

# Entwicklung und Konstruktion des praxisorientierten Fragebogens für Eltern von stotternden Kindern (PROFES)

Nora Horst<sup>1</sup>, Stefan Heim<sup>1,2,3</sup> & Anke Kohmäscher<sup>4</sup>

1 Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University

2 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University

3 Institut für Neurowissenschaften und Medizin (INM-1), Forschungszentrum Jülich

4 FH Münster University of Applied Sciences, Münster School of Health (MSH)

## Abstract

Stottern löst bei Eltern stotternder Kinder negative Emotionen wie Verzweiflung und Sorge aus. Diese Gefühle können sich negativ auf die Symptomatik auswirken und sollten daher in der Diagnostik erfasst werden. Generell eignen sich standardisierte Fragebögen, um objektiv und praktikabel Informationen zu erfassen, anhand derer Eltern gezielt in der Therapie beraten werden können. Unter bestehenden Fragebögen für Eltern von stotternden Kindern gibt es allerdings bislang keinen, der umfassend die Emotionen, die Desensibilisierung und die Lebensqualität der Eltern erfasst.

Das Ziel dieser Arbeit war es deshalb einen solchen Fragebogen zu konzipieren, welcher zudem praxisrelevant und verständlich ist. Hierzu wurden in drei Evaluationsrunden 30 Therapeuten<sup>1</sup> und vier Elternteile an der Entwicklung des Fragebogens beteiligt, indem diese Relevanz und Verständlichkeit der Fragebogenitems bewerteten. Mit Hilfe der statistischen Berechnung des Content Validity Index [CVI] gelang es den *PROFES* schrittweise zu verbessern.

Die finale Version des *PROFES* erreicht eine Inhaltsvalidität von 0,97. Ab einem Wert von > 0,9 liegt eine zufriedenstellende Inhaltsvalidität vor. Zukünftig kann der *PROFES* so die Grundlage für eine erfolgreiche Beratung von Eltern innerhalb der Therapie bilden.

Stuttering provokes negative emotions such as concern, sadness and despair in parents of children who stutter. These emotions may have a negative influence on the stuttering symptoms of their children and need to be explored in the initial assessment. However, such an instrument that provides sufficient information to advise the parents objectively and viably during therapy is missing. Currently, there are no questionnaires available for parents of children who stutter to measure emotions, desensitization and quality of life of parents extensively.

The aim of this study was to conceptualize a questionnaire which assesses information about the attitude and the emotions of parents in a comprehensive way. In order to ensure its relevance and understandability the questionnaire was evaluated by 30 speech language therapists and four parents in three rounds. By means of the Content Validity Index the *PROFES* could be improved successively as items were excluded or rephrased, if necessary, after each evaluation.

The final version of the *PROFES* achieves a total content validity of .97. Content validity indices > .90 are considered good. Consequently, the *PROFES* might be the foundation of a successful consultation of parents during stuttering treatment.

1 In der vorliegenden Arbeit umfasst die männliche Form alle Geschlechter und bezieht diese in gleichem Mass mit ein.

## 1 Einleitung

Eltern stotternder Kinder kommt in der Therapie eine wichtige Funktion zu (vgl. Sandrieser & Schneider 2015). Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Stottern bei Eltern negative Emotionen auslöst (vgl. Langevin et al. 2010; Plexico & Burrus 2012). Tumanova et al. (2018) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass die Sorge der Eltern um das Stottern die Symptome des Kindes verstärken kann. Genau aus diesem Grund können Therapieerfolge nur langfristig bestehen, wenn Gefühle und Einstellungen von Eltern gegenüber dem Stottern ihres Kindes in der Erstdiagnostik untersucht werden, um sie in die Therapie angemessen miteinbeziehen zu können. Hierzu fehlt bislang ein umfassender Fragebogen, welcher die Sichtweise von Eltern stotternder Kinder ganzheitlich abdeckt. Der praxisorientierte Fragebogen für Eltern von stotternden Kindern (*PROFES*) soll durch eine systematische Entwicklung Stottertherapien bei Kindern unterstützen.

## 2 Forschungsstand

Im Vergleich zu nicht stotternden Gleichaltrigen, zeigen stotternde 3–6-Jährige eine negative Einstellung gegenüber ihrem Sprechen (vgl. Vanryckeghem et al., 2005). Stotternde Kinder zeigen Reaktionen auf ihr Stottern, indem sie verbal oder nonverbal agieren (vgl. Boey et al., 2009). Bereits mit 2 Jahren nehmen 56 % der Kinder ihr Stottern wahr (vgl. Boey et al., 2009). Dieser Prozentsatz steigt mit zunehmendem Alter (vgl. Boey et al., 2009). Zum Schuleintritt mit etwa 7 Jahren sind sich 89 % der stotternden Kinder ihrer Stottersymptome bewusst (vgl. Boey et al., 2009). Die Stotterschwere zeigt hier einen signifikanten Zusammenhang mit dem Bewusstseinsgrad des Stotterns (vgl. Boey et al., 2009). In einer Studie von Rocha et al. (2019) fiel auf, dass Eltern von stotternden Kindern ihre Kinder als signifikant wütender, frustrierter und trauriger erlebten als Eltern von nicht-stotternden Kindern. Diese Unterschiede fielen vor allem bei der Gruppe der älteren Kinder von 10–12 Jahren im Vergleich zu den jüngeren Kindern von 7–9 Jahren auf (Rocha et al. 2019). Neben der Stotterschwere nehmen demnach mit zunehmendem Alter auch negative Emotionen bei Kindern zu.

