

# **Struikelblokke in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie en strategieë vir die bevordering van kultuurveilige praktyke: 'n omvangsbepaling**

**Mariëtte Botha, Berna Gerber en Anita van der Merwe**

---

Mariëtte Botha, Afdeling Spraak-, Taal- en Gehoorterapie, Universiteit Stellenbosch  
Berna Gerber, Afdeling Spraak-, Taal- en Gehoorterapie, Universiteit Stellenbosch  
Anita van der Merwe, professor emerita, Universiteit Stellenbosch

---

## ***Opsomming***

In 'n kultureel en linguisties diverse land soos Suid-Afrika bestaan daar 'n belangrike behoefte om spraak-taaltherapiedienste te lewer wat kultuurveilig van aard is. 'n Omvattende lys van strategieë wat terapeute kan volg om hierdie behoefte te vervul, ontbreek egter. 'n Lys van verwagte struikelblokke in kruislinguistiese en -kulturele praktyke kan spraak-taaltherapeute (STT's) help om voor te berei vir kruislinguistiese en -kulturele interaksies en om begrip, eerbied en empatie vir hul kliënte te ontwikkel.

Met die doel om 'n raamwerk vir kultuurveilige spraak-taaltherapie-praktyke voor te stel, het hierdie omvangsbepaling internasionale en plaaslike literatuur deursoek vir die struikelblokke wat verwag kan word asook doeltreffende strategieë wat STT's wêreldwyd ontwikkel het waar hulle kruislinguisties en -kultureel praktiseer. Die aard en omvang van die navorsing wat reeds op die gebied van kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie gedoen is, is ook bepaal. 'n Soekstrategie is as metode ontwikkel om toepaslike artikels in elektroniese databasisse uit te wys. Twaalf artikels is in die omvangsbepaling ingesluit.

Primêre struikelblokke tydens kruislinguistiese en -kulturele spraak-taaltherapie wat geïdentifiseer is, het taal- en kommunikasiestruikelblokke, tekorte aan toepaslike evaluasie- en terapie-materiaal, en tekort aan toepaslike opleiding behels. Voorgestelde strategieë vir goeie kruislinguistiese en -kulturele spraak-taaltherapie het bestaan uit die uitbreiding tot 'n meer diverse werkerskorps, die vestiging van goeie verstandhoudings met versorgers, en aanpassings in kommunikasie.

Hierdie omvangsbepaling bied die enigste opsomming van die strategieë vir kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie wat STT's wêreldwyd in die afgelope twintig jaar ontwikkel het, asook moontlike struikelblokke wat verwag kan word. Die bydrae word vergroot deur verwysing na die Suid-Afrikaanse konteks. Bevindinge aangaande die aard en omvang van die literatuur stel ook 'n basislyn as vertrekpunt vir die beplanning van verdere navorsing.

**Trefwoorde:** kinders; kruislinguisties en -kultureel; kultuurbevoegdheid; kultureel en linguisties divers; kultuurveiligheid; spraak-taaltherapie; versorgers

### *Abstract*

#### **Barriers in cross-linguistic and cross-cultural paediatric speech-language therapy and strategies for promoting culturally safe practices: a scoping review**

Culturally and linguistically diverse countries such as South Africa require speech-language therapy services that are accessible and culturally safe. Cultural safety refers to a client's experience during cross-linguistic and cross-cultural intervention when speech-language therapists (SLTs) act in a culturally sensitive, culturally competent manner and with cultural humility (Phiri, Dietsch and Bonner 2010). The practice of cultural safety is a more equal division of power between the therapist and the client, and leads to the client's feeling understood and respected with regard to his/her language and cultural background.

The speech-language therapy profession in South Africa still comprises mostly white Afrikaans- or English-speaking women (Mdlalo, Flack and Joubert 2016; Khoza-Shangase and Mophosho 2017) and the trend is similar in some other countries, for example the United Kingdom (Ferguson and Armstrong 2004). These professionals serve a diverse population with different indigenous and foreign languages and cultural backgrounds that often differ from the SLT's own language and culture. Although there is a marked increase in the number of South African SLTs that can serve clients in an African language, research findings suggest that children who are native speakers of African languages are still likely to receive assessment and treatment in a language other than their first language (Southwood and Van Dulm 2015).

SLTs worldwide have a responsibility to develop cultural competence in order to promote cultural safety during cross-linguistic and cross-cultural engagements. Cultural competence develops over time and is addressed in formal guidelines such as those proposed by The South African Speech, Language and Hearing Association (SASLHA), American Speech, Language and Hearing Association (ASHA) and the Health Professions Council of South Africa (HPCSA). In its official document "Guidelines for speech-language therapists regarding early communication intervention" SASLHA refers to the development of cultural competence (The South African Speech-Language-Hearing Association 2017). SASLHA members are also referred to ASHA's online resources for more information on cultural considerations, cross-cultural assessment, and a "mark list for personal reflection". In October 2019 the HPCSA released a document with guidelines for practice in the linguistically and culturally diverse local context. These guidelines are valuable, structured, and based on research literature. Several international studies have investigated practical strategies/recommendations listed by SLTs which are utilised in their everyday engagements with culturally and linguistically diverse paediatric populations, as well as the barriers they have experienced.

A comprehensive list of such strategies/recommendations and the barriers that SLTs may expect during cross-linguistic and cross-cultural intervention can assist them to prepare more effectively for such engagements and to develop a deeper understanding, respect and empathy for their clients. Such comprehensive information would benefit not only SLTs but also any other professionals, such as teachers, psychologists and medical practitioners who work in cross-linguistic and cross-cultural domains. However, no such list has yet been developed.

The aim of this scoping review was to develop two comprehensive lists as well as to propose a framework for culturally safe paediatric speech-language therapy practices. We searched international and local literature to determine the barriers that can be expected as well as effective strategies that SLTs have developed while engaged in cross-linguistic and cross-cultural practice. The nature and extent of research that has been conducted over the past 20 years in the field of cross-linguistic and cross-cultural paediatric speech-language therapy was also established.

The Joanna Briggs Institute's manual for scoping reviews was used to direct the research (The Joanna Briggs Institute 2015). The research report is structured as indicated in the "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Scoping Reviews" (PRISMA-ScR) (Tricco, Garritty, Moher, Aldcroft, Levac, Hartling, Moriarty, McGowan, Straus, Colquhoun, Godfrey, Peters, Langlois, Lewin, Chang, Hempel, Soares-Weiser, O'Brien, Clifford, Wilson, Macdonald, Akl, Stewart, Weeks, Horsley, Zarin, Tunçalp and Lillie 2018), with transparency and thorough reporting in mind. A search strategy was developed to identify relevant articles from electronic databases. Twelve articles that fitted the selection criteria were included in the scoping review.

The findings suggest a list of ten primary barriers regarding cross-linguistic and cross-cultural paediatric speech-language therapy that SLTs have identified, including language and communication barriers, lack of appropriate assessment and therapy materials, and lack of appropriate training. Eleven proposed practical strategies for effective cross-linguistic and cross-cultural speech-language therapy included establishing good relationships with caregivers and ways of involving them, ways of making adjustments in communication with caregivers, and advocating for a more diverse workforce in the profession.

**Contribution and originality:** To the best of our knowledge, this scoping review provides the first summary of strategies for cross-linguistic and cross-cultural paediatric speech-language therapy used by SLTs across the world as well as possible barriers that can be expected. The value of this contribution is increased by relating it to the South African context. The findings regarding the nature and extent of the literature on this subject serve as a baseline for planning further research. A cultural framework is also proposed based on the resources that have been available over the past 20 years.

**Keywords:** caregivers; children; cross-linguistic and cross-cultural; cultural competence; culturally and linguistically diverse; cultural security; speech-language therapy

## 1. Inleiding

Pasiënte wat nie sprekers van dieselfde taal as die professionele diensleweraar is nie, ontvang dikwels slegs 'n afgewaterde weergawe van die betrokke gesondheidsdiens (Mophosho 2018). STT's, oudioloë en navorsers op die gebied van spraak-taal- en gehoortherapie het 'n etiese en wetlike verantwoordelikheid om dienste te lewer en navorsing uit te voer wat kultuur- en taaltoepaslik is (HPCSA 2019; ASHA 2020). Taalregte is 'n mensereg wat dikwels moet terugstaan weens 'n land se politieke of sosiale omstandighede (May 2011). Die kwessie word geïllustreer in die gebeure waar twee landsburgers in 2016 op grond van hul taalagtergrond deur die Wes-Kaapse Gesondheidsdepartement toegang tot basiese mediese dienste geweier is (Fisher 2016).

Kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie is 'n daaglikse verskynsel in Suid-Afrika, veral in openbare hospitale en klinieke, waar spraak-taaltherapiedienste steeds meestal deur wit Afrikaans- of Engelssprekende vroue gebied word (Mdlalo, Flack en Joubert 2016; Khoza-Shangase en Mophosho 2017; Pascoe, Klop, Mdlalo en Ndhambi 2018). Alhoewel daar 'n merkbare toename is in die aantal STT's wat hul kliënte<sup>1</sup> in 'n Afrikataal kan bedien, dui navorsingsbevindinge daarop dat kinders wat Afrikataal-moedertaalsprekers is, steeds waarskynlik assessering en behandeling sal ontvang in 'n taal wat nie hul eerste taal is nie (Southwood en Van Dulm 2015).

Vir die doeleindes van hierdie artikel verwys die term *pediatrics* na kinders van geboorte tot 14 jaar oud. Die term *kruislinguisties en -kultureel* verwys na wanneer die terapeut/klinikus se taal en kultuuragtergrond verskil van dié van die kliënt wat hy/sy bedien, byvoorbeeld wanneer 'n STT met 'n Xhosa-taal- en -kultuuragtergrond 'n kliënt met 'n Tswana-taal- en -kultuuragtergrond bedien.

'n Gesinsgesentreerde benadering en kultuurtoepaslikheid is die twee grondbeginsels van spraak-taaltherapie vir jong kinders (The South African Speech-Language-Hearing Association 2017). 'n Gesinsgesentreerde benadering is 'n samewerkende verhouding tussen die terapeut en die kind se gesin en selfs die gemeenskap. Aangesien die funksionering van 'n kind nie in isolasie gesien word nie, maar eerder in terme van die kind binne die konteks van die familie, het gesinsinteraksie die grootste invloed tydens die ontwikkelingsjare (World Health Organization 2007:xv). Verslae van navorsing wat die voordele van 'n gesinsgesentreerde benadering aantoon en praktiese riglyne vir gesinsgesentreerde intervensie bied, is verkrygbaar in die literatuur soos byvoorbeeld in die Amerikaanse oorsigstudie gepubliseer deur Polmanteer en Turbiville (2000) wat die leser met een oogopslag 'n lys van riglyne vir gesinsgesentreerde intervensie aanbied. *Kultuurtoepaslikheid* verwys na die aanwend van kultuurbevoegdheid wat die begrip van die invloed van verskillende tale en kulture op die behandeling van die pasiënt behels (Govender, Mpanza, Carey, Jiyane, Andrews en Mashele 2017). Navorsingsverslae wat een omvattende lys van verwagte struikelblokke en praktiese aanbevelings vir kultuurtoepaslike pediatriese spraak-taaltherapie bied, kon, in teenstelling met die beskikbare riglyne vir gesinsgesentreerde intervensie, nie opgespoor word nie – wat bewys van die behoefte daaraan is.

