ken en hê begrip daarvoor.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persone moet 'n vertrouensverhouding met ouers en hulle kind bou.</li> <li>2. Bewerkstellig natuurlike interaksie met die kind.</li> </ol>

(Vertaal en aangepas uit Sebald en Luckner (2007).

Hierdie studie bevestig van die aspekte wat deur Keen (2007) en Dunst, Trivette en Hamby (2007) genoem en bespreek word. Besluitneming moet gedeel word, families moet vryheid en vrymoedigheid hê om vir hulp te kan vra, kommunikasie moet bemoedigend en eerlik wees en betrokkenes moet besef dat ouers die kenners van hul kinders is. Volgens Russell (2003) is dit verder belangrik om ouers die geleentheid te gee om hul eie verwagtings te verken, te artikuleer en te identifiseer.

Professionele persone moet altyd in gedagte hou dat families oor sterktes beskik wat hulle help om aan te pas by uitdagende situasies. Koester en Meadow-Orleans (1990) is van mening dat hoofsaaklik gefokus moet word op die sterktes en dat elke gesin se kapasiteit om die stresvolle tyd te hanteer weens verskeie sielkundige, sosiale en gesinsfaktore verskil.

'n Studie deur Incesulu *et al.* (2003) het aandag gegee aan spesifieke aspekte rondom kogleêre inplantings, naamlik besluitneming, proses van inplanting, positiewe effek van die inplanting, ondersteuning vir die kind, selfstandigheid, geluk, sosiale verhoudings, onderrig, en voor- en na-operatiewe ondersteuning deur die kogleêre inplantingspan. In Tabel 2.5 word 'n opsomming gegee van die bevindinge

van hierdie studie soos vertaal en aangepas uit Incesulu, A., Vural, M., & Erkam, U. (2003). Die persentasie van ouers wat saamgestem het word na die resultate tussen hakies geplaas.

Tabel 2.5 Ouers se menings oor aspekte wat 'n rol speel by kogleëre inplantings

<b>Temas geïdentifiseer</b>	<b>Bevindinge van die studie (Persentasie ouers wat saamstem)</b>
<b>Besluitneming</b>	1. Ouers voel besluitneming is die moeilikste en stresvolste deel (81,4%).
<b>Proses van inplanting</b>	1. Ouers wou voor die inplanting soveel as moontlik inligting ontvang (100%) 2. Ouers wou families ontmoet wat reeds deur die proses was (100%) 3. Horende kinders het gekla dat hulle te min aandag kry (32%)
<b>Positiewe effekte van inplanting</b>	1. Resultate was stadig na die operasie, maar vordering het hul verwagting oortref (78%) 2. Ouers was bekommerd oor disfunksionele apparate (89%) 3. Ouers glo dat inplanting 'n beter toekoms vir hul kinders bied (100%)
<b>Kommunikasie</b>	1. Ouers het gerapporteer dat kinders nog moeilik kommunikeer (63%) 2. Bekommernis oor hul kind se uitspraak (56.2%) 3. Verwagtinge ten opsigte van taal is oortref (100%)
<b>Ondersteuning van kinders</b>	1. Ouers beweer hulle kind benodig meer ondersteuning van familie (78%) 2. Ouers besef dat hulle nou meer moet insit as in die verlede (100%) 3. Rapporteer dat mondelinge kommunikasie beter as gebaretaal is (100%)
<b>Selfvertroue</b>	1. 'n Verbetering in selfvertroue is gemerk (82%) 2. Kinders word toegelaat om vrylik buite te speel (67%)
<b>Welstand en geluk</b>	1. Kinders was minder gefrustreerd na die inplanting (85%) 2. Kinders spandeer meer tyd op hul eie - luister musiek, speel en kyk televisie (92.5%)
<b>Sosiale verhoudings</b>	1. Sosialisering het verbeter na die inplanting (100%) 2. Kinders praat meer en het beter familieverhoudings (100%) 3. Ouers is oortuig dat hul kinders meer vriende sal maak buite die familie (100%)
<b>Onderrig</b>	1. Ouers glo dat hulle kinders suksesvol sal wees (85%) 2. Ouers het meer berading nodig gehad ten opsigte van hul kind se onderrig (85%)
<b>Dienste van inplantings sentrum</b>	1. Ouers was tevrede met die inligting wat deur die inplantingsentrum verskaf is (89%) 2. Ouers voel hulle kan staatmaak op die sentrum vir enige probleme (85%) 3. Ouers benodig meer inligting ten opsigte van kind se toekoms (100%)



<b>Algemeen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terwyl alle ouers (100%) genoem het dat hul kind die situasie goed hanteer, het een ouer (3%) genoem het dat hul kind nie regkom met die appaarte nie.</li> <li>2. Alle (100%) ouers het genoem dat die moeilike tyd voor en na die inplanting die moeite werd was, aangesien dit vir hul en hul kind geluk gebring het</li> </ol>
-----------------	--

Uit hierdie bevindinge kan afgelei word dat, alhoewel daar negatiewe aspekte was, die moeilike en stresvolle besluitneming en bekommernisse oor appaarte tog in die minderheid is. Positiewe aspekte is gevind, soos verwagtinge wat oortref is, verbeterde selfvertroue, vermindering van frustrasie by kinders en verbeterde sosiale vaardighede in verhoudings.

Most en Zaidman-Zait (2001) het 'n studie gedoen oor die behoeftes van ouers van kinders met kogleêre inplantings waarin hulle op emosionele ondersteuning fokus. Die outeurs fokus op die filosofie van familie-georiënteerde intervensieprogramme waar professionele persone ouers inlig, ondersteun en begelei om sodoende ouers te bemagtig en betrokkeheid en bevoegdheid teweeg te bring. Volgens hul studie sal ouers sielkundig vinniger aanpas indien hulle ondersteuning ontvang. Weer eens word beklemtoon dat intervensieprogramme dikwels vanuit professionele persone se sienings van ouers ontwikkel word (Ferguson, 2002). Dit is dus belangrik om te bepaal wat die spesifieke behoeftes en begeertes van ouers is.

Verder het Most en Zaidman-Zait (2001) bevind dat die persone uit die inplantingspan van wie ouers ondersteuning wou ontvang het, eerstens oudioloë, sjirurge, maatskaplike werkers en spraakterapeute was. Die bevindinge van hierdie studie stem ooreen met dié van Zaidman-Zait (2007), dat ander bronne wat ondersteuning bied familieledede, volwassenes wat doof is en ander ouers van kinders met kogleêre inplantings insluit. Hierdie persone het 'n kardinale rol in die ouers se ervaring van die kogleêre inplantingsproses gespeel. Private gesprekke was vir die meeste ouers die gekose vorm om inligting en ondersteuning te ontvang. 'n Derde van hierdie ouers het genoem dat emosionele ondersteuning 'n leemte was. Tabel 2.6 som die bevindinge van die studie op.

Tabel 2.6 Emosionele behoeftes van ouers van kinders met kogleêre inplantings

<b>1. Inligting benodig</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mediese, tegniese, kommunikasie en opvoeding</li> <li>2. Inligting is nodig vir besluitneming</li> <li>3. Inligting verminder verdere spanning</li> </ol>
<b>2. Emosionele ondersteuning</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nodig vir die eerste jaar na inplanting</li> <li>2. Langtermyn-ondersteuning is nodig vir teleurstelling indien verwagtinge onrealisties was</li> <li>3. Ouers het gevoel professionele persone vermy emosionele kwessies (36.4%)</li> <li>4. Professionele persone moet ouers verwys na opgeleide persone wat emosionele ondersteuning kan bied</li> <li>5. Ouers kies sielkundiges vir emosionele ondersteuning (37,1%) Ander ouers van kinders met kogleêre inplanting (14.3%) Familiëlede (14.3%) Ander professionele persone (34.3%)</li> </ol>
<b>3. Kontak met ander ouers</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ouers het 'n behoefte om ander ouers te ontmoet (65.6%)</li> <li>2. Ouers wil graag in 'n groep gesels (31.3%)</li> <li>3. Dit dien as 'n "coping strategy" (Feher-Prout, 1996)</li> <li>4. Private gesprekke bied geleentheid om intieme gevoelens te deel</li> <li>5. Groepsgesprekke: Ouers kan vrylik in 'n ondersteunende omgewing oor gevoelens gesels.</li> <li>6. 'n Koördineerder is nodig as bemiddelaar</li> </ol>

(Vertaal en aangepas uit Most en Zaidman-Zait (2001)).

Ouers het 'n sterk behoefte aan emosionele ondersteuning, wat óf in die vorm van private gesprekke óf in groepsverband kan plaasvind. Vir 'n derde van die ouers was dit noodsaaklik om met 'n sielkundige te praat, terwyl ander ouers se bronne van ondersteuning ander ouers, familieledede en professionele persone was. Kontak met ander ouers was vir meer as die helfte van die ouers uiters belangrik. Ouerondersteuningsgroepe word gesien as 'n wyse vir ouers om by ander ouers te leer en nuwe aanpassings te maak (Singer, 2002; Zaidman-Zait, 2007). Most en Zaidman-Zait (2001) se gevolgtrekking van die studie was dat emosionele ondersteuning 'n essensiële deel van die intervensieproses vorm en dat so 'n diens aan ouers verskaf moet word.

## 2.5 DIE ROL VAN DIE OPVOEDKUNDIGE SELKUNDIGE

Weinig literatuur oor die rol wat die opvoedkundige sielkundige in die kogleêre inplantingspan kan speel is gevind. Literatuur wat wel beskikbaar is, fokus

hoofsaaklik op die rol van mediese personeel (oor-, neus- en keelspesialiste en verpleegsters), oudioloë, spraakterapeute, onderwysers en maatskaplike werkers. Nastasi (2000, p. 40) beskryf die rol van die opvoedkundige sielkundige soos volg: *"The educational psychologist's role becomes one of investigating barriers to learning within the different systems, also to be a change agent, mental health specialist, systems specialist, advocate, program developer and evaluator."* Met die menigvuldige rolle wat deur Nastasi (2000) voorgestel word, is daar 'n definitiewe rol wat 'n opvoedkundige sielkundige en dus geestesgesondheids spesialis kan speel ten opsigte van die emosionele ondersteuning wat ouers van kinders met kogleëre inplantings in 'n Suid-Afrikaanse konteks ontvang.

Opvoedkundige sielkundiges werk nie meer vanuit 'n mediese model waar die probleem binne die kind gesetel is nie, maar wel vanuit 'n ekologiese of sosiale model, waar die probleem binne die konteks van die verskillende sisteme waarin die kind beweeg, gesien word. In Sheridan en Gutkin (2000) verklaar Apter en Conoley dat elke kind 'n onafskeidbare deel vorm van 'n klein sosiale sisteem wat die kind omring en beïnvloed. Die ekologiese model van Bronfenbrenner, soos beskryf in Swart en Pettipher (2005), is 'n multidimensionele model wat uit verskillende vlakke van interaktiewe sisteme bestaan (mikro-, meso- en makrosisteme)<sup>9</sup> wat gedurig verander, groei en ontwikkel. In 'n hersiene model, die bio-ekologiese model, word veral klem gelê op die sosiale konteks waarbinne ons leef. Die ondersteuning van ouers van kinders met kogleëre inplantings moet dus vanuit 'n Suid-Afrikaanse sosiohistoriese konteks beoordeel word. Die Onderwyswitskrif 6<sup>10</sup> het byvoorbeeld 'n invloed op die skoolsisteem en dit beïnvloed die opvoeding van die kind. Makrosisteme kan gesien word as internasionale of nasionale invloede of veranderinge wat 'n invloed op ons onderwysstelsel in Suid-Afrika het (Donald et al., 2002). Met die diagnose van 'n gestremdheid word die sosiale en ekologiese omgewing van die familie verbreed en word hulle aan 'n nuwe diensleweringstelsel

---

<sup>9</sup> Mikrosisteme behels die interpersoonlike verhoudings en wisselwerkings tussen individue. Dit is dus die onmiddellike omgewing waarin die individu hom- of haarself bevind (Swart & Pettipher, 2005), bv. 'n kind en die skool, kerk of vriendekring. Mesosisteme is die verhoudings wat tussen die mikrosisteme ontstaan. Eksosisteme behels die sisteme wat 'n kind indirek kan beïnvloed, maar wel die sisteme waarbinne hy beweeg (bv. die onderwysstelsel of 'n ouer se werk). Makrosisteme is die houdings, waardes en ideologieë wat 'n invloed op die mikro-, meso- en eksosisteme het.

<sup>10</sup> Witskrif 6 is 'n onderwysbeleidsdokument wat deur die Nasionale Departement van Onderwys (DvO) saamgestel is om te verduidelik hoe die departement inklusiewe onderwys wil bewerkstellig en wat die plan van aksie is.

blootgestel wat óf 'n bron van spanning óf 'n bron van ondersteuning kan wees. Die sisteme wat in hierdie studie 'n rol speel is die ouer-kindsisteam en hierdie mikrosisteam in verhouding met ander professionele persone. Hierdie sisteme het 'n direkte invloed op die emosionele ondersteuning wat ouers ontvang. Aangesien opvoedkundige sielkundiges verskeie rolle vertolk, soos verduidelik deur Nastasi (2000), en ekosistemies werk, dra hulle kennis van beide opvoedkundige en psigiese aspekte en kan hulle van groot waarde wees vir ouers van kinders met kogleêre inplantings en hulle kinders.

Archbold (2003) beskryf wel die rol van die sielkundige in die skoolopset. 'n Opvoedkundige sielkundige moet die kind ten opsigte van algemene ontwikkeling en skolastiese vordering assesser (Archbold, 2003). Dit is die rol van die opvoedkundige sielkundige om op te tree indien daar 'n bekommernis is oor die akademiese vordering van die kind. Dit word afgelei dat, met die toename in inplantings vir klein kindertjies met gehoorgestremdheid, die moontlikheid ook ontstaan van verdere leerprobleme wat nie eenvoudig is om te identifiseer nie. Uit die aard van 'n opvoedkundige sielkundige se werk kan afgelei word dat hierdie funksie wel binne die kogleêre inplantingspan moet plaasvind.

## **2.6 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is 'n breedvoerige literatuurstudie oor die relevante aspekte van hierdie studie aangebied. 'n Verskeidenheid bronne is geraadpleeg om sodoende meer lig op die onderwerp te werp. Uit die literatuur het dit duidelik geword dat kogleêre inplantings nie net aan kinders die geleentheid gee om te kan hoor nie, maar dat dit 'n proses is wat gesinne se lewens verander. Alhoewel ondersteuning aan ouers gebied word, wil dit voorkom asof 'n leemte bestaan aan emosionele ondersteuning wat aan ouers gebied word. 'n Leemte is ook geïdentifiseer ten opsigte van die rol wat die opvoedkundige sielkundige as deel van hierdie span kan speel.

In die volgende hoofstuk word die navorsingsontwerp, navorsingsmetodologie, generering van kwalitatiewe data, databestuur en -verwerking, geldigheid en betroubaarheid van bevindings en die rol van die navorser breedvoering bespreek.

## HOOFSTUK 3

### NAVORSINGSONTWERP EN –METODOLOGIE

#### 3.1 INLEIDING

*"... we want to find out what the actions of the people in the setting are, what they think, and maybe feel, what their setting looks like and what the significance of the signs and symbols in the setting is" (Henning, 2005, p. 6).*

Henning (2005) beskryf in hierdie aanhaling die doel van 'n kwalitatiewe navorsingstudie. Die doel van hierdie studie was eweneens om 'n diepgaande beskrywing te gee van 'n generiese interpretatiewe studie wat moeders vankinders met kogleêre inplantings betrek het. Om hierdie studie te kon behartig, het die navorser sekere keuses uitgeoefen. Hierdie hoofstuk beskryf die keuses wat gemaak is. Die navorsingsparadigma en -ontwerp sal eerste bespreek word, waarna 'n bespreking van die metodologie en generering van kwalitatiewe data sal volg. Databestuur en -verwerking word vervolgens bespreek, asook die geldigheid en betroubaarheid van die studie, en laastens die etiese aspekte asook die rol van die navorser.

#### 3.2 NAVORSINGSPARADIGMA EN –ONTWERP

'n Paradigma, of anders 'n teoretiese raamwerk genoem, vorm die raamwerk waaruit die navorser die studie benader. Dit word gesien as die begin van die navorsingsproses wat bepaal word deur die vrae wat die navorser oor die fenomeen vra. Dit bepaal ook die vrae wat die navorser vra oor die fenomeen, die proses, perspektiewe of wêreldsieninge wat bestudeer word. Henning (2005) meen dat 'n teoretiese raamwerk die studie plaas binne die veld waarin gewerk word en dit moontlik maak om oor die studie te teoretiseer. Maykut en Morehouse (1995) beskryf 'n teoretiese raamwerk as die wyse waarop 'n mens die wêreld beskou, wat die raamwerk vorm waarbinne navorsing plaasvind en dus die navorser se sienswyse en begrip vorm (Babbie, 2004). Hierdie studie word in die interpretatiewe paradigma geanker. Volgens Babbie en Mouton (2001) beklemtoon die interpretatiewe paradigma dat mense aktief in die proses besig is om sin van hul lewens te maak. Hulle doen dit deur hul wêreld te interpreteer, te skep (Denzin &

Lincoln, 2005), betekenis daaraan te heg, te definieer, te regverdig en hul aksies te rasionaliseer.

