

Praktiese riglyne vir kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie: 'n beoordeling deur belanghebbendes

Mariëtte Botha, Berna Gerber, Anita van der Merwe en Juan Bornman

Mariëtte Botha, Berna Gerber, Anita van der Merwe en Juan Bornman,
Afdeling Spraak-, Taal- en Gehoorterapie, Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe,
Universiteit Stellenbosch

Opsomming

Spraak-taalterapeute moet kliënte uit verskillende taal- en kultuuragtergronde kan bedien. Nietemin toon navorsing dat die besonderse diverse taal- en kultuurkonteks van Suid-Afrika bepaalde uitdagings vir hierdie terapeute inhou. Hulle kort weldeurdagte strategieë en oplossings om in kruislinguistiese en -kulturele verband toeganklike, gesinsgesentreerde en gepaste vroeë kommunikasie-intervensie te kan bied. Vir dié doel het ons 'n dokument met riglyne vir kruislinguistiese en -kulturele (KLEK) vroeë kommunikasie-intervensie (VKI) opgestel ná uitgebreide navorsing en oorlegpleging met sowel spraak-taalterapeute as versorgers.

Hierdie artikel doen verslag oor die beoordeling van dié voorgestelde riglyndokument deur 41 belanghebbendes (spraak-taalterapeute), wie se kwantitatiewe en kwalitatiewe terugvoer deur middel van 'n aanlyn vraelys bekom is. Die agttienpuntvraelys is sorgvuldig opgestel om die gehalte van die voorgestelde riglyne wat betref die ontwikkeling, toepaslikheid en praktiese uitvoerbaarheid daarvan te beoordeel. Na aanleiding van die terapeute se terugvoer blyk die riglyne 'n nuttige en relevante bron van gehalte te wees wat spraak-taalterapeute saam met ander beskikbare plaaslike bronne in die lewering van KLEK VKI kan gebruik. Die meerderheid van die deelnemers sal ook die riglyndokument sonder enige verdere aanpassings by ander spraak-taalterapeute aanbeveel. Deelnemervoorstelle sluit in die gebruik van voorbeelde om sekere riglyne beter toe te lig en die uitbreiding van die teikengebruikergroep om ook ander aanvullende gesondheidsorgberoepes soos arbeids- en fisioterapeute en selfs opvoeders in te sluit.

Trefwoorde: beoordeling; kruislinguisties en -kultureel; praktiese riglyne; praktiese uitvoerbaarheid; relevansie; spraak-taalterapie; vroeë kommunikasie-intervensie

Abstract

Practical guidelines for cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention: an appraisal by stakeholders

In a linguistically and culturally diverse country like South Africa, cross-linguistic and cross-cultural (CLACC) early communication intervention (ECI) is a complex issue considering the heterogeneity of speech-language therapy clients. In contrast, the workforce of speech-language therapists (SLTs) is less heterogeneous. Trained SLTs are still mostly English- or Afrikaans-speaking white women and therefore do not represent the country's general demographics. As a result, many clients are unlikely to receive intervention in their home language, even though research shows that ECI delivery in the child's home language is ideal. SLTs need to make specific adjustments during assessment, in therapy planning and delivery, during interaction with the child and caregiver, and in the design of home programmes. However, they lack relevant and practical strategies and solutions to make these adjustments and provide accessible, family-centred, applicable ECI in a cross-linguistic and -cultural context. To address this need, we, as a guideline development group, developed a document with guidelines for cross-linguistic and -cultural (CLACC) early communication intervention (ECI) after extensive research and consulting with SLTs and caregivers. The guideline developers were three SLTs with clinical and research expertise of CLACC ECI and one nursing practitioner and researcher with specific expertise in the selected research methodology. The guideline document was developed by integrating three data sets, namely the findings of an international scoping review and an investigation into the experiences of South African SLTs and caregivers during CLACC ECI, respectively. In line with the recommendations of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the World Health Organization, the guideline document was based on existing frameworks. NICE's principles of guideline development were applied and adapted to provide structure to the planning and documentation of the guidelines and recommendations, whilst the AGREE II instrument (a tool for assessing guidelines for research and evaluation) guided the methodological strategy. Some examples of the guidelines include prioritising dignity and respecting language preferences, different cultures, convictions, and value systems; making innovative and situation-appropriate adaptations in communication; facilitating caregiver participation; and monitoring caregiver understanding. Each of the 14 guidelines includes between one and seven practical recommendations which SLTs can utilise to bring each of the guidelines into existence.

The research formed part of a larger multi-phase project to investigate and interpret the experiences of South African SLTs (as the providers) and caregivers (as the recipients) of CLACC ECI. This article reports on the main objective of the final phase of the multi-phase project, namely the assessment of the proposed guideline document by 41 stakeholders (SLTs) whose quantitative and qualitative feedback was obtained through an 18-point online questionnaire. A cross-sectional questionnaire design was used, which included closed questions answered on a five-point Likert scale, and open-ended questions that prompted participants to comment on and suggest changes to the proposed guideline document. Some examples of closed-ended questions included: Rate whether the overall purpose of the guidelines is specifically described; Rate whether the method for formulating the guidelines is clearly described; Rate the overall quality and feasibility of the guidelines. Some examples of open-ended questions included: Would you recommend the guidelines for use? If yes, what modifications, if any, would you suggest; Please provide any comments or feedback regarding

the quality and feasibility of the guidelines – indicate the number of the guideline and/or recommendation you are commenting on.

The results were integrated by presenting the quantitative findings first, followed by the qualitative findings in the form of participant quotes and themes developed from the qualitative data set. The quotes confirmed and explained the quantitative findings as set out by a narrative description. A list of the participants' comments and suggestions for possible adjustments to the guideline document was compiled, and the guideline development group decided whether or not the adjustments should be made.

We believe the participants viewed the document earnestly and made valuable contributions. Over 90% of participants consistently responded positively to the guideline document. Most participants either agreed or strongly agreed that the guidelines' overall objectives, population, target users and formulation method were clearly and specifically described. In addition, participants agreed that the group that developed the guideline document included individuals from relevant healthcare professions, that the guidelines were specific and unambiguous, applied to the South African context, and that there were no conflicts of interest in developing the guidelines.

Due to the relatively small sample size ($N = 41$), conclusions could not be made with certainty based on the quantitative responses, but they can nevertheless be considered indicative. The results of a Likert-type questionnaire, such as the AGREE-II, are also viewed cautiously because the responses are subjective and merely indicative of the participants' feelings, opinions or assessments. Qualitative data was also collected to support the quantitative findings. Ultimately, the data indicated that the guideline document can provisionally be considered a relevant, feasible document of high quality, which practising SLTs can utilise when providing CLACC ECI services. The participants also made valuable suggestions that can further increase the quality and implementation of the guidelines, many of which have already been included in the final version of the guideline document. These suggestions included using examples to illustrate specific guidelines better, expanding the target user group to include other complementary healthcare professions, such as occupational and physiotherapists and educators; and editing language that may confuse readers.

We recommend that experts in the field of guideline development, ECI research, and clinical CLACC ECI be invited to further assess the methodology of the guideline document as part of future research studies. A group of CLACC ECI experts may also be appointed to formally evaluate the content of the guidelines after they have been implemented in practice for a while. For example, the new AGREE-REX instrument could be used in addition to AGREE II to refine the implementation of the guideline document and make a valuable contribution to the implementation sciences in speech-language therapy. Future research could investigate the validity and reliability of the adapted version of the AGREE II instrument, as used in this study. Lastly, educators working with young children and their caregivers, as well as members of other complementary healthcare professions (other than SLTs) may be asked to review the guideline document to determine which of the guidelines may apply to those professions working in an early development context.

Keywords: assessment; cross-linguistic and cross-cultural; early communication intervention; practicability; practical guidelines; relevance; speech-language therapy

1. Inleiding

Spraak-taalterapeute (STT's) word deur hulle tersaaklike beroepsliggame aangemoedig om hulle in hulle plaaslike konteks te ondersoek, te dokumenteer en na te vors ten einde konteks-gepaste vroeë kommunikasie-intervensiepraktyke te beoefen en te ontwikkel (Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika 2019; Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2017). STT's moet daarna streef om kultuurveilige intervensies te lewer wat “die kliënt laat voel asof hul menswaardigheid, kulturele en sosiale waardes gerespekteer word” (Phillips 2007) – dit vereis kultuurbevoegdheid, -bewustheid en -sensitiwiteit. Voorts behoort “die bestuur, hulpbronne, werkswyses en waardes van die plek waar die kliënt ’n diens ontvang, die respekvolle hantering van die kliënt te demonstreer” (Phillips 2007).

In ’n taal- en kultuurdiverse land soos Suid-Afrika is kruislinguistiese en -kulturele (KLEK) vroeë kommunikasie-intervensie (VKI) ’n komplekse kwessie in die lig van die heterogeniteit van spraak-taalterapieklieënte. Daarteenoor is die STT-werksmag minder heterogeen: Opgeleide STT's is steeds meestal Engels- of Afrikaanssprekende wit vroue (Pillay, Tiwari, Kathard en Chikte 2020) en verteenwoordig dus nie die land se algemene demografie nie. As gevolg daarvan sal baie kliënte waarskynlik nie in hulle moedertaal intervensie ontvang nie, al is VKI-lewering in die versorger en kind se moedertaal die ideaal (Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2017). Om hierdie leemte te oorbrug, moet die STT bepaalde aanpassings maak gedurende evaluasie, in terapiebeplanning en -lewering, gedurende interaksie met die kind en versorger, en in die ontwerp van tuisprogramme.

Een van die beginsels van VKI is dat STT's hulle terapie op bewysgebaseerde praktyke moet skoei (McCurtin en Roddam 2012), wat die oorweging van die volgende drie aspekte insluit: (i) ewekniebeoordeelde navorsing in die spraak-taalterapiedisipline, (ii) terapeute se kliniese ervaring, en (iii) die kliënt se waardes, voorkeure en persepsies (Hidecker, Jones en Imigm 2009). Daar is wél verskeie internasionale bronne vir KLEK praktykvoering beskikbaar, waaronder Hyter en Salas-Provance (2023) se toonaangewende boek *Culturally Responsive Practices in Speech, Language and Hearing Sciences*, en die kontrolelyste en riglyne vir kultuurresponsiwiteit op die Amerikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging se webtuiste (2024). Daarbenewens doen ’n aantal internasionale navorsingstudies aanbevelings vir KLEK spraak-taalterapie uit die STT se oogpunt (Peltier 2011; Chiuri 2012; King, Desmarais, Lindsay, Piérart en Tétrault 2015; Maul 2015; Verdon, Mcleod en Wong 2015; Farrugia-Bernard 2016; Brassart, Prévost, Bétrisey, Lemieux en Desmarais 2017; Grandpierre, Nassrallah, Potter, Thomas en Sikora 2019). Nietemin is daar tot dusver slegs twee amptelike plaaslike riglyndokumente beskikbaar om Suid-Afrikaanse STT's in hulle kliniese besluitneming en ontwikkeling van kultuurresponsiewe praktyk by te staan – die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika (2019) se *Guidelines for practice in culturally and linguistically diverse South Africa*, en die Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging (2017) se *Practice Guidelines for Audiologists and Speech-Language Therapists in Early Communication Intervention*.

Die aanvulling van hierdie Suid-Afrikaanse bronne met ’n stel literatuurgegronde, geïntegreerde riglyne en praktiese aanbevelings vir KLEK VKI, wat deur Suid-Afrikaanse praktiserende STT's en hulle kliënte ontwikkel en deur STT's self beoordeel is, kan van kliniese waarde wees. Dit is ook nie net in Suid-Afrika wat daar ’n behoefte aan praktiese riglyne vir kultuurresponsiewe spraak-taalterapie bestaan nie: Dieselfde behoefte is al uitgewys in studies oor Indië, wat as een van die mees linguisties diverse lande ter wêreld beskou word (Niharika, Gukar Harshitha, Aishwarya en Suman 2023).

Die getal Suid-Afrikaanse studies oor versorgers en STT's se ervarings van KLEK VKI is betreklik beperk (Botha, Gerber en Van der Merwe 2024). 'n Moontlike rede hiervoor is dat hoewel STT's dalk bewus is van die belang van die kliënt se persepsie vir bewysgebaseerde praktyk, die kliënt se ervarings in die meeste gevalle nie gedurende VKI-beplanning en -uitvoering met kliniese besluitneming geïntegreer word nie (McCurtin en Carter 2014). Hierdie gebrek aan integrasie kan onder meer toegeskryf word aan die beperkte literatuur wat kliënte se ervarings van KLEK VKI ondersoek. Volgens STT's wat aan McCurtin en Carter (2014) se studie in Ierland deelgeneem het, neem hulle intervensiebesluite op grond van hulle kliniese ervaring van wat in die praktyk werk en wat nie, en nie noodwendig op grond van die bevindinge van empiriese navorsing nie. Dieselfde geld moontlik vir Suid-Afrikaanse STT's omdat navorsing oor STT's en hulle kliënte se ervarings van KLEK VKI grootliks ontbreek.

Benewens 'n skaarste aan navorsing, bestaan daar ook 'n leemte in die toepassing van bewysgebaseerde praktyke (Olswang en Prelock 2015). 'n Tekort aan onder andere tyd en vaardighede bemoeilik die implementering van bewysgebaseerde praktyke in spraak-, taal- en gehoortherapie (Metcalf, Lewin, Wisher, Perry, Bannigan en Moffett 2001; O'Connor en Pettigrew 2009; Tohidast, Ghelichi, Kamali, Ebadi, Shafaroodi, Shavaki, Mansuri en Azimi 2021). Probleme met die implementering van navorsingsbewyse kan ook ontstaan wanneer terapeute nie met voorgestelde riglyne vir kliniese besluitneming saamstem nie, of wanneer sodanige riglyne verouderd is of nie gebruikersvriendelik of prakties uitvoerbaar is nie (Adams, Chamberlain, Thorup, Grønkjær en Conroy 2023).

Kliniese riglyne is stellings (met inbegrip van aanbevelings) wat op navorsing berus en wat bedoel is om terapeute en kliënte se besluite oor toepaslike gesondheidsorg in bepaalde kliniese omstandighede te ondersteun (Instituut van Geneeskunde (VS) se Komitee oor Standaard vir die Ontwikkeling van Betroubare Kliniese Praktykriiglyne 2011). Om die gaping tussen navorsing en praktyk te oorbrug, behoort belanghebbendes by die ontwikkeling van riglyne betrek te word om sodoende die bruikbaarheid daarvan te verseker (Adams e.a. 2023). Belanghebbendes is alle gebruikers van die voorgestelde riglyne, waaronder terapeute, kliënte, versorgers en beleidmakers, wat oor hulle tevredenheid met, en die aanvaarbaarheid van, 'n intervensie uitgevra kan word (Olszewski en Rae 2021). Die insluiting van die opvattinge van diegene wat deur die riglyne geraak sal word, soos die STT en die versorger, word as noodsaaklik beskou (Nasionale Instituut vir Gesondheid- en Sorguitnemendheid 2014). Sodanige deelname en oorlegpleging verseker meer aanvaarbare, uitvoerbare en kultuurresponsiewe praktyke, wat weer gesondheidsorguitkomste kan verbeter (Gagliardi en Brouwers 2012; Petkovic, Riddle, Akl, Khabsa, Lytvyn, Atwere, Campbell, Chalkidou e.a. 2020). Dít was dan ook die doel in die samestelling van die praktiese riglyndokument vir KLEK VKI waarvoor hierdie navorsing handel.

2. Metodologie

2.1 Navorsingsdoelstelling en -ontwerp

Hierdie navorsing het deel uitgemaak van 'n groter multifaseprojek om STT's en versorgers se ervarings van KLEK VKI te ondersoek en te interpreteer. Die hoofdoel met hierdie fase van die projek was om belanghebbendes (STT's) die geleentheid te bied om die toepaslikheid, praktiese uitvoerbaarheid en gehalte van 'n stel voorgestelde riglyne vir KLEK VKI te beoordeel.

Die riglyne is ontwikkel op grond van die bevindinge van drie gepubliseerde navorsingstudies wat tussen 2021 en 2024 uitgevoer is (Botha, Gerber en Van der Merwe 2021; Botha en Gerber 2023; Botha e.a. 2024), naamlik 'n omvangsbepaling en twee Suid-Afrikaanse hermeneutiese fenomenologiese studies. Vir hierdie studie is 'n deursnee- vraelysontwerp gebruik om die navorsingsvraag te beantwoord, naamlik of 'n nuwe voorgestelde riglyndokument vir KLEK VKI in Suid-Afrika toepaslik, prakties uitvoerbaar en van 'n hoë gehalte is vir praktiserende STT's. Die geslote vrae, wat op 'n vyfpunt-Likert-skaal beantwoord is, is kwantitatief beoordeel, en die oop vraag oor kommentaar en voorstelle vir veranderinge is kwalitatief ontleed. Die bevindinge is vergelyk en geïntegreer om 'n omvattende beoordeling van die navorsingsvraag te bied.

2.2 Deelnemers

2.2.1 Deelnemerwerwing

Navorsingsgoedkeuring is van die Universiteit Stellenbosch se gesondheidsnavorsingsetiekkomitee verkry. 'n Veelvakkige benadering is gebruik om deelnemers vir die studie te werf. Eerstens is die vraelys aan die Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoervereniging (SASLHA) se navorsings- en opleidingskomitee voorgelê vir toestemming om dit onder STT's op die vereniging se databasis te versprei. Nadat die komitee ingestem het, het al 1 023 lede van die vereniging 'n e-posuitnodiging ontvang om aan die studie deel te neem. Tweedens is daar van sosiale media gebruik gemaak. Alle lede van die geslote professionele Facebook-groep vir Suid-Afrikaanse oudioloë en spraakterapeute is genooi om deel te neem, en 'n LinkedIn-advertensie is ook aan STT-lede gestuur. Derdens is e-posuitnodigings gestuur aan alle STT's in diens van die Wes-Kaapse gesondheidsdepartement en STT's in ons beroepsnetwerk. Die e-posse het 'n vorm vir ingeligte toestemming, 'n vorm vir biografiese inligting, die riglyndokument en 'n aanlyn vraelys bevat (sien Bylaag C).

