
De invloed van regionale communicatie op mogelijke taalkeuzes

Een onderzoek naar de invloed van regionale verschillen in de inhoud van informatievoorziening van professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen.

A study about the influence of regional differences in the content of information provision, which professionals give to parents of young deaf children about possible language choices.

Radboud Universiteit



Student:	Danique Nijland
Cursus:	Bachelor scriptie Communicatie- en informatiewetenschappen
Scriptiethema	Taalkeuzes voor dove kinderen met horende ouders
Eerste begeleider:	Dr. E. A. Ormel
Tweede lezer:	Prof. O. A. Crasborn
Aantal woorden:	6797
Datum:	4 juni 2021

Samenvatting

Wanneer kort na de geboorte blijkt dat een kind doof of slechthorend is gaan ouders in gesprek met professionals om te praten over de mogelijke interventie en taalkeuzes. Uit onderzoek in Vlaanderen is gebleken dat de informatie die een professional aan de ouders geeft over de doofheid van hun kind afhankelijk is van het centrum waarvoor de professional werkt. In Nederland is hier enkel anekdotisch bewijs voor. Daarom werd er onderzocht in hoeverre er in Nederland misschien eveneens regionale verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen.

Om de regio's te operationaliseren zijn deze ingedeeld in vier regio's: Noord en Oost, Zuid, Noord-West en Zuid-West Nederland. De informatievoorziening werd geoperationaliseerd aan de hand van drie overwegingen: rechtvaardigheid (gelijke behandeling), autonomie (respect) en weldoen (het juiste doen). Er hebben 22 vrouwelijke respondenten meegedaan aan het onderzoek. De respondenten konden de enquête (zie appendix 3) via Qualtrics invullen. In het onderzoek werden de ervaringen van de ouders met vier professionals onderzocht: audioloog, KNO-arts, gezinsbegeleider en logopedist. Per professional werden er 27 vragen gesteld/stellingen voorgelegd. Daarnaast werden er tien vragen gesteld onafhankelijk van de professional.

Uit de resultaten is gebleken dat er geen algemene verschillen zijn tussen de regio's in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. Echter waren er wel minimale verschillen, waardoor er een aanvullende toets is uitgevoerd. Deze toets is uitgevoerd onder drie van de vier professionals en hieruit bleek dat er wel verschillen zijn in rechtvaardigheid tussen regio 1 (Noord en Oost) en regio 4 (Zuid-West). Bij autonomie en weldoen bleken ook hier geen verschillen tussen de regio's te zijn.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Hoofdstuk 1. Inleiding	3
Hoofdstuk 2. Methode	10
2.1 Instrumentatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1.1 Operationaliseren van de onafhankelijke variabele	10
2.1.2. Operationaliseren van de afhankelijke variabele	11
2.2 Respondenten.....	12
2.3 Procedure	13
Hoofdstuk 3. Resultaten.....	14
3.1 Algemene gegevens.....	14
3.2 Statistische toetsing.....	16
3.3 Resultaten ingezoomd	16
3.4 Aanvullende statistische toetsing.....	19
3.5 Overige resultaten	20
Hoofdstuk 4. Conclusie en discussie	21
4.1 Conclusie.....	21
4.2 Mogelijke verklaring resultaten.....	21
4.3 Beperkingen.....	22
4.4 Aanbeveling vervolgonderzoek	23
4.5 Aanbeveling praktijk	24
Literatuurlijst.....	26
Appendix.....	31
Appendix 1: Checklist ethische toetsing.....	31
Appendix 2: Wervingsbrief	36
Appendix 3: Enquêtevragen	38
Appendix 4: Ervaring met de vier professionals.....	42
Appendix 5: De ideale begeleiding van de vier professionals	46
Appendix 6: Verklaring geen fraude en plagiaat	52

Hoofdstuk 1. Inleiding

Na negen maanden van spanning en geduld is het voor ouders zo ver: het vasthouden van hun baby en de vreugde die daarbij vrijkomt. In de weken na de geboorte worden er verschillende testen uitgevoerd om inzicht te krijgen in de toestand van de baby. Eén van die testen is de gehoortest om te onderzoeken of het kind voldoende hoort (RIVM, 2017). In 2018 zijn er in Nederland 214 baby's geboren met dubbelzijdig gehoorverlies (Graaff-Korf, Wins, Van Dommelen, Van Straaten, & Verkerk, 2018; Van der Ploeg, Wins, & Verkerk, 2019). Echter heeft slechts 5% van de kinderen met een gehoorbeperking ouders die zelf ook doof zijn (Moores, in Prawiro-Atmodjo, Langendoen, & Tijsseling, 2016). Door de onbekendheid over gehoorverlies bij ouders kan het vreugdegevoel plaats maken voor negatieve emoties en spelen er belangrijke vragen op bij de ouders, zoals: wat zijn de gevolgen van doofheid? Welke taalkeuzes zijn er voor mijn kind? Wie gaat mij hierbij helpen (RIVM, 2017)?

Om te kunnen communiceren in Nederland is van belang om de Nederlandse taal of de Nederlandse gebarentaal (NGT) te beheersen. Voor de gesproken taalontwikkeling is het belangrijk dat kinderen de Nederlandse taal leren begrijpen en spreken. Hiervoor moet een kind afzonderlijke woorden uit een zin kunnen filteren. Bij elk afzonderlijk woord is het van belang dat een kind weet waar het voor staat en het woord in een context kan plaatsen. Als kinderen hier veel mee oefenen wordt de informatie opgeslagen in het langetermijngeheugen (De Hoog, Knoors, Verhoeven, Langereis, & van Weerdenburg, 2017). Een andere manier om te kunnen communiceren is NGT. NGT is via een natuurlijk proces ontstaan: dove mensen kwamen samen en bedachten hun eigen woordenschat en grammaticaregels. Eind 2020 is NGT erkend als officiële taal in Nederland (Kentalis, z.d.-a). Gebarentaal kenmerkt zich door het bewegen van vingers, handen en armen (Doof, z.d.). In het begin imiteert een kind de gebaren van de ouders en na verloop van tijd kunnen kinderen duidelijkere gebaren maken en zijn ze in staat om te communiceren (Kentalis, z.d.-b). Niet alleen dove mensen maken gebruik van gebarentaal: steeds meer niet-dove mensen hebben interesse om gebarentaal te leren. Hierdoor groeit gebarentaal wereldwijd (De Meulder, 2018). Kortom, zowel de Nederlandse taal als NGT zorgen ervoor dat een kind zich op het gebied van taal kan ontwikkelen.

De taalontwikkeling begint voor de meeste horende kinderen en dove kinderen niet op hetzelfde moment. Dit komt omdat horende kinderen spraakgeluid van de moeder

tijdens de zwangerschap kunnen opnemen en dove kinderen hiertoe niet in staat zijn. De taalontwikkeling voor horende kinderen begint dus al tijdens de zwangerschap: het geluid wordt via het vruchtwater overgebracht naar het oor van de foetus. Hierdoor kan de baby in de baarmoeder al geluid waarnemen en start de taalontwikkeling van een baby voor de geboorte (Granier-Deferre, Ribeiro, Jacquet, & Bassereau, 2011; Van Beemen, 2010). Uit onderzoek van Stone, Petitto en Bosworth (2018) blijkt dat de taalontwikkeling van een foetus die geen spraakgeluid van de moeder ontvangt (doordat de moeder doof is en gebruik maakt van gebarentaal) pas na de geboorte begint. Dit betekent dat de taalontwikkeling van een dove foetus, die ook geen geluiden kan waarnemen in de baarmoeder, pas begint na de geboorte. Dit leidt ertoe dat een dove baby de eerste fase van de taalontwikkeling mist in tegenstelling tot een horende baby wiens moeder regelmatig spreekt.

Na de geboorte van een horend kind gaat de taalontwikkeling verder, terwijl de taalontwikkeling van een doof kind pas start na de geboorte. Uit onderzoek van Sahli (2019) blijkt dat taal bij kinderen zich het snelste ontwikkelt tot en met het derde levensjaar. Dit komt doordat de hersenen van kinderen tot en met drie jaar een grote groei doormaken en daarna neemt de groei af. Wanneer een kind dus veel oefent met de taal zal het gedeelte van de hersenen waar deze informatie ligt opgeslagen zich sneller ontwikkelen dan dat er niet geoefend wordt (Sensi-orthopedagogie, 2021; Van Holst Pellekaan et al., 2014). De taalontwikkeling van horende kinderen start al in de baarmoeder en gaat na de geboorte verder, omdat ouders direct beginnen met het spreken van de Nederlandse taal tegen hun baby (Curtiss, in Mayberry, 2007). In tegenstelling tot de gesproken Nederlandse taal hebben de meeste horende ouders in Nederland (en elders) geen ervaring met NGT, waardoor zij dit eerst moet leren. Pas wanneer zij in staat zijn om te gebaren naar hun kind toe begint de taalontwikkeling voor een doof kind (Moores, in Prawiro-Atmodjo, Langendoen, & Tijsseling, 2016; Schien & Delk, in Mayberry, 2007). Het is belangrijk om zo vroeg mogelijk te beginnen met NGT, omdat onderzoek van Mayberry (2007) uitwijst dat hoe vroeger iemand de moedertaal leert (in dit geval gebarentaal, de meest toegankelijke taal vanwege de visuele aard van de taal) hoe beter de taalvaardigheden zijn die deze persoon beheerst. Voor zowel horende als dove kinderen is het van belang om zo vroeg mogelijk na de geboorte te worden blootgesteld aan de Nederlandse (gebaren)taal, omdat de hersenen tot het derde levensjaar het snelste groeien.

Hierdoor is het van belang dat ouders zo snel mogelijk na de geboorte weten of hun kind doof is. Om hierachter te komen wordt er tussen de 96 uur en 168 uur na de geboorte een neonatale gehoorscreening uitgevoerd. De ouders worden met hun kind door de screener doorgestuurd naar het Audiologisch centrum als blijkt dat het kind na de derde screeningsronde onvoldoende hoort. Een kind is doof wanneer het een slechtwerkend slakkenhuis heeft of als de zenuwen het geluid niet goed kunnen transporteren naar de hersenen.

Wanneer uit de neonatale gehoorscreening blijkt dat een baby doof is gaan ouders in gesprek met meerdere professionals (in het bijzonder een KNO-arts, audioloog, gezinsbegeleider en logopedist). Totdat een kind in staat is om zijn of haar eigen keuzes te maken op het gebied van gezondheidszorg hebben de ouders de verantwoordelijkheid om een taalkeuze te maken voor hun kind en daarmee voor hun gezin (The Patients' Rights Act, 1999). Uit onderzoek van Matthijs et al., (2012) blijkt dat de beslissingen van ouders over de interventie en taalkeuze voor hun dove kind afhangen van de (eerste) informatie die zij ontvangen van de professional. Dit onderzoek wordt aangevuld door het onderzoek van Decker, Vallotton en Johnsen (2012) waaruit blijkt dat de informatie van de professional de meeste invloed heeft op de beslissingen van ouders voor hun kind. In de eerste paar gesprekken ontvangen ouders veel informatie van de professional en is het al van belang dat de ouders beslissingen maken. Dit komt doordat er idealiter vóór zes maanden een interventie moet worden uitgevoerd (Kurtzer-White & Luterman, 2003; RIVM, 2017; Sahli, 2019). Dit betreft bijvoorbeeld een CI, gehoorapparaat en/of gebarentaaltraining voor ouders en kind (Hall, Eigsti, Bortfeld, & Lillo-Martin, 2018)

Tijdens de gesprekken tussen de professional en de ouders kunnen emoties zoals verdriet en angst over de doofheid van hun kind ervoor zorgen dat ouders een verkorte beslissingsprocedure doorlopen. Ten eerste verwerpen ouders de informatie die ze ontvangen van de professional wanneer het niet overeenkomt met hun denkwereld. Ze onthouden alleen de informatie die wel correspondeert met hun gedachten (Kurtzer-White & Luterman, 2003). Hierdoor is er een grote kans dat ouders alleen deze informatie meenemen in hun besluit en pas na de taalkeuze kennis maken met alternatieve opties (Young et al., 2006; Kluwin & Stewart, 2000). Ten tweede hebben de ouders de neiging om de verantwoordelijkheid voor de taalkeuze bij de professionals neer te leggen. Dit komt doordat ouders veel informatie ontvangen en zij niet weten hoe de toekomst van hun kind

eruit gaat zien (Kurtzer-White & Luterman, 2003). Samenvattend betekent dit dat ouders tijdens belangrijke beslissingen voor hun kind niet altijd goed nadenken over hun beslissingen of het lastig vinden om beslissingen te maken.