Auch bei den Eltern stotternder Kinder geht das Stottern häufig mit negativen Gefühlen einher. Das Stottern ihrer Vorschulkinder löst bei vielen Eltern Hilflosigkeit, Traurigkeit, Schuld und Verzweiflung aus

(vgl. Langevin et al. 2010). In einer Untersuchung von Tumanova et al. (2018) gab die Hälfte der Eltern an, dass das Stottern bei ihnen starke Sorge auslöse. Die Kinder waren zwischen 3;0 und 5;11 Jahren alt (Tumanova et al. 2018). Eltern von stotternden Kindern, welche 6 bis 14 Jahre alt waren, fühlten sich häufig gestresst und unsicher in Bezug auf das Stottern (vgl. Plexico & Burrus 2012). Des Weiteren weist eine aktuelle Studie auf einen Zusammenhang zwischen elterlicher Sorge und der Stottersymptomatik des Kindes hin (vgl. Tumanova et al. 2018). Kinder von Eltern, die mehr Sorgen und negativere Gefühle in Bezug auf das Stottern äusserten, zeigten ein stärkeres Stottern in Bezug auf Quantität und Qualität (vgl. Tumanova et al. 2018). Interessant ist dabei, dass sich die Einschätzung von Eltern und Kindern bezüglich des Stotterns nicht unbedingt gleichen muss (vgl. Walther 2009).

Negative, elterliche Emotionen wirken sich auch auf die Interaktion mit dem Kind aus (vgl. Langevin et al. 2010; Plexico & Burrus 2012). Plexico und Burrus (2012) stellten fest, dass grosse Unsicherheiten bei Eltern stotternder Kinder vorliegen. So vermeiden Eltern im häuslichen Umfeld über das Stottern zu sprechen (vgl. Plexico & Burrus 2012). Einige Eltern sind der Meinung, das Stottern sei lediglich eine Phase und resultiere aus Traumata oder langsamen Denkprozessen (vgl. Plexico & Burrus 2012). Die Unsicherheiten führen auch dazu, dass stotternde Schulkinder häufig unzufrieden mit dem Umgang ihrer Eltern in Bezug auf das Stottern sind (vgl. Beilby 2014; Lau et al. 2012).

Demnach ist es zu Beginn einer Therapie wichtig, im Rahmen einer ICF-orientierten Diagnostik auch die Eltern gezielt miteinzubeziehen. Mit Hilfe eines Fragebogens können Informationen objektiv und unabhängig von Einstellungen, Erwartungen und Stereotypen des Untersuchers erfasst werden (vgl. Bortz 1993; Fisseni 2004; Kallus 2016). Die Durchführung und Auswertung von Fragebögen erfordert wenig Zeitaufwand und ist materialsparend (vgl. Fisseni 2004). Durch das Vorliegen von Normdaten und die Quantifizierung eines Merkmals ist eine Aussage über auffälliges bzw. unauffälliges Verhalten zulässig und der Bedarf einer Intervention kann angemessen begründet werden (vgl. Fisseni 2004). Über einen erneuten Einsatz des gleichen Fragebogens zu einem späteren Therapiezeitpunkt kann der Therapeut den Interventionsprozess belegen.

Im anglo-amerikanischen Raum wurden in den letzten Jahren erste Fragebögen für Eltern entwickelt, bei

welchen eine Normierung vorliegt. Die Palin Parent Rating Scale (PPRS; Millard & Davis 2016) richtet sich an Eltern stotternder Vorschulkinder und untersucht anhand von 19 Items den Einfluss des Stotterns auf Eltern und Kind. Emotionen der Eltern werden in der PPRS allerdings lediglich mit zwei Items abgefragt. Der OASES-C (Guttormsen 2018) ist mit 60 Items deutlich ausführlicher und adressiert Einstellungen und Wissen über Stottern, Emotionen und den Einfluss auf die Lebensqualität.

Im deutschsprachigen Raum fehlt es hingegen an aktuellen, umfassenden und standardisierten Fragebögen, anhand derer das Erleben von Eltern stotternder Kinder erfasst werden kann. Der funktionelle Fragebogen für Eltern (FF-E; Oertle 2001) fokussiert mit den enthaltenen Items hauptsächlich das Kind mit seiner Stottersymptomatik und erfasst wenig Verhaltensweisen und Gefühle der Eltern. Auch beim Stolperstein-E (Ochsenkühn et al. 2015) wird lediglich mit einem Fragebogenitem die Sichtweise der Eltern erfragt. Beim Fragebogen für Eltern stotternder Kinder (FESK; Breuer et al. 2009) handelt es sich um einen umfassenden Fragebogen, der für eine qualitative Bewertung zu Therapiebeginn geeignet ist, jedoch aufgrund uneinheitlicher Antwortformate nicht für die Evaluation im Therapieverlauf eingesetzt werden kann und sich nicht für eine Normierung eignet. Wünschenswert wäre daher ein deutschsprachiger Fragebogen, der einerseits umfassend das Erleben der Eltern stotternder Kinder erfasst, sich gleichzeitig aber hinsichtlich des Zeitaufwands für die Erst- und Verlaufsdagnostik in der klinischen Praxis eignet. In der Entwicklung des *PROFES* wurden diese Anforderungen explizit berücksichtigt und grossen Wert auf die Relevanz und Verständlichkeit der Items gelegt.

### 3 Methode

Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen University vor.

#### 3.1 Fragebogenentwicklung und -evaluation

Die Fragenbogenentwicklung basierte auf dem methodischen Vorgehen nach Fisseni (2004).

Dementsprechend war der Ablauf von vier Phasen gekennzeichnet:

1. Entwicklung der Konstrukte und Items für die erste Fragebogenversion
2. Evaluation des Fragebogens durch Therapeuten (Experten) (1. Runde)

3. Evaluation des Fragebogens durch Eltern stotternder Kinder (Adressaten)
4. Evaluation des Fragebogens durch Therapeuten (Experten) (2. Runde)

Die fünf Skalen *Desensibilisierung*, *Reaktionen auf Stottern*, *Lebensqualität der Eltern*, *Lebensqualität des Kindes* und *Einstellung und Wissen* messen unterschiedliche Konstrukte und wurden mit Hilfe verschiedener Evidenzen wie dem Desensibilisierungsfragebogen Stottern (Zückner 2016), Studien zu Eltern stotternder Kinder (vgl. Beilby 2014; Humeniuk & Tarkowski 2016; Langevin et al. 2010; Plexico & Burrus 2012) und der aktuellen Leitlinie zum Stottern (vgl. Neumann et al. 2016) entwickelt.

