

دليل برنامج لدمك العلاجي

أغسطس 2020



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

ترجمة:

د. مرام الخالدي
كلية العلوم الحياتية – جامعة الكويت

د. عبدالرحمن بن ابراهيم العقيل
مستشفى قوى الأمن - المملكة العربية السعودية

نظرة عامة

مسائل مهنية

المختصون الممارسون المؤهلون

ينحصر تطبيق برنامج لدمك 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)، 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 لدمك تم اعتماده من قبل النقابات والجمعيات المهنية في العديد من دول العالم^{1,2,3}.

ملاحظة هامة

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

اتحاد مدربي برنامج لدمك

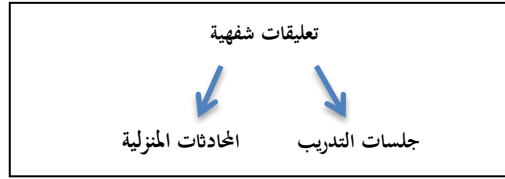
يوفر اتحاد مدربي برنامج لدمك تدريباً متخصصاً على استخدام البرنامج⁴. يتوزع أعضاء الاتحاد في 13 دولة ويتوفر التدريب في بلدان أخرى أيضاً. يستغرق هذا التدريب يومين ويحوي محاضرات نظرية وتدريب عملي كما يشمل في الغالب متابعة لاحقة.

علاج سلوكي

برنامج لدمك هو برنامج علاج سلوكي يستهدف مشكلة التأتأة عند الأطفال. أثناء تطبيق برنامج لدمك، لا يُطلب من الأطفال تغيير طريقة كلامهم المعتادة كما لا يُطلب من الأسرة تغيير نمط حياتها ولا يغير الأهل نمط كلامهم المعتاد أو عادات الكلام واللغة بأي شكل من الأشكال. المطلوب من الأهل فقط أن يقوموا بالتعليق على طلاقة كلام الطفل كما هو موضح في هذا الدليل. يطبق الأهل، أو من يقوم برعاية الطفل، برنامج لدمك العلاجي بإشراف وتدريب مستمر من قبل مختص مؤهل.

تحفيز الأهل للأطفال بتقديم تعليقات شفوية محددة

يشير مصطلح "تعليقات الأهل الشفهية" إلى تعليق الأهل بعد تأتأة طفل أو بعد كلامه بدون تأتأة. يقدم الأهل تعليقات شفوية لطفلهم خلال جلسات التدريب وأثناء المحادثات التلقائية.



قياس التأتأة

يتم القياس المنتظم لشدة التأتأة لدى الأطفال خلال تطبيق برنامج لدمك باستخدام مقياس تقدير الشدة بحيث أن: 0 = لا يوجد تأتأة، 1 = تأتأة خفيفة للغاية و 9 = تأتأة شديدة للغاية*. يستخدم الأهل والمختصون مقياس الشدة (SR) خلال برنامج لدمك.

زيارة الأهل الأسبوعية للعيادة

خلال كل زيارة أسبوعية - والتي تستمر من 45 إلى 60 دقيقة - يدرّب المختص ولي الأمر على كيفية تطبيق العلاج ويتحقق أن ذلك يتم بشكل صحيح. سيتم في جزء لاحق من دليل العلاج هذا شرح لما يحدث أثناء كل زيارة للعيادة وبأي ترتيب.

أهداف العلاج خلال المرحلتين الأولى والثانية

الهدف من برنامج لدمك خلال المرحلة الأولى أن يتكلم الطفل دون أي تأتأة إطلاقاً أو مع تأتأة طفيفة، والهدف من المرحلة الثانية أن يستمر ذلك لفترة طويلة (أي توقف التأتأة أو وجود تأتأة لكنها طفيفة جداً).

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

مصدر المواد

تم توفير نموذج الكروني لقياس شدة تأتأة الطفل وكتيب عن العلاج بعدة لغات يمكن للأهل تنزيلهما من الموقع الإلكتروني لاتحاد مدربي برنامج لدم⁵ وكذلك من الموقع الإلكتروني لجمعية التأتأة الاسترالية⁶. كما تتوفر في هذا الدليل قائمة بالأسئلة السريرية التي يمكن للمختصين استخدامها للتحقق من تنفيذهم للعلاج على النحو المحدد⁷. تم أيضاً في ملاحق هذا الدليل توفير مخطط قياس تقدير الشدة (SR) وقائمة الأسئلة السريرية.

قياس التأتأة

مقياس تقدير شدة التأتأة

أهداف تقديرات الشدة

يتم استخدام تقديرات الشدة (SRs) لقياس تأتأة الأطفال داخل وخارج العيادة. إن سهولة استخدام تقديرات الشدة تجعلها وسيلة سريعة وفعالة للمختصين وأولياء الأمور للتواصل فيما بينهم حول شدة تأتأة الأطفال. كما أن التقييم المستمر باستخدام تقديرات الشدة (SRs) يمكن من التقدم للوصول لأهداف برنامج لدم العلاجية. إذا لم يكن التقدم مرضياً، ستقوم درجات تقديرات الشدة بتنبية المختص مما يمكنه من حل المشكلة. ويعد حل المشكلات هذا واتخاذ القرارات اللاحقة جزءاً روتينياً من برنامج لدم، والذي يتركز معظمه على تقديرات الشدة. من المفيد أن يشرح المختص للأهل أهمية تقديرات الشدة خلال الزيارة الأولى للعيادة ويكرر التذكير بذلك طوال فترة العلاج ببرنامج لدم.