*Kultuurtoepaslikheid* en *kultuurveiligheid* is verwante begrippe, maar die betekenis van die twee terme verskil. *Kultuurtoepaslikheid* sluit onder meer in dat kultuurveiligheid deel vorm van kruislinguistiese en -kulturele terapie. *Kultuurveiligheid* (“cultural safety”) kan beskryf word as dit wat die kliënt tydens kruislinguistiese en -kulturele intervensie ervaar wanneer 'n

STT met kultuurnederigheid (“cultural humility”) optree, kultuursensitief is en met kultuurbevoegdheid te werk gaan (Phiri, Dietsch en Bonner 2010). Die uitwerking van kultuurveiligheid is dat daar ’n meer gelyke magsverdeling tussen die terapeut en die kliënt ontstaan, en dat die kliënt ervaar dat sy/haar kultuur- en taalagtergrond verstaan en eerbiedig word. ’n Verdere positiewe effek van kultuurveiligheid is dat dit die proses van transformasie in die beroep van spraak-taal terapie kan bevorder en tot meer doeltreffende en toepaslike intervensie kan lei (Southwood en Van Dulm 2015). Kultuurveiligheid is ’n konsep wat die afgelope paar jaar gewildheid in onder meer Kanada, Australië en Nieu-Seeland geniet. Verskaffers van gesondheidsdienste in hierdie lande het die waarde van kultuurtoepaslike praktyke begin ondersoek, aangesien daar ’n besef ontwikkel het dat die Westerse diskoers wat steeds die mediese wêreld oorheers, nie tot alle kulture en tale spreek nie. Hierdie bewuswording is van kardinale belang veral vir spraak-taal terapie waar taal, kommunikasie en die sosiale/kulturele konteks sleutelbegrippe is.

Die konsep *kultuurveiligheid* het sy oorsprong in die verpleegkunde en word steeds meestal in verpleegkunde gebruik en ontwikkel. In 1950 het Madeleine Leininger, ’n kliniese geestesgesondheids spesialis asook ’n verpleegkundige antropoloog (met ’n doktorsgraad in antropologie), die belang van kultuur in gesondheidsbehandeling raakgesien en ’n antropologiese teorie hieroor ontwikkel (McFarland en Wehbe-Alamah 2015; 2019). Dit staan bekend as die Theory of culture care diversity and universality en word as ’n belangrike teorie beskou, veral in verpleegkunde. In haar teorie voer Leininger aan dat dit belangrik is om ’n persoon se kultuur en agtergrond in ag te neem wanneer daar besluite oor sy/haar behandeling gemaak word. Leininger beskryf verskeie komponente van kulturele sorg (“cultural care”), soos kommunikasie in die pasiënt se taal, aanvaarding, gesins- en gemeenskapsbetrokkenheid en -ondersteuning, asook kennis van kulturele waardes, taboes en gebruike (Leininger en McFarland 2006). Hierdie teorie is relevant en ’n goeie riglyn vir kultuurveilige gesondheidsorgpraktyke. Studies waar die klem gelê word op die ervarings van pasiënte en/of versorgers wat aan die ontvangkant van kruislinguisties- en -kulturele gesondheidsorg staan, byvoorbeeld die kind en/of die ouer, kon egter nie in die literatuur gevind word nie.

’n Duidelike omskrywing van die begrip *kultuurveiligheid* word bemoeilik (1) deur die feit dat dit verskillend ervaar word deur die groot verskeidenheid kliënte of pasiënte en (2) omdat ’n duidelike raamwerk vir kultuurveilige praktyke nog nie ontwikkel is nie (Gerlach 2012). Kultuurveiligheid word vir die doeleindes van hierdie artikel gedefinieer as die proses *en* uitkoms van die toepassing van kultuursensitiewiteit, kultuurnederigheid en kultuurbevoegdheid. Die klinikus moet oor hierdie drie houdings en vaardighede beskik om ’n ervaring van kultuurveiligheid by die kliënt te bewerkstellig (Indigenous Health 2017). Die betrokke begrippe kan ten beste verduidelik word deur ’n beskrywing van kultuurveilige praktyk soos in die volgende paragraaf.

’n Kind se versorger raadpleeg ’n terapeut weens ’n behoefte aan vroeë kommunikasie-intervensie. Die ouer en kind se taal en kultuur verskil moontlik van dié van die terapeut. Die terapeut erken die kultuurverskille, eerbiedig die kliënt se kultuur, en besin voortdurend oor sy/haar vooroordele ten opsigte van ander kulture. Hierdie persoonlike besinning vorm deel van kultuursensitiewiteit en kultuurnederigheid (Tervalon en Murray-Garcia 1998; Schim en Miller 2007; Indigenous Health 2017). Die terapeut dra kennis van die waardes en oortuigings van die kliënte se spesifieke kulturele agtergrond nadat hy/sy met eerbied, en waar toepaslik etnografies (Westby 1990) daarvoor uitgevra of oordeelkundig daarvoor nagelees het. Op grond van sy/haar kennis van moontlike struikelblokke, asook strategieë vir doeltreffende

kruislinguistiese en -kulturele praktykvoering, kan die nodige aanpassings in assessering en behandeling gemaak word. Vaardigheid in so 'n werkwyse staan bekend as kultuurbevoegdheid (ASHA 2020). Hierdie houdings, vaardighede en kennis maak dit vir die kliënt moontlik om veilig te voel tydens die interaksie met die terapeut (kultuurveiligheid). Die kultuurbevoegde STT beskou nie verskille in taal en kultuur as 'n struikelblok nie, maar poog eerder om hierdie verskille te gebruik in die bevordering van suksesvolle intervensie (Maul 2015).

Bo en behalwe 'n tekort aan kultuurtoepaslike materiaal vir spraak-taal-assessering en -behandeling in Suid-Afrika (Southwood en Van Dulm 2015; Pascoe, Mahura en Dean 2020) bestaan daar ook 'n tekort aan 'n omvattende lys van verwagte struikelblokke en praktiese strategieë om dit te oorkom in pediatriese spraak-taaltherapie, vir gebruik deur die terapeute wat daaglik kruislinguisties en -kultureel in die land praktiseer.

Alhoewel die behoefte aan kultuurveilige praktyke nie uniek is tot die veld van spraak-taaltherapie nie, is dit nietemin 'n dringende kwessie aangesien spraak-taaltherapie nie net fokus op die funksionaliteit van kommunikasie nie maar ook op die komponente daarvan, naamlik semantiek, morfologie, fonologie, sintaksis en pragmatiek. Kennis van algemene kultuurveilige praktyke (soos in arbeidsterapie) kan daarom nie sonder aanpassings toegepas word in die veld van spraak-taaltherapie nie.

Ander geregistreerde gesondheidsberoepes in Suid-Afrika het sover ook nog nie hul eie riglyne vir kultuurveilige praktyke ontwikkel nie (Pascoe e.a. 2018:68). Die Suid-Afrikaanse Spraak-, Taal- en Gehoorvereniging (South African Speech Language and Hearing Association, SASLHA) verwys in hul riglyne vir vroeë kommunikasie-intervensie deur oudioloë en STT's slegs een keer na kultuurbevoegdheid (SASHLA 2017). Lede van SASLHA word verwys na ASHA se aanlyn hulpbronne vir meer inligting oor kulturele oorwegings, kruislinguistiese en -kulturele evaluasie en 'n afmerklys vir persoonlike besinning. Geen ander strategieë vir effektiewe kruislinguistiese en -kulturele intervensie word voorgestel nie, behalwe dat die kind in sy/haar moedertaal geëvalueer moet word. Geen melding word gemaak van metodes om belangrike kultuurbevoegdheidsvaardighede te ontwikkel nie, soos die opleiding van gemeenskapswerkers en tolke, aanpassings wat gemaak kan word vir kruislinguistiese en -kulturele intervensie, of hoe om inligting oor kulturele gebruike en oortuigings in te win. Die Suid-Afrikaanse Raad vir Gesondheidsberoepes (HPCSA) het in Oktober 2019 'n dokument met vyf beginsels vir praktykvoering in die taal- en kultuurdiverse plaaslike konteks vrygestel (HPCSA 2019). Hierdie dokument is tans die enigste van sy soort en spreek nie alle aspekte van die praktyk aan nie. Alhoewel dit saamgestel is uit die bestaande internasionale navorsingsliteratuur, spreek hierdie dokument slegs twee beginsels aan waarna die STT in die praktyk kan streef, naamlik (1) om dienste te lewer wat binne die praktykromvang van die STT is en kontekstueel relevant is, en (2) om die invloed van kultuur- en linguistiese diversiteit tydens evaluasie en intervensie in ag te neem. Die ander drie beginsels is van toepassing op kurrikulumontwikkeling. Die dokument verskaf internasionale bronne waarna STT's in die praktyk verwys en 'n paar riglyne, byvoorbeeld vir wanneer daar saam met 'n tolk gewerk word (gebaseer op ASHA se riglynedokument). 'n Riglyn soos "hoe om van 'n kulturele mediator gebruik te maak" is ook op ASHA se riglynedokument gebaseer. Die HPCSA-dokument erken die behoefte om die kulturele mediator se rol te formaliseer vir plaaslike gebruik en dat riglyne vir hierdie strategie nog nie vir Suid-Afrika ontwikkel is nie. Verder word daar klem gelê op die gebied van spraak-taaltherapie in die geheel, en nie pediatriese spraak-taaltherapie in die besonder nie. Alhoewel die algemene riglyne wat die HPCSA-dokument bied, wel waardevol en bruikbaar is, is pediatriese spraak-taaltherapie 'n veld waar

die kind se versorger(s), opvoedkundige omgewing, professionele span en gemeenskapslede 'n groot rol in die intervensieproses speel en verg dit 'n meer pasgemaakte stel aanbevelings.

Kennis van die struikelblokke in en strategieë vir kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taal terapie kan daartoe bydra dat toepaslike en toeganklike intervensie aan kinders en versorgers gelewer word. Hierdeur word terapeute (en ander professionele persone wat kruislinguisties en -kultureel praktiseer, soos dokters en opvoeders) bygestaan om hul etiese en wetlike verantwoordelikhede teenoor hul kliënte na te kom.

Die vraag wat hierdie omvangsbepaling wou beantwoord, is die volgende: Wat kan ons uit die navorsingsliteratuur leer oor die struikelblokke en strategieë waarmee STT's te doen het in pediatriese kruislinguistiese en -kulturele praktykvoering?

Die doel van hierdie omvangsbepaling is eerstens om die aard en omvang van die beskikbare literatuur te bepaal wat betref die belangrikste skrywers, jaartal van publikasie, bronne van publikasie, land waar die navorsing gedoen is en metodes van data-insameling. Die tweede doel is om 'n lys van die struikelblokke en strategieë soos gerapporteer deur STT's, saam te stel, en die derde is om 'n raamwerk vir kultuurveilige pediatriese spraak-taal terapie voor te stel. Die struikelblokke en strategieë vanuit doelwit twee sal 'n komponent van die voorgestelde raamwerk vorm.

## 2. Metodologie

### 2.1 Navorsingsontwerp

Omvangsbepalings word onder andere gebruik om die aard en omvang van navorsings-aktiwiteit in 'n bepaalde veld te bepaal (Arksey en O'Malley 2005), en was daarom 'n geskikte metode om die navorsingsvraag te beantwoord. Stappe een tot vyf van Arksey en O'Malley se raamwerk vir omvangsbepalings is gevolg, naamlik:

1. formulering van die navorsingsvraag
2. identifikasie van toepaslike studies deur middel van 'n soekstrategie wat gevolg is om databasisse en verwysingslyste na te gaan
3. kies van tersaaklike studies deur keuringskriteria toe te pas
4. grafiese voorstelling van die resultate
5. opsomming en rapportering van resultate.

Die Joanna Briggs Institute se gids vir omvangsbepalings (The Joanna Briggs Institute 2015) is as rigtingaanwyser vir die navorsing gebruik.

Hierdie navorsingsartikel is gestruktureer soos aangedui deur die Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Scoping Reviews (hierna PRISMA-ScR) (Tricco, Garrity, Moher, Aldcroft, Levac, Hartling, Moriarty, McGowan, Straus, Colquhoun, Godfrey, Peters, Langlois, Lewin, Chang, Hempel, Soares-Weiser, O'Brien, Clifford, Wilson, Macdonald,

Akl, Stewart, Weeks, Horsley, Zarin, Tunçalp en Lillie 2018) met die oog op deursigtigheid en volledige verslagdoening.

