

مارك أونسلو، مارغريت ويبر، إليزابيث هاريسون، سيمون أرنوت، كيت بريدجمان، بريندا كاري، ستايسي شيدي، سو اوبريان، فيريتي ماكميلان، ويندي لويد، آن هيرن

### ترجمة:

د. مرام الخالدي  
أستاذ مساعد اضطرابات التخاطب كلية العلوم الحياتية - جامعة الكويت

د. عبدالرحمن بن ابراهيم العقيل  
استشاري اضطرابات التخاطب والبلع - المملكة العربية السعودية

---

## نظرة عامة

---

### مسائل مهنية

#### المختصون الممارسون المؤهلون

ينحصر تطبيق برنامج لدعم على أخصائيو اضطرابات التخاطب، المعروفين بأسماء مختلفة منها على سبيل المثال لا الحصر، أخصائي أمراض النطق (أستراليا)، أخصائي أمراض النطق واللغة (أمريكا الشمالية)، أخصائي النطق واللغة (المملكة المتحدة واليابان)، معالج النطق Logopäd (ألمانيا)، أخصائي علاج النطق orthophoniste (فرنسا)، أخصائي النطق logopædagog (الدنمارك) ومعالج النطق logopedist (هولندا). وسوف يشار له في هذا الدليل بمصطلح "مختص". برنامج لدعم تم اعتماده من قبل النقابات والجمعيات المهنية في العديد من دول العالم<sup>1 2 3</sup>.

#### ملاحظة هامة

من الضروري أن يقوم مختص مؤهل مهنيًا بتدريب أولياء الأمور وتوجيههم والإشراف عليهم أثناء تطبيق برنامج لدعم. ولا يمكن أن يحلّ هذا الدليل، أو أية مواد مكتوبة أخرى حول العلاج، محل التدريب الاحترافي لبرنامج لدعم. تم إعداد هذا الدليل ليكون مرجع يستخدمه المختص وولي الأمر أثناء تطبيق البرنامج العلاجي لكنه لم يصمم كي يطبق من قبل ولي الأمر بدون إشراف مباشر من المختصين.

#### اتحاد مدربي برنامج لدعم

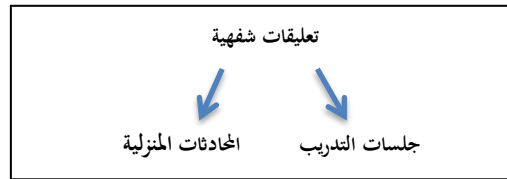
يوفر اتحاد مدربي برنامج لدعم تدريباً متخصصاً على استخدام البرنامج<sup>4</sup>. يتوزع أعضاء الاتحاد في 13 دولة ويتوفر التدريب في بلدان أخرى أيضاً. يستغرق هذا التدريب يومين ويحوي محاضرات نظرية وتدريب عملي كما يشمل في الغالب متابعة لاحقة. وقد يستغرق التدريب وقتاً أطول إذا كان هناك احتياج للترجمة.

## علاج سلوكي

برنامج لذكم هو برنامج علاج سلوكي يستهدف مشكلة التأناة عند الأطفال. البرنامج تم تصميمه ليناسب الأطفال الذين أعمارهم أقل من 6 سنوات لكن في بعض الحالات قد يناسب الأطفال الأكبر عمراً (مزيد من التفاصيل في هذا المرجع الاكلينيكي)<sup>5</sup>. أثناء تطبيق برنامج لذكم، لا يُطلب من الأطفال تغيير طريقة كلامهم المعتادة كما لا يُطلب من الأسرة تغيير نمط حياتها ولا يغيرولي الأمر نمط كلامه المعتاد أو عادات الكلام واللغة بأي شكل من الأشكال. المطلوب من ولي الأمر فقط أن يقوم بالتعليق على طلاقة كلام الطفل كما هو موضح في هذا الدليل. يطبق ولي الأمر، أو من يقوم برعاية الطفل، برنامج لذكم العلاجي بإشراف وتدريب مستمر من قبل مختص مؤهل.

## تحفيز أولياء الأمور للأطفال بتقديم تعليقات شفوية محددة

يشير مصطلح "تعليقات ولي الأمر الشفهية" إلى تعليق ولي الأمر بعد تأناة الطفل أو بعد كلامه بدون تأناة. يقدم ولي الأمر تعليقات شفوية لطفلهم خلال جلسات التدريب وأثناء المحادثات التلقائية.



## قياس التأناة

يتم القياس المنتظم لشدة التأناة لدى الأطفال خلال تطبيق برنامج لذكم باستخدام مقياس تقدير الشدة بحيث أن: 0 = لا يوجد تأناة، 1 = تأناة خفيفة للغاية و 9 = تأناة شديدة للغاية\*. يستخدم ولي الأمر والمختصون مقياس الشدة (SR) خلال برنامج لذكم.

## المواعيد الأسبوعية

تطبيق برنامج لذكم يتطلب حضور مواعيد أسبوعية. هذه المواعيد قد تتم في العيادة كما يمكن تنفيذها بالتواصل عن بعد باستخدام الكمرة. خلال كل موعد أسبوعي - والذي يستمر من 45 إلى 60 دقيقة - يقوم المختص بتدريب ولي الأمر على تنفيذ العلاج ويتأكد أن ذلك يتم بشكل صحيح. سيتم في جزء لاحق من دليل العلاج هذا شرح لما يحدث أثناء كل موعد وبأي ترتيب.

\* ما قبل عام 2015 كان برنامج لذكم يستخدم مقياس من 1 إلى 10 وجميع الإصدارات قبل هذا التاريخ تحوي هذا الاستخدام للمقياس

## أهداف العلاج خلال المرحلتين الأولى والثانية

يتكون برنامج لكم من مرحلتين. تهدف المرحلة الأولى أن يتكلم الطفل دون أي تأتأة إطلاقاً أو مع تأتأة طفيفة جداً، بينما تهدف المرحلة الثانية أن يستمر ذلك لفترة طويلة (أي توقف التأتأة أو وجود تأتأة لكنها طفيفة جداً).

### مصدر المواد

يتوفر في كلا الموقعين الإلكترونيين (الموقع الإلكتروني لاتحاد مدربي برنامج لكم<sup>4</sup> وكذلك من الموقع الإلكتروني لجمعية التأتأة الاسترالية<sup>6</sup>) نموذج الكتروني لقياس شدة تأتأة الطفل يمكن لولي الأمر والمختصين استخدامه حيث يتوفر بصيغة الكترونية وكذلك بصيغة PDF ، كما يتوفر في الموقعين كتيب عن العلاج بعدة لغات يمكن لولي الأمر تنزيله. يحوي الدليل كذلك قائمة بأسئلة سريرية يمكن للمختصين استخدامها للتحقق من تنفيذهم للعلاج على النحو المحدد وتساعدهم على حل المشاكل التي قد تواجههم أثناء تنفيذ البرنامج<sup>7</sup>. قائمة الأسئلة السريرية ومخطط قياس تقدير الشدة (SR) متوفرة في ملاحق هذا الدليل.

### قياس التأتأة

#### أهداف تقديرات الشدة

يتم استخدام تقديرات الشدة (SRs) لقياس تأتأة الأطفال داخل وخارج العيادة. سهولة استخدام تقديرات الشدة جعلها وسيلة سريعة وفعالة للمختصين وأولياء الأمور للتواصل فيما بينهم حول شدة تأتأة الأطفال. كما أن التقييم المستمر باستخدام تقديرات الشدة (SRs) يمكن من الوصول وبشكل فعال لأهداف برنامج لكم العلاجية. إذا لم يكن التقدم مرضياً، فستقوم درجات تقديرات الشدة بتنبئيه المختص مما يمكنه من حل المشكلة. ويعد حل المشكلات هذه واتخاذ القرارات اللاحقة جزءاً روتينياً من برنامج لكم، والذي يتركز معظمه على تقديرات الشدة. من المفيد أن يشرح المختص لولي الأمر أهمية تقديرات الشدة خلال المواعيد الأولى ويكرر التذكير بذلك طوال فترة العلاج ببرنامج لكم .

أخيراً، ترشد تقديرات الشدة أولياء الأمور والمختصين بالآلية المناسبة لتقديم تعليقات لولي الأمر الشفهية. على سبيل المثال، عندما يطبق الأبوين التعليقات الشفوية فقد يرغبون في تقديمها عندما تكون التأتأة شديدة، وفي حالات أخرى قد يرغبون بتقديم التعليقات الشفهية عندما تكون التأتأة خفيفة.

## تحديد أهداف العلاج بناءً على درجات تقدير الشدة

يحدد ولي الأمر تقديرهم لشدة كلام الطفل (SR) وذلك كل يوم، كما يحدد المختصون تقدير الشدة في كل موعد. يتم تحديد أهداف علاج برنامج لدم بناءً على درجات تقدير الشدة (SR) تلك (انظر أهداف العلاج للمرحلة الثانية صفحة 15).

## قياس مرن

تعتبر تقديرات الشدة (SR) طريقة مرنة لقياس شدة التأتأة. يسجل ولي الأمر يومياً تقديرات الشدة طوال اليوم لتعكس حالة كلام الطفل المعتاد لهذا اليوم. وحيث أنه لا يمكن لولي الأمر سماع حديث طفله طوال اليوم، فمثلاً لا يمكن سماعه عند تواجده في الروضة أو الحضانة. ففي مثل هذه الحالات، يحدد ولي الأمر تقديرات الشدة فقط على أساس الكلام الذي يسمعه خلال اليوم.

يمكن استخدام تقديرات شدة مختلفة خلال اليوم إذا اعتقد المختص أنها قد تكون مفيدة، فمثلاً يكون أحد تقديرات الشدة عندما تكون التأتأة شديدة جداً ويكون التقدير الآخر عندما تكون في حالة شدتها المعتادة. بالإضافة لذلك فقد يرغب المختصون أن يستخدم ولي الأمر تقديرات الشدة التكميلية في حالات الكلام التي تتكرر يومياً، مثلاً وقت العشاء ووقت الاستحمام والتسوق. ويضاف تسجيل هذه التقديرات لتقديرات الشدة اليومية. ومن الخيارات الأخرى أن يسجل ولي الأمر أعلى وأدنى تقدير للشدة لكل يوم.

## تقديرات الشدة الدقيقة التي يقيسها ولي الأمر ضرورية جداً

تشير الأبحاث إلى أن أولياء الأمور قادرين عادة على تعيين تقديرات الشدة بدقة وأن تقديراتهم للشدة مقاربة جداً لتقديرات المختصين<sup>9,10</sup>. ومن الضروري أن يتأكد المختصون من حدوث ذلك. إذا قلل ولي الأمر من تقديرات شدة التأتأة لدى الطفل، فقد يؤدي ذلك إلى انتقال الطفل للمرحلة الثانية من العلاج قبل الأوان. وإذا حدث العكس، حين يسجل ولي الأمر تقديرات شدة مرتفعة للغاية، سيستغرق الأطفال وقتاً أكثر من اللازم لإكمال المرحلة الأولى.