أخيراً، ترشد تقديرات الشدة أولياء الأمور والمختصين بالآلية المناسبة لتقديم تعليقات الأهل الشفهية. على سبيل المثال، قد يرغبون في تقديم التعليقات الشفهية 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 الأهل تقديرهم لشدة كلام الطفل (SR) وذلك كل يوم، كما يحدد المختصون تقدير الشدة في كل زيارة للعيادة. 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 طريقة مرنة لقياس شدة التأتأة. يسجل ولي الأمر يومياً تقديرات الشدة على مدى يوم كامل لتعكس حالة كلام الأطفال المعتاد لهذا اليوم. وحيث أنه لا يمكن لولي الأمر سماع حديث طفله طوال اليوم، فمثلاً لا يمكن سماعه عند تواجد في الروضة أو الحضانة. ففي مثل هذه الحالات، يحدد ولي الأمر تقديرات الشدة فقط على أساس الكلام الذي يسمعه خلال اليوم.

يمكن استخدام الاختلافات في تقديرات الشدة إذا اعتقد المختص أنها قد تكون مفيدة، حيث تقاس الشدة عادةً مرة في الصباح ومرة بعد الظهر. قد يرغب المختصون في أن يستخدم الأهل 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 بدقة⁸ وأن تقديراتهم للشدة مقارنة جداً لتقديرات المختصين¹⁰⁹. 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 الكترونياً:

ليس من الضروري أن يحضر ولي الأمر نسخ ورقية مكتوبة بخط اليد لتقييم الشدة (SR) إلى العيادة كل أسبوع. حيث أن من عيوب هذه تعبئة النسخ الورقية أنها لا تمكن المختص من معرفة ما إذا كان ولي الأمر يتبع التعليمات بشكل صحيح ويسجل الدرجات نهاية كل يوم. فأحياناً لا يلتزم ولي الأمر بالتعليمات ويتأخر بضعة أيام في تسجيل النتائج. يمكن تجنب هذه المشكلة، إلى جانب تجنب الحاجة إلى نسخ ورقية عبر استخدام نموذج قياس شدة تلثم (SR) الطفل الإلكتروني⁶.

و خيار آخر هو أن يرسل ولي الأمر تقديرات شدة التأتأة إلى المختص كرسائل عبر الهاتف على فترات منتظمة، يومياً مثلاً أو كل بضعة أيام. كما يوجد خيار ثالث بأن يرسل ولي الأمر صور لمخطط تقديرات الشدة خلال الأسبوع أو قبل كل زيارة لليادة. يمكن للمختصين أيضاً استخدام هذه الخيارات للحصول على تقديرات شدة التأتأة في الحالات التي يكون فيها ولي الأمر غير قادر على حضور جلسة العيادة.

تدريب الأهل على تقدير شدة التأتأة

يتم تدريب ولي الأمر على استخدام تقديرات الشدة خلال الزيارة الأولى للعيادة. 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 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 خلال مراحل العلاج اللاحقة ستكون شدتها متدنية جداً ، وسيكون هناك هامش خطأ أقل في الاستخدام السريري للمقياس. كما سيتم نقاشه لاحقاً (انظر المرحلة الثانية صفحة 15).

أثناء الزيارة الأولى للعيادة، 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 الزيارات 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 زيارة العيادة 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^{11 12} يستخدم ثلاث فئات رئيسية - الحركات المتكررة، الوضعيات الثابتة، السلوكيات الغريبة - وسبع فئات فرعية لوصف أنواع لحظات التأتأة. تعد مناقشة أنواع لحظات التأتأة في كلام الطفل جزءاً مفيداً من زيارة العيادة، لأن التحسن السريري الذي يعكسه تراجع 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 الأهل الشفهية الخاصة بالكلام الخالي من التأتأة إيجابية تماماً وداعمة وممتعة.

المدح

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



يعلّم المختص ولي أمر الطفل على المدح عندما يتكلم طفله 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 بطريقته الخاصة حيث أن لكل ولي أمر أسلوب مختلف، كما أن الأطفال يحبون تلقي المدح 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

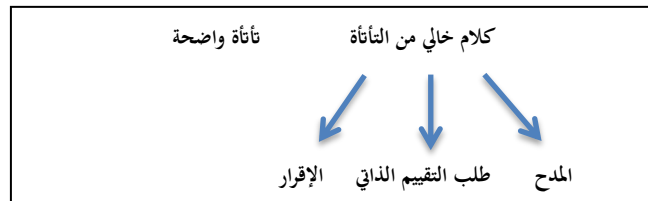
تعليق ولي الأمر اللفظي الثاني على كلام الطفل الخالي من التأتأة هو طلب التقييم الذاتي.



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 سلساً؟" و"نتوقع الرد "نعم"، أو "هل كان هناك أية عثرات؟" و"نتوقع 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.