In deze gesprekken wordt er besproken welke interventie het beste bij het kind past. Het is van belang dat kinderen zo vroeg mogelijk een interventie ondergaan, omdat dit over het algemeen de kwaliteit van het leven verbetert. Kinderen die gediagnosticeerd zijn vóór zes maanden en die zo vroeg mogelijk een gehoorstoestel of cochleair implantaat (CI) hebben gekregen beschikken over vergelijkbare taalkundige vaardigheden als horende leeftijdsgenoten. Voor kinderen van drie jaar betreffen deze taalkundige vaardigheden de herkenning van het aantal woorden en het zinsniveau. Voor kinderen tussen de vier en tien jaar wordt er in het onderzoek gesproken over taalontwikkeling in het algemeen. (Cuda, Murri, Guerzonu, Fabrizi, & Mariani, 2014; Kasai, Fukushima, Omori, Sugaya, & Ojima, 2012). Onderzoek van Sahli (2019) deelt dezelfde resultaten: 62% van de dove kinderen, die voor zes maanden zijn geïdentificeerd met gehoorverlies, laten op sociaal en taalkundig gebied dezelfde resultaten zien op tweejarige leeftijd als horende leeftijdsgenoten. Echter laat het onderzoek van Bouchard, Ouellet en Cohen (2009) zien dat de mate waarin dove kinderen gelijke spraak- en taalvaardigheden hebben als horende leeftijdsgenoten niet alleen afhangt van een CI of gehoorapparaat. Factoren zoals het gezin, de leeromgeving en de ontwikkeling van een kind hebben invloed op de vaardigheden. Doordat deze factoren voor ieder kind verschillend zijn, is het niet vanzelfsprekend dat elk kind met een CI of gehoorapparaat dezelfde vaardigheden heeft als een horende leeftijdsgenoot. Als een baby pas na zes maanden wordt gediagnosticeerd met gehoorverlies kan dit de ontwikkeling van spraak- en taalvaardigheid vertragen (Fulcher, Purcell, Baker, & Munro, 2015). Het is dus voor de kwaliteit van leven van een dove baby van belang dat er zo vroeg mogelijk een passende interventie wordt gekozen en dat de bovengenoemde factoren zog goed mogelijk (georganiseerd) zijn.

Daarnaast wordt er tijdens de gesprekken tussen de ouders en de professionals veelal ook gesproken over de verschillende taalkeuzes. Dove kinderen hebben de keuze tussen de gesproken Nederlandse taal, NGT of Nederlands ondersteund met gebaren (NmG). Met behulp van een gehoorstoestel of CI zijn dove kinderen in staat om geluid waar te nemen. Bij een doof kind waarvan het slakkenhuis niet helemaal kapot is kan een gehoorapparaat helpen bij het waarnemen van geluid. Dit komt omdat een gehoorapparaat

de binnenkomende geluiden harder maakt. Wanneer een slakkenhuis kapot is en het kind helemaal niks hoort werkt een gehoorapparaat niet. Bij een CI worden er elektronische signalen verstuurd waardoor de gehoorzenuw toch geluid kan opnemen, ook als het slakkenhuis kapot is (De Hoog et al., 2017; Humphries, 2016; UMCG, z.d.). Zowel de Nederlandse taal als NGT hebben voordelen. Een van de belangrijkste voordelen van de gesproken Nederlandse taal is dat bijna alle Nederlanders deze taal spreken. Een doof persoon is op deze manier niet beperkt om te communiceren met mensen die alleen gebruik maken van NGT. Wanneer iemand alleen gebruik maakt van NGT zou diegene (bijna) niet duidelijk kunnen maken aan andere mensen wanneer hij bijvoorbeeld hulp nodig heeft in de supermarkt of als die persoon duidelijk wil maken dat er een gevaarlijke situatie is (Kushalnagar et al., 2010). Een voordeel van gebarentaal is dat kinderen een beter ruimtelijk inzicht hebben, doordat ze gewend zijn om gebaren te interpreteren. Daarnaast stimuleert de gebarentaal de gesproken taal, doordat ouders bij de gebaren naar hun kinderen toe automatisch hun lippen bewegen. Door het zien van deze lipbewegingen zijn kinderen beter in staat om zelf deze woorden uit te spreken (Kushalnagar et al., 2010). Tot slot kan een doof kind zich buitengesloten voelen als het kind in een sociale omgeving zichzelf niet kan uitten. Met gebarentaal hoeft een kind zich minder in te spannen (wanneer gebarentaal de moedertaal is) en voelt het kind zich meer op zijn of haar gemak (Van Staden, Badenhorst, & Ridge, 2009). Ouders hebben de mogelijkheid om hun kind eentalig op te voeden waarbij ze een keuze maken uit de Nederlandse taal en NGT, maar het is ook mogelijk om beide talen toe te passen waardoor een kind tweetalig wordt opgevoed. Het komt erop neer dat zowel de Nederlandse gesproken taal als NGT eigen voordelen hebben. Kinderen kunnen via beide talen communiceren met andere mensen (Emmorey, in Humphries, 2016).

Om tot een beslissing te komen over deze taalkeuze benadrukt Beattie (2010) vier ethische overwegingen voor manieren van communiceren van professionals naar ouders: autonomie (respecteren van de patiënt), weldoen (het juiste doen voor de patiënt), niet weldoen (het onjuiste doen voor de patiënt) en rechtvaardigheid (geen discriminatie, oprecht zijn en een gelijke behandeling voor iedere patiënt). Deze vier ethische overwegingen moeten ervoor zorgen dat een professional alle mogelijke interventies en taalkeuzes met de ouders bespreekt zonder dat de professional de voorkeur uitspreekt over bepaalde keuzes. Daarnaast mag de professional geen druk opleggen aan de ouders. Dit zorgt ervoor dat ouders een keuze kunnen maken voor hun kind waar zij zelf helemaal

achter staan (Beattie, 2010). Ouders geven aan dat een ondersteunende professional hen stimuleert bij het nemen van beslissingen voor hun kind (Antonovsky, in Aarthun, Oymar, & Akerjordet, 2018). Uit onderzoek van Aarthun, Oymar en Akerjordet (2018) blijkt dat ouders zich gestimuleerd voelen door een professional als de informatie persoonlijk is en de band tussen hen goed is. Dit geeft ouders het gevoel dat de professional hen begrijpt, dat hun mening telt en dat zij zelf de controle hebben over hun dove kind (Antonovsky, in Aarthun, Oymar, & Akerjordet, 2018). Het is dus van belang dat professionals zich houden aan de overwegingen van Beattie, omdat ouders zich op deze manier gesteund voelen.

Deze manier van ethisch communiceren wordt echter niet altijd nageleefd. Uit onderzoek van Young (in Decker, Valloton, & Johnsen, 2012) blijkt namelijk dat ouders van dove kinderen de periode na de beslissing rondom de taalkeuze voor hun kind vonden dat ze niet voorzien waren van alle informatie. De oorzaak hiervan is dat de professional een voorkeur heeft voor een bepaalde taalkeuze en deze meer aanmoedigt dan de taalkeuze waarvan hij niet overtuigd is. Uit het onderzoek van Decker, Vallotton en Johnsen (2012) blijkt dat de meeste professionals waarmee ouders in aanraking komen een voorkeur hebben voor de gesproken taal. Het onderzoek van Eleweke en Rodda (2000) deelt dezelfde resultaten. De professionals in hun onderzoek vinden dat de gebarentaal een kind belemmert in de taalontwikkeling. Hierdoor spreken zij de voorkeur uit voor de gesproken taal in combinatie met een gehoorapparaat (er wordt ook gesproken over 'andere versterkingsapparaten'). Daarnaast hadden de ouders van het dove kind het gevoel dat de professional te weinig informatie gaf over de mogelijke taalkeuzes (Eleweke & Rodda, 2000). Uit beide onderzoeken wordt duidelijk dat sommige professionals de voorkeur uitspreken voor gesproken taal en dat deze professionals niet alle informatie bespreken over de beschikbare taalkeuzes.

Ouders voeren de eerste gesprekken over de gehoorstatus van – en taalkeuzes voor hun kind in verschillende regio's in Nederland. Echter is er nog geen onderzoek gedaan naar deze regionale verschillen in de inhoud van informatievoorziening van de verschillende professionals rondom taalkeuzes voor dove kinderen. Deze mogelijk regionale verschillen kunnen een probleem vormen, omdat op deze manier niet elk doof kind in Nederland gelijke kansen krijgt voor een bepaalde taalkeuze die de kwaliteit van het leven kan beïnvloeden. Er zijn twee argumenten waarop gebaseerd kan worden dat er hoogstwaarschijnlijk regionale verschillen van de inhoud van informatievoorziening zijn. Ten eerste toont onderzoek van

Matthijs et al. (2012) uitgevoerd in Vlaanderen aan dat de informatie die professionals verschaffen aan ouders over de doofheid van hun kind verschillend is per centra (hieronder vallen revalidatiecentra, KNO-afdelingen van ziekenhuizen en onderwijs en ondersteunende diensten). In Nederland is er enkel anekdotisch bewijs dat er regionale verschillen zijn op het gebied van informatievoorziening voor ouders van dove kinderen, maar dit is nooit onderzocht. Ten tweede is Oldenhof, universitair docent aan Erasmus School of Health Policy & Management, op dit moment bezig met een vier jaar durend onderzoek naar de decentralisatie van de zorg (EUR, 2018a). Decentralisatie leidt tot een toename van verschillen in de toekenning en kwaliteit van de zorg (EUR, 2018b). De resultaten van het onderzoek moeten zorgen voor betere zorg in Nederland (EUR, 2018a). In bredere zin stelt Oldenhof dat er op dit moment verschillen zijn tussen en binnen gemeenten in het aanbieden van zorg in Nederland (EUR, 2018a). De kans dat niet elk doof kind dezelfde mogelijkheden krijgt, de verschillen in informatievoorziening in Vlaanderen in combinatie met het anekdotisch bewijs in Nederland en het onderzoek van Oldenhof leiden tot de volgende onderzoeksvraag: in hoeverre zijn er regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen?

H0: Er zijn geen regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen.

