



**MEDICINSKA FAKULTETEN**

Lunds universitet

Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi  
Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund

**Parent Rating Scales**  
**Föräldraskattning av stamning hos barn**  
**Översättning & bearbetning**

**Caroline Andersson**

**Logopedutbildningen, 2010**  
**Vetenskapligt arbete, 30 högskolepoäng**

**Handledare: Cecilia Lundström & Ulrika Nettelblatt**

## SAMMANFATTNING

Det övergripande syftet med föreliggande studie var att skapa en svensk översättning av Parent Rating Scales (PRS). PRS är ett frågeformulär för föräldraskattning av stamning från Storbritannien, som är influerat av *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Ett ytterligare syfte var att undersöka om man kan använda PRS i Sverige för att utvärdera föräldrars hantering och upplevelser av stamning hos barnet och stamningens påverkan på barnet och övriga familjen.

PRS översattes i sin helhet till svenska. Det granskades noga, återöversattes och bearbetades. Därefter gjordes en utprovning på fem föräldrar till barn mellan 2-7 år som stammar och som hade sökt för detta till logoped i Skåne. Föräldrarna fyllde i formuläret två gånger med några veckors mellanrum för att testa reliabiliteten. Med så få deltagare kan inga direkta slutsatser dras, utan det får betraktas som en pilotstudie. Tendenser kan dock ses till att föräldrar skattar faktorer som inte explicit har med barnets stamning att göra mer konstant vid de båda tillfällena. Däremot skattar de stamningen och sin oro över denna olika beroende på hur stamningen fluktuerar.

Resultatet visar att den svenska versionen av PRS kan användas för att få en bild av barnets stamning och framförallt för att utvärdera föräldrars oro och hantering av stamning. En fortsatt utprovning av PRS i Sverige är dock nödvändig med tanke på det lilla materialet i denna studie. Med hjälp av detta formulär kan försvårande faktorer identifieras och uppmärksammas i tid så att utvecklandet av en pålagrad stamningsproblematik hos barn kan motverkas.

Sökord: Stamning hos barn, föräldraskattning, Parent Rating Scales, översättning, ICF.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
1. INLEDNING	1
1.1 Syfte	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Stamning	2
2.2 ICF-perspektivet och stamning	5
2.3 Utredning och bedömning av stamning	6
2.4 Skapandet av Parent Rating Scales (PRS)	9
2.5 Terapimetoder för stamning hos barn	9
2.5.1 Inriktningar inom stamningsterapi	11
2.5.2 Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)	12
2.5.3 Helsingborgsmodellen	12
2.6 Liknande studier	13
3. METOD	13
3.1 Översättning	13
3.2 Utprovning	16
3.3 Etiska överväganden	17
3.4 Mätmetod	17
4. RESULTAT	17
4.1 Kvalitativa data	17
4.1.1 Jämförelse mellan ett föräldrapar (F2 och F3)	18
4.2 Kvantitativa data	18
4.2.1 Diagram	18
4.2.2 Korrelationer	20
4.2.3 Reliabilitet	21
4.3 Utelämnade svar	21
5. DISKUSSION	22
5.1 Resultatdiskussion	22
5.2 Metoddiskussion	23
5.3 Slutsatser och vidare forskning	25
TACK	26
REFERENSER	27
APPENDIX	
Appendix 1. Informationsbrev till föräldrar	
Appendix 2. "Parent Rating Scales"- Föräldraskattning av stamning	
Appendix 3. Återöversättning till engelska, version 1	
Appendix 4. Återöversättning till engelska, version 2	
Appendix 5. Enkät	
Appendix 6. Diagram	

## 1. INLEDNING

Under de senaste åren har betydelsen av ett evidensbaserat logopediskt arbete diskuterats (ASHA, 2005). För logopeder handlar detta framför allt om att dokumentera resultat av intervention och att välja terapimetoder som har stöd i forskningen. Mätning och utvärdering av behandlingsresultatet är det centrala i det evidensbaserade arbetet för logopeder. När det gäller vuxna personer som stammar har det förutom mätning av den yttre observerbara stamningen, dvs. frekvens av icke-flyt, talhastighet och hur naturligt talet är, även funnits instrument för skattning av den inre, pålagrade stamningsproblematiken (Wright & Ayre, 2000; Yaruss & Quesal, 2006). Vid stamningsterapi för förskolebarn har detta däremot inte tidigare funnits.

Behovet av att mäta den subjektiva upplevelsen av stamning har växt i och med WHO:s framställning av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; World Health Organization, 2001). I ICF betonas helheten av hälsorelaterade upplevelser i termer av nedsättning av kroppsstruktur och funktion, begränsningar i aktivitet och delaktighet, personliga faktorer och miljömässiga faktorer som påverkar individens förmåga att fungera effektivt. Genom ICF:s indelning i olika komponenter har förståelsen av att flera områden kan drabbas vid stamning ökat. ICF-modellen visar att stamning kan ha effekter även på en personlig och social nivå, på aktivitet och delaktighet. Individens nedsättning av kroppsstruktur kan ses som det observerbara stamningsbeteendet och de personliga och miljömässiga reaktionerna på stamningen kan innebära en påverkan på individens aktivitet och delaktighet. ICF tar också hänsyn till omgivningsfaktorer och kontextuella variationer (Yaruss & Quesal, 2004 & 2006; Hartelius, 2008; Guitar, 2006).

Ett sätt att mäta förskolebarns upplevelse av stamning är att göra det indirekt genom föräldrarna. I en undersökning av Ratner och Silverman (2000) visade det sig att föräldrar till barn som stammar kan bedöma barnens expressiva språkförmåga vid tiden när stamningen uppträder. Föräldraskattning av stamning har även använts i tidigare forskning för att undersöka behandlingseffekt (Yairi, Ambrose & Niermann, 1993; Onslow, Andrews & Costa, 1990; Harris, Onslow, Packman, Harrison & Menzies, 2002; Månsson, 2000). Det har också använts i Lidcombe-programmet (Onslow, Menzies & Packman, 2001). Anledningen till att man använder föräldraskattning är att komplettera logopedens bedömning med information från fler situationer och utifrån andra perspektiv (Rosenthal, 2003).

Parent Rating Scales är ett frågeformulär för föräldraskattning av stamning som utarbetats i Storbritannien i syfte att kunna utvärdera effekten av "Parent-Child Interaction Therapy" (Millard, 2003, Millard, Edwards & Cook, 2009). Genom detta frågeformulär inhämtas föräldrarnas bild av stamningen och stamningsproblemet, vilket är viktigt vid föräldrainsriktad intervention (Millard, 2003). Liksom många andra frågeformulär gällande stamning, t.ex. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) (Yaruss & Quesal, 2006) och Wright and Ayre Stuttering Self-rating Profile (WASSP) (Wright & Ayre, 2000) är Parent Rating Scales influerat av ICF-perspektivet (Yaruss & Quesal, 2006).

### 1.1 Syfte

Det övergripande syftet med föreliggande studie är att skapa en svensk översättning av Parent Rating Scales. Ett ytterligare syfte är att undersöka om man kan använda Parent Rating Scales i Sverige för att utvärdera föräldrars hantering och upplevelser av stamning hos barnet och stamningens påverkan på barnet och övriga familjen.

## 2. BAKGRUND

### 2.1 Stamning

#### *Definitioner*

Det finns många olika definitioner av stamning, vilket delvis kan ses som en konsekvens av att det råder delade meningar om stamningens orsak och natur. En vanlig definition som används idag är WHO:s definition från 1977:

”Stuttering is disorders in the rhythm of speech, in which the individual knows precisely what he wishes to say, but at the time is unable to say it because of an involuntary, repetitive prolongation or cessation of a sound.”

En nyare definition från 1997 är följande från ICD 10 (Socialstyrelsen, 2010):

”Stamning är en störning i talets flyt som karakteriseras av återkommande repetitioner eller förlängningar av ljud, stavelser eller ord, eller av återkommande uppehåll eller pauser som avbryter den rytmiska talströmmen. Problemet bör klassificeras som störning bara när svårighetsgraden påverkar talfärdigheten.”

#### *Symtom*

Stamning karaktäriseras av en hög frekvens av repetitioner av ljud, stavelser och enstaviga ord, förlängningar av ljud och blockeringar av luftflödet eller tonen i tal (Guitar, 2006; Yairi & Ambrose, 2005). Ibland använder personer som stammar ”hjälpord”, som ”alltså”, eller medrörelser, t.ex. handrörelser eller en spänning av ansiktsmuskulaturen, för att komma vidare med talet (Garsten & Lundström, 2008).

I Sverige görs ofta en distinktion av *yttre* och *inre* stamningsproblematik. Yttre stamning är det observerbara stamningsbeteendet och innefattar repetitioner, blockeringar, förlängningar och medrörelser. Detta är synonymt med *öppen* stamning. Inre stamning utgörs av rädsla, nervositet och skamkänslor i talsituationer som kan resultera i undvikandebeteende och dåligt självförtroende (Garsten & Lundström, 2008). Inre stamning kallas också *dold* stamning (Sheehan, 1970).

#### *Förekomst*

Bloodstein (1995) sammanställde resultatet av 37 studier från olika delar av världen och fann att prevalensen för stamning hos barn i skolåldern är ca. 1 procent. Beitchman et al. (1986) utvärderade prevalensen av stamning hos en selekterad grupp förskolebarn och fann en högre prevalens hos dem på 2,4 procent (Guitar, 2006). Incidenssiffror visar att ca. 5 procent av alla barn stammar under en period som är längre än sex månader (Guitar, 2006; Garsten & Lundström, 2008; Månsson, 2000). Stamning förekommer i ungefär samma utsträckning hos både pojkar och flickor när de är små men normaliseringen av talets flyt är större hos flickor. Det har dessutom visat sig att stamning debuterar lite senare hos pojkar än hos flickor (Yairi,

1983). Detta resulterar i att könsskillnaden är 5:1 för pojkar respektive flickor i skolåldern (Bloodstein, 1995).

Stamning anses förekomma i alla kulturer och i alla sociala grupper (Månsson, 2000; Yairi & Ambrose, 2005; Guitar, 2006). Studier av kulturell prevalens har gjorts av bl.a. Lemert och Aron 1962 (Lemert, 1970). De har funnit en lägre prevalens av stamning i vissa kulturer på grund av lägre social press, särskilt talpress (Bloodstein, 1995).

### *Debut och förlopp*

Stamning debuterar i de flesta fall före tre års ålder, i samband med att barnets språk utvecklas (Månsson, 2000). Den spontana normaliseringen av talets flyt är stor, framför allt under de första sex månaderna efter debut. Hos ca 80 procent av barnen upphör stamningen inom fem år (Garsten & Lundström, 2008). Månsson (2000) fann en återhämtning på 71 procent inom två år efter stamningsdebuten i sin studie på Bornholm.

Den senaste forskningen går emot den sedan länge dominerande teorin om att stamning utvecklas gradvis från repetitioner av ord och stavelser till ett mer komplext stamningsbeteende. Stamningens utveckling är individuell. Det vanligaste utvecklingsförloppet är att stamningen vid debuten är intensiv men sedan successivt avtar. Detta mönster syns oftast hos flickor, hos barn med tidig stamningsdebut och hos de barn som återhämtar sig helt (Yairi & Ambrose, 2005). Stamning hos barn varierar också ofta i intensitet och kan försvinna helt vissa perioder (Garsten & Lundström, 2008).

Tidigare har den pålagrade stamningsproblematiken fått lite uppmärksamhet i forskning på stamning hos små barn, eftersom man trott att det utvecklas senare och i samband med mer avancerad stamning. Videoanalyser av episoder med icke-flyt hos små barn har dock visat att huvud- och halsrörelser förekommer hos barn nära stamningsdebuten. Föräldrar har också rapporterat sådana symtom vid debuten av stamning. De har även rapporterat att barnet verkar ha varit medvetet om sin stamning snart efter debuten (Yairi & Ambrose, 2005).

Andelen barn som är medvetna om sin stamning ökar med åldern, särskilt mellan fyra till fem års ålder. Samtidigt som barn själva blir medvetna om sin stamning blir också andra barn medvetna om deras icke-flyt. Detta visar att även små barn kan reagera på sin stamning och börja utveckla en pålagrad stamningsproblematik. Det finns dock inga bevis för att medvetenhet om stamning och emotionella reaktioner på stamning är prediktorer för bestående stamning. Om barnet eller föräldrarna uttrycker frustration eller visar andra starka reaktioner på stamningen kan detta däremot orsaka större komplikationer, störa potentialen för återhämtning och ha sekundära effekter på familjen (Yairi & Ambrose, 2005). I skolåldern kan barnen uppleva stamningen som ett allt större problem (Garsten & Lundström, 2008).

### *Orsaksteorier*

Det finns många olika teorier om vad som orsakar stamning. Genom tiderna har de två dominerande synsätten varit att stamning antingen har psykosociala eller organiska orsaker. Under 1900-talet uppkom en tredje teori om att stamning är ett inlärt beteende (Alm, 2005).

Den psykodynamiska teorin kan föras in under det psykosociala synsättet och hävdar att stamning grundar sig i en omedveten konflikt som återspeglas i talet och vars primära funktion är att förhindra att förbjudna tankar och känslor uttalas (Christmann & Knudsen, 1991). Den psykodynamiska teorin inom stamning härstammar från Freud. Hans efterföljare

Bill och Coriat har även behandlat flera personers stamning med psykoanalytisk terapi (Bloodstein, 1995).

Ett exempel på en organisk teori är den så kallade lateraliseringsteorin, mest känd genom Orton och Travis i början av 1900-talet. Enligt lateraliseringsteorin är det avvikande hjärndominans och bristande samordning mellan de båda hjärnhalvorna som orsakar stamning (Guitar, 2006).

