

بحث بعنوان

نموذج الوقاية من الانتكاسة في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية: رؤية علاجية

في سياق أفضل الممارسات المستنيرة بالأدلة

د. أحمد ثابت هلال إبراهيم

أستاذ مساعد بقسم خدمة الفرد بكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة أسيوط

أستاذ مساعد بقسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي

بكلية الآداب والعلوم الاجتماعية بجامعة السلطان قابوس

a.ibrahim1@squ.edu.om

د. مجدي مصطفى محمد عبد ربه

أستاذ مساعد بقسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي

بكلية الآداب والعلوم الاجتماعية بجامعة السلطان قابوس

magdym@squ.edu.om

د. حسني إبراهيم عبد العظيم

أستاذ مساعد بقسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي

بكلية الآداب والعلوم الاجتماعية بجامعة السلطان قابوس

h.abdelghani@squ.edu.om

ملخص الورقة البحثية:

في عام ١٩٧٢م، نشر العالم البريطاني في مجال الأوبئة، أرشي كوكرين *Archie Cochrane's* ، مقالاً بعنوان "فعالية الممارسات العشوائية في الرعاية الصحية". وفي هذا المقال، أشار كوكرين إلى أن الممارسة الطبية في مجال الرعاية الصحية تعتمد بشكل كبير على العشوائية وتفقر بشدة إلى الأدلة القوية. ومنذ تلك الفترة، طُلِبَ بضرورة إصدار تشريعات تشجع على تبني الممارسات القائمة على الأدلة في تعليم وممارسة الطب وفي جميع المهن ذات الصلة، بما في ذلك مهنة الخدمة الاجتماعية.

وتتعامل مهنة الخدمة الاجتماعية مع مجموعة واسعة من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على شرائح كبيرة من أفراد المجتمع عبر مختلف مجالات الممارسة المهنية، وأحد أهم تلك المجالات هو مجال الإدمان والاعتماد على العقاقير. يُلزم هذا المجال ضرورة توجيه الممارسين والباحثين المهتمين به نحو تبني الممارسة المستنيرة بالأدلة في تدخلاتهم المهنية مع العملاء.

و بناءً على ما تقدم، تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم إسهام علمي قيم للممارسين والباحثين في مجال الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، ولا سيما في مجال معالجة الإدمان، بهدف تعزيز فهم عميق لنموذج الوقاية من الانتكاسة ودمجه بسلاسة في التدخلات المهنية مع مدمني العقاقير المخدرة، وذلك باعتبار أن هذا النموذج يمثل أفضل الممارسات العلاجية المستنيرة بالأدلة في التعامل مع العائدين إلى التعاطي. سيتم تحقيق هذا من خلال تناول مفهوم النموذج وأهدافه، والافتراضات التي قام عليها النموذج، والخطوات الضرورية لاستخدامه في الممارسات المهنية، فضلاً عن التركيز على الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في التعامل مع سلوكيات العود للاعتماد على العقاقير المخدرة.

الكلمات المفتاحية:

نموذج الوقاية من الانتكاسة - الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية - الممارسة المستنيرة بالأدلة.

Relapse Prevention Model in Clinical Social Work: A Therapeutic Vision within the context of the Best Evidence-Informed Practices

Abstract

In 1972, the British epidemiologist Archie Cochrane published an article titled "Effectiveness of Randomized Practices in Healthcare." In this article, Cochrane pointed out that medical practice in healthcare relies heavily on randomness and lacks strong evidence. Since that time, there has been a demand for legislation that encourages the adoption of evidence-based practices in medical education and practice, as well as in all related professions, including the profession of social work.

The social work profession deals with a wide range of social issues that impact significant segments of the community across various areas of professional practice. One of the most crucial of these areas is the field of addiction and drug dependency. This field necessitates guiding practitioners and researchers interested in it towards adopting evidence-based practices in their professional interventions with clients.

Based on the above, the current study aims to provide a valuable scientific contribution to practitioners and researchers in the field of clinical social work, particularly in the addiction treatment settings. This is with the purpose of enhancing a deep understanding of the relapse prevention model and seamlessly integrating it into professional interventions with drug addicts, considering that this model represents evidence-based best therapeutic practices in dealing with relapses into drug dependency. This will be achieved through discussing the concept and objectives of the model, the assumptions underlying it, and the necessary steps for its utilization in professional practices. Additionally, there will be a focus on therapeutic strategies used in addressing drug relapse behaviors.

Keywords:

Relapse Prevention Model - Clinical Social Work - Evidence-informed Practice.

أولاً: مدخل للمشكلة البحثية:

تُعدّ مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات واحدةً من أبرز التحديات التي تواجه كل من العالم المتقدم والنامي على حدّ سواء، وذلك نظرًا للآثار الصحية والاجتماعية والاقتصادية والجسمية والنفسية الضارة التي تنجم عنها. هذا و يُعدّ انتشار المخدرات بأشكالها المتنوعة من بين المشكلات الخطيرة التي تجتاح عصرنا الحالي، وقد أُطلقَ عليه بعض الباحثين تسمية "عصر الإدمان على العقاقير"، ولقد نالت هذه المشكلة اهتمام عدد كبير من الباحثين والهيئات العالمية والإقليمية والمحلية للوصول إلى حلول للسيطرة عليها والحد من تعاطيها لذا تحتل هذه المشكلة مكان الصدارة بين المشكلات النفسية والاجتماعية والطبية في معظم بلدان العالم. (عبد العال، حسن. مصطفى، ٢٠٠٦، ١٥٩)

واحدة من أبرز التحديات التي تواجه الجهود الحكومية في معالجة مشكلة الإدمان هي ظاهرة الانتكاس أو العودة للتعاطي مرة أخرى بعد فترة من الامتناع. فعندما ينقطع المدمن عن استخدام المخدرات لفترة، يمكن أن يواجه صعوبة في تجنب إعادة الوقوع في نمط التعاطي الضار. بالرغم من أنه قد يكون قد تعلم كيفية التحمل والتصدي للربغبات، إلا أنه يمكن أن يجذب مرة أخرى إلى التعاطي بسبب تواجده في بيئة تُذكّره بذكرات التعاطي أو بسبب التعرض لأفراد متعاطين أو رؤية المواد المخدرة أو الأدوات المرتبطة بالتعاطي. و يحدث ذلك السلوك رغم أن الجسم قد تحرّر من تأثير العقاقير. إلا أن إيمان المدمن بجدوى نمط التعاطي القديم لا يزال يؤثر على مستوى لاشعوري، وقد يُطارَدُ الفرد الذي خضع لفترة علاجية طويلة حتى بعد مرور ستة أشهر أو سنة من الامتناع، و يبقى المدمن عُرضة للانتكاس. (عسكر، عبد الله، ٢٠٠٥).

وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة يعقوب ٢٠١٥م، إلى أن مشكلة العودة إلى الاعتماد على المخدرات تُعدّ واحدة من التحديات المهمة، و أحد أكثر المشكلات تعقيدًا التي يُواجهها المختصون في مجال تعامل مع المخدرات. و لا يمكن لأي مجتمع - سواء كان متقدمًا أو ناميًا - أن يفلت من هذه المشكلة، حيث يُعدّ العودة لاستخدام هذه المواد من بين أخطر الظواهر، حيث تلحق أضرارها ليس فقط بالأفراد المتعاطين لها، بل تمتد إلى أسرهم وإلى المجتمع بشكل عام (يعقوب، أيمن إسماعيل، ٢٠١٢، ٥).

و تُعدّ الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي تُعنى بمواجهة تحديات تعاطي واعتماد المخدرات، و ذلك من خلال مجموعة من الأساليب والمهارات والمعارف، حيث تُسهم الخدمة الاجتماعية في معالجة مشكلة الاعتماد على العقاقير المخدرة، مما يهيئ الفرص لتحقيق أهدافها الوقائية والعلاجية والإنمائية عند التعامل مع هذه الفئة. هذا وتعمل الخدمة الاجتماعية على منع حدوث التعاطي أو تدهور حالة المتعاطي لكي لا تصل إلى مستوى الاعتماد. بالإضافة إلى ذلك، تعمل على التخفيف من الآثار الضارة المرتبطة بالتعاطي

والمخدرات، وذلك من خلال مجموعة من الأدوار الوقائية والعلاجية والتنموية عند التعامل مع مدمني المخدرات. (إبراهيم، أحمد ثابت، ٢٠١٤)

و شهدت برامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية تطوراً سريعاً خلال العقد الماضي، حيث تغير التركيز من عوامل نفسية لاشعورية إلى عوامل ومسببات إجرائية تقترب من القياس السريري والملاحظة العلمية الدقيقة والمستنيرة، وذلك بهدف تحقيق تدخلات مهنية ذات كفاءة وفعالية مرتفعة، وفي الحقيقة أن هذا المطلب لم يكن جديداً، بل كان من أهم المتطلبات للمهنة منذ بدايتها، حيث ركزت الكتابات الأولى للمهنة على أهمية التقنين والتحسين المستمر، و استخدم ممارسو الخدمة الاجتماعية المنهج العلمي كوسيلة رئيسية للوصول إلى تدخلات مبنية على أسس واقعية تم التحقق منها بواسطة المنهج الأمبيريقى.