Moontlike deelnemers is versoek om aan te dui of hulle aan die kriteria vir deelname voldoen. Deelnemers moes naamlik by die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika as STT's geregistreer wees, as terapeute, akademici of navorsers by privaat of staatsinstellings werk, en oor kliniese ervaring en/of ervaring van die uitvoering van navorsing op die gebied van KLEK VKI beskik. Slegs deelnemers wat aan die kriteria voldoen het, kon die vraelys beantwoord. Alle moontlike deelnemers is versoek om eers die vorms vir ingeligte toestemming en biografiese inligting te voltooi. Daarna is hulle gevra om die riglyndokument deur te lees en dit met behulp van die vraelys te beoordeel. Deelnemers het twee weke ontvang om die vraelys te voltooi en terug te stuur. As 'n vorm van sneeubalwerwing, is hulle ook gevra om die vraelys verder te versprei onder ander persone wat moontlik aan die keuringskriteria voldoen.

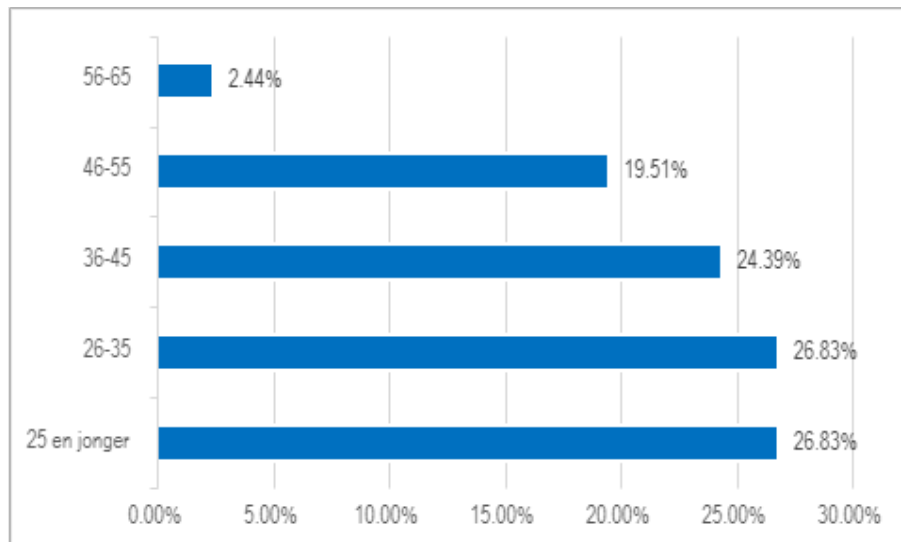
Die deelnemers het die vraelys anoniem voltooi, en 'n numeriese identifiseringskode is aan elke deelnemer toegeken. (Die kodes word in afdeling 3 vir die bespreking van deelnemers se kommentaar gebruik.)

2.2.2 Beskrywing van deelnemers

'n Beskrywing van die deelnemers volg deur afsonderlike uiteensettings van die deelnemerprofiel volgens ouderdom, kwalifikasies, provinsie en werkskonteks ($N = 41$).

Ouderdom

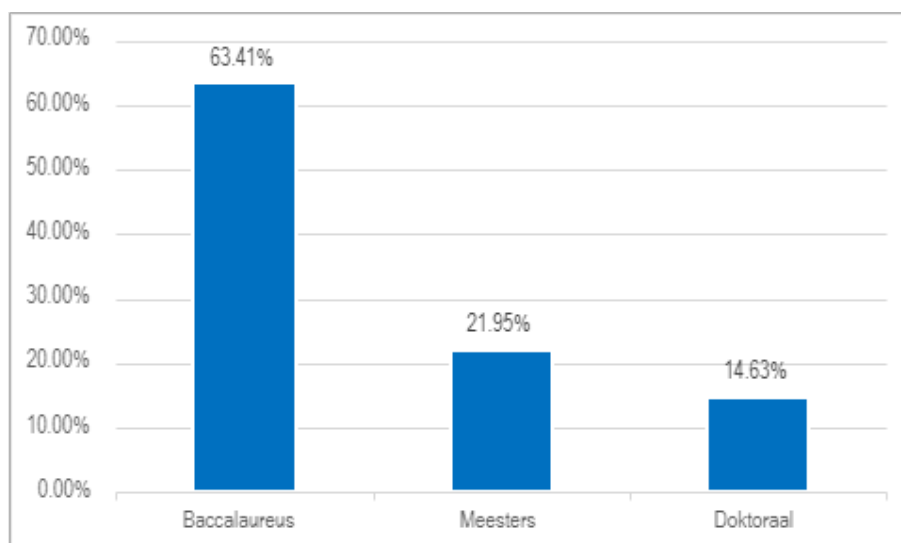
Net meer as die helfte van die deelnemers (53,66%) was jonger as 36, met 'n gelyke verdeling tussen diegene in die ouderdomskategorie 26–35 en diegene jonger as 25. Die spraak-taal-terapiekursus duur vier jaar, dus was die afleiding dat ongeveer die helfte van die deelnemers oor minder as 13 jaar ervaring in spraak-taalterapie beskik. Alle deelnemers het bevestig dat hulle ervaring het van KLEK VKI.



Figuur 1. Deelnemerprofiel volgens ouderdom

Kwalifikasies

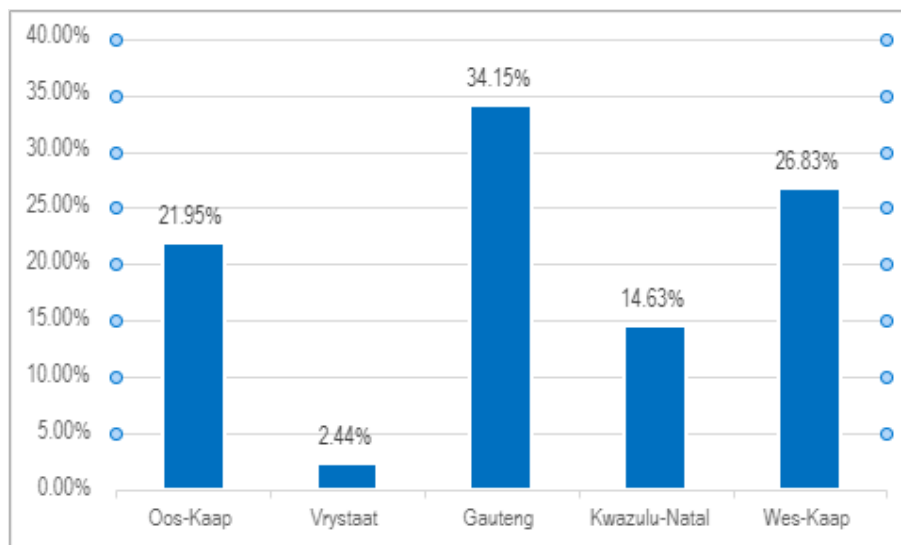
Die oorgrote meerderheid van die deelnemers (63,41%) het oor 'n baccalaureusgraad beskik, en net meer as 'n derde het 'n nagraadse kwalifikasie gehad – 22,95% 'n meestersgraad en 14,63% 'n doktorsgraad. Die studiedeelnemers was dus genoegsaam gekwalifiseer om relevante kommentaar te lewer.



Figuur 2. Deelnemerprofiel volgens kwalifikasies

Provinsie

Gauteng het die meeste STT's en spraak-taalterapeute en oudioloë (STT-STO's) in die land, gevolg deur die Wes-Kaap (Pillay e.a. 2020). Die meerderheid van die deelnemers (60,98%) was dan ook van hierdie twee provinsies. Die provinsie met die sesde meeste STT's en STT-STO's in die land is die Oos-Kaap (Pillay e.a. 2020), van waar die derde meeste deelnemers (21,95%) gekom het. KwaZulu-Natal, waar die derde meeste STT's en STT-STO's in Suid-Afrika gebaseer is (Pillay e.a. 2020), het die vierde meeste studiedeelnemers opgelewer (14,63%). Terapeute van die Vrystaat het 2,44% van die deelnemers uitgemaak. Daar was geen deelnemers uit Limpopo, Mpumalanga, Noordwes en die Noord-Kaap nie.



Figuur 3. Deelnemerprofiel volgens provinsie

Werkskonteks

Die deelnemers is ook versoek om aan te dui in watter omgewing(s) hulle KLEK VKI-dienste lewer of voorheen gelewer het. Meer as twee derdes (68,3%) van die deelnemers werk in die privaat gesondheidsorgsektor, en 41,48% in die openbare gesondheidsorgsektor. Dít strook met die literatuur wat aandui dat Suid-Afrikaanse STT's meestal in die privaat sektor praktiseer (Pillay e.a. 2020). Bykans die helfte van die deelnemers (48,79%) werk boonop in meer as een omgewing, byvoorbeeld by 'n openbare hospitaal/kliniek én by 'n universiteit. 'n Klein groep deelnemers (9,76%) het aangedui dat hulle uitsluitlik by 'n universiteit werk, en 14,64% is in 'n mate by 'n universiteit betrokke, wat moontlik 'n verklaring bied vir die redelike getal deelnemers met nagraadse kwalifikasies.

2.3 Datainsamelingsinstrument

2.3.1 Die riglyndokument

As die onderwerp van beoordeling, was die voorgestelde riglyndokument die fokus van interpretasie en nadenke vir die deelnemers en kan dus as deel van die datainsamelingsinstrument gesien word. Die riglyndokument is ontwikkel deur drie datastelle te integreer, naamlik die bevindinge van 'n omvangsbepaling (Botha, Gerber en Van der Merwe 2021) en van 'n ondersoek na die ervarings van onderskeidelik STT's (Botha en Gerber 2023) en versorgers

(Botha, Gerber en Van der Merwe 2024) gedurende KLEK VKI. Soos wat die Nasionale Instituut vir Gesondheid- en Sorguitnemendheid (NICE) (2014) en die Wêreldgesondheids-organisasie (2014) voorskryf, is die riglyndokument op bestaande raamwerke geskoei. Die riglynontwikkelingsbeginsels van die NICE-raamwerk (2014) is in 'n aangepaste vorm gebruik om die beplanning en dokumentering van die riglyndokument te struktureer, terwyl die AGREE II-instrument ('n instrument vir die beoordeling van riglyne vir navorsing en evaluering) (Brouwers e.a. 2017) die metodologiese strategie gerig het. Bylaag A bevat die riglyndokument, en 'n Afrikaanse vertaling daarvan verskyn in Bylaag B.

2.3.2 Deelnemervraelys

Die vraelys aan die hand waarvan deelnemers die riglyndokument moes beoordeel, is ontwikkel deur die AGREE II-instrument (Brouwers e.a. 2017) aan te pas. As 'n generiese instrument, kan die AGREE II-vraelys aangepas word om riglyne van verskillende dissiplines, waaronder spraaktaaltherapie, te beoordeel (Brouwers e.a. 2017).

AGREE II bestaan uit stellings wat deelnemers in staat stel om 'n stel riglyne op ses domeine te beoordeel, naamlik die omvang en doel van die riglyne, die betrokkenheid van belanghebbendes, die betroubaarheid van die ontwikkelingsproses, duidelikheid van aanbieding, toepaslikheid, en die onafhanklikheid van die samestellers. 'n Sewepunt-Likert-skaal word gebruik. Elke domein sluit een of meer geslote en een oop vraag in. Die oop vraag bied deelnemers die geleentheid om kommentaar te lewer of voorstelle ter verbetering van die riglyne te maak. In die laaste afdeling van die vraelys word deelnemers versoek om die algehele gehalte van die riglyne te beoordeel aan die hand van 'n skaal waar 7 die hoogste en 1 die laagste moontlike gehalte is. Daarna word deelnemers genooi om aan te dui of hulle die riglyne vir gebruik sal aanbeveel. Die instrument het sekere beperkings soos onduidelikheid oor hoe die laaste twee stellings (algehele beoordeling van die riglyndokument) uitgevoer moet word, dat dié stellings subjektief is en dat al die stellings tot 'n gelyke mate bydra tot die beoordeling van die riglyne (Hoffmann-Eßer, Siering, Neugebauer, Brockhaus, Lampert en Eikermann 2017).

Dit kan individue wat riglyne deur middel van die AGREE-II beoordeel, gemiddeld 90 minute neem (Dans en Dans 2010). Om die kognitiewe en tydseise wat aan deelnemers gestel word te verminder, is die oorspronklike AGREE II-instrument aangepas. Alle items wat met mediese sorg verband hou, of wat nie op hierdie studie van toepassing is nie, of wat deelnemerkundigheid op die terrein van navorsingsmetodologie vereis, is verwyder. Die oorspronklike sewepuntskaal is ook in 'n vyfpuntskaal omskep. Die aangepaste AGREE II-vraelys wat gebruik is, verskyn in Tabel 1 hier onder.

Tabel 1. Aangepaste AGREE II-vraelys

Nr.	Stelling/item	Beoordelingskaal
Domein 1 – Die omvang en doel van die riglyne		
1.	Die oorhoofse doelwitte van die riglyne word spesifiek beskryf.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
2.	Die populasie op wie hierdie riglyne van toepassing is, word spesifiek beskryf.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam

Nr.	Stelling/item	Beoordelingskaal
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die doel of teikenpopulasie van die riglyne?	
Domein 2 – Betrokkenheid van belanghebbendes		
3.	Die teikengebruikers van die riglyne word duidelik in die dokument omskryf.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
4.	Die groep wat die riglyndokument ontwikkel het, sluit individue van relevante mediese beroepe in.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die teiken-gebruikers van die riglyne of die beroepe van die persone wat die dokument ontwikkel het?	
Domein 3 – Betroubaarheid van die ontwikkelingsproses		
5.	Die metode wat gevolg is om die riglyne te formuleer word duidelik beskryf.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die metode wat in die ontwikkelingsproses gevolg is?	
Domein 4 – Duidelikheid van aanbieding		
6.	Die riglyne is spesifiek en ondubbelsinnig.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die duidelikheid van die aanbevelings? Dui asseblief die nommer aan van die aanbeveling waarop u kommentaar betrekking het.	
Domein 5 – Toepaslikheid		
7.	Die riglyne is relevant vir die Suid-Afrikaanse konteks.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die toepaslikheid van die aanbevelings? Dui asseblief die nommer aan van die aanbeveling waarop u kommentaar betrekking het.	
Domein 6 – Outeursonafhanklikheid		
8.	Die outeurs het verklaar dat daar geen belangebotsings is nie.	Likert-skaal: 1 = Verskil ten sterkste 5 = Stem volkome saam
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die outeursonafhanklikheid?	

Nr.	Stelling/item	Beoordelingskaal
Algehele riglynbeoordeling		
9.	Beoordeel die algehele gehalte en uitvoerbaarheid van die riglyne.	Likert-skaal: 1 = Hoogste moontlike gehalte 5 = Laagste moontlike gehalte
	Het u enige kommentaar of terugvoer oor die gehalte en uitvoerbaarheid van die riglyne? Dui asseblief die nommer aan van die riglyn en/of aanbeveling waarop u kommentaar betrekking het.	
10.	Ek sal die riglyne vir gebruik aanbeveel.	Ja Ja, met aanpassings Nee
	Indien u 'Nee' gekies het, verstrek asseblief die rede(s) daarvoor.	

2.4 Dataontleding

'n Statistikus het sowel beskrywende as inferensiële statistiese ontledings (Creswell en Clark 2018) gebruik. Die kwalitatiewe data is tematies ontleed (Braun en Clarke 2021).

Die resultate is geïntegreer deur eers die kwantitatiewe bevindinge aan te bied, gevolg deur die kwalitatiewe bevindinge in die vorm van aanhalings en diesulke temas uit die voltooide vraelyste. Deur middel van 'n narratiewe bespreking is daar aangetoon hoe die aanhalings die kwantitatiewe bevindinge bevestig en verduidelik. 'n Lys van die deelnemers se kommentaar en voorstelle oor moontlike aanpassings aan die riglyndokument is ook opgestel, en die riglynontwikkelingsgroep het besluit of die aanpassings aangebring moet word of nie.

3. Resultate en bespreking

In hierdie afdeling word die resultate van elke vraelysdomein én stellings 9 en 10 eers in tabelvorm voorgestel (statistiese ontleding). Daarna volg 'n vergelykende narratiewe bespreking (tematiese ontleding) van die deelnemers se kommentaar, wat onder die volgende drie temas ingedeel is:

- Positiewe opmerkings oor die nut en gehalte van die dokument (hierna "Positiewe opmerkings" ter wille van bondigheid)
- Die deelnemers se besinning oor die riglyndokument en die beoordelingsproses (hierna "Deelnemerbesinning")
- Voorstelle oor aanpassings aan die riglyndokument en oor die moontlike toekomstige gebruik van die riglyne (hierna "Voorstelle")

Ons begin met die resultate van stelling 9 en 10, wat deelnemers se algehele gevoel oor die riglyndokument getoets het, en beweeg daarna oor na die resultate van domein 1 tot 6. Laastens word die deelnemers se kommentaar in antwoord op die oop vrae per domein aangebied, tesame met die riglynontwikkelingsgroep se besluit daaroor.

3.1 Algehele riglynbeoordeling

3.1.1 Statistiese ontleding van stelling 9

Altesaam 95% van die deelnemers het die gehalte en praktiese uitvoerbaarheid van die riglyne positief beoordeel, en slegs 5% (twee deelnemers) was neutraal. Die p -waarde van minder as 0,01 dui op 'n waarskynlikheid van minder as 1% dat die verskil tussen die standaardafwyking en die neutrale opsie toevallig is. Die bevindinge is derhalwe statisties beduidend.

Een van die deelnemers met 'n neutrale respons het nie by enige domein kommentaar gelewer om hulle antwoord te verduidelik nie. Die ander diesulke deelnemer het kommentaar gelewer, tesame met vier van die deelnemers wat die riglyne as van 'n hoë gehalte beskou het.

3.1.2 Statistiese ontleding van stelling 10

Stelling 10 versoek die deelnemers om aan te dui of hulle die riglyne sal gebruik en aanbeveel. Sowat 88% ($n = 36$) van die deelnemers het aangedui dat hulle die riglyne sal aanbeveel, terwyl 12% ($n = 5$) sekere aanpassings versoek het. Vier van die deelnemers wat aanpassings voorgestel het, het spesifieke voorstelle oor moontlike aanpassings aan een of meer van die ses domeine gemaak. Hierdie bydraes word ingesluit in afdeling 3.3 tot 3.8 tesame met ander deelnemers se kommentaar op domein 1 tot 6 (stelling 1–8).

3.1.3 Tematiese ontleding van stelling 9

Die opmerkings van die vier deelnemers wat op stelling 9 (“Beoordeel die algehele gehalte en uitvoerbaarheid van die riglyne”) kommentaar gelewer het, is tematies ontleed. Die kommentaar het op die volgende twee tematiese gebiede geval.