Den mest uppmärksammade inlärningsteoretiska orsaksmodellen till stamning är den diagnosgena modellen av Wendell Johnson från 1942 (Johnson, 1955; Alm, 2005). Begreppet diagnosogen kan härledas från att stamning, enligt Johnson, orsakas av att föräldrarna uppmärksammat normalt icke-flyt i talet hos barnet och diagnostiserat detta som stamning. Barnet blir på så sätt medvetet om sina upphakningar och i försöken att undvika dem uppstår spänning och stamning (Johnson, 1955; Garsten & Lundström, 2008; Christmann & Knudsen, 1991).

Alm föreslår i sin neurologiska teori från 2005 att stamning orsakas av en störning i den automatiska produktionen av en talsekvens, som styrs från det mediala premotoriska systemet i hjärnan. Detta system är lokaliserat centralt i hjärnan och består främst av basala ganglierna och supplementära motorarean (SMA). Basala ganglierna är en samling strukturer som utgör en central roll vid automatisering av olika beteenden, som planering av talmotorik. SMA tillhör hjärnbarken och tros generera startsignaler för rörelser. Störningen vid stamning antas vara bristande motoriska startsignaler från basala ganglierna till SMA (Alm, 2005).

Den senaste tiden har det genom tvillingstudier och familjestudier kommit allt starkare bevis för att stamning till viss del har en genetisk orsak (Guitar, 2006). År 2004 gjordes en studie på 68 familjer med europeiskt ursprung. Studien gjordes på individer med bestående stamning och ett litet samband kunde ses mellan avvikelser på kromosom 18 och stamning (Shugart et al., 2004). I en studie på 46 närbesläktade familjer i Pakistan hittades bevis för en länk mellan stamning och mutationer på kromosom 12 (Riaz et al., 2005). Efter en studie på 100 familjer av europeiskt ursprung i USA, Israel och Sverige hittades även könsspecifika länkar mellan kromosom 7 och stamning hos pojkar och mellan kromosom 21 och stamning hos flickor. I denna studie fann man även bevis för en länk mellan stamning och mutationer på kromosom 12 (Suresh et al., 2006). I februari 2010 presenterades en studie i England (Kang et al., 2010) där mutationer på en gen kallad GNPTAB identifierats hos en stor familj med stamning med ursprung i Pakistan. En liknande genmutation återfanns hos andra personer med stamning i Pakistan, England och USA. Dessa genetiska fynd kan vara en förklaring till att ca. 70 procent av personer med bestående stamning har stamning i släkten (Yairi & Ambrose, 2005).

Ett vanligt synsätt idag är ett eklektiskt, multifaktoriellt orsaksperspektiv. Ärftlighet, social omgivning, emotionella faktorer, inlärningsförmåga, talmotorisk organisation och språklig förmåga varierar över tid i ett komplext samspel, unikt för individen. Dessa individuella variationer måste man ta hänsyn till för att tidigt kunna diagnostisera och behandla stamning. Ett sådant multifaktoriellt perspektiv kan också vara en förklaring till de heterogena symtombilderna vid stamning och att personer svarar olika bra på olika terapiformer. Därför är individuellt anpassad intervention ett måste när det handlar om stamning (Smith & Kelly, 1997).

### *Undergrupper*

Försök har gjorts att dela in stamning i undergrupper baserat på stamningsdebut, symtom och bakgrundsfaktorer för att klargöra skillnader i stamningens etiologi och symtomatologi. Detta har också gjorts för att underlätta diagnostisering och val av intervention. Van Riper publicerade 1971 ett system med fyra undergrupper kallade "tracks", vilket delar in stamning efter debut och utvecklingsförlopp (Van Riper, 1971). Dessa fyra typiska utvecklingsspår av stamning skiljer sig åt gällande ålder vid stamningsdebut, gradvis eller plötslig debut, typ av talflytsstörning, stamningsutveckling och förekomst av subjektiva besvär (Garsten & Lundström, 2008; Yairi & Ambrose, 2005).

"Track" 1 har det mest förekommande utvecklingsmönstret. Stamning debuterar gradvis mellan 2,5 och 4 års ålder efter en period av flytande tal och försvinner helt i perioder. Svårighetsgraden av stamning fluktuerar vid debuten. Barnet är i början inte medvetet om sin stamning och har därför ingen talrädsla, spänning eller frustration. Stamningen utvecklas sedan gradvis från repetitioner och förlängningar till blockeringar och allt mer pålagrat stamningsbeteende. Det andra mest förekommande utvecklingsförloppet är "Track 2". Stamning debuterar senare i samband med försenad språkutveckling. Utvecklingen av stamningen är stadigare och barnet har till skillnad från barn i "Track" 1 aldrig haft flytande tal. Medvetenhet och pålagrat stamningsbeteende utvecklas långsammare än i "Track" 1. Barnet har otydlig artikulation och talar i ruscher. Vid "Track" 3 debuterar stamning sent och plötsligt, ofta efter ett barndomstrauma, och inleds med blockeringar. Barnen utvecklar medvetenhet och frustration nästan direkt. Tremor förekommer eftersom muskelspänningarna är så kraftiga. Rädsla och undvikandebeteende uppstår. I "Track" 4 har barnen liksom i "Track 3" en senare och plötslig debut av stamning. I "Track" 4 är barnen däremot medvetna om sin stamning från debuten och stammar nästan med avsikt. Barnen stammar mycket periodvis och emellanåt talar de flytande, men de är inte frustrerade och undviker inte att tala (Van Riper, 1971).

Ett förslag till indelning av stamning baserat på bakgrundsfaktorer är genetiska respektive neurologiska skador. I en studie av Poulos och Webster 1991 rapporterade 66 procent av 169 vuxna och ungdomar med stamning att de hade stamning i släkten. Av dessa rapporterade enbart 2,4 procent faktorer vid födelsen eller i tidig barndom som kunde relateras till neurologisk skada. I kontrast till detta rapporterade 37 procent av dem som inte hade stamning i släkten sådana faktorer (Alm, 2005).

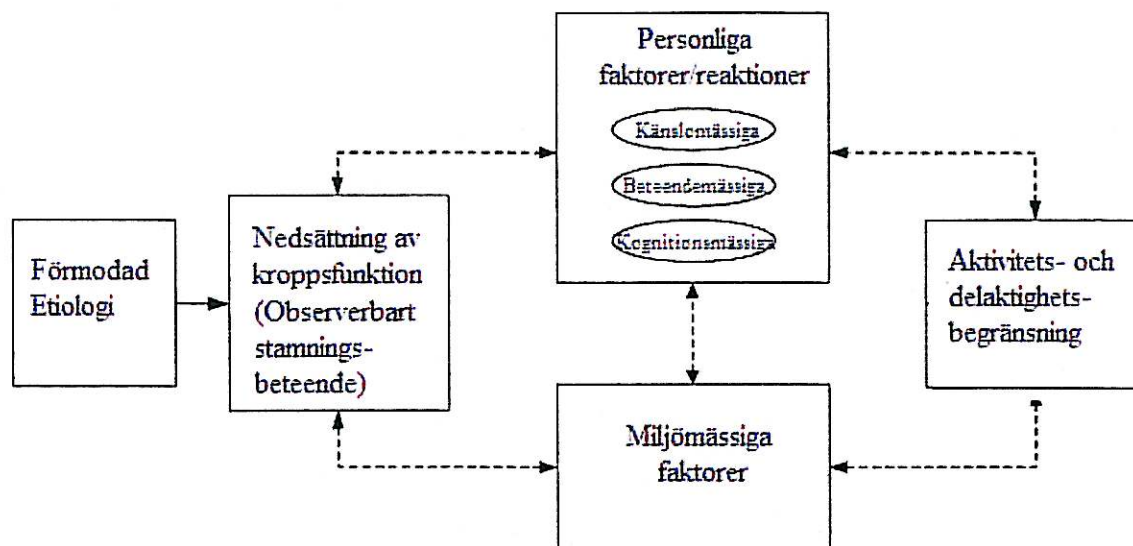
## 2.2 ICF-perspektivet och stamning

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF: WHO, 2001) skapades utifrån *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH)* från 1980. År 2003 översattes ICF till svenska av Socialstyrelsen och fick titeln *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. I ICF beskrivs helheten av hälsorelaterade upplevelser i termer av nedsättning av kroppsstruktur och funktion, begränsningar i aktivitet och delaktighet, personliga faktorer och miljömässiga faktorer som påverkar individens förmåga att fungera effektivt. ICF kan appliceras både på normal och på störd funktion.

ICF är en förenklad modell av ICIDH men tar samtidigt hänsyn till kontextuella variationer. ICIDH hade inte lyckats beskriva skillnader mellan individers upplevelser av funktionsnedsättningen beroende på olika copingstrategier, attityder, resurser och stöd från omgivningen. I ICIDH låg fokus på sjukdomar, medan ICF lade fokus på hälsa.



För att underlätta och stödja utvärderingen av behandlingsresultat av stamning anpassade Yaruss och Quesal ICF efter stamning. Figur 1 visar en schematisk version av Yaruss och Quesals (2004) adaption av ICF (WHO, 2001). Modellen visar hur stamning kan ses utifrån många komponenter som interagerar med varandra.



**Figur 1.** Schematisk version av Yaruss och Quesals (2004) adaption av ICF (WHO, 2001)

ICF beskriver både hindrande faktorer, som negativt bemötande av stamningen och underlättande faktorer, som stamningsterapi, stödgrupper och en accepterande miljö. Med hjälp av denna modell kan en större förståelse av personens observerbara stamning i relation till personens upplevelse av stamning uppnås. Modellen ger också en förklaring till individuella skillnader av upplevelser av stamning (Yaruss & Quesal, 2004).

I och med att ICF-modellen ger ett helhetsperspektiv på stamning utgör den en bra grund vid utvecklandet av mätinstrument för stamning. Därför utgår många mätinstrument av stamning idag från ICF-perspektivet, bland annat OASES, WASSP och Parent Rating Scales (Yaruss & Quesal, 2006).

### 2.3 Utredning och bedömning av stamning

Med ett multifaktoriellt orsaksperspektiv på stamning krävs en bred bedömning av stamning i olika situationer och dess påverkan på individen. Bedömning görs både av inre och yttre stamning genom t.ex intervjuer, observationer, analyser av tal, tester och frågeformulär (Guitar, 2006). En språklig bedömning kan också behöva göras när det handlar om små barn (Garsten & Lundström, 2008) och därför ingår det i många terapimodeller av stamning. Genom att göra en sådan bred bedömning får logopeden en uppfattning om problembilden och om patientens behov, vilket i sin tur styr valet av terapimetod (Guitar, 2006).

När patienten är ett förskolebarn är det i regel föräldrarna som för barnets talan. Utifrån anamnes och bedömning av riskfaktorer får logopeden en uppfattning om barnets prognos. Idag vet man att svårighetsgraden av stamning vid debut inte har någon betydelse för prognos. För barn som däremot inte visar någon minskning i stamning inom det första året är prognosen sämre. Riskfaktorer för bestående stamning är framför allt att ha bestående stamning i släkten och att vara pojke. Tiden för debut kan också spela roll för prognosen. Ju senare debut, desto sämre chans för återhämtning (Yairi & Ambrose, 2005).

Det är vanligt att föräldrar väntar med att söka hjälp, eftersom de avvaktar naturlig återhämtning och vill vänta med terapi tills barnen är mer mottagliga för det. Det logopeden kan göra för föräldrarna i detta tidiga skede är att informera om stamning, skuldavlasta dem och ge dem stöd i hur de ska bemöta stamning (Garsten & Lundström, 2008). Logopeden gör också en bedömning av föräldrars känslor kring stamningen, då det finns risk för att deras oro för stamningen överförs till barnet (Guitar & Peters, 2008). En bedömning av riskfaktorer för bestående stamning hos barnet och möjlighet till naturlig återhämtning görs också. Utifrån detta tas sedan beslutet om barnet ska få individuell terapi eller om enbart anpassningar av miljön ska göras (Yairi & Ambrose, 2005).

#### *Utvärdering av stamningsterapi*

De sätt som effekten av stamningsterapi utvärderas på beror på målet med terapin. Målet kan vara spontant eller kontrollerat flyt, acceptabel stamning eller att underlätta och påskynda den naturliga återhämtningsprocessen. Är målsättningen spontant flyt utvärderas stamningsterapin genom att räkna frekvensen av ickeflyt, som då ska ha minskat. Är målet däremot att påskynda och underlätta den naturliga återhämtningsprocessen är det istället föräldrarnas anpassningar av miljön som ska utvärderas (Yairi & Ambrose, 2005).

Genom att man i ICF framhåller att olika domäner påverkas vid stamning har utvärderingen av stamningsresultat påverkats. I Skandinavien utvärderas idag den subjektiva upplevelsen av stamning i högre grad än stamningsfrekvens (Christmann & Knudsen, 1991). Detta beror delvis också på Van Ripers stora inflytande med *stamningsmodifierande* terapi i Sverige de senaste 30 åren (Lundberg, 1998). Stamningsmodifierande terapi är inriktad på att minska negativa reaktioner på stamning genom härdning och att modifiera stamningen istället för att "bota" den (Van Riper, 1973). När det gäller stamningsterapi för barn ligger idag mer fokus på barnets välbefinnande än på hur ofta barnet stammar. Det finns dock inte något linjärt samband mellan dessa faktorer. Ett barn som stammar mycket kan vara mindre känslomässigt påverkat än ett barn som stammar lite (Garsten & Lundström, 2008).