(منصور، حمدي إبراهيم، ٢٠١٠، ٥).

وفي مطلع الألفية الحالية ظهر مفهوم الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية Evidence Based Social Work Practice (EBP) كأحد المفاهيم التي تؤكد على أهمية إعداد ممارسين قادرين على اتخاذ القرارات المناسبة والمتعلقة بالتدخل المهني مع العملاء بناء على مشاهدات واقعية معتمدة على نتائج البحث التجريبي، مما يقلل من التحيز ويؤدي للوصول لممارسة تتمتع بكفاءة وفعالية وتؤدي للاتساق في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية، مع الأخذ في الاعتبار خبرات ومهارات الممارسين عند تقديم الخدمات المهنية، وهذا ما تطمح مهنة الخدمة الاجتماعية الوصول له على مر العصور، حيث أنها منذ وقت مبكر وهي تسعى لبناء فكر منظم في الممارسة المهنية، يؤدي للوصول لنتائج تتمتع بالمصداقية حول الممارسات والسياسات التي تساعد على تقديم أفضل الخدمات للعملاء.

(Geffrey M, et al., 2008, 158-159)

وقد توجّهت الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية نحو استخدام الممارسات المستنيرة بالأدلة في بحوث التدخل المهني منذ فترة طويلة. في الماضي، كانت الأفكار الرئيسية تركز على تقييم جدوى البحوث لاتخاذ قرار بشأن استمرارية التمويل للمشروعات. ومع زيادة الأساليب والنماذج العلاجية المختلفة، أدرك الممارسون بعدم جدوى بعض الجهود في التدخل المهني مع العملاء. بالإضافة إلى وجود حاجة إلى تقنين أدوات التدخل المهني والذي من شأنه أن يقوم بخفض التكاليف العلاجية وعدم انتكاسة العملاء والوصول إلى نتائج أكثر ايجابية مع العملاء بمختلف المجالات والدعوة إلى مشاركة العملاء في نتائج التدخل المهني، وهكذا فجوهر الممارسة المبنية على الأدلة هو التوصل إلى انطباق النماذج العلاجية والأكثر فعالية في التدخلات المهنية مع العملاء. (Francesco Chappell, 2010, 23)

وقد أجريت العديد من الدراسات الخاصة بالممارسة المستتيرة بالأدلة في الخدمة الاجتماعية مثل دراسة كاثرين كاد (Kathryn Kidd) والتي ركزت على استخدام الممارسة المبنية على الأدلة لتحسين الممارسة المهنية لأخصائيي الخدمة الاجتماعية في ولاية فلوريدا. أظهرت النتائج أن هذا النوع من الممارسة يساعد الممارسين على تطوير معرفتهم ومهاراتهم، وبالأخص في اتخاذ القرارات السليمة وتعزيز مهارات البحث واستخدام الإنترنت بشكل جيد، بالإضافة إلى توجيههم نحو أفضل الممارسات وتزويد العملاء بمعلومات متنوعة حول التدخلات العلاجية. (Kathryn Kidd, 2009)

وكذلك دراسة (روبن ودينال Parrish) والتي سلطت الضوء على اتجاهات أخصائيي الخدمة الاجتماعية والنفسيين نحو استخدام الممارسة المبنية على الأدلة، وأظهرت النتائج أن هناك اتجاه قوي بين الأخصائيين النفسيين الذين حصلوا على الدكتوراه لاستخدام الممارسة المبنية على الأدلة في التدخلات العلاجية، بينما أظهر الأخصائيون الاجتماعيون الذين حصلوا على الماجستير اتجاهًا أقوى من الأخصائيين الاجتماعيين الحاصلين على الدكتوراه نحو هذا النوع من الممارسة. كما أشارت الدراسة إلى تفاؤل بشأن استخدام الممارسة المبنية على الأدلة في المستقبل، على الرغم من عدم انتشارها على نطاق واسع حتى الآن.

(Danielle, Rubin, Allen, 2012)

وهدفت دراسة شيرا ويس وكاثرين ديل إلى تعزيز استخدام الممارسة المبنية على الأدلة في رعاية الطفولة في مقاطعة أونتاريو، كندا، حيث تناولت الدراسة أهداف ومكونات برنامج مبادرة أونتاريو، والمفاهيم المرتبطة بالممارسة المبنية على الأدلة، ووجدت الدراسة أن التحديات الرئيسية للممارسة المستتيرة بالأدلة، وجود نقص في الموارد والوقت لدى الممارسين، ونقص المهارات المطلوبة، بالإضافة إلى مقاومة المنظمات لاستخدام هذا النوع من الممارسات في مجال رعاية الطفولة. (Shera Wes, Dill Katharine, 2012)

وكذلك دراسة هاك سويدان وادوارد ميلن Soydan Haluk and Mullen Edward تقويم قواعد البيانات المستخدمة في الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية، واستهدفت هذه الدراسة تقييم قواعد البيانات والمعلومات التي يستخدمها ممارسو الخدمة الاجتماعية في التدخلات المهنية مع العملاء المبنية على الأدلة وأشارت هذه الدراسة لبعض من قواعد البيانات وكيفية التعامل معها وأشارت إلى أهم قواعد البيانات والمعلومات المستخدمة في الممارسة المبنية على الأدلة وعيوبها.

(Soydan Haluk and Mullen Edward, 2011)

ودراسة سوزان بيترسون وايمي فيليبس Peterson Susan and Phillips Amy تدريس الممارسة المبنية على الأدلة في برنامج بكالوريوس الخدمة الاجتماعية، واستهدفت هذه الدراسة التعرف على كيفية

إدراج وتدريس الممارسة المبنية على الأدلة في برنامج بكالوريوس الخدمة الاجتماعية واتجاهات الطلاب نحو هذا النوع من الممارسات وأوضحت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلاب لديهم استعداد كافٍ لممارسة ذلك النوع من الممارسات وإن لديهم ميول إيجابية تجاه هذا النوع من الممارسات.

(Peterson Susan and Phillips Amy, 2011)

وكذلك دراسة (نيلسن وبير إريك) والتي تناولت دمج المعرفة القائمة على البحوث والمعرفة المبنية على الممارسة في التدخلات المهنية مع العملاء، وهدفت الدراسة إلى تقديم إطار نظري يساهم في تحسين وفهم كيفية دمج هذين النوعين من المعرفة في التدخلات العلاجية مع العملاء، وأظهرت الدراسة كيفية استخدام الممارسين للبحوث والمعرفة المبنية على الممارسة في عملهم.

