

Silje Haukdal

Foreldreperspektiver på behandling av stamming hos førskolebarn.

En deskriptiv tverrsnittsundersøkelse.

Masteroppgave i Erfaringsbasert master i Logopedi
Veileder: Heidi Gilstad og Astrid Tine Bjørvik

Mars 2019

Silje Haukdal

Foreldreperspektiver på behandling av stamming hos førskolebarn.

En deskriptiv tverrsnittundersøkelse.

Masteroppgave i Erfaringsbasert master i Logopedi
Veileder: Heidi Gilstad og Astrid Tine Bjørvik
Mars 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for språk og litteratur

Sammendrag

Dette er en deskriptiv tverrsnittsundersøkelse av foreldres erfaringer med å ha deltatt i stammebehandling med sine førskolebarn. Datainnsamlingen ble gjort gjennom et nettbasert spørreskjema. Resultatene er basert på svarene fra det endelige utvalget, som bestod av 16 foreldre.

De fleste stammebehandlingsprogrammene for førskolebarn i dag innebærer en eller annen form for foreldreveiledning og rådgivning. I tillegg kreves det en viss grad av forpliktelse fra foreldrene i form av hjemmeoppgaver og endring av kommunikasjonsstiler. Fokuset på foreldre i behandlingsprosessene er kommet som en følge av utviklingen innenfor spesialpedagogisk rådgivning som vektlegger implementasjonen av prinsipper fra empowerment-teori og brukermedvirkning. Det å ha kunnskap om hva foreldre syns om å bli tillagt det ansvaret det kan innebære å delta i stammebehandlingsprogrammene kan være nyttig i møte med andre foreldre som er i starten av en slik behandlingsprosess.

Problemstillingen var: Hvilke erfaringer sitter foreldre av førskolebarn som stammer igjen med etter å ha deltatt i stammebehandling med sine barn? - med fokus på foreldrenes deltakelse i behandlingen, deres kunnskap om og håndtering av barnas stamming, og bekymringer rundt stammingen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at foreldrene som deltok hadde blandede erfaringer. Kort sagt indikerer resultatene at i hvilken grad foreldrene føler seg møtt, hørt og støttet er av stor betydning for hvorvidt de sitter igjen med positive erfaringer eller ei. Noen satt igjen med positive erfaringer til tross for at barnas stamming ikke hadde forsvunnet. Andre hadde erfaringer med å måtte kjempe for hjelpen de hadde rett på, mens andre følte de rett og slett ikke fikk hjelp. Alle foreldrene i utvalget hadde færre bekymringer knyttet til barnas stamming når de svarte på denne undersøkelsen enn de hadde før behandlingsstart, men majoriteten var fortsatt bekymret i en eller annen grad. Bekymringene kunne knyttes til faktorer foreldrene ikke kunne kontrollere, slik som negative reaksjoner fra miljøet rundt eller negative konsekvenser for fremtiden.

Grunnet utvalgets størrelse og undersøkelsen deskriptive design, ble det ikke aktuelt å generalisere resultatene over på totalpopulasjonen. Likevel kan resultatene og tendensene fra utvalget gi logopedier som skal jobbe med stammebehandling for førskolebarn nyttig kunnskap som kan brukes i diskusjon med foreldre i starten av behandlingsprosessen.

Abstract

This paper is a descriptive, cross-section study of parental experiences with the process of participating in treatment for stuttering with their pre-school children. The results presented in this paper are based on data collected from a sample of 16 parents through an online survey.

Most treatment- programmes for stuttering for pre-school-children contain some form of parental counselling or guidance. In addition, they also require a certain amount of commitment from the parents regarding homework and making changes to their own styles of interaction. Treatment processes that involve some form of guidance or counselling these days implement principles from empowerment theory and user participation. Having knowledge about the parent perspective when it comes to how they feel about participating in these treatment processes could show useful when meeting and starting a similar treatment process with other parents who have pre-school children who stutter.

The aim of this study was to answer: *What kind of experiences are parents of pre-school children who stutter left with after participating in treatment for stuttering with their child? - focusing on the parents as participants, their knowledge of stuttering and ways to cope, and final worries regarding the stuttering.*

The results from the survey show mixed experiences among the parents who participated. In short, the results indicate that the degree the parents feel seen, understood and supported is of importance when it comes to what kind of experiences they are left with. Some parents had positive experiences despite the fact that their child still stuttered. Others have had to fight for the help they should have, while some felt they didn't get much help at all. The levels of worries had gone down for all of the parents since before the start of the treatment. The majority was still worried to some degree. The parents worried for things that were out of their control; like negative reactions from the surroundings or what kind of negative consequences the stuttering could have in the child's future if it didn't stop.

Due to the sample size and the study's descriptive design, generalizing the results to the population was not considered a reasonable option. However, the results and trends from the sample could still be helpful for speech & language therapists when it comes to meeting and discussing topics of treatment with other parents who are in the start of a treatment process.

Forord

Da er målstreken i syne. Den siste tiden har vært intens og slitsom, men utrolig lærerik og givende. Det er litt rart å se at jeg faktisk hadde en masteroppgave i meg. Dette virket meget fjernt når jeg sendte søknaden til logopedstudiet fra hotellrommet i Antigua, Guatemala, 11. Februar 2015. Kontrasten til livet på loffen som det var den gang, er stor her jeg sitter med boliglån og skal til å starte eget firma.

Disse fire årene med studier på NTNU har vært så fine. Jeg kommer virkelig til å savne alle dere damene jeg har hatt privilegiet av å dele disse årene med. Månen til flott gjeng. Takket være dere har jeg kommet hit i dag. Må spesielt trekke frem støtten og motivasjonen dere ga meg på siste samling som var i Februar. Tusen takk! En spesiell takk til Martine som tilbød seg å lese gjennom og gi tilbakemeldinger på stoffet mitt, der hun satt i ammetåka. Fantastisk!

Må også få takket alle andre som har hjulpet meg underveis; Norsk Interesseforening for Stammer og Løpske tale ved Martin Aasen Wright; Takk for hjelpen med å skape oppmerksomhet rundt og å spre spørreundersøkelsen. Takk til Norsk Logopedlag for å ha distribuert undersøkelsen rundt om til logopeder i vårt langstrakte land. Takk til alle foreldrene som deltok i undersøkelsen. Uten dere hadde ikke denne oppgaven være mulig! Takk til alle mine venner som har korrekturlest, deltatt på pilotundersøkelse og som har hørt på klagingen min i de mørke stundene.

Takk til mine veiledere Heidi Gilstad og Astrid Tine Bjørvik for tilbakemeldinger, råd og tips gjennom prosessen. Det har vært til stor hjelp og støtte, spesielt i denne siste intensive måneden.

Jeg har satt uendelig stor pris på støtten fra min familie. Spesielt hundepassen, ferdiglagde middager og lån av printer. Takk mamma og pappa!

Nå håper jeg dette ender godt, og at jeg kan se frem til en lang og spennende karriere som ferdigutdannet logoped.

Haukdalen, Mars, 2019.

Silje Haukdal

Innhold

Figurer.....	xiv
Tabeller	xiv
1 INNLEDNING:	1
1.1 Studiens tema.....	1
1.2 Hensikten med studien.....	2
1.3 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.4 Oppgavens oppbygning	3
2 Teoretisk rammeverk.....	4
2.1. Hva er stamming?	4
2.1.1 Definisjon og forekomst.....	4
2.1.2 Stammeadferd og utvikling av stamming.....	5
2.1.3 Naturlig bedring og risikofaktorer for vedvarende stamming.....	6
2.2 Etiologi- årsaker bak stamming.....	7
2.2.1 Forklaringsmodeller	8
2.3 Stammingens påvirkning på barn	10
2.4 Stammingens påvirkning på foreldrene	11
2.4.1 Påvirkning, følelser og kunnskap	11
2.4.2 Uformelle strategier i kommunikasjonen med barna.	11
2.4.3 Bekymringer.....	12
2.5 Forventninger og erfaringer med stammebehandling-Hva er viktig for foreldrene?	12
2.5.1 Brukermedvirkning	12
2.5.2 Forventninger	13
2.5.3 Erfaringer i etterkant av behandling.....	14
2.6 Behandlingsmetoder rettet mot førskolebarn;	15
2.6.1 Rådgivningsteori	15
2.6.2 Tidlig intervensjon	17

2.6.3	Lidcombe Programmet	17
2.6.4	Palin Parent Child Interaction Therapy (Palin PCI).....	18
2.6.5	Restart- DCM	20
2.6.6	Mini KIDS.....	21
3	Metode:.....	22
3.1	Datainnsamling.....	22
3.1.1	Populasjon og utvalg	22
3.1.2	Design.....	23
3.1.3	Spørreskjema som datainnsamlingsmetode	23
3.1.4	Spørsmål og svaralternativer	24
3.1.5	Operasjonalisering.....	25
3.1.6	Feilkilder i spørsmåls- og svarformuleringen	25
3.1.7	Pilotundersøkelse	26
3.2	Undersøkelsens gjennomføring og distribusjon	26
3.3	Dataanalyse.....	27
3.3.1	Analyse av talldata: Deskriptiv statistikk og statistisk analyse.....	27
3.3.2	Analyse av tekstdata.....	28
3.4	Validitet og reliabilitet.....	29
3.4.1	Validitet.....	29
3.4.2	Reliabilitet	31
3.5	Etiske hensyn og vurderinger	31
4	Resultater	34
4.1	Beskrivelse av utvalget.....	34
4.2	Tanker rundt behandlingen.	35
4.2.1	Hvilke forventinger hadde foreldrene til behandlingen før oppstart?	35
4.2.2	I hvilken grad følte respondentene at forventingene de hadde i forkant ble møtt?	36

4.2.3	Hvilke erfaringer har foreldrene gjort seg om denne typen behandlingsmetoder?	36
4.2.4	Tekstsvar	38
4.3	Kunnskap om og håndtering av stammingen.	39
4.3.1	Føler foreldrene de har mer kunnskap om stamming nå etter eller underveis i behandlingen enn før?	39
4.3.2	Føler foreldrene seg mer selvsikre når det gjelder å håndtere barnas stamming nå etter behandlingen enn før? Korrelerer økt kunnskapsnivå med økt nivå av selvtillit? 40	
4.3.3	Tekstsvar	41
4.4	Bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming.	42
4.4.1	Føler foreldrene på bekymring rundt barnets stamming? Har foreldrenes bekymringsnivå endret seg etter behandlingsstart? Hva har eventuelt endret seg og hvorfor?	42
4.4.2	Har et vært noen endring i foreldrenes bekymringsnivå?	43
4.4.3	Hvilke bekymringer føler foreldrene på?	43
5	Drøfting	44
5.1	Tanker rundt behandlingen	44
5.1.1	Forventninger	44
5.1.2	Forventinger og positive erfaringer	45
5.1.3	Forventinger, negative erfaringer og logopedens rolle	45
5.1.4	Utfordringer med metodene	46
5.1.5	Overlapp mellom positive erfaringer og ønske om større rolle fra logoped	47
5.2	Kunnskap om og håndtering av stammingen	48
5.2.1	Økning i kunnskap og selvtillit	48
5.2.2	Manglende samvariasjon	48
5.2.3	Kilder til kunnskap og informasjon	49
5.2.4	Uformelle strategier	49
5.2.5	Betydningen av opplæring, kunnskap og relasjon	50

5.3	Bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming	51
5.3.1	Grad av bekymring	51
5.3.2	De som fortsetter å stamme	51
5.3.3	Typer av bekymringer	53
5.3.4	Manglende samvariasjon	54
6	Konklusjon	55
6.1	Begrensninger	55
6.2	Veien videre	55
6.3	Sammenfatting og avslutning	56
	Referanseliste	59
	Vedlegg	66

Figurer

Figur 1; Den multifaktorielle modellen. Figur hentet fra og fritt oversatt fra Kelman & Nicholas, 2008, side 5.	9
Figur 2: Kjønnfordeling.	34
Figur 3: Tidligere erfaring med stamming.	34
Figur 4: Behandlingsmetoder for stamming foreldrene i utvalget var kjente med.	35
Figur 5: Spørsmål 2. Forventinger.	36
Figur 6: Spørsmål 3-7. Tanker om behandlingen.	36
Figur 7: Spørsmål 10-11. Kunnskap før og etter.	39
Figur 8: Spørsmål 12-13. God støtte for barnet før og etter.	40
Figur 9: Spørsmål 14-15. Prate om stamming før og etter.	40
Figur 10: Spørsmål 18-19. Bekymring før og etter.	42

Tabeller

Tabell 1: Krysstabell; Korrelasjonsverdier, Pearsons r, for spørsmål 3,4,6 & 7. Alle med p-verdi: <0.05	38
---	----

1 INNLEDNING:

1.1 Studiens tema

Emnet stamming er vidt, mangfoldig og i stadig utvikling. Dette prosjektet handler om foreldres erfaringer fra å ha deltatt i stammebehandling med sine førskolebarn.

Stammebehandlingsprogrammene for førskolebarn er ulike i sine tilnærminger og metoder. Noen programmer fokuserer på adferdsendring gjennom betinget læring, slik som Lidcombe programmets bruk av operant betinging. Andre program fokuserer på miljøfaktorer, slik som Palin PCIs fokus på empowerment av foreldre. Felles for behandlingsprogrammene rettet mot denne aldersgruppen er at barnas foreldre har en nøkkelrolle i behandlingsprosessen og programmene innebærer en eller annen form for foreldreveiledning. Forskning har vist at behandlingstiltak som retter seg mot å modifisere eller endre kommunikasjonsstilene til foreldre og miljøet rundt bidrar til en reduisering av stamming hos barna (for eksempler se: Sawyer, Matteson, Ou & Nagase, 2017; Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld & Franken, 2015). Tanken bak foreldreveiledningen er å redusere foreldrenes bekymring og engstelse rundt barnas stamming, samtidig som veiledningen har som mål å endre foreldrenes kommunikasjonsstiler gjennom å lære de å reagere på og håndtere barnas stamming på en støttende og forståelsesfull måte (Blomgren, 2013).

Gjennom flere studier er det sett at foreldre av barn som stammer kan oppleve å bli påvirket i negativ forstand av barnas stamming. Dette i form av bekymringer for barnas fremtid, skyldfølelse for å ha forårsaket stammingen og usikkerhet i hvordan forholde seg til barnets stamming (Costelloe, Davis & Cavenagh, 2015; Langevin, Packman & Onslow, 2010).

Forskere og klinikere ser at det å øke foreldres kunnskap om stamming, forsterke foreldrenes selvtillit og gi de verktøy til å håndtere stammingen er noen av de viktigste elementene i flere av behandlingsprogrammene. Dette er også blitt bekreftet som nyttig og hjelpsomt av foreldre i flere foreldrestudier (Costelloe et al., 2015; Plexico & Burrus, 2012).

Bevissthet og kunnskap om prinsipper innenfor empowerment og brukermedvirkning er nyttig i behandlingsprosesser hvor foreldreveiledning har en stor rolle (Dalen & Tangen, 2012). I den sammenheng er det av betydning å inneha kunnskap om hvilke behov foreldre i disse situasjoner ofte har, hvilke følelser de ofte sitter med og hva foreldrene vektlegger som positivt og hensiktsmessig, eller motsatt; negativt, utfordrende eller unyttig. I logopediske sammenhenger jobbes det mot empowerment gjennom opplæring, veiledning og rådgivning. Det finnes ingen god norsk oversettelse på ordet, men *empowerment* er et godt kjent begrep

innenfor både helse-, sosial- og opplæringssektoren, og handler kort sagt om å hjelpe klienten å hjelpe seg selv (Lassen, 2012). Empowerment og brukermedvirkning som metoder og begrep gjøres rede for i teoridelens kapittel 2.6.1.

1.2 Hensikten med studien

I dette prosjektet vil jeg rette fokus mot foreldreperspektivet når det gjelder stammebehandling for førskolebarn. Hensikten med dette er å få frem hva en større gruppe foreldre mener og har erfart rundt det å være med på stammebehandling for førskolebarn.

Dette innebærer i denne undersøkelsen blant annet å få kunnskap om hvilke forventninger foreldrene har i forkant av behandlingsprosessen, hvordan foreldrene opplever arbeidsmengden og ansvaret som legges på dem, hvilke bekymringer og følelser foreldrene opplever knyttet til barnas stamming og til sist hvorvidt disse bekymringene og følelsene er endret etter behandlingen. Det er mange nyanser og aspekter som kan løftes frem og forskes på, og det lar seg ikke gjøre å ramme inn alle aspekter i stammefeltet i en undersøkelse. Derfor er kun noen aspekter valgt ut og fokusert på i dette prosjektet.

I tillegg er et underordnet mål å kunne dra nytte av resultatene som kommer ut av dette prosjektet, gjennom å bedre kunne komme andre foreldre i møte på deres behov og følelser i starten av en slik behandlingsprosess. For logopeder i praksis kan denne kunnskapen være et grunnlag for å diskutere med foreldre om deres og barnas behov og preferanser for stammebehandling.

1.3 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen og de underhørende forskningsspørsmålene ble ikke utarbeidet kun på bakgrunn av mine personlige interesser, men også sett i lys av nyere forskning og litteratur om hvordan foreldre blir påvirket av barnas stamming og hvilke erfaringer foreldre har delt om å delta i slike behandlingsprogrammer tidligere. Teorien og forskningen som ligger bak, blir gjennomgått i teorikapitlet. Problemstillingen for dette prosjektet ble dermed som følger;

Hvilke erfaringer sitter foreldre av førskolebarn som stammer igjen med etter å ha deltatt i stammebehandling med sine barn? - med fokus på foreldrenes deltakelse i behandlingen, kunnskap om og håndtering av barnas stamming, og bekymringer rundt stammingen.

Denne problemstillingen er i utgangspunktet vid. For å snevre inn og presisere hva dette prosjektet skulle fokusere på ble det ut fra problemstillingen utarbeidet tre forskningsspørsmål jeg brukte i det videre arbeidet:

1. Hvilke erfaringer knytter foreldrene til det å delta i stammebehandling med sine barn når det gjelder grad av møtte forventinger, brukermedvirkning, ansvar i behandlingsprosessen og metodikken med hjemmebasert behandling i seg selv?
2. Har foreldrene erfart at de har økt sin kunnskap om stamming og blitt tryggere på å håndtere barnas stamming etter behandlingsstart?
3. Har foreldrene erfart å ha bekymringer knyttet til barnas stamming, og har dette endret seg noe siden behandlingsstart?

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av seks kapitler. I dette første kapitlet finner man innledning, formål med studien, oppgavens problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål og oppgavens oppbygning.

Oppgavens teoretiske rammeverk blir gjort rede for i kapittel to sammen med en grunnleggende innføring i stamming som fenomen.

I kapittel tre, metodekapitlet, blir metodene som brukes for å samle inn og analysere dataene for å svare på problemstillingen gjort rede for. Oppgavens validitet og reliabilitet blir drøftet her med de implikasjoner det har for studiens resultater.

Resultatene av datainnsamlingen og de påfølgende dataanalysene blir presentert i kapittel fire, etterfulgt av kapittel fem hvor relevante funn blir drøftet, både i lys av hverandre og det teoretiske rammeverket.

Kapittel seks tar for seg undersøkelsens begrensninger, hvilke implikasjoner studiens resultater kan ha i forhold til eventuell videre forskning og til sist; studiens konklusjon.

2 Teoretisk rammeverk

Stamming er et eldgammelt fenomen, som til tross for sin alder, fortsatt ikke har fått en sikker årsaksforklaring. Forskningsfeltet rundt stamming er enormt, og består av mange felt.

Hensikten med dette kapitlet er ikke å gi en grundig gjennomgang av alle aspekter ved stamming, det hadde krevd mange år og mange sider. Det teoretiske rammeverket og nyere forskning som er relevant for problemstillingen er det som står i fokus, sammen med det grunnleggende om stammeadferd, stammeutvikling og årsaksforklaringer.

For å respektere rammene på denne oppgaven og problemstillingens målgruppe har jeg foretatt en avgrensning når det gjelder aldersspenn. Dette betyr at temaer som stammeutvikling og behandlingsmetoder for de fra skolealder og opp til voksne ikke blir gjennomgått. Fokuset vil være på stammeutvikling hos og behandlingsmetoder rettet mot *førskolebarn* (1-6 år), forskning om hvordan foreldre opplever å bli påvirket av barnas stamming og hvilke erfaringer foreldre har med å delta i stammebehandling for denne aldersgruppen.

2.1. Hva er stamming?

2.1.1 Definisjon og forekomst

Hva en fullgod definisjon burde si noe om strides de lærde om. Debatten for å enes om en fullkommen definisjon på stamming pågår den dag i dag. Årsaksforklaringer bak stamming velger jeg å komme tilbake til senere i kapitlet. I denne teksten har jeg valgt å ta utgangspunkt i WHO's definisjon som favner både det kommunikative, talemotoriske og kognitive aspektet ved vansken. Verdens Helseorganisasjon (WHO) klassifiserer i sin nyeste versjon av ICD-11 stamming som en utviklingsmessig taleflytvanske:

Utviklingsmessig stamming er karakterisert av vedvarende og hyppige taleflytbrudd, som overstiger hva som kan forventes av normale taleflytbrudd for utviklingsstadiet, og som er utenfor hva som kan forventes ut i fra kognitiv fungering, som fører til redusert forståelighet av tale og påvirker personens kommunikasjon signifikant. Taleflytbruddene kan bestå av repetisjoner av lyder, stavelser eller ord, forlengelser, ordbrudd, stopp i lydproduksjon, overflødig bruk av fyllord eller -lyder, og hurtige, korte taleutbrudd (Fritt oversatt fra WHO, 2018).

Totalt i hele verden er det til enhver tid cirka 1% av befolkningen som stammer. Stamming forekommer i alle kulturer, i alle verdenshjørner og samfunnslag (Guitar, 2014). Insidenstall

for stamming hos barn, altså hvor mange som har stammet på et eller annet tidspunkt, har lenge vært sagt å være rundt 5% (Guitar, 2014), men nyere gjennomganger har indikert at det reelle insidenstallet er 8-10 % (Yairi & Ambrose, 2013). Ved stammestart i førskolealder er det like mange gutter som jenter som stammer, men ved skolestart har dette endret seg. Forskjellige studier viser forskjellige tall, men sammenlagt ser man at ratioen gutter versus jenter som stammer ved skolestart er cirka 3:1, altså flere gutter enn jenter fortsetter å stamme (Kelman & Nicholas, 2008).

2.1.2 Stammeadferd og utvikling av stamming

Guitar (2014) deler stamming inn i kjerneadferd og sekundæradferd. Kjerneadferd er selve taleflytbruddene. Disse taleflytbruddene er ikke frivillige eller kontrollerbare for personen som stammer. Taleflytbruddene kan bestå av (a) repetisjoner av lyder, en eller flere stavelser eller korte fraser, (b) forlengelser av lyder, eller (c) blokkeringer/stopp i luftstrøm eller stemme. Sekundæradferden kan deles inn etter hvilken hensikt den som stammer har med adferden. Sekundæradferd er tillært adferd og kan deles i unngåelsesadferd og fluktadferd. Fluktadferd kommer når barnet prøver å komme seg ut av et stammeøyeblikk. Eksempler kan være eksessiv blinking, nikkning og bruk av fyllord eller -lyder som «uh ... uh..uh..». Unngåelsesadferd kommer når barnet har en forventning om å stamme, og dette vekker negative følelser, så barnet tar i bruk preventive strategier for å unngå at det skjer (Guitar, 2014).