### 2.1.1 Keuringskriteria

Artikels is by die studie ingesluit indien die deelnemers aan die gerapporteerde navorsing STT's was wat in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie werkzaam was, en indien hulle deur middel van 'n individuele of fokusgroep-onderhoud, of 'n vraelys, of by wyse van narratiewe besinning, uitgevra is oor die struikelblokke wat hulle geïdentifiseer het en/of strategieë wat hulle in hul praktyke met kinders en hul versorgers ontwikkel het. Slegs studies waar die taal- en kultuuragtergrond van die terapeut en die kliënt verskil het, is ingesluit. Omrede die literatuur wat op pediatriese kruislinguistiese en -kulturele spraak-taaltherapie toegespits is, beperk is, is daar besluit om alle moontlike kontekste in te sluit waar spraak-taaltherapie gelewer word. Studies wat uitgevoer is in klinieke, hospitale, nieregerings-organisasies, nuwingsgewende organisasies, privaatpraktyk, tuisgebaseerde omgewings, of skole waar pediatriese spraak-taaltherapiedienste gelewer word, is vir insluiting oorweeg. Beperkings ten opsigte van die jaar en taal van publikasie, ouderdom van die kinders wat ter sprake is, en volle teksbesikbaarheid van die inligtingsbron het wel tydens die soektog gegeld. Aangesien kultuurveiligheid 'n redelik nuwe konsep op die gebied van spraak-taaltherapie is, met sy ontstaan eers in 1980 in Nieu-Seeland, is daar besluit om studies wat tydens die afgelope 20 jaar uitgevoer is, in te sluit. Slegs Engelse en Afrikaanse artikels is vir keuring oorweeg, aangesien ons slegs in die gebruik van hierdie twee tale vaardig is. Studies wat gehandel het oor kruislinguistiese en -kulturele spraak-taaltherapie aan kinders van geboorte tot 13 jaar (preadolesensie) is ingesluit. Wat die inligtingsbronne betref, is artikels, boeke en ongepubliseerde werk (die sogenaamde grys literatuur, byvoorbeeld ongepubliseerde proefskrifte) oorweeg in 'n poging om alle beskikbare navorsingsliteratuur by die omvangsbepaling in te sluit, aangesien die ondersoekveld nie baie wyd is nie.

### 2.1.2 Soekstrategie

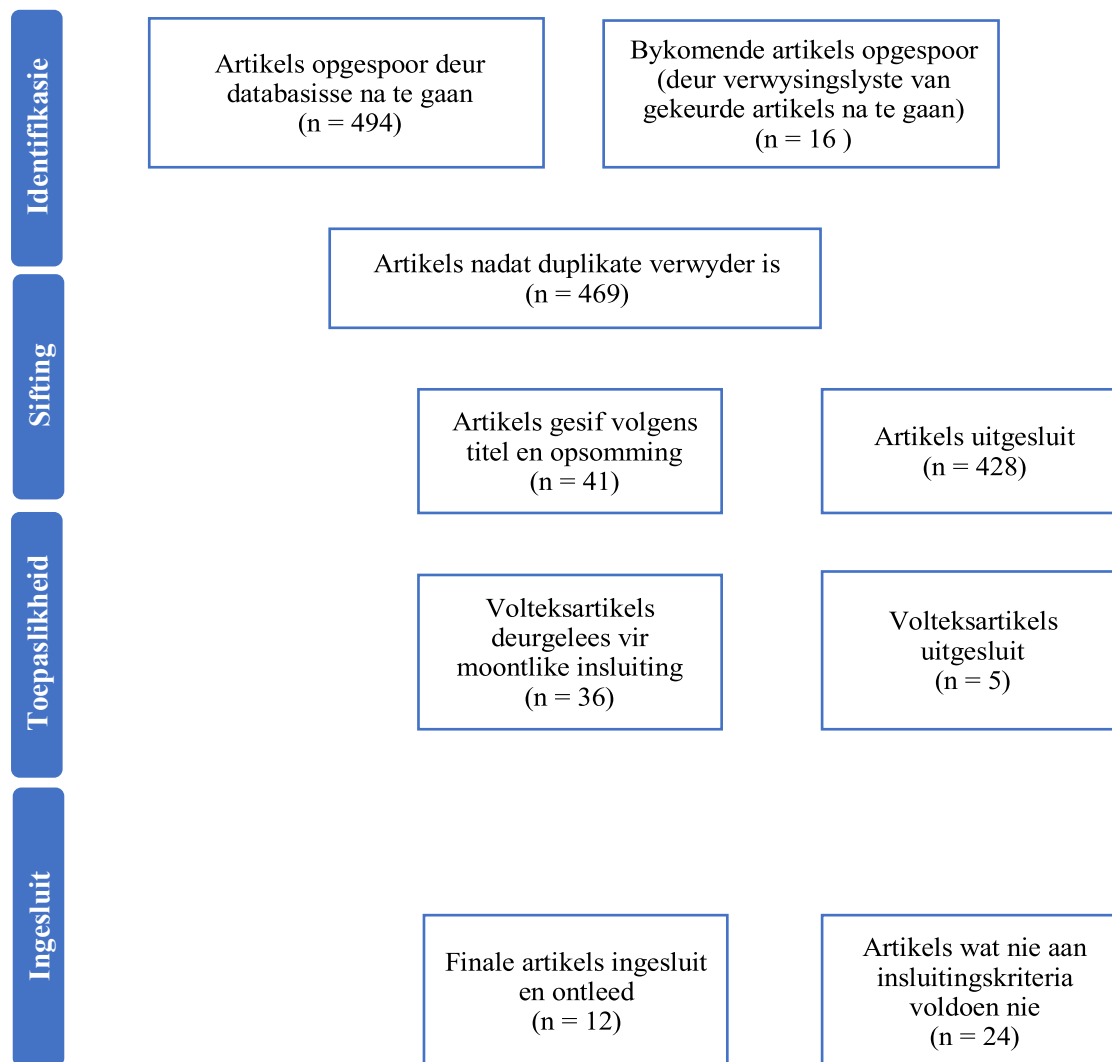
Navorsingstudies wat daartoe kon bydra om die navorsingsvraag te beantwoord, is elektronies onttrek deur die driestap-soekstrategie uit die Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 te volg. Die soekstrategie vir die huidige studie is met raadpleging van 'n senior universiteitsbibliotekaresse ontwikkel. Die soektog is van Julie 2019 tot Oktober 2020 deur die eerste skrywer uitgevoer.

*Stap 1:* 'n Loodsfase is uitgevoer waar twee databasisse, naamlik PubMed en CINAHL, met die Engelse ekwivalente van die volgende aanvanklike lys sleutel terme deursoek is: “spraak-taaltherapie”, EN “kultuurveiligheid” OF “kultuurbevoegdheid” OF “linguisties en kultuur divers” EN “kinders” EN “versorgers”. Hierdie aanvanklike soektog is gevolg deur 'n ontleding van die teks, woorde in die titel en opsomming van artikels wat afgelaai is, asook die indeks-sleutel terme wat gebruik is om die artikels te beskryf. “Afgelaai” verwys in hierdie geval na die aflaai van die voltekswaerwag van die navorsingstudie en verskil van “onttrek”, wat verwys na 'n lys van resultate wat vanuit 'n databasis onttrek is nadat die sleutel terme ingevoer is.

*Stap 2:* 'n Tweede soektog is uitgevoer waar al die sleutel terme en indeksterme ingesluit is om die databasisse te deursoek. Die soekterme met Booleaanse operateurs was die Engelse ekwivalente van “kultuurbevoegd” OF “kultuurbevoegdheid” OF “kultuursensitiwiteit” OF “kultuurresponsief” OF “kulturele nederigheid” EN “spraaktherapie” OF “spraakpatologie”



OF “spraak-taalpatologie” OF “spraak-taalterapie” OF “spraakterapeut” OF “spraakpatoloog” OF “spraak- en taalterapeut” OF “spraak-taalterapeut” OF “spraak-taalpatoloog” (“cultural competency” OR “cultural competence” OR “cultural sensitivity” OR “cultural responsiveness” OR “cultural humility”, AND “speech therapy” OR “speech pathology” OR “speech language pathology” OR “speech-language therapy” OR “speech therapist” OR “speech pathologist” OR “speech language therapist” OR “speech-language therapist” OR “speech-language pathologist”). Die vloedigram in Figuur 1 is ’n visuele voorstelling van die keuse van inligtingsbronne vir insluiting in die omvangsbepaling. Nadat duplikate verwyder is, is 469 artikels vanuit die databasis-soektog onttrek. Op grond van die titel en ontleding van die abstrak is 428 artikels uitgesluit en 41 ingesluit. 36 volteks-artikels is afgelaai en deurgelees om geskiktheid te bepaal. Artikels is om twee redes uitgesluit: Sommige artikels het nie in die resultaatafdeling van enige struikelblokke of strategieë melding gemaak nie, terwyl ander nie aan die insluitingskriteria voldoen het nie. Geen studie is uitgesluit omdat dit nie afgelaai kon word nie. Nadat 24 artikels om hierdie redes uitgesluit is, is 12 artikels vir ontleding gekeur.



**Figuur 1. PRISMA-ScR vloedigram**

*Stap 3:* Hierdie stap is uitgevoer om te verseker dat geen toepaslike literatuur uitgelaat is nie. Die verwysingslyste van al die gekeurde artikels is nagegaan om vir bykomende toepaslike studies te soek. Dieselfde keuringsproses as in die vorige stap is gevolg deur eers die titels en opsommings, en daarna, indien die artikel moontlik toepaslik is, die volledige teks deur te lees om te besluit oor insluiting by die studie al dan nie.

Maatreëls is daargestel om te verseker dat die navorsingsproses betroubaar is. Een van die maatreëls was om 'n doktrale student (die derde skrywer van hierdie artikel) in spraaktaaltherapie met kennis van en ervaring in omvangsbepalings as tweede opspoorder te betrek. Sy het die gestelde keuringskriteria gebruik om die lys gekeurde artikels te beoordeel (ten opsigte van titel, abstrak en volle teks). Daar was 100%-ooreenstemming tussen die navorser en die tweede opspoorder ten opsigte van die toepaslikheid van die artikels wat ingesluit is. Alle onsekerhede en bevindinge is met die tweede skrywer bespreek.

### *2.1.3 Ontleding*

Die data-insamelingskategorieë het ingesluit skrywers, lande van oorsprong, jaar van publikasie, oorsig van werkswyse, bronne, en die gelyste struikelblokke en strategieë. Die resultate van hierdie ontledingsproses word in die volgende afdeling grafies voorgestel deur middel van figure en 'n tabel, gevolg deur 'n bespreking.

Vir die samestelling van die lys struikelblokke en strategieë het die navorser (M.B.) “oop kodering” (Merriam en Tisdell 2016:204) toegepas op die datastel tydens die eerste stap van die ontledingsproses en daarna ontledende kodering, wat interpretasie van en besinning oor betekenis behels (Merriam en Tisdell 2016:206). Die kategorieë (temas) wat vanuit die analitiese kodering geskep is, sal dien as antwoord op die navorsingsvraag en sal ook 'n lys daarstel van struikelblokke en strategieë in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraaktaaltherapie, vanuit die oogpunt van die STT.