## تسجيل تقديرات الشدة إلكترونياً:

يمكن لولي الأمر أن يحضر نسخ ورقية مكتوبة بخط اليد لتقييم الشدة (SR) إلى العيادة كل أسبوع. لكن هذا ليس شرطاً حيث يمكنه تحميل واستخدام نموذج قياس شدة التأتأة (SR) الإلكتروني<sup>6</sup>. وخيار آخر هو أن يرسل ولي الأمر تقديرات شدة التأتأة إلى المختص كرسائل عبر الهاتف على فترات منتظمة، يومياً مثلاً أو كل بضعة أيام. الأمر المهم فيما يتعلق بتسجيل قياسات شدة التأتأة أن يقوم ولي الأمر بذلك بدقة وانتظام. لذا فولي الأمر يختار الطريقة الأنسب له لتسجيل قياسات شدة التأتأة.

## تدريب ولي الأمر على تقدير شدة التأتأة

يتم تدريب ولي الأمر على استخدام تقديرات الشدة خلال الموعد الأول. يقوم المختص في بداية التدريب بشرح المقياس. يتم في هذه المرحلة استخدام تقدير المختص كمعيار لشدة التأتأة بحكم خبرته السريرية. وعندما يصبح تقدير ولي الأمر لشدة التأتأة مطابقاً لتقدير المختص أو على الأقل مقارباً له (لا يختلف عنه

بأكثر من درجة واحدة) عندها يمكن القول أنه حصل اتفاق في تقدير شدة التأتأة بين المختص وولي الأمر. ولكن من الأفضل أن تتطابق نتائج تقديرات الشدة لدى كل من المختص وولي الأمر وخاصة خلال المراحل اللاحقة من برنامج لدمك العلاجي. ويرجع ذلك لكون شدة التأتأة عند الأطفال تكون متدنية جداً خلال مراحل العلاج الأخيرة ، وذلك سيؤدي إلى هامش خطأ أقل عند الاستخدام السريري للمقياس. كما سيتم نقاشه لاحقاً (انظر المرحلة الثانية صفحة 15).

أثناء الموعد الأول، وبعد أن يشرح المختص مقياس تقدير الشدة، يتحدث ولي الأمر أو المختص أو كليهما مع الطفل لبضع دقائق حتى يُظهر الطفل تأتأة تمثل المشكلة التي يعاني منها. ويطلب المختص من ولي الأمر بعد بضع دقائق تعيين تقدير شدة التأتأة لعينة الكلام هذه. ويبلغ المختص ولي الأمر ما إذا كانت النتيجة التي حددها مناسبة ويقترح نتيجة مختلفة إذا دعت الضرورة. وتكون المواعيد اللاحقة على هذا المنوال بحيث تبدأ الجلسة بمحادثة بين ولي الأمر والطفل ثم يقوم ولي الأمر بتقدير درجة شدة التأتأة، ثم يبلغ المختص ولي الأمر ما إذا كانت النتيجة مناسبة أو يقدم ملاحظات تصحيحية.

وثمة طريقة أخرى أكثر كفاءة وتوفيراً للوقت لجمع عينة من كلام الطفل حيث يقوم ولي الأمر بتسجيل صوت الطفل (أو تصويره بالفيديو) خلال محادثة واحدة أو أكثر من المحادثات اليومية الاعتيادية، ثم يستمع المختص وولي الأمر إلى التسجيل في بداية الموعد ويقومون سوياً بتقدير شدة التأتأة. تمتاز هذه الطريقة بالقدرة على تقييم كلام الطفل وبسرعة عبر مجموعة من التسجيلات التي تمثل كلام الطفل.

ويمكن أن تشمل طرق تدريب ولي الأمر تسجيل تقديرات الشدة (SR) من عينات كلام مسجلة أو آنية، والتدريب على تحديد عدد لحظات التأتأة، ومناقشة أنواع لحظات التأتأة التي تحدث. أحد الأساليب لتصنيف لحظات التأتأة<sup>11, 12</sup> يستخدم ثلاث فئات رئيسية – الحركات المتكررة، الوضعيات الثابتة، السلوكيات الغريبة – لوصف أنواع لحظات التأتأة. تعد مناقشة أنواع لحظات التأتأة في كلام الطفل جزءاً مفيداً من الموعد، لأن التحسن السريري الذي يعكسه تحسن نتائج تقديرات الشدة غالباً ما يكون مصحوباً بتغير في أنواع لحظات التأتأة.

---

## تعليقات ولي الأمر الشفهية

---

هناك خمس تعليقات شفهية تستخدم في برنامج لدمك. ثلاثة منها مخصصة للكلام الخالي من التأتأة، وتعليقين للحظات التأتأة الواضحة.

### التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة

تعد التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة أساسية في برنامج لدمك لأن أحد أهداف البرنامج الرئيسية أن يستمتع الطفل بالعلاج. لذلك، يجب أن تكون تعليقات ولي الأمر الشفهية الخاصة بالكلام الخالي من التأتأة إيجابية تماماً وداعمة وممتعة.

## المدح

أول تعليق شفهي لولي الأمر على كلام الطفل الخالي من التأتأة هو المدح.



يقوم المختص بتعليم ولي الأمر أن يمدح طفله عندما يتكلم بدون تأتأة. يمكن تعليم ولي الأمر أن يقول عبارات مثل "كان ذلك كلامًا سلسًا جميلًا"، أو "حديث جيد، بلا أخطاء". ومن الضروري أن يقدم ولي الأمر ذلك بطريقة الخاصة حيث أن لكل ولي أمر أسلوب مختلف، كما أن الأطفال يحبون تلقي المديح بطرق مختلفة. يجب على المختص التأكد أن ولي الأمر يمدح طفله بطريقة تلقائية وغير مصطنعة وأنه لا يبالغ في ذلك إلى الحد الذي يجعله مزعجاً للطفل.

## طلب التقييم الذاتي

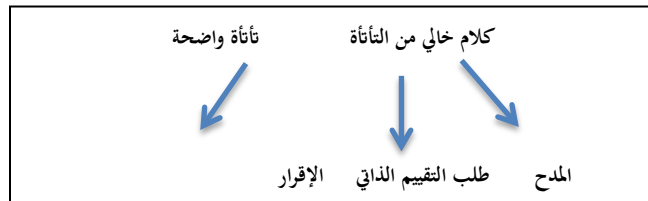
تعليق ولي الأمر اللفظي الثاني على كلام الطفل الخالي من التأتأة هو طلب التقييم الذاتي.



يمكن استخدام هذا التعليق اللفظي عندما لا تحدث تأتأة في كلام الطفل سواءً لفترة قصيرة (جملة واحدة) أو لفترة زمنية طويلة (كأن يدوم الحديث لعدة ساعات بدون تأتأة). عندما يخلو كلام الطفل من أي تأتأة خلال هذا الوقت، يمكن لولي الأمر أن يطلب رأي الطفل في كلامه. يمكن لولي الأمر أن يطرح أسئلة مثل "هل كان كلامك طلقاً؟" ونتوقع الرد "نعم"، أو "هل كان هناك صعوبات؟" ونتوقع الرد "لا". يستخدم هذا التعليق اللفظي فقط عندما يكون الكلام خالياً من التأتأة، وليس العكس.

## الإقرار

التعليق اللفظي الثالث على الكلام الخالي من التأتأة هو الإقرار.



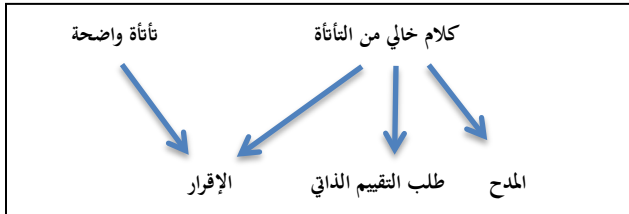
الإقرار على الكلام الخالي من التأتأة عبارة عن وصف للواقع وليس تعليق إيجابي على كلام الطفل، وهذا ما يجعله مختلفاً عن المدح على الكلام الخالي من التأتأة. ومن أمثلة الإقرار على الكلام الخالي من التأتأة أن نقول للطفل "كان هذا سلساً" و "لا يوجد كلمات متعثرة". بالإضافة لذلك فالإقرار على الكلام الخالي من التأتأة يختلف عن المدح وطلب التقييم الذاتي في أنه يمكن استخدامه بأسلوب مختصر لا يعيق تدفق المحادثة. ولذا فله فائدة علاجية.

## التعليقات الشفهية على التأتأة الواضحة

يجب تقديم هذه التعليقات بحذر لأن بعض الأطفال يستجيب لها بشكل سلبي في البداية ويجب أن تستخدم بنسبة أقل بكثير من التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة. وبعبارة أخرى، فمعظم التعليقات الشفهية التي يتلقاها الأطفال أثناء برنامج لدم يجب أن تكون على الكلام الخالي من التأتأة. كما هو الحال بالنسبة للتعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة، فإن كل ولي أمر لديه أسلوبه الخاص مع طفله. ولذا فالتعليقات الشفهية على التأتأة ليست ثابتة إنما تختلف وتتغير من طفل لآخر.

### الإقرار

التعليق الشفهي الأول على التأتأة الواضحة هو الإقرار.

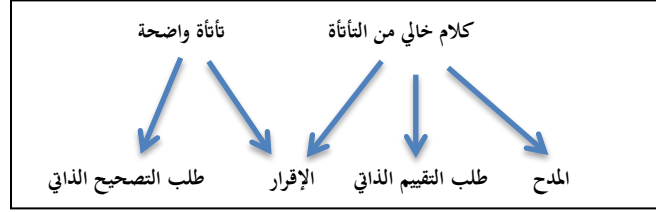


كما هو الحال عند استخدام التعليقات الشفهية عندما يكون كلام الطفل خالي من التأتأة، فإن استخدام الإقرار عند وجود تأتأة واضح لا يقصد به التقييم. كل ما على ولي الأمر عمله هو الإشارة إلى حدوث تأتأة لا أكثر، ويتابع الحديث بأن يقول شيئاً ما مثل "كان ذلك صعباً أو كانت تلك كلمة عالقة". وكما هو الحال عند استخدام الإقرار مع الكلام الخالي من التأتأة، فإن الإقرار عند وجود تلعثم لا يؤدي إلى تعطيل تدفق المحادثة.

### طلب التصحيح الذاتي

التعليق الشفهي الثاني على التأتأة الواضحة\* هو طلب التصحيح الذاتي.

\*يقصد بذلك أن التأتأة واضحة في كلام الطفل ولا لبس فيها



هنا يطلب ولي الأمر من الطفل إعادة كلامه مرة أخرى دون تأتأة. غالباً سيتمكن الطفل من القيام بذلك، ولكن إذا فشل الطفل فمن الأفضل ألا يصرّ ولي الأمر على طلبه. إذا تعامل الطفل بشكل سلبي مع طلب ولي الأمر كأن لا يوافق على إعادة كلامه، فمن الضروري إيقاف مثل هذه الطلبات ومناقشة الأمر وحله مع المختص.

من أمثلة طلبات التصحيح الذاتي "هل يمكنك أن تقولها مرة أخرى؟"، "هل يمكنك أن تقول ذلك بسلاسة؟"، أو "هل يمكنك أن تقول ذلك دون تعثر؟" يجري طلب التصحيح الذاتي من حين لآخر. يستثنى من هذه القاعدة عندما تحدث لحظات التأتأة بشكل قليل كل يوم، وهذا يحدث عادة مع انتهاء المرحلة الأولى من العلاج. وقد تكون الفرصة مواتية للمختص في هذه الحالة كي يوجه ولي الأمر لطلب التصحيح الذاتي لجميع لحظات التأتأة.