Die konkreten Items für jedes Konstrukt bestehen aus Aussagen, welchen die Eltern auf einer vierstufigen verbal verankerten Skala zustimmen sollen. Hierbei bedeutet 1 keine und 4 die volle Zustimmung. Durch die verbalisierte Skala erkennen die Probanden schnell, was jeder einzelne Skalenpunkt aussagt (vgl. Porst 2011). Die gerade Skalenabstufung vermeidet einen Skalenmittelpunkt, welcher häufig favorisiert wird, wenn keine Entscheidung getroffen werden möchte (vgl. Polit & Beck 2006; Porst 2011).

Die erste Version des *PROFES* enthielt 63 Items aufgeteilt auf die fünf konstruktbasierenden Skalen *Desensibilisierung*, *Reaktionen auf Stottern*, *Lebensqualität der Eltern*, *Lebensqualität des Kindes* und *Einstellung und Wissen*.

#### 3.2 Durchführung der Evaluationen

Wie oben erwähnt, umfasste die Evaluation des *PROFES* ein dreistufiges Verfahren. Zunächst bewerteten Therapeuten mit Hilfe eines entwickelten Evaluationsfragebogens (vgl. Abbildung 1) auf einer vierstufigen, verbal verankerten Antwortskala die Relevanz der Items. Zusätzlich gaben sie an, ob das jeweilige Item Teil des Fragebogens bleiben sollte und falls nicht, brachten sie hierfür eine Begründung an. Anhand statistischer Verfahren konnte der Fragebogen so überarbeitet und eine zweite Fragebogenversion erstellt werden. Falls Items anhand statistischer Berechnungen ausscheiden sollten, wurden die Anmerkungen der Therapeuten auch qualitativ eingeschätzt.

Die anschliessende Evaluation durch die Eltern fand in Form digitaler Interviews über die Plattform Cyph statt. Hierbei erhielten die Elternteile die zweite Version des *PROFES*, füllten diese aus und teilten der Untersucherin ihre Anmerkungen in Bezug auf die Verständlichkeit der Items mit. Die Interviews wurden anschliessend qualitativ ausgewertet.

Akzeptanz/Desensibilisierung:	Nicht relevant	Eher nicht relevant	Eher relevant	Relevant	Soll das Item Teil des Fragebogens bleiben?		Falls nein, warum?
					Ja	Nein	
1. Wenn ich auf andere stotternde Menschen treffe, fühle ich mich unwohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Es ist für mich in Ordnung, wenn andere mein Kind als Stotternde/Stotternden bezeichnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Es ist für mich okay, wenn mich andere auf das Stottern meines Kindes ansprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Ich mache mir Sorgen, dass Familienangehörige oder Freunde Vorurteile gegenüber meinem Kind haben, weil es stottert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Abb. 1: Evaluationsfragebogen

Eine dritte überarbeitete Version erhielten anschliessend erneut logopädische Therapeuten. Das Vorgehen war das gleiche wie bei der ersten Evaluation.

### 3.3 Stichproben

Der Fragebogen sollte von Experten evaluiert werden, die mit den Konstrukten vertraut sind (vgl. Polit & Beck 2006). Deshalb mussten die teilnehmenden Therapeuten Erfahrung in der Therapie des kindlichen Stotterns aufweisen. Die Rekrutierung der Therapeuten erfolgte über verschiedene Wege. In der Studie PMS-KIDS ([www.pms-kids.de](http://www.pms-kids.de)) sind Therapeuten involviert, die kindliches Stottern therapieren. Auch über die interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten [IVS] konnten Therapeuten, die Stottern therapieren, erreicht werden. Zusätzlich wurden Probanden über E-Mail-Verteiler und das Anschreiben von Praxen deutschlandweit rekrutiert. Sobald Therapeuten ihr Interesse an einer Teilnahme bekundeten, bekamen diese postalisch die Unterlagen zugesendet. An der ersten Therapeutenevaluation nahmen 19 Therapeuten teil. Darunter waren 4 Männer und 15 Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 47,8 Jahren, wobei die älteste Probandin 64 und der jüngste Proband 27 Jahre alt waren. Die Therapeuten waren überwiegend sehr erfahren in der Therapie stotternder Kinder. 16 der 19 Therapeuten hatten zum Zeitpunkt der Evaluation bereits mehr als 20 verschiedene Kinder therapiert. Weiter gaben 15 Probanden an, dass die letzte Therapie eines stotternden Kindes weniger als einen Monat zurücklag. 4 Therapeuten therapieren kindliches Stottern zuletzt im Zeitraum zwischen einem Monat und einem Jahr.

Ausserdem nahmen 4 Elternteile von stotternden Kindern an der Evaluation teil. Diese wurden über einen erstellten Flyer, welcher an logopädische Praxen gesendet wurde, rekrutiert. Die teilnehmenden Eltern waren zwischen 39 und 42 Jahre alt. Die Erfahrung mit Stottertherapien variierte hierbei zwischen wenig Erfahrung (10–30 Therapien) und viel Erfahrung (>50 Therapien). Das stotternde Kind sollte ein nicht-syndromales Stottern aufweisen, seit mindestens einem Jahr stottern und zwischen 5;0 und 12;11 Jahren alt sein, da der PROFES für Kinder dieser Altersspanne konzipiert wurde.

An der zweiten Therapeutenevaluation nahmen elf Therapeuten teil. Diese Therapeuten waren andere als bei der ersten Evaluation. Das Durchschnittsalter dieser Probanden lag bei 42,7 Jahren mit einer Altersspannweite von 30 bis 55 Jahren. Die Therapeuten wiesen ebenfalls umfangreiche Erfahrung in der Therapie stotternder Kinder auf. Sieben der elf Therapeuten hatten zum Zeitpunkt der Evaluation bereits mehr als 20 Kinder therapiert und bei acht Personen war die letzte Therapie weniger als einen Monat her.