Elke paradigma word in drie dimensies verdeel, naamlik ontologie, epistemologie en metodologie. Terre Blanche & Durrheim (1999) gee 'n breedvoerige beskrywing van hierdie dimensies. Ontologie beskryf die aard van die werklikheid wat bestudeer word. In 'n interpretatiewe studie is die aard van die werklikheid wat bestudeer word die interne werklikheid van 'n mens se subjektiewe ervarings, en in hierdie geval die ervarings van ouers van kinders met kogleëre inplantings. Die epistemologie van hierdie studie, soos deur Henning (2005, p. 15) gedefinieer, is die filosofie van hoe ons die wêreld ken of "*how we come to know*", dit wil sê wat kennis is. Denzin en Lincoln (2005) beskryf dit as die verhouding tussen die navorser en dit wat reeds bestaan. Die epistemologie van 'n interpretatiewe paradigma beklemtoon 'n empatiese en intieme verhouding met die deelnemer, waar interaksie tussen die navorser en deelnemer plaasvind om kennis te konstrueer (Terre Blanche & Durrheim, 1999). 'n Navorser in die interpretatiewe paradigma glo dat die realiteit bestaan uit mense se subjektiewe ervarings van die eksterne wêreld, dus neem die navorser 'n intersubjektiewe of interaksionele epistemologiese rol aan (Terre Blanche & Durrheim, 1999). Volgens Bassey (1999) glo 'n interpretatiewe navorser dat mense die wêreld op verskillende of soortgelyke wyses interpreteer en konstrueer. Interpretatiewe navorsing fokus daarom op die betekenis wat mense oor hul lewenservarings konstrueer, asook hoe hulle van hul eie lewens sin maak (Merriam, 1998). Metodologie verwys na die manier waarop navorsers antwoorde soek en navorsingsprobleme benader.

Die aard van die studie en hoe die navorser dit benader, rig die navorser in die spesifieke ontologie, epistemologie en metodologie wat die breër raamwerk van die studie vorm. Die navorser word gelei deur sy of haar eie oortuigings en gevoelens oor hoe hy of sy die studie verstaan (Denzin & Lincoln, 2005). As navorser glo ek dat die werklikheid van hierdie studie in ouers se subjektiewe ervarings van die proses van inplantering lê, asook dat ek as navorser 'n interaktiewe rol speel in die proses van datagenerering deur van onderhoude gebruik te maak. Weens die aard van hierdie studie is 'n konstruktivistiese, interpretatiewe paradigma dus die mees geskikte paradigma om die studie te rig.

'n Navorsingontwerp is 'n strategiese plan van aksie wat gevolg word om die navorsingsvraag te beantwoord (Mouton, 1996). Die doel van hierdie studie is om die emosionele ondersteunings van moeders in die tyd van hul kind se diagnose, inplanting van 'n kogleêre apparaat en rehabilitasie te beskryf, dus leen die studie hom daartoe dat 'n generiese interpretatiewe studie die geskikste ontwerp is (Merriam, 1998). Volgens Durrheim (1999) is die doel van generiese interpretatiewe studies om 'n fenomeen te beskryf of te verstaan. Merriam (1998) noem vier eienskappe van 'n generiese interpretatiewe studie. Eerstens is dit om 'n fenomeen te verstaan vanuit die deelnemer se perspektief en nie vanuit die navorser se perspektief nie. Tweedens is die navorser die primêre instrument van datagenerering en interpretasie, en derdens behels dit veldwerk waar die navorser fisies na die deelnemers of instansies gaan (Merriam, 1998). Laastens word in 'n generiese interpretatiewe studie hoofsaaklik induktief gewerk, waar teorieë en konsepte nie getoets nie maar ontwikkel word. Die doelwit van hierdie studie is om 'n diepgaande beskrywing te gee van die emosionele ondersteuning wat moeders ontvang en die ervarings van ondersteuning tydens diagnose, inplantering en rehabilitasie.

### **3.3 METODOLOGIE**

Metodologie beskryf hoe die navorser prakties en spesifiek te werk gaan om dit wat 'geken' wil word, na te vors. Henning (2005) sluit hierby aan dat metodologie die spesifieke metodes behels wat gebruik word om kennis te genereer. Metodologie verwys na die manier waarop navorsers antwoorde soek en navorsingsprobleme benader. Metodologiese benaderings word in twee kategorieë verdeel, naamlik kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing (Mouton, 1996; Merriam, 1998; Taylor & Bogdan, 1998; Terre Blanche & Durrheim, 1999; Silverman, 2000; Babbie, 2004; Henning, 2005; Denzin & Lincoln, 2005). Die verskil tussen die benaderings is hoofsaaklik gebaseer op die diepte en oriëntasie van die navorsing wat gedoen word. 'n Kwalitatiewe benadering beoog om gedetailleerde beskrywings van die sosiale realiteit te konstrueer (De Vos, Strydom, Fouché & Delpont, 2002), terwyl 'n kwantitatiewe benadering beoog om die waarheid te vind deur streng kontrole en meting (Henning, 2005). Kwalitatiewe navorsers is geïnteresseerd om te verstaan eerder as om te verklaar, te observeer eerder as om te meet, om 'n binnestaander-perspektief te eerder as 'n buitestaander-perspektief te ontwikkel (De Vos *et al.*,

2002). Taylor en Bogdan (1998) noem verder dat die keuse van metodologie deur ons belangstellings, doelstellings en aannames van die studie beïnvloed word. Die aard van hierdie studie leen hom tot kwalitatiewe navorsingsmetodologie omdat ek as navorser die ervarings en opinies van ouers wil verstaan.

### **3.3.1 Deelnemers in die studie**

'n Doelbewuste steekproef is in hierdie studie gedoen. Durrheim (1999) verduidelik dat 'n steekproef 'n groter populasie mense, gebeurtenisse, gedrag en/of sosiale prosesse verteenwoordig, waaruit die navorser gevolgtrekkings kan maak. Silverman (2000) sluit hierby aan deur te sê dat doelgerigte, bewuste steekproeftrekking kritiese denke vereis oor die spesifieke kriteria waarvolgens die steekproef geselekteer moet word. Deelnemers aan die steekproef moet geselekteer word op grond van hul relevansie tot die studie, en daarom is spesifieke kriteria geïdentifiseer:

- Moeders wie se kinders reeds deur 'n proses van inplanting gegaan het.
- Moeders uit die Wes-Kaap omgewing.
- Kinders het na 2000 inplantings ontvang.
- Verteenwoordigers uit 'n spektrum sosiaal-ekonomiese klasse.

Die kinders het rehabilitasie by die Kogeleëre Inplantingseenheid van Tygerberg Hospitaal-Universiteit Stellenbosch ondergaan maar die inplanting is by Vergelegen Medi-Clinic gedoen. 'n Lys van sewentien gesinne is by die sentrum verkry. Tien moeders van beide lae en hoë sosio-ekonomiese status, is hieruit geselekteer en is telefonies geskakel om 'n afspraak vir 'n onderhoud te maak. Twee moeders het uit die studie onttrek en onderhoude is met agt moeders gevoer.

Die volgende tabel (2.7) toon aan in watter jaar die kind geïmplanteer is, die aantal inplantings, die kind se huidige ouderdom, die omgewing waar die ouers woon en die skool waar hul kinders huidiglik skool gaan.



Tabel 2.7. Inligting oor die deelnemers se kinders

Jaar van 1ste inplanting	Aantal inplantings	Huidige ouderdom	Woongebied	Tipe skool
2002	2	7 Jaar	Kaapstadomgewing	Hoofstroom
2004	2	5 Jaar	Kaapstadomgewing	Hoofstroom
2005	1	8 Jaar	Kaapstadomgewing	Carel du Toit
2000	2	4 Jaar	Kaapstadomgewing	Hoofstroom
2005	2	3 Jaar	Kaapstadomgewing	Carel du Toit
2004	2	5 Jaar	Kaapstadomgewing	Hoofstroom
2006	2	8 Jaar	Kaapstadomgewing	Hoofstroom
2005	2	5 Jaar	Kaapstadomgewing	Carel du Toit

In hoofstuk 4 sal verwys word na deelnemers deur gebruik te maak van pseudonieme om deelnemers se identiteit te beskerm. Daar sal soos volg na hulle verwys word:

- I1<sup>11</sup> – Lynette
- I2 – Nadia
- I3 – Samantha
- I4 – Sandra
- I5 – Mariska
- I6 – Riana
- I7 – Liezl
- I8 – Sunette

Wanneer na meer as twee deelnemers verwys word, sal die kode (I1) soos volg tussen hakies geplaas word: (I1, I2, I3, I4, I5).

### 3.4 GENERERING VAN KWALITATIEWE DATA

Metodes verwys na die spesifieke en verskeidenheid tegnieke wat gebruik word om data te genereer om 'n onderwerp diepgaande te ondersoek. In hierdie geval is 'n generiese interpretatiewe studie gedoen. Kwalitatiewe navorsers genereer data deur geskrewe of gesproke taal, of in 'n vorm van waarneming wat in taal weergegee word, en analiseer die data deur temas te identifiseer en dan te kategoriseer (Durrheim, 1999). Durrheim (1999) noem dat dit noodsaaklik is vir die navorser om betroubare data te hê waarvolgens gevolgtrekkings gemaak kan word.

<sup>11</sup> I1 staan vir Individuele onderhoud nommer 1. Ter wille van anonimiteit word name weerhou.

Vir die doeleindes van hierdie studie is verbale data deur onderhoude met ouers gegenereer. Onderhoudvoering is 'n interaktiewe gesprek wat tussen 'n onderhoudvoerder en 'n deelnemer plaasvind om 'n spesifieke doel te bereik. Kvale (1996, p. 2) beskryf 'n onderhoud soos volg: "*An interview is literally an **inter view**, an **inter change** [sic] of views between two persons conversing about a mutual interest.*" Babbie en Mouton (2001) noem dat 'n kwalitatiewe onderhoud 'n gesprek is waar die navorser die rigting van die gesprek bepaal deur spesifieke temas aan die deelnemer bekend te stel. Spesifieke temas wat relevant tot die studie is, word bespreek. Dit word gedoen deur die onderhoudvoerder wat die onderhoud in 'n spesifieke rigting stuur (Babbie & Mouton, 2001; Charmaz, 2005). 'n Algemene metode in 'n kwalitatiewe studie is verder om relevante data wat vir die doeleindes van die studie nodig is, te genereer. Daar is drie soorte onderhoude, naamlik gestruktureerde, semi-gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoude (Fontana & Frey, 2005). Gestruktureerde onderhoude fokus op direkte vrae wat gevra word, met min buigsaamheid vir afwyking. Ongestruktureerde onderhoude, daarenteen, word gesien as onderhoude met 'n spesifieke doel waartydens die respondent die onderhoud beheer en kies watter inligting gegee word (De Vos *et al.*, 2002). Semi-gestruktureerde onderhoude wat in hierdie studie gebruik is, word gesien as persoonlike en intieme ontmoetings tussen die respondent en onderhoudvoerder waaruit dialoë of stories deur middel van oop, direkte verbale vrae ontstaan (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Semi-gestruktureerde onderhoude gee aan die onderhoudvoerder die buigsaamheid om idees en konsepte verder te verken indien dit nie duidelik genoeg deur die respondent beskryf is nie (Banister, Burman, Parker, Taylor & Tindall, 1994). Die onderhoude in hierdie studie is op oudioband vasgelê en daarna woordeliks getranskribeer.

'n Onderhoudsgids het die onderhoud gestruktureer sodat alle nodige data gegenereer kon word om die navorsingsvraag te beantwoord (kyk Bylae C). Patton (2002) beskryf die navorsingsgids as "*a basic checklist during the interview to make sure all relevant topics is [sic] covered.*" Die navorser lei die respondent in die temas wat relevant tot die studie is. Kvale (1996, p. 2) verduidelik dat "*the interviewer leads the subject towards certain themes, but not to certain opinions about these themes.*" Volgens Patton (2002) moet die navorser 'n raamwerk skep waarin die respondente gemaklik, akkuraat en eerlik die semi-gestruktureerde vrae kan antwoord.

### 3.5 DATABESTUUR EN –VERWERKING

Die proses van dataverwerking word gesien as die proses om orde en struktuur daar te stel en verbande te lê tussen die massas data wat gegenereer is om sodoende tot 'n dieper begrip van die betekenis te kom (Bloomberg & Volpe, 2008). Volgens Mertens (2005) word data in kleiner deeltjies geselementeer om daaruit betekenis te haal. Dit word beskryf as 'n dinamiese, sistematiese en kreatiewe proses wat ook met intuïsie en induktiewe redenering gepaard gaan (Taylor & Bogdan, 1998; Mertens, 2005). De Vos *et al.* (2002) beskryf ook die proses as ongeordend, teenstrydig, tydrowend, kreatief en fassinerend. In 'n kwalitatiewe studie is die navorser die instrument wat data analiseer en interpreteer. In hierdie studie word gebruik gemaak van beginsels van gegronde teorie vir dataverwerking. Charmaz (2005) beskryf gegronde teorie-metodes as metodes wat sistematiese en buigsame riglyne is vir die generering en verwerking van data om teorieë uit die data self teweeg te bring. Hierdie metode vul ander kwalitatiewe benaderings aan (Charmaz, 2006). Die navorser reflekteer gedurig tydens die studie oor die verhouding, verbande wat getrek word en indrukke van die data wat ingesamel word (Henning, 2005). Gedurende die studie ondersoek die navorser verskeie temas, kategorieë, konsepte en idees, asook verskille en ooreenkomste wat in die data voorkom.

Ryk, gedetailleerde, diepgaande data oor die ervarings van individue openbaar deelnemers se gevoelens, emosies en aksies. Vir die navorser is hierdie tipe data van uiterse belang, want dit vorm die basis waarop die studie gebou word (Charmaz, 2006) (kyk Bylae E vir rou data). Verder beoog dit om nuwe konsepte, insigte en begrip uit patrone in die data te vorm eerder as om net op die insameling van statistiese data te fokus.

Verwerking word deur Creswell (1998) beskryf as 'n proses wat in 'n spiraal loop eerder as 'n vaste lineêre benadering. Die stappe behels eerstens die generering en opname van data, tweedens die bestuur van data, derdens die lees en notering van data, vierdens beskrywing, klassifisering en interpretering van data en laastens die voorstelling en visualisering van data. Kwalitatiewe navorsing leen hom daartoe dat

datagenerering en verwerking nou saamloop. Die navorser kan dus gedurig aanpassings en verandering maak soos die studie vorder.

Gegronde teorie-metodes deel verskeie ooreenkomste met inhoudsanalise wat kodering en kategorisering betref. Ek het die data gekodeer deur dit in kleiner gedeeltes of eenhede te verdeel en toe sistematies gekodeer volgens eenhede (’n naam word aan elke eenheid gegee). De Vos *et al.* (2002) en Charmaz (2006) verwys na oop kodering en dit vorm die eerste stap van dataverwerking. Figuur 3.1 is ’n voorbeeld van hoe oop kodering gedoen is (kyk figuur 3.1). Daarna het ek die eenhede weer saamgegroepeer (Henning, 2005) om kategorieë te vorm. Dit word gesien as aksiale kodering (kyk Bylae D). Kodering bring die navorser by ’n punt waar teorieë begin ontwikkel. Die navorser kan die teorie van naderby beskou en dit evalueer, waaruit gegronde teorieë ontstaan (De Vos *et al.*, 2002).