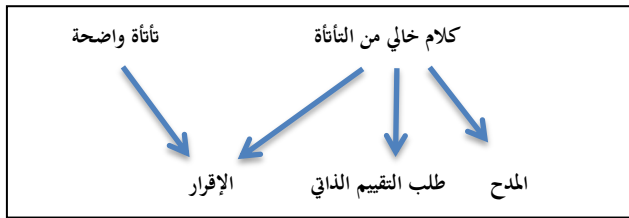
الفرق بين هذا التعليق والتعليقين اللفظيين السابقين هو أنه لا يقيم كلام الطفل بأي شكل من الأشكال. الإقرار على الكلام الخالي من التأتأة عبارة عن وصف للواقع وليس تعليق ايجابي على كلام الطفل وهذا ما يجعله مختلفاً عن المدح على الكلام الخالي من التأتأة ومن أمثلة الإقرار على الكلام الخالي من التأتأة أن نقول للطفل "كان هذا سلساً" و "لا يوجد كلمات متعثرة". ويختلف أيضاً عن المدح وطلب التقييم الذاتي لأنه 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، ونظراً لاختلاف الأطفال فسوف يحتاجون لتلقي تعليقات شفهية على التأتأة بطرق مختلفة.

الإقرار

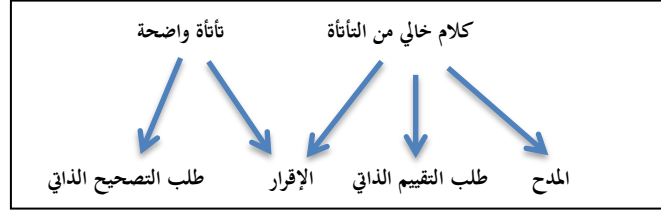
التعليق الشفهي الأول على التأتأة الواضحة هو الإقرار.



كما هو الحال عند استخدام التعليقات الشفهية التي تقر بوجود الكلام الخالي من التأتأة، فإن هذا التعليق الشفهي ليس تقييماً على الإطلاق. 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 هنا له فائدة سريرية حيث يمكن استخدامه بطريقة موجزة لا تؤدي إلى تعطيل تدفق المحادثة.

طلب التصحيح الذاتي

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



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 إعطاء التعليقات 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 الأهل الشفهية الاختيارية

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

المدح لقاء التقييم الذاتي التلقائي على الكلام الخالي من التأتأة

أولهما عندما يمدح الطفل نفسه على كلامه الخالي من التأتأة. أحياناً ضمن برنامج لدمك يقوم الأطفال الأكبر سناً ممن هم في سن ما قبل المدرسة بتقييم كلامهم بشكل تلقائي على أنه خالي 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 الأهل 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.

*يقصد بذلك أن التأتأة واضحة في كلام الطفل ولا لیس فيها

قد لا يكون من المفيد الثناء على الطفل عند قيامه بالتقييم الذاتي التلقائي لكلامه المصحوب بتأتأة، فلا يناسب مدح الطفل مثلاً إذا قال "لقد تأتأت بالكلام". والسبب أن مثل هذا المدح قد يربك الطفل إذا قدمه الأهل بعد لحظة تأتأة. إذا قام الطفل تلقائياً بتقييم التأتأة، يمكن للأهل تدوين ملاحظة وإخبار المختص في الزيارة التالية للعيادة. بطبيعة الحال، قد يكون هذا أمراً مرغوباً فيه، وبالتالي قد يكون علامة على أن مراحل العلاج وفق برنامج لذكم تسير بشكل جيد.

المدح لقاء التصحيح الذاتي التلقائي.

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

أمثلة على تعليقات الأهل الشفهية

يحتوي الجدول الآتي أمثلة لبعض التعليقات الشفهية التي يمكن للأهل تقديمها .

<u>كلام خالٍ من التأتأة</u>	
"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 طلب التقييم الذاتي
"حديث سلس" "كان ذلك سلساً" "كلام سلس مرة أخرى".	الإقرار

تأتأة واضحة

الإقرار	"يوجد تعثر لكنه بسيط "
	"لقد كان ذلك متعثراً قليلاً فقط".
	"كانت تلك كلمة عالقة."
طلب التصحيح	"هل يمكنك محاولة ذلك مرة أخرى؟"
الذاتي	"هل يمكنك قول [كلمة فيها تأتأة]"
	بسلاسة؟"
	"تأكد ما إذا كنت تستطيع نطق ذلك بلا تأتأة"

قواعد أساسية خاصة بتعليقات الأهل الشفهية

قم أولاً بتعليم الأهل كيفية استخدام التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة

لا يقوم المختص بتعليم الأهل على كيفية استخدام التعليقات الشفهية دفعة واحدة. يتم في البداية تعليم الأهل على استخدام التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة كي يشعر الأطفال بالراحة مع العلاج. ومن ثم يتم تطبيق تعليقات الأهل الشفهية على التأتأة عند التأكد من استعداد الأطفال لذلك. من المنطقي سريرياً البدء بتقديم التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة لأنها ايجابية مقارنةً بالتعليقات الشفهية على التأتأة.

