

نهج التقييم الإكلينيكي

لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة

الدكتور رياض العاسمي

أستاذ العلاج النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق

الملخص

يخضع مجال التقييم النفسي لتغيير جذري، وربما نقلة نوعية متميزة في الأدب النفسي. فتقليدياً، ركّز التقييم على جمع بيانات دقيقة لاستخدامها في توضيح التشخيصات، ووضع خطط العلاج. مع الإبقاء على هذه الأهداف إلى حد كبير، إلا أن الأساليب الجديدة تركز على التأثير العلاجي الذي يمكن أن يحدثه تقييم التأثير في العملاء وغيرهم من الأشخاص المهمين في حياتهم. وتشير الأدلة المتراكمة على مدار العشرين عاماً الماضية إلى أن هذا التأثير يمكن أن يكون كبيراً؛ على أساس التحليل التلوي Meta Analysis أو التحليل ما وراء التحليل لدراسة النتائج التي تبحث في التأثير العلاجي الذي يمكن أن يحدثه التقييم. وعلم النفس يحتاج إلى إعادة النظر في التدريب والتقييم لدمج الأساليب التي تؤكد قيمتها العلاجية. إن مؤسسات الرعاية النفسية والتربوية بحاجة إلى إعادة التقييم لتقديم الخدمات في ضوء فعالية الأساليب الجديدة؛ إذ يقوم المرشدون أو المعالجون بإجراء التقييم السريري لإجراءاتهم العملية في تدخلاتهم العلاجية أو الإرشادية ضمن تلك البرامج المتنوعة، وذلك للحصول على معلومات سريرية عن العملاء، وتنفيذ الأحكام السريرية في برامجهم لتعزيز إجراء التدخل، والتقييم العلاجي أسلوب تقييم تعاوني يختلف عن النموذج الطبي. إنه "شكل شبه منظم للتقييم العلاجي". بمعنى آخر، تعتمد عملية التقييم على علاقة المقيم والعمليل للإجابة منهجياً عن أسئلة الإحالة التي يتم تطويرها أيضاً على نحو تعاوني. وتتميز طريقة التقييم هذه بأن العملاء لديهم على ما يبدو خبرات غيرت حياتهم بوصفها نتيجة للتقييم النفسي. والعملاء الذين يشكلون جزءاً لا يتجزأ من التقييم النفسي، لديهم خبرات أكثر عمقاً من أولئك الذين ليسوا كذلك، و يسלט هذا البحث الضوء على تطور نهج تقييم التدخلات العلاجية في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة، ويفحص دعمه التجريبي، ويناقش كيف يمكن أن ينتج التقييم تغييراً علاجياً، كما يلخص نهج التقييم العلاجي وأشكاله، وإستراتيجياته، ومزاياه، وعيوبه والأدلة القائمة على فاعليته، ويقدم رؤية موضوعية لتقويم برامج الإرشاد النفسي المدرسي وتقييمها، مع عرض بعض المقترحات لتحسين جودة تقييم التدخلات الإرشادية والعلاجية في مؤسساتنا التربوية

Abstract

The field of psychological assessment is undergoing radical change, perhaps even a distinct paradigm shift in the psychological literature. Traditionally, evaluation has focused on collecting accurate data for use in clarifying diagnoses and developing treatment plans. While these goals are largely retained, the new approaches also emphasize the therapeutic impact that affects assessment can have on clients and other important people in their lives. Accumulated Evidence over the past 20 years suggests that this effect could be significant based on a meta-analysis or meta-analysis study of outcomes that investigates the therapeutic effect that evaluation can have. Psychology also needs to reconsider training and evaluation to incorporate methods that emphasize their therapeutic value. Even psychological and educational care institutions need to re-evaluate service delivery in light of the effectiveness of new methods; Counselors or therapists conduct clinical evaluation of their practical procedures in their therapeutic or counseling interventions within these various programs, in order to obtain clinical information about clients, and implement clinical judgments in their programs to enhance the intervention procedure. Therapeutic assessment is a collaborative assessment method that differs from the medical model. It is a "semi-structured form of therapeutic assessment. In other words, the assessment process relies on the evaluator-client relationship to systematically answer referral questions, which are also developed collaboratively. The advantage of this assessment method is that clients appear to have life-changing experiences as a result of the psychological assessment. Clients who are an integral part of the psychological evaluation have more profound experiences than those who are not. This research highlights the development of the approach to evaluating therapeutic interventions in light of evidence-based practice, examines its empirical support, discusses how evaluation can produce therapeutic change, summarizes the therapeutic evaluation approach and its forms, strategies, advantages, disadvantages and evidence based on its effectiveness, and finally presents the research An objective vision for evaluating and evaluating school psychological counseling programs, with a presentation of some proposals to improve the quality of evaluation of counseling and therapeutic interventions in our educational institutions. This research highlights the development of the approach to evaluating therapeutic interventions in light of evidence-based practice, examines its empirical support, discusses how evaluation can produce therapeutic change, summarizes the therapeutic evaluation approach and its forms, strategies, advantages, disadvantages and evidence based on its effectiveness, and finally the research presents an objective vision for evaluating and assessing school psychological counseling programs, with a presentation of some proposals to improve the quality of evaluation of counseling and therapeutic interventions in our educational institutions.

مقدمة

أصبح مصطلح "البرامج القائمة على الأدلة" Evidence-based programs شائعاً جداً في الخدمات الإنسانية الوقائية والعلاجية. ومع ذلك، لا يزال هناك الكثير من الاهتمام من أجل التعرف إلى أهمية البرامج المستندة على البيانات لفهم ما يوصف بأنها "المسندة إلى البيانات". وقد تبدو اللغة المستخدمة في ذلك غير واضحة لهذه المسألة. فشرط البرامج القائمة على الأدلة تستند إلى البحوث التي هي برامج واعدة لخطة البرامج أو الممارسة المستندة إلى العلم. وكثيراً تستخدم الفاعلية، والفعالية في هذه البرامج بالتبادل. وقد اعتمدت المؤسسات العلمية المختلفة معايير متباينة لتحديد ما إذا كان أو لم يكن البرنامج قائماً على الأدلة. ويقول ديمينغ Deming "إنه لا يكفي أن تفعل أفضل ما لديك، فعليك أولاً أن تعرف ما يجب القيام به، ومن ثم القيام بأفضل ما عندك".

أصبحت حركة الممارسة القائمة على الأدلة سمة من نظم الرعاية النفسية والصحية وسياساتها. وفي هذا السياق، فقوة العمل الرئيسة للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA,2005)، بشأن تعريف الممارسة القائمة على الأدلة ومناقشتها في علم النفس (EBPP) Evidence-based practice in psychology أصبحت المحك والمقيّم الأساسي للنظر في تلك البحوث والبرامج القائمة على الأدلة. ويصف تقرير فرقة العمل تكامل العلم والممارسة والالتزام الأساسي في علم النفس بتطوير الممارسة القائمة على الأدلة التي أخذت في الحسبان مجموعة كاملة من علماء النفس وصناع القرار الذين يبحثون في الأدلة العلمية التي يجب اتباعها منهجاً أو أسلوباً علاجياً. ويتم دعم البحوث والخبرات السريرية وخصائص المرض، والنتائج الجيدة عند الاقتضاء. وتعزز الأدلة في علم النفس ذات الفاعلية لتحسين الصحة النفسية بتطبيق مبادئ إرشادية مدعمة تجريبياً للتقييم النفسي، وتشكيل الحالة، والعلاقة العلاجية، والتدخل... الخ. ويقدم التقرير مسوغات النقاش الموسع لفائدة الممارسة العلاجية والإرشادية بتدخلات البرامج الإرشادية لمعالجة مجموعة من الأمراض النفسية التي أثبتت الخبرات السريرية فاعليتها في الحد من أعراضها. وهذه الأدلة تم تبنيها من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس في شهر آب عام ٢٠٠٥.

والممارسة القائمة على الأدلة (EBP) هي نهج متعدد التخصصات في الممارسة السريرية تم اعتمادها رسمياً على أرض الواقع العلمي في عام (١٩٩٢)، إذ بدأت هذه الممارسة القائمة على الأدلة في الطب (EBM) وامتدت إلى مجالات أخرى مثل: السمع، النطق واللغة علم الأمراض، وطب الأسنان، والتمريض، وعلم النفس والعلاج النفسي، والعمل الاجتماعي، والتعليم، وعلوم المكتبات والمعلومات. وتتطلب هذه الممارسة اتخاذ قرارات جزئية حول الرعاية الصحية المبنية على أفضل ما هو متاح، وتكون صادقة في أدلتها، وينبغي اتخاذ مثل هذه القرارات من قبل الذين يستقبلون هذه الرعاية، وهي أبلغ من المعرفة الضمنية والصريحة من تلك الرعاية التي تقدم في سياق المصادر المتاحة. وقد أثبتت مجموعة متزايدة من البحوث في مجال العلوم السلوكية وبعض المناهج والاستراتيجيات قدرتها للعمل مع الشباب وأسره، ويمكن أن تؤثر إيجابياً في مشكلات اجتماعية مهمة، مثل: الجنوح، وتعاطي المخدرات والعنف الأسري، إذ تم استعمال عدد من هذه الأساليب والاستراتيجيات الفعالة في البرامج الإرشادية والعلاجية التي تستهدف تحقيق نتائج محددة للأفراد والمدارس والأسر والمجتمعات. وغالباً

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

تكون هذه البرامج الإرشادية أو العلاجية القائمة على الأدلة فاعلة على أساس نتائج التقييمات "القائمة على الأدلة" (Cooney et al,2007).