De fleste som begynner å stamme gjør det i alderen 2-4 år, og det etter en til da tilsynelatende normal språkutvikling (Yairi & Ambrose, 2005). Stamming oppstår ofte i perioder av barnas språkutvikling hvor de begynner å ta i bruk mer komplekse, lengre fraser og ord, og mer avanserte måter å bruke trykk og intonasjon på (Guitar, 2014). Stamming er et heterogent fenomen, med utallige individuelle variasjoner både i forhold til alder ved stammestart, alvorlighet, typer av stamming og varighet. Det er likevel flere som, på bakgrunn av observasjoner av større grupper, har beskrevet ulike stadier og aldersinndelinger når det gjelder utvikling av stamming. Eksempler på de mest kjente er Van Ripers (1971) fire utviklingsstadier av stamming og Guitars (2014) stammeutviklingsnivåer.

I den videre beskrivelsen av stammeutvikling vil jeg ta utgangspunkt i de tre første nivåene i Guitars (2014) inndeling. Det er viktig å presisere at disse inndelingene ikke er rigide. Det er ofte glidende overganger mellom de ulike nivåene og barn kan veksle frem og tilbake mellom

nivåene i mange måneder. I tillegg vil barnas ulike individuelle modning og utvikling også påvirke stammeutviklingen.

Borderline stamming sees oftest hos de yngste førskolebarna (2-3,5). Det kan være utfordrende å skille de med borderline stamming fra de med normale mengder taleflytbrudd (småbarnsstotring) fordi disse barna kan i perioder svinge mellom å ha normale nivåer av taleflytbrudd og å ha så mye at det kan kalles stamming. Sekundæradferd er sjeldent observert hos denne aldersgruppen da de som oftest ikke er bevisste stammingen sin og sjelden reagerer på den. *Begynnende stamming* ses oftest hos de eldre førskolebarn (3,5-6). Taleflytbruddene er ikke nødvendigvis flere, men de har endret karakter ved at repetisjonene er kjappere og urytmiske, blokkeringer har begynt å oppstå og de lydene som tidligere ble repetert blir nå forlenget. Utviklingen av sekundæradferd er ofte observert; nikking, overdreven blunking eller bruk av fyllord. Barn i denne alderen er nå bevisste stammingen sin, og opplever ofte følelser som frustrasjon og frykt (Guitar, 2014). En meta-analyse av holdningsstudier på barns syn på egen kommunikasjonsevne bekrefter dette gjennom sine funn. Funnene viste at førskolebarn som stammet, i gjennomsnitt hadde flere negative holdninger til sin egen kommunikasjonsevne enn barn som ikke stammet (Guttormsen, Kefalianos & Næss, 2015). Det tredje nivået i Guitars (2014) inndeling er *intermediate stuttering*, noe som kan oversettes til *mellomnivå*. Barn som har nådd dette nivået i stammeutviklingen er ofte i alderen 6-13, men de kan også være yngre, noe som er grunnen til at nivået beskrives her. Om barna tidligere «kun» har hatt repetisjoner og forlengelser oppstår det nå på dette nivået også blokkeringer. Barn i denne alderen og dette nivået blir med den kognitive utviklingen mer bevisste sin egen stamming enn tidligere og kan oppleve følelser som flauhet, skyldfølelse og frykt for å stamme. Barna reagerer ofte på disse følelsene ved å prøve å unngå å stamme, noe som gir grobunn for sekundæradferd som unngåelses- og fluktstrategier. Etter hvert som et barn finner strategier som fungerer for dem, raffinerer og utvikler barna disse strategiene, slik at de blir så lite synlige som mulig for omverdenen. Derfor kan det av og til se ut til at barnet har utviklet mer flyt og takler greit å ha en mild stamming, uten at det trenger å være tilfelle (Guitar, 2014).

2.1.3 Naturlig bedring og risikofaktorer for vedvarende stamming

Naturlig bedring, altså at stammingen opphører av seg selv, antas å skje hos så mange som 70-80% av barna som begynner å stamme i førskolealder (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar, 2014; Kelman & Nicholas, 2008). Det er vanskelig å forutsi hvilke barn stammingen vil vedvare hos og hvilke barn som vil oppleve naturlig bedring (Guitar, 2014). I en

kartleggingsfase kan graden av risikofaktorer tilstede, beskrevet av Yairi og Ambrose (2005), gi en indikasjon på hvor sannsynlig det er at barnet vil ha en vedvarende stamming eller ikke (Guitar, 2014). De vanligste risikofaktorene for vedvarende stamming er familiehistorikk med stamming (genetisk sårbarhet), sen stammestart (etter 3,5 års alder), at stammingen varer lengre enn 12 måneder uten bedring og kjønn; gutter har større risiko for å oppleve vedvarende stamming enn jenter (Guitar, 2014; Kelman & Nicholas, 2008; Yairi & Ambrose, 2005).

Det må påpekes at det er viktig å huske at mennesker som stammer er en heterogen gruppe, og faktorene nevnt ovenfor er **ikke** er fasiten, men en **tendens** forskere har registrert etter å ha forsket på et stort antall mennesker over mange år.

2.2 Etiologi- årsaker bak stamming

Historisk sett har det vært mange forsøk på å finne en logisk forklaring på hvorfor noen personer stammer og andre ikke. Gamle myter og teorier kunne gå ut på at stamming kunne skyldes alt fra misdannelser i taleorganene, til overdreven kiling fra foreldre som baby, til at de som stammer har mer nervøse personligheter og ble lettere skremt enn andre. Disse teoriene er for lengst avkreftet.

I de siste tiår har de fleste teoriene gått over til å forklare stamming ut fra et multifaktorielt perspektiv, med fokus på hvordan forskjellige faktorer i samspill med hverandre utløser stamming. Dette er i kontrast til de tidligere teorier som ofte hadde fokus på å finne og forklare *en* årsak som lå til grunn for alt (Hartelius, Nettelbladt & Hammarberg, 2008). Det neurologiske aspektet for stamming er heller ikke lenger til å overse, noe teoriene og forklaringsmodellene på stamming har inkorporert i sine årsaksforklaringer.

Grunnet store oppdagelser, takket være utviklingen innen MR-teknologi for bildediagnostikk, har stammefeltet samlet seg rundt en konsensus på at en sårbarhet for stamming kan være forårsaket av avvik i neurologiske strukturer og funksjoner i hjernen (Packman & Attanasio, 2017). De viktigste funnene går på strukturelle forskjeller i hjernene på mennesker som stammer, sammenlignet med mennesker som ikke stammer. Kort sagt går funnene ut på at barn som stammer har lavere tetthet av myelin, i områder rundt og i nervebanene som går mellom de ulike hovedområdene som er viktige for språkprosessering, og språk- og taleproduksjon (Chang, Erickson, Ambrose, Hasegawa-Johnson & Ludlow, 2008; Chang, Zhu, Choo & Angstadt, 2015; Choo, Burnham, Hicks & Chang, 2016; Cykowski, Fox, Ingham, Ingham & Robin, 2010). Graden av myelintetthet spiller inn på hastigheten

nervesignalene går i og kvaliteten de kommer frem i (Johns, 2014). Er en nervetråd ikke tilstrekkelig myelinisert, kan det føre til at signalet som skal sendes mellom nervecellene blir forsinket eller ikke kommer frem i det hele tatt (Guitar, 2014). Sett i forhold til stamming, vil det si at når de ulike delene av språkssystemet ikke får beskjedene de skal ha i tide eller i det hele tatt, får det konsekvenser for eksekusjonen og koordinasjonen av taleapparatet, samt videresendingen av andre nervesignaler som er viktige for språkproduksjonen. De strukturelle forskjellene funnet hos barn som stammet, ble også funnet hos en gruppe voksne som stammet, noe som indikerer at modning og utvikling av myelin i disse områdene og nervebanene kan spille en rolle når det gjelder naturlig bedring av stamming hos førskolebarn (Cieslak, Ingham, Ingham & Grafton, 2015).

2.2.1 Forklaringsmodeller

De multifaktorielle forklaringsmodellene som brukes for å forklare stamming baserer seg på kausalitetssammenhenger mellom flere faktorer. Kausale forklaringsmåter sier noe om mekanismene og faktorene som ligger til grunn for at noe skal skje (Packman & Attanasio, 2017). For å relatere dette til stamming så kan ikke den nevrologiske sårbarheten som skapes av de strukturelle forskjellene nevnt ovenfor *alene* forklare eller utløse stamming. De ulike multifaktorielle modellene er ganske like i det at det er denne nevrologiske sårbarheten som i samspill med andre faktorer, både innad og utenfor individet, er det som trigger eller utløser stamming, og videre opprettholder det. Modellene bygger mye på de samme prinsippene, men de vektlegger og kategoriserer faktorer forskjellig noe som gjør at de må skilles fra hverandre.

De to undernevnte forklaringsmodellene er tatt med her fordi de er gode eksempler på moderne, multifaktorielle modeller og de ligger til grunn for noen av stammebehandlingsmetodene som er utviklet for førskolebarn. For en større oversikt over teorier, modeller og hypoteser om stamming viser jeg til Packman og Attanasio (2017).

Palin PCI er en behandlingsmetode som bruker **den multifaktorielle modellen** som sin årsaksforklaring på stammestart og stammeutvikling (Kelman & Nicholas, 2008). Her forklares stamming som et resultat av et komplekst samspill mellom fire typer av faktorer; 1) fysiologiske faktorer som kjønn, nevrologisk sårbarhet og familiehistorikk, 2) faktorer ved



Figur 1; Den multifaktorielle modellen. Figur hentet fra og fritt oversatt fra Kelman & Nicholas, 2008, side 5.

språk og tale som ujevn språklig eller talemotorisk utvikling, 3)

psykologiske faktorer som angst hos foreldre, temperament/resiliens, selvbevissthet, og 4) faktorer i miljø og omgivelser som kommunikasjonsstiler hjemme (Onslow, 2018; Packman & Attanasio, 2017).

Palin PCI maner til å bruke denne modellen i kartleggingen for å skape et størst mulig helhetlig bilde av hva som kan ha spilt inn ved stammestart, og hva som bidrar til å eventuelt

oppretholde stammingen. Eksempelvis skriver de blant annet om temperament som en faktor som ikke spiller en rolle ved stammestart, men som tenkes å spille en rolle i den eventuelle videre utviklingen og fortsettelsen av stammingen (Kelman & Nicholas, 2008). For mer inngående lesing om undertemaer i de forskjellige typene av faktorer, og evidensen bak dem, henvises leseren til Kelman og Nicholas (2008).

The Demands and Capacities model (DCM) er en modell hvor det forklares at stamming oppstår når kravene (demands) for taleflyt overgår barnets kapasiteter (capacities) til å produsere det (Packman & Attanasio, 2017). Med kapasitet menes her barnets evne til å produsere eller yte noe for å imøtekomme krav. Krav kan være faktorer innad i individet og miljømessige, ytre faktorer som stress eller for store krav til lingvistisk kompleksitet fra foreldre. Kapasitetsbegrepet rommer faktorene talemotorisk kontroll, språkutvikling, sosioemosjonell fungering og kognitiv utvikling (kognisjon). Kapasitetene hos barnet øker etter hvert som barnet vokser, utvikler seg og modner. Samtidig møter barnet økende krav fra sine omgivelser og seg selv etter hvert som det forventes økt modenhet og kommunikativ utvikling. Utviklingen av evner og krav er ikke nødvendigvis synkront, og det er når utviklingen av krevende faktorer overgår kapasitetsfaktorene at barnet kan oppleve å stamme (Onslow, 2018; Packman & Attanasio, 2017).

2.3 Stammingsens påvirkning på barn

Uavhengig av hvordan man definerer stamming og dets årsakssammenhenger, er det ikke å komme utenom at stammingen forårsaker emosjonelle vansker og stress for den det gjelder. Følelser utøst av stamming kan være skam, frustrasjon, frykt for nye stammeøyeblikk, skyldfølelse og hjelpeløshet fordi personen som stammer ikke får til å stoppe stammingen og fiendtlighet eller skepsis til samtalepartnerens holdninger (Guitar, 2014).

2.3.1. Bevissthet på og holdninger til egen tale

Langevin et al. (2010) gjorde en foreldrerapporteringsstudie som så på hvordan foreldrene mente stammingen påvirket barna. De følelsene flest mente barna opplevde knyttet til stammingen var frustrasjon, nedstemthet, sinne og opprørthet. I tillegg rapporterte 34,2 % av foreldrene at de opplevde at barna hadde fått lavere selvtillit, 27,3 % hadde opplevd mobbing, 42,9% mente barnas lek hadde endret seg og 39,5% skrev at barna opplevde vansker med å prate.

Forskning har funnet at barn helt ned i to års-alderen kan være bevisste sin egen stamming. I tillegg har de sett at barn allerede i tre års-alder kan ha evnen til å bevisst observere og sammenligne sin egen tale med andre jevnaldrende (Guttormsen et al., 2015). I Guttormsen et al. (2015) presenteres resultatene fra flere studier som hadde forsket på hvilke holdninger og følelser førskolebarn hadde i forhold til sin egen kommunikasjonsevne. Kort sammenfattet fant de at førskolebarn som stammet generelt sett hadde flere negative og kritiske følelser og holdninger til sin egen tale enn sine jevnaldrende som ikke stammet. Disse negative følelsene og holdningene økte jo lengre stammingen vedvarte og jo eldre barna som stammet ble (Guttormsen et al., 2015).

2.3.2. Reaksjoner fra miljøet rundt barnet

I tillegg til egne negative følelser og holdninger mot stamming iboende i individet, kan personer som stammer også oppleve negative reaksjoner fra miljøet rundt seg og sine samtalepartnere. Skolebarn som stammer har blant annet en høyere risiko for å oppleve mobbing og andre negative reaksjoner mot seg selv enn jevnaldrende som ikke stammer (G. Blood et al., 2011; G. W. Blood & Blood, 2004; G. W. Blood, Blood, Maloney, Meyer & Qualls, 2007). Dette er også bekreftet av Langevin, Packman og Onslow (2009); (2010) som så at de negative reaksjonene blant annet kunne bestå av at jevnaldrende viste synlig utålmodighet eller forvirring, barna som stammet ble oftere utsatt for dominans eller overkjøring i lek, de ble ignorert i samtaler, avvist, hånet og ertet. Slike opplevelser har vist

seg å kunne få langsiktige konsekvenser for barnet eller personen det gjelder, i form av lav selvtillit, angst og generelt dårligere livskvalitet (G. Blood et al., 2011; G. W. Blood & Blood, 2016).

2.4 Stammingsens påvirkning på foreldrene

Å stamme påvirker ikke bare barnet det rammer, men også barnets foreldre. Å være i en situasjon hvor man har et barn som stammer, kan være både kompleks og utfordrende. Foreldres syn på og erfaringer med barnas stamming og behandling er viktig å forske og fokusere på, ikke bare fordi foreldrene har en viktig rolle i behandlingsprosessen, men også fordi stammingen påvirker foreldrenes kommunikasjonsstil med barna (Humeniuk & Tarkowski, 2016; Langevin et al., 2010) og deres reaksjoner på barnas stamming ovenfor barnet kan spille inn når det gjelder videre stammeutvikling (Costelloe et al., 2015).

2.4.1 Påvirkning, følelser og kunnskap

Millard, Edwards og Cook (2009) gjennomførte en studie hvor hovedmålet var å dokumentere effekten av Palin-PCI på førskolebarn. Gjennom studien leverte foreldrene av barna inn jevnlig foreldrerapporteringskjemaer, hvor de ikke bare skulle gradere hvor stor påvirkning de trodde stammingen hadde på barnet, men også hvilken påvirkning det følelsesmessig hadde på dem selv, sammen med selvopplevd kunnskapsnivå og selvtillit i forhold til å håndtere stammingen. På bakgrunn av disse skjemaene kunne Millard et al. (2009) se tendenser i materialet som tydet på at foreldrene følte barnas stamming påvirket dem mindre gjennom behandlingen, i form av færre bekymringer og mindre grad av engstelse. Det var også indikasjoner på at foreldrene følte seg bedre rustet til å håndtere barnets stamming, både kunnskapsmessig og adferdsmessig, enn hva de gjorde i forkant. Denne studien ble etterfulgt av Langevin et al. (2010) hvor studiens hovedfokus var på hvordan foreldrene ble påvirket av barnas stamming. De vanligste følelsene som ble rapportert blant foreldrene var bekymring, usikkerhet og hjelpeløshet rundt håndtering, frustrasjon over å ikke kunne hjelpe og skyldfølelse. Sistnevnte kom ofte av en frykt for at de hadde forårsaket stammingen.

2.4.2 Uformelle strategier i kommunikasjonen med barna.

I tillegg til de følelsesmessige aspektene var andre fremtredende funn av Langevin et al. (2010) at stammingen hadde påvirket hvordan foreldrene kommuniserte med barnet og at mange var usikre på hvordan de skulle reagere på stammingen eller håndtere den. Lignende funn ble gjort i en fenomenologisk, intervjustudie av Plexico og Burrus (2012). De vanligste uformelle strategiene foreldre tok i bruk for å hjelpe barna sine var å roe eget taletempo,

justere språket sitt til kortere setninger og enklere ord, de ga bevisst barna mer tid til å snakke, og de kunne be barna prøve å puste og roe eget taletempo (Langevin et al., 2010; Plexico & Burrus, 2012). Andre prøvde å støtte barnet sitt ved å oppmuntre til mere prating og å normalisere stammingen (Costelloe et al., 2015). Mye av denne adferden er det Palin PCI har basert sitt foreldresyn på, og jobber med å styrke i behandlingen (Kelman & Nicholas, 2008). Andre studier har rapportert om funn av andre, negative strategier som ble tatt i bruk om foreldrene ble utålmodige og irriterte; de avbrøt barna, fullførte ordene og setningene deres, eller korrigererte eller straffet barnas stamming (Humeniuk & Tarkowski, 2016). Andre foreldre kunne bevisst unngå visse situasjoner og samtaler for å slippe at barnet skulle stamme (Langevin et al., 2010).

2.4.3 Bekymringer

Foreldre bekymrer seg for barnas stamming, ofte veldig mye før behandlingen blir satt i gang (Costelloe et al., 2015; Plexico & Burrus, 2012). Costelloe et al. (2015) var en nettbasert spørreundersøkelse for å undersøke britiske foreldres erfaringer med å ha et barn som stammer og det å gjennomgå stammebehandling. De samlet inn svar fra 69 foreldre. En del av undersøkelsen handlet om foreldres bekymringer; hvor bekymrede var de for stammingen før og etter behandlingen og hva de bekymret seg for. 82% av foreldrene rapporterte at de var ekstremt eller moderat bekymret for barnas stamming før stammebehandlingen. 40% av foreldrene rapporterte at de følte seg mindre bekymret etter stammebehandlingen (Costelloe et al., 2015). Bekymringene gikk på ting som hvilke negative konsekvenser stammingen kunne få for barna, for eksempel i form av mobbing fra jevnaldrende, utvikling av lav selvtillit, og eventuelle restriksjoner stammingen kunne gi for sosiale og yrkesmessige muligheter i fremtiden (Costelloe et al., 2015; Plexico & Burrus, 2012). Disse bekymringene er vist å være langt fra grunnløse da voksne som stammer har i studier rapportert om negative konsekvenser som lavere selvtillit, angst og dårligere livskvalitet enn andre som ikke stammer (G. W. Blood & Blood, 2016).

2.5 Forventninger og erfaringer med stammebehandling-Hva er viktig for foreldrene?

2.5.1 Brukermedvirkning

Funn i studien av Plexico og Burrus (2012) tilsa at det for foreldrenes del var av stor betydning å få etablert et godt samarbeid med logopeden og det å bli inkludert i behandlingsprosessen. Foreldrene rapporterte at det førte til at de følte seg bedre rustet til å på

hjemmebasis gjennomføre og sette ut i liv det de lærte om i og fikk i oppgaver fra timene. Forskerne bak studien vektla betydningen det hadde å møte foreldrene på deres behov og følelser like mye som det å møte barna på det samme. Det samme poenget ble fremhevet også i studien av Costelloe et al. (2015) noen år senere, når de la frem funn som viste at foreldrene var fornøyde med behandlingsprosessen til tross for vedvarende stamming hos barna.

Å ta hensyn til foreldrenes syn og meninger er viktig, ikke minst for å legge til rette for et godt samarbeid, men også for å utvikle og definere hvilke mål som er viktige i behandlingsprosessen. Thomas-Stonell, Oddson, Robertson og Rosenbaum (2009) viste at når inkludert i prosessen, kan foreldre bidra til bedre, mer nøyaktige og valide mål for behandlingen. Det på bakgrunn av at foreldrene selv er *ekspertene* på sine barn og sitter med det mest helhetlige bildet (Plexico & Burrus, 2012). Å bruke foreldrenes erfaringer og kunnskap på denne måten bidrar til å legge til rette for brukermedvirkning i behandlingsprosessen. Med begrepet brukermedvirkning menes her hvordan foreldrene tar del i prosessen, blir inkludert i målutvikling, og i hvordan og på hvilket grunnlag beslutninger tas. Det å bli inkludert er ikke nødvendigvis det samme som å få være med å ta avgjørelser, men noen ganger om å bli holdt informert om hva som skjer og hvorfor (Bülow, Persson Thunqvist & Sandén, 2012).

2.5.2 Forventinger

Millard (2003) gjennomførte en studie hvor de var ute etter hvilke forventinger foreldre hadde i forkant av stammebehandling for sine barn. I tillegg til de åpenbare forventningene, altså at barnas stamming skal minke både i frekvens og alvorlighetsgrad, uttrykte foreldrene et ønske om at stammingen skulle få så liten påvirkning på barnet som mulig ellers i livet. Foreldrene ga uttrykk for at dette ville gi mindre bekymringer og engstelse. Berquez, Hertsberg, Hollister, Zebrowski og Millard (2015) hadde en litt annen tilnærming på dette emnet, men resultatene bekreftet og komplementerte funnene i forannevnte studie, i alle fall med tanke på hvilke forventinger foreldre har på barnas vegne til behandlingen. Berquez et al. (2015) så i tillegg på hvilke forventinger foreldrene hadde for sin egen del for behandlingsprosessen. Ut fra funnene kunne forskerne si at det å få kunnskap om stamming, lære hvordan best møte og støtte sitt barn, og lære om håndteringsteknikker var forventinger flest foreldre hadde. I studien av Costelloe et al. (2015) ga foreldrene blandede tilbakemeldinger når det gjaldt i hvilken grad forventningene de hadde til behandlingen ble oppfylt og i hvilken grad de syns behandlingen hadde en positiv effekt på dem og barnet. Totalt sett var over 50% av foreldrene fornøyd med behandlingen i sin helhet og graden av brukermedvirkning de hadde hatt. Kun

45% sa at barna hadde redusert stammingen, 46% sa at forventningene de hadde i forkant ble møtt og 60% sa de ikke hadde blitt mindre bekymret etter behandlingen. Foreldrene som deltok i Costelloe et al.s (2015) undersøkelse hadde mulighet til å komplementere svarene sine i åpne tekstbokser. Resultatene derfra ga indikasjoner på at for de som ikke hadde fått sine forventninger møtt handlet det om at de hadde tenkt på behandlingen som en kur som skulle fjerne stammingen helt, noe som ikke hadde skjedd for flere. Andre ga uttrykk for at de ikke var fornøyde med innholdet i behandlingen; de savnet informasjon om stamming og de ønsket andre tiltak enn å bli bedt om å be barnet snakke sakte. Flest hadde kommentert negative faktorer, men for de som skrev om positive faktorer handlet det om at de anså behandlingen som effektiv, nyttig, godt tilpasset familiens behov, og at de hadde hatt en logoped som ble oppfattet som kompetent og støttende.