Individuele onderhoud nommer 6, 29 Mei 2008			
1	O	Ons het nou nou bietjie gesels rondom kogleëre inplanting, vertel asseblief vir my van julle ervaring in die proses..	
3	M6	Weet jy dit was eintlik orraait, partymaal as mens in die middel van ’n ding is dan sê mens dit of dat, maar as ek nou terug kyk dink ek ma eintlik dink ek regtig ons het voldoende ondersteuning gehad	Ervaring v d proses
6		Ons het uhm ... Sarie was vir my oulik, ek het regtig op daardie stadium ’n probleem gehad met die appaarte, en met Danita	Ervaring van ondersteuning
8		hulle, ek het regtig partykeer gesukkel met hulle, of my frustrasie	Ervaring van PP
9		het by hulle praktyk gelê, ag simpel goed soos ek het my kind se appaarte ingegee en hulle het nie na my toe terug gekom nie dan	Proses van verwysing
11		was my kind sonder gehoor vir ’n tyd en daar was my frustrasie groot. Maar die hulp wat ek gekry het en ondersteuning daar van	Emosie
12		[...] se kant af was baie goed gewees.	Ervaring van ondersteuning
13			Proses van verwysing

Figuur 3.1 Voorbeeld van oop kodering

### 3.6 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

’n Uitdaging vir navorsers is om die geldigheid van hul studie te verseker. ’n Tema wat gedurig in die literatuur gedebatteer word is die kwessie rondom die geldigheid van kwantitatiewe teenoor kwalitatiewe navorsingstudies. Guba en Lincoln (2005) verduidelik dat fundamentaliste ’n waarheid "daar buite" wil ontdek wat kwantitatief deur ’n aantal kriteria getoets moet word. In teenstelling hiermee, verduidelik hulle verder dat nie-fundamentaliste argumenteer dat geen spesifieke kriteria vanweë die aard van kwalitatiewe studies bestaan nie, aangesien daar

geen definitiewe waarheid is as dit kom by die navorsing van mense se ervarings nie. Silverman (2007) meen dat kwantitatiewe studies nie 'n goue sleutel tot geldigheid het nie, aangesien navorsers die geldigheid kan manipuleer deur die geskikste bevindinge voor te dra. Kwalitatiewe navorsers moet dieselfde versoekinge om data te manipuleer weerstaan en opregte, ware bevindinge weergee. Navorsers kan dit doen indien hul die kompleksiteit van die studie in ag neem en dit aanspreek, deur beskrywende, konteksverwante (Gay, Mills & Airasian, 2006) inligting aan die leser te gee deur ingesamelde data wat stabiel is. Merriam (1998) verklaar dat kwalitatiewe navorsingstudies dikwels toegepas word en 'n effek het op hoe dinge in die wêreld gebeur, en as gevolg hiervan moet 'n studie geloofwaardig wees en vertrou kan word. Die interne geldigheid of krediet-waardigheid, eksterne geldigheid en betroubaarheid van die studie en hoe ek dit toegepas het, word in die volgende onderafdelings beskryf.

### **3.6.1 Interne geldigheid**

Geldigheid is 'n sleutelkomponent in enige navorsingsontwerp. Bloomberg en Volpe (2008) is van mening dat *"the criterion of credibility (or validity) suggests whether the findings are accurate or credible from the standpoint of the researcher, the participants, and the reader."* Volgens Merriam (1998) handel interne geldigheid oor hoe die bevindinge in die studie die werklikheid weerspieël, asook hoe kongruent die bevindinge met die werklikheid is. Alhoewel uitgebreide debatte gevoer word en meningsverskille oor die konsepte *geldigheid* en *betroubaarheid* bestaan, gebruik ek die algemene navorsingsterme ter wille van duidelikheid. Om die geldigheid van 'n kwalitatiewe studie te toets, is beide metodologiese en interpretatiewe geldigheid belangrik. Metodologiese geldigheid evalueer die logika van die passing van metodes en navorsingsvrae. Die doel, konseptuele raamwerk, navorsingsvrae en metodes moet dus kongruent wees. Verskeie tegnieke, waaronder triangulasie, word gebruik om geldigheid in kwalitatiewe navorsing te verseker. Die term triangulasie verwys na die gebruik van verskeie metodes om dieselfde inligting en gevolgtrekkings te kry. Triangulasie is nie in hierdie studie gebruik nie, aangesien diepgaande beskrywings gegee is uit die data wat eerder van alle kante af ondersoek is. Ek het besluit om een metode deeglik te gebruik. Willis (2007; p. 220) stel dit soos volg: *"A well-done study using one method, such as interviewing, may*

*be far more convincing to readers than a poorly done study, using three data collection methods."*

Hierdie proses word deur Richardson & Adams St. Pierre (2005) beskryf as "*kristallisering*". Die deursigtigheid van 'n kristal word vergelyk met die deursigtigheid van die navorsingstudie. Die kristalle is prisma's wat verskillende kleure en patrone in verskillende rigtings reflekteer. Volgens Richardson & Adams St. Pierre (2005, p. 208) bepaal die rigting vanwaar ons kyk die prentjie wat ons sien.

*"The metaphoric 'solid object' (crystal/text), which can be turned many ways, which reflects and refracts light (light/multiple layers of meaning), through which we can see both 'wave' (light wave/human currents) and 'particle' (light as 'chunks' of energy/elements of truth, feeling, connection, processes of the research that 'flow' together) is an attractive metaphor for validity."*

Merriam (1998) sluit hierby aan deur te sê dat indien mense die primêre bron van datagenerering en -verwerking is, hulle verwysingsraamwerk en interpretasies die werklikheid weerspieël. Dit word gesien as 'n positiewe aspek van kwalitatiewe studies. In hierdie studie het ek as navorser die kompleksiteit van menslike ervarings probeer verstaan deur vooraf 'n konseptuele raamwerk op te stel en 'n holistiese interpretasie van die bevindinge te gee wat van alle kante af bestudeer is. Versadiging van data behels verder dat die navorser bepaal dat nuwe data nie enige nuwe inligting of insigte sal bydra om kategorieë te vorm nie (Creswell, 2005). Tydens die onderhoud is temas deur die deelnemers herhaal, wat identifisering van kategorieë vergemaklik het.

Interpretatiewe geldigheid "*directs attention to the quality and rigor with which the researcher interprets and analyzes data in relation to the research design*" (Bloomberg & Volpe, 2008, p. 86).

My studieleier het as buitestaander die studie krities geëvalueer ten opsigte van die datagenerering, -verwerking en interpretasie wat tydens die studie gebruik is. Volgens Creswell (2005) word hierdie proses "*external auditing*" genoem en dra dit tot die geldigheid van die studie by.

### 3.6.2 Eksterne geldigheid

Vir 'n studie om eksterne geldigheid te hê, moet die studie eerstens interne geldigheid toon. Eksterne geldigheid of oordraagbaarheid behels die mate waartoe die bevindinge van die studie in 'n ander studie toegepas kan word (Merriam, 1998; Johnson & Christensen, 2004; Slavin, 2007). Die steekproef moet 'n akkurate voorstelling van die groter populasie wees. Vir kwalitatiewe navorsers is hierdie 'n ingewikkelde vraag om te vra. Merriam (1998) verduidelik dat kwalitatiewe navorsings nie op dieselfde wyse na eksterne geldigheid kan kyk as wat kwantitatiewe navorsers daarna kyk nie, aangesien steekproeftrekking in 'n kwantitatiewe studie onder streng toestande gedoen word. Die volgende aanhaling verduidelik verder dat die doel van die studie die steekproef bepaal: *"In qualitative research, a single case or small random sample is selected because the researcher wishes to understand the particular in depth, not to find out what is generally true of the many"* (Merriam, 1998, p. 208). In kwalitatiewe studies speel die leser 'n rol in die bepaling van die eksterne geldigheid. Indien die studie op die leser se situasie of konteks van toepassing is, kan die leser self besluit hoe oordraagbaar die studie is. Merriam (1998) verduidelik verder dat dit gedoen kan word indien die navorser 'n ryk, diepgaande beskrywing kan gee van die ontwerp van die studie, die steekproeftrekking, die bevindinge en gevolgtrekkings, sodat die leser kan bepaal of die bevindinge oordraagbaar is. Ek het die bogenoemde geïmplementeer in afdeling 3.2 wat handel oor die navorsingsparadigma en -ontwerp, asook die steekproeftrekking in onderafdeling 3.2.1. Verder word 'n diepgaande beskrywing van die bevindinge in hoofstuk 4 gegee, en die gevolgtrekkings word in hoofstuk 5 bespreek.

### 3.6.3 Betroubaarheid

Betroubaarheid word bepaal indien dieselfde resultate gevind word wanneer verskeie studies op dieselfde wyse gedoen word. Twee ander terme wat ook in kwalitatiewe studies gebruik word, is *konsekwentheid* of "*dependability*." Verbale data wat opgeneem en getranskribeer word, kan heel moontlik verkeerd geïnterpreteer word deurdat belangrike nuanses en pouserings in die respondente se stem gemis kan word (Silverman, 2000). Babbie (2004) noem dat akkuraatheid en deeglikheid nie betroubaarheid verseker nie. Merriam (1998) voeg hierby dat

betroubaarheid in sosiale studies ingewikkeld is, aangesien menslike gedrag nooit staties is nie. Daar bestaan ook die veronderstelling dat verskeie navorsers data op verskeie maniere kan interpreteer. Hieruit kan dus afgelei word dat dit noodsaaklik is om akkuraat en noukeurig met data te werk te gaan om te verseker dat die studie betroubaar is. Volgens Merriam (1998) kan 'n navorser die betroubaarheid van die studie versterk deur gebruik te maak van 'n "*audit trail*." Deur noukeurig vir die leser te beskryf hoe die data gegenereer en verwerk is en hoe kategorieë daaruit gehaal is. Hierdeur kan die leser die navorser se spoor (Mertens, 1998) volg en bepaal of die bevindinge konsekwent is met die data wat gegenereer is.

### **3.7 ETIESE ASPEKTE**

Etiese kwessies speel 'n kardinale rol in navorsing oor mense se lewens en hul ervarings. Redwood (2008) argumenteer dat navorsing dikwels gedoen word met 'n manipulerende benadering waar mense mislei, misbruik en selfs mishandel word sodat die navorser die gewenste inligting vir die studie kan kry. Redwood (2008) verduidelik verder dat die verantwoordelikheid vir besluite wat geneem word, by die navorser lê.

Uit die aard van hierdie navorsingstudie was mense die respondente. As navorser was dit dus my plig om hulle te beskerm en in te lig (Bloomberg & Volpe, 2008). Om te verseker dat mense beskerm word, dat vervalste data nie gepubliseer word nie en dat navorsing nie gefabriseer word nie, het verskeie instansies wetgewing en etiese kodes geformuleer (Christians, 2005). Mouton (2001, p. 38) verduidelik etiese kodes soos volg: "*The ethics of science concerns what is wrong and what is right in the conduct of research*". Christians (2005) stel verskeie beginsels as riglyne vir navorsing voor. Eerstens moet ingeligte toestemming van die respondente verkry word oor die aard van die navorsing, en volle en oop kommunikasie moet tussen die navorser en respondent bestaan. 'n Tweede belangrike beginsel is privaatheid en vertroulikheid. Respondente moet te alle tye beskerm word. Christian (2005) meen hierop dat geen persoon verdien om leed aangedoen of verneder te word deur onsensitiewe navorsings praktyke nie. Laastens word akkuraatheid beklemtoon. Data moet ekstern en intern geldig wees om onetiese en nie-wetenskaplike navorsing wat met vervalste, gefabriseerde en gemanipuleerde data gedoen word, te verhoed.



Op grond van hierdie beginsels of riglyne, tesame met die Raad vir Gesondheidsberoepe van Suid-Afrika se etiese kodes, het ek as beginner-navorsers die beginsels en kodes om deelnemers se regte te beskerm, soos volg toegepas:

- Navorsing is gedoen op 'n wyse wat ooreenstem met etiese kodes van die wet, sowel as met internasionale en nasionale standaarde.
- Toestemming is van die etiese komitee van die Universiteit van Stellenbosch verkry.
- Ingeligte toestemming in die vorm van 'n brief (kyk Bylae B) is in verstaanbare taal aan ouers verskaf en voor die aanvang van die onderhoud saam met hulle deurgegaan en onderteken.
- Die brief handel oor die volgende aspekte:
  - Volledige en verstaanbare inligting oor die aard, verloop, doelwitte, beperkinge en risiko's van die studie is aan die respondente gekommunikeer.
  - Die vrye keuse om sonder benadeling voor of gedurende die onderhoud uit die studie te onttrek.
  - Die opnames van data (onderhoud) in die vorm van band-opnames.
- Respondente se reg tot vertroulikheid en privaatheid is beklemtoon en hul identiteit is nie bekend gemaak nie. Geen inligting is verskaf sonder die skriftelike toestemming van die respondente nie.
- Deelnemers en hul kinders se identiteit is beskerm deur in hierdie verslag van pseudonieme gebruik te maak. Slegs die navorsers en studieleier het toegang tot die oorspronklike data.
- 'n Opsomming van die bevindinge is aan elke respondent gestuur na voltooiing van die verwerkings.
- Ek het as navorsers te alle tye in die beste belang van die respondent opgetree.

### **3.8 DIE ROL VAN DIE NAVORSER**

Volgens Denzin en Lincoln (2005) word 'n kwalitatiewe navorsers beskryf as 'n kwiltmaker wat menige funksies verrig. Interpretatiewe navorsers, of kwiltmakers soos deur hulle genoem, produseer 'n saamgevoegde voorstelling van 'n komplekse situasie. Die resultate kan verskillende vorme aanneem deurdat metodes,

voorstellings en interpretasies verander. Die navorser neem die inligting, data en bevindinge en werk daarmee soos 'n kwiltmaker sou in die maak van 'n kwilt. Merriam (1998) sluit verder hierby aan dat die navorser oor 'n aantal karaktereenskappe beskik wat in die studie gebruik word, naamlik sensitiwiteit, kommunikasievaardighede en verdraagsaamheid vir dubbelsinnigheid. Laasgenoemde beteken dat die navorser as inspekteur optree en alles bevraagteken om sodoende inligting te kry. Hieruit kan afgelei word dat die wyse waarop die navorser werk, bepaal word deur die paradigma, metodologie en metodes wat gevolg word.

Die navorser verstaan dat navorsing 'n interaktiewe proses is waar die navorser die primêre bron van datagenerering en -verwerking is (Merriam, 1998). As navorser het ek die rol gespeel as instrument deur die onderhoudsvaardighede waarin ek opgelei is, toe te pas om data te genereer, dit te analiseer en te interpreteer om sodoende die navorsingsvrae te beantwoord, sodat ouers van kinders met kogleêre inplantings meer effektiewe ondersteuning kan ontvang.

### **3.9 SAMEVATTING**

Die wyse waarop die navorsingstudie gedoen is, is in hierdie hoofstuk bespreek. Die navorsingsparadigma en -ontwerp is eerste beskryf, waarna 'n bespreking volg oor die metodologie wat tydens die studie gevolg is. 'n Verduideliking volg oor hoe datatydens die studie gegeneer is. Die wyse waarop die data bestuur en verwerk is, is bespreek, gevolg deur 'n bespreking oor die geldigheid, betroubaarheid en etiese aspekte van die studie.

Die volgende hoofstuk handel oor die navorsingsbevindinge van die studie en die dataverwerkingsproses.

# HOOFSTUK 4

## BESKRYWING VAN DIE BEVINDINGE

### 4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die bevindinge van studie bespreek om sodoende die navorsingsvrae te beantwoord. Deur hierdie studie wou ek die volgende vrae beantwoord:

1. Wat was moeders se ervaring van die emosionele ondersteuning wat hulle tydens die diagnose van hul kind se doofheid, die kogleêre inplantingsprosedures en na die rehabilitasie ontvang het?
2. Wat was moeders se emosionele behoeftes tydens die diagnose, die operasie en rehabilitasie?
3. Watter rol kan 'n opvoedkundige sielkundige tydens die proses speel?

Nadat die data deur individuele onderhoude verkry is, is dit getranskribeer en gekodeer. Die volgende vier hoofkategorieë is uit die rou data ontwikkel:

1. Moeders se emosionele ervarings tydens die proses vanaf diagnose, operasie en taalontwikkeling.
2. Moeders se ervaring van die professionele dienste/personne en kwessies wat met die inplanting en operasie verband hou.
3. Moeders se ervaring van ondersteuning.
4. Verskillende fases van ondersteuning.

Die bevindinge sal aan hand van die bogenoemde kategorieë bespreek word (kyk Bylae D vir aksiale kodering).

Die doel van hierdie hoofstuk is om moeders se emosionele ervaring van kogleêre inplantings en die ondersteuning wat hulle tydens die proses ontvang het, in diepte te beskryf.

## 4.2 MOEDERS SE EMOSIONELE ERVARING EN HANTERING VAN DIE PROSES VAN DIAGNOSE, OPERASIE EN TAALONTWIKKELING IS UNIEK

Hierdie afdeling handel oor moeders se emosionele ervarings en hantering van die diagnose, operasie en taalontwikkeling. Uit die data het dit voorgekom dat hierdie ervarings en hantering vir elke moeder uniek was. Die temas wat uit die data voortgekom het en wat in hierdie afdeling bespreek word, is ouers se **emosies**, hul **worsteling**, die **besluitnemingsproses**, die **uitkoms van die inplanting**, hul eie **hantering** asook hul eggenote se hantering van die proses, en die **aanpassing na die inplanting**.