Positiewe opmerkings

Die tema wat die sterkste na vore gekom het, was waardering oor die nut en gehalte van die riglyne. Een deelnemer (3194) het byvoorbeeld aangedui dat die riglyne van 'n hoë gehalte is en dat dit veral STT's in die openbare sektor, soos STT's wat gemeenskapsdiens verrig, sal baat. Die deelnemer het ook aangevoer dat die riglyne 'n nuttige bron vir veral universiteit-studente kan wees. Die waarde van die riglyne as hulpbron vir universiteitsopleiding kan ondersoek word deur in gesprek te tree met spraak-taalterapiedosente wat VKI onderrig.

Die volgende opmerking beklemtoon die moontlike waarde van die riglyne vir ander beroepslui wat vroeë intervensie lewer:

If we could use these guidelines for teachers or other allied health, I feel it could truly [sic] come to its full potential. It is valuable just to a broader/different audience. (D 3044)

Die riglyne is opgestel aan die hand van literatuur oor, en in samewerking met, STT's as verskaffers van vroeë intervensie. Om persone van ander gesondheidsorgberoepes en opvoeders by die teiken-gebruikergroep in te sluit, sal die riglyne dus in oorleg met lede van sodanige ander beroepe én aan die hand van literatuur oor hierdie persone as verskaffers van vroeë intervensie beoordeel en aangepas moet word.

Deelnemerbesinning

Die deelnemer wat neutraal was oor die gehalte en uitvoerbaarheid van die riglyne, het op grond van hulle ervaring van KLEK VKI die volgende kommentaar gelewer:

Although these guidelines can be seen as feasible, it just feels like it stands at the core of our profession (any ethical SLT/A should be well versed herewith), the relevance to this profession just feels a bit redundant. If we could use these guidelines for teachers or other allied health, I feel it could truly [sic] come to its full potential. It is valuable just to a broader/different audience. (D 3044)

Die deelnemer beskou dus die riglyne enersyds as prakties uitvoerbaar en nuttig, maar andersyds as oortollig vir die spraak-taalterapieberoep aangesien STT's wat tot etiese en kultuurresponsiewe praktykvoering verbind is reeds daarmee bekend moet wees. Die stelling "the relevance to this profession just feels a bit redundant" problematiseer dus die riglyne se relevansie vir die STT-beroep.

Die voorgestelde riglyne vir KLEK VKI strook met afdeling 5 (pligte teenoor pasiënte) van die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika se algemene etiekriiglyne vir die gesondheidsorgberoep (2021a:6–10) en is daarom relevant. Volgens die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika (2021b) het gesondheidsorgwerkers boonop 'n verantwoordelikheid om voortgesette beroepsontwikkeling te ondergaan – "to maintain and acquire new and updated levels of knowledge, skills and ethical attitudes that will be of measurable benefit in professional practice". Dit sou insluit dat STT's hulle kennis van KLEK VKI-praktykvoering moet opskerp en in stand hou deur nuwe riglyne en beleid te oorweeg. Ons reken dat die voorgestelde riglyndokument 'n sinvolle bydrae kan lewer tot die voortgesette beroepsontwikkeling en ondersteuning van STT's wat tot kultuurresponsiwiteit verbind is. Voorts redeneer ons dat dit veral van waarde is vir minder ervare STT's wat hoofsaaklik KLEK VKI moet lewer, soos STT's wat gemeenskapsdiens verrig, soos deelnemer 3194 ook hier bo aangedui het.

Volgens een deelnemer is die riglyne van 'n hoë gehalte en kan dit vir gebruik aanbeveel word, dog met sekere aanpassings. Op grond van hulle ervaring in die Wes-Kaapse openbare sektor het die deelnemer die volgende te sê gehad oor riglyn 7 ("Lei tolke op"):

Interpreters are not always readily available at primary healthcare level. Rehab care workers assist with interpretation but do not always have time to assist as they have different roles. General assistants usually assist with translation but at times the translation is not clear. (D 7290)

Dié opmerking strook met ander studies wat bevind het dat daar in Suid-Afrika én elders 'n tekort aan opgeleide tolke bestaan (Elkington en Talbot 2016; Guiberson en Atkins 2012). Volgens die kommunikasiedirektoraat van die Wes-Kaapse gesondheidsdepartement kan gesondheidsorgwerkers soos STT's aansoek doen om die gebruik van 'n ervare tolk by sekere hospitale en klinieke in die Wes-Kaap. Die tolkdienst word voorsien deur Folio Intertel (<https://www.folio-online.co.za/folio-intertel/>). STT's moet 'n motivering indien vir die gebruik van die diens, wat uit óf telefoniese óf persoonlike tolking in ál twaalf amptelike landstale bestaan.

Die aanbevelings van riglyn 7 strook met aanbevelings oor die gebruik van tolke in die spraak-taalterapieliteratuur (Langdon en Saenz 2016:85–7, 115–6) en is van toepassing op die ont-plooiing van ervare tolke soos dié van Folio Intertel óf minder ervare tolke soos algemene assistente. Nietemin is riglyne en aanbevelings op sigself nie genoeg nie; dit moet ondersteun word deur 'n gesondheidsorgstelsel wat oor die nodige hulpbronne, infrastruktuur en ondersteuningsnetwerke beskik.

3.2 Oorsig van statistiese ontleding van domein 1 tot 6 (stelling 1 tot 8)

Tabel 2 bied 'n geheelbeeld van die deelnemers se numeriese beoordeling van domein 1 tot 6 (stelling 1 tot 8) aan die hand van die Likert-skaal. Tersaaklike syfers uit die tabel word in afdeling 3.3 tot 3.8 herhaal waar die kwantitatiewe resultate van die onderskeie domeine saam met die kwalitatiewe data bespreek word.

Tabel 2. Deelnemerreaksies op domein 1 tot 6 (stelling 1 tot 8)

Domein	Stelling		Verskil ten sterkste	Verskil	Neutral	Stem saam	Stem volkome saam	Gemiddeld	Std.-afw.*	p-waarde
Domein 1	1. Die oorhoofse doelwitte van die riglyne word spesifiek beskryf.	Frekwensie	0	0	0	16	25	4,6	0,49	<0,01**
		%	0	0	0	39%	61%			
	2. Die populasie (kinders onder 3 jaar en hulle versorgers) op wie hierdie riglyne van toepassing is, word spesifiek beskryf.	Frekwensie	0	1	2	15	23	4,5	0,71	<0,01**
		%	0	2%	5%	37%	56%			
Domein 2	3. Die teikengebruikers van die riglyne word duidelik in die dokument omskryf.	Frekwensie	0	0	0	12	29	4,7	0,46	<0,01**
		%	0	0	0	29%	71%			
	4. Die groep wat die riglyndokument ontwikkel het, sluit individue van relevante mediese beroepe in.	Frekwensie	0	0	2	24	15	4,3	0,57	<0,01**
		%	0	0	5%	59%	36%			
Domein 3	5. Die metode wat gevolg is om die riglyne te formuleer word duidelik beskryf.	Frekwensie	0	1	2	15	23	4,5	0,71	<0,01**
		%	0	2%	5%	37%	56%			
Domein 4	6. Die riglyne is spesifiek en ondubbelsinnig.	Frekwensie	0	0	1	19	21	4,5	0,55	<0,01**
		%	0	0	2%	46%	51%			
Domein 5	7. Die riglyne is relevant vir die Suid-Afrikaanse konteks.	Frekwensie	0	0	1	18	22	4,5	0,55	<0,01**
		%	0	0	2%	44%	54%			
Domein 6	8. Die outeurs het verklaar dat daar geen belangebotsings is nie.	Frekwensie	0	1	3	15	22	4,4	0,74	<0,01**
		%	0	2%	7%	37%	54%			

* "Std.-afw." staan vir standaardafwyking.

** Statisties beduidend op die 1%-betekenispeil, 99%-vertrouensvlak ($p < 0,01$).

Volgens die nulhipotese is die gemiddelde responsgetal gelyk aan die neutrale opsie op die Likert-skaal (3); met ander woorde, daar is geen verskil tussen die gemiddelde en die neutrale opsie nie. Aangesien die p -waarde egter kleiner is as 0,01 word die nulhipotese in alle gevalle verwerp. Op 'n 1%-betekenispeil is die gemiddelde tellings vir ál die stellings beduidend hoër as 3, dus kan daar statisties afgelei word dat die deelnemers die riglyne in ál ses domeine positief beoordeel het. Die waarskynlikheid dat hulle positiewe reaksies toevallig is, is dus klein.

3.3 Domein 1: Die omvang en doel van die riglyne

3.3.1 Statistiese ontleding van stelling 1 en 2

Domein 1 het die oorhoofse doelwitte en die teikenpopulasie van die riglyne (persone wat by die riglyne sal baat vind, naamlik versorgers en gesinne van kinders onder driejarige ouderdom) ondersoek.

Soos Tabel 2 hier bo toon, het ál die deelnemers saamgestem dat die oorhoofse doelwitte van die riglyne spesifiek beskryf word (stelling 1), en 93% het gedink die teikenpopulasie word spesifiek beskryf (stelling 2). Een deelnemer het met stelling 2 verskil en twee was neutraal. Hierdie drie deelnemers het kommentaar gelewer om hulle antwoorde te verduidelik. Nege van die deelnemers wat met sowel stelling 1 as 2 saamgestem het, het ook voorstelle gemaak om die riglyndokument verder te verfyn. Die tematiese ontleding van hierdie kommentaar word hier onder beskryf.

3.3.2 Tematiese ontleding van stelling 1 en 2

Positiewe opmerkings

Twee deelnemers het in hulle kommentaar benadruk dat die doel en teikenpopulasie van die riglyne onderskeidelik duidelik en baie duidelik beskryf word.

Voorstelle

Een deelnemer wat met stelling 2 (“Die populasie op wie hierdie riglyne van toepassing is, word spesifiek beskryf”) verskil het, het die volgende aanbeveling gedoen:

Under the “aim” section (i.e. the first paragraph) where it is said: “This document describes... (ECI)” I would add after ECI “i.e. intervention with children aged 0 – 3 years” to make it very explicit from the beginning of the handout. (D 2958)

’n Ander deelnemer was neutraal teenoor stelling 2 en het die volgende voorgestel:

The target population could include “with communication developmental delay” or “communication difficulties” since ECI is not to all families with kids under three but rather kids with communication difficulties. (D 3376)

Die deelnemers se voorstelle hier lewer ’n waardevolle bydrae tot die riglyndokument, om twee redes. Eerstens is dit belangrik om die ouderdom van die kind wat gewoonlik by VKI betrokke is vroeg in die dokument reeds aan te dui om verwarring te voorkom. In Suid-Afrika én die res van die wêreld verwys VKI gewoonlik na die bewusmaking, voorkoming, assessering en behandeling

van spraak-taalprobleme by kinders tussen die ouderdom van 0 en 3 in samewerking met hulle versorgers (Amerikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2008; Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2017). Tweedens moet daar inderdaad aan die leser van die riglyne uitgewys word dat VKI spesifiek aangedui word vir kinders met 'n bevestigde of waarskynlike risiko vir kommunikasieagterstande of -afwykings (Rossetti 2001:3–6). Derhalwe is 'n duideliker definisie van VKI sowel as die teikenpopulasie op wie die riglyn van toepassing is nodig.

'n Deelnemer wat met albei stellings saamgestem het, het voorgestel dat 'n prent langs die teikenpopulasie-opskrif geplaas word wat die maksimum VKI-ouderdom van 3 jaar uitbeeld. Dit, meen die deelnemer, sal sorg dat lesers uit die staanspoor weet na watter ouderdomsgroep die riglyne verwys:

Perhaps also include a visual next to target population heading that reads < Age 3 to reinforce what the passage says. Just to make it more clear and concise. (D 8176)

Die huidige illustrasie in die riglyndokument is van 'n dogtertjie wat waarskynlik ouer as 3 jaar is. Die vervanging van die illustrasie om eerder 'n kind wat duidelik jonger as 3 is en 'n versorger uit te beeld, kan moontlike verwarring oor die teikenpopulasie uitskakel. 'n Byskrif tot die prent wat die woorde “Drie jaar en jonger” bevat, sal aangebring word.

Deelnemerbesinning

Een deelnemer was neutraal teenoor stelling 2. Daar is enersyds saamgestem dat die teikenpopulasie van die riglyne spesifiek beskryf word, maar andersyds is aangedui dat die riglyne lyk of dit op kinders van enige ouderdom van toepassing is en dus meer spesifiek op kinders jonger as 3 gerig moet word:

Could be more related to the very young child – seems general. (D2656)

Hierdie opmerking sluit aan by ander deelnemers se kommentaar en onderstreep die behoefte om die teikenpopulasie duideliker te omskryf. Hoewel die riglyne spesifiek vir kinders jonger as 3 ontwikkel is, kan sekere beginsels daarvan wél vir ouer kinders ook geld. STT's kan hulle eie kliniese oordeel gebruik om te bepaal watter riglyne en aanbevelings in sulke gevalle sal geld.

Een deelnemer was onseker of die riglyne ook van toepassing sal wees op kinders by wie kommunikasieprobleme later geïdentifiseer word, soos kinders met outisme.

I wonder if this would include ECI for Autistic children/special needs children who are not always receiving ECI within that age range. Is this for more or less neurotypically delayed children? (D 3022)

Die Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging se VKI-riglyndokument (2017) stel die ideaal dat VKI voor driejarige ouderdom 'n aanvang neem, maar Suid-Afrikaanse gesinne moet steeds die voordele van VKI kan benut selfs al word kommunikasieprobleme eers op 'n later ouderdom by hulle kinders geïdentifiseer. Die STT is daarvoor verantwoordelik om self te besluit en te onderskei watter riglyne van toepassing is op die spesifieke behoeftes van 'n versorger en 'n kind, ook byvoorbeeld 'n kind met outisme, of 'n kind met 'n ander diagnose wat tot kommunikasie-ontwikkelingsprobleme lei, of 'n kind by wie 'n kommunikasieprobleem eers ná driejarige ouderdom geïdentifiseer word. Aangesien geen diagnoses uitgesluit was van die

literatuur waarop die riglyne gegrond is nie, moet daar duidelik aangedui word dat die riglyne van toepassing is op alle afwykings wat by jong kinders tot kommunikasieprobleme lei, sowel as op versorgers met voorskoolse kinders by wie daar eers ná driejarige ouderdom 'n kommunikasieprobleem geïdentifiseer word.

Die gebruik van die term *kultuurbevoegdheid* is aangeroer deur 'n deelnemer deurdat hulle nadink oor kultuurbevoegdheid en kultuurnederigheid:

I thought the term cultural competence had changed to cultural humility. (D 689)

Die twee terme is nou verwant en is bekend vir interessante sienings hieroor. In beginsel is kultuurbevoegdheid 'n verwysing na die gedrag en ingesteldheid van professionele persone wat hulle in staat stel om doeltreffend in kruiskulturele omstandighede te praktiseer (Amerikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2020). Kultuurnederigheid is verwys egter na 'n lewenslange proses van selfbesinning waartydens die individu nie net van ander kulture leer nie, maar ook hulle eie kulturele identiteit en oortuigings ondersoek (Tervalon en Murray-Garcia 1998; Yeager en Bauer-Wu 2013).

Daarenteen is die term *kultuurbevoegdheid* in omstredenheid gehul as gevolg van die kritiek dat dit die “andersheid” van die kliënt se kultuur beklemtoon en sodoende die aandag aflei van die rol wat die diensverskaffer se eie kultuur gedurende KLEK interaksies speel (Curtis, Jones, Tipene-Leach, Walker, Loring, Paine en Reid 2019). Lekas, Pahl en Fuller-Lewis (2020) stel voor dat opleiding eerder op kultuurnederigheid as kultuurbevoegdheid behoort te konsentreer. Volgens hulle moet diensverskaffers daarteen waak om “bevoeg” te raak in die gebruike, waardes en oortuigings van kliënte van verskillende kulture; daarteenoor moet diensverskaffers eerder 'n posisie van nederigheid inneem en mag met die diensontvanger deel. Die vierde beginsel van die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika (2019) se riglyndokument vir praktykvoering in ons taal- en kultuurdiverse land sluit die gebruik van sowel kultuurbevoegdheid as -nederigheid in. Hoewel *kultuurbevoegdheid* 'n term is wat algemeen in spraak-taalterapieliteratuur gebruik word (Gerber en Visser 2022), is dit belangrik om oor die kritiek teen die term na te dink. Die insluiting van die term *kultuurnederigheid* by die riglyndokument tesame met 'n definisie daarvan is weliswaar nodig en kan STT's se bewustheid van die denkverskuiwing in dié verband bevorder en hulle kennis van kultuurnederigheid uitbrei.

'n Deelnemer het die belang van taalvaardigheid in komplekse werkomgewings onderstreep waar hulle oor riglyn 14 besin het:

I think that all speech therapists working in bilingual and multicultural settings should make effort to learn the language of the community being served, learn about traditional ceremony and customs and try to be fluent at the level of a child under three. (D7963)

Wat die aanleer van 'n nuwe taal dikwels ingewikkeld maak, is die dialekverskille tussen stede-linge en plattelanders en sprekers van verskillende provinsies, en sprekers se ouderdom word ook uitgelig:

Understanding the syntax of isiXhosa or isiZulu can assist in assessments that are based on prescriptive language instead of descriptive language. In this way the vernacular and linguist differences based on location of the client is also kept in mind. For example the difference in isiXhosa vocabulary in townships versus rural areas. Also for first

language isiXhosa speakers relocating from Western Cape to Eastern Cape there will be linguistic differences between the provinces. To also keep in mind age of primary caregiver as they will most likely speak more formal version of the child's language if they are over 40 years of age. Newer generations have more code switching and pigeon [sic] versions of African languages e.g luhlaza versus igreen. (D7963)

Om veral kwessies met dialek- en streeksverskille te oorbrug, kan die gebruik van 'n tolk en die volg van riglyn 7 ("Lei tolke op") steun bied aan STT's wat nie hulle kliënt se taal vlot kan praat nie. 'n Deelnemer wat in die privaat sektor werksaam is en ook betrokke is by 'n skool, het op grond van diésulke ervaring aangevoer dat KLEK VKI veral moeilik is in privaat praktyk. Daar is verskeie uitdagings wat STT's in beide die openbare en publieke sektor in die gesig staar, onder andere gebrekkige toegang tot opgeleide tolke (Botha en Gerber 2023), tekorte aan STT's (Pillay e.a. 2020) en tekorte aan konteksrelevante hulpbronne (Pascoe en Norman 2011).