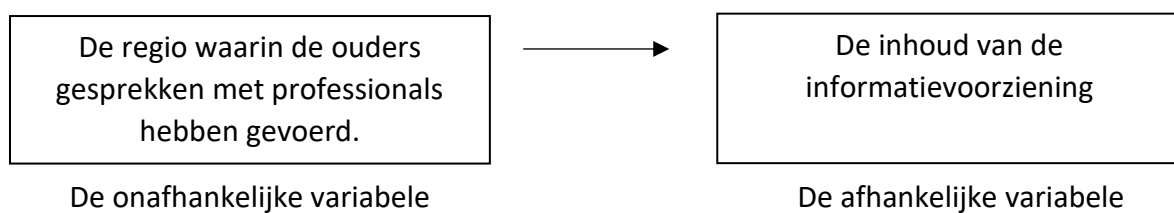
H1: Er zijn regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen.

Hoofdstuk 2. Methode

2.1 Instrumentatie

In het onderzoek is er één onafhankelijke variabele onderzocht: de regio waarin de ouders gesprekken met professionals hebben gevoerd. Daarnaast werd er in het onderzoek één afhankelijke variabele onderzocht: de inhoud van de informatievoorziening. De afhankelijke variabele is opgedeeld in drie overwegingen: rechtvaardigheid, autonomie en weldoen. In figuur 1 staan de onafhankelijke en afhankelijke variabele overzichtelijk weergegeven.

Figuur 1. Analysemodel onafhankelijke- en afhankelijke variabele



2.1.1 Operationaliseren van de onafhankelijke variabele

Ouders komen tot het moment waarop ze een beslissing maken over taalkeuze voor hun dove kind het meeste in aanraking met de KNO-arts, audioloog, gezinsbegeleider en logopedist. Om de onafhankelijke variabele te operationaliseren is er een enquête uitgezet. In de enquête (zie appendix 3) werd er aan de ouder en/of verzorger gevraagd in welke plaats in Nederland zij met de desbetreffende professional (KNO-arts, audioloog, gezinsbegeleider en logopedist) gesprekken hebben gehad met betrekking tot de doofheid van hun kind. De ouder en/of verzorger kreeg de keuze om alle plaatsen in een provincie in Nederland aan te vinken die vervolgens zijn onderverdeeld in vier regio's: Noord en Oost (regio 1), Zuid (regio 2), Noord-West (regio 3) en Zuid-West (regio 4). In tabel 1 wordt weergegeven welke provincie in welke regio valt.

Tabel 1. Onderverdeling van de provincies naar de regio's

De regio	De provincies
Regio 1: Noord en Oost	Drenthe, Friesland, Gelderland, Groningen en Overijssel
Regio 2: Zuid	Limburg, Noord-Brabant en Zeeland
Regio 3: Noord-West	Noord-Holland

2.1.2. Operationaliseren van de afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele is geoperationaliseerd op basis van drie van die vier ethische overwegingen van Beattie (2010): rechtvaardigheid, autonomie, weldoen en niet-weldoen. Er zijn in totaal vier ethische overwegingen, maar in dit onderzoek werd er gewerkt met drie ethische overwegingen: weldoen en niet-weldoen vallen in het huidige onderzoek onder één overweging; 'weldoen'. De respondenten kregen voor elke professional (KNO-arts, audioloog, gezinsbegeleider en logopedist) dezelfde zestien stellingen voor rechtvaardigheid, twee stellingen voor weldoen en vier stellingen voor autonomie (zie appendix 3 en tabel 2). In totaal moesten er 22 stellingen per professional worden beantwoord door de respondenten. Om de stellingen te analyseren is er gekozen voor de 7-punts Likertschaal gebaseerd op het onderzoek van Maricchiolo, Gnisci, Bonaiuto en Ficca (2009). De respondenten konden per stelling aanvinken of ze het er helemaal niet mee eens zijn, dat ze het er helemaal mee eens zijn of één van de tussenliggende getallen (Onderzoekdoen, 2021). Daarnaast was er ook de mogelijkheid voor de respondenten om 'niet van toepassing' op een stelling aan te vinken.

De Cronbachs alfa werd berekend om de interne consistentie van de overwegingen vast te stellen. De betrouwbaarheid van Rechtvaardigheid ten opzichte van de informatievoorziening bestaand uit 64 items was uitstekend: $\alpha = .94$. Het gemiddelde van de 64 items is gebruikt voor de Rechtvaardigheid ten opzichte van de informatievoorziening die in de verdere analyses is gebruikt. De betrouwbaarheid van Autonomie bestaand uit zestien items was goed: $\alpha = .85$. Het gemiddelde van de zestien items is gebruikt voor Autonomie ten opzichte van de informatievoorziening die in de verdere analyses is gebruikt. De betrouwbaarheid van Weldoen bestaand uit acht items was twijfelachtig: $\alpha = .64$. De eis om de afweging mee te nemen in de analyse is een score van minimaal $\alpha = .70$. Doordat er bijna aan de eis werd voldaan werd het gemiddelde van de acht items gebruikt voor Weldoen ten opzichte van de informatievoorziening in de verdere analyses.

Aanvullende vragen en overige vragen

Naast de stellingen die konden worden onderverdeeld in de overwegingen kregen de respondenten ook vijf aanvullende vragen, bestaande uit drie gesloten vragen en twee open

vragen per professional. Vervolgens was er bij de twee ‘overige open vragen’ de mogelijkheid voor de respondenten om hun mening te geven over hun ervaring en ideale begeleiding met de professionals. In tabel 2 staat de indeling van de enquête weergegeven (de controle vragen en algemene vragen worden in paragraaf 2.2 Respondenten toegelicht).

Tabel 2. Indeling van de enquête

Soort vragen	Aantal
Controlevragen	2
Algemene vragen	6
Stellingen per professional a.d.h.v. Beattie (2010)	22 stellingen (16 voor rechtvaardigheid, 2 voor weldoen en 4 voor autonomie)
Aanvullende vragen per professional	5
Overige open vragen	2

2.2 Respondenten

In totaal hebben er 27 respondenten deelgenomen aan het onderzoek. De voorwaarde voor deelname aan het onderzoek was dat de respondenten vader, moeder of verzorger moeten zijn van een doof of slechthorend kind die op het moment van invullen van de enquête niet ouders is dan 10 jaar. Vijf van de respondenten voldeden niet aan deze voorwaarde. Een andere vereiste was dat de respondenten woonachtig moesten zijn in Nederland. De overige 22 respondenten waren woonachtig in Nederland. Hierdoor zijn de gegevens van 22 respondenten geanalyseerd. Na deze twee controlevragen zijn er nog zes algemene vragen gesteld om kenmerken van de respondenten te achterhalen (zie tabel 2). Deze vragen werden op een gesloten manier geformuleerd, zodat de respondenten uit een categorie moesten kiezen. In tabel 3 staat weergegeven hoeveel respondenten er zijn per regio.

Tabel 3. Aantal respondenten per regio (N)

Regio	Aantal respondenten
Regio 1	4
Regio 2	6
Regio 3	6
Regio 4	6

2.3 Procedure

Om de respondenten te bereiken is er een schriftelijke enquête uitgezet door een contactpersoon in Amsterdam met een groot netwerk van ouders met dove kinderen in heel Nederland. Daarnaast is de enquête uitgezet via LinkedIn en de facebookgroepen van Doofgewoon en FODOK. Voordat de vragenlijst naar de respondenten werd verstuurd is er een checklist ethische toetsing ingevuld (zie appendix 1). De respondenten kregen vooraf een wervingsbrief (zie appendix 2) waarin werd beschreven dat de antwoorden van de enquête zouden helpen om meer inzichten te krijgen in keuzes die ouders maken voor hun dove of slechthorende kind. Er werd ook beschreven dat de ouder en/of verzorger de antwoorden moesten baseren op de informatievoorziening van de professionals voor hun kinderen tot en met drie jaar. Tot slot werd er vermeld dat de enquête in te vullen was tot en met 11 april. Echter werd na een lage respons besloten om de deadline te verplaatsen naar 28 april. De enquête werd afgenomen via Qualtrics. Na de laatste vraag werden de respondenten bedankt voor de deelname en werd er vermeld dat er meer informatie over het onderzoek na de deadline naar de respondenten werd verstuurd, als daar interesse voor was. Het invullen van de enquête duurde gemiddeld 20.27 minuten. De enquêtevragen zijn terug te vinden in appendix 3.

2.4 Statistische toetsing

In het onderzoek is er één afhankelijke variabele onderzocht die is gemeten op een continue schaal. In het onderzoek is er ook één onafhankelijke variabele onderzocht en dit is een categorische variabele: de respondenten hadden de mogelijkheid om te kiezen uit één van de 27 regio's waar zij gesprekken hebben gehad met de desbetreffende professional over de gehoorstatus- en taalkeuzes voor hun kind. Tot slot was het onderzoek een tussenproefpersoon ontwerp waarbij elke respondent één keer deelnam aan het onderzoek. De resultaten werden geanalyseerd met een eenweg variantie analyse (Field, 2018).

Hoofdstuk 3. Resultaten

3.1 Algemene gegevens

Uit de algemene gegevens is gebleken dat alle respondenten vrouwen zijn waarvan 82% tussen de 30 jaar en 49 jaar is (zie tabel 4). Uit tabel 5 blijkt dat het opleidingsniveau van de respondenten uiteen loopt, maar dat de meeste respondenten een hbo-opleiding hebben afgerond.

Tabel 4. De leeftijdscategorie van de respondenten weergegeven in percentages.

Leeftijd	Percentage
20 tot en met 29 jaar	14%
30 tot en met 39 jaar	41%
40 tot en met 49 jaar	41%
50 jaar of ouder	4%

Tabel 5. Het opleidingsniveau van de respondenten weergegeven in percentages.

Opleidingsniveau	Percentage
Mbo	36%
Hbo	41%
WO	23%

In tabel 6 staat beschreven voor welke taalkeuze de respondenten voor hun dove kind hebben gekozen. Meer dan de helft van de respondenten (54%) heeft gekozen voor een gehoorapparaat of cochleair implantaat in combinatie met gebarentaal. De respondenten die voor 'Anders, namelijk:' hebben gekozen (23%) geven het volgende aan: drie respondenten maken gebruik van Nederlands met Gebaren (NmG) en twee respondenten gebruiken een combinatie van NmG en NGT.

Tabel 6. De taalkeuze van de respondenten voor hun dove kind weergegeven in percentages.

Taalkeuze	Percentage
Orale taalomgeving met cochleair implantaat	5%
Orale taalomgeving met gehoorapparaat	18%
Visuele taalomgeving (gebarentaal)	0%

Cochleair implantaat met gebarentaal	27%
Gehoorapparaat met gebarentaal	27%
Anders	23%

In tabel 7 staat weergegeven op welke leeftijd van het kind de respondenten een beslissing voor de taalkeuze hebben gemaakt. De meeste ouders en/of verzorgers hebben voor drie maanden of na de twaalfde maand een officiële taalkeuze gemaakt.

Tabel 7. Het moment van de beslissing van de taalkeuze weergegeven in percentage.

Leeftijd van het kind	Percentage
0 tot en met 3 maanden	45%
4 tot en met 6 maanden	14%
7 tot en met 9 maanden	0%
10 tot en met 12 maanden	0%
Ouder dan 12 maanden	41%

In tabel 8 staat beschreven met welke professional de respondenten voor het eerst in contact zijn gekomen. Opvallend is dat 45% van de respondenten voor het eerst een gesprek met de gezinsbegeleider heeft gehad en 0% van de respondenten heeft aangegeven voor het eerst in contact te zijn geweest met een KNO-arts. Echter is er niet gevraagd aan de ouders of ze tijdens het eerste contact met de gezinsbegeleider direct over de taalkeuzes hebben gesproken of dat er andere algemene zaken zijn besproken. De respondenten die voor 'Anders, namelijk:' hebben gekozen geven het volgende aan: (1) Stichting voor dove en slechthorende kinderen, (2) ambulante begeleider, (3) audioloog en gezinsbegeleider en (4) in een gezin die afgestemd is op het kind.