Moeders het verskillende **emosies** kort na die diagnose van hul kinders se gehoorverlies ervaar. Elke gesin se situasie (bv. tyd van diagnose, tipe gehoorverlies en ouderdom tydens operasie) was uniek, wat bygedra het tot verskillende emosies wat beleef is. Emosies wat deelnemers tydens die diagnose ervaar het, het geweldige skok, verbystering, hartseer, wroeging, ontkenning, magteloosheid, 'n gevoel van onwerklikheid en onsteltenis ingesluit. Een deelnemer het aanvanklik onsteltenis, hartseer en magteloosheid ervaar: *Ek het dit gehoor na die breinstam. Ek was verskriklik ontsteld, ek kan dit amper nie beskryf nie Ek was vreeslik ontsteld. Ek het my byna dood gehuil en ek het net gedink wat gaan ek vir hierdie arme dogtertjie doen (16:66-69)*<sup>12</sup>.

Sunette (18) het genoem dat sy baie bekommerd en hartseer was Sy het ook genoem dat sy soms nog hartseer word as sy daaroor praat. Mariska en Liezl het genoem dat hulle aanvanklik die situasie ontken het, wat veroorsaak het dat hulle ook eers later besluit het om hul kinders weer vir 'n gehoortoets te neem. Die onbekendheid en finaliteit van die diagnose was ook vir hierdie deelnemers 'n skok en hulle het 'n gevoel van onwerklikheid beleef. Liezl geskryf haar gevoelens soos volg: *"Dit was vir my baie erg, jy weet 'n mens dink mos dit sal nooit met jou gebeur nie Doofheid is glad nie in ons familie nie. So ja, ek het dit nooit regtig gedink nie ... so daai was vir my verskriklik erg; dit was so finaal" (17:30-32)*.

<sup>12</sup> Daar sal soos volg na deelnemers se direkte aanhalings verwys word: (16:66-69). I staan vir individuele onderhoud, nommer 6, vanaf lyn 66 tot 69.

Vir 'n paar deelnemers (*12, 13, 15, 16, 17, 18*) was daar 'n **worsteling** op 'n geestelike vlak en hulle het gevoelens van trauma beleef. Nadia het genoem dat dit moeilik was, omdat sy geglo het God gaan haar dogtertjie se doofheid genees. 'n Ander deelnemer het haar trauma toegeskryf aan die feit dat sy alleen daardeur moes gaan: *"En ek het ook geestelik deur 'n verskriklike trauma gegaan en dit is nou op 'n ander vlak en daar het ek ook nie geweet waar kry 'n mens leiding nie, so ek het deur my eie worsteling gegaan"* (*15:230-236*).

Alhoewel dit 'n moeilike tyd vir ouers was, het Lynette en Sandra egter beleef dat hierdie aanvanklike emosies vinnig verdwyn het omdat hulle op hul kind gefokus het en by die situasie aangepas het. Een deelnemer, Samantha, vertel: *"Ek het emosies soos totale skok en verbystering gevoel, maar dit het nie lank gevat voor ons tot aksie oorgegaan het en alles uitgevind het nie"* (*14:115-116*). Samantha het verder vertel dat sy aanvanklik van haar kop af wou raak maar dat die diagnose vir haar uiteindelik verklaar het wat fout met haar kind was. Dit het gehelp dat hul beheer kon neem en doelgerig kon optree.

Die **besluitnemingsproses** oor die inplanting was vir sommige deelnemers (*15, 16, 17*) moeilik omdat hulle onseker was oor die nagevolge en die delikaatheid van die operasie. Ander deelnemers (*11, 13, 14, 18*) het genoem dat die besluit om 'n kogleêre inplanting te laat doen maklik gekom het aangesien dit vir hulle die enigste opsie vir hul kind was. Verskeie faktore wat tydens die besluitnemingsproses oorweeg is, sluit in finansiële oorwegings en die feit dat enige oorblywende gehoor vernietig sou word.

Afgesien van bekommernisse was die **uitkoms van die inplantings** vir die meeste deelnemers (*11, 13, 14, 15, 16, 17, 18*) positief, aangesien hulle kon sien hul kinders reageer op klank. Deelnemers het ook gemeld dat hul kinders goeie vordering gemaak het en dat dit 'n positiewe uitwerking op hul eie emosionele toestand gehad het. Sandra sê: *"Die positiewe terugvoer elke week, as jy die vordering sien, dit is eintlik wat jou dra"* (*14:41-42*). Sunette vertel dat omstandighede met hul vriende aanvanklik moeilik was om te hanteer, omdat hulle nie meer kontak maak nie. Die positiewe effek van die inplanting was egter belangriker as hul vriendskap: *"Die*

*vriende pla my nie meer so baie nie, want die feit dat Adriaan<sup>13</sup> goed praat en vorder beteken vir my die wêreld (18:67-68).*

Deelnemers het die diagnose en inplanting op verskillende maniere hanteer. Sommige deelnemers (**12, 13, 15, 16, 17**) het verduidelik dat alles rondom hul kind met die kogleêre inplanting draai, terwyl ander deelnemers (**11, 14, 18**) genoem het dat hulle maklik aangepas het en met hul lewens aangegaan het. Alhoewel sommige deelnemers (**11, 14**) genoem het dat hulle die nuwe lewensituasie goed hanteer het, was daar wel sommige deelnemers wat gesukkel het om die situasie te hanteer. Van die deelnemers het genoem dat hulle nog steeds soms emosioneel word as hulle dink aan hul kind en hul kind se doofheid.

'n Tema wat deur van die deelnemers (**15, 17, 18**) genoem is, was die feit dat vaders en moeders die proses verskillend hanteer.<sup>14</sup> Lynette het ervaar dat haar eggenoot minder emosioneel was. Sy vertel: "*n Man kyk mos met ander oë, minder emosioneel (11:4)... Dit was vir my 'n erge skok, maar vir hom was dit nie so erg nie, want hy het dit verwag (11:511-514).* Verder is vaders beskryf as taakgeoriënteerd en realisties. Vaders het op die finansies en administrasie van mediese fondse gefokus. Een deelnemer, Sunette, het egter beskryf dat dit vir haar eggenoot 'n baie emosionele tyd was. Sy noem: "*Vir [...] was dit baie erg. Dit was vir [...] 'n erge skok en dit het hom geknak (18:86,89-90).* Die **drome en ideale** wat vaders vir hul seuns gekweek het, het die aanvaarding van doofheid vir hulle bemoeilik. Een deelnemer vertel: "*Vir my man was dit baie erg. Hy het soveel drome gehad vir [...], dat hy sou rugby speel ens. (18:14-16).*

Moeders het genoem dat daar nie vir hulle tyd was om na hulself te kyk nie. Hulle het die situasie hanteer deur hul kinders se behoeftes voor hul eie (**11, 12, 13, 15, 16, 17, 18**) te stel en van die deelnemers het genoem dat hulle eers op 'n latere stadium besef het dat hulle nie goed genoeg na hulself gekyk het nie. Een deelnemer vertel: "*Soos ek sê, het jy nie tyd daarvoor nie en nou kom jy op 'n plek soos waar ek nou is waar alles goed gaan, maar jy het nie na jouself gekyk nie (15:119-121).* Terwyl 'n ander deelnemer gevoel het dat dit prakties nie moontlik was om na jouself te kyk

<sup>13</sup> Pseudonieme word in die teks gebruik.

<sup>14</sup> Let wel, dit is die persepsies van die deelnemers oor hul eggenote.

nie, want wie sou na haar kind kyk? Sy verduidelik verder: "*Jy kan net ontspan as iemand na jou kind kyk. Voorbeeld van iemand wat kinders op 'n uitstappie neem terwyl ouers iets anders doen*" (I2:110-111). Moeders beleef veral baie druk, omdat hulle verantwoordelik is vir 'n hul gesinne se welstand. Een moeder het daarom die volgende mening: "*Dit is nou 'n klomp balle om in die lug te hou, want dit is nou my werk, my man se werk Die kinders en ek probeer nog meer by my dogtertjie uit te kom, maar mens is hard op jousef, maar dit werk op die stadium vir ons*" (I5:249-252).

Dit is ook moontlik die rede waarom hulle nie aandag en tyd aan hulself kan spandeer nie. Nadia beskryf dat dit konstante toewyding en opoffering van moeders vereis: "*Die aandag en toewyding wat so 'n kindjie verg is baie en sy het ons gesin uitgeput. As ek baie 'wrinkles' het is dit van daardie kindjie*" (I2:101-106).

Die aanvanklike **aanpassing ná die inplanting** was vir sommige gesinne makliker as vir ander. "*Ons het besef ons het 'n dowe kind en ons moet die beste daarvan maak ... dit was ons uitgangspunt*" (I1:189-192). Liezl het genoem dat dit eintlik "*oraait*" was aan die begin en dat hulle vinnig by die proses aangepas het. Later in die onderhoud het sy egter genoem dat dit vir haar erg was en dat sy baie gehuil het. Sy noem dat, alhoewel sy by die situasie aangepas het, sy dit nog steeds nie vir haar kind sou gekies het nie. Daarteenoor het 'n ander deelnemer genoem dat sy die proses as die wonderlikste gebeurtenis van haar lewe ervaar het en dat sy dit nie anders sou wou gehad het nie.

Alhoewel daar ooreenkomste was, blyk dit uit hierdie tema dat elke kind se situasie uniek was en dat elke ouer se emosionele ervaring en hantering ook uniek was.

### **4.3 MOEDERS SE ERVARING VAN DIE PROFESSIONELE DIENSTE/PERSONE EN KWESSIES WAT MET DIE INPLANTING EN OPERASIE VERBAND HOU**

Hierdie kategorie bestaan uit twee afdelings en sal daarvolgens bespreek word. Eerstens sal deelnemers se ervaring van professionele dienste bespreek word en daarna die kwessies rondom die inplanting en die operasie self.

Ervarings van professionele persone se dienste was uiteenlopend. Sommige deelnemers het positiewe ervarings met professionele persone gehad, terwyl ander se ervarings nie so bevredigend was nie. Deelnemers het ook die operasieprosedure verskillend ervaar.

Die professionele dienste waarna verwys word sluit in dienste ontvang van oudioloë, dokters, oor-, neus- en keelspesialiste, spraakterapeute en maatskaplike werkers. Die temas wat uit die data geïdentifiseer is en in hierdie afdeling bespreek word, is die **verwysingsproses**, **ondersteuningsdienste** wat van professionele persone ontvang is, **verhoudings** wat gebou is met professionele persone en **inligting** wat van professionele persone ontvang is. Temas wat met die inplanting en operasie verband hou en wat bespreek word, is die **operasieprosedure** en **vrese en vrae** rondom die inplanting.

Die eerste kontak wat ouers met professionele persone gemaak het, was gewoonlik met 'n oudioloog of 'n huisarts, waarna hulle na die nodige spesialiste soos oudioloë, oor-, neus- en keelspesialiste en spraakterapeute verwys is. Deelnemers se ervarings ten opsigte van die **verwysingsproses** het verskil. Vir party was dit 'n positiewe ervaring, terwyl Nadia en Riana genoem het dat die proses vir hulle baie frustrerend was, aangesien daar geen of min inligting beskikbaar was en niemand hulle kon begelei oor waarheen om volgende te gaan nie. Dit het ook voorgekom asof die professionele persone ook nie aan hulle die regte inligting kon verskaf nie. Die volgende aanhaling beskryf Nadia se ervaring:

*As jy agterkom jou kind kan nie hoor nie, gaan jy na die huisarts toe wat ook nie veel weet nie en word jy gestuur na die oorarts wat jou stuur na die oudioloog wat 'n opsomming maak, dan word jy weer na die oorarts gestuur. Daar is niemand wat stap-vir-stap beplanning doen nie. Geen brosjure wat dit makliker maak, ons was 'clueless' en het in die donkerte rondgetas (I2:154-161).*

Die meeste deelnemers (I1, I3, I4, I5, I6, I7, I8) het egter met lof gepraat oor die **ondersteuning** wat hulle by die professionele persone ontvang het. In hierdie studie het ondersteuning verwys na mediese aspekte soos verduidelikings oor wat 'n kogleëre inplanting is, hoe dit werk en wat die implikasies daarvan is. Tog was daar



deelnemers (12, 16, 17) wat wel frustrasies en 'n gevoel van magteloosheid gehad het teenoor sommige professionele persone saam met wie hulle gewerk het. Liezl het aanvanklik genoem dat haar ervaring met professionele persone positief was: "As ek nou terugkyk dink ek ... regtig ons het voldoende ondersteuning gehad" (17:4-5). In dieselfde sin vertel sy van frustrasies wat sy met sommige professionele persone gehad het en dat hulle haar as moeder nie in ag geneem het nie: "Ek het regtig partykeer gesukkel met hulle, of my frustrasie het by hulle praktyk gelê (17:6-9) ... Ek het eendag vir hulle gesê: 'Vir julle is dit net julle werk, vir my is dit my kind'" (17:150). 'n Ander deelnemer het dieselfde emosie gedeel: "Mense kyk oor jou skouer en hul neem besluite sonder om jou as ma in ag te neem" (12:55-56).

Dit wil voorkom asof daar net sekere van die professionele persone was met wie sekere moeders nie 'n **verhouding** gebou het nie. 'n Faktor wat 'n rol hierin gespeel het, was of deelnemers 'n goeie verhouding met die professionele persone kon bou. Gemeenskaplike faktore tussen die moeder en die professionele persoon het 'n rol gespeel in hoe die verhouding gebou kon word. Liezl verduidelik dit soos volg: "Ek dink dit het baie gehelp omdat sy na my soort mens gelyk het, sy was oulik en ek en sy het dadelik 'geclick'" (17:102-104).

Die ouerleidingspersoneel, dokter, oudioloë, terapeute en verpleegsters in die hospitaal is deur meeste van die deelnemers as baie positief en hulpvaardig ervaar. Enkele deelnemers (12, 15, 16, 17) het genoem dat hulle met verskeie professionele persone nie altyd goed oor die weg gekom het nie. Nadia het gevoel haar kind het nie gevorder by die terapeut waar sy was nie en dit was moeilik vir die deelnemer om haar na iemand anders te neem, aangesien daar niemand anders was wat 'n kenner op die gebied was nie. Meningsverskille tussen deelnemers en professionele persone of tussen professionele persone is 'n verdere oorsaak van negatiewe ervarings van deelnemers. Riana skryf daarom haar gevoel van verwardheid toe aan meningsverskille tussen professionele persone.

*Dit is baie verwarrend, want jy het geen kennis oor die veld nie. Nou sê hierdie groepie vir jou jy moet drie maande wag, want miskien sal sy kan begin hoor en taal aanleer, terwyl die spesialis vir jou sê sy moet dadelik 'n inplanting kry; so, daardie was baie verwarrende inligting (16:292-299).*

Alle deelnemers het genoem dat hulle **inligting** oor kogleêre inplanting op verskillende maniere ontvang het. Deelnemers **(12, 15, 16, 17)** het wel genoem dat hul persoonlikhede 'n rol gespeel het in watter inligting hulle wou hê. Madelein het genoem dat sy nie iemand is wat inligting sal lees nie en dat sy eerder 'n mondelinge verduideliking wou hê, terwyl 'n ander deelnemer 'n behoefte gehad het aan baie geskrewe inligting wat sy self op die Internet gesoek het. Ander metodes waardeur inligting bekom is, was video's wat aan ouers verskaf is, kursusse wat deur een ouer bygewoon is en ander ouers, wat ook 'n groot bron van inligting was.

Die spesifieke kwessies rondom die inplanting en operasie behels die operasie-prosedure en die vrese en vrae wat moeders oor die inplanting gehad het. Hierdie kwessies het 'n rol gespeel in deelnemers se ervaring van die proses. Vir party was die operasie nie spanningsvol nie, terwyl ander bekommernisse en vrese uitgespreek het.

Die **operasieprosedure** was vir sommige deelnemers 'n stresvolle tyd. Hulle was bekommerd oor die risiko's van die narkose en die operasie. Sandra vertel dat sy tydens die operasie geen vrese gehad het nie: *"Ek moet sê Dr. Fourie skep ongelooflik baie vertroue en sy 'track record' is fantasies. So die operasie self was nie vir my so stresvol nie"* (14: 64-65).

Na die operasie het ouers gevoelens van opgewondenheid, vreugde en hoop ervaar. Alle deelnemers buiten Liezl het genoem dat hulle op hul kinders se gesiggies kon sien dat hulle op klank reageer na die aanskakeling. Die effek van die inplanting kon 'n paar jaar later gesien word, omdat al die kinders vandag kan praat en kommunikeer. Liezl het verder genoem dat dit vir haar makliker is om vir haar kind te sê hy moet sy tande gaan borsel en in die bed klim.