Utvärdering av stamningsterapins effekt förutsätter att mätningar görs precis före terapistart och i anslutning till att terapin avslutas. Ibland görs även mätningar under terapins gång. För att kunna se om terapin ger effekt på lång sikt krävs att man också gör en mätning vid ett senare tillfälle (Lundberg, 1998). Vid utvärdering av stamning måste hänsyn tas till att stamning fluktuerar och att kontexten som utvärderingen görs i spelar stor roll för resultatet (Alm, 2005). I en belastande miljö är stamningen troligtvis mer frekvent än i en lugn miljö hos logoped (Lundberg, 1998).

#### *Skattningsskalor*

Mätinstrument eller skattningsskalor behövs för att kunna få information om personers subjektiva upplevelser av stamning och vid utvärdering av stamningsterapiers effekt. Det finns därför ett flertal frågeformulär för skattning av stamning inom logopedin. Exempel på sådana frågeformulär är WASSP (Wright & Ayre, 2000) och OASES (Yaruss & Quesal, 2006) för vuxna med stamning och Parent Rating Scales (Millard et al., 2009) för föräldrar till barn som stammar. Vid konstruerande av frågeformulär måste svarsformatet, antal svarsalternativ och frågornas eller påståendenas formulering anpassas efter ämne och svarsgrupp. Vilket svarsformat en skala har beror på hur frågan eller påståendet är formulerad. Svarsalternativens form och typ påverkar graden av varians och kovarians samt samvariationen mellan frågor eller påståenden. Kovariansen ligger till grund för

korrelationsberäkningar (Devellis, 2003). Nedan beskrivs två vanligt förekommande svarsformat.

*Likert- skalor* används ofta i instrument för att mäta åsikter, tilltro och attityder. Deklarativa meningar åtföljs av att man får göra ett val som tyder på varierande grad av samtycke eller motsättning. Det vanligaste är att ge sex svarsalternativ (Devellis, 2003).

*Visual Analogue Scale (VAS)* utgörs av ett streck, oftast på ca 10 cm, med två påståenden i vardera änden. En punkt som motsvarar den subjektiva upplevelsen av den aktuella frågan markeras på linjen. VAS har hög sensibilitet och man kan i princip aldrig svara exakt likadant (DeVellis, 2003). Vid mätning på samma individ vid upprepade tillfällen kan en felkälla vara att patienten inte kommer ihåg hur han graderade vid förra tillfället. Då kan patienten inte jämföra och ta ställning till förändringar. VAS-skalan är inte konstant över tid, utan är tänkt att kunna användas för att mäta förändringar hos enskilda individer (Jakobsson, 2004). Med VAS är det svårt att kvantifiera resultatet och att vara säker på att personer värderar avståndet på linjen likadant. En individs resultat på VAS-skalan kan därför inte jämföras med andras. (DeVellis, 2003). Det förekommer att VAS-skolor har de två ändpunkternas värde, 0 respektive 10, utsatt. *Omvända VAS-skolor* förekommer också då den negativa och positiva skattningen bytt plats. I psykometriska tester har VAS-skalan visat god validitet och reliabilitet.

Frågor i ett frågeformulär bör vara tydligt formulerade så att de bara kan tydas på ett sätt för att undvika missförstånd. När frågeformulären är tänkta att användas för en normalpopulation, vilket oftast är fallet, kan ordförståelse och uttryckssätt variera efter social tillhörighet, ålder och utbildningsnivå. Då måste den språkliga utformningen vara enkel och passa flertalet individer, alternativt får man förtydliga och exemplifiera för att öka förståeligheten. Samtidigt får inte språkliga nyanser gå förlorade. Vid översättningar av frågor kan direkta översättningar bli missvisande och språkliga och kulturella skillnader måste tas i beaktande. Man bör därför vara förtrogen med den ursprungliga intentionen bakom varje fråga (Hansagi & Allebeck, 1994). För att säkra att frågorna får samma betydelse som i det ursprungliga formuläret översätts vanligtvis formuläret tillbaka till originalspråket av en person som inte sett det ursprungliga formuläret (Sullivan, 2002).

Vid översättning av frågeformulär bör hänsyn tas till att många ord är värdeladdade. Samma företeelse kan ofta uttryckas med ord som har antingen positiv eller negativ värdeladdning. En strävan efter att göra ord och formuleringar i frågeformulär så neutrala som möjligt måste därför göras så att laddningen inte påverkar personernas svar (Hansagi & Allebeck, 1994).

### *Föräldraskattning*

Efter upprättandet av ICF med krav på att utvärdera en persons totala hälsotillstånd följde även större krav på att utvärdera den subjektiva upplevelsen av stamningen. Det finns idag därför flera frågeformulär för självskattning av stamning hos vuxna och äldre barn, exempelvis OASES och WASSP, men inte för förskolebarn. I förskoleåldern är det svårt för barnen att själva skatta sin stamning. Ett sätt att lösa detta är att göra det indirekt genom föräldrarna. Vid föräldraskattning kompletteras logopedens bedömning med information från fler situationer (Rosenthal, 2003). Det är också viktigt att få föräldrarnas bild av stamningen vid föräldrainsriktad intervention. Föräldraskattning har inte bara använts kliniskt utan även i forskningssyfte för att undersöka behandlingseffekt (Yairi et al., 1993; Onslow et al., 1990; Harris et al., 2002; Månsson, 2000; Millard et al., 2009). Inom logopedin används

föräldraskattning främst för att undersöka behandlingseffekt i andra situationer än i den kliniska behandlingssituationen.

## 2.4 Skapandet av Parent Rating Scales (PRS)

Parent Rating Scales (PRS), influerat av ICF-perspektivet, utarbetades i Storbritannien av logopedier och föräldrar till barn som stammar. PRS skapades i syfte att kunna utvärdera effekten av "Palin Parent-Child Interaction Therapy" (PCI) (Millard, 2003; Millard et al., 2009). Formuläret utformades genom "Delphi-metoden", där målet är att erhålla en grupps åsikt om eller bedömning av ett ämne genom konsensus (Goodman, 1987). I "Delphi-metoden" samlas information, åsikter och idéer in från en expertpanel enligt ett visst mönster tills konsensus uppnåtts (Jones & Hunter, 1995).

Personer som kan räknas som experter har i Mead och Moseley (2001) beskrivits som personer med erfarenhet från andra miljöer än i vilka undersökningen har utförts, som har noterat andra delar av träning än vad som rapporterats i litteraturen och ser på den kliniska världen med andra ögon än undersökaren. Föräldrar till barn som stammar möter kriterierna för experter enligt denna definition. Det har dessutom i olika undersökningar visat sig att föräldrar är en pålitlig och värdefull källa för information om sina barns förmågor och framsteg (Onslow et al., 1990; Ratner & Silverman, 2000). Med anledning av detta skapades en expertpanel, bestående av 32 föräldrar till barn som stammar, för utformningen av PRS. För att få ingå i expertpanelen skulle man ha deltagit i PCI-terapi det senaste året.

Expertpanelen tillfrågades per post vilka förändringar de såg hos barnet, hos dem själva och i deras familj efter att de fått terapi. Föräldrarna producerade totalt 129 påståenden om detta. Påståendena beträffande förändringar hos barnet handlade om barnets stamningsfrekvens, talflyt, svårighetsgrad av stamningen, beteende, samspel och känslor. Förändringar hos föräldrarna kretsade kring samtalsstil, kunskap om och hantering av stamningen. Minskat fokus på stamning, bättre turtagning och lugnare hemmiljö var förändringar som observerats i familjen. Påståendena rankades sedan efter grad av konsensus med hjälp av en Likert-skala med fem skalsteg. Påståendena med lägst konsensus togs bort och på så sätt minskades antalet frågor. Därefter kategoriserades påståendena. Kategorierna som uppstod var stamning och dess effekt på barnet, barnets välmående, beteende, föräldrars oro och självkänsla och stamningens påverkan på familjen (Millard, 2003).

PRS utformades slutligen utifrån dessa påståenden och kategorier. Det kom att bestå av tre delar; "your child" (ditt barn), "you" (du) och "your family" (er familj) med 14, åtta respektive tre frågor som föräldrar ska ta ställning till. Frågorna under "your child" kretsar kring barnets stamning, upplevelser av stamningen och temperament. "You" behandlar föräldrarnas oro, hantering av och kunskap om stamningen. I delen "your family" ställs frågor kring hemmiljön. Föräldern skattar varje fråga genom att sätta ett kryss på en 10 cm lång linje, en VAS-skala med de två ändpunkternas värde, 0 respektive 10, utsatt (Millard et al., 2009).

## 2.5 Terapimetoder för stamning hos barn

De varierande orsaksteorierna till stamning har genom tiderna styrt stamningsterapiens utformning. På 1840-talet trodde kirurgen Dieffenbach t.ex. att stamning orsakades av

dysfunktionella reflexer i tungan, vilket han försökte åtgärda genom att skära bort delar av tungan. Under 1900-talet kom den psykodynamiska teorin och de inlärningsteoretiska modellerna om stamning (Alm, 2005). Detta gjorde att föräldrarna fick en central roll i stamningsbehandling av små barn, men på olika sätt beroende på rådande synsätt.

I början på 1900-talet var det moderns neurotiska personlighet, enligt det psykodynamiska perspektivet, som skulle förändras genom rådgivning till mödrar. Efter att Bluemels utvecklingsmodell av stamning kom 1932 framhölls det att barns utveckling av pålagrad stamningsproblematik förebyggdes genom förhindrandet av att barn blev medvetna om sin stamning. Detta synsätt förstärktes när Johnson 1942 kom med den diagnosogena orsaksteorin (Johnson, 1955; Alm, 2005). Johnson förespråkade även en ändring till en mindre pressad hemmiljö. Under 1930- och 40-talen började de direkta terapierna ersättas av indirekta interventioner med mål att ändra föräldrarnas beteende, vilka kom att dominera under 1940-70-talet. Schuell (1949) propagerade också för rådgivning till föräldrar till barn som stammade. Huvudmålet i denna rådgivning var att förändra föräldrarnas perception och attityd så att barnet fick en stark känsla av acceptans och kunde kommunicera utan rädsla. Bloodstein (1958) förespråkade också rådgivning som kretsade kring en minskning av talrelaterad press och generell press hemifrån. I kontrast till Johnson betonade Bloodstein vikten av att föräldrarnas skuld känslor för stamning skulle avlägsnas innan arbetet med förändring av beteende kunde påbörjas (citerad efter Yairi & Ambrose, 2005).

Ett rådgivningsprogram för föräldrar till barn som stammar som förekommer idag är "The fluency development system for young children" (Fosnot & Woodford, 1992). Det består dels av rådgivning om ändring i beteendet och dels av mer övergripande rådgivning om förhållningssätt. Föräldrarna får information om tal- och språkutveckling, normalt och avvikande icke-flyt, teorier om stamning och rådgivning i uppfostringsfrågor. Föräldrarna får också hemuppgifter, som att observera barnets talflyt hemma, föra dagbok, visa på mjukt och "hoppigt tal" och att prata långsamt. De får även möjlighet att dela med sig av sina känslor i grupp och på så sätt utveckla säkrare och positivare attityder (Yairi & Ambrose, 2005). Programmet påminner mycket om Palin Parent- Child Interaction Therapy, vilket beskrivs närmare i avsnitt 2.5.2.

Terapiprogram som utvecklats för att minska stamning hos barn har fortfarande idag oftast något inslag av rådgivning till föräldrar. Rådgivningen präglas av generella principer kring gott föräldraskap och kunskap om stamning. Råd som ges för att förändra barnens miljö är exempelvis att minska stressen hemma, inte avbryta, lyssna, hjälpa barnet att uttrycka känslor, öka självförtroendet hos barnet, ställa mindre frågor, ge barnet tid och att inte reagera negativt på barnets stamning. Föräldrarna uppmanas också att vara goda modeller genom att använda en bra röst, använda enklare ord och kortare fraser och tala långsammare (Yairi & Ambrose, 2005). Rådet om att sänka talhastigheten grundar sig i att en sänkning av mödrars talhastighet i vissa fall visat sig minska barns stamning (Stephanson-Opsal & Bernstein Ratner, 1988). Vetskapen om att stamning förvärras i stressande miljöer har bidragit till rådet att minska stressen. En lugn hemmiljö underlättar dessutom kvarhållandet av flyt och den spontana återhämtningen (Yairi & Ambrose, 2005). Teorin om att miljömässiga och kontextuella faktorer påverkar stamningen finns fortfarande idag, men nu är det viktigt att klargöra skillnaden mellan orsakande faktorer och förvärrande omständigheter för föräldrar.

Fram till för tre årtionden sedan fanns det ett motstånd att involvera barn i terapiprogram, framför allt i USA. Motståndet hade sin grund i den inlärningsteoretiska teorin av Johnson, vilket innebar att man trodde att stamning orsakades av att man medvetandegjorde barnet om dess icke-flyt. De senaste 30 åren har direkta terapier med fokus på barns tal fått ny

popularitet, samtidigt som det finns ett växande intresse för vissa indirekta former av intervention. Det blir idag allt mer vanligt att barn som stammar får direkt träning i tekniker för att reducera stamning i kombination med att föräldrarna får konsultativa föräldrasamtal och råd om hur de kan göra för att främja barnens förmåga till flytande tal (Yairi & Ambrose, 2005).

