

الكتاب الأبيض للتدخل المبكر الكتاب الأبيض للتدخل المبكر

وثيقة 2000/55



وزارة الشغل
و الشؤون الاجتماعية

الجمعية الملكية للإعاقة

الكتاب الأبيض للتدخل المبكر

الكتاب الأبيض للتدخل المبكر

المؤلف: الإتحاد الإسباني لجمعيات أخصائيي التدخل المبكر (GAT)

وثائق 55 / 2000 (مذكرة تأسيسية)

الناشر: الجمعية الملكية للإعاقة.

العناية بالنشر و التوزيع: المركز الإسباني للتوثيق حول الإعاقة.

شارع سيرانو رقم 140، ر.ب. 28006 - مدريد.

الهاتف 914115500 - الفاكس: 914115502

البريد الإلكتروني: cedd@futurnet.es - www.cedd.net

الطبعة الأولى: ماي 2000 - 1000 نسخة

الطبعة الثانية: سبتمبر 2000 - 1000 نسخة

الإعادة الأولى للطبع: دجنبر 2000 - 1000 نسخة

الإعادة الثانية للطبع: مايو 2001 - 500 نسخة

الإعادة الثالثة للطبع: سبتمبر 2001 - 1000 نسخة

الإعادة الرابعة للطبع: فبراير 2002 - 2000 نسخة

الإعادة الخامسة للطبع: أبريل 2003 - 2000 نسخة

الطبعة الثالثة: سبتمبر 2005 - 1500 نسخة

مطبعة ARTEGRAF - سبستيان كوميس، 5 - 28026 - مدريد

NIPO: 214 - 05 - 012 - 9

الإيداع القانوني: 2000 - M. 23.526

الترجمة إلى العربية: تيسير بن عبود

المراجعة و التصحيح: جمعية حنان - تطوان

الفهرس :

التقديم

المقدمة

1. تعريف التدخل المبكر

2. أهداف التدخل المبكر

3. مستويات العمل في التدخل المبكر

1.3 المستوى الأول للوقاية في التدخل المبكر

2.3 المستوى الثاني للوقاية في التدخل المبكر

3.3 المستوى الثالث للوقاية في التدخل المبكر

4. المجالات الرئيسية للعمل

1.4 مراكز نمو الطفولة و التدخل المبكر.

2.4 الخدمات الصحية.

3.4 الخدمات الاجتماعية.

4.4 الخدمات التربوية.

5. أعمال داخل الجهة المستقلة

6. التنسيق بين مختلف المؤسسات.

7. البحث

8. التكوين.

9. المبادئ الأساسية للتدخل المبكر.

◇ الملحقات :

أ. قانون عن التدخل المبكر

ب. عوامل الخطر البيولوجي و الاجتماعي.

ت. الاختلال و الاضطرابات في النمو

◇ قائمة المتعاونين .

تقديم

جاء صدور الكتاب الأبيض للتدخل المبكر في شهر مايو 2000، تتويجا لجهود سنوات عديدة من العمل قام بها فريق التدخل المبكر (GAT)، المشكل من عدد كبير من الخبراء. لأول مرة في وطننا تم التوصل إلى اتفاق علمي متعدد الفروع لمختلف التخصصات المتصلة بهذا الميدان، بمشاركة مختلف الجهات المستقلة ومختلف القطاعات التي تتلاقى في ميدان الوقاية، مسجلا بذلك حدثا تاريخيا غير مسبوق.

بعد أن مرت خمس سنوات على تاريخ الصدور، من طرف الجمعية الملكية للإعاقة، و بعد أن تم إجراء تسع عشرة تظاهرة مؤسسية لتقديم الكتاب في مختلف أنحاء البلاد، وجدت هذه الوثيقة صدق واهتماما كبيرين، إذ وزع منها 8500 نسخة، منها ما صدر باللغة الانجليزية وبلغت غَلِيسيا وكطلونيا. (Gallego y Catalán).

يعد هذا المؤلف أداة بالغة الدقة و ضرورية لفهم و معالجة التدخل المبكر. فبالإضافة إلى مساهمته في تقوية الإجماع الاحترافي حول التدخل المبكر، قد منح له انتشارا هاما، تجسد في انطلاق فرق عمل متعددة القطاعات و في تصميم خطط دقيقة للتدخل المبكر في عدد هائل من الجهات المستقلة، و بشكل متواز تمت زيادة الموارد الديدانكتيكية للتدخل المبكر، كما صار مرجعا لإنجاز أدوات تقنية و إقامة برامج تكوين و تخصص احترافي.

إن التدخل المبكر معترف به عالميا كمجموعة من الأعمال الموجهة للوقاية والرعاية الاجتماعية للأطفال الذين يوجدون في وضعية الخطر أو الذين يظهرون إعاقة ما. لكنه في نفس الوقت، مجموعة من التدخلات بهدف ضمان الشروط و الاستجابة العائلية أمام ظروف في مختلف الأوساط الحيوية. إن الكتاب الأبيض للتدخل المبكر قد وضع الخطوط الرئيسية التي يجب أن يسير على نهجها هذا التدخل، متحولا بذلك إلى إطار مرجعي أساسي بالنسبة إلى المبادئ، والتنظيم ومهام التخطيط، و التوجيه و الاستجابة الكفأة للأطفال و الأسر.

إن اضطرابات النمو لها مضاعفات جد خطيرة على الفرد، و الأسرة، و المجتمع، مما يستوجب على السلطات العمومية تقديم إجابة تَحولُ، قدر الإمكان، دون التمييز والمحدودية الناتجين على المشاكل التي يعاني منها الأطفال المعاقون وأسرهم أو المهددون بخطر الإصابة بها. إن التزام مجتمعنا لحماية الطفولة، خاصة مع هؤلاء الذين يعدون في حالة خطر الإصابة باختلال في النمو، يستوجب عليه إشراك جميع القطاعات الاجتماعية لأنه قبل كل شيء موقف حضاري وتضامني. بذلك يتم ضمان تعويض التفاوتات الفردية وحق تحقيق نمو تطوري طبيعي، قدر الإمكان، و عيش كامل و مستقل.

لابد من الاعتراف بالمساهمات الجليلة التي قدمتها الحركة الجمعوية في وطننا في مجال العناية بالأشخاص المعاقين. فبفضل مساهماتها تم تحقيق تقدم هام في تطبيع و اندماج الأشخاص المعاقين. وبشكل خاص شكلت جمعيات آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات، و جمعيات الأخصائيين دعامة أساسية لتصير رعاية الأطفال المحتاجين لها حقيقة تجعلنا نحس بالارتياح والرضا. غير أنه لابد من الاستمرار في التقدم في البحث، و في مراقبة عوامل الخطر، و في التشخيص المبكر، و الإحالة المناسبة، و تحسين الإجراءات الوقائية، و الرعاية الاجتماعية التي تسمح بتحسين المظاهر البيولوجية، و السيكلوجية، و الاجتماعية، و التربوية، لتقوية القدرة على النمو و العيش الرغد و جودة حياة الأطفال في سنواتهم الأولى و أسرهم.

نحن في الجمعية الملكية للإعاقة لدينا اهتمام خاص بكل ما يخص الطفولة المعاقة. لذلك لابد من الإشارة إلى أن الجمعية الملكية، منذ تأسيسها، قدمت دعمها لكل المبادرات التي تمت حول التدخل المبكر، و ستستمر في دعم كل تلك التي ستتم مستقبلا.

إني أهنيئ و أقدر كل الذين أعدوا و تحملوا و أخرجوا هذا المشروع الطموح، إنه فريق التدخل المبكر (GAT) رائد الإتحاد الاسباني لجمعيات أخصائيي التدخل المبكر، فبفضل مجهوده المشكور تتوفر للإدارات العمومية، و للجمعيات، وللأخصائيين، وختاما لجميع القطاعات المعنية برعاية الطفولة، أداة ثمينة لتطوير عملها.

ختاماً، أرجو أن تصير الطبعة الثالثة للكتاب الأبيض للتدخل المبكر مهمازاً يحفز إدارات الجهات المستقلة على السير قدماً في تحسين القوانين و الموارد الديدكتيكية لهذا النوع من التدخل وليشرع الذين يفتقدون هذه الأجهزة في تقديم هذه الخدمات للأطفال و الأسر التي تحتاجها.

Amparo Valcarce García
كاتبة الدولة للمصالح الاجتماعية،
والأسر و المعاقين.
كاتبة عامة للجمعية الملكية للإعاقة

مقدمة

إن نمو الطفل عملية ديناميكية، جد معقدة، تستند على التطور البيولوجي، و النفسي والاجتماعي. إذ تشكل السنوات الأولى من عمر الطفل مرحلة وجود حاسمة لأن فيها تتكون كفايات أو مهارات الاستيعاب، والسلوك والحركة، والمعرفة، و اللغة، و الوجدان، ثم الكفاية الاجتماعية التي تؤدي كلها إلى تفاعل متوازن مع العالم المحيط.

إن التدخل المبكر، انطلاقاً من المبادئ العلمية التي يتأسس عليها: طب الأطفال، و طب الجهاز العصبي، و طب النفس و علمه، و علم التربية، والترويض الطبي، و علم اللغة، إلخ، ترمي إلى منح الأطفال ذوي العجز أو المهددين بالإصابة به، مجموعة من المواقف التفأؤلية و التعويضية، التي تسهل النضج المناسب في جميع المجالات وتسمح ببلوغ أقصى مستويات النمو الشخصي و الاندماج الاجتماعي.

بعد أن مرت ثلاثة عقود على بداية اشتغال مراكز التدخل المبكر (المعروفة سابقاً بمراكز الإنعاش المبكر) لابد من إيجاد قانون مختص يتناول إشكالية هذا القطاع و يضع له تخطيطاً مناسباً في جميع أرجاء الدولة. تأسست **مجموعة التدخل المبكر (G.A.T.)** بهدف صياغة، بشكل توافقي، **الكتاب الأبيض للرعاية المبكرة**. هذه الوثيقة يجب أن تكون مرجعاً للإدارات العمومية، للأخصائيين، للجمعيات وللأسر، لتسمح بتجاوز عدم التنسيق المؤسسي و تحل العجز الحاصل على مستوى التنظيم و الموارد. إن مجموعة التدخل المبكر **G.A.T.** لها مندوبون أخصائيون موزعون في مختلف الجهات المستقلة، كما تتمتع بدعم جمعية الوقاية و رعاية الأشخاص المعاقين، و بدعم الكنفدرالية الإسبانية للمنظمات العاملة لصالح الأشخاص المتخلفين عقلياً (**FEAPS**) والمنظمة الوطنية للمكفوفين الاسبان (**ONCE**) وغيرها من الهيئات الأخرى.

إن وضع التدخل المبكر في الجهات المستقلة يشهد متغيرات هائلة وتفاوتاً كبيراً، نتيجة تعدد مستويات الاختصاص الموكول من طرف الإدارة المركزية لمصالح الجهات المستقلة؛ فبينما يتمتع بعضها بشبكة من المراكز المدعومة، تبقى الأخرى دونها أو دون بنية تحتية أساسية. إن خريطة موارد التدخل المبكر يجب أن توفق بين الفوارق الإقليمية و نماذج العمل، بوضع قطاع مركزي يستغل شبكة المراكز

الموجودة ويخلق المراكز الضرورية في الأماكن التي تفتقدها، حتى يوفر للسكان المحتاجة هذا النوع من الرعاية والخدمات الوقائية.

إن حصر صلاحيات و مسؤوليات مختلف مصالح الإدارة المركزية و الجهات المستقلة يجب أن يتحدد و يتبلور داخل إطار قانوني يضع حدودا للصلاحيات والقرارات قصد تنظيم القطاع. إن الإحداثيات الموضوعة لهذا الغرض، من لدن الإدارة الأوروبية، يجب أن تصير مرجعا ملزما قصد تحقيق معيار مناسب لهذا السياق أو الواقع الجديد. إن إلتحاقنا بالمجموعة الأوروبية قد شكل للقطاعات الاقتصادية والإنتاجية دفعة حاسمة، كذلك لقطاعي الصحة و التربية. هذا التقدم يجب أن يستغل أيضا لحث أو دفع التدخل المبكر حتى ينال كامل الشرعية.

إن إدارات الجهات المستقلة عليها أن تحقق كفاية عالية في التخطيط، و في عقلنة التدبير والتمويل، برصد العجز الحاصل في كل منطقة بالنسبة للتدخل المبكر، ومدتها بالموارد الضرورية قصد ضمان تلبية مناسبة لكل احتياجات أولئك الأطفال. كذلك يجب على الإدارات المذكورة أن تستفيد من التقدم العلمي واقتراحات أو مساهمات الأخصائيين، و الباحثين و المؤسسات و جمعيات الآباء الذين يواجهون إشكالية التدخل المبكر، قصد استيعاب تلك الحلول التي قد تحسن تلك الجوانب التي لازالت تشهد نقصا.

إن الأموال المخصصة لتمويل مراكز التدخل المبكر غير كافية وتلزم بكل استعجال زيادة في المنح المالية حتى نتساوى مع الحصص المخصصة لهذا الغرض من لدن دول محيطنا الأوروبي. علينا ألا ننسى أن العديد من معوقات التقدم يمكن أن تتفادى إذا تمت معالجتها في الوقت المناسب، الأمر الذي يعني تحسنا ملموسا في مستوى العيش، ليس فقط للذين كابدوها و إنما أيضا للمجتمع برمته، و لذا يعد التدخل المبكر أحد الأسباب نظرا لمردوده الاقتصادي، و الاجتماعي و الشخصي.

تتم الإشارة في هذه الوثيقة إلى مجموعة من المفاهيم كالتنسيق، والجودة، والشمولية، وتعدد التخصصات. كل ذلك لا يمكن تطبيقه دون متابعة و تنسيق بين كل المؤسسات الإدارية العمومية والخاصة المعنية برعاية الطفل و أسرته باعتبار الأول محور كل الممارسات. لا توجد أية حجة تقنية أو غيرها تبرر إيقاف الممارسات لعوامل ظرفية مثل تاريخ عيد الميلاد، متاعب مادية عائلية، مكان الإقامة أو الانتماء

الإداري إلى مقاطعة أو أخرى. إن هؤلاء الأطفال المحتاجين إلى التدخل المبكر من حقهم أن تتوفر لهم الموارد اللازمة لعلاجهم دون تمييز و بغض النظر إلى كونهم ولدوا في جهة مستقلة أو أخرى، أو داخل نفس الجهة المستقلة، في مناطق تفتقد تلك الموارد. هذا يعني ضرورة ضمان مبدأ تساوي الفرص لقطاع من الساكنة، قد يكون معدما و مؤهلا لخطر الإعاقة حيث الأطفال مهيوون أكثر من غيرهم.

إن التنظيم الحالي للإدارة العمومية يعتبر المصالح الصحية و الاجتماعية و التربوية مجالات مؤهلة لخدمة كل ما يتصل بالتدخل المبكر. ومن ثم لابد من إقامة نظام يقنن و يحدد العلاقات بين تلك المصالح الثلاثة، ذلك بخلق إطار قانوني مركزي و جهوي يقيم التنسيق و يحدد الممارسات المشتركة من أجل مجانية و تعميم مراكز التدخل المبكر في جميع أنحاء البلاد. وعليه فتتطلب التدخل المبكر يجب أن يسمح بما يلي:

أ. اتخاذ إجراءات وقائية

ب. الرصد المبكر لمخاطر الإعاقات.

ت. التدخل الهادف قصد تحقيق أقصى قدر من النمو الجسمي و العقلي و الاجتماعي.

إن التدخل المبكر لا يمكن اعتباره مجرد نهج إلى إعادة التأهيل، أو إجراء نفسي - اجتماعي أو عمل تعليمي، و إنما يجب أن يكون جزءا لا يتجزأ من عملية متكاملة تهدف أولا و أخيرا إلى تحقيق نمو الأطفال نموا منسجما و متكاملا مع محيطهم. لتحقيق ذلك لابد من أن تتوفر للتدخل مستويات مرضية من الكفاءة و الجودة.

ننشر هذا الكتاب ليصير مرجعا لجميع القطاعات المعنية بالتدخل المبكر: مؤسسات، جمعيات، أخصائيون، باحثون، آباء و لكل الملتمزمين بضمان تدخل مناسب لهذه الجماعة. ومن ثم يجب أن يكون وثيقة للتأمل و التفكير و التطوير. إنه نقطة انطلاق بهدف تحقيق خطوط عمل تلبي احتياجات الرعاية لجميع الأطفال في كل التراب الاسباني دون أدنى استثناء.

من البديهي أن التخطيط المناسب لهذا القطاع يقتضي التزاما سياسيا بالإجماع، يسمح بخطوة الخطوة الحاسمة للحصول على قانون يكون نموذجا عاما، ثم بعد ذلك يتم تكييفه و تطويره حسب

خصوصيات كل جهة مستقلة أو إقليم. في هذا الاتجاه، لابد من خلق لجنة مركزية للتدخل المبكر أو معهد للتدخل المبكر يسهر على تطوير الجانب التشريعي بهدف تجاوز هذا النقص التاريخي. مما يعني وضع نهج مشترك تنطلق منه كل جهة مستقلة في وضع معاييرها المميزة. فمن خلال مسطرة مركزية عامة ومنظمة يجب التنصيص، بتوجيهات فعالة و عملية، على التزام ومسؤوليات الجهات المستقلة.

إن المجتمع و الجهاز الإداري عليهما أن يتسما بالمرونة حتى تُمنح للأطفال المصابين بإعاقة ما أو المهددين بخطر الإصابة، الموارد و الوسائل الضرورية لتفاعل طفل/أسرة و لنمو قدراته. لأن الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو من حقهم أن يحظوا برعاية مجتمعنا وفقا لمبادئ البيان العالمي لحقوق الطفل. كما أن المنظمات العمومية المعنية بضمان الصحة و الرعاية الاجتماعية و التعليم لابد لها من التنسيق فيما بينها حتى تستجيب لهذه الحقوق، خاصة حين يكون هؤلاء الأطفال في وضعية عدم الرعاية و الدونية.

إن الغموض الذي يكتنف القانون المنظم و المحدد للصلاحيات فيما يخص التدخل المبكر لازال ناقصا ولا يلبي احتياجات هذا القطاع الاستراتيجي الذي يتطلع إلى توفير الموارد المناسبة التي من شأنها أن تساعد الأطفال المتعثر نموهم من تجاوزه. يجب التذكير أن الدستور الإسباني يسند للسلطات العمومية مهمة ضمان الحقوق و المساواة بين كل المواطنين. الفصلان 27 و 49 يوصيان السلطات المذكورة بنهج سياسة الاندماج و الرعاية الخاصة لكل من يحتاجها من الأشخاص المعاقين جسميا، وحسيا ونفسيا.

إن العناية بالأطفال ذوي قابلية للإصابة بنوع ما من القصور في عملية النمو تعد خير وسيلة لتجاوز الفوارق الشخصية المترتبة عن الإعاقات. فتحقيق الكفايات الخاصة بعملية النمو تجعل الأطفال في ظروف ملائمة لفهم العالم من حولهم والتكيف مع المحيط الطبيعي و الاجتماعي.

آن الأوان للتفكير و استغلال التجارب المتراكمة لوضع قواعد مستقبل التدخل المبكر. بعد هذا المسار الطويل يليق بنا أن نحدد حقوق و واجبات رواد هذه المراكز، وإقامة الخطوط العامة التنظيمية والوظيفية، وتحسين الموارد و مقارنة النماذج، والبحث، و تقوية الوقاية و إدخال تحسينات على التعامل مع الأطفال المحتاجين لها. إن هذا الكتاب الأبيض، ثمرة جهود واسعة و شاقة، يجب أن يساعد على توجيه الجهود لصالح تحسين التدخل المبكر و تحقيق حياة أفضل لأولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها.

1. تعريف التدخل المبكر

يفهم من التدخل المبكر مجموعة من التدخلات الموجهة لأطفال يتراوح سنهم بين 0 و 6 سنوات، وللأسرة، و للمحيط، بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطراب في النمو أو الذين هم في خطر الإصابة به. هذه التدخلات، التي يجب أن تتعامل مع الطفل ككل، يجب أن يتم تخطيطها من طرف فريق من الأخصائيين في التوجيه المتعدد أو المتجاوز الاختصاصات.

نمو الطفل:

يتميز نمو الطفل في السنوات الأولى بالاكتساب التدريجي لوظائف جد هامة مثل التحكم في وضعية جسمه، واستقلالية التنقل، والتواصل، واللغة الشفوية، و التفاعل الاجتماعي. هذا التطور الجد المتصل بعملية نضج جهازه العصبي، التي تبدأ وهو جنين في الرحم، و بالتنظيم الانفعالي و العقلي، يحتاج إلى بنية وراثية (جينية) مناسبة و إلى تلبية المتطلبات الأساسية للكائن البشري على المستوى البيولوجي والمستوى النفسي - الحسي.

إن نمو الطفل ثمرة التفاعل بين عوامل وراثية (جينية) و عوامل بيئية:

القاعدة الجينية: الخاصة لكل إنسان تقيم مجموعة من القدرات الخاصة بالنمو والتي لم نتمكن حتى اليوم من تعديلها.

العوامل البيئية: هي التي تعدل، وكذلك تحدد إمكانية التعبير أو انجلاء بعض المميزات الجينية. وهي عوامل ذات نوع بيولوجي و سيكولوجي و اجتماعي.

فالعوامل البيئية من النوع البيولوجي هي: الحفاظ على التوازن (homeostasis)، والحالة الصحية، وغياب عوامل مضرة بالجهاز العصبي، والظروف الضرورية لنضج ملائم.

والعوامل البيئية من النوع السيكولوجي و الاجتماعي هي: تفاعل الطفل مع محيطه، الروابط الوجدانية التي يقيمها انطلاقا من الحنان و الاستقرار في الرعاية التي يتلقاها، إدراك كل ما يحيط به (أشخاص، صور، أصوات، و حركات... إلخ) هذه الظروف، التي تعتبر احتياجات أساسية للإنسان، تعد حاسمة للنمو الانفعالي، وللوظائف التواصلية و للسلوك و لموقفه من التعلم.

إن الجهاز العصبي في الطفولة الأولى يكون في مرحلة نمو مرنة و ليونة هامة (plasticidad). فوضعية النمو تُضعف كثيرا مناعته أمام ظروف بيئية مضادة ومعادية، ولذا فأى اضطراب يحدث في الاكتساب الطبيعي لكل ما له علاقة بمراحل النمو يمكن أن يشكل خطرا على أن يكون نموه لاحقا متناغما، غير أن الليونة، (plasticidad) التي تتراجع بشكل ملحوظ في السنوات اللاحقة، تزود الجهاز العصبي بقدرة عالية على الاسترجاع و إعادة التنظيم الأساسي و الوظيفي.

إن تطور الأطفال ذوي اضطرابات في نموهم مرهون إلى حد كبير بتاريخ رصدها و بوقت بدء التدخل المبكر. كلما كان وقت حرمانه من المحفزات قصيرا تمكنت ليونة الذهن (plasticidad) من العمل أفضل و بالتالي يكون التخلف أقل. عندئذ يبقى تدخل الأسرة أمرا حاسما، كعامل ضروري يساعد على التفاعل الحسي والانفعالي و كذلك على فعالية العلاج.

اضطرابات في النمو:

إن النمو عملية ديناميكية للتفاعل بين الجسم والبيئة مما يؤدي إلى نضج الجهاز العصبي التنظيمي و الوظيفي، كذلك تطور الوظائف النفسية و تكوين الشخصية.

يجب أن يعد اضطراب النمو، كتحول واضح في مسار النمو نتيجة أحداث صحية أو ذات صلة تعرقل التطور البيولوجي، و السيكولوجي و الاجتماعي. بعض التأخر في النمو يمكن أن يعوض أو يلغى بشكل تلقائي، لأنه كثيرا ما يحدد التدخل وقتية الاضطراب.

المجازفة أو الخطر البيولوجي - الاجتماعي

يصنف في هذا الخطر أولئك الأطفال الذين خلال مرحلة ما قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها أو خلال النمو المبكر، تعرضوا لحالات من شأنها أن تؤثر على عملية النمو، مثل الولادة المبكرة، قلة الوزن أو نقص تركيز الكسجين على مستوى الخلايا (Anoxia) عند الولادة.

أما الأطفال الذين يعتبرون في حالة خطر نفسي - اجتماعي، فهم أولئك الذين يعيشون في ظروف اجتماعية غير مناسبة من شأنها أن تؤثر على عملية نموهم، مثل قلة العناية، أو الافتقار إلى تفاعلات ملائمة مع الآباء و الأسرة، أو المعاناة من سوء المعاملة و الإهمال و التعسف.

السمة العامة:

عند التخطيط للتدخل يجب الأخذ بعين الاعتبار وقت النمو و احتياجات الطفل في كل المجالات و ليس فقط النقص أو الإعاقة التي يمكن أن يصاب بها. عند التدخل المبكر يجب اعتبار الطفل في شموليته ومراعاة مظاهره الذاتية، و النفسية - الاجتماعية، و التربوية الخاصة بكل فرد، ثم المظاهر الخارجة عنه و المتصلة بالمحيط، و الأسرة، و المدرسة و الثقافة و الوسط الاجتماعي.

الفريق المتعدد التخصصات:

يتشكل هذا الفريق المتعدد من أخصائيين في مختلف التخصصات حيث يوجد فضاء جاد لتبادل المعلومات، التي من خلالها تتخذ القرارات وتستخلص الأهداف المشتركة.

الفريق المتجاوز اختصاصاته :

هو الذي يكتسب أعضاؤه معارف من تخصصات أخرى ذات صلة ويضيفونها إلى ممارساتهم. كل أخصائي في الفريق يتولى مسؤولية رعاية الطفل و أو الاتصال المباشر بالأسرة.

2. أهداف التدخل المبكر

إن الهدف الرئيسي للتدخل المبكر هو أن يتلقى الأطفال، الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو هم في خطر الإصابة به، تدخلا وفق نموذج يعتبر المظاهر البيولوجية و السيكولوجية و الاجتماعية، كل ما من شأنه، انطلاقا من الوقاية والرعاية الاجتماعية، أن يقوي قدرته على التطور و العيش الرغد و يسمح باندماجه الكلي في الوسط العائلي، و المدرسي، و الاجتماعي، و يمكنه من الاعتماد على نفسه.

إن التدخل المبكر يجب أن يستفيد منه كل الأطفال الذين يعانون من أي شكل من أشكال الخلل أو الاضطراب في النمو، مهما كان نوعه جسميا أو نفسيا أو حسيا، أو الذين يعتبرون في حالة الخطر البيولوجي أو الاجتماعي. كل التدخلات التي تتم في التدخل المبكر يجب ألا تهتم فقط بالطفل و إنما أيضا بأسرته و محيطه.

تستخلص من هذا الإطار الشاسع مجموعة من الأهداف الخاصة بالتدخل المبكر:

1. تخفيض مضاعفات عجز أو إعاقة على المجموع الكلي لعملية نمو الطفل.
2. تحسين، حسب الاستطاعة، مسار نمو الطفل.
3. إدخال الآليات اللازمة للتعويض، و إلغاء الحواجز، و الملاءمة بين احتياجات معينة.
4. تفادي أو تخفيض ظهور نقص أو آثار ثانوية أو مرافقة ناتجة عن خلل أو وضعية جد خطيرة.
5. الاستجابة و تلبية احتياجات و مطالب الأسرة و المحيط حيث يعيش الطفل.
6. اعتبار الطفل فردا فاعلا للتدخل.

3. مستويات التدخل المبكر

يستنتج من النموذج البيولوجي - النفسي - الاجتماعي للتدخل المبكر الحاجة إلى إقامة صلات بين البرامج و الخدمات التي تعمل في محيط الطفل و أسرته. فمراكز ومصالح التدخل المبكر عليها أن تؤدي أعمالها بشكل يوافق تلك الجهود الاجتماعية التي تقدمها القطاعات الإدارية الأخرى والجهة المستقلة لخدمة الصحة و التربية و الرخاء الاجتماعي. يمكن التمييز على شكل جدول بين مستويات ثلاث ينبغي أن يقوم عليها هذا التعاون.

