

SYDDANSK UNIVERSITET

Kandidatspeciale i audiologi

Helle Vagner Petersen

Forældreopfattelser af et Auditiv Verbal Terapi-
forløb i en dansk kontekst

Parental Perceptions of an Auditory Verbal Programme in a
Danish Context

Syddansk Universitet

Det Humanistiske Fakultet, Institut for Sprog og Kommunikation

Vejleder: Lone Percy-Smith

Intern vejleder: Pia Thomsen

Juni 2016

Tabeller og figurer: 32 (heraf 5 á 9600 anslag)

Anslag: 185.289 svarende til 77,2 normalsider



Abstract

Introduction: Auditory Verbal Therapy (AVT) is a method used in the habilitation of children with hearing loss who received cochlear implants (CI), hearing aids (HA) or bone-anchored hearing systems (BAHS). The method was developed in America and have gained ground around the world, among others in Denmark, where two major public authorities now recommend AVT as the primary pediatric intervention for children with hearing loss. Parents are of great importance to their child's language acquisition. AVT is a family-centered approach, which requires parents to actively be involved in the intervention of their child. The method is based on ten mandatory principles, of which six concerns guiding and coaching of the parents, consequently making parents key players in an effective AVT programme.

Aims: The aim of this thesis was to explore the parental perceptions of a Danish AVT programme for children with hearing loss. The study includes an examination of differences in perceptions among parents of children with CI versus parents of children with HA/BAHS and a comparison among parents with various resources, i.e. socio-demographic background. Furthermore, it was investigated whether the parents understood the goals of AVT and finally, how well the method can be implemented in a Danish context.

Method: Empirical data was based on a structured, internet-based survey developed by the organization Decibel, related to a larger research study of Auditory Verbal Therapy in Denmark. Relevant questions were selected from the survey, with the purpose of examining the specific aim of this thesis. The selected questions included evaluative questions about the AVT programme and factual questions exploring background information about hearing technology of the child, parental length of education and cohabitation. Fifty-five parents of children with hearing technology, who followed an AVT programme in Denmark designed by Decibel participated in the study. Parents of children with all types of hearing technology were represented. Of these, 20% had children with additional disabilities. The subjects were residents from all parts of the country of Denmark. The collected data were analyzed using descriptive statistics.

Results and conclusion: Due to the informants' commitment to the Decibel-project, the response rate of the survey was 100%. In general, the parents had a positive view on the AVT-method and found it to make their life easier. AVT wasn't found to be a factor causing parental stress. The parents didn't mind spending time to attend the AVT-sessions and the majority shared the view that teaching their child to hear and speak is primarily a parental responsibility. Many parents reported a feeling of guilt not focusing enough on AVT in everyday life, although they expressed using AVT strategies at home. Most parents found the method to require one parent on reduced working hours. Consensus between parents of children with CI and parents of children with HA/BAHS was seen on all aspects.

The parents reported having good understanding of the goals of AVT though, there seemed to be more focus on long-term goals rather than the short-term goals from session to session. 94% (n=52) of the parents either agreed or strongly agreed on being able to support their child's listening and spoken language acquisition. All parents pointed to this aspect as being a winning element when participating in an AVT programme. Furthermore, over half of the parents mentioned that participating in an AVT programme made them more aware of their child's hearing loss, made it easier to work with the professionals around their child, and that it became easier being a facilitator for their child. On this basis, the AVT-method can be justified in a Danish context, but the implementation seems to require the possibility for one parent working shorter hours.

The socio-demographic factors defining parental resources proved to be inadequate for a comparison among parents. For this reason, the study fails to conclude how perceptions of AVT depends on parental resources.

Key Words: Auditory Verbal Therapy, Parents, Perception, Children, Hearing loss, Aural (re)habilitation, Pediatric audiology.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	- 1 -
1.1 Motivation for emnevalg	- 2 -
1.2 Problemformulering og afgrænsning	- 3 -
1.3 Specialets opbygning	- 4 -
1.4 Terminologi	- 5 -
2.0 Forskningsoversigt	- 7 -
2.1 Litteratursøgning	- 7 -
2.1.1 Litteratursøgning til baggrundsteorien	- 7 -
2.1.2 Litteratursøgning til litteraturgennemgangen	- 8 -
2.2 Litteraturgennemgang	- 10 -
2.2.1 Wu & Brown, 2004	- 10 -
2.2.2 Neuss, 2006	- 11 -
2.2.3 Yucel et al, 2008	- 13 -
2.2.4 Eyalati et al, 2013	- 13 -
2.2.5 Opsamling på litteraturgennemgangen	- 14 -
2.3 Forældres betydning for deres barns sproglige udvikling	- 16 -
2.3.1 Forældreinvolveret intervention	- 18 -
2.4 Forudsætninger for sprogudvikling hos børn med høretab	- 19 -
2.5 Stress hos forældre til et barn høretab	- 20 -
2.5.1 Forældre til børn med HA/BAHS vs. forældre til børn med CI	- 21 -
2.6 Auditory Verbal Therapy, AVT	- 22 -
2.6.1 AVT-metodens formål	- 22 -
2.6.2 Den historiske baggrund for AVT	- 22 -
2.6.3 Uddannelse og certificering	- 24 -
2.6.4 AVT i Danmark	- 26 -
2.6.5 De 10 principper i AVT	- 29 -
2.6.6 Målsætning i AVT	- 30 -
2.6.7 AVT strategier	- 31 -
3.0 Metode	- 32 -
3.1 Decibel Projektet	- 32 -
3.2 Dataindsamling	- 34 -
3.2.1 Spørgeskema som forskningsmetode	- 34 -
3.2.1.1 Kvantitative, kvalitative og blandede spørgeskemaer	- 34 -
3.2.1.2 Konstruktion af et spørgeskema	- 35 -
3.2.2 Procedure for dataindsamling	- 39 -
3.2.3 Studie design – Spørgeskema	- 40 -
3.2.4 Informanter	- 44 -
3.2.5 Repræsentativitet og statistisk usikkerhed	- 44 -
3.2.6 Etik	- 45 -

4.0 Resultater	- 47 -
4.1 Resultater – Spørgsmål for spørgsmål	- 47 -
4.2 Sammenligning af forældreopfattelser i forhold til barnets høreteknologi	- 57 -
4.3 Sammenligning af forældreopfattelser i forhold til forældrenes ressourcer	- 62 -
5.0 Diskussion	- 63 -
5.1 Diskussion af metode	- 63 -
5.1.1 Patientforening og forskning	- 63 -
5.1.2 Informanter	- 64 -
5.1.3 Spørgeskema som metode	- 65 -
5.1.4 Validitet af specialets undersøgelse	- 66 -
5.1.4.1 Manglende kontekst	- 66 -
5.1.4.2 Spørgsmålskonstruktioner	- 66 -
5.1.4.3 Procedure for dataindsamling	- 68 -
5.2 Diskussion af resultater	- 69 -
5.2.1 Forældreopfattelser i forhold til barnets høreteknologi	- 69 -
5.2.2 Forståelse for AVT-metodens mål	- 72 -
5.2.3 Opfattelser sammenlignet ud fra forældrenes ressourcer	- 73 -
5.2.4 Implementering af AVT-metoden i en dansk kontekst	- 73 -
6.0 Konklusion	- 75 -
7.0 Perspektivering	- 77 -
8.0 Litteraturliste	- 78 -
9.0 Bilagsoversigt	- 88 -
9.1 Bilag A: Komplet oversigt over udvalgte spørgsmål med tilhørende svarmuligheder	- 89 -
9.2 Bilag B: USB med rådata	- 95 -

Oversigt over illustrationer samt deres placering i nærværende speciale

Tabel/Figur	Beskrivelse	Sidetal
Figur 1	Skematisk fremstilling af specialets overordnede disposition	4
Figur 2	Hierarki over søgeord for litteratursøgningen	8
Tabel 1	Litteratursøgning gennem databasen ComeDisDome	8
Tabel 2	Litteratursøgning gennem databasen Web of Science	9
Tabel 3	Litteratursøgning gennem det Kongelige Biblioteks database, REX	9
Tabel 4	Oversigt over artikler i litteraturgennemgangen	15
Tabel 5	Overblik over krav til ansøgning om certificering // Overblik over AVT-uddannelse	24/25
Tabel 6	Overblik over de 10 principper i AVT	29/30
Figur 3	Decibelprojektets overordnede design og nærværende speciales tilknytning hertil	33
Figur 4	Søjlediagram over besvarelser til spg. 1	48
Figur 5	Cirkeldiagrammer over a) Procentfordeling over besvarelserne af spg. 1 og b) Opdeling af forældre ud fra om deres barn har hhv. CI eller HA/BAHS	48
Figur 6	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 2	49
Figur 7	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 3	49
Figur 8	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 4	50
Figur 9	Søjlediagram over besvarelser til spg. 5	51
Tabel 7	Overblik over fordelingen af besvarelser til spg. 5	51
Figur 10	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 6	52
Figur 11	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 7	52
Figur 12	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 8	53
Figur 13	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 9	53
Figur 14	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 10	54
Figur 15	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 11	54
Figur 16	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 12	55
Figur 17	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 13	55
Figur 18	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 14	56
Figur 19	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 15	56
Figur 20	Cirkeldiagram over besvarelser til spg. 16	57
Tabel 8	Besvarelser i antal og procent til spg. 5 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS	58
Figur 21	Søjlediagram over besvarelser til spg. 5 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS i procent	59
Tabel 9	Overblik over besvarelser i antal og procent til spg. 6 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS	59
Figur 22	Sammenlignende cirkeldiagrammer over besvarelserne til spg. 6 for hhv. a) forældre til børn med CI og b) forældre til børn med HA/BAHS	60
Figur 23	Sammenlignende søjlediagrammer over besvarelser til spørgeblokken spg. 7-16 for hhv. a) forældre til børn med CI og b) forældre til børn med HA/BAHS	61

1.0 Indledning

I Danmark fødes årligt ca. 65.000 børn (Sundhedsstyrelsen, 2004). Ud af disse vil omkring 0,1 – 0,2% svarende til ca. 100 børn have et medfødt dobbeltsidigt behandlingskrævende høretab (Ibid; Socialstyrelsen, 2015), og yderligere vil ca. 150 børn have et ensidigt høretab (Sundhedsstyrelsen, 2004). Hyppigheden af høretab stiger dog op gennem barndommen og voksenlivet (Socialstyrelsen, 2015). Allerede ved fireårsalderen vil antallet af børn med et behandlingskrævende høretab i en årgang være fordoblet (Ibid.).

At have et høretab begrænser sprogtiltagelsen for børn, da sproget tilegnes gennem lytning (Ibid.). Allerede under graviditeten er fosterets opmærksomhed rettet mod sproglyde, hvilket betyder, at et barn med medfødt høretab er bagud fra starten (Ibid.). Over 90 % af børn med høretab fødes af normalthørende forældre, der ikke tidligere har haft et kendskab til døvhed eller tegnsprog (Sanggaard, 2007; Mitchell & Karchmer, 2004). Der opstår hermed et interaktions- og kommunikationsproblem mellem forældre og barn på baggrund af barnets forsinkede eller manglende talesproglige tilegnelse (Vaccari & Marschark, 1997). 85 % af disse hørende forældre ønsker, at problemet skal løses ved, at deres barn skal lære talesprog frem for tegnsprog (Brown, 2006).

Med implementeringen af den neonatale hørescreening i 2005 blev det muligt at diagnosticere og behandle høretab hos børn meget tidligt. Herudover har fremskridt inden for høreteknologi i form af forbedrede høreapparater (HA) og udviklingen af Cochlear Implant (CI) givet mulighed for adgang til auditiv stimulation af hjernen uanset graden af et høretab. Kombinationen af tidlig diagnosticering og de forbedrede teknologiske behandlingsmuligheder giver børn med prælinguale høretab nye forudsætninger for udvikling af talesprog. For at kunne opnå det maximale potentiale for barnets talesprog er det nødvendigt, at diagnosticeringen og behandlingen af høretabet følges op af audiologopædisk intervention (Socialstyrelsen, 2015).

Auditory Verbal Therapy (AVT) er en international audiologopædisk interventionsmetode til børn med høretab. Metoden stammer fra engelsksprogede lande, hvor den har været anvendt i mange år og er gennem de seneste par år også blevet udbredt i Danmark, hvor den nu bl.a. anbefales til børn med høretab i Socialstyrelsens forløbsbeskrivelse omkring rehabilitering og undervisning af børn og unge med tidligt konstateret høretab 0-18 år (Socialstyrelsen, 2015), og specifikt til børn

med CI i Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2012). Formålet med metoden er at udvikle barnets auditive cortex gennem auditiv stimulation ved hjælp af høreteknologi og hermed danne mulighed for udvikling af talesprog (Dornan, 2010). Målet er, at barnet opnår alderssvarende talesprog inden skolealderen og kan integreres i almindelige lokale institutioner (Estabrooks, 2012). Metoden bygger på en familie-centreret tilgang, hvor forældre er aktivt involveret i deres barns intervention (Ibid.). Den professionelle guider og underviser forældrene i strategier til at hjælpe deres barn med at opnå et optimalt auditivt og talesprogligt udbytte af deres høreteknologi (Ibid.). Ud af de 10 principper, der danner grundlaget for metoden, omhandler 6 rådgivning og vejledning af forældre inden for forskellige aspekter. Forældreinvolvering er således et centralt element i AVT. Metoden beskrives som mere end blot et sæt af strategier, der skal udføres en gang imellem men snarere som værende en livsstil, der skal praktiseres på daglig basis (Goldberg og Flexer, 2001). At være forældre til et barn i et AVT-forløb medfører derfor en markant ændring i familiens hverdag, da metoden fordrer, at forældrene inddrager barnet i alle tænkelige daglige gøremål, der kan gavne den auditive og talesproglige udvikling.

1.1 Motivation for emnevalg

Forældre er vigtige aktører i et interventionsforløb efter AVT-metoden. Metoden kræver intensiv involvering af forældrene, der skal investere ekstra tid i at understøtte deres barns auditive og talesproglige udvikling. På trods af dette har forskning om AVT endnu ikke haft særligt fokus på forældrenes opfattelse af metoden. Det synes derfor relevant at undersøge, hvordan forældre opfatter deltagelsen i et dansk AVT-forløb, og om der er forskel i opfattelserne? Herudover er det essentielt at klarlægge, om der opstår særlige problemstillinger for forældre ved implementeringen af den amerikanske AVT-metode i en dansk kontekst.

1.2 Problemformulering og afgrænsning

Med udgangspunkt i ovenstående, er problemformuleringen for nærværende speciale udformet således:

"Hvordan opfatter forældre til børn med høretab et AVT-forløb i en dansk kontekst?"

Herunder forsøges det at besvare forskningsspørgsmålene:

"I hvor høj grad er der forskel på forældreopfattelser af AVT i forhold til barnets høreteknologi?"

"Hvorvidt forældre AVT-metodens mål?"

"I hvilket omfang er opfattelsen af AVT afhængig af forældrenes ressourcer?"

"I hvor høj grad kan AVT implementeres i en dansk kontekst?"

Specialet afgrænses til at undersøge danske forældre til børn i et AVT-forløb. På baggrund af kulturelle forskelle kan studiets resultater ikke uden videre overføres til forældre i andre lande. Omvendt forsøger specialet at klarlægge, om kulturelle forskelle kan have betydning for implementeringen af den amerikanske metode blandt danske forældre. Endeligt undersøges det, om forskelle på forældrene i form af ressourcer og barnets høreteknologi kan have betydning for opfattelsen af et AVT-forløb. Begrebet ressourcer begrænser sig i nærværende speciale til at omfatte sociodemografiske faktorer som forældrenes uddannelseslængde og samlivssituation.

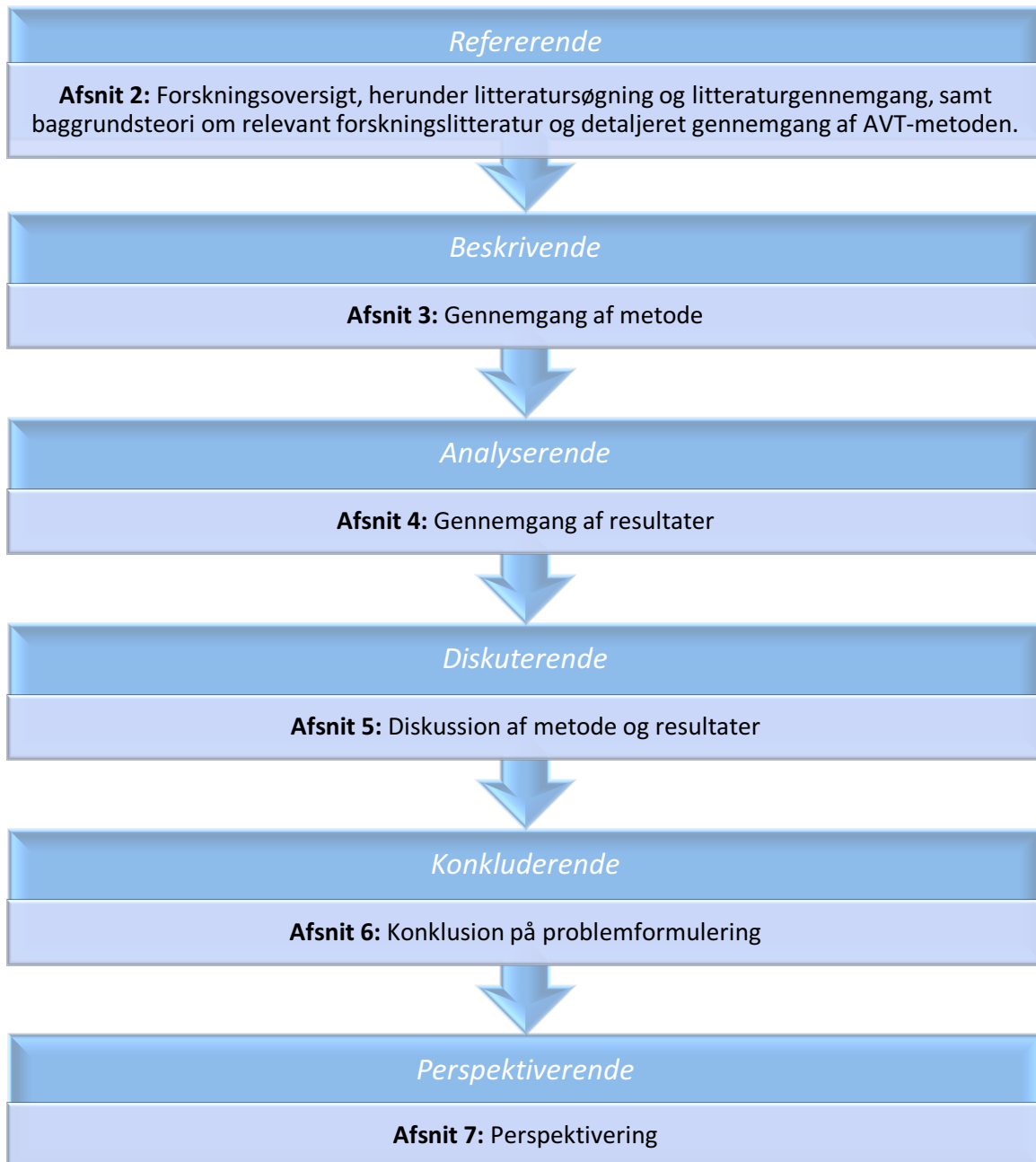
Specialet afgrænses yderligere til at fokusere på forældre til førskolebørn i AVT-forløb. Førskolebørn defineres som børn i alderen 0-6 år. Begrundelsen for denne afgrænsning bygger på, at målet med AVT er, at barnet skal være sprogligt alderssvarende inden skolestart.

1.3 Specialets opbygning

Nærværende speciales opbygning er struktureret således, at der indledningsvis i hvert afsnit fremgår en kort beskrivelse af det pågældende indhold.

Den overordnede disposition for specialet følger nedenstående strukturering i Figur 1:

Figur 1: Schematisk fremstilling af specialets overordnede disposition



1.4 Terminologi

Nedenfor defineres centrale begreber for nærværende speciale.

Børn med høretab, børn med HA/BAHS og børn med CI

I litteraturen anvendes flere forskellige termer for børn med høretab, herunder fx *døve* og *hørehæmmede* børn. Med disse termer defineres børnenes identitet ud fra funktionsnedsættelsen. Ved at anvende betegnelsen ***børn med høretab*** anerkendes, at børnene kan være meget forskellige til trods for, at de har samme funktionsnedsættelse. Samtidig rummer dette term alle grader af høretab, både milde som svære.

Efter samme overbevisning anvendes termerne ***børn med høreapparat (HA)/benforankrede apparater (BAHS)*** og ***Børn med cochlear implant (CI)***. Hermed refereres der til en heterogen gruppe, der blot har det til fælles, at de enten har HA/BAHS eller CI.

Audiologopædisk intervention vs. audiologisk intervention

Med betegnelsen ***audiologopædisk intervention*** refereres til intervention målrettet barnets auditive og talesproglige udvikling. ***Audiologisk intervention*** refererer herimod til teknologisk behandling af barnets høretab i form af enten HA, BAHS eller CI.

Professionelle

Der ses en betydelig variation i den faglige baggrund, uddannelse og titel blandt professionelle, der arbejder med den audiologopædiske intervention for børn med høretab. I nærværende speciale samles alle fagligt kyndige inden for dette fagområde således under den fælles betegnelse ***professionelle***.

AV-terapeut

Betegnelsen **AV-terapeut** anvendes i nærværende speciale om en audiologopæd/professionel, der arbejder med Auditory Verbal Therapy (AVT). Hvis den professionelle har gennemgået AG Bells certificeringsprogram og opnået den beskyttede titel *LSLS Cert. AVT™*, anvendes den mere mundrette og letlæselige betegnelse *certificeret AV-terapeut*.

Rehabilitering vs. habilitering

Rehabilitering forstås som genskabelse af en funktionsnedsættelse, som en person tidligere har haft. Ved **habilitering** forstås herimod tilegnelsen af en funktionsevne, som en person ikke tidligere har været i besiddelse af, fx i forbindelse med et medfødt handicap.

2.0 Forskningsoversigt

I nærværende afsnit belyses forskningslitteratur, der berettiger vigtigheden af dette speciales problemstilling og som senere vil blive anvendt til at diskutere specialets resultater. Indledningsvis redegøres for den litteratursøgning der ligger til grund for udvælgelsen af relevant forskningslitteratur, og herefter følger en litteraturgennemgang af tidligere relevant forskning inden for området. Herefter følger baggrundsteori om forældres betydning for deres barns sproglige udvikling, og hvorfor forældrene med fordel kan involveres i barnets audiologopædiske intervention. Desuden gennemgås litteratur om forudsætninger for sproglig udvikling hos børn med høretab og stress hos forældre til disse børn. Med denne viden indsnævres fokus til at redegøre for AVT-metodens formål, historiske baggrund, indhold samt etableringen af metoden i Danmark.

2.1 Litteratursøgning

I dette delafsnit beskrives proceduren for litteratursøgning i nærværende studie. Litteratursøgning er et væsentligt element til at skabe evidensbaseret forskning, da tidligere forskning kan anvendes til at argumentere og diskutere en undersøgelses resultater. Litteratursøgning er i nærværende studie opdelt i to separate kategorier. Først beskrives litteratursøgning i forbindelse med baggrundsteorien, og efterfølgende beskrives litteratursøgningen relateret til litteraturgennemgangen.

2.1.1 Litteratursøgning til baggrundsteorien

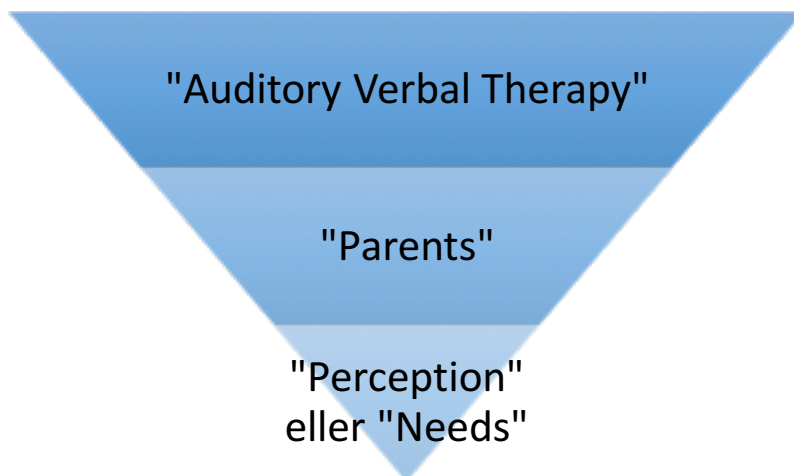
Litteratursøgning og –indsamling af baggrundsteori til dette speciale er foretaget ved løbende søgninger efter relevante emner. De primære søgninger blev foretaget gennem databasen ComeDisDome, samt Google Scholar. Yderligere er der fundet litteratur gennem referencelister til relevante artikler, gamle studieopgaver, gennem tilknyttet specialevejleder samt i relevante fagbøger inden for de aktuelle emneområder. Det er forsøgt at referere til den nyeste evidensbaseret viden inden for alle områder. Litteratursøgningen blev endeligt afsluttet i marts 2016.

2.1.2 Litteratursøgning til litteraturgennemgangen

Litteratursøgning fokuseret på litteraturgennemgangen er udført med en systematisk og omfattende søgestrategi. Søgning efter relevant forskningslitteratur er primært foretaget i de videnskabelige databaser ComDisDome, Web of Science og det Kongelige Biblioteks database, REX. Forskningsstudier er medtaget ud fra kriteriet om, at de undersøger forældrenes perspektiv på et interventionsforløb baseret på AVT-metoden. Yderligere afgrænsningskriterier, som f.eks. publikationsår og antallet af informanter, er ikke sat, da forskning inden for dette specifikke område i forvejen er meget begrænset. Relevante søgeord er nøje overvejet og er anvendt efter et hierarki (se Figur 2), hvor der kunne tilføjes eller erstattes yderligere søgeord, hvis søgningen i første omgang viste sig at være for bred.

Figur 2: Hierarki over søgeord

Kilde: Selvproduceret



Søgningerne blev udført i december 2015 og januar 2016. Ved søgning gennem databasen ComDisDome fremkom følgende resultater (Tabel 1):

Tabel 1: Litteratursøgning gennem databasen ComeDisDome

Kilde: Selvproduceret

Søgeord	Resultater
"Auditory Verbal Therapy"	117 hits
"Auditory Verbal therapy" + "Parents"	13 hits

Da kun 13 hits fremkom ved kombinationen af søgeordene "Auditory Verbal Therapy" og "Parents", synes det ikke nødvendigt at specificere søgningen yderligere. Abstract for de 13 resultater blev herefter gennemlæst og vurderet. 3 artikler blev endelig vurderet relevante for nærværende speciale.