### 3.4 Auswertung mit dem Content Validity Index (CVI)

Mit Hilfe des CVI kann die Inhaltsvalidität berechnet und in die Fragenbogenentwicklung integriert werden (vgl. Polit & Beck 2006). Als Ergebnis erhält man einen Wert zwischen 0 und 1 für jedes Item (vgl. Schwanda 2016). Die beiden Kategorien «sehr relevant» und «relevant» werden zum Wert 1 und die Kategorien «wenig relevant» und «nicht relevant» zu 0

umgewandelt (vgl. Schwanda 2016). Pro Item werden die Werte addiert und durch die Anzahl der teilnehmenden Untersucher dividiert (vgl. Schwanda 2016.). So erhält man einen vorläufigen Item-CVI [I-CVI].

Polit et al. (2007) empfehlen die Berücksichtigung der zufälligen Übereinstimmung der Beurteiler. Dementsprechend wurde die modifizierte Kappa-Berechnung, welche Fleiss' Kappa ähnelt, vorgenommen (Polit et al. 2007). Fleiss' Kappa gibt an, inwiefern das zufällige Ausmass an Urteiler-Übereinstimmungen übertroffen wird (vgl. Falotico & Quatto 2015). Für jedes Item wurde zunächst die Zufallsübereinstimmung ( $P_c$  = probability of chance agreement) durch die Formel berechnet. Dabei gibt  $N$  die Anzahl der Experten und  $A$

$$P_c = \frac{N!}{A! \cdot (N - A)!} \cdot 0,5^N$$

die Anzahl der übereinstimmenden Experten an, welche ein Item als relevant oder eher relevant einstufen. Kappa wird anschliessend mit Hilfe des  $P_c$ - und I-CVI-Wertes berechnet. Die Formel hierzu lautet:

$$k^* = \frac{ICVI - P_c}{1 - P_c}$$

Der erhaltene  $k^*$ -Wert entspricht nun einem modifizierten I-CVI-Wert, welcher die Zufallsübereinstimmung der Beurteiler berücksichtigt. Für die Interpretation der  $k^*$ -Werte gilt:  $k^*$ : 0,4 – 0,59 = ausreichend;  $k^*$ : 0,6 – 0,74 = gut;  $k^*$  > 0,74 = exzellent (vgl. Cicchetti & Sparrow 1981). Wenn im Folgenden vom I-CVI die Rede ist, beinhaltet dieser die  $k^*$ -Berechnung.

Items, die einen Wert > 0,78 erhalten, weisen eine gute Inhaltsvalidität auf (vgl. Polit et al. 2007). Entsprechend erfolgte ein Ausschluss des jeweiligen Items, wenn ihr I-CVI bei  $\leq 0,78$  lag (zum Vorgehen vgl. Polit et al. 2007; Schwanda 2016).

Items, welche einen I-CVI von  $\leq 0,9$  erhielten, wurden zusätzlich qualitativ untersucht und ggf. verändert oder ausgeschlossen. Items konnten auch bei einem höheren Wert ausgeschlossen werden, sofern es zu

überzeugender Ablehnung bei den Therapeuten kam (Schwanda 2016).

Ausserdem wurden der Scale Content Validity Index/Average und der Scale Content Validity Index/Universal Agreement errechnet. Der Scale Content Validity Index/Average wird zum besseren Leseverständnis im Folgenden als gemittelter S-CVI und der Scale Content Validity Index/Universal Agreement als allgemeiner S-CVI betitelt. Beim gemittelten S-CVI wurden zunächst alle I-CVIs addiert und anschliessend durch die Anzahl der Items dividiert (vgl. Schwanda 2016). Zufriedenstellend ist der gemittelte S-CVI, wenn er grösser 0,9 ist (vgl. Polit et al. 2007). Für die Berechnung des allgemeinen S-CVI wurden lediglich die I-CVIs addiert, die einen Wert von 1 annehmen (vgl. Schwanda 2016). Anschliessend wurden auch diese erneut durch die Anzahl der Gesamtitems dividiert (vgl. Schwanda 2016). Gut ist dieser Wert ab einem Wert von 0,8 (vgl. Polit et al. 2007).

Die Experten gaben neben den Relevanzangaben auch zu jedem Item an, ob dieses als Teil des Fragebogens erhalten bleiben soll. Für die Auswertung der Verbleibsangaben wurde ein Vorgehen analog zum Vorgehen beim CVI festgelegt. Falls weniger als 78 % der Experten für einen Verbleib des Items stimmten, wurde dieses ausgeschlossen.

Für den finalen Fragebogen wurde eine gleiche Anzahl der Items pro Subgruppe angestrebt. Diese gleiche Anzahl wurde durch den Vergleich der schlechtesten I-CVIs pro Subgruppe erreicht. Falls es ein Item gab, welches begründet einen schlechteren I-CVI-Wert erhalten hatte, wurde dieses ausgeschlossen.

Bei der zweiten Evaluation durch Therapeuten kamen die gleichen statistischen Verfahren zur Anwendung wie bei der ersten Evaluation. Die Durchführung des CVI diente hier jedoch nicht der weiteren Entwicklung des Fragebogens, sondern der Erhebung der inhaltlichen Validität der finalen Fragebogenversion. Dies bedeutet, dass alle I-CVIs einen höheren Wert > 0,78 aufweisen und der gemittelte S-CVI und der allgemeine S-CVI die Gesamtwerte von 0,9 bzw. 0,8 überschreiten sollten.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Erste Evaluation durch Therapeuten bezüglich der Relevanz der Items

Von den 19 Therapeuten machten 18 Angaben zur Relevanz der Items, welche in die Berechnung der

I-CVIs bzw. der Verbleibsangaben miteinbezogen werden konnten. Insgesamt wurden dadurch 20 Items ausgeschlossen.