## تعليقات ولي الأمر الشفهية الاختيارية

يتضمن برنامج لدمك تعليقين لفظيين إضافيين يمكن لولي الأمر استخدامهما، لكنهما اختياريان.

### المدح لقاء التقييم الذاتي التلقائي على الكلام الخالي من التأتأة

أولهما عندما يمدح الطفل نفسه على كلامه الخالي من التأتأة. أحياناً يقوم الأطفال الأكبر سناً ممن هم في سن ما قبل المدرسة والذين يطبق عليهم برنامج لدمك بتقييم كلامهم بشكل تلقائي على أنه خالٍ من التأتأة، ويعبرون عن ذلك بقولهم مثلاً: "لقد قلت كلاماً سلساً". في هذه الحالة، يمكن لولي الأمر أن يقول شيئاً مثل "رائع، أنت انتبهت لكلامك السلس".

يجب على ولي الأمر التأكيد من أن الثناء تم تقديمه لأن الطفل استطاع تقييم كلامه الخالي من التأتأة، وليس لأن كلام الطفل كان بلا تأتأة. يحتاج ولي الأمر إلى فهم الفرق الدقيق بين الاثنين. في المثال السابق، "رائع، أنت انتبهت لكلامك السلس" هنا تم توجيه المدح لتقييم الطفل الذاتي لكلامه الخالي من التأتأة، و "عظيم، كان ذلك كلاماً سلساً" هو مدح لكلامه الخالي من التأتأة.

أحياناً يقوم الطفل بإبداء تعليقات على كلمة المصحوب بتأتأة فيقول مثلاً "لقد تأتأت بالكلام"، في مثل هذه الحالة ليس من المفيد الثناء على تعليق الطفل. والسبب أن مثل هذا المدح قد يربك الطفل إذا قاله ولي الأمر بعد لحظة تأتأة. إذا قام الطفل تلقائياً بتقييم التأتأة، فيمكن لولي الأمر تدوين ملاحظة وإخبار المختص في موعد العيادة القادم. بطبيعة الحال، قد يكون هذا أمراً مرغوباً فيه، وبالتالي قد يكون علامة على أن مراحل العلاج وفق برنامج لدمك تسير بشكل جيد.

### المدح لقاء التصحيح الذاتي التلقائي.

التعليق الشفهي الاختياري الثاني هو المدح على التصحيح الذاتي التلقائي. عندما يصحح الأطفال الكلمات التي يتأتون فيها دون مطالبة ولي الأمر بذلك فيمكن لولي الأمر أن يمدح الطفل. مرة أخرى، فإن الأطفال الأكبر سناً في سن ما قبل المدرسة هم الأكثر استعداداً للقيام بذلك. تشمل التعليقات الشفهية التي قد يستخدمها ولي الأمر هنا "عمل رائع، لقد صححت هذه الكلمة الصعبة بنفسك"، و "لقد صححت هذه الكلمة العالقة، عمل رائع".

### أمثلة على تعليقات ولي الأمر الشفهية

يحتوي الجدول الآتي أمثلة لبعض التعليقات الشفهية التي يمكن لولي الأمر تقديمها .

---

#### كلام خالٍ من التأتأة

---

"واو، كان ذلك سلساً!" "حديث سلس مذهل." "أنا أحب كلامك السلس." "كان ذلك سلساً للغاية." "هل كان ذلك سلساً؟" "هل كان هناك أي عثرات في كلامك؟" "هل نطقت ذلك بسلاسة؟"	المدح
"حديث سلس" "كان ذلك سلساً" "كلام سلس مرة أخرى."	الإقرار

---

#### تأتأة واضحة

---

"يوجد تعثرٌ لكنه بسيط " "لقد كان ذلك متعثراً قليلاً فقط." "كانت تلك كلمة عالقة." "هل يمكنك محاولة ذلك مرة أخرى؟"	الإقرار
طلب التصحيح	طلب

---

الذاتي

"هل يمكنك قول [كلمة فيها تأتأة] بسلاسة؟"  
"تأكد ما إذا كنت تستطيع نطق ذلك بلا تأتأة"

## قواعد أساسية خاصة بتعليقات ولي الأمر الشفهية

### قم أولاً بتعليم ولي الأمر كيفية استخدام التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة

لا يقوم المختص بتعليم ولي الأمر على كيفية استخدام التعليقات الشفهية دفعة واحدة. يتم في البداية تعليم ولي الأمر على اعطاء التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة كي يشعر الأطفال بالراحة مع العلاج. ومن ثم يتم تعليم ولي الأمر أن يعطي تعليقاته الشفهية على التأتأة عند التأكد من استعداد الطفل لذلك. من المنطقي سريراً البدء بتقديم التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة لأنها ايجابية مقارنةً بالتعليقات الشفهية على التأتأة.

### تأكد من استخدام ولي الأمر للتعليقات الشفهية بشكل صحيح

على المختص التأكد من أن ولي الأمر يطبق التعليمات التي قدمها له، فيستخدم التعليقات الشفهية بشكل صحيح. وفي كل موعد يشرح ولي الأمر للمختص كيف استخدم التعليقات الشفهية مع الطفل خلال الأسبوع السابق، ويوجهه المختص بملاحظاته. يمكن لولي الأمر تسجيل صوت (أو فيديو) يحوي أمثلة لاستخدامه للتعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب المنزلية ويطلع المختص عليها أثناء الموعد. كما يمكن للمختص أن يشاهد استخدام ولي الأمر للتعليقات الشفهية أثناء الموعد. في كلتا الحالتين، يقدم المختص ملاحظاته البناءة، ثم يشاهد ولي الأمر أثناء تقديم التعليقات الشفهية للتأكد من تطبيق تلك الملاحظات التوجيهية. إن تقديم ولي الأمر للتعليقات الشفهية بشكل خاطئ سبب شائع لعدم تقدم الأطفال بالشكل المتوقع خلال مرحلة العلاج الأولى. يمكن لهذه المشكلة أن تستمر وتضعف نتائج العلاج إذا لم يكتشفها المختص بالملاحظة المباشرة لأداء ولي الأمر.

### تعليقات ولي الأمر الشفهية على التأتأة مخصصة للحظات التأتأة الواضحة

التعليقات الشفهية على التأتأة في برنامج لذكم مخصصة للحظات التأتأة الواضحة. إذا كان لدى ولي الأمر أي شك فيما إذا كانت حالة عدم الطلاقة هي في الواقع تأتأة، فعليه أن لا يستخدم التعليقات الشفهية. في بداية البرنامج العلاجي يحدث مع الأطفال الكثير من لحظات التأتأة التي لا لبس فيها بشكل يومي، وسيجد ولي الأمر الكثير منها للتعامل معها. مع نهاية المرحلة الأولى ومع تحسن الطلاقة لدى الطفل فمن المتوقع أن تكون تقديرات الشدة عند الأطفال متدنية 0 أو 1 (أي لا يوجد أي تأتأة أو هناك تأتأة خفيفة للغاية) في هذه الحالة على ولي الأمر التنبه وتقديم التعليقات الشفهية مع كل تأتأة.

## تعليقات ولي الأمر الشفهية هي تجربة إيجابية للطفل

يجب أن تكون جميع التعليقات الشفهية تجربة إيجابية للطفل، سواء كانت على الكلام الخالي من التأتأة أو على التأتأة. يجب أن لا تكون هذه التعليقات ثابتة أو مكثفة أو هجومية. من الضروري التنبه إذا أصبحت التعليقات تجربة غير ايجابية للطفل، أو حتى توقع متى قد تكون كذلك ومنعها. من الضروري بالنسبة لبعض أولياء الأمور تقديم التعليقات الشفهية ببطء وعناية للتأكد من أن الطفل يتلقى تعليقات شفهية داعمة وممتعة، وإلا سيكون من الواضح أثناء مواعيد العيادة أن الطفل غير مستمتع بالعلاج. وكقاعدة رئيسية، يجب أن تكون التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة أكثر بكثير منها على الكلام الذي يحوي تأتأة.

## اطلب من ولي الأمر تقديم أكبر عدد ممكن من التعليقات الشفهية

لا يوجد عدد محدد للتعليقات الشفهية التي تعطى يومياً لكي تضمن نجاح البرنامج لدى جميع الأطفال. كل ما هو معروف من الأبحاث التجريبية هو أن التعليقات الشفهية يمكن أن تتحكم بالتأتأة وأن التجارب السريرية تظهر أن برنامج لكم، الذي يعتمد على تعليقات ولي الأمر الشفهية، هو علاج فعال. يقوم ولي الأمر والمختص بتحديد عدد التعليقات الشفهية المناسبة لكل طفل. ويمكن تغيير عدد التعليقات الشفهية في حالة عدم ظهور علامات تحسن على الطفل. يجب الاستمرار في تقديم التعليقات الشفهية طالما بدا الطفل سعيداً لتلقيها، ولم تكن عبئاً على ولي الأمر. كقاعدة عامة سواء في مرحلة برنامج لكم الأولى أو الثانية، فيجب أن تقدم التعليقات الشفهية أثناء المحادثات التلقائية عدة مرات كل ساعة في الأوقات التي يتواجد فيها ولي الأمر مع الطفل.

## التأكد أن تعليقات ولي الأمر صحيحة

ومن الضروري أن يقتنع المختص بقدرة ولي الأمر على تقديم التعليقات الشفهية بدقة أثناء موعد العيادة قبل قيامهم باستخدامها على أرض الواقع. يجب أن يتأكد المختص من قدرة ولي الأمر على التمييز بين لحظات التأتأة الواضحة والكلام الخالي من التأتأة. من الضروري أيضاً التأكد أن ولي الأمر يقدم التعليقات الشفهية مباشرة بعد الكلام الخالي من التأتأة أو الكلام بتأتأة. التأخر في تقديم التعليقات الشفهية أو عدم الدقة في تقديمها يجعلها أقل فاعلية. في كل موعد يحتاج المختص إلى مراقبة كيفية تقديم ولي الأمر للتعليقات الشفهية للتأكد أنها فورية ودقيقة سواء أثناء الموعد أو من خلال التسجيلات.

## التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب

### ما هي التعليقات الشفهية؟

استخدام التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب يتيح لولي الأمر معرفة كيفية استخدام التعليقات الشفهية بأمان وبشكل صحيح وبطريقة إيجابية. هذا الأسلوب الإيجابي له أهمية خاصة للأطفال الذين يتعرضون لردود فعل اجتماعية سلبية حول التأتأة. تسمح جلسات التدريب للمختص وولي الأمر بتحديد معدل استجابة الطفل الأمثل للكلام بدون تأتأة. بمعنى آخر، يجب أن تسود الاستجابة السلوكية المرغوبة على الكلام الخالي من التأتأة أثناء جلسات التدريب؛ ومع ذلك، فإن السماح بحدوث تأتأة محدودة يمكن لولي

الأمر من تعلم كيفية استخدام التعليقات الشفهية الخاصة بالكلام المصحوب بتأتأة. يجب أن تحدث لحظات التأتأة بشكل قليل خلال جلسة التدريب لتبقى جلسات التدريب تجربة إيجابية للطفل.