Ved søgning i databasen Web of Science fremkom følgende resultater (Tabel 2):

Tabel 2: Litteratursøgning gennem databasen Web of Science

Kilde: Selvproduceret

Søgeord	Resultater
"Auditory Verbal Therapy"	285 hits
"Auditory Verbal therapy" + "Parents"	19 hits

Ved kombinationen af søgeordene "Auditory Verbal Therapy" og "Parents" fremkom 19 hits. Det blev således ikke nødvendigt at specificere søgningen yderligere. Igen blev abstract for de 19 resultater gennemlæst og vurderet. Kun samme 3 artikler fra søgningen i ComDisDome blev vurderet relevante for nærværende speciale.

Søgning gennem det Kongelige Biblioteks database, REX, gav følgende resultater (Tabel 3):

Tabel 3: Litteratursøgning gennem det Kongelige Biblioteks database, REX

Kilde: Selvproduceret

Søgeord	Resultater
"Auditory Verbal Therapy"	770 hits
"Auditory Verbal therapy" + "Parents"	80 hits
"Auditory Verbal therapy" + "Parents" + "Perception"	9 hits
"Auditory Verbal therapy" + "Parents" + "Needs"	19 hits

Kombinationen af søgeordene "*Auditory Verbal Therapy*" og "*Parents*" gav i dette tilfælde 80 hits. Søgningen blev af denne årsag specificeret yderligere ved først at tilføje søgeordet "*Perception*", hvilket resulterede i 9 hits. Desuden blev en søgning med kombinationen af søgeordene "*Auditory Verbal Therapy*", "*Parents*" og "*Needs*" foretaget, hvilket resulterede i 19 hits. Resultaterne for begge søgninger blev vurderet, og abstract for de fremkomne artikler blev læst. 4 artikler blev herigennem vurderet relevante, hvoraf de 3 allerede var fundet gennem de tidligere søgninger på andre databaser.

Kombinationer af de udvalgte søgeord blev desuden anvendt til søgning gennem internetressourcen Google Scholar, og referencelister fra de relevante artikler blev gennemlæst. Endelig er der specifikt søgt i tidsskrifterne Dansk Audiologopædi og Volta Review, alt sammen dog uden fund af yderligere relevante forskningsartikler.

Litteratursøgningen medførte således fundet af fire relevante artikler, hvilke bliver gennemgået i det følgende delafsnit.

2.2 Litteraturgennemgang

På baggrund af litteratursøgningen præsenteres i dette afsnit fire relevante forskningsartikler med fokus på forældrenes opfattelse af et AVT-forløb, med det formål senere at kunne perspektivere til nærværende studies resultater. Studierne vil blive præsenteret ud fra formål, metode og resultater.

2.2.1 Wu & Brown, 2004

Forældres og AV-terapeuters forventninger til et AVT-forløb og til barnets sproglige udvikling blev i 2004 fokus for et studie af Wu og Brown. Studiets informanter bestod af 20 familier til børn i et AVT-forløb i Australien og deres tilknyttede AV-terapeuter. Data blev indsamlet gennem matchede sæt af spørgeskemaer til hhv. barnets forældre og AV-terapeut. Forældrene besvarede først et spørgeskema omhandlende baggrundsoplysninger om dem selv, deres barn og deres families involvering i AVT-forløbet. Herudover besvarede de et spørgeskema om deres forventninger til barnets udvikling gennem AVT-forløbet og deres indtryk af AV-terapeutens forventninger til

forløbet med deres barn. Disse spørgsmål blev besvaret ved rangering fra 1 (lav) til 7 (høj). AV-terapeuten besvarede et spørgeskema om deres professionelle baggrund og et spørgeskema, hvor de ligeledes rangerede deres egen forventninger til det pågældende barns udvikling og deres indtryk af forældrenes forventninger til AVT-forløbet. Endelig udfyldte AV-terapeuterne en tjekliste om barnets receptive og ekspressive sprog.

Studiets resultater viste, at både forældre og AV-terapeuter havde høje, men realistiske forventninger til barnets udbytte af AVT-forløbet og høje forventninger til hinanden som samarbejdspartnere. Desuden fandt studiet, at barnets receptive og ekspressive sprog kunne forudsiges ud fra faktorer som barnets alder ved diagnosticering, alder ved høreteknologisk behandling og alder ved interventionsstart, men også ud fra AV-terapeutens forventninger til barnets udbytte af AVT-forløbet, samt hvordan forældrene anvendte metoden. Ud over disse faktorer var barnets receptive sprog ligeledes forudbestemt af forældrenes forventninger til AVT-forløbet.

2.2.2 Neuss, 2006

Den canadiske AVT-certificerede Deirdre Neuss undersøgte i 2006 forældrenes oplevelse før og gennem et AVT-forløb for deres CI-opererede børn. Studiet var designet som et kvalitativt casestudie med udgangspunkt i familiesystemteorien og den økologiske udviklingsteori, der beskriver et miljø som cirkler, der indbyrdes er forbundet til hinanden. Der skelnes mellem 4 cirkler/systemer, som alle har mere eller mindre nærhed til barnet; Mikrosystemet¹, mesosystemet², eksosystemet³ og makrosystemet⁴. Systemerne er altid i bevægelse og påvirker

¹ Mikrosystemet består af tre dyader: Forælder-forælder, forælder-søskende og forælder-medlem af den udvidede familie. De personlige karakteristika, familiekarakteristika og familieinteraktioner beskrevet i familiesystem teorien findes på mikrosystem niveau.

² Mesosystemet er karakteriseret ved roller, aktiviteter, og interpersonelle forhold mellem to eller flere mikrosystemer, som det er oplevet af personen i forandring. Forældrene bliver linket mellem barnet og terapeuten samt mellem barnet og andre udbydere af audiologiske tjenester.

³ Eksosystemet består af en eller flere forhold, som ikke involverer personen i forandring direkte, men alligevel har en indvirkning på personen. Inden for rammerne af den pågældende undersøgelse omfatter dette lovgivning fra the Ministries of Health, Education and Community and Social Services som udbyder audiologisk og terapeutisk service til børn med høretab i Ontario, Canada.

⁴ Makrosystemet omfatter trossystemer og ideologi, der karakteriserer en kultur. Det omfatter overbevisninger om potentialet for børn med høretab og ideologi, der giver adgang til sundhed og uddannelse i Ontario, Canada.

gensidigt hinanden. Ifølge teorien vil forældrenes oplevelse med overgangen til AVT blive influeret af hvert af disse niveauer.

Studiet inkluderede fem familier til CI-opererede børn, som deltog i et AVT-forløb på Ontario Pediatric Hospital i Canada. De havde alle mindst en ældre normalt udviklet søskende med normal hørelse, hvilket skulle sikre, at forældrene havde tidligere erfaring med børneopdragelse inden diagnosticeringen af barnets høretab.

Data blev indsamlet gennem fire metoder: 1) et spørgeskema omhandlende familiernes demografi, 2) observationssessioner, 3) interviews og 4) en fokusgruppe. Spørgeskemaet bestod af spørgsmål omkring hjemmet, familiesammensætningen og arbejdsplads. Skemaet blev udfyldt ved første møde med familierne. Tre 60-minutters observationer i familiernes hjem, en om morgenen, en om eftermiddagen og en om aftenen, blev indsamlet over en periode på 10 måneder. Observationerne havde til formål, at give en idé om interaktionen mellem familiemedlemmerne, måden de kommunikerede med barnet med høretab, og de strategier de brugte til at understøtte sproglig udvikling. Efter den anden observation blev et semi-struktureret interview med hver forælder og hver AV-terapeut foretaget. Endelig blev fokusgruppen afholdt efter alle observationer var overstået. Kun to forældre endte med at deltage i denne fokusgruppe.

Undersøgelsens overordnede resultater viste, at selvom betydelig stress var knyttet til tidspunktet for opdagelsen af høretabet, blev der ikke rapporteret om et højt stressniveau på tidspunktet for interviewet og altså i det igangværende AVT-forløb. Mødre rapporterede dog, at de påtog sig nye roller efter opdagelsen af deres barns høretab, herunder tovholder, underviser, facilitator for social interaktion, udstyrsmanager og administrator. Herudover rapporterede mødre om følelsen af isolation, skyld og reduceret social interaktion. Nogle forældre følte skyld over ikke at stimulere deres barn tilstrækkeligt, selvom de anvendte en bred vifte af AVT strategier. Resultaterne viste også, at forældrene generelt følte støtte og opbakning fra omgivelserne. Endelig konkluderede dette studie, at forældrene var meget motiverede og ville gå meget langt for at implementere AVT-metoden i deres hverdag på trods af, at alle fandt metoden tidskrævende.

2.2.3 Yucel et al, 2008

I 2008 undersøgte Yucel, Dermin og Celik forældres informations- og støttebehov gennem et AVT-forløb ved Hacettepe University Auditory-Verbal Therapy and Counseling Program i Tyrkiet. The Family Need Survey, i et tilpasset udgave til børn med høretab, blev anvendt. Spørgeskemaet dækker syv domæner, som evaluerer forældrenes behov for information og støtte: Generel information, information om hørelse og høretab, kommunikation, tilgængelig service og uddannelse, familiær og social støtte, offentlige ydelser og finansielle problemstillinger. Yderligere blev der spurgt til antallet af søskende og personer med høretab i familien ud over barnet. Endelig blev der taget højde for faktorer som varighed af interventionsforløbet og anvendelsen af HA.

Besvarelser fra 65 forældre udgjorde studiets data. Resultaterne viste, at forældrenes behov var meget forskellige. Der var dog signifikant korrelation mellem varigheden af interventionsforløbet og mængden af forældrenes behov relateret til områderne; at forklare deres barns høreprøblemer for andre, informationer om barnets eventuelle tillægsvanskeligheder, lokalisering af gode daginstitutioner til deres barn, samt transport. Desuden opstod der flere psykoterapeutiske, sociale og finansielle behov jo længere AVT-forløbet fremskred.

2.2.4 Eyalati et al, 2013

Forældrenes behov gennem et AVT-forløb blev igen fokus for et studie af Eyalati et al. i 2013. Formålet med dette studie var, at undersøge effekten af forældrenes uddannelses- og indkomstniveau på deres behov i et AVT-forløb for børn med svære høretab i Newsha Aural Rehabilitation Center i Tehran, Iran. Igen blev The Family Need Survey i en udgave tilpasset til børn med høretab anvendt. Herudover blev der indhentet informationer om forældrenes alder og socioøkonomiske profil i form af uddannelses- og indkomstniveau, samt deres barns historik omkring høretabet.

51 spørgeskemaer udgjorde studiets data, og resultaterne viste, at forældrene havde behov for mere information inden for alle domæner. Omvendt korrelation viste sig mellem forældrenes uddannelses- og indkomstniveau og behovet for information. Forældre med høj socioøkonomisk status havde således behov for mindre information end forældre med lav socioøkonomisk status.

Dette fund blev af Eyalati et al. tillagt den betydning, at forældre med høj socioøkonomisk status i forvejen har mere viden inden for alle spørgeskemaets domæner.

2.2.5 Opsamling på litteraturgennemgangen

Forskning omhandlende forældrenes perspektiv på et AVT-forløb er endnu meget begrænset. I litteraturgennemgangen blev fire relevante studier, der undersøgte forskellige aspekter af forældrenes opfattelse af et AVT-forløb, præsenteret. En oversigt over de fire studier er vist i Tabel 4. Overførselsværdien til danske forhold må generelt siges at være begrænset på baggrund af kulturelle og sproglige forskelle. Det er derfor med store forbehold, at resultater fra disse studier kan overføres til danske forhold. Litteraturgennemgangen understreger dog temaer, der i andre lande har været væsentlige for forældrenes opfattelse af et AVT-forløb, og som derfor er relevante at undersøge for danske forældre. Disse temaer inkluderer bl.a. socioøkonomisk status, varighed af interventionsforløbet, motivation, forventninger, m.m.. Da nærværende speciale netop undersøger danske forældres opfattelse af et AVT-forløb, er litteraturgennemgangen relevant til en senere sammenligning af resultaterne fra andre lande. Danske forældres opfattelse af et AVT-forløb bliver hermed sat i et større perspektiv, der kan belyse, om der ses ligheder med forældre fra andre lande, eller om disse opfattelser er særlige for danske forhold.

Tabel 4: Oversigt over litteraturgennemgangen

Kilde: Selvproduceret

	Wu & Brown, 2004	Neuss, 2006	Yucel et al, 2008	Eyalati et al, 2013
Undersøgelsens formål	Forældres og AV-terapeuters forventninger til et AVT-forløb og til barnets sproglige udvikling	Forældrenes oplevelse før og gennem et AVT-forløb for deres børn med CI	Forældres informations- og støttebehov gennem et AVT-forløb	Effekten af forældrenes uddannelses- og indkomstniveau på deres behov i et AVT-forløb
Metode	Spørgeskema, Tjekliste over barnets receptive og ekspressive sprog	Spørgeskema, Observationssessioner, Interviews, Fokusgruppe	Spørgeskema	Spørgeskema
Antal informanter	20	5	65	51
Høreteknologi	HA og CI	CI	HA og CI	HA og CI
Land	Australien	Canada	Tyrkiet	Iran

2.3 Forældres betydning for deres barns sproglige udvikling

Interaktionen mellem forældre og barn har en fundamental betydning for barnets optimale sprogtilgængelighed helt fra starten (Cole & Flexer, 2011). Fire aspekter af interaktionen mellem forældre og barn er ifølge Roberts og Kaiser (2011) associeret med barnets sproglige udvikling: mængden af forældre-barn interaktion, feedback på barnets forsøg på kommunikation, mængde og kvalitet af sproglig input og brug af strategier til at understøtte sprogindlæring.

Mængde af forældre-barn interaktion: Mængden af forældre-barn interaktion korrelerer med barnets sproglige udviklingsniveau fra en tidlig alder (Ibid.). Markus et al. (2000) fandt at børn, som havde en større mængde af fælles interaktion med deres forældre ved 12 måneders alderen, havde et større aktivt ordforråd ved 18 måneders alderen, end de børn som indgik i mindre fælles interaktion med deres forældre. Andre studier har omvendt vist, at børn med sproglige vanskeligheder indgår i mindre fælles interaktion med deres forældre end børn med normal sprogudvikling (Alston & St. James-Roberts, 2005; Hammer et al, 2001).

Feedback på barnets forsøg på kommunikation: Verbal og nonverbal feedback på barnets forsøg på kommunikation, leg og øjenkontakt har ligeledes vist sig at have betydning for barnets sproglige udvikling (Roberts & Kaiser, 2011). Tamis-LeMonda et al. undersøgte i 2001 forholdet mellem moderens evne til at respondere på deres barns vokalisation ved 9 og 13 måneders alderen og barnets udvikling af fem sproglige milepæle: første imitationer, første ord, 50 ord i ekspressivt ordforråd, to-ords-sætninger og første brug af sprog til at tale om datiden. Studiet viste, at børn, hvis mødre responderede hyppigst på deres vokalisation ved begge aldre, nåede de sproglige milepæle tidligere end andre børn. Flere studier har desuden vist, at forholdet mellem forældres evne til at respondere på deres barns forsøg på kommunikation og barnets sproglige udvikling også er gældende for børn med sproglige vanskeligheder (Yoder et al, 2001; Girolametto et al, 1999; Wulbert et al, 1975).

Mængde og kvalitet af sproglig input: Mængden af sproglig input fra forældrene til barnet er afgørende for barnets udvikling af ordforråd (Goodman et al, 2008; Rowe 2008). Yderligere er udviklingen af barnets ordforråd påvirket af kvaliteten af det sproglige input fra forældrene (Roberts & Kaiser, 2011). Hoff og Naigels (2002) fandt, at leksikal diversitet og syntaktisk kompleksitet i moderens kommunikation med barnet var afgørende for opbygningen af barnets ekspressive ordforråd. Weizman og Snow (2001) fandt desuden, at antallet og hyppigheden af sofistikerede ord i forældrenes kommunikation med barnet var afgørende for omfanget af barnets receptive ordforråd i børnehaven og den tidlige skolealder.

Brug af strategier til at støtte sprogindlæring: Forældre bruger helt naturligt en række forskellige strategier, der er med til at udvikle deres barns sprog (Roberts & Kaiser, 2011). Disse strategier involverer specificering af relationer mellem objekter og handlinger, samt ekspandering og omformulering af barnets sætninger for herved at tilføje ord og syntaks (Ibid.). Smith et al. (2000) fandt, at disse strategier udgjorde 18 % af interaktionen mellem forældre og barn, og at frekvensen hvormed forældrene brugte disse strategier var af afgørende betydning for barnets sproglige kompetencer. Forældre til børn med sproglige vanskeligheder har tendens til ikke at bruge disse strategier på samme måde og i samme omfang som forældre til børn med normal sproglig udvikling (Vigil et al, 2005; Conti-Ramsden et al, 1995).

Flere af de nævnte studier i nærværende afsnit beskriver, hvordan forældre til børn med sproglige vanskeligheder interagerer anderledes med deres børn på de opridsede aspekter end forældre til børn med normal sproglig udvikling. I den forbindelse er det dog vigtigt at se på det faktum, at interaktion er af bidirektionel indflydelse af både forældre på barn, men også af barn på forældre (Roberts & Kaiser, 2011). Børn med sproglige vanskeligheder, uafhængig af årsagen hertil, adskiller sig meget fra normalt sprogligt udviklede børn i forhold til deres kommunikative kompetencer, hvilket kan påvirke forældrene til at interagere anderledes med disse børn (Ibid.).

2.3.1 Forældreinvolveret intervention

På grund af forældres helt afgørende rolle i deres barns sproglige udvikling synes det relevant og indlysende, at forældre involveres så meget som muligt, hvis barnet har behov for audiologopædisk intervention. Ifølge Madell og Flexer (2008) vil selv den dygtigste gruppe af professionelle ikke kunne være succesfulde i den sproglige intervention af et barn, hvis ikke barnets familie også er involveret. Sprogtilegnelse må således finde sted i barnets hverdag og ikke blot i undervisningslokalet hos en professionel (Ibid.). Tidsaspektet må ligeledes betragtes i denne sammenhæng. Caraway og Horvath (2012) beskriver, hvordan et typisk 2 årigt barn er vågent og klar til at lære 12 timer om dagen. Hvis man regner videre på dette, bliver det til 84 timer om ugen (12 timer pr dag x 7 dage om ugen) og 336 timer om måneden (84 timer om ugen x 4 uger pr måned) og 4032 timer om året (336 timer om måneden x 12 måneder om året) (Ibid.). Til sammenligning vil undervisning i et interventionsforløb hos en professionel tilbydes cirka 1 time om ugen, svarende til 52 timer om året (Ibid.). Realistisk set vil dette årlige timetal nok nærmere udgøre mellem 42 til 45 timer, grundet ferier og sygdom (Ibid.). Det er således naivt at tro, at 45 timers undervisning hos en professionel om året, vil være tilstrækkeligt til at udvikle barnets sprog set i forhold til de 4032 timer, som barnet reelt er vågent og har mulighed for at lære (Ibid.). Selvom de fleste danske 2 årige går i dagpleje eller vuggestue, har forældrene alligevel langt mere tid til at påvirke barnet sprogligt, end det er muligt for den professionelle. Det er dog essentielt, at forældrene undervises i at optimere deres interaktionsmåder med barnet og implementere specifikke sproglige interventionsstrategier (Roberts & Kaiser, 2011). Dette gøres gennem en triadisk interventionsmodel, hvor den professionelle underviser forældrene, der herefter kan påvirke barnet sprogligt (Ibid.). Dette er uafhængigt af interventionsmetode, og succesen afhænger af, om forældrene forstår og formår at bruge den viden, de får gennem den professionelle (Ibid.).

2.4 Forudsætninger for sprogudvikling hos børn med høretab

I 2005 blev den neonatale hørescreening etableret som et tilbud til alle nyfødte i Danmark, hvilket har betydet, at børn i dag kan diagnosticeres med et høretab allerede i 2-3 måneders alderen (Sundhedsstyrelsen, 2012). Dette medfører, at den audiologiske intervention kan igangsættes tidligt i barnets liv, hvilket har vist at være en afgørende faktor for barnets sproglige udvikling (Yoshinaga-Itano, 2014; Moeller, 2000). Den audiologiske intervention af disse børn er afhængig af høretabets type og grad, og omfatter teknologisk behandling i form af enten høreapparater (HA), benforankrede apparater (Bone Anchored Hearing Systems, BAHS) eller Cochlear Implantater (CI). HA er typisk det første teknologiske tiltag, der iværksættes for at kompensere for et barns høretab (Cole & Flexer, 2011). Behandlingen bør, af hensyn til barnets auditive og talesproglige udvikling igangsættes inden barnet bliver 6 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2012). Når graden af et høretab er så stort, at behandlingen med høreapparater ikke længere er tilstrækkeligt, har barnet behov for CI. Sundhedsstyrelsen (2012) skønner, at der årligt vil være ca. 40 børn, der har behov for en CI-operation. Denne operation kan foretages i Danmark, når barnet er 8-12 måneder, og der altid har været behandlet med HA forinden (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Hvor HA og BAHA kun forstærker og former lydsignalet, adskiller CI sig ved at kompensere for skader i det indre øre gennem elektrisk stimulation (Cole & Flexer, 2011). Udbyttet af et CI afhænger af en række forskellige faktorer. Flere studier har vist, at barnet alder ved implantation spiller en afgørende rolle for det auditive og talesproglige udbytte (Connor et al, 2006; Waltzman et al, 2003; Harrison et al, 2001). En anden afgørende faktor er, hvilken sprogkode der anvendes i hjemmet (Percy-Smith et al, 2010; Archbold et al, 2000). Sprogkode defineres her som anvendelse af hhv. talesprog, talesprog med støttetegn eller tegnsprog. Endvidere kan faktorer som bl.a. barnets kognitive evner, målt som nonverbal IQ (Geers, 2002), samt familiestruktur og støttemuligheder (Nikolopoulos et al, 2004) have betydningen for det endelige udbytte af en CI-implantation. Herudover opnås det optimale udbytte bedst, hvis CI-operationen følges op af audiologopædisk intervention (Waltzman & Roland, 2014; Geers et al, 2003; Moog, 2002). Potentialet ved optimal behandling er, at barnet får aldersvarende talesprog og kan integreres i almindelige lokale institutioner (Percy-Smith et al., 2008a, 2008b; Tobey et al., 2003, 2004; Wie, 2005).

2.5 Stress hos forældre til et barn høretab

At få beskeden om, at ens barn har et behandlingskrævende høretab, er en skelsættende oplevelse for forældrene (Madell & Flexer, 2008). Flere studier har beskrevet, hvordan netop denne situation er specielt udslagsgivende for stress blandt disse forældre (Meinzen-Derr et al, 2008; Burger et al, 2005; Spahn et al, 2003) Det generelle stressniveau hos forældre til børn med høretab er blevet undersøgt flere gange med forskellige resultater. Nogle studier beskriver, hvordan disse forældre har et generelt højere stressniveau end forældre til normalthørende børn (Spahn et al, 2001; Quittner et al, 1991; Quittner et al, 1990), og andre studier når frem til modstridende konklusion (Åsberg et al, 2008; Pipp-Siegel et al, 2002; Lederberg & Golbach, 2002). Quittner et al. specificerer i sit studie fra 2010, hvordan det generelle stressniveau ikke er forhøjet i forhold til forældre til normalthørende børn, men at forældre til børn med høretab dog oplever kontekstspecifikt stress ved de unikke situationer, der relaterer sig til deres barns høretab. Zaidman-Zait (2008) peger på unikke situationer som værende: Problemer med teknikken i form af vedligeholdelse og fejlfinding, kommunikationsproblemer med deres barn forårsaget af barnets forsinkede sprogudvikling, barnets normale selvstændighedsudvikling kombineret med kommunikationsproblemerne relateret til høretabet og barnets umodne sociale kompetencer. Yderligere nævnes det store ansvar og tidsforbrug forbundet til barnets rehabilitering eller rehabilitering, problemer med at få tilkendt sociale ydelser, finansielle bekymringer, uddannelsesmæssige bekymringer på deres barns vegne, samt ansvaret for at oplyse og belære andre om deres barns høretab og kommunikationsbehov (Zaidman-Zait, 2008). Der ses herudover en generel negativ korrelation mellem forældrenes stressniveau og barnets sproglige kompetencer (Sarant & Garrard, 2014; Zaidman-Zait, 2008; Pipp-Siegel et al, 2002).

Et studie af Hanson og Hanline fra 1990 sammenlignede stressniveauet for forældre til børn med hhv. Downs Syndrom, høretab og neurologiske handicaps. Resultaterne viste, at kontekstspecifik stress gjorde sig gældende hos alle grupper af forældre uden de store forskelle. At være forælder til et barn med et handicap vil således altid medføre kontekstspecifik stress relateret til det aktuelle handicap. Ifølge Cupples et al. (2014) har mellem 20 og 40 % af børn med høretab yderligere vanskeligheder ud over høretabet. Dette medfører mere kontekstspecifik stress for forældrene, da der nu opstår tilsvarende unikke situationer relateret til tillægsvanskelighederne (Hintermair, 2000).

2.5.1 Forældre til børn med HA/BAHS vs. forældre til børn med CI

Selvom forældre til børn med hhv. HA/BAHS og CI alle oplever stress grundet deres barns høretab, kan der argumenteres for at opdele disse forældre i to adskilte grupper. Spahn et al. har i deres studie fra 2003 sammenlignet disse forældregrupper og fundet psykosociale forskelle, der danner grundlag for denne opdeling i adskilte grupper. Mens begge grupper finder den første tid efter deres børns diagnosticeringer særligt stressende med efterfølgende gradvis forbedring, genkaldes det høje stressniveau hos forældre til børn med CI, når deres børn skal opereres (Ibid.). Den mindre invasive HA-behandling medfører herimod mindre ændringer i forældrenes stressniveau (ibid.). En anden væsentlig adskillende faktor beskrives som forældregruppernes forventninger til udbyttet af deres børns forskelligartet teknologiske behandlinger (Ibid.). Forventninger til at deres børn vil kunne inkluderes i normale institutioner og opnå normale auditive og talesproglige kompetencer er mere udbredt blandt forældre til børn med HA (Ibid.). Yderst interessant ses der en tendens til, at forældrenes forventninger falder, efter deres børn er blevet tilpasset med HA, hvor forventningerne blandt forældre til børn med CI omvendt stiger efter CI-implantationen (Ibid.). Disse øgede forventninger blandt forældre til børn med CI tilskrives lettelsen over, at CI-operationen er overstået og oplevelsen af deres barns nye auditive og talesproglige fremskridt, hvilket giver nyt mod (Ibid.).