تأكد من استخدام الأهل للتعليقات الشفهية بشكل صحيح

على المختص التأكد من أن الأهل يطبقون تعليماته فيستخدمون التعليقات الشفهية بشكل صحيح. وفي كل زيارة للعيادة، يشرح الأهل للمختص كيف استخدموا التعليقات الشفهية مع الطفل خلال الأسبوع السابق، ويوجه المختص بملاحظاته. يمكن للأهل تسجيل صوت (أو فيديو) يحوي أمثلة لاستخدامهم للتعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب المنزلية ويطلعون المختص عليها أثناء زيارة العيادة. كما يمكن للمختص أن يشاهد استخدام الأهل للتعليقات الشفهية في العيادة. في كلتا الحالتين، يقدم المختص ملاحظاته البناءة، ثم يشاهد الأهل وهم يطبقون التعليقات الشفهية آخذين بالاعتبار تلك الملاحظات التوجيهية. إن تقديم الأهل للتعليقات الشفهية بشكل خاطئ سبب شائع لعدم تقدم الأطفال بالشكل المتوقع خلال مرحلة العلاج الأولى. يمكن لهذه المشكلة أن تستمر وتقوض العلاج إذا لم يكتشفها المختص بالملاحظة المباشرة لأداء ولي الأمر.

التعليقات الشفهية على التأتأة مخصصة للحظات التأتأة الواضحة

التعليقات الشفهية على التأتأة في برنامج لدم مخصصة للحظات التأتأة الواضحة. إذا كان لدى الأهل أي شك فيما إذا كانت حالة عدم الطلاقة هي في الواقع تأتأة، فعليهم أن لا يستخدموا التعليقات الشفهية. في بداية البرنامج العلاجي سيحدث مع الأطفال الكثير من لحظات التأتأة التي لا لبس فيها كل يوم، وسيجد

الأهل الكثير منها للتعامل معه. عادةً ما يصبح تقديم التعليقات الشفهية بسبب حالات التأناة الواضحة مشكلة في نهاية المرحلة الأولى، ويحدث ذلك عندما تكون تقديرات الشدة عند الأطفال متدنية 0 أو 1؛ أي عندما لا يوجد أي تأناة أو هناك تأناة خفيفة للغاية في معظم الأيام.

اعتبارها تجربة إيجابية للطفل

يجب أن تكون جميع التعليقات الشفهية تجربة إيجابية للطفل، سواء كانت على الكلام الخالي من التأناة أو على التأناة. يجب أن لا تكون هذه التعليقات ثابتة أو مكثفة أو هجومية. من الضروري تحديد متى يمكن اعتبارها تجربة غير إيجابية، أو حتى توقع متى قد تكون كذلك ومنعها. من الضروري بالنسبة لبعض الأهل تقديم التعليقات الشفهية ببطء وعناية للتأكد من أن الطفل يتلقى تعليقات شفوية داعمة وممتعة. وإلا سيكون من الواضح أثناء زيارات العيادة أن الطفل غير مستمتع بالعلاج. يجب أن يكون انطباع الطفل عن التعليقات الشفهية أنها ممتعة وصحيحة. وكقاعدة رئيسية، يجب أن تكون التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأناة أكثر بكثير منها على الكلام الذي يحوي تأناة.

اطلب من ولي الأمر تقديم أكبر عدد ممكن منها

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 بالتأناة وأن التجارب السريرية تظهر أن برنامج لدم، الذي يعتمد على تعليقات الأهل 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، يجب أن تقدم التعليقات الشفهية أثناء المحادثات التلقائية عدة مرات كل ساعة في الأوقات التي يتواجد فيها الأهل مع الطفل.

التأكد أنها دقيقة

ومن الضروري أن يقتنع المختص بقدرة الأهل على تقديم التعليقات الشفهية بدقة أثناء وجودهم بالعيادة قبل قيامهم باستخدامها على أرض الواقع. يجب أن يتأكد المختص من قدرة الأهل على التمييز بين لحظات التأناة الواضحة والكلام الخالي من التأناة. من الضروري أيضاً التأكد أن الأهل يقدمون التعليقات الشفهية مباشرةً بعد الكلام الخالي من التأناة أو الكلام بتأناة. التأخر في تقديم التعليقات الشفهية أو عدم الدقة في تقديمها يجعلها أقل فاعلية. في كل زيارة للعيادة يحتاج المختص إلى مراقبة كيفية تقديم الأهل للتعليقات الشفهية للتأكد أنها فورية ودقيقة سواء أثناء وجودهم في العيادة أو من خلال التسجيلات.

التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب

ما هي التعليقات الشفهية؟

استخدام التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب يتيح للأهل 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 والأهل 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 يسمح للأهل بتعلم 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^{13 14}. وقد تم الحصول على نفس هذه النتائج عندما أجريت البحوث على الأطفال^{15 16 17 18 19 20 21 22 23 24}. يمكن للأخصائيين استخدام هذه المعلومات لتعليم الأهل طريقة لتقليل حدوث لحظات التأتأة التي تحدث أثناء جلسات التدريب. يمكن للأهل تطبيق ذلك عن طريق منح الأطفال خيارات التحدث مستخدمين جمل مختلفة الطول وذات مستوى تعقيد نحوي مختلف: من الاستجابة بكلمة وكلمتين إلى استخدام العبارات الطويلة. يتخذ المختص مثل هذه القرارات بناءً على شدة التأتأة أثناء التدريب.