### تعزيز الكلام الخالي من التأتأة

هناك أدلة بحثية على أن فرصة حدوث لحظة تأتأة تزداد بزيادة تعقيد الجملة النحوي وطولها<sup>13, 14</sup>. وقد تم الحصول على نفس هذه النتائج عندما أجريت البحوث على الأطفال<sup>15 16 17 18 19 20 21 22 23 24</sup>. يمكن للأخصائيين استخدام هذه المعلومات لتعليم ولي الأمر طريقة تقليل حدوث لحظات التأتأة التي تحدث أثناء جلسات التدريب. يمكن لولي الأمر تطبيق ذلك عن طريق منح الأطفال خيارات التحدث مستخدمين جمل مختلفة الطول وذات مستوى تعقيد نحوي مختلف: من الاستجابة بكلمة وكلمتين إلى استخدام محادثة تحوي عبارات طويلة ومتعاقبة. يتخذ المختص مثل هذه القرارات بناءً على شدة التأتأة أثناء التدريب.

الطرق التي تهدف إلى تقليل التأتأة أثناء جلسات التدريب قد تتضمن الآتي:

- تبادل الأدوار
- تقليد الكلمات أو العبارات
- إكمال الجملة
- الأسئلة ذات الإجابات المحددة
- الأسئلة ذات الاختيار الثنائي
- الحديث عن الأحداث الراهنة
- الأنشطة المشتركة مثل لعبة اعداد الطعام أو لعبة التسوق

قد يتأثر الكلام الذي يقوله الطفل بالآتي:

- الموضوع الذي يختاره ولي الأمر
- طبيعة المكان والسياق الذي يحدث فيه التدريب
- قدرة الشخص الذي يتحدث مع الطفل على جعله يستمتع بالمحادثة من خلال استخدام ألعاب وأنشطة مسلية للطفل.

يقوم المختص بتعليم ولي الأمر أن يقوم بتغيير مثل هذه الإجراءات لضمان تقليل حدوث التأتأة أثناء جلسات التدريب. إن مهمة ولي الأمر الأساسية أثناء جلسات التدريب هي استخدام الطرق الموضحة أعلاه بشكل مستمر لضمان تعزيز الكلام الخالي من التأتأة. من الضروري أن يغير ولي الأمر الطرق المستخدمة وطريقة تطبيقها أثناء جلسات التدريب. الهدف أثناء جلسات التدريب هو أن يتكلم الطفل

بتلقائية ويكون أغلب كلامه خالياً من التأتأة مع مراعاة أن يكون كلامه متنوعاً ولا ينتقي الكلمات السهلة فقط.

يجد المختصون أن جلسات التدريب تمثل تحدي أكبر عند حدوث الحالات التالية:

- عندما تكون تأتأة الطفل شديدة
- عندما يتحدث الطفل عن موضوعات تجريدية أو خيالية بالتفصيل وبإطالة
- عندما لا يشعر ولي الأمر بالراحة عند قيادة المحادثات مع أطفالهم
- عندما لا يلتزم الأطفال بتبادل الأدوار
- عندما يصاب الأطفال بالملل بسرعة مع كل نشاط

تتطلب هذه الحالات أن يناقش الأخصائي المشكلة مع ولي الأمر لاييجاد حلول لها.

### عدد تكرار جلسات التدريب

يقوم المختص عادةً بتوجيه ولي الأمر لإجراء جلسة تدريب مرة واحدة وأحياناً مرتين يومياً. تستغرق جلسات التدريب عادة ما بين 10 – 15 دقيقة. في حالات نادرة، قد يناسب بعض الأطفال أن تكون جلسات التدريب أقصر. وفي مثل هذه الحالات، قد يوصي المختص بتنفيذ أكثر من جلسة أو جلستين في اليوم.

يجلس ولي الأمر مع الطفل على الطاولة أو على الأرض في مكان هادئ ومن الممكن أن يستخدموا أدوات مثل الكتب والألعاب كما يمكن أن يكون التفاعل بين الطفل و ولي الأمر بلا أدوات. ويمكن إجراء العلاج أثناء جلسات التدريب في العديد من المواقف، مثل إعداد وجبة الطعام ووقت الاستحمام أو التسوق. ومع ذلك، في كثير من الحالات - ربما معظمها - قد تكون الإجراءات الشكلية كالجلوس على طاولة أو على الأرض في المنزل مفيدة لإجراء العلاج على النحو الأمثل. هذا سيساعد أولياء الأمور على التركيز أكثر على كلام الطفل ومراقبته بأقل قدر من التشتت.

التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة أثناء جلسات التدريب يمكن أن يضاف لها تشجيع غير لفظي إذا اعتقد المختص أن ذلك سيكون مفيداً. ومثال ذلك تقديم الملصقات والطابع والرسم على الصفحة واستخدام المكعبات. لايمكن بطبيعة الحال استخدام مثل هذه الأدوات باستمرار كطرق للتشجيع أثناء المحادثات اليومية، لكن يمكن استخدام أنواع أخرى من التشجيع غير اللفظي كالإيماءات، والتصفيق باليدين والسلام بالقبضتين ورفع الإبهام وهز الرأس بالموافقة. وبالتالي من المنطقي استخدامها على هذا النحو إذا كانت مناسبة للطفل كبداية أو مكملات للتعليقات الشفهية أثناء المحادثات اليومية، وكذلك أثناء جلسات التدريب. لا تحل الأدوات غير اللفظية محل التعليقات الشفهية لكنها تكملها فقط، إلا إذا كان هناك سبب سريري مقنع للقيام بذلك. ومن تلك الحالات أن يتم استخدامها أثناء الأجزاء الأخيرة من مرحلة العلاج الثانية.

## التعليقات الشفهية أثناء المحادثات التلقائية

### ما هي هذه التعليقات؟

الفرضية الأساسية لبرنامج لدمكم هي أن تعليقات ولي الأمر الشفهية تعدّ عامل العلاج الفعال للتخلص من التأتأة أو الحد منها بشكل كبير. لذلك وعندما يرى المختص ذلك مناسباً، فمن المنطقي أن يقدم ولي الأمر تلك التعليقات الشفهية أثناء المحادثات التلقائية مع الأطفال. وعلى عكس جلسات التدريب، لا يتم عمل أي تعديلات على المحادثات التلقائية التي تحدث في حياة الطفل اليومية لجعلها خالية من التأتأة. بل على ولي الأمر الاستفادة من الفترات التي تتراجع فيها شدة التأتأة تلقائياً خلال كل يوم ليقيم بتقديم تعليقاته الشفهية.

من الأمثلة على المحادثات التلقائية مع الأطفال، والتي يقدم فيها ولي الأمر عادة تعليقات شفهية، فترة إعداد الطعام، وأوقات الوجبات، وقت الإستحمام، وفي الطريق إلى الحضانة، وعند التسوق. يمكن أن تعزز التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة أثناء جلسات التدريب بالتشجيع غير اللفظي إذا اعتقد المختص أن ذلك سيكون مفيداً.

### متى تقدّم التعليقات؟

تقدم التعليقات الشفهية أثناء المحادثات التلقائية عندما يلاحظ المختص أن ولي الأمر يقدم التعليقات الشفهية بشكل آمن وصحيح أثناء جلسات التدريب. من المتوقع، في ذلك الوقت أن تظهر نتائج تقديرات شدة التأتأة تحسناً وضماً لدى الطفل.

### الانتقال في العلاج أثناء جلسات التدريب وأثناء المحادثات التلقائية

يقدم ولي الأمر العلاج، ولفترة معينة، أثناء جلسات التدريب وأيضاً أثناء المحادثات التلقائية. ويحل العلاج أثناء المحادثات التلقائية تدريجياً محل العلاج أثناء جلسات التدريب، وأخيراً يتوقف العلاج أثناء جلسات التدريب تماماً. قد يقرر المختص أن لا يكتمل هذا الانتقال إلا في الفترة الأخيرة من المرحلة الثانية.

هذا الانتقال هو عملية مرنة. خلال الفترة التي يقدم فيها ولي الأمر تعليقات شفهية أثناء جلسات التدريب والمحادثات التلقائية، قد يوصي المختص بإجراء العديد من التغييرات على عدد ومدة جلسات التدريب. ومثال ذلك التغيير من جلسة تدريب واحدة كل يوم إلى جلسة واحدة كل يومين. وبالمثل، خلال الفترة التي يقدم فيها ولي الأمر تعليقات شفهية أثناء جلسات التدريب والمحادثات التلقائية، قد يوجه المختص إلى القيام بالعديد من التغييرات في عدد ونوع وتوقيت التعليقات الشفهية التي يقدمها ولي الأمر أثناء المحادثات التلقائية.

## المرحلة الثانية

### أهداف المرحلة الثانية

للمرحلة الثانية هدفين: الأول أن يتم وبشكل تدريجي تسليم مسؤولية علاج التأتأة لولي الأمر. والثاني أن هذه المرحلة مخصصة للمحافظة على ماتم اكتسابه في المرحلة الأولى من اختفاء للتأتأة أو على الأقل قلة حدوثها. ومن الممكن أن تحدث الانتكاسة وتعود التأتأة حتى بعد نجاح برنامج لدكم العلاجي. أحد الدراسات<sup>26</sup> أظهرت أن نصف الأطفال ظهر لديهم عودة لبعض أعراض التأتأة خلال 5 سنوات من بداية مرحلة العلاج الأولى.

### التخفيف التدريجي من التعليقات الشفهية

يقوم ولي الأمر خلال المرحلة الثانية بالتخفيف التدريجي من تعليقاته الشفهية على تأتأة الطفل أثناء المحادثة بشرط أن لا يؤدي ذلك لزيادة التأتأة. يقوم الأخصائي بإبلاغ ولي الأمر عن التوقيت المناسب لتقليل التعليقات الشفهية. علماً بأن تحديد التوقيت المناسب يعتمد على كل من قياسات شدة تأتأة الطفل (SR) وكذلك على نتائج النقاش مع ولي الأمر.

### الأهداف العلاجية في المرحلة الثانية

يتم الانتقال للمرحلة الثانية بعد توفر الشرطين الآتيين، ويجب توفرهما لثلاث مواعيد علاجية متتالية يفصل بين كل منها أسبوع.

الأول: تقييم ولي الأمر لشدة تأتأة الطفل (SR) يكون ما بين 0 - 1 في الأسبوع الذي يسبق موعد العيادة بشرط أن أربع على الأقل من التقييمات ال 7 يكون تقييمها صفر.

الثاني: تقييم الأخصائي لشدة تأتأة الطفل (SR) يكون ما بين 0 - 1 أثناء موعد العيادة. يجب على ولي الأمر في المرحلة الثانية تسجيل شدة التأتأة على الأقل خلال الأسبوع الذي يسبق الموعد، ويمكن خلال المرحلة الثانية أن يطلب الأخصائي من ولي الأمر تسجيلاً أكثر من ذلك لشدة التأتأة حسب الحالة.

### المحافظة على مستوى التقدم

أظهرت الدراسات فائدة كبيرة لتطبيق برنامج متابعة يهدف للمحافظة على نتائج العلاج<sup>26</sup>. برنامج المتابعة يعني أن ولي الأمر وطفله يستمرون في زيارة العيادة لفترات متباعدة وتزيد تباعداً مع مرور الوقت: موعدين يفصل بينهما أسبوعين، ثم موعدين يفصل بينهما 4 أسابيع، ثم موعدين يفصل بينهما 8 أسابيع، وأخيراً موعداً أو موعدين يفصل بينهما 16 أسبوع. يستغرق هذا البرنامج في العادة سنة أو

أكثر. أحد الدراسات أثبتت أهمية برنامج المتابعة حيث أن نصف الأطفال الذين شملتهم هذه الدراسة لم يستطيعوا الوصول للأهداف العلاجية مرة واحدة على الأقل أثناء المرحلة الثانية من برنامج لدمك<sup>25</sup>.