2.6 Auditory Verbal Therapy, AVT

Det følgende delafsnit skitserer det teoretiske grundlag for AVT. Indledningsvis klarlægges AVT-metodens formål. Herefter redegøres for metodens tilblivelse og udviklingen af den internationale uddannelse og certificering og efterfølgende fremlægges etableringen af metoden i danske system. Dette synes væsentligt for at klarlægge de samfundskulturelle elementer, der gennem tilblivelsen og uddannelsen er indlejret i metoden, og hvordan en implementering i Danmark kan være påvirket af dette. Endelig redegøres for definitionen af AVT ved gennemgang af de ti principper, metodens målsætninger, samt de metode-specifikke strategier. Formålet hermed er at tydeliggøre, hvad der forventes af forældre i et AVT-forløb, og hvad metoden kræver af forældrene på daglig basis.

2.6.1 AVT-metodens formål

AVT fokuserer på at udvikle barnets auditive cortex gennem auditiv stimulation og hermed danne mulighed for udvikling af talesprog (Dornan, 2010). Gennem rådgivning og vejledning klædes forældrene på til at integrere strategier i hverdagen, for dermed at kunne støtte deres barn i at opnå sit maksimale auditive og talesproglige potentiale (Estabrooks, 2012). Målet er, at barnet skal kunne integreres i de almindelige lokale institutioner og gennem hele livet have samme sociale og uddannelsesmæssige muligheder som normalhørende (ibid.).

2.6.2 Den historiske baggrund for AVT

Oprindelsen af AVT stammer lang tid før udviklingen af CI og moderne høreapparater. I 1895 udgav den østrigske otolog Victor Urbantschitsch bogen *Auditory Training for Deaf and Acquired Deafness*⁵, som beskrev det auditive potentiale for børn med høretab (Goldberg & Flexer, 2012; Estabrooks, 2006; Duncan & Rhoades, 2010). Urbantschitsch's centrale pointe var, at undervisningen og i sidste ende den emotionelle og sociale tilpasning af børn med høretab kunne lattes ved hjælp af metodisk og vedholdende auditiv træning. Metoden udnyttede selv den mindste hørerest til at stimulere, hvad han kaldte en *hvilende auditiv sans* (Goldberg & Flexer,

⁵ Urbantschitsch udgav denne publikation på tysk. Bogen blev i 1981 oversat til engelsk af S. Richard Silverman, Ph.D, direktør emeritus af the Central Institute for the Deaf (CID).

2012; Estabrooks, 2006). Inspireret af Urbantschitsch, introducerede otologen Max Goldstein den auditive tilgang til USA med udgivelsen af bogen *The Acoustic Method* i 1939 (Duncan & Rhoades, 2010). Dette markerede begyndelsen på ny pædagogik inden for arbejdet med børn med høretab (Ibid.)

I flugt fra det nazistiske Tyskland ankom flere europæere, som var inspireret af Urbantschitsch, til Amerika og såede de tidlige frø til det, der i dag er blevet til AVT (Ibid.). Idéen om, at de fleste børn med høretab havde en resthørelse, kombineret med 1940'ernes udvikling af bærbare HA, førte til troen på, at anvendelsen af høreteknologi kunne give børn med høretab mulighed for at kommunikere gennem talesprog (Ibid.). Baseret på dette medvirkede Doreen Pollack i 1951 til dannelsen af *Acoupedics*, en ny interventionsmetode til børn med høretab (Duncan & Rhoades, 2010). Metoden anbefalede tidlig intervention til børn med høretab gennem en *uni-sensorisk* tilgang, hvor barnet lærte at lytte uden anvendelsen af visuelle cues (Pollack, 1974). Herudover blev forældrene involveret i interventionen, der søgte at udvikle barnets sprog gennem normale udviklingsmønstre (Ibid.). Pollack anses, sammen med Helen Beebe, Ciwa Griffiths og Daniel Ling, som værende blandt de største pionere for udviklingen af AVT (Goldberg & Flexer, 2012). Disse ledende eksperter slog sig i 1978 sammen og dannede *The International Committee on Auditory-Verbal Communication (ICAVC)*, som byggede videre på ideologien bag *Acoupedics* gennem det nye begreb *Auditory-Verbal* (Duncan & Rhoades, 2010). I 1981 blev ICAVC enige med *the Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing (AG Bell)* om et samarbejde, som varede frem til 1986, hvor ICAVC besluttede at danne den uafhængige non-profit organisation *Auditory-Verbal International, Inc. (AVI)* (Goldberg & Flexer, 2012). Formålet med AVI var at fremme den auditive-verbale tilgang, og organisationen udviklede senere et AVT-certificeringsprogram for professionelle, der havde den første årgang af færdigcertificerede i 1994 (Ibid.). Organisationen fortsatte sit arbejde indtil den i 2004 blev opløst. AG Bell overtog herefter rettighederne til AVT-certificeringen og dannede til dette formål datterselskabet *the AG Bell Academy for Listening and Spoken Language (AG Bell Academy)* (Ibid.).

2.6.3 Uddannelse og certificering

AG Bell Academy er en uafhængig non-profit organisation, der i dag er ansvarlig for den globale AVT-certificering af professionelle (Goldberg & Flexer, 2012; Goldberg et al, 2010). Som nævnt i tidligere afsnit har AVT-certificering været mulig siden 1994. Denne certificering skal sikre en høj universel standard af viden og praktisk erfaring hos professionelle, der arbejder med den sproglige intervention for børn med høretab og deres familier efter AVT-metoden (AG Bell, 2012a).

Certificeringen giver enten titlen *LSSL Cert. AVT™* eller *LSSL Cert. AVed™ (Listening and Spoken Language Specialist)*, hvilket afhænger af, om den professionelles erfaringer med AVT er baseret på hhv. eneundervisning eller gruppe/klasseundervisning (Flexer et al, 2012). Inden den professionelle kan tage den skriftlige eksamen, der fører til certificering, skal vedkommende følge AG Bells AVT-uddannelsesprogram (AG Bell, 2012a). Denne uddannelse skal være gennemført inden for en tidsramme på 3-5 år (Ibid.). AVT-metoden må dog anvendes uden certificering, hvilket også gør sig gældende i uddannelsesprocessen. I Tabel 5 ses en detaljeret oversigt over ansøgningskravene til den endelige certificering og hermed indholdet af AVT-uddannelsen.

Tabel 5: *Krav til ansøgning om certificering // AVT-uddannelse*

Kilde: *Selvproduceret (baseret på AG Bell, 2012b)*

Krav til AVT-certificering // AVT-Uddannelsen	
Grunduddannelse	Bachelorgrad, kandidatgrad eller tilsvarende lignende i audiologi, audiologopædi eller uddannelse af børn med høretab
Bevis	Bevis eller licens på at måtte arbejde med ovenstående
Videreuddannelse	Mindst 80 CEUs ⁶ videreuddannelse i auditiv og talesproglig udvikling, bestående af: <ul style="list-style-type: none">a) Mellem 50 og 70 CEUs deltagelse i undervisningsprogrammer godkendt af AG Bell Academyb) Udvikling eller præsentation af et undervisningsprogram godkendt af AG Bell Academy kan udgøre 10 CEUc) Udgivelse af peer-reviewed artikel kan udgøre 10 CEU

⁶ CEU står for Continuing Education Unit og er det amerikanske svar på ECTS-point. AG Bell tildeler én CEU for hver godkendt undervisningstime, der omhandler viden indenfor LSSL domænerne (AG Bell, u.å.a)

	d) Mindst 10 CEUs struktureret observation af allerede certificeret professionel
Formel skriftlig beskrivelse af AVT	Én sides skriftlig beskrivelse af ansøgenes professionelle erfaring med AVT inden for de sidste 3-5 år
Professionel erfaring	900 CEUs dokumenteret professionel erfaring i AVT inden for de sidste 3-5 år. Herunder mindst 750 CEUs direkte undervisning, op til 75 CEUS superviseret undervisning og op til 150 CEUs relaterede aktiviteter som kommunikative vurderinger, forældrekonferencer, konsultationer med institutionspersonale, besøg på institutioner og hjælp med audiologiske evalueringer
Supervision	20 CEUs supervision af allerede certificeret AV-terapeut
Forpligtigelse til de 10 AVT-principper	En underskrevet forpligtigelse til at følge de 10 AVT-principper
Anbefalinger	Anbefalinger fra tre forskellige familier, der beskriver ansøgeren arbejde med AVT

Denne form for uddannelsesstruktur, bestående af dels en teoretisk uddannelse og dels en såkaldt mesterlære, er ikke fremmed for det danske system. De danske speciallægeuddannelser, herunder fx speciallægeuddannelsen i oto-rhino-laryngologi, består i høj grad af superviseret klinisk arbejde, hvor den studerende bliver instrueret, vejledt, superviseret og rådgivet af mere erfarne kollegaer, og herefter får de etapevis overdraget ansvaret for en given aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2015). Det skal i denne forbindelse understreges, at der med AVT-uddannelsen er tale om en efteruddannelse, der bygges oven på den obligatoriske grunduddannelse.

Et væsentligt element ved uddannelsen adskiller sig mærkant fra det danske system: Betaling. På sædvanlig amerikansk vis er uddannelsen ikke gratis (AG Bell, 2012a). For certificeringen er prisen således for AG Bell medlemmer \$295, og for ansøgere, der ikke er medlem, er prisen \$395 (Ibid.). Herudover skal der gennem uddannelsen betales honorar til den tilknyttede mentor.

Selve certificeringen foregår som en 4-timers multiple-choice eksamen bestående af 175 spørgsmål inden for 9 domæner, som kaldes LSLS domænerne: 1) Hørelse og høreteknologi, 2) Auditiv funktion, 3) Talesproglig kommunikation, 4) Børns udvikling 5) Forældrevejledning, -uddannelse og -støtte, 6) Strategier til auditiv og talesproglig udvikling 7) Historie, filosofi og professionelle problemstillinger, 8) Uddannelse og 9) Begyndende tekstsproglighed (Ibid.). Selvom certificeringen er international, er specielt domænerne 3, 7 og 8 meget specifikke på det engelske sprog og amerikansk historie og uddannelsessystem. Dette kan være problematisk for danske professionelle, der således bliver eksamineret i elementer, der kan synes irrelevante for dansk praksis, og det efterlader samtidig manglende uddannelse i det danske sprog og danske forhold.

Certificeringen er gældende i 2 år, hvorefter den skal fornyes (Ibid.). For at opnå fornyelse skal den professionelle i løbet af de to år certificeringen er gældende, optjene 15 CEUs/timers videreuddannelse efter samme kriterier som ved ansøgningen eller ved selv at blive mentor for nye ansøgere (Ibid.). Herudover pålægges der yderligere et gebyr på \$120 for hver fornyelse af certificeringen (Ibid.).

2.6.4 AVT i Danmark

AVT-metoden begyndte sin udbredelse i Danmark for omkring 10 år siden. Forud for dette havde undervisningen af børn med høretab hidtil fokuseret på kompensation for funktionsnedsættelsen gennem den visuelle sans ved brug af tegn og mundaflæsning (Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2007). Det var således en diametralt modsat grundtænkning, der blev introduceret med AVT, hvor den auditive sans fik fuldt fokus, mens den visuelle sans blev nedprioriteret (Ibid.). Metoden udfordrede ligeledes den stærke danske traditionen om, at børn med store høretab skulle sendes på specialinstitutioner, som kunne være langt fra nærmiljøet (Haven & Rødsgaard-Mathiesen, 2011). Den inkluderende tænkning i AVT gav nu børnene mulighed for at gå samme vej i skolesystemet som deres normalthørende kammerater, og samtidig blev forældrene nu involveret i deres barns undervisning (Ibid.).

Inspireret af udenlandske certificerede AV-terapeuter blev der i 2006 lanceret et dansk AVT-kursus støttet af Oticonfonden (Ibid.). 15 danske professionelle fordelt over hele landet, med det til fælles at de alle arbejdede med børn med høretab, blev udvalgt til at gennemgå dette

kursusforløb (Franck, 2007a). Undervisningen blev overvejende varetaget af anerkendte udenlandske AVT-certificerede professionelle, og indholdet blev ifølge Franck (2007a) lagt tæt op ad AG Bells certificeringskrav. Gruppen fik desuden undervisning af danske forskere i områderne fonetik og akustik, legeudvikling og børnesprog (Ibid.). Ved nærmere undersøgelse af dette kursus' indhold ses det imidlertid, at kurset bestod af 200 timers undervisning og 2 ugers supervision (Franck, 2007b), hvilket må konstateres at være markant lavere niveau end AG Bells certificeringskrav.

I 2007 blev et nyt 1-årigt kursus lanceret, hvor yderligere 10 personer blev introduceret til AVT-metoden. Dette kursus blev udbudt af Cochlear og Danaflex, og undervisningen blev varetaget af den canadiske certificerede AV-terapeut Warren Estabrooks (Ibid.). Om indholdet i kurset skriver Haven & Rødsgaard-Mathiesen (2009:15):

"Med Danaflex arbejdede vi – mellem de teoretiske undervisningsgange – med AVT i praksis. Warren udvalgte temaer og teknikker, som vi skulle demonstrere færdigheder i via videoptagelser fra vores daglige arbejde i familierne. Optagelserne dannede grundlag for den løbende supervision, vi fik på vores arbejde."

Der var således stadig lang vej for danske professionelle i at opnå samme faglige niveau som de internationalt certificerede AV-terapeuter. Grundlaget for det danske kendskab til AVT var dog lagt, og metoden fortsatte sin udbredelse i landet gennem diverse dagskurser og workshops. Metodens indtog i Danmark kombineret med det manglende faglige niveau hos de danske professionelle førte dog til, at metodens principper ikke altid blev overholdt. I et læserbrev i *Decibelbladet* skriver Haven og Rødsgaard-Mathiesen (2009:15):

"Manglende forældredeltagelse og brug af et lille tegn i ny og næ har desværre fyldt en hel del i de historier, vi har hørt om den AVT undervisning, der er i gang rundt om i landet."

Familierne til børn med høretab endte i et såkaldt postnummerlotteri, hvor de ikke på forhånd vidste, hvilket fagligt kvalificeret vejledningsniveau de kunne få i deres pågældende kommune (Haven og Rødsgaard-Mathiesen, 2011). Behovet for en national protokol førte i 2010 til udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i

Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2012). Det blev heri anbefalet, at den initiale ambulante auditive efterbehandling til børn med CI skulle tage sit afsæt i AVT-metoden (Ibid.). Danske børn med CI blev hermed sikret et 1-årigt AVT-forløb i umiddelbar forlængelse af implantationen (ibid.). Forløbet varetages af de højt specialiserede sygehuse, om er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at udføre CI-operation på børn (Ibid.). Anbefalingerne lød desuden på, at den auditive undervisning skulle varetages af personer med kompetence og erfaring i AVT (Ibid.). Når det 1-årige forløb afsluttes, udarbejdes der i samarbejde mellem sygehus og kommune en videre plan for barnets optræning (Ibid.). Det er nu kommunernes ansvar at varetage denne optræning (ibid.), og hermed overlades familierne igen til det tidligere omtalte postnummerlotteri. Sundhedsstyrelsens retningslinjer omhandlede, som tidligere nævnt, kun børn med CI. Situationen for børn med HA/BAHS var således uændret. Behovet for lige behandlingsmuligheder i det kommunale arbejde for børn med høretab førte i 2015 til, at Socialstyrelsen udarbejdede en forløbsbeskrivelse for rehabilitering og undervisning af børn og unge med tidligt konstateret høretab (Socialstyrelsen, 2015). Forløbsbeskrivelsen indeholder anbefalinger til kommunerne om tilrettelæggelsen af indsatserne til børn med høretab (Ibid.). Det anbefales heri, at den talehørepædagogiske tilgang tager udgangspunkt i AVT-metodens principper og retningslinjer (Ibid.). Modsat Sundhedsstyrelsens anbefalinger stilles der imidlertid ikke krav til de professionelle kompetenceniveau inden for AVT. Socialstyrelsen (2015:6) skriver dog:

”Den enkelte kommune vil som udgangspunkt ikke have højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer til børn og unge med tidligt konstateret høretab, men kommunen har ansvaret for at inddrage og sammensætte en højt specialiseret indsats, fx i tværkommunale, regionale eller landsdækkende samarbejder.”

AVT-metoden har gennem anbefalinger fra to offentlige styrelser således fået sin berettigelse i det danske system. I 2015 gennemførte de første danske professionelle den internationale AVT-uddannelse, og pt. (marts 2016) har 3 danske professionelle opnået titlen *LSLS Cert. AVT™* (AG Bell, u.å.). Det faglige niveau hos danske professionelle er hermed på vej til at opnå international standard. Med henvisning til afsnit 2.3.3 er der dog elementer ved den internationale uddannelse og certificering, som begrænser det faglige udbytte for danske professionelle. Herudover ses der

trods anbefalinger på området stadig forskelle på behandlingstilbuddene for børn med høretab landet over.

2.6.5 De 10 principper i AVT

Grundlaget for AVT-metoden er de 10 principper (Tabel 6), som oprindeligt blev defineret af Pollack i forbindelse med *Acoupedics* og sidenhen modificeret af AVI og senest AG Bell Academy (Duncan & Rhoades, 2010). Alle certificerede AV-terapeuter er forpligtigede til at overholde principperne (AG Bell, 2012).

Tabel 6: De 10 principper

Kilde: Selvproduceret (Baseret på AG Bell, 2012 og Sundhedsstyrelsen, 2012)

Principnr.	Original ordlyd (AG Bell, 2012)	Dansk ordlyd (Sundhedsstyrelsen, 2012)
1.	<i>Promote early diagnosis of hearing loss in newborns, infants, toddlers and young children, followed by immediate audiologic management and auditory-verbal therapy.</i>	<i>[Anbefale tidlig diagnostik af høretab af nyfødte og småbørn, efterfulgt af tidlig audiologisk behandling og auditiv verbal terapi.]</i>
2.	<i>Recommend immediate assessment and use of appropriate, state-of-the-art hearing technology to obtain maximum benefits of auditory stimulation.</i>	<i>[Anbefale tidlig udredning og anvendelse af tidssvarende høreteknologi for at kunne få maksimalt udbytte af auditiv stimulation.]</i>
3.	<i>Guide and coach parents to help their child use hearing as the primary sensory modality in developing listening and spoken language.</i>	<i>[Rådgive og vejlede forældre til at hjælpe deres barn til at bruge hørelse som den primære sansemodalitet i udviklingen af talesprog.]</i>
4.	<i>Guide and coach parents to become the primary facilitators of their child's listening and spoken language development through active consistent participation in individualized auditory-verbal therapy.</i>	<i>[Rådgive og vejlede forældre til at blive de primære facilitatorer i deres barns høre- og talesprogsudvikling ved aktiv og konsistent deltagelse i individualiseret auditiv-verbal-terapi.]</i>
5.	<i>Guide and coach parents to create environments that support listening for the acquisition of spoken language throughout the child's daily activities.</i>	<i>[Rådgive og vejlede forældre i at skabe dagligdagsmiljøer og aktiviteter, som støtter hørelsen og lytteevnen i tilegnelsen af talesprog.]</i>
6.	<i>Guide and coach parents to help their child integrate listening and spoken language into all aspects of the child's life.</i>	<i>[Rådgive og vejlede forældre til at hjælpe deres barn med at integrere lytning og talesprog i alle aspekter af barnets liv.]</i>
7.	<i>Guide and coach parents to use natural developmental patterns of audition, speech, language, cognition and communication</i>	<i>[Rådgive og vejlede forældre til at bruge naturlige udviklingsmønstre i tilegnelsen af hørelse, tale, sprog, kognition og kommunikation.]</i>

8.	<i>Guide and coach parents to help their child self-monitor spoken language through listening.</i>	<i>[Rådgive og vejlede forældre i at hjælpe deres barn til at kunne kontrollere talen gennem lytning.]</i>
9.	<i>Administer ongoing formal and informal diagnostic assessments to develop individualized auditory-verbal treatment plans, to monitor progress and to evaluate the effectiveness of the plans for the child and family.</i>	<i>[Administrere formelle og uformelle diagnostiske vurderinger for at kunne udvikle individuelle auditiv-verbal behandlingsplaner, for at kunne monitorere udvikling og for at kunne evaluere kvaliteten af behandlingen.]</i>
10.	<i>Promote education in regular schools with peers who have typical hearing and with appropriate services from early childhood onwards.</i>	<i>[Anbefale integration i institutioner/skoler med normalthørende kammerater og med den fornødne pædagogiske og tekniske støtte.]</i>

Som det fremgår af Tabel 6, omhandler 6 ud af de 10 principper rådgivning og vejledning af forældre. Dette understreger vigtigheden af forældreinvolvering i AVT, og tydeliggør relevansen af dette speciale.

2.6.6 Målsætning i AVT

AVT-metodens 9. princip foreskriver løbende evalueringer af AVT-forløbet for at kunne monitorere barnets fremskridt. Estabrooks (2006) beskriver hver undervisningssession i AVT som diagnostisk, idet barnets auditive formåen og anvendelse af kommunikation her bliver nøje observeret og registreret. Baseret på disse observationer introducerer AV-terapeuten nye mål ved hver session, som forældrene skal sigte efter at nå og herved stimulere barnets auditive og talesproglige udvikling (Ibid.). På baggrund af princip 7 sættes målene ud fra normale udviklingsmønstre i tilegnelsen af *hørelse, tale, sprog, kognition* og *kommunikation*. Nye mål bygges ovenpå allerede opnåede mål inden for samme udviklingskategori, og målene er tilegnet det enkelte barn ved at tage højde for hørealder, kronologisk alder og barnets aktuelle formåen (Ibid.). Barnets hørealder regnes her fra tidspunktet, hvor behandlingen med høreteknologi er påbegyndt. Målene skal være realistiske men ambitiøse, og der skal stilles høje forventninger, både til de mål børnene skal nå, men også til forældrenes indsats (Franck, 2008). Der opstilles både korttids- og langtidsmål (ibid.). AV-terapeuten demonstrerer for forældrene, hvordan der kan arbejdes frem mod målene gennem naturlig leg (Estabrooks, 2006). Forældrene guides og motiveres til at implementere specifikke strategier i legen og generelt i hverdagen for at understøtte barnets auditive og talesproglige udvikling (ibid.).

2.6.7 AVT strategier

For at fremme barnets auditive og talesproglige udvikling og facilitere vejen mod de i AVT-forløbet opsatte mål, anvendes specifikke strategier (Estabrooks, 2006). I AVT-litteraturen anvendes begreberne teknikker og startegier ofte sammen, men ifølge Fickenscher & Gaffney (2016) er der dog forskel på betydningen af de to. En strategi beskrives som en specifik plan til at opnå et mål (ibid.). Det er en plan om at rykke fra et punkt til et andet (ibid.). En teknik beskrives herimod som måden, hvorpå den professionelle anvender de forskellige strategier (ibid.). En teknik er altså en måde at præsentere tingene på eller en læringsstil, der varierer fra professionel til professionel (ibid.). På denne baggrund anvendes udelukkende begrebet *startegier* i nærværende speciale til at betegne de AVT-specifikke metoder til at støtte barnets sproglige udvikling.

De AVT-specifikke strategier inkluderer blandt mange andre; *acoustic highlighting*, *auditory sandwich* og *auditory closure*.

Acoustic Highlighting er en strategi til at fremhæve akustisk information i talen, så barnet gøres opmærksom på netop denne del (Daniel, 2012). Dette kan bl.a. inkludere omformulering, venten, hvisken, sang og betoning af syntaktiske elementer (Estabrooks, 2006).

Ved anvendelse af startegien *Auditory Sandwich* præsenteres information gennem lytning inden et visuelt eller taktilt input tillægges som støtteinformation (Fickenscher & Gaffney, 2016). Endelig gentages det auditive input uden brugen af visuel/taktil støtte (ibid.).

Auditory Closure er når en taler begynder en sang, remse eller sætning og pludselig stopper (ibid.). Barnet opfordres herefter til at færdiggøre aktiviteten med et verbal respons (ibid.).

Det er vigtigt, at forældrene opnår kendskab til en bred vifte af disse strategier og formår at implementere dem på korrekt vis i hverdagen:

*"In order to choose the correct listening and spoken language strategy, the therapist must be able to continuously analyze the child's strengths and needs, anticipate the child's response, and implement **the correct strategy at the correct time** while helping the parent to develop this skill as well."* (Fickenscher & Gaffney, 2016:4).

3.0 Metode

Nærværende studies forskningsmetodologi vil i dette afsnit blive grundigt belyst. Indledningsvis beskrives det overordnede forskningsprojekt af forældreorganisationen Decibel og nærværende speciales tilknytning hertil. Dernæst beskrives metode til dataindsamling og udvælgelse af informanter.

3.1 Decibel Projektet

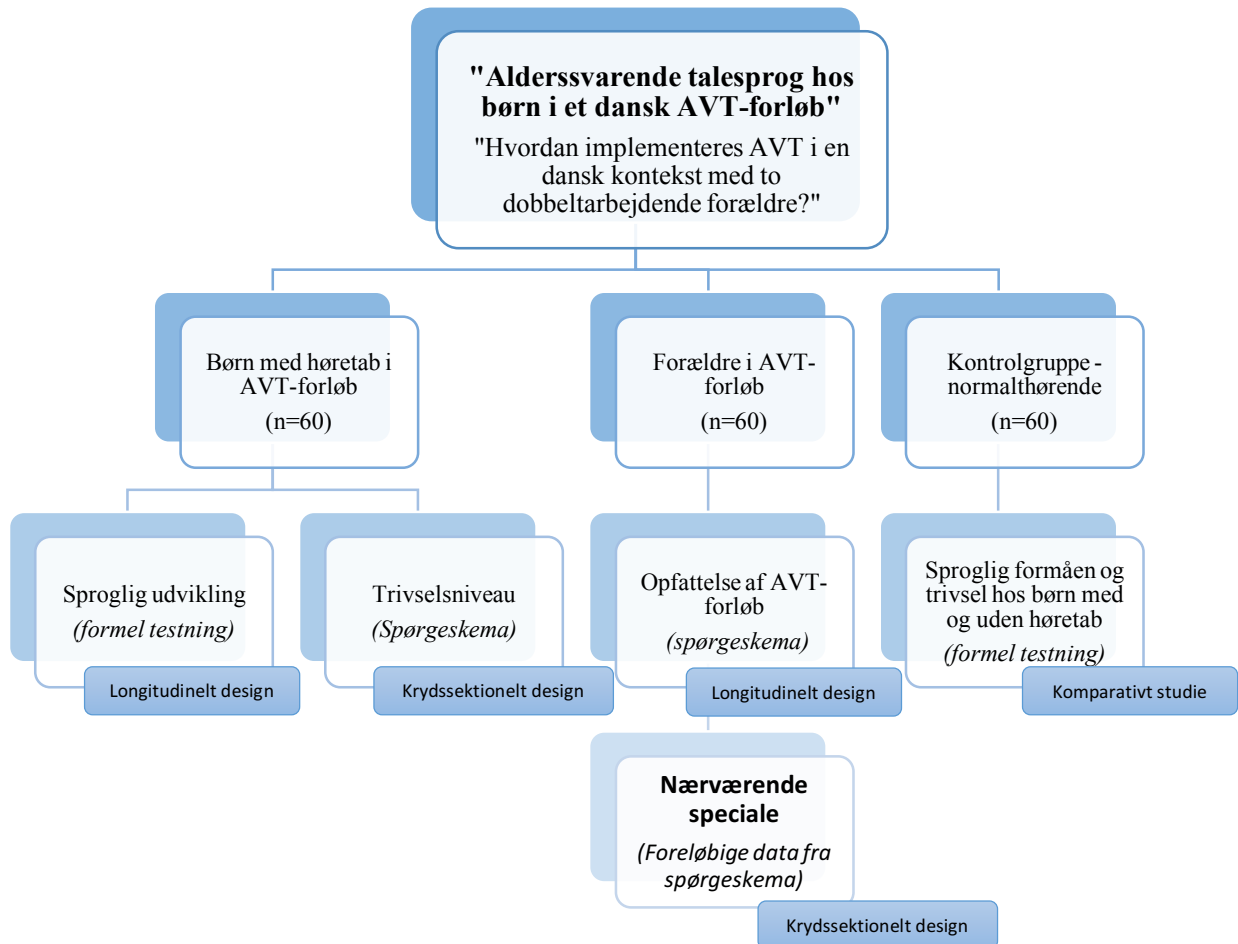
Dette speciale er tilknyttet forældreorganisationen Decibel's landsdækkende AVT-forskningsprojekt "Alderssvarende talesprog hos børn i et dansk AVT-forløb" med forskningsspørgsmålet "Hvordan implementeres AVT i en dansk kontekst med to dobbeltarbejdende forældre?". En kort beskrivelse af det overordnede projekt er relevant for nærværende speciale, da projektet har stået for indsamlingen af informanter og udarbejdelsen af spørgeskemaet, der ligger til grund for specialets data. Projektets rammer og mål har således styret dette speciales metodologi.