Einige der Items waren:

- Ich fühle mich wohl dabei, das Wort «Stottern» oder «Stotternde/r» auszusprechen.
- Es ist/wäre für mich kein Problem, das Stottern meines Kindes zu imitieren.
- Wenn mein Kind stottert, verspüre ich Angst.
- Mir ist bewusst, dass meine Reaktion auf das Stottern nicht immer ideal ist.
- Ein stärkeres Stottern meines Kindes würde mit negativen Emotionen meinerseits einhergehen.
- Ich kenne verschiedene Arten, wie ein Stottern klingen kann.

Durch eine qualitative Analyse der Items, welche einen I-CVI  $\leq 0,9$  erhielten, wurden weitere 7 Items ausgeschlossen. Um eine ausgewogenere Itemanzahl pro Skala zu erhalten, wurden im nächsten Schritt zwei weitere Items, welche einen schlechteren I-CVI hatten, aus dem *PROFES* entfernt.

Anhand zusätzlicher Anmerkungen der Probanden wurden ausserdem 16 Items umformuliert. Die

	Allgemeiner S-CVI	Gemittelter S-CVI
1. Version	0	0,85
2. Version	0,74	0,97

Tabelle 1: Veränderungen der S-CVI Werte

Gründe hierfür waren häufig eine doppelte Verneinung oder eine andere, grammatikalisch zu komplizierte Formulierung der Frage-Items.

Die Berechnung des gemittelten S-CVI ergab einen Wert von 0,85. Somit lag er unter der von Polit et al. (2007) angegebenen Grenze von 0,9, ab welcher der Wert als gut erachtet werden kann. Der allgemeine S-CVI betrug für die erste Version des Fragebogens 0, da kein I-CVI den Wert 1 aufwies. Ein guter Wert kann ab 0,8 angenommen werden (vgl. Polit et al. 2007). Dies erforderte eine weitere Änderung des Fragebogens und die Überarbeitung der Fragebogenitems und resultierte in einer zweiten Fragebogenversion mit 34 Items.

#### 4.2 Elternevaluation bezüglich der Verständlichkeit der Items

Anhand der Elternevaluationen konnten neun Fragen umformuliert werden. Der häufigste Grund für die Umformulierung war hier eine doppelte Verneinung.

Alle teilnehmenden Elternteile vermissten eine Frage zur Sorge um die Zukunft ihrer Kinder. Aus diesem Grund wurde ein Item in die dritte Version des *PROFES* hinzugefügt, was zu einer Gesamtzahl von 35 Items führte. **Anhang I** zeigt die finale Version des *PROFES*.

#### 4.3 Zweite Evaluation durch Therapeuten bezüglich der Relevanz

Keines der 35 verbliebenen Items erhielt nach der zweiten Bewertung durch Therapeuten einen I-CVI von  $\leq 0,78$ . 26 Items wiesen den bestmöglichen I-CVI von 1 auf. Bei allen Items stimmten mindestens 90 % der befragten Therapeuten für den Verbleib.

Der S-CVI gab nun die Inhaltsvalidität des gesamten finalen Fragebogens an. Der allgemeine S-CVI betrug 0,74 und liegt um 0,06 Punktwerte unter dem als gut angenommenen Wert von 0,8 (vgl. Polit et al. 2007). Die Berechnung des gemittelten S-CVI ergab einen Wert von 0,97, wobei ein guter Wert ab 0,9 angenommen werden kann (vgl. Polit et al. 2007). In Tabelle 1 sind die Veränderungen der S-CVI Werte zu erkennen.

## 5 Diskussion

In dieser Arbeit konnte mit dem *PROFES* ein Fragebogen für Eltern stotternder Kinder konzipiert werden, welcher die Themen *Desensibilisierung, Reaktionen auf das Stottern, elterliche und kindliche Lebensqualität* sowie *Einstellung und Wissen* abdeckt. Zu zwei Zeitpunkten der Fragebogenkonstruktion konnten unterschiedliche Therapeuten miteinbezogen werden, welche die Fragebogenitems hinsichtlich ihrer Relevanz im klinischen Alltag bewerteten. Diese Einschätzungen sind umso wertvoller, da diese Therapeuten überwiegend viel Erfahrung in der Stottertherapie und eine hohe Expertise mitbrachten. Nach der zweiten Evaluationsrunde der Therapeuten weist die finale Fragebogenversion eine Inhaltsvalidität von 0,97 auf. Diese liegt über dem angestrebten Wert von 0,9 (vgl. Polit et al. 2007). Keines der finalen Fragebogenitems erhielt einen I-CVI von  $\leq 0,78$ . Dies bedeutet, dass alle befragten Therapeuten der finalen Evaluationsrunde der Meinung waren, dass jedes Item Teil des *PROFES*

bleiben sollte. In Verbindung mit der erwähnten Erfahrung der Therapeuten spricht dies für eine hohe klinische Relevanz des *PROFES*.

Auch die Elternbefragung bezüglich der Verständlichkeit erwies sich als Mehrwert, da durch die Interviews neun Items bezüglich ihrer Verständlichkeit verbessert werden konnten. Zusammenfassend zeichnet sich die Konstruktion des *PROFES* durch die Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden aus, die zu einer hohen Inhaltsvalidität führten.