Tabel 8. De professional waarmee de respondenten voor het eerste in gesprek zijn gegaan over de doofheid van hun kind. Weergegeven in percentages.

Professional eerste contact	Percentage
Audioloog	27%
Gezinsbegeleider	45%
Logopedist	9%
KNO-arts	0%
Anders	18%

3.2 Statistische toetsing

Uit een eenweg variantie analyse van Regio's op Rechtvaardigheid bleek geen significant effect tussen de regio's ($F(3, 18) = 2.75, p = .073$). Uit een eenweg variantie analyse van Regio's op Autonomie bleek ook geen significant effect tussen de regio's ($F(3, 18) = 2.46, p = .096$). Uit een eenweg variantie analyse van Regio's op Weldoen bleek eveneens geen significant effect tussen de regio's ($F(3, 18) = 2.67, p = .078$). Echter is er wel een trend waarneembaar, aangezien de waardes van alle drie de overwegingen tussen de 5% en de 10% liggen. De verschillen zijn niet significant, maar wel minimaal aanwezig. Hierdoor wordt er in tabel 9 ingezoomd op de verschillen.

3.3 Resultaten ingezoomd

Tabel 9. De gemiddelden (M) en standaardafwijking (SD, tussen haakjes) van de professionals, per regio en per overweging van Beattie (R= rechtvaardigheid, A= autonomie en W= weldoen). Gemeten op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor 'volledig mee oneens' en 7 'volledig mee eens' weerspiegelt.

	KNO-arts			Audioloog			Gezinsbegeleider			Logopedist		
	R	A	W	R	A	W	R	A	W	R	A	W
Regio 1	2.65 (1.17)	2.63 (1.13)	2.00 (1.22)	3.67 (1.14)	3.50 (1.00)	3.83 (1.44)	5.60 (.57)	4.88 (.18)	5.50 (.71)	3.70 (0.52)	5.13 (0.18)	3.25 (1.06)
Regio 2	4.16 (.93)	4.44 (.59)	3.25 (1.44)	3.95 (.90)	4.58 (1.43)	4.00 (2.21)	4.74 (1.42)	4.92 (1.64)	4.50 (1.87)	4.97 (0.69)	5.50 (1.32)	5.25 (1.55)
Regio 3	3.45 (1.49)	3.45 (.96)	2.80 (1.25)	4.24 (1.59)	4.75 (1.49)	3.50 (1.90)	4.70 (1.99)	5.38 (1.23)	5.25 (2.14)	4.32 (1.72)	5.50 (1.11)	4.33 (2.16)
Regio 4	4.41 (1.34)	4.55 (1.20)	3.90 (1.29)	5.72 (1.36)	5.54 (1.54)	4.67 (1.97)	5.91 (.94)	6.54 (.84)	6.70 (.27)	5.98 (.50)	6.25 (1.09)	6.17 (1.04)

Om tabel 9 overzichtelijker te maken wordt er in tabel 10 ingezoomd op de verschillen tussen de verschillende professionals. Daarnaast worden er in tabel 11 de regio's onderling vergeleken en wordt er in tabel 12 gekeken of er verschillen zijn tussen de drie overwegingen van Beattie.

Opvallend aan tabel 10 is dat de gezinsbegeleider met een gemiddelde van 5.23 ($SD = 1.37$) beter scoort dan de andere drie professionals: de audioloog scoort gemiddeld 4.41 ($SD =$

= 1.38), de logopedist 4.94 ($SD = 1.24$) en de KNO-arts scoort gemiddeld het laagst 3.64 ($SD = 1.21$).

Tabel 10. De gemiddelden (M), standaardafwijkingen (SD, tussen haakjes) en het aantal respondenten (N) zijn weergegeven per professional voor alle 22 stellingen. Gemeten op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor ‘volledig mee oneens’ en 7 ‘volledig mee eens’ weerspiegelt.

Professional	Gemiddelde (standaardafwijking)	Aantal respondenten
Gezinsbegeleider	5.23 (1.37)	19
Audioloog	4.41 (1.38)	20
Logopedist	4.94 (1.24)	15
KNO-arts	3.64 (1.21)	18

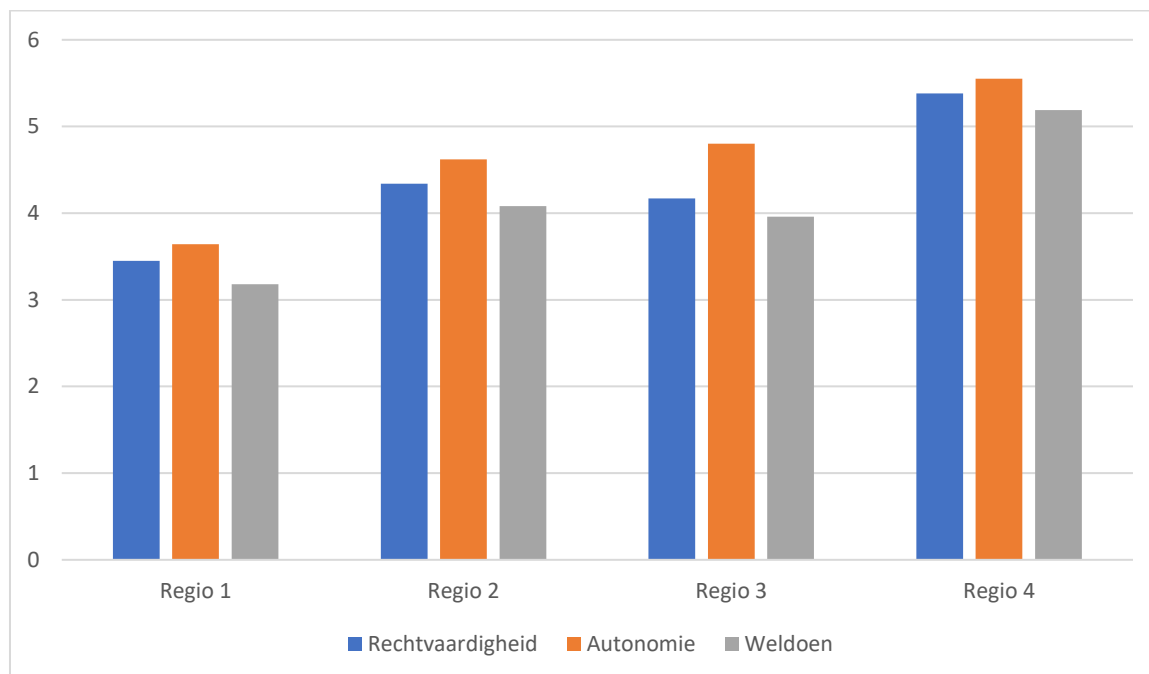
Doordat de KNO-arts gemiddeld het laagste scoort wordt er in appendix 5 ingezoomd op de mening van de respondenten over de KNO-arts. Hieruit blijkt dat de KNO-arts voornamelijk betrokken is bij het uitvoeren van onderzoeken en de operatie en minder betrokken bij de taalkeuze.

Opvallend aan tabel 11 is dat de professionals (gemiddelde voor de vier professionals in dit geval) in regio 1 per overweging lager scoren dan de andere drie regio's. Daarnaast scoort regio 4 per overweging het hoogste in vergelijking met de andere drie regio's. Tabel 11 wordt in figuur 2 overzichtelijk weergegeven door middel van een staafdiagram.

Tabel 11. De gemiddelden (M) en standaardafwijkingen (SD, tussen haakjes) van alle vier de professionals per overweging zijn weergegeven per regio. Gemeten op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor ‘volledig mee oneens’ en 7 ‘volledig mee eens’ weerspiegelt.

Regio	Rechtvaardigheid	Autonomie	Weldoen
Regio 1	3.45 (.42)	3.64 (.59)	3.18 (.99)
Regio 2	4.34 (.85)	4.62 (1.30)	4.08 (1.25)
Regio 3	4.17 (1.21)	4.80 (.80)	3.96 (1.40)
Regio 4	5.38 (1.28)	5.55 (1.35)	5.19 (.79)

Figuur 2. De gemiddelden (M) van alle vier de professionals per overweging zijn weergegeven per regio. Gemeten op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor ‘volledig mee oneens’ en 7 ‘volledig mee eens’ weerspiegelt.



In tabel 12 is te zien dat de professionals op de verschillende niveaus van informatievoorziening allemaal redelijk hetzelfde en gemiddeld genomen bovengemiddeld scoren, als de verschillen tussen de vier beroepsgroepen en de vier regio's achterwege worden gelaten. De respondenten beoordelen autonomie met een gemiddelde van 4.74 ($SD = 1.21$) als beste. Daarna volgt rechtvaardigheid die gemiddeld 4.43 ($SD = 1.17$) scoort en weldoen wordt met een gemiddelde score van 4.19 ($SD = 1.28$) het laagste beoordeeld.

Tabel 12. De gemiddelden (M) en standaardafwijkingen (SD, tussen haakjes) zijn weergegeven per overweging van Beattie (rechtvaardigheid, autonomie en weldoen). Er wordt geen rekening gehouden met de beroepsgroepen en de vier regio's. Gemeten op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor ‘volledig mee oneens’ en 7 ‘volledig mee eens’ weerspiegelt.

Overweging Beattie	Gemiddelde (standaardafwijking)
Rechtvaardigheid	4.43 (1.17)
Autonomie	4.74 (1.21)
Weldoen	4.19 (1.28)

3.4 Aanvullende statistische toetsing

Uit tabel 10 blijkt dat de gezinsbegeleider afwijkend hoog scoort ten opzichte van de andere drie professionals en bovendien consistent hoog in de vier regio's in tegenstelling tot de overige drie professionals. Om deze reden wordt er een nieuwe eenweg variantie analyse uitgevoerd over de audioloog, logopedist en KNO-arts, waarbij de gezinsbegeleider niet wordt meegenomen. Voordat er een eenweg variantie analyse kan worden uitgevoerd wordt de interne consistentie door middel van de Cronbachs alfa opnieuw berekend.

De betrouwbaarheid van Rechtvaardigheid ten opzichte van de informatievoorziening bestaand uit 48 items was uitstekend: $\alpha = .92$. Het gemiddelde van de 48 items is gebruikt voor Rechtvaardigheid ten opzichte van de informatievoorziening die in de verdere analyses is gebruikt. De betrouwbaarheid van Autonomie bestaand uit twaalf items was goed: $\alpha = .82$. Het gemiddelde van de twaalf items is gebruikt voor Autonomie ten opzichte van de informatievoorziening die in de verdere analyses is gebruikt. De betrouwbaarheid van Weldoen bestaand uit zes items was acceptabel: $\alpha = .77$. Het gemiddelde van de zes items is gebruikt voor Weldoen ten opzichte van de informatievoorziening die in de verdere analyses is gebruikt.

Uit een eenweg variantie analyse van de Regio's op Rechtvaardigheid bleek, in tegenstelling tot de eerdere analyses, wel een significant effect tussen de regio's te zijn ($F(3, 18) = 3.85, p = .027$).