Det är dock långt ifrån alla terapier av stamning som passar för små barn. När barnen är mellan två och fem års ålder är de ännu ej så utvecklade kognitivt och emotionellt. De kan inte resonera om sin stamning och har inte förmågan att förstå eller utföra instruktioner för att identifiera, analysera eller ändra stamningen. De kan inte heller diskutera komplexa känslor, göra hemläxor eller använda hjälpmedel. Trots att pålagrade stamningsbeteenden anses förekomma hos förskolebarn är de inte lika uttalade och kräver inte samma uppmärksamhet. Vissa barn mellan två till fyra år är medvetna om sin stamning, men oftast bara vagt. Även om de verkar vara besvärade av sin stamning är de i regel inte rädda för att stamma. Bara en minoritet av barnen har undvikandebeteende och byter ut ord. Negativa reaktioner från jämnåriga är också sällsynt. Desensibilisering (att minska de negativa känslorna genom härdning) (Van Riper, 1973) är därför oftast inte nödvändigt i behandlingen av små barn, men att vara uppmärksam på deras känslor är viktigt. Lekterapi förekommer för att genom lek ge barnen en möjlighet att uttrycka sina känslor kring stamningen. Med tanke på att barnen inte kan modifiera sitt tal genom specifika tekniker görs detta indirekt genom att använda föräldrarna som modeller. Carl Dell utvecklade 1982 Van Ripers stamningsmodifierande terapi till att även gälla små barn. Då består interventionen istället av att föräldrarna indirekt genom rådgivning hos logoped ska ändra samtalsmiljön hemma och i många fall ingår även direkt talträning av barnen (Christmann & Knudsen, 1991).

Det finns ingen konsensus om hur man ska behandla stamning hos barn i förskoleåldern, men de nuvarande terapimetoderna kretsar kring tre olika former av bemötande; förändringar av miljön, förändringar i emotionella reaktioner och skapande av flyt. Gemensamt för många terapiprogram idag är att de återspeglar ett multidimensionellt synsätt av stamning, vilket innebär att stamningsproblemet måste kunna bemötas med olika interventionsstrategier. När prognosen bedöms som god kan det räcka med ett konsultativt föräldrasamtal, men vid risk för utvecklande av bestående stamning kan även individuell stamningsterapi behövas. I och med att 80 procent av barnen som stammar får ett spontant normaliserat talflyt är det viktigt att logopeder genom riskfaktorer försöker bedöma barns prognos och på så sätt fördela resurserna rätt.

### **2.5.1 Inriktningar inom stamningsterapi**

Det finns två huvudinriktningar inom stamningsterapi; *flytskapande* terapi och *stamningsmodifierande* terapi (Prins, & Ingham, 2009). Många terapiprogram bygger idag på en kombination av dessa, *integrerad terapi*, som en konsekvens av det rådande multifaktoriella orsaksperspektivet på stamning.

I *flytskapande terapi* är målet spontant eller kontrollerat flytande tal. Olika tekniker lärs ut, som långsamt taltempo och sammanbundet tal med mjuka övergångar. Ett exempel på flytskapande terapi för små barn är *Lidcombe-programmet* (Onslow et al., 2001). Lidcombe bygger på operant betingning. Vid Lidcombe-terapi behandlas barnet utifrån symtomen snarare än utifrån orsaken (Yairi & Ambrose, 2005). Positiv förstärkning av det flytande talet

är det centrala i programmet. Majoriteten av terapin sker i hemmet och det krävs att föräldrarna är mycket aktiva (Guitar, 2006).

*Stanningsmodifierande terapi* görs i regel med äldre barn och vuxna. Målsättningen med stanningsmodifierande terapi är spontant eller kontrollerat flytande tal eller acceptabel stamning. Ett ytterligare mål är att minska rädslan för stamning och undvikandebeteenden. Kommunikationen är i fokus och man arbetar med känslor och attityder. Det sker också träning av identifiering och modifiering av stanningsögonblicket (Van Riper, 1973).

Idag är i princip all stamningsterapi i Sverige integrerad. Vid integrerad terapi är målet detsamma som vid stanningsmodifierande terapi, men vid behov används även flytskapande tekniker. I integrerad terapi för barn betonas vikten av tidig logopedkontakt för att förebygga en pålagrad stanningsproblematik (Garsten & Lundström, 2008). *Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)* är ett exempel på integrerad terapi och presenteras närmare nedan.

### **2.5.2 Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)**

Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI) är en terapimodell för stamning hos barn under sju år (Kelman & Nicholas, 2008). Metoden baseras på dagens ledande teoribildning kring stamning; att orsakerna till stamning är multifaktoriella. Målet med PCI är att hjälpa föräldrarna att återfå förtroende för sina föräldrakunskaper, förstå komplexiteten av stamning och att hitta vägar som underlättar barnens talflyt. I terapimetoden ingår en identifiering av fysiologiska, språkliga, miljömässiga och känslomässiga faktorer som försvårar eller främjar barnets förmåga till flytande tal (Millard, 2003; Yairi & Ambrose, 2005).

Standardförfarandet vid PCI är att en inledande utredning av barnets språkproduktion och språkförståelse, talflyt och subjektiva besvär av stamning görs. Därefter håller logopeden ett föräldrasamtal, som innehåller anamnesupptagning och rådgivning. Om det finns indikationer på att barnet är i riskzon för bestående stamning och familjen vill ha stöd åtföljs detta av sex terapisesioner hos logoped, sex veckors intervention i hemmiljö utförd av föräldrarna och regelbundna återbesök till logoped under ett år (Millard et al., 2009; Yairi & Ambrose, 2005).

Det finns tre huvuddelar inom programmet. Först får föräldrarna möjlighet att genom videoobservationer identifiera vilka kommunikationsstrategier som underlättar flytande tal hos barnet. Den andra delen handlar om etablering av rutiner och strategier inom familjen, t.ex. att erkänna barnets stamning, uppmuntra flytande tal och att lära sig bemöta stamningen på ett bra sätt. Om stanningsfrekvensen hos barnet inte har minskat efter att familjestrategier implementerats introduceras ett tredje interventionssätt. Då får barnet genom direkt terapi hos logoped lära sig talstrategier som lägre taltempo, pauser och mjuka starter (Kelman & Nicholas, 2008).

### **2.5.3 Helsingborgsmodellen**

Logopeder i Helsingborg har utarbetat ett terapiprogram för stamning hos förskolebarn kallat Helsingborgsmodellen (Lundström & Garsten, 2000). Terapimetoden har som mål att minska stanningsmanifestation och föräldrars stress. Helsingborgsmodellen består av sex delar. Föräldrakonsultation utgör den första delen, då föräldrarna och logopeden utbyter information om stamning. Därefter utvärderas barnets tal och språk. Stödgrupper erbjuds för föräldrar och

lekgrupper ges för barn, där de får möjlighet att träffa andra barn som stammar. Individuell uppföljning efter gruppaktivitet erbjuds också. I Helsingborgsmodellen ryms även terapi individuellt eller i grupp och intensiv terapi för barn med stamning och deras föräldrar. Majoriteten av föräldrarna nöjer sig dock med att få konsultation av logopeden, som minskar deras stress och oro. Kontakt etableras för framtida behandling vid behov (Yairi & Ambrose, 2005).

## 2.6 Liknande studier

Det finns flera frågeformulär på svenska för självskattning av stamning hos vuxna och ungdomar, men inte för små barn. Ett exempel på självskattningsformulär för skolbarn och tonåringar är ACES (The Assessment of the Child's Experience of Stuttering), en version av OASES, som är under utvecklande i USA (stutteringcenter.org). För barn i förskoleålder är det däremot svårt att själv skatta sin stamning. Det enda som riktar sig till barn under sex år är barnversionen av CAT (Communication Attitude Test), KiddyCat, för utvärdering av barns attityder till sin egen kommunikation (Vanryckegehem, Brutton & Hernandez, 2005). Ett sätt att mäta förskolebarns upplevelse av stamning är att göra det indirekt genom föräldrarna. Det har tidigare inte funnits ett frågeformulär där föräldrar får skatta sitt barns stamning etablerat i Sverige.

I Storbritannien gjordes 2009 en studie för att utvärdera "Parent-Child Interaction Therapy" (PCI). Utvärderingen gjordes med hjälp av frågeformuläret PRS, mått på stamningsfrekvens genom videoinspelningar från hemmiljön och utvärdering av barnens språkproduktion och språkförståelse. Föräldrarna fyllde i PRS före terapi samt efter sex månaders intervention med PCI-terapi. Ett halvår efter avslutad behandling mättes stamningsfrekvens igen och språkproduktionen och språkförståelsen utreddes på nytt (Millard et al., 2009).

En jämförelse gjordes mellan sex barn som fick PCI-terapi och fyra barn i en kontrollgrupp som inte fick någon terapi. PCI utfördes av logopeder som var utbildade i PCI-terapi, så alla barnen fick i stort sett samma bemötande. De fick dock inte fullständigt lika behandling då terapin är individuellt anpassad.

Inklusionskriterierna var att barnen skulle vara under 5 år gamla, ha engelska som modersmål, diagnostiserats med stamning av minst två logopeder och stammat i minst 12 månader. De skulle dessutom inte ha fått någon terapi under de senaste 6 månaderna. Det krävdes också att båda föräldrarna medverkade i terapin, om båda föräldrarna var delaktiga i barnets liv. Föräldrarna rapporterade en minskad påverkan på familjen av stamningen och en ökad kunskap om hantering av stamningen efter att barnen fått PCI-terapi. Studien visade att PCI kan vara effektivt för att minska stamningsfrekvensen hos små barn som stammar (Millard et al., 2009; Millard, Nicholas & Cook, 2008).

## 3. METOD

### 3.1 Översättning

PRS, hämtat från Millard et al. (2009), översattes i sin helhet till svenska med lexikon och synonymordböcker till hjälp. Detta gjordes efter överenskommelse med upphovsmannen Dr



Sharon Millard, Michael Palin Centre, Storbritannien. Översättningsprocessen pågick under två månaders tid och var färdig i februari 2010. Målet var att den svenska översättningen skulle bli så lik det engelska originalet som möjligt. Under arbetets gång uppstod vissa översättningsproblem och frågorna anpassades då efter svenska förhållanden.

### Granskning

Då formatet för frågeformuläret är satt och en första uppsättning av frågor finns tillgänglig bör man låta experter på området man vill mäta och experter inom närliggande ämnen utvärdera instrumentet (Devellis, 2003). En expertgrupp, bestående av erfarna stanningslogoped och handledare med fördjupade kunskaper inom fonetik och lingvistik granskade därför översättningen och gav återkoppling. Lekmän studerade sedan frågorna, för att säkerställa att de var lätta att förstå och relatera till, i enlighet med Sullivan (2002).

### Revideringar

Efter diskussion med expertgruppen gjordes följande ändringar i den svenska översättningen:

**Tabell 1.** Revideringar i den svenska översättningen

Utkast 1	Utkast 2 (Se Appendix 2)
Allvarlig	Svår
Alla gånger	Alltid
<i>Frustrerat</i>	<i>Besvärat</i>
<i>Själsäkert</i>	<i>Tryggt</i>
Lyckligt	Glad
	* Förklaring av begreppet turtagning
Du som förälder	Du som anhörig
Hur trygg är du i terapin ni har fått än så länge?	Hur trygg är du i den terapi ni har fått hittills?
<i>Reagera</i> när ditt barn stammar	<i>Bemöta</i> ditt barns stamning
Uppmuntra <i>själsäkerhet</i>	Stärka <i>självförtroendet</i>
Hur avspänt är det generellt hemma?	Hur lugnt är det vanligtvis hemma?
Hur väl arbetar du och din partner hemma för att uppnå era mål?	Hur väl samarbetar ni hemma för att uppnå era mål?
Så svår som det bara är möjligt	Så svår som det är möjligt
Så mycket som det bara är möjligt	Så mycket som möjligt
<i>Talflyt</i>	<i>Flytande tal</i>

Några av revideringarna har gjort att orden har ändrat betydelse. Detta gäller orden "frustrerad", "reagera" och "själsäkerhet". Anledningen till att "frustrerad" ändrades till "besvärad" är att det är en mer lättillgänglig känsla och har mindre negativ klang i svenskan. "Reagera" ändrades till "bemöta" för att det är vanligare att man talar om bemötande av stamning i Sverige än om hur man reagerar och/eller svarar när ens barn stammar. Ordet "själsäkerhet" är mer negativt laddat i svenskan, vilket grundar sig i andra kulturella värderingar jämfört med Storbritannien. I Storbritannien är det mer accepterat att vara självsäker, medan svenskar värdesätter blygsamhet, ödmjukhet och avsaknad av skrytsamhet hos varandra (Daun, 1996). Därför ersattes självsäkerhet av självförtroende i den svenska översättningen. Efter lekmännens granskning av översättningen ändrades talflyt till flytande tal, eftersom det ansågs vara lättare att förstå.

### Återöversättning

För att säkra att frågorna fick samma betydelse på svenska som i det ursprungliga formuläret översatte en person med mycket goda kunskaper i engelska (en tvåspråkig person) den svenska översättningen tillbaka till engelska (Sullivan, 2002). Ytterligare en person återöversatte delar av formuläret där det blivit språkliga felaktigheter i första återöversättningen, eventuellt som en konsekvens av den svenska översättningen. Detta gällde fråga 3, 4 (ditt barn), 4 och 5 b (du som anhörig), se tabell 2.