وقاية أولية للصحة*

يعد وقاية أولية كل عمل هادف إلى الوقاية الصحية بغرض دعم الرفاهية للأطفال و أسرهم. إنها إجراءات ذات طابع كوني تتطلع لتصل إلى كل الناس. تتضمن حقوقا كالرعاية الصحية، الرخصة عن الولادة أو حالات اللجوء و التبني. كذلك يمكن أن تصنف في هذا المستوى الحقوق التي يخولها القانون الأخير قانون التصالح للحياة الأسرية و العملية (الجريدة الرسمية الإسبانية BOE نوفمبر 1999)

إن دور التدخل المبكر، عند هذا المستوى، أمام المؤسسات الاجتماعية، هو التعرف والإشارة إلى الظروف التي يمكن أن تكون هامة عند صياغة قواعد و حقوق كونية في مجال دعم و رعاية نمو الطفل. إن الكونية نفسها، و المجانية، و التبكير في التدخل المبكر، المطلوبة كلها في هذه الوثيقة، قد تكون مقياسا بالغ الأهمية للوقاية الأولية.

وقاية ثانوية للصحة

* تم تعريف الصحة من طرف المنظمة العالمية للصحة كحالة من الرخاء الجسمي و العقلي و الاجتماعي، و ليس فقط مجرد السلامة من الأمراض و الآلام. (المنظمة العالمية للصحة. المكتب الإقليمي لأوروبا: الصحة للجميع. 1985)

يتأسس هذا المستوى الثاني للوقاية على الرصد المبكر للأمراض والاضطرابات أو حالات المجازفة. و ينجز عبر برامج خاصة موجهة إلى مجموعات تصنف في حالة المجازفة بالإصابة، كالأطفال المولودين بعد فترة حمل تقل عن 32 أسبوعاً أو بوزن دون 1500 جرام، أو الأسر التي تشهد حمل مراهقين دون سن 18 سنة، ويصنف في حالة خطر اضطراب وظائفهم العضوية؛ الوحدات الأسرية التي تشهد حملاً ابتداءً من 35 سنة، و يصنف في حالة خطر الاضطراب الكروموزومي أولئك الأطفال الذين يعانون من الشلل الكلي التشنجي (tetraplegias espásticas) وخطر انخلاع عظم الحوض أو اليرقان (luxación de cadera). انظر في الملحقات تفاصيل أهم عوامل الخطر.

إن البحث في علم الأوبئة يسمح لنا بالتعرف على المجموعات المهيئة للإصابة والتي تصير موضوع رعاية خاصة تتضمن نظام إنذار اجتماعي، مثل حملات تحسيس أخصائيي مختلف الشبكات والمجتمع نفسه حتى يتم الرصد المبكر لها، كذلك مجموعة من بروتوكولات التدخل لكل واحدة من تلك المجموعات المدرجة في البرامج السابق ذكرها. في معظم هذه البروتوكولات، خاصة حين تكون عوامل الخطر بالإصابة متصلة مباشرة بالنمو، تصير مشاركة و تدخل مصالح التدخل المبكر أمراً ضرورياً.

وقاية ثلاثية للصحة

يتمثل هذا المستوى في الإجراءات الهادفة إلى التخفيف من حدة الحالات التي تعد أزمات بيولوجية - سيكلوجية - اجتماعية، كمثال على ذلك ولادة طفل بإعاقة أو ظهور اضطراب في النمو. مما يجعل تدخل مصالح التدخل المبكر أمراً حتمياً ليعمل على تفادي تجدد هذه الأزمة و يقدم حلولاً، إذ تقع على تلك المصالح المسؤولية الكلية لتفعيل عملية إعادة التنظيم في عملها مع الطفل، و الأسرة ومحيطه . أحياناً يمكن تحقيق توازن جديد بشكل يكاد يكون سريعاً، لكن أحياناً أخرى يمكن أن تحتاج إلى فترات أطول لتجاوزه، عندما تتأثر مشاريع أسرية و شخصية، وتحد، لدى أحد أفراد الأسرة، إمكانيات الحركة، والتواصل و الاعتماد على النفس. عندئذ نظراً لتعقيد هذه الوضعيات يصير تدخل فريق تعدد الاختصاصات أمراً ضرورياً.

1.3 المستوى الأول للوقاية في التدخل المبكر

إن الوقاية الأولية للاضطرابات في نمو الطفل تهدف إلى تفادي الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى ظهور عجز أو اضطرابات في نمو الطفل. إن المصالح المختصة لذلك هي بالدرجة الأولى: مصالح الصحة، والخدمات الاجتماعية و التربوية. بينما المصالح الأخرى كالعامل و البيئة لها أيضا مسؤوليات هامة في هذا المجال.

من صلاحيات مصالح الصحة: برامج التخطيط العائلي، رعاية المرأة الحامل، صحة الأمومة والطفولة، رصد مرض الخلايا (Metabolopatías) و التلقيح، الإشعار بعناصر الخطر و الوقاية منها، الرعاية الأولية لطب الأطفال والخدمات الاستشفائية والصحية عامة. بفضل الخدمات المقدمة في هذا الميدان تم القضاء عمليا على مرض تقلص الأعضاء أو شلل الأطفال (Poliomielitis)، التخفيض الجذري لبعض الأمراض الوراثية التي تصيب الجنين داخل الرحم، التخلص من شلل دماغ الأطفال الناتج عن عدم ملائمة فصيلة الدم Rh، الرصد و العلاج المبكر لبعض أمراض الخلايا (Metabolopatías)، إلخ. فالتقدم العلمي الحديث يساعد كثيرا على تفادي انتقال فيروس فقدان المناعة إلى الجنين من الأمهات المصابات به.

تحتل مصالح طب الأطفال في التدخل المبكر التي يستفيد من خدماتها كل الأطفال، منذ الولادة حتى سن 14 أو 18، مكانة خاصة في الوقاية من الاضطرابات في النمو و في حالات الخطر، لأنها موجهة لجميع الأطفال عن طريق برامج منتظمة لمراقبة و مراجعة الأطفال الأصحاء.

إن البرامج المنجزة من طرف الوحدات المختصة في الأطفال الحديثي الولادة، و طب الأطفال وجهازهم العصبي تتولى متابعة الأطفال ذوي قابلية عالية للإصابة باضطرابات عصبية - نفسية - إحساسية، باعتبارهم يشكلون فئة ذات قابلية.

إن مصالح الصحة العقلية للطفل تلعب دورا هاما في الوقاية الأولية، بتعاونها مع الفرق الصحية والتخطيط العائلي في برامج مخصصة للأمومة و الطفولة، التي عليها أن تسمح بتفادي، في العديد من الأحيان، ظهور حالات قابلية الإصابة. كذلك تشارك هذه المصالح في صياغة توجيهات و اتخاذ إجراءات لتنمية الصحة العقلية عامة و تخفيض تعرض الأطفال لحالات الحرمان النفسي الاجتماعي.

من صلاحيات المصالح الاجتماعية التدخل الموجه للوقاية من حالات قابلية الإصابة و سوء معاملة القاصر بفعل أو إهمال. فتدخل المصالح الاجتماعية ينحصر غالبا في رعاية الأسرة، لأن هذه البرامج جد هامة نظرا لدور الأسرة في تحقيق الرفاهية و النمو السليم للطفل. في هذا الاتجاه تتموضع مراكز الأمومة والطفولة.

تتدخل المصالح الاجتماعية أيضا بشكل خاص في الوقاية من اضطراب النمو الطفولي بواسطة برامج موجهة لجماعات تعد في حالة خطر قابلية الإصابة نظرا لظروف اجتماعية، مثل الأمهات المراهقات والمهاجرين وغيرهم.

من صلاحيات المصالح التربوية التدخل لدعم الطفل والأسرة من خلال مراكز التعليم الأولي، المستعملة عموما من طرف الأطفال ابتداء من سن 3 و في جزء منها في السنوات اللاحقة. بالنسبة للأطفال الذين يعدون في حالة خطر الإصابة، فإن مهمة هذه المراكز الوقائية من الاضطرابات في النمو، يمكن أن تكون أساسية لأنها تقدم لأطفال، غالبا ما يعانون من ظروف عائلية صعبة، محيطا مستقرا ومحفزا.

إن التكوين الذي يتلقاه تلاميذ و تلميذات المدارس الإعدادية، و الثانوية، ومراكز التكوين المهني، في المجالات الصحية و التربوية و الاجتماعية، خاصة في مجال التخطيط العائلي، يشكل مستوى هاما في التدخل الوقائي عبر التربية و التعليم.

إن مراكز نمو الطفل و التدخل المبكر يجب عليها المشاركة في الوقاية الأولية بالمشاركة في حملات الإعلام/ التكوين الموجهة إلى الساكنة عموما في المظاهر المتصلة بنمو الطفل و كذلك كجزء من عملها مع الأطفال المصابين باضطرابات دائمة حتى تمنع ظهور أمراض جديدة.

2.3 المستوى الثاني للوقاية في التدخل المبكر

تهدف الوقاية الثانوية في التدخل المبكر إلى الرصد و التشخيص المبكر للاضطرابات في النمو وحالات وجود خطر الإصابة.

الرصد

إن رصد الاضطرابات المحتملة في نمو الطفل يعد مظهرا أساسيا للتدخل المبكر في حدود قدرته على تشغيل آليات التدخل التي يتوفر عليها المجتمع، كلما كان الرصد أسرع كانت الضمانات أكبر لتفادي أمراض إضافية، وتحقيق تحسن وظيفي وإمكانية إجراء ضبط توافقي بين الطفل و محيطه.

يشكل الرصد المبكر لاضطرابات نمو الطفل الخطوة الحاسمة للتشخيص والتدخل الطبي. ويعد الرصد المبكر أمرا أساسيا ليتمكن من التأثير في مرحلة تكون فيها ليونة plasticidad الجهاز العصبي أكبر وإمكانيات العلاج الطبي جد فعالة. لا بد من رصد اضطرابات نمو الطفل في الوقت التي تظهر فيه مؤشراتها الأولية، وإن كان ممكنا قبل أن تتشكل الأعراض المتلازمة síndromes بشكل كامل وقار. إن رصد الإرهاصات الأولى، التي تشكل مؤشرات محتملة لاضطرابات نمو الطفل، يجب أن تكون حاضرة في العمل اليومي لجميع أولئك الذين يشتغلون مع الأطفال.

إن الرصد يجب أن يكون متبوعا، ببداية عملية التشخيص والتدخل الطبي، لكن هناك مجموعة من الظروف التي تحول باستمرار أو تمنع رصد و تشخيص اضطرابات النمو، خاصة في السنوات الأولى للمرضى النفسيين وجدانيا وإدراكيا، من بين هذه الظروف:

- النزعات التافهة و التسوية التي تترك في يد القدر مسؤولية علاج مشاكل تستحق تدخلا و تقويما جادين.
- النزعات التنقيصية التي تفسر خطأ العديد من التصرفات الغير العادية للأطفال، عند ردها بشكل قطعي إلى قصور أو سوء التربية، أو على عكس ذلك يعتبرونها استثناءات ناتجة عن عوامل فيزيائية وبيولوجية.
- رغم الاعتراف و التسليم بالمشكلة يخاف الآباء أو يترددون في خوض عملية التشخيص والعلاج الطبي لتفادي أن تعلق بالطفل صفة "المريض".
- الجهل أو نسيان وجود مشاكل مبكرة مترابطة أو متفاعلة و إنكار معاناة الطفل النفسية.
- ضرورة خلق برامج محددة لرصد و إلغاء ظروف خطر الإصابة.

كل هذه العوامل تساهم في جعل عدد كبير من الأطفال ذكورا و إناثا، الذين يعانون من اضطرابات في النمو، لا يتم رصدهم و بالتالي يبقون معرضين لتفاقم إصاباتهم و تعقيدها إذا لم يتلقوا المساعدة الطبية التي يحتاجونها. إن تجاهل العلامات المنذرة و الأعراض المبكرة للأمراض النفسية يمكن أن تتعدد و تؤدي إلى حالات التوحد، الاختلال العقلي، قصور ذهني وحسي، الاكتئاب أو الا تناسق التطوري المبكر.

في رصد اضطرابات النمو أو حالات القابلية لخطر الإصابة يمكن اعتبار عدة مراحل وعوامل.

مرحلة ما قبل الولادة

مصالح القابلة أو التوليد:

إن الوقاية الثانوية من اضطرابات نمو الطفل يجب أن تبدأ في مصالح التوليد برعاية الحامل من طرف أخصائيي التوليد (القابلة) الذين يتولون مهمة رصد حالات الخطر والإخبار، والدعم، وتقديم توجيهات إلى أمهات المستقبل (النساء الحوامل). كما يتعاونون و ينسقون، عند الضرورة، مع المصالح المختصة برعاية النساء الحوامل المعرضات للخطر البيولوجي، أو النفسي أو الاجتماعي، بهدف تقديم المساعدات الضرورية؛ طبية، و اجتماعية، و نفسية.

في مرحلة ما قبل الولادة (الحمل) يحتمل رصد عدة حالات الخطر:

أ. إن ظهور اضطراب يؤدي حتما إلى اضطراب في النمو أو إلى إعاقة لاحقة: الصلب المشقوق أو عيوب العمود الفقري، أو استسقاء النخاع الشوكي، espina bífida، الاضطراب الصبغى (الكروموزومي) cromosomopatía، التشوه الكلي أو الجزئي للأعضاء focomelia، إلخ.

- ب. ظهور خصائص أو حالات في الجنين أو في الأم، عادة ما ترتبط باضطرابات في النمو: اضطرابات بنيوية معينة للجهاز العصبي المركزي، إصابة الأم بأمراض معدية، إلخ
- ت. ظروف ذات خطر بيولوجي عال: سوابق عائلية، السن أو حالة صحة الأم، أو ظروف الحمل، إلخ.
- ث. ظروف عالية الخطر النفسي - الحسي والاجتماعي: أمهات مراهقات، آباء مصابون بأمراض عقلية، قلة الموارد العائلية، أسر متعددة المشاكل، إلخ.

إن رصد اضطرابات ذات مصدر بيولوجي مرتبطة بإعاقات سابقة، تم رصدها أثناء فترة ما قبل الولادة، يعد من مهام الفريق المتعدد الاختصاصات، المشكل من أطباء أمراض النساء، مولدين، أخصائيي الكشف بواسطة الصدى فوق الصوتي (الإيكو)، أخصائيين في علم الوراثة (الجينات)، أخصائيين في الكيمياء البيولوجية وأطباء الأطفال، إذ يتعاونون جميعاً فيما بينهم ليقدموا معلومات كافية للأسرة حول الوضعية، والتشخيص وإمكانيات الوقاية والإجراءات الممكنة اتخاذها. يجب أن يتم إخبار الأسرة بالمضاعفات المحتملة وبالحلول العلاجية وغيرها، في وقت مبكر، وبموضوعية ودون إخفاء أدنى معطى، حتى تتمكن هذه من اتخاذ القرار بحرية تامة.

عندما يتم تشخيص قصور أثناء مرحلة ما قبل الولادة و يُواصل الحمل، لا بد من تخصيص رعاية سيكلوجية للآباء، خاصة الأم خوفاً من الاضطراب الذي يمكن أن يؤثر على آصرة الأم - ابن، عند إبلاغها بنتيجة التشخيص، هذه الظروف تشكل عامل خطر لتكيف الآباء مع المولود الجديد خلال الأيام الأولى.

عندما يتبع تشخيص القصور أثناء فترة الحمل بإيقافه أو الإجهاض، يجب كذلك أن يقدم للآباء دعم سيكلوجي ذو صبغة وقائية تحسيسية بعواقب الحمل مستقبلاً.

مرحلة الولادة

مصالح المواليد الجدد (neonatología)

في الوحدات أو المصالح المختصة برعاية المواليد الجدد الذين يمثلون درجة عالية من خطر الإصابة بقصور أو اضطرابات في النمو بالنسبة لظروف جينية محددة و حالات غير مناسبة في المجال البيولوجي أو العضوي: أمراض معدية تصيب الجنين و هو في الرحم، خفة الوزن، الاختناق (hipoxia)، نزيف الدماغ و إصابات ما بعد الولادة.

إن البقاء الضروري لهؤلاء الأطفال في الوحدات الخاصة بالمواليد الجدد، تحت رقابة مكثفة و معزولين في المِحْضَنَة (incubadora)، تضيف إلى العوامل السابقة عوامل جديدة لخطر الإصابة، و هي ذات طابع بيئي و نفسي - حسي. نجد في محيط المحفزات البيئية، حالات تتردد باستمرار، كارتفاع الأصوات، و طول مدة التعرض للضوء و شدته، و عدم الحركة، إلخ. وفي المجال النفسي - الحسي نسجل كقاعدة محدودة و أحيانا فقدان الاتصال بالآباء، مما يعد محفزا اجتماعيا غير مناسب نظرا لحضور عدد كبير من المسؤولين عن الرعاية، فظروف نقص أو ارتفاع التحفيز (hipo o hiperestimulación) تتصل باحتياجات الرعاية، المراقبة و الاختبار، إلخ. يجب الأخذ بعين الاعتبار في هذا المحفز الاجتماعي، حتى لو كان الاتصال بالآباء ممكنا، أن مناسباته لاحتياجات الطفل صعبة و محدودة، نظرا لوضعية الحصار و الاضطراب الانفعالي الموجود فيها.

خلال فترة الإقامة في الوحدات الخاصة بالمواليد الجدد، أحيانا كثيرة لا يكون ممكنا التحديد بدقة التطور المستقبلي للطفل، لكن يمكن تحديد ظروف الخطر و ضرورة المتابعة التطورية. عندما تتجلى العلامات المتساوقة مع اضطراب في نموه عندئذ يتم اتخاذ الإجراءات العلاجية المناسبة و الممكنة، المنسجمة دائما مع وضعية الطفل الحيوية.

مرحلة ما بعد الولادة

مصالح طب الأطفال

إن الزيارات المنتظمة للطفل في السنوات الأولى و برامج مراقبة الطفل المعافى من لدن فريق طب الأطفال، تشكل دون شك العامل الرئيسي للرصد المبكر. فالمرقبة المباشرة للطفل والمعلومات المقدمة من الآباء، في مقابلة مفتوحة، يعبرون فيها عن قلقهم، تهدف إلى الحصول على بيانات هامة تسمح بتأكيد طبيعية نمو الطفل أو الشك في انحرافه.

يعد هذا المستوى من الرصد أساسيا لأن الأطفال الذين يعانون من مشاكل خطيرة في نموهم تكون لديهم سوابق مرضية (بطلوجية) ذات نسبة عالية تعود إلى المرحلة السابقة أو اللاحقة للولادة، وعادة ما توجد برامج المتابعة الدقيقة التي يجب عليهم الخضوع لها. تبقى فئة قليلة من الأطفال الذين يمثلون مشاكل من الدرجة المتوسطة أو الخفيفة في نموهم نظرا لسوابق مرضية خلال فترة ما بعد الولادة، لا يحتاج معظمهم إلى الخضوع لبرنامج دقيق للمتابعة. وفي مثل هذه الحالات يجب أن يتم الرصد في إطار زيارة عيادة طب الأطفال بشكل منتظم.

إن المتابعة التطورية المناسبة للأطفال عامة يجب أن تؤدي إلى رصد ملائم لاضطرابات النمو، عندما تتجلى بوضوح علامات و انحرافات في النمو تسمح بالتعرف في السنوات الأولى على تلك الاضطرابات المطابقة.

- أ. خلال العام الأول يمكن تشخيص معظم اضطرابات النمو البالغة الخطورة: أشكال حادة و متوسطة لشلل الدماغ، التخلف العقلي و عجز الإحساس.
- ب. خلال العام الثاني يمكن رصد أشكال معتدلة أو خفيفة للاضطرابات السابقة، كذلك المتصلة بطيف التوحد.
- ت. بين العامين الأولين و الرابع تبدأ بالظهور اضطرابات التخلف اللغوي، أما الاضطرابات الحركية الصغرى و السلوك عادة ما تكون حاضرة في المراحل السابقة، تصير في هذه المرحلة أكثر وضوحا وتصير سببا للاستشارة الطبية.
- ث. ابتداء من سن الخامسة يصبح العجز الذهني الخفيف، و الخلل في الوظائف الحركية الدقيقة و الخلل في وظائف حركات الوجه، إلخ. إنها حالات تبدأ بالظهور في المدرسة ابتداء من سن الخامسة، هذا إن لم يكن قد تم رصدها سابقا وهو أمر ممكن ومستحسن.

ابتداءً من الأشهر الأولى وطوال السنوات الأولى، يمكن ظهور اضطرابات انفعالية ومتراصة، كذلك اختلالات متفاعلة مبكرة، التي تتجلى باستمرار عبر اضطرابات نفسية - بدنية (سيكسوماتية) في مجال النوم والتغذية.

تتمثل وظيفة مراكز التدخل المبكر وتنمية الطفولة و فرق الصحة العقلية للأطفال في دعم فرق التعليم الابتدائي في مهمة رصد الاضطرابات في النمو الطفولي في مختلف المجالات.

يعد هاما تنسيق و تطوير البرامج المشتركة التي تسهل لأخصائيي الصحة رصد تلك الاضطرابات التي عادة ما لا يتم التنبيه لها أو يساء فهمها في مراحلها الأولى، كما هو الحال بالنسبة للاضطرابات العامة للنمو، الخلل في الوظائف التفاعلية الهامة في علاقة الآباء بالأبناء، اضطرابات التعبير البدني أو التخلف الذهني الخفيف.

المصالح التربوية

عندما يحضر الطفل أو الطفلة إلى مدرسة التعليم الأولي، فإن المعلمين و المربين يشكلون عاملا مهما لرصد ما لم يكن قد تم رصده من قبل. ففي هذه المرحلة يمكن ملاحظة مشاكل في القدرات والسلوك الأساسي للتعلم: مهارات حركية، التعايش، اللغة، مصاعب الانتباه و الفهم، محدودية معرفية أو انفعالية.

إن ظروف المدرسة الأولية و التفاعلات التي تحدث في المحيط المدرسي والمختلفة عن الوسط العائلي، تسمح، في معظم الحالات، بظهور انحرافات في العملية التطورية، عدم انضباط النمو النفسي - الحسي للطفل و / أو اضطرابات في سلوكه، نظرا لطابعها الخاص أو لقلّة خطورتها، فلا الآباء و لا رجال الصحة يمكن ألا ينتبهوا لها، ولا يتم رصدها إلا بعد أن يلتحق الطفل بالمدرسة.

عندما يرصد المربي أو المعلم إمكانية ظهور اضطراب ينقل قلقه إلى الأسرة، وانطلاقا من البيانات المقدمة من طرف الوسط المدرسي و العائلي يجب أن تقام ترتيبات أو مساطر متناسقة للملاحظة و التدخل،

كذلك الاستنتاج وإجراء زيارات عند الحاجة لطبيب الطفل أو الطفلة و لمركز نمو الطفولة و التدخل المبكر حتى يتم وضع تشخيص كامل و الشروع في التدخل العلاجي المناسب.

كذلك يمكن للوسط المدرسي رصد الأوضاع التالية: الخطر الاجتماعي، الرعاية الغير الملائمة، الحرمان من الحنان، والشك في تعرض الطفل لسوء المعاملة، نظرا لأن التنسيق في مثل هذه الحالات ضروري بين أخصائيي المصالح الاجتماعية.

المحيط العائلي

يشكل الوسط العائلي، دون شك، سبيلا هاما للرصد، ففي العديد من الأحيان يكون الآباء أنفسهم أو أشخاص لهم صلة قريبة بابنهم، نظرا لتفاعلهم اليومي والطبيعي معه هم الذين يلاحظون وجود قصور أو انحراف في سلوك ابنهم و سلوك الأطفال الآخرين.

بعد إبلاغ الآباء و الإصغاء إليهم عاملا هاما يسهل الرصد المبكر لاضطرابات النمو، وفي الوقت نفسه على طبيب الطفل أن يخصص وقتا أكبر للإصغاء إلى الآباء حتى يتمكن من تثمين نمو الطفل وتقديم الإجابات المناسبة والتخفيف من قلقهم.

المصالح الاجتماعية

إن المصالح الاجتماعية، انطلاقا من صلتها بالأسر التي تعاني من إشكاليات نفسية - اجتماعية و مع المجتمع عامة تعد في وضعية مناسبة تسمح لها برصد عوامل الخطر الاجتماعية لنمو الطفل، مثل الأسر ذوي الدخل المنخفض، والدمنة على تعاطي المخدرات، والمهمشة اجتماعيا والأمهات المراهقات.

مصالح صحية أخرى

إن الأطفال الذين لم يتم تشخيص اضطرابات نموهم عادة ما يتم عرضهم لأول مرة على مصالح صحية أخرى، عندئذ يكتشف الطبيب الأخصائي حالتهم، فتكون مناسبة للتعرف على وجود اضطراب

إجمالي في نمو الطفل، فيتم توجيه الأسرة إلى مركز نمو الطفولة و / أو المستشفى المختص قصد إجراء التشخيص الكامل لإشكاليته و الشروع في التدخل الطبي.

التشخيص

إن تشخيص الاضطراب في النمو يتمثل في التعرف على طبيعته و على أسبابه وبالتالي معرفة ما يجب فعله و الشروع في التدخل الطبي المناسب.

عند الشك في وجود اضطراب في نمو الطفل، يجب التفكير أساسا في إجراء تشخيص شاسع، تراعى فيه مختلف المجالات و المستويات، لأن الإشكالية التي يعاني منها تكون، في معظم الحالات، متعددة و تؤثر على مجالات مختلفة و ذات أصل متعدد العوامل: ثمة تفاعل عوامل جينية، مظاهر صحية، رعاية نفسية - وجدانية وظروف الوسط بصفة عامة.

إن تشخيص الصعوبات التي يظهرها الطفل ستكون النتيجة التي ستأخذها بعين الاعتبار، بشكل شامل، مختلف التشخيصات الجزئية و محددات التشخيصات الرئيسية و الثانوية.

مجالات التشخيص

إن التشخيص في التدخل المبكر يجب أن يراعي المجالات البيولوجية، والسيكولوجية، والاجتماعية، والتربوية، و تكون ضرورية مشاركة الأخصائيين في مختلف المواد و المجالات: طبية، نفسية، تربوية و العلوم الاجتماعية.

مستويات التشخيص

يجب عند تشخيص الاضطرابات مراعاة ثلاثة مستويات: الوظيفية، والأعراض المتلازمة وأسباب الإصابة.

التشخيص الوظيفي

يشكل التشخيص الوظيفي التحديد النوعي و الكمي للاضطرابات أو الإختلالات الوظيفية. كما يشكل البيانات الأساسية المساعدة لفهم إشكالية الطفل، بالإضافة إلى اعتبار التفاعل العائلي وتفاعل محيطه الثقافي، وقدراته وإمكانية تطورها. بذلك يكون التشخيص الوظيفي ضروريا لتنتم صياغة الأهداف وتحديد استراتيجيات التدخل.

التشخيص المتلازمي

يتشكل التشخيص المتلازمي من مجموعة من العلامات أو الأعراض التي تحدد مرضا معينا. عادة ما يسمح لنا التعرف على متلازمة أو على مجموع أعراضها بمعرفة نوعية البنيات (العصبية، و النفسية أو الاجتماعية) المسؤولة عن الاضطراب و يوجهنا إلى أسبابه. هذا النوع من التشخيص يوجهنا نحو المجالات التي علينا أن نستقي منها البيانات حتى نقيم تشخيصا لأسباب المرض، كما يساعدنا على معرفة هل هي حالة مرضية قارة، أو مؤقتة أو تطويرية؟، ثم هل هي ذات أساس عضوي أو بيئي؟.

التشخيص الإيتيولوجي (علم أسباب المرض)

إن هذا النوع من التشخيص هو الذي يخبرنا عن أسباب الاضطرابات الوظيفية أو أسباب المتلازمة المشخصة، سواء كانت ذات طبيعة بيولوجية أو نفسية - اجتماعية.

في كل الحالات سنحاول تحديد أسباب الاضطرابات المشخصة، مستحضرين دائما احتمال تعدد عواملها، ولذا يتم التعامل على نطاق واسع مع المظاهر البيولوجية، والسيكلوجية، والتربوية، والمحيط عموما.

فبالنسبة لإشكاليات مثل طيف التوحد واضطرابات اللغة، في أغلب الأحيان وباستمرار لا يكون ممكنا إنجاز بكل يقين (التشخيص الإيتيولوجي) تشخيص الأسباب، لكن في كل الحالات نحاول وضع تشخيص احتمالي.

إن تحديد الأسباب العضوية يقتضي، في معظم الحالات، إجراء اختبارات تكميلية مناسبة للفرضيات التشخيصية، باعتبار طبيعية تلك الاختبارات تكشف لنا غياب قاعدة عضوية لذلك الاضطراب.