De Rechtvaardigheid in Regio 1 ($M = 3.18, SD = .36$) bleek lager dan die in regio 4 ($p = 0.024$, Bonferroni-correctie; $M = 5.27, SD = 1.21$). De Rechtvaardigheid van regio 1 op 2 ($p = 0.808$, Bonferroni-correctie), regio 1 op 3 ($p = 1.000$, Bonferroni-correctie), regio 2 op 3 ($p = 1.000$, Bonferroni-correctie), regio 2 op 4 ($p = .414$, Bonferroni-correctie) en regio 3 op 4 ($p = 2.53$, Bonferroni-correctie) verschilden niet van elkaar.

Uit een eenweg variantie analyse van de Regio's op Autonomie bleek geen significant effect tussen de regio's ($F(3, 18) = 2.64, p = .081$). Er is echter wel een trend waarneembaar, aangezien de waardes van alle drie de overwegingen tussen de 5% of 10% liggen. Uit een eenweg variantie analyse van de Regio's op Weldoen bleek eveneens geen significant effect tussen de regio's ($F(3, 18) = 1.96, p = .156$).

3.5 Overige resultaten

Aan het einde van de enquête kregen de respondenten de mogelijkheid om hun ervaringen en meest ideale begeleiding van de professionals te omschrijven. In appendix 4 worden de negatieve en positieve ervaringen van de respondenten over de professionals weergegeven en in appendix 5 beschrijven de respondenten de ideale begeleiding. Hieruit blijkt voornamelijk dat professionals met een negatieve toon over gebarentaal spreken. Daarnaast gaven sommige respondenten aan niet geïnformeerd te zijn over alle mogelijkheden.

Hoofdstuk 4. Conclusie en discussie

4.1 Conclusie

Door middel van een enquête is er gemeten of er verschillen zijn tussen regio's in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom de mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. Bij H1 werd gesteld dat er regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen waren. Door de marginale trend bij de analyse kan H1 met he nodige voorbehoud worden aangenomen.

Echter is aan de hand van tabel 10 een aanvullende eenweg variantie analyse uitgevoerd zonder de gezinsbegeleider. Hieruit blijkt dat er tussen regio 1 en regio 4 significante verschillen zijn in de wijze waarop de informatievoorziening door de professionals (logopedist, KNO-arts en audioloog) rechtvaardig werd bevonden. Rechtvaardigheid gaat over in hoeverre een professional wel of niet discrimineert, in welke mate een professional oprecht is en of de professional alle ouders en kinderen op een gelijke manier behandelt. Dit betekent dat H0 voor autonomie en weldoen kan worden aangenomen, maar voor rechtvaardigheid moet worden verworpen. Voor H1 betekent dit dat autonomie en weldoen kunnen worden verworpen, maar rechtvaardigheid moet worden aangenomen.

4.2 Mogelijke verklaring resultaten

Eén van de argumenten voor het uitvoeren van dit onderzoek luidde als volgt: ouders van dove kinderen in Vlaanderen ontvangen verschillende informatie per centrum wanneer zij in gesprek zijn met een professional over de doofheid van hun kind (Matthijs, et al., 2012). Het huidige onderzoek toont echter aan dat er minimale verschillen zijn tussen regio's in Nederland. Dit kan wellicht verklaard worden aan de hand van twee verschillen in beide onderzoeken: In Vlaanderen werden mondelinge interviews afgenomen en de respondenten bestonden uit de professionals van de centra zoals een audioloog en psycholoog in tegenstelling tot een online enquête bij ouders van dove kinderen in dit onderzoek.

Daarnaast is uit de gegevens van tabel 6 naar voren gekomen dat 77% van de respondenten heeft aangegeven dat zij zowel gebruik maken van gebarentaal als van de orale taalomgeving. Dit is tegenstrijdig met de literatuur, omdat uit het onderzoek van

Decker, Vallotton en Johnsen (2012) en het onderzoek van Eleweke en Rodda (2000) bleek dat professionals de voorkeur uitspraken voor gesproken taal en de gebarentaal een kind zou kunnen belemmeren. Een verklaring voor het verschil tussen de huidige resultaten en de literatuur kan zijn dat de informatievoorziening van de taalkeuzes vanuit professionals de afgelopen twintig jaar is veranderd. Echter blijkt uit appendix 4 en 5 dat respondenten nog steeds niet goed worden geïnformeerd over gebarentaal. Een andere verklaring voor dit resultaat kan wellicht zijn dat juist deze ouders zich aangesproken voelden om deel te nemen aan het onderzoek.

Tot slot blijkt uit tabel 7 dat 41% van de respondenten pas na twaalf maanden een taalkeuze voor het kind heeft gemaakt. Echter staat in de literatuur beschreven dat hoe vroeger iemand de moedertaal leert (gesproken taal of gebarentaal) hoe beter de taalvaardigheden van het kind zijn (Mayberry, 2007). Aangezien het van belang is dat kinderen voor zes maanden een interventie ondergaan en dit vaak gepaard gaat met de taalkeuze zijn de bevindingen van het onderzoek tegenstrijdig met de literatuur. Een verklaring voor het verschil kan zijn dat respondenten voor de twaalfde maand op meerdere manieren hebben gecommuniceerd met het kind en pas na twaalf maanden een officiële taalkeuze hebben gemaakt.

4.3 Beperkingen

Er zijn een aantal beperkingen verbonden aan het onderzoek. Ten eerste zijn er weinig respondenten in vergelijking met het aantal dove/slechthorende baby's die jaarlijks worden geboren: er hebben 22 respondenten aan het onderzoek meegedaan, terwijl er alleen al in 2018 214 dove baby's werden geboren. Dit betekent dat er elk jaar ongeveer 200 ouders en/of verzorgers van dove kinderen bij komen.

Dit leidde tot de tweede beperking, namelijk dat de regio's scheef verdeeld zijn doordat er in elke regio ongeveer evenveel respondenten moesten zitten. Zo omvat regio 1 vijf provincies (Drenthe, Friesland, Gelderland, Groningen en Overijssel), omdat in die omgeving weinig respondenten in gesprek zijn geweest met een professional. In tegenstelling tot het Westen die onderverdeeld moest worden in regio 3 (Noord-Holland) en regio 4 (Flevoland, Utrecht en Zuid-Holland), omdat er veel respondenten in het Westen in gesprek zijn geweest met een professional. Regio 1 bevat een veel groter spreidingsgebied dan regio 3. Hierdoor is de meting in regio 3 specifiekere dan de meting regio 1, omdat er vijf

provincies (waar ook verschillen tussen kunnen zitten, maar wat niet gemeten kan worden) worden vergeleken met één provincie. Dit kan van invloed zijn geweest op de resultaten van het onderzoek.

Ten derde is het onderzoek berust op subjectieve meningen van de respondenten in plaats van objectieve meningen, omdat de mogelijkheden door de coronamaatregelen beperkt waren. De ene ouder kan een bepaalde uitspraak van een professional op een positieve manier opvatten, terwijl een andere ouder dezelfde uitspraak negatief vindt. Dit kan van invloed zijn op de resultaten.

Een vierde beperking is dat alle respondenten vrouwen zijn. Vrouwen kunnen op een andere manier denken dan mannen, waardoor zij een uitspraak van de professional op een andere manier kunnen opvatten. Dit kan van invloed zijn op de resultaten.

Tot slot zijn niet alle ouders/verzorgers met een doof kind tot en met tien jaar bereikt, omdat de enquête vanwege de beperkte tijd voor dit onderzoek is uitgezet in een beperkt aantal groepen. Niet alle ouders/verzorgers in Nederland met een doof kind tot en met tien jaar zijn lid van deze groepen waardoor zij niet op de hoogte waren van het feit dat zij de enquête konden invullen.

4.4 Aanbeveling vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om duidelijke grenzen aan te houden tussen de vier regio's, zodat er geen overlapping plaats vindt: zo horen Utrecht en Flevoland officieel bij regio 'midden', maar door te weinig respons in deze regio behoorden deze twee provincies bij dit onderzoek bij regio 4. Een andere manier om de verschillen in de inhoud van informatievoorziening te kunnen onderzoeken is om de twaalf provincies tegen elkaar af te zetten. Op deze manier wordt er een exacter beeld geschetst van de mogelijke verschillen in Nederland. Daartoe is een grootschaliger onderzoek nodig met meer deelnemers aan het onderzoek.

Ten tweede is aan te bevelen om het onderzoek uit te voeren door het opvragen van geluidsopnames van gesprekken tussen professionals en ouders en/of door gesprekken te voeren met de professionals. Op deze manier is het onderzoek wat meer objectief van aard.

Een ander advies is om het onderzoek uit te voeren onder mannen en de resultaten te vergelijken met de resultaten van dit onderzoek om te kijken of er verschillen zitten tussen de antwoorden van mannen en vrouwen.

Daarnaast is het ook aan te raden om het onderzoek breder uit te zetten, bijvoorbeeld door het inschakelen van ziekenhuizen die contactgegevens hebben van de ouders en/of verzorgers van een doof kind.

Tot slot is advies voor vervolgonderzoek om de focus te leggen op de overwegingen weldoen en autonomie (door bijvoorbeeld meer stellingen voor deze twee overwegingen te onderzoeken) om te onderzoeken of er verschillen zijn van de informatievoorziening tussen regio's.

4.5 Aanbeveling praktijk

Uit tabel 10 blijkt dat de KNO-arts gemiddeld het laagste scoort ten opzichte van de andere drie professionals. Uit appendix 5 kan worden opgemaakt dat de KNO-arts voornamelijk betrokken is bij de onderzoeken, de operatie en advies geeft vanuit het medische perspectief. De andere drie professionals zijn meer betrokken bij de taalkeuze dan de KNO-arts. De functie van de KNO-arts kan niet gewijzigd worden, maar het is wel aan te bevelen het medische advies aan te vullen met sociaal-cultureel advies.

Uit de overige resultaten (en appendix 4 en 5) is af te leiden dat er professionals zijn die met een negatieve toon spreken over gebarentaal, terwijl de respondenten aangeven dat ze een objectieve mening juist op prijs zouden stellen. Daarom is het advies aan professionals om op een neutrale manier hun mening te uiten over gebarentaal, want dit is volgens de respondenten de ideale begeleiding. Het is verstandig om negatief belichten woorden, zoals 'slecht', 'last' en 'jammer' achterwegen te laten.

Daarnaast gaven sommige respondenten aan niet geïnformeerd te zijn over alle mogelijkheden, terwijl ze dit wel graag hadden gewild (appendix 4 en 5). Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om een overzichtelijke folder te maken die ouders ontvangen nadat blijkt dat hun kind doof is, bijvoorbeeld na de verwijzing naar het Audiologisch centrum. In de folder staan alle mogelijke taalkeuzes met voor- en nadelen beschreven. Daarnaast worden er in de folder organisaties en websites aanbevolen waar ouders meer informatie over de doofheid van hun kind kunnen krijgen, zoals Doofgewoon of Kentalis. De ouders kunnen de folder thuis rustig doorlezen en zelf een mening vormen zonder de invloed van een professional. Naar aanleiding van de folder hebben ouders meer kennis over doofheid en kunnen zij, indien interesse, met professionals in gesprek gaan die aanvullende informatie verschaffen.

Tot slot is het aan te bevelen om meer cursussen NGT aan te bieden in alle regio's.