Decibel er landsforening for børn og unge med høretab og omfatter hovedsagligt forældre, pårørende, men også professionelle, private- og erhvervsstøttemedlemmer (Decibel, u.å.a). Foreningen blev dannet i 1997 og oprettede i 2013 en forskningsenhed, som er ansvarlig for det landsdækkende projekt. Projektet har fået økonomiske midler fra Socialministeriet til at gennemføre forskningsprojektet, som løber fra 1. september 2013 indtil udgangen af 2016 (Decibel, u.å.b). 60 familier i et AVT-forløb hos professionelle, der enten har gennemført den internationale AVT-uddannelse eller har opnået certificering, følges i en 3-årig periode (ibid.). Både familier til førskolebørn med CI og familier til førskolebørn med HA/BAHS er inkluderet i projektet. Overordnet har projektet to langsigtede mål (ibid.):

- 1) At børn og småbørn med et behandlingskrævende høretab bliver vellykket inkluderet i lokale institutioner og lokale skoler, så de opnår et uddannelsesniveau som deres jævnaldrende normalthørende kammerater.*
- 2) At børn med et behandlingskrævende høretab og andre vanskeligheder (f.eks. cerebral parese, sjældne syndromer og infantil autisme) oplever at få et liv på linje med deres jævnaldrende med samme vanskeligheder, uden at høretabet gør det sværere for dem.*

Projektet er designet med flere forskellige fokusområder, der undersøges ud fra adskilte metoder (se figur 3).

Figur 3: Decibelprojektets overordnede design og nærværende speciales tilknytning hertil



Som det ses af Figur 3, er nærværende speciale en lille gren af den overordnede forældreundersøgelse, der er af longitudinelt design. På baggrund af specialets begrænsninger, både i tid og omfang, behandler specialet kun de foreløbige data fra spørgeskemaerne om forældrenes opfattelse af et AVT-forløb ud fra et krydssektionelt design. Spørgeskemaerne udfyldes årligt af forældrene gennem den 3-årige periode familien er tilknyttet projektet. Nærværende speciale behandler udvalgte data fra de udfyldte spørgeskemaer fra familiernes første år i projektet. Disse data er tilgængelig for mit speciale, da jeg er ansat i Decibel som betroet medarbejder.

3.2 Dataindsamling

Metode for dataindsamling vil i dette delafsnit blive grundigt beskrevet. Indledningsvis beskrives anvendelsen af spørgeskema som forskningsmetode, hvorefter proceduren for dataindsamling og designet af det aktuelle spørgeskema for nærværende speciale bliver fremlagt. Herefter beskrives specialets informantgruppe og endelig gennemgås de vigtige og relevante overvejelser om repræsentativitet, statistisk usikkerhed og etik, der gør sig gældende for et forskningsprojekt af aktuelle karakter.

3.2.1 Spørgeskema som forskningsmetode

Empiri er i nærværende studie indsamlet gennem et spørgeskema. Spørgeskemaer er en effektiv og tidsbesparende metode til at indsamle en stor mængde data. Et spørgeskema har som udgangspunkt et krydssektionelt design, hvilket betyder, at der er tale om et øjebliksbillede af et eller flere fænomener (Boolsen, 2008). Når spørgeskemaundersøgelsen gentages med den samme informantgruppe over mindst to omgange, er der tale om et longitudinelt design (Ibid.).

3.2.1.1 Kvantitative, kvalitative og blandede spørgeskemaer

Afhængig af spørgsmålenes udformning kan et spørgeskema bruges til at indsamles både kvalitative, kvantitative og blandede data (Johnson & Christensen, 2012). Kvalitative data opnås gennem åbne spørgsmål, og anvendes typisk til eksplorativ forskning, hvor der ikke på forhånd er forventninger til undersøgelsens udfald (Ibid.). Informanterne har her mulighed for at svare på spørgsmålene på den måde, de selv ønsker (Ibid.). Kvantitative data opnås herimod primært gennem lukkede spørgsmål (Ibid.). Dette giver mulighed for statistisk analyse, da svarmulighederne på forhånd er begrænsede, og hermed kan der findes sammenhænge og mønstre i resultaterne (Ibid.). Åbne og lukkede spørgsmål kan sprogligt være udformet helt ens (Ibid.). Det adskillende element ligger i, hvordan informanterne har mulighed for at besvare spørgsmålet (Ibid.). Åbne spørgsmål kan i nogle tilfælde også analyseres som kvantitative data ved at kategorisere og optælle de svar, der er givet (Ibid.). Endelig kan spørgsmål være halvåbne, ved konstruktionen af forudbestemte svarmuligheder, hvorunder svarmuligheden "andet" giver informanten lov til at svare med egne ord (Ibid.).

Selvom spørgeskemaer overordnet klassificeres som enten kvantitative, kvalitative eller blandede, skal det bemærkes, at der i virkeligheden er tale om et kontinuum, hvor kvantitativ og kvalitativ er modsatrettede poler, og blandede spørgeskemaer er midtpunktet (Ibid.).

3.2.1.2 Konstruktion af et spørgeskema

Konstruktionen af et spørgeskema er afgørende for undersøgelsens validitet. Begrebet validitet kan oversættes til troværdighed, og referer til om spørgeskemaet reelt undersøger, hvad det er formålet at undersøge (Johnson & Christensen, 2012). Spørgsmålene i spørgeskemaet skal klart belyse formålet med undersøgelsen og finde frem til den viden, der kan besvare den aktuelle problemstilling (Boolsen, 2008). Ifølge Johnson og Christensen (2012) er der 15 principper, der bør overvejes nøje ved konstruktionen af et spørgeskema:

Princip 1: Spørgsmålene skal matche undersøgelsens formål og problemstilling

Som allerede nævnt er det vigtigt, at spørgsmålene i spørgeskemaet belyser undersøgelsens formål og problemstilling. Spørgsmålene skal fange alle aspekter af problemstillingen, så informanterne ikke føler, at de sidder tilbage med vigtig information om emnet, som spørgeskemaet ikke spurgte ind til (Ibid.). Det er af denne grund en god idé at gennemlæse allerede eksisterende forskning på det aktuelle område, for at blive opmærksom på alle aspekter af problemstillingen inden udarbejdelsen af spørgeskemaet (Ibid.).

Olsen (2006) skelner mellem to spørgsmålstyper: *faktuelle spørgsmål* og *holdningsspørgsmål*.

Faktuelle spørgsmål sigter efter oplysninger om forhold i den ydre verden, fx adfærd og hændelser, hvor det i princippet er muligt for andre at bekræfte de afgivne svar. (Ibid.).

Holdningsspørgsmål handler derimod om subjektive evalueringer eller vurderinger (Ibid.).

Princip 2: Forståelse for informanterne

En vigtig strategi til at konstruere et effektivt spørgeskema er at udvikle en empatisk forståelse for de udvalgte informanter (Johnson & Christensen, 2012). Der skal være en entydig sammenhæng, mellem det der foregår i forskerens hoved, når spørgsmålet stilles, og det som informanterne forstår ved spørgsmålet, og endelig det svar som efterfølgende gives (Boolsen, 2008).

Spørgsmålene skal altså forstås ens af både forsker og informanter (Ibid.).

Princip 3: Almindelig sprogbrug

Dette princip bygger ovenpå førnævnte princip om forståelse af informanterne (Ibid.). Man skal have en forståelse for informanterne for at vide, hvilket sprogbrug der er naturligt for dem (Ibid.). Generelt bør man udlade slang, fagsprog og forkortelser, som informanterne ikke forventes at kende (Hansen et al, 2008). Anvendelsen af almindeligt og naturligt sprogbrug er med til at sikre, at informanterne forstår spørgsmålene korrekt (Johnson & Christensen, 2012).

Princip 4: Spørgsmålene skal være klare, præcise og forholdsvis korte

Hvert spørgsmål i spørgeskemaet skal være forståeligt for både forsker og informanter (Ibid.). Da hvert spørgsmål har til formål at måle bestemte aspekter af problemstillingen, er det vigtigt, at de alle er klare og præcise udformet (Ibid.). Alle informanter skal fortolke meningen af hvert spørgsmål på samme måde (Ibid.). Hvis informanterne er usikre på, hvordan spørgsmålet skal forstås, vil data ikke blive valide (Ibid.). Hvis et fagterm skal anvendes, skal dette defineres for informanterne (Ibid.). Endelig skal spørgsmålene holdes forholdsvis korte, da lange spørgsmål kan virke forvirrende og stressende for informanterne (Ibid.).

Princip 5: Ledende eller følelsesmæssige spørgsmål bør undgås

Et ledende eller følelsesmæssigt spørgsmål skaber bias for informanternes svar (Ibid.). Et ledende spørgsmål er et spørgsmål, der er formuleret på en sådan måde, at det lægger op til en bestemt svarmulighed (Ibid.). Spørgsmål om bestemte emner kan medføre ubehag eller uvilje mod at svare hos informanterne (Hansen et al, 2008; Boolsen, 2008). Der kan her være tale om følsomme emner som indkomst, alkoholindtag, politisk ståsted, etnicitet, m.m. (Hansen et al, 2008). Andre spørgsmål kan dog også vække ubehag hos den enkelte informant af personlige grunde, og disse kan hermed være svært at forudsige (Ibid.). Hvis man alligevel har brug for at vide noget om emner, som man ved kan være af følsom karakter for informanterne, kan man forsøge at lave svarkategorierne meget brede, uden at det selvfølgelig bliver et resultat, der ikke kan analyseres på (Ibid.). De brede svarmuligheder kan være med til at gøre svaret mindre personlig for informanterne (Ibid.). Ifølge Boolsen (2008) er det også en mulighed at gemme disse spørgsmål til sidst i spørgeskemaet.

Princip 6: Undgå spørgsmål, der spørger til mere end en ting

Der skal kun spørges til én ting ad gangen, da det ellers bliver uklart, hvad informanten svarer på (Hansen et al, 2008). Hvis man fx spørger informanterne: "*Hvad synes du om X og Y?*", er det i analysen svært at afgøre, om informanten udtaler sig om både X og Y eller har forskellig holdning til de to. I disse tilfælde skal spørgsmålet omformuleres til to separate spørgsmål (Ibid.).

Princip 7: Undgå negationer

Ordet "*ikke*" bør generelt undgås i spørgsmålsformuleringer (Boolsen, 2008). Det lille ord kan ændre spørgsmålet, så det bliver uklart og volde problemer i analysen af data (Ibid.).

Princip 8: Afgør svarmulighederne

Jævnfør afsnit 3.3.1.1 kan spørgeskemaer være både kvantitative, kvalitative og blandede. Dette afgøres ud fra informanternes mulighed for at besvare spørgsmålene. Ved konstruktionen af spørgeskemaet er det vigtigt at afgøre, hvordan problemstillingen belyses bedst, og hermed hvilken form for viden undersøgelsen skal frembringe.

Princip 9: Svarmulighederne for lukkede spørgsmål skal være udtømmende og må ikke overlappe

Ved lukkede spørgsmål bør der sikres udtømmende svarmuligheder, hvor alle tænkelige svar er repræsenteret (Johnson & Christensen, 2012). Dette kan gøres ved, at man enten teoretisk eller via afprøvning finder de meste almindelige svar (Hansen et al, 2008). Desuden kan man anvende svarmuligheden "*andet*", der dækker over de svar, der ikke allerede er foreslået og eventuelt samtidig bede om et uddybende svar (Ibid.).

Svarmulighederne må generelt ikke overlappe hinanden, men repræsentere hvert sit adskilte område (Johnson & Christensen, 2012).

Princip 10: Overvej forskellige typer af svarkonstruktioner for lukkede spørgsmål

Svarmuligheder for lukkede spørgsmål kan være konstrueres som skalaer, rangeringer eller tjeklister (Johnson & Christensen, 2012). Skalaer opstiller svarmulighederne som et kontinuum, hvor svarmulighederne kan være af varierende detaljeringsgrad (Ibid.). Der kan være tale om numeriske skalaer, hvor udsagn skal vurderes på en skala fra 1-10, og hvor endepunkterne er

mærket med skriftlige markører fx enig-uenig eller tilfreds-utilfreds (Ibid.). Der kan også være tale om skalaer, der udelukkende består af skriftlige svarmuligheder fx helt enig – delvist enig – ved ikke – delvis uenig – helt uenig (Ibid.). Der er i metodelitteraturen blandede meninger, om svarskalaer skal indeholde en midterkategori, hvor informanten får mulighed for at svar neutralt på spørgsmålet (Hansen et al, 2008).

Rangeringer giver informanterne mulighed for at prioritere forskellige muligheder (Johnson & Christensen, 2012). Denne type svarkonstruktion er dog meget svær at analysere statistisk (Ibid.).

Tjeklister udgør en liste af svarmuligheder, hvor informanterne skal afkrydse de svar, der gør sig individuelt gældende (Ibid.). Det kan være tilladt at afkrydse flere svarmuligheder (Ibid.). Tjeklister er anvendelige til deskriptive formål, men kan være svære at analysere (Ibid.).

Princip 11: Flere spørgsmål bør anvendes til at belyse samme problemstilling

Ved at konstruere flere forskellige spørgsmål til at belyse samme problemstilling øges validiteten i en undersøgelse (Ibid.). Det er dog en kunst, at opretholde balancen mellem hvad der er nødvendigt at vide for at besvare undersøgelsens spørgsmål, og hvad der er fyld (Hansen et al, 2008).

Princip 12: Overvej at bruge yderligere forskningsmetoder

Resultaterne af en undersøgelse er delvist et artefakt af målemetoden (Johnson & Christensen, 2012). Dette betyder, at resultaterne af en undersøgelse kan være en kunstig fremstilling af problemstillingen baseret på den metode, der er anvendt til at indsamle data (Ibid.). Én ting er fx hvad folk siger, og en anden ting er, hvad de reelt gør. Det er således altid en god idé, at bruge flere forskellige forskningsmetoder til at undersøge en given problemstilling (Ibid.).

Princip 13: Overvej om der kan være en tendens til ensrettede svar

Når flere spørgsmål skal besvares med den samme type svarskala, kan der ses en tendens til, at informanterne besvarer spørgsmålene i en specifik retning (Ibid.). Informanterne kan fx have en tendens til at være enten enig eller uenig med alle spørgsmålene (Ibid.). Dette kan undgås ved at omformulere spørgsmålene, så de ikke lyder for ens eller at vende svarskalaen (Ibid.). Dette tvinger informanterne til at læse alle spørgsmål og svarskalaer grundigt igennem (Ibid.). Denne

teknik er meget omdiskuteret i litteraturen om konstruktion af spørgeskemaer, og bør derfor kun overvejes, hvis der er store bekymringer for denne form for bias (Ibid.).

Princip 14: Overvej spørgeskemaets opbygning og layout

Det er vigtigt, at spørgeskemaet virker overskueligt, indbydende og let tilgængelig for informanten (Hansen et al, 2008). Introduktionen til spørgeskemaet bør indeholde information om undersøgelsens formål, vejledning i hvordan skemaet skal udfyldes, og hvor lang tid det tager at udfylde (Ibid.). Denne introduktion bør holdes så kort som mulig (Ibid.).

Spørgeskemaet bør generelt indledes med spørgsmål, der fanger informanternes interesse, da dette sikrer den højeste svarprocent (Johnson & Christensen, 2012). Herefter skal der følge en logisk rækkefølge, så spørgsmål inden for samme område står tæt på hinanden (Hansen et al, 2008). Endelig er det en god idé at inndele spørgsmålene i temaer og indlede hver tema med en kort introduktion (Johnson & Christensen, 2012).

Princip 15: Foretag altid pilottest af spørgeskemaet

Det er altid obligatorisk at pilotteste spørgeskemaet, inden det udsendes til informanterne (Ibid.). Der bør helst foretages mere end én pilottest, og de informanter, der deltager i disse tests, skal ligne de informanter, der senere skal modtage det endelige spørgeskema (Ibid.). Informanterne bedes om at se med kritiske øjne på spørgeskemaer og give tilbagemeldinger (Boolsen, 2008). På baggrund af disse tilbagemeldinger kan spørgeskemaet finjusteres, inden det endelig udsendes til de gældende informanter (Johnson & Christensen, 2012).

3.2.2 Procedure for dataindsamling

Spørgeskemaet til nærværende speciale er udarbejdet af Decibel. Da Decibel er en forening for forældre til børn med høretab, er det væsentligt at understrege, at det er forældre, der spørger andre ligestillede forældre (jf. Princip 2 i afsnit 3.2.1.2 Konstruktion af et spørgeskema).

Udarbejdelsen af spørgeskemaet er baseret på allerede eksisterende spørgeskemaer, heriblandt SFI's trivselsrapport *Døvfødte børn og deres livsbetingelser (2014)*. Inden det endelige spørgeskema blev udsendt til informanterne, blev der foretaget finjusteringer af materialet på

baggrund af pilottest med to forældre til førskolebørn med høretab, samt medlemmer af Decibels bestyrelse.

Det endelige spørgeskema er udarbejdet som et webbaseret spørgeskema gennem softwaren Analyzer. Et link til webspørgeskemaet blev udsendt til informanterne via mail. Informanterne blev herigennem også oplyst om deres mulighed for at stille spørgsmål, hvis der var nogen former for tvivl.

Spørgeskemaer til forældre til børn med HA/BAHS er indsamlet efter 6 måneder i et AVT-forløb. Da børn med CI, grundet Sundhedsstyrelsens anbefalinger, følger et 1-årigt AVT-forløb på de højt specialiserede sygehuse, er disse først tilknyttet projektet efter dette første år med AVT.

Spørgeskemaerne til forældre til børn med CI er af denne grund først indsamlet efter 1 år i et AVT-forløb. Da informanternes opstart i projektet foregik løbende, er spørgeskemaerne ligeledes blevet indsamlet løbende.

3.2.3 Studie design – Spørgeskema

Som tidligere nævnt er spørgeskemaet, der ligger til grund for dette speciales data, udarbejdet af Decibel i forbindelse med det overordnede AVT-projekt. Spørgeskemaet og de tilhørende data har ført til udarbejdelsen af nærværende speciales problemformulering og forskningsspørgsmål.

Det overordnede spørgeskema består af mellem 52 og 89 spørgsmål, da visse besvarelser fører til uddybende spørgsmål. Spørgsmålene er opdelt i temaer, som hver er tildelt en overskrift. Skemaet består hovedsagligt af lukkede spørgsmål og kun enkelte åbne spørgsmål. Svarmulighederne for de lukkede spørgsmål er konstrueret som tjeklister og skalaer.

Da spørgsmålene ikke er konstrueret efter speciales præcise problemstilling, er ikke alle spørgsmål relevante for dette speciale. Til at belyse specialets forskningsspørgsmål er der udvalgt 16 relevante spørgsmål fra det overordnede spørgeskema (Se Bilag A for komplet oversigt over udvalgte spørgsmål med tilhørende svarmuligheder). Alle informanter har fået de samme 16 spørgsmål. Da specialet undersøger forældrenes opfattelse af et AVT-forløb i en dansk kontekst, udgør holdningsspørgsmål en stor del af de udvalgte spørgsmål. Faktuelle spørgsmål er udvalgt med det formål at indsamle baggrundsvariabler, der kan føre til sammenligning mellem

forældrene med hhv. børn med CI og børn med HA/BAHS, samt mellem forældre med forskellige ressourcer. Begrebet ressourcer er her defineret ud fra forældrenes uddannelseslængde og samlivssituation. Nedenfor vil spørgsmålene blive gennemgået efter den rækkefølge de fremkommer i det overordnede spørgeskema. Spørgsmålene er tildelt nye numre til fordel for overskueligheden i nærværende speciale.

Spørgsmål 1

"Hvad er barnet bruger af?"

Spørgsmålet er hentet fra temaet *"Personlige oplysninger"*. Der er her tale om et lukket spørgsmål, hvor svarmulighederne er opbygget som en tjekliste med mulighederne: Enkelttidigt høreapparat, Enkelttidigt BAHA, Enkelttidigt CI, Dobbelttidigt høreapparat, Dobbelttidigt BAHA, Dobbelttidigt CI, Både CI og høreapparat og Både BAHA og høreapparat⁷.

Svarmuligheden *'Både BAHA og høreapparat'* var i første omgang ikke medtaget som mulighed. Det viste sig dog, at en enkelt informant manglede denne svarmulighed, hvormed udvalget af svarmuligheder ikke var udtømmende. Da spørgeskemaerne blev uddelt løbende blev denne svarmulighed sidenhen tilføjet. Spørgsmålet er af faktisk karakter og anvendes til at belyse baggrundsvariable, der er afgørende for specialets sammenligning af forældre til børn med hhv. CI og HA/BAHS.

Spørgsmål 2

"Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har mor?"

Spørgsmålet er hentet fra temaet *'Forældrenes uddannelsesniveau'*. Det er konstrueret som et lukket spørgsmål, hvor svarmulighederne er opbygget som en tjekliste. Begrebet 'uddannelse' er i parentes præciseret til at inkludere folkeskolen for at sikre ens fortolkning blandt informanterne.

Svarmulighederne er følgende: 9 år eller mindre, 10-11 år, 12-13 år, Mere end 13 år og Ved ikke. Jævnfør Johnsons & Christensens (2012) 9. princip er intervallerne ikke overlappende, og ordene "eller mindre" og "mere end" sikrer et udtømmende udbud af svarmuligheder. Svarmuligheden

⁷ I spørgeskemaet er betegnelsen "BAHA" anvendt om benforankrede HA. Nærværende speciale anvender imidlertid betegnelsen "BAHS", da "BAHA" refererer til et bestemt mærke, hvorimod "BAHS"

'Ved ikke' er medtaget for at sikre, at informanterne i tilfælde af tvivl ikke afkrydser en tilfældig svarmulighed, hvormed data bliver upålidelige. Da der kan være tale om, at det kun er den ene forælder, der besvarer spørgeskemaet, kan et sådan tvivlstilfælde nemt opstå.

Der er igen tale om et faktisk spørgsmål, der her anvendes til at belyse baggrundsvariable, som er afgørende for specialets sammenligning af forældre med forskellige ressourcer.

Spørgsmål 3

"Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har far?"

Spørgsmålet med tilhørende svarmuligheder er stort set det samme som spørgsmål 3, bortset fra at der nu spørges til *far* i stedet for *mor*.

Spørgsmål 4

"Hvordan er din/jeres samlivssituation?"

Temaet 'Samlivsstatus' indeholder kun dette ene spørgsmål, der er konstrueret som et lukket spørgsmål med tilhørende tjekliste, med svarmulighederne: Gift/samboende, Skilt, Gift/samboende med anden mand/kvinde end biologisk forælder og Eneforælder. Da spørgsmålet anvendes til at belyse familiens ressourcer, er der i svarmulighederne valgt ikke at skelne mellem at være gift eller samboende.

Igen er der tale om et faktisk spørgsmål, der sigter efter at belyse baggrundsvariable til en senere sammenligning af forældre med forskellige ressourcer. Der anvendes således tre forskellige spørgsmål til at belyse begrebet ressourcer.

Spørgsmål 5

"Hvad mener du/I, at man bliver bedre til, når man deltager i et AVT-forløb?"

Spørgsmål 5-17 er alle hentet fra temaet 'AVT-forløbet'. Der er her udelukkende tale om holdningsspørgsmål. Spørgsmål 5 er konstrueret som et lukket spørgsmål, hvor svarmulighederne er opbygget som en tjekliste. I dette tilfælde er informanterne givet muligheden for at afkrydse flere svarmuligheder, da ét svar ikke udelukker andre holdninger. Svarmulighederne er følgende:

'At tale med audiologisk afdeling/CI-center', 'At være tovholder for mit/vores barn', 'At samarbejde med fagfolk omkring mit/vores barn', 'At være bevidst om mit/vores barns høretab', 'At støtte mit/vores barn i sin høremæssige og talesproglige udvikling' og 'Andet'.

Spørgsmål 6

"I hvilken grad er du/i i stand til at støtte op om dit/jeres barns talesproglige udvikling?"

Svarmulighederne til dette lukkede spørgsmål er konstrueret som en skala. Svarmulighederne er følgende: I meget dårlig grad, I mindre grad, I nogenlunde grad, I god grad, I meget god grad.