إن حصر الإيتولوجيا العضوية يقتضي، في معظم الأحيان، إجراء اختبارات تكميلية للفرضيات التشخيصية، غير أن سلبية تلك النتائج لا تعني بالضرورة غياب قاعدة عضوية للاضطراب.

إن تعريف علم أسباب المرض (الإيتولوجيا المترابطة relational)، عندما تتصل بظروف المحيط، يقتضي معرفة مناسبة للظروف الاجتماعية، وللروابط المبكرة، ولتنظيم والتطلعات العائلية، إلخ.

يشكل التشخيص الوظيفي القاعدة الحتمية لتخطيط علاجي: فالتشخيصات المتلازمة والإيتولوجية، تمكن العائلة بالحصول على معلومات بيولوجية - طبية وأحيانا ترشدها إلى العلاج المحدد.

يعد التتبع التطوري أمراً أساسياً ليتم تأكيد فرضيات التشخيصات الأولية.

إيصال البيانات التشخيصية

إن البيانات التي تشخص وجود الآباء في وضع خطر إصابة الابن باضطراب أو أنهم يوجدون أمام احتمال وجود حالة اضطراب نمو الطفل، تشكل موضوعاً هاماً للتدخل المبكر، كما أن خبر احتمال معاناة الابن من اضطراب أو عوق يصددهم ويثير فيهم اكتئاباً، و حزناً، و خوفاً و مشاعر الرفض و الإنكار؛ فتبدأ عملية التحدي التي تختلف من أسرة إلى أخرى و لدى كل فرد من أفراد نفس الأسرة.

إن الأسر تعير أهمية كبيرة للطريقة التي يتم بها تبليغهم بالتشخيص، إذ لابد من أن تراعى في عملية الإشعار طريقة تنفيذه، بما في ذلك حضور الأخصائيين وحسن اختيار الزمان و المكان.

إن التبليغ الجيد يهيئ الأسرة لتفهم واستيعاب واقع ابنها ويجعلها قادرة على تكييف المحيط لاحتياجاته و إمكاناته البدنية، والعقلية والاجتماعية.

يستحسن أن يتم تبليغ الأب والأم نتيحة التشخيص بطريقة آنية، بعد أن يكونا قد زارا طفلهما، و إن أمكن بعد احتضانهما له.

إن الأخصائي أو المؤسسة يجب أن تخصص مقصورة تسمح بتحقيق السرية الضرورية حتى لا يشعر الأبوان بأدنى إحراج و يتمكنوا من التعبير عن مشاعرهما ومواساة بعضهما البعض.

مهم جدا عند الإشعار أن تتم مراعاة التطورات الأكثر احتمالا، والتشخيص على المدى الطويل، ثم الإمكانيات العلاجية للطفل، هذا مع اعتبار أن كل أسرة تختلف عن الأخرى، فتراعى المتغيرات المختلفة مثل: الأحوال الشخصية للزوجين وباقي أفراد الأسرة، المظاهر الخاصة بالمؤسسة العائلية، علاقاتها، وضعيتها المادية، عدد الأطفال، أصلها وثقافتها ..إلخ. لذا عند تبليغ التشخيص يجب استحضار هذا الواقع، ليس واقع الطفل وحده و إنما كذلك واقع أسرته و محيطه الاجتماعي.

يستحسن اعتبار حالة تبليغ التشخيص أسلوبا و ليس إجراء في حد ذاته. التشخيص يجعل الآباء في حيرة أمام المستقبل، و في تيه من حاضرهم أو يشعروهم بالإحساس بالذنب عن تصرفات سابقة. لا بد من إظهار الاستعداد للقاءات جديدة يتمكن الآباء خلالها طلب توضيحات عن كل الشكوك التي تخامرهم والتعبير عن مخاوفهم أو همومهم.

أما فيما يخص المعلومات في حد ذاتها، يستحسن تقديمها مباشرة، وتفادي استعمال مصطلحات تقنية غامضة، و إن كان لا بد، ينصح ترجمتها إلى لغة مناسبة لكل أسرة. يستحسن إجراء عرض عام للإشكالية بدل تقديم جدول مفصل للمشاكل الحاضرة و المستقبلية. أسلوب التشخيص يحبذ أن يكون وصفيا و عمليا، فعندما يتم الإبلاغ عن إصابة معينة أو اضطراب، يحدد معناه الوظيفي و وعواقبه.

إن التشخيص الواضح "يهدي" حتى ولو كان خطيرا لعواقب. لأن وجود شكوك حول مستقبل الطفل حالة، أحيانا، لا مفر منها في السنوات الأولى من حياته. وعندما يُشرع في التدخل دون أن يكون

هناك تشخيص مؤكد و موثوق به ، ربما يؤدي ذلك إلى الجزع ، غير أن هذه الوضعية يمكن أن تكون أقل ضررا إذا تم وضع آجال أو فترات لإصدار التشخيص النهائي ، وتفادي معلومات متناقضة وتوقعات غير مبررة. حين يكون التوقع أو التشخيص الوظيفي رصينا تبدأ الأسرة بتكوين تصور أو فكرة أكثر دقة للمستقبل القريب ، مما يسهل عليها إعادة ترتيب أمورها ، واتخاذ القرارات ، ووضع توزيع منظم للأدوار الجديدة و المهام التي تساعد على الخروج من أزمتها. حين يطلع الآباء ويقرون بوجود إعاقة هامة لا مرد لها ، كالإعاقة السمعية ، والبصرية ، يكون أسهل عليهم البحث عن خيارات بديلة للتواصل والاتصال ، من اتخاذ توقعات "للعلاج" بعيدة عن الواقع. تجدر الإشارة إلى أهمية اتخاذ الحيطة قبل إصدار قرارات نهائية يمكن أن تغلق أو تفتح ، دون مبرر معقول ، آفاق الطفل و أسرته.

يستحسن وجود أخصائي قار يتولى دور مرافقة الآباء خلال عملية التشخيص ، رغم أن دوره ، أحيانا ، يبقى محصورا في الحضور فقط ، بينما أخصائي آخر هو الذي يتحدث مع الأسرة. هذا الشخص عليه أن يقوم بالاتصال بالأخصائيين الذين يشرفون على الطفل حين يحال عليهم ، بهدف متابعة عملية التواصل و التبليغ بشكل صحيح ومنسق.

في الواقع ، عندما يتم إبلاغ التشخيص تبتدئ بالنسبة للأسرة المرحلة الانتقالية الأولى ، ربما هي الأهم ، لأن عليها تتوقف ، إلى حد كبير ، قدرة الاستقبال وتقديم الإجابات المناسبة لخصوصيات واحتياجات عضوها الجديد.

تقع مسؤولية هامة على الأخصائي الذي يتولى مهمة إبلاغ الآباء ببيانات التشخيص. يجب أن يكون لديه تكوين وتجربة مناسبة في هذا الموضوع ، مهيباً لفهم ، وتحمل ، و التحكم في مختلف العواطف التي يمكن أن تؤثر في الآباء ، كذلك ضبط عواطفه (قلقه أمام تشخيص مرضي) ، بهدف التمكن من إبقائه بعيدا وجدانيا و إبلاغ الآباء بطريقة تتسم بالحدز والواقعية و في الوقت نفسه يظهر لهم التفهم و الدعم.

3.3 المستوى الثالث للوقاية

إن المستوى الثالث للوقاية في التدخل المبكر يشمل كل الأنشطة الموجهة للطفل و لمحيطه بهدف تحسين ظروف نموه. إنها أنشطة موجهة للطفل، ولأسرته و لمحيطه. بها يجب تخفيف أو تجاوز اضطرابات أو اختلال النمو، التهيؤ لاضطرابات ثانوية، وتعديل عوامل الخطر في المحيط المباشر للطفل.

يجب أن يبدأ التدخل الموجه للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النمو، مباشرة بعد أن يتم رصد وجود انحراف في النمو . عندما يتم الرصد في وحدات المواليد الجدد. و نظرا لتواجد الطفل في المستشفى عند ولادته فإن التدخل يبدأ مباشرة في نفس الوحدة.

عندما يتم الرصد بواسطة الفحوص التي يجريها طبيب الأطفال التابع للمدرسة أو المختار من طرف الآباء، فإن التدخل يبدأ في مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر أو في وحدات التدخل المبكر، التي تتولى استمرارية التدخل، عندما يكون هذا الأخير قد بدأ في وحدات المواليد الجدد.

إن التمكن من جعل الأسرة تعرف و تتفهم واقع طفلها، وقدراته وحدوده، يعد هدفا آخر أساسيا للتدخل، لأنه يكون بمثابة عامل فعال لنمو الطفل، يكيف محيطه واحتياجاته البدنية، والعقلية، والاجتماعية، محاولا تحسين ظروف عيشه ومسهلا اندماجه الاجتماعي.

إن التدخل يجب أن يكون مخططا له بشكل شامل ومتعدد الاختصاصات، مراعىا قدرات ومصاعب الطفل في مختلف مجالات النمو، تاريخه والعملية التطورية، وفي الوقت نفسه إمكانات واحتياجات باقي أعضاء الأسرة، والموارد المتوفرة لديه، والمعرفة و أثره في المحيط الاجتماعي.

عندما يحضر الطفل إلى المدرسة الأولية، تتوفر له هناك إمكانات هامة للتأثير إيجابيا في عملية النمو الاجتماعي والتعلم، لأنها تعمل على دعم وتقوية العملية العلاجية، و لذا يعد أساسيا إقامة تنسيق ملائم.

1.4 مراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر

إن مراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر (CDIAT) مصالح مستقلة تهدف إلى رعاية الأطفال المتراوح سنهم بين 0 - 6 سنوات، الذين يظهرون اضطرابات في النمو أو يعدون مؤهلين لخطر الإصابة.

ظهرت هذه المراكز ذات طبيعة متعددة الاختصاصات في السبعينيات وعرفت تطورا متزايدا طوال مسيرتها التاريخية، متكيفة مع تزايد طلبات التدخل من لدن مجتمع الأطفال وأسرهم. وقد ساهم عاملان اثنان في تحفيزها وجعلها تحظى بأهمية كبيرة في التدخل المبكر، وهما: حسن الرصد و التشخيص لمختلف أنواع الاضطراب، والفحص الدقيق لمصدره المتعدد العوامل.

إن تأسيس و تطور مراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر (CDIAT) جاء متوازيا مع وجود وتوجيهات المصالح والمؤسسات الأخرى التي قدمت وتقدم إجابات لمجموعات معينة أو لاحتياجاتهم الخاصة، انطلاقا من المجال الصحي، والاجتماعي والتربوي في الجهة المستقلة التي تنتمي إليها. إن هذا التناسب والاستقلال الإداري المتنوع خلق مجموعة من هذه المراكز (CDIAT)، غير أنها تلتقي جميعها في نموذج: تقديم التدخل الذي يحتاجه الأطفال الذين يمثلون اضطرابات أو خلل في نموهم (دون استبعاد أصل الاضطرابات، و نوعها و درجتها) أو أولئك الذين هم في حالة الخطر البيولوجي، أو السيكلوجي أو الاجتماعي.

إن نموذج مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT) يرمى قبل كل شيء الأطفال الذين يعانون من أمراض أو خلل في النمو، ويلبي احتياجات الرعاية لأولئك الأطفال الذين كانوا أو هم في وضعية شديدة الخطر البيولوجي، أو السيكلوجي أو الاجتماعي.

في جهات معينة أو مناطق جغرافية، حسب تاريخها و إمكانات الرعاية فيها، فإن بعض الأطفال الذين يعانون من اضطرابات معينة في النمو يتم علاجهم إما في مراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر (CDIAT) أو بواسطة برامج أو وحدات التدخل المبكر التي تتمفصل مع مصالح أو مراكز أخرى، مثل: مراكز الصحة العقلية للأطفال، و مراكز ترويض الاضطرابات الحركية، ومراكز رعاية الأطفال المصابين بعوق سمعي أو بصري. كل هذه المراكز لها خصائص شبيهة بمراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT).

يستحسن أن تكون مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT) في أماكن يسهل على الأسر الوصول إليها و قريبة من مصالح التدخل الأولي، كمدارس التعليم الأولي، أو مراكز الصحة أو المصالح الاجتماعية. كل ذلك يسهل ما يلي: التواصل بين مختلف الأخصائيين، معرفة المحيط الطبيعي للأطفال الخاضعين للتدخل وأسره، ومعرفة الواقع المادي و الاجتماعي للأسر.

عندما تقتسم مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT) مواقع وجودها أو بناياتها مع مصالح أخرى، يجب أن تكون مميزة حتى يسهل التعرف عليها.

إن فريق مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT) يكون متعدد الاختصاصات وذا توجيه متكامل، نظرا لأن التدخل يتضمن مظاهر ذاتية، وبيولوجية، وبيولوجية واجتماعية وتربوية، كما يتضمن مظاهر تتجاوز الشخص وتتصل بمحيطه، كالأسرة، و المدرسة و الثقافة.

إن فريق التدخل يتشكل من اختصاصيين في التدخل المبكر قادمين من الحقل الطبي، والنفسي، والتربوي، و الاجتماعي.

إن أخصائيي التدخل المبكر، فضلا عن مؤهلهم العلمي، يتم تكوينهم في دورات تكوينية، كما أن التكوين المستمر يعد شرطا أساسيا في المهام التي يقوم بها كل عضو في الفريق.

الوقاية الأولية و الثانوية

إن مهام كل مركز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT) تشمل التحسيس، والوقاية، والرصد. إن مركز التدخل المبكر يتعاون مع مؤسسات، وهيئات وأخصائيين آخرين في المنطقة، فيشارك الجميع في إعداد برامج بهدف تحسيس المجتمع عموماً أمام مظاهر الوقاية المتصلة بنمو الطفولة.

برامج موجهة إلى أسر و آباء المستقبل

إنها برامج تشمل جميع تلك الأنشطة الهادفة إلى تقديم أكبر قدر ممكن من المعلومات والتوجيه للأسر و للمجتمع عموماً بهدف تفادي ظهور انحرافات في النمو الطبيعي للطفل، وهي كالتالي:

- برامج تحسيسية موجهة للسكان التي هي في سن الخصوبة، حالات حمل المراهقات و حمل السانكة التي تعد في درجة عالية من خطر الإصابة.
- برامج الإعلام حول النمو الطبيعي للطفل، موجهة للأسر ولآباء المستقبل، وهي التي تتم في مراكز التدخل المبكر (مراكز الصحة والتخطيط العائلي)، مراكز المصالح الاجتماعية، دور الحضانة ومدارس التعليم الأولي.

برامج موجهة للأخصائيين

إنها برامج تهدف إلى تقديم معلومات عملية إلى أولئك الأخصائيين الذين نظراً لعلاقتهم بالآباء يعدون في وضعية متميزة، حتى يكونوا أول من يهتم بالنهوض بصحة الطفل و تربيته، كذلك رصد اضطرابات محتملة في نموه الطبيعي، و هي موجهة إلى:

- أخصائيي الصحة.
- أخصائيي المصالح الاجتماعية.
- أخصائيي التربية الطفولية.

المستوى الثلاثي للوقاية

يتم تخطيط التدخل والبرامج بشكل فردي، حسب احتياجات وإمكانات كل طفل، وظروف وإمكانات أسرته و الوسط المدرسي. إن البرنامج يجب أن يتضمن توقيتاً للأهداف، والمنهجية و تقييم الأهداف المقترحة أو الناتجة عن تطبيق البرنامج.

يبدأ التدخل في مركز التدخل المبكر عندما يتوصل المركز بطلب من الأسرة أو من طرف أي أخصائي أو مؤسسة. هذا التدخل يتشكل من مراحل مختلفة: التقييم الأولي، التدخل الطبي، المتابعة والمراقبة ثم الاستنتاج.

عملية التقييم الأولي

إن إجراء التقييم الأولي يعني دراسة عامة و معمقة لنمو الطفل و تاريخه الشخصي و العائلي ومحيطه.

لكي يتم إجراء التقييم بشكل مناسب و تام لابد من مشاركة أخصائيي مختلف التخصصات الذين يشكلون الفريق، كذلك مشاركة و تنسيق المؤسسات التي باشرت الحالة أو تلك التي شاركت في الفحوص والاختبارات التكميلية.

في التقييم الأولي يمكن التمييز بين هذه المراحل الأربعة: جمع المعلومات، تقييم الطفل ومحيطه، صياغة فرضيات تشخيصية ووضع خطة التدخل، واللقاء بالأسرة و إبلاغها.

أ) جمع المعلومات

لا شك أن الجمع المناسب للمعلومات يشكل العنصر الأكثر أهمية في عملية التشخيص، إنه الأداة التي توجه خطوات عملية التقييم. نتلقى المعلومات عن طريق استقبال ما تم جمعه بشكل منهجي و من مساهمات الأخصائيين الآخرين.

1.1 استقبال

يشكل الاتصال الأول بالأسرة لحظة استقبال يبدأ فيها الأخصائي بالإصغاء وتسجيل ما يفصح عنه الأبوان من انشغالات، وذكريات، ومشاريع، وتوقعات، وصعوبات، وكل ما يعاني منه الطفل وهما معه، كما يتم تسجيل السوابق العائلية والشخصية للطفل.

إن اللقاء الذي يتم فيه الاستقبال، فضلا عن كونه أداة هامة تسمح بإجراء التقييم الأولي، فإنه يسطر التوجيهات الأولى التي تراعى في خطة التدخل.

2.1 الجمع المنهج للمعلومات

اعتمادا على المعلومات التي تم جمعها أثناء لقاء الاستقبال تجمع أيضا بشكل منهجي تلك البيانات التي أغفلت الأسرة تقديمها، باعتبارها مهمة ليتم الفهم المناسب لنمو الطفل و ولوقته التطوري ومعرفة الأسباب المحتملة لاضطرابه.

3.1 بيانات الأخصائيين الآخرين

يتم تلقي المعلومات من الأخصائيين الآخرين الذين يعرفون الطفل و أسرته عبر تقارير مكتوبة أو مقابلات، ومن بين أولئك طبيب الأطفال، نفساني المدرسة، المربي و العاملون في المصالح الاجتماعية وغيرهم.

إن البيانات يتم تنظيمها في سجل تاريخي عام، حتى تكون في متناول كل أخصائي يريد الاتصال بالأسرة متفاديا بذلك طلب معلومات سبقت الأسرة أن قدمتها لسابقه.

2 . تقويم الطفل و محيطه

لإنجاز التقويم لدينا عدة أدوات نستعملها بشكل تمايزي مع كل طفل انطلاقا من الفرضيات الأولى المبنية على سجله التاريخي :

- ملاحظة السلوك التلقائي و رد الفعل أمام وضعيات ومحفزات حاضرة، ثم علاقة الطفل مع أبويه و مع الأخصائي الذي يقوم بالتقويم.
- العلاقة مع الأطفال الآخرين و مع المربي حين يكون الطفل ممدرسا.
- الاختبار البدني و التثمين العصبي و الوظيفي للطفل.
- اختبارات عامة النسق ذات نموج موحد.
- الملاحظة في البيت.
- اختبارات تكميلية و مقابلات متخصصة.

إن تطبيق هذه التقنيات يمدنا بالمعلومات التي تخص الأداء الوظيفي العام والخاص للطفل، سواء على المستوى البدني، أو الذهني أو الوجداني. هذه المعلومات لا تعكس فقط المحدودية و القصور المحتمل الملاحظ في الطفل، و إنما تعكس أيضا مجموع قدراته و إمكانياته.

3 . صياغة فرضيات تشخيصية ووقت التدخل

بعد الانتهاء من مرحلة جمع المعلومات، يقدم كل أخصائي، في اجتماع لفريق العمل، بيانات واستنتاجات تقويمه، بهدف إقامة، بشكل جماعي و باعتبار كل العوامل البيولوجية والسيكلوجية والاجتماعية، التشخيصات أو الفرضيات التشخيصية، في المستويات الثلاث؛ الوظيفي والمتلازمي والإتيلوجي، التي تم تعريفها في الفصل السابق.

يتم وضع احتياجات الطفل و أسرته و الموارد المتوفرة في الجهة. إنه مهم جدا تحديد أسبقيات التدخل، التشخيصات المحتملة على المدى القريب، والمتوسط، والبعيد. يتم تجسيد أهداف التدخل العلاجي ، وتدرجها، وتوقيتها ، بتعيين الأخصائي أو الأخصائيين المسؤولين عن تنفيذها. هذه الخطة العلاجية الأولى تبقى خاضعة لرأي ولعناصر جديدة محتملة يمكن أن تقدمها الأسرة عند مقابلة الإبلاغ.

4. مقابلة الإبلاغ devolución

عند هذه المقابلة يتم إبلاغ الآباء بالتشخيص المعد من طرف الفريق، مع استحضار الاعتبارات التي تمت الإشارة إليها في الفصل السابق في النقطة الخاصة بالبيان التشخيصي.

إن الهدف الرئيسي من المقابلة هو إبلاغ الآباء، بلغة مناسبة و مفهومة، كل المعلومات التي تساعد على تفهم وضعيتهم ابنتهم الحاضرة، التوقعات المستقبلية، والوسائل العلاجية التي يمكننا تقديمها في المركز سواء لهم أو لابنتهم، مقدمين لهم الدعم و المرافقة. يتم اقتراح و إقامة، بشكل جماعي، خطة عمل وتحدد المهمة أو المهام التي يمكن للآباء تحملها. يؤخذ بعين الاعتبار التنبؤ المحتمل و إمكانية عودة الاضطراب.

التدخل العلاجي

يشمل هذا التدخل كل الأنشطة الموجهة للطفل ولمحيطه بهدف تحسين ظروف نموه. يتم تحديد مجالات العمل وأنواع التدخل حسب السن، والخصائص والاحتياجات، و نوع ودرجة الاضطراب، والأسرة، و الفريق نفسه و التعاون المتاح مع القطاعات الاجتماعية الأخرى.

إن التدخل يتم تخطيطه و برمجته بشكل إجمالي وانفرادي، وبوضع مساطر محددة تتلاءم مع احتياجات كل طفل و أسرة في كل واحد من مجالات النمو.

يجب أن يتضمن البرنامج توقيت الأهداف، وتقويمها و أساليب تنفيذها. إن التدخل العلاجي في التدخل المبكر يكون موجها إلى الطفل و الأسرة، و مدرسة التعليم الأولي حين يكون ممدرسا، والمحيط الاجتماعي المؤسسي عامة.

رعاية الطفل

بعد الانتهاء من التقويم، يصير لدى كل طفل برنامج تدخل إجمالي وشخصي تراعى فيه كل الإسهامات المقدمة من لدن مختلف أخصائيي مصلحة التدخل العلاجي.

إن هذا البرنامج ينجز، دائما قدر الإمكان، بمشاركة آباء وأولياء الأطفال، مما يسمح لهم باكتشاف موارده الخاصة، وفي الآن عينه تقوية الصلة بالابن، وهو مظهر جد هام لنموه المنضج (madurativo) و العاطفي.

يمكن إجراء التدخل، حسب احتياجات الطفل، إما في مركز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر (CDIAT) أو في المنزل أو في مكان آخر مثل المركز التربوي أو المستشفى بالنسبة للمواليد الجدد الذين يعانون من مشاكل تقتضي بقاءهم مدة طويلة هناك، و يجب أن يكون لدى الأخصائيين الذين يباشرون الطفل تكوين خاص حسب نوع الاضطراب.

إن عدد الجلسات و مدة كل واحدة منها يبقى مرهونا باحتياجات الطفل، وأحيانا يمكن أن تتشكل الجلسات من مجموعات لا تتعدى ثلاثة أو أربعة أطفال، ذلك حسب سنهم و خصوصياتهم.

رعاية الأسرة

من بين المهام الرئيسية التي يجب على مركز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر اعتبارها و معرفة احتياجات العائلة (الأبوان، الإخوة وباقي أفراد العائلة)، و نوع التدخل أو التدخلات التي يمكن أن تكون أكثر فعالية لتقديم علاج متماسك.

إن التدخل مع العائلة يجب أن تكون غايته مساعدة الآباء على التفكير و التكيف مع الوضع الجديد، ومنحهم إمكانية فهم أفضل للوضع العام، وتفادي انحصار النظر إلى المشكل من زاوية الاضطراب الذي يعانيه الطفل. كل ذلك يعين المواقف الإيجابية المساعدة للطفل، يفسر سلوك هذا الأخير حسب معوقاته و محاولة إعادة تذكر Feed-back علاقة أبوين - طفل.

يجب تمكين العائلة من تكييف آمالها أو توقعاتها للإمكانيات الواقعية للتدخل وتحديد بشكل صحيح، منذ البداية، دور الأخصائي و الدور الذي عليهم أيضا اتخاذه.

إن رعاية العائلة يمكن أن تتم بشكل انفرادي أو في مجموعة، حسب الواقع والاحتياجات الآنية.

تهدف الرعاية الانفرادية بالدرجة الأولى إلى فتح فضاء يسمح للأخصائيين والآباء بالتداول وتبادل معلومات تخص علاج الطفل، وديناميكية البيت، ومظاهر عائلية عامة أو مدرسية. هذه الرعاية يمكن أن تكون الوسيلة المناسبة للأسرة لنقل العواطف، والمصاعب بالنسبة لاضطراب الابن، أو الآمال والأمني بالنسبة للتقدم المتوصل إليه.

من الأهمية بمكان ألا يقتصر عمل الأخصائيين فقط على مباشرة المظاهر المتصلة بالطفل، و إنما كذلك مباشرة تلك المطالب العائلية، التي ليست دائما سهلة البوح والظهور، لاتصالها بعلاقاتها الزوجية، وبالروابط مع الأبناء الآخرين، و مع العائلة بمفهومها الشاسع. إن الغاية من كل ذلك هي مساعدة أفراد الأسرة على تفهم عواطفهم و معرفة كفاياتهم فيما يخص تربية الأبناء.

يجب إخبار الآباء حسب الأصول بأي تغيير له علاقة بالتدخل، مثلا، يخص الأهداف، أو المنهجية، أو مختلف الاتصالات التي تمت مع أخصائيين آخرين للصحة أو التربية.

كذلك يجب إخبارهم بكل الموارد الإدارية، سواء على مستوى الرعاية، والمساعدات المادية والقانونية، التي يمكنهم الاعتماد عليها. تقدم لهم إمكانية الاتصال بمختلف جمعيات آباء أطفال يعانون من مصاعب و التي توجد في الجهة أو المنطقة، كذلك الاتصال بأخصائيين آخرين أو بآليات الرعاية.

لكل ذلك، يجب استعمال لغة مفهومة يراعى فيها الإطار الاجتماعي والثقافي لكل عائلة واحترام فوارقها.

يمكن أن ينظم العمل في المجموعة كفضاء مفتوح حيث يساعد و يسمح بالتقاء عدد من الآباء، مانحا لهم فرصة التعبير وفي الوقت نفسه الإصغاء إلى التجارب، والعواطف، و المصاعب التي تفرزها هذه الوضعية.

رعاية المدرسة

إن أخصائيي مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر يجب عليهم إخبار المدرسة بوضعية الطفل وعائلته عند التحاقه بالمدرسة، بعد ذلك، و بالتعاون مع الفريق المدرسي والمربين يمكن تحديد فضاءات حيث تراجع أو تناقش الأهداف التربوية، واستراتيجيات التعلم، والاستعمال الكافي للموارد المادية أو الشخصية، للتمكن من تحقيق الأهداف المحددة مقدما. كذلك تستحسن المشاركة في عملية اتخاذ القرار حول نوعية التمدرس.

التدخل في المحيط

إن هذا التدخل، الذي يهدف إلى تجاوز الحواجز الفيزيائية والاجتماعية، يجب أن ينجز آخذا بعين الاعتبار المحيط الطبيعي لكل طفل و أسرة، ليتمكن بذلك من تحقيق اندماجه في الوسط الاجتماعي حيث يعيش.

تتولى مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر مهمة التخطيط لاستراتيجيات قصد تكييف المحيط لاحتياجات الأطفال، فتعمل بشكل متناسق ليسهل الاندماج الاجتماعي - البيئي. يهدف هذا الإجراء إلى تجاوز الفوارق، وتغيير المواقف، وإلغاء الحواجز الفيزيائية و السوسيوثقافية، بشكل يسمح بالمشاركة الفعالة في المجتمع لجميع أعضائه.