قد تتضمن الطرق التي تهدف إلى تقليل التأتأة أثناء جلسات التدريب تبادل الأدوار، وتقليد الكلمات، وإكمال الجملة، والأسئلة المغلقة، والأسئلة ذات الاختيار الثنائي. قد يتأثر طول وتعقيد كلام الطفل أيضًا بكون موضوع الحديث حقيقياً أو تخيلياً. من الأمثلة على الموضوعات "الحقيقية" الحديث عن الكتب والألعاب التي يلعبها الطفل؛ ومن الأمثلة على الموضوعات التخيلية تلك التي تحدث أثناء لعبة "تخيل أنك" أو عند مناقشة حدث مستقبلي. يقوم المختص بتعليم الأهل مثل هذه الإجراءات لضمان تقليل حدوث التأتأة أثناء جلسات التدريب.

يتطلب اختيار النشاط لكل جلسة تدريب دراسة متأنية. قد تكون بعض الألعاب أو الأنشطة مثيرة بطبيعتها للطفل، وبالتالي قد تزيد من فرصة حدوث التأتأة. لذلك فينصح باختيار ألعاباً وأنشطة أقل تحفيزاً وهذا بدوره سيزيد الكلام الخالي من التأتأة عند هؤلاء الأطفال ويكون ذلك في بدايات المرحلة الأولى، أو عندما يكون تقدير الشدة عالياً.

إن مهمة الأهل الأساسية أثناء جلسات التدريب هي استخدام الطرق الموضحة أعلاه بشكل مستمر لضمان تعزيز الكلام الخالي من التأتأة. من الضروري أن يغير الأهل الطرق وطريقة استخدامها أثناء جلسات التدريب فلا تكون جلسات التدريب متشابهة دائماً. الهدف أثناء جلسة التدريب هو أن يكون أغلب كلام الطفل خالياً من التأتأة ولكن في نفس الوقت يتكلم الطفل بتلقائية ولا ينتقي الكلمات السهلة فقط.

يجد المختصون أن الحالات التالية تمثل تحدي أكبر أثناء جلسات التدريب:.

- عندما يعاني الطفل من تأتأة شديدة

- عندما يتحدث الطفل عن موضوعات تجريدية أو خيالية بالتفصيل وبإطالة
- عندما لا يشعر الأهل 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 ليجاد حلول لها.

عدد تكرار جلسات التدريب

يقوم المختص عادةً بتوجيه الأهل 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 الأهل 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 وأهله 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 من غير تشتيت انتباهه.

التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة أثناء جلسات التدريب يمكن أن يضاف لها تشجيع غير لفظي إذا اعتقد المختص أن ذلك سيكون مفيداً. ومثل ذلك تقديم الملصقات والطابع والرسم على الصفحة واستخدام المكعبات. لا يمكن بطبيعة الحال استخدام مثل هذه الأدوات 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 لدم 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 الأهل 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 الأهل الاستفادة من الفترات التي تتراجع فيها شدة التأتأة تلقائياً خلال كل يوم ليقوموا بتقديم تعليقاتهم الشفهية.

من الأمثلة على المحادثات التلقائية مع الأطفال، والتي يقدم فيها الأهل عادة تعليقات شفوية، 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 تقدم 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 الأهل العلاج، ولفترة معينة، أثناء جلسات التدريب وأثناء 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 الأهل تعليقات شفوية 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 الأهل تعليقات شفوية أثناء جلسات التدريب والمحادثات التلقائية، قد يوجه المختص إلى القيام بالعديد من التغييرات في عدد ونوع التعليقات الشفهية التي يقدمها الأهل 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 لدمك العلاجي. أحد الدراسات⁴⁸ أظهرت أن نصف الأطفال ظهر لديهم تأتأة مؤقتة 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 تآتأة الطفل أثناء المحادثة بشرط أن لا يؤدي ذلك لزيادة التآتأة. يقوم الأخصائي بإبلاغ ولي الأمر عن التوقيت المناسب لتقليل التعليقات الشفهية. علماً بأن تحديد التوقيت المناسب يعتمد على كل من قياسات شدة تآتأة 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 جلسات علاجية متتالية يفصل بين كل منها أسبوع.

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

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

المحافظة على مستوى التقدم

أظهرت الدراسات فائدة كبيرة لتطبيق برنامج متابعة يهدف للمحافظة على نتائج العلاج²⁵. برنامج المتابعة يعني أن ولي الأمر وطفله يستمران في زيارة العيادة لفترات متباعدة وتزيد تباعداً مع مرور الوقت: جلستين يفصل بينهما أسبوعين، ثم جلستين يفصل بينهما 4 أسابيع، ثم جلستين يفصل بينهما 8 أسابيع، وأخيراً جلسة أو جلستين 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 لديهم²⁶.

عندما يلاحظ الأخصائي علامات أولية لانتكاسة ورجوع للتآتأة أثناء زيارات العيادة في المرحلة الثانية فالمطلوب من ولي الأمر استعادة مستوى منخفض من التآتأة (RS) لا يزيد 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 التآتأة لا يزيد عن 0 - 1 فعلى ولي الأمر الإتصال بالأخصائي وأخذ رأيه قبل حضور الجلسة العلاجية القادمة في المرحلة الثانية.

مشكلة شائعة في المرحلة الثانية

عندما يتجاوز الأطفال المرحلة الأولى ويصبح كلامهم طليقاً بحيث لا يحوي تأتأة أو يحوي تأتأة 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 قد يؤدي إلى الإنتكاسة وعودة التأتأة. من الضروري في المرحلة الثانية الإستمرار في التعقيب اللفظي على كلام الطفل عندما لا يحوي كلامه تأتأة وكذلك عند حدوث تأتأة واضحة. أحد الباحثين أجرى دراسة مطولة⁴⁸ تابع فيها نتائج العلاج وخلصت الدراسة إلى ضرورة أن يشجع الأخصائيون أولياء الأمور على التنبه والإستماع المستمرين لأي علامة من علامات التأتأة والتي قد تحدث أثناء أو بعد المرحلة الثانية من العلاج.