عندما يلاحظ الأخصائي علامات أولية لانتكاسة ورجوع للتأناة أثناء مواعيد العيادة في المرحلة الثانية فالمطلوب من ولي الأمر استعادة مستوى منخفض من التأناة (Rs) لايزيد عن 0 - 1 (انظر الأهداف العلاجية للمرحلة الثانية) ويتم ذلك بعودة جلسات العلاج المنزلية و/أو زيادة كمية التعليقات الشفهية على كلام الطفل. وفي حال لم تنجح هذه المحاولات في استعادة مستوى منخفض من التأناة لايزيد عن 0 - 1 فعلى ولي الأمر الإتصال بالأخصائي وأخذ رأيه قبل حضور الموعد القادم في المرحلة الثانية.

### مشكلة شائعة في المرحلة الثانية

عندما يتجاوز الأطفال المرحلة الأولى ويصبح كلامهم طليقاً بحيث لا يحوي تأناة أو يحوي تأناة خفيفة فقط عندها يميل ولي الأمر أو الأخصائي أو جميعهم إلى الإكتفاء بهذه النتيجة ولا يلتزمون بأحد أهم خطوات المرحلة الثانية وهو برنامج المتابعة للمحافظة على نتائج العلاج. عدم الإلتزام بهذه الخطوة يجعل الطفل معرضاً للانتكاسة وعودة التأناة. من الضروري في المرحلة الثانية الإستمرار في التعقيب اللفظي على كلام الطفل عندما لا يحوي كلامه تأناة وكذلك عند حدوث تأناة واضحة. أحد الباحثين أجرى دراسة مطولة<sup>47</sup> تابع فيها نتائج العلاج وخلصت الدراسة إلى ضرورة أن يشجع الأخصائيون أولياء الأمور على التنبيه والاستماع المستمر لأي علامة من علامات التأناة والتي قد تحدث أثناء أو بعد المرحلة الثانية من العلاج.

---

## مواعيد العيادة في برنامج لدمك

---

### مواعيد العيادة في المرحلة الأولى

تكون مواعيد العيادة أثناء المرحلة الأولى مرة بالأسبوع يحضرها ولي الأمر والطفل. يستغرق الموعد عادة ما بين 45 - 60 دقيقة. يتم خلال الموعد تنفيذ عدد من الأنشطة حسب الترتيب الآتي:

(1) المحادثة مع الطفل:

يقوم ولي الأمر أو الأخصائي أو كليهما بالحديث مع الطفل حتى يظهر تأتأة في كلامه. ويمكن بدلاً عن ذلك أن يستمع ولي الأمر والأخصائي لتسجيل لكلام الطفل أو مجموعة تسجيلات لكلامه أثناء أنشطة الحياة اليومية ومن ثم يقوم الأخصائي بقياس شدة التأتأة (SR) في كلام الطفل\*.

(2) التأكد من تطبيق ولي الأمر لقياس شدة التأتأة (SR):

يقوم الأخصائي بالتأكد أن ولي الأمر يقيس شدة التأتأة بشكل صحيح كما تم ذكره سابقاً (انظر تدريب ولي الأمر على قياس شدة التأتأة صفحة 6).

(3) مناقشة التقدم خلال الأسبوع الفائت:

يستخدم الأخصائي نتائج قياس شدة التأتأة (SR) التي سجلها ولي الأمر لكل يوم من أيام الأسبوع الفائت ليناقدش مع ولي الأمر شدة التأتأة واستجابة الطفل للعلاج. يحوي النقاش المواضيع الآتية:

- هل تم تنفيذ جلسات التدريب كما خطط لها؟ وكم مرة نفذت وكم استغرقت كل جلسة؟
- كيف تم الوصول لمستوى تأتأة منخفض باستخدام التعليق اللفظي خلال جلسات التدريب؟
- مامدى تكرار ولي الأمر للتعليق اللفظي خلال المحادثة التلقائية؟
- مانوع التعليقات الشفهية التي تم استخدامها أثناء الجلسات العلاجية أو أثناء المحادثة التلقائية؟
- في أي أوقات اليوم كانت تتم الجلسات العلاجية؟
- ماذا كان كل من ولي الأمر والطفل يعمل عند تقديم التعليقات الشفهية أثناء المحادثة التلقائية؟
- أين يعلق ولي الأمر لفظياً على كلام طفله أثناء الحديث التلقائي؟
- كم مدة كلام الطفل التلقائي الذي حدث فيه تعليق لفظي من ولي الأمر؟
- ما حجم كلام الطفل أثناء هذه المحادثات؟
- هل وجد ولي الأمر أثناء الأسبوع الفائت أن طرفاً محددة كانت مفيدة أو أن طرفاً محددة كانت أقل فائدة؟

قد تظهر الأمور الآتية:

- تكون تأتأة الطفل أشد من المتوقع أثناء جلسات التدريب المنزلية لأنها لم تكن مرتبة بشكل جيد.
- لم يعلق ولي الأمر لفظياً على كلام الطفل يومياً أثناء جلسات التدريب المنزلية كما طلب منه.
- لم يعلق ولي الأمر لفظياً على كلام الطفل يومياً أثناء المحادثة التلقائية كما طلب منه.

(4) يقوم ولي الأمر بتنفيذ جلسة تدريب:

\*يفضل بعض الأخصائيين في هذه المرحلة أن يسجل النسبة المئوية للمقاطع التي يتأتأ فيها الطفل.

يقدم ولي الأمر جلسة تدريب ليرى الأخصائي كيف كان ولي الأمر يعلق على كلام الطفل أثناء الأسبوع الفائت، وهل التزم بتعليمات الأخصائي التي أعطاها إياه خلال الموعد الماضي. ومن الممكن بدلاً عن ذلك أن يستمع كلاً من ولي الأمر والأخصائي لتسجيل كان ولي الأمر يقوم فيه بالتعليق اللفظي على كلام الطفل خلال الأسبوع. عندما يشاهد الأخصائي جلسة التدريب هذه سواءً في العيادة أو أثناء الاستماع للتسجيل فعليه التأكد من أن:

- الطفل يستمتع بجلسات التدريب
- بإمكان ولي الأمر أن يميز بدقة كلام الطفل بطلاقة وكلامه عند وجود تأتأة
- جلسة التدريب تم إعدادها بعناية للحصول على شدة تأتأة بسيطة
- جلسة التدريب تم إعدادها بشكل مثالي
- التعليقات الشفهية تناسب الطفل
- معظم التعليقات الشفهية كانت عندما يتكلم الطفل بطلاقة
- التعليقات الشفهية متنوعة

#### (5) يناقش ولي الأمر والأخصائي تعليقات ولي الأمر الشفهية:

يحدد الأخصائي مدى تطبيق ولي الأمر للتعليمات التي تلقاها في الأسبوع الفائت وذلك أثناء تطبيقه لجلسة التدريب أو أثناء استماع الأخصائي لتسجيل لجلسة التدريب المنزلية. كما يسأل الأخصائي ولي الأمر عن ملاحظاته على التعليقات الشفهية التي استخدمها. يشمل النقاش تحديد أي التعليقات الشفهية كانت مفيدة وأيها أقل فائدة وأي التعليقات يمكن تطويرها. وإذا كان هناك توصيات لم تطبق فما هي الأسباب.

#### (6) تحديد التعديلات على الخطة العلاجية للأسبوع القادم:

يناقش ولي الأمر والأخصائي التعديلات التي ينبغي عملها على الطرق العلاجية لتطبق في الأسبوع القادم وهذا يشمل النقاط الآتية:

- طريقة الوصول إلى شدة تأتأة بسيطة أثناء جلسات التدريب المنزلية.
  - الأنشطة التي يوصى باستخدامها أثناء جلسات التدريب المنزلية.
  - نوعية التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب المنزلية ومدى تكرارها.
  - أين ومتى يعلق ولي الأمر لفظياً على كلام الطفل التلقائي.
- يشرح الأخصائي لولي الأمر الطرق العلاجية التي يوصيه باستخدامها خلال الأسبوع القادم ويقوم بتنفيذها أمامه. بعد ذلك ينفذ ولي الأمر هذه الطرق أمام الأخصائي ليتأكد أنه طبقها بشكل صحيح ويقدم الأخصائي ملاحظاته إذا لزم الأمر.

#### (7) خاتمة الموعد

يختتم الأخصائي الموعد وذلك بإعطاء ملخص لخطة الأسبوع القادم ويجب على استفسارات ولي الأمر.

## مواعيد العيادة في المرحلة الثانية

يستغرق كل موعد للعيادة في المرحلة الثانية حوالي 30 دقيقة. يطلع الأخصائي في بداية كل موعد على تسجيل ولي الأمر لشدة التأتأة (SR) التي سجلها خلال الأسبوع الفائت، ويناقش مع ولي الأمر مدى اختلاف نتائج هذا الأسبوع عن نتائج الأسابيع السابقة. ويناقش كل من الأخصائي وولي الأمر نتائج قياس شدة التأتأة بالتفصيل. ويناقشان بالتحديد كيف كانت استجابة ولي الأمر لأي تغيير في قياسات شدة التأتأة. ثم يقوم بعد ذلك الأخصائي بقياس شدة تأتأة الطفل إما بعد محادثته أو بعد سماع تسجيل له. وبعد ذلك يتأكد الأخصائي أن ولي الأمر يتفق معه في نتائج القياس. يناقش الأخصائي مع ولي الأمر عدد التعليقات الشفهية التي تم استخدامها أثناء المحادثة التلقائية منذ الموعد الماضي.

إذا وجد الأخصائي أن الطفل قد حقق المهارات المطلوبة فيرتب لانتقاله للخطوة التالية من خطوات برنامج المتابعة للمحافظة على نتائج العلاج. ولاينصح بالانتقال إلى خطوة تالية إذا لم يحقق الطفل معايير الأداء. وبدلاً عن ذلك يقوم الأخصائي إما (1) بترتيب موعد للطفل بعد أسبوع أو أسبوعين يقوم فيها بإعطاء التوصيات المناسبة فيما يتعلق بزيادة التأتأة في كلام الطفل، (2) أو بالعودة إلى أحد المراحل العلاجية السابقة من المرحلة الثانية (3) وربما يحتاج في حالات نادرة أن يعيد الطفل للمرحلة الأولى من العلاج.

تستمر المرحلة الثانية حتى يحافظ الطفل على الأهداف العلاجية لمدة سنة تقريباً. وينصح ولي الأمر بعد انتهاء المرحلة الثانية أن يتواصل مع الأخصائي إذا عادت التأتأة في كلام الطفل ولم يستطيع علاجها بنفسه.

---

## البراهين العلمية التي أثبتت فاعلية برنامج لدكم حتى شهر مارس 2021

---

أثبتت العديد من الدراسات الاكلينيكية فاعلية برنامج لدكم. والبرنامج مستمد من مجموعة واسعة من الدراسات التي أظهرت أن التأتأة عند الأطفال يمكن التحكم بها بتحفيز السلوك وأن التعليقات الشفوية هي أحد طرق التحفيز<sup>27,28</sup>. والدراسات التي استمد منها برنامج لدكم أظهرت أن استخدام التعليقات الشفهية خيار ناجح اكلينيكياً<sup>29,30,31</sup>.