**Tabell 2.** Jämförelse mellan de två återöversättningarna som gjordes oberoende av varandra

Originalformuläret	Återöversättning 1 (Appendix 3)	Återöversättning 2 (Appendix 4)
3) How much is your child struggling <i>when speaking</i> ?	How much does your child struggle <i>to be able to speak</i> ?	To what extent does your child struggle <i>during speak</i> ?
4) Does your child speak less <i>because of the stammering</i> ?	Does the stuttering <i>cause</i> your child to speak less?	Does your child speak to a lesser extent <i>because of his/her stammer</i> ?
4) How <i>confident</i> are you in the therapy you have <i>received</i> so far?	How <i>pleased</i> are you with the therapy you have <i>received</i> so far?	How <i>secure</i> do you feel regarding the therapy that has <i>been given</i> so far?
5b) Encourage <i>fluency in your child</i>	Encourage your child <i>to speak fluently</i>	Encourage your child <i>to speak fluently</i>

**Tabell 3.** Skillnader mellan originalformuläret och återöversättningen

Originalformuläret	Återöversättningen
Stammer	Stutter
When speaking	During speak
Does your child have fluent times?	Does your child periodically speak fluent?
How <i>frustrated</i> is your child with his speak?	How <i>discomforted</i> is your child of his/her speak?
Anxious	Concerned
Generally	In general
Worried	Concerned
Influences	Affects
How <i>confident</i> are you in the therapy you have received so far?	How <i>pleased</i> are you with the therapy you have received so far?/ How <i>secure</i> do you feel regarding the therapy you have received so far?
<i>Respond</i> when your child is stammering	<i>Approach</i> your child's stuttering
Encourage fluency in your child	Encourage your child to speak fluently
Deal with your child's concern	Manage your child's concerns
Encourage <i>confidence</i> in your child	Improve your child's <i>self-confidence</i>
How much of an impact does the stammering have on your family?	To what extent does the stuttering affect your family?
How relaxed are things at home generally?	How calm is it usually at home?
How well do you and your partner work together to achieve your goals?	How well are you able to cooperate at home to reach your goals?

Skillnaderna mellan återöversättningarna och det ursprungliga formuläret från Storbritannien bedöms inte ändra betydelsen utan beror på språkliga variationer. Undantagen är ”frustrated”, ”confident”, ”respond” och ”confidence”, som fått ändrade betydelser efter den svenska översättningen. Ordet ”nöjd” ersattes av ”trygg” igen efter att det i återöversättningen uppdagats att nöjd låg för långt ifrån engelskans ”confident”, se tabell 3. Efter diskussion

med expertpanel godkändes sedan det andra utkastet av den svenska översättningen (Se Appendix 2).

### 3.2 Utprovning

Efter att översättningen av formuläret var klar skulle det provas ut och utvärderas på föräldrar till barn som stammar. Inklusionskriterierna för deltagande i denna studie var att forskningspersonerna skulle vara föräldrar till barn mellan 2-7 år som stammar och som nyligen sökt logopedkontakt i Skåne för detta.

#### *Deltagare*

Målet var att rekrytera föräldrar till tio barn som stammar för att kunna jämföra med en liknande studie som gjorts i Storbritannien. Detta var dock svårt att uppnå på grund av brist på föräldrar som uppfyllde kriterierna för deltagande i studien. Gedigna ansträngningar gjordes för att rekrytera föräldrarna i Skåne utan någon större respons. En rekrytering av fem föräldrar fick därför godtas.

#### *Undersökningsmetod*

Av praktiska skäl kontaktades logopederna i Skåne. Tanken med att enbart rekrytera föräldrar i Skåne var dessutom att få en mer enhetlig grupp. I Skåne har stamningslogopederna en samverkansgrupp, vilket gör dem mer samstämmiga inom stamning och stamningsterapi. Sammanlagt 13 praktiserande stamningslogopederna i Malmö, Lund, Helsingborg, Landskrona, Ängelholm och Kristianstad fick e-post med en förfrågan om hjälp till rekrytering. Åtta av dessa 13 logopederna svarade, varav två uppgav att de inte hade patienter som stämde in på profilen för tillfället.

De sex praktiserande stamningslogopederna som svarat att de kunde hjälpa till med rekryteringen fick brev med en förfrågan om medverkan i studien (Se Appendix 1). Logopederna gav eller skickade sedan denna förfrågan till föräldrar till barn mellan 2-7 år som stammar och som nyligen sökt till logoped.

Efter att många veckor gått utan någon respons från föräldrarna valde slutligen fem föräldrar att delta i studien. Formuläret skickades ut till dessa fem föräldrar vid två tillfällen med ett par veckors mellanrum. Däremellan skickades påminnelsebrev ut, då det tog tid att få tillbaka båda omgångarna av formulär.

Anledningen till att föräldrarna ombads att fylla i formuläret två gånger var för att se om de svarade likadant vid båda tillfällena och att på så sätt pröva reliabiliteten. Samma föräldrar fyllde i formuläret båda gångerna. I det svenska formuläret lades en ytterligare fråga till om stamningsproblematikens nuvarande tillstånd (sista frågan i formuläret), jämfört med Millard et al. 2009, eftersom stamning kan fluktuera mycket. Föräldrarna fick även en enkät vid sista tillfället där de angav barnets ålder, vilken intervention och hur många terapiesessioner barnet hade fått. De fyllde även i ungefär hur lång tid som gått sedan första logopedbesöket (Se Appendix 5).

Det var tänkt att formuläret skulle skickas ut en tredje gång en månad senare till föräldrarna för att se om formuläret kan användas för att utvärdera barnens stamningsterapi. Eftersom rekryteringen av föräldrarna tog extremt lång tid trots idoga försök fanns det inte tid för detta.

### 3.3 Etiska överväganden

Tillsammans med förfrågan om deltagande i studien fick föräldrarna information om att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde avbryta deltagandet. I brevet fick även föräldrarna ge sitt tillstånd till att logopederna lämnade ut deras namn och adress. Kontaktuppgifter stod på brevet så att de kunde ställa frågor. Upplysningar om sekretess gavs och de fick veta att blanketterna skulle avidentifieras. Rekryteringen via logopederna gjorde att den personliga kontakten med patienterna kringgicks. För att kunna jämföra mellan de olika personernas svar på de olika utskicken fick varje testperson en kod.

### 3.4 Mätmetod

När de besvarade formulären kommit in mättes föräldrarnas skattning i millimeter för varje fråga. Då VAS-skalan var 10 cm lång innebar detta en möjlig skattning från 0-100 mm. Högre värden visade på en mer positiv skattning. Frågorna grupperades sedan efter frekvens och svårighetsgrad av stamning (fråga 1,2,3 och 5 under "Ditt barn"), stamningens påverkan på barnet (fråga 4,6,7,8 och 9 under "Ditt barn"), förälderns oro (fråga 1 och 2 under "Du som anhörig") och förälderns kunskap om och hantering av stamning (fråga 5 under "Du som anhörig"). Föräldrarnas medelvärden för varje grupp av frågor räknades sedan ut för första och andra tillfället och sammanställdes i diagram. Gruppens svar på frågor korrelerades därefter med deras svar på liknande frågor för att undersöka vilka faktorer som föräldrarna verkar anse korrelera med varandra vid skattning av stamning. En jämförelse gjordes också mellan ett föräldrapars skattning av sitt barns stamning genom diagram över deras svar på frågorna.

## 4. RESULTAT

Den absoluta svarsfrekvensen gällande deltagande i studien är okänd med anledning av att föräldrarna rekryterades via logopeder. Föräldrar som valde att tacka nej syns inte i denna studie, då det enbart var föräldrar som valde att delta som skickade in svar på förfrågan trots att man kunde göra valet att tacka nej på svarsformuläret. Svarsfrekvensen av de fem föräldrar som valde att delta blev 100 procent på första utskicket av frågeformuläret. Vid andra utskicket blev svarsfrekvensen 80 procent, eftersom det var en förälder som inte fyllde i formuläret en andra gång. Denna förälders skattning vid första tillfället kommer därför att redovisas separat.

### 4.1 Kvalitativa data

F1: Mamma till 4-årig pojke. Pojken har stammat i nio månader och tre månader har gått sedan första logopedbesöket. Föräldrarna har fått konsultativt samtal hos logoped. Mamman rapporterar en ökning av stamningen pga. mer tid på dagis och stressigare miljö vid andra gången formuläret fylls i. Sex veckor går mellan första och andra tillfället hon fyller i formuläret.

F2: Mamma till 4-årig flicka. Flickan har stammat i ett år och det är också den tid som gått sedan första logopedbesöket. Föräldrarna har fått konsultativt samtal hos logoped. Enligt mamman har stamningen minskat den senaste månaden. Tre veckor går mellan första och andra tillfället hon fyller i formuläret.

F3: Pappa till den 4-åriga flickan ovan. Enligt pappan stammar flickan inte alls för tillfället. Tre veckor går mellan första och andra tillfället han fyller i formuläret.

F4: Mamma till snart fem år gammal pojke. Pojken har stammat i 2,5 år. Två år har gått sedan första logopedbesöket. Föräldrarna har fått konsultativt samtal hos logoped. Barnet har även fått fem terapisesioner hos logoped. Enligt mammans skattning minskar stamningen från första till andra tillfället, men enligt hennes svar på frågan om hur stamningsproblematiken ser ut för tillfället stammar barnet mer vid andra tillfället än för en månad sedan, vilket är motsägelsefullt. Tre veckor går mellan första och andra tillfället hon fyller i formuläret.

F5: Mamma till ett barn med stamning. Barnets kön är okänt med anledning av att mamman inte fyllde i barnets namn på frågeformuläret. Barnets ålder och övrig information är också okänd då mamman inte fyllde i enkäten vid andra tillfället. Mamman rapporterar att barnet stammar mindre vid tillfället då formuläret fylls i än vad det gjorde en månad tidigare.

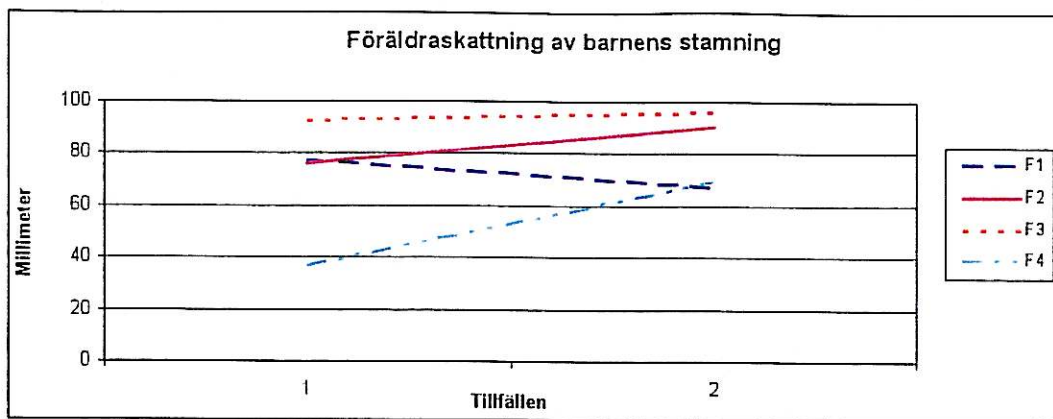
#### **4.1.1 Jämförelse mellan ett föräldrapar (F2 och F3)**

En jämförelse gjordes mellan ett föräldrapars (F2 och F3) skattning av sitt barns stamning genom att titta på diagram över deras svar på frågorna (Se Appendix 6 och Figur 2-5). Diagrammen visar att föräldrarna gett liknande svar på ett flertal av frågorna, då deras linjer löper parallellt. Frågorna de gett liknande svar på är frågorna 10-12 och fråga 14 under "Ditt barn", fråga 3 och 5d under "Du som anhörig" och fråga 2-3 under "Er familj". Frågorna som skiljer dem mest åt är frågorna gällande stamningens frekvens och svårighetsgrad och föräldrarnas oro. Vid första skattningen har barnet mer stamning och är mer besvärat enligt F2 än F3. Vid andra tillfället går deras skattning mer i linje med varandra, då framför allt modern anser att stamningen minskat och hon också skattar stamningens påverkan på barnet lägre. Pappan skattar sin oro högre än mamman. Oron höjs även för honom från 1:a till 2:a tillfället, medan den minskar för mamman. Något som skiljer föräldraparet lite åt är att fadern rapporterar lite sämre kunskap om och hantering av stamning, mindre trygghet i terapin, sämre förmåga hos barnet att vänta på sin tur och lite större påverkan på familjen av stamningen vid andra tillfället, medan mammans skattning av detta är konstant.

## **4.2 Kvantitativa data**

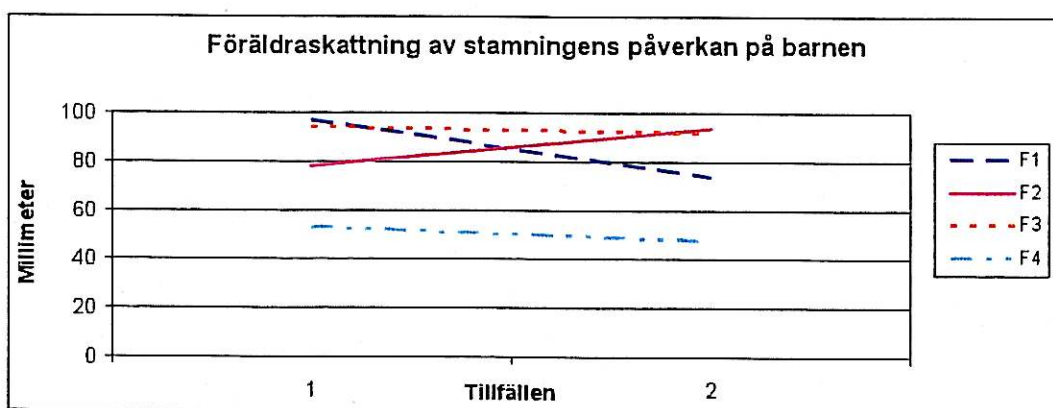
### **4.2.1 Diagram**

I figur 2-5 redovisas de fyra föräldrarnas medelvärden vid tillfälle 1 och 2 i form av diagram. Höga värden visar på en mer positiv skattning. Varje förälder (F1-F4) representeras av en linje.