مفهوم البرامج العلاجية القائمة على الأدلة وتعريفها

في الواقع، لا يوجد تعريف شامل لمصطلح البرامج القائمة على الأدلة؛ فعادة يستخدم هذا المفهوم على نحو مترادف مع البحوث القائمة على الأدلة، والبرامج القائمة على العلم. تعابير شائعة أخرى لاستعمالها مثل: البرامج الواعدة، البرامج النموذجية، والبرامج الفعالة، والبرامج المثالية. وكل هذه المصطلحات لها معاني مختلفة، وتكون مُعرّفة على من قبل منظمات ومؤسسات علمية عديدة. فهناك على الأقل (٢٣) منظمة ومؤسسة علمية وضعت معايير لتقييم البرامج الإرشادية والعلاجية الفعالة، على سبيل المثال، إساءة استعمال العقاقير، وإدارة خدمات الصحة النفسية التي تستخدم مصطلح البرامج القائمة على أساس علمي، وتُعرّف بأنها البرامج الذي تم مراجعتها من قبل الخبراء في هذا المجال وفقاً لمعايير مقبولة من البحوث التجريبية. وتعتمد هذا البرامج على "العلم المنهجي" من الناحية المفاهيمية والمتسقة داخلياً، وتملك بحوث عديدة مترابطة منهجياً أثراً واضحة للأحداث أو المتغيرات غير الدخيلة على البرنامج نفسه (Kyler, Bumbarger & Greenberg, 2005, 2).

ويستخدم مصطلح برنامج بحثي قائم على أسس علمية كنموذج لوجود أدلة موثوقة تمارس عملها بفاعلية". فقد يكون لكل مؤسسة معايير مختلفة لتحديد ما إذا كان برنامج ما قائم على أساس من البيانات الدقيقة، والممارسات استعماله لمعايير قياس جودة البحوث والاستعداد لنشرها. وينظر عدد من الباحثين إلى جودة معايير البحث في الآتي: "الصدق، والثبات، والإخلاص، واستنزاف البيانات المفقودة، والمتغيرات التي تثير اللبس، ومناسبتها للتحليل، والاستعداد لنشر المعايير الآتية:

١- توفر مواد لتنفيذ البرنامج.

٢- موارد التدريب والدعم.

٣- إجراءات ضمان الجودة.

وقد تم استعراض مداورات فرقة العمل التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس، إذ عرّفت البرامج القائمة على الأدلة في علم النفس (Evidence-based practice in psychology (EBPP) بأنها التكامل لأفضل الأبحاث العلمية ذات الخبرة السريرية في سياق خصائص المريض وثقافته، وأفضليته (APA, 2005).

هذا التعريف للـ EBPP يوازي على نحو وثيق تعريف الممارسة المبنية على الأدلة من قبل معهد الطب (Institute of Medicine, 2001) المعتمد كما تم اقتباسه من ساكت، شتراوس، ريتشاردسون، روزنبرغ، وهابنيز، (Sackett, Straus, Richardson Rosenberg, & Haynes, 2000, 147) "بأنها تكامل أفضل الأدلة البحثية لذوي الخبرة السريرية وقيم المريض. ويتبنى علم النفس تعريف معهد الطب بتعميق دراسة الخبرة السريرية وتوسيع وجهة النظر في خصائص المريض" (Levant, 2005, 5). والغرض من الممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس (Evidence-based practice in psychology (EBPP) هو تعزيز الممارسة

النفسية الفعّالة وتعزيز الصحة النفسية العامة بتطبيق مبادئ دعمت تجريبياً عن طريق التقييم النفسي، وصياغة الحالة، والعلاقة العلاجية، والتدخل.

وتُعرّف الممارسة القائمة على الأدلة (EBP) تقليدياً، بأنها عبارة عن دمج ثلاثة مبادئ أساسية هي: (١) خير دليل للبحوث المتاحة التي ينظر إليها فيما إذا كانت ذات فائدة في العلاج، (٢) والخبرة السريرية (الحكم والخبرة السريرية) لتحديد حالة المريض الصحية الفريدة، والتشخيص والمخاطر والفوائد المحتملة للتدخلات الفردية، (٣) وتفضيلات قيم العميل وأدائه (Oxman, 1993).

الممارسات القائمة على الأدلة مقابل البرامج القائمة على الأدلة

يستخدم عدد من الباحثين مصطلحي: "البرامج" و"الممارسات" بالتبادل، ويميز عدد من الباحثين والممارسين بين هذه الشروط ويتم تعريف الممارسة القائمة على الأدلة، بأنها أداء أو عملية قوة تقليدية أو اعتيادية أو شيء مهني لأجل تحقيق نتيجة إيجابية. وعلى نحو أكثر تحديداً، وفقاً لـ فيكسن وآخرين (Fixsen et al., 2005, 26)، فإن الممارسة القائمة على الأدلة هي المهارات والتقنيات والاستراتيجيات التي يمكن استعمالها لدى معالج أو مرشد يتفاعل مباشرة والعميل. وتسمى أحياناً مكونات التدخل الأساسية عند استعمالها في سياق برنامج أوسع، أو برامج دمج الممارسات المختلفة في مواقف محددة للعملاء المستهدفين.

وينظر إلى تعريف البرامج المستندة إلى الأدلة في ضوء الآتي:

"تدخلات منظمة متعددة الأوجه، مصممة لخدمة الأفراد المحتاجين إليها الذين يعانون من مشكلات معقدة. مثل هذه البرامج. على سبيل المثال، قد تسعى لدمج تدريب المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسري والمساعدة التعليمية بطريقة شاملة أو فردية إنما يتطلب ذلك، وتقوم على نظرية محددة بوضوح من أجل التغيير، وتحديد العناصر الفاعلة في التغيير والمثبتة بالتأييد المنظم اللازم" (Fixsen et al., 2005, 82).

لذلك، ينبغي لنا التفرقة بين هذين المصطلحين بصورة أوضح، وذلك في ضوء الآتي:

أ- البرنامج المبني على الأدلة (EBP):

تتألف البرامج من مجموعة منسقة من الخدمات/ الأنشطة التي تثبت فعاليتها على أساس البحث. وتعتمد معايير التصنيف على هذا النحو لتفعيل التصنيف الشامل وتنشيطه. وقد تتضمن البرامج القائمة على الأدلة عدداً من الممارسات في تقديم الخدمات في نهج وإطار تنظيمي ممنهج، ومجموعة من الأفكار أو المفاهيم والمبادئ والاستراتيجيات المعتمدة التي تدعمها البحوث.

عموماً، فكرة البرامج القائمة على الأدلة هي جديدة تماماً، بل لعلها أكثر حداثة في ساحة العلوم النفسية والاجتماعية. لكنها نشأت في المجال الطبي. وكان معلماً واحداً في التحرك نحو إنشاء البرامج القائمة على الأدلة هو إدارة الغذاء والدواء، وهي المسؤولة عن اختبار سلامة العلاجات الطبية (Leff, 2002). وكان معلماً آخر في استعمال دراسات الضبط العشوائية. إلا أنه في عام (١٩٤٨) جرت أول دراسة من هذا القبيل حول فاعلية الستربتومايسين في علاج السل. ومنذ عام (١٩٦٠) بلغ عدد الدراسات العشوائية مضبوطة المئات، واليوم هناك عشرات الآلاف التي تحدث كل يوم (Dodge, 2006).

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

وتشير هذه البرامج إلى تدخلات منظمة ومتعددة المكونات وروابط محددة بوضوح بين المكونات الأساسية والنتائج المتوقعة لفئة مستهدفة من السكان المحتاجين إلى هذه الخدمات بناء على الدعم التنظيمي اللازم لتنفيذ البرنامج. فبرامج الإرشاد أو العلاج بعد أوقات الدوام المدرسي القائمة على الأدلة تشير إلى مجموعة من التدخلات متعددة العناصر التي تسعى للتأثير على النتائج المختلفة التي تم تقييمها تجريبياً. وبناء على ذلك، تعد فاعلة في تحقيق أهدافها التي وضعت من أجلها. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تكون الغاية من البرنامج القائم على الأدلة في الحد من السلوكيات العدوانية في المدرسة، إذ يشمل البرنامج: بناء المهارات، والإثراء التعليمي، ومكونات تنمية الشباب، وبعد الانتهاء من البرنامج وإجراء تقييم دقيق لكافة مكونات البرنامج المادية والفنية والبشرية يمكن التحقق من فاعليته في الوقاية من السلوكيات العدوانية؛ لأن بعض مكونات البرنامج مقيمة على نحو دقيق وشامل، مثل استراتيجيات بناء المهارات الاجتماعية وتنمية التسامح والعمو Forgiveness وغيرها من الممارسات القائمة على الأدلة. وعندما يبدأ الممارسون بتطبيق الممارسات القائمة على الأدلة في برامجهم، فقد يتبنى عدد منهم ممارسات منفصلة، وقد يختار غيرهم تعديل البرنامج القائم على أدلة لتلبية احتياجات مجتمعهم، وبعضهم الآخر يعتمدون برنامجاً جاهزاً دون أية تعديلات. ونظراً لهذا، يبدو أنه ليس هناك خط فاصل واضح بين البرامج والممارسات القائمة على الأدلة. كما أن هناك مزيداً من الارتباك بسبب استعمال الممارسة على الأدلة في بعض الأحيان على نحو مترادف مع مصطلحات، مثل الممارسة المبنية على البحوث، وأفضل الممارسات، رغم عدم وجود أي تعريفات رسمية، وأن أفضل الممارسات تشير إلى التدخلات الموصى بها لعدد من الأسباب، على سبيل المثال: الأخلاق، والخبرة الشخصية، رأي الخبراء، والبحاث، ورغم أن بعض أفضل الممارسات تم التحقق من صحتها تجريبياً، وعدد منها لم تصل لهذا المستوى من التحقق. في الواقع، وصفت بعض الأساليب بأنها "أفضل الممارسات"، إلا أنها في الواقع غير فعالة أو حتى ضارة. فالممارسة المبنية على الأبحاث تعني الممارسة المعتمدة من قبل البحوث، وهذا يبدو مهماً، لكنها قد لا تعني الكثير كما قد يتصوره المرء - أحياناً البحوث التي تدعم الممارسة يمكن أن تكون واهية وغير مقنعة، وكثيراً من الأحيان الأبحاث التي تدعم عناصر محددة فقط من الممارسة أو البرنامج بدلاً من أن تظهر تنفيذ البرنامج بأنه غير فعال. في حين لم يتم حتى الآن استعمال معايير منهجية لتحديد أفضل الممارسات القائمة على البحوث من قبل المنظمات والعلماء المهنيين بموضوعية دقيقة لتحديد الممارسة القائمة على الأدلة على سبيل المثال، Chambless et (1998)، مجلس الطفولة الاستثنائي، (2014) Council for Exceptional Children، Harris,et (2008)، وضعوا مجموعة من المعايير المختلفة تماماً، بغرض:

- ١- **تصميم البحوث:** عادة، تدرس فقط باستعمال تصاميم البحوث التجريبية التي تثبت العلاقة السببية فقط، لكنها في الواقع لا تقتصر على التجارب العشوائية المضبوطة أو بناء الصدق الداخلي.
- ٢- **جودة البحوث:** عادة، تعد فقط دراسات مصممة بأن تكون ذات منهجية كافية أو نوعية.
- ٣- **عدد من الدراسات:** عادة يتم اعتماد الدراسات المتعددة ذات الجودة العالية؛ فالدراسات التجريبية يجب أن تدعم ممارسة فعّالة، لأن بعض المعايير المحددة لا تملك جودة عالية، ويمكن أن تكون نتائجها سلبية، أو عدم وجود أي فاعلية تذكر، رغم أن أفضل الممارسة هي القائمة على البحوث، والممارسة القائمة على الأدلة

ليست مفاهيم مترادفة، وأغلب ما يتم استعمالها عشوائياً للإشارة إلى الممارسات التي يعتقد أن تكون فعالة. للأسف، إن شعبية الممارسة القائمة على الأدلة نمت، "أدلة على أساس" استعمالها على نحو متزايد كأداة للتسويق، وليس مؤشراً لدعم صلاحية البحوث.

٤- **الاعتماد من قبل هيئات البحوث:** تشير هذه النقطة إلى أنها ليست مدعومة على الصعيد العالمي، بل من قبل مؤسسات علمية، وهذا لا يعني أن بعض الممارسات هي فعالة أكثر من غيرها.

٥- **المعايير:** يختلف تحديد معايير الممارسة على الأدلة من مؤسسة علمية إلى أخرى، وهذا يعني أن الممارسة يمكن تحديدها بوصفها معايير قائمة على الأدلة قبل مؤسسة واحدة فقط من مؤسسات متعددة.

٦- **التحديد:** إن تحديد الممارسة القائمة على الأدلة هي مجرد بداية، والممارسين بحاجة إلى دعم كبير للتنفيذ والحفاظ على استعمالها.

لذلك، تحتاج الممارسة القائمة على الأدلة إلى عناصر حاسمة لتنفيذها مع بإخلاص لها، وكذلك تصميمها لتحقيق الآثار الإيجابية التي أعلنت عنها الدراسات البحثية، كذلك يحتاج الممارسون إلى التعامل مع العناصر غير المهمة للممارسات القائمة على الأدلة لتحسين خبراتهم المهنية وتنفيذها بفاعلية لإحداث التحسينات المطلوبة في نتائج التعلم. كما أن الأدوات التي يمكن أن تجعل الممارسين جيدين وأكثر فاعلية، ينبغي ألا تستخدم لضبط التعليمات أو المنهج. لذلك، تتطوي الأدلة القائمة على الممارسة السلوكية (EBBP) على سبيل المثال على اتخاذ القرارات حول كيفية تعزيز الصحة أو توفير الرعاية بدمج أفضل الأدلة المتاحة من ذوي الخبرة للممارسين وغيرهم من المصادر، ومع خصائص الحالة، والاحتياجات والقيم والتفضيلات لأولئك المتضررين. ويتم ذلك بالتوافق مع السياق البيئي والتنظيمي. والدليل هو نتائج البحوث المستمدة من جمع البيانات المنظمة بالملاحظة والتجربة وصياغة الأسئلة واختبار الفرضيات.

وفي مجال علم النفس، ليس لديه مظهر خاص لدراسة فاعلية العلاجات، فإن المسؤولية تقع على عاتق العاملين في الميدان البحثي على برامج فعالة. في الواقع، لم يكن حتى (١٩٩٠) أي فكرة قد بدأت في التوسع بمساعدة قانون إعادة تنظيم الصحة النفسية لسنة (١٩٩٢) لتعاطي الكحول والمخدرات وإساءة استعمال المخدرات وخدمات إدارة الصحة النفسية (SAMHSA)، التي ساعدت في نشر برامج / فاعلية خدمات الأبحاث بشأن السلوكيات التي تسبب مشكلات في الدور. وفي عام (١٩٩٩) أنشأت الجمعية الأمريكية لعلم النفس فرقة عمل لهذا الغرض الرئيسي للترويج للعلاجات العلمية، والعلاجات التي تم وصفها بأنها مدعمة تجريبياً (Dodge, 2006).

ب- الممارسة القائمة على الأدلة

تشير هذه الممارسة إلى المهارات والتقنيات والاستراتيجيات المستخدمة من قبل الممارسين عندما يتعاونون مع مشرفي البرنامج على نطاق واسع، ويمكن عدّها ممارسات قائمة على الأدلة؛ لأنها تتناول مكونات البرنامج واستراتيجياته الأساسية في التقييم. وتشير البرامج الإرشادية بعد أوقات الدوام المدرسي للأطفال إلى الاستراتيجيات أو الأنشطة المنفصلة التي تستخدمها البرامج جزءاً من تدخل أكبر. فعلى سبيل المثال، يسعى هذا البرنامج إلى التنمية الأكاديمية والوقاية من المشكلات السلوكية في سن المراهقة، وتتضمن ممارسات مماثلة

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

في أماكن مختلفة (أي استراتيجيات محددة أو مكونات رئيسية) لتوظيف البرنامج أسلوباً وقائياً استباقياً لمشكلات الشباب، إضافة إلى بناء مهاراتهم في مواقف الحياة المتباينة، أو اشراك الآباء في البرنامج، ومع هذا، فإن نتائج هذا البرنامج وأهدافه قد تكون متباينة حسب ظروف التطبيق وأمكنته والعينة المستهدفة.

وتعتمد الممارسة المبنية على الأدلة، أولاً وقبل كل شيء على نتائج البحوث التي نشرت في المؤلفات العلمية بما في ذلك، على الأقل، عملية العلاج ونتائج البحوث. وجميع منهجيات البحث لديها القدرة على تقديم الأدلة ذات الصلة، ولكن في دراسة تفضيل الأدب العلمي يجب أن تعطى دائماً إلى الدراسات التي تعتمد على منهجيات البحث قدر الإمكان، وتهديدات التحكم بصدق نتائج البحوث. وتمشياً والتدريب الأكاديمي يتوقع علماء النفس تقييم الأدبيات العلمية بعناية، والاعتراف بالقيمة التطبيقية ومحدودية المعرفة الحالية. ويتوفر عدد من السبل لعلماء النفس للحفاظ على معرفتهم بالمؤلفات العلمية ذات الصلة، بما في ذلك الاعتماد على الدراسات الأولية، والمراجعات المنهجية، والمبادئ التوجيهية للممارسة العلاجية.

هذا، ويجمع الممارس بين العناصر الآتية في ظروف الممارسة:

١- استعمال نتائج البحوث والتقييم إلى أقصى حد ممكن لتحديد تقنيات التدخل والإجراءات الأخرى التي تملك أدلة على فعاليتها.

٢- الرصد المنظم وتقييم الممارسة في كل حالة، ولا سيما باستعمال تصاميم منهج واحد، وهذا هو قلب الممارسة الذي يساعد على التقييم.

٣- وجود المهارات والمواقف والالتزام والحفاظ على التعلم والبحث عن طرائق جديدة أكثر فاعلية خدمة للمرضى.

٤- الحفاظ على الالتزام في الأقوال والأفعال إلى الأخلاق والقيم المساعدة المهنية أو الرغبة في الرعاية، والحرص على الرفاه والحقوق والكرامة للعملاء وغيرهم.

بعبارة أخرى، إن الممارس العلمي هو الشخص الذي يشعر بالاهتمام بقوة لمساعدة الآخرين من منطلق إنساني عن طريق تقنيات يتم توفيرها بطريقة أكثر فاعلية. وكل عنصر من تلك العناصر أعلاه، تعزز الممارسات وشحذ التفكير لدى الممارس، وتقديم الأفكار التي لا يمكن بسهولة أن تتحقق بطرائق أخرى. ومع ذلك؛ فالهدف الرئيس من التقييم هو تحسين الممارسة التي تساعد المعالج على التفكير بوضوح والعمل بفاعلية نيابة عن المريض أو المستهلك الذي يقدم له الخدمات النفسية.

أهمية الممارسة القائمة على الأدلة

رغم البداية الحديثة لنهج الممارسة القائمة على الأدلة في بداية الألفية الثالثة، ظهر اتجاهان متعارضان لأهمية هذه الممارسة في مختلف العلوم العلمية/ التطبيقية، وكل اتجاه يبرز أدلته على ذلك.