### 5.1 S-CVI-Berechnungen

Sowohl die Ergebnisse der Berechnungen zum I-CVI als auch zum S-CVI verbesserten sich bei der dritten im Vergleich zur ersten Version des *PROFES*. Die S-CVI-Verbesserungen sind unterschiedlich zu erklären. Vor allem das schlechte Abschneiden mit einem allgemeinen S-CVI von 0 bei der ersten Version sowie die starke Verbesserung zur dritten Version fallen sofort auf. Hier reicht bereits ein Urteiler aus, der Item X als nicht relevant einschätzt, damit Item X nicht Teil der Berechnung wird und der Wert schlecht ausfällt (vgl. Polit & Beck 2006). Die allgemeine S-CVI Methode ist demnach konservativer und individuelle Ausreisser beeinflussen die Berechnung sofort (Polit & Beck 2006). Je grösser die Stichprobe ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass mindestens ein Experte Item X als nicht relevant bewertet und es nicht in die Berechnung des allgemeinen S-CVI einfließt (vgl. Polit & Beck 2006). Die Grösse der optimalen Stichprobe, auf welcher Grundlage der CVI berechnet wird, variiert je nach Quelle. Yusoff (2019) spricht von einer Grösse von zwei bis neun Urteilern und Urteilerinnen. Schwanda (2016) empfiehlt eine Stichprobengrösse zwischen acht und zwölf. Da an der ersten Befragung 19 Therapeuten teilnahmen, ist davon auszugehen, dass die Stichprobengrösse den allgemeinen S-CVI stark beeinflusst hat. Die Verbesserung des allgemeinen S-CVI-Werts bei der dritten Version ist also zum einen durch die verringerte Stichprobengrösse von elf Probanden zu erklären. Laut Schwanda (2016) kann jedoch für die zweite Evaluation eine kleinere Expertengruppe ausgewählt werden. Zum anderen ist der bessere allgemeine S-CVI-Wert des *PROFES* auch durch Verbesserungen der Items zu erklären, da sich auch der gemittelte S-CVI verbesserte.

Auch in anderen Studien, in welchen beide S-CVI-Werte berechnet wurden, zeigte sich immer ein schlechterer allgemeiner S-CVI-Wert (vgl. Rodrigues et al. 2017; Zamanzadeh et al. 2015). In vielen anderen

Studien wurde deshalb lediglich der gemittelte S-CVI berechnet und berücksichtigt (vgl. Bobos et al. 2020; Chiwaridzo et al. 2017; Elbeltagy et al. 2018; Fortney & Campbell 2020; Weston et al. 2018).

Laut Polit et al. (2007) ist der allgemeine S-CVI aufgrund der Verzerrung bei grösseren Stichproben und der Tatsache, dass die Zufallsübereinstimmung nicht beachtet wird, weniger attraktiv bei der Berechnung der Inhaltsvalidität. Zusammenfassend können Fragebögen als exzellent erachtet werden, wenn alle I-CVIs  $> 0,78$  sind und der gemittelte S-CVI einen Wert  $> 0,9$  aufweist (Polit et al. 2007), was sich in der finalen *PROFES*-Version bestätigt. Aufgrund vorangegangener Argumentation beschreibt deshalb der gemittelte S-CVI die Inhaltsvalidität des *PROFES*.

### 5.2 Limitationen

Die Grundlage der ersten *PROFES*-Version war eine Beschreibung von aufgestellten Konstrukten (Skalen). Dieses Vorgehen wird zwar bei Fisseni (2004) empfohlen, trotzdem hätte man ähnlich wie z. B. bei der PPRS die erste Version auf Grundlage einer Befragung von Therapeuten oder Eltern entwickeln können. Auf diese Weise wäre die Entscheidung für einzelne Themen, die im Fragebogen behandelt werden sollen, weniger subjektiv gewesen.

Auch der Ausschluss von Items unterlag trotz Richtwerten einer gewissen Subjektivität. Um eine höhere Objektivität gewährleisten zu können, hätten mehrere Untersucher in die Entscheidung bezüglich dieser Items einbezogen werden können, was jedoch den Umfang der zu Grunde liegenden Masterarbeit überschritten hätte.

Zu betonen ist, dass der *PROFES* zwar umfassend die Eltern stotternder Kinder betrachtet, im Gegensatz zu anderen Elternfragebögen aber weniger die spezifische Symptomatik des Kindes abfragt. Grund hierfür ist die Überlegung, dass die Symptomatik des Kindes als ein Baustein der Diagnostik betrachtet wird (vgl. Sandrieser & Schneider 2015). Therapeuten besitzen andere objektivere Verfahren, wie das Stuttering Severity Instrument (Riley 2009), um Qualität und Quantität des Stotterns einzuschätzen (vgl. Sandrieser & Schneider 2015). Weder die befragten Therapeuten noch die befragten Eltern merkten an, dass Symptome mit dem *PROFES* näher erfragt werden sollten.

Es ist anzumerken, dass durch die kleine Stichprobe von nur vier Elternteilen weniger Anreize zur Veränderung des Fragebogens gewonnen werden konnten als bei einer grösseren Stichprobe. Durch die wenigen

einbezogenen Eltern besteht nur eine geringe Heterogenität der Stichprobe, was sich auch durch die geringe Altersspanne zeigt. Es wäre zudem interessant gewesen, auch die Eltern, zusätzlich zur qualitativen Befragung, die Relevanz der einzelnen *PROFES*-Items mit Hilfe einer quantitativen Methode einschätzen zu lassen. Da die Berechnung des CVI bereits bei wenigen Ratern möglich ist, hätte man eine weitere Aussage über die Inhaltsvalidität aus Sicht der Adressaten treffen können.

Trotz der Limitationen hebt sich der *PROFES* von anderen Fragebögen durch seine systematische Entwicklung und explizite Untersuchung der Inhaltsvalidität im Entwicklungsprozess ab.

## 6 Ausblick

Um den Nutzen des *PROFES* zu maximieren, soll eine Normierung folgen. Da der finale *PROFES* eine hohe Inhaltsvalidität aufweist und alle Fragebogenitems einen I-CVI > 0,78 erhielten, besteht kein Bedarf an einer weiteren Veränderung des Fragebogens. In der Normierung des Fragebogens sollte dieser an einer ausreichend grossen Stichprobe von Eltern getestet werden. Durch Normwerte wäre es zukünftig anhand des *PROFES* objektiver einschätzbar ob Eltern Unterstützungsbedarf haben und in welchen Bereichen (Subskalen) dieser liegt. Dadurch ist eine gezieltere Einbindung der Elternarbeit in die Therapie möglich. Aber auch bei Eltern, deren Antworten im Normbereich liegen, kann daraus die Grundlage für erste beratende Gespräche entstehen.