3.4 Domein 2: Betrokkenheid van belanghebbendes

3.4.1 Statistiese ontleding van stelling 3 en 4

Hierdie domein het gekonsentreer op die omskrywing van die teikengebruikers van die riglyne (STT's) en die vraag of die riglynontwikkelingsgroep (STT's en 'n verpleegkundige) verteenwoordigend genoeg is om hulle met die teikengebruikers (STT's) te kan vereenselwig (Brouwers e.a. 2017).

Al die deelnemers het met stelling 3 saamgestem ("Die teikengebruikers van die riglyne – STT's wat KLEK VKI lewer – word duidelik omskryf"), en 95% het saamgestem dat die groep wat die riglyndokument ontwikkel het individue van relevante mediese beroepe insluit (stelling 4), naamlik een verpleegkundige met kundigheid in die spesifieke navorsingsmetodologie en drie STT's. Twee deelnemers was neutraal teenoor stelling 4, maar het nie enige kommentaar gelewer wat verdere lig op hulle antwoord kon werp nie. Drie deelnemers wat met albei stellings saamgestem het, het kommentaar gelewer, wat tematies ontleed is.

3.4.2 Tematiese ontleding van stelling 3 en 4

Deelnemerbesinning

Een deelnemer was onseker of die teikengebruikers slegs STT's is wat KLEK VKI lewer, of ander beroepslui ook. Die deelnemer het uitgewys dat indien ander beroepslui ook die riglyndokument kan gebruik, dít nie duidelik uit die dokument blyk nie. 'n Ander deelnemer het die teikengebruikerkwessie soos volg verwoord:

I believe that the guidelines would be relevant to all health care professionals who provide services to individuals from different cultural backgrounds to their own, not only SLTs. (D 4143)

Hierdie opmerking ondersteun die kommentaar onder die algehele riglynbeoordeling (3.1 hier bo), naamlik dat die teikengebruikers van die dokument uitgebrei kan word om ook ander beroepslui wat kruislinguisties en -kultureel praktiseer in te sluit. Oor die riglynontwikkelingsgroep het 'n deelnemer ook gesê dat 'n maatskaplike werker by die groep betrek kon geword het:

Perhaps a Social Worker could have been consulted in the development of the document, as this area falls within their scope of practice. (D 4143)

Dit is belangrik dat die ontwikkelingsgroep uit beroepslui bestaan wie se insigte oor KLEK VKI strook met die insigte van STT's wat KLEK VKI-dienste lewer (die teikengebruikergroep) (Brouwers e.a. 2017). Indien die gebruikers van die riglyndokument maatskaplike werkers ingesluit het, sou dit voordelig gewees het om hulle by die riglynontwikkelingsproses te betrek.

Voorstelle

Een deelnemer het voorgestel dat bewaarskoolopvoeders van dieselfde kultuur as die jong kinders by hulle skole ingesluit word as belanghebbendes wat tot die riglyne kan bydra:

Perhaps input from professionals familiar with working with this multilingual population, such as culturally-similar crèche teachers could provide insight into the culture-specific concerns, such as about communication with those who are younger vs caregivers, etc. (D 3081)

Hierdie kommentaar vergroot die net van moontlike gebruikers en opper die moontlikheid om die riglyne in die toekoms deur persone uit 'n verskeidenheid taal- en kultuurgroepe, soos bewaarskoolopvoeders en ander aanvullende gesondheidsorgberoepslui, te laat beoordeel. In daardie geval moet die ontwikkelingsgroep, soos Brouwers en kollegas (2017) aanbeveel, ook lede van die betrokke beroepe insluit. Soos ons hier bo genoem het, is die riglyne egter gegrond op literatuur oor STT's, wat verklaar waarom dit nie deur belanghebbendes soos bewaarskoolopvoeders of lede van ander aanvullende gesondheidsorgberoepe beoordeel is nie. Die voorstel kan oorweeg word wanneer literatuur oor KLEK vroeë intervensie op ander gesondheidsorgterreine geraadpleeg en beoordeel word. Tot dan het die ontwikkelingsgroep besluit om die teikengebruikers van die KLEK VKI-riglyndokument onveranderd te laat.

3.5 Domein 3: Betroubaarheid van die ontwikkelingsproses

3.5.1 Statistiese ontleding van stelling 5

Domein 3 het net uit een stelling bestaan, naamlik “Die metode wat gevolg is om die riglyne te formuleer word duidelik beskryf” (stelling 5). Die metode verwys naamlik na die proses wat die ontwikkelingsgroep gevolg het om navorsingsbewyse te versamel en die riglyne te formuleer (Brouwers e.a. 2017).

Altesaam 93% van die deelnemers het saamgestem dat die metode wat gevolg is duidelik beskryf word, terwyl een deelnemer verskil het en twee 'n neutrale reaksie aangedui het. Hierdie deelnemers het egter nie enige aanmerkings in die kommentaargedeele gelaat nie. Een deelnemer wat met die stelling saamgestem het, het egter kommentaar gelewer.

3.5.2 Tematiese ontleding van stelling 5

Deelnemerbesinning

'n Riglyndokument moet besonderhede insluit van die strategie wat gevolg is om onderliggende navorsingsbewyse vir die riglyne te versamel, waaronder die soekwoorde, databasisse, bronne en taal- en datumbepelings wat vir die soektog gebruik is (Brouwers e.a. 2017).

Hierdie besonderhede maak wél deel uit van die eerste datastel wat in die KLEK VKI-riglyndokument aangehaal word, naamlik die artikel deur Botha, Gerber en Van der Merwe (2021). Een deelnemer het egter vroeë gevra soos:

Was there any criteria for recommendations to be included? Or was everything compiled into 1 document? Were any recommendations excluded from the guideline? (D 3001)

Hierdie vroeë illustreer dalk dat bykomende inligting oor die ontwikkelingsproses van die riglyndokument waardevol kan wees. Bykomende inligting oor die ontwikkelingsproses verskyn tans in die eerste outeur se ongepubliseerde PhD-proefskrif. Die riglynontwikkelingsgroep het dus besluit dat hierdie bykomende inligting in die vorm van 'n bylaag by die riglyndokument voorsien sal word aan STT's wat dit versoek. Die hiperskakels na die drie artikels waarop die riglyndokument berus, sal ook ingesluit word om te sorg dat aanlyn gebruikers maklike, direkte toegang tot hierdie drie bronne het.

3.6 Domein 4: Duidelikheid van aanbieding

3.6.1 Statistiese ontleding van stelling 6

Die enkele stelling van hierdie domein, "Die riglyne is spesifiek en ondubbelsinnig", het die taal, struktuur en formaat van die riglyne ondersoek.

Volgens Brouwers en kollegas (2017) behoort riglyne in 'n riglyndokument maklik identifiseerbaar te wees. Die Instituut van Geneeskunde (VS) se Komitee oor Standaarde vir die Ontwikkeling van Betroubare Kliniese Praktysiglyne (2011) wys voorts daarop dat riglyne ondubbelsinnig moet wees.

Die oorgrote meerderheid van die deelnemers (97%) het met die stelling saamgestem en vyf van hulle het kommentaar gelewer. Een deelnemer het neutraal gereageer, maar nie enige kommentaar gelewer of voorstelle gemaak nie.

3.6.2 Tematiese ontleding van stelling 6

Positiewe opmerkings

Twee deelnemers het die duidelikheid van die aanbieding gekomplimenteer deur die dokument as maklik leesbaar, oorsigtelik, kompak, goed beskryf, en esteties aangenaam te bestempel (D 8090 en 3022).

Voorstelle

Een deelnemer het 'n voorstel oor die bladoriëntasie van die riglyne gemaak en aangedui dat die dokument dalk te teks-dig is en dat:

maybe a longer more spaced doc with portrait orientation would help. (D 689)

Diesulke voorstelle kan in heroorweging neem word wanneer 'n druk/publikasie-vriendelike weergawe ontwerp word.

Wat die taal van die dokument betref, het 'n deelnemer voorgestel dat die gebruik van idiomatiese uitdrukkings vermy word:

In the interests of clarity, try to avoid English idiomatic expressions that may be difficult to understand by those who don't have English as their first language, instead of "by the book" [aanbeveling 9.2] say "in the same way". There may be other uses of idiomatic language – that one just jumped out at me. (D 931)

Engels-tweedetaalsprekers kan met idiomatiese uitdrukkings in Engels sukkel as gevolg van die arbitrêre en nie-letterlike aard daarvan (Al-Khawaldeh, Jaradat, Al-Momani en Bani-Khair 2016; Aljabri 2024). Aanbeveling 9.2 waarna die deelnemer verwys, is in daardie presiese woorde uitgedruk deur 'n Oos-Kaapse STT in die tweede navorsingsartikel waarop die riglynontwikkeling geskoei is (Botha en Gerber 2023) en is gevolglik net so as 'n aanhaling by die riglyndokument ingesluit. Die gebruik van direkte aanhalings is 'n manier om die betroubaarheid van data te verhoog (Howe, Verdon, Easton en Geiger 2019:114). Nogtans is dit ter wille van diegene wat nie Engels-eerstetaal sprekers is nie, waarskynlik nodig om hierdie voorstel te implementeer en dus aanbeveling 9.2 in eenvoudiger taal te skryf.

'n Ander deelnemer het spesifieke kommentaar gelewer op aanbevelings 1.6, 8.1 en 10.3:

Aanbeveling 1.6 ("Verhoed dat die versorger aanstoot neem wanneer daar oor kulturele gebruike gepraat word deur beleefd, taktvol en versigtig te kommunikeer")

I would elaborate more upon the point 1.6 by giving an example "such as being aware and following cultural norms around eye contact". This will highlight to individuals that they need to be aware of what is respectful within the caretaker's culture and not just their own. (D 2958)

Wat hierdie aanbeveling betref, het die riglynontwikkelingsgroep konsensus bereik dat hoewel verskillende persone weliswaar verskillende gebruike en voorkeure ten opsigte van oogkontak het (Isaac 2002), 'n omsigtigheid eerder enige moontlike stereotipering wat die deelnemer se voorgestelde voorbeeld kan veroorsaak, te vermy. Daar is wel besluit om die aanbeveling toe te lig met 'n verwysing na verbale en nie-verbale kommunikasie. Dit is aanvaar dat vaardighede in verbale en nie-verbale kommunikasie noodsaaklik is om doeltreffend met persone van verskillende kultuur- en etniese agtergronde te kommunikeer (Ting-Toomey en Dorjee 2019:230).

Aanbeveling 8.1 (“Gebruik dinamiese assessering”)

I would also elaborate in section 8. Use dynamic assessment methods and criterion referenced assessment tools. I would mention the use of caretakers (if possible) taking videos of the child in their home environment as an information gathering tool specifically. (D 2958)

Die deelnemer was die enigste persoon wat “criterion referenced assessment tools” as nog ’n vorm van assessering voorgestel het. Omdat hierdie voorstel nêrens genoem is in die literatuur waarop die riglyne gegrond is óf deur enige ander deelnemers geopper is nie, het die riglynontwikkelingsgroep besluit om tans nie hierdie aanbeveling te inkorporeer nie. Dit is egter moontlik dat diesulke voorstel in toekomstige riglynontwikkelingsprotokolle oorweeg kan word.

Die voorstel oor video’s sal egter as ’n voorbeeld van ’n dinamiese assesseringsmetode ingesluit word aangesien daar bewyse bestaan dat dit ’n nuttige instrument kan wees om inligting oor kinders se kommunikasievaardighede in hulle natuurlike omgewing in te win (Beta, Polzin, Vuliva, Wu en Lüdtke 2023; Farrugia 2022). Selfone plaas deesdae video-opneemtegnologie binne die meeste mense se bereik. Die voorstel sal dus betreklik maklik en haalbaar wees om te implementeer.

Aanbeveling 10.3 (“Doen voorspraak vir aanpassings in kurrikulums vir vroeë kommunikasie-intervensie, veral ten opsigte van samewerking met versorgers om te sorg dat terapie-doelwitte suksesvol na die kind se tuisomgewing oorgedra word”)

I would add home “and school” environment, as some of these children may be at creches or playgroups. (D 2958)

Aanbeveling 10.3 is bespreek in die tweede navorsingsartikel wat die riglynontwikkelingsproses onderlê (Botha en Gerber 2023). ’n STT wat aan Botha en Gerber se studie deelgeneem het, het voorgestel dat die universiteitskurrikulum STT’s se vaardighede ontwikkel om versorgers by terapie te betrek. Dit was na aanleiding van die terapeut se waarneming dat sommige versorgers geneig is om buite die terapiesessie te wag terwyl die STT met die kind werk. Versorgerbetrokkenheid versterk die moontlikheid dat terapie-doelwitte na die kind se natuurlike omgewing, wat sowel die tuisomgewing as die skool insluit (Kaiser en Roberts 2011), oorgedra sal word. Dus het die riglynontwikkelingsgroep besluit om die woorde “en skool” by aanbeveling 10.3 in te sluit.

3.7 Domein 5: Toepaslikheid

3.7.1 Statistiese ontleding van stelling 7

Domein 5 het slegs een stelling bevat, naamlik die “riglyne is relevant vir die Suid-Afrikaanse konteks”, en 98% van die deelnemers het hiermee saamgestem. Een deelnemer was neutraal, maar het nie terugvoer gebied om dié keuse te motiveer nie. Vier van die deelnemers wat met die stelling saamgestem het, het wel kommentaar gelever.

3.7.2 Tematiese ontleding van stelling 7

Positiewe opmerkings

Twee deelnemers het positiewe terugvoer gemaak oor die toepaslikheid van die riglyne. Een het genoem dat die riglyne maklik is om jou mee te vereenselwig en om te volg, terwyl die ander een die volgende te sê gehad het:

I wish a guideline like this was present when I was a student. It is much needed. (D 3001)

Dit strook met vorige deelnemerkommentaar, naamlik dat die riglyne veral waardevol kan wees vir jonger, minder ervare STT's.

Deelnemerbesinning

Een deelnemer het die volgende kommentaar gelewer:

I think in EI we can typically make the effort as practitioners to conduct therapy interactions in the child's first language, although coaching the caregiver may still take place in English or a common language. The child populations we see are often minimally verbal – we can treat in their first language. (D 689)

Die deelnemer se opmerking is 'n goeie voorbeeld van hoe STT's riglyn 14 ("Doen moeite om jou eie kennis van kulturele gebruike en tale uit te brei – wees kultuurbevoeg") kan verwesenlik. Nietemin moet hierdie praktyk nie as die ideaal beskou word nie: Die ideaal is steeds dat 'n kind VKI-sessies in hulle moedertaal ontvang (Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2017). Tolke is egter nie altyd beskikbaar nie (Hagan, Hunt, Kilian, Chiliza en Swartz 2020) en daarom kan 'n STT in bepaalde omstandighede met die kind in hulle moedertaal probeer kommunikeer, veral by kinders met beperkte ekspressiewe taal wat dikwels deur die gebruik van prentsimbole of gebare aangevul word (Andzik en LaMarca 2024).

Een deelnemer (3194) het aangevoer dat hoewel STT's baie van die aanbevelings in die riglyndokument instinktief in KLEK VKI volg (op grond van hulle kliniese ervaring), ander aspekte nie altyd so voor die hand liggend is nie en besinning verg. Dit sluit in om die versorger se toestemming te vra om 'n tolk te gebruik (riglyn 7) en oorlegpleging met ander belanghebbendes (riglyn 12). Hierdie kommentaar verklaar dalk ook waarom deelnemers gevoel het dat jonger terapeute en studente, wat nog nie op kliniese ervaring kan staatmaak nie, veral by die riglyne sal baat vind. Voorts dui dit daarop dat die dokument riglyne insluit waarvan STT's nie noodwendig altyd bewus is nie en wat hulle nie altyd spontaan gebruik of selfs onthou nie. Dit weerspreek deelnemer 3044 se gevoel dat die riglyne oortollig is (sien 3.1 hier bo).

Wat die toepaslikheid van aanbeveling 9.1 ("Bied verskeie geleenthede vir assessering in verskillende omgewings, soos by die huis, praktyk, kliniek of skool, waar dit moontlik is") in die besonder betref, het een deelnemer die volgende gesê:

Seeing your patient in their "natural" environment (home and school) is not always easy in the public sector as you are under time constraint and dealing with a LARGE caseload. This will be ideal to see your patient in entirety and it will provide large chunks of information when reflecting on the ICF but unfortunately it is most of the time an unrealistic expectation. (D 3194)

Aanbeveling 9.1 kom uit die eerste navorsingsartikel wat die riglynontwikkelingsproses onderlê (Botha, Gerber en Van der Merwe 2021). Hierdie artikel het ál die verskillende bestaande strategieë vir KLEK pediatriese spraak-taalterapie op grond van die literatuur beskryf. In teenstelling met die voorstelle in die tweede navorsingsartikel (Botha en Gerber 2023), is aanbeveling 9.1 dus nie spesifiek deur Suid-Afrikaanse STT's in die openbare gesondheidsorgstelsel voorgestel nie. Suid-Afrikaanse STT's het inderdaad swaar werkslading (Warden, Mayers en Kathard 2008), wat moontlik geleenthede vir tuis- en skoolbesoeke beperk. Lang afstande en hoë

reiskoste kan verdere uitdagings vir tuis- of skoolgebaseerde dienslewering wees. Waar STT's egter wél tyd en toegang tot hulle kliënte se huise of skole het (in hetsy die privaat of openbare diensleweringkonteks), kan aanbeveling 9.2 steeds van waarde wees. Een van die beginsels van VKI is dat die STT alle geleenthede moet benut om 'n stimulerende natuurlike omgewing vir die kind te help skep (Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging 2017). Soos wat aanbeveling 9.1 ook aandui, is tuis- en skoolbesoeke nie in alle omstandighede moontlik nie, maar waar dit is, kan sulke besoeke gebruik word om so 'n stimulerende omgewing te bewerkstellig (Henwood, Channon, Penny, Robling en Waters 2020) sowel as die STT en versorger se vennootskap te bevorder (Verdon, Wong en Mcleod 2016). Daarom het die ontwikkelingsgroep besluit om aanbeveling 9.1 onveranderd te laat. Trouens, deelnemer 2958 se voorstel by riglyn 8.1 (sien 3.6 hier bo), naamlik om versorgers te nooi om selfoonvideo's van die kind se kommunikasie in hulle natuurlike omgewing op te neem, kan STT's se uitdagings met beperkte toegang tot die kind se natuurlike omgewing help oorkom.

3.8 Domein 6: Outeursonafhanklikheid

3.8.1 Statistiese ontleding van stelling 8

Ten slotte het domein 6 deelnemers se mening oor die stelling “Die outeurs het verklaar dat daar geen belangebotsings is nie” ondersoek. Ofskoon 91% van die deelnemers saamgestem het dat die outeurs verklaar het dat daar geen belangebotsings met die finansiers van die navorsing bestaan nie, het een deelnemer verskil en was drie neutraal. Laasgenoemde vier het egter nie verduidelikende kommentaar gelewer nie.