Spørgsmål 7 – 16

Spørgsmål 7-16 er konstrueret som en spørgeblok, hvor informanterne skal vurdere, hvor enige de er i 10 forskellige udsagn ud fra skalaen: Helt uenig, delvist uenig, hverken enig eller uenig, delvist enig, helt enig. Udsagnene er som følger:

(7) "Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet"

(8) "Jeg/vi forstår de udleverede mål for mit/vores barn"

(9) "Jeg/vi har fokus på, at mit/vores barn opnår de udleverede mål"

(10) "Jeg/vi synes, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen"

(11) "Jeg/vi synes, at AVT letter hverdagen"

(12) "Jeg/vi synes, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor"

(13) "Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid"

(14) "Jeg/vi synes, at det primært er mit/vores ansvar at lære mit/vores hørehæmmede barn at høre og tale"

(15) "Jeg/vi har tit dårlig samvittighed over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen"

(16) "Jeg/vi træner de øvelser og opgaver, som gives hjem fra session til session"

3.2.4 Informanter

Informanter til nærværende speciale består af forældre til 55⁸ førskolebørn med høretab behandlet med enten HA, BAHS eller CI. Informanterne er indsamlet gennem det overordnede Decibel-projekt og er erhvervet gennem audiologiske afdelinger, CI-Centre, Høreforeningen, Facebook, Decibel, samt gennem andre forældre. Familiernes opstart i forskningsprojektet var løbende over projektets første og andet år. Der er primært rekrutteret fra Sjælland på baggrund af Decibels geografiske lokalisering. Gruppen består også af forældre til 10 jyske børn i forsøget på at gøre informantgruppen mere repræsentativ for populationen. Børnenes høreteknologi omfatter både CI, HA og BAHS. Ved rekruttering blev der lagt vægt på, at ca. 20 % af de deltagende børn havde yderligere vanskeligheder end høretab for herved at afspejle populationen. Alle familier blev gennem projektet fulgt i et 3-årigt AVT-forløb designet af Decibel.

3.2.5 Repræsentativitet og statistisk usikkerhed

Med begrebet repræsentativitet menes, at den gruppe af informanter der deltager i undersøgelsen, udgør et oprigtigt, men mindre billede af den population man gerne vil sige noget om (Hansen et al, 2008). Repræsentativitet handler ikke kun om, hvem spørgeskemaet udsendes til, men også om hvem der ender med at give svar tilbage (Ibid.). Både gruppen man spørger, og gruppen man får svar fra, skal således svare til en mindre udgave af den større population (Ibid.).

I dette speciale er repræsentativitet søgt gennem stratifikationsprincippet, som er en metode til udvælgelse af informanter (Johnson & Christensen, 2012). Populationen inddeles her i mindre grupper, kaldet *strata*, der bestemmes ud fra en eller flere stratificeringsvariable, som sikrer, at alle typer af informanter bliver repræsenteret i undersøgelsen (Ibid.). Efter inddelingen i forskellige strata kan man vælge at vægte stratificeringsvariablen proportionalt, og altså efter samme forhold som populationen eller disproportionalt, så fx en mindre gruppe i populationen vægtes lige så meget som den større gruppe (Ibid.). I nærværende speciale er stratificeringsvariablene defineret ud fra geografi, barnets høreteknologi og om barnet har andre vanskeligheder ud over høretabet. Sidstnævnte variabel er vægtet proportionalt med hhv. 80 %

⁸ Som beskrevet i 3.1 deltog 60 familier som udgangspunkt i Decibelprojektet. 5 familier valgte dog af forskellige årsager at trække sig inden denne spørgeskemaundersøgelse fandt sted, hvormed antallet af informanter i dette speciale kun er 55.

forældre til børn uden yderligere vanskeligheder end høretabet og 20 % med flere vanskeligheder og afspejler således populationen.

Repræsentativiteten er ligeledes sikret gennem undersøgelsens svarprocent, idet udfyldelse af spørgeskemaet var en forudsætning for, at informanterne kunne deltage i Decibel-projektet og få et 3-årigt AVT-forløb til deres barn. Svarprocenten er således 100 %.

Repræsentativitet er baseret på udvælgelsesmetoden og har ikke noget med størrelsen på informantgruppen at gøre (Boolsen, 2008). Alle undersøgelser, hvor informanterne er udvalgt repræsentativt, er behæftet med en statistisk usikkerhed (Ibid.). Den statistiske usikkerhed er afhængig af størrelsen på informantgruppen, idet usikkerheden bliver større, jo mindre gruppen er og omvendt (Ibid.). Det er i nærværende undersøgelse ikke muligt at fastlægge præcise tal for denne usikkerhed, da størrelsen af informantgruppen skal sammenlignes med populationen. I Decibels projekt er populationen en unik størrelse, hvor familier, herunder også familier til børn med HA/BAHS, tilbydes et 3-årigt AVT-forløb. Disse forhold findes således kun på grund af projektet, hvorfor populationen kan siges at være kunstig.

3.2.6 Etik

Etiske overvejelser er et vigtigt element i ethvert forskningsprojekt uanset metode. The American Educational Research Association (AERA) har udviklet en række retningslinjer, der beskriver etik i forhold til forskning, der involverer mennesker (Johnson & Christensen, 2012). Nedenstående skitseres et udpluk af de retningslinjer, som gør sig gældende for nærværende speciale:

- **Informeret samtykke:** Inden deltagelse i en undersøgelse skal informanterne være informeret om undersøgelsens formål, samt hvad deres eventuelle deltagelse vil indebære. Ud fra disse oplysninger kan informanterne give samtykke til deltagelse i undersøgelsen (Ibid.).
- **Frihed til at trække sig:** Det er vigtigt, at informanterne fra begyndelsen er oplyst om, at deltagelsen er frivillig, og at de til enhver tid har ret til at trække sig fra studiet (Ibid.).
- **Anonymitet og fortrolighed:** Alle informanter skal informeres om anonymitet og fortrolighed. Anonymitet består i, at informanternes identitet holdes anonym for alle

inklusiv forskeren. Hvis forskeren er bekendt med informantens identitet, skal denne information behandles med fortrolighed og hermed holdes skjult for andre (Ibid.).

I nærværende studie er informanternes samtykke indhentet gennem det overordnede Decibelprojekt. Informanterne er herigennem på forhånd blevet informeret om projektets formål, og hvad dette indebærer for informanterne, samt oplyst om friheden til at trække sig på ethvert tidspunkt. Desuden er informanterne oplyst om anonymitet og fortrolighed, som sikres gennem projektet, hvor CPR-numre helt er udeladt. I nærværende speciale er informanterne fuldt anonymiseret og optræder således uden navne.

4.0 Resultater

Resultatafsnittet er overordnet inddelt i tre delafsnit, hvoraf det første består af en gennemgang af resultaterne for hvert af de udvalgte spørgsmål. Denne del analyseres ud fra deskriptiv statistik. Det andet delafsnit sammenligner forældreopfattelser i forhold til barnets høreteknologi. Hertil anvendes komparativ analyse. Tredje og sidste afsnit omhandler sammenligning af forældreopfattelser i forhold til familiens ressourcer ud fra de definerede baggrundsvariable: forældrenes uddannelseslængde og samlivssituation.

Bearbejdningen af resultaterne begyndte med et grundigt gennemsyn af alle de besvarede spørgeskemaer. Dette havde til formål at opdage eventuelle fejl og mangler i informanternes besvarelser. Ved denne gennemgang blev det opdaget, at en enkelt informant havde besvaret spørgeskemaet 2 gange. Da besvarelsene stort set var ens, blev informantens sidst udfyldte spørgeskema udelukket fra undersøgelsen.

4.1 Resultater – Spørgsmål for spørgsmål

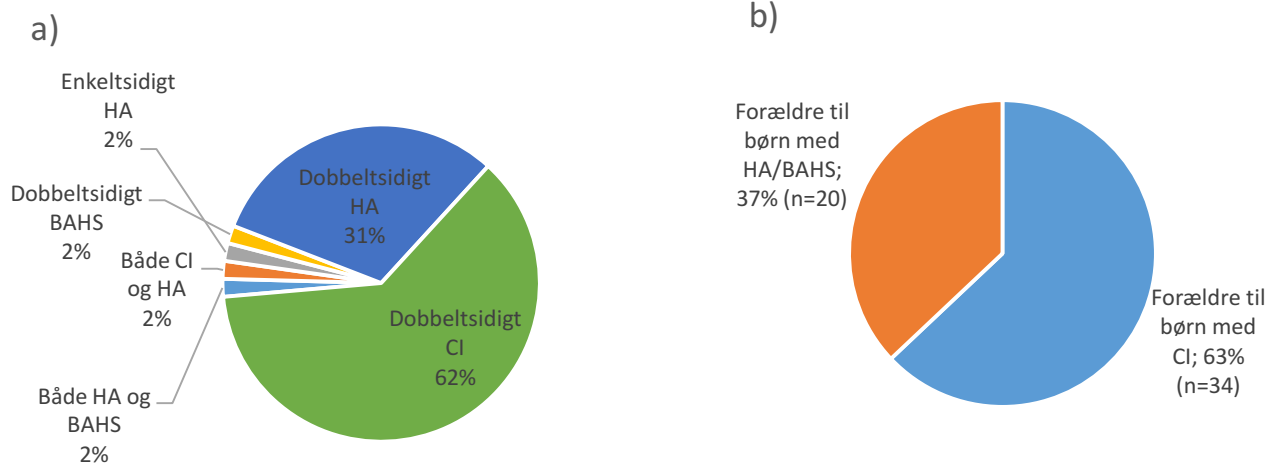
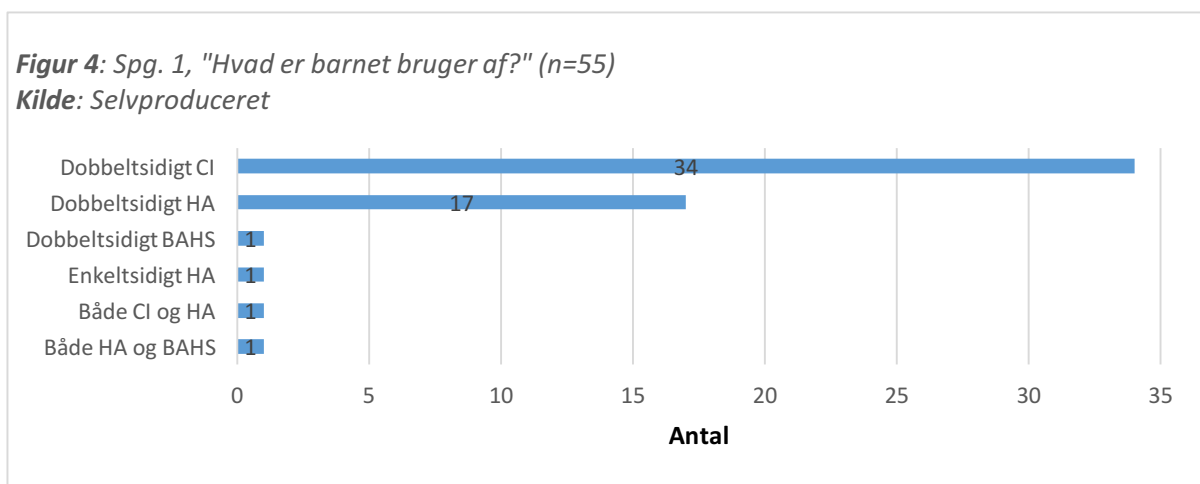
I gennemgangen af hvert enkelt spørgsmål har alle informanter besvaret alle de udvalgte spørgsmål. 100% vil hermed svare til 55 besvarelser ved hvert spørgsmål. Pga. afrunding kan det samlede procentantal dog variere mellem 99 og 101 %.

Spørgsmål 1: "Hvad er barnet bruger af?"

Informanterne havde ved dette spørgsmål kun mulighed for at vælge én svarmulighed. Fordelingen af de 55 svar er som følger: 34 informanter har et barn med dobbeltsidigt CI, 17 informanter har et barn med dobbeltsidigt HA, 1 informant har et barn med dobbeltsidigt BAHS, 1 informant har et barn med enkeltsidigt HA, 1 informant har et barn med både CI og HA og endelig satte 1 informant kryds i enkeltsidigt BAHS, men uddybede senere, at barnet både har BAHS og HA, men at dette ikke havde været muligt at svare (Figur 4). Denne svarmulighed blev som tidligere nævnt først tilføjet spørgeskemaet senere i forløbet, hvormed der reelt kan have været andre informanter, der har manglet denne svarmulighed. Dette spørgsmål kan således indeholde bias.

Ud fra fordelingen af informanternes svar beregnes den procentvise fordeling af børnenes teknologi til at være: 62% har dobbeltsidigt CI, 31% har dobbeltsidigt HA, 2% har dobbeltsidigt BAHS, 2% har enkeltsidigt HA, 2% har både CI og HA og endelig har 2% både BAHS og HA (Figur 5a).

Hvis man skal se på en overordnet opdeling mellem forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS, er fordelingen følgende: 62% (n=34) er forældre til børn med CI og 36% (n=20) er forældre til børn med HA/BAHS (Figur 5b). Da et enkelt barn har både CI og HA og derfor ikke kan kategoriseres, udgør forældrene til dette barn de sidste manglende 2%.



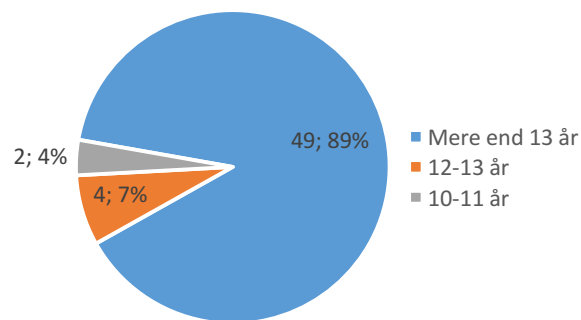
Figur 5: a) Procentfordeling over besvarelserne af spørgsmål 1, "Hvad er barnet bruger af?" (n=55) og b) Opdeling af forældre ud fra om deres barn har hhv. CI eller HA/BAHS Kilde: Selvproduceret

Spørgsmål 2: "Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har mor?"

Ligesom i spørgsmål 1 havde informanterne også her kun mulighed for at afkrydse en enkelt svarmulighed. Hele 49 informanter svarede, at mor havde mere end 13 års uddannelse inklusiv folkeskolen. 4 informanter svarende, at mor havde mellem 12 og 13 års uddannelse, mens de sidste 2 informanter svarede, at mor havde mellem 10 og 11 års uddannelse. Den procentvise fordeling er således, at 89% af mødrene har mere end 13 års uddannelse, 7% har mellem 12 og 13 års uddannelse og endelig har 4% mellem 10 og 11 års uddannelse (Figur 6)

Figur 6: Spg. 2, "Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har mor?" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

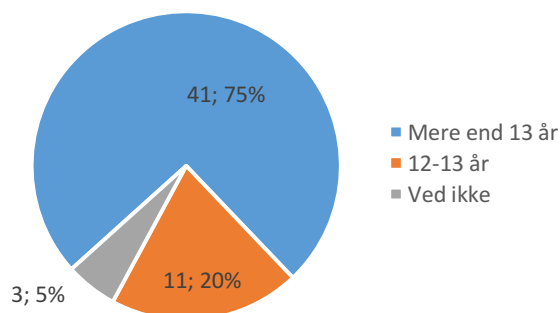


Spørgsmål 3: "Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har far?"

Spørgsmål 3 handlede om far i stedet for mor (spørgsmål 2), men havde ellers samme svarmuligheder og kun mulighed for at afkrydse ét svar. 41 informanter svarede til dette spørgsmål, at far har over 13 års uddannelse, 11 svarede at far har mellem 11 og 12 års uddannelse, og endelig har 3 informanter afkrydset svarmuligheden 'Ved ikke'. Procentvis er der hermed 75% af fædrene, der har mere end 13 års uddannelse, 20% har 11-12 års uddannelse, og de sidste 5% faldt i kategorien 'Ved ikke' og kunne altså ikke bestemmes (Figur 7).

Figur 7: Spg. 3, "Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har far?" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

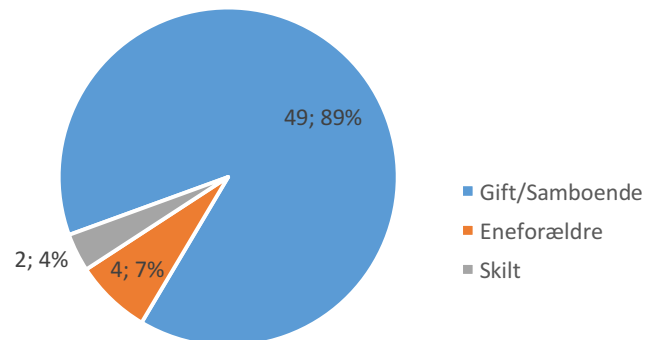


Spørgsmål 4: "Hvordan er din/jeres samlivssituation?"

Ved dette spørgsmål var det igen kun muligt for informanterne at afkrydse én svarmulighed. 49 informanter angav her svarmuligheden 'Gift/Samboende', 4 informanter angav muligheden 'Eneforældre', og de sidste 2 informanter satte kryds ved svarmuligheden 'Skilt'. Den procentvise fordeling er som følger: 89% er gift eller samboende, 7% er eneforældre og 4% er skilt (Figur 8).

Figur 8: Spg. 4, "Hvordan er din/jeres samlivssituation?" (n=55)

Kilde: Selvproduceret



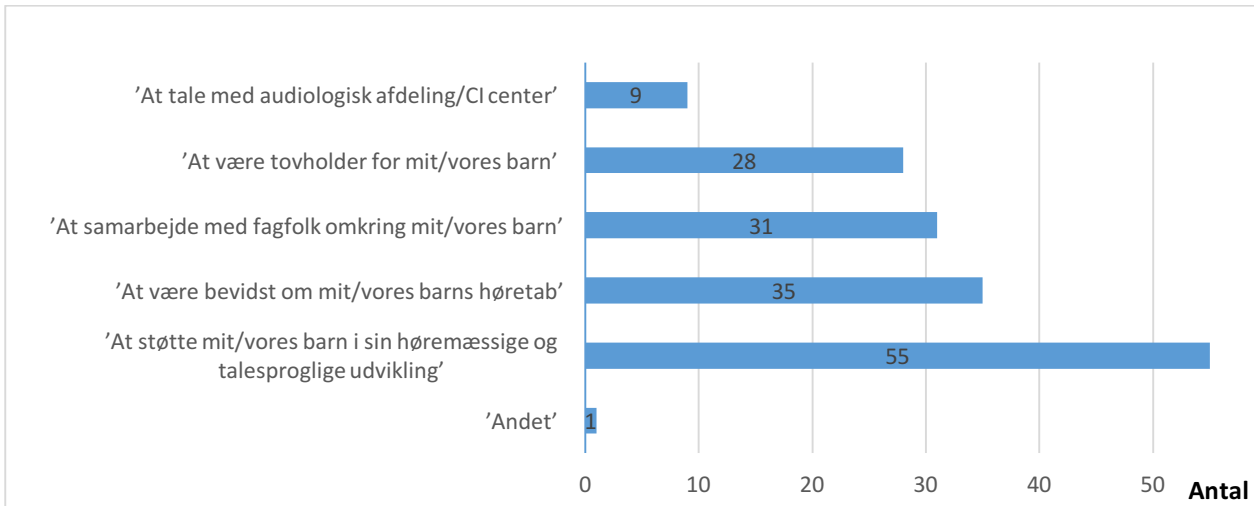
Spørgsmål 5: "Hvad mener du/I, at man bliver bedre til, når man deltager i et AVT-forløb?"

Til dette spørgsmål var det muligt for informanterne at afkrydse flere svarmuligheder. Det samlede antal svar er således 156. Svarmuligheden 'At tale med audiologisk afdeling/CI center' blev afkrydset af 9 informanter, 'At være tovholder for mit/vores barn' blev afkrydset af 28 informanter, 31 informanter satte kryds ved muligheden 'At samarbejde med fagfolk omkring mit/vores barn', 35 informanter valgte 'At være bevidst om mit/vores barns høretab', mens muligheden 'At støtte mit/vores barn i sin høremæssige og talesproglige udvikling' blev afkrydset af samtlige 55 informanter. Endelig blev kategorien 'Andet' afkrydset af en enkel informant (Figur 9).

100% af informanterne mente således, at man ved deltagelse i et AVT-forløb bliver bedre til at støtte sit barn i dets høremæssige og talesproglige udvikling. Herudover mente 64%, at man bliver mere bevidst om sit barns høretab, 56% at man bliver bedre til at samarbejde med fagfolk omkring sit barn, 51% at man bliver bedre til at være tovholder for sit barn, og endelig mente 16%, at man gennem et AVT-forløb bliver bedre til at tale med audiologisk afdeling eller CI-centeret (Tabel 7).

Figur 9: Spg. 5, "Hvad mener du/I, at man bliver bedre til, når man deltager i et AVT-forløb?" (n=156)

Kilde: Selvproduceret



Tabel 7: Overblik over de 55 informanternes besvarelser til spg. 5

Kilde: Selvproduceret

	Antal	Procent
'At tale med audiologisk afdeling/CI center'	9	16%
'At være tovholder for mit/vores barn'	28	51%
'At samarbejde med fagfolk omkring mit/vores barn'	31	56%
'At være bevidst om mit/vores barns høretab'	35	66%
'At støtte mit/vores barn i sin høremæssige og talesproglige udvikling'	55	100%
'Andet'	1	5%

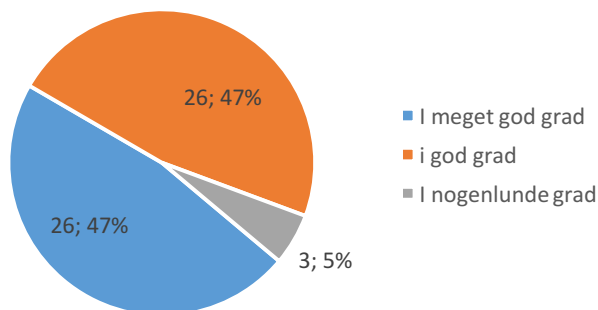
Spørgsmål 6: "I hvilken grad er du/I i stand til at støtte op om dit/jeres barns talesproglige udvikling?"

Informanterne skulle i dette tilfælde besvare spørgsmålet ud fra en gradskala. Resultaterne er, at 26 informanter svarende 'I meget god grad', ligeledes svarede 26 'I god grad' og endelig 3 informanter svarede 'I nogenlunde grad'. Alle informanterne ligger sig således fra midten og mod den positive ende af skalaen. Procentvis er fordelingen følgende: 47% af informanterne mener, at

de i meget god grad er i stand til at støtte op om sit barns talesproglige udvikling, 47% mener at de i god grad er i stand til at støtte op om barnets talesproglige udvikling, og endelig mener 5% at de i nogenlunde grad er i stand til at støtte op om sit barns talesproglige udvikling (Figur 10).

Figur 10: Spg. 6, "I hvilken grad er du/i i stand til at støtte op om dit/jeres barns talesproglige udvikling?" (n=55)

Kilde: Selvproduceret



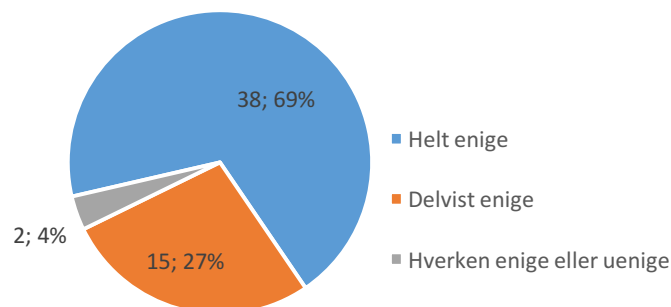
Spørgsmål 7: "Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet"

Spørgsmål 7 er det første i spørgeblokken, der indeholder de resterende spørgsmål, hvor informanterne skal vurdere, hvor enige de er i de givne udsagn. Til udsagnet "Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet" blev resultaterne, at 38 var helt enig, 15 var delvist enig, og 2 var hverken enig eller uenig. Det er hermed igen tilfældet, som ved spg. 6, at alle informanternes besvarelser ligger fra midten og mod den positive ende af skalaen.

Den procentvise fordeling er, at 69% er helt enige i udsagnet "Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet", 27% er delvist enige, og 4% erklærer sig hverken enig eller uenig (Figur 11).

Figur 11: "Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

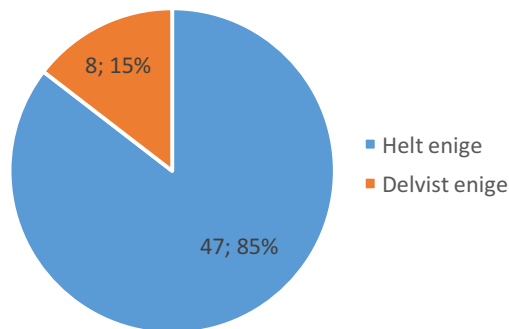


Spørgsmål 8: "Jeg/vi forstår de udleverede mål for mit/vores barn"

Til dette udsagn var alle informanternes besvarelser placeret i den positive ende af skalaen. Hele 47 informanter svarende, at de var helt enige, mens 8 svarede, at de var delvist enige. Procentvis giver dette 85% som er helt enige, og 15% som er delvist enige i ovenstående udsagn (Figur 12).

Figur 12: "Jeg/vi forstår de udleverede mål for mit/vores barn" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

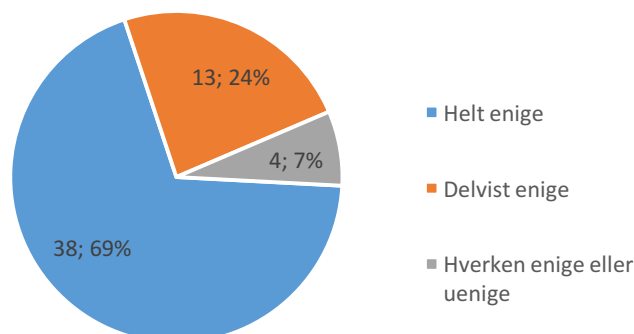


Spørgsmål 9: "Jeg/vi har fokus på, at mit/vores barn opnår de udleverede mål"

Til udsagnet "Jeg/vi har fokus på, at mit/vores barn opnår de udleverede mål" var 38 informanter helt enige, 13 informanter var delvist enige, og 4 var hverken enige eller uenige. Procentvis giver det følgende fordeling: 69% er helt enige i ovenstående udsagn, 24% er delvist enige, og endelig er 7% hverken enige eller uenige (Figur 13).

Figur 13: "Jeg/vi har fokus på, at mit/vores barn opnår de udleverede mål" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

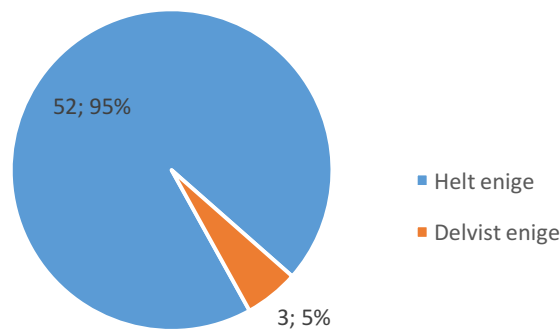


Spørgsmål 10: "Jeg/vi synes, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen"

Der var stor enighed i udsagnet "Jeg/vi synes, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen", da hele 52 informanter svarede, at de var helt enige og 3 svarede, at de var delvist enige. Omregnet til procent bliver det 95% informanter, der er helt enige, og 5% der er delvist enige (Figur 14).

