



فصل

برنامجاً درمان

اصول درمان

۱. ارزیابی جامع و تشخیص دقیق اختلال گفتاری موجود صورت گیرد.
۲. اهداف درمانی خاص شناسایی و معین گردد.
۳. درمان متناسب با سطح فکری، سن، پاسخ‌دهی و نیازهای گفتاری مراجع باشد.
۴. مداخله از اصول یادگیری عامل پیروی کند و مراجع به‌عنوان یک شرکت‌کننده فعال در فرایند یادگیری نقش داشته باشد.
۵. درمان باید ساختارمند و متمرکز باشد.

ارزیابی

اهمیت انجام یک ارزیابی جامع از تمام جنبه‌های ارتباطی کودک را نمی‌توان نادیده گرفت. به‌ویژه برای کودکان خردسال، درمانگر باید رویکردی کل‌نگر داشته باشد و کل کودک را در ارتباط با محیط وی به‌جای تمرکز انحصاری بر نقص فیزیکی وی در نظر بگیرد. عوامل و فاکتورهای مرتبط با ناهنجاری‌های ساختاری باید در نظر گرفته شوند، اما تا زمانی که تشخیص افتراقی به دست نیامده، نباید ذهن درمانگر را محدود شود و به سمت‌وسوی معینی برود.

تاریخچه‌گیری

کودکان مبتلا به شکاف کام ترمیم شده معمولاً در سن هجده‌ماهگی یا دوسالگی توسط یک متخصص گفتار و زبان ارزیابی گفتاری می‌شوند و سپس در سنین سه، پنج، ده و پانزده‌سالگی (برای بازبینی اهداف بالینی) مجدداً ارزیابی می‌شوند. با این حال، ممکن است از یک درمانگر که در انجمن یا مؤسسه مرتبط با شکاف لب و کام کار می‌کند، خواسته شود کودکی با شکاف کام ترمیم شده یا کودکی با شکاف زیر مخاطی تشخیص داده نشده را در هر سنی ویزیت کند.

علاوه بر اطلاعاتی که به طور معمول در مصاحبه اولیه به دست می‌آید، عوامل دیگر مانند: ماهیت و وسعت نقص اصلی، زمان و نوع هرگونه عمل جراحی هم باید در نظر گرفته شود. در کودکان خردسال کسب اطلاعات جزئی در مورد تغذیه دوران نوزادی مفید است. زیرا مکیدن ضعیف یا بازگشت^۱ شیر از بینی هنگام تغذیه از علائم بارز ناکارآمدی دریچه کامی - حلقی^۲ است.

گفت‌وگو با والدین در حین انجام تاریخچه‌گیری به درمانگر کمک می‌کند تا بینشی در مورد برداشت والدین، مراقب و یا مراجع درباره وضعیت شکاف کام به دست بیاورد (راسل ۱۹۹۸)^۳. نتایج ارزیابی شنوایی نیز اطلاعات مفید و ضروری را برای درمانگر فراهم می‌کند. البته همه کودکان دارای شکاف کام باید به طور منظم معاینه شنوایی و غربالگری معمولی دوران رشد را انجام دهند.

بررسی رشد مهارت‌های ارتباطی

پس از انجام تاریخچه‌گیری، درمانگر برای انجام ارزیابی، با استفاده از تست‌های رسمی و غیررسمی به منظور بررسی تمام زمینه‌های ارتباطی و رشدی اولیه اقدام می‌کند. برای کودکان در سنین پایین‌تر، مواردی مثل: بازی، مهارت‌های غیرکلامی، درک کلامی، واژگان، نحو، معناشناسی، تولید، رشد آواشناختی و واج‌شناختی و مهارت‌های ارتباطی بررسی می‌شود. باید روش‌های ارزیابی متناسب با سن هر مراجع معین شود. ارزیابی اولیه، باید حیطه‌هایی را که نیاز به ارزیابی عمیق‌تری دارند را مشخص کند.

تست Great Ormond Street Speech Assessment که توسط سل و همکارانش در سال ۱۹۹۴ و تست Cleft Audit Protocol for Speech - Augmented, CAPS-A توسط جان و همکاران ۱۹۹۹ ابداع شده‌اند و روش‌های غربالگری هستند که به طور خاص برای توصیف ویژگی‌های گفتاری مرتبط با شکاف کام و ناکارآمدی دریچه کامی - حلقی ایجاد شده‌اند. این تست‌ها بالینی هستند و شیوه‌های کارآمدی برای صرفه‌جویی در زمان درمانگر هستند که وی را قادر می‌سازند تا ویژگی‌های گفتاری را که نیاز به بررسی بیشتری دارند شناسایی کند. علاوه بر این‌ها می‌توان از این روش‌ها برای اندازه‌گیری پیشرفت مراجع در طول زمان درمان و مقایسه مراجعین مختلف استفاده کرد.