Instansies soos beroepsverenigings of welwillendheidsorganisasies verleen gereeld finansiële bystand vir die ontwikkeling van riglyne en enige moontlike invloed van hierdie instansies op sodanige riglyne moet verklaar word (Brouwers e.a. 2017). Die verklaring van belangebotsings is belangrik: Sodoende kan moontlike finansiersvooroordele ondersoek word, wat deursigtigheid bevorder (Napierala, Schuster, Gehrke-Beck en Heintze 2023). Die KLEK VKI-riglyndokument verklaar dat die studie deur twee instansies gefinansier word, naamlik die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns, en die Universiteit Stellenbosch se nagraadse beurskantoor. Die finansiering is toegeken aan die groter doktorale navorsingsprojek waarvan hierdie studie een fase uitmaak. Die verklaring stel dit duidelik dat die finansiers se sienings geen invloed op die inhoud van die riglyne gehad het nie. Slegs een deelnemer wat met die stelling saamgestem het, het kommentaar gelewer.

3.8.2 Tematiese ontleding van stelling 8

Deelnemerbesinning

Een deelnemer was die enigste met kommentaar op die domein van outeursonafhanklikheid:

I think perhaps a greater focus on the communities and settings families function in would be beneficial. (D 689)

Nietemin verwys dié kommentaar oor die moontlike voordele van 'n sterker klem op die gemeenskappe en omgewings waarin gesinne funksioneer, eerder na die riglyndokument in die algemeen en nie na outeursonafhanklikheid in die besonder nie.

Buiten aanbeveling 14.2, wat STT's aanmoedig om "aan kulturele geleenthede of byeenkomste" in verskillende gemeenskappe deel te neem om sodoende hulle kennis van verskillende kulture uit te brei, het die bestudeerde literatuur geen ander aanbevelings oor die gemeenskap- en gesinskonteks bevat nie. Albei hierdie kontekste is van belang om jong kinders aan geleenthede vir leer en ontwikkeling bloot te stel (Dunst, Hamby, Trivette, Raab en Bruder 2000; Balton, Uys en Alant 2019). Die riglynontwikkelingsgroep stem saam dat, indien dit beskikbaar was, méér aanbevelings hieroor baie waarde sou toegevoeg het tot die KLEK VKI-riglyne.

Wat die verklaring van outeursafhanklikheid betref, is geen veranderinge egter nodig nie.

3.9 Samevatting van die bevindinge

Die bevindinge kan soos volg saamgevat word:

- *Algehele gehalte van die riglyne:* Die meeste deelnemers het die gehalte en praktiese uitvoerbaarheid van die riglyne in 'n positiewe lig beskou – 68% het gesê dit is van 'n hoë gehalte en 27% van die hoogste moontlike gehalte.
- *Aanbeveling van die riglyne:* Al die deelnemers sal die riglyne by ander belanghebbendes aanbeveel – 88% sonder enige aanpassings, en 12% nadat sekere aanpassings gemaak is.
- *Domein 1:* Al die deelnemers het saamgestem dat die oorhoofse doelwitte van die riglyne spesifiek beskryf word (stelling 1), en 93% het genoem dat die teikenpopulasie spesifiek beskryf word (stelling 2). Voorstelle het hoofsaaklik gehandel oor die verheldering van die term *vroeë kommunikasie-intervensie*, en een deelnemer het kommentaar gelewer op die gebruik van die term *kultuurbevoegdheid* eerder as *kultuurnederigheid*.
- *Domein 2:* Al die deelnemers het met stelling 3 saamgestem ("Die teikengebruikers van die riglyne – STT's wat KLEK VKI lewer – word duidelik omskryf"), en 95% het saamgestem dat die groep wat die riglyndokument ontwikkel het individue van relevante mediese beroepe insluit (stelling 4). Kommentaar het op die moontlike uitbreiding van die teikengebruikers na ander aanvullende gesondheidsorgberoepe gekonsentreer. Voorstelle vir die toekoms is ook gemaak, soos om ook ander persone wat by jong kinders se lewens betrokke is, vir hulle kommentaar te nader, waaronder bewaarskoolopvoeders.
- *Domein 3:* Die meerderheid van die deelnemers (93%) het saamgestem dat die metode wat gevolg is om die riglyne te formuleer duidelik beskryf word. Slegs een deelnemer het in die kommentaargedeele vrae gevra oor die metode vir die in- en uitsluiting van aanbevelings.
- *Domein 4:* Die meeste deelnemers (97%) het saamgestem dat die riglyndokument duidelik aangebied word wat taal, struktuur en formaat betref. Voorstelle het gehandel oor 'n moontlike aanpassing aan die uitleg en spasiëring van die dokument, die vermyding van idiomatiese taalgebruik en die gebruik van voorbeelde om twee van die aanbevelings beter te verduidelik.
- *Domein 5:* Amper alle deelnemers (98%) het saamgestem dat die riglyne relevant is vir die Suid-Afrikaanse konteks. Wat die aanbeveling oor assessering in die tuisomgewing betref, het een deelnemer uitgewys dat hoewel dit ideaal sou wees om kinders in hulle tuisomgewing te sien, dit nie altyd moontlik is vir STT's in die Suid-Afrikaanse openbare sektor nie weens hulle swaar werkklas en gebrek aan tyd.

- *Domein 6:* Die meeste van die deelnemers (91%) het saamgestem dat die outeurs verklaar het dat daar geen belangebotsings met die finansiers van die navorsing is nie. Daar was geen kommentaar of voorstelle wat op hierdie domein betrekking gehad het nie.

Tabel 3 hier onder bied 'n samevatting van die deelnemers se kommentaar en die riglyn-ontwikkelingsgroep se besluite daaroor.

Tabel 3. Deelnemervoorstelle en -kommentaar en besluite daaroor

Domein	Deelnemerkommentaar	Ontwikkelingsgroep se besluit
1	• Dui vroeg in die dokument aan op watter ouderdomsgroep VKI betrekking het, en bied 'n duideliker definisie van VKI. • Stel dit duidelik dat VKI gerig is op kinders met 'n bevestigde of waarskynlike risiko vir kommunikasieprobleme. • Stel dit duidelik dat die riglyne van toepassing is op alle afwykings wat by jong kinders tot kommunikasieprobleme lei én op die versorgers van voorskoolse kinders by wie kommunikasieprobleme eers ná driejarige ouderdom geïdentifiseer word.	Sal aangebring word. Die definisie van VKI sal uitgebrei word deur die terme <i>bewusmaking</i> , <i>voorkoming</i> en <i>assessering</i> en <i>behandeling</i> in te sluit.
	• Verander die illustrasie wat tans langs die teikengebruiker-opskrif in die riglyndokument verskyn na 'n kind wat duidelik jonger is as 3. Die huidige illustrasie is van 'n kind wat waarskynlik ouer is.	Sal aangebring word. Die woorde “3 jaar en jonger” sal ook langs die illustrasie aangebring word.
	• Brei die bewoording van riglyn 14 uit om te lui: “Streef daarna om kultuurbevoegdheid te verwerf, en wees kultuurnederig.”	Sal aangebring word. 'n Definisie van kultuurnederigheid sal ingesluit word.
2	• Laat die riglyndokument verder beoordeel word deur persone met insig in die taal en kultuur van jong kinders en hulle versorgers, soos bewaarskoolopvoeders van dieselfde kultuur as die kinders en versorgers.	Geen veranderinge sal in dié stadium aan die teikengebruikers aangebring word nie.
	• Brei teikengebruikers van die dokument uit om ook ander aanvullende gesondheidsorgberoepes in te sluit.	
3	• Voorsien bykomende inligting oor die ontwikkelingsproses wat gevolg is.	Sal aangebring word. 'n Bylaag by die riglyndokument sal voorsien word aan STT's wat dit versoek. Hiperskakels sal ingesluit word vir vinnige toegang tot die drie artikels waarop die riglyne geskoei is.

Domein	Deelnemerkommentaar	Ontwikkelingsgroep se besluit
4	Oorweeg verandering in bladoriëntasie en spasiëring in die riglyndokument.	Kan in herooring neem word wanneer 'n druk/publikasie-vriendelike weergawe ontwerp word.
	Verminder idiomatiese uitdrukkings en gebruik eenvoudiger taal (in die besonder by aanbeveling 9.2).	Sal aangebring word.
	Sluit 'n voorbeeld in om aanbeveling 1.6 te verduidelik, byvoorbeeld inagneming van voorkeure en gebruike ten opsigte van oogkontak.	Die spesifieke voorbeeld van oogkontak sal nie in hierdie stadium aangebring word nie. Die aanbeveling sal wel verduidelik word met 'n verwysing na "kennis en bewustheid van verbale en nie-verbale kommunikasie-praktyke".
	Sluit by aanbeveling 8.1 die moontlikheid in dat versorgers tuis video's kan opneem om die STT te help om inligting oor die kind se kommunikasie in die tuisomgewing te bekom.	Sal aangebring word.
	Sluit die woorde "en skool" (omgewing) by aanbeveling 10.3 in.	Sal aangebring word.
5	Laat by aanbeveling 9.1 die verwysing na tuisbesoek weg omdat die swaar werkklas van terapeute in die openbare sektor dit dikwels onmoontlik maak om kliënte in die tuisomgewing te behandel.	Sal nie in hierdie stadium aangebring word nie.
6	Geen voorstelle of kommentaar nie.	
Algehele riglyn-beoordeling (stelling 9)	- Brei die teikengebruikers uit om spraaktaaltherapiestudente in te sluit. - Gebruik riglyne as 'n opleidingshulpbron vir universiteitstudente.	Hierdie aanbevelings val buite die riglyn-ontwikkelaars se beheer. Universiteite kan self besluit of hulle die riglyne by hulle kurrikulums wil insluit.

Die finale KLEK VKI-riglyndokument nadat die aanpassings ooreenkomstig met Tabel 3 aangebring is, verskyn in Bylaag D.

4. Gevolgtrekking

In hierdie studie is belanghebbendes gevra om die toepaslikheid, praktiese uitvoerbaarheid en gehalte van 'n voorgestelde riglyndokument vir KLEK VKI te beoordeel en moontlike verbeteringe voor te stel sodat dit 'n bruikbare hulpbron vir STT's sal wees.

Alle deelnemers het ervaring van KLEK VKI gehad: Die helfte van hulle het reeds langer as 13 jaar as STT's gepraktiseer. Byna 'n derde het 'n meesters- of doktorsgraad verwerf en deelnemers se geografiese en ouderdomsverspreiding was redelik verteenwoordigend van STT's in Suid-Afrika oor die algemeen (Pillay e.a. 2020). Op grond van hulle kliniese ervaring, akademiese

kundigheid en/of praktiese kennis van die Suid-Afrikaanse konteks kon deelnemers die vrae gesaghebbend beantwoord en die duidelikheid van die riglyne en aanbevelings beoordeel.

Die outeurs het die indruk gekry dat deelnemers met erns na die dokument gekyk het en waardevolle bydraes gemaak het. Meer as 90% van die deelnemers het deurgaans 'n positiewe ingesteldheid teenoor die riglyndokument getoon. Die meeste deelnemers het óf saamgestem óf volkome daarmee saamgestem dat die oorhoofse doelwitte, populasie, teikengebruikers en formuleringsmetode van die riglyne duidelik en spesifiek beskryf word. Daarbenewens het die deelnemers saamgestem dat die groep wat die riglyndokument ontwikkel het individue van relevante gesondheidsorgberoepes ingesluit het, dat die riglyne spesifiek en ondubbelsinnig is, relevant is vir die Suid-Afrikaanse konteks, en dat daar geen belangebotsings in die ontwikkeling van die riglyne bestaan het nie.

Weens die betreklik klein steekproef ($N = 41$) kon afleidings nie met sekerheid op grond van die kwantitatiewe antwoorde gemaak word nie, maar tog as aanduidend. Die resultate van 'n Likert-tipe vraelys soos die Agree II is ook bekend daarvoor dat die resultate met omsigtigheid beskou word omdat die response subjektief en bloot aanduidend van die deelnemers se gevoel, opinie of assessering is. Om die kwantitatiewe bevindinge te ondersteun, is kwalitatiewe data dus ook ingesamel. Uiteindelik dui die data in die geheel daarop dat die riglyndokument voorlopig beskou kan word as 'n relevante, prakties uitvoerbare dokument van 'n hoë gehalte wat praktiserende STT's gedurende KLEK VKI kan gebruik. Die deelnemers het ook waardevolle voorstelle gemaak wat die gehalte en uitvoerbaarheid van die riglyne verder kan verhoog en baie daarvan sal by die dokument ingesluit word.

5. Aanbevelings vir toekomstige navorsing

- Kundiges op die terrein van riglynontwikkeling, VKI-navorsing en kliniese KLEK VKI kan in die toekoms genooi word om die metodologie van die riglyndokument verder te beoordeel.
- 'n Groep KLEK VKI-kenners kan aangestel word om die inhoud van die riglyne formeel te beoordeel nadat dit vir 'n ruk in die praktyk geïmplementeer is. Die nuwe AGREE-REX-instrument (Brouwers e.a. 2020) kan byvoorbeeld aanvullend tot AGREE II (Brouwers e.a. 2017) gebruik word om die implementering van die riglyndokument te verfyn en sodoende 'n waardevolle bydrae tot die implementeringswetenskappe in spraak-taal terapie te lewer.
- Opvoeders wat met jong kinders en hulle versorgers werk sowel as lede van ander aanvullende gesondheidsorgberoepes (buiten STT's) kan gevra word om die riglyndokument te beoordeel om te bepaal watter van die riglyne op daardie beroepes van toepassing sal wees én om insigte van ander belanghebbendes te bekom.

6. Finansiering

Ons bedank graag die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns en die Universiteit Stellenbosch vir die nagraadse studiebeurs wat hierdie navorsing moontlik gemaak het.

Bibliografie

- Adams, A.M.N., D. Chamberlain, C.B. Thorup, M. Grønkjær en T. Conroy. 2023. Ethical and feasible stakeholder engagement in guideline development. *Collegian*, 30(1):101–9. DOI: 10.1016/j.colegn.2022.08.003.
- Al-Khawaldeh, N., A. Jaradat, H. Al-Momani en B. Bani-Khair. 2016. Figurative idiomatic language: Strategies and difficulties of understanding English idioms. *International Journal of Applied Linguistics and English Literature*, 5(6):119–33. DOI: 10.7575/aiac.ijalel.v.5n.6p.119.
- Aljabri, S.S. 2024. Understanding EFL students' processing of idiomatic expressions out of context: Insights gained from think-alouds. *Theory and Practice in Language Studies*, 14(6):1907–15. DOI: 10.17507/tpls.1406.32.
- Amerikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging. 2008. *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Guidelines*. DOI: 10.1044/policy.GL2008-00293.
- . 2020. *Issues in ethics: Cultural and linguistic competence*. <https://www.asha.org/practice/ethics/cultural-and-linguistic-competence> (5 Oktober 2020 geraadpleeg).
- . 2024. *Cultural competence check-ins*. <https://www.asha.org/practice/multicultural/self> (21 Februarie 2024 geraadpleeg).
- Andzik, N.R. en H.N. LaMarca. 2024. Multilingualism and augmentative and alternative communication: A review of the literature. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 9(3):642–51. DOI: 10.1044/2024_persp-23-00111.
- Balton, S., K. Uys en E. Alant. 2019. Family-based activity settings of children in a low-income African context. *African Journal of Disability*, 8:1–14. DOI: 10.4102/ajod.v8i0.364.
- Beta, K., C. Polzin, A. Vuliva, J. Wu en U.M. Lüdtke. 2023. The participatory potential of photovoice as a relational in vivo research and training method: The case of a community-based prevention program on early communication and language disability in underserved rural sub-Saharan Africa. In Lüdtke, U.M., E. Kija en M.K. Karia (reds.) 2023. 265–79. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-031-04504-2_13.
- Botha, M. en B. Gerber. 2023. Kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie: die geleefde ervarings van spraak-taalterapeute. *LitNet Akademies*, 20(2):449–97. DOI: 10.56273/1995-5928/2023/j20n2d4.
- Botha, M., B. Gerber en A. van der Merwe. 2021. Struikelblokke in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taal terapie en strategieë vir die bevordering van kultuurveilige praktyke: 'n omvangsbepaling. *LitNet Akademies*, 18(3):673–701.
- . 2024. Kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie: die ervarings van versorgers. *LitNet Akademies*, 21(2):403–435. DOI: <https://doi.org/10.56273/1995-5928/2024/j21n2d2>.
- Brassart, E., C. Prévost, C. Bétrisey, M. Lemieux en C. Desmarais. 2017. Strategies developed by service providers to enhance treatment engagement by immigrant parents raising a child with a disability. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4):1230–44. DOI: 10.1007/s10826-016-0646-8.

Braun, V. en V. Clarke. 2021. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3):328–52. DOI: 10.1080/14780887.2020.1769238.

Brouwers, M.C., M.E. Kho, G.P. Browman, J.S. Burgers, F. Cluzeau, G. Feder, B. Fervers, I.D. Graham, e.a. 2017. *Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) II instrument*. DOI: 10.1016/j.ypmed.2010.08.005.

Brouwers, M.C., K. Spithoff, K. Kerkvliet, P. Alonso-Coello, J. Burgers, F. Cluzeau, B. Fervers, I. Graham, e.a. 2020. Development and validation of a tool to assess the quality of clinical practice guideline recommendations. *JAMA Network Open*, 3(5):1–13. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.5535.

Chiuri, G.M. 2012. Speech language pathologists' perceptions of services to children from culturally and linguistically diverse backgrounds. Ongepubliseerde PhD-proefskrif, Verenigde State: Baylor-universiteit.

Creswell, J.W. en V.P. Clark. 2018. *Designing and conducting mixed method research*. 3de uitgawe. California: SAGE Publications, Inc.

Curtis, E., R. Jones, D. Tipene-Leach, C. Walker, B. Loring, S.J. Paine en P. Reid. 2019. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1):1–17. DOI: 10.1186/s12939-019-1082-3.

Dans, A.L. en L.F. Dans. 2010. Appraising a tool for guideline appraisal (the AGREE II instrument). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(12):1281–82. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.06.005.

Dunst, C.J., D. Hamby, C.M. Trivette, M. Raab en M.B. Bruder. 2000. Everyday family and community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early Intervention*, 23(3):151–64.