(Nilsen, Per; Nordstrom, Gorilla Elliston, Per-Erik, 2012)

وبناءً على نتائج الدراسات والبحوث السابقة، يصبح لدى الأخصائي الاجتماعي القدرة على اتخاذ قرارات متعلقة بالتدخل المناسب مع العميل من خلال دراسة حالات سابقة أثبتت فعاليتها. حيث تتيح هذه الدراسات للأخصائي الاجتماعي تزويد العميل بمعلومات حول نتائج متوقعة لعملية التدخل والتقدير المستقبلي لوضع العميل بعد التدخل. كما تبين النتائج المحتملة في حالة عدم تنفيذ التدخل المهني، مما يساهم في زيادة شفافية الممارسة المهنية وزيادة وعي العملاء ومستوى تعليمهم، و تقوي هذه العملية مشاركة العملاء في عملية المساعدة، حيث يصبحون شركاء وليسوا مجرد مستقبلين للمساعدة المهنية. و يكون لديهم القدرة على الاطلاع على الحقائق وبالتالي لن يكون هناك مجال للشك في تقديم التدخلات والمساعدات المهنية، وذلك لأنها تتيح خيارات متعددة أمام الأخصائي الاجتماعي والعملاء، مما يجعل عملية التدخل عملية مشتركة. ويصبح التدخل صادقاً وخالياً من المجازفات التي قد تؤثر على العميل وعلى مهنة الخدمة الاجتماعية بأكملها. (الناجم، مجيدة محمد ، ٢٠٠٧، ١٦٧)

و تشير الأدبيات البحثية إلى أن مشكلة تعاطي المخدرات والعودة إليها بعد الانتهاء من العلاج تُعد من أخطر المشكلات في الحياة الاجتماعية الحديثة. وذلك من حيث الكم حيث يتجلى ذلك في الأعباء الاقتصادية التي تُفرض على المجتمعات، ومن حيث الكيف يتجلى خطرها في العالم العربي بسبب حدوثها في مجتمع ينمو بسرعة، وتأثيرها الأكبر على فئة الشباب، وخاصةً الذين يقعون في ذروة إنتاجيتهم. تواجه هذه الفئة آلاماً جسدية ونفسية، ومشكلات اقتصادية واجتماعية نتيجة الإدمان على المخدرات. وبالتالي، يتعين التركيز على دراسة هذه المسائل والآثار المترتبة عليها. (رستم، رسمي عبد الملك، ٢٠١٣، ٣)

و نظراً لأهمية تبني الممارسات المستنيرة بالأدلة في مجال العمل الاجتماعي ونظراً لحدائثة هذا الاتجاه، تجتمع الاهتمامات البحثية للمختصين في تسليط الضوء على نموذج الوقاية من الانتكاس كواحدة من النماذج العلاجية المثبت بالأدلة بفعاليتها في التعامل مع مشكلة العود إلى الاعتماد على المخدرات. يهدف ذلك إلى زيادة كفاءة التدخلات المهنية مع العملاء وتنظيم الممارسة المهنية للتعامل مع هذا النوع من المدمنين، بهدف تقديم تدخل علاجي فعال يستند إلى أدلة مثبتة لقدرتها على الحد من عودة الأفراد المعتمدين على العقاقير المخدرة في المجتمع العربي.

ثانياً: صياغة المشكلة البحثية:

تحاول هذه الورقة البحثية تسليط الضوء على واحدة من النماذج العلاجية التي ثبت بالأدلة فعاليتها في التعامل مع سلوكيات العودة للتعاطي لدى مدمني العقاقير المخدرة، وتهدف هذه الورقة البحثية إلى تقديم إطار نظري وتطبيقي، يوجه الباحثين والممارسين في مؤسسات العمل الاجتماعي وتحديداً العاملين في مجال رعاية وتأهيل مدمني العقاقير المخدرة إلى تفهم مفهوم واهداف نموذج الوقاية من الانتكاسة، وأيضاً تدريبهم على كيفية توظيف هذا النوع من النماذج عند التعامل مع المدمنين، بالإضافة الى طرح بعض المقترحات والتوصيات التي يمكن أن تسهم في توظيف نموذج الوقاية من الانتكاسة في برامج التدخل المهني الإكلينيكي في البيئة العربية كروية استشرافية من منظور الخدمة الاجتماعية في ضوء الممارسة المستنيرة بالأدلة.

ثالثاً: أهداف البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الهدف الرئيسي الآتي:

وضع رؤية علاجية من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتعزيز نموذج الوقاية من الانتكاسة في التدخلات المهنية مع العملاء بمجالات رعاية وتأهيل المدمنين في البيئة العربية

وينبثق من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية الآتية: -

(١): تزويد الممارسين العاملين في مجال الادمان بمجموعة من المعارف المرتبطة بنموذج الوقاية من الانتكاسة في الخدمة الاجتماعية.

(٢): تحديد الدراسات العلمية المستنيرة بالأدلة التي تشير الى فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في التعامل مع مشكلة العود للاعتماد العقاقيري.

(٣): التوصل إلى مجموعة من المقترحات التي تزيد من فعالية استخدام الممارسين الإكلينكيين لنموذج الوقاية من الانتكاسة في التدخلات المهنية في مؤسسات علاج وتأهيل المدمنين في البيئة العربية.

رابعاً: تساؤلات البحث:

تحددت تساؤلات هذه الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: ما الرؤية العلاجية من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتعزيز نموذج الوقاية من الانتكاسة في التدخلات المهنية مع العملاء بمجالات رعاية وتأهيل المدمنين في البيئة العربية وذلك لضمان الارتقاء بجودة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجالات الإدمان؟.

وينبثق من هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية الآتية: -

١. ما مفهوم نموذج الوقاية من الانتكاس؟.
٢. ما الافتراضات والمسلمات الأساسية لنموذج الوقاية من الانتكاسة؟.
٣. ما أهداف نموذج الوقاية من الانتكاسة؟.
٤. ما خطوات التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة؟.
٥. ما الاستراتيجيات وأساليب التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة؟.
٦. ما الدراسات التي تم بواسطتها اعتماد نموذج الوقاية من الانتكاسة كنموذج ثبت بالأدلة فاعليته في التقليل من العود للاعتماد العقاقيري؟.

خامساً: حدود البحث:

تقتصر الدراسة الحالية على حدود التوصيف النظري لنموذج الوقاية من الانتكاسة في الخدمة الاجتماعية، وعرض أهدافها، وخواتم تطبيقها والاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في التدخلات المهنية مع مدمني العقاقير المخدرة، ثم التوصل للمقترحات التي يمكن ان تزيد من ادماج نموذج الوقاية من الانتكاسة في التدخلات المهنية مع العملاء بمجال الاعتماد العقاقيري؟

سادساً: منهج البحث:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المكتبي الذي يصف ما هو كائن ويتضمن وصف الظروف القائمة وتسجيلها وتحليلها تفسيرها هذا وقد استخدم الباحث هذا المنهج للإجابة على تساؤلات الدراسة ولتحقيق ذلك قام الباحث بمراجعة الأدبيات النظرية والمصادر ذات العلاقة بأهداف الدراسة الحالية بالإضافة

إلى تحليل الدراسات السابقة للاطلاع على أهم ما تم تناوله، ومن ذلك أهم نتائج تلك الدراسات وتوصياتها للاستفادة منها في الإجابة عن أسئلة الدراسة الحالية.

سابعاً: المنطلقات النظرية للبحث:

(١): مفهوم الممارسة المستنيرة بالأدلة:

في كتابها التشخيص الاجتماعي عرفت ماري ريتشموند خدمة الفرد بانها " فن المساعدة القائم على العلم"، ذلك المفهوم الذي يعتبر النواة الأولى للممارسة المستنيرة بالأدلة في الخدمة الاجتماعية ، وقد تضمن هذا المفهوم مدى الحاجة إلى استخدام حقائق البحوث في توجيه الخدمات الطبية المباشرة لتحقيق جهود الإصلاح الاجتماعي، وهناك العديد من التعريفات التي تناولت الممارسة المستنيرة بالأدلة في الخدمة الاجتماعية نذكرها في الآتي:-

جاء أول مفهوم من مفاهيم الممارسة المبنية على الأدلة عام ١٩٩٧م، حيث عرفت الممارسة المبنية على الأدلة بأنها " الاستخدام الحكيم لأفضل الأدلة الحالية في صنع القرارات المتعلقة بالعمل والمبنية على خبرة الممارسة. وعرفها ساكيت وهابنيز Sackett and Haynes بكونها " إدماج أفضل الأدلة البحثية ذات الخبرة الإكلينيكية مع مراعاة قيم العميل". (Sackett et al., 2000)

ووصفها ارون روزان Aaron Rosen بأنها " ذلك النوع من الممارسة الذي يأخذ في اعتباره النظر في كافة الأدلة البحثية التي تم جمعها بصورة منتظمة وسبق استخدامها في بحوث أخرى وتم التأكد من جدواها مع مختلف انساق العملاء" والممارسة المبنية على الأدلة لا تركز فقط على النظرية الموجهة لها ولكن علي علاقة الممارسة بنتائج البحوث السابقة.(Aaron Rosen, 2000, 18)

وأضاف جيبس Gibbs بأن الممارسة المبنية على الأدلة هي تلك الممارسة القائمة على التعليم المستمر مدي الحياة وتتطوي هذه العملية على طرح الأسئلة باستمرار والبحث بكفاءة عن أفضل الأدلة، بما يساعد على اتخاذ الإجراء المناسب حيال التدخلات المهنية مع العملاء.(Gibbs, 2003, 6)