2.5.3 Erfaringer i etterkant av behandling

I Plexico og Burrus (2012) ble det å få informasjon om og økt kunnskap om stamming trukket frem som essensielle verktøy og suksessfaktorer i behandlingsprosessen. Det fordi foreldrene opplevde det som nyttig av flere grunner; (1) å forstå hva stamming var, (2) noe som i sin tur gjorde at foreldrene fikk lettet på noen av de negative følelsene de hadde, slik som skyldfølelse og hjelpeløshet, (3) og det igjen gjorde det lettere for foreldrene å forstå, delta i og gjennomføre behandlingsoppleggene. Det mange foreldre følte var viktig å få informasjon om var mekanismene og årsakene bak stamming, hvordan håndtere negative reaksjoner fra miljøet rundt (mobbing, erting, fordommer), hvilke forventinger man kunne ha til bedring og tilgang til støttegrupper. Konklusjonen i studien understrekte at for å hjelpe foreldre med å håndtere bekymringene og stresset det kan være å ha et barn som stammer var det viktig at de ble møtt av klinikere som ga foreldrene de rette verktøyene, støtten, tryggheten og informasjonen de trengte. Dette inkluderte kunnskap om stammingens natur og årsaker, hvordan håndtere og ruste barnet for mobbing, tilgang til støttegrupper, og brukermedvirkning i behandlingsprosessen. Brukermedvirkning i behandlingsprosessen ble ansett som svært viktig for å hjelpe foreldrene å forstå og nyttiggjøre seg behandlingen i størst mulig grad (Plexico & Burrus, 2012).

Likeledes gjorde Goodhue, Onslow, Quine, O'Brian og Hearne (2010) en studie som undersøkte mødres erfaringer etter å ha deltatt i og gjennomført Lidcombe Programmet (LP). Mye av det som kom frem stod i stil med andre studier som er presentert her, som følelser av typen bekymring, skyld og engstelse. Et spesielt funn de gjorde var at mødrenes selvtillit i forhold til å håndtere stammingen gikk opp og ned etter som barnas stamming gikk opp og

ned i behandlingsperioden. Det handlet om at når barnas stamming ble redusert tenkte mødrene de hadde gjort en god jobb og mestret metoden bra. Om barnas stamming ble verre igjen, slik det av og til kan bli i perioder, la de det til at de ikke hadde utført oppgavene sine korrekt eller i tilstrekkelig grad. Positive erfaringer mødrene hadde var at behandlingen hadde bedret forholdet til barna, de hadde lært mye om stamming og hvordan håndtere det og verktøyene de hadde fått til bruk i behandlingen kunne de overføre til andre oppdragelsessituasjoner, noe som gjorde at de følte seg mer kompetente som foreldre. De største utfordringene i behandlingen handlet for mange om å finne tid til å gjennomføre oppgavene i hverdagen, å i det hele tatt å huske å gjøre dem, og det å ta hensyn til søsken samtidig som man skulle vie all sin oppmerksomhet mot barnet som stammet når de gjennomførte oppgavene. Mange hadde en forventning om at programmet skulle føre til en reduksjon av stammingen mye raskere enn hva som var tilfelle, og de hadde ikke forventet å bli gitt så mye ansvar for å utføre oppgaver hjemme og bruke så mye tid på programmet.

2.6 Behandlingsmetoder rettet mot førskolebarn;

2.6.1 Rådgivningsteori

Som nevnt i innledningen er foreldreveiledning er stor del av flere av behandlingsmetodene som retter seg mot førskolebarn som stammer. Lassen (2012) beskriver veiledning av foreldre som en type spesialpedagogisk rådgivning og definerer rådgivning som

«..en kommunikativ prosess mellom to eller flere mennesker hvor samspillet er definert i klare rammer med hensyn til forholdets karakter, dets innhold og tidsbegrensning. Målet rådsøker(e) arbeider mot er den styrende faktor i rådgivningen. Arbeidet for å nå målet blir rådgivningsprosessen. Oppnåelse av mål og delmål blir resultatet av selve rådgivningen »

(Lassen, 2009, s. 22. Referert i Lassen, 2012, side 171).

Det kommunikative aspektet blir vektlagt her fordi det er gjennom kommunikasjon mellom partene at rådgivningen finner sted. Veiledning slik Lassen (2012) beskriver det handler om opplæring mellom fagpersoner, men prinsippet kan overføres til foreldre-logoped relasjonen, da opplæringen vil inngå som en del av behandlingsprosessen. Det er viktig å ta hensyn til foreldrenes ønsker og behov gjennom hele prosessen. Det handler om å møte foreldrene der de er, og hjelpe dem ut fra hva de anser som viktig (Lassen, 2012).

Empowerment, myndiggjøring eller styrking er også begreper som ofte brukes i denne sammenheng. Dette handler om at den type rådgivning eller veiledning som utføres innenfor helse- sosial- og opplæringssektoren i dag er forankret i «empowerment»-teori. Prinsipper

som brukermedvirkning og empowerment er idealer man streber etter i møtet mellom klient og profesjonell. Den profesjonelle er den som innehar en viss kunnskap eller ferdighet som klienten trenger for å løse en situasjon eller et problem han vanligvis ikke har (Bülow et al., 2012).

Empowerment som metode handler her om prosessen det er å gjøre foreldrene i stand til å hjelpe seg selv, eller i dette tilfellet hjelpe seg selv å hjelpe sine barn. Empowerment ses på som en prosess hvor den enkelte kan bli mer bevisst på egne ressurser og kan oppleve mestring i det å ta kontroll over prosesser i eget liv. Denne tankegangen likestiller logoped og foreldre ved å sette foreldrene i fokus som eksperter på sine egne barn (Dalen & Tangen, 2012). Brukermedvirkning handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på den behandlingsprosessen de er en del av. Det innebærer at den enkelte skal gis muligheter til å kunne påvirke forhold som gjelder seg selv (Bülow et al., 2012). Det er logopeden som bærer hovedansvaret for å legge til rette for brukermedvirkning, og likeså å implementere prinsipper for empowerment i tankegangen bak sine metoder og behandlingsprosesser. Likevel legger veiledning basert på empowermentprinsipper store krav på foreldrene i form av å måtte ta ansvar for å utvikle egen kompetanse, jobbe med egne følelser og holdninger, eller finne løsninger på vansker de møter. En slik rolle og et slikt ansvar er det ikke alle foreldre som ønsker. En annen tilnærming kan være å gi foreldrene en trenerrolle i behandlingen av sine barn, altså å være den logopedens utstrakte arm. Da utfører foreldrene behandling innenfor rammene anbefalt fra den logopeden, på logopedens premisser (Dalen & Tangen, 2012).

Det er viktig å være bevisst på at man innen spesialpedagogisk rådgivning har med mennesker som kan være i sårbare situasjoner, som her med foreldre som kan synes det er sårt eller vanskelig å ikke vite hvordan de skal forholde seg til og håndtere barnas stamming. Som profesjonell må man møte klientene med et åpent sinn uten forutinntatthet (Lassen, 2012). Logopedens relasjonskompetanse er viktig i møte med klienter, spesielt fordi en sterk relasjon i bunn er avgjørende når det gjelder forhold hvor målet er å skape en eller annen form for forandring. Det å ha relasjonskompetanse innebærer å kjenne seg selv, å forstå hvordan andre kan oppleve ting og være bevisst den forståelsen som skapes i samspillet mellom enn selv og den andre. Relasjonskompetanse handler om hvordan vi forholder oss til andre, og er en del av vår yrkeskompetanse. Yrkeskompetansen består av relasjonskompetanse og handlingskompetanse. Sistnevnte er de kunnskaper og ferdigheter man har tillært seg om faget man skal utøve i sin rolle som den profesjonelle (Røkenes & Hanssen, 2006).

Spesialpedagogisk rådgivning handler som sett ut fra definisjonen ovenfor i stor grad om hva som skjer i det kommunikative samspillet mellom klient og profesjonell (Lassen, 2012). Relasjonen de i mellom skapes i dette samspillet og kvaliteten på denne relasjonen har man sett har vært avgjørende for i hvilken grad klienten klarer å nyttiggjøre seg behandlingen eller rådgivningen. De følelser og holdninger klienten utvikler ovenfor den profesjonelle, vil også påvirke hvor positiv eller kritisk klienten er til de metoder eller råd den profesjonelle presenterer (Røkenes & Hanssen, 2006).

2.6.2 Tidlig intervensjon

I stammefeltet er det gjennom erfaring og forskning blitt en etablert sannhet at tidlig intervensjon, altså behandling i førskolealder, er nyttig (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar & McCauley, 2010; Jones et al., 2005; Millard, Nicholas & Cook, 2008). Hvorfor tidlig intervensjon? Jo, fordi man vet som sagt ikke hvilke barn som vil oppleve naturlig bedring og hvilke som ikke opplever det. Det å vente å «se det an» til barnet er eldre kan gjøre at effekten av behandlingen blir mindre enn hva den ville vært om den ble igangsatt når barnet var yngre. Dette er fordi hjernens plastisitet minker med alderen (Boucand, Millard & Packman, 2014; Jones et al., 2005). Et adferdsargument av Onslow (2018) er at jo lengre barnet stammer, jo mer får stammingen befestet seg i form av adferdsmønstre som for eksempel automatisert sekundæradferd og negative holdninger mot seg selv og egen tale. Disse adferdsmønstrene, eller onde sirkelene, blir vanskeligere å snu, jo lengre de får utvikle og befestet seg. Slike negative følelser og onde sirkler er noe man vil unngå at skal få feste i barnas indre. Dette er gode argumenter for tidlig intervensjon, fordi at ikke bare minsker man risikoen for vedvarende stamming, men man forebygger dannelsen av negative følelser og holdninger som kan være med å opprettholde stammingen (Guitar, 2014).

For førskolebarn som stammer skilles det ofte mellom direkte og indirekte metoder, selv om det nå finnes behandlingsprogrammer som har elementer av begge typer (Guitar & McCauley, 2010; Onslow, 2018). Direkte metoder er teknikker som går ut på å endre noens tale, mens indirekte metoder baserer seg på å endre faktorer i barnets omgivelser som kan tenkes å bedre taleflyten (Packman, 2012).

2.6.3 Lidcombe Programmet

Lidcombe Programmet (LP) ble spesielt utviklet for å brukes på behandling av stamming hos førskolebarn (Onslow, Packman & Harrison, 2003). Prinsippene bak utviklingen av programmet stammer fra behaviorisme og benytter seg av operant betingning for å fremme økt

taleflyt (Guitar & McCauley, 2010; Onslow et al., 2003). LP kategoriseres som et direkte tiltak på bakgrunn av at behandlingen ikke fokuserer å endre eller modifisere faktorer i miljøet rundt barnet. LP sikter seg inn på å redusere mengden av barnas stamming ned til et minimum ved bruk av verbale tilbakemeldinger på flyten i barnas tale. Disse tilbakemeldingene gis i all hovedsak av foreldrene og kan være i form av ros, bekreftelse eller spørre barnet om å selvevaluere egen tale (Tabell 7.4, Guitar & McCauley, 2010, s. 133).

Starten av behandlingen består av at foreldrene får en grundig innføring og opplæring i hvordan bruke LP. Gjennom ukentlige møter med logopeden får foreldrene veiledning og støtte gjennom hele prosessen. Foreldrene fungerer i praksis som en forlengelse av behandleren og deres innsats er essensiell for sannsynligheten for bedring (Onslow, 2018; Onslow et al., 2003). I stadie 1 av programmet er målet å få ned frekvensen og alvorlighetsgraden av barnets stamming til et minimum. Holder det seg på et tilfredsstillende lavt nivå over en viss periode, kan man sette i gang med stadie 2; hvor målet at barnet skal opprettholde de samme nivåene når det gjelder stamming over en lengre periode. Gjennomsnittlig bruker et barn 4-7 måneder på stadie 1, og 10-12 måneder på stadie 2 (Guitar & McCauley, 2010; Onslow et al., 2003).

LP har gjennom flere studier vist seg å være effektiv når det gjelder å redusere stamming og er nok det behandlingsprogrammet som har størst evidensbase. Jeg kan ikke ta for meg alle studiene, men her er to som er representative for mange av funnene i resten av evidensbasen; Jones et al. (2005) gjorde en randomisert kontrollert studie (RCT) på et utvalg av barn som stammet, og fant signifikante forskjeller når det gjaldt %SS (percentage of stuttered syllables) mellom gruppene etter ni måneder inn i studien. Resultatene viste at de barna som hadde deltatt i LP hadde fått betraktelig bedre resultater enn barna i kontrollgruppen. Forskjellen var så stor at den ikke alene kunne begrunnes i naturlig bedring, men ble sett som bevis på at LP var et effektivt verktøy når det gjaldt å redusere stamming. En nyere RCT-studie av Sonnevile-Koedoot et al. (2015) sammenlignet effekten av LP med Restart-DCM sett over 18 måneder. Funnene her når det gjaldt reduksjon av stammingen var at kortsiktig (tre måneder) så hadde LP størst effekt, men ved målingene etter 18 måneder hadde de to programmene tilnærmet lik effekt (%SS LP: 1,2. %SS Restart-DCM: 1,5%).

2.6.4 Palin Parent Child Interaction Therapy (Palin PCI)

Palin PCI er basert på en multifaktoriell tilnærming, noe som betyr at årsaken til stammingen tenkes å være et samspill mellom flere ulike faktorer som på ulike vis er med på å trigge eller

opprettholde stamming. Palin PCI sikter seg inn på å finne de faktorene som skaper og opprettholder stamming, og samtidig de faktorene som bidrar til å opprettholde taleflyt (Kelman & Nicholas, 2008).

Foreldrene har en nøkkelrolle også i Palin PCI. Bakgrunnen for fokuset på foreldre er programmets grunnleggende antakelse om at foreldre instinktivt har kunnskap og erfaring om hva som er nyttig for deres barn når det gjelder å skape og opprettholde taleflyt. Palin PCI fokuserer på hva som skjer i samspillsituasjonene mellom foreldre og barn, bevisstgjør foreldrene på hva de gjør bra og forsterker det (Kelman & Nicholas, 2008). Palin PCI har ingen standard mål som alle skal oppnå, de tilpasser målene etter klientene de jobber med, etter hvilke faktorer som kan tenkes å bidra til å oppnå og opprettholde taleflyt, og hvilke faktorer som kan tenkes å utløse taleflytbrudd (Millard et al., 2009).

Palin PCI baserer seg på tre typer tiltak, uten at de nødvendigvis tar i bruk alle med hver klient: 1) endring av foreldrenes interaksjonsstil; 2) familiestrategier; her kan det være mye forskjellig, men eksempler kan være å lære foreldre hvordan anerkjenne barnets stamming, øke foreldres selvtillit eller jobbe med hvordan håndtere mobbing, og 3) taleflytsskapende teknikker; som er for de barna som ikke opplever en bedring når det gjelder stammingen etter at familien har prøvd teknikker fra de to første typene. Eksempler her er å lære inn myke starter eller redusere taletempoet (Kelman & Nicholas, 2008; Millard et al., 2009). Selv om Palin PCI består av både direkte og indirekte tiltak betegnes programmet som indirekte da de fleste barn har god nok nytte av kun de to første typene tiltak (Millard et al., 2008).

Et behandlingsløp består en grundig kartlegging, deretter av ukentlige møter, à en time, i seks uker. Etter denne perioden følger en seksukers periode hvor familiene skal fortsette å implementere det de har jobbet med hjemme. Når disse seks ukene er over, møtes behandler og familie igjen for en evaluering og stammestatus. Er stammingen blitt mye bedre, kan partene avtale en oppfølgingstime noen måneder senere. Om stammingen ikke er blitt tilfredsstillende bedre, er det på dette punktet man vurderer en ny seksukers runde lik den første, eller om man skal sette i gang med tiltak av den tredje typen som nevnt ovenfor, altså de som er mer direkte rettet mot barnets taleflyt (Kelman & Nicholas, 2008).

Etter LP, er Palin PCI en av de behandlingsmetodene med størst evidensbase. Millard et al. (2008) gjennomførte en longitudinell studie av seks barn som deltok i Palin PCI behandling med sine foreldre. Resultatene viste at etter seks uker med ukentlige timer med logoped og seks uker med hjemmebasert jobbing hadde barna i studien fått redusert stammingen sin

signifikant. Dette funnet ble på lang vei bekreftet av en RCT-studie av Millard et al. (2009) som så at barna som mottok behandling fikk redusert stammingen sin signifikant sammenlignet med barna i kontrollgruppen. I denne studien brukte de også foreldrerapporteringskjemaer hvor foreldrene skulle si noe om hvor mye de trodde stammingen påvirket barna og hvor mye barnas stamming påvirket dem. Resultatene fra foreldreskjemaene viste at etter hvert som stammingen ble redusert utover i studien, jo mindre påvirkning mente foreldrene stammingen hadde på barna og dem selv.

2.6.5 Restart- DCM

Restart-DCM er direkte basert på Demands & Capacities-modellen (delkapittel 2.2.1) og er i likhet med Palin PCI en multifaktoriell tilnærming hvor foreldrenes rolle i behandlingsprosessen er essensiell. Restart-DCM betegnes som et indirekte tiltak, da det retter seg mot omgivelsene rundt barnet og ikke barnets tale slik som i LP. Tanken er at stammingen vil reduseres når behandlingen fjerner eller jevner ut ulikhetene mellom de krav barnet møter og de kapasitetene barnet innehar for å imøtekomme kravene. Behandlingen går da ut på å få senket kravene, samtidig som man jobber med å øke barnets kapasiteter (Franken & Putker-de Bruijn, 2007). Et eksempel på slik utjevning kan være at foreldrene senker taletempoet sitt samtidig som de innfører en fast lesestund hver dag. Lesestunden blir da for å stimulere barnets vokabular, noe som kan øke barnets evne til lingvistisk kompleksitet.

Kravene i miljøet rundt barnet er det det settes fokus på først i behandlingen. Det er først når man har fått sett på og redusert kravene i og rundt barnet på en tilfredsstillende måte, man begynner å se på kapasitetsfaktorene. Da jobber man med å styrke eller øke barnets indre ressurser og nåværende nivå når det gjelder de motoriske, lingvistiske, følelsesmessige og kognitive kapasitetene (Franken & Putker-de Bruijn, 2007).

Man starter ofte med ukentlige timer i starten med hjemmearbeid som består av 15-minutters sekvenser, minst fem ganger i uka. Frekvens og lengde på timer kan endres alt etter behov og fremgang. Mål er at foreldre og barn kan bli selvgående på hjemmefronten (Franken & Putker-de Bruijn, 2007; Sonnevill-Koedoot et al., 2015).

Restart-DCM har ikke samlet seg en så stor evidensbase som LP og Palin PCI. Som beskrevet under avsnittet om LP lenger oppe, er det gjort en studie som sammenlignet effektene av LP med Restart DCM. Resultatene viste at på kort sikt, tre måneder, hadde LP størst effekt i forhold til å redusere stamming. Etter 18 måneder hadde resultatene jevnet seg ut, og det så ut

til at i et langsiktig perspektiv så hadde de to behandlingsprogrammene tilnærmet like god effekt (Sonneville-Koedoot et al., 2015).

2.6.6 Mini KIDS

Mini KIDS er et behandlingsprogram for førskolebarn som stammer. Denne metoden er såpass fersk at her foreligger det lite evidens enda. Den første boka om metoden kom ut i 2018 og er et ledd i å systematisere metoden for å kunne legge til rette for intervensjonsstudier og evidensinnsamling. Tilnærmingen er basert på stammemodifiseringsprinsipper fra Van Riper og Dell (Waelkens, 2018a), så den kan sies å være godt forankret i etablerte metoder og kjente fagfolk. Det er holdt kurs og workshops om denne metoden i Norge, og den er i bruk blant norske logopeder.

Mini KIDS har to prinsipper man jobber etter i behandlingen; (1) at barnet tillater seg å stamme uten å utvikle og ta i bruk sekundæradferd, og (2) at barnet kan tolerere at det stammer uten å oppleve stress og negative følelser (Waelkens, 2018a, 2018b). Dette oppnås gjennom teknikker som søker å desensitivisere barnet for egen stamming. Tanken bak det er at normaliserer og ufarliggjør man stammingen, unngår man å la negative følelser, spenninger og sekundæradferd befestes seg i barnets holdninger og adferd. Dette vil i sin tur føre til en reduksjon i stamming fordi man får håndtert mange av de følelser og spenninger som ellers ville trigget stamming. For de barna som ikke opplever en reduksjon i stammingen, skal metoden i det minste hjelpe barnet med å håndtere stammingen godt i det daglige.

Behandlingsmetoden ses på som direkte selv om den involverer miljøet rundt barnet i stor grad. Det kreves at miljøet rundt må akseptere at barnet stammer og gi tydelig uttrykk for det til barnet, så det ikke føler på noe press eller skam fra omgivelsene. Miljøet rundt kobles først inn etter en stund med timer med logoped og barn. I disse timene jobbes det med desensitivisering og stammemodifikasjon, altså håndtering av egen stamming, gjennom bruk av for eksempel frivillig stamming og myke innganger til ord. Når man kommer til et visst nivå, skal ferdighetene overføres til og videreformidles i hjemmemiljøet sammen med foreldrene. Behandlingsfrekvens er en gang pr uke frem til barnet enten slutter å stamme eller håndterer stammingen sin tilfredsstillende (Waelkens, 2018a).

3 Metode:

Et viktig prinsipp innen forskning er at andre forskere skal kunne ettergå dine funn for å sjekke om de lar seg reprodusere. Derfor er en grundig og velbegrunnet metodebeskrivelse essensielt (Thrane, 2018). Innenfor vitenskapsteorien gjøres det et hovedskille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Der det tidligere ble gjort et skarpt skille mellom disse to tilnærmingene, er dette nå myket opp og de ses på som komplementære metoder heller enn motsetninger (Ringdal, 2013).

3.1 Datainnsamling

Hensikten med denne undersøkelsen var å få et overblikk på hvordan foreldre som en større gruppe opplevde disse behandlingsmetodene, samt å se om det var mulig å se tendenser til ulike erfaringer som gikk igjen. Et av mine mål for dette prosjektet var å få inn mye informasjon fra et større antall mennesker, da det muliggjorde en statistisk analyse hvor jeg kunne se etter og beskrive funn og tendenser som kunne si noe om en større gruppe. Dette sammen med det at kvantitative metoder kan være både tids- og ressurseffektive når det gjelder gjennomføring og analyse, gjorde at jeg så på kvantitativ metode som den mest hensiktsmessige for mitt prosjekt.