Elkington, E.J. en K.M. Talbot. 2016. The role of interpreters in mental health care. *South African Journal of Psychology*, 46(3):364–75. DOI: 10.1177/0081246315619833.

Ernstzen, D.V., F. Bardien, en L.J. Jacobs-Nzuzi Khuabi (reds.). 2022. *Transformation of learning and teaching in rehabilitation sciences*. V. 2. Kaapstad: AOSIS.

Farrugia-Bernard, A.M. 2016. "You are coming with me": A phenomenological exploration of urban speech-language pathologists. Ongepubliseerde PhD-proefskrif, Verenigde State: Oostelike Universiteit van Michigan.

Farrugia, A.M. 2022. A picture with a caption: Using photovoice as cultural self-reflection in communication sciences and disorders. *Journal of Communication Disorders*, 100 (Augustus 2022):1–11. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2022.106277.

Gagliardi, A.R. en M.C. Brouwers. 2012. Integrating guideline development and implementation: Analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice. *Implementation Science*, 7(1):1–9. DOI: 10.1186/1748-5908-7-67.

Gerber, B. en M. Visser. 2022. A scoping review of the current literature and terminology used in the education of speech-language pathologists regarding service delivery across cultures. In Ernstzen, D.V., F. Bardien, en L.J. Jacobs-Nzuzi Khuabi (reds.) 2022. 193–214. DOI: <https://doi.org/10.4102/aosis.2022.BK357.09>.

Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika. 2019. *Guidelines for practice in a culturally and linguistically diverse South Africa*. <https://www.hpcs.co.za/board/speech-language-hearing/guidelines> (28 Oktober 2019 geraadpleeg).

—. 2021a. *General ethical guidelines for the healthcare professions*. <https://www.hpcs.co.za/ethics> (14 April 2024 geraadpleeg).

—. 2021b. *Continuing professional development*. DOI: 10.1080/20786204.2005.10873194.

Graham, R., M. Mancher en W.D. Miller (reds.). 2011. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: National Academies Press (US).

Grandpierre, V., F. Nassrallah, B.K. Potter, E. Fitzpatrick, R. Thomas, J. Taylor en L. Sikora. 2019. Examining cultural competence in pediatric hearing loss services: A survey. *Deafness and Education International*, 21(4):174–94. DOI: 10.1080/14643154.2019.1589075.

Guiberson, M.M. en J. Atkins. 2012. Speech-language pathologists' preparation, practices and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children. *Communication Disorders Quarterly*, 33(3):169–80. DOI: 10.1177/1525740110384132.

Hagan, S., X. Hunt, S. Kilian, B. Chiliza en L. Swartz. 2020. Ad hoc interpreters in South African psychiatric services: service provider perspectives. *Global Health Action*, 13(1):1–13. DOI: 10.1080/16549716.2019.1684072.

Henwood, T., S. Channon, P. Penny, M. Robling en C.S. Waters. 2020. Do home visiting programmes improve children's language development? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 109:1–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103610>.

Hidecker, M.J.C., R.S. Jones en D.R. Imigm. 2009. Using family paradigms to improve evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18:212–21.

Hoffmann-Eßer, W., U. Siering, E.A.M. Neugebauer, A.C. Brockhaus, U. Lampert en M. Eikermann. 2017. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. *PLoS ONE*, 12(3):1–15. DOI: 10.1371/journal.pone.0174831.

Howe, T., S. Verdon, C. Easton en M. Geiger. 2019. Ethnography and its use in communication disorders research. In Lyons, R. en L. McAllister (reds.). 2019. 91–118.

Hyter, Y.D. en M.B. Salas-Provance. 2023. *Culturally responsive practices in speech, language and hearing sciences*. 2de uitgawe. San Diego, CA: Plural Publishing Inc.

Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. 2011. Trustworthy clinical practice guidelines: Challenges and potential (Elektroniese weergawe). In Graham, R., M. Mancher en W.D. Miller (reds.) 2011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209532>.

- Isaac, K. 2002. *Speech pathology in cultural and linguistic diversity*. Londen: Whurr Publishers Ltd. DOI: 10.1001/archneurpsyc.1932.02230160224019.
- Kaiser, A.P. en M.Y. Roberts. 2011. Advances in early communication and language intervention. *Journal of Early Intervention*, 33(4):298–309. DOI: 10.1177/1053815111429968.
- King, G., C. Desmarais, S. Lindsay, G. Piérart en S. Tétrault. 2015. The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 37(15):1372–81. DOI: 10.3109/09638288.2014.972580.
- Langdon, H.W. en T.I. Saenz. 2016. *Working with interpreters and translators: A guide for speech-language pathologists and audiologists*. San Diego, CA 92123: Plural Publishing Inc.
- Lekas, H.M., K. Pahl en C. Fuller Lewis. 2020. Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13:4–7. DOI: 10.1177/1178632920970580.
- Lüdtke, U.M., E. Kija, M.K. Karia (reds.). 2023. *Handbook of speech-language therapy in sub-Saharan Africa*. Switzerland: Springer Nature Switzerland.
- Lyons, R. en L. McAllister (reds.). 2019. *Qualitative research in communication disorders*. Guildford: JenR Press Ltd.
- Maul, C.A. 2015. Working with culturally and linguistically diverse students and their families: Perceptions and practices of school speech-language therapists in the United States. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50(6):750–62. DOI: 10.1111/1460-6984.12176.
- McCurtin, A. en B. Carter. 2014. “We don’t have recipes; we just have loads of ingredients”: Explanations of evidence and clinical decision making by speech and language therapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6):1142–50. DOI: 10.1111/jep.12285.
- McCurtin, A. en H. Roddam. 2012. Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47(1):11–26. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x.
- Metcalf, C., R. Lewin, S. Wisher, S. Perry, K. Bannigan en J.K. Moffett. 2001. Barriers to implementing the evidence base in four NHS therapies. *Physiotherapy*, 87(8):433–41. DOI: 10.1016/S0031-9406(05)65462-4.
- Napierala, H., A. Schuster, S. Gehrke-Beck en C. Heintze. 2023. Transparency of clinical practice guideline funding: A cross-sectional analysis of the German AWMF registry. *BMC Medical Ethics*, 24(1):1–8. DOI: 10.1186/s12910-023-00913-0.
- Nasionale Instituut vir Gesondheid- en Sorguitnemendheid. 2014. Developing NICE guidelines: The manual. *Process and Methods Guides* (Oktober):1–269. <http://www.nice.org.uk/article/pmg20>.
- Niharika, M.K., H.N. Gurkar Harshitha, S.Y. Aishwarya en S. Suman. 2023. Speech-language pathologists’ perspectives on bilingual service delivery in India: A preliminary survey. *Speech, Language and Hearing*, 1–8. DOI: 10.1080/2050571x.2023.2259145.

O'Connor, S. en C.M. Pettigrew. 2009. The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(6):1018–35.
DOI: 10.1080/13682820802585967.

Olswang, L.B. en P.P. Prelock. 2015. Bridging the gap between research and practice: Implementation science. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(1818–26).
DOI: 10.1044/2015.

Olszewski, A. en K. Rae. 2021. Measuring stakeholder perceptions: A review of social validity reporting in ASHA journals. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(3):1247–60.
DOI: 10.1044/2021_AJSLP-20-00169.

Pascoe, M. en V. Norman. 2011. Contextually relevant resources in speech-language therapy and audiology in South Africa – are there any? *South African Journal of Communication Disorders*, 58(1):2–5.

Peltier, S. 2011. Providing culturally sensitive and linguistically appropriate services: An insider construct. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 35(2):126–34.

Petkovic, J., A. Riddle, E.A. Akl, J. Khabisa, L. Lytvyn, P. Atwere, P. Campbell, K. Chalkidou, e.a. 2020. Protocol for the development of guidance for stakeholder engagement in health and healthcare guideline development and implementation. *Systematic Reviews*, 9(1):1–11.
DOI: 10.1186/s13643-020-1272-5.

Phillips, G. 2007. Healing, cultural safety and the criminal justice system. Referaat gelewer by die 3de Nasionale Inheemse Geregtigheidsforum vir Uitvoerende Hoofde, Brisbane, Australië. DOI: 10.1177/000276427902200605.

Pillay, M., R. Tiwari, H. Kathard en U. Chikte. 2020. Sustainable workforce: South African audiologists and speech therapists. *Human Resources for Health*, 18(1):1–14.
DOI: 10.1186/s12960-020-00488-6.

Rossetti, L. 2001. *Communication intervention: Birth to three*. 2de uitgawe. New York, Delmar, Cengage Learning.

Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging. 2017. Practice guidelines for audiologists and speech-language therapists in early communication intervention. Etiek-en Standaarde-komitee, Suid-Afrikaanse Spraak-Taal-Gehoorvereniging. <https://saslha.co.za/page/member-resources> (beskikbaar slegs aan SASLHA lede) (23 September 2024 geraadpleeg).

Tervalon, M. en J. Murray-Garcia. 1998. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2):117–25.

Ting-Toomey, S. en T. Dorjee. 2019. *Communicating across cultures (e-boek)*. 2de uitgawe. New York: The Guilford Press. <https://books.google.me/books?id=yMRUDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> (30 September 2024 geraadpleeg).

Tohidast, S.A., L. Ghelichi, M. Kamali, A. Ebadi, N. Shafaroodi, Y.A. Shavaki, B. Mansuri en H. Azimi. 2021. Barriers of implementing evidence-based practice perceived by Iranian speech and language pathologists: A qualitative study. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 8(4):1–8. DOI: 10.5812/MEJRH.117262.

Verdon, S., S. Mcleod en S. Wong. 2015. Reconceptualizing practice with multilingual children with speech sound disorders: People, practicalities and policy. *International Journal of Communication Disorders*, 50(1):48–62. DOI: 10.1111/1460-6984.12112.

Verdon, S., S. Wong en S. Mcleod. 2016. Shared knowledge and mutual respect: Enhancing culturally competent practice through collaboration with families and communities. *Child Language Teaching and Therapy*, 32(2):205–21. DOI: 10.1177/0265659015620254.

Warden, J.A., P. Mayers en H. Kathard. 2008. The lived experience of being a speech-language therapist in the Western Cape. *The South African Journal of Communication Disorders*, 55:49–62.

Wêreldgesondheidsorganisasie. 2014. *WHO handbook for guideline development*. 2de uitgawe. Genève, Switzerland: WHO Press. DOI: 10.1007/174_2017_164.

Yeager, K.A. en S. Bauer-Wu. 2013. Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4):1–15. DOI: 10.1038/jid.2014.371.

Bylaag A

Beoordeelde weergawe van “Praktiese riglyne vir KLEK VKI”-dokument

PRACTICAL GUIDELINES FOR CROSS-LINGUISTIC AND CROSS-CULTURAL(ECLCC)'EARLY COMMUNICATION INTERVENTION (ECI)	
AIM	This document describes potential adaptations to the practices of speech-language therapists (SLTs) who undertake cross-linguistic and cross-cultural (CLCC) early communication intervention (ECI). The guidelines, which comprise proposals or recommendations taken from the literature, are intended for implementation based on SLTs' own discretion and experience of what works in specific scenarios with caregivers and children. The document is meant to complement existing guidelines for cross-linguistic and cross-cultural ECI. The purpose of the guidelines is to support culturally responsive speech-language therapy practices that are underpinned by research. Culturally responsive practices form part of the four key principles of ECI and plays a role in providing accessible and appropriate services. The guidelines are based on the NICE Guidelines Manual and the AGREE II Framework for Advancing Guideline Development. Two guideline documents of the Health Professions Council of South Africa (HPCSA) were also consulted, namely the Guidelines for Practice in a Culturally and Linguistically Diverse South Africa and the Guidelines for Good Practice in the Healthcare Professions: General Ethical Guidelines for the Healthcare Professions. The guidelines rely on available research evidence. They were developed by an independent and unbiased guideline development group. The guideline development group are committed to the promotion of equality, equity, and diversity. The guidelines comprise an integrated list of recommendations made by SLTs and caregivers, as obtained from a scoping review and two qualitative research studies.
DEVELOPMENT OF THE GUIDELINES	The guidelines are based on the findings of the following three articles: - Botha, M., Gerber, B. & Van der Merwe, A. 2021. Barriers in cross-linguistic and cross-cultural paediatric speech-language therapy and strategies for promoting culturally safe practices: a scoping review. <i>LitNet Akademiese Jaartal</i>. 18(3):673-701. - Botha, M. & Gerber, B. 2023. Cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention: the lived experiences of speech-language therapists. <i>LitNet Akademiese Jaartal</i>. 20(2):449-97. - Botha, M., Gerber, B. & van der Merwe A. 2024. Cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention: the lived experiences of caregivers. (accepted for publication) Method of development: The strategies and recommendations put forward by SLTs from England, the United States, Canada, Brazil, Hong Kong and the Eastern Cape province of South Africa as well as the suggestions of caregivers in the Eastern Cape were integrated into a single, general list of recommendations. These were analysed, from which 14 guiding principles were identified. Guideline development group: The guideline developers were three SLTs with clinical and research experience of cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention as well as a nursing practitioner and researcher with specific expertise in the selected research methodology.
How to use the guidelines	Each of the 14 guiding principles are accompanied by one to seven recommendations that SLTs may follow to achieve the specific guideline. Direct guidelines are divided by target group, namely caregivers, interpreters, families, children, and SLTs. Indirect guidelines apply to SLTs only. Declaration of dependence: This study was made possible by financial assistance from <i>the Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns</i> as well as Stellenbosch University's Postgraduate Bursary Office. The funders views have not had any impact on the content of the guidelines.
Target users and target population	The target users of this guideline document are SLTs who deliver cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention to a target population consisting of caregivers and families of children below the age of three as well as other role players such as interpreters. When the caregiver and child's first language or cultural background differs from the SLT's.
DIRECT GUIDELINES	Direct guideline principles refer to those guidelines and recommendations which the SLT can apply during the early communication session with the caregiver. GUIDELINES RELATING TO CAREGIVERS  1 Prioritise dignity and respect language preferences, different cultures, convictions, and value systems. 1.1 Respect the caregiver's perception of the reason why the child presents with a communication delay/disability (e.g. a punishment or curse, failure to perform traditional rituals, witchcraft, bad luck, etc.) as well as how it could be treated (e.g. supernatural healing, traditional medicine, etc.). 1.2 Take note and be cognisant of traditional healing practices. 2 Make innovative and situation-appropriate adaptations in communication. 2.1 Speak slower, simplify grammatical structure of spoken language, and use gestures where necessary. 2.2 Frequently repeat key concepts and use comparisons and demonstrations to explain them. 2.3 Use concrete methods such as written words, pictures, diagrams, and videos to support abstract ideas and explanations. 2.4 Where needed, change how the caregiver addresses you to neutralise power imbalances, e.g. use your first name rather than "doctor". 3 Facilitate caregiver participation and monitor caregiver understanding 3.1 Ask the caregiver to reformulate the child's speech and language diagnosis in their own words. The same could be done with home programmes, asking the caregiver to explain in their own words how the home programme can be carried out at home. 3.2 Welcome and encourage the caregiver's questions and observe the caregiver's reaction when important information is shared. 3.3 Allow sufficient opportunity for the caregiver to practise and master certain techniques, during the therapy session, thereby monitoring understanding. 4 Secure caregiver buy-in, participation, and feedback. 4.1 Prepare and inform the caregiver as to what could be expected during assessment and therapy, jointly plan objectives, and forge a partnership. 4.2 Embrace and encourage the caregiver's suggestions as to how therapy activities may be modified at home to be more appropriate. 4.3 Encourage the caregiver to actively take part in the therapy session rather than waiting outside the room. 4.4 Ask the caregiver about their observations at home while the home program activities are carried out in the child's natural environment. 4.5 Ask the caregiver to keep a record of which home-based activities work well and which do not, and discuss this during the therapy session. 4.6 Supply goal-oriented activities, along with checklists that the caregiver can use at home to indicate whether the tasks were carried out successfully or not. 4.7 Where possible, invite the caregiver to phone the practice/hospital/clinic with any questions that may arise at home or after the therapy session.

PRACTICAL GUIDELINES FOR CROSS-LINGUISTIC AND CROSS-CULTURAL (CLCC) EARLY COMMUNICATION INTERVENTION (ECI)

DIRECT GUIDELINES

Direct guideline principles refer to those guidelines and recommendations which the SLT can apply in the session with the caregiver.

GUIDELINES RELATING TO THE FAMILY

- 5 Understand and engage the family, embracing their uniqueness.

5.1 Get to know and understand dynamics and unique circumstances of the family.

5.2 Invite family members to attend the therapy sessions and afford them a chance to share tips and strategies that they are using at home.

5.3 Invite the caregiver to bring along an older child from the household to the therapy sessions to facilitate carry-over of therapy goals at home.

GUIDELINES RELATING TO THE CHILD

- 6 Engage the child in modelling techniques and create opportunities for individual and group interactions.

6.1 Model intervention techniques with the child rather than merely explaining them.

6.2 Consider group therapy in order to offer children the opportunity to interact with one another and with caregivers.

GUIDELINES RELATING TO INTERPRETERS

- 7 Train interpreters.

7.1 Use the same interpreter, where possible.

7.2 Inform the interpreter of the purpose of the therapy session beforehand.

7.3 Request the interpreter to translate the complete message, including any caregiver comments.

7.4 Ensure that the caregiver consents to the use of an interpreter.

7.5 When addressing the caregiver, make eye contact with the caregiver rather than with the interpreter.

GUIDELINES RELATING TO THE SLT

- 8 Optimise your own understanding of the child's functioning.

8.1 Use dynamic assessment.

8.2 Obtain input from the child's educator where possible.

- 9 Be sensitive to the unique needs and challenges of the child and caregiver – flexibility in terms of how therapy is applied, resources, and good use of time.

9.1 Offer multiple opportunities for assessment in various contexts such as the home, practice, clinic or school, where possible.

9.2 Be flexible, not every client can be treated 'by the book'.

9.3 Use items that are similar to those available in the child's natural environment, e.g. everyday items or homemade toys rather than store-bought toys. Alternatively, the caregiver may be asked to bring along items from the home so that their application in communication intervention could be illustrated.



9.4 Respect the caregiver's time and utilise the full 30 to 60 minutes of the session, especially where caregivers face challenges with time, transport, and transport costs. Where possible, try to implement systems that ensure caregivers and children are seen for therapy on a regular basis.

9.5 Be 'hands-on' and focus all your attention on the caregiver and child. Guard against over-explaining and question-and-answer sessions taking up too much time.



INDIRECT GUIDELINES

Indirect guideline principles refer to guidelines and recommendations SLTs can implement to commit themselves daily to culturally responsive CLCC ECI.