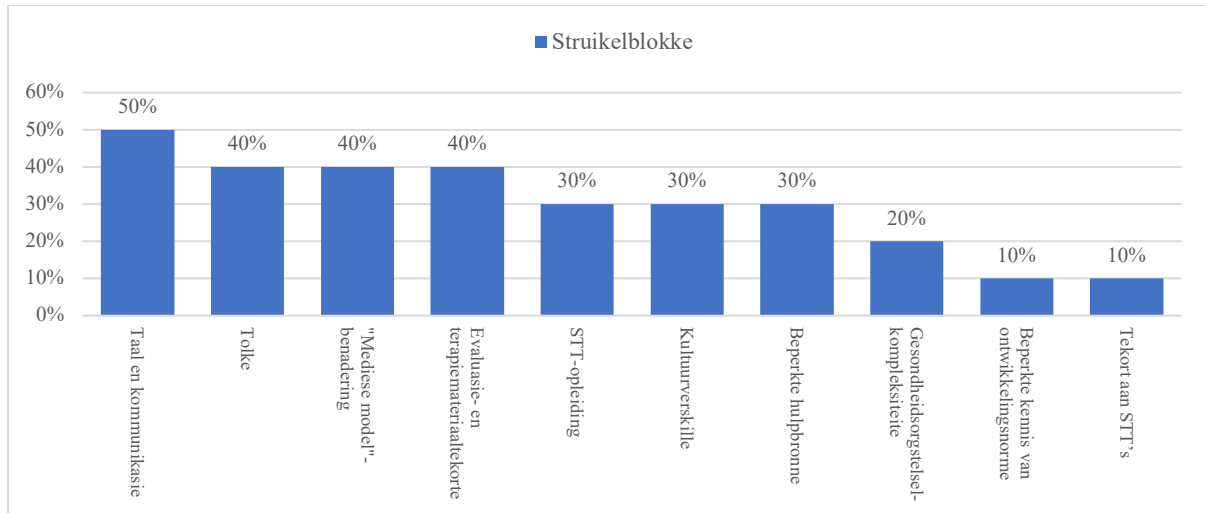
## **3. Resultate**

Die besonderhede en aard van die studies wat by die omvangsbepaling ingesluit is, word in Tabel 1 aangedui. Die struikelblokke en strategieë wat deur STT-deelnemers aan die navorsing geïdentifiseer is, word in Tabel 2 en 3 gelys.

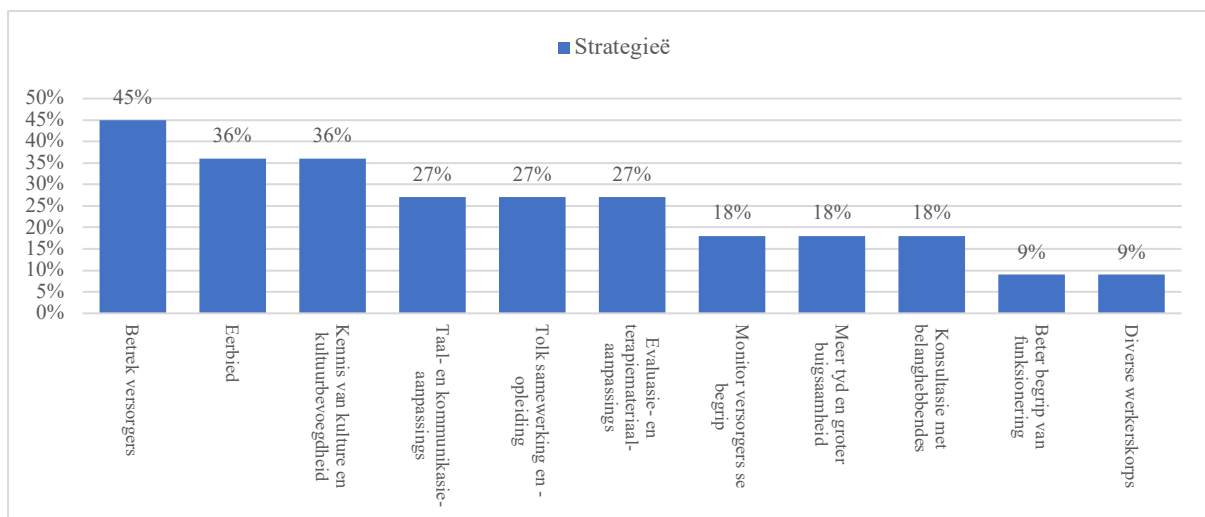
**Tabel 1. Die besonderhede en aard van die studies wat by die omvangsbepaling ingesluit is**

(Groter weergawes van tabel 1, figuur 1 en figuur 2 is hier beskikbaar: [https://www.litnet.co.za/wp-content/uploads/2021/12/LitNet\\_Akademies\\_18-3\\_Botha-Gerber-vdMerwe\\_figure.pdf](https://www.litnet.co.za/wp-content/uploads/2021/12/LitNet_Akademies_18-3_Botha-Gerber-vdMerwe_figure.pdf))

Titel	Outeur(s)	Publikasiedatum	Bron	Land van oorsprong	Navorsingsontwerp en -metode
Examining cultural competence in paediatric hearing loss services: A survey	Grandpierre, V., Nassrallah, F., Potter, B. K., Elizabeth, M., Thomas, R., Taylor, J. en Sikora, L.	2019	Deafness en Education International	Kanada (regoor Kanada)	Kwantitatief: Vraelyste.
Strategies developed by service providers to enhance treatment engagement by immigrant parents raising a child with a disability	Brassart, E., Prévost, C., Bétrisey, C., Lemieux, M., en Desmarais, C.	2017	Journal of Child and Family Studies	Kanada (drie groot stede in Kanada)	Kwalitatief: Semigestruktureerde onderhoude
"You are coming with me": A phenomenological exploration of urban speech-language pathologists	Farrugia-bernard, A. M.	2016	PhD-proefskrif (ongepubliseer) Eastern Michigan Universiteit.	Michigan, VSA	Kwalitatief: Semigestruktureerde indringende onderhoude en observasies
Shared knowledge and mutual respect: Enhancing culturally competent practice through collaboration with families and communities	Verdon, S., Wong, S. en Mcleod, S.	2016	Child Language Teaching and Therapy	14 internasionale areas regoor vyf lande (Brasilië, Kanada, Hongkong, Italië en die VSA) Niegspesifiseerde streke in Kanada en VSA	Kwalitatief: Veldnotas (field notes), die navorser se eie narratiewe refleksies, en semigestruktureerde onderhoude met STT's
The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities	King, G., Desmarais, C., Lindsay, S., Piérart, G. en Tétraut, S.	2015	Disability and Rehabilitation	Kanada (Toronto en Quebec City)	Kwalitatief: Semigestruktureerde onderhoude
Working with culturally and linguistically diverse students and their families: perceptions and practices of school speech-language therapists in the United States	Maul, C.A.	2015	International Journal of Language and Communication Disorders	Kalifornië	Kwalitatief: Semigestruktureerde onderhoude
Supporting culturally and linguistically diverse children with speech, language and communication needs: overarching principles, individual approaches	Verdon, S., Mcleod, S. en Wong, S.	2015	Journal of Communication Disorders	14 internasionale areas regoor vyf lande (Brasilië, Kanada, Hongkong, Italië en die VSA)	Kwalitatief: Etnografiese observasies en semigestruktureerde onderhoude
The importance of cultural competence for speech and language therapists	Leadbeater, C. en Litosseliti, L.	2014	Journal of International Research in Communication Disorders	VK (londen)	Kwalitatief: 'n Kombineer van vraelyste en fokusgroeponderhoude
Speech-language pathologists' perceptions of services to children from culturally and linguistically diverse backgrounds	Chiuri, G.M.	2012	PhD-proefskrif (ongepubliseer), Baylor Universiteit.	VSA (Suidwestelike dele van die VSA)	Gemengde metodes
Speech-language pathologists' preparation, practices and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children	Guiberson, M.M. en Atkins, J.	2012	Communication Disorders Quarterly	Colorado, VSA	Kwantitatief: Vraelyste.
Providing culturally sensitive and linguistically appropriate services: an insider construct	Peltier, S.	2011	Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology	Kanada (Ontario)	Narratiewe refleksie (eie perspektief)
Breadth and depth of diversity in Minnesota: challenges to clinical competency	Kohnert, K., Kennedy, M.R., Glaze, L., Kan, P.F. en Carney, E.	2003	American Journal of Speech-Language Pathology	VSA (Minnesota)	Kwantitatief: Aanlyngebaseerde vraelyste.



**Figuur 2. Struikelblokke in kruislinguistiese en -kulturele spraak-taal terapie soos aangedui deur die STT-deelnemers aan die navorsing (persentasie studies wat die struikelblok vermeld, word telkens tussen hakies aangedui)**



**Figuur 3. Strategieë vir kruislinguistiese en -kulturele praktyke soos aangedui deur die STT-deelnemers aan die navorsing (persentasie studies wat die aanbeveling maak, word telkens tussen hakies aangedui)**

## 4. Bespreking van resultate

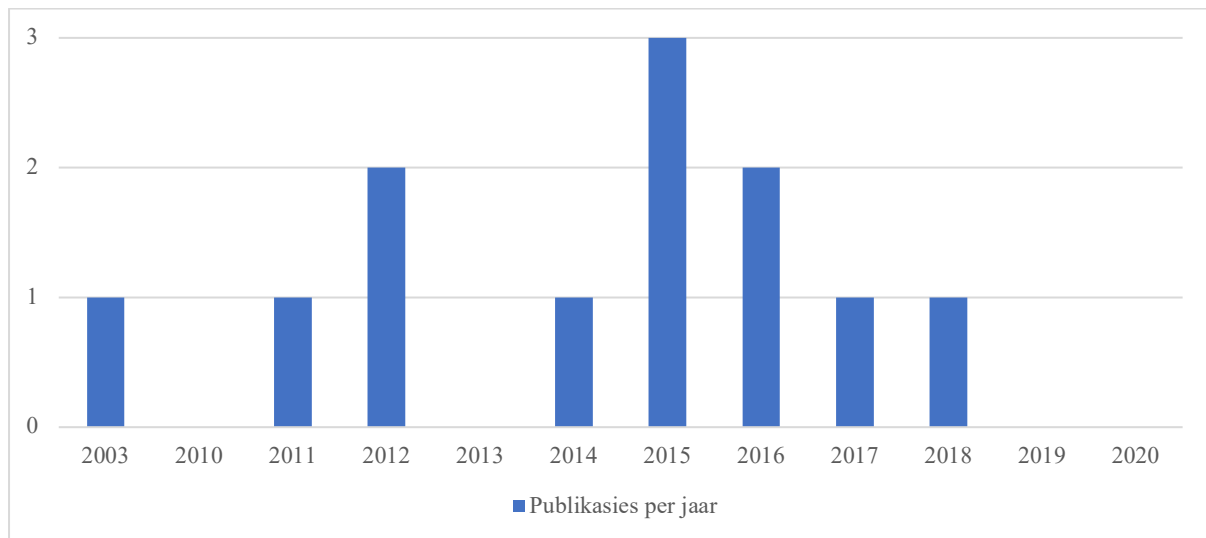
### 4.1 Aard en omvang van die navorsing (sien Tabel 1)

#### 4.1.1 Belangrike outeurs op die gebied

Die navorsers wat die meeste werk (twee bronne elk, telkens saam met ander navorsers) op hierdie gebied gepubliseer het, is Chantal Desmarais, Sarah Verdon, Sharynne McLeod en dr Sandie Wong. Dr Desmarais is 'n medeprofessor verbonde aan die Sentrum vir Interdissiplinêre

Navorsing in Rehabilitasie en Sosiale Integrasie aan die Laval Universiteit in Quebec, Kanada. Dr Verdon is woonagtig in Nieu-Suid-Wallis, Australië. Sy is 'n navorser in vroeë kinderontwikkeling en direkteur van die Trinh Stigting. Prof McLeod is verbonde aan die Charles Sturt Universiteit, Australië. Medeprofessor Wong is verbonde aan die Macquarie Universiteit in Australië. Al die skrywers is gekwalifiseerde STT's.