Kvantitative tilnærminger er basert på å innhente talldata (Ringdal, 2013), og mengdebegrep som *hvor mye* og *hvilke* er gjerne del av problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Formålet er ofte å systematisk undersøke tendenser, altså korrelasjoner, og årsakssammenhenger i en større populasjon (Gall, Gall & Borg, 2007; Ringdal, 2013). En kvantitativ undersøkelse kan si oss noe om utbredelsen av fenomener og sammenhenger mellom de (Tuft, 2011). I denne undersøkelsen er ikke hensikten å forklare årsakssammenhenger, men å beskrive funn og korrelasjoner.

3.1.1 Populasjon og utvalg

Populasjonen for denne undersøkelsen er foreldre som har eller har hatt førskolebarn som har vært i stammebehandling (Johannessen, Christoffersen & Tuft, 2010). Å få tatt spørreundersøkelsen på alle i populasjonen er ikke nødvendig, ei heller gjennomførbart. Derfor måtte jeg få tak i et utvalg, altså en del, av populasjonen.

Det er viktig at utvalget er representativt for populasjonen i form av sammensetning og antall, så ideelt sett burde det vært gjort en tilfeldig sannsynlighetstreknning av utvalget fra totalpopulasjonen (Ringdal, 2013). Målgruppen kan sies å være det Ringdal (2013) kaller

sjeldne populasjoner, og ved utvalg fra slike populasjoner er det best å velge fra lister, som for eksempel medlemslister i interesseorganisasjoner eller statlige registre. Komplette slike lister finnes ikke for populasjonen i denne undersøkelsen. Derfor var det ikke mulig å gjennomføre en sannsynlighetsutvelging, noe som fører til at det er vanskelig å konkludere med om utvalget er representativt for populasjonen eller ikke.

Utvalgsmetoden som ble brukt kan sies å ha blitt en kombinasjon av det som kalles strategisk utvalg eller tilgjengelighetsutvalg; Å bruke et strategisk utvalg betyr å ha et mål om å nå en spesiell målgruppe fordi det kun er de som sitter med informasjonen jeg er ute etter. Et tilgjengelighetsutvalg er en utvalgsmetode som innebærer å bruke de personer som er villige til å delta i undersøkelsen (Johannessen et al., 2010; Thagaard, 2013).

3.1.2 Design

Forskningsdesignet er ikke-eksperimentelt, det betyr at ingen av variablene i undersøkelsen blir manipulert for å se om det er noen kausal sammenheng (for eksempler: Nardi, 2014; Ringdal, 2013). Målet er å synliggjøre eventuelle sammenhenger mellom variablene og beskrive de, ikke forklare de. Denne måten å forske på kan også kalles deskriptiv forskning (Gall et al., 2007). Tidsdesignet er et tverrsnittdesign, noe som innebærer at dette er en tidsbegrenset undersøkelse som innhenter data fra et bestemt tidspunkt eller en kort, avgrenset periode (Johannessen et al., 2010).

3.1.3 Spørreskjema som datainnsamlingsmetode

Datainnsamlingen er gjort gjennom et nettbasert spørreskjema. Spørreskjema er en av de mest brukte datainnsamlingsmetodene innenfor de kvantitative tilnærmingene (Ringdal, 2013), og er en ideal metode når det gjelder å spørre om holdninger og meninger som ikke er fremtredende eller observerbare (Nardi, 2014). Den fastsatte strukturen gjør at man effektivt kan samle inn store mengder data fra mange informanter på en ressurseffektiv måte (Johannessen et al., 2010; Panke, 2018). Samtidig gjør den fastsatte strukturen at alle respondentene får de samme spørsmålene stilt på samme måte, noe som er nødvendig for å utføre en sammenlignbar statistisk analyse av svarene i etterkant (Gall et al., 2007). En ulempe når man bruker spørreskjemaer er at man ikke får muligheten til å stille oppfølgings spørsmål eller konkretisere spørsmål hvis respondentene synes de er uklare. Dette kan føre til at man ikke får svar på det man vil ha svar på. Derfor kan det være utfordrende å sikre validitet i slike undersøkelser (Larsen, 2017).

Nettbaserte undersøkelser er ressursbesparende både når det gjelder tid og kostnader. En annen viktig fordel er at man får tilgang på datamaterialet så snart respondentene har svart, noe som også kan bidra til å styrke undersøkelsens reliabilitet ved å forhindre målefeil som for eksempel feilinnfylling ved overføring fra papir til data (Nardi, 2014). En utfordring ved nettbaserte surveys er at svarresponsen kan være lav, ofte under 60% (Panke, 2018). Dette kan være en utfordring om målet er å få resultater som er generaliserbare over på en større populasjon, og kan i tillegg være en trussel mot undersøkelsens reliabilitet og validitet (se delkapittel 3.4).

Det kan tenkes at å sende ut spørreskjemaet på papir hadde gitt et større utvalg enn det denne nettbaserte undersøkelsen fikk. Rammene rundt prosjektet med tanke på tid og ressurser, og det at jeg ikke hadde tilgang på lister over populasjon slik at jeg for eksempel kunne sende spørreundersøkelsen ut i posten, gjorde at jeg valgte å bruke det nettbaserte alternativet. Det ga meg en større tilgang til målgruppen fordi jeg kunne distribuere spørreundersøkelsen gjennom relevante kanaler i sosiale medier og relevante interesseorganisasjoner som nådde målgruppen min på nett. Det ferdige spørreskjemaet bestod av en innledning og tre deler basert på de tre forskningsspørsmålene utarbeidet fra problemstillingen.

3.1.4 Spørsmål og svaralternativer

Spørreskjemaet ble utformet som et semistrukturert spørreskjema, det betyr en miks av spørsmål med ferdig oppgitte svaralternativer (prekodete svar) og spørsmål hvor respondentene kunne skrive det de ville i åpne tekstbokser.

De prekodete svaralternativene i undersøkelsen består av *likert*-skalaer, som er mye anvendt ved måling av holdninger eller verdier (Ringdal, 2013). Det er en vurderingsmåte hvor respondenten skal gradere sitt svar på en skala med tallalternativer eller langs en skala som indikerer grad av enighet (Johannessen et al., 2010). Ved bruk av slike skaler er den generelle anbefalingen fem punkter, noe som er brukt i denne undersøkelsen. En fempunktsskala er tilstrekkelig for å kunne ta et negativt, nøytralt eller positivt standpunkt (Haraldsen, 1999). Dette kan styrke undersøkelsens reliabilitet og validitet fordi det sikrer at respondentene svarer så nært det de mener som mulig, og ikke bare setter et svar de egentlig er litt usikre på hva innebærer (Nardi, 2014).

Totalt bestod selve undersøkelsen av 21 spørsmål. 14 spørsmål hadde prekodete svaralternativer i form av likert-skalaer, mens sju spørsmål hadde åpne svaralternativer. Svaralternativer i form av åpne tekstbokser gir respondentene muligheten til å kunne fylle inn

og komplementere svarene sine hvis de prekodete svaralternativene ikke har dekkende alternativer (Johannessen et al., 2010). Dette kan styrke undersøkelsens reliabilitet og validitet (Nardi, 2014). Johannessen et al. (2010) påpeker at et mulig problem med åpne svar er at de ikke nødvendigvis er like sammenlignbare og generaliserbare som de prekodete svarene. Man skal også passe på så det ikke blir for mange åpne svaralternativer, fordi respondenter ikke svarer når det blir for mange av dem (Nardi, 2014).

3.1.5 Operasjonalisering

Å operasjonalisere handler kort fortalt om å gjøre noe teoretisk eller generelt om til noe konkret og målbart. Sluttresultatet av operasjonaliseringen er undersøkelsens variabler og verdier (Johannessen et al., 2010). Variabler er det som brukes for å beskrive enhetene man undersøker, og hver variabel har en form for verdi, altså hva variabelen *måles* i (Ringdal, 2013). Enheter er oftest de eller det som undersøkes, altså undersøkelsens *hvem* (Johannessen et al., 2010). Menneskers erfaringer er egenskaper som er vanskelige å måle direkte. De må måles ved bruk av sammensatte mål. Kort sagt betyr det å forsøke å måle et begrep ved å utforme flere spørsmål som skal fange opp dimensjoner som kan beskrive begrepets tilstand (Ringdal, 2013). Operasjonaliseringen tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene, slik at spørsmålene under hvert tilhørende tema er ment å svare opp til det aktuelle forskningsspørsmålet. I denne prosessen ble det også vektlagt hvilke begreper som brukes om disse emnene i litteraturen i stammefeltet. Resultatet av operasjonaliseringen gjennomgås kort videre i teksten, men henviser også til Vedlegg 1: «Spørreundersøkelsen» hvor leseren kan se de endelige spørsmålene.

Tema 1, *tanker rundt behandlingen*, handlet om å få frem hva foreldrene syntes om denne måten å jobbe på når det gjaldt stammebehandlingen i sin helhet, forventinger i forkant og i hvilken grad de satt igjen med positive erfaringer (spørsmål 1-9). Under tema to, *kunnskap og håndtering av stammingen*, ville jeg fange opp indikatorer om foreldrene syntes behandlingen hadde ført til økt kunnskap om stamming og om de syntes de hadde fått bedre selvtillit når det gjaldt å håndtere og prate om stammingen med barnet sitt (spørsmål 10-17). I tema tre, *bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming*, var det i all hovedsak følelser rundt stammingen jeg ville fange opp (spørsmål 18-21).

3.1.6 Feilkilder i spørsmåls- og svarformuleringen

Det er viktig å være bevisst på hvordan man formulerer seg i utformingen da forståelige og presise spørsmål og svaralternativer styrker datainnsamlingens reliabilitet og validitet (Nardi,

2014). Spørsmålene bør ikke bli for generelle slik at de kan tolkes på mange ulike måter. Unngå flertydige spørsmål, som er flere spørsmål i et, fordi da vet man egentlig ikke hva man får svar på (for eksempel se Johannessen et al., 2010, side 264). Ikke bruk akademisk språk og komplekse faguttrykk som det ikke kan forventes at personer utenfor faget forstår. Pass på så svaralternativene er mest mulig uttømmende, altså at de mulige og naturlige alternativene er der. Svaralternativene må være det som kalles gjensidig utelukkende, det vil si være tydelige og ikke overlape. Ledende spørsmål og svaralternativer må unngås, fordi det kan påvirke respondentene slik at de svarer det de tror bør svares i stedet for hva de egentlig mener (Gall et al., 2007; Johannessen et al., 2010; Larsen, 2017; Ringdal, 2013).

3.1.7 Pilotundersøkelse

En måte å kvalitetssikre spørsmål- og svarformuleringene på er å utføre en pilotundersøkelse (Gall et al., 2007), også kjent som pretest (Johannessen et al., 2010). En pilotundersøkelse blir nesten som en generalprøve, og er når man prøver ut spørreskjemaet på et lite utvalg for å få tilbakemeldinger på elementer som for eksempel språk, formuleringer, om spørsmålene tolkes slik man har tenkt, tydelighet, funksjonalitet og design.

Jeg foretok en pilotundersøkelse på et utvalg av 10 stykker. Utvalget bestod av venner, familie og kolleger og hadde en bred variasjon innen alder, kjønn, utdanning og yrker. Denne variasjonen var et bevisst valg for å få ulike typer tilbakemeldinger; noen kunne si noe om spørsmålene var forståelige for «vanlige» folk eller ikke, andre kunne si noe om spørsmålene var ledende eller subjektive, mens andre igjen ga tilbakemeldinger på designet. Ut fra tilbakemeldingene jeg fikk, foretok jeg noen endringer som gikk på å endre formuleringer i spørsmål som fremstod som utydelige for leserne, jeg endret noen av typene svaralternativer og jeg gjorde om på rekkefølgen av noen av spørsmålene. Dermed tenker jeg at å utføre denne pilotundersøkelsen i denne delen av arbeidet bidro med å styrke undersøkelsens reliabilitet og validitet. En svakhet ved pilotutvalget kan være at ingen hadde erfaring med noen av stammebehandlingsmetodene som nevnes i denne undersøkelsen.

3.2 Undersøkelsens gjennomføring og distribusjon

Undersøkelsen er et nettbasert spørreskjema lagd på spørreskjemageneratorsiden *Online Undersøkelse*¹. Firmaet bak denne nettsiden lot meg opprette en konto med min studentkonto hos NTNU og kunne tilby det jeg var ute etter; brukervennlig design, muligheter for flere

¹ <https://www.onlineundersokelse.com/>

typer spørsmål- og svaralternativer, ukomplisert distribusjon av spørreskjemaet (delte en link som alle kunne bruke), lett og sikker tilgang på datamaterialet (passordbeskyttet innlogging), anonymisering av respondenter og en enkel overføring av datamaterialet til det statistiske analyseprogrammet SPSS.

Spørreundersøkelsen ble startet og aktivert 5. Desember 2018 og den var aktiv frem til 2. Februar 2019. Lenken respondentene kunne gå inn på for å svare ble distribuert gjennom flere kanaler; Norsk Interesseforening for Stammer og Løpsk tale (NIFS²) ble kontaktet med informasjon om prosjektet mitt og spørsmål om hjelp til å nå ut til målgruppen. Dette var NIFS positive til, og det ble lagd en artikkel om prosjektet mitt som sammen med lenken til undersøkelsen ble distribuert og delt via NIFS' kanaler på sosiale medier, blant annet NIFS' hovedside³ og NIFS' foreldrenettverk⁴. I tillegg delte jeg lenken til artikkelen og spørreundersøkelsen videre på sosiale medier, og endte opp med over 60 videredeling i og utenfor mitt nettverk. For å prøve å nå de i målgruppen som ikke er medlemmer av NIFS, eller på sosiale medier, ble undersøkelsen også distribuert via e-post, ut til logoped i alle fylker gjennom regionslagene til Norsk Logopedlag. Hensikten med det var at logoped som jobber med stammer kunne videreformidle undersøkelsen til klienter innenfor målgruppen.

Fra spørreundersøkelsen ble gjort aktiv til den ble stengt kom det inn 31 svar. Av disse 31, var det 15 stykker som kun hadde svart på de to eller tre første innledende spørsmålene. Altså var det 15 stykker som avbrøt før de begynte på selve spørreundersøkelsen. Dermed ble det endelige utvalget bestående av 16 respondenter.

3.3 Dataanalyse

3.3.1 Analyse av talldata: Deskriptiv statistikk og statistisk analyse

Deskriptiv eller beskrivende statistikk er matematiske teknikker og modeller som brukes for å organisere og oppsummere talldata (Gall et al., 2007) til former hvor de kan forstås og beskrives (Johannessen et al., 2010). Statistisk analyse er verktøy for å kunne fremstille materialet på en korrekt og sann måte. Hvilke analyser som brukes avhenger av variablenes målenivå (Larsen, 2017). En variabels målenivå sier noe om hvor mye statistisk informasjon den kan ha ved seg og er med i beregningen når man skal bestemme hvilke analyseteknikker som er relevante og hensiktsmessige å bruke (Thrane, 2018). I denne undersøkelsen brukes

² <http://stammering.no/>

³ <https://www.facebook.com/groups/2432766281/>

⁴ <https://www.facebook.com/groups/539513636139137/>

variabler med verdier på nominal- og ordinalnivå, noe som muliggjør både uni- og bivariate analyser. Univariante analyser er å se på hvordan verdiene innenfor en variabel fordeler seg, mens ved bivariate analyser er det interessante å se på sammenhenger mellom to variabler. Univariante data kan fremstilles gjennom frekvenstabeller eller diagrammer, mens bivariate data analyseres og kan fremstilles gjennom krysstabeller og diagrammer som søyle- og spredningsdiagrammer (Larsen, 2017).

Statistiske sammenhenger er analysert gjennom å foreta en korrelasjonsanalyse av variablene i dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Pearsons r er brukt som korrelasjonsmål for å kunne anslå om det er samvariasjon mellom variabler. Målet varierer mellom -1 og 1. En Pearsons r skår på 1 antyder en positiv korrelasjon og betyr at når en variablers verdi øker, øker også verdiene på den andre variabelen tilsvarende. En skår på -1 er negativ korrelasjon og betyr at når verdiene på en variabel øker, minker verdiene på den andre tilsvarende. Får man en skår på 0 er det ingen korrelasjon mellom variablene (Johannessen et al., 2010; Nardi, 2014). Det er ingen fastsatt fasit på hva som er sterke korrelasjoner eller ikke, men Cohen (1988, referert til i Coleman & Reischl, 2011, s. 246) har antydnet at som tommelfingerregel kan man si at verdier over 0.5 er ansett som en sterk korrelasjon, verdier som antyder moderate korrelasjoner ligger rundt 0.3, og de som ligger ned mot 0.1 blir ansett som lave. I denne undersøkelsen er Pearsons r brukt som korrelasjonsmål, med et signifikansnivå, p -verdi, på 0.05. Om en korrelasjon har p -verdi på 0.05 betyr det at man med 95% sannsynlighet kan si at korrelasjonen er sann (Larsen, 2017).

3.3.2 Analyse av tekstdata

Datamaterialet som kommer inn via de åpne svaralternativene kan ikke analyseres på samme måte som de prekodete svaralternativene. Metoden brukt er en form for innholdsanalyse, hvor målet er å få synliggjort hva respondentene som gruppe mener opp imot problemstillingen. Innholdsanalyse som kvantitativ metode går ut på å kartlegge og telle bestemte ord, begreper eller andre språklige indikatorer og tekstuelle rammer som er relevante (Lindgren, 2011). Som i analysen av tekstmaterialet i denne undersøkelsen ble forekomst av positive eller negative formuleringer eller ordvalg også sett på som relevant. En viktig del av analysedelen her er å redusere datamengden, og fjerne det som ikke er relevant for problemstillingen. Stadiene i analyseprosessen er som følger; koding av tekster, kategorisering av kodene, deretter sorteres datamaterialet etter kategoriene, dermed kan man begynne å se etter mønstre og tendenser som til slutt kan vurderes i forhold til relevant teori, forskning og problemstillingen (Larsen, 2017).

De innskrevne tekstsvarene ble samlet i samme dokument under hvert sitt spørsmål for analyse. Først ble hvert spørsmål analysert, før svarene som helhet ble sett på for å se om det var noen tendenser eller mønstre. De åpne svaralternativene hadde lavere svarprosent enn de prekodete. Flere av respondentene hadde dog skrevet utfyllende svar. En svakhet ved få respondenter er at de resultatene som presenteres i neste kapittel ikke kan sies å være representative for hele utvalget, og dermed populasjonen.

3.4 Validitet og reliabilitet

Disse to begrepene henger nært sammen med operasjonalisering i den forstand at «..en vellykket operasjonalisering har høy grad av både validitet og reliabilitet» (Thrane, 2018, s. 47). Kort sagt handler validitet om man måler det man vil måle, mens reliabilitet handler om presisjonen av målingene (Ringdal, 2013).

3.4.1 Validitet

Validitet handler om gyldigheten av målingene man har gjort, om man faktisk måler det man har til hensikt å måle (Ringdal, 2013) og om resultatene reflekterer virkeligheten (Thagaard, 2013). I denne undersøkelsen er det aktuelt å skille mellom ytre, statistisk og begrepsvaliditet;

Begrepsvaliditet handler om målingen av fenomenet. Er fenomenet godt nok operasjonalisert vil dataene måle det de skal (Johannessen et al., 2010). Hvis det ikke er tilfelle er det snakk om systematiske målefeil (Thrane, 2018). Systematiske målefeil kan også oppstå ved at respondentene ikke svarer ærlig, men gir de svar de tror forventes eller som er ansett som sosialt «korrekt» (Ringdal, 2013). Dette er en anonym undersøkelse, noe som kan bidra til en større grad av ærlighet fra respondentene, men graden av ærlighet fra respondentene en faktor som er umulig å måle. Noe som kan ha styrket begrepsvaliditeten var at jeg i utformingen av spørsmålene tok utgangspunkt i og brukte begreper som er brukt innenfor lignende forskning tidligere og som har vist seg som gode begreper å måle når det gjelder emnet i denne studien. I tillegg kommer tilbakemeldingene fra pilotundersøkelsen, som kan sies å ha styrket undersøkelsens begrepsvaliditet i form av å ha fått sikret hvor forståelig og tydelig utformet spørreundersøkelsen var. Det er ingen konkrete mål på validitet, men på bakgrunn av det nevnt ovenfor kan begrepsvaliditeten her sies å være sterk.

Ytre eller ekstern validitet handler om hvor overførbare funnene er fra utvalget og over på populasjonen (Johannessen et al., 2010). Når det gjelder denne undersøkelsen vil det si hvorvidt resultatene kan være generaliserbare til andre foreldre av førskolebarn som har vært

gjennom stammebehandling eller ikke. Ytre validitet avhenger av utvalgets representativitet både i form av sannsynlighetstrekkning, størrelse og heterogenitet.

I denne undersøkelsen er det ikke benyttet et tilfeldig sannsynlighetsutvalg da det ikke var hensiktsmessig for å få tak i de respondentene som satt med informasjonen jeg ville ha. Dette betyr at utvalget ikke er tilfeldig trukket og dermed ikke nødvendigvis representativt for populasjonen, noe som kan påvirke generaliserbarheten til resultatene og svekker den ytre validiteten. Det at utvalget endte opp med å bli på 16 stykker, kan også svekke undersøkelsens ytre validitet da det er usikkert om utvalget er representativt for populasjonen både i forhold til størrelse og representativitet. I tillegg er størrelsen på totalpopulasjonen ukjent, noe som også gjør det vanskelig å si noe om utvalget på 16 respondenter er representativt. Man kan sammenligne med studien av Costelloe et al. (2015) nevnt i teorikapitlet. For å kjapt repetere, var dette en kvantitativ, nettbasert spørreundersøkelse hvor målgruppen var britiske foreldre med barn som stammet. De fikk et utvalg på 69 personer. I sammenligning er Norges populasjon, både den totale og målgruppen, altså foreldre av førskolebarn som stammer, relativt liten i forhold til populasjonen i Storbritannia. Dette taler for at utvalget kan være representativt for populasjonen, men det er ingen garanti. En annen faktor som taler for ytre validitet var at informasjonen om undersøkelsen ble spredd ut til mange, via flere kanaler i sosiale medier, NIFS og Norsk Logopedlag, noe som gjør at det er stor variasjon i de som hadde tilgang til å delta.

Sett under ett, syntes jeg likevel at det ble for mange usikkerhetsmomenter til å kunne konkludere med sterk grad av ytre validitet. Det ble derfor ikke aktuelt å generalisere resultatene fra undersøkelsen over på populasjonen.