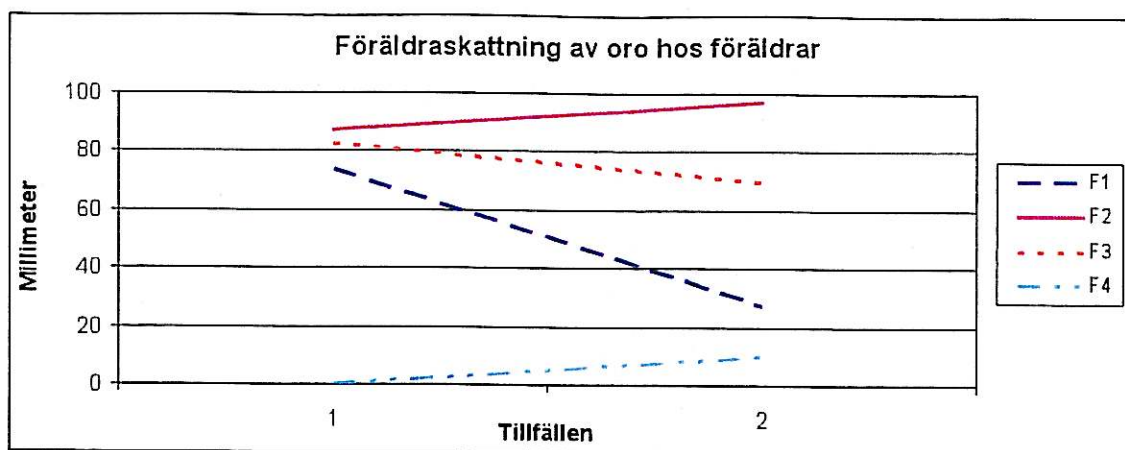
**Figur 2.** Medelvärden av föräldrarnas skattning av barnens stamning. Ett millimetervärde på 100 innebär att barnet inte stammar alls, medan ett värde på 0 står för mycket stamning.

Medelvärdet av frågorna kring frekvens och svårighetsgrad av stamning blev 55,5 mm för F5. Figur 2 visar på förbättring av stamningen över tid för alla utom F1:s barn. F1:s negativa linje över sitt barns stamning stämmer överens med hennes svar på sista frågan i formuläret. Vid första tillfället rapporterar hon att barnet stammar mindre än vad det gjorde en månad tidigare, medan hon vid andra tillfället rapporterar att barnet stammar mer än för en månad sedan. Även F4 rapporterar en ökning av barnets stamning trots att diagrammet visar på förbättring, vilket är motsägelsefullt. Vid båda tillfällena rapporterar F2 att barnet stammar mindre än för en månad sedan och F3 rapporterar att barnet inte stammar alls för tillfället.



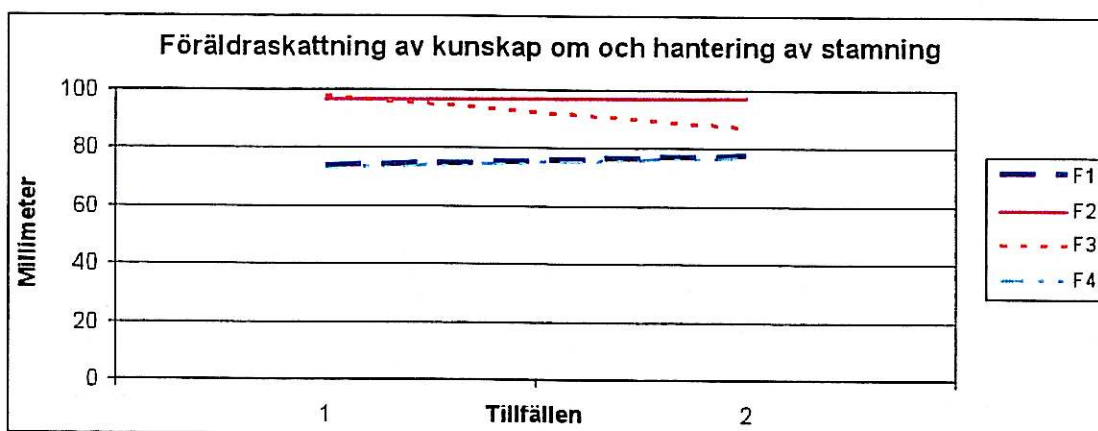
**Figur 3.** Medelvärden av föräldrarnas skattning av stamningens påverkan på barnen. Ett högre värde på y-axeln innebär att barnen påverkas mindre av stamningen.

Föräldraskattningen av stamningens påverkan på barnen visar på en minskad påverkan på F2 och F3:s gemensamma barn, men en ökad påverkan på F1 och F4:s barn. Medelvärdet av stamningens påverkan på barnet blev 82,6 mm för F5.



**Figur 4.** Medelvärden av föräldrarnas skattning av deras oro för barnens stamning. Värdet 100 står för att föräldrarna inte alls är oroliga, medan 0 innebär att de är mycket oroliga.

Diagrammet gällande föräldrarnas skattning av sin oro över barnens stamning visar att oron har ökat för F1 och F3, medan den har minskat för F2 och F4 från första till andra tillfället. Medelvärdet av oron hos F5 var 29 mm.



**Figur 5.** Medelvärden av föräldrarnas skattning av deras kunskap om och hantering av stamning. Ett högre värde innebär att föräldrarna anser sig ha bra kunskap om och hantering av stamning.

Alla utom F3 rapporterar en något ökad kunskap och lite bättre förmåga att hantera stamningen vid andra tillfället. Kunskap om och hantering av stamning skattades till ett medelvärde på 37,5 mm av F5.

#### 4.2.2 Korrelationer

Genom att beräkna korrelation av gruppens svar ( $n=4$ ) på frågor med *Pearsons korrelationskoefficient* i Microsoft Excel undersöktes vilka faktorer som föräldrarna verkar anse korrelerar med varandra vid skattning av stamning. Frågor med hög korrelation (över 0,85 vid båda tillfällena) var följande:

1. Hur ofta stammar ditt barn? – 2. Hur svår är ditt barns stamning? (1:a tillfället 0,997, 2:a 0,986)

2. Hur svår är ditt barns stamning? – 3. Hur mycket kämpar ditt barn när han/hon talar? (1:a tillfället 0,974, 2:a 0,966)

1. Hur ofta stammar ditt barn? – 3. Hur mycket kämpar ditt barn när han/hon talar? (1:a tillfället 0,989, 2:a 0,977)

6. Hur besvärat är ditt barn över sitt tal? – 7. Hur upprört är ditt barn över sin stamning? (1:a tillfället 0,967, 2:a 0,993)

7. Hur upprört är ditt barn över sin stamning? – 8. Hur oroligt är ditt barn över sitt tal? (1:a tillfället 0,963, 2:a 0,947)

6. Hur besvärat är ditt barn över sitt tal? – 8. Hur oroligt är ditt barn över sitt tal? (1:a tillfället 0,885, 2:a 0,961)

9. Hur tryggt är ditt barn i talsituationer? – 10. Hur tryggt är ditt barn i allmänhet? (1:a tillfället 0,910, 2:a 0,979)

10. Hur tryggt är ditt barn i allmänhet? – 11. Hur glad är ditt barn i allmänhet? (1:a tillfället 0,999, 2:a 0,997)

12. Hur väl klarar ditt barn turtagning i samtal? – 13. Hur väl kan ditt barn vänta på sin tur? (1:a tillfället 0,994, 2:a 0,979)

1. Hur orolig är du över ditt barns stamning? – 2. Hur orolig är du över ditt barns framtid pga. stamningen? (1:a tillfället 0,992, 2:a 0,999)

4. Hur trygg är du i den terapi ni har fått hittills? – 5a. Hur säker är du på din kunskap gällande hur du ska bemöta ditt barns stamning? (1:a tillfället 0,875, 2:a 0,997)

Detta visar att föräldrarna i hög grad skattar barnets svårighetsgrad av stamning i enlighet med frekvens av stamning och hur mycket barnet kämpar när det talar. När det gäller hur barnen påverkas av stamning korrelerar deras besvär och oro över sitt tal högt med deras upprördhet över stamning enligt föräldrarna. Det är även några frågor av mer allmän karaktär som korrelerar högt med varandra, t.ex. fråga 10 och 11 samt fråga 12 och 13 under "Ditt barn". Dessutom har föräldrarnas oro över stamningen mycket hög korrelation med deras oro över sitt barns framtid pga. stamningen.

#### 4.2.3 Reliabilitet

Det är svårt att beräkna frågeformulärets reliabilitet då antalet deltagare i studien enbart var fem personer och det dröjde flera veckor emellan föräldrarna fyllde i formulären. Man kan dock se tendenser till korrelation mellan svaren på första och andra tillfället genom att göra beräkningar med *Pearsons korrelationskoefficient*. Frågorna där föräldrarnas skattning vid första tillfället korrelerar högt med skattningen vid andra tillfället är fråga 5, frågorna 10-14 under "Ditt barn" och fråga 4 och 5c under "Du som anhörig". Det som är gemensamt för dessa frågor är att de inte handlar om stamningen i sig utan om barnets talflyt, allmänna trygghet, glädje, förmåga till turtagning och förmåga att uttrycka känslor. De handlar också om föräldrarnas känsla av trygghet i terapin och förmåga att hantera barnens oro över/medvetenhet om stamning. Detta visar att reliabiliteten är högre på frågor som är mer konstanta över tid, medan det är svårt att beräkna reliabilitet på stamningen i sig då den fluktuerar.

#### 4.3 Utelämnade svar



Samtliga frågor i frågeformuläret besvarades vid båda tillfällena. I enkäten där föräldrarna ombads fylla i bakgrundsinformation blev det däremot en del bortfall. Föräldern som inte besvarade frågeformuläret vid andra tillfället besvarade inte heller den medföljande enkäten, därför är övrig information om det barnet okänd. Föräldrar som bara hade fått konsultativt samtal hos logoped kunde inte besvara frågorna gällande terapi hos logoped, vilket gjorde att de lämnades tomma. Pappan (F3) fyllde inte i hur lång tid som gått sedan första logopedbesöket, men mamman (F2) till samma barn gjorde det. Han råkade också först kryssa i att barnet fått terapi hos logoped, men strök sedan över det.

## 5. DISKUSSION

Det har tidigare inte funnits ett svenskt frågeformulär där föräldrar får skatta sitt barns stamning. Genom denna studie, som är en väl genomarbetad översättning till svenska av PRS, kan detta formulär nu användas i Sverige.

PRS ger inte enbart en bild av barnens stamning utan utvärderar även föräldrars hantering och upplevelser av stamning hos barnet (Millard et al., 2009). Man får också en uppfattning om föräldrars oro, vilket är av betydelse då det finns risk för att eventuell oro kan komma att överföras till barnet om inget görs (Guitar & Peters, 2008). En försiktig prognos för barns stamning kan också göras genom att föräldrarna vid flera tillfällen får fylla i PRS. Mätningarna bör då inte ligga alltför nära i tid. Idag vet man att stamningens frekvens och kvalitet vid debut inte har någon betydelse för prognos. För barn som däremot inte visar någon minskning i stamning det första året är prognosen sämre. Uttryckt frustration eller andra starka reaktioner på stamning hos barnet eller föräldrarna kan orsaka större komplikationer, störa potentialen för återhämtning och ha sekundära effekter på familjen (Yairi & Ambrose, 2005). Med stöd av PRS kan detta uppmärksammas i tid och motverkas genom föräldrastöd i form av ökad kunskap om stamning och kommunikationsstrategier alternativt direkt stamningsterapi med barnet.

### 5.1 Resultatdiskussion

Det övergripande syftet med föreliggande studie var att skapa en svensk översättning av Parent Rating Scales. Ett ytterligare syfte var att undersöka om man kan använda Parent Rating Scales i Sverige för att utvärdera föräldrars hantering och upplevelser av stamning hos barnet och stamningens påverkan på barnet och övriga familjen. I den brittiska studien med PRS var syftet istället att utvärdera effekten av PCI-terapi, vilket gör att resultaten inte går att jämföra med varandra. Nackdelen med att svarsformatet i PRS utgörs av VAS-skalor är att det är svårt att kvantifiera resultatet eftersom man inte kan vara säker på att olika föräldrar har värderat avståndet på linjen likadant. Syftet med VAS-skalor är att jämföra samma individs uppfattning vid olika tillfällen. En individs resultat på VAS-skalan kan därför inte jämföras med andras. (DeVellis, 2003). Detta gör att man får vara restriktiv när man tolkar resultatet i denna studie. Det faktum att den tid det tog för föräldrarna att svara varierade kan också ha påverkat resultatet. I resultatet kan man därför enbart jämföra positiva och negativa linjer och inte göra jämförelser på en numerisk nivå mellan individer.

I jämförelsen mellan föräldraparets (F2 och F3) skattning av stamning hos samma barn gav de liknande svar på mer allmänna frågor om barnet och hemmiljön. Det är inte förvånande att det

är just sådana frågor som föräldrarna svarat lika på, eftersom de förmodligen har ungefär samma bild av detta. Lika kunskaper om vad som påverkar stamningen beror antagligen på att föräldrarna fått samma information om detta av logopeden. Frågorna som skiljer mest är frågorna beträffande stamningens frekvens och svårighetsgrad och föräldrarnas oro. Detta kan bero på att stamning fluktuerar mycket, att föräldrarna har olika tolkning av vad stamning är och att oro för barnet är en individuell känsla. Det faktum att oron höjs för pappan från 1:a till 2:a tillfället kan bero på att han känner mindre trygghet i terapin, rapporterar sämre kunskap om och hantering av stamning och lite större påverkan på familjen av stamningen vid andra tillfället.