Vir die meeste deelnemers **(11, 15, 16, 17, 18)** het **vrese en vrae** rondom die inplanting hoofsaaklik gehandel rondom die werking van die tegnologie. Van die deelnemers het 'n bekommernisse gehad oor die inplantingsstelsel self:

*"Daar bly maar altyd 'n besef jou kind het kunsmatige gehoor, en dat as sy nie haar aparate aan het nie, of as dit breek of daar, wel daar is ook die ingeplante deel, wat medies ook iets kan oorkom en wat gebeur as sy haar*

*kop stamp, so mens het daai mediese vrese en jy het die vrees dat die tegnologie gaan breek of iets, dit bly maar by jou" (16:322-327).*

Liezl was bekommerd oor die gedeeltelike gehoor wat haar seun kon verloor na die inplanting. Tog het ander deelnemers geen vrese bekendgemaak nie en skryf dit toe aan voldoende inligting wat aan hulle verskaf is en ook die vertroue wat hulle in die dokter gehad het.

Alhoewel daar vrese en vrae was, het die inplanting vir alle deelnemers en hul kinders 'n positiewe effek gehad. Geen deelnemers het tydens die onderhoud genoem dat daar enige nuwe-effekte na die operasie was nie.

#### **4.4 MOEDERS SE ERVARING VAN ONDERSTEUNING**

Die ondersteuning wat ouers tydens die inplantingsproses ontvang het, verskil van deelnemer tot deelnemer. Verskeie faktore het 'n rol gespeel in die ondersteuning wat hulle ontvang het. In hierdie afdeling word die moeders se ervaring van ondersteuning bespreek onder die volgende temas: **emosionele ondersteuning**, **tyd van ondersteuning** ontvang, **oorgangsfases** en **ander ouers**. Temas wat onder langtermynondersteuning en uitdagings beskryf sal word, is **skolastiese loopbaan**, **vordering in die skool**, **emosionele uitdagings**, **opvoedkundige sielkundige**, **horende kinders** en **hoofstroomskole**.

##### **4.4.1 Behoeftes van moeders aan ondersteuning**

Deelnemers se behoeftes het gewissel vanaf geen behoefte aan **emosionele ondersteuning** tot 'n behoefte aan die ondersteuning van 'n sielkundige, 'n pastorale sielkundige of 'n opvoedkundige sielkundige. Van die deelnemers (**15, 16, 17**) het genoem dat hulle in die proses nie bewus was van 'n behoefte wat hulle gehad het nie, maar dat hulle eers later besef het hulle het dalk 'n behoefte aan ondersteuning. Riana beskryf haar behoefte soos volg:

*"Ek het 'n verskriklike behoefte gehad aan iemand om mee te praat. Maar 'n mens is in daai tyd so verward dat 'n mens nie eintlik daai behoefte besef nie ... ja, dit is eintlik net so 'n emosionele warboel dat jy nie weet wat jou behoefte is nie, maar as ek nou terugkyk besef ek as daar maar so iemand*

*kon wees, wat kon sê, wat al die vrae kon beantwoord, net rustig daar sit en vir wie ek kon vra oor hoe goed werk, oor hoe die operasie verloop, oor hoe om 'n ouer te wees vir jou kind, hoe om 'n ouer te wees vir jou ander kind in die gesin wat nie doof is nie, hoe om ... ja, net so baie goed" (16:200-210).*

Alle deelnemers het genoem dat hulle ondersteuning van familie en vriende ontvang het. Deelnemers **(11, 13, 14)** wat geen behoefte gehad het aan emosionele ondersteuning nie, het genoem dat hulle ondersteuning hoofsaaklik vanaf familie, vriende en bybelstudiegroepe gekom het. Vir Nadia en Sandra het hul verhouding met God genoegsame ondersteuning gebied. Nadia het genoem dat sy gewroeg het met God en 'n behoefte aan die ondersteuning van 'n pastorale sielkundige gehad het om haar deur hierdie wroeging te help.

Soos reeds genoem, was 'n maatskaplike werker tydens die proses beskikbaar. Tog het van die deelnemers gevoel dat die ondersteuning wat hulle gekry het net oppervlakkig was. Drie deelnemers **(15, 16, 17)** het genoem dat hulle nie van die maatskaplike werker se dienste gebruik wou maak nie. Hulle het gevoel dat dit oppervlakkig en net op die kind gefokus was en nie op hul emosies as ouers nie. Mariska vertel hoekom: "*Sy vra hoe dit gaan en dan moet jy nou maar gesels en so aan, maar dit is baie oppervlakkig, ja, dit beteken nie vir my baie nie" (15:129-133).* Moeders was van mening dat beide ouers, die kind met die inplanting, die horende broers en susters en selfs familieledes soos oupas en oumas emosionele ondersteuning nodig het. Die aard en omvang sal egter van gesin tot gesin verskil.

Deelnemers het verskil oor hul behoefte van die **tyd wanneer ondersteuning** gebied moet word. Dit het gewissel vanaf verpligte berading aan die begin tot vrywillige deelname na die aanvanklike operasie. Hierdie deelnemer stel die volgende voor: "*Dalk nie die eerste maand of wat nie, want daar is soveel goed wat jy moet verwerk en hanteer, maar definitief op 'n latere stadium" (15:104-106).* Verder stel sy ondersteuning op 'n meer gereelde basis voor: "*Ja, ek dink miskien, um, iemand wat op 'n gereelde basis, al is dit eenkeer 'n kwartaal miskien net skakel en uitvind of daar iets is wat jy nodig het" (15:117-119).* Lynette en Sunette het hierdie voorstel ondersteun.

Deelnemers het beklemtoon dat hulle wel tydens die **oorgangsfases** ondersteuning nodig het, veral wanneer hul kinders in die hoofstroom is en daar enige uitdagings is wat hulle nie self kan hanteer nie. Die mediese diens en ondersteuning wat hulle by professionele persone ontvang het, was vir die meeste deelnemers voldoende gewees, maar 'n behoefte het ontstaan aan ondersteuning wanneer hulle kinders skool toe gaan.

Nadat kinders deur die taalontwikkelingsprogram gegaan het, besoek hulle die oudioloog elke ses maande vir 'n algemene ondersoek. Dit is die enigste kontak wat ouers en hul kinders nog met professionele dienste/persone het. Moeders se behoefte aan verdere ondersteuning kan dus verstaan word.

Al die deelnemers het gevoel dat hulle nooit spyt sal wees dat hulle op 'n kogleêre inplanting besluit het nie. Hoewel die pad lank en moeilik was, was dit absoluut die moeite werd. Deelnemers *(12, 15, 16, 17)* se raad aan ander was om dadelik met **ander ouers** te gaan praat wat reeds deur die proses gegaan het en wat self in verskillende fases van die proses is, byvoorbeeld ses maande, twee jaar en selfs later. Dit sal ouers help om die verskillende fases te leer ken en om ander ouers se perspektiewe te hoor. Deelnemers *(15, 16, 17)* het ook gevoel dat professionele persone hoofsaaklik uit 'n akademiese of mediese oogpunt werk en daar kan nie van hulle verwag word om begrip te hê vir die trauma waardeur die ouers gaan nie. Om inligting oor kogleêre inplantings te kry was vir Nadia en Riana moeilik, omdat hulle self na baie van die inligting moes soek, maar hulle voel dit het hulle gehelp om te weet wat voorlê.

#### **4.4.2 Langtermynondersteuning en –uitdagings**

Die temas wat in hierdie afdeling bespreek word handel oor die langtermyn-uitdagings wat ouers het en hul behoefte aan ondersteuning in die toekoms. Hierdie temas is uitdagings ten opsigte van hul skolastiese loopbaan, vordering op skool, emosionele uitdagings, die behoefte aan 'n opvoedkundige sielkundige en aspekte rondom hul horende kinders.

Deelnemers **(I1, I5, I6, I7, I8)** het genoem dat hulle wel vrese vir die toekoms het, veral ten opsigte van hul kinders se **skolastiese loopbaan**. Riana beskryf dit soos volg:

*"Verder die vrees van as sy hoofstroomskool toe gaan, hoe goed sal sy kan hoor om alles op te vang in die klas, want mens beseft maar hoe hoog die eise is vir 'n gewone, normale, intelligente kind in die skool en dat jy weet sy het 'n agterstand en as sy nie alles kan hoor nie, sal sy goed kan mis en dit gaan beslis 'n effek hê op haar skolastiese vordering. En natuurlik ook hoe sy dit emosioneel sal ervaar as sy gaan agterkom dat sy anders is, en dat ander kinders dit nie het nie en ander kinders in die skole haar spot maar enige kind wat anders is, so ek het vreeslike angs vir iets wat haar gaan seermaak"* **(I6:327-337)**.

Deelnemers **(I1, I7, I8)** vrees of hul kinders reg sal wees vir die hoofstroom omdat die taalontwikkelingsproses soveel langer neem. Lynette beskryf haar ervaring soos volg: *"Dit is nogal stresvol die eerste rukkie. Jou kind is nou twee jaar oud maar sy praat soos 'n kind van ses maande. Jy moet haar healtyd regkry... sy moet vir Graad 1 reg wees"* **(I1:432-441)**.

Deelnemers **(I1, I2, I5, I6, I7, I8)** het genoem dat daar uitdagings is ten opsigte van hul **vordering in die skool**. Van die professionele persone wat met die kinders werk het een gesprek met die onderwysers om te kyk na die akoestiek in die klas en waar die kinders in die klas moet sit. Verder word weinig ondersteuning gebied, en dikwels is die ouers die direkte skakel met die onderwysers indien daar probleme is.

Deelnemers **(I1, I5, I6)** het voorgestel dat 'n sielkundige ondersteuningsdiens aangebied moet word totdat die kinders laerskool, hoërskool en selfs universiteit toe gaan. Lynette en Liezl het gevoel dat hulle die situasie tans goed hanteer, maar dat hulle dalk nie sal weet hoe om uitdagings te hanteer wat wel in die toekoms mag voorkom nie. Die volgende deelnemer beskryf haar vrese oor die toekoms soos volg:

*"Dit is 'n klein klas opset. As hy nie altyd by is nie, hoe gaan hy in Boys' High of in 'n hoërskool in 'n helse groot klas aanpas? En hy wil nou Boys' High toe"*

*gaan op hierdie stadium wat Engels en Afrikaans is as dinge nou so uitwerk. Hoe gaan hy daar 'cope'?" (17:430-438)*

Weens die permanente aard van die inplanting is daar altyd die vrees by deelnemers Riana en Liezl dat iets met die interne of eksterne deel van die inplantings-apparate verkeerd kan gaan. So is deelname aan sport 'n kwessie wat uiteenlopend hanteer word. Van die deelnemers laat hul kinders aan sport deelneem met die hulp van beskerming. Liezl laat haar kind rugby speel met 'n rugby valhelm, terwyl Sunette besluit het haar kind sal nie kan rugby speel nie.

**Emosionele uitdagings** kom ook voor sodra kinders begin vrae vra oor hul aparate en hoekom hulle doof is. Lynette beskryf haar uitdaging en behoefte aan ondersteuning soos volg:

*"Ek sal sê daar moet 'n paar sessies wees soos die kinders ouer word, saam met die ouer en die kind want hul vra: 'Hoekom is ons doof?' En daardie storie: 'Omdat Liewe Jesus jul spesiaal gemaak het', werk net tot hulle vier jaar oud is, want dan vra hulle of die ander kinders nie spesiaal is nie. 'n Mens weet nie altyd wat om te antwoord nie, so om jou as ouer te lei om jou kind te help om dit te aanvaar, ek gaan altyd doof wees. Maak nie saak hoe goed hul aanpas nie, hul vra nog steeds" (11:245-255).*

Met die vrese en vrae oor of hul kinders hul doofheid en aparate sal aanvaar en of hul kinders in die hoofstroomskool sal vorder, het van die deelnemers **(11, 12, 15, 16, 17, 18)** 'n behoefte aan 'n **opvoedkundige sielkundige** gehad. Deelnemers het ook verskillende behoeftes gehad ten opsigte van wat die opvoedkundige sielkundige moes doen. Nadia en Sunette het genoem dat hulle graag skoolgereedheidstoetse sou wou laat doen om te bepaal of hul kinders reg was vir die hoofstroom. Liezl het genoem dat sy graag 'n opvoedkundige sielkundige by die skolastiese vordering van haar kind sou wou betrek en ook om met die onderwysers te kommunikeer. Riana en Mariska het genoem dat hulle graag 'n opvoedkundige sielkundige sou wou raadpleeg, veral vir emosionele ondersteuning van hul horende kinders. Liezl het wel haar kind met 'n kogleêre inplanting na 'n opvoedkundige sielkundige geneem en gevoel dat dit baie gehelp het, veral in tye wat dit moeilik was om haar seun te dissiplineer. Tog was daar by Samantha en Sunette 'n onsekerheid oor wat 'n

opvoedkundige sielkundige presies doen, en dit het moontlik hul opinie oor wat die rol van 'n opvoedkundige sielkundige kan wees, beïnvloed. Sunette het bygevoeg dat sy onseker was oor na watter skool om haar kind te stuur en dat sy graag 'n opvoedkundige sielkundige se raad wou gehad het. Lynette het vertel: "*Ja, ek dink dit kan die span net nog meer effektief en briljant maak*" (I1:534-535).

Ten opsigte van hul **horende kinders** het die meeste deelnemers (12, 13, 15, 16, 17, 18) gevoel dat hulle afgeskeep word. Deelnemers het genoem dat hulle raad en leiding nodig gehad het oor hoe om hul horende kinders beter te betrek. Tog het deelnemers verskillende maniere gevind om die situasie te hanteer. Mariska en Riana het hul horende kinders na opvoedkundige sielkundiges toe geneem en het ook tyd met haar horende kind spandeer terwyl die *au pair* besig was om oefeninge met die kind met die kogleêre inplanting te doen. Lynette het genoem dat sy haar horende kind saam na die taalontwikkelingsessies geneem het, en dit het haar meer betrokke laat voel. Samantha, daarenteen, het aan haar horende kind verduidelik hoekom sy baie tyd aan haar kind met 'n kogleêre inplanting moes spandeer. Sy het genoem dat, nadat hy dit verstaan het, hy minder opstandig geword het, en sy het tyd saam hom spandeer nadat haar ander kind gaan slaap het. Dan het hulle huiswerk gedoen en speletjies gespeel. Kinders is ook betrek by die oefeninge wat gedoen moes word, en so het hulle 'n belangrike rol in die taalontwikkeling gespeel. Nadat die kinders met die kogleêre inplanting se taalontwikkeling goed gevorder het en hulle op hul eie begin speel het, het dit vir al die deelnemers makliker geword om tyd saam hul horende kinders te spandeer.

Deelnemers (11, 12, 15, 16, 17, 18) het genoem dat hulle goed by die **hoofstroomskole** ontvang is en dat skole hulle tegemoetgekom het. Lynette en Liezl het wel genoem dat dit 'n soektog was na die regte skool, maar nadat hulle die regte skool gevind het, was hulle tevrede en hul kinders vorder tans goed. Van die onderwysers was baie ontvanklik en toegewyd aan die kinders en het ook die FM-sisteem<sup>15</sup> gereeld in die klas gedra. Lynette en Liezl het egter gesukkel met sommige onderwysers en omdat hul kinders nie met almal ewe goed oor die weg

---

<sup>15</sup> Die frekwensie-moduleerde radiostelsel sisteem (FM sisteem) wat 'n ondersteunende apparaat is wat deur die juffrou gedra word. Agtergrond klanke word uitgesny en 'n kind hoor dan net die juffrou se stem.



gekom het nie. Deelnemers *(12, 14, 17,)* het genoem dat hulle self met onderwysers gesels het oor hoe kogleêre inplantings werk en wat dit behels.

## 4.5 VERSKILLENDE FASES VAN ONDERSTEUNING

Uit die onderhoude het dit geblyk dat daar verskillende fases is waarin ouers spesifieke leiding en ondersteuning nodig het. Hierdie fases, met die temas tussen hakies, is geïdentifiseer as die aanvanklike fase (**inligting en kennis, ondersteuning, verwysingsproses, bronne van ondersteuning**), middelfase (**operasieprosedure, bronne van ondersteuning**) en toekomstige fase (**skool, maatjies, horende kinders en emosies of gedrag**). Elke fase behels andersoortige behoeftes, verskillende professionele hulp en unieke vrese wat ouers ervaar.

### 4.5.1 Aanvanklike fase vanaf die verwysing tot diagnose

Hierdie fase is duidelik deur deelnemers *(11, 12, 14, 15, 16, 17, 18)* beskryf as 'n fase waarin hulle 'n behoefte aan **inligting en kennis** het. Inligting behels aspekte rondom 'n kogleêre inplanting, wat dit is, hoe dit werk en wat die implikasies en uitkomste daarvan is. Hierdie inligting word hoofsaaklik deur mediese personeel gegee, byvoorbeeld die oudioloë en oor-, neus- en keelspesialis. Alle deelnemers het genoem dat **ondersteuning** in hierdie proses voldoende was. Geen deelnemers het genoem dat hulle in hierdie aanvangsfase 'n behoefte aan emosionele ondersteuning gehad het nie.