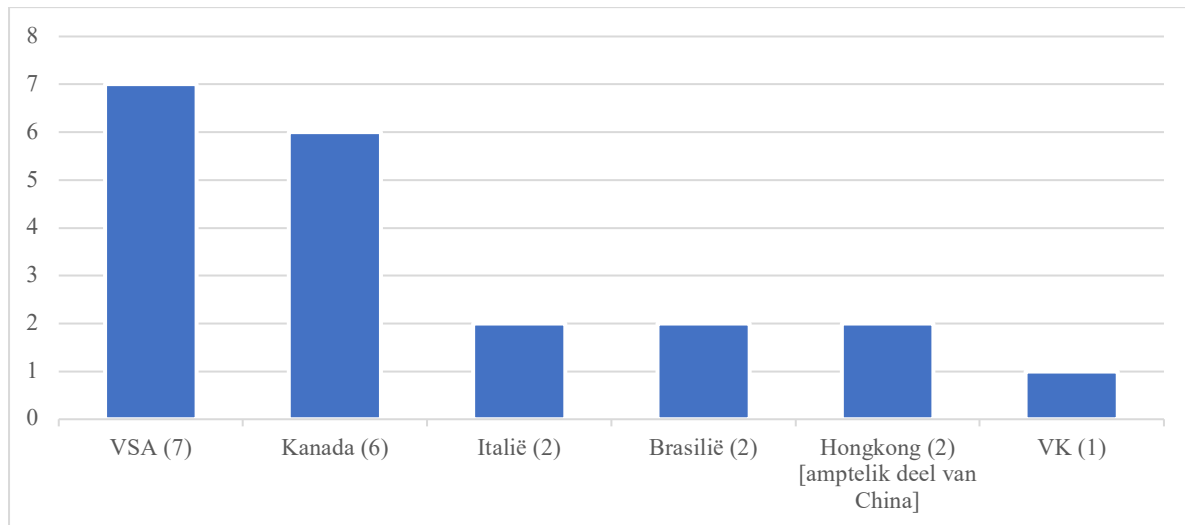
#### 4.1.2 Jaartal van bronne



**Figuur 4. Aantal publikasies in verskillende jare**

Figuur 4 dui die jaartalle aan waarin die 12 gekeurde artikels gepubliseer is. Slegs een artikel, naamlik dié van Kohnert e.a. (2003) is voor 2010 gepubliseer. Van 2010 tot 2014 is vier artikels gepubliseer, dus gemiddeld een per jaar. Drie artikels is in 2015 en twee artikels in 2016 gepubliseer (twee van die vyf in 2015–2016 was die artikels deur Verdon, Wong en McLeod, wat 'n groot internasionale studie uitgevoer het). Daarna kom een publikasie per jaar voor in 2017 en 2018. Die neiging is dus dat daar gemiddeld een artikel per jaar gepubliseer word. Geen navorsing kon opgespoor word wat in 2019 en 2020 op hierdie gebied gepubliseer is nie. Dit is nie duidelik wat die rede vir hierdie bevinding is nie en dit kan dalk aan verskeie faktore toegeskryf word, veral aangesien navorsing op hierdie gebied oor die algemeen baie beperk is. Verder kan 'n afname in gepubliseerde werk verwag word vir die kalenderjaar 2021 weens beperkte kontak met navorsingdeelnemers soos voorgeskryf in die hantering van die wêreldwye COVID-19-pandemie.

#### 4.1.3 Lande van oorsprong

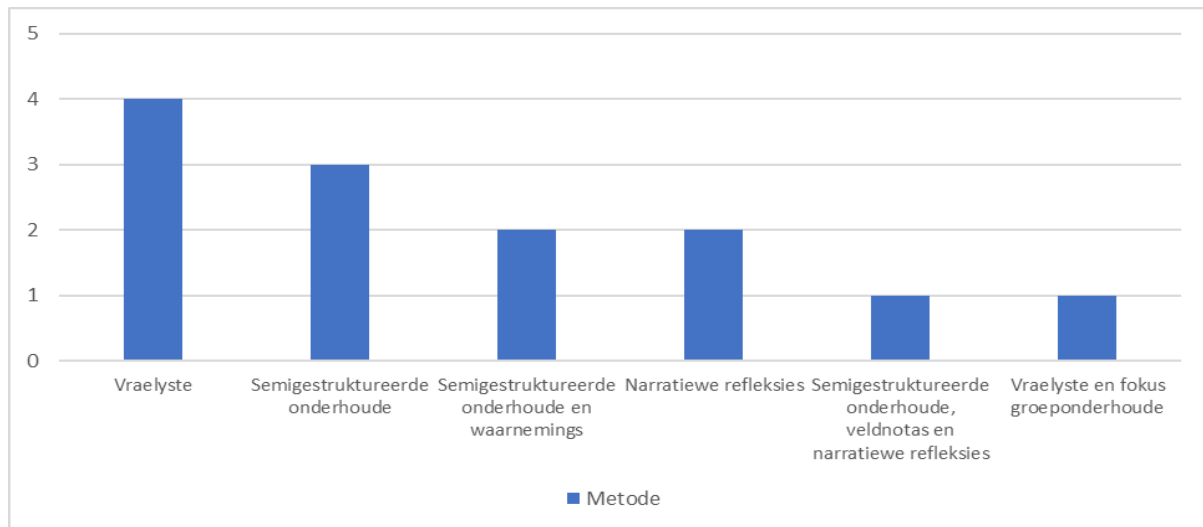


**Figuur 5. Lande van oorsprong van die gekeurde bronne**

“Land van oorsprong” verwys na die land waar die navorsing en spesifiek die data-insameling uitgevoer is. Figuur 5 toon dat uit die ses lande waar die navorsing vir die 12 artikels uitgevoer is, Kanada en die VSA die twee lande is waar die meeste data-insameling uitgevoer is. Die rede hiervoor is moontlik dat hierdie lande se inwoners, soos in die geval van Suid-Afrika, uit diverse taal- en kultuurgroepe bestaan, en ook dat taal- en kultuurverskille in hierdie lande deur die betrokke navorsers as belangrike faktore in pediatriese spraak-taal terapie beskou word.

Sommige studies, soos die twee van Verdon en kollegas (2015; 2016), het data in vyf van die ses geïdentifiseerde lande van oorsprong ingesamel. Die studie van Brassart e.a. (2017), asook die twee studies deur Verdon, McLeod en Wong (2015 en 2016) en dié van Grandpierre e.a. (2019) spesifiseer nie presies waar in Kanada die data ingesamel is nie. Die oorblywende twee studies wat in Kanada uitgevoer is, dui wel die stede of provinsies aan, naamlik Toronto, Quebec en Ontario. In die VSA is data-insameling in Minnesota, Michigan, Kalifornië, Colorado en die suidwestelike dele van die land gedoen. Weer eens spesifiseer Verdon e.a. nie waar in die VSA hul data-insameling uitgevoer is nie. Alhoewel Australië ’n land met diverse taal- en kultuurgroepe is, het Verdon e.a., wat Australiërs is, nie dié land by hul groot internasionale studies ingesluit nie en daar word nie ’n duidelike rede hiervoor verskaf nie. Geen studies wat in Suid-Afrika uitgevoer is, kon opgespoor word om by die omvangsbepaling in te sluit nie. Die meeste van die studies is dus in hoë-inkomste-lande uitgevoer.

#### 4.1.4 Navorsingsontwerp en data-insamelingsmetode



**Figuur 6. Metode**

Figuur 6 illustreer die ses vernaamste metodes van data-insameling. Vraelyste en semigestruktureerde onderhoude was die twee mees algemene metodes in die gekeurde studies. In vier van die studies (Leadbeater en Litosseliti 2014; Verdon e.a. 2015; Farrugia-Bernard 2016; Verdon e.a. 2016) is daar 'n kombinasie van metodes gebruik, byvoorbeeld semigestruktureerde onderhoude en waarnemings; of vraelyste en fokusgroeponderhoude – wat dus 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp onderskraag het. 'n Kwalitatiewe navorsingsontwerp waar narratiewe besinning (waar die deelnemer oor sy/haar ervaringe nadink en skryf) gebruik is, het in twee artikels voorgekom (Peltier 2011; Verdon e.a. 2016). Die vraelyste wat in Kohnert e.a. (2003) se studie gebruik is, was webgebaseerd, met veelvuldigekeusevrae, in teenstelling met dié van Leadbeater en Litosseliti (2014), wat van oop vrae gebruik gemaak het. Guiberson en Atkins (2012) se aanlyn vraelyste het 'n kombinasie van oop vrae, veelvuldigekeusevrae, ja-nee-vrae en vrae van die Likert-skaal-tipe ingesluit, wat ooreenstem met Grandpierre e.a. (2019) se vraelys wat oop en geslote vrae ingesluit het. Laasgenoemde drie studies maak gebruik van 'n gemengde navorsingsontwerp terwyl Kohnert e.a. (2003) 'n kwantitatiewe ontwerp gebruik het. Die skrywers van die artikels wat vir insluiting gekeur is, het dus van kwalitatiewe asook gemengde metodes gebruik gemaak om die STT deelnemers se ervaring van kruislinguistiese en -kulturele spraak-taal terapie te ondersoek.

#### 4.1.5 Bronne

Die gekeurde studies was meestal afkomstig uit internasionale spraak-taal-patologie-vaktydskrifte. Daar was nie 'n enkele vaktydskrif waarin meer as een studie voorgekom het nie. Die navorsingsonderwerp blyk dus nie 'n sterk tema in enige van hierdie vaktydskrifte te wees nie. Navorsers wat toekomstige studies en publikasies op hierdie gebied beplan, mag die lys van vaktydskrifte in Tabel 1 van waarde vind. Die twee “grys literatuur”-bronne, naamlik Chiuri (2012) en Farrugia-Bernard (2016), is beide ongepubliseerde doktorsale proefskrifte.

## 4.2 Struikelblokke en strategieë

Tien struikelblokke (Figuur 2) en 11 strategieë (Figuur 3) vir kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taalterapie is deur middel van oop kodering uitgelig, en hierdie struikelblokke en strategieë sal vervolgens gelys, bespreek en toegelig word met aanhalings en voorbeelde vanuit die datastel.

### 4.2.1 Struikelblokke (sien Figuur 2)

Die struikelblokke wat in die gekeurde artikels uitgewys word, handel nie net oor omstandighede en beperkings wat in die betrokke diensleweringkonteks aangetref word nie, maar ook oor kenmerke van die diensverskaffers en die ontvangers van die diens. Daar word ook in relevante areas na die Suid Afrikaanse konteks verwys.

1. *Taal en kommunikasie.* Ons weet reeds van die eerste sin van hierdie artikel af van hierdie struikelblok – dat STT's nie noodwendig sprekers van hul kliënte se moedertaal is nie (Chiuri 2012) en dat gevolglike misverstande tussen STT's en kliënte oor die belangrikheid van intervensie die kruislinguistiese en -kulturele intervensieproses bemoeilik (Grandpierre e.a. 2019). Taalverskille kan ook die terapeut se verstandhouding met die versorgers negatief beïnvloed (Maul 2015). In Suid Afrika, 'n land met 11 amptelike tale, is taal- en kommunikasiestruikelblokke 'n daaglikse realiteit in die gesondheidsorgsektor, wat spraak-taalterapie insluit (Crawford 1999; Mophosho 2018).
2. *STT-opleiding.* STT's kan moontlik tekort skiet aan opleiding in kultuursensitiewe praktyke (Brassart e.a. 2017) en voel soms dat onderrig in kultuurveilige praktyke in hul opleiding ontbreek (Farrugia-Bernard 2016).
3. *Tolke.* In sommige gevalle weier versorgers om die deelname van tolke in intervensie toe te laat weens vorige slegte ervarings en bekommernis oor vertroulikheid (Brassart e.a. 2017). Tolke is ook nie altyd vrylik beskikbaar nie en STT's voel soms, of is wêrelik soms, onvoldoende bevoeg om met tolke saam te werk (Guiberson en Atkins 2012). Op plaaslike bodem ervaar gesondheidsorgwerkers soortgelyke uitdagings, omdat min opgeleide tolke deur die Suid-Afrikaanse openbare gesondheidssektor in diens geneem word (Elkington en Talbot 2016). Van die grootste uitdagings vir tolke sluit in die vertaling van idiomatiese uitdrukkings, emosionele konnotasie aan woorde en humor, wat kan veroorsaak dat betekenis verlore raak wanneer daar oor en weer tussen die STT en die versorger getolk word (Langdon en Saenz 2016: 42). Tolkings op sigself kan 'n tydrowende proses wees (Maul 2015) en STT's berig reeds dat hul beskikbare tyd met kliënte beperk is (Brassart e.a. 2017).
4. *Verskille ten opsigte van verklarings vir die kind se afwyking(s) of agterstand(e), kulturele verskille in praktyke en oortuigings.* Die versorger speel 'n sentrale rol in pediatriese spraak-taalterapie, veral op die gebied van vroeë kommunikasie-intervensie. Daar word verwag dat die versorger die kind na terapie sal vergesel, en moeite sal doen om die diagnose en behandelingsplan te verstaan en om die beplande oogmerke vir terapie tuis te konsolideer. Gevolglik kan dit problematies wees wanneer die versorger nie beskikbaar is om terapie by te woon nie. Tuis mag die versorger 'n aansienlike effek hê op die suksesvolle oordrag van vaardighede wat in die spraak-taalterapie-sessie aangeleer is (Kaiser en Roberts 2011: 300). Kulturele waardes en oortuigings mag 'n invloed op die



versorger se gedrag hê, soos die versorger se kommunikasie-interaksie met die kind en die skep van geleenthede om die kind se kommunikasie te ontwikkel, byvoorbeeld met behulp van 'n dialogiese-boeklees-aktiwiteit (Johnston en Wong 2002; Kummerer en Lopez-Reyna 2006).