Literatuurlijst

- Aarthun, A., Øymar, K. A., & Akerjordet, K. (2018). How health professionals facilitate parents' involvement in decisionmaking at the hospital: A parental perspective. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 22(1). 108-121. doi:10.1177/1367493517744279
- Beattie, R. G. (2010). The ethics of newborn hearing screening. In C. Driscoll & B. McPherson (Eds.), *Newborn screening systems: The complete perspective*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Bouchard, M., Ouellet, C., Cohen, H. (2009). Speech Development in Prelingually Deaf Children with Cochlear Implants. *Language and Linguistics Compass*, 3(1). 1-18. Doi: 10.1111/j.1749-818x.2008.00079
- Cuda, D., Murri, A., Guerzoni, L., Fabrizi, E., & Mariani, V. (2014). Preschool children have better spoken language when early implanted. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 78(8). 1327–1331. doi:10.1016/j.ijporl.2014.05.021
- Decker, K. B., Valloton, C. D., & Johnson, H. A. (2012). Parents' Communication Decision for Children With Hearing Loss: Sources of Information and Influence. *American Annals of the Deaf*, 157(4). 3-26-339. doi: 10.1353/aad.2012.1631
- De Hoog, B., Knoors, H., Verhoeven, L., Langereis, M., & van Weerdenburg, M. (2017). *Gesproken taalontwikkeling van kinderen met een cochleair implantaat*. Arnhem: Koninklijke Kentalis.
- De Meulder, M. (2018). "So, why do you sign?" Deaf and hearing new signers, their motivation, and revitalisation policies for sign languages. *Applied Linguistics Review* 10(4). 705-724. doi:https://doi.org/10.1515/applirev-2017-0100
- Doof. (z.d.). *Babygebaren*. Geraadpleegd op 16 maart 2021, van <https://www.doof.nl/hoorbibliotheek/kinderen/babygebaren/>

- Eleweke, C. J., & Rodda, M. (2000). Factors contributing to parents' selection of a communication mode to use with their deaf children. *American annals of the deaf*, 145(4). 375-383. doi:10.1353/aad.2012.0087
- EUR. (2018a, 20 juli). *VENI-beurs voor Dr. Lieke Oldenhof*. Geraadpleegd op 28 februari 2021, van <https://www.eur.nl/eshpm/nieuws/veni-beurs-voor-dr-lieke-oldenhof>.
- EUR. (2018b, 13 augustus). *Regionale verschillen in zorg: maatwerk of willekeur?* Geraadpleegd op 28 februari 2021, van <https://www.eur.nl/nieuws/regionale-verschillen-zorg-maatwerk-willekeur>.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics online edition (5 ed.)*. London: Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.
- Fulcher, A. N., Purcell, A., Baker, E., & Munro, N. (2015). Factors unfluencing speech and language outcomes of children with early identified severe/profound hearing loss: Clinician-identified facilitators and barriers. *International journal of speech-language pathology*, 17(3). 325-333. doi: 10.3109/17549507.2015.1032351
- Graaff-Korf, K. S., Wins, S., Van Dommelen, P., Van Straaten, H. L. M., & Verkerk, P. H. (2018). Jaarverslag neonatale gehoorscreening in de Neonatale Intensive Care Units. Isala. Opgehaald van <https://www.isala.nl/media/29744/2018-jaarverslag-nicu-neonatale-gehoorscreening-20191210def.pdf>. Opgeroepen op april 12, 2021.
- Granier-Deferre, C., Ribeiro, A., Jacquet, A. Y., & Bassereau, S. (2011). Near-term fetuses process temporal features of speech. *Developmental Science*, 14(2). 336-352. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.00978.x
- Hall, M. L., Eigsti, I., Bortfeld, H., & Lillo-Martin, D. (2018). Executive Function in Deaf Children: Auditory Access and Language Access. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(8). doi:10.1044/2018_JSLHR-L-17-0281
- Humphries, T., Kushalnager, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C., & Smith S. (2016). Language Choices for Deaf Infants: Advice for Parents Regarding Sign. *Clinical Pediatrics*, 55(6). 513-517. doi:10.1177/0009922815616891

- Kasai, N., Fukushima, K., Omori, K., Sugaya, A., & Ojima, T. (2012). Effects of early identification and intervention on language development in Japanese children with prelingual severe to profound hearing impairment. *The Annals of otology*, *202*(4). 16-20. doi:10.1177/000348941212100402
- Kentalis. (z.d.-a). *Nederlandse Gebarentaal officieel erkend*. Geraadpleegd op 28 april 2021, van <http://www.kentalis.nl/nieuws/nederlandse-gebarentaal-officieel-erkend>
- Kentalis. (z.d.-b). *Leren communiceren met je kindje*. Geraadpleegd op 16 maart 2021, van <https://www.kentalis.nl/ervaringsverhalen/leren-communiceren-met-je-kindje>
- Kluwin, T. N., & Stewart, D. A. (2000). Cochlear implants for younger children: a preliminary description of the parental decision process and outcomes. *American annals of the deaf*, *145*(1). 26-32. doi:10.1353/aad.2012.0247
- Kurtzer-White, E., & Luterman, D. (2003). Families and children with hearing loss: Grief and coping. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *9*(4). 232-235.
- Kushalnagar, P., Mathur, G., Moreland, C. J., Napoli, D. J., Osterling, W., Padden, C., & Rathmann, C. (2010). Infants and Children with Hearing Loss Need Early Language Access. *The Journal of clinical ethics*, *21*(2). 143-154.
- Matthijs, L., Loots, G., Mouvet, K., Van Herreweghe, M., Hardonk, S., Van Hove, G., Van Puyvelde, M., & Leigh, G. (2012). First Information Parents Receive After UNHS Detection of Their Baby's Hearing Loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *17*(4). 387-401. doi:10.1093/deafed/ens020
- Maricchiolo, F., Gnisci, A., Bonaiuto, M., & Ficca, G. (2009). Effects of different types of hand gestures in persuasive speech on receivers' evaluations. *Language and Cognitive Processes*, *24*(2). 239-266. doi:10.1080/01690960802159929
- Mayberry, R. I., (2007). When timing is everything: Age of first-language acquisition effects on second-language learning. *Applied Psycholinguistics*, *28*(3). 537-549. <https://doi.org/10.1017/S0142716407070294>

- Onderzoekdoen.nl (2021). *Likertschaal*. Geraadpleegd op 27 februari 2021, van <https://www.onderzoekdoen.nl/enquete-onderzoek/likert-schaal/>.
- Prawiro-Atmodjo, P., Langendoen, M., & Tijsseling, C. (2016). *Literatuurstudie naar de Leefsituatie van Vroegdove Volwassenen*. Koninklijke Kentalis. Geraadpleegd op 27 februari 2021, van https://www.dovenschap.nl/wp-content/uploads/2016/06/160502_Literatuurstudie_leefsituatie_vroegdove_volwassenen.pdf.
- RIVM. (2017). *Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 20 februari 2021, van <https://www.rivm.nl/documenten/draaiboek-neonatale-gehoorscreening-v7>
- Sahli, A. S. (2019). Developments of children with hearing loss according to the age of diagnosis, amplification, and training in the early childhood period. *European archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(9). 2457-2463. doi:10.1007/s00405-019-05501-w
- Sensi-orthopedagogie.nl (2021). *Introductie in het kinderebrein*. Geraadpleegd op 28 april 2021, van Sensi-orthopedagogie: <https://www.sensi-orthopedagogie.nl/nieuwsbrieven/introductie-in-het-kinderebrein/>
- Stone, A., Petitto, L., & Bosworth, R. (2018) Visual Sonority Modulates Infants' Attraction to Sign Language, *Language Learning and Development*, 14(2), 130-148, doi:10.1080/15475441.2017.1404468
- The Patients' Rights Act (1999). *The Act of 2 July 1999 No. 63 relating to Patients' Rights*. Geraadpleegd op 26 februari 2021, van <https://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-19990702-063-eng.pdf>.
- UMCG. (z.d.). *Vershil tussen hoortoestel en CI maakt het geluid niet harder*. Geraadpleegd op 26 mei 2021, https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/zob2/Cochleaire_implantatie/Wat_is_e_en_CI/Paginas/Het_Cochleair_Implantaat.aspx#:~:text=Vershil%20tussen%20hoortoestel%20en%20CI,maakt%20het%20geluid%20niet%20harder.
- Van Beemen, L. (2010). *Ontwikkelingspsychologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers bv.

- Van der Ploeg, K., Wins, S., & Verkerk, P. (2019). Neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg. TNO. Opgehaald van <http://www.pns.nl/documenten/monitor-neonatale-gehoorscreening-2019>. Opgeroepen op april 12, 2021.
- Van Holst Pellekaan, E., Jochems, K., Meerman, K., Van Ijzendoorn, R., Keizer, R., & De Raat, F. (2014, september 6). Jong geleerd. Opgehaald van <http://downloads.viaviela.nl/downloads/XTR-Jong-geleerd.pdf>. Opgeroepen op februari 20, 2021
- Van Staden, A., Badenhorst, G., & Ridge, E. (2009). The benefits of sign language for deaf learners with language challenges. *Per Linguam*, 25(1). 44-60. doi:10.5785/25-1-28
- Young, A., Carr, G., Hunt, R., McCracken, W., Skipp, A., & Tattersall, H. (2006). Informed Choice and Deaf Children: Underpinning Concepts. *Journal of deaf studies and deaf education*, 11(3). 22-36. doi:10.1093/deafed/enj041

Appendix

Appendix 1: Checklist ethische toetsing

Checklist ETC-GW (versie november 2020)

Je vult de vragen in door bij het gekozen antwoord te klikken op het vierkantje

Na klikken verschijnt er in dit vierkantje een kruis

1. Is een zorginstelling bij het onderzoeksplan betrokken?

Toelichting: dit is het geval als één van de situaties a/b/c hierna van toepassing is op het voorgenomen onderzoek.

- A. één of meer medewerkers van een zorginstelling is bij het onderzoek betrokken als opdrachtgever of verrichter/uitvoerder
- B. het onderzoek vindt plaats binnen de muren van de zorginstelling, en dient naar de aard van het onderzoek normaliter niet buiten de muren van de zorginstelling plaats te vinden
- C. aan het onderzoek nemen patiënten/cliënten van de zorginstelling (in de hoedanigheid van behandeling) deel

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Heeft een Medisch-Ethische Toetsingscommissie geoordeeld dat het geplande onderzoek niet WMO-plichtig is?

Ja → doorgaan met vragenlijst

Nee → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de [CMO Regio Arnhem Nijmegen](#) → einde checklist

2. Wensen subsidiegevers toetsing van het onderzoeksplan door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de [CMO Regio Arnhem Nijmegen](#) → einde checklist

3. Is er sprake van een [medisch-wetenschappelijk onderzoek dat mogelijk risico's met zich meebrengt](#) voor de deelnemende persoon?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de [CMO Regio Arnhem Nijmegen](#) → einde checklist

Standaard-onderzoeksmethode

4. Valt de methode van het beoogde onderzoek onder een van de [beschreven standaardonderzoeken](#) van de FdL of FFTR?

Ja → 12: standaard vragenlijstonderzoek → doorgaan met vragenlijst

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist

Deelnemende personen

5. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?

Ja → doorgaan met vragenlijst

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

6. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?

Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Nee → doorgaan met vragenlijst

Aard van het onderzoek

7. Wordt er een methode gebruikt die het mogelijk maakt bij toeval een bevinding te doen waarvan de deelnemende persoon op de hoogte zou moeten worden gesteld?

- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Nee → doorgaan met vragenlijst

8. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd die ongerief kunnen inhouden?

- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Nee → doorgaan met vragenlijst

9. Zijn de in te schatten risico's verbonden aan het onderzoek minimaal?

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → doorgaan met vragenlijst

10. Wordt er een andere vergoeding geboden aan de deelnemende personen dan gebruikelijk?

- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Nee → doorgaan met vragenlijst

11. Indien er [misleiding](#) plaatsvindt, voldoet de procedure dan aan de eisen zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW?