زيارات العيادة في برنامج لكم

زيارات العيادة في المرحلة الأولى

يزور ولي الأمر والطفل أثناء المرحلة الأولى العيادة مرة بالأسبوع. تستغرق زيارة العيادة عادة ما بين 45 - 50 دقيقة. تحتوي زيارة العيادة على 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:

يقوم الأخصائي بالتأكد أن ولي الأمر يقيس شدة التأتأة بشكل صحيح كما تم ذكره سابقاً (انظر تدريب الأهل 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:

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

- 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 تحدث 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) يقدم ولي الأمر جلسة تدريب:

- يقدم ولي الأمر جلسة تدريب ليرى الأخصائي كيف كان يعلق على كلام الطفل أثناء الأسبوع. 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:

- 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.

(7) خاتمة الزيارة

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

زيارات العيادة في المرحلة الثانية

تستغرق كل زيارة للعيادة في المرحلة الثانية حوالي 30 دقيقة. يطلع الأخصائي في بداية كل زيارة على تسجيل ولي الأمر لشدة التأتأة (SR) 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. 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 وولي الأمر عدد التعليقات الشفهية التي تم استخدامها أثناء المحادثة التلقائية منذ الزيارة الماضية.

إذا وجد الأخصائي أن الطفل قد حقق المهارات المطلوبة فيرتب لانتقاله للخطوة التالية من خطوات برنامج المتابعة للمحافظة على نتائج العلاج. ولا ينصح بالانتقال إلى خطوة تالية إذا لم يحقق الطفل هذه

الأهداف. 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 يونيو 2020

نظرة عامة

أثبتت دراسات علمية مستقلة فاعلية برنامج لدكم وأنه أكثر برنامج شامل لعلاج التأتأة لدى الأطفال^{27 28 29 30 31 32 33}. وقد نفذت هذه الدراسات على أطفال في الدول الآتية (أستراليا-بريطانيا-نيوزيلاندا-الولايات المتحدة الأمريكية-كندا-هولندا-السويد-ماليزيا-الكويت وإيران). أحد هذه الدراسات³⁴ أجريت على 134 طفل تم اختيارهم عشوائياً بحيث أن نصفهم تم علاجهم باستخدام برنامج لدكم 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 لدكم لم يكن لديهم تأتأة أو لديهم تأتأة بسيطة جداً (النسبة المئوية لشدة التأتأة أقل من 1%SS) أكثر ب 7.5 مرات من الأطفال الذين لم يتلقوا العلاج ببرنامج لدكم.

سوف يتم تقديم بعض نتائج هذه البحوث هنا لكن تفاصيل جميع الدراسات التي تثبت فاعلية برنامج لدكم تم وضعها على الموقع الإلكتروني لجمعية التأتأة الاسترالية وكذلك في قسم مستقل من الموقع الإلكتروني لتجمع مدربي ليدكم³⁵.

التجارب الاكلينيكية

الأصل الاكلينيكي للطرق العلاجية المستخدمة في برنامج لدكم

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^{36 37}. والدراسات التي استمد منها برنامج لدكم أظهرت أن استخدام التعليقات الشفهية خيار ناجح اكلينيكي^{38 39 40}.

نموذج الزيارات الأسبوعية التقليدي

تم تطوير برنامج لدمك ليناسب النموذج التقليدي بعمل زيارات أسبوعية للعيادة. يصف هذا الدليل طريقة تنفيذ النموذج التقليدي. أول تجربة لتطبيق هذا البرنامج التقليدي نشرت في عام 1990⁴¹. تبع ذلك ثلاث دراسات غير عشوائية على المرحلة الثانية من العلاج^{42 43 44} ودراسة واحدة عشوائية على المرحلة الثالثة من العلاج⁴⁵. أحد التقارير تابع الأطفال الذين تم علاجهم خلال هذه الدراسات لمدة تراوحت بين 3 و 7 سنوات⁴⁶. في دراسة ذات ثلاث أبعاد⁴⁷ تم إجرائها على مرحلة التدريب الثانية تم مقارنة النموذج التقليدي بعمل زيارة اسبوعية مع كل من نموذج زيارتين في الأسبوع ونموذج زيارة واحدة كل أسبوعين. أظهرت هذه الدراسة أن نتائج زيارة كل اسبوع مقارنة لنتائج زيارة كل أسبوعين. أحد الدراسات العشوائية⁴⁸ قارنت بين نتائج العلاج بعد 18 شهر عند استخدام نموذج الزيارات 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 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.

نماذج العلاج عن بعد والعلاج الجماعي

يوجد حتى اليوم أربع دراسات للعلاج عن بعد. دراسة لتطبيق المرحلة الأولى⁵⁰ ودراسة لتطبيق المرحلة الثانية على عينة غير عشوائية⁵¹ ودراسة لتطبيق المرحلة الثانية على عينة عشوائية⁵² ودراسة لتطبيق المرحلة الثالثة على عينة عشوائية⁵³. ومع التطور في مجال التصوير عبر النت ومع نشر دراسات تطبيق برنامج لدمك عن بعد، فمن المتوقع أن يصبح تطبيق برنامج لدمك عن بعد أحد الخيارات العلاجية. أظهرت دراسة منشورة لتطبيق البرنامج على عينة عشوائية أن تطبيق برنامج لدمك في جلسات علاج جماعي كان له نفس فاعلية تطبيقه بشكل فردي كما أنه أقل كلفة⁵⁴.