Statistisk validitet handler om hvorvidt korrelasjonene eller tendensene som dukker opp i analysen er statistisk signifikante. Det betyr om med hvilken sannsynlighet man kan si at det man har funnet i utvalget kan generaliseres til populasjonen. Nå ble det ikke aktuelt å generalisere til populasjonen her, men signifikansmålet er likevel brukt som en kvalitetssikring i korrelasjonsanalysene. Korrelasjonen må tilfredsstillende en signifikanssannsynlighet, p -verdi, som oftest satt til 1% eller 5% (Gall et al., 2007; Johannessen et al., 2010). Har en korrelasjon en p -verdi på 0,05 (5%) eller over, betyr det at man anser nullhypotesen som mest sannsynlig. Havner p -verdien under 0,05 forkastes nullhypotesen (Johannessen et al., 2010), og man kan med 95% sannsynlighet si at funnet er generaliserbart til populasjonen (Thrane, 2018).

3.4.2 Reliabilitet

Er reliabiliteten god skal man i teorien få samme resultat om man utfører den samme undersøkelsen en gang til. Reliabilitet handler om påliteligheten til måleinstrumentene, altså hvilke målefeil som påvirker resultatet (Ringdal, 2013). Trusler mot reliabilitet kan være tilfeldige målefeil (Larsen, 2017), slik som at respondentene krysser for feil svar. Den viktigste faktoren bak god reliabilitet er å være grundig og nøye i utforming, planlegging og gjennomføring av datainnsamling (Tufte, Per A. kap 7, i Sellerberg & Fangen, 2011).

En måte å vurdere reliabilitet på er å foreta en retest for å se om man får det samme resultatet en gang til med de samme deltakerne (Ringdal, 2013). Det lar seg ikke gjennomføre når det gjelder denne undersøkelsen. Men det er et statistisk mål på reliabilitet som kan brukes for å måle en undersøkelses indre konsistens; Cronbachs alfa. Verdien ligger mellom 0-1. Har man lagd variablene (spørsmålene) selv kan man ha laveste godkjente verdi som 0,6. Er spørsmålene utviklet av andre regnes verdien som tilfredsstillende høy om den er over 0,7 (Thrane, 2018). Den totale alfaverdien når man analyserte alle variablene i denne undersøkelsen sammen ble 0,682. Noe som kan sies å være et tegn på tilfredsstillende reliabilitet.

3.5 Etske hensyn og vurderinger

«Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale» (Johannessen et al., 2010, s. 89). I forskningsetikken handler dette om å sikre seg at forskningsprosessen er forsvarlig og i tråd med de gjeldende retningslinjer og lovverk. Prinsippene fra den nasjonale forskningskomiteen (NESH) handler kort sagt om informert og frivillig samtykke, hvordan datamaterialet behandles og hvilke konsekvenser det kan få for respondenten å delta (Johannessen et al., 2010; Larsen, 2017).

Samtykke: Johannessen et al. (2010) skriver at om man ikke kan innhente skriftlig samtykke, må man kunne sannsynliggjøre at samtykke er gitt. Nå innhentes det ikke noen form for personopplysninger i denne nettbaserte undersøkelsen, men det er likevel redelig å ha som mål under utformingen og utførelsen at respondentene får gjennomføre undersøkelsen på et mest mulig informert grunnlag da den kan komme innpå det som for noen er sårbare emner.

På første side av spørreundersøkelsen blir prosjektet presentert. Det blir informert om at undersøkelsen er helt anonym, ikke kan spores tilbake til noen og kan avbrytes om de vil det. Jeg tenker at når respondentene får informasjon om undersøkelsen før det starter og da velger å gå videre indikerer det et informert samtykke.

Personopplysninger og vurdering av meldeplikt: Dersom et forskningsprosjekt samler inn personopplysninger må prosjektet meldes Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

Personopplysninger er informasjon som kan knyttes til eller bidra til å identifisere en person.

Eksempler på personopplysninger er fødselsnummer, bosted, navn, e-postadresse, IP-adresse eller referansenummer som gjør at man kan identifisere personen på en liste (nsd.no).

Dette prosjektet samler ikke inn noen form for personopplysninger, verken i selve spørreskjemaet eller ved registrering av IP-adresser. I dialog med NSD ble det derfor konkludert med at prosjektet ikke var meldepliktig. Henviser til *vedlegg 2* for e-post med bekreftelse på at spørreskjemagenerator ikke sporer IP-adresser, og *vedlegg 3* for mail fra NSD med bekreftelse på at prosjektet ikke ble sett på som meldepliktig i den form det ble presentert.

Konsekvenser for respondentene: Prinsippet er at respondentene som deltar skal utsettes for minst mulig belastning (Johannessen et al., 2010). Risikoen for å påføre deltakerne psykiske belastninger må veies opp mot hvilken samfunnsnytte og verdi forskningen kan ha for de som deltar (NESH, 2016). Det er forskerens ansvar å vurdere hvordan deltakerne kan beskyttes mot uheldige konsekvenser ved deltakelse (Larsen, 2017)..

For det første tenker jeg den eventuelle nytteverdien resultatene fra denne undersøkelsen kan gi veier opp for risikoen for psykisk belastning. Dette fordi jeg tenker at de følelsene som eventuelt trigges ikke er forårsaket på grunn av traumer eller store psykiske belastninger så de skal kunne være håndterbare for respondentene. I tillegg tenker jeg at hvis respondentene hadde kjent på noe slikt underveis i undersøkelsen så hadde de da muligheten til å avbryte. Klart, dette utelukker ikke muligheten for at noen kunne kjenne på noen følelser i ettertid, men dette har jeg ikke mottatt noen tilbakemeldinger på, ei heller har jeg noen mulighet til å kontakte respondentene for å sjekke dette.

Plagiat: Plagiat er når noen utgir andres materiale som sitt eget (Ringdal, 2013). Gjennom hele denne oppgaven refereres det til kilder og andres tekster. Å referere grundig og korrekt er et viktig metodeverktøy. Man skal ikke kopiere og ta æren for andres tekster, og det anses for å være etisk umoralsk og et klart brudd på NESHs etiske retningslinjer (Larsen, 2017; NESH, 2016). En annen måte å begå plagiat på er om man slurver eller er upresis med kildedokumentasjonen (Ringdal, 2013). Sistnevnte er ikke nødvendigvis en bevisst handling, men likevel umoralsk og ansett som plagiat. I denne oppgaven har jeg gjort mitt beste for å

referere grundig og korrekt. Jeg har brukt referanseprogrammet End Note som en støtte og har prøvd å være konsekvent på å skrive inn kilder med en gang de er brukt.

4 Resultater

Resultatene som presenteres her er basert på analyser av tall- og tekstdata fra det endelige utvalget, bestående av 16 respondenter. Det var ikke alle som besvarte alle spørsmål. Antallet respondenter som har svart på hvert spørsmål vil bli opplyst i teksten eller kan ses i figurene.

Det er foretatt bivariante korrelasjonsanalyser med Pearsons r som korrelasjonsverdi og univariate målinger av talldataene. De kvalitative svarene er analysert ved bruk av en innholdsanalyse og funnene der vil bli presentert sett i lys av problemstillingen og andre funn i de kvantitative dataene.

Henviser til Vedlegg 1: *Spørreundersøkelsen* og Vedlegg 4: *Korrelasjonsmatrise*.

Korrelasjonsmatrisen er resultatet av korrelasjonsanalysen av alle variablene i SPSS.

Mange av korrelasjonene ga lite informasjon, eller ble ikke ansett som relevante eller hensiktsmessige for undersøkelsen formål. Derfor vil de korrelasjonene som blir gjort rede for videre i teksten, være de som ble ansett som hensiktsmessige for å besvare problemstillingen.

4.1 Beskrivelse av utvalget

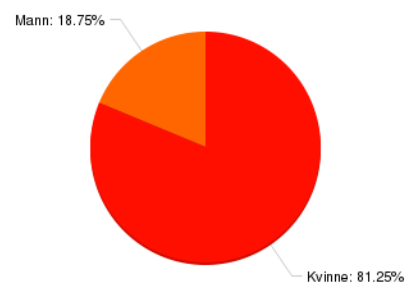
Utvalget bestod av 13 kvinner (81,25%) og tre menn (18,8%).



Figur 3: Tidligere erfaring med stamming.

og åtte av respondentene (50%) hadde veldig lite eller ingen erfaring med stamming fra tidligere av.

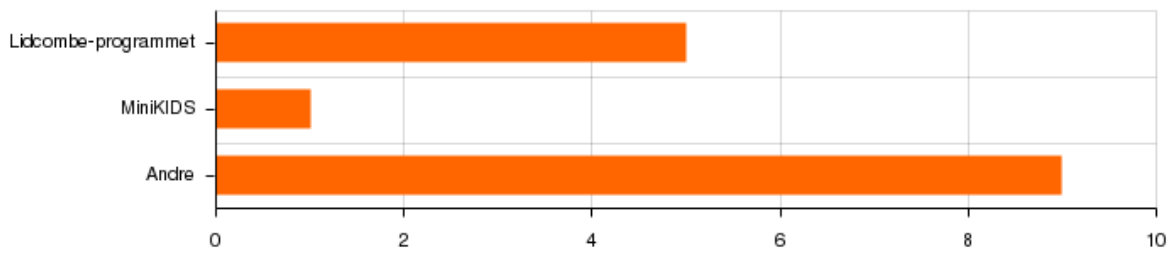
Av utvalget på 16, krysset 14 respondenter av for et av alternativene; fem (37,5%) hadde kjennskap til Lidcombe- programmet, en (7,1%) krysset av for Mini KIDS og ni (64,3%) skrev svar i tekstboksen under «Andre». Det er 15 svar i tabellen under, noe som kommer av



Figur 2: Kjønnfordeling.

Av disse rapporterte to (12,5%) at de hadde stammet tidligere eller fortsatt gjør det, seks respondenter (37,5%) kjente eller kjenner noen som stammer,

at en respondent krysset av både for Lidcombe- programmet og for «andre tiltak». To av respondentene har ikke krysset av for noe på dette spørsmålet.



Figur 4: Behandlingsmetoder for stamming foreldrene i utvalget var kjente med.

Svar under «Andre»:

Indirekte tiltak ble nevnt av to respondenter, uten at det ble spesifisert noe videre. Tre respondentene skrev om logopedisk rådgivning rettet mot foreldrene. Møter med logoped eller besøk av logoped i barnehagen nevnes av to. En respondent husket ikke hva navnet på programmet het, men ga uttrykk for at det hadde hjulpet deres barns selvfølelse og selvtillit veldig. En respondent skrev PPT som et tiltak uten noen videre spesifisering av hva det innebar. En av respondentene skriver at de i tillegg til å ha mottatt rådgivning, har blitt henvist videre til logopeder som har stamming som spesialfelt.

4.2 Tanker rundt behandlingen.

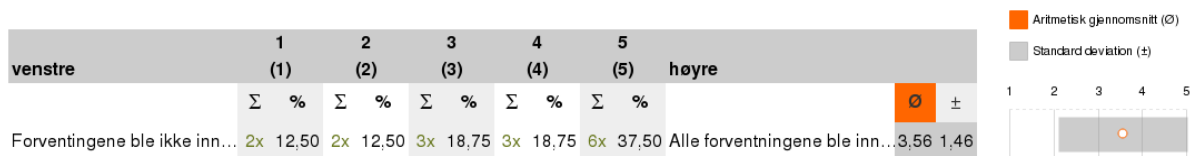
4.2.1 Hvilke forventinger hadde foreldrene til behandlingen før oppstart?

Dette spørsmålet hadde 12 av 16 respondenter svart på. Flere hadde svart utfyllende og nevnt flere forventinger, så antallet forventinger nevnt oversteg antall respondenter.

Det fleste respondenter skrev om sin forventningen om å «få hjelp», ni av tolv respondenter skrev at de hadde en forventning om å få hjelp i en eller annen form for tiltak. Ikke alle sa noe om hva de la i begrepet «hjelp», men flere nevnte direkte logopedbaserte tiltak, andre ville lære om håndteringsteknikker de selv kunne bruke i dagliglivet for å hjelpe barnet, mens en respondent forventet at barnets barnehage skulle sette i gang tiltak.

Av tolv nevnte tre respondenter spesifikt at de hadde hatt en forventning om at stammingen skulle reduseres. En respondent understrekte at hun forventet å bli trodd og tatt på alvor. Tre stykker skrev at de ikke hadde noen forventinger i forkant.

4.2.2 I hvilken grad følte respondentene at forventningene de hadde i forkant ble møtt?



Figur 5: Spørsmål 2. Forventninger.

Totalt sett opplevde ni (56,25 %) av respondentene at alle eller de fleste forventningene ble innfridd. Det betyr at over halvparten av respondentene graderte til fire eller fem, altså at alle eller majoriteten av forventningene ble innfridd. De som har plassert seg midt på, tre stykker; kan tenkes å ha fått innfridd rundt halvparten av forventningene eller så hadde de ingen formening om forventninger. 25% av respondentene plasserte seg på 1 eller 2, noe som indikerer at forventningene ble i liten eller ingen grad innfridd. Som en gruppe indikerer gjennomsnittet at foreldrene opplevde å få forventningene oppfylt i en moderat grad.

Graderingene som ble gitt i svarene her, samvarierte med graderingene gitt på spørsmål seks. Spørsmål to og spørsmål seks fikk en Pearsons r -verdi på ,516, med en signifikans innenfor kravet som er mindre enn 0.05 (videre <0.05). Dette betyr at de som skårte høyt på grad av møtte forventninger, også skårte høyt når det gjaldt grad av følt inkludering i behandlingsprosessen.

4.2.3 Hvilke erfaringer har foreldrene gjort seg om denne typen behandlingsmetoder?



Figur 6: Spørsmål 3-7. Tanker om behandlingen.

Spørsmålene/påstandene og svaralternativene her ble utformet slik at om skåren er høy indikerer det positive erfaringer, og likeså negativt om skåren er lav.

Gjennom analyseprosessen så jeg at her kunne jeg formulert påstand fem bedre for å få det positive på rett side av skalaen. Spørsmål fem handler om størrelsen av logopedens rolle. Grunnet påstandens uklare utforming er det blitt mer negativt med høyere skår, fordi en høy skår her kan antyde at respondentene følte de fikk litt mye ansvar og kunne tenkt seg at logopeden gjorde mer. Det kunne da tenkes at dersom respondenten skårte høyt når det gjaldt enighet på påstand fem, ville han ikke skåre så høyt på de andre hvor en høy skår indikerer en positiv opplevelse. Dermed burde det være en negativ korrelasjon der. Gjennom korrelasjonsanalysen fant jeg at spørsmål fem har en negativ korrelasjon med spørsmål to. Korrelasjonen er sterk, med en $r = -.545$, og et signifikansnivå innenfor $<0,05$ kravet. Dette sier oss at de som har skårt høyt på grad av møtte forventinger, skårte lavt i den forstand at de var helt uenige eller litt uenige i at logopeden skulle hatt en større rolle, og motsatt. Det kan sies slik at de som fikk sine forventinger møtt, også følte at logopedens rolle var tilfredsstillende stor. Dette bekreftes om man ser på svarfrekvensen mellom grad av møtte forventninger og de forskjellige påstandene. De seks respondentene som svarte at de fikk alle forventningene innfridd (poeng = 5), hadde som en gruppe gjennomsnittlig høyere grad av enighet når det gjaldt påstandene i 3-4 og 6-7 enn totalgjennomsnittet, vist i figur 6. Tilsvarende gjennomsnitt for enighet i påstandene for denne gruppen på seks var: 3: 4,33, 4: 4,17, 6: 4,40, 7: 4,40. På påstand fem hadde de 2,33 som gjennomsnitt, mot totalutvalgets gjennomsnitt på 3,44.

Motsatt var observasjonen at de syv som var delvis eller helt enige i at logopeden burde hatt en større rolle (figur 6), skårte på gjennomsnitt eller lavere på de andre spørsmålene i denne spørsmålsgruppen. Det betyr at de som klart ga uttrykk for at logopeden burde hatt en større rolle, heller ikke var særlig fornøyde verken med brukervedvirkning eller behandlingsmetoden. Spørsmål fem hadde også en negativ korrelasjon med de andre spørsmålene i gruppen (3,4,6 og 7), men der var ikke signifikansnivået tilfredsstillende (>0.05), dermed var det ikke grunnlag for å rettmessig konkludere med noen form for signifikant korrelasjon. Om leseren ønsker å se signifikansverdiene henviser jeg til Vedlegg 4.

Tanken bak utformingen av spørsmål tre og fire var at logisk sett burde de korrelere. Overordnet sett handler begge om hvor positivt foreldrene stiller seg til denne måten å jobbe på når det gjelder stammebehandling. Spørsmål tre var rettet mot de spesifikke hjemmeoppgavene foreldre utførte, mens spørsmål fire handlet mer om hva de syntes om metoden som helhet. Poenget er at en person som ikke liker konseptet og ansvaret med

hjemmeoppgavene, liker mest sannsynligvis ikke selve opplegget rundt behandlingsmetoden, og omvendt.

På figur 6 ovenfor, kan man se at spørsmål tre og fire ligger rimelig likt, både når det gjelder gjennomsnitt, fordeling og standardavvik. Korrelasjonsanalysen viste en sterk korrelasjonsverdi, $r = 0,942$ (Tabell 1.). Denne verdien kan sies å indikere en sterk sammenheng mellom disse to variablene. Spørsmål seks og sju er operasjonaliseringer av begrepet brukermedvirkning og logisk sett burde de korrelere på samme måte som med spørsmål 3 og 4, noe det viser seg at de gjør. Spørsmål 3-4 og spørsmål 6-7 korrelerer også sterkt med hverandre i positiv retning (Tabell 1.), alle med en signifikansverdi <0.05 .

Spørsmål	3	4	6	7
3	1	0,942	0,824	0,714
4	0,942	1	0,845	0,806
6	0,824	0,845	1	0,774
7	0,714	0,806	0,774	1

Tabell 1: Krysstabell; Korrelasjonsverdier, Pearsons r, for spørsmål 3,4,6 & 7. Alle med p-verdi: <0.05

Hva betyr dette? Jo, dette forteller oss at respondentene som har syntes disse behandlingsmetodene har vært greie måter å jobbe på også føler de har fått medvirket i behandlingsprosessen. Tallene på fordeling av svar og svarprosent fra figur 3 viser at cirka 55-60 % av utvalget har enten plassert seg på «litt enig» eller «helt enig» i forhold til de forskjellige variablene, noe som bekrefter den overnevnte korrelasjonen.

4.2.4 Tekstsvaer

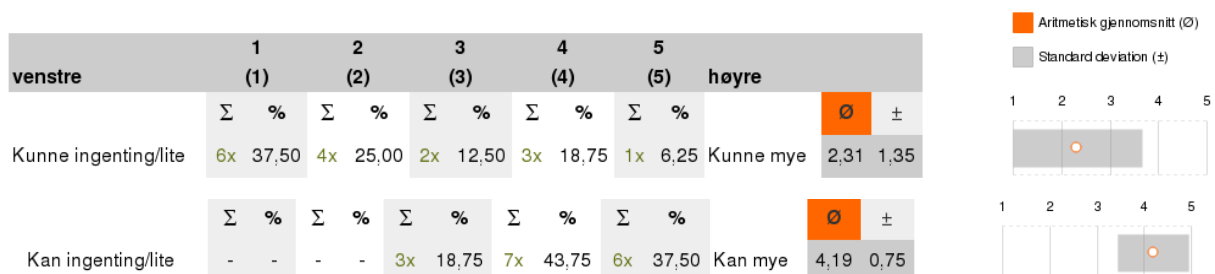
Spørsmål åtte og ni ga respondentene muligheten til å komplementere svarene på spørsmålene ovenfor, og muligheten til å kommentere om det var noe de ønsket logopedene skulle gjøre mer eller mindre av. Spørsmål åtte fikk svar fra ti respondenter og spørsmål ni fikk fra ni. Tilbakemeldingene med erfaringer med behandlingsmetodene varierte mellom både positive og negative. De positive tilbakemeldingene bestod av at foreldrene følte de hadde fått grundig opplæring i metodene, noe som gjorde de trygge på å utføre oppgavene hjemme. «Vi følte aldri vi gjorde noe vi ikke var trygge på.» Tre respondenter skrev at opplevelsen av å ha en kompetent og tilgjengelig fagperson (logoped) følte trygt. «Men logopedene var tilgjengelig dersom vi lurte på ting utenom timer, og det følte veldig trygt.»

De negative innspillene i forhold til behandlingsmetodene var gikk på at det var utfordrende å få tid til alt i en hektisk hverdag, samtidig som flere respondenter skrev at de følte seg usikre og redde for å gjøre feil. «*Det er vanskelig å gjennomføre Lidcombe over tid i en hektisk hverdag.*» «*Alt for lite veiledning. Redd for å gjøre feil/gjøre det verre.*» Dette ble av respondentene relatert til at opplæringen ikke var god nok eller at de kunne tenkt seg hyppigere timer og mer veiledning i metoden og behandlingsprosessen (spørsmål 9). «*Være mer forberedt, lage en plan. Forklare og gi bedre veiledning på hjemmeoppgaver.*» De negative erfaringene, og ønskene om hyppigere timer og mer veiledning kom i all hovedsak fra de fire av respondentene som sa seg delvis eller helt enig i at logopeden skulle hatt en større rolle. To av disse respondentene skrev også at de hadde savnet å se en fremdriftsplan eller en form for planlegging av behandlingsprosessen. To skrev at de ønsket seg en logoped med kompetanse om stamming. Det mente de de ikke hadde, enten på grunn av bosted eller på grunn av logopedens alder (nær pensjonsalder) og det som ble oppfattet som bruk av utdaterte metoder. «*. Ser for meg at det vi gjennomgikk ville vært helt likt dersom det var gjort for 30 år siden også.*»

4.3 Kunnskap om og håndtering av stammingen.

4.3.1 Føler foreldrene de har mer kunnskap om stamming nå etter eller underveis i behandlingen enn før?

Svaret på dette ligger i spørsmål 10 og 11. Foreldrene skulle plassere seg langs to like skalaer; en som representerte kunnskapsnivået *før* behandlingsstart, og en som representerte kunnskapsnivået de mente de hadde den dagen de deltok i undersøkelsen. Hypotesen her var at dersom behandlingen var effektiv i forhold til å øke foreldrenes kunnskapsnivå om stamming, ville gjennomsnittsskåren på spørsmål 11 være høyere enn på spørsmål 10.



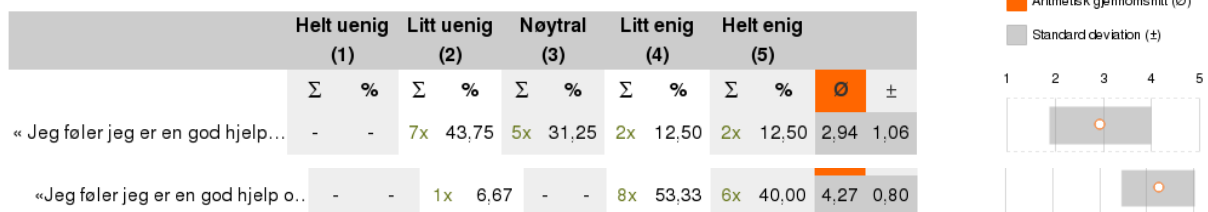
Figur 7: Spørsmål 10-11. Kunnskap før og etter.