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → doorgaan met vragenlijst

12. Wordt voldaan aan de standaardregels in verband met [anonimiteit en privacy](#) zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → doorgaan met vragenlijst

Afname van het onderzoek

13. Wordt het onderzoek bij een externe instelling (bijv. school, ziekenhuis) uitgevoerd?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Heeft/krijgt u schriftelijke toestemming van deze instelling?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → doorgaan met vragenlijst

14. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → doorgaan met vragenlijst

15. Wordt aan deelnemende personen duidelijk waar klachten over deelname aan het onderzoek kunnen worden geuit en hoe deze behandeld zullen worden?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → doorgaan met vragenlijst

16. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → doorgaan met vragenlijst

17. Worden deelnemende personen voorafgaand aan deelname voorgelicht over doel, aard en duur, risico's en bezwaren van de studie? (zie [toelichting over informatie en toestemming](#) en [voorbeelddocumenten](#))

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → doorgaan met vragenlijst

18. Tekenen deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming deelname aan onderzoek? (zie [toelichting over informatie en toestemming](#) en [voorbeelddocumenten](#))

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)

Ja → **checklist afgerond**

Sla het ingevulde bestand op en bespreek de uitkomst met je scriptiebegeleider.

Als uit de checklist blijkt dat je een goedkeuring van de ETC-GW nodig hebt, zul je samen met je begeleider de formele toetsprocedure van de ETC-GW moeten doorlopen.

Appendix 2: Wervingsbrief

Wervingsbrief

Beste ouder/verzorger,

Klopt het dat u een ouder of verzorger bent van een doof of slechthorend kind? Is uw kind tussen de 0 tot en met 10 jaar? Dan nodigen we u heel graag uit om deel te nemen aan ons onderzoek. Dit onderzoek is gericht op de taalkeuzes die u als ouder/verzorger heeft gemaakt voor uw dove of slechthorende kind en in het bijzonder hoe u hier (destijds) in bent begeleid.

Doel van het onderzoek

Voor de pre-master Communicatie & Beïnvloeding aan de Radboud Universiteit te Nijmegen zijn wij, vier studentes, bezig met een scriptie-onderzoek naar taalkeuzes voor dove en slechthorende kinderen. Aan de hand van een enquête hopen wij wat meer inzicht in het begeleidingsproces rondom deze taalkeuzes te krijgen.

De enquête

Het invullen van de enquête zal ongeveer 10 minuten duren. De deelname is volledig anoniem en de resultaten worden uitsluitend voor het onderzoek gebruikt. Het is voor ons niet mogelijk om te zien welke antwoorden u ingevuld heeft. Mocht u interesse hebben in de resultaten van het onderzoek, dan kunt u aan het eind van de vragenlijst uw e-mailadres achterlaten. Uw e-mailadres wordt uitsluitend voor dit doel gebruikt en zal niet worden bewaard.

Deelname

Indien u mee wil doen aan het onderzoek, verzoeken wij u vriendelijk om via **onderstaande link** de vragenlijst te openen en de vragen en stellingen te beantwoorden. Neem rustig de tijd om de vragen en stellingen door te lezen en probeer zo eerlijk mogelijk te antwoorden. Het is op elk moment mogelijk om de vragenlijst te beëindigen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. De enquête is tot en met zondag 11 april 2021 in te vullen.

Link enquête>

Alvast hartelijk bedankt voor uw deelname. Met de uitkomsten hopen wij dat professionals ouders met dove kinderen beter kunnen adviseren.

Voor eventuele vragen of opmerkingen over de vragenlijst kunt u terecht bij Anne Meeussen (anne.meeussen@student.ru.nl).

Met vriendelijke groet,

Anne Meeussen, Danique Nijland, Amber Thijssen en Joia de Bresser

Appendix 3: Enquêtevragen

Algemene vragen

Ik ben een ouder en/of verzorger van een doof of slechthorend kind tot en met de 10 jaar.

Antwoordmogelijkheden: ja – nee

Ik ben woonachtig in Nederland.

Antwoordmogelijkheden: ja – nee

Wat is uw geslacht?

Antwoordmogelijkheden: man – vrouw – anders – zeg ik liever niet

Wat is uw leeftijd?

Antwoordmogelijkheden: 20 tot en met 29 jaar – 30 tot en met 39 jaar – 40 tot en met 49 jaar – 50 jaar of ouder

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

Antwoordmogelijkheden: middelbaar onderwijs – mbo – hbo – wo – overig

Voor welke taalkeuze in de thuissituatie heeft u voor uw kind gekozen?

Antwoordmogelijkheden: orale taalomgeving waarbij er gekozen is voor een cochleair implantaat - Orale taalomgeving waarbij er gekozen is voor een gehoorapparaat - Visuele taalomgeving (gebarentaal) - Een combinatie van een cochleair implantaat en gebarentaal - Een combinatie van een gehoorapparaat en gebarentaal – anders namelijk

Hoe oud was uw kind toen u een taalkeuze heeft gemaakt?

Antwoordmogelijkheden: 4 tot en met 6 maanden – 7 tot en met 9 maanden – 9 tot en met 12 maanden – ouder dan 12 maanden

Met welke professional heeft u voor het eerst gesprekken gevoerd over de mogelijke taalkeuzes?

Antwoordmogelijkheden: KNO-arts – audioloog – gezinsbegeleider – logopedist – anders, namelijk

Stellingen en vragen die per professional gesteld zijn

Professional	Soort vraag	Analyseren Beattie a.d.h.v. 7-punts Likertschaal
Heeft u in de eerste drie jaren na de geboorte van uw kind een <i>professional</i> gesproken?	Ja/nee --> nee ga naar vraag volgende <i>professional</i>	
In welke regio werkt(e) uw <i>professional</i> (tijdens jullie gesprekken)?	Gesloten vraag	
Ik heb voldoende informatie gekregen over Nederlandse gebarentaal van de <i>professional</i> .	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik heb voldoende informatie gekregen over een cochleair implantaat van de <i>professional</i> .	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik heb voldoende informatie gekregen over een gehoorapparaat door de <i>professional</i> .	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik heb voldoende informatie gekregen van de <i>professional</i> over Nederlandse gebarentaal in combinatie met een cochleair implantaat	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal in	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid

combinatie met een **cochleair implantaat** voor mijn kind.

Ik heb voldoende informatie gekregen van de KNO-arts over Nederlandse gebarentaal in combinatie met een gehoorapparaat .	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik kreeg begeleiding van de <i>professional</i> bij het maken van de taalkeuze.	7 puntsschaal	Weldoen
De <i>professional</i> stimuleerde mij om naast de gesprekken zelf op zoek te gaan naar informatie over de mogelijke taalkeuzes.	7 puntsschaal	Autonomie
Ik heb de informatie van de <i>professional</i> als behulpzaam ervaren.	7 puntsschaal	Weldoen
De <i>professional</i> heeft naar mijn voorkeur voor de taalkeuze gevraagd.	7 puntsschaal	Autonomie
De <i>professional</i> liet duidelijk merken dat hij/zij een voorkeur had voor een taalkeuze voor mijn kind.	Eens/oneens	
De taalvoorkeur van de <i>professional</i> heeft mij beïnvloed in de taalkeuze voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik kon zelf een beslissing maken over de taalkeuze voor mijn kind.	7 puntsschaal	Autonomie
Ik werd door de <i>professional</i> gerespecteerd in de taalkeuze die ik maakte voor mijn kind.	7 puntsschaal	Autonomie
Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de <i>professional</i> rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.	Open vraag	
Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de <i>professional</i> tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.	Open vraag	

Overige vragen

Indien u nog opmerkingen heeft kunt u dat hier aangeven.

Indien u benieuwd bent naar de resultaten van het onderzoek, kunt u hier eventueel uw e-mailadres achterlaten.

Appendix 4: Ervaring met de vier professionals

De vraag	De antwoorden
Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de KNO-arts tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.	<p>‘Ondanks onze sceptische houding nam de kno arts de tijd om gesprek aan te gaan en respecteerde onze keuze om op tweetaligheid in te zetten. Ondanks meningsverschil erg prettige arts.’</p> <p>‘Arts liet niet alle mogelijkheden zien. Naar andere gegaan.’</p> <p>‘De kno-arts heeft in de begeleiding bij voortduring aangegeven dat gesproken taal naast ngt moet bestaan om het spraak verstaan en taalbegrip te ondetsteunen.’</p> <p>‘Nemen de tijd en goede uitleg gehad.’</p> <p>‘Een fijn mee-denkend (kinder) CI-team bij het ziekenhuis.’</p> <p>‘Zoveel artsen zoveel meningen. Ben over vele te vreden, behalve 1 van de opererende kno arts.’</p> <p>‘We hebben de knopuur voor oorcontrole geconsulteerd. Ze is niet betrokken bij taalkeuze e.d.’</p> <p>‘We hebben 1 arts gehad (hij is later ontslagen) die alles fout aanpakte. Hij meldde ons direct na de eerste test dat onze dochter voor altijd doof zou zijn, geen goed leven zou hebben en CI’s zou krijgen (de had toen 40dB verlies). Dit ging telefonisch en er was geen ruimte voor vragen. Dat gaf me een flinke knauw als verse moeder (dochter was drie weken oud). Daarna hebben we echt topbegeleiding gehad en is de KNO-arts er amper op de voorgrond bij betrokken geweest.’</p> <p>‘Neg ervaring met ziekenhuis. Ook met heb besproken. Ziekenhuis heeft het erna goed opgepakt. Maar ook daar is geen/weinig aandacht voor gebarevb.’</p>

‘De kno artsen in het AMC heb ik als zeer kundig en professioneel ervaren.’

De vraag	De antwoorden
Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de audioloog tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.	<p>‘Prettige samenwerking, maar geen info over gebarentaal.’</p> <p>‘Ze focust op een gesproken taal, niet gebaren.’</p> <p>‘Wij zijn goed begeleid.’</p> <p>‘Heel fijn team, waarin alles besproken kan worden, maar de keuze bij ons als ouders wordt gelaten ☺.’</p> <p>‘Zorggroep is erg gefocust op het horen. Weinig op de gebarentaal. Wordt regelmatig verteld dat gebaren slecht zou zijn voor de gehoorontwikkeling. Dit door meerdere partijen (audioloog, gezinsbegeleiding, psycholoog). De gebarendocenten proberen hier verandering in aan te brengen. Is lastig. Verder is de zorg zo onder druk dat ik het gevoel heb dat men niet echt de tijd voor je hebt en je veel zelf moet uitzoeken. Een soort van sink or swim approach. Terwijl ondanks de ervaring men toch wel bepaalde dingen moet weten.’</p> <p>‘Ben blij met de audiologen die wij zien. Jammerlijk niet altijd dezelfde.’</p> <p>‘Alles is altijd goed geweest.’</p>

De vraag	De antwoorden
<p>Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de gezinsbegeleider tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.</p>	<p>‘Vechten voor een cursus NGT, maar wel fijne begeleiding voor het kind.’</p> <p>‘Was goed.’</p> <p>‘Super begeleiding vanaf de geboorte van een Stichting voor gehoorproblemen!! Heel erg dankbaar voor! Spraak logopedie vroegbehandelingsgroep aan huis en op de groep vanaf 2 jaar en NmG leren ondersteunen en cursussen. Super!!!’</p> <p>‘Ik heb een hele fijne gezinsbegeleidster, en wij werken goed samen en stemmen goed op elkaar af en op de behoefte van want ons kind nodig heeft 🙏🙏.’</p> <p>‘Over het algemeen blij. Hoewel je wel zelf goed bij de les moet blijven en moet blijven vragen, om de zorg die jij wil. Informeer je zelf goed en divers.’</p> <p>‘Onze gezinsbegeleidster heeft ons vier jaar lang fantastisch geholpen!!’</p> <p>‘Hele fijne ervaringen met een Stichting voor dove en slechthorende kinderen.’</p>