التقويم و المتابعة

إن التقويم عملية متكاملة بواسطته يتم تمييز التغيرات التي تحدث في نمو الطفل، وفي محيطه، و فعالية المناهج المتبعة. إن غايته هي مراقبة مدى ملاءمة وفعالية برامج العمل للأهداف المسطرة.

إن التقويم يجب أن يؤثر في كل مظاهر التدخل الذي يمكن أن يراعى فيه وقتان:

التقويم المستمر هو الذي يسمح بتعديل البرامج حسب الاحتياجات.

التقويم النهائي هو الذي يحدد إن كانت قد تحققت الأهداف المسطرة عند بداية التدخل، كما يصلح أيضا لبيان إن كانت تلك الأهداف قد تمت أو يجب إجراء إحالة (derivación).

يجب على الفريق تحديد إجراءات التقويم و المتابعة لتكون موضوعية و قابلة التحقيق.

الإحالة derivación

تنتهي فترة رعاية طفل في مصلحة التدخل المبكر حين يلاحظ أن تطوره الإيجابي لم يعد يحتاج إلى خدمات هذه المصلحة، أو لاعتبارات تعود إلى السن أو الكفايات، مما يقتضي أن تتم مباشرته من طرف جهاز رعاية آخر.

في كلا الحالتين، من حق الأسرة أن تتلقى تقريراً شفوياً و مكتوباً يلخص تطور الطفل ووضعه الحالي و حاجياته الضرورية.

حين تجب متابعة التدخل من لدن فريق أو جهاز رعاية آخر، إن التنسيق بينهما يعد أساسياً، و دائماً بعد إشعار الأسرة، يجب الخوض في نقل المعلومات بشكل مناسب. يجب أن

يتمن و يخطط بدقة وقت و طريقة التحويل، مع مراعاة الروابط التي نشأت لدى العائلة والطفل بالمصلحة السابقة.

إن تغير فريق الأخصائيين لا يجب أن يمثل أبداً عدم استمرارية رعاية الطفل والأسرة، بل يجب أن يضمن التناسق والاستمرارية انطلاقاً من ضرورة التنسيق بين الأخصائيين ومرونة الإجراءات الإدارية.

2.4 المصالح الصحية

مصالح التوليد

إن الدور الوقائي الهام الذي يمثله هؤلاء الأخصائيون، يعود أساساً للوقاية الأولية التي تتم عن طريق مايلي:

- رصد و تشخيص عوامل الخطر السابقة للحمل.
- رعاية و تقديم المساعدات الصحية، والنفسية، و/ أو الاجتماعية اللازمة للنساء الحوامل المصنفات في درجة عالية من الخطر البيولوجي أو النفسي أو الاجتماعي.
- المعلومات المقدمة لآباء المستقبل في العيادات قصد إعدادهم لساعة الوضع، حيث يتلقون معلومات حول النمو الطبيعي للجنين و حاجياته، كما يمكن إخطارهم بوجود علامات منذرة.
- رصد احتمال وجود حالات الخطر أثناء الوضع و الرعاية المناسبة لها.
- النشر (divulgación) و المشاركة في برامج للوقاية و رصد الإعاقات.
- في حالة تشخيص إعاقة قبل الولادة يلزم، منذ اللحظة الأولى، رعاية نفسية للآبوين، خاصة الأم، بهدف الوقاية، إن الاضطراب يمكن أن يؤثر على آصرة الأم - ابن.

مصلحة المواليد الجدد

عند الولادة كثيرا ما نجد أطفالا يعانون من درجة عالية من خطر الإصابة بإعاقة، نظرا لانعدام نموهم، أو قلة وزنهم عند الولادة، أو عوامل أخرى وراثية، و/أو تعود إلى مرحلة ما قبل، أو أثناء، أو بعد الولادة. إن نسبة الأطفال الذين يحالون عند الولادة على "وحدة العناية بالمواليد الجدد" تتراوح بين 10 و12% و بين 3 و5% من المواليد الجدد الذين يعدون في خطر سيكولوجي - نيورولوجي - حسي.

الواقع الذي يجعل من مصلحة المواليد الجدد أداة هامة للوقاية الأولية، لمنعها، في العديد من الحالات، ظهور إعاقات في الأطفال الذين هم تحت إشرافها.

تقوم مصلحة المواليد الجدد بعمل هام في الوقاية الثانوية حين ترصد وتشخص الظروف المرضية (البطولوجية) القائمة أصلا عند الولادة والمرتبطة باضطرابات في النمو، وفي الوقت نفسه، نظرا لكونها واحدة من المصادر الرئيسية لرصد الظروف البيولوجية و الاجتماعية ذات درجة عالية من الخطر.

أثناء فترة إقامة الطفل في وحدة المواليد الجدد يمكن ظهور بعض الأعراض الخاصة باضطراب نموه، مما يقتضي تشغيل مجموعة من الاجراءات بهدف البدء في العلاج المناسب الهادف إلى محاولة إلغاء أو تخفيض آثار تلك الأعراض *sintomatología*، وفي هذا المجال يلعب الآباء دورا حاسما.

مادام يبدأ في مصلحة المواليد الجدد التدخل المبكر للأطفال المتوقع أو المعروف قصورهم أو اضطراب نموهم، بل حتى الذين يعدون في حالة قابلية الإصابة، فإن هناك يتم صحبة الطبيب المشرف وضع تخطيط للتدخل في المجالات التالية: المجال الكلينيكي، و الإيكولوجي والاجتماعي.

أولاً: إجراءات في المجال الكلينيكي إنها تقوم أساساً على تفادي، قدر الإمكان، الأوضاع التي يمكن أن تخلق للطفل إعاقات، وتوفير تلك الظروف التي تعد مواتية وتعمل "كوقاء".

ثانياً: إجراءات في المجال الإيكولوجي إنها موجهة بالدرجة الأولى إلى الحرص على توفير العوامل البيئية المواتية لنمو الطفل، و المراقبة القصوى لتلك العوامل التي نعتبرها ذات قدرة عالية على غزو حالة الطفل المنضجة (حدة الضوء والأصوات، والتقلبات المتواصلة *manipulaciones constantes* وغيرها. كما يجب الأخذ بعين الاعتبار وصفة الأخصائي الصحي.

ثالثاً: إجراءات في المجال الاجتماعي تهدف مساعدة الآباء أو التخفيف عنهم آثار وضعية شديدة الخطر الاجتماعي والتي تؤثر على نمو الطفل.

هذه المجموعة من الاجراءات تشكل، في الآن عينه، وظيفة أو مهمة محددة لهيئة أخصائيي هذه المصلحة، كما تعد مجموعة من الاجراءات التي تتم حول البؤرة أو الوحدة العائلية، أساساً حول الأبوين و الطفل.

رعاية الأسرة

إن رعاية الأسرة لها صلة بإجراءات موجهة قبل كل شيء إلى الأبوين، و هي تحظى بالأولوية، لأنها أحد العوامل التي سيتوقف عليها نمو و تطور الطفل، لذلك يجب أن يقوم برنامج التدخل المبكر للمواليد الجدد على الأهداف التالية:

- تبيين منذ اللحظة الأولى الحالة الوجدانية، والوضع الاجتماعي، وحاجيات و قدرة الأبوين على التعلم (متعلقة بالخدمات التي يحتاجها ابنهم)، ليتمكن بذلك من وضع خطة تدخل تتضمن العناصر و الموارد الأكثر لزوماً عند كل حالة.

- دعم رابطة أبوين - ابن لأنها تمثل أحسن ضمانة للرفاهية و حافظا مناسباً. الأمر الذي يقتضي السماح للأبوين بالدخول بكل حرية إلى الوحدة خلال اليوم كله حتى يتمكنوا من تلبية احتياجات الطفل.
- أن تصلح ككباح وجداني للأبوين، مما يمكنهما من البدء في تكوين فضاء نفسي داخلي intrapsíquico يسمح لهما بإقصاء الضيق وبيدآن في التماثل أو التطابق مع الابن ومع خدمات العناية الدقيقة التي يحتاجها لمدة تكون أحياناً طويلة. هذا الكبح يكون دائماً ضروريا نظرا للفصل المبكر بين الأم و الابن، و الاضطراب الوجداني الناتج الذي يعاني منه الأبوان.
- تثمين، ساعة الترخيص للطفل بمغادرة المصلحة، قدرة الأبوين على التلبية الملائمة لحاجيات الطفل و جودة الرابطة القائمة، لأن هذا الظرف سيحدد تكيفه مع البيت، وكذلك احتمال عودة الطفل إلى المصلحة في حالة استمرار القلق و الأسى الأولين المتعلقين بالطفل ورعايته.
- تثمين احتياجاته السوسيوعائلية، و توفير عند الحاجة، المساعدات اللازمة منذ اللحظات الأولى، لأن توازنه الوجداني مرهون إلى حد كبير بوضع الأبوين السوسيوعائلي.

رعاية الطفل الحديث الولادة

إن رعاية الطفل الحديث الولادة تحدد دائما وفقا لحالته الصحية و الإمكانيات التي يظهرها، سواء في المجال التأهيلي **habilitador** أو الوقائي. إن حالته الصحية هي التي تحدد، إلى حد كبير، طبيعة التعامل معه في التدخل المبكر، ولذلك فإن تقييم مختلف أحوال المولود الجديد، حسب عدد أسابيع الحمل **edad gestacional**، يجب أن تكون معروفة من طرف الأبوين و الأخصائيين، خاصة المرضات، اللواتي يقدمن له كل أنواع العناية حتى تكون مناسبة لنضجه و تطوره في المجال البيولوجي والنفسي - اجتماعي.

إن جميع الآباء يحتاجون إلى مساعدة لفهم الأحاسيس الداخلية والخارجية للابن، حتى يشعر بالسعادة و الرضا.

هذه التدخلات ترعى داخل إطار التدخل المبكر وفقا للمعايير التالية :

- كل إجراء طبي مع الطفل يجب أن يلائم، قدر الإمكان، حالته المنضجة، وليس فقط حالته الكلينيكية، وليتم توجيه تدخلنا يجب تثمان حالات عدم انتظامه *desorganización*، الإرهاق، أو الراحة.
- يجب على طاقم التمريض القيام بدور الأم *maternaje* مع الطفل، مما يعني: تحسيسه بالحنو، فهم إشارات البدنية أثناء الرعاية (الخوف، عدم الارتياح، الراحة، وغيرها) و إيجاد الرضا المتبادل.
- لو استحضرننا وظيفة دور الم التي يقوم با طاقم التمريض فإن تدخلاتها يجب أن تتسم معايرها بالاستقرار و الديمومة، ويستحسن أن يقلل، قدر الإمكان، تغيير أفراد طاقم التمريض. إنه مظهر أساسي يؤخذ في الاعتبار من منظور التنظيم الصحي.
- يجب إشراك الأبوين في خدمات العناية بأبنائهما داخل الوحدة الصحية، رغم الجهود الجبارة و الاستعداد الذي يبديه الأخصائيون.

الترخيص بمغادرة المصلحة

إن وقت الترخيص للطفل بمغادرة المصلحة يجب أن يكون مبرمجا مراعيًا جميع العوامل البيولوجية، و النفسية، و الاجتماعية للطفل وعائلته.

يتم موافاة الأسرة بمعلومات شخصية واضحة و محددة عن حالة الطفل وحاجياته، كما يقدم لها تقرير مكتوب يرخص مغادرة الطفل للمصلحة مصحوبا ببيانات أكثر دلالة ووضوحا حول حالته الكلينيكية، والوظيفية، و نوع الرعاية التي يحتاجها. وحتى يسهل على الأسرة فهم دورها يجب أن تكون المعلومات دائما تتلاءم مع الوضع الشخصي و السوسيوثقافي للأسرة.

يجب إبراز أهمية الإبقاء على معايير التدخل المبكر داخل وحدات الرضع، وطب الأطفال والرعاية الأولية، بهدف ضمان متابعة ومراقبة الطفل وأسرته، واستمرارية التدخل الذي بدأ داخل مصلحة المواليد الجدد.

الإحالة (Derivación)

عندما يتضمن التقرير المصاحب للترخيص بمغادرة المصلحة الإشارة إلى متابعة الرعاية في مركز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر، أو الحاجة إلى ضرورة الرعاية الاجتماعية (المصالح الاجتماعية) أو المدرسية، عندئذ يتم استخدام ميكانيزمات التحويل المحددة. فيجب تقديم كل المعلومات اللازمة، وإقامة اتفاق تعاون وبرامج متابعة و مراقبة، بين المؤسسات الصحية، و التربوية و الاجتماعية بهدف تسهيل هذه المهمة.

برامج متابعة النضج أو النمو

إن البرامج المسطرة الخاصة بمتابعة الأطفال الذين يوجدون في وحدات النضج و هم في حالة الخطر النفسي، العصبي والحسي، عرفت التشجيع ابتداء من 1977 من طرف الخطة الوطنية للوقاية من التخلف العقلي بهدف رئيسي يتمثل في مراقبة نمو كل الأطفال الذي هم في حالة خطر عصبي - نفسي - حسي، و كذلك الأطفال المصاب جهازهم العصبي المركزي، ليتمكن، في أسرع وقت ممكن، رصد اختلال في النمو و القدرة على التوجيه و الشروع في العلاج المناسب.

يقصد بمفهوم "حديث الولادة في خطر" ذلك الطفل الذي نتيجته سوابقه أثناء الحمل به و/ أو أثناء ولادته، لديه احتمالات كبيرة لتبدو عليه، في السنوات الأولى من الحياة، مشاكل في النمو، سواء كانت إدراكية، أو حركية، أو حسية، أو سلوكية، مؤقتة أو نهائية. إن مفهوم الخطر، اليوم، يجب أن يمتد إلى مرحلة ما بعد الولادة والرضاعة، لأن العامل الذي يجعل النمو في خطر يظهر، في كثير من الأحيان، بعد الولادة.

لانتقاء معايير الخطر يتم الأخذ بالمساطر المقدمة سنة 1982 من طرف لجنة مرحلة قبيل أو بعد الولادة التابعة للخطة الوطنية للوقاية من التخلف العقلي، و التي تم تعديلها لاحقا من لدن قسم مرحلة قبيل الولادة أو بعدها التابع للجمعية الإسبانية لأطباء الأطفال. (انظر الملحق).

إن برامج المتابعة تضمن الرعاية للرضع و لأطفال حديثي العهد بالحياة، وفق توصيات جمعيات طب الأطفال في وطننا و توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال. إن الأطفال المتأكد منهم أو المشكوك في إصابتهم بقصور يجب أن يتلقوا العناية في نظام يتولى ما يلي:

- السهر على ضرورة الرصد المبكر و علاج الاضطرابات، بما في ذلك التعرف على البيانات التي تشخص احتمال تسبب تأخر في النمو وتقديم وسائل الرصد المبكر.
- تنفيذ خطة خدمات تراعى فيها حاجيات الطفل و أسرته بواسطة تقويم دوري متعدد التخصصات.
- تقديم معلومات للأبوين عند الشك أو تشخيص تأخر في النمو أو إعاقة و احترام الدور الأساسي للأبوين في تطور الطفل و حقه في المشاركة في القرارات التي تخصه.
- تشجيع و تطوير مصالح مجتمعية للوقاية.

يمكن تنفيذ هذه الأهداف في نطاق المستشفى بخلق وحدات للمتابعة متصلة بمصالح المواليد الجدد و طب أعصاب الأطفال، و في مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر، أو في مراكز شبكة الخدمات الصحية، و التربوية، والمصالح الاجتماعية، إلخ. بشكل يسهل بلوغ الطفل و عائلته إلى المصلحة قصد تقديم المتابعة. المهم أن يتواجد هذا النوع من الرعاية: أما الوضعية و التنظيم يبقيان مرهونين بمختلف موارد كل جهة.

تتأطر برامج المتابعة داخل الوقاية الثانوية للإعاقات على شكل مجموعة من الأنشطة التي تساعد النمو الجيد للطفل حين يتم التدخل في المراحل المبكرة من الحياة حول وضعيات الخطر أو عندما توجد إصابات قائمة.

كذلك تمارس الوقاية الأولية من خلال مد الآباء بمعلومات متواصلة، مما يجعل الإجراء على الطفل يتحسن في كل الأوجه؛ يسمح بمعرفة حاجياته وتقديم المساعدات اللازمة عبر المشاركة في برامج التحسيس، و الوقاية والرصد.

إن برنامج المتابعة يسهل الرصد السابق لأوانه للاضطرابات عن طريق إجراء مراقبة دورية ويسمح بالمعرفة المبكرة لاحتياجات كل عائلة و توجيهها بشكل مناسب.

إن المتابعة يجب أن تتم من طرف أخصائيين ذوي تكوين وخبرة في التنشئة الطفولية. ويستحسن أن يكون أحد أعضاء الفريق هو الذي يتولى الاتصال بالعائلة حتى يتم الحفاظ على النظرة الكلية إلى الطفل، إذ أحيانا يكون تثمين الطفل ضروريا من طرف مجموعة من الأخصائيين. إن المتابعة يجب أن تكون مدونة في بروتكول يتضمن جميع مظاهر نمو الطفل ورعاية العائلة.

إن المكان الذي تتم فيه المتابعة يجب أن تتوفر فيه مجموعة من الشروط التي تسمح للعائلات بإجراء المراقبة دون أن يؤدي ذلك إلى اضطراب في الديناميكية العائلية.

إضافة إلى تقويم النمو، تجرى على الأطفال الذين يحتاجون إلى ذلك، مجموعة من الاختبارات التكميلية العصبية النفسية، الإيكوغرافية (الأمواج فوق الصوتية)، والبصرية وغيرها. يجب تقديم الدعم للعائلات لمساعدتها على فهم مشاكل الابن، ومنحهم الثقة في تصرفاتهم، وتقديم معلومات صحيحة ومنسجمة مع حالتهم الوجدانية والثقافية، وإقامة جو من الثقة يشكل إطارا مناسباً لاتخاذ القرارات.

يعد أساسيا إقامة فيض متدفق من المعلومات بين الفرق التي تباشر الطفل وتلك التي سيوجه إليها.

التنسيق

إن التنسيق يقام أولا مع الفريق أو المركز الذي يُحيلُ الطفلَ على برنامج المتابعة. فبالنسبة للأطفال الذين كانوا ملتحقين بوحدة المواليد الجدد أو بوحدة الرضع، يجب أن يبدأ التنسيق مع الشروع في التخطيط لمنحهم رخصة مغادرة المستشفى. وفي الحالات القادمة من خدمات طب الأطفال الأولي، والخدمات الاجتماعية، والمدارس الأولية وغيرها، فإن التنسيق يتم مع كل واحدة منها.

طب الأطفال في التدخل الأولي

إن المفهوم الجديد لطب الأطفال للنمو يعد مهما لتخصصه في عملية النضج بأهداف ثلاث: تنشيط الصحة العقلية و البدنية، القدرة على إجراء تشخيص مبكر وعلاج فعال، ودراسة أسباب اضطراب النمو والوقاية منها. فطب الأطفال للنمو إنه جزء أساسي في عمل طب الأطفال الذي يتم في مراكز الصحة.

إن أخصائيي الصحة الذين لهم اتصال منتظم بالطفل و عائلته هم: طبيب الأطفال و الممرضة المتخصصة في طب الأطفال، إنهما الإثنان يحتلان وضا مركزيا في شبكة لخدمات الصحية و يعدان مرجعا للآباء و لمختلف البرامج وخدمات الجهة المستقلة (برامج رعاية الحمل، الإعداد للوضع، المتابعة المنضجة، (seguimiento madurativo) ، و الرصد المبكر لقصور حسي في أطفال قد يبدو أصحاء (screening sensorial) ، إلخ. إن طبيب الأطفال يطلب إجراء اختبارات تكميلية واستشارات مع أخصائيين و / أو المصالح الاستشفائية، و بعد توصله بمختلف التقارير ينقلها إلى العائلات في سياق نظرة متكاملة.

إن الوقاية الأولية في طب الأطفال تتم بواسطة المراقبة الصحية لبرنامج الطفل السليم، حيث يتولى فريق طب الأطفال مهمة مستشار ومربي العائلات و يفتعل مواقف وقائية لاضطرابات النمو. إن تدخله يمتد إلى المجتمع بواسطة أعمال في جمعيات الآباء، ومدارس التعليم الأولي و الابتدائي، إلخ.

يجرى الرصد عبر اختبارات صحة الطفل، بتطبيق وسائل الرصد المبكر (screening) للوقوف على العلامات المنذرة لاضطرابات النمو. يشكل أخصائيو طب الأطفال المستوى الأساسي للرصد والإحالة المناسبة للأطفال على مراكز التشخيص، و المتابعة و التدخل. عند التشخيص يبقى طبيب الأطفال وحده أو بتعاون مع الأخصائيين الآخرين، المؤهل لإجراء تصور أولي للوضع، مستعينا بمعرفته للطفل والعائلة على إقرار أو استبعاد وجود اضطرابات.

ليتم تقويم الطفل تقويما مناسباً هناك طرق موضوعية وفعالة للملاحظة والرصد المبكر (screening) يمكن استعمالها في الممارسة اليومية. يجب تثمين ومنح أهمية خاصة إلى بيانات الملاحظة المقدمة من لدن العائلة لأنها تعرف الطفل وفي اتصال يومي به.

إن التنسيق، في شأن الأطفال المعتنى بهم في وحدة المواليد الجدد، بين طبيب الأطفال و باقي المصالح (الصحية، الاجتماعية، و التربوية، ومراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر، و غيرها)، يجب أن يبدأ عند التخطيط للترخيص بمغادرة الطفل المستشفى و استمراره لاحقاً مع باقي الفرق التي تعنى به.

إن الحرص على التكوين المستمر للعاملين بهدف تدريبهم على رصد حالات الخطر والعلامات المنذرة باضطراب في النمو، يعد أمراً أساسياً، لأنها مظاهر لازال فهمها ناقصاً أو يساء فهمها في مجال طب الأطفال. يعد مهما الرصد المبكر لاختلال أو انحراف في النمو، كما هو مهم تشغيل الاجراءات التي تحقق نمواً مرضياً. يتولى فريق طب الطفل مهمة تحديد الإجراءات المتبعة ونصح العائلة لاتخاذ مواقف مساعدة لنمو الطفل. حالياً لا يمكن قبول موقف "لننتظر لنرى ما سيحدث" أو "حتى تظهر على الطفل أعراض واضحة" لأنه تأكد أن التدخل المبكر، قبل الظهور النهائي لأعراض الحالة، يمكن أن يحسن بشكل واضح المسار التطوري.

فطبيب الأطفال يعد مرجعية بالنسبة للعائلة طوال سنوات، فمعرفته بالطفل وعائلته تؤهله للقيام بمهمة التنسيق بين مختلف المصالح.

مصالح طب أعصاب الأطفال

تتدخل مصالح طب أعصاب الأطفال في التدخل المبكر فتشمل مختلف المجالات:

- تعمل بشكل جماعي مع أخصائيي وحدة المواليد الجدد، فيما يتصل بالرصد، والتشخيص، والتدخل العلاجي الذي يحتاجه المواليد الجدد الذين هم في حالة الخطر.
- تشارك في برامج متابعة النمو و تشكل جزءاً من الفريق الساهر على الأطفال الذين يعدون في حالة قصوى من الخطر البيولوجي - النفسي - الاجتماعي.
- تؤدي عملاً لأمحيد عنه مع مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر لرصد العلامات المنذرة وتشخيص الاضطرابات العصبية. إن هذه المهمة يمكن إنجازها كخدمة استشارية وكدعم أو

مشاركة مباشرة للفرق. إن طب أعصاب الأطفال هو إحدى التخصصات الطبية الأساسية الأكثر تناسبا لتشكيل جزء من فريق التدخل المبكر.

إن طبيب أعصاب الأطفال يضع التشخيص الوظيفي، والمتلازمي، والإيتيولوجي للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النمو، وبشكل أدق تلك الحالات ذات خلفية عضوية. إن صلاحية الاطلاع على مختلف الاختبارات التكميلية، انطلاقا من المستشفى، يسهل صياغة التشخيص.

إضافة إلى العناية الكلية بالطفل و عائلته، فإن طبيب أعصاب الأطفال يسطر كيفية إجراء العلاج الطبي في تلك الحالات التي يمكن أن تتحسن بأدوية أو باتباع حميات خاصة.

إن المشاركة الفعالة في برامج التكوين و التعلم لتعميق المعرفة بالتنشئة الطفولية و اختلافاتها، تسهل الرصد و الإحالة المناسبة. و تجدر الإشارة إلى أهمية التنسيق بين مصالح الإحالة و مصالح الاستقبال.

مصالح إعادة تأهيل الأطفال

ارتبطت مصالح إعادة تأهيل الأطفال في إسبانيا بتجارب ثلاثة:

1. تجربة إستشفائية حيث تبرز أعمال طبابة بدنية و علاج " أمراض حادة ": إنها تجارب منبثقة من طلب الاستشفاء من عواقب التجبير أو التشويه، وحالات جُرْحِيَّة وعصبية تظهر في المؤسسات الاستشفائية.
2. تجربة تنطلق من المصالح الاجتماعية حين يضاف البعد النفسي - الاجتماعي عبر برامج شخصية بهدف الاستجابة لحاجيات الاندماج الاجتماعي و الاستقلال الذاتي للأشخاص المعاقين. و قد ظهرت هذه التجارب في شبكة المراكز الأصلية لمعهد الخدمات الاجتماعية INSERSO .
3. تجربة مشتقة من الحركة الجموعية التي أفرزت مراكز متخصصة للعلاج المتكامل والمكثف لتحديد الأمراض.

بالنسبة للأطفال بين 0 و 6 سنوات فإن فرق المراكز الأصلية شكلت جانبا هاما ساهم خلال العقدين الأخيرين في دفع برامج التحفيز القبلي و التدخل المبكرين. فكان من الطبيعي أن تنضم هذه المراكز إلى شبكات التدخل المبكر في مختلف الجهات المستقلة. وفي هذا الاتجاه، صار يتشكل في وطننا، منذ سنوات تخصص إعادة تأهيل الأطفال. إنه أحد التخصصات الطبية الأصلية التي يمكن أن تكون مناسبة لتشكل جزءا من فريق مراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر.

من جهة أخرى إن المراكز المتخصصة للجمعيات احتلت، في العديد من الحالات، فضاء مراكز رعاية الأطفال المعاقين و خصوصا بدءا من الطفولة الأولى.

وفيما يخص المصالح الصحية لإعادة التأهيل في بنيتها الحالية، خاصة مع خلق مصالح للعلاج النفسي في المراكز الصحية للرعاية الأولية، إنها تشكل موردا تكميليا لتثمين و علاج بعض حالات إعاقة الأطفال. فالجناح المختص بتقويم الأعضاء يعد كفاية هامة لهذه المصالح.

مصالحة الصحة الذهنية

إن الأخصائيين الذين يشكلون وحدات الصحة الذهنية للأطفال يتدخلون في كل مستويات التدخل المبكر.

إن المقاييس العامة للوقاية الأولية انطلقا من الصحة الذهنية للأطفال تشمل :

- تنسيق و تطوير البرامج مع مصالح أخرى صحية، و تربوية، و اجتماعية و عدلية.
- التعاون في برامج وقائية لرصد عوامل الخطر النفسي.
- المشاركة في برامج التكوين و التنسيق مع أخصائيين آخرين للرعاية الأولية.
- التعليم و البحث في كل ما له صلة بالصحة الذهنية للأطفال.

إن الرصد و التقويم التشخيصي يعتمدان على المعايير المذكورة في البند 1.4، مقابلة الاستقبال، و التشخيص و الإبلاغ.

إن عملية تشخيص الصعوبات في النمو النفسي يجب أن تتمركز أساسا في ملاحظة، و تحليل وتقويم ما يلي :

- الأعراض (البدنية، السلوكية العقلية و النفسية) للطفل و كيفية اشتغالها الذهني.
- تفاعلات أبوان / طفل.
- خصائص المحيط العائلي.

إن التدخل العلاجي في وحدات الصحة الذهنية للطفل له الأولوية في الحالات التي تقتضي وتشمل مختلف الأنواع الأساسية للعمل :

- تدخل مباشر مع الطفل بشكل فردي أو في مجموعة صغيرة، في حالات المرض العقلي المبكر الحاد خاصة؛ الوهم، التوحد، و عدم التناغم التطوري أو المتطور (disarmonías evolutivas).
- تدخلات عائلية بهدف تسهيل تفهم اضطرابات، وصعوبات الطفل، وأهمية تلاؤم المحيط العائلي مع احتياجاته.
- أنشطة تنسيق مع المصالح الأخرى والأخصائيين ذوي علاقة به.