Av figur 7 kan man se fordelingen av svarene på de to spørsmålene, samt gjennomsnitt og standardavvik. Resultatene indikerer sterkt at respondentene synes deres egen kunnskap om

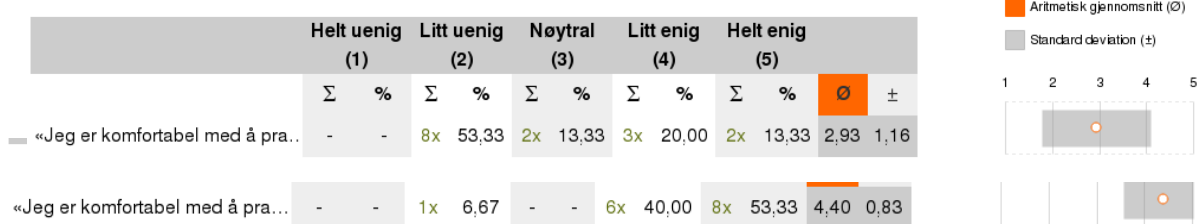
stamming har økt siden før behandlingsstart. Gjennomsnittstallet når det gjelder kunnskapsnivå per svar dato er 4,19, mot 2,31 før behandlingsstart. Respondentenes spredning i svarene er også betraktelig mindre i spørsmål 11, noe man kan se av standardavviket som er på 0,75. Dette tyder på at utvalget er samlet i sin oppfatning om kunnskapsnivået sitt, altså at flere mener det samme.

4.3.2 Føler foreldrene seg mer selvsikre når det gjelder å håndtere barnas stamming nå etter behandlingen enn før? Korrelerer økt kunnskapsnivå med økt nivå av selvtillit?

Spørsmål tolv til femten handlet om foreldres erfaringer når det gjaldt selvtillit rundt det å håndtere og snakke om barnas stamming; før behandlingsstart versus for den dagen de deltok i undersøkelsen. Her ble respondentene presentert for påstander hvor de skulle gradere enighet. Spørsmål og svaralternativene ble utformet slik at jo høyere skår, jo bedre selvtillit i forhold til egne evner skulle det representere. I tillegg til å beskrive eventuelle forskjeller i skårene før og etter behandlingsstart, ville jeg også sjekke ut hypotesen om økt kunnskapsnivå korrelerte med økt selvtillit i forhold til å håndtere stammingen.



Figur 8: Spørsmål 12-13. God støtte for barnet før og etter.



Figur 9: Spørsmål 14-15. Prate om stamming før og etter.

Det kan ses av figur 8 og figur 9 at respondentenes selvopplevde grad selvtillit totalt sett har økt betraktelig etter behandlingsstart. Majoriteten av respondentene sier seg delvis eller helst enige i påstandene på begge spørsmålene når det gjelder grad av selvtillit ved svar dato. Dette

kan ses av økningen i de totale gjennomsnittene, 2,94 → 4,27 & 2,93 → 4,40, og fordelingen av svarene.

Er det noen av disse som korrelerer med grad av økt kunnskap, representert i spørsmål 11? Ja, spørsmål 11 og 13 har en korrelasjonsverdi på $r = 0,716$, og er innenfor et signifikansnivå på $<0,05$. Dette er en sterk, signifikant korrelasjon, og betyr at de respondentene som skårer høyt på kunnskapsnivå på svar dato også skårer høyt på at de føler seg som en god hjelp og støtte for sitt barn i forhold til barnets stamming.

Korrelasjonen mellom spørsmål 11; kunnskapsnivå i dag, og spørsmål 15; prate om stamming i dag, er på $r = 0,312$. Mellom spørsmål 13; håndtere stammingen i dag, og spørsmål 15 er korrelasjonsverdien $r = 0,367$. Om vi skal forholde oss til Cohens (1988, referert til i Coleman & Reischl, 2011, s. 246) tommelfingerregel er dette moderate korrelasjoner. Signifikansnivåene på begge korrelasjonene var $> 0,05$, noe som betyr at de ikke er signifikante korrelasjoner.

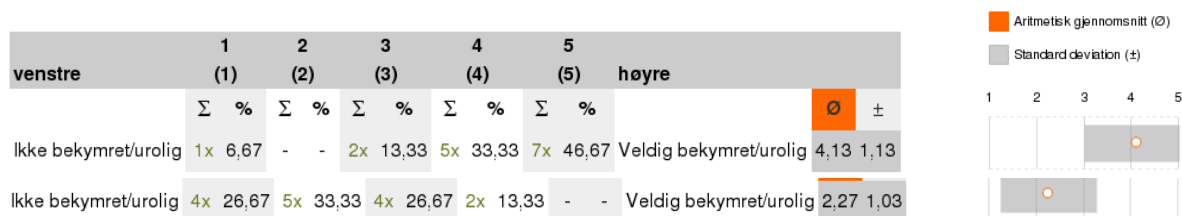
4.3.3 Tekstsvaer

På spørsmål 16 kunne respondentene si hva som var viktig for dem å få informasjon og kunnskap om ved stammestart og behandlingsstart. Elleve stykker svarte her. Etter analysen var det to tydelige kategorier som stod frem viktig for respondentene å få kunnskap og informasjon om; 1) generell kunnskap om stamming; årsaker, forløp, prognoser, triggere og hvilke behandlingsmetoder som fantes, 2) hva foreldrene kunne gjøre og bidra med for å hjelpe og møte barna sine på best mulig vis. «*Hvordan vi best kunne møte barnet sine spørsmål og tanker om stamming. Hvordan vi kunne bevisstgjøre, samtidig styrke.*»

På spørsmål 17 kunne respondentene legge til om det var noe de savnet informasjon om som de ikke fikk. Her var det seks av seksten stykker som svarte på spørsmålet. To av disse skrev at det ikke var noe de savnet, og ga uttrykk for at de var ganske så fornøyde med alle elementene av behandlingen. Av de fire som skrev om noe de savnet skrev tre stykker at de savnet «*det meste*». To av de tre respondentene utdyper med ting som et «*ordentlig behandlingsopplegg med en plan*», kompetent logoped og informasjon om hvilke rettigheter de hadde. «*Det var mye jeg måtte finne ut av selv. Vi holdt på å miste tilbudet, så jeg måtte kjempe for å få det tilbake.*» Den fjerde var veldig konkret og savnet informasjon om hvor mange barnehagebarn som prosentvis stammer som voksne.

4.4 Bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming.

4.4.1 Føler foreldrene på bekymring rundt barnets stamming? Har foreldrenes bekymringsnivå endret seg etter behandlingsstart? Hva har eventuelt endret seg og hvorfor?



Figur 10: Spørsmål 18-19. Bekymring før og etter.

Svarprosent: 93,8 %, 15/16. Ut fra figur 10, kan vi se at gjennomsnittet har gått fra et bekymringsnivå på 4,13 før behandlingsstart, til 2,27 etter behandlingsstart. Med det kan man konkludere at utvalgets bekymringsnivå har minket etter behandlingsstart. Det betyr ikke at det har minket på grunn av behandlingen, det vet vi ikke noe om, da denne undersøkelsen ikke danner noen basis for å kunne konkludere med slike årsakssammenhenger.

Før behandlingsstart var det en respondent som satte seg selv til å ikke være bekymret, mens resten var midt på (13,33 %) eller enten mye eller veldig bekymret (80 %). Etter behandlingsstart har hovedvekten skiftet seg til den andre enden av skalaen (60 %), mens fire stykker (26,67 %) har plassert seg midt på noe som tyder på at de fortsatt er middels bekymret, men mindre enn før. To stykker (13,33 %) graderer seg på fire, noe som for disse to likevel er en bedring i forhold til graderingen deres på fem fra før behandlingsstart.

Hvis man skal legge til grunn at det å ikke være bekymret er det positive her, burde jeg snudd om på skalaen for å få den samme vei som de andre skalaene i undersøkelsen. Vi får likevel sett om det er noen korrelasjoner, fordi ettersom det her er snudd om, vil de korrelasjonene vise seg som negative. Som sagt i metodekapitlet er det ikke noe negativt å ha en negativ korrelasjon. Det betyr bare at når den ene variabelen øker, minsker den andre tilsvarende. Så her er da hypotesen at hvis kunnskaps- og selvtillitsnivået går opp, går bekymringen ned.

Respondentenes graderinger på spørsmål 19 (dagens bekymringsnivå) har en sterk korrelasjon med spørsmål 15, hvor respondentene graderer hvor selvsikre de er i forhold å prate om stamming med barna sine. Det betyr at de som sa seg litt eller helt enige i påstanden på spørsmål 15, skårte bekymringsnivået sitt til lavt på spørsmål 19. Korrelasjonsverdien er

-0,50, noe som er en sterk negativ korrelasjon. Denne korrelasjonen kan likevel ikke sies å være signifikant, altså med sikkerhet sannsynlig, da p - verdien er 0.859 noe som er langt over makskravet på 0.05. Dermed kan man ikke konkludere at det er noen samvariasjoner mellom foreldrenes bekymringsnivå og deres økte kunnskapsnivå og selvtillit, og hypotesen nevnt i slutten av forrige avsnitt forkastes.

Til tross for dette kan resultatene som ses i figur 10, likevel fortelle at foreldrenes totale bekymringsnivå er gått ned, men ikke nødvendigvis ned mot null. Foreldrene er fortsatt bekymret, men ikke like mye som før. Dette gjenspeiles i svarene på de to siste spørsmålene som var åpne tekstsvaer.

4.4.2 Har et vært noen endring i foreldrenes bekymringsnivå?

Ni av seksten respondenter svarte her. Her klarte jeg å skille mellom de som hadde opplevd at bekymringene minket litt fra de som hadde opplevd at det minket mye ved å gå inn å se på de individuelle svarene. Som sett i figur 10 ovenfor var majoriteten av respondentene var fortsatt bekymrede, men på langt nær i like stor grad som før behandlingsstart. De fleste knytter bekymringen til at barnet ikke har sluttet å stamme enda og at de bekymrer seg for hvilke konsekvenser stammingen kan få for barnas fremtid om det vedvarer. *«Jeg er fortsatt bekymret, mest for at stammingen skal vedvare.»* De som ikke var bekymrede lenger la det til at barna hadde sluttet å stamme eller at de gjennom oppfølging og behandling hadde fått mer kunnskap om stamming og dermed blitt tryggere på seg selv og egen evne til å takle det om stammingen vedvarte. *«... Det hjalp å få bekreftelse på hva vi foreldre kunne gjøre, og også oppleve at stammingen ble bedre.»*

4.4.3 Hvilke bekymringer føler foreldrene på?

På spørsmål 21 ble respondentene spurt om hvilke ting de bekymret seg for i forhold til barnets stamming. Her svarte ti stykker med utfyllende svar. Mobbing, avvisning blant jevnaldrende og kommunikasjonsvansker var ting som gikk igjen i flere former. Flere var bekymrede for om barna kom til å slite på skolen eller med å få seg jobb om stammingen vedvarte. Alt det nevnt ovenfor handler om reaksjoner fra omgivelsene. Indre reaksjoner som bekymring for at stammingen førte til stress, frustrasjon, tilbaketrekning og lav selvtillit ble nevnt av to respondenter. *«Var bekymret for at stammingen ikke skulle bli bedre, og hvilke konsekvenser dette kunne få for barnet. Lav selyfølelse? Mobbing? Vanskelig å kommunisere med andre? Vennskap? Hvordan skulle det gå på skolen?»* *«Nå er jeg bekymret for hvordan han skal komme seg i jobb etter endt utdanning.»*

5 Drøfting

Drøftingskapitlet følger i all hovedsak samme kategoriske inndeling som resultatdelen. Funnene fra analysen drøftes opp mot problemstillingen og forskningsspørsmålene, sett i lys av teori og forskning presentert i teoridelen. Funnene som trekkes frem vil være de som ses på som gjeldende for utvalget, og ikke de enkeltstående foreldre. Enkeltfunn eller sitater vil kunne trekkes frem om det er hensiktsmessig, men i all hovedsak er de største tendensene trukket frem og diskutert. Her er en repetisjon av problemstillingen og forskningsspørsmålene:

Hvilke erfaringer sitter foreldre av førskolebarn som stammer igjen med etter å ha deltatt i stammebehandling med sine barn? - med fokus på foreldrenes deltakelse i behandlingen, kunnskap om og håndtering av barnas stamming, og bekymringer rundt stammingen

1. Hvilke erfaringer knytter foreldrene til det å delta i stammebehandling med sine barn når det gjelder grad av møtte forventninger, brukermedvirkning, ansvar i behandlingsprosessen og metodikken med hjemmebasert behandling i seg selv?
2. Har foreldrene erfart at de har økt sin kunnskap om stamming og blitt tryggere på å håndtere barnas stamming etter behandlingsstart?
3. Har foreldrene erfart å ha bekymringer knyttet til barnas stamming, og har dette endret seg noe siden behandlingsstart?

5.1 Tanker rundt behandlingen

5.1.1 Forventninger

De fleste foreldrene hadde en forventning om å få hjelp til stammingen, det i form av hjemmebaserte håndteringsteknikker, tiltak de selv eller barnehagen kunne igangsette eller logopediske tiltak. En forventning om at stammingen skulle reduseres ble nevnt av et mindre antall, men ingen skrev noe om at de forventet at stammingen skulle forsvinne helt. Disse funnene er i tråd med, men ikke like varierende som resultatene fra Berquez et al. (2015) og Millard et al. (2009). De overnevnte studiene var i en større skala enn her og gjort under mer strukturerte former i forkant av et behandlingsprogram som skulle starte. Det faktum at respondentene måtte svare på noe som lå i fortid kan ha ført til at jeg gikk glipp av informasjon da nyanser og informasjon kan ha blitt glemt av respondentene. Det kunne vært interessant å stilt dette spørsmålet i starten av en behandlingsprosess og sett i hvilken grad resultatene ble annerledes sammenlignet med resultatene her.

Litt over halvparten (56%) av respondentene svarte at forventningene de hadde hatt hadde blitt møtt i stor eller full grad. Denne andelen er noe høyere enn hva som ble funnet i Costelloe et al. (2015), men forskjellen kan ikke sies å være så stor at man kan konkludere at foreldrene i dette utvalget er mer fornøyde enn i andre land. Det er mulig tallet fra denne undersøkelsen hadde blitt lavere hadde utvalget vært større. Funnet er likevel i tråd med funnene i annen forskning, noe som kan være en indikasjon på at de stammebehandlingsmetodene som foreldre i utvalget har erfaring med, stort sett har møtt foreldrene på deres forventninger.

5.1.2 Forventinger og positive erfaringer

Når jeg så nærmere på resultatene for de (56 %) av utvalget som skårte høyt på grad av møte forventinger, viste det seg at de som gruppe også kunne sies å ha gitt uttrykk for å ha vært mer positive til behandlingen og graden av brukervedvirkning (spørsmål 2-7, se vedlegg 1) sammenlignet med resten. Det kunne ses fra gjennomsnittet av skårene i forhold til følt grad av brukervedvirkning og syn på behandlingsmetoden, og i tillegg de kvalitative tilbakemeldingene som stort sett bestod av positive erfaringer. I tillegg var det signifikante korrelasjoner på tvers av flere av spørsmålene, noe som tydeliggjorde tendensen som tilsa at de som hadde en høy grad av møte forventninger også hadde positive erfaringer i forhold til brukervedvirkning, hjemmeoppgavene og metodene i seg selv.

5.1.3 Forventinger, negative erfaringer og logopedens rolle

På den andre siden var det 25% (fire stk) av respondentene som ikke fikk sine forventninger møtt i noen særlig grad (figur 5). Forventningene de hadde i forkant gikk på at barna skulle slutte å stamme, noe de ikke hadde gjort, og at det skulle settes i gang konkrete tiltak rettet mot barnas stamming, noe to av respondentene opplevde det ikke ble. De som ikke opplevde å få forventningene sine møtt i noen særlig grad ønsket også at logopeden skulle hatt en større rolle, samtidig som de beskrev negative erfaringer med behandlingsprosessene i tekstboksalternativene. For disse virker det altså til at det meste ved behandlingsprosessen ble negativt. De negative erfaringene gikk blant annet på at for dårlig opplæring og for lite veiledning gjorde at foreldrene følte seg utrygge og usikre på hvordan utføre sine oppgaver i behandlingsmetodene. Noen hadde ikke tillit til logopedens kompetanse, og noen av foreldrene synes opplegget ble krevende å gjennomføre i en hektisk hverdag.

«I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre» (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 22). Jeg tenker dette sett sammen med avsnittet ovenfor kan være med å illustrere betydningen en god relasjon kan ha for samarbeidet og kommunikasjonen mellom logopeden og foreldrene.

De fire foreldrene som ikke hadde fått sine forventninger møtt, hadde i stor grad negative erfaringer ellers også. Hva kan det skyldes? Dette er delvis selvbesvarende gjennom svarene fra undersøkelsen som nevnt ovenfor, men samtidig har dette ført til noe undring. Kan det være at foreldrene møtte til behandlingen med urealistiske forventinger om en «quick fix»? Kan dette i sin tur ha ført til at relasjonen med logopeden fikk en dårlig start? Måten man som profesjonell møter klientene på, kan være utslagsgivende for hvordan klientene stiller seg til de valgene den profesjonelle gjør i form av tiltak og veiledning. Har ikke klientene tillit til den profesjonelle, vil de stille seg mer kritisk til de råd og metoder den profesjonelle måtte komme med (Røkenes & Hanssen, 2006). Grunnet for samarbeidet mellom logoped og foreldre blir best om logoped klarer å skape en trygg, støttende og likeverdig atmosfære for samarbeid og kommunikasjon. Konklusjonen i Plexico og Burrus (2012) studie understrekte den positive effekten det kunne få å inkludere foreldrene i behandlingsprosessen i form av et godt og fungerende samarbeid mellom logoped og foreldre, foreldrene fikk økt forståelse for metodene, og de tok mer ansvar for sin rolle og sine oppgaver. Klart, relasjonen kan få en skjev start om foreldrene har en del urealistiske forventinger som logoped må avkrefte eller realitetsorientere dem på. Hvordan en slik start påvirker den videre relasjonen og samarbeidet avhenger av hvordan logoped klarer å realitetsorientere foreldrene uten å skyte ned alt av håp for bedring eller hjelp.

5.1.4 utfordringer med metodene

Utfordringer med å implementere disse behandlingsmetodene i hektiske familiehverdager er ikke en ukjent utfordring (Goodhue et al., 2010; Kelman & Nicholas, 2008). Her kan man dra frem Palin PCI som eksempel på en metode hvor man i stor grad kan tilpasse behandlingen til familien, og dermed eliminere slike utfordringer (Kelman & Nicholas, 2008). På den andre siden har man Lidcombe Programmetts struktur med sine fastsatte mål når det gjelder %SS (percentage of stuttered syllables) (Onslow, 2018). Familier klarer å gjennomføre begge disse behandlingsmetodene, selv om de krever en nogenlunde lik mengde tid i hverdagen, så utfordringen i forhold til tid i hverdagen kan nok ikke sies å være direkte relatert til hvilket behandlingsprogram som brukes. Kan det tenkes at foreldrene ikke visste hva de gikk til? Uansett, det å være realistisk når det gjelder tidsbruk og forpliktelser i forhold til oppfølging og hjemmearbeid når man presenterer slike behandlingsprogrammer for foreldrene, kan være til stor hjelp når de skal avgjøre om den aktuelle behandlingsmetoden er noe som kan egne seg for dem eller ikke. Ting ser ofte lettere på papiret enn i praksis, noe logoped må

bevisstgjøre foreldrene på. Å avgjøre dette krever i sin tur en viss del selvinnsikt fra foreldrene sin side, så denne prosessen stiller krav til begge partene.

5.1.5 Overlapp mellom positive erfaringer og ønske om større rolle fra logoped

Som sagt tidligere, viste resultatene at over halvparten av foreldrene i utvalget meldte om positive erfaringer i forhold til opplevd grad brukermedvirkning, tilfredshet med hjemmearbeidet og metoden i seg selv. Et spennende funn var likevel at nesten halvparten av alle foreldrene i utvalget kunne tenkt seg at logopeden hadde en større rolle i behandlingen. Samtidig har vi nå sett av resultatene og drøftingen at majoriteten av de som kunne tenkt seg at logopeden hadde en større rolle var blant de som meldte om negative erfaringer med opplevd grad av brukermedvirkning og de tilhørende spørsmålene. Dette betyr at her var det en liten overlapp i form av et lite antall foreldre som ga positive svar i forhold til positive erfaringer med brukermedvirkning og metodene, som likevel kunne tenkt seg at logopedens rolle var større i en eller annen grad. Hva har skjedd hos disse foreldrene? Hvis de er fornøyde med brukermedvirkning og hvordan metoden fungerer, hvorfor kan de da tenke seg mer logopedkontakt? Dette er det vanskelig å gi et godt svar på. Det er lite i litteraturen som kan bidra med en form for forklaring. En tanke kan være hva Dalen og Tangen (2012) sier om at ikke alle klienter ønsker den graden av ansvar som legges på dem gjennom behandlingsmetoder som er basert på empowermentprinsipper. Dette kan for eksempel ha sammenheng med at visse typer mennesker er mer usikre enn andre og er i større grad mer kritiske, analytiske og vurderende i forhold til alt de gjør, sammenlignet med andre som kan gå rett på utførelse slik de har blitt fortalt av logopeden. Dette kan da være enda et poeng når det gjelder logopedens ansvar i å tilpasse behandlingsmetodene og målene etter hver av klientene. Det som fungerer for et foreldrepar, kan være helt feil for et annet. For å kunne tilpasse behandlingen til klientene er det viktig med god kommunikasjon, og i bunnen av det; en god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2006).

Kort sammenfattet kan det ut fra resultatene se ut som om de foreldrene som i stor grad har opplevd å få forventingene sine møtt, også har flest positive erfaringer, og motsatt med de som ikke har fått forventingene møtt i noen særlig grad, de har flest negative erfaringer. Funnene i denne studien bekrefter i noen grad hva tidligere forskning har sett når det gjelder hvilken betydning måten foreldrene blir møtt på og hvor trygge de føler seg i relasjonen til logopeden kan ha for utfallet av behandlingsprosessen. Hvordan jeg som den profesjonelle

part møter foreldrene, og tar i bruk min yrkeskompetanse i å styrke, støtte og veilede kan være avgjørende for hvordan foreldrene i sin tur nyttiggjør seg behandlingen uavhengig av hvordan barnas stamming utvikler seg og hvilket behandlingsprogram som tas i bruk.

5.2 Kunnskap om og håndtering av stammingen

5.2.1 Økning i kunnskap og selvtillit

Ut fra foreldrenes svar, illustrert i figur 7, har de som gruppe fått økt kunnskapen sin om stamming etter behandlingsstart. I likhet med kunnskapsnivået har også foreldrenes selvtillit når det gjelder egne evner til å håndtere stammingen økt som sett i figur 8 og figur 9.