بينما جاء مفهوم الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين NASW للممارسة المبنية على الأدلة بأنها: " العملية التي تتطوي على إيجاد إجابة للأسئلة القائمة على احتياجات العملاء والمنظمات، وتحديد أفضل الأدلة المتاحة للإجابة على هذه الأسئلة وتقييم نوعية الأدلة المتاحة للإجابة على هذه الأسئلة وتقييم نوعية الأدلة التي تم الحصول عليها وتطبيق الدليل وتقييم كفاءة وفعالة هذا الدليل".(NASW, 2013, 10)

وأوضحت باربرا وايت Barbara W.White أن الممارسة المبنية على الأدلة هي " تلك العملية القائمة على منهجية بحثية قائمة على استخدام أفضل الأدلة الممكنة وأنسب المعلومات المتاحة لاتخاذ القرارات

الأكلينيكية المعنية بالتدخل المهني مع العملاء والمبينة على الخبرات المهنية مع مراعاة الخصائص الفردية للعملاء وخصائص مشكلاتهم، وفي المجمل الهدف النهائي لهذه المنهجية هو إضفاء الطابع التقني والمنهجي على الممارسة المهنية". (Barbara W.White et,all ,2008,442)

أما هال Hall أشار إلى أن الممارسة المبينة على الأدلة هي " الممارسة التي تركز على الحد من الاختلافات الواسعة في الممارسة المهنية، وتسعى هذه الممارسة بدورها إلى القضاء على الممارسات غير الفعالة والوصول إلى ممارسات أكثر فعالية وأقل تكليفاً، بالإضافة إلى تحسين نوعية الممارسة وتوجه الممارسة المبينة على الأدلة نحو توجيه الممارسة لصالح النتائج المرجوة للعميل".

(Hall. J.C, 2008, 30)

ومن جانبها يمكن تعريف الممارسة المستنيرة بالأدلة اجرائياً بأنها نموذج من نماذج الممارسة المهنية يهدف إلى تحديد المداخل والنماذج العلاجية الأكثر فعالية وعلمية في التعامل مع مشكلات العملاء المنتكسين. تقوم هذه الممارسة على التعليم المستمر مدي الحياة واستمرار البحث لتقديم التدخل المهني المناسب، وتشمل تجريب تدخلات سابقة تنمائي مع سمات العملاء وظروفهم. و تحتاج الأساليب الجديدة المطورة والمنبثقة بالأدلة إلى التعميم والنشر على مستوى عالمي لتعزيز الاستفادة منها في برامج التدخل المهني.

٢): مفهوم نموذج الوقاية من الانتكاسة:

يعتبر نموذج الوقاية من الانتكاسة نموذجاً علاجياً حديثاً، ويقوم هذا النموذج على فكرة الدمج بين كلاً من نظرية التعلم الاجتماعي والنموذج النفسي الاجتماعي والنموذج المعرفي لادلر، والعلاج المعرفي السلوكي لمكينوم Meichenbaum، ونظريات التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا Albert Bandura عام ١٩٧٧.

(Anna Nelson, 2012, 126)

ويستند هذا النموذج في اسسه على التطور العلمي الذي طرأ على المدرسة السلوكية التقليدية والجهود التي بذلت لإطفاء صفة الإنسانية على السلوك الإنساني الذي تحركه المعرفة والعواطف أكثر مما يتحرك بالعادة، كما كان في المدرسة السلوكية التقليدية التي لم تكن تجد فرقاً بين الإنسان والحيوان في التعلم والتشريط. (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥، ٨٦)

و يعد نموذج الوقاية من الانتكاسة أحد أشكال العلاج النفسي الحديث، وقد استفادت منه الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وصمم هذا النموذج من أجل وضع برامج لإدارة الانتكاسة والوقاية منها أثناء العلاج من الإدمان، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تعليم العملاء كيفية التنبؤ والتعامل مع مظاهر الانتكاس بشكل

فعال، ورفض العودة للإدمان ويعمل هذا النموذج على تشجيع العملاء على التفكير في سلوكهم الإدماني وكذلك التدبر في العواقب المترتبة على هذا السلوك.

(Parks, G.A., and G.A. Marlatt, 2000, 201)

وعرف أيضا بأنه نوع من أنواع العلاج الذي صمم باعتباره برنامج مستمر للوقاية من الإدمان، ويجمع هذا النموذج بين التدخلات السلوكية والمعرفية ويهدف إلى تعليم الأفراد كيفية توقع عملية الانتكاسة وكيفية التعامل معها من أجل المحافظة على استمرارية التغيير في السلوك الذي يحول دون العودة للإدمان.

(Tammie Ronen and Arthur Freeman, 2007, 466)

ونموذج الوقاية من الانتكاسة يساعد العملاء في التفكير في الآتي:

- فهم الانتكاسة كعملية وليس كحدث.
- تحديد مواقف المخاطرة والتعامل معها.
- المواجهة الفعالة مع الرغبات ومشاعر الاشتهاق التي تؤدي إلى حدوث الانتكاسة.
- تطبيق إجراءات التحكم في الضرر وذلك من خلال الحد من الآثار السلبية للهفوات والعودة إلى طريق التعافي، ومواصلة المشاركة في العلاج وخاصة بعد حدوث الانتكاسة.
- إنشاء نمط حياتي للعمل أكثر توازناً.

(George A. Parks and G. Alan Marlatt, 2002)

ومن جانبها يمكن تعريف نموذج الوقاية من الانتكاسة في هذه الدراسة بأنه: نوع من أنواع العلاج القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد، ويهدف هذا النموذج إلى التقليل من العود للاعتماد على العقاقير المخدرة، وذلك من خلال ممارسة أساليب عامة، وأخرى نوعية، في إطار مكاني وزمني محدد بضوابط التجربة البحثية، ويعد هذا النموذج من النماذج العلاجية التي تثبت بالأدلة فعاليتها في التقليل من العود للاعتماد على العقاقير المخدرة.

(٣): الافتراضات والمسلمات الأساسية لنموذج الوقاية من الانتكاسة:

يقوم نموذج الوقاية من الانتكاسة على العديد من المسلمات وهي:

(١): إن أحداث الانتكاسة دائما ما تسبقها مباشرة مواقف المخاطرة، وهذه المواقف تختلف باختلاف السلوكيات من فرد إلى آخر، وتختلف أيضا هذه الأحداث داخل الشخص نفسه مع مرور الوقت، وبالتالي فمعرفة العميل لهذه المواقف وكيفية التعامل معها يساعده في الوقاية من حدوث الانتكاسة.

(٢): تدريب العميل على التعامل مع مواقف المخاطرة الخطورة هو السياج الواقي من حدوث الانتكاسة فنموذج الوقاية من الانتكاسة يعتمد بشكل كبير على مدى قدرة الأفراد على التأقلم والتعامل مع هذه المواقف من خلال استراتيجيات معرفية وسلوكية تساعد في التقليل من احتمالات الانتكاسة (Steve Sussman and Susan L. Ames, 2008, 244).

(٣): على الرغم من أن نموذج الوقاية من الانتكاسة اعتبر مواقف المخاطرة من المحددات الضرورية في التعامل مع عملية العود للإدمان ففي الواقع فإن استجابة الشخص إلى هذه المواقف ومدى قدرته على المواجهة تحدد مدى توقع حدوث الانتكاسة من عدمه فسلوكيات الشخص في التعامل مع هذه المواقف هو الذي يحدد حدوث الانتكاسة أو عدم حدوث الانتكاسة.

(٤): ينظر هذا النموذج إلى الانتكاسة باعتبارها عملية يمكن التعرف عليها والتعامل معها بل ومقاومتها أيضا ولكن هذا يتطلب التركيز على بناء مجموعة معززة من مهارات المواجهة Coping Skills ودعم التوازن في نمط حياة مدمني المخدرات.

(٥): عندما يتمكن العميل من تنفيذ الاستراتيجيات السلوكية مثل الخروج من الواقع أو التعامل مع مواقف المخاطرة، أو استخدام الاستراتيجيات المعرفية مثل الحديث الايجابي إلى النفس وهنا يكون الشخص الأقل عرضة للانتكاس مقارنة بالشخص الذي يفقد القدرة على تنفيذ هذه الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية، بالإضافة إلى أن يتوافر لديه بعض المهارات كالكفاءة الذاتية على سبيل المثال أن يدرك المدمن خطورة الارتياح بجوار أماكن التعاطي، وبالعكس مع الأشخاص الذين يعانون من انخفاض الكفاءة الذاتية ومن يرون أنفسهم يفتقرون إلى الدافع أو القدرة على مقاومة الشرب في مواقف المخاطرة.