GUIDELINES RELATING TO THE SLT

- 10 Promote the profession and develop strategies to enhance curricula and accelerate diversification of the workforce.

10.1 Participate in and plan awareness campaigns to promote the profession among Grade 10-12 learners.

10.2 Plan and conduct campaigns among different communities and caregivers to raise awareness of speech-language delays/disorders and the SLT's role in treating these.

10.3 Motivate for amendments to early communication intervention curricula, particularly with regard to working with caregivers to ensure that therapy objectives are successfully transferred to the child's home environment.

10.4 Motivate for the appointment of more SLTs and more SLTs that represent the language and culture of the clients from specific clinics and hospitals.

- 11 Ensure that assessment and therapy material suit the caregiver's circumstances and make the necessary adjustments.

11.1 When international, English, standardised test material is adapted informally, engage the caregiver or an interpreter in the translation of instructions to ensure that the child will understand.

11.2 First test the suitability of stimulus pictures, instructions, and directions on neurotypical children from the same linguistic and cultural background before applying them to children with communication delays/disorders.

- 12 Consult other stakeholders in the field of cross-linguistic and cross-cultural speech-language therapy to enhance your own expertise.

12.1 Persons who may be consulted in this regard include colleagues who work across linguistic and cultural boundaries, multicultural friends or family members, as well as persons who serve as cultural interpreters or cultural brokers.

- 13 Deepen your empathy by connecting with the 'inner person' and understanding clients' potential discomfort in context.

13.1 Develop empathy for clients by imagining having to consult a doctor or other healthcare professional whose first language or culture is different from yours while you speak only broken English.

- 14 Make an effort to expand your own knowledge of cultural customs and languages – be culturally competent?

14.1 Learn at least a few words or phrases in the home language of the caregiver and child. Learn how to greet in their home language. Ask the caregiver to assist with the acquisition of new words in the child's home language and produce flashcards so that basic words are always visible in the therapy room.

14.2 Conduct home visits where possible and take part in cultural events or gatherings.

14.3 Explore online or mobile apps that support communication with the caregiver/child in their home language, e.g. Google Translate.

14.4 Identify the head of the household. Engage this person in decision-making and share important information regarding the child's diagnosis and progress with them.



²Cultural competence is a dynamic and complex process requiring ongoing self-assessment, continuous cultural education, openness to others' values and beliefs, and a willingness to share one's own values and beliefs. This is a process that evolves over time. It begins with understanding one's own culture, continues through reciprocal interactions with individuals from various cultures, and extends through one's own lifelong learning.

Bylaag B

Afrikaanse vertaling van die riglyne

PRAKTIESE RIGLYNE VIR KRUISLINGUISTIESE EN -KULTURELE (KLEK)¹ VROEË KOMMUNIKASIE-INTERVENSIE (VKI)

Doel	
Hierdie dokument beskryf moontlike aanpassings in die praktyke van spraak-taalterapeute (STT's) wat kruislinguistiese en -kulturele (KLEK) vroeë kommunikasie-intervensie (VKI) onderneem. Die riglyne, wat bestaan uit voorstelle of idees uit die literatuur, is bedoel vir implementering op grond van STT's se eie oordeel oor, en ervaring van, wat in bepaalde omstandighede met versorgers en kinders werk. Die dokument is veronderstel om bestaande riglyne vir kruislinguistiese en -kulturele VKI aan te vul. Die doel van die riglyne is om die lewering van navorsingsgegronde kultuurresponsiewe spraak-taalterapiepraktyke te ondersteun. Kultuurresponsiewe praktyke maak deel uit van die vier kernbeginsels van VKI en speel 'n rol in die lewering van toeganklike en toepaslike dienste.	Die riglyne is gegrond op die Britse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se handleiding van riglyne en die AGREE II-instrument vir die bevordering van riglynontwikkeling. Daarbenewens is twee riglyndokumente van die Beroepsraad vir professionele gesondheidsorglui van Suid-Afrika (HPCSA) geraadpleeg, naamlik die <i>Riglyne vir praktykvoering in 'n kultureel en linguisties diverse Suid-Afrika</i>, en die <i>Riglyne vir goeie praktyk in die gesondheidsorgberoep: Algemene etiekriiglyne vir die gesondheidsorgberoep</i>. • Die riglyne berus op beskikbare navorsingsbewyse. • Dit is deur 'n onafhanklike en onpartydige riglynontwikkelingsgroep opgestel. • Die riglynontwikkelingsgroep is verbind tot die bevordering van gelykheid, billikheid en diversiteit. • Die riglyne bestaan uit 'n geïntegreerde lys aanbevelings van STT's en versorgers wat uit 'n omvangsbepaling en twee kwalitatiewe navorsingstudies verkry is.

¹ Wanneer die versorger en kind se huistaal of kultuur van die STT s'n verskil.

Ontwikkeling van die riglyne	
Die riglyne is gegrond op die bevindinge van die volgende drie artikels: 1. Botha, M., Gerber, B. en Van der Merwe, A. 2021. Struikelblokke in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taal terapie en strategieë vir die bevordering van kultuurveilige praktyke: 'n omvangsbepaling. <i>LitNet Akademies</i>, 18(3):673–701. 2. Botha, M. en Gerber, B. 2023. Kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie: die geleefde ervarings van spraak-taalterapeute. <i>LitNet Akademies</i>, 20(2):449–97. 3. Botha, M., Gerber, B. en Van der Merwe, A. 2024. Kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie: die geleefde ervarings van versorgers (aanvaar vir publikasie).	Ontwikkelingsmetode: Die strategieë en aanbevelings van STT's in Engeland, die Verenigde State, Kanada, Brasilië, Hongkong en die Oos-Kaapprovinsie van Suid-Afrika sowel as die voorstelle van Oos-Kaapse versorgers is in 'n enkele, algemene lys aanbevelings geïntegreer. Uit die daaropvolgende ontleding van die lys is 14 riglynbeginsels geïdentifiseer. Riglynontwikkelingsgroep: Die riglynontwikkelaars was drie STT's met kliniese en navorsingservaring in kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie, sowel as 'n verpleegkundige en 'n navorser met spesifieke kundigheid in die gekose navorsingsmetodologie.
Teikengebruikers en -populasie	
Die teikengebruikers van hierdie riglyndokument is STT's wat kruislinguistiese en -kulturele vroeë kommunikasie-intervensie lewer aan 'n teikenpopulasie wat bestaan uit versorgers en gesinne van kinders onder driejarige ouderdom én ander rolspelers soos tolke.	
Hoe om die riglyne te gebruik	
Elk van die 14 riglyne word vergesel van een tot sewe aanbevelings wat STT's kan volg om die bepaalde riglyn te verwesenlik. Direkte riglyne is ingedeel volgens teikengroep, naamlik versorgers, tolke, gesinne, kinders en STT's. Indirekte riglyne is slegs op STT's van toepassing.	Afhanklikheidsverklaring: Hierdie studie is moontlik gemaak deur die finansiële ondersteuning van die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns sowel as die Universiteit Stellenbosch se Nagraadse Beursafdeling. Die finansiers se menings het geensins die inhoud van die riglyne beïnvloed nie.

PRAKTIESE RIGLYNE VIR KRUISLINGUISTIESE EN -KULTURELE (KLEK) VROEË KOMMUNIKASIE-INTERVENSIE (VKI)

Direkte riglyne ²	Riglyne	Aanbevelings			
Riglyne met betrekking tot versorgers	1. Stel menswaardigheid voorop en respekteer taalvoorkeure, verskillende kulture, oortuigings en waardestelsels.	1.1 Respekteer die versorger se opvatting van die rede vir die kind se kommunikasieagterstand/afwyking (byvoorbeeld 'n straf of vloek, versuim om tradisionele rituele uit te voer, hekserij, ongeluk, ensovoorts) én van hoe dit behandel kan word (byvoorbeeld bonatuurlike genesing, tradisionele geneeskunde, ensovoorts).	1.3 Bied privaatheid vir versorgers wat geloofsverwante kledingstukke moet uit- en aantrek.	1.6 Verhoed dat die versorger aanstoot neem wanneer daar oor kulturele gebruike gepraat word deur beleefd, taktvol en versigtig te kommunikeer.	
		1.2 Neem kennis en wees bewus van tradisionele genesingsgebruike.	1.4 Vra die versorger uit oor die kind se huistaalontwikkeling om die impak van taaldiversiteit op assessering en intervensie in berekening te bring.	1.5 Neem kennis van versorgers se ingesteldheid teenoor Westerse terapie, wat moontlik deur kolonisasie of ander geskiedkundige faktore beïnvloed is, sowel as hulle idees oor inheemse kennis en Afrika-filosofie.	
	2. Maak innoverende en omstandigheids-gepaste kommunikasie-aanpassings.	2.1 Praat stadiger, gebruik eenvoudiger grammatika in gesproke taal, en gebruik gebare waar dit nodig is.	2.3 Gebruik konkrete metodes soos geskrewe woorde, prente, diagramme en video's om abstrakte idees en verduidelikings aan te vul.	2.4 Maak die nodige aanpassings in hoe die versorger jou aanspreek om magswanbalanse te neutraliseer, soos om jou voornaam eerder as 'dokter' te gebruik.	
		2.2 Herhaal sleutelbegrippe gereeld en gebruik vergelykings en demonstrasies om dit te verduidelik.			

² Direkte riglyne is riglyne en aanbevelings wat die STT in die sessie met die versorger kan toepas.

	3. Fasiliteer die versorger se deelname, en monitor begrip.	3.1 Vra die versorger om die kind se spraak-taaldiagnose in hulle eie woorde te herformuleer. Dieselfde kan met tuisprogramme gedoen word deur die versorger te vra om in hulle eie woorde te verduidelik hoe die tuisprogram by die huis uitgevoer kan word.	3.2 Verwelkom en moedig die versorger se vrae aan en neem waar hoe die versorger reageer wanneer belangrike inligting oorgedra word. 3.3 Gee die versorger genoeg geleentheid om sekere tegnieke gedurende die terapie sessie te oefen en te bemeester, en monitor sodoende begrip.	
	4. Verseker die versorger se aanvaarding (buy-in), betrokkenheid en terugvoer.	4.1 Berei die versorger voor vir wat gedurende assessering en terapie verwag kan word, stel saam doelwitte, en vorm 'n vennootskap. 4.2 Verwelkom en moedig die versorger se voorstelle aan oor hoe terapie-aktiwiteite tuis aangepas kan word om meer toepaslik te wees.	4.3 Moedig die versorger aan om aktief aan die terapie sessie deel te neem eerder as om buite die vertrek te wag. 4.4 Vra die versorger uit oor wat hulle by die huis waargeneem het toe die tuisprogram in die kind se natuurlike omgewing uitgevoer is. 4.5 Laat die versorger rekord hou van watter aktiwiteite tuis werk en watter nie, en bespreek dit gedurende die terapie sessie. 4.6 Skryf doelgerigte aktiwiteite voor, en gee die versorger 'n kontrolelys wat tuis afgemerkt kan word om te wys of die take suksesvol uitgevoer is of nie.	4.7 Waar dit moontlik is, nooi die versorger om die praktyk/ hospitaal/kliniek te bel met enige vrae wat tuis of ná die terapie sessie ontstaan.
Riglyne met betrekking tot die gesin	5. Begryp en betrek die gesin, en aanvaar hulle uniekheid.	5.1 Leer ken en verstaan die dinamiek en unieke omstandighede van die gesin.	5.2 Nooi gesinslede om die terapie-sessies by te woon en bied hulle 'n geleentheid om te gesels oor die wenke en strategieë wat hulle tuis gebruik.	5.3 Nooi die versorger om 'n ouer kind uit die huishouding na die terapie sessies saam te bring om terapiedoelwitte tuis te help oordra.

Riglyne met betrekking tot die kind	6. Betrek die kind by modellerings-tegnieke, en skep geleenthede vir individuele en groepsinteraksies.	6.1 Modelleer intervensietegnieke met die kind eerder as om dit net te verduidelik.	6.2 Oorweeg groepterapie sodat kinders met mekaar en met versorgers interaksie kan hê.
Riglyne met betrekking tot tolke	7. Lei tolke op.	7.1 Gebruik so ver moontlik dieselfde tolk. 7.2 Lig die tolk vooraf oor die doel van die terapie sessie in. 7.3 Versoek die tolk om alles te tolk, ook enige kommentaar van die versorger.	7.4 Maak seker dat die versorger tot die gebruik van 'n tolk toestem. 7.5 Wanneer die versorger aangespreek word, maak oogkontak met die versorger, en nie met die tolk nie.
Riglyne met betrekking tot die STT	8. Optimaliseer jou eie begrip van die kind se funksionering.	8.1 Gebruik dinamiese assessering.	8.2 Win kommentaar in van die kind se opvoeder, waar dit moontlik is.
	9. Wees sensitief vir die versorger en kind se unieke behoeftes en uitdagings – wees buigsaam ten opsigte van hoe terapie toegepas, hulp-middele aangewend en tyd bestee word.	9.1 Bied verskeie geleenthede vir assessering in verskillende omgewings, soos by die huis, praktyk, kliniek of skool, waar dit moontlik is. 9.2 Wees buigsaam, want nie elke kliënt kan 'volgens die reël' behandel word nie. 9.3 Gebruik items wat soortgelyk is aan dié in die kind se natuurlike omgewing, soos alledaagse items, of tuisgemaakte eerder as gekoopte speelgoed. As alternatief, kan die versorger gevra word om items van die huis af saam te bring sodat die gebruik daarvan in kommunikasie-intervensie geïllustreer kan word.	9.4 Respekteer die versorger se tyd en benut die volle 30 tot 60 minute van die sessie, veral waar versorgers uitdagings met tyd, vervoer en vervoerkoste ervaar. Probeer so ver moontlik stelsels in werking stel om te sorg dat versorgers en kinders gereeld terapie bywoon. 9.5 Wees prakties en betrokke, en spits ál jou aandag op die versorger en die kind toe. Wees versigtig dat oormatige verduidelikings en vraag-en-antwoord sessies nie te veel tyd in beslag neem nie.

Indirekte riglyne ³	Riglyne	Aanbevelings
Riglyne met betrekking tot die STT	10. Bevorder die beroep, en ontwikkel strategieë om kurrikulums te versterk en diversifisering van die werksmag te bespoedig.	10.1 Neem deel aan en beplan bewusmakingsveldtogte om die beroep onder leerders in graad 10 tot 12 te bevorder. 10.2 Beplan en onderneem veldtogte onder verskillende gemeenskappe en versorgers om hulle van kommunikasie-agterstande/-afwykings en die STT se rol in die behandeling daarvan bewus te maak. 10.3 Doen voorspraak vir aanpassings in kurrikulums vir vroeë kommunikasie-intervensie, veral ten opsigte van samewerking met versorgers om te sorg dat terapiedoelwitte suksesvol na die kind se tuisomgewing oorgedra word. 10.4 Doen voorspraak vir die aanstelling van meer STT's, en veral ook meer STT's wat die taal en kultuur van die kliënte van spesifieke klinieke en hospitale verteenwoordig.
	11. Sorg dat assesserings- en terapiemateriaal gepas is vir die versorger se omstandighede, en maak die nodige aanpassings.	11.1 Wanneer internasionale, Engelse, gestandaardiseerde toetsmateriaal informeel aangepas word om 'n kind te assesser, betrek die versorger of 'n tolk by die vertaling van instruksies om seker te maak dat die kind sal verstaan. 11.2 Toets eers die geskiktheid van stimulusprente, instruksies en opdragte onder neurotipiese kinders met dieselfde taal- en kultuur-agtergrond voordat dit vir kinders met kommunikasie-agterstande/-afwykings gebruik word.
	12. Raadpleeg ander belanghebbendes op die gebied van kruislinguistiese en -kulturele spraak-taal terapie om jou eie kundigheid uit te brei.	12.1 Persone wat in hierdie verband geraadpleeg kan word, sluit in kollegas wat oor taal- en kultuurgrense heen praktiseer, multikulturele vriende of familieledes, en persone wat as kultuurtolke ("cultural interpreters") of kultuurbemiddelaars ("cultural brokers") optree.

³ Indirekte riglyne is riglyne en aanbevelings wat STT's kan gebruik om hulleself daagliks tot kultuurresponsiewe KLEK VKI te verbind.

	13. Verdiep jou empatie deur 'n band met 'die mens agter die mens' te vorm en kliënte se moontlike ongemak in die konteks te verstaan.	13.1 Ontwikkel empatie vir kliënte deur jou in te dink hoe dit moet wees om 'n konsultasie te hê met 'n dokter of ander professionele gesondheidsorgverskaffer wie se huistaal of kultuur van joune verskil, en jy kan net gebroke Engels praat.		
	14. Doen moeite om jou eie kennis van kulturele gebruike en tale uit te brei – wees kultuurbevoeg. ⁴	14.1 Leer ten minste 'n paar woorde of frases in die versorger en kind se huistaal. Leer groet in hulle huistaal. Vra die versorger om bystand te bied met die aanleer van nuwe woorde in die kind se huistaal, en maak flitskaarte sodat basiese woorde altyd in die terapiekamer sigbaar is.	14.2 Lê tuisbesoek af indien dit moontlik is, en neem deel aan kulturele geleenthede of byeenkomste. 14.3 Ondersoek aanlyn of mobiele toepassings wat jou kan help om in die versorger/kind se huistaal met hulle te kommunikeer, soos Google Translate.	14.4 Identifiseer en betrek die hoof van die huishouding by besluitneming. Voor sien dié persoon van belangrike inligting oor die kind se diagnose en vordering.

⁴ Die dinamiese en komplekse prosesse van kulturele bevoegdheid vereis voortdurende self-assessering, voortgesette kulturele opvoeding, 'n ontvanklikheid vir ander se waardes en oortuigings, en 'n gewilligheid om ander van jou eie waardes en oortuigings te vertel. Dit begin met 'n begrip van jou eie kultuur, word uitgebrei deur wederkerige interaksies met individue van verskillende kulture, en duur voort deur jou eie lewenslange leer.

Bylaag C**Investigating cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention: the lived experiences of speech-language therapists and caregivers****Aim of this study:**

1. To develop a guideline document for speech therapists working in early communication intervention with caregivers and children from various linguistic and cultural backgrounds.
2. To conduct a stakeholder review of the guideline document and make changes based on the recommendations and feedback provided by stakeholders.

Why do we invite you to participate? You are invited to participate because you fit the selection criteria for this study. You have indicated that you are a registered speech-language therapist with experience in cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention in South Africa.