Da der *PROFES* ganzheitlich die Sichtweise der Eltern zum Stottern abdeckt, bietet er sich auch für die Forschung an. Mit Hilfe des Fragebogens können noch offene Fragestellungen über Zusammenhänge mit elterlichen Emotionen und Einstellungen beantwortet werden. Es gibt bisher nur eine Studie von Tumanova et al. (2018), welche einen Zusammenhang zwischen der Sorge der Eltern und der Schwere der Stottersymptomatik der Kinder festgestellt hat. Mit der Verwendung des *PROFES* und der gleichzeitigen Erhebung der Qualität und Quantität der Stottersymptomatik könnte man diese Befunde weiter erforschen. Weiterhin wäre es spannend zu untersuchen, inwiefern anhand des *PROFES* therapiebedingte Veränderungen im elterlichen Erleben erfasst werden können.

## 7 Fazit

Mit dem *PROFES* liegt ein Instrument vor, welches umfassend Emotionen und Einstellungen von Eltern abbildet. Er kann bei Eltern von stotternden Kindern zwischen 5;0 und 12;11 Jahren angewendet werden. Er beinhaltet die Subskalen *Desensibilisierung, Reaktionen auf das Stottern, elterliche und kindliche Lebensqualität und Einstellung und Wissen*. Bei der Konstruktion und Weiterentwicklung der Items kamen sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren zum Einsatz. So konnte zum einen eine hohe Inhaltsvalidität durch Angaben von Therapeuten zur Relevanz und zum anderen eine gute Verständlichkeit der Items durch Anmerkungen von Eltern gewährleistet werden. Durch die Anwendung des *PROFES* in der Diagnostik können Eltern mit ihren Sorgen und Ängsten bezüglich des Stotterns eingeschätzt werden und eine Datenbasis für die Therapieplanung liegt vor. Die aktuelle Studienlage zeigt eine starke Belastung der Eltern durch Stottern (vgl. Langevin et al. 2010; Plexico & Burrus 2012). Weiter können sich diese negativen Emotionen auf die Stotterschwere des Kindes auswirken (vgl. Tumanova et al. 2018) und Therapiefortschritte verringern. Der *PROFES* schafft die Basis, um Eltern in Zukunft noch besser in die Stottertherapie miteinzubeziehen und so ihre Anliegen und Sorgen in der Therapie zu thematisieren. So können die in der Therapie gesetzten Ziele unterstützt und sowohl die Symptomatik als auch der Umgang mit dem Stottern langfristig verbessert werden.

## Literatur

- Beilby, J. (2014): Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. In: *Seminars in speech and language*, 35(2), 132–143.
- Bobos, P., MacDermid, J. C., Boutsikari, E. C., Lalone, E. A., Ferreira, L. & Grewal, R. (2020): Evaluation of the content validity index of the Australian/Canadian osteoarthritis hand index, the patient-rated wrist/hand evaluation and the thumb disability exam in people with hand arthritis. In: *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 302.
- Boey, R. A., van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L., Heylen, L., Stoop, R. & Bodt, M. S. de (2009): Awareness and reactions of young stuttering children aged 2–7 years old towards their speech disfluency. *Journal of communication disorders*, 42(5), 334–346.
- Bortz, J. (1993): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer-Lehrbuch. 4. Auflage. Berlin: Springer.
- Breuer, C., Fischer, B., Gosewinkel, S., Kramer, F., Lorenz, S. & Primaßin, A. (2009): Entwicklung eines Fragebogens zu den Emotionen und Verhaltensweisen von Eltern stotternder Kinder. Unveröffentlichte Projektarbeit der staatlich anerkannten Lehranstalt für Logopädie am Universitätsklinikum Aachen.
- Chiwariidzo, M., Chikasha, T. N., Naidoo, N., Dambi, J. M., Tadyanemhandu, C., Munambah, N. & Chizanga, P. T. (2017): Content validity and test-retest reliability of a low back pain questionnaire in Zimbabwean adolescents. In: *Archives of physiotherapy*, 7(3), 1–12.
- Cicchetti, D. V. & Sparrow, S. A. (1981): Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. In: *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 127–137.
- Elbeltagy, A. M., Sayed, W. H. E. & Allah, S. S. R. (2018): Validity and Reliability of the Arabic Version of the Copenhagen Neck Functional Disability Scale in Neck Pain Patients. In: *Asian Spine Journal*, 12(5), 817–822.
- Fisseni, H.-J. (2004): *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik: Mit Hinweisen zur Intervention*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fortney, C. & Campbell, M. L. (2020): Development and Content Validity of a Respiratory Distress Observation Scale-Infant. In: *Journal of palliative medicine*, 23(6), 838–841.
- Guttormsen, L. S. (2018): A multimethod study of the impact of stuttering on children. Dissertation. Universität Oslo, Oslo.
- Humeniuk, E. & Tarkowski, Z. (2016): Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. In: *Journal of fluency disorders*, 49, 51–60.
- Kallus, K. W. (2016): *Erstellung von Fragebogen*. 2. Auflage. Wien: facultas.
- Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2010): Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. In: *Journal of communication disorders*, 43(5), 407–423.
- Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L. & Hennessey, N. W. (2012): Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. In: *Journal of communication disorders*, 45(2), 98–110.
- Millard, S. K. & Davis, S. (2016): The Palin Parent Rating Scales: Parents' Perspectives of Childhood Stuttering and Its Impact. In: *Journal of speech, language, and hearing research*, 59(5), 950–963.
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2016): Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3- Leitlinie.
- Ochsenkühn, C., Frauer, C. & Thiel, M. M. (2015): *Stottern bei Kindern und Jugendlichen: Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie*. Praxiswissen Logopädie. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Oertle, M. H. (2001): *Funktionaler Fragebogen für Eltern*. Köln: Demosthenes.
- Onslow, M., Menzies, R. G. & Packman, A. (2001): An Operant Intervention for Early Stuttering. The development of the Lidcombe program. In: *Behavior modification*, 25(1), 116–139.
- Plexico, L. W. & Burrus, E. (2012): Coping with a child who stutters: A phenomenological analysis. In: *Journal of fluency disorders*, 37(4), 275–288.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006): The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. In: *Research in nursing & health*, 29(5), 489–497.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Owen, S. V. (2007): Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. In: *Research in nursing & health*, 30(4), 459–467.
- Porst, R. (2011): *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch*. Studienskripten zur Soziologie. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Riley, G. A. (2009): *SSI-4: Stuttering Severity Instrument - Fourth Edition*. PRO-ED.
- Rocha, M. S., Yaruss, J.S. & Rato, J.R. (2019): Temperament, Executive Functioning, and Anxiety in School-Age Children Who Stutter. *Frontiers in Psychology*, 10(2244).
- Rodrigues, I. B., Adachi, J. D., Beattie, K. A. & MacDermid, J. C. (2017): Development and validation of a new tool to measure the facilitators, barriers and preferences to exercise in people with osteoporosis. In: *BMC musculoskeletal disorders*, 18(540), 1–9.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2015): *Stottern im Kindesalter*. 4. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Schwanda, M. (2016): Methoden- und Theorienecke. Testung der Inhaltsvalidität eines Messinstrumentes anhand des Content Validity Index. In: *Klinische Pflegeforschung*, 2, 31–33.
- Tumanova, V., Choi, D., Couture, E. G. & Walden, T. A. (2018): Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. In: *Journal of communication disorders*, 72, 86–96.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. & Hernandez, L. M. (2005): A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of fluency disorders*, 30(4), 307–318.
- Walther, C. (2009): *Wie erleben stotternde Kinder ihr Sprechen? Eine empirische Untersuchung*. Forum Logopädie, 2(23), 24–28.
- Weston, M. J., Verran, J. A., Clavelle, J. T. & Porter-O'Grady, T. (2018): *PROFESsional Governance Scale: Instrument Development and Content Validity Testing*. In: *Advances in nursing science*, 41(2), 188–198.
- Yusoff, M. S. B. (2019): ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. In: *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49–54.
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H. & Nikanfar, A. (2015): Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. In: *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178.