فالإتجاه المعارض لهذا النهج يرى أصحابه أن الباحثين في الخدمات الاجتماعية والنفسية نقلوا عن الطب كل ما اعتبروه مزايا لهذا النموذج الجديد، ولم يذكروا ما أشار إليه الأطباء من عيوب، وأهمها أنه يقتل الفطنة والخبرة والبديهة الخاصة بالممارس، ويهدد في صنع القرار بالضياع، وأنه يحول الممارسة إلى كتاب طبخ تافه،

ولا يكون أمام الممارس سوى اتباع الصفات المكتوبة والمقررة من قبل أشخاص آخرين، ويتساوى فيها حديث الخبرة بالتخصص بقديم الخبرة، ويستوي فيها الأستاذ والباحث حديث التخرج. كما يرى دعاة هذا النموذج من الأطباء: "إذا كانت الممارسة المستندة إلى الأدلة تهدف إلى إيجاد الممارس / الباحث القادر على تقديم المساعدة التي يحتاجها العميل، وأن توجه البحث للمعرفة لا يعتمد على ما يعود عليه، بل يسعى لتطوير أساليبه، ومهاراته ومعرفته متجنباً الأخطاء المهنية، فإن المهتمين باستراتيجية البراهين من الأطباء يرون أن تطبيقها سوف يسهم في تدني مستوى الممارسين الكلينيين نظراً لعدم وجود الحوافز للتجديد والابتكار والمنافسة في تطوير الخدمات الصحية". كما يضيف المتشككون في قدرة المؤسسات على تبني النظام الجديد ومن ثم الحاجة إلى المساعدة. ويحتاج تطبيق هذا النموذج الجديد من الممارسة إلى أنظمة معلومات شاملة ومتراصة وسريعة، كما يحتاج أيضاً إلى إلزام كل المؤسسات العاملة في ميدان الرعاية والخدمة الاجتماعية والنفسية بالاحتفاظ بسجلات موحدة لكل عميل يتم التعامل معه، ويشترط أن يكون التسجيل فيها قائماً على معايير أربعة موحدة: المصطلحات، والإجراءات، والتصاميم، والأداء". ويتساءل "النقاد": "كم يحتاج تطبيق هذا الأمر من السنوات في ميدان الرعاية النفسية عموماً؟" أضف إلى ذلك، عدم وجود مراجع بحثية دقيقة في المجالات العلمية حتى يستطيع الممارس القائم على الأدلة التعرف إلى فائدة هذا النهج أو ذلك، كما أن الكاتب أو المؤلف الذي يعد كتاباً في هذا المجال، فإنه يحتاج إلى وقت طويل لإخراجه ونشره واستفادة الآخرين منه، وبذلك يكون في هذا الوقت ظهور عدد من الأفكار الجديدة في الممارسة التي لا يمكن معها الاستفادة من معلومات قديمة. ويستشهد المعارضون "في تأييد وجهة نظرهم بتوصل بعض الأطباء إلى إدراك خطورة هذا المخطط، وتصريحاتهم بأن هناك أصابع خفية وراء المسعى لفرض نموذج " الطب المبني على البراهين" على مهنة الطب، فقالوا ما نصه: " هذا النموذج مجرد خدعة فرضت على مهنة الطب من قبل قوى خارجية مثل الإدارة، وشركات التأمين والحكومات وأصحاب المهن الأخرى ذات العلاقة بالرعاية الصحية للمريض". ومن هنا يظهر للمعارضين هنا أن وراء هذه المؤامرة كبار الرأسماليين من المصرفيين والصناعيين وأصحاب الثروات الذين يمسكون بالقرار الحقيقي ويتحكمون في كل مقدرات البلاد، وهم الذين يسيطرون على رؤوس الأموال والشركات، وهم الذين يحركون عجلة التصنيع، وهم الذين يوقفونها فيكون الركود الاقتصادي، وهم الذين يحركون الاقتصاد كما يشاؤون. ولهذا يرى المعارضون أن صاحب المصلحة الحقيقية وراء الترويج لهذا النموذج هم رجال الأعمال في ميدان تقنية نظم المعلومات الالكترونية الذين يسعون إلى التشكيك في جدوى الممارسات التقليدية للعلوم التي تعتمد على الكتب والمراجع والدوريات العلمية والتعليم المستمر ثم السعي إلى زيادة اعتمادها على تقنية المعلومات والنشر الإلكتروني لتحقيق مكاسب مادية. وفي النهاية يرى هؤلاء المعارضون إن الممارسة القائمة على الأدلة والبراهين ما هي إلا محاولة لتدمير خبرة الممارسين الطويلة، وليس إثراء هذا العلم وتقدمه (خضر، ٢٠١٢).

بينما يرى أصحاب الاتجاه المؤيد للممارسة العلاجية والإرشادية في الطب وعلم النفس القائمة على الأدلة والبراهين العلمية أن أهمية هذا النهج أو هذه الحركة العلمية في تقدم مضطرد واهتمام بالغ الأهمية بالنسبة لكثير من الممارسين في حقول المعرفة التطبيقية المختلفة، ويدللون على ذلك، أنه في عام (٢٠١٥) أجري مسح عبر المواقع الالكترونية، إذ وجد (Cook, 2015) أكثر من (١٣٩) زيارة لمواقع تشير إلى الممارسة القائمة على

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

الأدلة، إضافة إلى تضمين (٦٨) بحثاً في عدد من المؤتمرات العلمية في عام (٢٠١٥) حول الممارسة العلاجية القائمة على الأدلة ". ومع ذلك، هناك أسباب منطقية لهذه الأهمية وتتجلى في شعبيته الواسعة في هذه المدة القصيرة من ظهوره على الساحة العلمية، علاوة على أهميته في الممارسة التطبيقية في مجال التعليم والتدريب وتنفيذ الخطط العلاجية. ويبدو من هذا، أن منطق الممارسة القائمة على الأدلة واضحة نسبياً في جميع حقول المهن المختلفة (Cook, Smith, & Tankersley, 2012) بما في ذلك الطب، إذ نشأت الممارسة القائمة على الأدلة المعاصرة نتيجة لوجود فجوة في نقل البحوث إلى الممارسة التي أظهرت بعض الممارسات فاعليتها من طريق البحث العلمي، لكنها نادراً ما تستخدم في الحالات التطبيقية، وتتفد بعض الممارسات عادة دون التحقق من صحتها تجريبياً وقد تكون غير فعالة أو حتى ضارة، لأن البحث العلمي، خصوصاً عندما يتم توليفها عبر مجموعة من الدراسات التجريبية ذات الجودة العالية تكون عموماً المصدر الأكثر أهمية للأدلة لتحديد ما يمكن عمله، وتحديد أولويات هذه الممارسات المستندة إلى الأدلة على نهج غير فعال نسبياً يمكن أن يؤدي إلى زيادة نتائج المتعلم . ومع ذلك، رغم وعود للممارسة القائمة على الأدلة، فإن إمكانية تحقيق هذه الفائدة تكمن في التفاصيل.

واحدة من التفاصيل المحيرة المتعلقة بمصطلحات الممارسة القائمة على الأدلة. فعدد من أصحاب المصلحة ببساطة لا يفهمون ماذا تعني الممارسة القائمة على الأدلة. ويستخدم هذا المصطلح عادة بطريقتين ذات الصلة ولكنهما متمايزتان. الممارسة المبنية على الأدلة يمكن أن تدل على عملية صنع القرار في الممارسة (أي التعليم) والمدعوم من قبل الأدلة البحثية ذات مصداقية . ومن المهم أن نلاحظ عدم إملاء اتخاذ القرارات المبنية على الأدلة التي كتبها الأدلة البحثية هو أمر مجحف للغاية. في الواقع، دعاء الممارسة المبنية على الأدلة يؤكدون أن عوامل مثل القيم، والخبرة، وأصحاب المصلحة السريرية ينبغي النظر إلى جانب الأدلة البحثية عند اتخاذ القرارات. على سبيل المثال يشير ساكت وآخرون (Sackett, et al.1996) إلى أن الممارسات المبنية على الأدلة (EBPs) تشير أيضاً إلى البرامج والممارسات التعليمية الخاصة بدعم فاعلية البحوث ذات المصداقية، رغم من أن بعضها لا يتم كتابتها بالضرورة والتي تكون متضمنة في أدلة برامج علاجية أو إرشادية تتميز بإجراءات تعليمية قابلة للتكرار يجب عدم النظر إلى سياسات واسعة في الأطر التعليمية على سبيل المثال، كالتصميم الشامل للتعليم العلاجي، والفلسفات التربوية كالسلوكية القائمة على الأدلة، لأنها يمكن تنفيذها في عدد من الطرائق. ومن أجل الوضوح، استعمال مصطلحات مثل التعليم القائم على الأدلة أو علم النفس القائم على الأدلة أهميته على عملية صنع القرارات المدروسة من قبل الأدلة البحثية في مجال معين من الدراسة، وعند الإشارة إلى الممارسات والبرامج المحددة التي تدعمها الأدلة البحثية ذات مصداقية بوصفها ممارسات فعالة. بعبارة أخرى، مثل هذه العلاجات يتم التحقق من صحتها تجريبياً، وتستخدم أيضاً للإشارة إلى الممارسات المحددة التي تدعمها البحوث ذات مصداقية عالية على المستوى الداخلي والخارجي. فقد ذكر كل من يونجبلت وبروتن (Brooten &Youngblutn2001) مجموعة من المسوغات لأهمية نهج الممارسة القائمة على الأدلة، وأهمها ما يلي:

- ١- المعرفة الدقيقة بالعلوم الأساسية والمعرفة العلاجية، التي تعد بمنزلة أدلة فاعلة للمعالج النفسي في الممارسة المضبوطة والقائمة على الأدلة.
- ٢- اختلاف البيئات والمواقع الجغرافية للممارسات القائمة على نتائج البحوث، قد لا توفر الأرضية الكافية لممارسة علاجية دقيقة قائمة على مثل هذه البحوث التي لا تمت بصلة إلى هذه البيئات والمشكلات المتعددة التي تظهر بين سكانها.
- ٣- قدرتها على رعاية المريض وخفض أعراضه، وتحسين أدائه.
- ٤- إعادة التأهيل للممارسين الذين يقدمون الرعاية على أساس واحد من التدريب، وليس على أساس خبرات وتدريبات متباينة. بمعنى آخر، إنها أهم دليل لتحسين الرعاية المقدمة من المعالج ولو كان من الخبرات المؤهلة تأهيلاً جيداً.
- ٥- إن زيادة دهاء المريض حول خيارات العلاج والرعاية من المحتمل أن يجعل المعالج يقدم للمريض نوعية العلاج في ضوء الممارسات على الأدلة.
- ٦- إقامة علاقة وثيقة بين الباحثين والمعالجين والمرضى.
- ٧- تعظيم الآثار المترتبة على الحكم السريري عند استعمال الأدلة لتحديد أفضل الممارسات، وليس لدعم الممارسة القائمة.
- ٨- إن الرعاية النفسية المتواكبة مع أحدث التطورات التكنولوجية قد تستفيد من أحدث التطورات العلمية الجديدة. بينما تشمل إجراءات التقييم الصارمة عادة شكلين من التصميمات: إما التصميم التجريبي (مثل تلك المستخدمة في التجارب العشوائية)، وإما التصميم شبه التجريبي. ففي التصميم التجريبي، يتم تعيين أشخاص عشوائياً إما إلى مجموعة العلاج التي تشارك في البرنامج، وإما إلى المجموعة الضابطة، وبعد الانتهاء من البرنامج تتم مقارنة نتائج هاتين المجموعتين. وهذا النوع من تصميم البحوث يساعد على ضمان أن أي اختلافات ملحوظة في النتائج بين المجموعتين هي نتيجة للبرنامج وليست ناتجة عن عوامل أخرى. نظراً إلى أن التوزيع العشوائي فليس من الممكن دائماً استعمال التصميم شبه التجريبي في بعض الأحيان. فالتقييمات باستعمال هذا التصميم وتتم مقارنة المشاركين في البرنامج بمجموعة من الناس مماثلين في عدد من الطرائق. ومع ذلك، لأن التصميم شبه التجريبي لا يحدد عشوائياً المشاركين في البرنامج والمشاركين في المجموعات الضابطة فهو ليس قوياً في نتائجه مثل التصميم التجريبي، وذلك لوجود فروق غير ملحوظة بين المجموعتين اللتين تتعرضان للمقارنة. وهذا التصميم أيضاً لا يسمح لمقيمي البرنامج التحقق من أن البرنامج نفسه كان مسؤولاً عن النتائج المتحققة. فالتقييمات التي لا تتضمن عادة أي نوع من مجموعة المقارنة، على سبيل المثال، لا تسمح بأي استنتاجات حول ما إذا كانت التغييرات لدى المشاركين في البرنامج ترتبط أو ناجمة عن البرنامج. ومع ذلك، تظهر هذه الدراسات في بعض الأحيان أنها ذات فاعلية في تحقيق أهداف البرنامج، وأن البرنامج أدى إلى تحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، لكن هذه النتائج لا تسمح للبرنامج بتصنيفه على أنه برنامج قائم على الأدلة، لكن مثل هذه البرامج مع أدلتها أقل ضبطاً، وكثيراً ما يشار إليها بالبرامج الواعدة.

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

تحديد عناصر الممارسة القائمة على الأدلة في العلاجات النفسية :

إن احترام كرامة الأشخاص أمر ضروري في الممارسة المبنية على الأدلة؛ فعمل علماء النفس هو التعامل مع المرضى على وضع خطط وتنفيذ خدماتهم العلاجية. لذلك، فهم لديهم معرفة بأدبيات البحوث التي تشكل الأساس لتطوير خيارات العلاج التي تبين للعميل أن لها خصائص معينة، وتقدير لقيمة خبرات العملاء المعاشة بما في ذلك الأعراض السابقة أو خبرات العلاج، والأفضليات والتحفيز. والتواصل بين المعالج والمريض هو الأمر الحاسم في عملية تحقيق الموافقة المستنيرة، التي تعكس أفضل الممارسات على أساس الأدلة الحالية. ويوصي دليل الجمعية الكندية لعلم النفس الممارسين العلاجين باتباع نهج الممارسة العلاجية القائمة على الأدلة في ممارستهم والكشف عن نتائج أفضل البحوث في العلاج النفسي ذات الصلة بالمشكلة. وتتضمن تلك التوصيات ما يأتي:

❖ قبل توفير العلاج، يجب على علماء النفس النظر إلى التسلسل الهرمي من الأدلة المتاحة لخيارات العلاج.

❖ يجب على علماء النفس الاستفادة من أفضل الأدلة المتاحة (البرهان الذي هو الأعلى في التسلسل الهرمي) والذي يتضمن النتائج التي تم تكرارها في جميع أنحاء الدراسات التي استخدمت منهجيات لمواجهة تهديدات الصدق الداخلي، مثل: التجارب العشوائية لمعالجة تهديدات الصدق الداخلي؛ الدراسات الطبيعية لمعالجة تهديدات الصدق الخارجي.

❖ في الحالات التي قد يكون هناك القليل أو أي علاج لبحوث ذات الصلة، فإن المبادئ التوجيهية للممارسات التي تم تحديدها من قبل مؤسسات رسمية قد توفر الأساس لاتفاق الرأي بين الخبراء.

❖ يجب على علماء النفس أن يرصدوا على نحو متكرر ومنتظم ردود فعل المرضى والأعراض في مدة العلاج. كما يجب عليهم أن يكونوا على استعداد لتغيير العلاج استناداً إلى بيانات من الملاحظة المستمرة لنتائج العلاج، والمناقشات مع المريض، وإعادة النظر في التسلسل الهرمي ذات الصلة بالأدلة. (Canadian Psychological Association, 2012, 6)

وهنا، من المهم توضيح العلاقة بين الأدلة القائمة على الممارسة السلوكية (EBPP) والعلاجات المدعمة تجريبياً (تقنيات البيئة السليمة). فالممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس هي مفهوم يشمل التقنيات البيئية السليمة التي يقوم بها العلاج عند البحث عما إذا كان اضطراب معين أو مشكلة ما تظهر في ظل ظروف محددة. وهنا، يبدأ EBPP مع المريض ويسأل ما هي الأدلة البحثية (بما في ذلك النتائج ذات الصلة للسياق البيئي للمريض) ومساعدة المعالج في تحقيق أفضل نتيجة. وفضلاً عن ذلك، فتقنيات البيئة السليمة هي العلاجات النفسية المحددة التي ثبت أن تكون فعالة في التجارب السريرية التي يمكن ضبطها، في حين EBPP تشمل مجموعة واسعة من الأنشطة السريرية (على سبيل المثال، التقييم النفسي، وحالة المريض، والعلاقات العلاجية). على هذا النحو، يتبنى EBPP عملية صنع القرار لدمج تيارات متعددة لبحث الأدلة بما في ذلك

البناء البيئي للمريض في عملية التدخل. إن استكشاف الأجزاء التالية بمزيد من التفصيل على العناصر الرئيسية الثلاثة لهذا التعريف لأفضل الأبحاث العلمية، والخبرة السريرية، وخصائص المريض.

وتتطوي الأدلة القائمة على الممارسة السلوكية (EBBP) على اتخاذ القرارات حول كيفية تعزيز الصحة أو توفير الرعاية بدمج أفضل الأدلة المتاحة من ذوي الخبرة للممارسين وغيرها من المصادر مع خصائص الحالة، والاحتياجات والقيم والتفضيلات لأولئك المتضررين. ويتم ذلك بطريقة توافق السياق البيئي والتنظيمي. والبرهان على ذلك هو نتائج البحوث المستمدة من جمع البيانات المنظمة بالملاحظة والتجربة وصياغة الأسئلة واختبار الفرضيات. ويتم تحديد العلاج المدعم تجريبياً (التكنولوجيات السليمة بيئياً) في بعض المرافق الصحية بأنها "العلاج النفسي المحدد بوضوح وقد ثبت أن يكون فعالاً في الأبحاث المضبوطة"، وذلك في ضوء ما يأتي:

أولاً: يمتلك المعالج النفسي حديث التخرج عدد من المعلومات النظرية مقابل خبرة عملية قليلة مما يستوجب ضرورة الاهتمام بالإرشاد المبني على الأدلة.

ثانياً: المعالج النفسي الذي مرّ على تخرجه مدة كبيرة ويمتلك خبرة عملية كبيرة مقابل معلومات نظرية تم نسيان معظمها بسبب انشغاله الدائم أو بسبب تقدم العمر، لذلك فهو بحاجة إلى الإرشاد المبني على الأدلة.

ثالثاً: التطور السريع للإرشاد النفسي وكافة مقالات المهن التي تنشر سنوياً في المجالات النفسية؛ فهناك آلاف المجالات العلمية المتخصصة ولا يوجد وقت لدى أي معالج نفسي للإحاطة بالمستجدات العلمية والعلاجية في مجال الإرشاد، وما يتعلق بعمله مع المسترشدين، وهذا مما يستدعي ضرورة إلمامه بالإرشاد المبني على الأدلة.

وتعرف برامج الفاعلية في ضوء الآتي:

هي البرامج التي تحاول أن تعمل كل شيء من أجل الجميع، وتعكس تصاميمها وإجراءاتها أولويات وأهدافها الواضحة في مصطلحات لنمط أو نوع معين من مشكلات الأفراد المستهدفين الذين يسعون لتحقيقه، وأنواع الخدمات والدعم والأنشطة التي يقدمها البرنامج "Promising of effective practices network,2001).

إن البحوث التي تتطوي على تطبيق إجراءات منهجية صارمة وموضوعية للحصول على المعرفة الموثوقة والصحيحة ذات الصلة هي برامج قائمة على التعليم والأنشطة، وتحليل بيانات كافية لاختيار الاستنتاجات العامة المدركة وتسويغها. كما أن القياسات والأساليب الخاصة بالرصد توفر بيانات صحيحة وموثوقة عبر المقيمين والمراقبين من طريق القياسات والملاحظات والدراسات المتعددة، وتقييمها باستعمال التصاميم التجريبية وشبه التجريبية التي تم تحديدها للأفراد ضمن أنشطة أو برامج مختلفة تتناسب ظروفها المختلفة مع ضوابط مناسبة. ويتم تقديم نتائج الدراسات التجريبية المفصلة والواضحة بما يكفي للسماح بتعميمها أو نسخها المماثل، أو تتيح الفرصة لبناء منهجي قائم على النتائج التي توصلوا إليها، ومراجعتها بموضوعية علمية دقيقة. وكون المؤسسات العلمية تستخدم معايير مختلفة للبرامج القائمة على البيانات، فمن المهم للغاية أن الممول أو مقدم البرنامج أن يدرك تحديد تصنيف البرنامج، والكيفية التي يتم بها تعريف ذلك. لذلك، فالممارسة المبنية على الأدلة تقف على النقيض من النهج الذي يقوم على التقليد أو المعتقد أو الأدلة الكلامية Anecdotal Evidence

ويمكن تمثل الممارسة على الأدلة بالخطط (1) الآتي الذي يتناول عناصرها:

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

عناصر الممارسة القائمة على الأدلة

أفضل أدلة علمية (نتائج الحبرات والدراسات الكمية)

خبرات إكلينيكية (خبرة مميزة، مجموعات ممارسة، عواقب،)

أفضل أداء (رضا، جودة حياة، دراسات كمية)

ورغم الاعتراف على نطاق واسع بأهمية الممارسة القائمة على الأدلة، فإن هناك استمراراً في الغموض وعدم اليقين بشأن اتجاه البرامج التدريبية المحددة التي يجب اتخاذها لإعداد الطلاب ليكونوا مؤهلين على نحو جيد في تنفيذ الممارسة هذه. لتأخذ مثالاً واحداً، يعترف بمجال الصحة النفسية بوضوح بوجود علاج نفسي مدعم تجريبياً، وقد تم إنفاق (اثنين مليار دولار) لنشر العلاجات القائمة على الأدلة ببحوث رعاية الصحة اعتباراً من (٢٠٠٩)، وتشمل: إساءة استعمال العقاقير، والصحة النفسية، والخدمات الإدارية. إذ تم تقييم البحوث، وتطوير الاستراتيجيات ونشر البرامج لتحديد التدخلات ونتائجها النهائية (العاسمي، ٢٠١٥).