الدراسات الإكلينيكية العشوائية

بالإضافة للدراسات العشوائية المنضبطة فيوجد دراستين إكلينيكية عشوائية طبق فيها جزء من برنامج لدمك وتم مقارنة النتائج بنتائج أطفال لم يطبق البرنامج عليهم^{55 56}. أحد هذه الدراسات قارنت برنامج لدمك بنموذج الإحتياجات والإمكانات العلاجي⁵⁷. أما الدراسة الأخرى فقد استطلعت تأثير التعليقات الشفهية على فاعلية العلاج^{58 59}.

ولم تقتصر المعلومات عن فاعلية برنامج لدمك على تخصص اضطرابات التخاطب بل تجاوزت إلى تخصصات صحية أخرى^{60 61}.

* Demands Capacities Model (DCM)

دراسات نقل التجربة

نقل التجربة يقصد به القدرة على نقل نتائج الدراسات الاكلينيكية إلى الممارسة الإكلينيكية في العيادة. نموذج استخدام برنامج لدمك للعلاج الجماعي⁵⁶ تم نقله إلى الممارسة الاكلينيكية في العيادة بنجاح⁶². كما ثبت نجاح نقل تجربة برنامج لدمك في دراسة أخرى⁶³ حيث قام 31 أخصائي تخاطب مدربين تدريب عادي في استراليا باستخدام برنامج لدمك لعلاج التأتأة لدى 57 طفل في مرحلة ما قبل المدرسة⁴. وبعد 9 أشهر من بدء البرنامج العلاجي كانت النسبة المئوية لشدة التأتأة (SS%) 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 لدمك 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 لدمك حصلوا عند تطبيق البرنامج في العيادة على نتائج مقارنة لنتائج الدراسات الاكلينيكية.

بحث أساسي

دقة العلاج يقصد بها أن العلاج يطبق كما خطط له. وهذا أمر يجب العناية به عند تطبيق أي برنامج علاجي بشكل عام^{64 65} وعند تطبيق برامج علاج التأتأة بشكل خاص^{66 67}. وهذا ما يميز برنامج لدمك عن كثير من برامج علاج التأتأة والتي قد تفتقر للدقة⁶⁸. وهذه خمس دراسات استنتجت دقة برنامج لدمك العلاجي وركزت هذه الدراسات على بعض تطبيقات البرنامج العلاجية^{65 69 70 71 72}.

أوضحت كثير من الدراسات فاعلية برنامج لدمك العلاجي. وبالطبع فإن التغيير في لغة ولي الأمر أو الطفل بعد برنامج العلاج ليس أحد نتائج العلاج المستهدفة^{73 74}. كما أن التغييرات في صوت الطفل أو نغمة حديثه ليس أحد نتائج العلاج المستهدفة⁷⁵. أثبتت الدراسات أن برنامج لدمك هو برنامج علاجي آمن إذا طبق بطريقة صحيحة⁷⁶ وليس له تأثيرات سلبية، كأن يسبب قلق لدى الطفل أو يؤثر على علاقة ولي الأمر بطفله.

وفرت دراستين معلومات عن تجارب أولياء الأمور مع برنامج لدمك^{77 78}. وتعتبر هاتين الدراستين مرجعاً جيداً لمن يريد أن يقرأ عن البرنامج العلاجي قبل تطبيقه على أرض الواقع.

عدد الزيارات المطلوبة في المرحلة الأولى

تم استخلاص المعلومات الخاصة ببرنامج لدمك العلاجي من عدد كبير من الدراسات، منها خمس دراسات تم فيها مراجعة ملفات الأطفال المستفيدين^{10 71 79 80 81} وأربع دراسات سريرية^{44 50 55 56} ودراسة متابعة للنتائج⁸² ودراسة نقل تجربة⁶⁵. شملت تلك الدراسات ما مجموعه 868 طفل. استنتجت هذه الدراسات أن الطفل يحتاج لما معدله 16 زيارة للعيادة لينتقل للمرحلة الثانية من العلاج وأن قياس أولياء الأمور لمعدل شدة التأتأة (SR) لدى الطفل نقص بمعدل الثلث بعد 4 أسابيع من العلاج⁸³.

تتعلق مدة العلاج بالأخصائي 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 زيارات العيادة هو ما بين 11-23 زيارة.

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

البحوث المتعلقة بالعملية العلاجية

في الوقت الحالي ومع كثرة البحوث التي درست برنامج لكم 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 تنفيذ برنامج لكم العلاجي^{84 85 86}.

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.