Anhang I

**PROFES**

Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

**Akzeptanz/Desensibilisierung:**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Wenn ich auf andere stotternde Menschen treffe, fühle ich mich unwohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es ist für mich in Ordnung, wenn andere mein Kind als Stotternde/Stotternden bezeichnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es ist für mich okay, wenn mich andere auf das Stottern meines Kindes ansprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich mache mir Sorgen, dass Familienangehörige oder Freunde Vorurteile gegenüber meinem Kind haben, weil es stottert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je stärker mein Kind stottert, desto häufiger geht dies mit negativen Gefühlen meinerseits einher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich tausche mich gerne mit mir Nahestehenden über das Stottern meines Kindes aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Reaktionen auf Stottern:**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
7. Wenn mein Kind stottert,				
a. bin ich frustriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. bleibe ich ruhig, gelassen und lasse es zu Ende sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. macht mich das traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. fühle ich mich hilflos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ist mir das peinlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn mein Kind stottert und ein bestimmtes Wort nicht aussprechen kann, sage ich ihm das Wort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Ich bestärke mein Kind darin, sich auch in Situationen zu begeben, in denen es stottern könnte (Telefonieren, beim Bäcker etwas bestellen, ...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich denke, dass mein Kind mit meinen Reaktionen auf das Stottern unzufrieden ist.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn mein Kind stottert, versuche ich immer den Blickkontakt zu halten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Das Stottern verändert die Kommunikation zwischen mir und meinem Kind.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Elterliche Lebensqualität:**

- |  | Trifft<br>gar<br>nicht zu | Trifft<br>eher<br>nicht zu | Trifft<br>eher<br>zu     | Trifft<br>zu             |
|--|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Ich mache mir wegen des Stotterns meines Kindes selbst Vorwürfe.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Das Stottern meines Kindes belastet die Beziehung zwischen mir oder anderen Familienangehörigen und meinem Kind. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Der Familienalltag läuft mit dem Stottern meines Kindes normal.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wenn mein Kind in einer Situation stark gestottert hat, beschäftigt mich das auch noch später.                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Es macht mir nichts aus, wenn mein Kind  |                           |                            |                          |                          |
| a. vor Familienangehörigen oder Freunden stottert  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. vor Fremden stottert  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Mit der Art, wie ich mit dem Stottern meines Kindes umgehe, bin ich sehr zufrieden.                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich mache mir Sorgen, dass das Stottern zu Schwierigkeiten im Schulalltag führen könnte.                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Kindliche Lebensqualität:**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
20. Nach einem Stottersymptom wirkt mein Kind verunsichert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mein Kind geht selbstbewusst mit seinem Stottern um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wegen des Stotterns ist mein Kind oft frustriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Aufgrund des Stotterns spricht mein Kind weniger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Im Allgemeinen hat das Stottern keinen Einfluss auf die Stimmung meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mein Kind kann mit seinem Stottern allen seinen Hobbys und Aktivitäten nachgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Einstellung und Wissen zu Stottern:**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
26. Ich kenne Auslöser und Situationen, die das Stottern meines Kindes verstärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich habe mich bereits selbstständig durch Internet/Bücher/Flyer über Stottern informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich kenne mögliche Ursachen, welche die Entstehung des Stotterns begünstigt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Über verschiedene Therapiemöglichkeiten bin ich uninformatiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich erhoffe mir von einer Therapie eine Heilung des Stotterns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>