Die **verwysingsproses** was vir Nadia en Riana 'n frustrasie en hulle het duideliker leiding nodig gehad in die vorm van 'n pamflet en direkte verwysing na die regte persone. Die ondersteuning wat hulle van professionele persone ontvang het, was vir die meeste deelnemers *(11, 13, 14, 15, 16, 17, 18)* voldoende terwyl Nadia gevoel het sy het geworstel met professionele persone.

**Bronne van ondersteuning** tydens hierdie tyd was hoofsaaklik vriende, familie, bybelstudiegroepe en ander ouers met wie kontak gemaak is en wat alreeds deur die proses gegaan het.

#### 4.5.2 Middelfase wat strek vanaf die operasie tot rehabilitasie

Die middelfase behels die operasie- en rehabilitasieproses waardeur ouers gegaan het. Die operasieprosedure was vir meeste deelnemers (12, 15, 16, 17, 18) 'n stresvolle ervaring omdat hulle die risiko's daaraan verbonde besef het, terwyl ander (11, 13, 14) genoem het dat hulle goed genoeg ingelig was oor wat die operasie behels en geweet het hul kinders sou daarby baat.

**Bronne van ondersteuning** in hierdie tyd was hoofsaaklik familie, vriende en bybelstudiegroepe. 'n Maatskaplike werker het ook ondersteuning gebied, maar tog het deelnemers (15, 16, 17) genoem dat hulle hierdie diens nie effektief genoeg gevind het nie. Hulle het 'n behoefte gehad aan 'n professionele persoon met meer kennis oor emosies. Dieselfde deelnemers (15, 16, 17) het genoem dat hulle later eers besef het dat hulle wel in hierdie tyd emosionele ondersteuning nodig gehad het. Liezl het wel 'n behoefte uitgespreek: "*Weet jy, ek dink soms moes ek dit dalk gedoen het, en dalk nog doen, want jy dink partykeer jy is oraait, maar dan is jy nie altyd nie...*" (17:283-285). Suretha het genoem dat sy na 'n berader of dominee verwys is om meer emosionele ondersteuning te kry, maar sy het nie belanggestel nie omdat sy moeilik teenoor ander mense oopmaak.

#### 4.5.3 Toekomstige fase wat behels kwessies rondom die hoofstroomskool

Deelnemers (11, 15, 16, 17, 18) het genoem dat hulle in hierdie tydperk ondersteuning nodig het ten opsigte van skolastiese vordering, maatjies, horende kinders en emosies of gedrag. Lynette en Liezl het genoem dat dit vir hulle moeilik was om 'n skool te kies waarin hul kinders sou vorder. Liezl het bygevoeg dat sy haar moederlike instinkte moes volg om die regte skool te kies, terwyl ander deelnemers (12, 14, 16) gevoel het dat die skoolhoof en onderwysers hulle tegemoetekom het, en hulle was tevrede. Drie deelnemers (13, 15, 18) se kinders is nog in die preprimêre skoolfase, maar het bekommernisse gehad oor hul skolastiese vordering sodra hulle na 'n hoofstroomskool moes gaan.

Probleme met maatjies was vir Lynette en Liezl 'n bekommernis. Een deelnemer het genoem dat dit vir haar 'n bekommernis was of die maatjies by die skool haar kind sou aanvaar.

Sy het ook vertel van 'n insident waar 'n maatjie nie met haar kind wou speel nie en haar kind ongelukkig was. 'n Behoefte vir haar was iemand om mee te praat en leiding te kry, veral as sy dit moeilik vind om sekere situasies te hanteer.

Soos reeds bespreek (kyk 4.8), het deelnemers **(12, 13, 15, 16, 17, 18)** genoem dat hulle ondersteuning nodig gehad het oor hoe hulle hul **horende kinders** moes hanteer. Drie ander deelnemers **(11, 16, 18)** het gevoel dat dit nodig is om kinders toe te rus met vaardighede om hul doofheid te **aanvaar**, omdat dit 'n vraag is wat deur baie kinders gevra word.

Liezl het genoem dat haar kind baie opstandig geword het en dat dit op 'n tyd moeilik was om hom te dissiplineer. Sy het hom na 'n opvoedkundige sielkundige geneem, wat hom gehelp het om deur sy **emosies** te werk. Sy voeg by en sê dat hy homself as anders ervaar het teenoor die ander kinders in sy klas. Sy noem dat sy terapeutiese sessies gestaak is, maar dat sy dit sterk sal oorweeg om hom weer te neem indien daar verdere kwessies na vore sou kom.

Weer eens het dit geblyk dat verskillende behoeftes na vore kom tydens verskillende fases van ontwikkeling en herstel. Wat wel uitstaan is 'n leemte wat moeders ervaar ten opsigte van onvoldoende ondersteuning wat hulle ontvang nadat die inplanting en rehabilitasie afgehandel is.

## **4.6 SAMEVATTING**

Die bevindinge van hierdie studie is in hierdie hoofstuk bespreek. Die hoofstuk is bespreek volgens die vier hoofkategorieë en subkategorieë wat geïdentifiseer is nadat die data gekodeer is. Die interpretasie van die bevindinge, aanbevelings en verdere navorsingsmoontlikhede word in hoofstuk 5 bespreek.

## HOOFSTUK 5

### INTERPRETASIES EN AANBEVELINGS

#### 5.1 INLEIDING

Suid-Afrika is een van die voorste lande in die veld van kogleëre inplantings by kinders. Hierdie proses behels 'n groot operasie, 'n intensiewe rehabilitasieprogram, langtermyn-gehoortoetse en spraakterapie. In hierdie proses word hoofsaaklik gefokus op die kind, terwyl ouers dikwels deur 'n moeilike tyd van aanpassing gaan, ernstige besluite moet te neem wat hul kind se lewe beïnvloed, en finansiële spanning en gemengde emosies ervaar. Die emosionele ondersteuning wat ouers in hierdie tyd nodig het, word dikwels deur professionele persone nagelaat. In hierdie studie het ek beoog om 'n diepgaande beskrywing te gee van die ervarings wat moeders het ten opsigte van ondersteuning wat hulle tydens die proses van diagnose, inplanting en rehabilitasie ontvang het. In hierdie verband argumenteer Most en Zaidman-Zait (2001, p. 100) soos volg: *"To make sure the parental needs are properly addressed, it is imperative that professionals study and understand the needs and desires of the parents with whom they collaborate."*

Drie doelwitte het uit hierdie studie na vore gekom. Die eerste doelwit was om die subjektiewe ervarings van moeders deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude te analiseer en te beskryf. Die tweede doelwit van die studie was om ondersoek in te stel oor moeders se ervaring van ondersteuning wat hulle ontvang het. Die derde doelstelling was om te bepaal of 'n opvoedkundige sielkundige 'n rol in die intervensieproses kan speel. Die uitkomst van hierdie studie het gelei tot nuwe insigte oor die behoeftes van ouers en die ondersteuning wat hulle verlang. Uit die kwalitatiewe aard van die navorsingstudie is gefokus op die betekenis wat mense konstrueer oor hul lewenservarings asook hoe hulle sin van hul eie lewens maak en hoe die navorser dit verstaan.

In hierdie hoofstuk sal die interpretasie van die bevindinge, aanbevelings vir die praktyk, verdere navorsingsmoontlikhede en voordele en beperkinge van die studie bespreek word.

## 5.2 INTERPRETASIE VAN DIE BEVINDINGE

Deelnemers se ervarings moet verstaan word vanuit hulle perspektiewe en sieninge. Die interpretasie van die vier hoofkategorieë wat uit die data geïdentifiseer is, sal vervolgens bespreek word.

### 5.2.1 Moeders se emosionele ervaring en hantering van die proses van diagnose en operasie is uniek

Hierdie temas handel oor moeders se ervarings en hantering van die proses van diagnose en rehabilitasie. Om moeders se ondersteuningsbehoefte te verstaan is dit belangrik om op hul ervarings te fokus, aangesien dit die ondersteuning wat gebied kan word, beïnvloed. Uit die data het dit duidelik na vore gekom dat elke moeder se ervaring uniek was. Alhoewel 'n mengsel van verskillende **emosies** (bv. geweldige skok, verbystering, hartseer, wroeging, ontkenning, magteloosheid, 'n gevoel van onwerklikheid en onsteltenis) deur die deelnemers ervaar is, in die proses beleef is, het deelnemers wel genoem dat hulle by die situasie aangepas het. Allegretti (2002) en Burger *et al.* (2005) het in hul studies dieselfde emosies by ouers gevind, terwyl die aanpassing van gesinne ooreenstem met die aangepaste familie soos deur Ferguson (2002) voorgestel is. Dit het voorgekom asof bogenoemde emosies aanvanklik na die diagnose van doofheid en die inplanting intens ervaar is, maar na 'n tyd afgeneem het. Dit word bevestig deur Burger *et al.* (2005), wat gevind het dat die bogenoemde emosies veral hoër is tydens die diagnose en dan afneem, en dat deelnemers makliker by die situasie kon aanpas. Tog het dit voorgekom asof dit vir party ouers nog steeds 'n emosionele proses is, aangesien hulle nog hartseer geraak het jare nadat hul kinders inplantings ontvang het. Ander faktore wat bygedra het tot die aanvanklike emosies wat vantevore genoem is, was ongeloof dat dit met hulle gebeur het, die onsekerheid van wat voorlê, die finaliteit van die doofheid, die drome en ideale wat ouers, veral vaders vir hul seuns, gekoester het en die teleurstelling dat hulle dit nie sou bereik nie, asook 'n **worsteling** met God.

Die **besluit** vir 'n kogleêre inplanting was vir die deelnemers oor die algemeen nie 'n moeilike besluit om te neem nie. Die feit dat ouers ervaar het dat dit die enigste opsie vir hulle kinders was, het in hierdie besluit 'n oorwegende rol gespeel. Dit is in

teenstelling met die deelnemers in Incesulu *et al.* (2003) se studie, wat genoem het dat besluitneming die moeilikste en spanningsvolste deel was aangesien die gevolge finaal was. Die rede waarom die deelnemers in hierdie groep beleef het dat hulle nie 'n ander keuse gehad het nie behoort verder ondersoek te word. Dit mag wees dat hulle nie oor al die inligting beskik het nie en ook nie alle opsies oorweeg het nie. Die rol van bemerkers van inplantingstoestelle moet ook krities evalueer word.

Die **uitkoms van die inplanting** het 'n groot invloed op moeders se emosies gehad, veral omdat hul kinders op klank gereageer het.

Vanuit die moeder se perspektief, is die **hantering** van moeders en vaders beduidend verskillend. Moeders het wel gevoel dat hulle nie tyd gehad het om aan hulself aandag te gee nie, aangesien hulle soveel het om te doen. Geen literatuur is gevind ten opsigte van die verskillende hanteringsmeganismes van ouers nie.

Hierdie bevindings ondersteun Ferguson (2002) se **aanpasbare** en **ondersteunende** benaderings. Dit het by geen familie geblyk dat hulle nie by hul lewensveranderde situasie aangepas het nie. Dit sluit verder aan by Ferguson (2002) se verklaring dat elke gesin uniek is in die hantering van stressors en dat hul ervaring daarvan verskil.

### **5.2.2 Moeders se ervaring van die professionele dienste/persone en kwessies wat met die inplanting en operasie verband hou**

Navorsing gedoen deur Incesulu *et al.* (2003) het getoon dat alle deelnemers tevrede was met die diens wat hulle van professionele persone ontvang het, terwyl Zaidman-Zait (2007) se studie bevind het dat nie alle deelnemers ewe tevrede was nie. In hierdie studie het dit wel voorgekom asof deelnemers tevrede was met die diens wat hulle ontvang het, terwyl ander ontevrede was met die diens wat hulle van spesifieke professionele persone ontvang het. Dunst *et al.* (2007) en Keen (2007) bevestig dat betrokkenheid en bemagtiging uiters belangrik is in die bou van verhoudings met professionele persone, en dat ouers vrymoedigheid moet hê om met professionele persone te verskil. Volgens Keen (2007) werk professionele persone met 'n wye verskeidenheid gesinne, wat dit moeilik maak om met elke gesin

'n **verhouding** te bou en aan elkeen se behoeftes te voldoen. Dit sluit aan by die bevindinge in hierdie studie dat moeders ontevrede was met spesifieke professionele persone.

Die **operasieprosedure** en kwessies rondom die inplanting is oor die algemeen positief ervaar. Deelnemers het gevoel hulle het voldoende **inligting** gehad oor wat die operasie behels. Zaidman-Zait (2007) bevestig dat inligting uiters belangrik is vir ouers om 'n besluit te kan neem en dat dit spanning verlaag. Die risiko's verbonde aan die operasie was vir een ouer 'n bekommernis, omdat dit moontlik erger gevolge kon hê indien iets verkeerd sou loop. Alhoewel die proses van taalontwikkeling verder 'n lang en moeilike proses is, was ouers oor die algemeen tevrede met die uitkoms. Dit kom verder ooreen met die bevindinge van Incesulu *et al.* (2003) se studie dat ouers genoem het dat die resultate stadig was, maar dat dit hul verwagtinge oortref het.

### 5.2.3 Moeders se ervaring van ondersteuning

Reber (1995) beskryf ondersteuning as die voorsiening van dit wat ontbreek ten opsigte van bemoediging, aanvaarding, erkenning en goedkeuring van 'n ander persoon. Professionele persone wat 'n bemoedigende rol gespeel het, was die sjiurg, oudioloë, verpleegsters en ouerleidingspersoneel, wat hoofsaaklik bestaan het uit oudioloë en spraakterapeute. Dit stem gedeeltelik ooreen met 'n studie deur Most en Zaidman-Zait (2001), maar verskil in die sin dat ouers nie maatskaplike werkers as 'n bron van ondersteuning gemeld het nie. Van die deelnemers het genoem dat hulle eerder sou verkies het om **ondersteuning** van 'n kenner van emosies soos 'n sielkundige of 'n berader te ontvang. Dit stem ooreen met die bevinding van Zaidman-Zait (2007) dat sielkundiges die gekose persone vir emosionele ondersteuning is. Een deelnemer het ook gevind dat hul predikant haar geestelik kon begelei en ondersteun.

Die **verwysingsproses** was vir sommige moeders 'n uitdagende proses, aangesien inligting oor die kanale wat gevolg moes word nie duidelik aan hulle oorgedra is nie. Dit wil voorkom of sommige professionele persone nie aan ouers die regte inligting oor wie die regte persone was om te besoek, kon oordra nie. Ouers is dus van een persoon na die volgende rondgestuur.

**Bronne** van ondersteuning was hoofsaaklik familieledede, vriende en Bybelstudieledede. Moeders het verder genoem dat ouers van ander kinders met kogleêre inplantings wat al verder in die proses is, 'n groot bron van ondersteuning is. Most en Zaidman-Zait (2001) noem dat dit vir ouers hoop bied. Dit wou voorkom asof party deelnemers makliker as ander met ouers in aanraking gekom het. Een deelnemer het genoem dat sy graag 'n lys van ouers se name wou hê, maar dat dit nooit aan haar gebied is nie, terwyl ander ouers reeds mense geken het wat kinders met kogleêre inplantings het. Dit stem ooreen met die bevindinge van Zaidman-Zait (2007) dat ouers 'n behoefte het om met ander ouers te praat. Deelnemers het wel gevoel dat hulle self die ontmoetings moes inisieer en dat dit nie te formeel en gestruktureerd moes wees nie.

Ouers het genoem dat die gekose **tyd vir ondersteuning** nie direk na die diagnose is nie, maar dat dit wel aangebied moet word. Volgens deelnemers het dit wel voorgekom asof daar 'n behoefte aan ondersteuning is na 'n jaar vanaf die inplanting, omdat die eerste jaar hoofsaaklik rondom die kind sentreer. Hierdie bevinding is in teenstelling met Most en Zaidman-Zait (2001) se studie wat meen dat ouers binne die eerste jaar emosionele ondersteuning benodig. Dit stem wel ooreen met die behoefte aan langtermyn ondersteuning. Een deelnemer het genoem dat ondersteuning nie net vir moeders nodig is nie, maar vir die hele gesin, elkeen op hul eie tyd.

Uit die data het dit wel geblyk dat ouers 'n behoefte gehad het aan meer **langtermynondersteuning** wat betref kwessies rondom hul kind se skoolloopbaan. Carpenter (2000) bevestig dat ouers met kinders met gestremdhede 'n behoefte aan langtermynondersteuning het, veral ten opsigte van uitdagings wat mag voorlê en waarop hulle nie voorbereid is nie. Sommige deelnemers het nie 'n behoefte getoon aan verdere ondersteuning nie, terwyl ander 'n sterk behoefte getoon het. Die oorwegende meerderheid het 'n behoefte gehad aan 'n **opvoedkundige sielkundige** om hulle te help met aspekte rondom hul horende kinders, aanvaarding van die kind met 'n gehoorgestremdheid se aparate en doofheid, sowel as skoolgereedheidstoetse asook bemiddeling tussen onderwysers en moeders. Een ouer het genoem dat sy nie presies weet wat 'n opvoedkundige



sielkundige doen nie, maar dat sy met haar beperkte kennis graag 'n opvoedkundige sielkundige tot haar beskikking sou wou gehad het.