Med så få deltagare som fem i denna studie får en tolkning av korrelationerna mellan frågorna göras restriktivt. När dessutom en av föräldrarna enbart besvarade formuläret en gång kan beräkningar inte göras med denna förälders resultat och det tas därför inte heller upp i diskussionen. En tendens som kan ses är att vissa faktorer korrelerar vid föräldrarnas bedömning av stamning. Föräldrarna skattar t.ex. svårighetsgraden av stamning i enlighet med hur ofta barnen stammar och hur mycket barnen kämpar när de talar. Detta tyder på att föräldrarnas bild av stamningens svårighetsgrad präglas av frekvens av stamning och nivå av kamp när barnet talar. Föräldrarnas skattning av stamning korrelerar oftast med deras svar på frågan om stamningsproblematik. Det var enbart F4 som gav ett motsägelsefullt svar, vilket kan bero på att hon på den frågan vänt på VAS-skalan. Detta bedöms som troligare än att hon missuppfattat den explicita frågan. Föräldrarnas skattningar av barnets glädje och trygghet i talsituationer korrelerar högt med deras skattningar av hur tryggt barnet är i allmänhet. Känner barnet sig tryggt i talsituationer och även är tryggt allmänt sett borde barnets välbefinnande vara högre. Barnet kan därmed uppfattas som gladare av föräldrarna. Föräldrarnas uppfattning om barnets besvär, oro och upprördhet över stamningen korrelerar ganska högt med varandra. Att ställa flera liknande frågor är ett vanligt förfaringsätt inom psykometri eftersom man då kan se om personen förstått frågan och är konsekvent i sina svar.

Det är intressant men kanske inte helt oväntat att barnens förmåga till turtagning i samtal enligt föräldrarna korrelerar högt med deras förmåga att vänta på sin tur. Föräldrarnas oro över sitt barns stamning korrelerar mycket högt med deras oro över barnens framtid på grund av stamningen, vilket innebär att oron de känner för stamningen för tillfället är på samma nivå som oron de känner för framtiden. Föräldrarnas känsla av trygghet i terapin korrelerar mest med hur säkra de är på sin förmåga att bemöta stamningen. Detta kan bero på att säkerheten om hur de ska bemöta stamningen bottnar i de terapeutiska råden de får hos logopeden. I det stora hela kan man se att F1:s resultat mellan första och andra tillfället beträffande stamningens påverkan på barnet och förälderns oro förändras mest. Detta kan vara en konsekvens av att det går dubbelt så lång tid mellan de båda tillfällena hon fyller i formuläret jämfört med de andra.

Jämförelsen av föräldraparet och korrelationsberäkningar av svaren från F1-F4 mellan första och andra tillfället visar att frågor som inte explicit handlar om stamningen har högre korrelation. Dessa frågor rör förhållanden som ofta är konstanta över tid medan stamning ofta fluktuerar över tid. Ett viktigt användningsområde för PRS är att ge en uppfattning om hur stamningen förändras över en längre tidsperiod. Dock måste man vid utvärdering av resultaten ta hänsyn till att stamning även kan variera från dag till dag och att kontexten som utvärderingen görs i spelar stor roll för resultatet (Alm, 2005).

## 5.2 Metoddiskussion

I denna studie varade översättningsprocessen i två månader, vilket gjorde att alla faser kunde gås igenom enligt Sullivan (2002). Formuläret översattes således noggrant, granskades, redigerades, återöversattes och bearbetades. Vid översättningen av frågorna togs språkliga och kulturella skillnader i beaktande och efter expertpanelens granskning diskuterades intentionen bakom frågorna (Hansagi & Allebeck, 1994). Hänsyn togs också till ordens laddning, vilket innebar att orden och formuleringarna gjordes så neutrala som möjligt så att laddningen inte skulle påverka föräldrarnas svar (Hansagi & Allebeck, 1994). Detta var anledningen till att "självssäkerhet" ändrades till "självförtroende" och "frustrerad" ändrades till "besvärad" i den svenska översättningen. När engelskspråkiga personer översatte formuläret tillbaka till engelska, i enlighet med Sullivan (2002) och Hansagi och Allebeck (1994), säkrades betydelsen i formuläret. Vissa små förändringar var dock ofrånkomliga då formuläret måste anpassas efter den svenska kulturen och ordens laddning måste neutraliseras. Efter lekmännens granskning av den svenska översättningen gjordes vissa anpassningar av frågornas formulering.

Svarsformatet, antal svarsalternativ och frågornas eller påståendenas formulering anpassades efter ämne och svarsgrupp vid konstruerandet i Storbritannien (Millard, 2003). En omvänd VAS-skala med de två ändpunkternas värde utsatt valdes, vilken har hög sensibilitet. Detta gör att man i princip aldrig kan svara exakt likadant (DeVellis, 2003). VAS-skalan är inte konstant över tid, utan är tänkt att kunna användas för att mäta förändringar hos enskilda individer (Jakobsson, 2004). Det är också detta PRS syftar till, vilket är anledningen till att VAS passar som svarsformat.

En utvärdering av frågornas innehåll gjordes inte av föräldrar i Sverige eftersom de konstruerats i samarbete med föräldrar till barn som stammar i Storbritannien. Istället gjordes en liten utprovning direkt av formuläret för att se om det gick att använda i Sverige för att utvärdera föräldrarnas hantering och upplevelser av stamning hos barnet och stamningens påverkan på barnet och övriga familjen. Denna studies styrka är översättningen av formuläret. Utprovningsen av formuläret var problematisk då det under en begränsad period var svårt att få kontakt med tillräckligt många föräldrar som passade in på de kriterier som valts. Att endast ha Skåne som upptagningsområde begränsade också rekryteringsmöjligheterna. Svarefrekvensen hade troligen ökat om formuläret skickats ut samtidigt med förfrågan om deltagande i studien.

När logopedier ombads att rekrytera föräldrar som passade in på studien blev den absoluta svarefrekvensen okänd. Man vet inte hur många föräldrar logopederna faktiskt hörde av sig till. Det var enbart föräldrar som tackade ja till att delta i studien som skickade tillbaka förfrågan, även om alternativet att inte delta kunde kryssas i. En obesvarad fråga är också om resultatet hade blivit annorlunda om jag eller en logoped suttit med när föräldrarna fyllde i formulären. Om formulären hade fyllts i tillsammans med logoped hade man kunnat undvika att föräldrar missuppfattar frågor. Nackdelen med detta är att föräldern då kan påverkas i sina svar rörande terapi.

I denna studie hade ett av barnen endast stammat i nio månader och den tid F5:s barn stammat är okänt. Detta var dock av underordnad betydelse när syftet inte var att utvärdera effekten av någon terapimetod, utan att prova ut PRS. Till skillnad från den brittiska studien togs inget medelvärde på båda föräldrarnas skattning av samma barn, vilket gör att det blir lite missvisande att jämföra med den studien. Det kan också tilläggas att föräldrarnas i den studien förmodligen hade fått mer likvärdig information och behandling, eftersom alla fått PCI-behandling.

### 5.3 Slutsatser och vidare forskning

I denna studie har fokus legat på en omsorgsfull översättning och bearbetning av PRS och en fortsatt utprovning av den svenska versionen av PRS behöver göras på ett större antal personer. En större utprovning i Sverige är möjlig om upptagningsområdet inte begränsas till Skåne och formuläret skickas ut tillsammans med förfrågan. Mer tid kan även läggas på rekrytering när översättningen inte ingår i studien. En utprovning behöver även göras under mer kontrollerade former med avseende på hur länge föräldrarna varit i kontakt med logoped, hur länge barnen stammat och vilken information och behandling föräldrarna och barnen fått. En sådan utprovning skulle kunna visa om PRS även kan användas för att utvärdera effekten av olika terapimetoder i Sverige. I framtiden kan logopedier förhoppningsvis också göra en försiktig prognos för barns stamning utifrån PRS genom att föräldrarna får fylla i formuläret vid flera tillfällen med en längre tidsperiod emellan.

PRS viktigaste användningsområde är dock att identifiera och uppmärksamma försvårande faktorer i tid så att utvecklandet av en pålagrad stamningsproblematik hos barn kan motverkas. PRS kan då vara ett stöd för logopeden vid planering av åtgärder och terapeutiska insatser för barn som stammar.

Denna studie visar att föräldrarna som deltagit kan skatta barnens stamning, eftersom de skattat dess svårighetsgrad i enlighet med frekvens av stamning och nivå av kamp när barnet talar. Studien visar också att den svenska versionen av PRS kan användas för att få en bild av barnets stamning och för att utvärdera föräldrars oro och hantering av stamning. Dessa faktorer är viktiga att utvärdera när det i terapin är fokus på förändringar av hemmiljö och kommunikationsstrategier. Med detta följer ett behov av mer forskning på föräldraskattning och effekten av att förändra barnens hemmiljö.

Med så få deltagare som fem i studien kan inga direkta slutsatser dras, utan studien får betraktas som en pilotstudie. En tydlig tendens är att föräldrar skattar faktorer som inte explicit har med barnets stamning att göra mer konstant vid de båda tillfällena. Däremot skattar de stamningen och sin oro över denna olika beroende på hur stamningen fluktuerar.

## TACK

Sharon Millard  
Cecilia Lundström  
Ulrika Nettelblatt  
Marie Garsten  
Ewa Holst  
Angelina Sellman  
Susanna Whitling

Övriga stanningslogoped i Skåne för hjälp med rekrytering.

Föräldrarna som medverkade i denna studie.

## REFERENSER

- Alm, P. (2005). *On the Causal Mechanisms of Stuttering* (dissertation). Lund University. Department of Clinical Neuroscience. Lund.
- Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M., & Patel, P.G. (1986). Prevalence of speech and language in 5-year old kindergarten children in Ottawa- Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51: 98-110.
- Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*. 5:e utgåvan. San Diego. Singular Publishing Group.
- Christmann, H., & Knudsen, P. F. (1991). *Forebyggelse af Stammen*. Herning. Specialpedagogisk Forlag.
- Daun, Å. (1996). *Swedish Mentality* efter översättning av Jan Teeland. 5:e utgåvan 2004. Pennsylvania. The Pennsylvania State University Press.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development: Theory and Applications* (Andra uppl.). Thousand Oaks. Sage Publications.
- Fosnot, S. M., & Woodford, L. L. (1992). *The Fluency Development System for Young Children*. Buffalo, NY. United Educational Service.
- Garsten, M., & Lundström, C. (2008). Stämning och skenande tal hos barn, (ss. 433-444). I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (red.), *Logopedi*. Lund. Studentlitteratur.
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12: 729-734.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 3:e utgåvan. Philadelphia, Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B., & Peters, T. J. (2008). *Stuttering: An Integration of Contemporary Therapies*. 4:e utgåvan. Memphis. The Stuttering Foundation of America.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och Intervju inom Hälso- och Sjukvård: Handbok för Forskning och Utvecklingsarbete*. Lund. Studentlitteratur.
- Harris., V, Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27: 203-214.
- Hartelius, L. (2008). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: ICF-perspektivet inom logopedi, (ss.113-120). I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (red.), *Logopedi*. Lund. Studentlitteratur.
- Jakobsson, U. (2004). Att mäta smärta med VAS-skalan – ett bra verktyg eller mest bekymmer? *Smärta*, 1: 8-9.

- Johnson, W. (1955). A study of the onset and development of stuttering, (ss. 37-73). I W. Johnson (ed), *Stuttering in Children and Adults*. Minneapolis, Minnesota. Colwell press, Inc.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, 311: 376-380.
- Kang, C., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J.C., & Drayna, D. (2010). Mutations in the Lysosomal Enzyme-Targeting Pathway and Persistent Stuttering. *The New England Journal of Medicine*, 362: 677-685.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical Intervention for Early Childhood Stammering-Palin PCI Approach*. Milton Keynes. Speechmark Publishing Ltd.
- Lemert, E. M. (1970). Sociological perspective, (ss. 170-187). I J. Sheehan (ed). *Stuttering: Research and Therapy*. New York. Harper & Row.
- Lundberg, A. (1998). *Stamning, Grundbok för Behandlare*. Göteborg. Lianen Konsult.
- Lundström, C., & Garsten, M. (2000). A model for intervention with childhood stuttering. (ss.335-340) I H.G. Bosshardt, J. Yaruss, & H. F. M. Peters (eds.), *Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders*. Nijmegen. Nijmegen University Press.
- Mead D. M., & Moseley, L. G. (2001). Considerations in using the Delphi approach: Design, questions and answers. *Nurse Researcher*, 8: 24-37.
- Millard, S. K, (2003). Therapy outcome: Parents' perspectives. *Proceedings of the Sixth Oxford Dysfluency Conference, 26-29 Juni 2002*, 89-98.
- Millard, S. K., Nicholas, A., & Cook, F.M. (2008). Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51: 636-650.
- Millard, S. K., Edwards, S., & Cook, F. M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11: 61-76.
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25: 47-57.
- Onslow, M., Andrews, C., & Costa, L. (1990). Parental Severity Scaling of Early Stuttered Speech: Four Case Studies. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 18: 47-61.
- Onslow, M., Menzies, R. G. & Packman, A. (2001). An Operant Intervention for Early Stuttering, The Development of the Lidcombe Program. *Behavior Modification*, 25 (1): 116-139.
- Poulus, M. G., & Webster, W. G. (1991). Family history as a basis for subgrouping people who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34: 5-10.