Wat betref die diagnose van 'n kind, kan versorgers moontlik godsdienstige of bonatuurlike redes aanvoer vir hul kind se agterstand of afwyking, soos dat die gediagnoseerde toestand die wil van God is. Versorgers kan ook byvoorbeeld glo dat 'n gehoorverlies deur gebed, tradisionele genesing of alternatiewe medisyne genees kan word (Grandpierre e.a. 2019). Hulle sou ook 'n diagnose kon ontken weens die stigma wat daaraan gekoppel word (Grandpierre e.a. 2019). Versorgers mag versuim om die kind toestelle soos gehoorapparate te laat gebruik weens vrees vir verwerping deur die gemeenskap of familie, of om die blaam wat familieledede op hulle kan plaas, te ontwyk (Brassart e.a. 2017).

Verskille ten opsigte van die hoeveelheid tyd wat versorgers en kinders tipies saam deurbring, blyk 'n struikelblok in kruislinguistiese en -kulturele intervensie te wees, omdat STT's van die standpunt uitgaan dat kinders kommunikasievaardighede tydens interaksie met hul versorgers aanleer. STT's berig dat die ouer en die kind in sommige kulture minimaal tyd saam deurbring (Grandpierre e.a. 2019). Groot verskille kan voorkom tussen die versorger se verwagtinge van die kind se spraak en taal en die terapeut se verwagtinge (Grandpierre e.a. 2019) en ook hoeveel waarde die versorger aan die kind as kommunikasiegenoot heg (Maul 2015).

5. *'n "Mediese model"-benadering.* Hierdie benadering word deur Brassart as volg beskryf: STT's word in sommige gevalle deur versorgers beskou as die "mediese deskundiges" wat al die besluite neem, en versorgers mag dalk, selfs waar die terapiedoelstellings teenstrydig is met hul eie kulturele waardes, uit eerbied nie hul ware gevoelens oor besluite en doelstellings met die terapeut bespreek nie (Brassart e.a. 2017). In hierdie geval volg die ouer 'n "mediese model"-benadering, wat beperkinge plaas op die ouer se deelnemende rol in intervensie, veral in die tuisomgewing. Volgens Verdon e.a. (2016) berig STT's dat ouers in die VSA meer entoesiasies daarvoor was om 'n leidende rol te neem in die terapieproses as ouers in China, wat verkies het dat die STT die leidende rol neem (Verdon e.a. 2016).
6. *Beperkte gesinshulpbronne.* Gesinne met beperkte gesinshulpbronne woon gewoonlik in gemeenskappe waar hulpbronne soos gesondheidsdienste, sosiale hulpstrukture en opvoedkundige instansies ook beperk is. In Suid-Afrika leef twee derdes van kinders onder die broodlyn (Samuels, Slemming en Balton 2012:336). Deelnemers aan Maul (2015) se studie het aangevoer dat versorgers dikwels beperkte toegang tot hulpbronne het, wat insluit beperkte geletterdheidsvaardighede of probleme met vervoer na die naaste plek waar spraak-taaltherapie-dienste gelewer word. Daaglikse stresfaktore, soos sosiale afsondering, werksverliese en groot gesinne met uitgebreide behoeftes kan stremming op die gesin se beskikbare hulpbronne plaas (Brassart e.a. 2017). Verder het deelnemers aan Grandpierre e.a. (2019) se studie gemeld dat die primêre versorger nie noodwendig die een is wat die kind na die terapie toe vergesel nie. Dit kan beskou word as 'n struikelblok, aangesien die primêre versorger die persoon mag wees wat ten volle moet deelneem aan die konsolidasie van die terapiedoelstellings tuis (SASLHA 2017). In gesinne waar beperkte hulpbronne 'n struikelblok tot vroeë kommunikasie-intervensie veroorsaak, word meer ondersteuning deur die STT en interdisiplinêre span vereis.

7. *Kompleksiteit van die gesondheidsorgstelsel.* 'n Voorbeeld van so 'n struikelblok is hospitale of klinieke waar slegs een versorger toegelaat word om die kind na terapie te vergesel (Grandpierre e.a. 2019), moontlik weens 'n tekort aan kantoorruimte of 'n tekort aan die nodige geriewe vir versorgers. Dit is veral 'n struikelblok tydens vroeë kommunikasie-intervensie, waar die doel is om die hele gesin, familie en selfs gemeenskap te betrek om 'n omgewing vir die kind te skep wat bevorderlik is vir kommunikasie-ontwikkeling. Uitsluiting van belangrike gesinslede kan die welslae van die terapieproses negatief beïnvloed. 'n Rigiede en komplekse gesondheidsorgstelsel is nog 'n struikelblok (Brassart e.a. 2017), byvoorbeeld wanneer 'n hospitaal 'n rigiede verwysingstelsel het wat direkte en onmiddellike toegang tot spraak-taaltherapie bemoeilik of die proses vertraag.
8. *Tekort aan toepaslike assesserings- en terapiemateriaal.* Hierdie struikelblok is deur die deelnemers van vier studies gerapporteer. Terapeute het 'n tekort ervaar aan assesserings- en terapiemateriaal wat gepas is vir kinders uit taal- en kultuurminderheidsgroepe. Hierdie struikelblok en behoefte strook met wat navorsers in Suid-Afrika bevind het (Pascoe en Smouse 2012; Southwood en Van Dulm 2015; Pascoe e.a. 2020).
9. *Beperkte kennis van ontwikkelingsnorme vir kinders uit taal- en kultuur- minderheidsgroepe.* Hierdie struikelblok is slegs in een studie vermeld, naamlik dié van Guiberson en Atkins (2012). Deelnemers aan die studie het 'n tekort aan inligting aangaande hul kliënte se eerste-taal en tweede-taal-ontwikkelingsmylpale beskryf. Volgens Guiberson en Atkins is dit daaraan te wyte dat daar nog nie genoeg navorsing gedoen is om die ontwikkelingsnorme van kinders uit minderheidstaalgroepe te bevestig nie. Minderheidstaalgroepe woonagtig in Colorado sluit sprekers van Kanadees-Spaans, Russies, Hmong, Somalies en Viëtnameses in. Alhoewel Afrika-taalgroepe nie in Suid-Afrika die minderheidsgroepe is nie, is daar ook in Suid-Afrika nog nie genoeg navorsing gedoen om norme vir tale anders as Engels te bepaal nie (Pascoe en Smouse 2012; Mdlalo e.a. 2016: 4).
10. *Tekort aan STT's.* Die helfte van die deelnemers aan Chiuri (2012) se studie het gemeen daar is 'n tekort aan STT's wat kinders uit taal- en kultuurdiverse agtergronde kan bedien. Hierdie struikelblok is moontlik konteks- en streekspesifiek. Die deelnemers aan Chiuri se studie was wit, vroulike STT's wat slegs een taal magtig was (Engels). Hulle het ook self ervaring in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie in die opvoedkundige omgewing met kinders wat tweetalig was (Spaans en Engels). Deelnemers het moontlik weens hul eie tekortkoming ten opsigte van veeltaligheid hierdie struikelblok geïdentifiseer.

#### 4.2.2 Opsomming

Probleme weens taalverskille en gebrekkige kommunikasie is die struikelblok in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taaltherapie-intervensie wat die meeste kere (vyf) in die gekeurde studies uitgelig is. Hierdie struikelblokke is deur terapeute van verskillende streke in die VSA en Kanada ervaar. Probleme met tolke, 'n "mediese model"-benadering en tekorte aan kultuurtoepaslike assessering- en terapiemateriaal is die struikelblokke wat die tweede meeste genoem is. STT's vanuit verskillende wêrelddele, byvoorbeeld die deelnemers aan Verdon e.a. (2016) se studie, asook deelnemers vanuit die VSA en Kanada het verwys na 'n "mediese model"-benadering wat ouers soms verkies om te volg.

Dit blyk dat STT's vanuit verskillende streke en agtergronde saamstem oor die struikelblokke wat hulle tydens kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taal terapie ervaar.

#### 4.2.3 Strategieë (sien Figuur 3)

Die strategieë wat op grond van die gekeurde artikels voorgelê word, dien as aanbevelings vir terapeute wat kruislinguisties en -kultureel praktiseer onder die pediatriese bevolking. Daar word ook in relevante areas na die Suid Afrikaanse konteks verwys. 'n Aanbeveling is nooit bindend nie en 'n praktisyn is onder geen verpligting om 'n aanbeveling uit te voer nie.

1. *Taal- en kommunikasie-aanpassings*. Brassart e.a. (2014) se deelnemers maak aanbevelings soos dat die STT stadiger moet praat met versorgers, die grammatikale strukture van sy/haar gesproke sinne moet vereenvoudig, gebare moet gebruik en sleutelbegrippe gereeld moet herhaal. Grandpierre e.a. (2019) se deelnemers se strategieë sluit hierby aan en hulle beveel die gebruik van geskrewe woorde en prente, diagramme of video's aan om verduidelikings wat die STT gee te ondersteun.
2. *Monitor van versorgers se begrip*. Strategieë soos om die versorgers te vra om hul begrip van byvoorbeeld die kind se diagnose in hul eie woorde te herformuleer nadat die terapeut dit verduidelik het, is deur Brassart e.a. (2017) se deelnemers uitgelig. Verdere voorbeelde van wyses wat gebruik word om versorgers se begrip te monitor is om vrae deur die versorgers te verwelkom en om versorgers se reaksies waar te neem wanneer belangrike inligting oorgedra word (Brassart e.a. 2017).
3. *Samewerking met en opleiding van tolke*. Deelnemers aan Brassart e.a. (2017) se studie het aanbeveel dat die kliënt se familieledede, vriende of kinders nie as tolke gebruik word nie, en dat waar moontlik dieselfde tolk in opvolgessies met die kliënt gebruik word. Deelnemers aan Grandpierre e.a. (2019) se studie, daarenteen, het voorgestel dat enige persoon wat die taal van die versorger kan praat, as 'n tolk kan optree. Die rede vir hierdie twee uiteenlopende aanbevelings is moontlik dat die betrek van tolke konteksspesifiek is. In sommige kontekste is daar moontlik geen tolke beskikbaar nie en is die STT verplig om enige persoon te nader wat die taal van die kliënt kan praat. In kontekste waar tolke beskikbaar is, sou dit wenslik wees om Brassart e.a. (2017) se aanbeveling aangaande die gebruik van tolke te volg. Verder word daar in Brassart e.a. se studie aanbeveel dat die tolk vooraf ingelig word oor die doel van die terapiessessie, dat die tolk so ver as moontlik woord vir woord sal tolk en ook dat enige kommentaar wat die versorgers maak, vertaal moet word. Daar word ook aanbeveel dat versorgers vooraf gevra word of hulle instem dat 'n tolk teenwoordig sal wees en die STT word aangeraai om direk oogkontak te maak met die versorgers, eerder as met die tolk. Hierdie aanbevelings wat deur die deelnemers aan Brassart e.a. en Grandpierre e.a. se studies gemaak is, stem ooreen met ASHA se voorstelle vir die gebruik van tolke, hetsy formele tolke of familieledede/vriende wat as tolke ingespan word (ASHA 2021).
4. *Eerbiedig verskillende kulture, oortuigings en waardestelsels*. 'n Strategie wat deelnemers aan Brassart e.a. (2017) se studie uitgewys het, is om die versorgers se persepsies van die kind se agterstand of afwyking te verstaan en te eerbiedig. STT's in Grandpierre e.a. (2019) se studie het 'n strategie beoefen waar daar aan versorgers privaatheid voorsien is om byvoorbeeld religieuse kledingstukke soos 'n hoofbedekking of gesigsbedekking te verwyder. Chiuri (2012) beveel aan dat STT's die versorgers uitvra oor die kind se

taalontwikkeling in die moedertaal. Hierdie aanbeveling strook met die tweede beginsel van die HPCSA (2019) se dokument oor riglyne vir praktyk in kultuur- en linguisties diverse Suid-Afrika. Dit beveel aan dat die uitwerking en impak van kultuur- en taaldiversiteit op assessering en intervensie in berekening gebring word. Peltier (2011) beveel verder aan dat terapeute kennis dra van geskiedkundige faktore, soos kolonialisasie, wat versorgers se optrede en gevoelens teenoor die Westerse terapieproses kan beïnvloed. In die Suid-Afrikaanse konteks is dit belangrik dat STT's kennis neem van dit wat Peltier vermeld en dan ook spesifiek kennis neem van plaaslike outeurs se werk, soos dié van Bogopa (2010) en De Andrade en Ross (2005) wat in hul artikels die verhouding tussen gesondheid, voorvaders, tradisionele geneesing en rituele praktyke omskryf.