### **5.3 AANBEVELINGS VIR DIE PRAKTYK**

Om meer effektiewe emosionele ondersteuning aan ouers te bied, word die volgende aanbevelings op grond van die interpretasie van die data gemaak. Hierdie aanbevelings moet telkens binne die konteks van elke gesin se unieke behoeftes geïnterpreteer word.

Verskillende deelnemers het 'n behoefte aan emosionele ondersteuning uitgespreek. Voorsiening behoort dus gemaak te word om aan ouers emosionele ondersteuning te bied sodat hulle oor hul emosies, vrese en kwessies rondom die inplanting en operasie kan gesels. Dit kan gedoen word deur 'n kenner op die gebied soos 'n sielkundige of pastorale sielkundige deel van die kogleêre inplantingspan te maak. Hierdie diens moet vrywillig aan ouers gebied word op 'n tyd wat vir hulle gerieflik is. Aangesien elke familie uniek is en dus verskillende behoeftes het, het party gesinne meer ondersteuning nodig as ander. Professionele persone moet daarom ouers op hul unieke wyse ondersteun.

Om die verwysingsproses vir moeders makliker te maak, word voorgestel dat deeglike inligting versprei word oor die kanale wat gevolg moet word wanneer 'n kind met 'n gehoorgestremdheid gediagnoseer word. Dit kan gedoen word deur brosjures en pamflette by mediese praktyke beskikbaar te maak en ook op webruimtes te plaas.

'n Lys van ouers van kinders met kogleêre inplantings moet met die goedkeuring van sulke ouers beskikbaar gemaak word sodat ouers makliker met ander ouers in kontak kan kom. Ouerondersteuningsgroepe is nog 'n manier hoe ouers mekaar kan ondersteun.

Ouers het 'n sterk behoefte aan ondersteuning deur oudioloë of spraakterapeute, asook deur 'n opvoedkundige sielkundige, getoon, veral sodra kinders na 'n hoofstroomskool toe gaan. Opvoedkundige sielkundiges het dus 'n rol te speel in die

ondersteuning van gesinne met kinders met kogleêre inplantings. Die spektrum van behoeftes sluit onder andere skoolgereedheidsevaluering, emosionele ondersteuning vir hul kinders en skolastiese ondersteuning (byvoorbeeld bemiddeling tussen onderwysers en ouers) in. 'n Opvoedkundige sielkundige kan ook deel vorm van die inplantingspan of selfs as konsultant optree wanneer ouers 'n behoefte aan hierdie diens het.

## **5.4 VERDERE NAVORSINGSMOONTLIKHEDE**

Die doel van hierdie studie was hoofsaaklik om die ervarings van moeders met kinders met kogleêre inplantings asook die emosionele ondersteuning wat hulle ontvang het, diepgaande te beskryf. Die volgende verdere navorsingsmoontlikhede word kortliks genoem:

- Wat is vaders se ervarings van die inplantingsproses?
- Dit het uit die studie geblyk dat die opvoedkundige sielkundige 'n definitiewe rol kan speel. 'n Verdere studiemoontlikheid is om die spesifieke rol van die opvoedkundige sielkundige as deel van die inplantingspan in die Suid-Afrikaanse konteks verder te ondersoek.
- 'n Laaste navorsingsmoontlikheid is om ondersoek in te stel na hoe horende kinders die proses ervaar en hoe hulle by die proses betrek kan word, aangesien daar 'n leemte in die literatuur is en ouers heelwat vrae rondom die aspek het.

## **5.5 VOORDELE EN BEPERKINGE VAN DIE STUDIE**

Om data deur middel van onderhoude te genereer, hou verskeie voordele en ook beperkinge vir die studie in. 'n Voordeel in die studie was die diverse agtergronde waaruit die ouers gekom het, wat 'n diepgaande beskrywing tot stand gebring het. Verder was ouers in verskillende fases van die proses. Sommige ouers was al deur die taalontwikkelingsfase terwyl ander so pas deur die inplantingsfase gegaan het.

As beginner-navorsers kon my eie angstigtheid tydens die onderhoud veroorsaak dat ek nie die mees geskikte vrae gevra het nie en dus nie altyd die mees geskikte response gekry het nie. My opleiding as opvoedkundige sielkundige was egter voordelig omdat ek reeds basiese vaardighede gehad het. Weens die feit dat ouers

oor persoonlike emosies en gevoelens gesels, is dit moeilik om nie as terapeut op te tree nie. Die rol van die navorser is nie om as terapeut in die onderhoud op te tree nie, maar om van die persoon te leer. Om as sielkundige opgelei te wees stel 'n mens in staat om empaties na mense te luister en met hul ervarings te identifiseer, wat aan die ander kant nog 'n voordeel vir die studie is. Die strategie wat ek gevolg het, was om dit as 'n veldnota aan te teken en die moontlike impak in die transkripsies te identifiseer.

Navorsing met families bied eiesoortige uitdagings. Vaders was besig by die werk en in hierdie gevalle was moeders verantwoordelik vir die huishouding en versorging van kinders. Die mees gepaste tye vir die respondente om aan die onderhoude deel te neem was laat in die middag of in die aand en wel by hul huise. Dit het soms gelei tot onderbrekings in die onderhoud, omdat kinders hul moeders se aandag wou hê. Dit het veroorsaak dat ouers soms die strekking van die gesprek op daardie tydstip verloor het, en waardevolle inligting kon so verlore gegaan het. Sulke gevalle is later telefonies opgevolg. Omdat ek van hierdie potensiële nadeel bewus was, het ek die strategie gevolg om die onderhoude dadelik te transkribeer. Wanneer leemtes geïdentifiseer is, het ek dit telefonies opgevolg. Die data was egter ryk en versadig.

'n Beperking in die studie was dat die studie hoofsaaklik op die ervarings van moeders gefokus het en daar is 'n leemte oor hoe vaders die proses hanteer.

'n Moontlike beperking wat ek geantisipeer het, was dat die steekproef klein was. Alhoewel die doel van die studie nie veralgemening was nie, het ek 'n ryk, digte beskrywing van die data asook die agtergrond en konteks van die studie gedoen. Die leser kan dus self evalueer hoe toepaslik bevindinge in hulle kontekste sal wees.

## **5.6 SAMEVATTING**

Die doel van hierdie studie was om die onderhouddata van agt moeders wat kinders met kogleêre inplantings het, se ervarings van ondersteuning en ondersteuningsbehoeftes te analiseer, te interpreteer en te beskryf. Dit het beoog om die drie

navorsingsvrae te beantwoord. Die bevindinge het getoon dat moeders unieke ervarings het oor die proses wat vanaf diagnose tot rehabilitasie strek. Hul ervarings van die dienste wat professionele persone aan hulle gebied het, was verskillend. Ten opsigte van hul behoefte aan emosionele ondersteuning, het die meerderheid deelnemers wel 'n behoefte aan 'n kenner op die gebied, soos 'n sielkundige, pastorale sielkundige of 'n opvoedkundige sielkundige, getoon, hetsy vir hulself, hul kinders met die kogleêre inplanting of hul horende kinders. 'n Sterk behoefte is getoon vir langtermynondersteuning sodra kinders na die hoofstroomskool toe gaan, wat verder 'n geleentheid skep vir 'n opvoedkundige sielkundige om 'n rol te speel. Aanbevelings vir die praktyk is gemaak op grond van hierdie bevindinge, en verdere navorsingsmoontlikhede is kortliks aangedui.

Die bevindinge van hierdie studie toon dat die effektiwiteit van die emosionele ondersteuning wat moeders deur professionele dienste/persone ontvang, verbeter kan word.

## BRONNELYS

- Allegretti, C.M. (2002). The effects of a cochlear implant on the family of a hearing-impaired child. *Pediatric Nursing*, 28(6):614-620.
- Anagnostou, F., Graham, J. & Crocker, S. (2007). A preliminary study looking at parental emotions following cochlear implantation. *Cochlear Implants International*, 8(2):68-86.
- Andrews, J.F., Leigh, I.W. & Weiner, M.T. (2004). *Deaf People*. Boston: Pearson Education.
- Archbold, S. (2003). A paediatric cochlear implants programme: current and future challenges. In McCormick, B. & Archbold, S. (Eds.), *Cochlear Implants for Young Children* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 49-95). London: Whurr Publishers Limited.
- Babbie, E. (2004). *The practice of social research* (10<sup>th</sup> ed.). Belmont, California: Thomson/Wadsworth.
- Babbie, E. & Mouton, J. (2001). *The practice of social research*. South African edition. Oxford: Oxford University Press.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. & Tindall, C. (1994). *Qualitative methods in Psychology: a research guide*. Buckingham: Open University Press.
- Balkany, T.J., Hodges, A., Miyamoto, R.T., Gibbin, K., & Odasbasi, O. (2001). Cochlear Implants in children. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 34(2):455-467.
- Bassey, M. (1999). *Case study research in educational settings*. Buckingham: Open University Press.
- Basinger, C. (2000). *Everything you need to know about deafness*. New York: Rosen.

- Beiter, A.L. & Shallop, J.K. (1998). Cochlear Implants: past, present, future. In Estabrooks, W. (Ed.), *Cochlear implants for kids*. Washington, DC: The Alexander Graham Association for the Deaf. Inc.
- Berry, J.O. & Hardman M.L. (1998). *Lifespan perspectives on the family and disability*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bertram, B. (1996). An integrated rehabilitation concept for Cochlear Implants children. In Allum., D.J. *Cochlear Implants Rehabilitation in Children and Adults* (pp. 52-64). London: Whurr Publishers Ltd.
- Bloomberg, L.D. & Volpe, E. (2008). *Completing your qualitative dissertation. A roadmap from beginning to end*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Burger, T., Spahn, C., Richter, B., Eissele, S., Löhle, E., & Bengel, J. (2005). Parental distress: The initial phase of hearing aid and Cochlear implants fitting. *American Annals of the Deaf*, 150(1):5-10.
- Calien, R. & Hugo, R (2002). Are parents of children with cochlear implants coping? *Health SA Gesondheid*, 7(2):68-72.
- Carpenter, B. (2000). Sustaining the family: Meeting the needs of families of children with disabilities. *British Journal of Special Education* 27(3):135-144.
- Charmaz, K. (2005). Grounded Theory in the 21th century. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds). *The Sage handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Christians, C.G. (2005). Ethics and politics in qualitative research. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds), *The Sage handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousands Oaks: Sage Publications.

Cochlear (2002) [Booklet]. Hearing again – when hearing aids aren't enough. [www.cochlear.com](http://www.cochlear.com).

*Collins Dictionary and Thesaurus* (2005). International Edition. Great Britain: HarperCollins Publishers.

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Creswell, J.W. (2005). *Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research (2<sup>nd</sup> ed.)*. New Jersey: Pearson/Merrill Prentice Hall.

De Raeve, L. (2006). Making the case for early hearing detection and intervention in Flanders, Belgium. *Volta Voices*, Sept/Oct, 14-17.

De Swart, H.L. (1997) *in Maatskaplikewerk-evaluering van potensieële kandidate vir kogleëre inplantings*. Ongepubliseerde doktorsale tesis. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.

De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché & Delpont, C.S.L. (2002). *Research at grassroots: for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaiks.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds), *The Sage handbook of qualitative research (3<sup>rd</sup> ed.)* (pp. 1-29). Thousands Oaks: Sage Publications.

Department of Education (DoE) 2001. Education White Paper 6. Special needs education. Building an inclusive education and training system. Pretoria: DoE.

DesJardin, J.L., Eisenberg, L.S. & Hodapp, R.M. (2006). Sound beginnings. Supporting families of young deaf children with cochlear implants. *Infants and Young Children*, 19(3):179-189.

- DesJardin, J.L., (2006). Family empowerment: Supporting language development in young children who are deaf or hard of hearing. *The Volta Review*, 106(3): 275-298.
- DesGeorges, J. (2003). Family perceptions of early hearing, detection, and intervention systems: listening to and learning from families. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9:89-93.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*. 40(4):314-321.
- Donald, D., Lazarus, S. & Lolwana, P. (2002). *Educational psychology in social context. Challenges of development, social issues, & special need in Southern Africa*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Dunst, C.J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *Journal of Special Education*, 36:139-147.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Hamby, D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13:370-378.
- Durrheim, K. (1999). Research design. In Terre Blance, M. & Durrheim, K. (Eds.), *Research in practice: Applied methods for the social sciences* (pp. 29-53). Cape Town: UCT Press.
- Edwards, L.C., MaCardle, B.M., Doney, A. & Bellman, S. (2000). Parental experiences of a paediatric cochlear implant programme. *Cochlear Implant International*, 1(2):95-107.
- Estabrooks, W. (1998). Learning to listen with a cochlear implant: a model for children. In Estabrooks, W. (Eds), *Cochlear implants for kids* (pp. 72-88). Washington, DC: The Alexander Graham Association for the Deaf. Inc.
- Ferguson, P.M. (2001). Mapping the family: Disability studies and the exploration of parental response to disability. In G.L. Albrecht, K.D. Seelman, & M. Bury (Eds), *Handbook of disability studies* (pp. 373-395). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.



- Ferguson, P.M. (2002). A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability. *Journal of Special Education*, 36:124-130.
- Fine, M.J. & Gardner, A. (1994). Collaboration Consultation with families of children with special needs: Why bother? *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 5(4):283-308.
- Flynn, S. (2003). Cochlear implants systems. In McCormick, B. & Archbold, S. (Eds), *Cochlear implants for young children* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 11-48). London: Whurr Publishers Limited.
- Fontana, A. & Frey, J.H. (2005). The interview: from neutral stance to political involvement. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds), *The Sage handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Fitzpatrick, A., & Dowling, M. (2007). Supporting parents caring for a child with a learning disability. *Nursing Standard*, 22:14-16, 35-39.
- Fryauf-Bertschy, H., Tyler, R.S., Kelsay, D.M.R., Gantz, B.J. & Woodworth, G.G. (1997). Cochlear implant use by prelingually deafened children: the influence of age at implant and length of device use. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40:183-199.
- Gay, L.R, Mills, G.E. & Airasian, P. (2006). *Educational research. Competencies for analysis and application* (8<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson/Merril Prentice Hall.
- Gibbin, K.P., O'Donoghue, G.M. & Nikolopoulos, T.P. (2003). Medical and surgical aspects of paediatric cochlear implantation. In McCormick, B. & Archbold, S. (Eds.), *Cochlear Implants for Young Children* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 135-161). London: Whurr Publishers Limited.
- Guba, E.G. & Lincoln, S.Y. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds), *The Sage handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 191-215). Thousands Oaks: Sage Publications.

- Haggard, M. (1991). Introduction: Implants in perspective. In Cooper, H. (Eds), *Cochlear implants. A practical guide*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Head, L.S. & Abbeduto, L. (2007). Recognizing the role of parents in developmental outcomes: A systems approach to evaluating the child with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13:293-301.
- Health Professions Council of South Africa (HPCSA). Professional Board for Psychology. *Rules of conduct pertaining specifically to Psychology*. Form 223.
- Heller, K.W., Aberto, P.A., Forney, P.E. & Schwartzman, M.N. (1996). *Understanding physical, sensory and health impairments*. Brooks/Cole Publishing.
- Henning, E. (2005). *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik.
- Horsch, U., Weber, C., Bertram, B. & Detrois, P. (1997). Stress experienced by parents of children with cochlear implants compared with parents of deaf children and hearing children. *The American Journal of Otology*, 18(6):161-163.
- Hyde, M. & Power, D. (2000). Informed parental consent for cochlear implantation of young deaf children: social and other considerations in the use of the 'bionic ear'. *Australian Journal of Social Issues*, 35(2):117-127.
- Incesulu, A., Vural, M., & Erkam, U. (2003). Children with Cochlear Implants: Parental perspectives. *Otology & Neurotology*, 24:605-611.
- Johnson, B. & Christensen, L. (2004). *Educational research: quantitative, qualitative and mixed approaches (2<sup>nd</sup> ed.)*. Boston: Pearson Education
- Kalyanakrishnan, R., Sparks, R.A., & Berryhill, W.E. (2007). Diagnosis and treatment of Otitis Media. *American Family Physician*. 76(11):1650-1658.
- Keen, D. (2007). Parents, families, and partnerships: Issues and consideration. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54(3):339-349.