وأمام إمكانية إحالة الطفل على مراكز أخرى للتنشئة الطفولية والتدخل المبكر، أو المصالح الاجتماعية، أو المدرسية، يكون ضروريا إرفاق الأعمال السابقة بمعايير التعاون و برامج متابعة ومراقبة.

اختصاصات طبية أخرى

بالإضافة إلى الاختصاصات المذكورة سابقا، توجد اختصاصات أخرى تشارك في التدخل المبكر، خاصة في التشخيص و العناية العلاجية. فرغم عدم إعطائها الأهمية الواجبة، فإن مهمة الرصد، التي يمكن أن تقوم بها بعض هذه الاختصاصات، جديرة بالإشارة.

من بين الاختصاصات المتعددة تجدر الإشارة إلى أهمية طب العيون، طب الحلق والأنف والحنجرة، و جراحة تقويم الأعضاء، التي تستقبل الأطفال الذين تتم إحالتهم، ولديهم مشاكل معينة

ويمكن لها إجراء رصد لمشاكل عامة للنمو. هذه التخصصات تشارك أيضا في متابعة نمو الأطفال الحديثي الولادة المهددين بخطر الإصابة، إذ تكون أساسية المراقبة الدورية للأحاسيس وللأعصاب الحركية (neuromotor). هذا بالإضافة إلى مظهر آخر يتمثل في التشخيص والعلاج المحدد للأطفال الذين هم في حاجة إليه. إن التنسيق مع أخصائيين آخرين و مع الفريق الذي يعتني بالطفل هو أمر أساسي و يجب أن يتم عن طريق تعدد الاختصاصات.

إن الفحص بواسطة الأشعة السينية، و الكيمياء البيولوجية وعلم الجينات هي اختصاصات أخرى عادة ما تتدخل في عملية التشخيص و الوقاية من حدوث مشاكل.

هناك تخصصات طبية أخرى لم تتم الإشارة إليها سابقا، غير أن ذلك لا يقلل من أهميتها، تلعب دورا في التدخل المبكر في الرصد، والتشخيص، والعلاج والإحالة.

3.4 المصالح الاجتماعية

باعتبار الأهمية التي لدى السياق الاجتماعي و ظروف المحيط في إيجاد قصور في النمو أو خطر حدوثه، فإن المصالح الاجتماعية لها أهمية و مسؤولية واضحة سواء في برامج الوقاية أو في مهام الرصد، والتشخيص، والتدخل في كل تلك الحالات عند الحاجة.

إن المصالح الاجتماعية وأخصائييها يتدخلون في جميع وكل مستوى من مستويات الرعاية الأولية، و يعد عمله في التدخل المبكر ذا أهمية حيوية ويتم عبر دعم الرفاهية الاجتماعية للأسر وصياغة برامج وقاية وتدخل.

دعم الرفاهية الاجتماعية للأسر

يجب على أخصائيي المصالح الاجتماعية السهر لتمر عمليات الحمل، والتبني (adopción) والرضاعة و الاندماج الاجتماعي (socialización)، في ظروف مواتية للتوازن الوجداني و التكيف المعرفي

مع تلك المهام، بشكل يجعل المبادئ المسطرة في الاتفاق العالمي لحقوق الطفل تنعكس على الواقع. إن التدخل المبكر ساهم في الاعتراف بأهمية العوامل التالية للنمو الطفولي:

- التفرغ العاطفي.
- الاكتفاء المادي.
- الاستقرار المهني.
- الاستقرار في العلاقات العائلية.
- المشاركة في شبكات اجتماعية.
- التناسق في الأنماط التربوية.

إن رعاية العلاقات الأولى بين الآباء و الأبناء يجب أن تحظى بالأولوية الاجتماعية. لذلك يحتاج إلى تعميق مقاييس، انطلاقاً من احترام التعددية الثقافية، تشجيع، وتكون و تسهل على الآباء ممارسة وظائف تسمح بالتوفيق بين الحياة المهنية و العائلية عبر:

أ) تنظيم فضاءات جديدة للتبادل و تكوين الآباء (intercambios y formativa) تصلح كبديل للعزلة والتقوقع العائلي؛ شبكات اجتماعية قبل وبعد الولادة، مدارس الأمومة لمعرفة تجارب أخرى، إلخ.

ب) دعم الإدارات المحلية والكيانات الجموعية لنشر وخلق موارد جديدة للاستقبال المؤقت تسهل، من جهة، الائتلاف مع الحياة المهنية و تمتع الآباء بأوقات الفراغ، ومن جهة أخرى، العلاقات بين الأطفال، مسهلة التفاعل و التواصل فيما بينهم. يجب وضع رهن إشارة العائلات التي تحتاجها خدمات رعاية الأمومة، المراكز النهارية، المساعدة في البيت، مربيات حاضنات، رياض أطفال، وغيرها، كما تعمل على تشجيع الشبكات العائلية (أجداد، إخوة، إلخ)، و شبكة الجيران (أسر راعية) تساهم في مهام الدعم و الانتباه إلى الأبناء.

ت) مراجعة الخدمات الاجتماعية و الاقتصادية، و تعديل نظام الأداء الضريبي، وإجراءات أخرى تدعم الحضانة، التي عليها مراعاة ما يلي:

- توسيع رخص الأبوة المؤدى عنها (أيام مرافقة الأم ساعة الولادة، للانتباه إلى الأبناء إذا كانت الأم و الوليد سيظلان في المستشفى، لإعادة تنظيم الحياة

العائلية خلال الشهرين الأولين في حياة المولود، للعناية المؤقتة بالأطفال المصابين بأمراض مزمنة، للانتباه إلى الأطفال خلال فترات الانتقال إلى المدرسة أو رياض الأطفال، تسهيل حالات الانقطاع المؤقت عن العمل وتخفيض ساعات العمل للتفرغ للانتباه إلى الابن، يمتد حتى ثلاث أو ست سنوات.

■ توسيع المنح المادية عن كل ابن بتخصيص تعويض يمتد ثلاث سنوات ومجموعة من التدابير للدعم المادي لمصالح الاستقبال المؤقت، وزيادة التخفيض في الضرائب، إلخ.

ث) تربية الشباب و تحسيسهم بواقع الرضاعة (crianza) وتكوينهم لتتسم علاقاتهم بمعايير مرنة ومتوازنة. هذه التربية يجب أن تكون نظرية ذات طابع عملي يتمثل في التعرف عن قرب على واقع الأطفال من خلال زيارات لقسم المواليد ودور الحضنة، ولأماكن الحوار الخاصة بموضوعات ذات صلة بالأطفال.

ج) تشكيل الوسط الحضري و الوسائل السمعية البصرية كفضاءات للحوار الاجتماعي ونشر التطبيق الجيد للحضنة.

ح) إشاعة ثقافة المساواة في التدبير المنزلي و إعادة تثمينها اجتماعيا.

خ) منح سكن لائق و كاف.

د) اندماج واستفادة كل الأطفال، بما فيهم غير المقيمين والمارين، بخدمات الرعاية الاجتماعية.

إنها نماذج، على سبيل التمثيل لا الحصر، وخطوط توجيه ممكنة لسياسات رعاية العلاقات الأولى. يستحسن إعداد، بإجماع سياسي أوسع، تنظيم يكون بمثابة قانون يتم فيه تحيين وتحديد هذه التدابير العامة للرعاية.

برامج الوقاية

إن الوقاية الأولية يمكن أن تتم عن طريق تدخلات (فردية أو جماعية للدعم والمساندة) موجهة إلى أنساق محددة مسبقا " لها صعوبة/ خطر اجتماعي"، كذلك عبر مشاريع تدعم رفاهية و عافية الطفولة الأولى.

انطلاقاً من مؤشرات الخطر الاجتماعي، إن برامج الوقاية الثانوية يصير هدفها رصد حالات عائلية و / أو عوامل بيئية و اجتماعية يمكن أن تؤدي إلى ظهور اضطرابات في نمو الأطفال أو تجعلهم في وضع الخطر.

بنفس الشكل الذي تم في المرحلة السابقة، إن هذه الأهداف يمكن أن تصاغ على المستوى الفرد أو الجماعة، أو عن طريق برامج الجهة بتعاون مع الكيانات أو المؤسسات الأخرى.

إنها برامج موجهة إلى فئات اجتماعية يعتبر وضعها عاملاً مؤكداً لخطر الإصابة باضطراب في النمو الطفولي، ولذلك يتم التأكيد على ضرورة توفر موارد هامة لدعم الحياة العائلية، مثل الأمومة maternaje عند سن المراهقة، الفاقة، والإنجاب المتعدد multiparidad، الإدمان على المخدرات، الانعزال الاجتماعي، أو العرقي أو الثقافي، والعنف الاجتماعي - العائلي وغير ذلك.

في مثل هذه الحالات يتم التركيز على ضرورة الاعتماد على موارد دعم الحياة العائلية، كما أن برامج الوقاية تتضمن إجراءات الرعاية الانتقائية لجماعات الخطر. وليس القصد بذلك خلق خطوط مختلفة لرعاية العائلة وإنما الزيادة في قدرتها أو قوتها الوقائية، تسهيل أجراءاتها، ووضع مراقبة أكثر صرامة على صلاحها و تطورها. القصد من ذلك نشر برامج الأجر الاجتماعي، والاندماج السوسيو - مهني، والتربية العائلية، ومساعدات منزلية، وبرامج التخفيف عن عائلات الاستقبال، ومجموعات معينة من الآباء. يستحسن للأخصائيين العاملين في هذه البرامج من منطلق المصالح الاجتماعية الأصلية أو للمختصين، من مختلف الإدارات العمومية و الكيانات الجمعوية و مصالح التدخل المبكر، أن يلتزموا تنسيقاً قاراً بين المؤسسات ومنتظماً لتقديم تجارب و خبرات ومعلومات متبادلة، و عند الحاجة، الإحالة قصد التدخل.

برامج التدخل المبكر في المجال النفسي الاجتماعي

تهدف برامج التدخل المبكر في المجال النفسي الاجتماعي إلى ما يلي:

- أ) إعادة بناء و تنظيم العائلة الأصل إذا ما تم تـمـينه كهدف قابل التنفيذ.
- ب) رعاية ومرافقة العابرين حين تنفرط الروابط العائلية وتتم إقامة روابط أخرى جديدة.
- ت) إعادة الاندماج العائلي، الاستقبال و/ أو التبني.
- ث) رعاية و مرافقة الأطفال المنتمين إلى مؤسسات وليست لديهم نظرة مستقبلية أو مرجعيات عائلية.
- ج) التدخل المبكر في أي اضطراب في النمو ممكن الرصد، وإعداد عملية التصدي أو الإقصاء الاجتماعي للآباء و الأبناء.

إن ضرورة التدخل المبكر للأطفال بين 0 و 6 سنوات، الذين يعانون من أوضاع عائلية متأزمة، تجد سندها في كون الطفل الذي يحيى تجربة عائلية يشكل له ذلك مكونا حاسما في بنيته التنظيمية أو الرمزية *organización simbólica*، بينما الذي تنفصل بنيته العائلية فإن ذلك يخلق له مشكلا خطيرا لا يسعنا اعتباره إلا ظرفا.

إن تنظيم الإجراءات في التدخل المبكر يقتضي:

- جعل المصالح الاجتماعية للرعاية الأولية مكانا مرجعيا و مرصدا لهذه الأوضاع.
- التنسيق بين المصالح الاجتماعية للرعاية الأولية، والفرق المتخصصة في القاصرين أو الطفولة، والمراهقة، والصحة الذهنية.
- التنسيق بين فرق القاصرين ومراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر، بهدف طرح مشروع تدخل.

التشخيص و التدخل الاجتماعي في فرق التدخل المبكر

إن مشاركة الأخصائي الاجتماعي في التدخل المبكر تتأطر داخل الرعاية الشاملة للطفل و عائلته، بصفته أحد أعضاء الفريق المتعدد التخصصات، في علاجه و اندماجه و تكيفه لاحقا في المجتمع.

انطلاقاً من جمع المعلومات الاجتماعية - العائلية يمكن صياغة تشخيص اجتماعي وإقامة خطة عمل و الاستراتيجيات اللازمة التي تسمح بمساعدة العائلات على إضافة عناصر تحسين تحقق للطفل رفاهية أكبر و لعائلته و محيطه.

إن استراتيجيات التدخل هاته موجهة أساساً إلى :

- تفعيل و تقوية الموارد الداخلية للعائلة نفسها.
- إضافة الموارد اللازمة، الخارجة عن الأسرة، وفق إشكالية الطفل ولحظة دورتها الحيوية.
- توجيه العائلة نحو الوسائل القانونية و الاجتماعية الموجودة، و تعريفها بالحقوق، وبالمصالح، وبالمساعدات المادية أو غيرها، وإخبارها بكيفية الاستفادة منها.
- العمل على إحالة العائلة على مصالِح أخرى معينة عند عجزها على حل مشكل محدد.
- دعم التنسيق بين أخصائيي المجالات الأخرى والمؤسسات ليتم الاشتراك في وضع استراتيجيات التدخل عند حالات معينة.

4.4 مصالِح تربية

انطلاقاً من مبدأ "كل الأشخاص لهم حق المشاركة في المجتمع"، إن المدرسة تتحول إلى هدف هام في عملية اندماج الأطفال و تكيفهم الاجتماعي، بشكل خاص لدى أولئك الذين يعانون مشاكل في النمو.

يكتسي التعليم الأولي أهمية خاصة، لأن السنوات الأولى من الحياة تعد حاسمة لنمو منسجم بدنيا و نفسياً، كما هي هامة بالنسبة لتكوين قدراته العقلية و تطور الشخصية. إن التربية في هذه المراحل العمرية تتسم بالوقائية والتعويض، نظراً لأهمية التدخل المبكر لتفادي مشاكل في النمو لدى الأطفال عموماً، وخاصة أولئك الذين يمثلون احتياجات تربية خاصة.

إن مصلحة رعاية الأطفال بين 0 و 6 سنوات تم إعداده على شكل نماذج مختلفة وبمسؤوليات وغايات متنوعة. هكذا، وفي مرحلة أولى كلما حدث تغيير في مجتمعنا وفي العائلة، خاصة عندما دخلت

المرأة ميدان العمل، أصبح المجتمع يواجه مشكلة الانتباه إلى هؤلاء الأطفال في المرحلة السابقة للمدرسة الإجباري عبر نموذج للرعاية فقط. عندئذ برزت دور الحضانة كخدمة للرعاية الاجتماعية للعائلات، دون أن يكون لها هدف تربوي واضح.

إن التعليم الأولي في بلدنا، مثل ما هو عليه في باقي الدول الأوروبية، يبدأ انطلاقاً من تطور دور الحضانة، نظراً إلى الطلب الاجتماعي، من جهة، والثقة التي اكتسبها كخدمة اجتماعية مفتوحة للمجتمع الطفولي، بتوجه تربوي. بذلك أصبح التعليم الأولي كياناً يرتب البرامج ويقدم تربية أولية منتظمة.

في الوقت الحاضر وحسب قانون التنظيم العام للنظام التربوي (LOGSE)، إن التربية الأولية تعني المستوى الأول للنظام التربوي الذي يستغرق 6 سنوات، مقسمة إلى سلكين، الأول من 0 إلى 3 سنوات، والثاني من 3 إلى 6 سنوات. يكون السلك الثاني أكثر تعميماً من الأول، رغم أنه لا زال يعد مرحلة اختيارية، وواقعه يختلف حسب الجهة المستقلة. غير أن الإدارات العمومية عليها أن تضمن في هذا السلك الأول (0 - 3) المقاعد الكافية لكل من يرغب فيه.

انطلاقاً من هذا القانون، فإن التعليم الأولي يضع مجموعة من الأهداف العامة حتى يتمكن الأطفال من تنمية قدراتهم مثل: معرفة أعضاء جسمهم، الاختلاط بالآخرين عبر مجموعة مختلفة من أشكال التعبير والتواصل، والاكتماب النسبي للاستقلال الذاتي في الأنشطة التي يزاولها عادة، وملاحظة واكتشاف محيطه العائلي والاجتماعي.

الوقاية الأولية

من الأهمية بمكان إبراز الطابع التربوي المتميز الذي يتسم به التعليم الأولي، كوسيط وممهّد لما سيتم تعلمه لاحقاً. إن هذا التعليم يجب أن يساهم في نمو الطفل وجدانياً، وبدنياً، واجتماعياً، وأخلاقياً، مما يعني طريقة جديدة للتعامل مع أطفال في هذه الأعمار والتخلي عن وظيفة 'الحراسة' التي دأب عليها مربو هذه المرحلة مع الأطفال الصغار.

انطلاقاً من هذا المنظور، إن مدارس التعليم الأولي تتحول إلى مكان متميز تتم فيه مهمة الوقاية من اضطرابات محتملة في النمو، و أيضاً التعويض عما يفتقده الطفل في محيطه الاجتماعي، والثقافي والاقتصادي.

الوقاية الثانوية

إن رصد الاحتياجات التربوية الخاصة و المحتملة لدى الأطفال خلال مرحلة الطفولة هو من المهام التي يجب أن يقوم بها معلمو الفصل بالتعاون مع الفريق المختص في علم النفس التربوي (السيكوبيداغوجي). إن هذه الفرق هي التي تتولى تقويم الاحتياجات المرصودة في الأطفال. لهدف تحديد طبيعتها، و كذلك تحديد المسائل المتصلة بتمدرسهم، وإعداد برامج تعليمية مناسبة لقدراتهم، والمساعدات التقنية التي يمكن أن يحتاجوا إليها.

يجب في التقويم السيكوبيداغوجي جمع معلومات عن الطفل وعن وسطه المدرسي والعائلي، فيستخلص من الاستنتاجات ما يجب اتخاذه من إجراءات داخل المجال التعليمي، حتى يتمكن الطفل من مسيرة الدراسة وفق إمكاناته و الأهداف المحددة لتلك المرحلة التعليمية.

بهذا الشكل، فإن الاقتراحات والقرارات التي تخص المدرسة تنبثق من نتائج التقويم السيكوبيداغوجي، مع الأخذ بعين الاعتبار المظاهر البيولوجية والسيكلوجية والاجتماعية، وفي الوقت نفسه، رأي العائلات والأخصائيين الآخرين المعنيين في العلاج بالتدخل المبكر. في كل الحالات، إن هذه التدابير تعد ذات وجهين، سواء حسب الظروف التي يمكن أن تؤثر في التلميذ أو نتائج عمليات التقويم الأخرى.

يمكن لفرق السيكوبيداغوجيين أن يُعرفوا بعدة تسميات حسب الجهة المستقلة، لكن عموماً، يتولون مهمة التنسيق، و التفتيش، و تسهيل عملية اندماج الأطفال ذوي احتياجات تربوية خاصة في المدارس الأولية.

الوقاية الثلاثية

إن تدرس التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، يجب أن يبدأ في هذه المرحلة، من التعليم الأولي، في سياقه الطبيعي، قدر الإمكان، بهدف دعم و تسهيل عملية النمو و التعلم.

هذا يعني عمليا أن تدرس هؤلاء التلاميذ يستحسن أن يتم في مدارس عادية مع تعديل المناهج الدراسية حسب احتياجات كل تلميذ، و ترك التمدرس في وحدات أو مراكز التربية الخاصة للحالات التي يحتاج فيها التلميذ إلى تعديلات جذرية في المناهج التعليمية، كما يحتاج إلى وسائل شخصية و مواد تعليمية غير مستعملة في المدارس العادية؛ فقاعة الدرس تتحول إلى فضاء معد للطفل ليكون على اتصال بتجارب و أدوات و موارد قد لا تتوفر في قاعة الدرس العادية. لذلك و بصفة استثنائية و حين يقترح ذلك الفريق السيكوبيداغوجي، فإن تدرس هؤلاء الأطفال يتم في مراكز التربية الخاصة خلال السلك الثاني من التعليم الأولي (3 - 6 سنوات).

خلال هذه المرحلة من التعليم الأولي، إن التلاميذ ذوي الاحتياجات تربوية خاصة يجب أن يسمح لهم بتمديد فترة تدرسههم إذا ما ارتأى ذلك التقويم السيكوبيداغوجي.

هناك مراكز للتعليم الأولي تفضل قبول تلاميذ بإعاقة معينة، لأن ذلك يجعل، بشكل ما، تلك المساعدات التقنية التي يحتاجها أولئك التلاميذ ذات مردودية أكبر، وفي الوقت نفسه، يساعد على تخصص الأساتذة و يعين على العلاقة الاجتماعية بين الأطفال و أسرهم.

إن الفرق تضع، عند كل حالة، خطط العمل وفق الاحتياجات التربوية للتلاميذ، ويكون الأستاذ المشرف أو الوالي، داخل قاعة الدرس، مسؤولا على تنفيذ هذه الخطط وإدخال التعديلات اللازمة على المناهج الدراسية. تهدف تلك التعديلات بلوغ التلاميذ الأهداف الخاصة بالتعليم الأولي و دائما وفق إمكانياتهم.

في هذا الاتجاه، ولكل العملية التربوية في مدرسة التعليم الأولي، تشكل فرق السيكوبيداغوجيين عنصرا أساسيا للاندماج، لأنهم يقدمون مساعدة مباشرة سواء للطفل أو للمعلم، وينسقون مختلف

التدخلات التي يمكن أن يحتاج إليها الأطفال مع معلمهم، كما تسهل المساعدة المباشرة للطفل من طرف الأخصائيين مثل أخصائي علاج عيوب النطق، و أخصائي أعصاب الحركة، أو معلم الدعم.

إن المشاكل في عملية الاندماج عادة ما تظهر حين لا يكون هناك تدخل مبكر سابق للالتحاق بالتعليم الأولي، وحين يزداد السن والمستوى الدراسي فتزداد معهما مطالب المدرسة. عموماً، إن التلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة الذين يفدون على مدرسة التعليم الأولي في سن تتراوح بين 0 و 3 سنوات يفعلون ذلك عملاً بتوصية فرق السيكوبيداغوجيين أو مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر، التي تثمن إيجابياً الإمكانيات التي تمنحها المدرسة لنمو الطفل، رغم استمرارهم لما يتابعونه من برامج التدخل المبكر. عموماً، إن اندماج الطفل في مدرسة التعليم الأولي يأتي ليكمل العمل الذي يتم في تلك المصالح.

يجب استحضار أن مراكز التعليم الأولي، نظراً لأهدافها وعنايتها الخاصة بالمظاهر الوجدانية والاجتماعية، تعد أماكن مواتية لجعل الأطفال، ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، يحققون أقصى درجة نمو لقدراتهم.

يلاحظ مما سبق عرضه أهمية الحرص على علاقة وطيدة بين المدرسة الأولية ومراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر. هذه العلاقة يجب أن تتضمن الأهداف التالية:

أ) إن أخصائيي المدارس الأولية، و مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر، يمكنهم أن يتعاونوا في صياغة برنامج للتدخل وفي تحديد الأهداف، والمواد، والإجراءات الأكثر تناسبا مع العملية الديداكتيكية (التعليم و التعلم).

ب) تحديد الاحتياجات التعليمية للأطفال بين 0 و 6 سنوات، ورصد وإحالة الأطفال الذين يمثلون شذوذاً في نموهم، كما تساهم في صياغة المنهج الدراسي لهذه المرحلة.

ت) الحرص على الاستمرارية في تعليم الأطفال بتغطية كل الاحتياجات منذ الولادة ولتصلح في الوقت نفسه كرابط، وإعداد، وتعزيز لاندماجهم في مدرسة التعليم الأولي.

ث) تنسيق و تقاسم المعلومات حول وضعية الطفل لحظة التحاقه بالنظام التعليمي.

ج) تبادل المعلومات حول أنشطة وسلوك الطفل خلال تدرسه.

ح) تقديم الدعم التقني لبرامج تدرس التلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة.

خ) التعاون في توجيه العائلات على معرفته ودعم احتياجاته.

إن العلاقة بين مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر ومدرسة التعليم الأولي، يجب أن تكون موجهة إلى منح رعاية تربوية شاملة، ومنظمة، و مناسبة للأطفال بين 0 و 6 سنوات، وأن تساهم في التفكير و الحوار حول مقترحات تنظيمية وتوجيهية في المدرسة الأولية، وأن تدعم وتؤطر وتُكوّن سواء معلم الدعم أو أستاذ الفصل، وأساسا أن تدعم وتسهل عملية الاندماج والنمو الكلي للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

5. أعمال في الجهة المستقلة

إن الإشكالية التي تشتق من اضطرابات نمو الأطفال ليست مسألة يجب تناولها فقط في مراكز التنشئة الطفولية و التدخل المبكر، أو في المصالح الصحية أو مصالح الوقاية الاجتماعية. إنها يجب أن تشرك موارد الجهة و المجتمع عامة، باعتبارها مسألة تخص جماعة متضررة من أفراد المجتمع. هناك أسباب حقوقية تبرر ذلك وتتجاوز الاستغلال و تحسين إمكانيات التعلم، مثل؛ مبدأ المساواة في الفرص، تحسين المستوى المعيشي للطفل و عائلته، وإعداد هؤلاء الأطفال ومستقبلهم كمواطنين أو مدنيين.

ليتم انجاز أعمال جهوية للتدخل المبكر في حق ساكنة سريعة التأثر والحساسية، لابد من توفير

مايلي:

- رسم حدود إقليمية.
- تحديد مكان تواجد الموارد التي تكمل و/ أو تحسن أعمال الرعاية الأولية.
- إقامة مدٍّ من المعلومات يسمح بتنسيق الموارد تنسيقاً مناسباً.
- أعمال لنشر التدخلات و تكوين الأساتذة.
- آليات للتواصل مع المسؤولين الإداريين على قطاع التدخل.

أعمال

1. معرفة الفضاء والساكنة موضوع التدخل، بواسطة تحليل البيانات، أهرام الساكنة، توزيع الدخل، المستويات الدراسية، أنماط العيش، إلخ.
2. التعرف على موارد المنطقة وكيفية عملها، وتفادي التداخل في المهام والعمل على تضافر الجهود.
3. المشاركة في الصياغة المتعددة الاختصاصات "المؤشرات الخطر" في الساكنة ومحيطها، بهدف إقامة مقاييس تصلح كمرشد لرصد، وإحالة، والتدخل، ومتابعة الحالة.
4. المشاركة في إعداد تدفقات التدخل حتى يتشكل ما يلي:

- نموذج تنسيق بين الأخصائيين، بشكل يجعل مستعمليه يستوعبون التدخل بشكل شامل.
- دارات وثائقية تعزز التدخل في الحالات: إن الأخصائي الذي يتدخل في حالة، وهو على بينة تامة بكل البيانات المتوفرة حولها، يستطيع أن يكون تدخله جد فعال.
- اجتماعات لتقويم الحالات و التنسيق بين الأخصائيين.

5. إعداد مذكرات تكشف عن طلبات التدخل، وطبيعتها، والممارسات، ومستوى الأهداف المتوصل إليها. كما تساعد على رصد الجماعات الأكثر قابلية والظروف البيولوجية، والسيكلوجية والاجتماعية، والمساعدة، وتصلح أيضا، للتخطيط لإجراءات وقائية.

6. التنظيم والمشاركة في منتديات الحوار والتكوين ذات صلة بالتدخل المبكر والسكنة من الأطفال عموما.

7. تشجيع أعمال جهوية لصالح الأطفال الأكثر تهديدا بخطر الإصابة، عبر مشاريع بحثية، وموارد الإشهار، والمنشورات، وغيرها.

8. المشاركة في اجتماعات للتنسيق المتعددة الاختصاصات والمؤسسات، التي تشجع الحوار حول مظاهر مختلفة للطفولة، وفي نفس السياق، إبلاغ المسؤولين الإداريين بالوضعية التي يوجد عليها التدخل المبكر في تلك المنطقة، حتى يتم تفعيل الممارسات حول الموارد، بهدف تحسين استعمالها.

9. منح الدعم والتأطير التقني لأخصائيي المصالح التربوية الخاصة بالأطفال بين 0 و6 سنوات.

10. تحسيس المجتمع أمام خصوصيات واحتياجات الساكنة المهتدة بدرجة عالية من الخطر، وكذلك عائلاتها.

11. توفير المساعدات المادية اللازمة لتطوير حملات الوقاية والتحسيس الاجتماعي حول الاضطرابات في نمو الساكنة من الأطفال.