ويبدو مما سبق، أن الممارسة المبنية على الأدلة هي استعمال أفضل الأدلة العلمية المتكاملة مع الخبرة السريرية ودمج قيم المرضى وتفضيلاتهم في ممارسة رعاية الصحية للمرضى. وجميع العناصر الثلاثة هي مهمة للتحليل من أجل إبراز محاورها الموضحة بجانبها ويجب أن تكون متوازنة من الأدلة الراسخة على الخبرة السريرية، وتفضيلات المريض لتحقيق الممارسات السريرية القائمة على العلم ومقبولة لدى الأفراد الذين يقدمونها.

خصائص الممارسة القائمة على الأدلة:

وفي هذا الإطار يمكن صف بإيجاز بعض خصائص الإطار المرجعي والطرائق التي توضح الممارسة القائمة على الأدلة وتعزيزها:

١- **المستندة إلى التجريبية:** إلى أقصى حد ممكن، يحاول هذا الإطار تعزيز التنمية للقاعدة التجريبية للممارسة المبنية على الأدلة؛ فالقاعدة التجريبية للممارسة المبنية على الأدلة لها معنيان: -

المعنى الأول: هو استعمال نتائج بحوث التقييم الكلاسيكية لتوجيه اختيار التدخلات التي أثبتت فعاليتها.

المعنى الثاني: هو إجراء تقييم دقيق ومنهجي لآثار التدخلات التي قام بها الممارس، وهذا يبرز إطار مجالات التخطيط والتواصل مع العملاء الذين يحتاجون إلى إجراء التقييم العلمي وقرارات قائمة على الأدلة. بكلمات أخرى، في كل مرة يخطط المعالج لمعرفة العميل، وكيفية التعامل معه بناء على الأدلة التجريبية حول جوانب التواصل، على سبيل المثال، المقابلة الأولى جد مهمة؛ وكذلك مقابلة الإنهاء.

٢- **التكاملية:** في تأثير نموذج تمجيد النموذج ثمة محاولات لدمج جميع أنشطة الممارسة والتقييم. هذا هو الأساس لتأكيدات سابقة تتضمن ممارسة تقييم جيد، ولا توجد تباين بين تقييم الأنشطة المختلفة المطلوبة في وصف كل خطوة. والممارسة وتأثيرها.

٣- **الانتقائية:** يستند هذا الإطار على افتراض أن المعرفة قاعدة الممارسة في مهن المساعدة على حد سواء التعددية وانتقائية. وتعني التعددية تلك المعرفة المتوفرة من مصادر عديدة. بينما تشق الانتقائية فقط من أفضل

المعارف المتاحة من تلك المصادر. فالانتقائية تشير إلى استعمال معايير واضحة ودقيقة ومنظمة لتحديد المعرفة. يتعلق هذا على وجه الخصوص بالقاعدة التجريبية للممارسة المبنية على الأدلة في ذلك، كلما تتألف عملياً من مجموعة متنوعة من الإجراءات والتقنيات لتحديد فاعلية البرنامج على أساس الأدلة على فاعلية تطبيقه مع الناس والحالات فإن هذا البرنامج لديه فرصة جيدة للحصول على نتائج ناجحة.

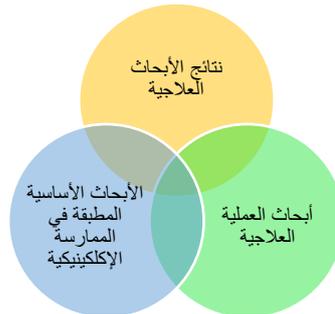
٤- **المنهجية:** هذا الإطار هو محاولة لتنظيم الممارسة. وهذا يعني تحديد واضح لمراحل مختلفة من الممارسات وتنظيمها في تسلسل خطوة بخطوة. في الواقع، واحدة من أهم خصائص الممارسة القائمة على المنهجية هي في كيفية وضع أهداف لصدمة الأنداد، وآلية تقنيات التدخل المختارة، وكيفية رصد النتائج، وهلم جرى. ويبدو أيضاً أن يكون له معنى في محاولة لتنظيم أنشطة متنوعة للممارسة في تسلسل منطقي يمتد من أول اتصال حتى الإنهاء والمتابعة.

٥- **المساءلة:** هي محاولة لإضافته إلى المساءلة المهنية، فالممارس أو المعالج عليه أن يجلب إلى العملية برمتها التدقيق والمساءلة من قبل الآخرين. ويشير تقرير المساءلة إلى كيفية التنفيذ والتقييم المتعلقة بالنتائج لأن مسألة التقييم النتائج ضرورية في كل حالة، وهذه هي قلب المساءلة.

٦- **طريقة التفكير:** يهدف البناء النموذجي، ربما أكثر من أي شيء آخر، إلى توضيح وسيلة للتفكير في الممارسة وتعزيزها: فالمنهجية، والبيانات المستندة إلى الأدلة نتيجة لمنحى الدراسة، والتنظيم والمرونة تبعاً لاحتياجات العميل هي إجراءات يجب أن تكون مبنية على الأدلة، والاستمرار في عملية التقييم المستمر لهذه الإجراءات، وذلك بالرجوع إلى الأدبيات ذات الصلة. ويرتكز كل هذا على القواسم الأخلاقية والحركة الإنسانية في عملية العلاج التي تقوم على فلسفة وممارسات المهن المساعدة.

مصادر الأدلة ومستوياتها :

تعتمد الممارسة القائمة على الأدلة بشأن مصادر الأدلة المتنوعة ومستوياتها. أولاً يتضمن هذا الدليل قبل كل شيء نتائج البحوث التي نشرت في المؤلفات العلمية المقدمة من الباحثين للممارسة العلاجية النفسية، ويجب أن ينظر إلى الأدلة التي يمكن النظر في التوصيات المستمدة من مصادر متعددة، مثل نتائج البحوث العلاجية، وعملية ومنهج البحوث النفسية الأساسية التي يمكن تطبيقها على الممارسة السريرية. وبعد البدء في العلاج، ينبغي الحصول على البيانات من الملاحظة المستمرة لردود أفعال العملاء وأعراضهم المرضية والتعامل معها. كما ينبغي أن تكون هذه البيانات مفيدة لاتخاذ القرارات حول المخطط العلاجي والتعديل، واستكمال إجراءات انتهاء العلاج. وذلك كما يوضحه المخطط (٢) الآتي:



نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

ولتحديد قوة نتائج البحوث في الممارسة العلاجية وأهميتها ويجب على علماء النفس أن ينظروا إلى التسلسل الهرمي للأدلة المتاحة لخيارات العلاج قيد النظر. ورغم أن جميع منهجيات البحث لديها بعض القدرة على تقديم الأدلة ذات الصلة، كما يجب على علماء النفس النظر أولاً في النتائج التي يتم تكرارها عبر الدراسات التي استخدمت منهجيات تعالج الأخطار التي تهدد صحة النتائج التي تم الحصول عليها (على سبيل المثال، الصدق الداخلي والخارجي للنتائج، والتعميم، وإمكانية تطبيقها في مواقع متعددة وعلى حالات متباينة) ومن ثم، يجب عليهم أيضاً أن يتجهوا إلى أفضل الأدلة المتاحة، وهي أعلى مستوى في التسلسل الهرمي من الأدلة البحثية. وينبغي النظر أيضاً في أدلة الأقل على التسلسل الهرمي فقط إلى الحد الذي لا وجود لأفضل الأدلة البحثية، أو إذا كانت هناك عوامل واضحة قد تخفف من استعمال أفضل برهان (على سبيل المثال، واضحة تفضيل المريض الواضح للعلاج). والتوليفات المعرفة المنهجية Systematic knowledge synthess تكون في الأغلب في قمة الهرم، وتستند هذه على نتائج التحقيقات المتعددة. ويمكن أن تشمل مجموعة من المنهجيات، بما في ذلك المراجعات المنهجية systematic reviews، تحليل ما وراء المعرفة meta-analyses التوليفات، التوليفات الواقعية Realist Syntheses والتوليفات السردية، والمبادئ التوجيهية للممارسات التي هي تجميع منهجي للأدلة. وعندما تكون توليفات المعرفة المنهجية ليست متاحة، يجب على علماء النفس الإشارة إلى الدراسة البحثية الأولية على أساس المنهجيات التي تعالج التهديدات التي تتعرض لها مصداقية نتائج البحوث وقيمتها. على سبيل المثال، في البحث الكمي، يجب أن تكون التجارب العشوائية مضبوطة وتوفر دليلاً على قوة الصدق الداخلي. ففي مجال البحوث العلاجية، عادة تدرس الدراسات المعروفة الفاعلية. ومع ذلك، فمن المهم أيضاً لعلماء النفس النظر في الصدق الخارجي لنتائج البحوث، والنظر في نتائج دراسات مصممة ذات مصداقية خارجية عالية. أي التعميم؛ في مجال البحوث العلاجية، أغلب ما يشار إلى هذه الدراسات بأنها دراسات الفاعلية. فمن الناحية المثالية، يجب على علماء النفس أن يتبنوا الدراسات التي تحتوي على نسبة عالية من الصدق الداخلي والدراسات التي لها صدق خارجي مرتفع ويمكن توضيحها في المخطط الآتي:



شكل (٣) هرمية دلالة البحوث المرتبطة بالممارسة الإكلينيكية

ومن المرجح أن تكون البحوث العملية ذات الصلة بنتيجة عدد من العلاجات التي قدمت من قبل علماء النفس، ويتوقع أن تحافظ على وضعها الحالي فيما يتعلق بالتطورات الجديدة في مجال علم النفس. في تلك الحالات يكون هناك القليل من البحوث العلاجية ذات الصلة، وهي عبارة الخطوط الإرشادية للممارسة المتاحة التي تستند إلى توافق في الآراء بين الخبراء، وتم تحديدها من قبل مؤسسات رسمية. فضلاً عن ذلك، قد تكون خيارات أخرى، رغم أن أياً منها لا تُعد حقاً من البحوث القائمة على الأدلة، لأن هذه الخيارات هي في أدنى مستوى في التسلسل الهرمي للأدلة، وتتضمن بيانات غير منشورة للممارسة القائمة على الأدلة في الخبرة العلاجية السابقة، والآراء المهنية التي لا تستند في الواقع إلى الأبحاث المنشورة. بغض النظر عن طبيعة أو قوة الأدلة التي استخدمت لاختيار العلاج والتخطيط له، وينبغي أن يكون علماء النفس على استعداد لتغيير العلاج الذي يقدم بناء على بيانات من الملاحظة العلاجية الحالية (بما في ذلك في ردود الفعل لدى العميل بين الجلسة والجلسة الأخرى والتغيرات في الأعراض والوظيفة). في كثير من الأحيان هذا سيشمل تعديل المحتوى، والتسلسل، والتوقيت، أو سرعة عناصر العلاج. وفي بعض الحالات يؤدي هذا إلى قرار محرج في التعاون مع العميل إلى التوقف عن العلاج ونقل الحالة إلى معالج آخر. في مثل هذه الحالات، يجب على علماء النفس أن يعيدوا النظر في التسلسل الهرمي ذي الصلة بالأدلة لتحديد الخيارات البديلة التي قد تكون ملائمة للعميل. إن عدم التحديد الواضح للعينة والمجتمع الذي تمثله العينة؛ مما يحد من إمكانية تعميم النتائج التي يسفر عنها التجريب.

جدول (٤) مصادر مهددات الصدق في تصاميم البحوث ما قبل التجريبية

م	التصميم	مصادر مهددات الصدق	
		الخارجي	الداخلي

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

١	تصميم المجموعة الواحدة اختبار بعدي فقط.	التاريخ، النضج، الاختيار، الإهدار.	التفاعل بين الاختيار والمعالجة.
٢	تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي.	التاريخ، النضج، الاختيار، الإهدار، الاختبار، أداة القياس.	التفاعل بين الاختيار والمعالجة.
٣	تصميم مقارنة مجموعات قائمة.	التاريخ، النضج، الاختيار، الإهدار، الاختبار، أداة القياس، الانحدار الإحصائي.	التفاعل بين الاختيار والمعالجة.

مراحل الممارسة القائمة على الأدلة

هناك مجموعة من المراحل للتحقق من أي برنامج أو بحث قائم على الأدلة، لذا، سوف نعرض هذه المراحل بشيء من الاختصار:

١- **تطوير السؤال:** إن هذه المرحلة لدى الممارس ليست سهلة، فقد تكون المسألة معقدة، مثل: ما العوامل الرئيسية التي تؤثر على تشرد المراهقين؟ وما هو التدخل المفضل بالنسبة لمشكلة معينة؟ وما هي أنواع التدخلات التي تعمل على نحو أفضل مع اضطرابات القلق؟ كما يريد الممارس الحصول على إجابات للأسئلة حول ممارستنا لخصائص العميل، إعداد البرنامج، الممارسة، التغيرات البيئية التي تسهم إسهاماً مهماً في الحصول على أفضل إجابات عن تلك الأسئلة. والتدخل الذي لا يمكن تعديله لمراعاة الفروق الثقافية بين المرضى قد لا يكون أفضل إجابة عن هذا السؤال.

٢- **العثور على البرهان أو الدليل:** هذه الخطوة تعد قلب الممارسة القائمة على الأدلة في عملية البحث، في محاولة الإجابة عن الأسئلة التي يتم طرحها. فالجزء الأكبر من الأدلة المتاحة على الممارسة مكرسة لهذه العملية. وهنا، يمكننا توفير ملخص لإجراءات التحقق. فهناك ثلاث طرائق لاكتشاف الأدلة، وكل منها على اتصال بالنهج الذي يستخدمه الممارس سواء بالتقييم الذاتي أو مراجعة البحوث المنشورة على الشبكة العنكبوتية، أو مراجعة البحوث التي استخدمت المنهج نفسه والأدوات والعينة في معالجة اضطراب معين.

٣- **تحليل الأدلة:** يرى رايبين (Rubin, 2007) ألا يكفي العثور على أدلة بالمرحل السابقة؛ فالآن لدى الممارس رغبة في تحليل البرامج والدراسات الفردية، وهذا يعني وجود أكثر من وعي يمر لتصميم البحث ومنهجيته وكذلك الالتزام بوضع في وقت لتطبيق الدراسات وتحليلها. وهذا يعني معرفة شيء. أي، الفرق بين التصاميم التجريبية وشبه التجريبية، وأن هناك تسلسلاً هرمياً للأدلة التي يمكن للممارس أن يخرج باستنتاجات حول الفاعلية، بدءاً من التصاميم التجريبية لدراسات الحالة غير المضبوطة. كما يرى رايبين أن وصفاً واسعاً

لهذا التسلسل الهرمي وما يمكن استخلاصه من كل مستوى من الأدلة، هل يدرك أو يفهم ما إذا كانت الإحصاءات المستخدمة في الدراسة مناسبة أو غير مناسبة .وما إلى ذلك وهلم جرى. وهذا ما يسمى النزعة الاستهلاكية للبحوث؛ إنها واحدة من الأسباب في جميع برامج التعليم المهني في المساعدة في التركيز على إجراءات طرائق البحث. وكيف يمكن للمرء أن يكون مستهلكاً جيداً للبحث. فيستند إلى الأدلة، لا يمكن للمرء تحليلاً صحيحاً للدراسات التي ستوجه القرارات؟

٤- الجمع بين الأدلة وفهم للعميل والحالة: رغم أن عملية التوصل إلى قرار الممارسة المبنية على الأدلة معقد جداً، فإنه يصبح أكثر إثارة للاهتمام عندما نفكر في كيفية التعامل مع بحوث الممارسة القائمة على الأدلة.

٥- تطبيق الممارسة: بمعنى من المعاني، هذا قد يكون كجزء من الممارسة القائمة على الأدلة؛ فبمجرد اتخاذ قرار تنفيذ الأدوات التي تعد قائمة على الأدلة، كل ما تبقى للقيام به هو تنفيذ تلك الأدوات.

وبطبيعة الحال، فالممارس الذي لم يكن لديه المعرفة بمعاينة العميل لتنفيذ تلك الأدوات فوراً، فإنه يواجه صعوبات وتحديات في تفسير النتائج والتقييم. ومن ثم، فإن مدة التعرف إلى المريض أو العميل تكون ضروري، وهذا يمكن أن يخفف إلى حد كبير بالمحافظة في امتلاك المرء بعض الكتب التي تقدم تقنيات التدخل من طريق الكتيبات أو عبر الانترنت التي تمثل إجراءات قائمة على الأدلة التي ذكرها بعض الباحثين مثل (Van Hasselt & Hersen, 1996) وغيره في هذا المجال.

٦- رصد نتائج وتقييمها: حتى مع التدخلات التي لديها قاعدة الأدلة صادقة، فإن تقييم التطبيق العملي أمر ضروري، والنتائج المثالية تكون مضمونة، وهذا هو كيف ولماذا تعبر الممارسة عن تقييم حاسم جداً للتطبيق المبني على الأدلة. وهنا يجب على الممارسين أن يكونوا دائماً مسؤولين عن الجهود في هذه الممارسة والطريقة الأساسية التي ينبغي أن نبرهن فيها على المساءلة، وذلك بعد تنفيذ القرار القائم على الأدلة، ويتم بالرصد والتقييم المنهجي الدقيق لهذا التطبيق.

من الشخص الذي يقرر أن البرنامج سيكون قائماً على الأدلة؟

طوّرت عدة وكالات حكومية ومنظمات بحثية وغيرها من الجمعيات الوطنية معايير لتصنيف البرامج، وأستخدمت هذه المعايير عادة لتقييم البرامج على قاعدة صلبة من الأدلة التطبيقية في ضوء إجراءات التقييم. ويُطلق على البرامج وممارساتها التي تستوفي المعايير الأكثر صرامة تسميات مختلفة مثل:

أ- برامج أو ممارسات نموذجية.

ب- برامج تلبي بمعايير الأدلة.

ج- برامج أو ممارسات فعّالة.

بينما تستخدم مختلف المؤسسات والمنظمات العلمية أسماء مختلفة لتحديد اختبار أكثر صرامة للبرامج، إلا أنهما يشتركان بمعايير مماثلة لهذه البرامج. ولا سيما البرامج والممارسات التي تعتمد على النظريات التي تم اختبارها معملياً باستعمال الدراسات التجريبية العشوائية. ويمكن أن تشمل معايير أخرى في بيئات تنفيذ هذه البرامج في درجة عالية من النزاهة للنموذج الأساسي للبرنامج.

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

إن ممارسة تنفيذ البرامج التي تلبى المعايير الأساسية يمكن أن تسمى تسميات مختلفة بما فيها:

١- ممارسة البرامج التي يمكن التعرف على أدلتها.

٢- الممارسات الواعدة.

٣- ممارسة البرامج المدعمة تجريبياً.

٤- الدليل القائم على الممارسة.