Majoriteten av respondentene sa seg helt eller delvis enige i at de følte seg som en god støtte og hjelp (93,33%), og helt eller delvis enige i at de var komfortable med å prate om stammingen med sitt barn ved svar dato for spørreundersøkelsen (93,33%). Resultatene viste en sterk samvarians mellom økning i kunnskap og økning i hvor mye foreldrene følte de var en støtte for barna sine. Sammenhengen mellom økt kunnskapsnivå og økt selvtillit i forhold til å håndtere barnas stamming er godt dokumentert gjennom mange studier (Costelloe et al., 2015; Goodhue et al., 2010; Millard et al., 2009). Som understreket tidligere ser ikke denne undersøkelsen på årsakssammenhenger. Likevel kan funnene i denne undersøkelsen når det gjelder økt kunnskapsnivå og selvtillit, sett sammen med den godt dokumenterte sammenhengen fra tidligere studier, sies å være en indikasjon på at denne sammenhengen også gjør seg gjeldende for foreldrene i utvalget i denne undersøkelsen.

5.2.2 Manglende samvariasjon

Et overraskende funn var at selv om majoriteten i stor grad følte seg mer komfortable til å prate om stammingen med sine barn, hadde ikke dette spørsmålet noen samvariasjon med økningen i kunnskap. Dette betyr at til tross for økningen i begge spørsmålene, kan det være at de foreldrene som i stor grad satte seg trygge på å prate om stamming var noen andre enn de som skårte høyest på grad av økt kunnskap og økt selvtillit når det gjaldt å støtte. Dette kan være en indikasjon på at stamming fortsatt anses som noe tabu og vanskelig å prate om for mange. Flere av informantene i boka *Ord til besvær* beskriver oppvekster hvor stammingen ikke ble pratet om (Albrigtsen, Stauri & Wright, 2017). Selv om holdninger om stamming i Norge generelt sett er funnet å være over gjennomsnittet positive sammenlignet med andre land i Europa (St. Louis et al., 2016) er det å skape en samfunnsmessig åpenhet om stamming en prosess som tar tid. Det faller ikke like naturlig for folk å prate om stamming som det for eksempel gjør å prate om et skrubbsår. Akkurat hva det kommer av er utfordrende å sette

fingeren på, men dette understøtter betydningen av god foreldreveiledning med fokus på støtte og trygghet.

5.2.3 Kilder til kunnskap og informasjon

Denne samvariansen mellom selvtillit og kunnskap gjelder alle foreldrene, også de som rapporterte at de ikke hadde fått innfridd sine forventinger eller ønsket sterkt at logopeden hadde hatt en større rolle. Denne undersøkelsen undersøkte ikke årsakssammenhenger, så dette funnet forteller ingenting om det er veiledning og opplæring i behandlingsprosessen som ligger til grunn for økningen i kunnskap og selvtillit. For alt vi vet kan det hende foreldrene innhentet informasjon og kunnskap på egen hånd, via andre kanaler enn logoped. Med tilgjengeligheten av informasjon på nett er dette ikke en uvanlig strategi å bruke. En av respondentene i denne undersøkelse skrev hun hadde tatt i bruk fora og informasjon på internett, og studier har sett at foreldre i stor grad bruker internett som kunnskapsbase, i alle fall i forkant av behandling (Costelloe et al., 2015). Interesseorganisasjoner for stamming er tilgjengelige på nett, både på egne hjemmesider og via sosiale medier. Her er det mulig for foreldre å få kunnskap, tips og støtte fra andre i samme situasjon og med mer erfaring. En av respondentene i denne undersøkelsen sa at hun hadde savnet et fellesskap med andre i samme situasjon, noe slike grupper kan gi. Disse funnene, sett sammen med funnene fra forskningen får frem betydningen av å blant annet være tilgjengelig og synlig på nett så man dukker opp som relevante funn for de som søker på stamming og relaterte emneord. Det å ha støtte i og være en del av et fellesskap anses som nyttig av mange foreldre (Berquez et al., 2015; Costelloe et al., 2015; Plexico & Burrus, 2012), noe jeg tenker kan tyde på at det kan være hensiktsmessig å tipse foreldre om hvor de kan finne støttegrupper og informasjon på nett og sosiale medier.

5.2.4 Uformelle strategier

En spennende observasjon er at det var ingen som sa seg «helt uenig» på noen av påstandene som handlet om selvtillit før behandlingsstart (Spørsmål 13 og 14). Dette kan være et tegn på det forskningen har sett, at foreldre automatisk bruker uformelle strategier for å prøve å hjelpe barnet med å håndtere stammingen sin, selv før de har vært til logoped (Costelloe et al., 2015; Humeniuk & Tarkowski, 2016; Langevin et al., 2010; Plexico & Burrus, 2012). For å relatere dette til prinsipper fra empowerment og spesialpedagogisk rådgivning (Dalen & Tangen, 2012; Lassen, 2012), vil et mål med veiledningen av foreldrene være å få belyst disse strategiene, og bevisstgjort foreldrene på hva de gjør bra. Deretter vil man kunne bruke de strategiene eller styrkene foreldrene vil fokusere på videre i behandlingsprosessen. Palin PCIs

grunnantakelse om foreldres instinktive trang og evne til å støtte og hjelpe sitt barn med stammingen, bygger videre i behandlingen på denne overnevnte måten å jobbe på gjennom behandlingsprosessen (Kelman & Nicholas, 2008).

5.2.5 Betydningen av opplæring, kunnskap og relasjon

Funnene fra tekstanalysen understreker hvor viktig det er å ikke bare gi foreldrene tiltak og verktøy de kan bruke, men også lære de om stamming så de utvikler en forståelse av hvorfor de blir bedt om å utføre de forskjellige tiltakene. Med kunnskap og veiledning kommer som oftest trygghet og selvtillit (Millard et al., 2009; Plexico & Burrus, 2012). Jeg skriver «som oftest» med tanke på studien av Goodhue et al. (2010) hvor de så at mødrenes selvtillit varierte i samvariasjon med alvorlighetsgraden av barnas stamming til tross for både økt kunnskap om stamming og veiledning gjennom hele behandlingsprosessen. Likevel, resultatene fra foreldrene i dette utvalget indikerer at de totalt sett var fornøyde med opplæringen og kunnskapen de opparbeidet seg gjennom behandlingsprosessen. Dette ikke bare sett i forhold til tallene i figur 7, 8 og 9, men også ut fra tekstsvarene, eller fåtallet av tekstsvær, i forhold til om det var noe de savnet informasjon om. Fåtalet av svar her kan ses på som noe positivt som nevnt ovenfor, men det må påpekes at det kan være vanskelig å savne noe man eventuelt ikke vet hva er.

Det som likevel kommer frem, til tross for få svar, er at de som har en negativ opplevelse med behandlingen opplever å ikke motta tilfredsstillende opplæring og informasjon. Det er akkurat dette med opplæring og informasjon Plexico og Burrus (2012) fremhever som nøkkelfaktorer for suksess i behandlingsprosessen da det hjelper foreldrene med å forstå hva stamming er, det fjerner negative følelser som skyld eller bekymringer, og det hjelper foreldrene å forstå tankegangen bak metodene som brukes. Opplæring og informasjon er også elementer som vektlegges innenfor for de fleste behandlingsmetodene som baserer seg på foreldreveiledning (Kelman & Nicholas, 2008; Onslow, 2018). Hva kan da ha ført til at disse foreldrene får så negative erfaringer? Først og fremst så relaterer respondentene selv de dårlige erfaringene til kvaliteter ved logopedens, som for eksempel lav kompetanse om eller lite erfaring med stamming, eller bruk av utdaterte metoder. Dette understreker betydningen av å strebe etter kvalitet i de metodene man bruker. Det innebærer å bruke metoder og teknikker som er forankret i bevis fra teori, forskning og klinisk praksis. Et annet aspekt som kan tenkes å påvirke foreldrenes erfaringer er hvordan logopedens yrkeskompetanse, og da spesielt relasjonskompetansen, påvirker måten foreldrene blir møtt og ivaretatt på. Relasjonen mellom partene er som nevnt før ikke bare en essensiell faktor for i hvilken grad foreldrene føler seg

støttet, møtt og trygge, men foreldrenes holdninger til logopeden kan påvirke hvor åpne og eventuelt kritiske de stiller seg til logopedens veiledning, råd og valg av metoder (Røkenes & Hanssen, 2006).

Samlet sett har foreldrene i utvalget hatt positive erfaringer med at både kunnskapsnivå om stamming og selvtillit i forhold til å håndtere barnas stamming har økt. Dette innebærer at de føler seg tryggere både når det gjelder å støtte sine barn og å prate om stammingen. Et overraskende funn var likevel at det ikke var noen samvariasjon mellom kunnskapsøkning og det å prate om stammingen, noe som kan indikere at flere fortsatt syns stamming er et utfordrende emne å prate om tross for økt kunnskap om det. Funnene viser også at god opplæring både når det gjelder kunnskap om stamming og innenfor metodene som brukes er viktig i forhold til foreldrenes selvtillit når det gjelder å forholde seg til og håndtere barnas stamming. Dette understrekes av de negative erfaringene foreldrene hadde, som ble relatert til akkurat manglende eller dårlig opplæring og informasjon.

5.3 Bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming

5.3.1 Grad av bekymring

Funnene fra dataanalysen, illustrert i figur 10, viste at utvalgets totale grad av bekymring gikk ned etter behandlingsstart, noe som kan være en indikasjon på at elementer i behandlingen trykker foreldrene og fjerner bekymringer. 26 % av foreldrene er ikke bekymret i noen grad ved tidspunktet for deltakelse i undersøkelsen, noe de i tekstsvarene relaterer til at barnet på svartidspunkt har sluttet å stamme. Samtidig viste resultatene at majoriteten av foreldrene (74 %) fortsatt var bekymret i en eller annen grad. Alle hadde likevel et lavere bekymringsnivå enn før behandlingsstart. Foreldrene relaterte reduksjonen i bekymringen til at stammingen var redusert, men ikke helt borte. Flere var bekymrede for at stammingen skulle vedvare og da hvilke eventuelle negative følger det kunne få for barnet i fremtiden. Andre skrev at den økte kunnskapen om stamming hadde gjort dem tryggere og mindre usikre, og relaterte den fortsatte bekymringen til situasjoner i fremtiden som de tenkte kunne forverre stammingen, som for eksempel overgang mellom barnehage og skole.

5.3.2 De som fortsetter å stamme

Man kan ha all verdens av kunnskap og selvtillit uten at det trenger å ha noen form for innvirkning på barnas stamming. Noen barn fortsetter å stamme til tross for godt utført,

evidensbasert behandling fra tidlig alder av (Guitar, 2014; Kelman & Nicholas, 2008). Risikofaktorene nevnt i delkapittel 2.3.1 kan gi indikasjoner på hvem som har større risiko for å oppleve vedvarende stamming, men det sier oss ingenting om hvorfor det er slik. For en mulig forklaring kan man se til de multifaktorielle modellene presentert i delkapittel 2.2.1. Samspillet mellom de ulike faktorene presentert i modellene kan gi en forklaring på hvorfor noen fortsetter å stamme dersom behandlingsmetodene ikke er suksessfulle når det gjelder å fjerne de faktorene som tenkes å utløse og opprettholde stamming. Et mer konkret svar på hvorfor det er slik at noen ikke slutter å stamme, til tross for evidensbasert behandling, jobber blant annet forskningsfeltet innen stamming og nevrologi hardt for å finne ut av. Som fortalt i teorikapitlets del 2.2, er de allerede på sporet av noe som kan vise seg å gi svar. Her ventes det flere spennende funn i årene fremover, noe som i sin tur forhåpentligvis kan føre til bedre tilpasset behandling og mer nøyaktige prognoser.

Hva kan man som logoped gjøre for å hjelpe disse foreldrene som har barn som ikke slutter å stamme? I Costelloe et al. (2015) så de at graden av foreldre som sa de var fornøyde med behandlingen var høyere enn de som sa at barnas stamming hadde blitt redusert eller borte. Det betyr at mange foreldre var fornøyde med behandlingsprosessen selv om den nødvendigvis ikke hadde hatt noen funksjon når det gjaldt å øke barnas selvtillit eller å redusere barnas stamming. Costelloe et al. (2015) satte dette i sammenheng med at det for foreldrene var likeså viktig å bli sett, hørt og støttet som det var å få hjelp for barnas stamming. Dette bekrefter Plexico og Burrus (2012) poeng fra noen år tidligere, hvor de så at det å møte foreldrene på deres behov og følelser var likeså viktig som jobben som ble gjort med barna når det gjaldt suksess i behandlingsprosessen. Tre av foreldrene i denne undersøkelsen forteller i tekstsvarene at de er mye mindre bekymret selv om barna fortsatt stammer. Majoriteten av foreldrene var mindre bekymret enn før, men ikke alle gjorde som de tre og skrev noe om hvorfor. Derfor kan det tenkes at det var slik for flere av foreldrene; altså at den fortsatte bekymringen var knyttet til at barnas stamming var redusert, men ikke borte. Dette forsterkes av at foreldrene som sa de ikke var bekymret i noen grad lengre, la dette til at barna hadde sluttet å stamme, og motsatt at ingen foreldre som fortsatt var bekymret skrev noe om at barna hadde sluttet å stamme. De tre overnevnte foreldrene var også blant de som ga uttrykk for at forventningene i stor grad ble innfridd, de var fornøyde med metoden og de følte på stor grad av medvirkning. Selv om denne tendensen er basert på tre foreldre, står de i stil med funnene i Plexico og Burrus (2012) og Costelloe et al. (2015) beskrevet ovenfor. Sett sammen med tidligere funn i denne undersøkelsen og drøftinger lenger oppe, understøtter

dette poenget at hvor mye foreldrene nyttiggjør seg av eller har positive erfaringer med behandlingen avhenger veldig av i hvilken grad de føler seg trygge i relasjonen med logopeden og hvor godt logopeden klarer å bruke sin yrkeskompetanse til å implementere prinsipper fra empowerment, brukermedvirkning og spesialpedagogisk rådgivning.

5.3.3 Typer av bekymringer

Som sagt ovenfor er det slik at noen foreldre har barn som aldri vil slutte å stamme, uansett hvor godt de følger opp og jobber med tiltak hjemme. Satt opp imot resultatene fra denne undersøkelsen, og flere andre studier (Costelloe et al., 2015; Plexico & Burrus, 2012), vil da disse foreldrene fortsatt gå å bekymre seg for hvordan stammingen påvirker barnas fremtid uavhengig av deres økte kunnskapsnivå eller selvtillit. Det fleste foreldre bekymret seg for i denne undersøkelsen var negative reaksjoner fra miljøet rundt barnet eller eventuelle negative konsekvenser de var redde stammingen kunne få for barnet i fremtiden. De negative reaksjonene gikk på ting som mobbing eller avvisning fra jevnaldrende, eller vansker med å bli forstått og akseptert. Studier har vist at barn som stammer er utsatt for mobbing, utestenging og erting (G. Blood et al., 2011; G. W. Blood & Blood, 2004; G. W. Blood et al., 2007; Langevin et al., 2009), så foreldrenes bekymringer kan ikke sies å være ubegrunnede. De negative konsekvensene foreldrene var bekymrede for dreide seg om at stammingen kunne legge restriksjoner på skole- eller yrkesvalg, diskriminering i sosiale sammenhenger eller i yrkeslivet, eller indre faktorer som lav selvtillit. Disse bekymringene er heller ikke ubegrunnede, for det har vist seg at voksne som stammet som yngre og som ble mobbet oftere hadde lavere selvtillit, høyere forekomst av angstlidelser og generelt sett følte de hadde dårligere livskvalitet enn andre som ikke hadde stammet og blitt mobbet (G. Blood et al., 2011; G. W. Blood & Blood, 2016). Dette kan ses på som et viktig argument når det gjelder å ruste barnas selvtillit og trygghet i forhold til egen stamming, og ikke bare ha ensidig fokus på at stammingen skal vekk. En helhetlig tilnærming som for eksempel Palin PCI eller Mini KIDS er viktig når man tenker på hvilken betydning negative følelser, holdninger og reaksjoner fra andre kan ha for videre stammeutvikling og selvbylde. Her kan man trekke frem Mini KIDS programmet som et eksempel på et program med et mer langsiktig perspektiv, hvor de tenker at om behandlingen ikke nødvendigvis fører til at stammingen forsvinner, vil den kunne være av betydning når det gjelder å håndtere stammingen funksjonelt i det daglige (Waelkens, 2018a).

5.3.4 Manglende samvariasjon

Et overraskende funn, eller mangelen på funn, var det at graden av foreldrenes bekymringer ikke korrelerte med de andre variablene som kunnskapsnivå og selvtillit. Noen av respondentene skriver at økt kunnskap og selvtillit er grunnen til mindre bekymring, men for de fleste er det en tendens til at dette er relatert til frekvensen av barnets stamming og hvorvidt de opplever noen form for bedring. I undersøkelsen av Goodhue et al. (2010) så de at mødrenes selvtillit fluktuerte gjennom behandlingsperioden i samband med variasjonen av barnas stamming. Det er ikke ulogisk å tenke at det også kan være slik med graden av bekymring sett i samband med graden av stamming hos barna.

Som en sammenfatning opplever foreldrene å ha bekymringer knyttet til barnas stamming. Foreldrene bekymrer mest seg for negative reaksjoner fra miljøet utenfor familien og eventuelle negative konsekvenser stammingen kan få i fremtiden. Resultatene viser at bekymringene ikke nødvendigvis forsvinner når kunnskapen om stamming øker og selvtilliten til å håndtere stammingen øker. Likevel må det påpekes at de fleste foreldrene er betraktelig mindre bekymret etter behandlingen enn før. Funnene viser igjen hvilken avgjørende betydning logopedens rolle kan ha for i hvilken grad foreldrene sitter igjen med positive eller negative erfaringer etter stammebehandlingen. Samtidig illustrerer poengene i drøftingen at en helhetlig tilnærming, med et langsiktig perspektiv kan være spesielt hensiktsmessig med tanke på familiene med barna som opplever vedvarende stamming.

6 Konklusjon

6.1 Begrensninger

Spørreundersøkelsen i denne studien ble spredd i flere kanaler, og det er sannsynlig at mange hadde mulighet til å delta. Analyser av reliabiliteten ga uttrykk for at den var tilfredsstillende, noe som betyr at antallet målefeil med stor sannsynlighet var få. Likevel, vil det på bakgrunn av den ikke-tilfeldige utvalgsmetoden, usikkerhet når det gjaldt størrelsen på totalpopulasjonen og størrelsen på det endelige utvalget man endte opp med, ikke bli aktuelt å generalisere resultatene over på populasjonen. I dataanalysene er Pearsons r brukt for å vise eventuelle korrelasjoner, altså samvariasjoner, og et signifikansmål på < 0.05 er brukt som kvalitetssikring på disse korrelasjonene. Selv om flere av korrelasjonene var signifikante innenfor denne verdien er resultatene fra undersøkelsen kun å anse som tendenser eller indikasjoner, og ikke som konkrete, håndfaste sannheter. Dette fordi denne undersøkelsen var ment å være deskriptiv, altså ikke-eksperimentell, noe som betyr å beskrive resultatene og eventuelle tendenser som dukker opp i analysen.

6.2 Veien videre

Det kan derimot være interessant å i senere undersøkelser se nærmere på noen av denne undersøkelsens funn og tendenser. Dette kan være interessant for enten å komme mer i dybden av funnene, for å undersøke noe i en større skala eller for å sjekke om funnene i det hele tatt er reelle.

Jeg nevner relasjonsbygging flere ganger gjennom drøftingen, og hvor viktig det er at logopedene fokuserer på dette. Gjennom noen av de kvalitative dataene var det tydelig at et par av foreldrene i denne studien ikke hadde hatt tillit til logopedene de hadde forholdt seg til. Det kunne vært interessant å sett en fenomenologisk intervjustudie av hva foreldrene vektlegger som tillitsvekkende og relasjonsbyggende i første møte med logopedene. Følte foreldrene det ble skapt tillit? Eventuelt hvordan?

Brukermedvirkning og empowerment er begreper som også dukker opp gjennom denne oppgaven og som er i aller høyeste grad i fokus blant Norges logopeder og andre spesialpedagogiske rådgivere. Både Plexico og Burrus (2012) og Costelloe et al. (2015) så betydningen brukermedvirkning kunne ha for foreldrene, og empowerment av foreldrene er strategier som brukes innen de fleste stammebehandlingsprogrammene for førskolebarn, men da kanskje spesielt innen Palin PCI (Kelman & Nicholas, 2008). Hvordan jobber norske

logopeder med brukermedvirkning når det gjelder foreldre i en slik behandlingsprosess som her? Hvor bevisste er de prinsipper om empowerment? Hvordan tilnærmer de seg de klientene som ikke er komfortable med å få en slik rolle i behandlingsprosessen? Er dette noe logopeder har inkorporert i sin væremåte og yrkesmoral? Det vil jeg da tro det er for de aller fleste, men poenget er at det kunne vært spennende med et dypdykk i dette i en større skala.

Videre kunne en longitudinell studie som så på fluktueringen mellom selvtillit og stammefrekvens slik Goodhue et al. (2010) så det ha vært spennende; i tillegg hva med mellom bekymringer og stammefrekvens? Tendensen i denne undersøkelsen var at bekymringene minket med behandlingsprosessen, men for de fleste av foreldrene forsvant de ikke.

Til sist: Kunnskap- hvor tilegner foreldrene seg kunnskap? Er logopeden den største kilden for det? Hva søker de ofte etter på nett? Som nevnt tidligere sier ikke resultatene fra denne undersøkelsen noe om årsakssammenhenger. Det ligger naturlig for mange nå å søke på nett om det er noe man lurar på, og i alle fall en av foreldrene hadde tilegnet seg mye informasjon og kunnskap om stamming over nett. Det er veldig bra at det er mye informasjon og kunnskap lett tilgjengelig. Samtidig vet man at det er mye useriøst der ute, og de som søker kan ledes til useriøse nettsted med feilaktig informasjon. Jeg tenker det er viktig å sikre seg at informasjon fra seriøse aktører slik som NIFS eller Statped er lett tilgjengelig og dukker fort opp når folk søker på relevante emneord. Det trenger ikke å være at dette er noe problem for mennesker som stammer eller foreldre som søker på bakgrunn av at de har et barn som stammer, men det er vanskelig å si noe om før det egentlig er forsket på.

6.3 Sammenfatting og avslutning

Målet med denne studien har vært å besvare den overordnede problemstillingen: *Hvilke erfaringer sitter foreldre av førskolebarn som stammer igjen med etter å ha deltatt i stammebehandling med sine barn? - med fokus på foreldrenes deltakelse i behandlingen, kunnskap om og håndtering av barnas stamming, og bekymringer rundt stammingen.* Svarene fra foreldrene som danner grunnlaget for analysen og resultatene ble innhentet ved bruk av et spørreskjema distribuert gjennom sosiale medier, Norsk Logopedlag og Norsk Interesseforening for Stamming og Løpsk Tale. Avsluttende vil de foreliggende resultatene oppsummeres med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Hvilke erfaringer knytter foreldrene til det å delta i stammebehandling med sine barn når det gjelder grad av møtte forventinger, brukermedvirkning, ansvar i behandlingsprosessen og metodikken med hjemmebasert behandling i seg selv?