6. التنسيق بين المؤسسات

إن الكتاب الأبيض للتدخل المبكر يجب أن يثير إعادة تنظيم البنيات التحتية الإدارية، وإعادة توزيع أو خلق موارد اقتصادية، و بشرية، ومن العُدَد والأدوات، اللازمة لضمان كفاية مرضية في التغطية التي تنطلق من مراكز التدخل المبكر، لتشمل الأطفال الذين يحتاجون إليها. إن فوضى الصلاحيات التي تشهدها الإدارات، يجب أن تتجاوز بإدخال التعديل اللازم على الأقسام والمصالح، واتخاذ إجراءات عقلانية تحسن تدبير الموارد المتوفرة و خلق تلك التي لا توجد.

إن الصعوبة الأساسية التي تطرح حين يصير الطفل المتخلف نموه موضوع تدخل للمصالح الصحية، أو الاجتماعية، أو التربوية. فإذا كانت إشكاليته تعني قطاعين أو ثلاثة من القطاعات المذكورة، فإن التدخل لا يجب أن يتم في قطاعات منعزلة، وإنما انتقال المعلومات يجب أن يتم بينها، كما أن كل الأعمال المنجزة يجب أن يكون لها مقام مشترك؛ إن الطفل بعيد عن الجداول الإدارية، يعيش واقعه الخاص به، وإشكاليته المحددة و يجب أن يستفيد من العناية التي يمكن أن تقدمها له هذه المصالح. إن الطفل لديه كيان بيولوجي، وسيكولوجي، واجتماعي، و حين يتأثر أحدها، باعتبار التفاعل الموجود بينها، فالمؤسسات يجب أن تقدم استجابة متكاملة تضمن عافيته، ونموه الإدراكي، و الوجداني، وقدراته على التكيف.

مستويات التنسيق

في التدخل المبكر يجب إقامة قنوات تنسيق لتسمح بتخطيط فعال و تصلح كسبيل لنقل المعلومات بين الفاعلين المعنيين. يجب أن يتحقق هذا التنسيق حول الأبعاد التالية:

- المتعدد المؤسسات و المتجاوز المؤسسات: يشمل بدءا بالوزارات المعنية، ومستشاريات الجهات المستقلة، والإدارات المحلية، وهيئات المستعملين.
- المتعدد الاختصاصات: يعني التنسيق بين المجالات وقطاعات الأخصائيين المحترفين. ويجب مراعاة ثلاثة مستويات للتنسيق:

- **مستوى مركزي:** على الحكومة المركزية أن تشجع التنسيق بين وزارات الصحة، والعمل ووزارة الشؤون الاجتماعية، ووزارة التربية، لوضع سياسة مشتركة تقيم مسارات بين الوزارات حتى يتم التخطيط لقطاع التدخل المبكر.
- **مستوى الجهة المستقلة:** إن الجهات المستقلة التي نقلت إليها سلط الصحة، والشؤون الاجتماعية والتربية، والإدارات المحلية، عليها أن تتولى مسؤولية خلق وتنظيم الموارد اللازمة لتقديم مراكز قطاعية للتدخل المبكر، تسمح الكونية، والمجانية والجودة في الإجراءات العلاجية لكل من يحتاجها، كدليل على التضامن، والمساواة، والعدل الاجتماعي.
- **موارد التدخل المبكر:** يتضمن هذا المستوى من التنسيق، سواء الأخصائيين الذين يعملون في قطاع الصحة، والشؤون الاجتماعية والتربية، ويلتقون جميعا في نمو الطفولة، وأولئك المحترفين بمراكز التدخل المبكر العاملين في فرق بين التخصصات و المتجاوزة لها، و المتعددة الاختصاصات.

إن التعقيد في تناول إشكالية معينة لأطفال ذوي اضطرابات في النمو ناتجة عن أسباب (إيتيولوجية) اجتماعية، أو سيكولوجية، أو حسية أو بدنية، لازال يشكل تحديا للأخصائيين، وللإدارات العمومية و للمجتمع ككل. في الواقع إن كل مجالات المعرفة تسعى إلى إعداد سجل نظري - تطبيقي خاص لتقديم حلول لمشاكل الصحة، وللتتي لها طابع اجتماعي و تربوي. إن الغاية، انطلاقا من كل وجهات عمل التدخل المبكر، هي تحسن مستوى عيش هؤلاء الأطفال و بالتالي تطبيع قدراتهم على التكيف. إن التخصص العلمي يسمح بتعميق، كل مرة أكثر، معرفة مظاهر الاضطرابات في النمو، التي كانت، قبل سنوات، غامضة المصدر، لكن اليوم في بعض الحالات، تمت معرفة مصدرها، وفي حالات أخرى، لم يكتف فقط بمعرفة العوامل البيولوجية والاجتماعية التي سببت الاضطرابات في النمو، و إنما تم تقديم خيارات بديلة ومناسبة للوقاية و الخلاص.

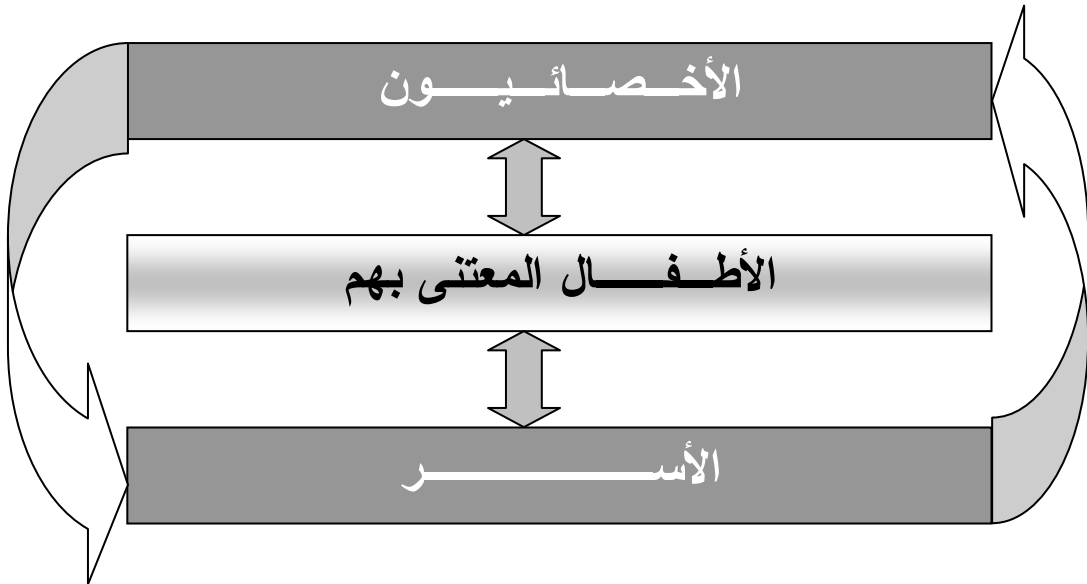
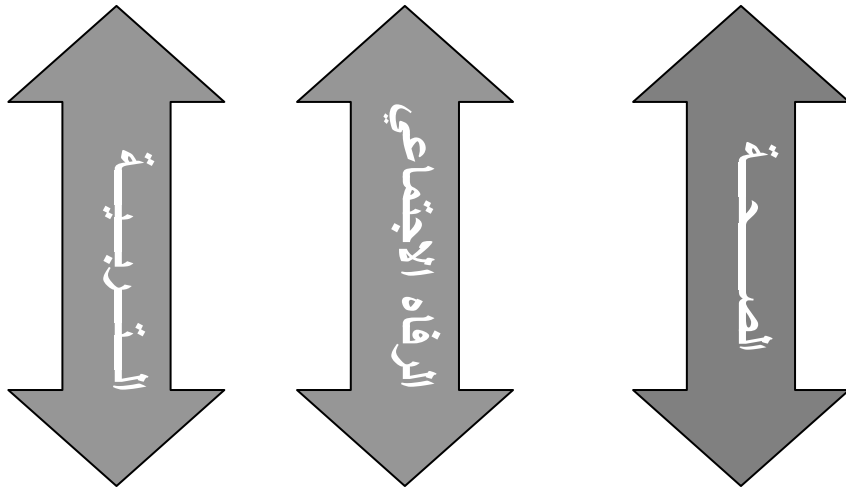
يبقى التنسيق ضروريا بين مجالات البحث والقطاعات التي تتدخل في الأطفال السريعي التأثير، إن البنية الحالية للدولة تقدم أوضاعا غير متجانسة فيما يخص القدرة المعيارية، واتخاذ القرار وتحديد الميزانية، حسب الجهة المستقلة المعنية، لذلك، واحتراما للتعددية الاجتماعية في كل جهة، لا بد من تقديم خدمة جيدة للتدخل المبكر. إن خلق لجنة وطنية للتدخل المبكر أو معهد للتدخل المبكر سيساهم

بشكل قطعي في تنظيم القطاع بوضع معايير مشتركة، ويدعم التطور القانوني ليتم تجاوز النقص الذي لازال موجودا.

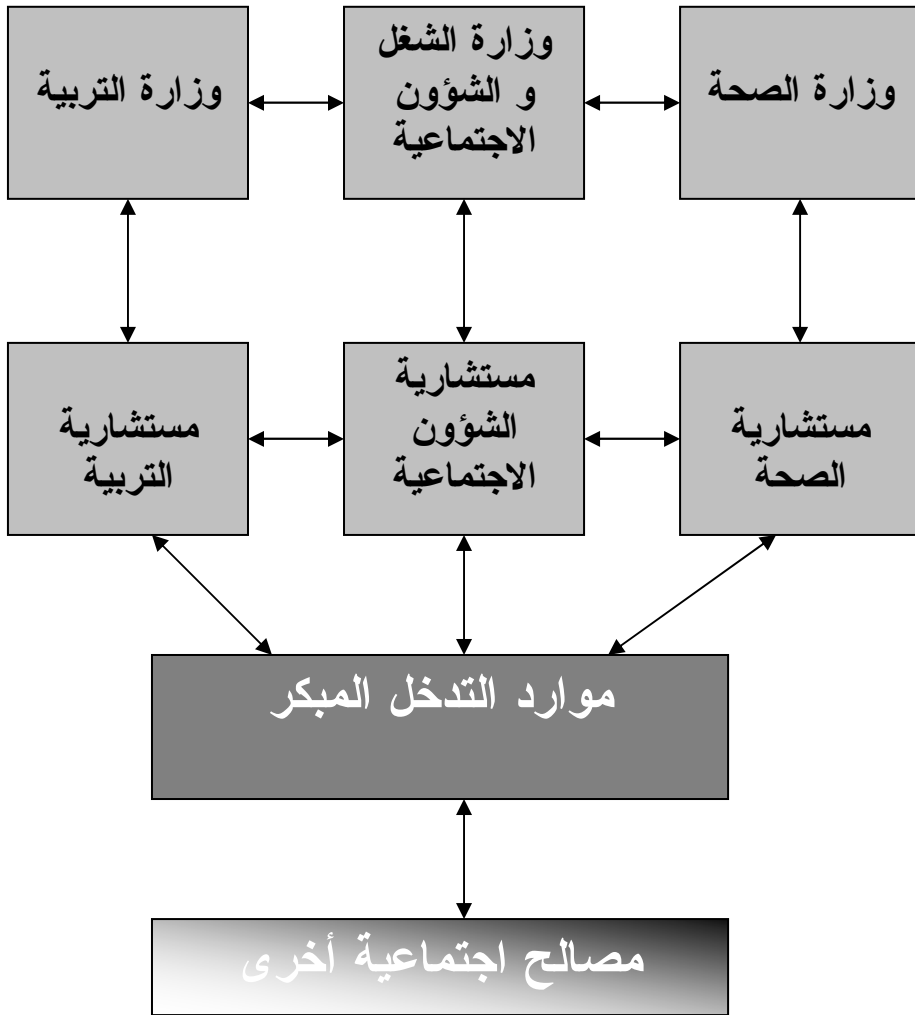
علينا أن نشير إلى ضرورة تنظيم التنسيق، أساسا عبر توثيق الرصد، والإحالة، و برامج المتابعة والمراقبة. لذلك، يبقى مهما استحضار سواء القطاعات المعنية في التدخل المبكر، أو العلاقة والتواصل المتبادل بينها.

قطاعات مرتبطة بالتدخل المبكر

اللجنة المركزية للتدخل المبكر



التسيق في الرعاية المبكرة



يعد البحث في التدخل المبكر ضرورة لتطوير برامج التدخل لتصيركل مرة أكثر كفاية.

يصلح هذا البحث لتنمية المعرفة حول المميزات الخاصة لمختلف الإعاقات أو الاضطرابات في النمو، وآثارها في ديناميكية العائلة، مصادر الإرهاق، وكذلك لتقويم أي أنواع التدخل أكثر فعالية. إن البحث ضروري كذلك للدعم التجريبي للقرارات السياسية والإدارية حول توزيع الموارد الاقتصادية والمادية المتوفرة، قصد تقوية المقاربات الأكثر فاعلية و أحسن علاقة جودة - كلفة.

إن موضوعات الدراسة في التدخل المبكر جد متنوعة، نظرا لأن الحالة الحاضرة للمعارف والمواد تولد في كل واحدة منها الحاجة إلى التقدم في مختلف خطوط البحث. في بعض الحالات لازال ضروريا التطور في البحث الوبائي (الإبيديومولوجي) الذي يمكن من المعرفة بعمق للعوامل المسببة (الإيتيولوجية) والظروف النفسية - الاجتماعية للمشاكل التي تخص الطفل، لأنه فقط انطلاقا من تلك المعرفة يمكن تقديم برامج حقيقية للوقاية. في الأحوال الأخرى لا بد من تطور البحوث المؤدية إلى الحصول على طرق جديدة للتشخيص تسمح برصد مبكر للمشاكل، وتمكن من تدخل مبكر أكثر (اضطرابات عامة في النمو، بعض العجز الحسي أو مشاكل الحرمان من الوسط الاجتماعي، بل إمكانيات كبيرة لرصد المشاكل قبل الولادة (انظر النتائج المحرزة في الأخطاء الخلقية للأبيض، متلازمة داون، عيوب في العمود الفقري..disrafismos espinales).

إن البحث الوبائي له أهمية في التدخل المبكر، لأنه يساعد، انطلاقا من البيانات المقدمة، على مساعدة عوامل الخطر حتى يتمكن من التخطيط لأعمال وقائية أولية وثانوية. تسمح بمعرفة عدد الأطفال والعائلات التي تحتاج إلى هذه الخدمات وملاءمة الموارد للحاجيات المرصودة.

تمركز البحث في التدخل المبكر، بشكل كاد أن يكون حصريا وخلال وقت طويل، على إثبات فعالية أي تدخل مها كان، مقابل عدمه. وقدمت مختلف التخصصات، التي تشمل ميدان التدخل المبكر، عدة اختبارات تجريبية على تلك الفعالية في السنوات الأولى من الحياة وأهمية إصلاحها المبكر. رغم أنه

دائماً يستحسن التأكيد على فعالية مختلف المقاربات للطفل، ولعائلته ولمحيطه. إننا في مرحلة علينا أن نخطو خطوة إلى الأمام و نبذل جهوداً أكبر لتحليل وفهم الاستراتيجيات الأكثر ملاءمة وفعالية للتدخل، حتى يتم تنسيق وتنظيم مختلف المصالح المعنية بالرعاية الشاملة في التدخل المبكر.

في الوقت الحاضر، إضافة إلى الزيادة في الحث على إثبات فعالية التدخل أمام عدم التدخل، لا بد من إثبات أيّ المقاربات المتخصصة في التدخل المبكر هي الأكثر فعالية؟ أيّ المظاهر المحددة لكل شكل من أشكال التدخل تؤدي أفضل النتائج؟ أيّ خصائص البرامج أكثر فعالية؟ كذلك، أيّ خصائص الطفل و العائلة تساهم في تحقيق أفضل النتائج؟ يتم حالياً الطلب على التزام عملي أكبر في البحوث التي تخص ميدان التدخل المبكر؛ إن البحث الجيد يولد نتائج مباشرة تحسن التدخلات في المستقبل.

إن تطبيقها في ميدان التدخل المبكر للأبحاث حول التدخل في مختلف الأوساط حيث يعيش الطفل (العائلة و المدرسة..إلخ)، قد أظهر فعاليته أمام معرفة العوامل المقوية أو الكابحة لنمو الطفل، حسب النظرية العامة للأنظمة، نظرية إيكولوجية..إلخ، في هذا الاتجاه، يكون ضرورياً، بشكل خاص، الإشارة إلى أهمية التطور في البحوث بين مختلف التخصصات التي تسمح بإجراء متابعة، على المدى المتوسط والبعيد، لنمو الطفل، فنتائجها تكون معروفة لدى مصالح و برامج التدخل التي سهرت في البداية على العناية بالطفل و/ أو عائلته، ليتم تثمين الأثر الحقيقي لتلك الموارد، وكذلك لدعم التحسن في جودة كل المصالح.

يستحسن إيجاد قنوات لنقل التجارب وللوصول إلى المصادر الوثائقية. إنه لا بد من وجود منتديات، ونشرات متخصصة، وجهاز علمي للتدخل المبكر، يشجع و يضع البحث في المجرى المناسب. إن مساهمات مختلف التخصصات تسمح بالتقدم في تحسين برامج الوقاية و التدخل وفي توفير الوسائل التقنية.

يجب أن ينطلق البحث في التدخل المبكر من معرفة الحدود والصعوبات التي هي من خصوصيات البحث في هذا الميدان، و عموماً، في عالم الإعاقة. بعض المشاكل لها طبيعة منهجية خالصة وعلى الأقل نظرياً، علينا أن نكون قادرين على حلها. من بين المظاهر الأخرى، تجدر الإشارة إلى الصعوبات التي توجد عند إجراء المتغيرات المراد درسها.

هناك مسألة منهجية يجب أخذها في الاعتبار، وهي ربما الإفراط في وجود تعدد المقاربات، بما فيه من مختلف السياقات القانونية، التي يمكن أن تبدو ظاهريا متناقضة في بعض الأوجه. عندئذ يجب أن يكون تطور البحث ذاته هو الذي يسمح، كما هو معمول به، بإيجاد إطارات أو نماذج نظرية ترشدنا إلى تدخل مبكر يكون كل مرة أكثر فعالية و جودة.

هناك مشاكل منهجية أخرى تواجهنا في البحث في التدخل المبكر، وهي متصلة بموضوع الدرس، لذلك، في الكثير من الأحيان، يصعب تفاديها ويكون ضروريا أخذها في الاعتبار للبحث عن طريقة ضبطها. ولذا نجد في أدبياتها إحالات لمشاكل مثل:

1. عدم تجانس ما يلي: مجموعات الأشخاص المباشرين، وظروفهم العائلية، ظروفهم القانونية والاجتماعية، مما يؤدي إلى استعمال عينات تجريبية صغيرة أو قليلة التجانس ويعرقل كثيرا إمكانية تطبيق نفس النتائج. عندئذ، يبقى السبيل الوحيد لحل هذه المحدودية المنهجية، هو توحيد الجهود والمعايير، إلى جانب المعرفة الدقيقة القصوى، قدر الإمكان، لإيتولوجية أو أسباب المشكل الذي يعاني منه الطفل.

2. قابلية كبرى لتغير الفرد، فمن جديد إن هذه القابلية لتغير الفرد، جذب عدم تجانس المجموعات أو قابلية تغير الأفراد، تحد من إمكانات المخططات التجريبية، بما فيه الإحصائية التي تستعمل في بحث فعالية المقاربات العلاجية.

3. الطبيعة الديناميكية لنفس عملية التدخل التي تحتم، منطقيا، إعادة الطرح المستمر للأهداف العلاجية أو التطورية، حسب الاستجابة الفردية لكل طفل أو كل عائلة لبرنامج الوقاية.

في الختام يمكن أن نشير كذلك إلى بعض المشاكل الأخلاقية التي تحد من إمكانيات البحث في ميدان التدخل المبكر والإعاقات عموما. إنها تتمركز أساسا في صعوبة مقارنة المجموعات، وحتى لو أمكن ذلك، لكان أخلاقيا غير مقبول أن نحرم مجموعة من الأطفال من المشاركة في برنامج للوقاية، وفي استحالة التلاعب بالتجارب، لذلك الغرض، يجب دائما اللجوء إلى البحث الميداني أو إلى البحث في الوسط الطبيعي، حيث تظهر بالضرورة كل المشاكل المنهجية المتصلة بموضوع الدراسة كما أشرنا سابقا.

بمعزل عن هذه المحدوديات، يبقى ضروريا المجهود السياسي، والقانوني، والمهني لتقوية، وتعزيز وتطوير خطوط البحث في التدخل المبكر، الموجودة في بلدنا، فرغم أنها لازالت قليلة، فإنها تشهد تطورا بشكل منتج منذ سنوات، في مختلف لجامعات ومراكز التدخل المبكر على امتداد الوطن. ومن ثم يبقى واضحا ضرورة دعم تمفصل الطرفين في مهام التحليل، والتفكير، والبحث.

لكل ذلك، يبقى ضروريا على المؤسسات الإدارية أن تضع و تسهل الآليات، والوسائل الكفيلة بتحقيق التعاون بين الجامعات والمراكز والمصالح المخصصة للتدخل المبكر، ليتسنى تنفيذ برامج رعاية بزيادة فعالية استراتيجيات التدخل، وتعميق فهم العمليات الإدراكية والوجدانية المتضمنة في عملية التعلم وفي نمو المهارات. يتم كل ذلك انطلاقا من وجهات نظر سواء وصفية أو تجريبية. وعلى الإدارات العمومية توفير أوقات وفضاءات للبحث في كل المراكز ووضع رهن إشارتها كل الأدوات المناسبة لتنمية تبادل التجارب ووضع الموارد المادية التي من شأنها أن تجعله ممكنا.

إن مختلف الإدارات عليها أن تعي ضرورة خلق مشاريع بحث في هذا المجال، تأخذ بعين الاعتبار مظاهر بيولوجية، و سيكلوجية، واجتماعية. كما تجدر الإشارة في هذا الاتجاه إلى إجراء أولي يتمثل في إدراج التدخل المبكر بين أولويات الدعوة إلى تقديم مساعدات للبحث.

8. التكوين

لكي تتحقق، بشكل مناسب، أهداف التدخل المبكر، يجب على الأخصائيين الذين يكونون جزءاً من فرق تعدد الاختصاصات أن يمتلكوا تكويناً متخصصاً يمنحهم تأهيلاً عالياً لمزاولة مهامهم بكفاءة تامة. وفي الوقت نفسه، نظراً للظروف التي تحيط بالأطفال وعائلاتهم، حين توجد مشاكل في النمو، فإن الذين يشتغلون في هذا الميدان فضلاً عن المعارف العلمية اللازمة، يجب أن يكون لديهم استعداد وميول خاص، لأنهم يتعاملون مع مخلوقات إنسانية تجتاز ظروفًا معقدة.

إن العمل في التدخل المبكر يقتضي أخصائيين بمختلف المسارات التكوينية الذين عليهم أن يشتغلوا في مجال متعدد التخصصات. إن مفهوم تعدد التخصصات يتجاوز الجمع المتوازي لعدد من التخصصات، ولذلك الغرض، إن إعداد هذه المجموعة يقتضي، إضافة إلى تكوين أكاديمي في اختصاص معين، موجز بشهادة، تكويناً في إطار مفاهيمي عام لكل تلك التخصصات. إن هذا المسار المزدوج في التكوين يجب أن يكون له فضاءه الخاص للتطور عبر التفكير والعمل في فريق، بما فيه نظرة شاملة للطفل، وعائلته، ومحيطه. فتتلاقى مختلف مجالات المعرفة يسمح بالممارسة الجيدة للعمل المهني.

إن خصوصيات التدخل المبكر والحاجة إلى العمل في فريق، يجعلان ضروريين للتكويني المتخصص والعام، الذين يتمن أن يتعلموا عن طريق دورات متخصصة يمكن أن يحضرها أصحاب الإجازات أو الدبلوم القادمين من أوساط جامعية للصحة، والتربية، والعمل والخدمات الاجتماعية، (علوم الطب، والنفس، والتربية، والتعليم، والعلاج الطبيعي، وتقويم النطق، والعمل الاجتماعي، إلخ)

إن الدراسات المؤدية إلى نيل شهادة رسمية كأخصائي في التدخل المبكر، بعد أن يتم نيل شهادة الإجازة أو الدبلوم في دراسة تصلح كقاعدة لها، يجب على تلك الدراسات أن تمنح تكويناً علمياً - تقنياً مناسباً. فالمحتويات التي يجب تنميتها للتأهيل لهذا العمل ككل، يمكن حصرها، من بين أخرى، في المواد التالية:

- نمو الطفل، متضمنا معرفة شاسعة حول مختلف مراحل ومجالات النمو وكذلك العوامل التي تؤثر فيه، وأيضا التطورات التي تعد نمطية والتقلبات في الوضع الطبيعي، والفترات الحرجة و التطورات الحاسمة في مختلف الأعمار.
- معرفة مختلف الجداول الكلينيكية للاضطرابات في نمو الطفولة، الإيتيولوجية أو أسبابها المحتملة، وطبيعتها، وخصائصها، والتطور والتشخيص، كذلك الإجراءات الوقائية والعلاجية الأكثر فعالية في كل حالة.
- تحليل ومراجعة التيارات الفيسيوفيزيائية والعلمية التي أثرت عبر التاريخ في نمو مختلف نماذج التدخل وكذلك في نماذج تقويم النتائج.
- علم نفس الطفل، إن معرفته يسمح للأخصائيين بالاستجابة المناسبة لاحتياجات ومميزات الطفل الوجدانية في كل مرحلة تطويرية.
- علم نمو الجهاز العصبي المركزي وأمراض الجهاز العصبي للطفولة، ليتمكن الأخصائي من معلومات حول المبادئ الوظيفية للجهاز العصبي وتطوره وليونته.
- مبادئ علم النفس التربوي للتعلم والتحفيز المطبقة في مرحلة التعليم الأولي.
- مبادئ التدخل التربوي، قواعد ديداكتيكية و منهجية.
- تقنيات التدخل في مجال التواصل والمنهجية وأنظمة التدخل الخاصة في مختلف الاضطرابات.
- دراسة الديناميكية العائلية، في دورها المزدوج المساعد على نمو الطفل و كذلك كمستقبل للخدمات. فهم النظام العائلي، وخصوصياته الثقافية، والاقتصادية، والتنظيمية، وغيرها.
- المعرفة النظرية والعملية حول دور مختلف الأخصائيين الذين يشكلون فريقا للتدخل المبكر، مع اعتبار توزيع الأدوار، والديناميكية الخاصة بالفريق، والاستراتيجيات عند اتخاذ القرارات.
- تكنولوجيا إعادة التأهيل والهندسة البيولوجية.
- مقاربات للأبحاث، والمنهجية، والتنقيب عن المعلومات، التي تولد مواقف إيجابية للتجريب، وتقوي بين الأخصائيين روح النقد، وتسمح لهم بالمقارنة التجريبية لمختلف احتمالات التدخل.

■ تحليل الواقع التشريعي، والقانوني، والمعيارى، والخصائص الاجتماعية والأنثروبولوجية (دراسة المجتمعات البشرية)، متغيرات المحيط والموارد المتاحة.

إن إعداد خطط تكوينية منتظمة تغطي بما فيه الكفاية احتياجات القطاع، والحرص على توفر تجربة مهنية معترف بها ومستمرة، بدونها لا يمكن تنظيم مصالح كفاءة للتدخل المبكر، ذات مستوى مناسب للمسؤولية. لذلك، يبقى ضروريا جعل مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر كوحدات تعليمية مؤهلة للمشاركة الفعالة في التكوين التطبيقي و العمل المراقب لهؤلاء أخصائيي المستقبل.

تجدد الإشارة إلى استحسان دعم وتشجيع مواقف إيجابية من البحث منذ مرحلة التكوين، كذلك، يجب تنمية روح النقد بين الأخصائيين يجعلهم يشعرون بالحاجة إلى المقارنة التجريبية لمختلف الأشكال الممكنة للتدخل، كذلك الاهتمام بمعرفة وانتقاء وتشغيل اقتراحات تم التأكد من فعاليتها.