- Koester, L.S. & Meadow-Orleans, K. (1990). Parenting a deaf child: stress, strength, and support. In Meadow-Orleans, K. & Moores, D.F. (Eds). *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 299-320). Washington D.C: Gallaudet University Press.
- Krauss, M.W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mother and fathers of children with disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 97:393-404.
- Kurtzer-White, E. & Luterman, D. (Eds). (2001). *Early Childhood Deafness*. Baltimore: York Press.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lloyd-Richmond, H. (2003). Family perspectives. In McCormick, B. & Archbold, S. (Eds.), *Cochlear Implants for Young Children* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 135-161). London: Whurr Publishers Limited.
- Luterman, D. (2004). Counselling families of children with hearing loss and special needs. *The Volta Review* 104(4):215-220.
- Luterman, D. & Kurtzer-White, E. (2003). Families and children with hearing loss: grief and coping. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9:232-235.
- Maykut, P. & Morehouse R. (1995). *Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide*. London: Falmer.
- Merriam, S.B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Medical Electronics (MED-EL), [Booklet]. *Understanding cochlear implants*. [www.medel.com](http://www.medel.com).
- Mertens, D. (1998). *Research methods in education and psychology. Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Mertens, D. (2005). *Research and Evaluation in Educational and Psychology. Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and mixed methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mikkelsen, J.U., Nielsen, P. & Rasmussen, S. (2001). Support services in Denmark for parents of children who are deaf or hard of hearing – a national survey. *Scandinavian Audiology*, 30(53):116-118.
- Mishel, M.H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, 17:269-294.
- Most, T. & Zaidman-Zait, M.A. (2001). The needs of parents of children with cochlear implants. *The Volta Review*, 103(2):99-113.
- Mouton, J. (1996). *Understanding social research*. Pretoria: Van Schaik.
- Mouton, J. (2001). *How to succeed in your master's and doctoral studies: a South African guide and resource book*. Pretoria: Van Schaik.
- Müller, AMU & Wagenfeld, DJH. (2003). *Paediatric cochlear implantation*. CME, 21(11):628-632.
- Nastasi, B.K. (2000). School Psychologists as health-care providers in the 21<sup>st</sup> century: conceptual framework, professional identity, and professional practice. *School Psychology Review*, 29(4):540-555.
- Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK) (2005). Jaarverslag. [www.nsdsk.nl/frames.html](http://www.nsdsk.nl/frames.html).
- Niparko, J.K. & Blankenhorn, R. (2003). Cochlear implants in young children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 9:267-275.
- Odendal, F.F. & Gouws, R.H. (2005). *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal* (5<sup>de</sup> Uitgawe). Kaapstad: Pearson Education.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks: Sage Publication.

- Perold, J.L. (2001). An investigation into the expectations of mothers of children with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 2(1):39-58. Whurr Publishers Ltd.
- Pocock, G. & Richards, C.D. (2004). *Human Physiology: the basis of medicine* (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Quintter, A.L., Steck, J.T. & Rouiller, R.L. (1991). Cochlear implants in children: A study of parental stress and adjustments. *The American Journal of Otology*, 12:95-104.
- Reber, A.S. (1995). *Dictionary of Psychology* (2<sup>nd</sup> ed.). England: Penguin Books.
- Redwood, S. (2008). Research less violent? Or the ethics of performative social science. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), Art 60, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:o114-fqs0802608>.
- Richardson, L. & Adams St. Pierre, E. Writing: A method of inquiry. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds), *The Sage handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.). (pp. 959-978). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Russell, F. (2003). The expectations of parents of disabled children. *British Journal of Special Education*, 30(3):144-149.
- Sach, T.H. & Whynes, D.K. (2005). Paediatric cochlear implantation: the views of parents. *International Journal of Audiology*, 44:400-407.
- Sebald, A. & Luckner, J. (2007). Successful partnerships with families of children who are deaf. *Teaching Exceptional Children*, 39(3):54-60.
- Singer, H.S.G. (2002). Suggestions for a pragmatic program of research on families and disability. *The Journal of Special Education*, 36(3):148-154.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research*. London: Sage Publications
- Silverman, D. (2007). *Doing qualitative research: a comprehensive guide*. Los Angeles: Sage Publications.

- Sheridan, S.M. & Gutkin, T.B. (2000). The ecology of school psychology: Examining and changing our paradigm for the 21<sup>st</sup> century. *School Psychology Review*, 29(4):485-503.
- Slavin, R. E. (2007). *Educational Research: in an age of accountability*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Spahn, C., Richter, B., Zshocke, I., Löhle, E. & Wirsching, M. (2001). The need for psychosocial support in parents with cochlear implanted children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 57:45-53.
- Spahn, C., Burger, T., Löschmann, C. & Richter, B. (2004). Quality of life and psychological distress in parents of children with a cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 5(1):13-27.
- Spencer, P.E. & Marschark, M. (2003). Cochlear implants: Issues and implications. In Marschark, M. & Spencer, P.E. (Eds). *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education*, (pp. 434-448). Oxford: Oxford University Press.
- Storbeck, C. (2005). Educating the deaf and hard-of-hearing. In Landsberg, E., Krüger, D. & Nel, N. (Eds). *Addressing barriers to learning. A South African perspective* (pp. 3-21). Pretoria: Van Schaiks.
- Swart, E. & Pettipher R. (2005). A framework for understanding inclusion. In Landsberg, E., Krüger, D. & Nel, N. (Eds). *Addressing barriers to learning. A South African perspective* (pp. 3-21). Pretoria: Van Schaiks.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research Methods: a guidebook and resource* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Tanner, D.C. (1980). Loss and grief implications for the speech-language pathologist and audiologist. *ASHA*, 22:916-922.
- Terre Blanche, M. & Durrheim, K. (1999). Histories of the present: social science research in context. In Terre Blanche, M. & Durrheim, K. (Eds). *Research in Practice: Applied methods for the social sciences*, (pp. 1-17). Cape Town: University of Cape Town Press.

- Ulrich, M.E. & Bauer, A.M. (2003). Levels of awareness. A Closer look at communication between parents and professionals. *Teaching Exceptional Children*, 35(6):20-23.
- United Nations Education and Scientific Cultural Organization. (1994). The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. Afgelaai op Junie 2008 vanaf [http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMANCA\\_E.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMANCA_E.PDF)
- Walch, C., Anderhuber, W., Köle, W. & Berghold, A. (2000). Bilateral sensorineural hearing disorders in children: etiology of deafness and evaluation of hearing tests. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 53:31-38.
- Willis, J.W. (2007). *Foundations of qualitative research. Interpretive and critical approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zaidman-Zait, A. (2007). Parenting a child with a cochlear implant: A critical incident study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. Advance Access published January 20, (doi:10.1093/deafed/enl032)
- Yuelin, L., Bain, L. & Steinberg, A.G. (2004). Parental decision-making in considering cochlear implant technology for a deaf child. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 68:1027-1038.

## **BYLAE A**

Toestemmingsbrief van Cochlear Ltd



**Du Toit, T, Mev <taniad@sun.ac.za>**

**From:** Linda Ballam-Davies [LBallam-Davies@cochlear.com.au]  
**Sent:** 12 March 2008 09:21  
**To:** taniad@sun.ac.za  
**Subject:** Re: Permission to use Cochlear images from website

Dear Tania,

These images are fine to use. The disclaimer that should be used is:

Images are the copyright of Cochlear Limited and have been used by agreement between Cochlear Limited and Tania du Toit for the express purpose of this thesis. These images may not be used or reproduced without the express consent of Cochlear Limited.

With regards,  
 Linda

Linda Ballam-Davies  
 Senior Marketing Communications Manager  
 Cochlear Ltd - Asia Pacific  
 1/18-20 Orion Rd, Lane Cove NSW 2066, Australia  
 Tel: +612 8002 2853 Fax: +612 8002 2880  
 email: lballam-davies@cochlear.com.au  
 web:  
 Cochlear - global leader in implantable hearing solutions.  
 Linda Ballam-Davies/CLTD/COH

**Linda Ballam-Davies/CLTD/COH**

Totaniad@sun.ac.za  
 cc

Subject: Permission to use Cochlear images from website

26/02/2008 11:50  
 AM

Dear Tania,

Thank you for your enquiry. As a rule, Cochlear doesn't allow people to use our images but if you could please let me know what images you would like to use, this will help in determining if we will release them. If we do allow you to use them, the images will need to be referenced in your thesis.

Thanks and regards,  
 Linda

Linda Ballam-Davies  
 Senior Marketing Communications Manager  
 Cochlear Ltd - Asia Pacific  
 1/18-20 Orion Rd, Lane Cove NSW 2066, Australia  
 Tel: +612 8002 2853 Fax: +612 8002 2880  
 email: lballam-davies@cochlear.com.au  
 web:  
 Cochlear - global leader in implantable hearing solutions.

2008/03/12

## **BYLAE B**

Toestemmingsbrief aan moeders

**UNIVERSITEIT STELLENBOSCH**  
**TOESTEMMING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING**

---

**TITEL VAN NAVORSINGSPROJEK:**  
**EMOSIONELE ONDERSTEUNING VIR OUERS MET KINDERS MET KOGLEËRE**  
**INPLANTINGS**

Hiermee word u genooi om deel te neem aan 'n navorsingsprojek oor ondersteuning vir ouers met kinders met kogleëre inplantings. Die navorsing het ten doel om 'n bydrae te lewer in die emosionele ondersteuning wat ouers ontvang tydens die proses van diagnose, operasie en rehabilitasie asook verdere ondersteuning.

**1. DOEL VAN DIE STUDIE**

Die doel van die studie is om die ervarings wat u as ouers het, te beskryf om sodoende ouers in die toekoms emosioneel te kan ondersteun.

**2. PROSEDURE**

Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, word die volgende versoek:

- Deelname aan 'n individuele onderhoud van ongeveer 60-90 minute op 'n plek en tyd wat onderhandelbaar is. 'n Bandopname sal met u toestemming gemaak word.

**3. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID**

Die enigste ongerief is die tyd wat van u gevra word om beskikbaar te wees vir 'n individuele onderhoud. Met u toestemming sal 'n bandopname gemaak word.

**4. MOONTLIKE VOORDELE VIR DEELNEMERS EN/OF VIR DIE SAMELEWING**

U bydrae sal help om duidelikheid te kry oor die emosionele ondersteuning wat ouers van kinders met kogleëre inplantings ontvang, en om behoeftes te identifiseer. U bydrae kan 'n verskil maak in toekomstige families wat moontlike kandidate van 'n kogleëre inplanting is.

**5. VERGOEDING VIR DEELNAME**

Geen vergoeding is betrokke by u deelname aan die navorsing nie.

**6. VERTROULIKHEID**

Enige inligting wat deur hierdie navorsing verkry word en wat met u in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekendgemaak word of soos deur die wet vereis. Bandopnames sal vertroulik hanteer word, en getranskribeerde data sal slegs

deur 'n kode en die datum geïdentifiseer word. Die vertroulikheid van hierdie opnames en transkripsies (elektronies en gedruk) word verder ook verseker deur dit agter slot en grendel te bewaar in 'n liasseerkabinet in 'n kantoor. U identiteit sal ten alle tye beskerm word. Hierdie bandopnames sal slegs gebruik word vir die transkripsies en vernietig word nadat verwerkte data in 'n tesis vir 'n meestersgraad verskyn.

## **7. DEELNAME EN ONTTREKING**

Deelname is vrywillig. Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, kan u te enige tyd onttrek sonder enige nadelige gevolge. U kan ook weier om op bepaalde vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem. Die ondersoeker kan u aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.

## **8. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKER**

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met:

Tania du Toit, [taniad@sun.ac.za](mailto:taniad@sun.ac.za) 072 238 0241

Prof Estelle Swart, [estelle@sun.ac.za](mailto:estelle@sun.ac.za) 021 808 2305/6 (Studieleier)

## **9. REGTE VAN DEELNEMERS**

U kan te enige tyd onttrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersoon by navorsing, skakel met Maryke Hunter-Hüsselman by die Eenheid vir Navorsingsontwikkeling (tel: 021 808 4623; faks: 021 808 4537; e-pos: [mh3@sun.ac.za](mailto:mh3@sun.ac.za) by die Eenheid vir Navorsingsontwikkeling.

## **10. RESULTATE VAN STUDIE**

Indien u besluit om aan hierdie studie deel te neem en toegang wil hê tot die resultate, is u welkom om dit te doen. U kan dit aandui aan die einde van hierdie vorm.

**UNIVERSITEIT STELLENBOSCH**  
**TOESTEMMING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING**

---

Hiermee gee ek \_\_\_\_\_ my samewerking ten opsigte van bogenoemde navorsingstudie. Ek neem in ag dat inligting konfidensieel hanteer sal word en dat nodige inligting met supervisors bespreek kan word.

Ek gee ook toestemming vir die volgende:

1. Dat 'n bandopname tydens die sessie gemaak kan word, wat na afloop van die studie vernietig sal word.
2. Dat ek op enige stadium uit die studie kan onttrek indien ek dit sou verkies.

---

Deelnemer

---

Datum

## **BYLAE C**

### Onderhoudsgids

## **ONDERHOUDSGIDS**

### A: Temas

#### Proses van die inplanting:

- Besluitneming
- Intervensie – medici
- Behoefte/leemtes tydens die proses
- Verwagtings
- Ervaring en gevoelens oor die proses
- Aanpassing
- Lewens beïnvloed – gesin, kind?

#### Ondersteuning:

- Emosies
- Emosionele ondersteuning ontvang
- Behoefte aan ondersteuning
- Indien wel, hoe?
- Horende kinders
- Leemtes in ondersteuning
- Toekomstige ondersteuning
- Ander gesinne/ondersteuningsgroepe?
- Raad aan ander ouers?

## **BYLAE D**

Aksiale kodering



## AKSIALE KODERING

<b>KATEGORIEË</b>	<b>KODES</b>
<b>MOEDERS SE EMOSIONELE ERVARING EN HANTERING VAN DIE PROSES VAN DIAGNOSE EN OPERASIE IS UNIEK</b>	Emosies van ouers Worsteling Besluitnemingsproses Uitkoms van die inplanting Hantering van horende kinders Aanpassing na die inplanting
<b>MOEDERS SE ERVARING VAN DIE PROFESSIONELE DIENSTE/PERSONE EN KWESSIES WAT MET DIE INPLANTING EN OPERASIE VERBAND HOU</b>	Verwysingsproses Ondersteuningsdienste Verhoudings Inligting Operasieprosedure Vrese en vrae
<b>MOEDERS SE ERVARING VAN ONDERSTEUNING</b>	<b>BEHOEFTE VAN MOEDERS AAN ONDERSTEUNING</b> Emosionele ondersteuning Tyd van ondersteuning Oorgangsfases Raad aan ander ouers Ander ouers <b>LANGTERMYNONDERSTEUNING</b> Skolastiese loopbaan Vordering in die skool Emosionele uitdagings Rol van die opvoedkundige sielkundige Horende kinders Hoofstroomskool
<b>VERSKILLENDE FASES VAN ONDERSTEUNING IN DIE PROSES</b>	Aanvanklike fase Middelfase Toekomstige fase

# **BYLAE E**

Rou data

## **ROU DATA MATERIAAL**

- 65 O Die ondersteuning wat jy noem, was dit meer gemik op die mediese  
66 aspekte,soos waaroor die operasie gaan en wat behels dit?
- 67 M1 Ja dit was bloot inligting oor wat gaan gebeur en wat gaan nou  
68 volgende kom.
- 69 O Watter tipe inligting het julle ontvang geskrewe of mondelingse  
70 inligting of hoe?
- 71 M1 Mondelings baie, ek kan nie regtig mooi onthou nie, maar ek dink  
72 dink [...] het vir ons geskrewe inligting ook gegee, sy het vir ons so  
74 boekie gegee wat saam met die operasie kom oor hoe die ding werk  
75 en ook vir ander mense wat by jou wil weet hoe die ding werk en wat  
76 het gebeur en alles. So rondom dit ... mense verstaan nog steeds, van  
77 hoe die ding actually werk. Maya het ook nou die dag vir iemand  
78 verduidelik ... o ja, by die skool het van die kinders vir haar gevra nou  
79 hoekom is sy doof toe sê sy want sy is doof gebore, maar sy kan hoor  
80 sy is nie eintlik doof nie want sy kan hoor as sy haar inplantings aan  
81 het, toe vra hulle nou vir haar nou hoekom is sy doof, toe sê sy want  
82 sy kan nie eintlik onthou nie.  
(Lag)
- 83 O Maar dit is eintlik oulik om te sien hoe hulle gewoon raak daaraan.
- 84 M1 Ja nogal.
- 85 O: Rondom emosie en emosionele ondersteuning, was daar enige hulp  
86 wat julle gekry het by die sentrum of het julle self hulp gesoek?
- 87 M1 Ek kan nou nie mooi onthou nie, daar was 'n vrou, 'n maatskaplike  
88 werker, wat uitgekom het of ons kon haar gaan sien of sy het 'n sessie  
89 met ons gehad, met my, want my man het maar gewerk die healtyd,  
90 sodat jy kon praat maar dit was nie... dit was een of twee sessies net  
91 na die die eerste inplanting of net voor die tweede inplanting, ek kan  
92 nou nie mooi onthou nie.