What will your responsibilities be? You will be asked to read a guideline document and thereafter, complete a questionnaire in the format of an online survey. Reading the guideline document should take you 5–10 minutes and the completion of the questionnaire should take you approximately 15–20 minutes.

Will you benefit from taking part in this research? There is no financial benefit to you for participating in this study. However, the benefit may lie in your contribution to the outcome of the study, thus an opportunity to make your voice and your opinion heard. You may also find the experience beneficial and appreciate that the most important benefit would be in contributing to the value and quality of speech-language therapy services. The insights provided may assist in the process of making speech therapy more accessible and culturally relevant in South Africa.

Are there any risks involved in your taking part in this research? There are no risks involved. Please note that your personal information will remain anonymous when the data from your survey is used. Please note that such online surveys are not being run from a

“secure” https server of the kind typically used to handle credit card transactions, creating a small possibility that responses could be viewed by unauthorised third parties (e.g. computer hackers). *Do not reveal your identity by “replying to all” on group email correspondence.*

Permission to have all anonymous data shared with journals: When this study has been completed, the researcher would like to publish results of the study in research journals. In the publication, the data will be aggregated and not traceable. However, many journals now require the sharing of anonymous data with them before publishing the results as part of an effort to validate that the study did take place. Therefore, by completing the survey, you give permission to have your anonymous data shared with journals.

If you do not agree to take part, what alternatives do you have? If you do not agree to take part, you may feel free to indicate so. You are welcome to contact me on 082 434 9000 should you change your mind or if you want to discuss the research aims and your responsibilities. There will be no alternative opportunity to participate in the research at a later stage.

Who will have access to your information? Everything you say in the questionnaire will be kept private and confidential. Only the principal investigator will know your email address and what information you have provided. When your answers from the questionnaire are disseminated, a pseudonym will be used (e.g. Participant 32) and you will remain completely anonymous at all times. The electronic data will be stored in a password protected file and kept until the completion of the PhD project (October 2024).

Will you be paid to take part in this study and are there any costs involved? You will not be paid to take part in the study and there will be no additional costs. The results of this study will be made available to you should you wish to receive it. Please make your request known by email to marietteb@sun.ac.za.

Is there anything else that you should know or do? You can phone the Health Research Ethics Committee at 021 938 9677/9819 if you have a question or complaint.

Should you wish to keep a copy of this information for your records, we kindly advise you to take a screenshot or save a copy of the consent information provided in this link. Please click [here](#).

By clicking NEXT you are confirming that you:

- ☐ have read and understood the above explanation about the study;
- ☐ agree to participate and
- ☐ understand that your participation in this study is strictly voluntary.

Tick the option you choose for anonymous data sharing with journals:

- ☐ I agree to have my anonymous data shared with journals during publication of results of this study

- I do not agree to have my anonymous data shared with journals during publication of results of this study

Tick the option you choose for storage and reuse of data for studies in the future:

- ☐ I agree that my information (data) may be stored for future research in a field related to guidelines for cross-linguistic and -cultural early communication intervention.
- ☐ I do not want information (data) to be stored for reuse for future studies.

Please select only the statements that apply to you:

You will have access to the biographical detail form and survey once you select all the following criteria:

- ☐ I am a registered speech-language therapist.
- ☐ I am working/worked as a therapist or researcher or lecturer in early communication intervention.
- ☐ I am working/worked with the caregivers of children under 3 years whose first language or cultural background differs from mine.

Please indicate your age bracket:

- ☐ 25 and younger
- ☐ 26–35
- ☐ 36–45
- ☐ 46–55
- ☐ 56–65
- ☐ 66–75
- ☐ 76 and older

Highest qualification:

- ☐ Baccalaureus ☐ Master's ☐ Doctorate

Indicate the context where you work in cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention:

- Private practice/hospital
- Public hospital/clinic
- ☐ School
- University

How many years of experience do you have working in cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention?

- ☐ Less than 3 years
- ☐ 3–6 years
- ☐ 6–10 years
- ☐ More than 10 years

Please select the province in which you work:

- ☐ Eastern Cape ☐ Free State ☐ Gauteng
- ☐ KwaZulu-Natal ☐ Limpopo
- ☐ Mpumalanga ☐ Northern Cape ☐ North-West
- ☐ Western Cape

Please read the guideline document by clicking [HERE](#). Please save the document and open it in a separate tab.

You may need to refer back to the guideline document while you are completing this survey, so please keep the tab with the guideline document open. Please remember to SAVE AND EXIT if you need to take a break and complete the survey at a later stage.

Next: Please indicate your answers to the following statements concerning the guideline document:

Domain 1: The scope and purpose of the guidelines

1. The overall purpose of the guidelines is specifically described.

- Strongly Disagree 1
- Disagree 2
- Neutral 3
- Agree 4
- Strongly Agree 5

2. The population (caregivers and families of children below the age of three) to whom the guidelines are meant to apply is specifically described.

- Strongly Disagree 1
- Disagree 2
- Neutral 3
- Agree 4
- Strongly Agree 5

Any comment or feedback you would like to provide regarding the purpose or the target population of the guidelines?

Domain 2: Stakeholder involvement

3. The target users of the guidelines are clearly defined in the document.

Strongly Disagree 1

Disagree 2

Neutral 3

Agree 4

Strongly Agree 5

4. The guideline development group includes individuals from relevant health care professional groups.

Strongly Disagree 1

Disagree 2

Neutral 3

Agree 4

Strongly Agree 5

Any comment or feedback you would like to give regarding the target users of the guidelines or the professions of the persons who developed the document?

Domain 3: Trustworthiness of the development process

5. The method for formulating the guidelines is clearly described.

Strongly Disagree 1

Disagree 2

Neutral 3

Agree 4

Strongly Agree 5

Any comment or feedback you would like to give regarding the method of the development process?

Domain 4: Clarity of presentation

6. The guidelines are specific and unambiguous.

Strongly Disagree 1

Disagree 2

Neutral 3

Agree 4

Strongly Agree 5

Any comment or feedback you would like to give regarding the clarity of the recommendations? Please indicate the number of the recommendation which you are commenting on.

Domain 5: Applicability

7. The guidelines are relevant to the South African context.

Strongly Disagree 1

Disagree 2

Neutral 3

Agree 4

Strongly Agree 5

Any comment or feedback you would like to give regarding the applicability of the recommendations? Please indicate the number of the recommendation which you are commenting on.

Domain 6: Editorial independence

8. The authors have declared that there is no conflict of interest.

Strongly Disagree 1

Disagree 2

Neutral 3

Agree 4

Strongly Agree 5

Any comment or feedback you would like to give regarding the editorial independence?

Overall guideline assessment

1. Rate the overall quality and feasibility of the guidelines.

Lowest Possible Quality 1

Low Quality 2

Neutral 3

High Quality 4

Highest Possible Quality 5

Any comment or feedback you would like to give regarding the quality and feasibility of the guidelines? Please indicate the number of the guideline and/or recommendation which you are commenting on.

2. I would recommend the guidelines for use.

Yes

Yes, with modifications

No

If you answered 'No', please state your reason(s).

Thank you for taking the survey. Please forward the survey link to any speech therapist/s that might be interested in participating.

Bylaag D

Finale weergawe van “Praktiese riglyne vir KLEK VKI”-dokument

(’n Groter weergawe is hier beskikbaar: <https://www.litnet.co.za/wp-content/uploads/2025/06/KLEK-VKI-Bylaag-D.pdf>)

PRACTICAL GUIDELINES FOR CROSS-LINGUISTIC AND CROSS-CULTURAL(CLCC) EARLY COMMUNICATION INTERVENTION (ECI) ²	
AIM	This document describes potential adaptations to the practices of speech-language therapists (SLTs) who undertake cross-linguistic and cross-cultural (CLCC) early communication intervention (ECI) i.e. intervention with children below 3 years with communication difficulties. The guidelines, which comprise proposals or recommendations taken from the literature, are intended for implementation based on SLTs' own discretion and experience of what works in specific scenarios with caregivers and children. The guidelines apply to all communication disorders that lead to communication difficulties in young children and to the caregivers of pre-school children whose communication difficulties are identified late. The document is meant to complement existing guidelines for cross-linguistic and cross-cultural ECI. The purpose of the guidelines is to support culturally responsive speech-language therapy practices that are underpinned by research. Culturally responsive practices form part of the four key principles of ECI and plays a role in providing accessible and appropriate services. The guidelines are based on the NICE Guidelines Manual and the AGREE II Framework for Advancing Guideline Development. Two guideline documents of the Health Professions Council of South Africa (HPCSA) were also consulted, namely the Guidelines for Practice in a Culturally and Linguistically Diverse South Africa and the Guidelines for Good Practice in the Healthcare Professions: General Ethical Guidelines for the Healthcare Professions. The guidelines rely on available research evidence. • They were developed by an independent and unbiased guideline development group. • The guideline development group are committed to the promotion of equality, equity, and diversity. • The guidelines comprise an integrated list of recommendations made by SLTs and caregivers, as obtained from a scoping review and two qualitative research studies.
DEVELOPMENT OF THE GUIDELINES	The guidelines are based on the findings of the following three articles: 1. Botha, M., Gerber, B. & Van der Merwe, A. 2021. Barriers in cross-linguistic and cross-cultural paediatric speech-language therapy and strategies for promoting culturally safe practices: a scoping review. <i>LitNet Akademies</i>, 18(3):673-701. 2. Botha, M. & Gerber, B. 2023. Cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention: the lived experiences of speech-language therapists. <i>LitNet Akademies</i>, 20(2):449-97. 3. Botha, M., Gerber, B. & van der Merwe, A. 2024. Cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention: the experiences of caregivers (and not lived experiences). <i>LitNet Akademies</i>, 21(2) Method of development: The strategies and recommendations put forward by SLTs from England, the United States, Canada, Brazil, Hong Kong and the Eastern Cape province of South Africa as well as the suggestions of caregivers in the Eastern Cape were integrated into a single, general list of recommendations. These were analysed, from which 14 guiding principles were identified. Guideline development group: The guideline developers were three SLTs with clinical and research experience of cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention as well as a nursing practitioner and researcher with specific expertise in the selected research methodology.
How to use the guidelines	Each of the 14 guiding principles are accompanied by one to seven recommendations that SLTs may follow to achieve the specific guideline. Direct guidelines are divided by target group, namely caregivers, interpreters, families, children, and SLTs. Indirect guidelines apply to SLTs only. Declaration of dependence: This study was made possible by financial assistance from the <i>Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns</i> as well as Stellenbosch University's Postgraduate Bursary Office. The funders' views have not had any impact on the content of the guidelines.
Target users and target population	The target users of this guideline document are SLTs who deliver cross-linguistic and cross-cultural early communication intervention to a target population consisting of caregivers and families of children below the age of three as well as other role players such as interpreters. ²When the caregiver and child's first language or cultural background differs from the SLTs.
DIRECT GUIDELINES	
GUIDELINES RELATING TO CAREGIVERS	
Direct guideline principles refer to those guidelines and recommendations which the SLT can apply during the early communication session with the caregiver.	
1 Prioritise dignity and respect language preferences, different cultures, convictions, and value systems.	3 Facilitate caregiver participation and monitor caregiver understanding.
1.1 Respect the caregiver's perception of the reason why the child presents with a communication delay/disability (e.g. a punishment or curse, failure to perform traditional rituals, witchcraft, bad luck, etc.) as well as how it could be treated (e.g. supernatural healing, traditional medicine, etc.).	3.1 Ask the caregiver to reformulate the child's speech and language diagnosis in their own words. The same could be done with home programmes, asking the caregiver to explain in their own words how the home programme can be carried out at home.
1.2 Take note and be cognisant of traditional healing practices.	3.2 Welcome and encourage the caregiver's questions and observe the caregiver's reaction when important information is shared.
1.3 Offer privacy to caretakers who have religious clothing items to remove and put back on.	3.3 Allow sufficient opportunity for the caregiver to practise and master certain techniques, during the therapy session, thereby monitoring understanding.
1.4 Ask the caregiver about the child's home language development to account for the impact of linguistic diversity on assessment and intervention.	4 Secure caregiver buy-in, participation, and feedback.
1.5 Take note of caretakers' attitudes towards Western therapies, which have likely been influenced by colonisation or other historical factors, as well as their ideas relating to indigenous knowledge and African philosophy.	4.1 Prepare and inform the caregiver as to what could be expected during assessment and therapy, jointly plan objectives, and forge a partnership.
1.6 Avoid offending the caregiver in conversations about cultural customs by communicating with the utmost respect, sensitivity, and care. Be cognisant of different verbal and non-verbal communication preferences.	4.2 Embrace and encourage the caregiver's suggestions as to how therapy activities may be modified at home to be more appropriate.
2 Make innovative and situation-appropriate adaptations in communication.	4.3 Encourage the caregiver to actively take part in the therapy session rather than waiting outside the room.
2.1 Speak slower, simplify grammatical structure of spoken language, and use gestures where necessary.	4.4 Ask the caregiver about their observations at home while the home program activities are carried out in the child's natural environment.
2.2 Frequently repeat key concepts and use comparisons and demonstrations to explain them.	4.5 Ask the caregiver to keep a record of which home-based activities work well and which do not, and discuss this during the therapy session.
2.3 Use concrete methods such as written words, pictures, diagrams, and videos to support abstract ideas and explanations.	4.6 Supply goal-oriented activities, along with checklists that the caregiver can use at home to indicate whether the tasks were carried out successfully or not.
2.4 Where needed, change how the caregiver addresses you to neutralise power imbalances, e.g. use your first name rather than 'doctor'.	4.7 Where possible, invite the caregiver to phone the practice/hospital/clinic with any questions that may arise at home or after the therapy session.

²ECI refers to the raising awareness, prevention, assessment and treatment of speech-language difficulties in children under 3 years of age in collaboration with their caregivers (American Speech-Language-Hearing Association 2008; South African Speech-Language-Hearing Association 2017).

PRACTICAL GUIDELINES FOR CROSS-LINGUISTIC AND CROSS-CULTURAL(CLCC)¹EARLY COMMUNICATION INTERVENTION (ECI)²

DIRECT GUIDELINES

Direct guideline principles refer to those guidelines and recommendations which the SLT can apply in the session with the caregiver.

GUIDELINES RELATING TO THE FAMILY

5 Understand and engage the family, embracing their uniqueness.

- 5.1 Get to know and understand dynamics and unique circumstances of the family.
- 5.2 Invite family members to attend the therapy sessions and afford them a chance to share tips and strategies that they are using at home.

- 5.3 Invite the caregiver to bring along an older child from the household to the therapy sessions to facilitate carry-over of therapy goals at home.

GUIDELINES RELATING TO THE SLT

8 Optimise your own understanding of the child's functioning.

- 8.1 Use dynamic assessment. Consider the use of home videos. Discuss with caregivers the option of taking a home video of the child in their home environment as an information gathering tool.
- 8.2 Obtain input from the child's educator where possible.

9 Be sensitive to the unique needs and challenges of the child and caregiver – flexibility in terms of how therapy is applied, resources, and good use of time.

- 9.1 Offer multiple opportunities for assessment in various contexts such as the home, practice, clinic or school, where possible.
- 9.2 Be flexible, not every client can be treated the same.

- 9.3 Use items that are similar to those available in the child's natural environment, e.g. everyday items or homemade toys rather than store-bought toys. Alternatively, the caregiver may be asked to bring along items from the home so that their application in communication intervention could be illustrated.



7 Train interpreters.

- 7.1 Use the same interpreter, where possible.
- 7.2 Inform the interpreter of the purpose of the therapy session beforehand.
- 7.3 Request the interpreter to translate the complete message, including any caregiver comments.
- 7.4 Ensure that the caregiver consents to the use of an interpreter.
- 7.5 When addressing the caregiver, make eye contact with the caregiver rather than with the interpreter.



INDIRECT GUIDELINES

Indirect guideline principles refer to guidelines and recommendations SLTs can implement to commit themselves daily to culturally responsive CLCC ECI.

GUIDELINES RELATING TO THE SLT

10 Promote the profession and develop strategies to enhance curricula and accelerate diversification of the workforce.

- 10.1 Participate in and plan awareness campaigns to promote the profession among Grade 10-12 learners.
- 10.2 Plan and conduct campaigns among different communities and caregivers to raise awareness of speech-language delays/disorders and the SLT's role in treating these.

- 10.3 Motivate for amendments to early communication intervention curricula, particularly with regard to working with caregivers to ensure that therapy objectives are successfully transferred to the child's home and school environment.

- 10.4 Motivate for the appointment of more SLTs and more SLTs that represent the language and culture of the clients from specific clinics and hospitals.

11 Ensure that assessment and therapy material suit the caregiver's circumstances and make the necessary adjustments.

- 11.1 When International, English, standardised test material is adapted informally, engage the caregiver or an interpreter in the translation of instructions to ensure that the child will understand.

- 11.2 First test the suitability of stimulus pictures, instructions and directions on neurotypical children from the same linguistic and cultural background before applying them to children with communication delays/disorders.

12 Consult other stakeholders in the field of cross-linguistic and cross-cultural speech-language therapy to enhance your own expertise.

- 12.1 Persons who may be consulted in this regard include colleagues who work across linguistic and cultural boundaries, multicultural friends or family members, as well as persons who serve as cultural interpreters or cultural brokers.

13 Deepen your empathy by connecting with the 'inner person and understanding clients' potential discomfort in context.

- 13.1 Develop empathy for clients by imagining having to consult a doctor or other healthcare professional whose first language or culture is different from yours while you speak only broken English.

14 Make an effort to expand your own knowledge of cultural customs and languages – be culturally competent and develop cultural humility.

- 14.1 Learn at least a few words or phrases in the home language of the caregiver and child. Learn how to greet in their home language. Ask the caregiver to assist with the acquisition of new words in the child's home language and produce flashcards so that basic words are always visible in the therapy room.

- 14.2 Conduct home visits where possible and take part in cultural events or gatherings.

- 14.3 Explore online or mobile apps that support communication with the caregiver/child in their home language, e.g. Google Translate.

- 14.4 Identify the head of the household. Engage this person in decision-making and share important information regarding the child's diagnosis and progress with them.



¹Cultural competence is a dynamic and complex process requiring ongoing self-assessment, continuous cultural education, openness to others' values and beliefs, and a willingness to share one's own values and beliefs. This is a process that evolves over time. It begins with understanding one's own culture, continues through reciprocal interactions with individuals from various cultures, and extends through one's own lifelong learning.

²Cultural humility is a lifelong process of self-reflection and self-critique whereby individuals with an open mind and heart learn to appreciate and work with one's own cultural beliefs and values and the cultural identities of others (Trenson & Murray-Garcia, 1998)