أثبتت دراسات علمية مستقلة فاعلية برنامج لدمك وأنه أكثر برنامج شامل لعلاج التأتأة لدى الأطفال<sup>32</sup> 33,34,35,36,37,38,39. وقد نفذت هذه الدراسات على أطفال في الدول الآتية (أستراليا-بريطانيا-نيوزيلاندا-الولايات المتحدة الأمريكية-كندا-هولندا-السويد-ماليزيا-الكويت وإيران). أحد هذه الدراسات أجريت على 134 طفل تم اختيارهم عشوائياً بحيث أن نصفهم تم علاجهم باستخدام برنامج لدمك والنصف الآخر لم يتم علاجهم بالبرنامج وأظهرت نتائج الدراسة أنه بعد 6.3 أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي تبين أن الأطفال الذين تلقوا العلاج ببرنامج لدمك لم يكن لديهم تأتأة أو لديهم تأتأة بسيطة جداً (حيث كانت النسبة المئوية لشدة التأتأة أقل من 1) أكثر ب 7.5 مرات من الأطفال الذين لم يتلقوا العلاج ببرنامج لدمك.40

سوف يتم تقديم بعض نتائج هذه البحوث هنا لكن تفاصيل جميع الدراسات التي تثبت فاعلية برنامج لدمك تم وضعها في الموقع الإلكتروني لتجمع مدربي ليدكم<sup>4</sup> وكذلك في كتاب موجود في قسم المصادر على الموقع الإلكتروني لجمعية التأتأة الاسترالية<sup>6</sup>.

## التجارب الاكلينيكية

### نموذج المواعيد الأسبوعية التقليدي

تم تطوير برنامج لدمك ليناسب مواعيد العيادة الأسبوعية. يصف هذا الدليل طريقة تنفيذ هذا النموذج. أول تجربة لتطبيق نموذج المواعيد الأسبوعية نشرت في عام 1990<sup>41</sup>. تبع ذلك ثلاث دراسات غير عشوائية على المرحلة الثانية من العلاج<sup>42,43,44</sup> ودراستان عشوائيتان على المرحلة الثالثة من العلاج<sup>45</sup>.<sup>46</sup> أحد التقارير تابع الأطفال الذين تم علاجهم خلال هذه الدراسات لمدة تراوحت بين 3 و 7 سنوات<sup>47</sup>. في دراسة ذات ثلاث أبعاد<sup>48</sup> تم اجرائها على مرحلة التدريب الثانية تم مقارنة النموذج التقليدي بعمل مواعيد اسبوعية مع كل من نموذج موعدين في الأسبوع ونموذج موعد واحد كل أسبوعين. أظهرت هذه الدراسة أن نتائج الموعد كل اسبوع مقارنة لنتائج الموعد كل أسبوعين. أحد الدراسات العشوائية<sup>49</sup> قارنت بين نتائج العلاج بعد 18 شهر عند استخدام نموذج المواعيد الأسبوعية وعند استخدام نموذج علاجي آخر (وهو نموذج الإحتياجات والإمكانات \*RESTART-DCM) وخلصت الدراسة إلى عدم وجود فروق واضحة في نتائج العلاج بين النموذجين. دراسة أخرى<sup>50</sup> ذات ثلاث أبعاد قارنت برنامج ليدكم مع نسختين من ويستميد (Westmead program). لم تصل هذه الدراسة لدليل يثبت تفوق أحد هذه البرامج العلاجية على الآخر.

\* Demands Capacities Model (DCM)

## نماذج العلاج عن بعد والعلاج الجماعي

يوجد حتى اليوم أربع دراسات للعلاج عن بعد. دراسة لتطبيق المرحلة الأولى<sup>51</sup> ودراسة لتطبيق المرحلة الثانية على عينة غير عشوائية<sup>51</sup> ودراسة لتطبيق المرحلة الثانية على عينة عشوائية<sup>52</sup> ودراسة لتطبيق المرحلة الثالثة على عينة عشوائية<sup>53</sup>. ومع التطور في مجال التصوير عبر النت ومع نشر دراسات تطبيق برنامج لكم عن بعد، فمن المتوقع أن يصبح تطبيق برنامج لكم عن بعد أحد الخيارات العلاجية. أظهرت دراسة منشورة لتطبيق البرنامج على عينة عشوائية أن تطبيق برنامج لكم في جلسات علاج جماعي كان له نفس فاعلية تطبيقه بشكل فردي كما أنه أقل كلفة<sup>55</sup>.

## الدراسات الإكلينيكية العشوائية

بالإضافة للدراسات العشوائية المنضبطة فيوجد دراستين إكلينيكية عشوائية طبق فيها جزء من برنامج لكم وتم مقارنة النتائج بنتائج أطفال لم يطبق البرنامج عليهم<sup>56, 57</sup>. أحد هذه الدراسات قارنت برنامج لكم بنموذج الإحتياجات والإمكانات العلاجي<sup>66</sup>. أما الدراسة الأخرى فقد استطلعت تأثير التعليقات الشفهية على فاعلية العلاج<sup>59, 60</sup>.

## دراسات نقل التجربة

نقل التجربة يقصد به القدرة على نقل نتائج الدراسات الإكلينيكية إلى الممارسة الإكلينيكية في العيادة. نموذج استخدام برنامج لكم للعلاج الجماعي<sup>55</sup> تم نقله إلى الممارسة الإكلينيكية في العيادة بنجاح<sup>61</sup>. كما ثبت نجاح نقل تجربة برنامج لكم في دراسة أخرى<sup>62</sup> حيث قام 31 أخصائي تخاطب مدربين تدريب عادي في استراليا باستخدام برنامج لكم لعلاج التأتأة لدى 57 طفل في مرحلة ما قبل المدرسة<sup>1</sup>. وبعد 9 أشهر من بدء البرنامج العلاجي كانت النسبة المئوية لشدة التأتأة خارج العيادة لجميع الأطفال 1.7%. كما وجدت نفس الدراسة أن أخصائيي التخاطب المدربين تدريب عالي حققوا نتائج أفضل حيث كانت النسبة المئوية لشدة التأتأة لدى الأطفال 1.1%. وكانت النتائج الأسوأ لأخصائيين لم يتم تدريبهم على برنامج لكم حيث كانت النسبة المئوية لشدة التأتأة لدى الأطفال 2.4%. ولم تجد هذه الدراسة مؤشر غير هذا للتنبؤ بالنتائج. كما استنتجت الدراسة أن الأخصائيين المدربين تدريب عالي على استخدام برنامج لكم حصلوا عند تطبيق البرنامج في العيادة على نتائج مقارنة لنتائج الدراسات الإكلينيكية.

## بحث أساسي

دقة العلاج يقصد بها أن العلاج يطبق كما خطط له. وهذا أمر يجب العناية به عند تطبيق أي برنامج علاجي بشكل عام<sup>63, 64</sup> وعند تطبيق برامج علاج التأتأة بشكل خاص<sup>65, 66</sup>. إن عدم تطبيق برنامج لكم العلاجي بدقة كما هو موضح في هذا الدليل يؤثر سلباً على نتائج العلاج<sup>67</sup>. وهذه خمس دراسات استنتجت دقة برنامج لكم العلاجي وركزت هذه الدراسات على بعض تطبيقات البرنامج العلاجية<sup>62</sup>.

68, 69, 70, 71

أوضحت كثير من الدراسات فاعلية برنامج لدكم العلاجي. وبالطبع فإن التغيير في لغة ولي الأمر أو الطفل بعد برنامج العلاج ليس أحد نتائج العلاج المستهدفة<sup>72, 73, 74</sup>. كما أن التغييرات في صوت الطفل أو نغمة حديثه ليس أحد نتائج العلاج المستهدفة<sup>75</sup>. أثبتت الدراسات أن برنامج لدكم هو برنامج علاجي آمن إذا طبق بطريقة صحيحة<sup>76</sup> وليس له تأثيرات سلبية، كأن يسبب قلق لدى الطفل أو يؤثر على علاقة ولي الأمر بطفله. تتوفر بيانات تم استنتاجها من دراسة على 277 طفل أظهرت 32 من العوامل التي يمكنها التنبؤ بنتائج العلاج وامكانية انسحاب الطفل من البرنامج العلاجي<sup>77</sup>.

وفرت دراستين معلومات عن تجارب أولياء الأمور مع برنامج لدكم<sup>78, 79</sup>. وتعتبر هاتين الدراستين مرجعاً جيداً وربما أساسياً لمن يريد أن يقرأ عن البرنامج العلاجي قبل تطبيقه على أرض الواقع.

## عدد المواعيد المطلوبة في المرحلة الأولى

تم استخلاص المعلومات الخاصة بفاعلية برنامج لدكم العلاجي من 16 دراسة تم في بعضها مراجعة ملفات الأطفال المستفيدين وبعضها دراسات سريرية. شملت تلك الدراسات مامجموعه 925 طفل. استنتجت هذه الدراسات أن الطفل يحتاج لما معدله 17 موعد لينتقل للمرحلة الثانية من العلاج<sup>1</sup> وأن قياس أولياء الأمور لمعدل شدة التأتأة (SR) لدى الطفل نقص بمعدل الثلث بعد 4 أسابيع من العلاج<sup>80</sup>.

بالنسبة لمدة العلاج فهي تعتمد على الأخصائي الذي ينفذ العلاج وحجم العمل في عيادته وخبرته الإكلينيكية وكذلك حجم التدريب الذي تلقاه على استخدام البرنامج. وبعد مراجعة عدد من التقارير اتضح أن متوسط عدد مواعيد العيادة هو ما بين 11-23 زيارة.

نصيحتنا أن تتم الاستفادة من هذه الدراسات في تحديد عدد مواعيد العيادة في المرحلة الأولى ولكن لاتؤخذ كمحدد قطعي لعدد المواعيد. كما يجب على الأخصائي التنبيه عندما يلاحظ أن التقدم في العلاج ليس نتيجة مباشرة لاستخدام برنامج لدكم وفي مثل هذه الحالات فيوصى بالتشاور مع مختصين آخرين.

## البحوث المتعلقة بالعملية العلاجية

في الوقت الحالي ومع كثرة البحوث التي درست برنامج لدكم إلا أنه لا يوجد طريقة محددة يمكن من خلالها معرفة فاعلية البرنامج العلاجية. يعكف الباحثين حالياً على استكشاف تأثير تعليقات ولي الأمر الشفهية على فاعلية العلاج. قامت ثلاث دراسات بطرح أسئلة تتعلق بألية تأثير التعليقات الشفهية أثناء

<sup>1</sup> هذا يعني أن نصف الأطفال في هذه الدراسات احتاجوا لأكثر من 17 موعد ليجتازوا متطلبات المرحلة الثانية. وفي المقابل فإن النصف الآخر من الأطفال احتاجوا لأقل من 17 موعد ليجتازوا متطلبات المرحلة الثانية

تنفيذ برنامج لدكم العلاجي<sup>60, 69, 71</sup>. قامت دراسة<sup>46</sup> تختبر نتائج طرق العلاج الجديدة بمقارنة نتائج برنامج لدكم مع استخدام التعليقات الشفهية وبدون استخدامها. النتائج لم تؤد إلى نتيجة حاسمة مما حدى بالباحث في هذه الدراسة أن يقترح أن "من المحتمل أن التعليقات الشفهية ذات اثر ايجابي في برنامج لدكم العلاجي" (ص-1).