(Witkiewitz K, Marlatt GA, 2005)

(٤): أهداف نموذج الوقاية من الانتكاسة:

إن الهدف الأساسي لنموذج الوقاية من الانتكاسة هو تزويد وتدريب العميل على مهارات التعامل السلوكية والمعرفية والتي تساعد في التعامل مع مواقف المخاطرة بكفاءة وفعالية وأيضا التعامل مع الهفوات، وهذا هو جوهر نموذج الوقاية من الانتكاسة، ويعمل النموذج على تحقيق الاتي:-

١. مساعدة العميل على تنمية توازن شامل في نمط الحياة وذلك من أجل زيادة قدراته في التعامل مع الضغوط اليومية، وزيادة وتعزيز الكفاءة الذاتية.

٢. تعليم العميل كيف يمكن تحديد وتوقع إشارات التحذير الأولى لمواقف المخاطرة والتي سبق وإن تعامل معها وتصميم وتنفيذ مهارات الاستجابة لتأثيرات هذه المواقف من أجل تقليل السقوط في الهفوات أو الوقاية من حدوث الانتكاسة.
٣. زيادة الوعي بإمكانية حدوث الانتكاسة واحتمالية مرور المدمن بالانتكاسة وكذلك تنمية الثقة بالنفس. (George A.Parks et al., 2001, 586)
٤. مساعدة العميل في توقع والوقاية من حدوث الانتكاسة بعد أن يتعافى من الإدمان.
٥. مساعدة العميل على عدم الانزلاق في الهفوات أو الزلات التي قد تؤدي به في النهاية إلى حدوث الانتكاسة الكاملة. (Steve Sussman and SuSan L. Ames, 2008,243)
٦. وتأسيساً على ما سبق فإن الهدف الرئيسي لنموذج الوقاية من الانتكاسة هو تحديد مواقف المخاطرة والمؤدية للانتكاسة، وبعد الانتهاء من تحديد هذه المواقف يتم إجراء تحليل لها، وبالتالي وضع استراتيجيات للتعامل معها، تستهدف مراعاة استعادة توازن نمط الحياة لدي العميل. (Darake,Wallach and McGovern, 2005, 1298)

٥): التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة:

تتحقق أهداف نموذج الوقاية من الانتكاسة كما ذكر كلاً من (Maratt and Gordon's) من خلال تطبيق مراحل متسلسلة متباينة وهذه المراحل هي:-

المرحلة الاولى: بناء علاقة علاجية:

تعد العلاقة المهنية في نموذج الوقاية من الانتكاسة جزءاً هاماً في عملية العلاج فهي تتيح للعميل التعلم وتمنحه الفرصة كي يري ذاته والعالم بطريقة مختلفة كما أنها تستخدم كأداة قوية لمساعدة العميل على إدراك مدي تفهمه الخاطئ للمثيرات والمواقف التي تجعله يعود للتعاطي فهي أداة تساعد العميل على تغيير أفكاره وسلوكياته والانفعالات غير الوظيفية، ويعتمد نموذج الوقاية من الانتكاسة باعتبارها نموذج مستمد من النموذج المعرفي السلوكي في الأساس على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والعميل والتي تلعب دوراً أساسياً في العلاج ويشترط فيها أن تكون تعاونية فيما بينهما وأن يقوم كل منهما بأداء بعض الأنشطة التي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للعميل حتي يتمكن من مواجهة مشكلاته وتتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية هي:- (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١٧)

❖ الاتفاقات: وتشير إلى تلك الارتباطات الشخصية التي تنشأ ويتم عقدها بين المعالج والمدمن.

❖ الأهداف: كل ما يرغب المعالج والعميل في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل وذلك لمواجهة مشكلات المدمن.

❖ المهام: تلك الأنشطة التي يقوم بها كل من المعالج والمدمن والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المدمن من خلال العملية العلاجية.

وهكذا فإقامة علاقة علاجية قائمة على أسس تعاونية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل تتحدد على ضوءها المسؤولية الشخصية للعميل علي كل ما يفيد فيه من أفكار واعتقادات مشوهة ولا عقلانية وتعديلها واستبدالها واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية ومن ثم يتم تعديل السلوك غير السوي الذي قد يكون السبب الرئيسي في حدوث الانتكاسة.

المرحلة الثانية: التقدير في نموذج الوقاية من الانتكاسة:-

يعتبر التقدير جانباً هاماً وجوهرياً في نموذج الوقاية من الانتكاسة لأنه يعتمد علي الفهم المفصل المتسلسل للسلوك الإدماني وأيضاً يؤثر علي الدعم المختلف المقدم للعملاء لذلك فان كل حالة لا بد وان يكون لها تقييم منفصل عن الحالات الأخرى، وهناك العديد من المحددات التي ينبغي التعرف عليه عند القيام بعملية التقدير مع المدمن باستخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة:-

(١): تحديد الكفاءة الذاتية Self-Efficacy: عرفت الكفاءة الذاتية بأنها هي تلك الإدراكات والتوقعات والأحكام والمعتقدات التي يتصورها الفرد عن كفاءة ذاته في الإنجاز وفي تخطي العقبات والأزمات والمحن ومقاومة المثيرات التي تحدو به نحو السلوك غير المرغوب.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، ٢٠١١، ج١، ٢٥٨)

(٢): تحديد مهارات المواجهة Coping Skills: وهي تلك المهارات التي ينبغي توفرها أو تعليمها للمدمن من أجل مواجهة الرغبة أو اللهفة في العودة للإدمان ومن أمثلة هذه المهارات مهارة الحد من التوتر، والاسترخاء، وتكنيكات تجنب إغراء العقار، ومختلف التكنيكات المعرفية السلوكية، والتمرينات الرياضية... الخ من مختلف المهارات التي تستخدم في التعامل مع مواقف المخاطرة والتي قد تعود بالمدمن إلى السلوكيات الإدمانية القديمة. (Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2001, 101)

(٣): تحديد الحالة العاطفية السلبية Emotional States: ويقصد بها الأحداث العاطفية التي مر بها المدمن قبل العلاج أو بعد العلاج والتي قد تكون سبباً أساسياً في العودة للاعتماد على عقار الترامادول ومن الموقع الإلكتروني: <https://sjss.journals.ekb.eg> البريد الإلكتروني: swork_journal@aswu.edu.eg

أمثلتها الاكتئاب والقلق، وجدير بالذكر أن الأبحاث التي أجراها مارلت وزملاءه في بادئ الأمر وجدت أن من أهم وأخطر العوامل التي دفعت المدمن إلى العودة للإدمان مجدداً هي الحالات العاطفية السلبية التي حدثت له بعد عملية العلاج. (Witkewitz & Marlatt, 2004, 20)

(٤): تحديد الدعم الاجتماعي Interpersonal Support: وهو عامل أساسي في التغلب على سلوكيات العودة لتعاطي عقار الترامادول، والدعم هنا يقصد به الدعم المقدم من أفراد الأسرة للمدمن لمساعدتها على التغلب على السلوكيات الإدمانية وعدم العودة للتعاطي مرة أخرى، ومن ناحية أخرى ابتعاد المدمن على مواقف الصراع داخل الأسرة والتي تعيده إلى دائرة الإدمان وكذلك إلحاح أحد أفراد الأسرة من المحيطين بها على العودة للتعاطي مرة أخرى فهذه كلها من مصادر الدعم السلبية والإيجابية التي قد تدفع المدمن أو تمنعه من العودة للإدمان (Dobkin, Civita, Paraherakis, & Gill, 2002, 39)

(٥): تحديد قلق الانتكاس: فكثيراً ما يشيع لدي المدمن المتوقف ما يسمى بقلق الانتكاس وهو قلق نوعي قد يكون بسيطاً أو حاداً وهو ليس مؤقتاً بل متأرجح وقد يكون مزمناً ورهيناً بالشفاء التام ويعبر عن التوتر الناتج عن الصراع بين التوقف عن العقار مع استمرار الحاجة إليه، مع خشية العودة إليه في ظروف المثيرات ومواقف المخاطرة، ومما لاشك فيه أن قلق الانتكاس يمكنه أن يهدد الإقلاع أو الامتناع عن العقاقير ويسبب الانتكاس فعلاً، خاصة أن كانت أعراض القلق سافرة وشديدة ويفضل في هذا الحالة وصف مضادات قلق أو حتي اكتئاب مع مهدئات صغرى للسيطرة على الحالة وضبط أعراضها، وأعراض قلق الانتكاس لا تختلف عن أعراض القلق العام من حيث الشعور بالتوتر والانزعاج والاستثارة والضيق والتبرم وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالراحة وعدم التركيز والعصبية والنرفزة والغضب وتشتت الانتباه، وانخفاض شهية الطعام والكوابيس واضطراب العمليات الحيوية في الجسم وزيادة ضربات القلب والشعور بالتعطل النسبي.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، ٢٠١١، ج٣، ٦٧، ٦٨)