1 regurgitation

2 velopharyngeal incompetence

3 Russell

هنگامی که ارزیابی اولیه نشان داد مشکلات گفتاری خاصی وجود دارد، باید علاوه بر ارزیابی دهانی و بررسی توانایی تولید، یک تجزیه و تحلیل کامل از مهارت‌های آواشناختی و واج‌شناختی مراجع انجام شود. این نوع شیوهٔ آنالیز مراجعین شکاف کام در آزمون آلبری و راسل (۱۹۹۰)^۱ و گرونول (۱۹۹۳)^۲ توصیف شده است.

ارزیابی دهانی

برای توصیف ویژگی‌های گفتاری مرتبط با نقص فیزیکی آشکار، ارزیابی دهانی، به‌عنوان ارزیابی اولیه انجام می‌شود. دستورالعمل‌های جامع مرتبط با ارزیابی دهانی در تست The Great Ormond Street Speech Assessment توسط سل و همکاران در سال ۱۹۹۴ وجود دارد؛ ولی در صورتی که این ارزیابی در دسترس نبود، مواردی که در ادامهٔ فصل ذکر می‌شوند، باید ارزیابی شوند. شما برای این کار به یک قلم نوری، دستکش یک‌بار مصرف و یک نگهدارندهٔ زبان^۳ یک‌بار مصرف نیاز دارید.

سر و صورت

آیا ویژگی بدشکلی در صورت وجود دارد؟ برای مثال، صورتی که بیان حالات مختلف عاطفی را ندارد و یا گوش‌های فنجانی شکل پایین‌تر از حد معمول می‌تواند با سندرم ولوکار دیوفیشیال مرتبط باشد. (به صفحه ۲ مراجعه کنید)

1 Albery and Russell

2 Grunwell

3 disposable tongue depressor

لبها

با تکنیک‌های جراحی که در حال حاضر انجام می‌شوند، لب‌هایی با شکاف ترمیم شده، به‌ندرت دچار بی‌حرکی می‌شوند و صداهای دولبی تحت‌تأثیر قرار نمی‌گیرند، اما در صورتی که مراجع یک بدشکلی شدید در فک داشته باشد، امکان دارد بستن لب‌ها برای او دشوار باشد.

دندان‌ها

آیا تعداد دندان در خط شکاف نرمال است؟ و یا بدشکلی کلاس ۳^۱ (معمولاً به دلیل رشد ناکافی ماگزینا) یا این‌بایت قدامی^۲ وجود دارد؟ هر یک از این موارد ممکن است به طور خاص روی بیان حروف سایشی، مانند /s/، یا همخوان‌های دولبی تأثیر بگذارد.

سخت‌کام

آیا سخت‌کام باریک‌تر از حالت معمولی است؟ سخت‌کامی که باریک شده است، ممکن است موقعیت طبیعی زبان را برای همخوان‌های لثوی محدود کند. آیا فیستول وجود دارد؟ بسیاری از فیستول‌ها کوچک‌تر از آن هستند که روی گفتار تأثیر بگذارند؛ اما گاهی اوقات می‌توانند باعث خروج هوا از بینی شوند و یا بسته به موقعیتشان، باعث مشکل در تولید صداهای /t, d, s, z/ شوند. در بعضی از موارد هم باعث می‌شوند، این همخوان‌ها خلفی شوند و در موقعیت کامی تولید شوند.

1 Class 3 malocclusion

2 Anterior open bite

نرم کام

آیا زبان کوچک دوشاخه^۱ یا منطقه روشن^۲ در کام وجود دارد؟ این موارد ممکن است نشان‌دهنده ناپیوستگی در عضلات کام باشند.

آیا در این ناحیه فیستول وجود دارد؟ وجود فیستول در نرم‌کام غیر معمولی است، اما ممکن است در صورت وجود، منجر به خروج هوا از بینی^۳ یا پرخیشومی^۴ شود.

زبان

حرکات زبان را بررسی کنید. اگرچه این مشکل به شکاف کام مربوط نمی‌شود؛ اما امکان دارد قراردادن نادرست زبان برای برخی از همخوان‌ها وجود داشته باشد.

لوزه‌ها

اگر لوزه‌ها خیلی بزرگ باشند ممکن است در حرکات کام اختلال ایجاد کنند و گاهی اوقات هم باعث کاهش فشار هوای داخل دهانی و ایجاد کیفیت صدای «سیب‌زمینی داغ»^۵ شوند.

در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر درمان

هنگام برنامه‌ریزی برای درمان، شناسایی هر عاملی که بتواند بر اثربخشی درمان و نتیجه برنامه درمانی اثرگذار باشد، مهم است. این عوامل شامل: ناهنجاری‌های ساختاری، اختلال شنوایی، انگیزه،

1 bifid uvula

2 lucent zone

3 nasal emission

4 Hyper nasality

5 hot potato