من المأمول أن هذه الدراسات والدراسات المستقبلية الأخرى التي تستطلع عملية العلاج ستسهم بعون الله على المدى البعيد في تطوير الطرق العلاجية المذكورة في هذا الدليل وفي مراجع أخرى.

## شكر وعرّفان

يود مؤلفوا هذا الدليل أن يشكروا الأستاذ دامين ليو-برينان لمراجعتة العلمية للدليل.



## الملحقات- 2: قائمة بأسئلة سريرية موجهة للأخصائي تتعلق باستخدام برنامج لدم

تم تعديله وإعادة طباعته بعد أخذ موافقة أصحاب هذه الدراسة\*.

الإجابات تكون للشهر الماضي) القياس	نعم	لا	لا ينطبق
<b>توضيح الأسباب</b>			
هل وضحت أن قياسات النطق هدفها تقييم تقدم العلاج وتعديله بناءً على نتائج التقييم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل شرحت معنى الدرجات 0، 1 إلى 9 في مقياس شدة التأتأة (SR)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل وضحت أن مقياس شدة التأتأة (SR) عام لكل الأطفال الذين لديهم تأتأة وليس خاص بالطفل الذي يتم تقييمه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل شرحت مفهوم التأتأة الواضحة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>الدقة</b>	نعم	لا	لا ينطبق
هل استمعت أنت وولي الأمر لكلام الطفل حتى ظهرت تأتأة في كلامه في بداية كل جلسة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بعد استماعك لكلام الطفل في بداية الزيارة هل اطلعت على تقييم شدة التأتأة (SR) الذي قام به ولي الأمر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل كان الفرق بين تقييمك لشدة التأتأة (SR) وتقييم ولي الأمر لا يتجاوز درجة واحدة في كل جلسة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
إذا كان الفرق بين تقييمك لشدة التأتأة (SR) وتقييم ولي الأمر أكثر من درجة واحدة فهل وضحت وشرحت لولي الأمر درجة مناسبة في كل جلسة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل استطاع ولي الأمر التعرف على تأتأة واضحة بشكل صحيح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل استطاع ولي الأمر التعرف على كلام خالي من التأتأة بشكل صحيح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>المصادقية</b>	نعم	لا	لا ينطبق
هل كانت تقييمات ولي الأمر لشدة التأتأة (SR) خارج العيادة تتماشى مع وصفه للتأتأة خارج العيادة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>الإلتزام</b>	نعم	لا	
هل أحضر ولي الأمر سجل يحوي تقييمه لشدة التأتأة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل سجل ولي الأمر شدة التأتأة في جميع الأيام؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>تفسير النتائج</b>	نعم	لا	لا ينطبق
هل راجعت سجل تقييم شدة التأتأة (SR) كل أسبوع لتحديد ما إذا كان هناك ظاهرة معينة في النتائج، وإذا وجدت فلاي اتجاه وماذا تعني اكلينيكيًا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل استخدمت سجل تقييم شدة التأتأة لتوجيه النقاش مع ولي الأمر حول نسبة التحسن؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل قمت بجمع معلومات مفصلة عن تأتأة الطفل وقمت بعد ذلك بتوثيقها وتشمل هذه المعلومات: شدة ونوع التأتأة، تكرار حدوثها وما إذا كانت متقطعة أو مستمرة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
إذا كنت تستخدم مقياس نسبة المقاطع التي حدث فيها تأتأة (أحد المقاييس الاختيارية في برنامج لدم) فهل قمت بجمعها ووضعها في رسم بياني أثناء الزيارة الأسبوعية للعيادة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>الإجابات تكون للشهر الماضي) إجابات عامة عن التعليقات الشفهية</b>			
<b>التطبيق</b>	نعم	لا	لا ينطبق
هل طبق ولي الأمر أمامك التعليقات الشفهية التي استخدمت في الأسبوع الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* Sheedy, S., MacMillan, V., O'Brian, S., & Onslow, M. (2017). Lidcombe Program: Development and validation of reflective questions. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 19, 151–156, © 2017 Speech Pathology Australia.

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل اقترحت أي تعديلات على تعليقات ولي الأمر الشفهية؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل طبقت هذه التعديلات أمام ولي الأمر؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل وجدت أن تطبيق ولي الأمر للعلاج صحيحاً؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل قدمت بنهاية الجلسة ملخصاً للتعديلات المطلوبة خلال الأسبوع القادم؟
<b>مهارات ولي الأمر</b>	<b>لا ينطبق</b>	<b>لا</b>	<b>لا</b>	<b>نعم</b>	
هل يقدم ولي الأمر معظم التعليقات الشفهية للكلام الخالي من التأتأة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل يقدم ولي الأمر التعليقات الشفهية بشكل مشجع؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل يقوم ولي الأمر بتنويع الكلمات التي يستخدمها في التعليقات الشفهية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل يستخدم ولي الأمر جميع التعليقات الشفهية السبعة أو يقتصر فقط على ما أوصيته باستخدامه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل يبدو الطفل مستمتعاً بالتعليقات الشفهية للكلام الخالي من التأتأة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>المقدار</b>			<b>لا</b>	<b>نعم</b>	
هل يقدم ولي الأمر التعليقات الشفهية بالمقدار الذي نصحته به؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل أبلغك ولي الأمر أن التعليقات الشفهية لم تتعارض مع عملية التواصل مع الطفل؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل اقترحت تعديلات على عدد التعليقات الشفهية التي يستخدمها ولي الأمر كل يوم؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>تقديم التعليقات الشفهية</b>			<b>لا</b>	<b>نعم</b>	
هل قدم ولي الأمر أثناء وجوده بالعيادة التعليقات الشفهية مباشرة بعد كلام خالي من التأتأة أو بعد كلام يحوي تأتأة؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أثناء وجود ولي الأمر بالعيادة هل بدا لك أنه مسرور عندما قدم تعليقات شفهية على كلام خالي من التأتأة؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أثناء وجود الطفل بالعيادة هل تفاعل بشكل إيجابي أو لم يظهر تفاعل على التعليقات الشفهية؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل أبلغك ولي الأمر أن تقديم التعليقات الشفهية مقتصر فقط على الأشخاص الذين قمت بتدريبهم؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل تم تقديم التعليقات الشفهية في العيادة بطريقة لا تتعارض مع عملية التواصل؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(الإجابات تكون للشهر الماضي)					
<b>التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب</b>					
<b>تقديم التعليقات الشفهية</b>					
هل يبدو الطفل مستمتعاً بالنشاط؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل استطاع ولي الأمر إدارة الجلسة العلاجية وكان في نفس الوقت متنبهاً لكلام الطفل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل كانت شدة تأتأة الطفل (SR) قليلة أثناء حديثه مع ولي الأمر في العيادة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل عدل ولي الأمر من نوعية التواصل للوصول إلى شدة تأتأة أقل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل حافظ ولي الأمر على تأتأة متدنية في كلام الطفل أثناء الجلسة العلاجية مع محافظته في نفس الوقت على التلقائية في الحديث؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل ذكر ولي الأمر أنه كان ينوع في الأنشطة من يوم إلى آخر؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل ذكر ولي الأمر أنه كان يغير أماكن الأنشطة ووقتها؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
إذا كان ولي الأمر قد استخدم محفزات عينية فهل زادت تلك المحفزات من تأثير التعليقات الشفهية بدون أن يؤدي ذلك إلى تشتيت انتباه الطفل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
إذا كان ولي الأمر قد استخدم محفزات عينية فهل كان ذلك بسبب أن استخدامها كان ضرورياً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>الاستمرارية:</b>			<b>لا</b>	<b>نعم</b>	
هل ذكر ولي الأمر أن جلسات التدريب المنزلي كانت تحدث كل يوم؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل ذكر ولي الأمر أن جلسات التدريب المنزلي كانت تحدث يومياً ولمدة 10-15 دقيقة مرة أو مرتين في اليوم؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل ذكر ولي الأمر أن جلسات التدريب المنزلي كانت تحدث خلال الصباح لمعظم أيام الأسبوع؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل ولي الأمر الذي ينفذ معظم جلسات التدريب المنزلي هو من يحظر أكثر زيارات العيادة؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(الإجابات تكون للشهر الماضي)					
<b>التعليقات الشفهية أثناء الحديث التلقائي</b>					
<b>تقديم التعليقات الشفهية:</b>			<b>لا ينطبق</b>	<b>نعم</b>	
هل ذكر ولي الأمر أنه كان يغير أماكن الأنشطة ووقتها؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل ذكر ولي الأمر أنه كان يقدم التعليقات الشفهية بالمقدار الذي أوصيته به؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل عدد التعليقات الشفهية أدى إلى تحسن في شدة التأتأة؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>الاستمرارية:</b>			<b>لا ينطبق</b>	<b>نعم</b>	
هل ذكر ولي الأمر أن التعليقات الشفهية كانت تقدم على مدار اليوم			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ذكر ولي الأمر أن التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة كانت تعطي أكثر منها على الكلام الذي يحوي تأتأة
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ذكر ولي الأمر أن مقدار التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة والكلام الذي يحوي تأتأة تم تقديمها بالمقدار الذي أوصيته به؟
نكره ولي الأمر	لاحظته بنفسك	لا ينطبق	لا	نعم	(الإجابات تكون للشهر الماضي) جوانب تتعلق بولي الأمر
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أبدى لك ولي الأمر ثقته بالتعليقات الشفهية عندما سألته عن ذلك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كان باستطاعة ولي الأمر وبدون مساعدة حل المشاكل التي قد تظهر أثناء تنفيذ البرنامج؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كان باستطاعة ولي الأمر وبدون مساعدة عمل تعديلات على العلاج إذا لزم الأمر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ينظر ولي الأمر للبرنامج العلاجي بشكل ايجابي؟
		لا ينطبق	لا	نعم	(الإجابات تكون للشهر الماضي) المرحلة الثانية
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل استمر ولي الأمر باعطاء التعليقات الشفهية كما هو موصى به؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أفاد ولي الأمر أنه يقلل من التعليقات الشفهية تدريجياً كما هو موصى به؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أفاد ولي الأمر أنه زاد من التعليقات الشفهية في حالة ازدياد شدة التأتأة؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أفاد ولي الأمر أنه استمر في اعطاء التعليقات الشفهية للكلام الخالي من التأتأة كما هو موصى به؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل قام ولي الأمر وبشكل مستقل بحل المشاكل التي طرأت في المرحلة الثانية؟