Figur 14: "Jeg/vi synes, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen"

Kilde: Selvproduceret

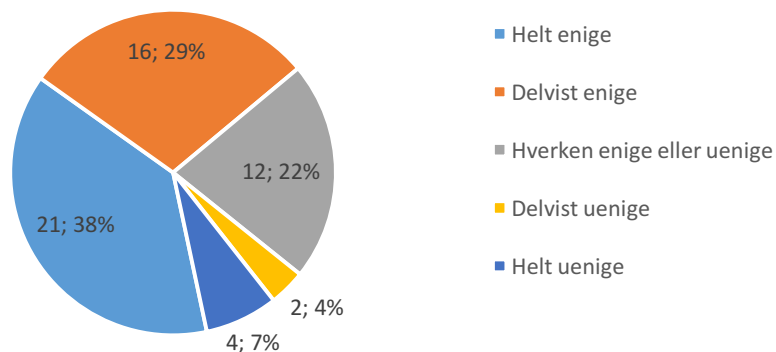


Spørgsmål 11: "Jeg/vi synes, at AVT letter hverdagen"

Der var større uenighed om udsagnet "Jeg/vi synes, at AVT letter hverdagen" blandt informanterne, dog stadig med hovedvægten i den positive ende af skalaen. 21 informanter angav, at de var helt enige i udsagnet, 16 var delvist enige, 12 var hverken enige eller uenige, 2 var delvist uenige, og 4 var helt uenige. Procentfordelingen er følgende: 38% af informanterne er helt enige i, at AVT letter hverdagen, 29% er delvist enige, 22% er hverken enige eller uenige, 4% er delvist uenige og 7% er helt uenige (Figur 15).

Figur 15: "Jeg/vi synes, at AVT letter hverdagen" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

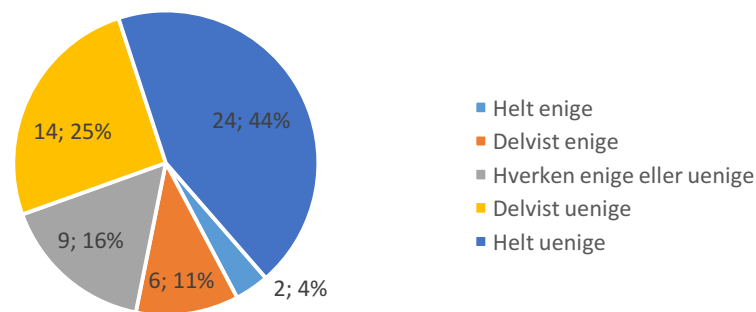


Spørgsmål 12: "Jeg/vi synes, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor"

Der var ved ovenstående udsagn en hovedvægt i den negative ende af skalaen. Kun 2 informanter svarede, at de var helt enige i, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor, 6 var delvist enige, 9 var hverken enige eller uenige, 14 erklærede sig delvist uenige, og endelig var 24 helt uenige. Hermed bliver den procentvise fordeling af informanterne, at 4% er helt enige, 11% er delvist enige, 16% er hverken enige eller uenige, 25% er delvist uenige, mens 44% er helt uenige (Figur 16).

Figur 16: "Jeg/vi synes, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

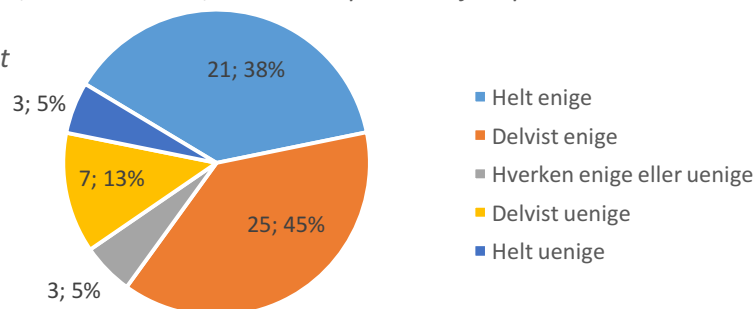


Spørgsmål 13: "Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid"

Informanterne fordelte sig over hele skalaen med en overvægt i den positive ende, da der skulle svares på, om de var enige i udsagnet "Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid". 17 informanter var helt enige, 18 var delvist enige, 6 erklærede sig hverken enige eller uenige, 5 var delvist uenige, og endelig var 9 helt uenige. Resultaterne giver følgende procentfordeling: 31% svarede at de er helt enige, 33% er delvist enige, 11% er hverken enige eller uenig, 9% er delvist uenige, mens 16% er helt uenige (Figur 17)

Figur 17: "Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

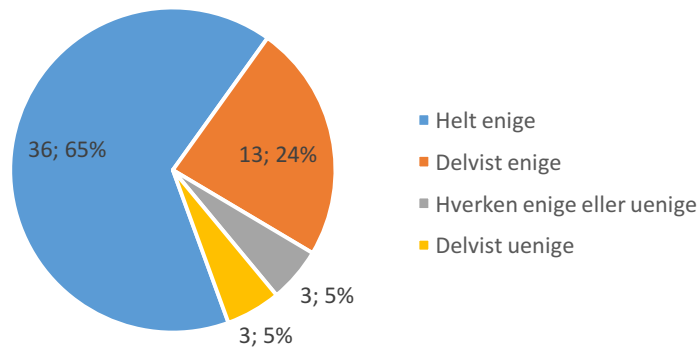


Spørgsmål 14: "Jeg/vi synes, at det primært er mit/vores ansvar at lære mit/vores hørehæmmede barn at høre og tale"

Til ovenstående udsagn svarede 36 informanter, at de var helt enige, 13 svarede at de var delvist enige, 3 var hverken enige eller uenige og 3 var delvist uenige. Procentfordelingen af informanterne er, at 65% er helt enige, 24% er delvist enige, 5% er hverken enige eller uenige, mens 5% er delvist uenige (Figur 18).

Figur 18: "Jeg/vi synes, at det primært er mit/vores ansvar at lære mit/vores hørehæmmede barn at høre og tale" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

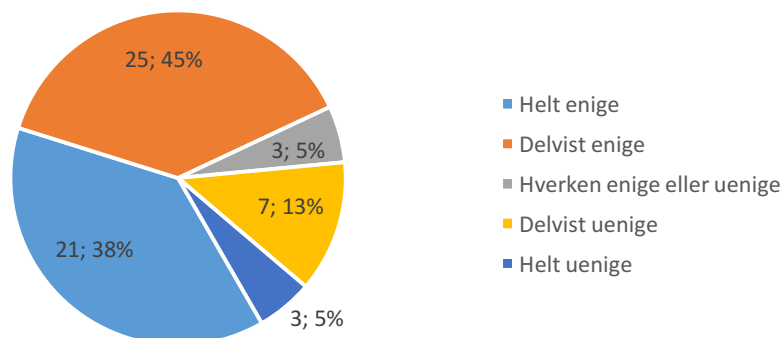


Spørgsmål 15: "Jeg/vi har tit dårlig samvittighed over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen"

21 informanter svarede, at de var helt enige med ovenstående udsagn, 21 var delvist enige, 3 var hverken enige eller uenige, 7 var delvist uenige og 3 var helt uenige. Omregnet til procent bliver dette til følgende fordeling: 38% er helt enige, 38% er delvist enige, 5% er hverken enige eller uenige, 13% er delvist uenige, og endelig er 5% helt uenige (Figur 19).

Figur 19: "Jeg/vi har tit dårlig samvittighed over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen" (n=55)

Kilde: Selvproduceret

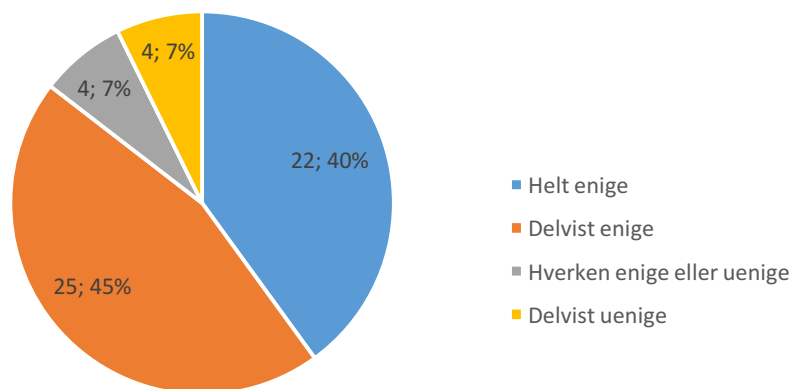


Spørgsmål 16: "Jeg/vi træner de øvelser og opgaver, som gives hjem fra session til session"

I det sidste spørgsmål var der en overvægt af enighed med ovenstående udsagn. 22 informanter angav, at de var helt enige, 25 informanter svarede delvist enige, 4 var hverken enige eller uenige, og 4 var delvist uenige. Hermed bliver procentfordelingen: 40% af informanterne er helt enige i ovenstående udsagn, 45% er delvist enige, mens 7% er hverken enige eller uenige og ligeledes 7% er delvist uenige (Figur 20).

Figur 20: "Jeg/vi træner de øvelser og opgaver, som gives hjem fra session til session"
(n=55)

Kilde: Selvproduceret



4.2 Sammenligning af forældreopfattelser i forhold til barnets høreteknologi

I dette delafsnit sammenlignes hvert af de udvalgte holdningsspørgsmål (Spørgsmål 5-16) med baggrundsvariablen om barnets høreteknologi, som fremgår af resultaterne fra spørgsmål 1. Da en enkelt informant i spørgsmål 1 har oplyst, at barnet er bruger af både CI og HA, udelukkes denne informant i sammenligningen. Dette er valgt, da informanten kan kategoriseres under både forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS. Det samlede antal informanter i dette afsnit er af denne grund 54.

Sammenligning af besvarelsener til spg. 5: "Hvad mener du/l, at man bliver bedre til, når man deltager i et AVT-forløb?"

Ud fra kategoriseringen af hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS i spørgsmål 1 er de to gruppers besvarelsener af spørgsmål 5 vist i Tabel 8 og Figur 21. Alle forældre, uafhængig af deres barns høreteknologi, er enige om, at man gennem et AVT-forløb bliver bedre til at støtte sit barn i den høremæssige og talesproglige udvikling. Ud fra Figur 2 ses der generelt ikke store afvigelser mellem de to gruppers besvarelsener. Den største afvigelse findes ved svarmuligheden 'At være bevidst om mit/vores barns høretab', hvor forældre til børn med HA/BAHS synes at have en større tendens til at vælge dette svar end forældre til børn med CI.

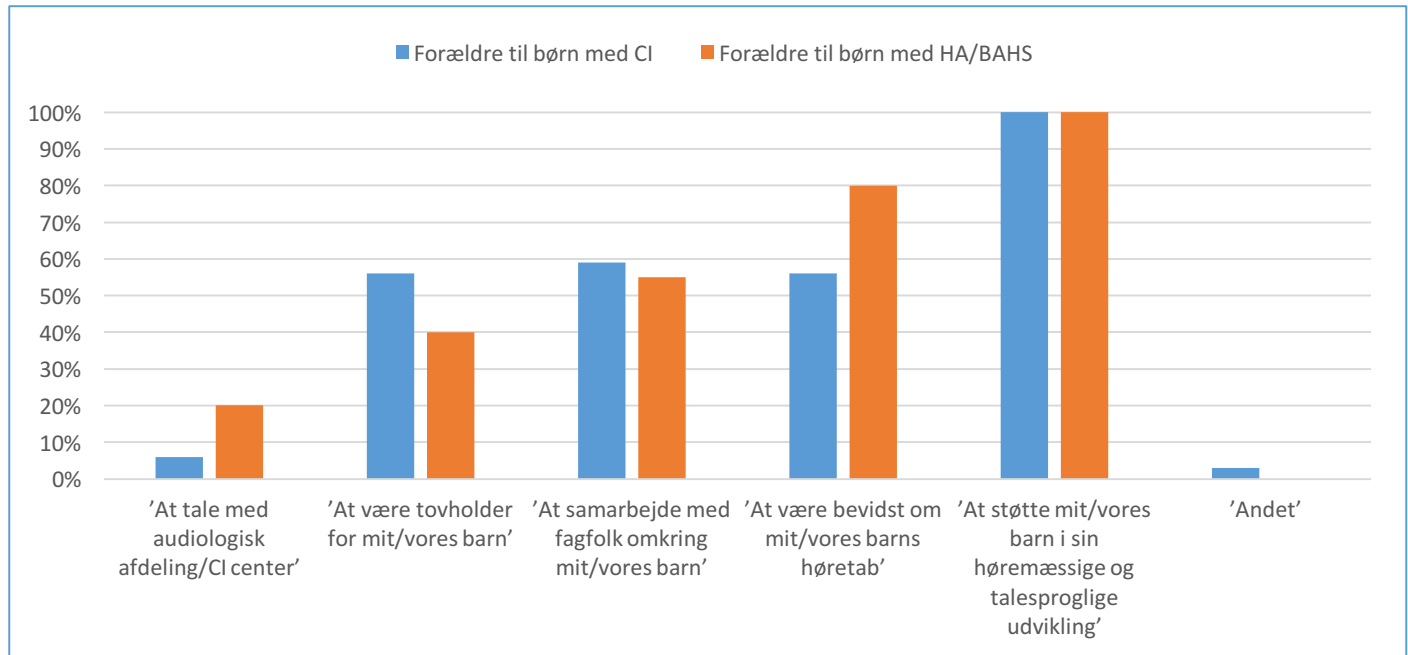
Tabel 8: Besvarelsener til spg. 5 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS

Kilde: Selvproduceret

	Forældre til børn med CI (n=34)	Forældre til børn med HA/BAHS (n=20)
'At tale med audiologisk afdeling/CI center'	6% (n=2)	20% (n=4)
'At være tovholder for mit/vores barn'	56% (n=19)	40% (n=8)
'At samarbejde med fagfolk omkring mit/vores barn'	59% (n=20)	55% (n=11)
'At være bevidst om mit/vores barns høretab'	56% (n=19)	80% (n=16)
'At støtte mit/vores barn i sin høremæssige og talesproglige udvikling'	100% (n=34)	100% (n=20)
'Andet'	3% (n=1)	0% (n=0)

Figur 21: Overblik over besvarelser til spg. 5 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS i procent

Kilde: Selvproduceret



Sammenligning af besvarelserne til spg. 6: "I hvilken grad er du/I i stand til at støtte op om dit/jeres barns talesproglige udvikling?"

Ved spørgsmålet "I hvilken grad er du/I i stand til at støtte op om dit/jeres barns talesproglige udvikling?" var besvarelserne fra hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS overvejende ens, hvilket fremgår af Tabel 9 og Figur 22.

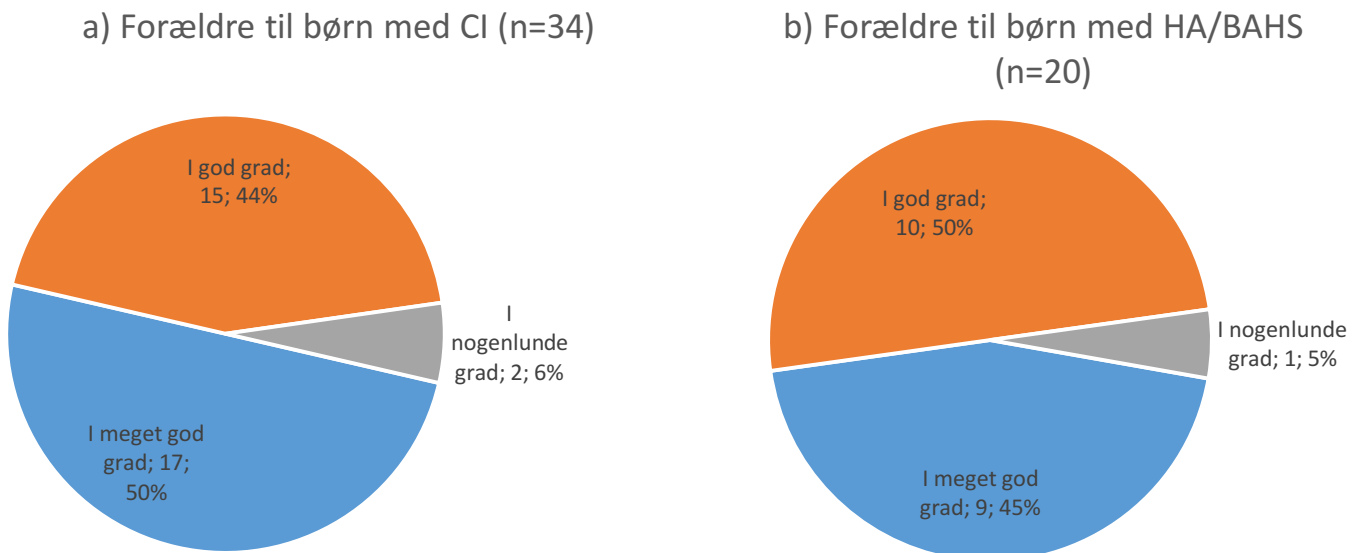
Tabel 9: Besvarelser til spg. 6 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS

Kilde: Selvproduceret

	Forældre til børn med CI (n=34)	Forældre til børn med HA/BAHS (n=20)
I meget god grad	50% (n=17)	45% (n=9)
I god grad	44% (n=15)	50% (n=10)
I nogenlunde grad	6% (n=2)	5% (n=1)
I mindre grad	0% (n=0)	0% (n=0)
I meget dårlig grad	0% (n=0)	0% (n=0)

Figur 22: Sammenligning af besvarelserne til spg. 6 for hhv. a) forældre til børn med CI og b) forældre til børn med HA/BAHS

Kilde: Selvproduceret

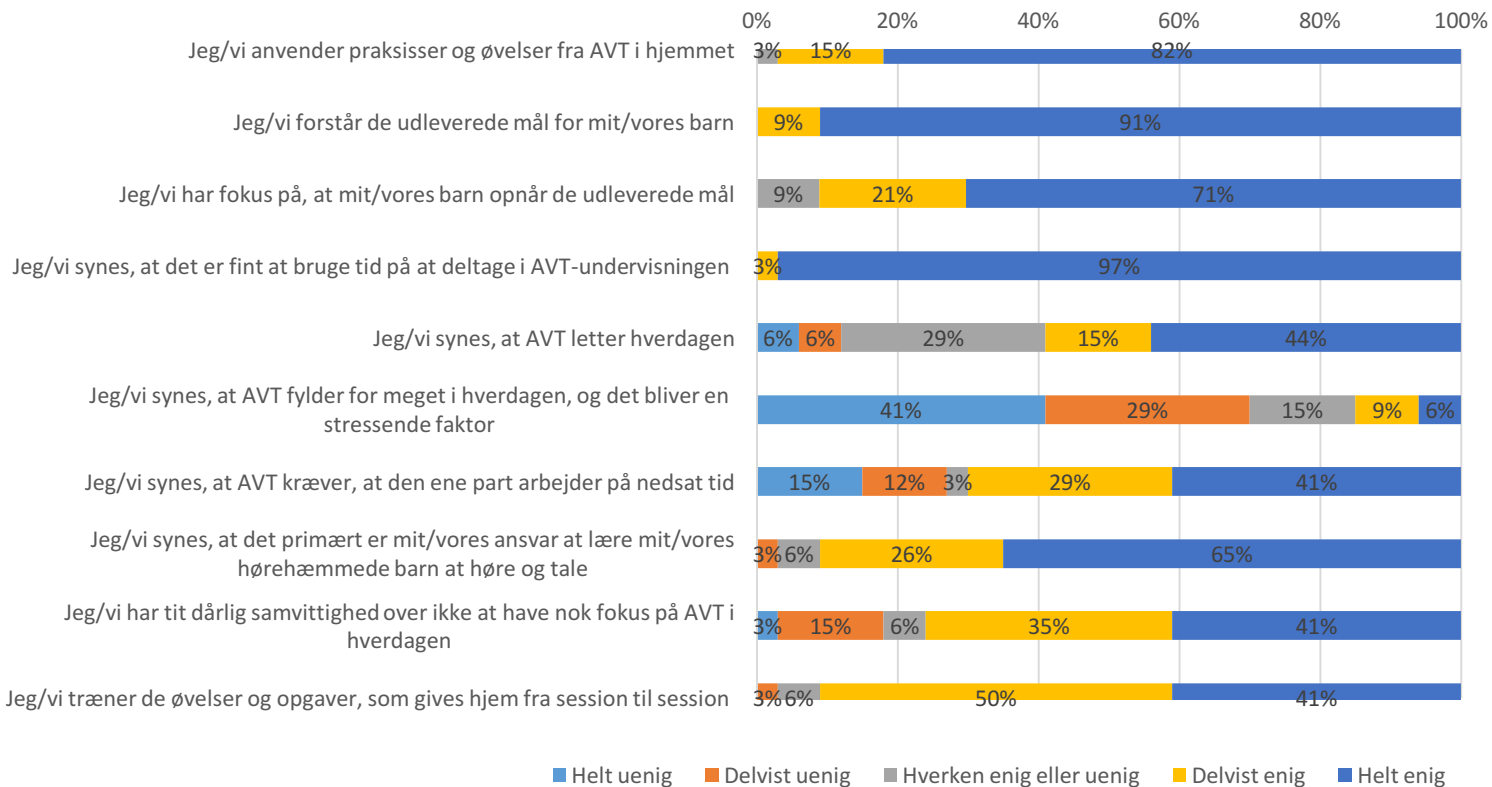


Sammenligning af besvarelserne til spørgeblokken spg. 7-16

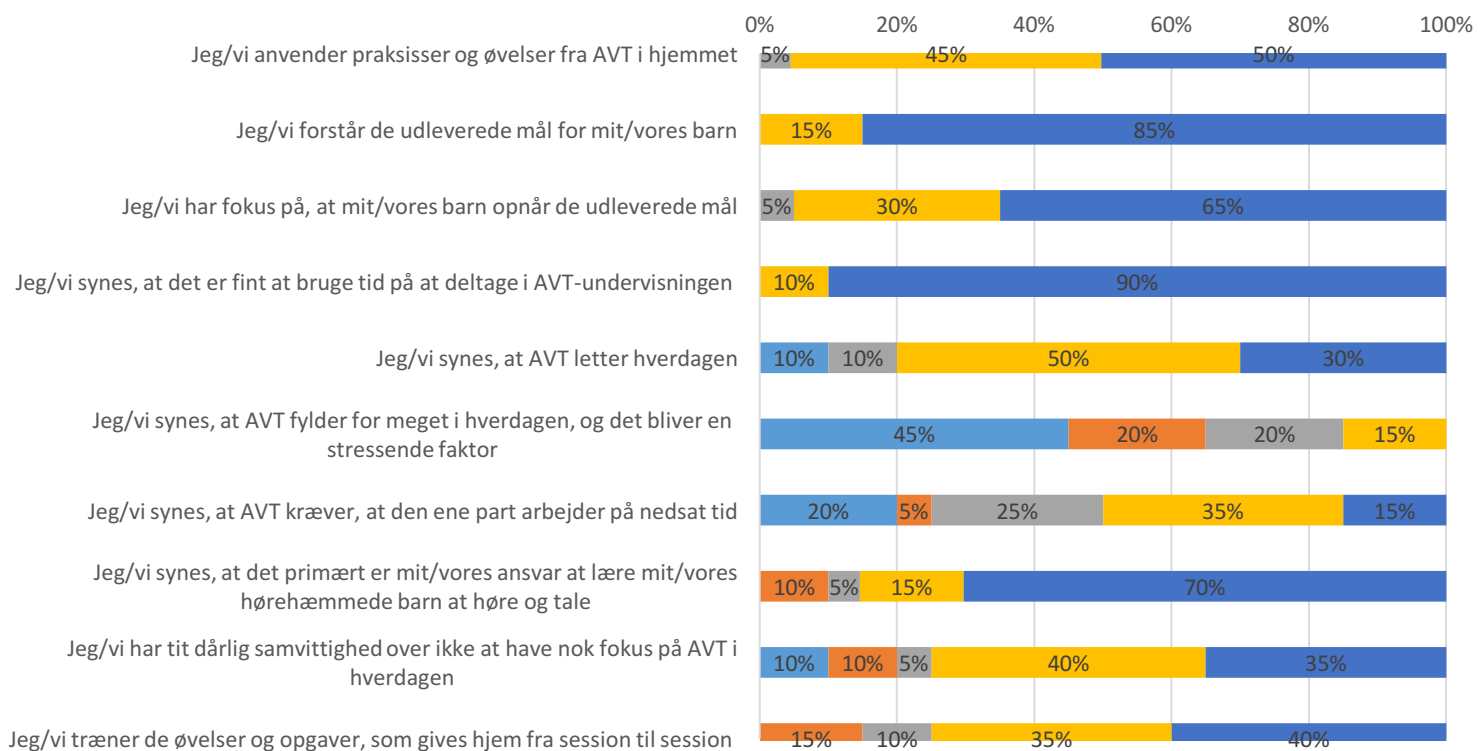
Figur 23 viser en grafisk fremstilling af de procentvise besvarelser i spørgeblok 7-16 for hhv. forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS. Der ses overordnet stor enighed mellem besvarelserne fra de to grupper. Hvor større forskelle ses i grafen, som fx ved spg. 7: "Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet" og spg. 13: "Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid", fordeler besvarelserne sig her stadig i de samme ender af skalaen, hvormed der stadig er en generel positiv eller negativ enighed om de enkelte udsagn.

Figur 23: Overblik over besvarelser til spørgeblokken spg. 7-16 for hhv. a) forældre til børn med CI og b) forældre til børn med HA/BAHS **Kilde:** Selvproduceret

a) Forældre til børn med CI (n=34)



b) Forældre til børn med HA/BAHS (n=20)



4.3 Sammenligning af forældreopfattelser i forhold til forældrenes ressourcer

Formålet med dette delafsnit er at sammenligne opfattelser i forhold til forældrenes ressourcer, defineret ud fra baggrundsvariable baseret på spørgsmål 2-4. Disse baggrundsvariable omhandler forældrenes uddannelseslængde og samlivssituation. Efter gennemgangen af de enkelte spørgsmål står det klart, at det ikke er muligt lave valide sammenligninger ud fra opdelinger af forældre på baggrund af uddannelseslængde (Spg. 2 og 3) og samlivssituation (Spg. 4) pga. for få antal informanter i flere af de grupper, der skal danne basis for sammenligningen. Det giver således ikke mening at sammenligne en stor gruppe på 49 informanter med grupper på hhv. 2 og 4 informanter, som tilfældet eksempelvis er ud fra resultaterne af spørgsmål 2.

5.0 Diskussion

Nærværende afsnit er overordnet inddelt i to hovedafsnit: metodediskussion og resultatdiskussion. Metodediskussionen er placeret først, da forbehold ved metoden kan have konsekvenser for den følgende resultatdiskussion og heraf de endelige konklusioner.