De vraag	De antwoorden
<p>Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de logopedist tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.</p>	<p>'Negatief: egoïstisch en ze wil veel begeleiden. Belang aan zichzelf ivm geld verdienen.'</p> <p>'Mijn zoon heeft er veel aan gehad.'</p> <p>'De Stichting voor dove kinderen heeft wapper groep, super fijn vanaf 2 jaar top begeleiding.'</p> <p>'Ik heb letterlijk gestreden voor een vaste logopedist, en mijn dochter heeft nu 3jaar een vaste, en ik ben ervan overtuigd dat dit komt doordat continuïteit, voorspelbaar en vertrouwen.'</p> <p>Veel verschillende instanties hebben een eigen kogopedist, met een eigen mening die ook gekleurd is door de organisatie waar ze voor werken. Dus spreek je hier met de logopedist van het ziekenhuis? Of van de vroeg behandeling? Of van school? Alle zijn anders, met een andere mening met andere ervaring. Denk echter dat je informatie over ci en gehoor apperaten hier niet moet halen. Wel taalontwikkeling en taalaanbod.'</p>

Appendix 5: De ideale begeleiding van de vier professionals

De vraag	De antwoorden
<p>Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de KNO-arts rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.</p>	<p>‘Neutrale houding, danwel alle aspecten van doof zijn meenemen in taalkeuze ipv enkel wat goed is voor de hoortraining mbt de CI’s. Uit blijven gaan van de basis: een doof kind. Is ook doof als de CI’s af zijn. Gebarentaal is altijd noodzakelijk om aan te bieden (evt. Naast Nederlands).’</p> <p>‘KNO arts puur informatie over CI. Audioloog en gezinsbeleider over taalkeuze.’</p> <p>‘Meer dan alleen hulpmiddelen.’</p> <p>‘Aanvankelijk zijn wij bij een kno-arts gestart in Hoofddorp. Deze arts zei letterlijk: u moet niet gebaren anders bent u straks de enige die met uw kind kan communiceren. Met drie jaar zijn wij overgegaan naar een ander ziekenhuis. Toen pas was er sprake dat doofheid werd vastgesteld en is gestart met hoorapparaten en daarna CI’s.’</p> <p>‘Arts gesproken taal en NMG.’</p> <p>‘Het meest ideale beeld: zorg dat je als professional basis gebaren weet, want de patiënt is immers doof. Bied gebarentaal ten alle tijden aan, en laat de keuze aan ouders. Wij hebben gekozen voor NL-gesproken taal met ondersteuning van gebarentaal (NMG) ons kind volgt ook onderwijs waarin deze taal terug komt. Nu bijna 2jaar verder kan ik oprecht zeggen dat gebarentaal echt een meerwaarde is voor de communicatie en om alle contexten te verduidelijken. Accepteer dat een CI een hulpmiddel is en geen oplossing, vanuit het CI-team de ervaring dat die erg op de gesproken taal zitten.’</p> <p>‘Wij hebben de ideale begeleiding; kno-audioloog-gezinsbegeleiding-organisatie voorgehoormoeilijkheden.’</p>

‘Dat juist ook bij sh kinderen er aandacht is voor taalaanbod op een andere manier dan alleen verbale communicatie.’

‘De KNO-arts heeft ons alleen medisch geïnformeerd over de oren van ons kind, hij heeft niets te maken gehad met de begeleiding, keuze hoortoestellen, keuze taal etc. Dit kwam van de audioloog en gezinsbegeleider af.’

‘Wij hebben geen begeleiding gehad vanuit KNO. Alles is dus welkom.’

‘Doofheid niet alleen aanvliegen vanuit zoeken naar medische oplossing. Er werd mij afgeraden met gebaren te gaan werkeb.’

‘Dit is vooral met audioloog en Stichting voor dove en slechthorende kinderen besproken. KNO arts alleen de operatie.’

‘Bijna alle informatie liep via de audioloog. Alleen onderzoeken kiepen via KNO-arts. De visie van de kno arts gaat erg uit van het probleem is opgelost en niet van het rest probleem. Dat komt vermoedelijk pas later als het niet naar verwachting blijkt te werken. Ik zou het prettig vinden van alles de voor en nadelen te horen. Maar ik als ouder kijk vast ook gekleurd, dat is wat menselijke informatie nu eenmaal is. Je moet altijd nadenken wat is de achtergrond van de zender en dan de informatie interpreteren. Helaas is deze denk stap niet voor iedereen logisch, om diverse begrijpelijke redenen. Daarom is het belangrijk dat diverse bronnen betrokken zijn bij het traject en ieder zijn eigen visie/ informatie deelt, zodat je zelf kunt filteren. Eerlijk gezegd weet ik niet hoe realistisch het is om de diversiteit van informatie (zoals bijv taal) bij de kno arts neer te leggen. Ieder zijn eigen vak. Ieder kind is anders. Ieder gezin is anders.’

De vraag	De antwoorden
<p>Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de audioloog rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.</p>	<p>'Zelfde als bij kno, ga uit van de basis, een doof kind is ook met Cl's een doof kind.'</p> <p>'Meer in overeen stemming met gekozen taal.Zo weinig mogelijk gebaren wat de audioloog betreft.'</p> <p>'Meer informatie over doofheid/gebaren.'</p> <p>'Meer gebaarvaardig.'</p> <p>'Zie mijn eerste aantekening, accepteer de beperking, ken basis gebaren zodat je patiënt kan begroeten etc.'</p> <p>'Meer tijd om zo mee uitleg te geven. Audioloog vooral gefocust op het testen, weinig op de nazorg, andere factoren. Dit ligt vooral bij de gezinsbegeleider.'</p> <p>'Hij gaf duidelijke opties en benoemde de voor- en nadelen.'</p> <p>'Prima.'</p>

De vraag	De antwoorden
<p>Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de gezinsbegeleider rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.</p>	<p>‘Het aanbieden van cursussen NGT is een drama, dit zou vanzelfsprekend moeten zijn bij aanmelding.’</p> <p>‘Ontzorgen.’</p> <p>‘Meer diverse ervaringsdeskundig inzetten.’</p> <p>‘Was prima.’</p> <p>‘We troffen iemand vanuit Nederlandse organisatie voor dove jongeren die geen enkele kennis van zaken had over sh/doof. Ze was gericht op kinderen met tos maar kon ons hierin helaas totaal niet helpen. Mijn kennis was hoger dus helaas moest ik haar veel leren.’</p> <p>‘Ik denk dat, dat sterk afhankelijk is van het kind en zijn systeem. Ik zelf kom uit de zorg (gehandicapt) waardoor de ‘problemen’ van mijn dochter geen ‘problemen’ vormen omdat wij dat snel thuis oplossen, zien wat ze nodig heeft en ons daarop aanpassen. Alles is bij ons thuis gevisualiseerd dmv pictogrammen, de ondersteund met gebaren en gesproken taal maakt dat ze nu steeds meer van de wereld begint te begrijpen. Maar pas dus gezinsbegeleiding aan op de behoefte van het kind en zijn systeem/ sociaal netwerk en werk samen.’</p> <p>‘Ik had verwacht in het begin een soort van checklist te krijgen. Of een folder. Waarin staat waar je wat kan vinden, hoe dingen werken. Het bleef sink or swim.’</p> <p>‘Helaas gaat bij de Stichting voor dove en slechthorende kinderen de voorkeur uit naar NmG. Ik had beter geïnformeerd willen worden over de mogelijkheden van NGT, dan waren we daar eerder mee begonnen. Ook vindt ik dat je na je taalkeuze NmG nog binnen het traject zou moeten kunnen switchen naar NGT. En er moet een vervolg traject worden aangeboden na 4 jaar. Je kan niet ouders handvatten bieden en</p>

daarna laten zwemmen. Je hebt ook nazorg, of de zorg dat de behoeftes juist worden overgedragen en opgevolgd, en daar zit een schandig groot gat en voor diverse instanties liggen daar kansen (speciaal onderwijs, Vroegbehandeling, en organisaties als kentalis, organisatie voor gehoordmoeilijkheden en viertaal) want ouders moeten worden onderwezen als je de kinderen een niet moedertaal van de ouders moet/wil aanbieden.'

'Sprak en NMG.'

'Prima.'

De vraag	De antwoorden
<p>Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de logopedist rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.</p>	<p>‘Alle informatie delen, nu zwijgen ze veel informatie en ze willen meer weten dan wij sls ouders.’</p> <p>‘Was goed. Ondersteunende gebaren bij de taal.’</p> <p>‘Een logopedist met kennis van zaken over de talen en gehoorapparaten en CI’s had zo fijn geweest. Nu lag de nadruk op tos, waarbij gebaren ondersteunend werden ong zet en waarvan gezegd werd dat dit gebarentaal was maar het waren helaas maar een paar enkele gebaren. ook te midden van de tos kinderen werd onze zoon aan de zijkant niet recht voor de leerkracht gezet. Er was geen expertise over houding, taalgebruik, belichting enz.’</p> <p>‘Cursussen NMG, logopedie, vroegbehandelingsgroep vanaf geboorte.’</p> <p>‘Wat voor het kind fijn zou zijn, wanneer het kind moet starten bij een logopedist dat je probeert zoveel als mogelijk het bij 1logopedist te houden. Continuïteit en vertrouwen zorgt voor breder draagvlak bij het kind waardoor je meer winst kan behalen omdat het kind dan niet steeds aan een ander uiterlijk (liplezen/spraak afzien) hoeft te wennen.’</p> <p>‘Dit kan beter. Veel diverser vanuit hun vak.’</p> <p>‘Maar aandacht aan voor sh kinderen.’</p>

Appendix 6: Verklaring geen fraude en plagiaat

Onderteken dit *Verklaring geen fraude en plagiaat* formulier en voeg dit formulier als laatste bijlage toe aan de eindversie van de bachelorscriptie die wordt ingeleverd bij de eerste begeleider.

Ondergetekende,

Danique Nijland, 1065551

Bachelorstudent Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Letterenfaculteit van de Radboud Universiteit Nijmegen, verklaart met ondertekening van dit formulier het volgende:

- a. Ik verklaar hiermee dat ik kennis heb genomen van de facultaire handleiding (<https://www.ru.nl/letteren/stip/regels-richtlijnen/richtlijnen/fraude-plagiaat/>) en van artikel 16 “Fraude en plagiaat” in de Onderwijs- en Examenregeling voor de BAopleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen.
- b. Ik verklaar tevens dat ik alleen teksten heb ingeleverd die ik in eigen woorden geschreven heb en dat ik daarin de regels heb toegepast van het citeren, parafraseren en verwijzen volgens het Vademecum Rapporteren.
- c. Ik verklaar hiermee ook dat ik geen teksten heb ingeleverd die ik reeds ingeleverd heb in het kader van de tentaminering van een ander examenonderdeel van deze of een andere opleiding zonder uitdrukkelijke toestemming van mijn scriptiebegeleider.
- d. Ik verklaar dat ik de onderzoeksdata, of mijn onderdeel daarvan, die zijn beschreven in de BA-scriptie daadwerkelijk empirisch heb verkregen en op een wetenschappelijk verantwoordingelijke manier heb verwerkt.

Plaats + datum

6 juni 2021

Handtekening