ليتم التطوير الفعلي لبرنامج تكوين في التدخل المبكر، عبر دورات تخصص ودراسات عليا، يجب أن تكون تلك الدورات في متناول كل الشواهد المطلوبة لتشكيل فريق متعدد التخصصات تتوفر فيه تلك الخصائص. إن الإدارات العمومية عليها أن تقيم خطوط تمويل لتسهيل الالتحاق بهذا النوع من التكوين. كما يجب على الجامعات أن تأخذ على عاتقها هذا التحدي التكويني، لكونه المفتاح الذي يمنح للمجتمع تدخلا جيدا في التدخل المبكر.

9. المبادئ الأساسية للتدخل المبكر

1. الحوار و الاندماج و المشاركة

إن الاندماج العائلي، والمدرسي، والاجتماعي للطفل يمثل اضطرابا في النمو يقتضي أن يحترم لكونه شخصا نشيطا، فالتدخل المبكر يجب أن يساعد على معرفة الطفل اجتماعيا، و البلوغ إلى طريقته في التواصل و التعبير عن رغباته، وذلك بتشجيع نماذج الرضاعة، والتربية، وذات العلاقة المتناغمة والقارة. إنها نماذج تتأسس على مواقف الحوار وتقبل الآخر بالكيفية التي هو عليها.

إن التعاون مع العائلة موقف أساسي للتدخل المبكر، قائم على احترام ثقافة، وقيم، ومعتقدات الآباء، والإخوة، والأجداد. يجب تشجيعها على التعبير عن الاحتياجات والمصالح، وحق تلقي المعلومات بطريقة مناسبة والمشاركة في كل النقاشات التي تخصها. إن التدخل المبكر كذلك عليه أن يكون مركزا على العائلة، على تقديم الوسائل التي تحتاجها للتغلب على مصاعبها وتحمل مسؤولياتها.

هناك وجه آخر يجب أخذه في الاعتبار وهو المشاركة الاجتماعية في تطوير الخطط والبرامج الموجهة للأطفال ذوي اضطرابات في النمو، فيجب أن تتجسد هذه المشاركة عبر الحركة الجموعية للأخصائيين والمستعملين في كل منطقة أو إقليم.

2. المجانية، والكونية وتساوي الفرص، والمسؤولية العمومية

إن وجود إعاقة أو اضطراب في النمو يعني إلى حد كبير إمكانية حصول تهميش اجتماعي. فالتدخل المبكر يعمل للوقاية، وعند الحاجة، لتفادي ظهور هذه الأخطار، مقدما المساواة في الفرص في ولوج مختلف سياقات الحياة الاجتماعية؛ التحاق العائلة حيث تشعر بالحب وبالتعايش، والتكيف الاجتماعي في مدرسة مفتوحة لكل الأطفال، وتصميم وسط اجتماعي متقبل ومتفهم للاختلاف.

نظرا لأصول وأهداف التدخل المبكر لابد له أن يكون خدمة اجتماعية، كونية ومجانية لكل الأطفال و العائلات التي تحتاج إليه. إن مجانية التدخل المبكر يجب أن تكون كاملة وأن تصل إلى المساعدات التقنية وإلغاء حواجز الاندماج.

3. تعدد التخصصات و التأهيل العالي للأخصائيين

إن مفهوم تعدد التخصصات يتجاوز الجمع المتوازي لعدد من التخصصات، فإعداد الأخصائيين الذين يشاركون في التدخل المبكر يقتضي إضافة إلى تكوين أكاديمي في اختصاص معين، تكويننا في إطار مفاهيمي عام لكل تلك التخصصات، الذي يجب أن يكون له فضاءه الخاص للتطور عبر التفكير والعمل داخل فريق. ويمكن تحديد أربع مجالات لهذا الإطار المشترك:

- التخصص في النمو النفسي الحركي للأطفال: فهم العمليات العادية وغير العادية، والمفاتيح التطورية لمختلف الأعمار، وأشكال الاتصال في كل واحدة منها.
- التعمق في علم نفس ديناميكية العائلة: فهم التنظيم العائلي، وخصائصه الثقافية، والاقتصادية، والتنظيمية، والدورات الأساسية، إلخ.
- معرفة الواقع التشريعي، والقانوني، والمعياري، والخصائص الاجتماعية والأنثروبولوجية، و البيئة و المحيط الجغرافي للجهة المستقلة.
- تكوين وخبرة كافية للعمل في فريق، ديناميكية المجموعة، توزيع الأدوار، استراتيجيات اتخاذ القرارات، إلخ

إن إعداد خطط منتظمة للتكوين والحرص على وجود تجربة مهنية معترف بها ومستمرة يعد شرطا أساسيا بدونها لا يمكن تنظيم مصالح مؤهلة للتدخل المبكر وفق مستوى المسؤولية المناسب.

4. التنسيق

تتم رعاية الأطفال ذوي اضطرابات في النمو، وعائلاتهم، في إطار مؤسسي محدد. فالعائلات أحيانا تؤكد على ضرورة أن يكون توافق بين المصالح والتوجيهات التي تقدمها كل مصلحة أو أخصائي، وأن تأخذ في الاعتبار الحالة الكلية ساعة التخطيط للتدخل. فمصلحة التدخل المبكر عليها أن تتولى مسؤولية تشجيع العمل في شبكات محلية تكمل وتسهل جودة الحياة للعائلة. هذا التنسيق يستحسن أن يقوم على برتوكولات أساسية للإحالة و تبادل المعلومات والسجلات المعلوماتية ذات محتوى متكافئ لمجموع الدولة. هذه السجلات يجب أن يتم الاتفاق عليها مع جمعيات الآباء واتحادات المستعملين وأن تتضمن شروطا لحماية الخصوصيات الشخصية.

إن التنسيق يخص كذلك استمرار الخدمات. فتنظيم عملية بيانات التشخيص أو الانتقال إلى المدرسة، هما هدفان لا محيد عنهما، يستحسن كثيرا أن يكون لكل عائلة أخصائي تلجأ إليه عند الشك أو الاستفسار، تطمئن إليه و يعينها على تنظيم حياتها اليومية بشكل متناسق. ويعد تفادي التوزع الذي يمكن أن ينتج عن تدخل مختلف المصالح أو الأخصائيين، هدفا رئيسيا للتنسيق.

5. اللامركزية

يعني مبدأ اللامركزية إقامة نسق منظم حول احتياجات العائلة، في محيطها القريب، بما فيه تقديم خدمات في المنزل. كما تقتضي إدراج التدخل المبكر في شبكات الرعاية الأولية للصحة وللمصالح الاجتماعية بجوار المدارس والسكن العائلي.

إن اللامركزية يجب أن تكون متساوقة مع التنظيم الجيد للوصول و الدعم من طرف المصالح الأكثر تخصصا في المنطقة أو الإقليم عند الحاجة (مصالح المستوى الثالث، مراكز الموارد، مراكز معينة). إن احترام الحياة اليومية للعائلة وحماية وتشجيع جودة الحياة يجب أن تحظى بالأسبقية في التنظيم وعمل المصالح.

6. توزيع المهام حسب القطاعات

يعني هذا التوزيع ضرورة حصر ميدان عمل المصالح حتى يضمن التناسب المتوازن بين الجوار ومعرفة الجهة والوسط السكني، وبين الوظيفة والجودة العملية للفرق والحجم الكافي للطلب بغية تسهيل ولوج جميع أنواع المصالح: الصحية، والتربوية، أو الاجتماعية، في المنطقة المنتسب إليها.

الملحقات

ملحق (أ). قاعدة التدخل المبكر

تمت صياغة هذا الفصل، بفضل عملية سابقة تم فيها جمع جملة من القوانين: فصل حول التدخل المبكر، لمؤلفه José María Alonso Seco ، في وثيقة " إنجازات حول الإعاقة في إسبانيا، حصيلة 20 سنة ". وحصلنا على عدة مذكرات تشريعية وتعليقات هامة من الجمعية الملكية للوقاية والتدخل المبكر للأشخاص المعاقين. كما أخذنا من Jesús Sebastián (Zaragoza) ومن " دليل التطبيقات الجيدة في التدخل المبكر" و من FEAPS عدة تقارير التشريع الدولي، وأخيرا نود شكر أخصائيي المركز الإسباني للتوثيق حول الإعاقة و أخصائيي الجمعية الملكية على تعاونهم وعماد بدوه من اقتراحات لولاها ما تم إعداد هذا الملحق.

قواعد دولية أقرتها إسبانيا

- تصريح حقوق الطفل (هيئة الأمم المتحدة 1959)
- معاهدة حقوق الطفل (هيئة الأمم المتحدة 1989). موقعة في 30 نوفمبر 1990 (BOE)
- الجريدة الرسمية الإسبانية بتاريخ 30 / 12 / 1990
- الميثاق الاجتماعي الأوروبي. موقعة بتاريخ 29 أبريل 1980.

تشريع عام

المجال المركزي

- الدستور الإسباني 1978.
- قانون 13 / 1982 ، الاندماج الاجتماعي للمعاقين. (BOE الجريدة الرسمية الإسبانية بتاريخ 30 / 04 / 1982).

- الظهير الملكي 1984/383 . 1 فبراير، الذي يقيم و ينظم النظام الخاص للمساعدات الاجتماعية والاقتصادية، الوارد في قانون 13 / 1982 لـ 7 أبريل، حول الاندماج الاجتماعي للمعاقين. (BOE) الجريدة الرسمية الإسبانية بتاريخ 27 / 02 / 1984)
- قانون 1999/39، 5 نوفمبر، لتشجيع و استرضاء الحياة العائلية والمهنية للأشخاص العاملين. (BOE) الجريدة الرسمية الإسبانية بتاريخ 06 / 11 / 1999).
- ظهير ملكي 1999/1971، 23 دجنبر، إجراء للتعرف، الصريح وتصنيف درجة الإعاقة. (BOE) الجريدة الرسمية الإسبانية بتاريخ 26 / 01 / 2000)
- قانون 2003/51، 2 دجنبر، تساوي الفرص، عدم التمييز، وسهولة التعامل الكوني مع الأشخاص المعاقين. (BOE) الجريدة الرسمية الإسبانية بتاريخ 03 / 12 / 2003)

مجال الجهات المستقلة

الأندلس Andalucía

- قانون 1999/1، 31 مارس، رعاية الأشخاص المعاقين في الأندلس (BOJA) الجريدة الرسمية لجهة أندلسية 17 / 04 / 1999)

أراغون Aragón

- أمر 20 يناير 2003، الصادر عن قسم الصحة و الاستهلاك و الخدمات الاجتماعية، ينظم برنامج التدخل المبكر في الجهة المستقلة لأراغون (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 5 / 2 / 2003)

قشتالة و ليون Castilla y León

- ظهير 1998/212، 8 أكتوبر، تمت بموجبه الموافقة على التخطيط الثاني للصحة بجهة قشتالة و ليون. (الجريدة الرسمية لجهة قشتالة و ليون، بتاريخ 14 / 10 / 1998)
- ظهير 2003/59، 15 ماي، تمت بموجبه الموافقة على التخطيط الثاني الصحي الاجتماعي، لقشتالة و ليون (الجريدة الرسمية لجهة قشتالة و ليون، بتاريخ 21 / 05 / 2003)

كطالونيا Cataluña

- ظهير 2003/54 ، 10 يونيو، حول اللجنة المتعددة الأقسام لتنسيق أعمال إدارة جينيراليطاط موجهة للطفولة و المراهقة المعاقة أو المهدة بخطر الإعاقة، (الجريدة الرسمية لكاطلونيا 2003/7/4)
- ظهير 2003/261 ، 21 أكتوبر، الذي ينظم مصالح التدخل السابق لأوانه، (الجريدة الرسمية لكاطلونيا 2003/11/4)

جهة فلنسيا Comunidad Valenciana

- قانون 2003/11 ، 10 أبريل، حول قانون الأشخاص المعاقين، (الجريدة الرسمية لفنسيا 2003/4/11)

إكستريمادورا Extremadura

- ظهير 2003/54 ، 22 أبريل، يتم بموجبه إنشاء مركز إكستريمادورا للتنشئة الطفولية، (الجريدة الرسمية لإكسترامادورا 2003/04/29)

غاليسيا Galicia

- ظهير 1998/69 ، 26 فبراير، ينظم التدخل المبكر للمعاقين في الجهة المستقلة لغاليسيا، (الجريدة الرسمية لغاليسيا 1998/03/10)

تشريعات حول الطفولة و العائلة

المجال المركزي

- القانون الأساسي 1996/1 ، 15 يناير، ينظم بموجبه الرعاية القانونية للقاصر، و التعديل الجزئي للقانون المدني و قانون الأحكام المدنية. (الجريدة الرسمية الإسبانية 1996/01/17)

الأندلس Andalucía

- قانون 1998/1، 20 أبريل، للحقوق و العناية بالطفل. (الجريدة الرسمية لجهة الأندلس 1998/05/12).

أراغون Aragón

- قانون 2001/12، 2 يوليو، الطفولة و المراهقة في أراغون (BOA الجريدة الرسمية لأراغون 2001/7/20)

كنارياس Canarias

- قانون 1997/1، 7 فبراير، العناية المتكاملة للقاصرين. (الجريدة الرسمية لكانارياس 1997/2/17)

كانطبريا Cantabria

- قانون 1999/7، 28 أبريل، رعاية الطفولة و المراهقة، (الجريدة الرسمية 1999/5/6)

قشتالة لمنشا Castilla-La Mancha

- قانون 1999/3، 31 مارس، للقاصر في قشتالة لمنشا (الجريدة الرسمية 1999/4/16)

كطالونيا Catalunya

- قانون 1995/8، 27 يوليو، العناية و الرعاية بالأطفال و المراهقين، و يعدل قانون 1991/37، 30 دجنبر، حول معايير رعاية القاصرين المتخلى عنهم والتبني. (الجريدة الرسمية لكطالونيا 1995/8/2)
- قانون 2003/18، 4 يوليو، لدعم العائلات. (الجريدة الرسمية لكطالونيا 2003/7/16)

الجهة المستقلة لجزر البليار Comunidad Autónoma de Illes Balears

- قانون 1995/7، 12 مارس، لرعاية القاصرين المتخلى عنهم. (الجريدة الرسمية 1995/4/8)

جهة قشتالة و ليون Castilla y León

- قانون 2002/14، 25 يوليوز، التشجيع و العناية و الرعاية للطفولة في قشتالة وليون. الجريدة الرسمية 2002/7/29.

جهة مدريد Comunidad de Madrid

- قانون 1995/ 6، 28 مارس، لضمان حقوق الطفولة والمراهقة. الجريدة الرسمية 1995/4/7.
- قانون 1996/2، 24 يونيو، إنشاء جهاز مستقل معهد مدريد للقاصر و العائلة. الجريدة الرسمية 1996/7/2.
- قانون 1996/5، 8 يوليوز، نصير أو المدافع عن القاصر في جهة مدريد. الجريدة الرسمية 1996/7/17.

جهة فلنسيا Comunidad Valenciana

- قانون 1994/7، 5 دجنبر، للطفولة. الجريدة الرسمية 1994/12/13.

إكستريمادورا Extremadura

- قانون 1994، 10/4، نوفمبر، الرعاية و العناية بالقاصرين. الجريدة الرسمية 1994/11/24.

غاليسيا Galicia

- قانون 1997/3، 9 يونيو، للعائلة، و الطفولة و المراهقة. الجريدة الرسمية 1997/6/20.

بلاد الفاسك País Vasco

- قانون 2005/3، 18 فبراير، العناية و الرعاية للطفولة و المراهقة. الجريدة الرسمية 2005/3/30.

إمارة أستورياس Principado de Asturias

- قانون 1995/1، 27 يناير، رعاية القاصر. الجريدة الرسمية 1995/2/9.

إقليم مورسية Región de Murcia

- قانون 1995/3، 21 مارس، للطفولة في إقليم مورسية. الجريدة الرسمية 1995/4/12.

الريوخا La Rioja

- قانون 1998/4، 18 مارس، للقاصر. الجريدة الرسمية 1998/3/24.

تشريع حول الصحة

القطاع المركزي

- قانون 1986/14، 25 أبريل، العام للصحة. الجريدة الرسمية الإسبانية 1986/4/29.
- القانون الأساسي 1986/3، 14 أبريل، مقاييس خاصة في مادة الصحة العمومية. الجريدة الرسمية الإسبانية 1986/4/29.
- الظهير الملكي 1995/63، 20 يناير، حول تنظيم الخدمات الصحية لنظام الصحة الإسباني. الجريدة الرسمية الإسبانية 1995/2/10.
- أمر 18 يناير 1996، لتطوير الظهير الملكي 1995/63، 20 يناير، تنظيم خدمات تقويم الأعضاء الصناعية. الجريدة الرسمية الإسبانية 1996/2/7، معدل بأمر 23 يوليو 1999، الجريدة الرسمية الإسبانية 1999/8/5.
- قانون 2002/14، 14 نوفمبر، أساسي منظم لاستقلالية المريض و الحقوق والواجبات في مادة الإشعار و الوثائق الكلينيكية. الجريدة الرسمية الإسبانية 2002/11/15.
- قانون 2003/16، 28 مايو، تماسك وجودة النظام الوطني للصحة. الجريدة الرسمية 2003/5/29.

مجال الجهات المستقلة

الأندلس Andalucía

- قانون 1986/8، 6 مايو، المصلحة الأندلسية للصحة. الجريدة الرسمية للأندلس 1986/5/10.
- ظهير 1995/101، 18 أبريل، يحدد حقوق الآباء و الأطفال في مجال الصحة خلال الولادة. الجريدة الرسمية للأندلس 1995/5/17.
- قانون 1998/2، 15 يونيو، الصحة في الأندلس. الجريدة الرسمية للأندلس 1998/7/4.
- أمر 2 يونيو 2005، لمستشارية الصحة، يقيم الأسس لتمويل برامج التدخل المبكر للقاصرين باضطرابات في النمو أو مهددين بخطر الإصابة به، و يتم إدراجها كل سنة. الجريدة الرسمية للأندلس 2005/6/10.

أراغون Aragón

- قانون 2002/6، 15 أبريل، للصحة في أراغون. الجريدة الرسمية لأراغون 2002/4/19.
- ظهير تشريعي 2004/2، 30 دجنبر، يوافق على النص المعدل لقانون المصالح الصحية في أراغون. الجريدة الرسمية لأراغون 2005/1/14.

كنارياس Canarias

- قانون 1994/11، 26 يوليوز، التنظيم الصحي في كنارياس، الجريدة الرسمية لكنارياس 1994/8/5.

كنطربيا Cantabria

- قانون 2001/10، 28 دجنبر، لإنشاء مصلحة الصحة لكنطربيا . الجريدة الرسمية لكنطربيا 2001/12/31.
- قانون 2002/7، 10 دجنبر، التنظيم الصحي في كنطربيا. الجريدة الرسمية لكنطربيا 2002/12/18.

قشتالة لمنشا Castilla La Mancha

- قانون 2000/8، 30 نوفمبر، التنظيم الصحي في قشتالة لمنشا. الجريدة الرسمية لقشتالة لمنشا 2000/12/19

كطالونيا Catalunya

- قانون 1990/15، 9 يوليو، التنظيم الصحي في كطالونيا، الجريدة الرسمية لكطالونيا 1990/7/30. معدل بقانون 1995/11، 29 سبتمبر. الجريدة الرسمية لكطالونيا 1995/10/18.
- قانون 2003/7، 25 أبريل، للرعاية الصحية. 2003/5/8.

الجهة المستقلة لجزر البليار Comunidad Autónoma de Illes Balears

- قانون 2003/5، 4 أبريل، الصحة في جزر البليار، الجريدة الرسمية لجزر البليار 2003/4/22. مطور بظهير 2004/44، 14 مايو، الذي يقيم نظام وأداء مجلس الصحة لجزر البليار. الجريدة الرسمية لجزر البليار 2004/2/25.

جهة قشتالة و ليون Comunidad Castilla y León

- قانون 1993/1، 6 أبريل، المنظم للنظام الصحي. الجريدة الرسمية لقشتالة وليون 1993/4/27.
- قانون 2003/8، 8 أبريل، حول حقوق وواجبات الأشخاص فيما يتصل بالصحة. الجريدة الرسمية لقشتالة و ليون 2003/4/14.

جهة مدريد Comunidad de Madrid

- قانون 1984/9، 30 مايو، إنشاء مصالح إقليمية للصحة و الرفاهية الاجتماعية، و إنشاء المعهد الإقليمي للدراسات الصحية و الرفاهية الاجتماعية لجهة مدريد. الجريدة الرسمية لمدريد 1984/6/26. المعدل بقانون 1989/2، 3 مارس. الجريدة الرسمية لمدريد 1989/3/21.

- قانون 2001/12، 21 دجنبر، التنظيم الصحي لجهة مدريد. الجريدة الرسمية لمدرید
2001/12/26.

جهة فالنسا Comunidad Valenciana

- قانون 2003/1، 28 يناير، حقوق و إبلاغ المريض لجهة فالنسيا. الجريدة الرسمية لفالنسيا
2003/1/31.
- قانون جينيراليتات 2003/3، 6 فبراير، التنظيم الصحي في جهة فالنسيا. الجريدة الرسمية
لفالنسيا 2003/2/14.

إكستريمادورا Extremadura

- قانون 2001/10، 28 يونيو، للصحة في إكستريمادورا. الجريدة الرسمية لإكستريمادورا
2001/7/3.

غاليسيا Galicia

- قانون 1989/1، 2 يونيو، مصلحة الصحة لغاليسيا. الجريدة الرسمية لغاليسيا
1989/1/11.
- قانون 2003/7، 9 دجنبر، التنظيم الصحي في غاليسيا. الجريدة الرسمية لغاليسيا
2003/12/19.

نافارا Navarra

- قانون محلي 1990/10، 23 نوفمبر، للصحة. الجريدة الرسمية لنافارا 1990/12/3.
المعدل بالقانون المحلي 1994/2، 28 فبراير. الجريدة الرسمية لنافارا 1994/3/7.
- أمر محلي في 16 نوفمبر 1998، لمستشار الصحة يقام بموجبه برنامج الرصد السابق لأوانه
لنقصان السمع خلال فترة الولادة. الجريدة الرسمية لنافارا 1998/12//30.
- أمر محلي في 14 سبتمبر 1988، يقام بموجبه برنامج الوقاية من الإعاقات الذهنية في جهة
نافارا ذات الامتياز. الجريدة الرسمية لنافارا 1988/9/26.

- أمر محلي في 10 فبراير 2003، لمستشار الصحة، لإعادة تنظيم برنامج الرصد السابق لأوانه للأمراض الوراثية. الجريدة الرسمية لنفارا 2003/4/11.

بلاد الفاسك País Vasco

- ظهير 1989/175، 18 يوليو، تتم الموافقة بموجبه على ميثاق حقوق وواجبات المرضى ومستعملي المصالح الصحية الفاسكية و أوساكيديتزا (Vasca y Osakidetza). الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1989/8/4.
- قانون 1997/8، 26 يونيو، التنظيم الصحي في إوسكادي. الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1997/7/21.

إمارة أستورياس Principado de Asturias

- قانون 1992/1، 2 يوليو، لمصلحة الصحة في إمارة أستورياس. الجريدة الرسمية لإمارة أستورياس 1992/7/13.

إقليم مورسية Región de Murcia

- قانون 1994/4، 26 يوليو، للصحة في إقليم مورسية. الجريدة الرسمية لإقليم مورسية 1994/8/4.

لريوخا La Rioja

- قانون 2002/2، 17 أبريل، للصحة في لريوخا. الجريدة الرسمية لريوخا 2002/4/23.

تشريع حول المصالح الاجتماعية

مجال الجهات المستقلة

الأندلس Andalucía

- قانون 1988/2، 4 أبريل، المصالح الاجتماعية في الأندلس. الجريدة الرسمية للأندلس 1988/4/12.

أراغون Aragón

- قانون 1987/4، 25 مارس، تنظيم العمل الاجتماعي. الجريدة الرسمية لأراغون 1987/3/30.
- قانون 1996/4، 22 ماي، في شأن المعهد الأراغوني للمصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لأراغون 1996/5/27.

كنارياس Canarias

- قانون 1987/9، 28 أبريل، المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لكانارياس 1987/5/4.
- أمر 16 أبريل 2003، تقام بموجبه الأسس العامة و الخاصة لمنح المساعدات و تمويل مجال الخدمات الاجتماعية، بصفة دائمة و بدءا من سنة 2003. الجريدة الرسمية لكانارياس 2003/5/8.

كانطبريا Cantabria

- قانون 1992/5، 27 مايو، للعمل الاجتماعي. الجريدة الرسمية لكانطبريا 1992/6/5.
- قانون 2001/6، 20 نوفمبر، لرعاية الأشخاص المعوزين. الجريدة الرسمية لكانطبريا 2001/11/28.

قشتالة لمنشا Castilla La Mancha

- قانون 1986/3، 16 أبريل، المصالح الاجتماعية بقشتالة لامنشا. الجريدة الرسمية لقشتالة لامنشا 1986/5/20.
- قانون 1994/3، 3 نوفمبر، رعاية مستعملي المؤسسات، والمراكز و المصالح الاجتماعية لقشتالة لامنشا. الجريدة الرسمية 1994/11/25.
- قانون 1995/5، 23 مارس، التضامن في قشتالة لامنشا. الجريدة الرسمية لقشتالة لا منشا 1995/4/21.

- أمر 15 مايو 1998، لمستشارية الرفاهية الاجتماعية، تنظم بموجبه خدمات المراكز الأصل للتدخل المبكر للأشخاص المعاقين في قشتالة لا منشا. الجريدة الرسمية لقشتالة لا منشا 1998/5/22.

كataluña

- ظهير تشريعي 1994/17، 16 نوفمبر، تتم بموجبه الموافقة على دمج قوانين: 1983/12، 1985/26 و 1994/4 في مادة الخدمات و المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لكataluña 1995/1/13.
- ظهير 1995/206، 13 يونيو، يتم بموجبه إسناد التدخل السابق لأوانه إلى قسم الرفاهية الاجتماعية. الجريدة الرسمية لكataluña 1995/7/24.

Comunidad Autónoma de Illes Balears

- قانون 1987/9، 11 فبراير، للعمل الاجتماعي. الجريدة الرسمية لجزر البليار 1987/4/28.

Comunidad de Castilla y León

- قانون 1988/18، 28 دجنبر، للعمل و المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لقشتالة و ليون 1989/1/9.
- قانون 1995/2، 6 أبريل، يتم بموجبه إنشاء إدارة المصالح الاجتماعية لقشتالة و ليون. الجريدة الرسمية 1995/4/12.

Comunidad de Madrid

- قانون 1984/9، 30 مايو، إنشاء مصالح إقليمية للصحة و الرفاهية الاجتماعية لجهة مدريد. الجريدة الرسمية لجهة مدريد 1984/6/26. المعدل بقانون 1989/2، 2 مارس. الجريدة الرسمية لجهة مدريد 1989/3/21.

- قانون 2002/11، 18 دجنبر، لتنظيم أنشطة مراكز ومصالح العمل الاجتماعي و تحسين جودة خدمات المصالح الاجتماعية لجهة مدريد. الجريدة الرسمية لجهة مدريد 2002/12/23.
- قانون 2003/11، 27 مارس، المصالح الاجتماعية لجهة مدريد. الجريدة الرسمية لجهة مدريد 2003/4/14.

جهة فالنسا Comunidad Valenciana

- قانون 1997/5، 25 يونيو، ينظم بموجبه نظام المصالح الاجتماعية في محيط جهة فالنسا. الجريدة الرسمية لجينراليتات فلنسيا 1997/7/4.
- ظهير 1996/8، 4 يونيو، تُضمّ بموجه، إلى مستشارية العمل والمصالح الاجتماعية، المهام المتصلة بالتحفيز السابق لأوانه للمعاقين. الجريدة الرسمية لجينراليتات فلنسيا 1996/6/7.
- أمر 21 سبتمبر 2001، لمستشارية الرفاهية الاجتماعية، يعدل شروط ومتطلبات أداء مراكز التحفيز السابق لأوانه. الجريدة الرسمية لجينراليتات فلنسيا 2001/10/15.

إكسترمادورا Extremadura

- قانون 87/8، 23 أبريل، للمصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لإكستريمادورا 1987/5/12.

غاليسيا Galicia

- قانون 1993/4، 14 أبريل، للمصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لغاليسيا 1993/4/23.

نافارا Navarra

- قانون محلي 1983/14، 30 مارس، للمصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لنافارا 1983/4/8.

بلاد الفاسك País Vasco

- قانون 1996/5، 18 أكتوبر، المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1996/11/12.
- قانون 1998/12، 22 مايو، ضد التهميش الاجتماعي. الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1998/6/8.
- قانون 2000/10، 27 دجنبر، ميثاق الحقوق الاجتماعية. الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 2000/12/30.