5.1 Diskussion af metode

I dette afsnit diskuteres den anvendte metode herunder overvejelser om forskellige parametres betydning for udfaldet af undersøgelsen, og om der er forhold ved undersøgelsen, der kan have forårsaget bias.

5.1.1 Patientforening og forskning

Som tidligere nævnt er nærværende speciale tilknyttet foreningen Decibels landsdækkende AVT-forskningsprojekt, som har stået for indsamlingen af informanter og udarbejdelsen af spørgeskemaet, der ligger til grund for dette speciale. Decibel er landsforening for børn og unge med høretab og kan således kategoriseres som en patientforening, hvis formål er at varetage medlemmernes interesser. Det kan ud fra et forskningsmæssigt perspektiv diskuteres, om en patientforening kan indsamle objektiv empiri og udføre objektive fortolkninger. Med objektivitet menes, at det er undgået, at partiske meninger og forudindtaget holdninger har været styrende for udarbejdelsen af dataindsamlingsmetoden eller den efterfølgende fortolkning af data. Denne mulige påvirkning af en undersøgelses udfald betegnes *confirmation bias* (Nickerson, 1998). Enhver form for forskning kan indeholde *confirmation bias*, uanset om forskeren synes at have interessekonflikter eller ej, da det er en menneskelig og delvist ubevidst tendens at lede efter information, der bekræfter ens forudindtagne holdninger (Ibid.). Medlemmer af foreningen Decibel består hovedsageligt af forældre til børn med høretab, hvis interesse er at skabe de samme muligheder for deres børn, som hvis de ikke havde høretabet. Der fordres af denne grund ikke et særligt udfald i undersøgelsen. Til sammenligning skal nævnes Kræftens Bekæmpelse, hvilket også er en patientforening som udfører forskning. Faktisk vurderes Kræftens Bekæmpelses forskning meget højt i det internationale forskningsmiljø. Det internationale Scimago Institutions Rankings, som hvert år rangerer de bedste forskningsinstitutioner i verden, placerede i 2014

Kræftens Bekæmpelse som nr. 1 i Danmark og nr. 68 på verdensplan sammenlignet med flere end 5.100 universiteter og forskningsinstitutioner (Kræftens Bekæmpelse, 2013). Risikoen for *confirmation bias* ved nærværende undersøgelse vurderes af denne grund ikke til at være større end ellers alene fordi det er en patientforening, der har udarbejdet dataindsamlingsmetoden.

At være en patientforening kan modsat være fordelagtigt jævnfør Johnson og Christensens (2012) 2. princip om forståelse af sine informanter. Da foreningen hovedsageligt består af forældre til børn med høretab, findes der logisk en god empatisk forståelse for informanterne, hvilket er en effektiv strategi til at få konstrueret et godt spørgeskema. At Decibel er en patientforening, kan således vurderes som et positivt skridt i retningen mod en valid undersøgelse.

5.1.2 Informanter

Da indsamlingen af informanter til dette speciale er foretaget gennem det større Decibel-projekt, er et større antal informanter anvendt i specialet, end det havde været muligt at skaffe på egen hånd i den begrænsede tidsperiode, der har været til rådighed. Informantgruppen er på 55 forældre til børn med høretab, hvilket sammenlignet med tidligere relevant forskning gennemgået i litteraturgennemgangen (Se Tabel 4 under afsnit 2.2.5) er af mindst samme omfang og endda blandt de største informantgrupper.

Indsamlingen er sket gennem stratifikationsprincippet, hvilket søger at gøre informantgruppen repræsentativ for populationen. Der er anvendt tre stratificeringsvariabler defineret ud fra hhv. geografi, barnets høreteknologi, og om barnet har andre vanskeligheder ud over høretabet. På trods af disse tiltag mod repræsentativitet kan det diskuteres, om de informanter, der i sidste ende vælger at sige ja til at indgå i Decibels 3-årige forskningsprojekt, er en særlig type individer. Særligt kan det tænkes, at forældrenes ressourcer er en afgørende faktor for, om familien vælger at blive en del af projektet. Da der i nærværende speciale har været problemer med at definere forældrenes ressourcer, hvilket uddybes i afsnit 5.1.4.2, er det ikke muligt at afvise denne påstand.

Da informanterne var en del af et større forskningsprojekt, var det påkrævet at besvare spørgeskemaet. Svarprocenten er af denne grund 100%, hvilket er med til at højne kvaliteten af denne undersøgelse.

Endelig er det væsentligt at bemærke, at Decibel-projektet medfører et unikt tilbud til de deltagende familier, der adskiller sig fra de normale tilgængelige muligheder for danske forældre i et AVT-forløb. Det kan derfor være problematisk at generalisere resultater fra nærværende speciale til den totale population af danske forældre i et AVT-forløb.

5.1.3 Spørgeskema som metode

Til at belyse specialets problemformulering er der anvendt et spørgeskema udarbejdet af Decibel. Ifølge Olsen (2006) anvendes et spørgeskema til at opnå viden om, hvor udbredt forskellige former for adfærd eller holdninger er, og hvad de hænger sammen med. Formålet med specialet er netop at undersøge forældrenes holdninger til et AVT-forløb i en dansk kontekst og finde sammenhænge ud fra forskellige baggrundsvariabler. Spørgeskemametoden anses derfor som det rette metodevalg til at belyse specialets problemformulering. Når der sammenlignes med tidligere relevant forskning om forældres perspektiv på et AVT-forløb, er spørgeskemametoden gennemgående for alle studier (Se Tabel 4 under afsnit 2.2.5). Der synes altså at være konsensus om metoden som et velegnet dataindsamlingsinstrument på området. 2 ud af 4 af de relevante studier fremlagt i litteraturgennemgangen (Se igen Tabel 4 under afsnit 5.2.2) har anvendt yderligere dataindsamlingsmetoder ud over et spørgeskema. Jævnfør Johnson og Christensens (2012) 12. princip om brugen af spørgeskemaer som forskningsmetode bør det altid overvejes at supplere spørgeskemaundersøgelsen med yderligere forskningsmetoder. Til at belyse dette speciales problemformulering kunne det uden tvivl have været fordelagtigt at anvende supplerende forskningsmetoder, særligt af kvalitativ karakter, til at få et mere nuanceret billede af forældrenes holdninger. Dette kunne have været gjort gennem interviews, fokusgrupper eller ved at supplere spørgeskemaet med flere kvalitative elementer i form af åbne spørgsmål. Grundet specialets begrænsninger, både i tid og omfang, blev det vurderet, at det ikke var muligt at foretage et sådant supplement til undersøgelsen.

5.1.4 Validitet af specialets undersøgelse

Konstruktionen af et spørgeskema er som tidligere nævnt af afgørende betydning for undersøgelsens validitet. I det følgende afsnit vil der blive taget kritisk stilling de spørgsmål, der udgør dette speciales undersøgelse. Desuden diskuteres validiteten i forhold til proceduren for dataindsamling.

5.1.4.1 Manglende kontekst

Når et spørgeskema besvares, kan informantens forståelse af hvert spørgsmål påvirkes af konteksten. Forståelsen for samme spørgsmål kan fx ændre betydning, hvis spørgsmålet placeres i en ny sammenhæng. Dette indebærer, at informanter kan have en tendens til at bevare et spørgsmål i lyset af, hvordan de tidligere spørgsmål er blevet besvaret. Af Olsen (2006) kaldes dette *konteksteffekter* og forekommer især ved holdningsspørgsmål, særligt hvis de er opbygget i et sammenhængende forløb som en spørgeblok. Spørgsmålene i nærværende undersøgelse, som i stor grad udgøres af holdningsspørgsmål, er udvalgt fra et større spørgeskema og således udplukket fra en kontekst blandt mange andre spørgsmål. Det er af denne grund umuligt for dette speciale at klarlægge, om de 16 spørgsmål kan være påvirket af konteksten og i givet fald hvordan.

5.1.4.2 Spørgsmålskonstruktioner

På trods af flere afprøvninger af spørgeskemaet inden udsendelse til informanterne, har der efterfølgende vist sig forhold ved konstruktionen af spørgsmålene og de dertilhørende svarmuligheder, der kan have påvirket validiteten af undersøgelsen. Disse forhold diskuteres i det følgende:

Spørgsmål 1 – Svarmuligheden 'Både BAHA og HA'

Denne fejlkilde er allerede omtalt under analysen af spørgsmål 1; "Hvad er barnet bruger af?" og omhandler svarmuligheden 'Både BAHA og HA'. Denne svarmulighed var oprindeligt ikke medtaget, men efter en informant i indsamlingsprocessen gjorde opmærksom på denne mangel, blev svarmuligheden tilføjet skemaet. Dette var en kun muligt, da spørgeskemaet blev udsendt

løbende. Alle informanter har af denne årsag ikke haft de samme valg af besvarelser, hvilket medfører bias af dette spørgsmål. Det er umuligt at vide, om andre informanter inden tilføjelse af svarmuligheden har manglet denne besvarelse og i manglen fejlagtigt har placeret deres svar i en af de andre kategorier. I sidste ende er det dog ligegyldigt for nærværende undersøgelse, om disse informanter fejlagtigt har svaret, at deres barn bruger kun HA eller kun BAHS, da formålet med spørgsmålet var at opdele forældrene i de to grupper: Forældre til børn med HA/BAHS og forældre til børn med CI. Uanset om disse forældre sat kryds ved HA eller BAHS, vil de således ryge under den samme kategori (Forældre til børn med HA/BAHS), som hvis de havde den korrekte svarmulighed "*Både BAHA og HA*". Det vurderes hermed ikke, at undersøgelsens validitet er påvirket.

Spørgsmål 2, 3 og 4 – Belysning af forældrenes ressourcer

Det kan diskuteres, om de baggrundsspørgsmål, der var udvalgt til at belyse forældrenes ressourcer har været tilstrækkelig nuanceret. Resultaterne af spørgsmålene til hhv. mors og fars uddannelseslængde viste sig at give en stor overvægt af besvarelser i kategorien '*Mere end 13 år*'. Da folkeskolen i Danmark udgør 9-10 års uddannelse, og længden på en ungdomsuddannelse er 1-3 år, placeres mødre som fædre med en videregående uddannelse i de fleste tilfælde i kategorien '*Mere end 13 år*'. Der skelnes i de aktuelle svarmuligheder således ikke mellem, om forældrene har en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse eller sågar en ph.d.. Dette kunne have været ønskeligt for en mere nuanceret belysning af forældrenes ressourcer.

Ud over spørgsmål 2 og 3 om uddannelseslængde blev forældrenes ressourcer forsøgt belyst med spørgsmål 4 omhandlende forældrenes samlivssituation. Det kunne endvidere have været fordelagtigt for vurderingen af ressourcer at tilføje spørgsmål om indkomst og beskæftigelse, hvilket også er sociodemografiske faktorer. Alt i alt vurderes det, at det i nærværende undersøgelse ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes at belyse forældrenes ressourcer.

Spørgsmål 12 – Dobbelt spørgsmål

I spørgsmål 12, skal informanterne vurdere, hvor enige de er i udsagnet: "*Jeg/vi synes, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor*". Dette må anses som værende et dobbelt spørgsmål, idet informanterne både bliver bedt om at vurdere om AVT fylder for meget i

hverdagen, OG om AVT bliver en stressende faktor. Jævnfør Johnson og Christensens (2012) 6. Princip (Se afsnit 3.2.1.2) er det svært at afgøre, om informanterne vurderer disse to spørgsmål ens eller har forskellig holdning til de to. Det havde af denne grund været optimalt, at opdele udsagnet som 2 separate spørgsmål, der hver især skulle bedømmes.

Spørgsmål 14 – "Hørehæmmede barn"

Udsagnet, der skal vurderes i spørgsmål 14, lyder: *"Jeg/vi synes, at det primært er mit/vores ansvar at lære mit/vores hørehæmmede barn at høre og tale"*. I nærværende speciale er termen *"hørehæmmede barn"* bevidst undgået og erstattet af *"barn med høretab"*. Dette term formår, modsat *"hørehæmmede barn"*, at beskrive børnene som en heterogen gruppe, der blot har det til fælles, at de har et høretab (Se evt. afsnit 1.4 Terminologi). Det anslås dog ikke, at brugen af denne terminologi har påvirket validiteten af spørgsmålet.

Spørgsmål 15 – Ledende spørgsmål

I spørgsmål 15 blev forældrene bedt om at vurdere, hvor enige de var i udsagnet: *"Jeg/vi har tit dårlig samvittighed over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen"*. Det kan diskuteres, hvorvidt dette spørgsmål er for ledende, hvilket i henhold til Johnson og Christensens (2012) 5. princip kan medføre bias. Alle forældre kender til dårlig samvittighed over for deres barn, uanset om barnet er i et AVT-forløb eller ej. Af den grund kan det argumenteres for, at spørgsmål 15 introducerer en bias, idet mange småbørnsforældre sandsynligvis ville berette om at have dårlig samvittighed over ikke at være nærværende nok for deres barn.

5.1.4.3 Procedure for dataindsamling

Det er væsentligt for validiteten af undersøgelsen at påpege, at forældre til børn med HA/BAHS har udfyldt deres spørgeskema efter 6 måneder i et AVT-forløb, hvorimod forældre til børn med CI har udfyldt skemaet efter 1 år i et AVT-forløb. Hvormed der i resultaterne kan findes forskelle mellem disse to grupper, kan det ikke påvises udelukkende at skyldes deres børns forskellige høreteknologi, eller om forskelle på længden af AVT-forløbet har haft betydning for resultaterne. Netop varighed af interventionsforløbet er i studiet af Yucel et al. (2008) (Jævnfør afsnit 2.2.3) blevet fundet at være afgørende for forældrenes behov gennem et AVT-forløb. Det er hermed

meget sandsynligt, at varighed af AVT-forløbet også kan have betydning for forældreopfattelserne. Varighed af forløbet kan således betegnes som en *confounder* i specialets sammenligning af forældreopfattelser i forhold til barnets høreteknologi.

Grundet det krydssektionelle design af metoden, skal det ligeledes understreges, at der er tale om et øjebliksbillede af forældrenes holdning til et AVT-forløb, hvilket fx kan ændre sig over den 3-årige periode, Decibel-projektet løber. Nærværende speciale behandler kun de foreløbige data fra Decibel-projektet, der er af longitudinelt design og således søger at klarlægge dette element.

5.2 Diskussion af resultater

I det følgende afsnit vil overvejelser omkring de fundne resultater blive gennemgået og diskuteret. Diskussionen vil tage udgangspunkt i specialets fire forskningsspørgsmål. De fire hovedafsnit i resultatdiskussionen har fået følgende titler: *"Forældreopfattelser i forhold barnets høreteknologi"*, *"Forståelse for AVT-metodens mål"*, *"Opfattelser i forhold til forældrenes ressourcer"* og *"Implementering af AVT-metoden i en dansk kontekst"*. Resultaterne vil i hvert af disse afsnit blive diskuteret op imod forskningsoversigten i afsnit 2, og metodediskussionens forbehold tages i betragtning.

5.2.1 Forældreopfattelser i forhold til barnets høreteknologi

Resultaterne af de 12 sammenlignede holdningsspørgsmål viste påfaldende enighed i samtlige spørgsmål mellem forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS. Hvor enkelte forskelle er observeret, er der tale om mindre gradbøjninger af enighed, hvor den ene gruppe fx har en tendens til at være helt enige i det pågældende udsagn, og den anden gruppe af forældre i stedet kun har en tendens til at være delvist enige. Der er således stadig generel positiv eller negativ overensstemmelse mellem de to grupper i samtlige holdningsspørgsmål.

Opdelingen af forældre i to grupper ud fra deres barns høreteknologi, er med henvisning til afsnit 2.5.1 baseret på et studie af Spanh et al. (2003), som fandt forskelle mellem disse forældregrupper stressniveau og forventninger til deres barn. Det er af denne grund særligt interessant at sammenligne resultaterne af spørgsmål 11: *"Jeg/vi synes, at AVT letter hverdagen"*,

spørgsmål 12: "Jeg/vi synes, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor",
spørgsmål 13: "Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid" og spørgsmål
15: "Jeg/vi har tit dårlig samvittighed over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen", da disse
spørgsmål søger at belyse forældrenes stressniveau som følge af AVT.

Til spørgsmål 11 angav 59% af forældre til børn med CI, at de var enten delvist enige eller helt
enige i at AVT letter hverdagen. Herudover angav 29%, at de var hverken enige eller uenige i
udsagnet. Blandt forældre til børn med HA/BAHS var hele 80% enten delvist eller helt enige i, at
AVT letter hverdagen. På trods af forskelle mellem de to gruppers besvarelser, ses der altså stadig
overordnet enighed om, at AVT letter hverdagen.

Til spørgsmål 12 var der generelt overvejende uenighed til udsagnet for begge grupper, da hhv.
70% og 65% angav, at de enten var delvist uenige eller helt uenige i, at AVT fylder for meget i
hverdagen og bliver en stressende faktor. Som nævnt i metodediskussionen står det ikke helt
klart, om forældrene er uenige i, at AVT fylder for meget i hverdagen eller uenige i, at AVT er en
stressende faktor, eller de er uenige i begge dele. Alligevel må det ud fra besvarelserne udledes, at
begge forældregrupper ikke føler at AVT er et element, der gør hverdagen mere stressende end
ellers.

Til spørgsmål 13 var der derimod større uenighed både internt i forældregrupperne og mellem de
to. 70% af forældre til børn med CI var enten helt enige eller delvist enige i, at AVT kræver, at den
ene part arbejder på nedsat tid, hvor dette galt for kun 50% af forældre til børn med HA/BAHS.
25% af forældre til børn med HA/BAHS forholdt sig neutralt til dette spørgsmål og var således
hverken enige eller uenige i udsagnet. Da forældre til børn med CI og forældre til børn med
HA/BAHS har besvaret spørgeskemaet efter hhv. 1 år i et AVT-forløb og 6 mdr. i et AVT-forløb, er
det med forbehold, at forskelle i opfattelserne kan siges at være en følge af deres børns forskellige
høreteknologi. Det kan således diskuteres, om forskellene i forældregruppernes besvarelser til
spørgsmål 13 i stedet er en følge af de forskellige varigheder af AVT-forløbet. Forældre til børn
med HA/BAHS har på det tidspunkt, hvor spørgeskemaet er besvaret, kun været i et AVT-forløb i 6
måneder, hvormed det kan tænkes, at forældrene endnu ikke føler sig i stand til at vurdere, om
AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid. Denne påstand underbygges af, at hele 25%

har valgt den neutrale svarmulighed *'Hverken enig eller uenig'*, hvorimod kun 3% af forældrene til børn med CI forholdt sig neutralt til udsagnet i spørgsmål 13.

Som tidligere nævnt kan det diskuteres, om spørgsmål 15 er et ledende spørgsmål, hvormed besvarelsenerne af dette spørgsmål muligvis kan indeholde bias. 76% af forældrene til børn med CI og 75% af forældre til børn med HA/BAHS erklærede sig enten helt eller delvist enige i udsagnet om at have dårlig samvittighed over ikke at have nok fokus på AVT i hverdagen. Resultaterne er således ens for de to forældregrupper. Da dårlig samvittighed ofte hænger sammen med det at være forældre, fortæller resultaterne ikke med sikkerhed, om denne følelse er en følge af AVT. Neuss (2006) fandt gennem en kombination af spørgeskemaer, interviews og fokusgruppe, at forældre i et AVT-forløb kunne have skyldfølelse over ikke at stimulere deres barn tilstrækkeligt, på trods af at de anvendte en bred vifte af AVT strategier. Der kan således være tale om, at bevidstheden hos forældrene om den særlige indsats der skal gøres for at understøtte barnets auditive og talesproglige udvikling skærpes, hvormed mange forældre i et AVT-forløb føler skyld over, at de burde have mere fokus på AVT i hverdagen.

Resultaterne af nærværende studie viser således, at der ses en generel tendens blandt både forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS til at mene, at AVT letter hverdagen uden at fylde for meget og blive en stressende faktor. Mange forældre plages dog af skyldfølelse over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen og mener, at metoden kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid. Der er i specialet ikke medtaget spørgsmål, der kan belyse forældrenes forventninger til deres barn, hvilket kunne have været interessant set i lyset af resultaterne fra studiet af Spahn et al. (2003). Ud fra resultaterne kan det diskuteres, hvorvidt AVT, for at aflaste forældrene, i praksis kan eller bør udliciteres til pædagoger/dagplejere eller andre professionelle. Hermed kan det eventuelt undgås, at den ene forældre skal arbejde på nedsat tid. Her skal dog henvises til afsnit 2.3 om forældrenes betydning for barnets sproglige udvikling, der tydeliggør, hvorfor forældrenes rolle i barnets intervention ikke bør erstattes med fagpersonale. Endvidere viser resultaterne, at hele 91% af forældre til børn med CI og 85% af forældre til børn med HA/BAHS er enten delvist eller helt enige i udsagnet om, at det primært er deres eget ansvar at lære deres barn at høre og tale (Spg. 14). Endelig er 97% af forældre til børn med CI og 90% af

forældre til børn med HA/BAHS delvist eller helt enige i, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen.

5.2.2 Forståelse for AVT-metodens mål

Resultaterne af spørgsmål 8: "Jeg/vi forstår de udleverede mål for mit/vores barn" viser klart med 69% helt enige, 27% delvist enige og de resterende 4% hverken enige eller uenige, at forældrene oplever at have en god forståelse for AVT-metodens mål. Dette spørgsmål bør ikke stå alene om at belyse forskningsspørgsmålet "*Hvorvidt forstår forældrene AVT-metodens mål?*" jævnfør Johnson og Christensens (2012) 11. princip om at bruge flere forskellige spørgsmål til at belyse en problemstilling. Det kan desuden være svært for forældrene selv at vurdere, om de har en komplet og oprigtig forståelse for målene. Af denne grund suppleres besvarelsen af forskningsspørgsmålet med resultater fra spørgsmål 7, 9 og 16, der søger at belyse, hvordan forældrene bruger AVT-målene i hverdagen.

Udsagnet i spørgsmål 9 lød: "Jeg/vi har fokus på, at mit/vores barn opnår de udleverede mål". Resultaterne var her lige så entydige som ved spørgsmål 8. 69% var helt enige, 24% delvist enige og de resterende 7% forholdte sig neutralt. Stort set den samme fordeling gjorde sig gældende ved spørgsmål 7, hvor forældrene blev spurgt til, om de anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet. Besvarelserne til spørgsmål 16: "Jeg/vi træner de øvelser og opgaver, som gives hjem fra session til session" skiller sig ud blandt de andre. Færre forældre (40%) angav her, at de var helt enige i udsagnet og flere var kun delvist enige (45%). Herudover var 7% i dette tilfælde delvist uenige i udsagnet. Forklaringen herpå kunne tænkes at være, at forældrene er mere bevidste omkring de langsigtede mål i AVT og ikke giver de kortsigtede mål fra session til session samme fokus og værdi. Denne påstand kunne have været interessant at undersøge nærmere.

Når man sammenligner forældrenes forståelse af AVT-metodens mål, er det vigtigt at huske på, at målene i AVT er tilegnet det enkelte barn ved at tage højde for hørealders, kronologisk alder og barnets aktuelle formåen. Forældrene skal derfor ikke forholde sig til de samme mål, hvormed en sammenligning af forståelserne er mere abstrakt.

5.2.3 Opfattelser sammenlignet ud fra forældrenes ressourcer

Grundet metodiske problemstillinger med at belyse begrebet ressourcer har det gennem nærværende undersøgelse ikke været muligt at besvare forskningsspørgsmålet: *"I hvilket omfang er opfattelsen AVT afhængig af forældrenes ressourcer?"*. Eyalati et al. (2013) fandt, at socioøkonomisk status havde betydning for forældrenes vidensbehov i et AVT-forløb i Iran. En sammenligning med danske forældres opfattelser af et AVT havde af den grund været særlig interessant.

5.2.4 Implementering af AVT-metoden i en dansk kontekst

AVT-metoden søger, gennem rådgivning og vejledning fra en professionel, at klæde forældrene på til at kunne integrere strategier i hverdagen for hermed at kunne støtte deres barn i den auditive og talesproglige udvikling. At støtte op om sit barns auditive og talesproglige udvikling angives af samtlige forældre til at være en vindende faktor ved deltagelsen i et AVT-forløb ifølge besvarelserne til spørgsmål 5. Mere specifikt fremgår det af besvarelserne til spørgsmål 6, at 94% af forældrene enten i meget god grad eller i god grad føler sig i stand til at støtte op om deres barns auditive og talesproglige udvikling. Disse resultater må tolkes som en god implikation på, at AVT-metoden kommer til sin berettigelse i en dansk kontekst. Besvarelserne til spørgsmål 6 viser desuden, at forældrene oplever flere vindende faktorer ved deltagelsen i et AVT-forløb. Lidt over halvdelen af forældrene angiver, at man gennem et AVT-forløb bliver mere bevidst om sit barns høretab, at man bliver bedre til at samarbejde med fagfolk omkring sit barn, og man bliver bedre til at være tovholder for sit barn.

Af afsnit 5.2.2 fremgår det, at forældrene oplever at have en god forståelse for AVT-metodens mål, og at øvelser og praksisser fra undervisningen bliver anvendt i familiernes hverdag.

Overføringseffekten fra undervisningssessionerne hos den professionelle til familiens hverdag vurderes heraf til at være god. Resultaterne af spørgsmål 14 viser samtidig, at forældrene selv synes at have en god forståelse for, at de er vigtige aktører i deres barns interventionsforløb, og har således forstået et centralt grundprincip for AVT-metoden.

Forældrene udtrykker dog, at metoden kræver, at den ene forælder arbejder på nedsat tid. I en dansk kontekst vil dette i de fleste tilfælde medfølge, at familien skal have tabt arbejdsfortjeneste

for at kunne få økonomien til at hænge sammen. Trods forældrenes gode forståelse og metodens berettigelse i en dansk kontekst findes der altså forbehold ved implementering af AVT i en dansk kontekst.

Det kan diskuteres, hvorvidt uddannelsesniveaue af de professionelle, der skal rådgive og vejlede forældrene, påvirker forældrenes oplevelse af et AVT-forløb. I nærværende studie havde alle de medvirkende professionelle enten gennemført den internationale AVT-uddannelse eller opnået certificering. Som beskrevet i afsnit 2.6.4 har metodens udbredelse i Danmark været præget af manglende faglige kompetencer hos de professionelle og ulige behandlingsmuligheder i kommunerne. Kravet om uddannelse af de professionelle i dette studie var stillet for at sikre et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet til alle de deltagende familier. Generelt er forældre til børn med høretab endnu ikke sikret lige behandlingsmuligheder over hele Danmark, hvormed en generalisering af undersøgelsens resultater på den samlede population besværliggøres. Som det fremgår af specialets resultater, har de deltagende forældre i dette studie en god forståelse for og et positivt syn på AVT. Effekten af de professionelles uddannelsesniveau kan heraf kun betegnes som værende god.