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)	نعم	لا	لا ينطبق
القياس			
توضيح الأسباب			
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، I 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"/>	
الدقة	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"/>	
هل استطاع ولي الأمر التعرف على تأتأة واضحة بشكل صحيح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل استطاع ولي الأمر التعرف على كلام خالي من التأتأة بشكل صحيح؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
المصادقية	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"/>	
الإلتزام	نعم	لا	
هل أحضر ولي الأمر سجل بحوي تقييمه لشدة التأتأة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل سجل ولي الأمر شدة التأتأة في جميع الأيام؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
تفسير النتائج	نعم	لا	لا ينطبق
هل راجعت سجل تقييم شدة التأتأة (SR) كل أسبوع لتحديد ما إذا كان هناك ظاهرة معينة في النتائج، وإذا وجدت فلأي 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"/>	
التطبيق	نعم	لا	لا ينطبق
(الإجابات تكون للشهر الماضي)			
إجابات عامة عن التعليقات الشفهية			
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؟
مهارات ولي الأمر	لا	لا ينطبق	لا	نعم	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يقدم ولي الأمر معظم التعليقات الشفهية للكلام الخالي من التأتأة؟
		<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"/>	هل يقوم ولي الأمر بتنوع الكلمات التي يستخدمها في التعليقات الشفهية؟
		<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"/>	هل يبدو الطفل مستمتعاً بالتعليقات الشفهية للكلام الخالي من التأتأة؟
			لا	نعم	المقدار
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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؟
			لا	نعم	تقديم التعليقات الشفهية
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 شفوية 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؟
					(الإجابات تكون للشهر الماضي)
					التعليقات الشفهية أثناء جلسات التدريب
تقديم التعليقات الشفهية	لا	لا ينطبق	لا	نعم	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يبدو الطفل مستمتعاً بالنشاط؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل استطاع ولي الأمر إدارة الجلسة العلاجية وكان في نفس الوقت منتبهاً لكلام الطفل؟
		<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"/>	هل عدل ولي الأمر من نوعية التواصل للوصول إلى شدة تأتأة أقل؟
		<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 التفاني في الحديث؟
			<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"/>	<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"/>	إذا كان ولي الأمر قد استخدم محفزات عينية فهل كان ذلك بسبب أن استخدامها كان ضرورياً؟
			لا	نعم	الاستمرارية:
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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؟
					(الإجابات تكون للشهر الماضي)
					التعليقات الشفهية أثناء الحديث التلقائي
		لا ينطبق	لا	نعم	تقديم التعليقات الشفهية:
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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؟
		لا ينطبق	لا	نعم	الاستمرارية:
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ذكر ولي الأمر أن التعليقات الشفهية كانت تقدم على مدار اليوم

			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ذكر ولي الأمر أن التعليقات الشفهية على الكلام الخالي من التأتأة كانت تعطى 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؟
ذكره 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
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. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0383
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. Lidcombe Program Trainers Consortium (2018). Resources. Retrieved from http://www.lidcombeprogram.org/?page_id=280
6. Australian Stuttering Research Centre (2020). Lidcombe Program materials. Retrieved from <https://www.uts.edu.au/research-and-teaching/our-research/australian-stuttering-research-centre/asrc-resources/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. Ingham, R. J. (1980). Modification of maintenance and generalization during stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Research, 23*, 732–745.
26. 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.
27. Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
28. Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed). Clifton Park, NY: Delmar.
29. Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology Research and Behavior Management, 6*, 9–19.
30. 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.
31. 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.
32. 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*, e448-e462
33. 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.
34. 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.

35. Onslow, M. (2020). *Stuttering and its treatment: Eleven lectures*. Retrieved from <https://www.uts.edu.au/research-and-teaching/our-research/australian-stuttering-research-centre/resources/resources>
36. 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.
37. 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.
38. Christensen, J., & Lingwall, J. (1982). Verbal contingent stimulation of stuttering in laboratory and home settings. *Journal of Fluency Disorders, 7*, 359–368.
39. 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.
40. Reed, C., & Godden, A. (1977). An experimental treatment using verbal punishment with two preschool stutterers. *Journal of Fluency Disorders, 2*, 225–233.
41. 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.
42. Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 55*, 405–416.
43. 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.
44. Lincoln, M., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*, 51–58.
45. 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.
46. 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.
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*, 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*, 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*, 932-939.
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. O'Brian, S., & Onslow, M. (2011). Clinical management of stuttering children and adults. *British Medical Journal, 342*, 35–38.
62. Onslow, M., & O'Brian, S. (2013). Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health, 49*, e112–e115.
63. Rappell, N., Schmidt, D., & Rolfe, M. (2017). Rolling-group Lidcombe Program delivery. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology, 19*, 76–81.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. Thomas, C., & Howell, P. (2001). Assessing efficacy of stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders, 26*, 311–333.
68. 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.
69. Walter, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 119–127.

70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. 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.
76. 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.
77. 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.
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. Kingston, M., Huber, A., Onslow, M., Jones, M., & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: Replication and meta-analysis. *International Journal of Language and Communication Disorders, 38*, 165–177.
81. Jones, M., Onslow, M., Harrison, E., & Packman, A. (2000). Treating stuttering in young children: Predicting treatment time in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43*, 1440–1450.
82. Guitar, B., Kazenski, D., Howard, A., Cousins, S. F., Fader, E., & Haskell, P. (2015). Predicting treatment time and long-term outcome of the Lidcombe Program: A replication and reanalysis. *American Journal of Speech-Language Pathology, 24*, 533–544.
83. Miller, B., & Guitar, B. (2009). Long-term outcome of the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology, 18*, 42–49.
84. 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.
85. 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.

86. 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.
87. 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