5. *Betrek die versorgers.* Deelnemers aan Brassart e.a. se studie het voorgestel dat die STT die versorger voorberei en inlig oor wat hy/sy van assessering en terapie kan verwag alvorens hierdie prosesse begin, dat terapeut en versorger(s) gesamentlik doelstellings beplan en 'n vennootskap ontwikkel, en dat die STT goeie insig verwerf in van die gesinsomstandighede en -dinamika. Verder word daar voorgestel dat die gesinne/versorgers die geleentheid en ondersteuning ontvang om aan te dui hoe die voorgestelde terapie-aktiwiteite aangepas kan word sodat dit toepaslik in hul tuisomgewing is (King e.a. 2015; Verdon e.a. 2015; Grandpierre e.a. 2019). Hierdie aanbeveling is 'n voorbeeld van hoe gesinsgesentreerde intervensie, een van die beginsels van vroeë kommunikasie-intervensie soos deur SASLHA (2017) se riglynedokument aanbeveel, verwesenlik kan word.
6. *STT verbeter eie begrip van die kind se funksionering.* Voorstelle word gemaak soos om dinamiese assessering te gebruik en ook om insette van die kind se onderwyser te verkry, byvoorbeeld wat betref die kind se vordering in die klas, of aspekte waarmee die kind in klasverband sukkel (Farrugia-Bernard 2016).
7. *Brei die werkerskorps uit om meer divers te wees.* Hierdie strategie is deur slegs een studie se deelnemers uitgelig, naamlik Leadbeater en Litosseliti (2014). Dit is moontlik 'n konteksgebonde kwessie. Die deelnemers wat vir Leadbeater en Litosseliti se studie gekies is, was Engelssprekende STT's wat werkbaar was in 'n distrik van Londen waar die kliëntebevolking linguisties divers was. Ook in Suid-Afrika is die uitbreiding van die werkerskorps tot 'n meer demografies verteenwoordigende profiel 'n belangrike strategie weens die feit dat Suid-Afrika 'n land met 11 amptelike tale is, asook 'n geskiedenis van diskriminasie teen en uitsluiting van tale buiten Afrikaans en Engels (Moonsamy e.a. 2017:35).
8. *Gee meer tyd en wees meer buigsaam tydens assessering en terapie.* Peltier (2011) het gemeld dat sy meer as een geleentheid bied vir assessering en verskeie geleenthede vir tuisbesoeke of kliniekbeseoeke, veral in gevalle waar persone byvoorbeeld vir seremonies of om geloofsredes reise oor lang afstande onderneem, wat beteken dat hulle vir lang tye nie by die huis is om gereelde assessering of terapiessessies by te woon nie.
9. *Maak aanpassings aan assessering- en terapiemateriaal en -praktyke sodat dit by die kliënt se omstandighede pas.* STT's kan gestandaardiseerde toetsmateriaal aanpas en moedertaalsprekers van die teikentaalgroep by die proses betrek. Die toepaslikheid van byvoorbeeld stimulusprente, aanwysings en opdragte, en ook dialekte, kan met neurotipiese kinders van die teikentaal en -kultuuragtergrond getoets word (Farrugia-Bernard 2016). Dit is noodsaaklik om in gedagte te hou dat die norme van aangepaste

gestandaardiseerde toetsmateriaal nie geldig is in bevolkings buiten dié waarvoor die oorspronklike toets ontwikkel is nie.

10. *Verbeter kennis van tale en kulture, en ontwikkel kultuurbevoegdheid.* Maul (2015) en Grandpierre e.a. (2019) se deelnemers het aanbeveel dat die STT 'n paar woorde of frases in die kliënt se moedertaal aanleer. Die STT kan die hoof van die huishouding identifiseer en daardie persoon kan as die primêre besluitnemer en ontvanger van inligting aangaande die kind se diagnose en vordering dien (Maul 2015). Verdere aanbevelings sluit in om tuisbesoeke te doen en kulturele geleenthede by te woon (Peltier 2011). Hierdie strategieë vorm deel van die voorgestelde praktiese vaardighede (kennis en houding) van kultuurbevoegdheid wat STT's behoort te ontwikkel wanneer hulle kruislinguisties en -kultureel praktiseer (Indigenous Health 2017).
11. *Raadpleeg ander belanghebbendes op die gebied van kruislinguistiese en -kulturele spraak-taal terapie oor hulle ervarings.* Grandpierre e.a. (2019) se deelnemers beskou die volgende persone as belanghebbendes: medewerkers wat ook kruislinguisties en -kultureel praktiseer; multikulturele vriende of familieledes; en persone wat as kultuurtolke ("cultural interpreters") dien.

#### 4.2.4 Opsomming

Dit blyk uit die bevindinge (Tabel 2) dat die strategie wat deur die meeste STT's in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese intervensie aangewend word, is om die samewerking en betrokkenheid van die versorger te verseker. Dit strook met die algemene riglyne vir praktykvoering op die gebied van vroeë kommunikasie-intervensie soos uiteengesit deur SASLHA (2017). Vroeë kommunikasie-intervensie teiken juis die versorger en naaste familieledes met die oog op aktiewe deelname aan die besluitnemingsproses asook die doelbewuste skep van geleenthede vir oordrag van vaardighede wat in die terapiessessies geleer word na die huisomgewing (SASLHA 2017). Die tweede belangrikste strategie wat STT's aanwend, is om die versorger se kultuur, waardes, geloofsoortuiging en persepsie van die probleem te eerbiedig en om kennis van die versorger se kultuur te ontwikkel. Laasgenoemde speel 'n belangrike rol in die verwesenliking van die eersgenoemde strategie, naamlik om die versorger se samewerking en betrokkenheid in kruislinguistiese en -kulturele pediatriese intervensie aan te moedig. Wanneer die STT bekend is met die versorger se kulturele waardes en oortuigings, sal dit hom/haar toerus met die nodige kennis om sodoende die versorger se samewerking te bewerkstellig.

## 5. 'n Raamwerk vir kultuurveiligheid in Suid-Afrika

Een uitwerking van globalisering is dat dit interaksies tussen verskillende groepe mense regoor die wêreld aanmoedig en versnel, byvoorbeeld deur 'n toename in immigrantbevolkings in baie lande van die wêreld, insluitend Suid-Afrika (Crush 2013; Moonsamy e.a. 2017:32). Ander omgewings is van nature divers in hul samestelling, soos die Suid-Afrikaanse bevolking (Matthews en Van Wyk 2018). Verder het die internet die manier waarop dienslewerars hul kliënte bedien en met hul kommunikeer, verander. 'n Onderwyser kan byvoorbeeld aanlyn vanuit Suid-Afrika 'n Engelse taalleediens aan 'n leerder in China bied. Die behoefte om kultuursensitief en kultuurbevoeg op te tree, sal toeneem namate persone van verskillende

tale en kulture nader aan mekaar beweeg. Millar, Carey, Fortune, Mathisen, Hill, Dukhno en McKenzie (2019) lig die behoefte uit om 'n nuwe generasie van STT's op te lei as sg. wêreldburgers ("global citizens") juis weens versnellende globalisering.

Die bevindinge van hierdie omvangsbepaling kom plaaslike praktisyns te hulp in die uitvoering van die opdrag om hul kliënte se kultuur en taal te eerbiedig en dienste te lewer wat gesinsgesentreerd sowel as kultuurtoepaslik is. Figuur 7 illustreer hoe die bevindinge van hierdie omvangsbepaling die huidige behoefte aan aanbevelings vir kultuurveilige praktyke binne 'n voorgestelde vierkomponentraamwerk aanspreek. Die raamwerk is 'n samestelling van bestaande plaaslike (HPCSA 2019-dokument) en internasionale (ASHA 2010-dokument) kennis en hulpbronne op die gebied tesame met die bevindinge van hierdie studie (ook internasionaal uitgevoer en nie plaaslik nie).



**Figuur 7. Raamwerk vir die ontwikkeling van kultuurveilige praktyke in Suid-Afrika**

Die term *terapeut* kan vervang word met die beroepsbenaming van enige persoon wat kruislinguisties en -kultureel praktiseer, soos 'n dokter, 'n oudioloog, of 'n onderwyser. Die skep van 'n kultuurveilige omgewing begin by die eerste stap wat die terapeut doen deur te besin oor sy/haar siening van of houding (1) teenoor eie kultuur en agtergrond en teenoor (2) persone van 'n ander taal- en kultuurgroep as die terapeut, dokter, ens. self. Die kultuurbevoegdheidsafmerklys van ASHA is 'n voorbeeld van 'n instrument wat vir bewuswording en persoonlike besinning gebruik kan word (ASHA 2010).

Die tweede komponent behels dat die STT die eerste en tweede beginsels van praktykvoering in die linguisties en kultureel diverse Suid-Afrika (kyk HPCSA 2019) gebruik as die grondslag

vir sy/haar hantering van enige persoon wat hom/haar raadpleeg. Hierdie twee beginsels behels dat die STT dienste lewer wat ter sake en toepaslik is in die kliënt se konteks/leefwêreld en dat die STT die impak van taal en kultuur op assessering en intervensie in berekening bring. Dersens kan die terapeut die omvattende lys strategieë vir kultuurveilige praktyke wat uit hierdie omvangsbepaling gespruit het, raadpleeg om sy/haar kruislinguistiese en -kulturele pediatriese praktyke te vorm. Twee van hierdie strategieë is belyn en stem ooreen met die HPCSA (2019)-dokument se aanbevelings. Die terapeut kan verder kennis neem van die omvattende lys struikelblokke wat sy/hy kan verwag en die nodige aanpassings op grond hiervan maak, of sy/haar eie begrip, eerbied en empatie vir alle kliënte hierdeur ontwikkel.

Die laaste komponent van die voorgestelde raamwerk is die uiteindelijke skep van 'n kultuurveilige ervaring by die kliënt wat strook met die doel van Leininger (2002) se Cultural Care-teorie. Die doel van hierdie teorie is om navorsingsbevindinge te gebruik om kultuur-kongruente, kultuurveilige en betekenisvolle sorg aan kliënte van diverse kulture te lewer (Leininger 2002).

## **6. Voorstelle vir verdere navorsing**

Twee voorstelle vir moontlike verdere navorsing kan gemaak word. Eerstens is Suid-Afrika 'n land wat ryk is aan diversiteit, en toekomstige navorsing behoort STT's en versorgers se ervaring van kruislinguistiese en -kulturele interaksies te ondersoek om sodoende 'n bydrae te lewer tot die ontwikkeling van kultuurveilige praktyke op plaaslike gebied. Tweedens kan die ervaringe van persone wat aan die ontvangkant van hierdie strategieë vir kultuurveilige praktyke is, ondersoek word om die toepaslikheid en aanvaarbaarheid daarvan in verskillende kontekste te bepaal, byvoorbeeld in die Suid-Afrikaanse konteks.