(٦): تحديد بروفييل الشخص المنتكس Relapser Profile: إن بروفييل الشخص الذي يتعرض للانتكاس كثيراً ما يحتوي على عديد من سمات الشخصية التي يتميز بها عن غيره مثل:- اللامبالاة بالعواقب، الأنانية المفرطة، الهروب التام من المسؤولية، السلبية، التعامل مع الواقع والحقيقة من خلال العقار، الانهزامية، العدوانية (الداخلية والخارجية)، العدائية (الداخلية والخارجية)، ضعف الإرادة، وضعف الأنا

(مدحت عبد الحميد أبو زيد، ٢٠١١، ج٢، ٣٧)

(٧): دافعية المدمن للتغيير Motivation :

وتعد الدافعية احد العوامل الأساسية التي ينبغي مراعاتها عند تصميم برنامج التدخل المهني وفقا لنموذج الوقاية من الانتكاسة وتعرف بكونها مدي استعداد المدمن للتغيير وبالتالي فالحاجة للتعرف على مدي دافعية المدمن للتغيير أمر ضروري لما له من شان في التعرف على كيفية البدء مع العميل ومن أى مرحلة. ولقد أشار إبراهيم، ٢٠١٤، أنه ينبغي علي المعالج وتحديدًا في مرحلة التقدير أن يحدد بوضوح المرحلة التي يقف عندها المدمن ويبدأ العمل بعدها، بالإضافة إلى أن المعالج قد يجد صعوبة كبيرة مع المدمن الذي لازال في المرحلة الأولى من التغيير على عكس المدمن الذي اخذ مراحل متقدمه في الدافعية للتغيير، فالدافعية للتغيير عاملاً قوياً في تجنب العودة والرجوع للاعتماد العقائري.

المرحلة الثالثة: التعاقد العلاجي في نموذج الوقاية الانتكاسة:

يعد التعاقد بمثابة الجسر الذي يربط بين التقدير والتدخل المهني وتحقيق أهداف التغيير فبعد تحديد المشكلة بين الأخصائي الاجتماعي ونسق العميل فأنهما يبدآن في التخطيط للاحتياجات التي يجب إشباعها ومن الذي يشبعها ومتي يتم إشباعها، وتري بيولا وكمبتون Beulah Compton إن التعاقد هو وضع وإقرار نتائج قرارات كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل بطريقة شفوية أو مكتوبة بطريقة صحيحة وواضحة للعمل معاً بطرق محددة واتخاذ الإجراءات لتحقيق الأهداف.

المرحلة الرابعة: البناء والتدخل العلاجي بنموذج الوقاية من الانتكاسة:

نموذج الوقاية من الانتكاسة هو النموذج الأكثر تنظيماً مقارنة مع النماذج الأخرى التي تعاملت مع مشكلة تعاطي المخدرات وهو من العلاج القصير نسبياً والذي يستغرق من (١٢ - ٢٤) أسبوع، والذي نظم بشكل جيد حول تحقيق أهداف علاجية محددة، محددة بجدول أعمال والتساؤلات كلها مركزة تجاه تعاطي العقار المخدر. ويتم رصد التقدم في تحقيق أهداف العلاج بشكل مستمر ومتكرر ويقوم المعالج بدور فعال أثناء مرحلة العلاج، وكل مقابلة تستمر لمدة ساعة (٦٠) دقيقة مقسمة إلى ثلاث أجزاء كل جزء (٢٠) دقيقة، ويقوم المعالج بدور فعال أثناء مرحلة العلاج.

(أ): الجزء الأول من الجلسة العلاجية: في بداية كل جلسة يتم تقييم تعاطي المخدر ومراجعة ما تم الاتفاق عليه في الأسبوع الماضي، ويعطي فرصة للمريض في تقديم تعزيز عن المخاوف والمشاكل الراهنة.

(ب): الجزء الثاني: هو جزء تعليمي أكثر ومكرس للتدريب على المهارات والممارسة.

(ج): الجزء الثالث: يتيح الوقت للعميل والمعالج على التخطيط للأسبوع القادم ومناقشة كيفية يتم تنفيذ المهارات الجديدة.

ويتميز نموذج الوقاية من الانتكاسة بأنه مدخل ذو توجه بنائي وهذه البنائية ترجع لأنه يعتمد بشكل كبير على فنيات العلاج المعرفي السلوكي ويظهر هذا البناء من خلال عدة طرق أهمها هي: أن كل جلسة علاجية تتضمن الاتي: (١): وضع جدول أعمال للجلسة العلاجية، (٢): اختبار الحالة الانفعالية للعميل، (٣): إقامة جسر للتواصل مع آخر جلسة، (٤): مناقشة بنود أعمال جلسة اليوم، (٥): عمل ملخص للأحداث والمناقشات، (٦): رصد التقدم في تحقيق أهداف العلاج بشكل مستمر، (٧): وضع مهام للواجب المنزلي، (٨٩): التخطيط لمقابلة الأسبوع القادم. (Brown et al., 2002, 677)
المرحلة الخامسة: مرحلة الإنهاء:

ويشير مفهوم الإنهاء إلى المرحلة الأخيرة من عمليات الممارسة ويتم بعد أن يحقق برنامج التدخل المهني لأهدافه، أو يفشل في تحقيق تقدمية أخرى، حيث يقف عند نقطة محددة لا يحدث بعدها تحسن، ويتم التخطيط لعملية الإنهاء وغلق التدخل المهني عندما يدرك المعالج أن احتياجات العميل تحققت وأهدافه أنجزت، ومعوقاته وضغوطه خففت أو أزيلت. (عبد الناصر عوض احمد، ٢٠١٣، ٦٠)
وعرفت هذه المرحلة أيضا بأنها نهاية العلاقة المهنية التي تجمع ما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل لذا فأنها تتطلب مهارات وتكنيكيات خاصة وكذلك يجب مراعاة التوقيت المناسب للإنهاء.

(Karen K. Kirst – Ashman, 2010, 108)

وفي تلك المرحلة تكون عملية إحداث التغيير قد انتهت وتكون الغايات والأهداف قد تحققت لمدى كاف وأن الأخصائي الاجتماعي يقرر مع نسق العميل بعدم جدوى ومواصلة التدخل المهني على أن يتم ذلك تدريجياً تخفيفاً لصدمة الإنهاء المفاجئ بالنسبة لنسق العميل ومن الضروري الأخذ في الاعتبار أنه في كل مراحل عملية التغيير يحدث تداخل بين المراحل فقد يعود الأخصائي الاجتماعي مثلاً أثناء مرحلة التقدير إلى استكمال جمع المعلومات التي بدأها في مرحلة الارتباط أو أثناء مرحلة التنفيذ وقد يعد الخطة مره ثانية وهكذا إلى أن يصل إلى مرحلة إنهاء التدخل المهني أو إعادة التقدير مره أخرى.