- Prins, D., & Ingham, R. J. (2009). Evidence-Based Treatment and Stuttering: Historical Perspective. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52: 254-263.
- Ratner, N. B., & Silverman, S. (2000). Parental perceptions of children's communicative development at stuttering onset. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43: 1252-1263.
- Riaz, N., Steinberg, S., Ahmad, J., Pluzhnikov, A., Riazuddin, S., Cox, N. J., & Drayna, D. (2005). Genomwide significant linkage to stuttering on Chromosome 12. *The American Journal of Human Genetics*, 76: 647-651.
- Rosenthal, W. S. (2003). Tracking the progress of stuttering treatment using subjective parent ratings. I A. Packman, A. Meltzer & H. Peters (Eds.), *Proceedings of the Fourth World Congress in Fluency Disorders*. Montreal, August 11-15, 2003. Nijmegen, Nederlanderna. Nijmegen University Press.
- Schuell, H. (1949). Working with parents of stuttering children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 14: 251-254.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and Therapy*. New York. Harper and Row.
- Shugart, Y. Y., Mundorff, J., Klishaw, J., Doheny, K., Doan, B., Wanyee, J., Green, E. D., & Drayna, D. (2004). Results of a genome-wide linkage scan for stuttering. *The American Journal of Human Genetics*, 124: 133-135.
- Smith, A., & Kelly E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model, (ss. 204-217). I C.R. Siegel (ed). *Nature and Treatment of Stuttering, New Directions*. Needham Heights. Allyn & Bacon.
- Stephanson-Opsal, D. & Bernstein Ratner, N. (1988). Maternal speech rate modification and childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 13: 49-56.
- Sullivan, M. (2002). Konsten att läsa en artikel om livskvalitetsforskning. *Läkartidningen*, 99: 2933-2938.
- Suresh, R., Ambrose, N., Roe, C., Pluzhnikov, A., Wittke-Thompson, J. K., Ng, M. C. Y., Wu, X., Cook, E. H., Lundström, C., Garsten, M., Ezrati, R., Yairi, E., & Cox, N. J. (2006). New complexities in the genetics of stuttering: Significant sex-specific linkage signals. *The American Journal of Human Genetics*, 78: 554-563.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., & Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preeschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30: 307-318.
- Van Riper, C. (1971). *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- Van Riper, C. (1973). *The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- World Health Organisation. (1977). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*. Geneva. World Health Organization.



World Health Organization. (2001). *The International Classification of Functioning, Disability & Health*. Geneva. World Health Organization.

Wright, L., & Ayre, A. (2000). *WASSP: Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile*. Bicester. Speechmark.

Yairi, E. (1983). The onset of stuttering in two- and three-year-old children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 25: 155-160.

Yairi E., Ambrose, N. G., Niermann, R. J. (1993). The early months of stuttering: a developmental study. *Journal of Speech & Hearing Research*. 36 (3): 521-528.

Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early Childhood Stuttering*. Austin, TX. Pro-Ed, Inc.

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37: 35-52.

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31: 90-115.

#### **Internetadresser:**

<http://www.asha.org/policy>: American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). Evidence-Based Practice in Communication Disorders [Position Statement] (senast besökt 100430)

<http://www.socialstyrelsen.se>: Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (1997). (KSH97) (senast besökt 100420)

<http://www.stutteringcenter.org/stuttering-center-news.html> (senast besökt 100426)

## APPENDIX

### Appendix 1. Informationsbrev till föräldrar

Hej!

Jag heter Caroline Andersson och går sista terminen på Logopedutbildningen vid Lunds universitet. Just nu skriver jag en examensuppsats om stamning hos barn. Jag har översatt ett frågeformulär för föräldraskattning av stamning från Storbritannien och skulle nu behöva prova ut detta på er, som är föräldrar till barn mellan 2-7 år och som nyss fått logopedkontakt.

Syftet med min undersökning är att se om man kan använda detta formulär för att utvärdera stamningsbehandling/stamningsutvecklingen för förskolebarn i Skåne, Sverige.

Utprovnigen går till genom att samma förälder (alternativt att ni gör det gemensamt) fyller i frågeformuläret, som skickas till er vid tre tillfällen med någon veckas mellanrum. Anledningen till att det ska fyllas i upprepade gånger är för att pröva formulärets pålitlighet och att se om stamningsterapin gett något resultat. Vid det avslutande tillfället ställs även ett par frågor om barnets ålder, vilken behandling och hur många terapisesioner barnet har fått.

Ni har rekryterats via er logopedmottagning. Därför behöver ni ge ert tillstånd till att er logoped/alternativt ni själva ger ut ert namn och er adress till mig om ni vill medverka i studien så att jag kan skicka ut formuläret till er. Ni gör detta genom att fylla i bifogad svarsblankett och skicka till Lunds universitet i bifogat kuvert för svarspost.

Som logopedstudent lyder jag under sekretess och jag kommer att avidentifiera alla papper så snart jag får in dem. Endast vi som är direkt engagerade i denna undersökning kommer att ha tillgång till materialet. Ni ges ett kodnamn som genomgående kommer att användas och kommer att vara anonymt i alla rapporter.

Din medverkan i undersökningen är helt frivillig, och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte medverka, eller avbryter ditt deltagande, har detta inga konsekvenser för eventuell medverkan i framtida undersökningar. Det påverkar inte heller eventuell framtida medicinsk behandling.

Med vänliga hälsningar,

Caroline Andersson  
Logopedstudent  
Dag Hammarskjölds väg 4D  
224 64 Lund  
Tel: 0734-339802  
E-post: log06can@student.lu.se

Ulrika Nettelbladt  
Handledare, Professor, Leg. logoped  
Tel: 046-17 27 25  
E-post: Ulrika.Nettelbladt@med.lu.se

Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund, Lunds universitet, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

## Appendix 2. "Parent Rating Scales"- Föräldraskattning av stamning

Förälderns namn \_\_\_\_\_ Barnets namn \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Utvärderingsstillfälle \_\_\_\_\_

Skatta följande frågor genom att sätta ett kryss på linjen. Lägg inte ner för mycket tid på varje, utan gå efter din magkänsla. Om något varierar över tid, skatta då graden efter hur det har varit de senaste två veckorna.

### Ditt barn:

- 1) Hur ofta stammar ditt barn?

\_\_\_\_\_

0 10  
(så mycket som möjligt) (inte alls)

- 2) Hur svår är ditt barns stamning?

\_\_\_\_\_

0 10  
(så svår som det är möjligt) (inte alls svår)

- 3) Hur mycket kämpar ditt barn när han/hon talar?

\_\_\_\_\_

0 10  
(så mycket som möjligt) (inte alls)

- 4) Pratar ditt barn mindre på grund av stamningen?

\_\_\_\_\_

0 10  
(alltid) (aldrig)

- 5) Har ditt barn perioder med flytande tal?

\_\_\_\_\_

0 10  
(aldrig) (alltid)

- 6) Hur besvärat är ditt barn över sitt tal?

\_\_\_\_\_

0 10  
(så mycket som möjligt) (inte alls)

- 7) Hur upprört är ditt barn över sin stamning?

\_\_\_\_\_

0 10  
(så mycket som möjligt) (inte alls)

- 8) Hur oroligt är ditt barn över sitt tal?

\_\_\_\_\_

0 10  
(så mycket som möjligt) (inte alls)

9) Hur tryggt är ditt barn i talsituationer?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt tryggt)

10) Hur tryggt är ditt barn i allmänhet?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt tryggt)

11) Hur glad är ditt barn i allmänhet?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

12) Hur väl klarar ditt barn turtagning (att växla mellan att lyssna och att tala) i samtal?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(helt adekvat)

13) Hur väl kan ditt barn vänta på sin tur (inte bara i samtal)?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(helt adekvat)

14) Hur väl kan ditt barn uttrycka hur han/hon känner?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(helt adekvat)

**Du som anhörig:**

1) Hur orolig är du över ditt barns stamning?

0  
(så mycket som möjligt) \_\_\_\_\_ 10  
(inte alls)

2) Hur orolig är du över ditt barns framtid på grund av stamningen?

0  
(så mycket som möjligt) \_\_\_\_\_ 10  
(inte alls)

3) Förstår du vad som påverkar ditt barns stamning?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

4) Hur trygg är du i den terapi ni har fått hittills?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

5) Hur säker är du på din kunskap gällande hur du ska:

a) Bemöta ditt barns stamning

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

b) Uppmuntra flytande tal hos ditt barn

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

c) Hantera ditt barns oro över/medvetenhet om stamning

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

d) Stärka självförtroendet hos ditt barn

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

**Er familj:**

1) Hur stor påverkan har stamningen på er familj?

0  
(så mycket som möjligt) \_\_\_\_\_ 10  
(ingen alls)

2) Hur lugnt är det vanligtvis hemma?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(fullständigt)

3) Hur väl samarbetar ni hemma för att uppnå era mål?

0  
(inte alls) \_\_\_\_\_ 10  
(optimalt)

• Hur ser stamningsproblematiken ut hos ditt barn just nu?

Mitt barn stammar inte alls för tillfället  Mitt barn stammar mer nu än för en månad sedan

Mitt barn stammar mindre nu än för en månad sedan  Det är förhållandevis oförändrat

### Appendix 3. Återöversättning till engelska, version 1

Parent's name: \_\_\_\_\_ Child's name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Assessment occasion: \_\_\_\_\_

Please rate the following questions by marking a cross on the line. Don't spend too much time on each, trust your gut feeling. If something varies over time, rate the level according to how it has been the past 2 weeks.

Your child:

1) How often does your child stutter?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

2) How severe is your child's stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as severe as possible) (not severe at all)

3) How much does your child struggle to be able to speak?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

4) Does the stuttering cause your child to speak less?

\_\_\_\_\_

0 10  
(always) (never)

5) Does your child periodically speak fluent?

\_\_\_\_\_

0 10  
(never) (always)

6) How discomforted is your child of his/her speech?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

7) How upset is your child by his/her stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

8) How concerned is your child of his/her speech?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(as much as possible) (not at all)

9) How confident is your child in situations where speech is concerned?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely confident)

10) How confident is your child in general?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely confident)

11) How happy is your child in general?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

12) How well is your child able to take turns in conversation?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely adequate)

13) How well is your child able to wait for his/her turn (not just in conversation)?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely adequate)

14) How well is your child able to express how he/she feels?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely adequate)

**You as a caregiver:**

1) How concerned are you by your child's stuttering?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(as much as possible) (not at all)

2) How concerned are you for your child's future due to his/her stuttering?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(as much as possible) (not at all)

3) Do you understand what affects your child's stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

4) How pleased are you with the therapy you have received so far?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

5) How confident are you of your knowledge concerning how you should:

a) Approach your child's stuttering

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

b) Encourage your child to speak fluently

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

c) Manage your child's concerns/ awareness of his/her stuttering

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

d) Improve your child's self-confidence

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

**Your family:**

1) To what extent does the stuttering affect your family?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (none)

2) How calm is it usually at home?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

3) How well are you able to cooperate at home to reach your goals?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (optimal)



## Appendix 4. Återöversättning till engelska, version 2

Parent's name: \_\_\_\_\_ Child's name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Assessment occasion: \_\_\_\_\_

Please rate the following questions by marking a cross on the line. Don't spend too much time on each, trust your gut feeling. If something varies over time, rate the level according to how it has been the past 2 weeks.

### Your child:

- 1) How often does your child stutter?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

- 2) How severe is your child's stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as severe as possible) (not severe at all)

- 3) How much does your child struggle when he/she is speaking?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

- 4) Does your child speak less because of the stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(always) (never)

- 5) Does your child periodically speak fluent?

\_\_\_\_\_

0 10  
(never) (always)

- 6) How discomforted is your child of his/her speech?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

- 7) How upset is your child by his/her stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

8) How concerned is your child of his/her speech?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

9) How confident is your child in situations where speech is concerned?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely confident)

10) How confident is your child in general?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely confident)

11) How happy is your child in general?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely)

12) How well is your child able to take turns in conversation?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely adequate)

13) How well is your child able to wait for his/her turn (not just in conversation)?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely adequate)

14) How well is your child able to express how he/she feels?

\_\_\_\_\_

0 10  
(not at all) (completely adequate)

**You as a caregiver:**

1) How concerned are you by your child's stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

2) How concerned are you for your child's future due to his/her stuttering?

\_\_\_\_\_

0 10  
(as much as possible) (not at all)

3) Do you understand what affects your child's stuttering?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

4) How confident are you in the therapy you have received so far?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

5) How confident are you of your knowledge concerning how you should:

a) Approach your child's stuttering

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

b) Encourage fluent speech in your child

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

c) Manage your child's concerns/ awareness of his/her stuttering

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

d) Improve your child's self-confidence

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

**Your family:**

1) To what extent does the stuttering affect your family?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(as much as possible) (none)

2) How calm is it usually at home?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (completely)

3) How well are you able to cooperate at home to reach your goals?

0 \_\_\_\_\_ 10  
(not at all) (optimal)

## Appendix 5. Enkät

Hur många år är ditt barn? \_\_\_\_\_

Ungefär hur länge är det sedan ditt barn började stamma? \_\_\_\_\_

Ungefär hur lång tid har gått sedan första logopedbesöket? \_\_\_\_\_

Vilken typ av behandling har ni fått för stamningen?

- Föräldrasamtal
- Barnet har fått terapi hos logoped
- Annan behandling I så fall vad? \_\_\_\_\_

Om ditt barn har fått behandling hos logoped för sin stamning, kan du beskriva vad logopeden och barnet har jobbat med?

---

---

---

Hur många gånger har ditt barn fått behandling hos logoped? \_\_\_\_\_

## Appendix 6. Diagram