## **7. Gevolgtrekking**

STT's het 'n etiese verantwoordelikheid om dienste te lewer wat toeganklik en kultuurtoepaslik is. Daar bestaan 'n behoefte aan praktiese strategieë wat gevolg kan word om hierdie verantwoordelikheid na te kom. Een beperking van hierdie omvangsbepaling is die feit dat daar nie baie literatuur gevind kon word met die klem op die bevolking, konsep en konteks soortgelyk aan dié van hierdie studie nie. Ten spyte hiervan kon 'n oorsig van 10 moontlike struikelblokke en 11 strategieë vir kruislinguistiese en -kulturele pediatriese spraak-taal terapie vanuit die bestaande navorsingsliteratuur verkry word. Hierdie lys struikelblokke en strategieë stel praktisyns in staat om met een oogopslag uit te ken watter aanpassings aan hul daaglikse praktyke gemaak kan word om kultuurveilige optrede te bevorder. Navorsers kan baat vind by die bevindinge rakende die aard en omvang van die bestaande navorsing, en so verdere navorsingsgeleenthede uitwys, veral in die Suid-Afrikaanse konteks. Die raamwerk vir kultuurveilige praktyke wat voorgestel word, bied 'n integrasie van die bevindinge van hierdie studie met ander hulpbronne wat reeds beskikbaar is. Die raamwerk lewer 'n bydrae tot die beklemtoning van 'n behoefte aan meer hulpbronne vir kultuur- en linguisties kongruente pediatriese gesondheidsorg.

## Erkenning

Baie dankie aan die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns vir die studiebeurs wat tot hierdie artikel gelei het .

## Bibliografie

Arksey, H. en L. O'Malley. 2005. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1):19–32.

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association). 2010. Cultural competence checklist: Personal reflection. <http://www.asha.org/uploadedFiles/Cultural-Competence-Checklist-Personal-Reflection.pdf> (7 Oktober 2020 geraadpleeg).

—. 2020. Issues in ethics: Cultural and linguistic competence. <https://www.asha.org/practice/ethics/cultural-and-linguistic-competence> (5 Oktober 2020 geraadpleeg).

—. 2021. Collaborating with interpreters, transliterators, and translators. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/collaborating-with-interpreters> (11 Januarie 2021 geraadpleeg).

Bogopa, D. 2010. Health and ancestors: The case of South Africa and beyond. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 10(1):1–7. <https://doi.org/10.2989/IPJP.2010.10.1.8.1080> (31 Januarie 2019 geraadpleeg).

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 (19 Augustus 2019 geraadpleeg).

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

Crawford, A. 1999. "We can't all understand the whites' language": An analysis of monolingual health services in a multilingual society. *International Journal of the Sociology of Language*, 136(1):27–46.

Crush, J. 2013. Southern hub : The globalization of migration to South Africa. In Lucas (red.) 2013.

De Andrade, V. en E. Ross. 2005. Beliefs and practices of Black South African traditional healers regarding hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 44(9):489–99.

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.



- Farrugia-Bernard, A.M. 2016. "You are coming with me": A phenomenological exploration of urban speech-language pathologists. PhD-proefskrif, Eastern Michigan Universiteit.
- Ferguson, A. en E. Armstrong. 2004. Reflections on speech-language therapists' talk: Implications for clinical practice and education. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39(4): 469-507.
- Fisher, S. 2016. Western Cape Health Department apologises to couple after being refused help at hospital. *Eye Witness News*. <https://ewn.co.za/2016/12/06/apology-for-couple-turned-away-from-hospital-for-not-speaking-xhosa> (21 Oktober 2021 geraadpleeg).
- Gerlach, A.J. 2012. A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 79(3):151–8.
- Govender, P., D.M. Mpanza, T. Carey, K. Jiyane, B. Andrews en S. Mashele. 2017. Exploring cultural competence amongst OT students. *Occupational Therapy International*, 2017(4):1–8. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/2179781> (6 Desember 2021 geraadpleeg).
- Grandpierre, V., F. Nassrallah, B.K. Potter, M. Elizabeth, R. Thomas, J. Taylor en L. Sikora. 2019. Examining cultural competence in pediatric hearing loss services: A survey. *Deafness en Education International*, 21(4):1–21. <https://doi.org/10.1080/14643154.2019.1589075> (24 Julie 2020 geraadpleeg).
- 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 (26 Augustus 2019 geraadpleeg).
- HPCSA (Health Professions Council of South Africa). 2019. Guidelines for practice in a culturally and linguistically diverse South Africa. <https://www.hpcsa.co.za/Uploads/SLH/Guidelines%20for%20practice%20in%20a%20culturally%20and%20linguistically%20divers---.pdf> (28 Oktober 2019 geraadpleeg).
- Indigenous Health. 2017. Cultural safety: Respect and dignity in relationships. [https://www.indigenoushealthnh.ca/sites/default/files/2017-03/booklet-cultural-safety-web\\_0.pdf](https://www.indigenoushealthnh.ca/sites/default/files/2017-03/booklet-cultural-safety-web_0.pdf) (5 Junie 2019 geraadpleeg).
- Johnston, J.R. en M.-Y.A. Wong. 2002. Cultural differences in beliefs and practices concerning talk to children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(5):916–26.
- Kaiser, A.P. en M.Y. Roberts. 2011. Advances in early communication and language intervention. *Journal of Early Intervention*, 33(4):298–309.
- Khoza-Shangase, K. en M. Mophosho. 2017. Language and culture in speech-language and hearing professions in South Africa : The dangers of a single story. *South African Journal of Communication Disorders*, 65(1):a594. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v65i1.594> (5 Junie 2019 geraadpleeg).

- 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 (20 Augustus 2019 geraadpleeg).
- Kohnert, K., M.R. Kennedy, L. Glaze, P.F. Kan en E. Carney. 2003. Breadth and depth of diversity in Minnesota: Challenges to clinical competency. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(3):259–72.
- Kummerer, S.E. en N.A. Lopez-Reyna. 2006. The role of Mexican immigrant mothers' beliefs on parental involvement in speech-language therapy. *Communication Disorders Quarterly*, 27(2):83–124.
- Langdon, H.W. en T.I. Saenz. 2016. *Working with interpreters and translators: A guide for Speech-Language Pathologists and Audiologists*. San Diego, CA: Plural Publishing Inc.
- Leadbeater, C. en L. Litosseliti. 2014. The importance of cultural competence for speech and language therapists. *Journal of International Research in Communication Disorders*, 5(1):1–27.
- Leininger, M. 2002. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3):189–92.
- Leininger, M.M. en M.R. McFarland. 2006. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 2de uitgawe. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Lucas, R.E.B. (red.). 2013. *International Handbook on migration and economic development*. Cheltenham, Verenigde Koninkryk: Edward Elgar Publishing Limited.
- Matthews, M. en J. van Wyk. 2018. Towards a culturally competent health professional: A South African case study. *BMC Medical Education*, 18(1):1–11.
- 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 (19 Julie 2019 geraadpleeg).
- May, S. 2011. Language rights: The “Cinderella” human right. *Journal of Human Rights*, 10(3):265–89.
- McFarland, M.R. en H.B. Wehbe-Alamah. 2015. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3de uitgawe. Burlington, MA: Jones en Bartlett Learning.
- . 2019. Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6):540–57. doi:10.1177/1043659619867134 (12 Mei 2021 geraadpleeg).

- Mdlalo, T., P. Flack en R. Joubert. 2016. Are South African speech-language therapists adequately equipped to assess English Additional Language (EAL) speakers who are from an indigenous linguistic and cultural background? A profile and exploration of the current situation. *South African Journal of Communication Disorders*, 63(1):1–5.
- Merriam, S.B. en E.J. Tisdell (reds.). 2016. *Qualitative research: A guide to design and implementation*. 4de uitgawe. San Francisco: Jossey-Bass.
- Millar, C., L.B. Carey, T. Fortune, B.A. Mathisen, A.E. Hill, J. Dukhno en B. McKenzie. 2019. Global citizenship: Defining capabilities for speech- language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(3):317–24. doi: 10.1080/17549507.2019.1607902 (21 Augustus 2019 geraadpleeg).
- Moonsamy, S., A. Mupawose, J. Seedat, M. Mophosho en D. Pillay. 2017. Speech-language pathology and audiology in South Africa : Reflections on transformation in professional training and practice since the end of apartheid. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2 (Deel 1), ble. 30–42.
- Mophosho, M. 2018. Speech-language therapy consultation practices in multilingual and multicultural healthcare contexts: Current training in South Africa. *African Journal of Health Professions Education*, 10(3):145–7.
- Pascoe, M., D. Klop, T. Mdlalo en M. Ndhambi. 2018. Beyond lip service : Towards human rights-driven guidelines for South African speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20:67–74.
- Pascoe, M., O. Mahura en J. Dean. 2020. Health resources for South Africa: A scoping review. *Health SA Gesondheid*, 25:e1–e7.
- Pascoe, M. en M. Smouse. 2012. Masithethe : Speech and language development and difficulties in isiXhosa. *South African Medical Journal*, 102(6):469–71.
- 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.
- Phiri, J., E. Dietsch en A. Bonner. 2010. Cultural safety and its importance for Australian midwifery practice. *Collegian*, 17(3):105–11. doi: 10.1016/j.collegn.2009.11.001 (27 Mei 2019 geraadpleeg).
- Polmanteer, K. en V. Turbiville. 2000. Family-responsive individualized family service plans for speech-language pathologists. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 31(1):4–14.
- Ratnapalan, S. 2009. Shades of grey: Patient versus client. *Canadian Medical Association Journal*, 180(4):472.
- Samuels, A., W. Slemming en S. Balton. 2012. Early childhood intervention in South Africa in relation to the developmental systems model. *Infants and Young Children*, 25(4):334–45.

- SASLHA (The South African Speech-Language-Hearing Association). 2017. Practice guidelines for audiologists and speech-language therapists in early communication intervention. <https://www.mm3admin.co.za/documents/docmanager/55e836d5-3332-4452-bb05-9f12be8da9d8/00012503.pdf> (20 Januarie 2019 geraadpleeg).
- Schim, S.M. en J. Miller. 2007. Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2):103–10. doi: 10.1177/1043659606298613 (15 Februarie 2019 geraadpleeg).
- Southwood, F. en O. van Dulm. 2015. The challenge of linguistic and cultural diversity: Does length of experience affect South African speech-language therapists' management of children with language impairment? *The South African Journal of Communication Disorders*, 62(1):1–14.
- 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. Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.
- The Joanna Briggs Institute. 2015. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. *The Joanna Briggs Institute*, 2015, ble. 1–24. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004 (2 Februarie 2019 geraadpleeg).
- Tricco, A.C., C. Garritty, D. Moher, A. Aldcroft, D. Levac, L. Hartling, J. Moriarty, J. McGowan, S.E. Straus, H. Colquhoun, C.M. Godfrey, M.D.J. Peters, E.V. Langlois, S. Lewin, C. Chang, S. Hempel, K. Soares-Weiser, K.K. O'Brien, T. Clifford, M.G. Wilson, M.T. Macdonald, E.A. Akl, L. Stewart, L. Weeks, T. Horsley, W. Zarin, Ö. Tunçalp en E. Lillie. 2018. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7):467–73.
- Verdon, S., S. McLeod en S. Wong. 2015. Supporting culturally and linguistically diverse children with speech, language and communication needs: Overarching principles, individual approaches. *Journal of Communication Disorders*, 58:74–90.
- 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.
- Westby, C.E. 1990. Ethnographic interviewing: Asking the right questions in the right ways. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 13(1):101–11.
- World Health Organization. 2007. *International classification of functioning, disability and health: Children and youth version*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737> (21 Oktober 2021 geraadpleeg).

## Eindnota

<sup>1</sup> In spraak-taaltherapie word daar na kliënte eerder as pasiënte verwys. Deur die term *kliënt* te gebruik, beklemtoon ons die ontvanger van dienste se aktiewe en deelnemende rol in die beplanning en uitvoer van sy/haar rehabilitasie (Ratnapalan 2009).