إمارة أستورياس Principado de Asturias

- ظهير 2001/49، 26 أبريل، ينظم تنظيم و أداء المصالح الاجتماعية لإدارة إمارة أستورياس. الجريدة الرسمية لإمارة أستورياس 2001/5/17.
- ظهير 2002/79، 13 يونيو، تتم بموجبه الموافقة على قانون ترخيص، وتسجيل، واعتماد، وتفتيش مراكز تدخل المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لإمارة أستورياس 2002/7/1.
- قانون 2003/1، 24 فبراير، المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية لإمارة أستورياس 2003/3/8.

إقليم مورسية Región de Murcia

- قانون 1996/11، 19 دجنبر، يتم بموجبه إنشاء معهد المصالح الاجتماعية لإقليم مورسية. الجريدة الرسمية لإقليم مورسية 1986/12/30.
- قانون 2003/3، 10 أبريل، لنظام المصالح الاجتماعية بإقليم مورسية. الجريدة الرسمية لإقليم مورسية 2003/5/2.

لريوخا La Rioja

- قانون 1998/5، 14 أبريل، حقوق وواجبات الأشخاص المستعملين، والرخص الإدارية، والمخالفات و الجزاءات و تفتيش في مجال المصالح الاجتماعية للجهة المستقلة للريوخا. الجريدة الرسمية للريوخا 1998/4/23.
- قانون 2002/1، 1 مارس، المصالح الاجتماعية. الجريدة الرسمية للريوخا 2002/3/7.

تشريع حول التربية

القطاع المركزي

- ظهير ملكي 1985/334، 6 مارس، المنظم للتربية الخاصة. الجريدة الرسمية الإسبانية 1985/3/16.
- القانون الأساسي 1985/8، 3 يوليو، المنظم الحق في التربية. الجريدة الرسمية الإسبانية 1985/7/4.
- أمر 18 سبتمبر 1990، لوزارة التربية و العلوم، تحدد بموجبه نسبة أخصائيين/تلميذ في الرعاية التربوية لتلاميذ ذوي احتياجات خاصة. الجريدة الرسمية الإسبانية 1990/10/2.
- قانون أساسي 1990/1، 3 أكتوبر، لتنظيم العام للنظام التربوي (LOGSE) الجريدة الرسمية الإسبانية 1990/10/4.
- أمر 9 دجنبر 1992، وزارة التربية و العلوم، تنظم بنية و أداءات فرق التوجيه التربوي والسيكوبيداغوجي. الجريدة الرسمية الإسبانية 1992/12/18.
- ظهير ملكي 1995/696، 28 أبريل، لتنظيم تربية التلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة. الجريدة الرسمية الإسبانية 1995/6/2.
- أمر 14 فبراير 1996، وزارة التربية و العلوم، ينظم إجراءات إنجاز التقويم السيكوبيداغوجي و قرار التمدرس و تقام معايير تمدرس تلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة. الجريدة الرسمية الإسبانية 1996/2/23.
- أمر 7 فبراير 2002، وزارة التربية و الثقافة و الرياضة، يشكل منتدى الرعاية التربوية للأشخاص المعاقين و تحدد كفاياته، و بنيته و نظام أدائه. الجريدة الرسمية الإسبانية 2002/2/12.
- قانون أساسي 2002/10، 23 دجنبر، جودة التربية. الجريدة الرسمية الإسبانية 2002/10/24.
- ظهير ملكي 2003/27/828، 27 يونيو، تقام بموجبه المظاهر الأساسية للتعليم الأولي. الجريدة الرسمية الإسبانية 2003/7/1.
- ظهير ملكي 2003/829، 27 يونيو، تحدد بموجبه المواد التعليمية المشتركة في التعليم الأولي. الجريدة الرسمية الإسبانية 2003/7/1.

مجال الجهات المستقلة

الأندلس Andalucía

- قانون 1999/9، 18 نوفمبر، التضامن في التربية. (BOJA) الجريدة الرسمية للأندلس 1986/12/1.

- ظهير 2002،4/147 مايو، يقام بموجبه تنظيم الرعاية التربوية لتلاميذ وتلميذات ذوي احتياجات تربوية متصلة بقدراتهم الشخصية. (BOJA) الجريدة الرسمية للأندلس 2002/5/18.
- أمر 19 سبتمبر 2002، مستشارية التربية و العلوم، ينظم صياغة مشروع منهاج المراكز المخصصة للتربية الخاصة و منهاج الأقسام الدراسية للتربية الخاصة في المراكز العادية. (BOJA) الجريدة الرسمية للأندلس 2002/10/26.
- أمر 19 سبتمبر 2002، مستشارية التربية و العلوم، ينظم إنجاز التقييم السيكوبيداغوجي وقرار التمدرس. (BOJA) الجريدة الرسمية للأندلس 2002/10/26.
- ظهير 2003/167، 17 يونيو، ينظم الرعاية التربوية لتلاميذ و تلميذات ذوي احتياجات تربوية خاصة مقرونة بظروف اجتماعية غير مواتية. (BOJA) الجريدة الرسمية للأندلس 2003/6/23.

أراغون Aragón

- قانون 1986/5، 17 نوفمبر، الصحة المدرسية. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 1986/12/1.
- ظهير 2000/217، 19 دجنبر، رعاية التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 2000/12/27.
- أمر 30 مايو 2001، لقسم التربية و العلوم، يتم بموجبه إنشاء لجنة متابعة المردودية المدرسية لتلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة، و تحدد تشكيلتها و مهامها. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 2001/6/22.
- أمر 25 يونيو 2001، لقسم التربية و العلوم، تحد بموجبه مقاييس التدخل التربوي لتلاميذ ذوي احتياجات خاصة و يوجدون في وضعيات شخصية، أو اجتماعية، أو ثقافية غير مواتية أو تكشف عن صعوبات كبيرة في التكيف المدرسي. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 2001/7/6.
- أمر 25 يونيو 2001، لقسم التربية و العلوم، ينظم العمل التربوي في حق تلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة ناتجة عن ظروف شخصية بسبب الإعاقة البدنية، أو النفسية، أو الحسية، أو نتيجة قدرات عقلية عالية. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 2001/7/6.
- قرار 3 سبتمبر 2001، يعطي تعليمات حول الوحدات الخاصة بمراكز التعليم الأولي والابتدائي للرعاية التربوية لتلاميذ ذوي احتياجات خاصة. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 2001/9/19.
- قرار 6 سبتمبر 2001، يعطي تعليمات لإقامة صيغ تمدرس تجمع بين المراكز العادية ومراكز التربية الخاصة، لتلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة. (BOA) الجريدة الرسمية لأراغون 2001/9/19.

كانارياس Canarias

- ظهير 1995/286، 22 سبتمبر، ينظم رعاية التلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة. (BOC) الجريدة الرسمية لكانارياس 1995/10/11.
- أمر 9 أبريل 1997، لمستشارية التربية و الثقافة و الرياضة، حول تدرس و موارد التلاميذ و التلميذات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بسبب إعاقة ناتجة عن قصور أو اضطرابات عامة في النمو، و التلاميذ و التلميذات المتواجدين في المستشفيات. (BOC) الجريدة الرسمية لكانارياس 1997/4/25.

قشتالة لمنشا Castilla La Mancha

- قرار 17 يونيو 2002، يوافق بموجبه على تعليمات تخص وحدات التربية الخاصة في مراكز التعليم الأولي و الابتدائي قصد التدخل التربوي لتلاميذ باحتياجات تربوية خاصة. (DOCM) الجريدة الرسمية لقشتالة لامانشا 2002/6/24.
- قرار 8 يوليو 2002، يوافق بموجبه على تعليمات تحدد نموذج التدخل، و المهام، و الأولويات في عمل أساتذة الدعم و أخصائيين آخرين، في تطوير خطة رعاية الاختلاف في مدارس التعليم الأولي و الابتدائي و في معاهد التربية. (DOCM) الجريدة الرسمية لقشتالة لامانشا 2002/7/19.
- ظهير 2002/138، 8 أكتوبر، ينظم المردودية التربوية للاختلاف لدى تلاميذ الجهة المستقلة لقشتالة لا مانشا. (DOCM) الجريدة الرسمية لقشتالة لامانشا 2002/10/11.

كataluña كاتالونيا

- ظهير 1997/299، 25 نوفمبر، حول الرعاية التربوية لتلاميذ باحتياجات تربوية خاصة. (DOGC) الجريدة الرسمية لكatalونيا

الجهة المستقلة لجزر البليار Comunidad Autónoma de Illes Balears

- قرار 11 سبتمبر 2000، ينظم بصفة مؤقتة الظروف الدنيا لفصول التربية الخاصة المتواجدة في المراكز العادية. (BOIB) الجريدة الرسمية لجزر البليار 2000/9/28.

جهة فلنسيا Comunidad Valenciana

- قانون 1994/1، 23 مارس، الصحة المدرسية. (DOGV) الجريدة الرسمية لجنيراليتات فالينسيا 1994/4/7.

- أمر 11 نوفمبر 1994، لمستشارية التربية و العلوم، ينظم بموجبه إجراء صياغة قرار لتمدرس التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة. (DOGV) الجريدة الرسمية لجينراليتات فالينسيا 1995/1/18.
- ظهير 31 مارس، 1998/39، ينظم التربية لرعاية التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة. (DOGV) الجريدة الرسمية لجينراليتات فالينسيا 1998/4/17.
- أمر 16 يوليو 2001، لمستشارية الثقافة والتربية، ينظم الرعاية التربوية لتلاميذ باحتياجات تربوية خاصة المتمدرسين في مراكز التعليم الأولي (السلك الثاني) و في التعليم الابتدائي. (DOGV) الجريدة الرسمية لجينراليتات فالينسيا 2001/9/17.
- ظهير 14 نوفمبر، يعدل ظهير 31 مارس، 1998/39، المنظم للتربية قصد رعاية التلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة. (DOGV) الجريدة الرسمية لجينراليتات فالينسيا 2003/11/18.

إكسترمادورا Extremadura

- قانون 26 أبريل، 1990/2، للصحة المدرسية. (DOE) الجريدة الرسمية لأكستريمادورا 1990/5/31..

غاليسيا Galicia

- قانون 30 يونيو، 1983/5، للصحة المدرسية. (DOG) الجريدة الرسمية لغاليسيا 1990/5/31.
- ظهير 26 يوليو، 1996/320، المنظم لتربية التلميذات و التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة. (DOG) الجريدة الرسمية لغاليسيا 1996/8/6.
- أمر 31 أكتوبر 1996، لمستشارية التربية و التنظيم الجامعي، المنظم للتقويم السيكوبيداغوجي لتلاميذ و تلميذات ذوي احتياجات تربوية خاصة يدرسون في التعليم ذي النظام العام، و يضع إجراء و معايير إصدار قرار التمدرس. (DOG) الجريدة الرسمية لغاليسيا 1996/12/19.
- ظهير 23 أبريل، 1998/120، ينظم التوجيه التربوي و المهني في الجهة المستقلة لغاليسيا. (DOG) الجريدة الرسمية لغاليسيا 1998/4/27.
- أمر 27 دجنبر 2002، لمستشارية التربية و التنظيم الجامعي، يقيم شروط و معايير التمدرس في المراكز المدعومة بأموال عمومية، لتلاميذ التعليم غير الجامعي ذوي احتياجات تربوية خاصة. (DOG) الجريدة الرسمية لغاليسيا 2003/1/30.

نافارا Navarra

- ظهير محلي 1999/153، 10 مايو، ينظم التوجيه التربوي في المراكز العمومية لجهة نافارا. (BON) الجريدة الرسمية لنافارا 1999/5/31
- أمر محلي 20 فبراير 2001، لقسم التربية و الثقافة حول إجراء تـمدرس لتلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة ناتجة عن إعاقة بدنية، و حركية، و حسية. (BON) الجريدة الرسمية لنافارا 2001/3/21
- قرار 11 مايو 2001، تتم بموجبه الموافقة على تعليمات لـعمل أساتذة التربية العلاجية في مراحل التعليم الأولي، و الابتدائي و الثانوي. (BON) الجريدة الرسمية لنافارا 2001/6/31

بلاد الفاسك País Vasco

- قانون 1982/7، 30 يونيو، الصحة المدرسية. (BOPV) الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1982/8/13
- ظهير 1998/118، 23 يونيو، المنظم للاستجابة التربوية لتلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة في إطار مدرسة متفهممة و مدمجة. (BOPV) الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1998/7/13
- أمر 24 يوليوز 1998، لقسم التربية، و الجامعات و البحث، ينظم الترخيص بإجراء تـكـيـف للمناهج و البرامج التربوية الفردية، الهامة لتلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة، كذلك، طـرـقـة صياغتها و تطويرها و تقويمها في مختلف مراحل النظام التربوي غير الجامعي. (BOPV) الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1998/12/31
- أمر 30 يوليوز 1998، لقسم التربية، و الجامعات، و البحث، تقام بموجبه معايير تـمـدرس التلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة و منح الموارد لحسن رعايتهم في مختلف مراحل النظام التربوي. (BOPV) الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1998/8/31
- أمر 22 دجنبر 1998، ينظم الترخيص بإجراء تعديلات على المنهاج و المناهج الدراسية الفردية المفيدة لتلاميذ ذوي احتياجات تربوية خاصة، كذلك طريقة صياغتها، و تطويرها و تقويمها في مختلف مراحل النظام التعليمي غير الجامعي. (BOPV) الجريدة الرسمية لبلاد الفاسك 1999/1/19

إمارة أستورياس Principado de Asturias

- قانون 1984/11، 15 أكتوبر، للصحة المدرسية لإمارة أستورياس. (BOPA) الجريدة الرسمية لإمارة أستورياس

لريوخا La Rioja

- قانون 1987/2 ، 9 فبراير، الصحة المدرسية. (BOLR) الجريدة الرسمية للريوخا 1987/2 /24.
- قرار 28 يونيو 1999 ، تقام بموجبه مقاييس رعاية التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة المترتبة عن اضطرابات خطيرة في السلوك. (BOLR) الجريدة الرسمية للريوخا 1999/7/8.

عوامل الخطر ذات طابع بيولوجي

- أ) مواليد أحداث بخطر نيورولوجي (مرض الجهاز العصبي).
- مولود حدث بوزن أقل من P10 بالنسبة لمدة الحمل به ، أو بوزن أقل من 1500 جرام ، أو بمدة الحمل به أقل من 32 أسبوعاً.*
 - APGAR أقل من 3 في الدقيقة أو أقل من 7 عند 5 دقائق.
 - مولود حدث بالتهوية الميكانيكية خلال 24 ساعة.
 - Hiperbilirrubinemia اصفرار الجلد مما يقتضي إجراء عملية حقن الدم.
 - تشنجات المواليد الأحداث
 - SEPSIS متلازمة التهابية ناتجة عن تعفن ، التهاب سحائي (Meningitis) ، التهاب دماغ المواليد الأحداث (Encefalitis neonatal)
 - خلل مستمر في وظائف الجهاز العصبي خلال أكثر من 7 أيام. (disfunción neurológica)
 - ضرر في المخ مشخص بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية أو TAC تشوهات في الجهاز العصبي المركزي.
 - إصابة خلايا الأعصاب.
 - اضطرابات في الصبغيات (الكروموزومات) و متلازمات أخرى (síndromes dismórficos)
 - ابن من أم مصابة بمرض عقلي و / أو أمراض معدية ، و / أو تتعاطى مخدرات يمكن أن تؤثر في الجنين.
 - مولود حدث ذو أخ مصاب بمرض عقلي غير واضح أو مهدد بالظهور من جديد.
 - توأم إذا كان الأخ مهدداً بخطر الإصابة بمرض عصبي.

* هذا المعيار يجب أن يعدل نظراً أن التجربة الاستشفائية لأطفال أقل من 35 أسبوعاً و بوزن أقل من 2000 جرام ، يمكن أن يشكلوا درجة عالية من الخطر.

- كلما ارتأى طبيب الأطفال ذلك.

ب) مولود حدث مهدد بخاطر حسي - بصري

- تهوية ميكانيكية لمدة طويلة.
- المولود قبل أوانه بكثير.
- مولود حدث يقل وزنه عن 1500 جرام.
- استسقاء الدماغ.
- أمراض معدية وراثية للجهاز العصبي المركزي.
- مرض في الدماغ تم رصده بواسطة الأمواج فوق الصوتية أو جهاز TAC
- متلازمة تشوه تهدد البصر syndrome malformativo visual
- الإصابة بعد الولادة بأمراض الجهاز العصبي المركزي.
- اختناق حاد.

ت) مولود حدث مهدد بإصابة الحسية - السمعية

- Hiperbilirrubinemia اصفرار الجلد مما يقتضي إجراء عملية حقن الدم.
- المولود قبل أوانه بكثير.
- مولود حدث يقل وزنه عن 1500 جرام.
- أمراض معدية وراثية للجهاز العصبي المركزي.
- تناول مضادات حيوية من نوع aminoglucósidos خلال فترة الحمل ولمدة طويلة أو بمستويات بلازمية عالية.
- متلازمة تشوه تهدد السمع síndrome malformativo con compromiso de la audición
- سوابق عائلية بنقصان السمع Hipoacusia
- الإصابة بعد الولادة بأمراض الجهاز العصبي المركزي.
- اختناق حاد.

عوامل الخطر ذات طابع اجتماعي

يُشتمن، دائماً، الخطر ذو الطابع الاجتماعي - العائلي، ربما لأنه الخطر الذي يسبب أكثر في موت المواليد الأحداث أو في مرضهم على المدى البعيد. فمعايير الخطر السوسيو عائلي التي يجب أن تتبع هي كالتالي:

- حرمان اقتصادي ظاهر.
- حمل غير مرغوب فيه و مسبب لأزمات.
- وسط عائلي كثير الاصطدام.
- فراق مؤد إلى تأزم في الأسرة.
- آباء بمعدل ذكاء منخفض أو وسط غير محفز للذكاء
- أمراض خطيرة.
- الإدمان على الخمر أو المخدرات.
- البغاء.
- إجرام أو حبس
- أمهات مراهقات.
- الشك في وجود معاملة تعسفية.
- أطفال تم أخذهم إلى بيوت الطفولة (الملاجئ)
- عائلات لا تقوم بالمراقبة الصحية بشكل مستمر.

خلل في النمو الحركي. يطبق هذا التشخيص حين تبدو أمراض على مستوى المسالك، أو المراكز أو المسارات العصبية المعنية بالحركة. تضاف إليها عدة أشكال ودرجات شلل الدماغ، والصلب المشقوق، ومرض العضلات عامة، وغيرها. كذلك مختلف أنواع الاضطراب الحركية الصغرى، (التأخر الحركي، تقلص حجم العضلات، صعوبات حركية حادة gruesa أو خفيفة fina ...)

خلل في النمو الإدراكي. تدخل في هذه المجموعة الاضطرابات المتصلة بمختلف درجات الإعاقة الذهنية، الأداء الفكري الأقصى واضطرابات معينة في وظائف عملية الإدراك.

خلل في النمو الحسي. يصنف في هذه المجموعة كل قصور بصري أو سمعي من مختلف الدرجات.

خلل في النمو اللغوي. تدخل في هذه المجموعة تلك الصعوبات في نمو القدرات التواصلية والشفوية، سواء على مستوى فهم اللغة، أو على مستوى قدراته التعبيرية و النطقية.

اضطراب عام في النمو. تشمل هذه المجموعة الأطفال ذوي اضطرابات متتالية وحادة في مختلف مجالات النمو السيكلوجي (التوحد وأشكال صغرى متصلة بالتوحد والوهم)

اضطرابات السلوك. يدخل في هذه المجموعة أولئك الأطفال الذين يصدر عنهم سلوك غير لائق وأحيانا مزعج.

اضطرابات وجدانية. يدخل هنا أولئك الأطفال الذين يبدو عليهم الاكتئاب والخجل، وأعراض واضطراب المزاج.

اضطراب في نمو التعبير العضوي. يصنف في هذه المجموعة الأطفال الذين تبدو عليهم أمراض وظيفية في دائرة الحلق، والتنفس، ومحيط النوم - الأرق، وفي التحكم في ثقب الحلق، وغيرها.

تخلف تطوري. في هذه المجموعة تُدخل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم تأخر تطوري ولا يصنفون في أي نوع من الأنواع السابقة. يشكل باستمرار تشخيصا مؤقتا، يتطور فيما بعد نحو الوضع الطبيعي (تطور متواتر في حالة الأطفال الذين عانوا أو يعانون من أمراض مزمنة، أو دخلوا المستشفى، أو تلقوا رعاية غير لائقة)، وفي حالات أخرى لمختلف أنواع القصور الوظيفي، فيكون الاضطراب في المجال الإدراكي هو الأكثر ترددا.

قائمة المتعاونين

لجنة التحرير

فاطمة بيكينوطي لبريرو أخصائية نفسانية فريق رعاية الطفولة الصغرى معهد البلدية للأشخاص المعاقين برشلونة	مريّا طريسا أندريو إيرنانديث مربية أستاذة مرافقة كلية علم نفس و تقويم النطق مدريد
مريّا لويسا بوش أوليفي طبيبة أعصاب الأطفال ملحقة بقسم طب الأطفال مستشفى سان ميلان لوجرونو - لا ريوخا	كونشا بوجي ألبران طبيبة أعصاب الأطفال مركز التدخل المبكر سان كوكاط برشلونة
خيمي بونطي ميتيلبورون مروض المركز الأصل إلغول - لا كورونيا	مريّا جرسيا إ. ميجا روميرو مربية مركز التدخل المبكر فيجينا - لنسيا

المؤلفون

خوليا مولينيرو سانطوس أخصائية نفسانية كلية التربية جامعة كمبلونسي مدريد	مريّا طريسا أندريو إيرنانديث مربية أستاذة مرافقة كلية علم نفس و تقويم النطق مدريد
إيفا مونيوث أخصائية نفسانية مركز المعاقين بمبلونا	جوان كارلوس بيلدا أريولا أخصائي نفسي مصلحة رعاية الطفولة ألكوي - أليكانطي

<p>كارمين نفاييس رويث معالج كنطبريا - أميكا</p>	<p>ماريا إيسابيل كسباس جوميث أخصائية نفسانية مركز التدخل المبكر لوركا - مورسية</p>
<p>كارلوس بخويلو فريق التدخل المبكر بداخوس</p>	<p>كريستينا إلويسكي لرانيطا أخصائية نفسانية قسم المصالح الاجتماعية المندوبية المحلية - كوبوسكوا</p>
<p>فاطمة بيكانوطي لبريرو أخصائية نفسانية قسم رعاية الطفولة الصغرى معهد البلدية للأشخاص المعاقين برشلونة</p>	<p>فرانسييسكو ألبيرطو جرسيا سانثيس نفسانية كلية علم النفس مورسية</p>
<p>ماريا لويسا بوش أوليفي طبيبة أعصاب الأطفال ملحقة بقسم طب الأطفال مستشفى سان ميغان لوكرونيو - لا ريوخا</p>	<p>بيلا جوطييس كوفاس مربية - أستاذة رسمية كلية التربية جامعة كمبلونسي مدريد</p>
<p>إنمكولادا راموس سانثيس طبيب أعصاب الأطفال وحدة النضج بمستشفى فيرخبن مكارينا إشبيليا</p>	<p>إوخينيا لارا كيسادا نفسانية مركز الترويض سبروديسا ألريا</p>
<p>إلينا رويث فيسكا تقني في التدخل المبكر المركز الأصل للمعاقين بداخوس</p>	<p>كارمين لناريس فون شميپريوف أخصائية نفسانية مركز التدخل المبكر دولسي نومبري مالقا</p>

<p>خسوس سبستيان طبيب محلل نفسي مركز التدخل المبكر مؤسسة رمون أريد سرقسطة</p>	<p>كارمن منخون أورطيجا أخصائية نفسانية كLINIكية مركز الصحة العقلية للطفولة و الشباب المصلحة الفاسكية للصحة آلفا</p>
<p>خفيير طابيا ليثياجا جمعية ألتيكسا بيلباو</p>	<p>أنطونيا ماركيث لوكي أخصائي نفسي المستشفى الجامعي فرخين ماكرينا إشبيليا</p>
<p>مرسيديس ديل فاجي طرابيرو أخصائية نفسانية وحدة المواليد الأحداث المستشفى الجامعي سان كارلوس مدريد</p>	<p>روسا مايو طاكارو معالج في التدخل المبكر وحدة التدخل المبكر المركز الصحي سابوكو أبيليس - أسطورياس</p>
<p>كونشيطا فاسكيث مصلحة رعاية الأشخاص المعاقين بلد الوليد</p>	<p>كارمين ماثا سيسنيجا معالجة في التدخل المبكر قسم المصالح الاجتماعية نيابة كويبوسكوا - سان سبستيان</p>
<p>كونشا بوجيي ألبران طبيبة أعصاب الأطفال مركز التدخل المبكر سان كوكا برشلونة</p>	<p>أوريليا مينا طبيبة مروضة أسباسي - بمبلونا</p>

التنسيق و إدارة المشروع

<p>ميرسي فيليدو بيريبلا</p>	<p>خوسي أريسكون بينيدا أخصائي في المواليد الأحداث</p>
-----------------------------	---

الجمعية الكatalana للتدخل السابق لأوانه برشلونة	المستشفى الكلينيكي مدريد
فليبي ريطوطيجو فرانكو أخصائي نفسي مصلحة التربية الأولية مستشارية التربية مدريد	ميكيل أنجل روبيرو بيستارد أخصائي نفسي الجمعية الكatalana للتدخل السابق لأوانه كاستيل دي فيلس - برشلونة

المتعاونون	
Luis Enrique Alarcón Madrid	لويس إنريكي ألكون مدريد
Ignacio Avellanosa Caro	إكناسيو أفيجانوسا كارو
Xoana Baladó Fernández	جوآنا بلادو فرنانديز
Pilar Bedia	بيلا ربيديا
Josefina Bonbehi	خوسيفينا بونبيهي
Josefina Bonillo Gómez	خوسيفينا بونيلو جوميس
Carmen Brotones	كرمن بروتونيس
Teresa Busto Domínguez	طيريسا بوستو دومنجيس
Alicia Campos	أليسيا كمبوس
Isidoro Candell Gil	إسيدورو كنديل خيل
Francisco Manuel Cara Fernández	فرانسيسكو منويل كارا فرنانديز
José Cardama Barrientos	خسي كراداما برينطوس
Javier Checa Benito	خفيير شيكا بنيطو
Luisa Cid Domínguez	لويسا سيد دومنجيس
Rosa Farriol Faixa	روسا فريول فيكسا
Francisco Javier Fernández Rego	فرنسيسكو خفيير فرنانديس ريكو

María Fraga Pena	مریا فراکا بینا
Pilar Rivera	بیلا رفررا
Rosa Rodríguez Lajarín	روسا ردرفجیس لچارین
Marta Rodríguez Lorenzo	مارطا ردرفجیس لورینسو
Paquita San José	بکیطا سان خسی
Elena Sans	إلینا سانس
Julia Gil Mangado	جولیا خیل منجادو
Estrella Gomara Los Arcos	إسطرفجا جومارا لوس أركوس
Rosa González	روسا جونسالیس
Adela Grañas Alarcón	أدیلا جرانایاس ألكون
Gador Gutiérrez Salmerón	جدور جوطرفیس سلمرون
Gloria Icart	جلوریا إكارط
Elisa Martínez Palacios	إلیسا مرطینیس بلاثیوس
Petra Moldes Núñez	بیطرا مولدس نونییث
Belén Molina Ortega	بلین مولینا أرتیکا
Empar Moratal Pellicer	إمبار مرطال بیجیسیر
Josefina Motos Lajara	خوسیفینا موطوس لچارا
Julio Muñoz Madrid	خولیو نونییث مدرید
François Naubrón	فرنسوا نورون
Javier Orteso	خفیرر أرتیسو
Marisa Pendás Sánchez	مریسا بینداس سانشیث
Julio Pérez López	خولیو بیریث لوبیث
Felipe Retortillo Franco	فلیبی ریطورطیجو فرانکو
Jordi Sirvent	جوردی سیرفینط
Carmen Taberner Navarro	کرمین طبیرنیر نفارو
Manuel Tejero	منویل طیخیرو
Juan Carlos Valero Martínez	جوان کرلوس فلیرو مرطینث