Tilbakemeldingene var blandede, men sett som en gruppe var foreldrenes erfaringer positive, noe som indikerer at stammebehandlingsmetodene som involverer foreldrene på denne måten oppleves positivt. De foreldrene som i stor grad opplevde å få forventingene sine møtt hadde også flest positive erfaringer i forhold til opplevd grad av brukermedvirkning og i forhold til type og størrelse på ansvar de fikk i behandlingsprosessen. Disse utgjorde litt over halvparten av utvalget. I motsatt retning viste resultatene at de foreldrene som ikke hadde fått forventingene møtt i noen særlig grad, også hadde flest negative erfaringer i forhold til de overnevnte emner. Disse foreldrene utgjorde 25% av utvalget. Tilsammen understreker resultatene at hvordan logopeden bruker sin yrkeskompetanse i møte med klientene, kan ha stor betydning for hvilke erfaringer foreldrene sitter igjen med og i hvilken grad de nyttiggjør seg behandlingsprosessen. Et annet spennende funn var resultatene som kunne tyde på at noen foreldre muligens mente at logopedens rolle i disse behandlingsmetodene ble for tilbaketrasket, selv om de ga uttrykk for å være fornøyde med graden av brukermedvirkning og metoden i seg selv. Dette førte til en undring hvorvidt alle klienter egentlig ønsker å bli tillagt slike roller og ansvar i behandlingsprosessene.

Har foreldrene erfart at de har økt sin kunnskap om stamming og blitt tryggere på å håndtere barnas stamming etter behandlingsstart?

Resultatene viser at foreldrene synes deres kunnskap om stamming har blitt større sammenlignet med hva de selv mente de kunne før behandlingsstart. Det samme resultatet viser seg i foreldrenes selvtillit når det gjelder å håndtere og prate om barnas stamming. Dette indikerer at behandlingsmetodene som brukes for stamming hos førskolebarn gir foreldrene verktøy og teknikker de føler de kan nyttiggjøre seg av. Dette resultatet viser seg å gjelde majoriteten (94 %) av foreldrene og var uavhengig av om de meldte om positive eller negative erfaringer under emnet «Tanker om behandlingen». Derfor undres det om kunnskaps- og selvtillitsøkningen kan skyldes andre faktorer enn logopedens og behandlingsprosessen, slik som for eksempel bruk av støttenettverk og informasjonsinnhenting via sosiale medier og andre fora på internett. Betydningen det har for foreldrene å få god opplæring og informasjon om stamming blir tydelig, og understøtter

tidligere studiers konklusjoner om at det er en nøkkelfaktor når det gjelder suksess i behandlingen.

Har foreldrene erfart å ha bekymringer knyttet til barnas stamming, og har dette endret seg noe siden behandlingsstart?

Alle foreldrene har erfaringer med å ha bekymret seg i en eller annen grad rundt barnas stamming. Felles for hele gruppen er at bekymringene har minket etter behandlingsstart. Noen foreldre skriver de ikke er bekymret lengre, men majoriteten er fortsatt bekymret i en eller annen grad. Foreldrenes bekymringer er ikke ubegrunnede, og handler i stor grad om saker som er vist å kunne være tilfelle for mennesker med vedvarende stamming; som for eksempel negative reaksjoner fra miljøet rundt og negative konsekvenser for fremtiden og livsutfoldelse. Det ser ikke ut til at graden av bekymringer henger sammen med økning i kunnskap og selvtillit, men tendensen er heller at bekymringene kan være relatert til frekvensen i barnas stamming. Det undres derfor i drøftingen om det kan finnes en klar sammenheng mellom graden av bekymringer og stammingens frekvens, slik Goodhue et al. (2010) fant mellom mødrenes selvtillit og frekvensen i barnas stamming.

Summen av foreldrenes erfaringer rapportert i denne undersøkelsen, sett sammen med relevant forskning og teori, viser nødvendigheten av å ha en helhetlig tilnærming til familiene, med et langsiktig perspektiv i tankene for de som ikke kommer til å oppleve at stammingen forsvinner. Det er likeså viktig å møte foreldrene på deres behov og følelser, like mye som det er viktig å møte barna deres på deres behov og følelser. Funnene fra denne undersøkelsen kan ikke med sikkerhet generaliseres over på populasjonen, men de tendensene som går på betydningen av logopedens rolle og hvordan logopeden bruker sin yrkeskompetanse når det gjelder veiledningen og relasjonsbyggingen kan være nyttige poenger for logopeder å ta med seg inn i møtet med de foreldrene de skal jobbe med.

Referanseliste

- Albrigtsen, A., Stauri, T. & Wright, M.A. (2017). *Ord til besvær : livet med stamming*. Oslo: Abstrakt forl.
- Befring, E. & Tangen, R. (2012). *Spesialpedagogikk* (R. Tangen, red. 5. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Berquez, A., Hertsberg, N., Hollister, J., Zebrowski, P. & Millard, S. (2015). What do Children who Stutter and their Parents Expect from Therapy and are their Hopes Aligned? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193(C), 25-36.
doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.241
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 9-19. doi:10.2147/PRBM.S31450
- Blood, G., Blood, I., Tramontana, G., Sylvia, A., Boyle, M.P. & Motzko, G. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. . *Percept. Mot. Skills*, 113(2), 353-364.
doi:10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364
- Blood, G.W. & Blood, I.M. (2004). Bullying in Adolescents Who Stutter: Communicative Competence and Self-Esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 69-79.
- Blood, G.W. & Blood, I.M. (2016). Long-term Consequences of Childhood Bullying in Adults who Stutter: Social Anxiety, Fear of Negative Evaluation, Self-esteem, and Satisfaction with Life. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 72-84.
doi:10.1016/j.jfludis.2016.10.002
- Blood, G.W., Blood, I.M., Maloney, K., Meyer, C. & Qualls, C.D. (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40(6), 452-469.
doi:10.1016/j.jcomdis.2006.10.005
- Bloodstein, O. & Ratner, N.B. (2008). *A Handbook on Stuttering* (6 utg.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

- Boucand, V.A., Millard, S. & Packman, A. (2014). Early Intervention for Stuttering: Similarities and Differences Between Two Programs. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 24(1), 8. doi:10.1044/ffd24.1.8
- Bülow, P., Persson Thunqvist, D. & Sandén, I. (2012). *Delaktighetens praktik: Det professionella samtalets villkor och möjligheter* (1 utg.). Lund: Lund: Gleerups Utbildning AB.
- Chang, S.-E., Erickson, K.I., Ambrose, N.G., Hasegawa-Johnson, M.A. & Ludlow, C.L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *NeuroImage*, 39(3), 1333-1344. doi:10.1016/j.neuroimage.2007.09.067
- Chang, S.-E., Zhu, D.C., Choo, A.L. & Angstadt, M. (2015). White matter neuroanatomical differences in young children who stutter. *Brain*, 138(3), 694-711. doi:10.1093/brain/awu400
- Choo, A.L., Burnham, E., Hicks, K. & Chang, S.-E. (2016). Dissociations among linguistic, cognitive, and auditory-motor neuroanatomical domains in children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 61, 29-47. doi:10.1016/j.jcomdis.2016.03.003
- Cieslak, M., Ingham, R.J., Ingham, J.C. & Grafton, S.T. (2015). Anomalous White Matter Morphology in Adults Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(2), 268-277. doi:10.1044/2015_JSLHR-S-14-0193
- Coleman, J. & Reischl, B. (2011). *Study Guide and SPSS manual* (2nd ed. utg.). New York, NY: Worth Pub.
- Costelloe, S., Davis, S. & Cavenagh, P. (2015). Parental Beliefs about Stammering and Experiences of the Therapy Process: An On-line Survey in Conjunction with the British Stammering Association. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193(C), 82-91. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.247
- Cykowski, M.D., Fox, P.T., Ingham, R.J., Ingham, J.C. & Robin, D.A. (2010). A study of the reproducibility and etiology of diffusion anisotropy differences in developmental stuttering: A potential role for impaired myelination. *NeuroImage*, 52(4), 1495-1504. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.05.011

- Dalen, M. & Tangen, R. (2012). Barnehagens og skolens samarbeid med foreldre til barn og unge med spesielle behov. I R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk* (5 utg., s. 220-239). Oslo: Cappelen Damm.
- Franken, M.C. & Putker-de Bruijn, D. (2007). Restart-DCM Method. Treatment protocol developed within the scope of the ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial. <http://www.nedverstottertherapie.nl>.
<http://www.nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/RESTART-DCM.Method.-English.pdf>
- Gall, M.D., Gall, J.P. & Borg, W.R. (2007). *Educational research : an introduction* (8th ed. utg.). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S. & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: Mothers' Experiences. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 35(1), 70-84. doi:10.1016/j.jfludis.2010.02.002
- Guitar, B. (2014). *Stuttering : an integrated approach to its nature and treatment* (4th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. & McCauley, R.J. (2010). *Treatment of stuttering : established and emerging interventions*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guttormsen, L.S., Kefalianos, E. & Næss, K.-A.B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1-14. doi:10.1016/j.jfludis.2015.08.001
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk : etter kokebokmetoden*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Hartelius, L., Nettelbladt, U. & Hammarberg, B. (2008). *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.
- Humeniuk, E. & Tarkowski, Z. (2016). Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 51-60. doi:10.1016/j.jfludis.2016.08.002

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johns, P. (2014). *Clinical neuroscience : an illustrated colour text*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone : Elsevier.
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I. & Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7518), 659.
- Kelman, E. & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. New York, USA: Routledge.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det Kvalitative Forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2009). Peer Responses to Stuttering in the Preschool Setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(3), 264-276. *Journal of Communication Disorders*, 2009, Vol.2018(2003), p.2264-2276. doi:10.1044/1058-0360(2009/07-0087)
- Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 407-423. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
- Larsen, A.K. (2017). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Lassen, L.M. (2009). *Rådgivning- kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lassen, L.M. (2012). Spesialpedagogisk rådgivning. I R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk* (5 utg., s. 170-187). Oslo: Cappelen Damm.
- Lindgren, S. (2011). Tekstanalyse. I A.-M. Sællerberg (red.), *Mange ulike metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Millard, S.K. (2003). *Measuring Outcome*. Innlegg holdt ved Proceedings of the Sixth Oxford Dysfluency Conference, York.

- Millard, S.K., Edwards, S. & Cook, F.M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2009, Vol.11(1), p.61-76, 11(1), 61-76. doi:10.1080/17549500802603895
- Millard, S.K., Nicholas, A. & Cook, F. (2008). Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(3), 636-650. doi:10.1044/1092-4388(2008/046)
- Nardi, P.M. (2014). *Doing survey research : a guide to quantitative methods* (3rd ed. utg.). Boulder, Colo: Paradigm.
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. . <https://www.etikkom.no/>: De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>.
- nsd.no. Norsk Senter for Forskningsdata. fra <https://nsd.no/>
- Onslow, M. (2018). Stuttering and its treatment: Eleven Lectures. (978-0-646-92717-6). Hentet 17.02.2019, fra The University of Sydney https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2018-10/Stuttering%20and%20its%20Treatment%20-%20Eleven%20Lectures%20April%202018_0.pdf
- Onslow, M., Packman, A. & Harrison, R.E. (2003). *The Lidcombe Program of early stuttering Intervention: A clinician's guide*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 225-233. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>
- Packman, A. & Attanasio, J.S. (2017). *Theoretical issues in stuttering* (2nd utg.). London: Routledge.
- Panke, D. (2018). *Research design & method selection : making good choices in the social sciences*. Los Angeles: SAGE.

- Plexico, L.W. & Burrus, E. (2012). Coping with a Child Who Stutters: A Phenomenological Analysis. *Journal of Fluency Disorders: Official Journal of the International Fluency Association*, 37(4), 275-288. doi:10.1016/j.jfludis.2012.06.002
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Sawyer, J., Matteson, C., Ou, H. & Nagase, T. (2017). The Effects of Parent-Focused Slow Relaxed Speech Intervention on Articulation Rate, Response Time Latency, and Fluency in Preschool Children Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(4), 794-809. doi:10.1044/2016_JSLHR-S-16-0002
- Sellerberg, A.-M. & Fangen, K. (2011). *Mange ulike metoder* (A.-M. Sellerberg, red. 1 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sonneville-Koedoot, C.d., Stolk, E., Rietveld, T. & Franken, M.-C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE*, 10(7), e0133758. doi:10.1371/journal.pone.0133758
- St. Louis, K.O., Sønsterud, H., Junuzović-Žunić, L., Tomaiuolo, D., Del Gado, F., Caparelli, E., . . . Węsierska, M. (2016). Public attitudes toward stuttering in Europe: Within-country and between-country comparisons. *Journal of Communication Disorders*, 62, 115-130. doi:10.1016/j.jcomdis.2016.05.010
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og Innlevelse- en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2009). Predicted and Observed Outcomes in Preschool Children Following Speech and Language Treatment: Parent and Clinician Perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42(1), 29-42. doi:10.1016/j.jcomdis.2008.08.002
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Tufte, P.A. (2011). Kvantitativ metode. I A.-M. Sællerberg (red.), *Mange ulike metoder* (s. 71-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Van Riper, C. (1971). *The Nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-hall.
- Waelkens, V. (2018a). *Mini-Kids. Direct therapy for young children who stutter (2-5 years)*. Lulu.com: Waelkens, Veerle.
- Waelkens, V. (2018b) *MiniKIDS-behandling av stamming hos barnehagebarn/Interviewer: M.W. Aasen*. Norsk Interesseforening for Stamming og Løpsk Tale, <http://stamming.no/nyheter/minikids-behandling-av-stamming-hos-barnehagebarn>
- WHO. (2018). ICD-11: 6A01.1 - Developmental speech fluency disorder. . Hentet 21.03.2019, fra World Health Organization <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/654956298>
- Yairi, E. & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. doi:10.1016/j.jfludis.2012.11.002
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering : for clinicians by clinicians*. Austin, Tex: PRO-ED.

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreundersøkelsen

Vedlegg 2: Bekreftelse anonymitet

Vedlegg 3: NSD

Vedlegg 4: Korrelasjonsmatrise

Vedlegg 1: Foreldreperspektiver på stammebehandling hos førskolebarn

Side 1

Denne undersøkelsen er en del av et masterprosjekt ved linjen for Erfaringsbasert master i Logopedi ved NTNU i Trondheim. Jeg ønsker å nå ut til foreldre og foresatte som har eller har hatt barn i førskolealder (0-6 år) som har vært i eller er under logopedisk behandling for stamming. Mitt mål med undersøkelsen er å få frem foreldre og foresattes meninger og erfaringer rundt barnas stamming og behandlingsmetodene som brukes for denne aldersgruppen.

Grunnen til at jeg ønsker å se på dette emnet er fordi mange av behandlingsmetodene for stamming som brukes på førskolebarn krever at dere foreldre/foresatte gjør en del oppfølging og oppgaver på hjemmebasis. I den prosessen er det viktig å få til et godt samarbeid mellom dere foreldre/foresatte og logopeden. Et viktig moment for å få til det er at logopeden har kunnskap om hva dere foreldre/foresatte har behov for i form av informasjon, støtte og kunnskap, hva dere mener om stammebehandlingen og hvilke bekymringer foreldre/foresatte kan ha knyttet til barnets stamming.

Denne undersøkelsen er helt anonym og vil ikke kunne bli sporet tilbake til noen. Den tar mellom 10 og 20 minutter å gjennomføre. Du kan når som helst avbryte eller avslutte undersøkelsen om du ikke ønsker å fortsette.

Etter noen generelle spørsmål består undersøkelsen av tre deler:

- 1) Tanker rundt behandlingen
- 2) Kunnskap om og håndtering av stammingen
- 3) Bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming

Takk for at du deltar og bidrar med din kompetanse og erfaring!

Er det noen spørsmål eller tilbakemeldinger, gjerne ta kontakt på mail: silje.haukdal@outlook.com

Ha en fin dag

Mvh Silje Haukdal

Generelle spørsmål

Er du; *

Kvinne

Mann

Har du erfaring med stamming fra tidligere av? *

Ja, har stammet/stammer selv

Ja, kjente/kjenner noen som stammer

Nei, jeg hadde veldig lite eller ingen erfaring med stamming fra tidligere av

Hvilken type behandling og/eller tiltak har ditt barn mottatt for stammingen? (kan krysse av for flere)

- Lidcombe-programmet
- Parent Child Interaction Therapy (PCIT)
- Restart-DCM
- MiniKIDS

Andre tiltak ikke nevnt ovenfor

Tanker rundt behandlingen. Del 1 av 3.

1. Kan du si noe om hvilke forventinger du hadde til behandlingen før første møte med logopeden?

2. På en skala fra en til fem; i hvor stor grad opplevde du at dine forventninger til behandlingen innfridde?

Forventningene ble ikke innfridd 1 2 3 4 5 Alle forventningene ble innfridd

I behandling av stamming hos førskolebarn spiller foreldre ofte en stor rolle i prosessen ved å gjennomføre tiltak i hjemmet. Hva tenker du om ansvaret og rollen du fikk i oppfølgingen av ditt eget barn? Her kommer det nå fem påstander. I hvor stor grad er du uenig eller enig i dem?

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt Enig
3. «Jeg opplevde at oppgavene vi fikk ansvar for i behandlingsprosessen var greie å gjennomføre hjemme.»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. «Jeg synes det var greit å jobbe på denne måten.»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. «Jeg synes logopeden skulle spilt en større rolle i behandlingen»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. «Jeg opplevde å ha en betydningsfull rolle i behandlingen av mitt barns stamming.»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. «Jeg opplevde at mine synspunkter og meninger rundt mitt barn og behandlingen ble tatt på alvor og lyttet til.»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Har du flere tanker enn det nevnt ovenfor rundt det å ha en slik rolle i behandlingsprosessen? Gjerne skriv dem inn under her.

9. Var det noe du kunne tenkt deg at logopeden gjorde mer eller mindre av?

Kunnskap om og håndtering av stammingen. Del 2 av 3.

10. På en skala fra en til fem; hvor ville du rangert ditt kunnskapsnivå om stamming FØR behandlingen startet?

	1	2	3	4	5	
Kunne ingenting/lite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kunne mye

11. På en skala fra en til fem; hvor vil du rangere ditt kunnskapsnivå når det gjelder stamming I DAG?

	1	2	3	4	5	
Kan ingenting/lite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kan mye

12. FØR behandlingen startet, hvordan tror du du ville svart på denne påstanden:

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt enig
«Jeg føler jeg er en god hjelp og støtte for mitt barn når det gjelder stammingen hans/hennes»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. I DAG, etter eller underveis i behandlingen, hvordan vil du stille deg til denne påstanden:

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt enig
«Jeg føler jeg er en god hjelp og støtte for mitt barn når det gjelder stammingen hans/hennes»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. FØR behandlingen startet, hvordan tror du du ville svart på denne påstanden:

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt enig
«Jeg er komfortabel med å prate om stamming med mitt barn og svare på de spørsmål han/hun måtte ha.»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. I DAG, etter eller underveis i behandlingen, hvordan vil du stille deg til denne påstanden:

	Helt uenig	Litt uenig	Nøytral	Litt enig	Helt enig
«Jeg er komfortabel med å prate om stamming med mitt barn og svare på de spørsmål han/hun måtte ha.»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Hva var viktig for deg å få kunnskap og informasjon om når ditt barn begynte å stamme og begynte med stammebehandling?

17. Var det noe du savnet informasjon om?

Bekymring og usikkerhet rundt eget barn og dets stamming. Del 3 av 3.

18. På en skala fra en til fem; hvor ville du rangert din bekymring rundt ditt barns stamming FØR behandlingen startet?

Ikke bekymret/urolig 1 2 3 4 5 Veldig bekymret/urolig

19. På en skala fra en til fem; hvor vil du rangere din bekymring rundt ditt barns stamming i DAG?

Ikke bekymret/urolig 1 2 3 4 5 Veldig bekymret/urolig

20. Har du noen kommentarer til hvorfor du har rangert slik du har på de to forgående spørsmålene? Hva har gjort at du har plassert deg forskjellig eller hvorfor er det likt i dag som det var før behandling?

21. Kan du si noe om hvilke bekymringer du opplevde å ha i forhold til ditt barns stamming?

» [Redirection to final page of Online Undersøkelse \(endre\)](#)

Vedlegg 2: Bekreftelse på anonymitet.

Pascal Schenk <pascal.schenk@enuvo.ch>

ti. 09.10.2018 10.14

Du

☒

Hello,

Thank you very much for your email and for your interest in our tool.

It is absolutely possible to conduct an anonymous survey on our platform, as our system does not automatically provide individual-related information in the report.

There are only two direct ways to identify your participants. You either have to work with individual links (please find further information about it in the below mentioned link) or to ask for personal details (e.g., name, email address, etc.) in the survey itself.

<https://blog.esurveycreator.com/2013/12/28/create-individual-survey-links/>

Indirectly, the IP address could also help you to assign collected answers to individuals. However, by default, our system does even not show this information in the evaluation (you would need to specifically activate this option in the settings) and knowing the IP address itself does not automatically allow you to identify a user.

This means, if you do not use one of these options, your survey will be anonymous.

Yes, you can also share the survey on Facebook, etc. For this purpose, you can simply copy the survey link (you will receive this link, after you will have created and activated your survey) and paste it wherever you want.

If you have any further questions, please do not hesitate to contact us.

Best regards

Pascal Schenk

Telephone: +41 (0)44 508 24 62 (English and German, 9am to 5pm CEST)

Email: pascal.schenk@enuvo.ch

Skype: pascal.enuvo

enuvo GmbH

Seefeldstrasse 25

CH-8008 Zürich

<https://www.enuvo.ch>

Vedlegg 3: NSD

Pernille Ekornrud Grøndal <Pernille.Grondal@nsd.no>

ti. 09.10.2018 12.08

Du;

postmottak@nsd.no

☒

Hei,

Du trenger ikke melde prosjektet til oss dersom du

- 1) Ikke registrerer noen direkte personopplysninger ifm. innsamlingen
- 2) Dersom selve spørreskjemaet ikke samler inn noen direkte eller indirekte personopplysninger.

Du kan lese mer om meldeplikt, samt ta meldeplikttesten, på våre [hjemmesider](#).

Pernille Ekornrud Grøndal

rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 36 41

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 4: Korrelasjonsmatrise fra SPSS

		Correlations																		
		@2 Forenninger	@3 Gleiljerem oppgaver	@4 Gleiljerem ste	@5 Logopedens Rolle	@6 Inkludering	@7 Medbestemm else	@10 Kunnskapsni våttør	@11 Kunnskapsni våldag	@12 Statistforb arnet	@13 Statistforb arnet DAG	@14 Pratonsst forb	@15 Pratonsst DAG	@18 Bekymningf ø	@19 BekymningD A					
@2 Forenninger	1																			
@3 Gleiljerem oppgaver	1	.450																		
@4 Gleiljerem ste	1	.413	.942**																	
@5 Logopedens Rolle	1	.413	.942**	.942**																
@6 Inkludering	1	.413	.942**	.942**	.942**															
@7 Medbestemmelse	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**														
@10 Kunnskapsnivåttør	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**													
@11 Kunnskapsnivåldag	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**												
@12 Statistforbarnetør	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**											
@13 Statistforbarnet DAG	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**										
@14 Pratonsstforb	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**									
@15 Pratonsst DAG	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**								
@18 Bekymningfø	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**							
@19 BekymningDA	1	.413	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**	.942**						

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
 **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