(أحمد محمد السنهوري، ٢٠٠٨، ٦٥)

المرحلة السادسة: مرحلة المتابعة:

ويقصد بالمتابعة بأنها تلك المرحلة التي تعقب الانتهاء من عملية التدخل المهني وتشير إلى الإجراءات المهنية المستخدمة للحصول على المعلومات الضرورية عن مستوى الأداء الوظيفي للعملاء، ومدى استمرارية العمل، ومتابعته في تحقيق الأهداف التي تم التعامل معها أثناء عملية المساعدة. (هشام سيد عبد المجيد، ٢٠٠٨، ٢٩٨)

(٦): استراتيجيات وأساليب التدخل المهني باستخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة:

يتضمن نموذج الوقاية من الانتكاسة العديد من الاستراتيجيات العلاجية والمستمدة من خلال نماذج العلاج المختلفة كالعلاج المعرفي والعلاج السلوكي وكذلك العلاج النفسي، واستخدمت هذه الاستراتيجيات بنجاح كبديل عن العلاج التقليدي وكعامل مساعد للبرامج القائمة على العلاج الطبي فقط، فمهما كانت طبيعة ومسببات السلوك الإدماني فإن نموذج الوقاية من الانتكاسة يوفر للمعالج والعميل الأدوات العملية للحفاظ على التغيير الذي تم إحداثه من قبل. (G. Alan Marlatt et al., 2002, 23)

والهدف من التدخل باستخدام هذه الاستراتيجيات تحديد مواقف المخاطرة والتعامل معها وإدارة الرغبات التي تدعو إلى العودة إلى تناول العقار مرة أخرى وذلك بتعزيز الكفاءة الذاتية، والقضاء على الخرافات والآثار الوهمية المتعلقة بفوائد العودة للإدمان، وإدارة الهفوات وإعادة الهيكلة المعرفية وتعليم العملاء توقع حدوث الانتكاسة والاعتراف بها، والتعامل مع مواقف المخاطرة، وكل هذه الاستراتيجيات تستهدف تنمية وعي العميل وتنمية ردود أفعاله المعرفية والعاطفية والسلوكية وذلك للوقاية من حدوث عملية الانتكاسة. (Daley & Marlatt, 2006, 68)

ويعتمد نموذج الوقاية من الانتكاسة على مجموعة متنوعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي صممت من أجل الوقاية من الوقوع في كل حلقة من حلقات عملية الانتكاس السابق الإشارة إليها بالإضافة إلى استهداف كل خطوة في عملية الانتكاسة، وتتضمن هذه المجموعة من الأساليب نوعية تركز على المحددات المباشرة للانتكاس وأساليب أخرى أكثر عمومية تركز على المحددات البعيدة أو المقنعة للانتكاس، وكافة هذه الاستراتيجيات صممت من أجل التركيز على التعامل مع المحددات الفورية للانتكاس كاستراتيجيات الإدارة الذاتية والتي تركز على (التعامل مع التوقعات المأمولة من العودة للعقار) وتقع في ثلاث فئات رئيسية (التدريب على مهارات المواجهة، إعادة البناء المعرفي، تحقيق التوازن بين نمط الحياة). (Peter J. Bleling et al., 2006, 288)

وأشار Alan Marlatt أن الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة بنموذج الوقاية من الانتكاسة تنقسم إلى خمس فئات.

- ❖ (١): إجراءات التقدير المستخدمة في تقدير العوامل والمواقف المؤدية لحدوث الانتكاسة.
- ❖ (٢): استراتيجيات زيادة الوعي بمخاطر مشكلة الانتكاسة وكيفية حدوثها.
- ❖ (٣): الاستراتيجيات المستخدمة في التدريب على مهارات مواجهة مواقف المخاطرة المؤدية للانتكاسة.
- ❖ (٤): الاستراتيجيات المعرفية وذلك لإعادة تشكيل أفكار العملاء تجاه العودة للسلوكيات الإدمانية.
- ❖ (٥): استراتيجيات تعديل نمط الحياة وكيفية التعامل مع مختلف الضغوط الحياتية.

(G. Alan Marlatt et al., 2002, 22)

المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية - كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة أسوان - المجلد (٤) العدد (٣) أكتوبر ٢٠٢٣

ثامناً: أمثلة لبعض الدراسات التي تم بواسطتها اعتماد نموذج الوقاية من الانتكاسة كنموذج ثبت بالأدلة فاعليته في التقليل من العود للاعتماد العقاقيري

جدول رقم (١) يوضح أمثلة لبعض الدراسات التي تم بواسطتها اعتماد نموذج الوقاية من الانتكاسة كنموذج مبني على الأدلة

م	اسم المؤلف	عنوان الدراسة	سنة النشر	العينة	نوع المخدر	مكان النشر	المخرجات
١	Zhao Min et al	تقييم فعالية نموذج منع الانتكاسة في علاج السلوكيات الإدمانية للهيروين في المجتمع الصيني	٢٠١١	١٠٠	الهيروين	The American Journal of Drug and Alcohol Abuse	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في علاج الهيروين
٢	Gerald A. Bennett et al	فاعلية نموذج الوقاية من الانتكاسة في التعامل مع الإشارات التحذيرية للانتكاسة لمعتدي الكحول	٢٠٠٥	٦٢	الكحوليات	Journal of Addictive Behaviors	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في التعامل مع إشارات التحذير للانتكاسة معتمدي الكحوليات
٣	Joy M. Schmitz et al	نموذج الوقاية من الانتكاسة والتعامل مع معتمدي الكوكايين	٢٠٠١	١٤١	الكوكايين	Journal of Addictive Behaviors	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في علاج إدمان الكوكايين
٤	Carroll, K. M.	فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في علاج إدمان الكوكايين	١٩٩٨	٩٧	الكوكايين	National Institute on Drug Abuse	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في علاج إدمان الكوكايين
٥	Stevens, V. J., & Hollis, J. F.	استخدام نموذج الوقاية من الانتكاسة في الوقاية من العود للتدخين	١٩٩٦	٧٤٤	التدخين	Journal of Consulting and Clinical Psychology	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في علاج التدخين .
٦	Helen M. & John E	استخدام نموذج منع الانتكاسة في علاج الاعتماد على الكحوليات	١٩٩٢	٤٣	الكحوليات	British Journal of Addiction	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في علاج إدمان الكحوليات
٧	William E. McAuliffe and James M.N	نموذج الوقاية من الانتكاسة والعمل مع معتمدي الأفيون	١٩٨٩	٢٦	الأفيون	Journal of Substance Abuse Treatment	أثبتت الدراسة فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في التعامل مع الأفيون

تاسعاً: دعوة ومبادرة:

هناك العديد من التوصيات التي تساعد الاكاديميين وكذلك الممارسين العاملين بمؤسسات الخدمة الاجتماعية في ادماج نموذج الوقاية من الانتكاسة في تدريس وممارسة الخدمة الاجتماعية من خلال آليات واستراتيجيات ومقترحات يمكن ذكرها في النقاط الأتية:

١. ينبغي على الاكاديميين والممارسين في الخدمة الاجتماعية أن يستمروا في التعلم والتدريب على أحدث الأبحاث والتطورات فيما يتعلق بالممارسة المستنيرة بالأدلة، من الممكن تقديم ورش عمل ودورات تدريبية تعرض أسس ادماج الممارسة المستنيرة بالأدلة في شتي مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.
٢. من المهم دعوة المتخصصين في الخدمة الاجتماعية إلى دمج نموذج الوقاية من الانتكاسة في المساقات العلمية والمقررات الدراسية. يمكنهم تطبيق النموذج على حالات واقعية ومحاكاة تدخلاته في العمل الميداني اثناء شرح تلك المقررات الدراسية.
٣. ادماج تطبيقات النموذج في التدريب العملي للطلاب: حيث يمكن للممارسين الخبراء أن يوجهوا الطلاب في تنفيذ التدخلات بناءً على نموذج الوقاية من الانتكاسة ومراقبة تقدمهم.
٤. الاهتمام بإجراء وتشجيع نشر الكثير من الأبحاث المعنية باختبار فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة في التدخلات العلاجية مع أنماط مختلفة من مدمني المخدرات في البيئة العربية، والحرص على نشر نتائج هذه البحوث في مجالات علمية محكمة.
٥. التعاون والتشبيك مع المؤسسات المهنية في المجتمعات المحلية والوطنية والدولية، يمكن تبادل المعرفة والخبرات والعمل معاً لتطوير استراتيجيات فعالة لتنفيذ نموذج الوقاية من الانتكاسة.
٦. الحرص على تصميم و تطوير أدوات تقييم وقياسية موحدة لقياس فعالية تطبيق نموذج الوقاية من الانتكاسة. يمكن أن تكون هذه الأدوات مفيدة في تقييم النتائج وتحسين الأداء على المدى البعيد.
٧. تقديم العديد من ورش العمل المتخصصة والتي تستهدف مجالات معينة داخل الخدمة الاجتماعية، مثل الإدمان أو المجال الأسري، مجال الصحة العقلية. يمكن لهذه الورش توضيح كيفية تطبيق نموذج الوقاية من الانتكاسة في تحديد المشكلات وتقديم الحلول.

٨. إنشاء مجموعات دراسية وبحثية: تشجيع الاكاديميين والممارسين على تبادل الأفكار والتجارب حول تنفيذ نموذج الوقاية من الانتكاسة. يمكن تنظيم جلسات مناقشة دورية لمراجعة تطبيقاتهم ومشاركة التحديات والحلول.