## المراجع

- 1 Speech Pathology Australia (2017). *Stuttering management*. Retrieved from [http://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Clinical\\_Guidelines/SPAweb/Members/Clinical\\_Guidelines/Clinical\\_Guidelines.aspx?hkey=0fc81470-2d6c-4b17-90c0-ced8b0ff2a5d](http://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Clinical_Guidelines/SPAweb/Members/Clinical_Guidelines/Clinical_Guidelines.aspx?hkey=0fc81470-2d6c-4b17-90c0-ced8b0ff2a5d)
- 2 Neumann, K., Euler, H., A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., & Sommer, M. (2017). Clinical practice guideline: The pathogenesis, assessment and treatment of speech fluency disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 114, 383–390.
- 3 Nederlandse Vereniging voor Stottoringtherapie (2020). Retrieved from <http://www.nedverstottertherapie.nl>
- 4 Lidcombe Program Trainers Consortium (2018). Retrieved from <http://www.lidcombeprogram.org>
- 5 Onslow, M. (2022). *Stuttering and its treatment: Eleven lectures*. Retrieved from <https://www.uts.edu.au/asrc/resources>
- 6 Australian Stuttering Research Centre (2020). Lidcombe Program materials. Retrieved from <https://www.uts.edu.au/asrc/resources>
- 7 Sheedy, S., MacMillan, V., O'Brian, S., & Onslow, M. (2017). Lidcombe Program: Development and validation of reflective questions. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 19, 151–156.
- 8 Eve, C., Onslow, M., Andrews, C., & Adams, R. (1995). Clinical measurement of early stuttering severity: The reliability of a 10-point scale. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 23, 26–39.
- 9 Onslow, M., Harrison, E., Jones, M., & Packman, A. (2002). Beyond-clinic speech measures during the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language, and Hearing*, 4, 82–85.
- 10 Onslow, M., Andrews, C., & Costa, L. (1990). Parental severity scaling of early stuttered speech: Four case studies. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 18, 47–61.
- 11 Packman, A., & Onslow, M. (1998). The behavioral data language of stuttering. In A. Cordes & R. J. Ingham (Eds.), *Treatment efficacy in stuttering: a search for empirical bases*. (pp. 27–50). San Diego, CA: Singular.
- 12 Teesson, K., Packman, A., & Onslow, M. (2003). The Lidcombe behavioral data language of stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1009–1015.
- 13 Jayaram, M. (1983). Phonetic influences on stuttering in monolingual and bilingual stutterers. *Journal of Communication Disorders*, 16, 287–297.
- 14 Jayaram, M. (1984). Distribution of stuttering in sentences: relationship to sentence length and clause position. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 338–341.
- 15 Watson, J. B., Byrd, C. T., & Carlo, E. J. (2011). Effects of length, complexity, and grammatical correctness on stuttering in Spanish-speaking preschool children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 209–220.
- 16 Ratner, N. B., & Sih, C. C. (1987). Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children's dysfluency. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 278–287.
- 17 Kadi-Hanifi, K., & Howell, P. (1992). Syntactic analysis of the spontaneous speech of normally fluent and stuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, 17, 151–170.
- 18 Gaines, N. D., Runyan, C. M., & Meyers, S. C. (1991). A comparison of young stutterers' fluent versus stuttered utterances on measures of length and complexity. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 37–42.
- 19 Yaruss, J. S., Newman, R. M., & Flora, T. (1999). Language and disfluency in nonstuttering children's conversational speech. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 185–207.
- 20 Yaruss, J. S. (1999). Utterance length, syntactic complexity, and childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 329–344.

- 21 Weiss, A. L., & Zebrowski, P. M. (1992). Disfluencies in the conversations of young children who stutter: Some answers about questions. *Journal of Speech and Hearing Research, 35*, 1230–1238.
- 22 Logan, K. J., & Conture, E. G. (1997). Selected temporal, grammatical, and phonological characteristics of conversational utterances produced by children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40*, 107–120.
- 23 Chon, H., Sawyer, J., & Ambrose, N. G. (2012). Differences of articulation rate and utterance length in fluent and disfluent utterances of preschool children who stutter. *Journal of Communication Disorders, 45*, 455–467.
- 24 Brundage, S. B., & Ratner, N. B. (1989). Measurement of stuttering frequency in children's speech. *Journal of Fluency Disorders, 14*, 351–358.
- 25 Webber, M., & Onslow, M. (2003). Maintenance of treatment effects. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide* (pp. 81–90). Austin, TX: Pro-Ed.
- 26 Ingham, R. J. (1980). Modification of maintenance and generalization during stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Research, 23*, 732–745.
- 27 Quist, R. W., & Martin, R. R. (1967). The effect of response contingent verbal punishment on stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research, 10*, 795–800.
- 28 Cooper, E. B., Cady, B. B., & Robbins, C. J. (1970). The effect of the verbal stimulus words wrong, right, and tree on the disfluency rates of stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Research, 13*, 239–244.
- 29 Manning, W. H., Trutna, P. A., & Shaw, C. K. (1976). Verbal versus tangible reward for children who stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 41*, 52–62.
- 30 Reed, C., & Godden, A. (1977). An experimental treatment using verbal punishment with two preschool stutterers. *Journal of Fluency Disorders, 2*, 225–233.
- 31 Martin, R. R., Kuhl, P., & Haroldson, S. (1972). An experimental treatment with two preschool stuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research, 15*, 743–752.
- 32 Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S., & Morgan, A. (2021). Interventions for children and adolescence who stutter: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Journal of Fluency Disorders*, Article 105843.
- 33 Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- 34 Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed). Clifton Park, NY: Delmar.
- 35 Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology Research and Behavior Management, 6*, 9–19.
- 36 Nye, C. & Hahs-Vaughn, D. (2011). Assessing methodological quality of randomized and quasi-experimental trials: A summary of stuttering treatment research. *International Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 49–60.
- 37 Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 56*, 921–932.
- 38 Wallace, I. F., Berkman, N. D., Watson, L. R., Coyne-Beasley, T., Wood, C. T., Cullen, K., & Lohr, K. N. (2015). Screening for speech and language delay in children 5 years old and younger: A systematic review. *Pediatrics, 136*, Article e448-e462
- 39 Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2015). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 1: A systematic review of effectiveness. *International Journal of Language and Communication Disorders, 50*, 676–718.

- 40 Onslow, M., Jones, M., Menzies, R., O'Brian, S., & Packman, A. (2012). Stuttering. In P. Sturmey & M. Hersen. (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology: Vol 1. Child and Adolescent Disorders* (pp. 185–207). Hoboken, NJ: Wiley.
- 41 Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 55*, 405–416.
- 42 Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Harrison, E., & Jones, M. (2007). An investigation of language and phonological development and the responsiveness of preschool age children to the Lidcombe Program. *Journal of Communication Disorders, 40*, 382–397.
- 43 Lincoln, M., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*, 51–58.
- 44 Onslow, M., Andrews, C., & Lincoln, M. (1994). A control/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research, 37*, 1244–1259.
- 45 Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., Gebiski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *British Medical Journal, 331*, 659–661.
- 46 Donaghy, M., O'Brian, S., Onslow, M., Lowe, R., Jones, M. & Menzies, R. G. (2020). Verbal contingencies in the Lidcombe Program: A noninferiority trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63*, 3419–3431.
- 47 Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Ormond, T., & Schwarz, I. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders, 43*, 649–661.
- 48 Koushik, S., Hewat, S., Onslow, M., Shenker, R., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R., Harrison, L., & Wilson, L. (2019). Three Lidcombe Program service delivery options: A Phase II trial. *Journal of Communication Disorders, 82*, Article 105919.
- 49 De Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M-C. (2015). Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The RESTART randomized trial. *PLoS One, 10*, e0133758. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517884/>
- 50 Trajkovski, N., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, R., Lowe, R., Menzies, R., Jones, & M., Reilly, S. (2019). A three-arm randomized controlled trial of Lidcombe Program and Westmead Program early stuttering interventions. *Journal of Fluency Disorders, 61*, Article 105708.
- 51 Harrison, E., Wilson, L., & Onslow, M. (1999). Distance intervention for early stuttering with the Lidcombe Programme. *Advances in Speech Language Pathology, 1*, 31–36.
- 52 Wilson, L., Onslow, M., & Lincoln, M. (2004). Telehealth adaptation of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: Five case studies. *American Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 81–93.
- 53 Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., Simpson, J. A., & Jones, M. (2008). A Phase II trial of telehealth delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology, 17*, 139–149.
- 54 Bridgman, K., Onslow, M., O'Brian, S., Jones, M., & Block (2016). Lidcombe Program webcam treatment for early stuttering: A randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 59*, 932–39.
- 55 Arnott, S., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., & Block, S. (2014). Group Lidcombe Program treatment of early stuttering: A randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 57*, 1606–1618.
- 56 Lattermann, C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders, 33*, 52–65.
- 57 Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 203–214.

- 58 Franken, M. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders, 30*, 189–199.
- 59 Harrison, E., Onslow, M., & Menzies, R. (2004). Dismantling the Lidcombe Program of early stuttering intervention: Verbal contingencies for stuttering and clinical measurement. *International Journal of Language and Communication Disorders, 39*, 257–267.
- 60 Donaghy, M., Harrison, E., O'Brian, S., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., & Jones, M. (2015). An investigation of the role of parental request for self-correction of stuttering in the Lidcombe Program. *International Journal of Speech-Language Pathology, 17*, 511–517.
- 61 Rappell, N., Schmidt, D., & Rolfe, M. (2017). Rolling-group Lidcombe Program delivery. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology, 19*, 76–81.
- 62 O'Brian, S., Iverach, L., Jones, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2013). Effectiveness of the Lidcombe Program for early stuttering in Australian community clinics. *International Journal of Speech-Language Pathology, 15*, 593–603.
- 63 Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: An essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, 19*, 369–379.
- 64 Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (2003). Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression. *Psychotherapy Research, 13*, 135–151.
- 65 Thomas, C., & Howell, P. (2001). Assessing efficacy of stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders, 26*, 311–333.
- 66 Ingham, J. C., & Riley, G. (1998). Guidelines for documentation of treatment efficacy for young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41*, 753–770.
- 67 Walter, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 119–127.
- 68 Koushik, S., Hewat, S., Shenker, R., Jones, M., & Onslow M. (2011). North-American Lidcombe Program file audit: Replication and meta-analysis. *International Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 301–307.
- 69 Carr Swift, M., O'Brian, S., Hewat, S., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2011). Investigating parent delivery of the Lidcombe Program. *International Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 308–316.
- 70 Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Dredge, R., & Harrison, E. (2002). Australian speech pathologists' use of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing, 4*, 67–71.
- 71 Swift, M. C., Jones, M., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2015). Parent verbal contingencies during the Lidcombe Program: Observations and statistical modeling of the treatment process. *Journal of Fluency Disorders, 47*, 13–26.
- 72 Bonelli, P., Dixon, M., Ratner, N. B., & Onslow, M. (2000). Child and parent speech and language following the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics, 14*, 427–446.
- 73 Lattermann, C., Shenker, R. C., & Thordardottir, E. (2005). Progression of language complexity during treatment with the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology, 14*, 242–253.
- 74 Imeson, J., Lowe, R., Onslow, M., Munro, N., Heard, R., O'Brian, S., & Arnott, S. (2018). The Lidcombe Program and child language development: Long-term assessment. *Clinical Linguistics and Phonetics, 32*, 860–875.
- 75 Onslow, M., Stocker, S., Packman, A., & McLeod, S. (2002). Speech timing in children after the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics, 16*, 21–33.
- 76 Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders, 37*, 31–40.

- 77 Park, V., Onslow, M., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R., Block, S., Wilson, L., Harrison, E., & Hewat, S. (2020). Predictors of Lidcombe Program treatment dropout and outcome for early stuttering. *International Journal of Language and Communication Disorders, 56*, 102–115.
- 78 Hayhow, R. (2009). Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology, 11*, 20–25.
- 79 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, 35*, 70–84.
- 80 Onslow, M., Harrison, E., Jones, M., & Packman, A. (2002). Beyond-clinic speech measures during the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing, 4*, 82–85.
-