6.0 Konklusion

Formålet med dette speciale var at undersøge, hvordan forældre til børn med høretab opfatter et AVT-forløb i en dansk kontekst. Det blev herunder undersøgt, om der er forskel på forældreopfattelser mellem forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS. Desuden søgte specialet at klarlægge, hvorvidt forældrene forstår AVT-metodens mål og i hvor høj grad AVT kan implementeres i en dansk kontekst. Endelig blev det forsøgt at belyse, om forældrenes opfattelser af AVT er afhængig af ressourcer defineret ud fra sociodemografiske faktorer som forældrenes uddannelseslængde og samlivssituation.

Til at besvare specialets problemformulering blev der gjort brug af udvalgte spørgsmål fra et spørgeskema designet af foreningen Decibel. Informanterne udgjorde 55 forældre til børn med høretab, som besvarede spørgeskemaet efter en varighed af interventionsforløbet på hhv. 6 måneder for forældre til børn med HA/BAHS og 1 år for forældre til børn med CI. Som følge af specialets tilknytning til Decibels landsdækkende AVT-forskningsprojekt, hvor informanterne blev fulgt gennem et 3-årigt AVT-forløb, var svarprocenten for spørgeskemaet 100%. På trods af at der er søgt repræsentativitet af informanterne i studiet, udgør disse en unik population grundet deres særlige behandlingstilbud bestående af et 3-årigt AVT-forløb af høj og ensartet kvalitet. En generalisering af studiets resultater begrænses hermed.

Resultaterne af den empiriske undersøgelse førte til følgende konklusioner på specialets problemformulering og forskningsspørgsmål:

Informanterne i dette studie synes generelt at have et positivt syn på AVT-metoden. Der ses en overordnet tendens blandt forældrene til at mene, at AVT letter hverdagen uden at fylde for meget og blive en stressende faktor. Endvidere synes de, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen og hovedparten deler holdningen om, at det primært er deres eget ansvar at lære deres barn at høre og tale. Mange forældre plages imidlertid af skyldfølelse over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen og flere mener, at metoden kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid. Der ses generelt enighed i opfattelserne af AVT mellem forældre til børn med CI og forældre til børn med HA/BAHS på samtlige aspekter.

Forældrene giver udtryk for at have en god forståelse for metodens mål og beretter, at øvelser og praksisser fra undervisningen bliver anvendt i deres hverdag. Overførselseffekten fra undervisningssessionerne hos den professionelle til familiens hverdag konkluderes heraf til at være god. Der synes dog at være en tendens til, at forældrene har mindre grad af fokus på de kortsigtede mål fra session til session end de langsigtede mål.

94% af forældrene føler sig enten i god grad eller i meget god grad i stand til at støtte op om deres barns auditive og talesproglige udvikling, og samtlige forældre angiver dette element til at være en vindende faktor ved deltagelsen i et AVT-forløb. Lidt over halvdelen af forældrene angiver desuden, at man gennem et AVT-forløb bliver mere bevidst om sit barns høretab, at man bliver bedre til at samarbejde med fagfolk omkring sit barn, og man bliver bedre til at være tovholder for sit barn. På denne baggrund er konklusionen, at AVT-metoden kommer til sin berettigelse i en dansk kontekst. Forældrenes holdning om at AVT kræver, at den ene forælder arbejder på nedsat tid, kan imidlertid påvirke metodens implementeringen blandt danske forældre.

Undersøgelsen formåede ikke tilstrækkelig nuanceret at belyse forældrenes ressourcer, hvormed det ikke var muligt at lave valide sammenligninger af forældrene på denne baggrund. En konklusion på forskningsspørgsmålet: "I hvilket omfang er opfattelsen AVT afhængig af forældrenes ressourcer?" er derfor ikke mulig.

7.0 Perspektivering

Resultaterne af nærværende speciale viser, at AVT-metoden har sin berettigelse i en dansk kontekst, og at forældrene har et positivt syn på metoden. Implementeringen af metoden i Danmark afhænger imidlertid af mere end forældrene. De danske professionelles faglige niveau er stadig varierende, selvom flere efterhånden opnår en international standard. Selvom uddannelse må anses for at være vejen frem mod et højere fagligt niveau inden for AVT i Danmark, skal der alligevel stilles spørgsmålstejn ved den amerikanske uddannelse og certificerings relevans i en dansk kontekst. AG Bells certificering er yderst sprogspecifik og tager ikke højde for danske samfundsforhold. Herudover koster uddannelsen mange penge, hvilke danske professionelle hidtil har fået sponsoreret gennem større private virksomhedsfonde. Denne løsning er ikke holdbar på sigt, hvor behovet for AVT i Danmark må anses som stigende. Et alternativ til en mere bæredygtig løsning kan være en dansk efteruddannelse i AVT, opbygget efter samme struktur som eksempelvis speciallægeuddannelserne, bestående af dels en teoretisk uddannelse og dels en såkaldt mesterlære, over en årrække på 3-5 år.

Specialets resultater viser desuden, at forældrenes syn på AVT ikke synes at afhænge af børnenes høreteknologi. Uanset om barnet har CI eller HA/BAHS oplever forældrene, at metoden letter deres hverdag og gør dem i stand til at støtte deres barns auditive og talesproglige udvikling. Dette kan ses som en indikation på, at børn med HA/BAHS i praksis burde tilbydes de samme behandlingsmuligheder som børn med CI, jævnfør Sundhedsstyrelsens (2012) retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark.

Yderligere forskning omkring opfattelser af AVT blandt forældre med forskellige ressourcer er ønskeligt, da dette ikke blev klarlagt gennem nærværende speciale.

Afslutningsvis kan Decibels forskningsprojekt medvirke til at sætte resultaterne af dette speciale i et større perspektiv og bidrage med ny viden omkring AVT i Danmark.

8.0 Litteraturliste

AG Bell (2012a): *2012 Certification Handbook*. Lokaliseret 25-02-16 på:

http://www.agbell.org/uploadedFiles/Get_Certified/Getting_Certified/Final%202012%20Handbook.pdf

AG Bell (2012b): *2012 APPLICATION PACKET*. Lokaliseret 25-02-16 på:

http://www.agbell.org/uploadedFiles/Get_Certified/Getting_Certified/Editable%20AVT%202012.pdf

AG Bell (u.å.a): CEUs for LSLs Applicants. Lokaliseret 07-04-16 på:

<http://www.agbell.org/AcademyDocument.aspx?id=571>

AG Bell (u.å.b): *Locate a LSLs*. Lokaliseret 26-02-16 på:

<https://netforum.avectra.com/eweb/DynamicPage.aspx?Site=AGBELL&WebCode=In dResult&FromSearchControl=Yes&FromSearchControl=Yes>

Alston, E. & St. James-Roberts, I. (2005): *Home environments of 10-month-old infants selected by the WILSTAAR screen for pre-language difficulties*. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(2), 123-136.

Archbold, S. M., Nikolopoulos, T. P., Tait, M., O'donoghue, G. M., Lutman, M. E. & Gregory, S. (2000): *Approach to Communication, Speech Perception and Intelligibility after Paediatric Cochlear Implantation*. *British Journal of Audiology*, 34, 257-264.

Boolsen, M. W. (2008): *Spørgeskemaundersøgelser: Fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. København: Hans Reitzels Forlag

Brown, C. (2006): *Early intervention: Strategies for public and private sector collaboration*. Paper presented at the 2006 Convention of the Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing. Pittsburgh, PA.

Burger, T., Spahn, C., Richter, B., Eissele, S., Löhle, E. & Bengel, J. (2005): *Parental Distress: The Initial Phase of Hearing Aid and Cochlear Implant Fitting*. *American Annals of the Deaf*, 150(1), 5-10.

Caraway, T. & Horvath, J. (2012): *How are different adult learning styles accommodated in auditory-verbal therapy and education?* I: Estabrooks, W. (Ed.) (2012): *101 Frequently Asked Questions About Auditory-Verbal Practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.

Cole, E. & Flexer, C. (2011): *Children with Hearing Loss: Developing Listening and Talking, Birth to Six (2. Ed)*. San Diego: Plural Publishing Inc.

Connor, C. M., Craig, H. K., Raudenbush, S. W., Heavner, K. & Zwolan, T. A. (2006): *The Age at Which Young Deaf Children Receive Cochlear Implants and Their Vocabulary and Speech-Production Growth: Is There an Added Value for Early Implantation?*. *Ear & Hearing*, 27, 628-644.

Conti-Ramsden, G., Hutcheson, G., & Grove, J. (1995): *Contingency and breakdown: Children with SLI and their conversations with mothers and fathers*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38, 1290–1302.

Cupples, L., Ching, T., Crowe, K., Seeto, M., Leigh, G., Street, L., Day, J., Marnane, V. & Thomson, J. (2014): *Outcomes of 3-Year-Old Children With Hearing Loss and Different Types of Additional Disabilities*. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(1), 20-39.

Daniel, L. (2012): *What is acoustic highlighting?* I: Estabrooks, W. (Ed.) (2012): *101 Frequently Asked Questions About Auditory-Verbal Practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.

Decibel (u.å.a): *Om Decibel - Hvem er Decibel?*. Lokaliseret 23-03-16 på:

<http://www.decibel.dk/decibel>

Decibel (u.å.b): *Om Decibels AVT-forskningsprojekt*. Lokaliseret 23-03-16 på:

<http://www.decibel.dk/component/content/article/26-uncategorised/244-om-decibels-avt-forskningsprojekt>

Dornan, D. A. (2010): *Outcomes for Young Children with Hearing Loss in an Auditory-Verbal Therapy Program* [Ph.d.-afhandling]. School of Health and Rehabilitation Sciences, University of Queensland, Australien.

Duncan, J. & Rhoades, E. A. (2010): *Introduction to Auditory-Verbal Practice*. I: Rhoades, E. A. & Duncan, J. (Ed.) (2010): *Auditory-Verbal Practice: Toward a Family-centered Approach*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, Ltd.

Estabrooks, W. (2006): *Auditory-Verbal Therapy and Practice*. I: Estabrooks, W. (Ed) (2006): *Auditory-Verbal Therapy and Practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.

Estabrooks, W. (2012): *What is auditory-verbal practice?* I: Estabrooks, W. (Ed.) (2012): *101 Frequently Asked Questions about Auditory-Verbal Practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.

Eyalati, N., Jafari, Z., Ashayeri, H., Salehi, M. & Kamali, M. (2013): *Effects of Parental Education Level and Economic Status on the Needs of Families of Hearing-Impaired Children in the Aural Rehabilitation Program*. Iranian Journal of Otorhinolaryngology, 25(70), 41-48.

Fickenscher, S. & Gaffney, E. (Ed: Dickson, C. L.) (2016): *Auditory Verbal Strategies to Build Listening and Spoken Language Skills*. Lokaliseret 07-03-2016 på:

<http://www.auditory-verbal-mentoring.com>

Flexer, C., Goldberg, D. M. & Moog, J. S. (2012): *What is the history of the Listening and Spoken Language Specialist certification?* I: Estabrooks, W. (Ed.) (2012): *101 Frequently Asked Questions About Auditory-Verbal Practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.

Franck, B. (2007a): *Den danske AVT-gruppe*. Decibelbladet, 10(2), 10-12.

Franck, B. (2007b): *Auditory Verbal Therapy*. Cochlear Implant Foreningens Nyhedsbrev, 6(1), 9

Franck, B. (2008): *Optakt til AVT*. Decibelbladet, 11(2), 6-7.

Geers, A. E. (2002): *Factors Affecting the Development of Speech, Language, and Literacy in Children With Early Cochlear Implantation.* Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 33, 172-183.

Geers, A. E., Nicholas, J. G. & Sedey, A. L. (2003): *Language Skills of Children with Early Cochlear Implantation.* Ear & Hearing, 24, 46-58.

Girolametto, L., Weitzman, E., Wiigs, M. & Pearce, P. S. (1999): *The Relationship Between Maternal Language Measures and Language Development in Toddlers with Expressive Vocabulary Delays.* American Journal of Speech-Language Pathology, 8, 364-374.

Goldberg, D. M. & Flexer, C. (2001): *Auditory-Verbal Graduates: Outcome Survey of Clinical Efficacy.* Journal of the American Academy of Audiology, 12(8), 406-414.

Goldberg, D. M. & Flexer, C. (2012): *What is the History of Auditory-Verbal Practice?. I:* Estabrooks, W. (Ed.) (2012): *101 Frequently Asked Questions about Auditory-Verbal Practice.* Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing.

Goldberg, D. M., Flexer, C. & Dickson, C. (2010): *AG Bell Academy certification program for Listening and Spoken Language Specialists: Meeting a world-wide need for qualified professionals.* The Volta Review, 110(2), 129-143.

Goodman, J. C., Dale, P. S. & Li, P. (2008): *Does frequency count? Parental input and the acquisition of vocabulary.* Journal of Child Language, 35(3), 515-531.

Hammer, C. S., Tomblin, J. B., Zhang, X. & Weiss, A. L. (2001): *Relationship between parenting behaviours and specific language impairment in children.* International Journal of Language & Communication Disorders, 36(2), 185-205.

Hansen, N. M., Marckmann, B. & Nørregård-Nielsen, E. (2008): *Spørgeskemaer i virkeligheden: Målgrupper, design og svarkategorier.* København: Samfundslitteratur

Hanson, M. J. & Hanline, M. F. (1990): *Parenting a Child with a Disability: A Longitudinal Study of Parental Stress and Adaptation.* Journal of Early Intervention, 14(3), 234-248.

- Harrison, R. V., Panesar, J., El-Hakim, H., Abdoell, M., Mount, R. J. & Papsin, B. (2001):** *The effects of age of cochlear implantation on speech perception outcomes in prelingually deaf children.* Scandinavian Audiology, 30(Suppl 53), 73-78.
- Haven, A. & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2007):** *Auditory Verbal Therapy.* Dansk Audiologopædi, 43(1), 4-9.
- Haven, A. & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2009):** *Trust the Hearing.* Decibelbladet, 12(1), 14-15.
- Haven, A. & Rødsgaard-Mathiesen, V. (2011):** *Vejen frem for børn med høretab ...* Specialpædagogik, 5, 33-41.
- Hintermair, M. (2000):** *Children Who Are Hearing Impaired with Additional Disabilities and Related Aspects of Parental Stress.* Exceptional Children, 66(3), 327-332.
- Hoff, E. & Naigles, L. (2002):** *How Children Use Input to Acquire a Lexicon.* Child Development, 73(2), 418-43.
- Johnson, R. B. & Christensen, L. B. (2012):** *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches (4. Edition).* Los Angeles, CA: SAGE Publications Inc.
- Kræftens Bekæmpelse (2013):** Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning. Lokaliseret 11-05-16 på:

<https://www.cancer.dk/forskning/center-for-kraefftforskning/>
- Lederberg, A. R. & Golbach, T. (2002):** *Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study.* Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7, 330-345.
- Madell, J. R. & Flexer, C. (2008):** *Pediatric Audiology: Diagnosis, Technology, and Management.* New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Markus, J., Mundy, P., Morales, M., Delgado, C. E. F. & Yale, M. (2000):** *Individual Differences in Infant Skills as Predictors of Child-Caregiver Joint Attention and Language.* Social Development, 9(3), 302-315.

Meinzen-Derr J., Lim, L. H. Y., Choo, D. I., Buyniski, S. & Wiley, S. (2008): *Pediatric hearing impairment caregiver experience: Impact of duration of hearing loss on parental stress.*

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 72, 1693-1703.

Mitchell, R. E. & Karchmer, M. A. (2004): *Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States.* *Sign Language Studies*, 4(2), 138-163.

Moeller, M. P. (2000): *Early Intervention and Language Development in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing.* *Pediatrics*, 106(3), 1-9.

Moog J. S. (2002): *Changing expectation for children with cochlear implants.* *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 111(5), 138-142.

Neuss, D. (2006): *The Ecological Transition to Auditory-Verbal Therapy: Experiences of Parents Whose Children Use Cochlear Implants.* *The Volta Review*, 106(2), 195-222.

Nickerson, R. S. (1998): *Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises.* *Review of General Psychology*, 2(2), 175-220.

Nikolopoulos, T. P., Gibbin, K. P. & Dyar, D. (2004): *Predicting speech perception outcomes following cochlear implantation using Nottingham children's implant profile (NCHIP).* *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 68, 137-141.

Olsen, H. (2006): *Guide til gode spørgeskemaer* [Elektronisk version]. København: Socialforskningsinstituttet. Lokaliseret 23-04-16 på:

<http://gl.sfi.dk/resultater-4726.aspx?Action=1&NewsId=121&PID=9422>

Percy-Smith, L., Cayé-Thomasen, P., Breinegaard, N. & Jensen, J. H. (2010): *Parental mode of communication is essential for speech and language outcomes in cochlear implanted children.* *Acta oto-laryngologica*, 130(6), 708-715.

Percy-Smith, L., Thomasen, P.C., Jensen J.H., Gudman M. & Thomsen, J. (2008a): *Factors that Affect level of social well-being of children with CI.* *Cochlear Implant International*, 9(4), 199-214.

Percy-Smith L., Cayé-Thomasen P., Gudman M., Jensen J.H., Thomsen J. (2008b): *Self-esteem and social well-being of children with cochlear implant compared to normal-hearing children.*

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 72, 1113-1120.

Pipp-Siegel, S., Sedey, A. L., & Yoshinaga-Itano, C. (2002): *Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss.* Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7(1), 1-17.

Pollack, D. (1974): *Denver's Acoupedic Program.* Peabody Journal of Education, 51(3), 180-185.

Quittner, A. L., Barker, D. H., Cruz, I., Snell, C., Grimley, M. E., Botteri, M. & the CDaCI Investigative Team (2010): *Parenting Stress Among Parents of Deaf and Hearing Children: Associations with Language Delays and Behavior Problems.* Parenting: Science and Practice, 10, 136-155.

Quittner, A. L., Glueckauf, R. L. & Jackson, D. N. (1990): *Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support.* Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1266-1278.

Quittner, A. L., Steck, J. T. & Rouiller, R. L. (1991): *Cochlear implants in children: A study of parental stress and adjustment.* American Journal of Otology, 12(Suppl.), 95-104.

Roberts, M. Y. & Kaiser, A. P. (2011): *The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis.* American Journal of Speech-Language Pathology, 20, 180-199.

Rowe, M. L. (2008): *Child-directed speech: relation to socioeconomic status, knowledge of child development and child vocabulary skill.* Journal of Child Language, 35(1), 185-205.

Sanggaard, K. M. (2007): *Genetiske årsager til autosomal dominant hørenedsættelse i 10 familier.* Ugeskrift for Læger, 169, 40.

Sarant, J. & Garrard, P. (2014): *Parenting Stress in Parents of Children With Cochlear Implants: Relationships Among Parent Stress, Child Language, and Unilateral Versus Bilateral Implants.* Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 19(1), 85-106.

SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2014): *Døvfødte børn og deres livsbetingelser.*

Lokaliseret 20-04-2016 på:

https://pure.sfi.dk/ws/files/201783/1406_Doevfoedte_boern.pdf

Smith, K. E., Landry, S. H. & Swank, P. R. (2000): *Does the Content of Mothers' Verbal Stimulation Explain Differences in Children's Development of Verbal and Nonverbal Cognitive Skills?*. Journal of School Psychology, 38(1), 27-49.

Socialstyrelsen (2015): *Forløbsbeskrivelse: børn og unge med tidligt konstateret høretab 0-18 år.*

Lokaliseret 26-02-16 på:

<http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/forlobsbeskrivelse-born-og-unge-med-tidligt-konstateret-horetab>

Spahn, C., Richter, B., Burger, T., Löhle, E. & Wirsching, M. (2003): *A comparison between parents of children with cochlear implants and parents of children with hearing aids regarding parental distress and treatment expectations.* International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 67, 947-955.

Spahn, C., Richter, B., Zschocke, I., Löhle, E. & Wirsching, M. (2001): *The need for psychosocial support in parents with cochlear implanted children.* International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 57, 45-53.

Sundhedsstyrelsen (2004): *Sundhedsstyrelsens retningslinier af 12. august 2004 for neonatal hørescreening.* Lokaliseret 26-02-16 på:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2004/~media/D8101DC05B7A430BA14675A61495AB56.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2012): *Kliniske retningslinjer for pædiatrisk cochlear implantation i Danmark – udredning, operation, efterbehandling og monitorering.* Lokaliseret 26-02-16 på:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/3D2C5B3546734494B5EB32BD0B5779EE.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2015): *Målbeskrivelse for Speciallægeuddannelsen i Oto-Rhino-Laryngologi.*

Lokaliseret 07-03-2016 på:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/uddannelse/speciallaeger/maalbeskrivelser/~/media/4206E200B65D47A8BCBA41EF9B3F1B31.ashx>

Tobey E. A., Geers A. E., Brenner C., Altuna D. & Gabbert, G. (2003): *Factors associated with development of speech production skills in children implanted by age five.* Ear & Hear Suppl., 24(1), 36-45.

Tobey E. A., Rekart D., Buckley K. & Geers A. E., (2004): *Mode of communication and classroom placement impact on speech intelligibility.* Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 130, 639-643.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H. & Baumwell, L. (2001): *Maternal Responsiveness and Children's Achievement of Language Milestones.* Child Development, 72(3), 748-767.

Vaccari, C. & Marschark, M. (1997): *Communication between Parents and Deaf Children: Implications for Social-emotional Development.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(7), 793-801.

Vigil, D. C., Hodges, J. & Klee, T. (2005): *Quantity and quality of parental language input to late-talking toddlers during play.* Child Language Teaching and Therapy, 21(2), 107-122.

Waltzman, S. B., Robbins, A. M., Green, J. E. & Cohen, N. L. (2003): *Second Oral Language Capabilities in Children with Cochlear Implants.* Otology & Neurotology, 24, 757-763.

Waltzman, S. B. & Roland, J. T. (2014): *Cochlear Implants.* New York: Thieme Medical Publishers, Inc.

Weizman, Z. O. & Snow, C. E. (2001): *Lexical Input as Related to Children's Vocabulary Acquisition: Effects of Sophisticated Exposure and Support for Meaning.* Developmental Psychology, 37(2), 265-279.

- Wie, O. B. (2005):** *Kan døve bli hørende?* [Ph.d.-afhandling]. Det Utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitet i Oslo.
- Wu, C. D. & Brown, P. M. (2004):** *Parents' and Teachers' Expectations of Auditory-Verbal Therapy.* The Volta Review, 104(1), 5-20.
- Wulbert, M., Inglis, S., Kriegsmann, E. & Mills, B. (1975):** *Language Delay and Associated Mother-Child Interactions.* Developmental Psychology, 11(1), 61-70.
- Yoder, P. J., MacCathren, R. B., Warren, S. F. & Watson, A. L. (2001):** *Important Distinctions in Measuring Maternal Responses to Communication in Prelinguistic Children with Disabilities.* Communication Disorder Quarterly, 22(3), 135-147.
- Yoshinaga-Itano, C. (2014):** *Principles and Guidelines for Early Intervention After Confirmation That a Child Is Deaf or Hard of Hearing.* Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 19(2), 143-175.
- Yucel, E., Dermin, D. & Celik, D. (2008):** *The needs of hearing impaired children's parents who attend to auditory verbal therapy-counseling program.* International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 72, 1097-1111.
- Zaidman-Zait, A. (2008):** *Everyday Problems and Stress Faced by Parents of Children With Cochlear Implants.* Rehabilitation Psychology, 53(2), 139-152.
- Åsberg, K. K., Vogel, J. J. & Bowers, C. A. (2008):** *Exploring Correlates and Predictors of Stress in Parents of Children Who are Deaf: Implications of Perceived Social Support and Mode of Communication.* Journal of Child and Family Studies, 17(4), 486-499.

9.0 Bilagsoversigt

Bilag A: Komplet oversigt over udvalgte spørgsmål med tilhørende svarmuligheder

Bilag B: USB med rådata

9.1 Bilag A: Komplet oversigt over udvalgte spørgsmål med tilhørende svarmuligheder

Spørgsmål 1

"Hvad er barnet bruger af?"

- Enkeltsidigt høreapparat
- Enkeltsidigt BAHA
- Enkeltsidigt CI
- Dobbeltsidigt høreapparat
- Dobbeltsidigt BAHA
- Dobbeltsidigt CI
- Både CI og høreapparat
- Både BAHA og HA

Spørgsmål 2

"Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har mor?"

- 9 år eller mindre
- 10-11 år
- 12-13 år
- Mere end 13 år
- Ved ikke

Spørgsmål 3

"Hvor mange års uddannelse (inkl. folkeskolen) har far?"

- 9 år eller mindre
- 10-11 år
- 12-13 år
- Mere end 13 år
- Ved ikke

Spørgsmål 4

"Hvordan er din/jeres samlivssituation?"

- Gift/samboende
- Skilt
- Gift/samboende med anden mand/kvinde end biologisk forælder
- Eneforælder

Spørgsmål 5

"Hvad mener du/I, at man bliver bedre til, når man deltager i et AVT-forløb?"

- At tale med audiologisk afdeling/CI-center
- At være tovholder for mit/vores barn
- At samarbejde med fagfolk omkring mit/vores barn
- At være bevidst om mit/vores barns høretab
- At støtte mit/vores barn i sin høremæssige og talesproglige udvikling
- Andet

Spørgsmål 6

"I hvilken grad er du/i i stand til at støtte op om dit/jeres barns talesproglige udvikling?"

- I meget dårlig grad
- I mindre grad
- I nogenlunde grad
- I god grad
- I meget god grad

Spørgsmål 7

"Jeg/vi anvender praksisser og øvelser fra AVT i hjemmet"

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 8

"Jeg/vi forstår de udleverede mål for mit/vores barn"

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 9

”Jeg/vi har fokus på, at mit/vores barn opnår de udleverede mål”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 10

”Jeg/vi synes, at det er fint at bruge tid på at deltage i AVT-undervisningen”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 11

”Jeg/vi synes, at AVT letter hverdagen”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 12

”Jeg/vi synes, at AVT fylder for meget i hverdagen og bliver en stressende faktor”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 13

”Jeg/vi synes, at AVT kræver, at den ene part arbejder på nedsat tid”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 14

”Jeg/vi synes, at det primært er mit/vores ansvar at lære mit/vores hørehæmmede barn at høre og tale”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 15

”Jeg/vi har tit dårlig samvittighed over ikke at have fokus nok på AVT i hverdagen”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

Spørgsmål 16

”Jeg/vi træner de øvelser og opgaver, som gives hjem fra session til session”

- Helt uenig
- Delvist uenig
- Hverken enig eller uenig
- Delvist enig
- Helt enig

9.2 Bilag B: USB med rådata

USB med rådata er udleveret til sekretariatet for audiologi og logopædi i 3 eksemplarer.