قائمة المراجع

- إبراهيم، أحمد ثابت . (٢٠١٤). العلاقة بين الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية والتقليل من العودة للاعتماد على العقاقير المخدرة [رسالة دكتوراه]. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (٢٠١١). الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان، بحوث في الشخصية الإدمانية، الجزء الأول، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (٢٠١١). الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان، بحوث في الشخصية الإدمانية لهفة الإدمان تشخيصها وعلاجها : دراسات تدخلية، الجزء الثاني، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (٢٠١١). الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان، بحوث في الشخصية الإدمانية انتكاسة المدمن، الجزء الثالث، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (٢٠٠٦). الارتكاس العقاقيري (قلقه مثيراته ومواقفه وعوامله والاتجاه نحو العقار البديل في ضوء حجر الارتكاسات السابقة لدي عينة من مدمني الهيروين دراسة علمية مقارنة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- رستم، رسمي عبد الملك. (٢٠١٢). مداخل تربوية لوقاية الطلاب من خطر الإدمان، سلسلة الدراسات والمشكلات السلوكية في المؤسسات التربوية، الجزء الرابع، الإسكندرية المكتب الجامعي الحديث.
- السنهوري، أحمد محمد. (٢٠٠٨). تطبيق نموذج للممارسة العامة المتقدمة في الخدمة الاجتماعية لضمان حقوق المرأة، ورقة عمل مقدمة بالمؤتمر العلمي السنوي التاسع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
- عبد العال، حسن. مصطفى. (٢٠٠٦). السيكيوباتولوجيا الاجتماعية والمشكلات المعاصرة، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد المجيد ، هشام سيد واخرون (٢٠٠٨). المدخل إلى الممارسة العامة في خدمة الفرد، القاهرة، دار المهندس للطباعة.
- عسكر، عبدالله. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- عسكر، عبدالله. (٢٠٠٥). الإدمان بين التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية
- عوض، عبد الناصر (٢٠١٣). نظريات مختارة في خدمة الفرد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.

منصور، حمد محمد. (٢٠٠٤). الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية (نظريات- تمارين- تكنيكات- مقاييس)، الرياض: مكتبة الراشد ناشرون.

الناجم، مجيدة محمد (٢٠٠٧). الممارسة المبنية على البراهين في الخدمة الاجتماعية، متاح على شبكة الانترنت.

يعقوب، أيمن. إسماعيل. (٢٠١٢). برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين في مواجهة الانتكاسة. في أعمال الندوة العلمية "مواجهة الانتكاسة لدى مدمني المخدرات"، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

Aaron Rosen. (2000). Developing Practice Guidelines for Social work Intervention, New York, NY: Columbia University Press.

Anna Nelson. (2012). Social Work with Substance Users. London, SAGE Publications Ltd.

Barbara W.White et all., (2008). Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare Vol 1, New York, NY: John Wiley& Sons. Inc.

Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-step aftercare programs for substance abusers. Journal of addiction, 97, 22-30.

Carroll, K., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P., & Gawin, F. (1998). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. Journal of General Psychiatry. 51, 12, 989- 997.

Daley DC, Marlatt GA. (2006). Overcoming your alcohol and drug problem: Effective recovery strategies. Therapist Guide, 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press.

Dobkin PL, Civita MD, Paraherakis A, Gill K.(2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. Addiction.97, 347-356.

Drake RE, Wallach MA, McGovern MP. (2005). Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses. Journal of Psychiatry Serv. 56.10, 1297-302.

Francesco Chappell. (2010). Evidence-Based Practice: Toward Optimizing Clinical Outcomes, New York: NY. John Wiley Sons. Inc.

Geffrey M. Jenson. and Matthew. O. Howard. (2008). Evidence- Based Practice in Encyclopedia of social work. 20 ed. Oxford N.A.S.W Press.

George A. Parks and G. Alan Marlatt. (2002). Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project. The University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.

- George A. Parks and G. Alan Marlatt. (2002). Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project. The University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Gerald A. Bennett, , Jacqueline Withers, Peter W. Thomas, David S. Higgins, James Bailey, Lorraine Parry, Eleanor Davies. (2005). A randomized trial of early warning signs relapse prevention training in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Addictive Behaviors* 30, 1111–1124.
- Gibbs, L. (2003). Evidence-based practice for the helping profession: A practical guide with integrated multimedia. Pacific Grove. CA: Brooks/Cole-Thompson Learning.
- Hall. J. C. (2008). A practitioner's application and deconstruction of Evidence-based practice. *Journal of Families in Society*. 89, 3. 385-393.
- Helen M. Annis & John E. Peachley. (1992): The use of calcium carbimide in relapse Prevention counseling: results of a randomized controlled trial, *British Journal of Addiction* (1992) 87, 63-72.
- Joy M. Schmitz, Angela L. Stotts, Howard M. Rhoades, John Grabowski. (2001). Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Journal of Addictive Behaviors* 26, 167-180.
- Kadden, R.M., Litt, Cooney, N.L., Kabela, E. (2001). Prospective matching of alcoholic clients to cognitive- behavioral or international group therapy. *Journal of studies to on Alcohol*, 62,359-69.
- Karen K. Kirst-Ashman, Grafton H. Hull, Jr., Jr. Hull, Grafton H. (2010). *Generalist practice with organizations and communities*. New York: NY. Brooks/Cole.
- Karen K. Kirst-Ashman, Grafton H. Hull, Jr., Jr. Hull, Grafton H. (2010). *Generalist practice with organizations and communities*. New York: NY. Brooks/Cole.
- Kathryn Kidd. (2009): *Using Evidence based Literature to Inform and Improve Social Work Practice*, (Doctoral dissertation). Folorado State University, USA.
- Marlatt GA Parks GA, , Bowen SW, Dillworth TM, Witkiewitz KA, Larimer ME, Blume A, Simpson TL, Lonczak HS, MacPherson LM, Murphy D, Meijer L.(2003). The University of Washington Vipassana meditation research project at the North Rehabilitation Facility. *American Jails* 17(3):13-17.
- National Association of Social Workers. (2005). *NASW standards for social work practice in health care settings*. National Association of Social Workers, Washington, DC.

- Nilsen, Per, Nordstrom, Gunilla Ellstrom, Per-Erik. (2012): Integrating research-based and practice-Based knowledge through workplace reflection. *Journal of Workplace Learning*. 24, 6 403-415.
- Parks, G. A., Marlatt, G. A., Anderson, B.K. (2001). Cognitive-Behavioral Alcohol Treatment in the Handbook of Alcohol Dependence and Problems edited by N. Heather, T. Peter, & T. Stockwell, Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Parrish, Danielle E. and Rubin, Allen (2012): Social Workers' Orientations toward the Evidence-Based Practice Process: A Comparison with Psychologists and Licensed Marriage and Family Therapists. *Journal of Social Work*. 57, 3 201-210.
- Peter Prigrove I. (2000). A relapse prevention approach to reducing aggressive behavior, Western Australian Department of Corrective Prevention London: Academic Press.
- Peterson, Susan M.; Phillips, Amy (2011). Teaching Evidence-Based Practice at the BSW Level: An Effective Capstone Project, *Journal of Social Work Education*. 47, 3. 509-524.
- Sackett 'D.L.Straus. (2000). Richardson, W.S, and Rosenberg, W & 'Haynes, R.B Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Shera, Wes, Dill, Katharine. (2012): Promoting Evidence-Informed Practice in Child Welfare in Ontario: Progress, Challenges and Future Directions. *Journal of Research on Social Work Practice*. 22, 2. 204-213.
- Soydan, Haluk. and Mullen, Edward (2010). Evidence-Based Clearinghouses in Social Work. *Journal of Research on Social Work Practice*. 20, 6. 690-700.
- Steven Sussman and Susan L. Ames. (2008). Drug Abuse Concepts, Prevention, and Cessation, New York, NY: Cambridge University Press.
- Stevens, V. J., & Hollis, J. F. (1996). Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57.3, 420-424.
- Stevens, V. J., & Hollis, J. F. (1996). Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57.3, 420-424.
- Tammie Ronen and Arthur Freeman. (2007). Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice, New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

- William E. McAuliffe and James M.N. (1989). Recovery training and self help: A relapse-prevention program for treated opiate addicts, Journal of Substance Abuse Treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 3, 1, 9-20.
- Witkiewitz K, Marlatt GA.(2011). Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse, New York, John Wiley Sons, Inc.
- Zhao Min et al., (2011). A pilot assessment of relapse prevention for heroin addicts in a Chinese rehabilitation center, The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37,141-147.