وبالنظر إلى البرامج والممارسات التي تلبى معايير أقل صرامة قد تبدو مفيدة في مجال تطور البرامج، لأن عدداً من الدراسات التجريبية المتواضعة يمكن ضبطها وجعلها قابلة للتعميم والتطبيق على أرض الواقع. فعدد من أصحاب المصلحة في المجتمع يعبرون عن قلقهم من أن البرامج القائمة على البحوث لا تفي دائماً للاحتياجات والأولويات أو قيم المجتمع المحلي على وجه الخصوص؛ فكثير من فاعلية الأبحاث تفنقر إلى إدراج مختلف الأجناس والمجموعات الثقافية. وبناء على ذلك، فالنتائج الخاصة بالبرنامج لا يمكن تطبيقها أو ترجمتها إلى مختلف المجموعات العرقية والثقافية أو اللغوية. لذلك ينبغي لهذه البرامج القائمة على الأدلة أن تكون جسراً لسد فجوة البحوث في الممارسة عن طريق إسهام الممارسين من الأطباء والمعالجين النفسيين الذين يستخدمون منهجيات البحث العلمي الرصين لفحص جودة برامجهم والخدمات التي يقدمونها، وتحديد نماذج الخدمات المختصة التي تلبى احتياجات مجتمعهم المحلي.

وقد وصفت البرامج والممارسات التي ليست فعالة على النحو الآتي:

١- الإخفاق في إثبات تأثير.

٢- لا تلبى معايير الأدلة.

٣- تقتقر إلى دعم أو دليل إيجابي.

وأخيراً، فقد لاحظ الباحثون والممارسون أهمية اختيار المرضى عند تحديد الممارسات القائمة على الأدلة وتنفيذها. وعلى أقل تقدير، يجب على المشاركين في البرنامج أن يحصلوا على المعلومات حول أصول الممارسات والبرامج المستندة إلى الأدلة التي تنمي تصميم وقيادة البرامج المبنية على أسس النظريات العلمية القائمة على الأدلة في مواجهة الاضطرابات النفسية المختلفة، فعلى سبيل المثال، العلاج العقلاني الانفعالي لا يناسب حالات الخرف الشيخي أو علاج الأطفال الصغار كما جاء في كتابات هذا النهج، لأن العينة المستهدفة لا تملك البصيرة الكافية للتعامل مع المعالج. لذلك، فالمزيد من الاهتمام لدى الممارس الإكلينيكي في تطوير خبرته ومعرفته بالبرامج القائمة على الأدلة قد تسهم في بناء برامج ممارسات مدعومة بالأدلة العلمية القائمة على الأدلة الدقيقة كما أثبتتها الدراسات والبحوث العالمية والمصنفة في أدلة البحوث والممارسات القائمة على الأدلة لاضطراب معين أو تدخل علاجي مناسب لحالة معينة وفق تصور نهج علاجي معين. علاوة على ذلك، ليكون للبرنامج فاعلية في نتائجه مع الحالات المستهدفة يجب إشراك جميع الفئات في أثناء عملية التدخل وتقييم النتائج، مثل الأسرة، والأصدقاء، والمعلمين، وذوي الأهمية في المجتمع وذلك للتأكد من فاعلية البرنامج في تلبية احتياجات الحالات المستهدفة من البرنامج. وربما المسألة ذات الصلة والأكثر إلحاحاً هنا، أن لدى بعض الباحثين رغبة في تغيير برنامج / الممارسة بسبب الخبرة المهنية وحاجة العميل، وذلك حتى يكون هناك تغيير في

سلوك العميل واعتقادات الممارس بناء التحسن يعود لفاعلية البرنامج، وهذا الأمر لا يمكن إثباته دون دراسة علمية دقيقة. فقد يكون التحسن في النتيجة عائداً إلى النضج أو بسبب مساعدة إضافية من العائلة والأصدقاء (ليف، ٢٠٠٢). وهذا يتطلب في الأغلب تغييراً في البرنامج / الممارسة، وإعادة بحث فاعليته مرة أخرى للتأكد من مناسبه لتلبية احتياجات المستهدفين.

الحكم على البرنامج ليكون دليلاً في الممارسة العلاجية:

يستند الحكم على فاعلية البرنامج على مجموعة من المحكات، أهمها ما يأتي:

(أ) إذا بينت بحوث التقييم أن البرنامج ينتج عنه نتائج إيجابية متوقعة.
(ب) النتائج يمكن أن تعزى إلى البرنامج نفسه، بدلاً من العوامل أو الأحداث الغريبة الأخرى أو العوامل الوسيطة المتدخلة التي لا يمكن ضبطها.

(ج) التقييم هو عادة نظير مراجعة البرنامج من قبل خبراء في هذا المجال.

(د) برنامج هو "صادق" من قبل مؤسسة بحثية محترمة، ويندرج في قائمة البرامج الفعالة.

ويتم تحديد البرنامج الإرشادي أو العلاجي المدعم تجريبياً في بعض المرافق الصحية بأنه "البرنامج المحدد بوضوح والذي ثبتت فعاليته في الأبحاث المضبوطة". لكن هناك بعض المعوقات التي تحد من فعاليته، منها:-
أولاً: المعالج النفسي حديث التخرج يمتلك عدد من المعلومات النظرية مقابل خبرة عملية قليلة مما يستوجب ضرورة الاهتمام بالإرشاد المبني على الأدلة، وعندما يطبق برنامج ما فإن النتائج تكون في أغلب الأحيان متحيزة لعدم قدرته على الضبط الصارم لمتغيرات البرنامج الداخلية والخارجية.

ثانياً: المعالج النفسي الذي مرَّ على تخرجه مدة زمنية طويلة يمتلك الخبرة العملية الكافية في الوقت الحاضر في مقابل معلومات نظرية قديمة تم نسيان معظمها بسبب انشغاله الدائم بقضايا أخرى، أو بسبب تقدم العمر، أو بسبب تعقد المشكلات التي يواجهها ولا تتناسب ومهاراته وخبرته التقليدية. لذلك، لا يمكن أن نعد نتائج البرنامج فعالة في تحقيق أهدافه، وحتى نُقر بذلك، لا بد من الحاجة إلى الاطلاع والتدريب على الممارسة القائمة على الأدلة في ضوء البرنامج الذي يتعامل مع احتياجات المرضى أو المتعالجين.

ثالثاً: التطور السريع للإرشاد والعلاج النفسي وكافة المهن ذات الصلة التي تنشر سنوياً آلاف البحوث والدراسات في المجالات العلمية المتخصصة. وهذا الأمر يقف حجر عثرة أمام أي معالج أو مرشد نفسي للاطلاع على المستجدات العلمية في مجال تخصصه العلاجي لضيق الوقت إضافة إلى عمله الشاق مع المرضى. وهذه العقبة الصعبة يمكن تجاوزها بضرورة الامام بالإرشاد أو العلاج المبني على الأدلة.

النموذج التطبيقي: يتألف النموذج التطبيقي للممارسة القائمة على الأدلة من خمس مراحل رئيسية، مكونة من

ثمان عشرة خطوة. فيما يأتي ملخص للمراحل والخطوات الثمان عشرة.

المرحلة الأولى: ما قبل التدخل

١- تقييم السياق.

٢- عملية الإحالة.

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

٣- بدء الاتصال.

٤- بناء الأدلة القائمة على الممارسة.

المرحلة الثانية: التقدير

٥- تحديد المشكلة.

٦- تقييم السلوك.

٧- جمع معلومات أساسية.

٨- وضع أهداف.

المرحلة الثالثة: التدخل

٩- وضع خطة للتدخل.

١٠- وضع خطة التقييم.

١١- عقد التفاوض.

١٢- الاستعداد للتدخل

١٣- تنفيذ التدخل.

المرحلة الرابعة: التقييم المنهجي

١٤- مراقبة وتقييم النتائج.

١٥- تقييم والتغلب على الحواجز.

١٦- تقييم تحقيق الهدف.

المرحلة الخامسة: الاستقرار

١٧- تحقيق الاستقرار وتعميم التغييرات.

١٨- تخطيط وتنفيذ إنهاء، والمتابعة (Fischer & O'Donohue, 2006) .

إن جميع القضايا الأخرى المتعلقة (EBP) متساوية، وهي القضية النهائية للممارسة على أساس البحث هو أن هذه الخاصية النموذجية تجسد المهنة أكثر من أي شيء آخر. فالمهنة في الخدمات النفسية تتطلب تقديم تعريف تربوي للتنظيم الذاتي في المواقف المختلفة، والممارسة القائمة على هذه الخدمات هي جسد المعرفة الواسعة بشرط القيام بالإجراءات المطلوبة في التعليم المتقدم لكل الرعاية الصحية المهنية الآن لكثير من ممارسة المهنة لمستوى الدكتوراه على أساس مستوى الأبحاث هي أيضاً حتمية من أجل اكتمال التزاماتنا على أساس المهنة. وهذا المستوى لممارسة المهنية لتحقيق النجاح والاعتراف بها، وتمنحها مركز وثائق الاعتماد لإثبات التميز في خدمات النفسية والتمكن من معارف جديدة ككون للابتكار الذي يجعل التوقعات الصريحة للممارسة تقوم على أدلة ذات جودة عالية.

هذا هو الجزء الأكثر تحدياً لتطوير نظم الممارسة القائمة على الأدلة المتكاملة، والنموذج التوجيهي يمكن أن يساعد هنا في وضع تصور لنموذج واحد يوضح تكامل الممارسة القائمة على الأدلة جزءاً من عملية التعرف

على طبيعة هذه النظام. فقد وضع تيكور وآخرون (Tucker, et al. (2000) خمس خطوات متكاملة للممارسة القائمة على الأدلة في الممارسة اليومية، وهي:

- الخطوة الأولى:** إنشاء قاعدة للممارسة القائمة على الأدلة أو البراهين العلمية في مجال الممارسة العلاجية.
- الخطوة الثانية:** تحديد مجالات الاهتمام.
- الخطوة الثالثة:** بناء الخبرة الداخلية.
- الخطوة الرابعة:** تنفيذ الممارسة المبنية على الأدلة.
- خطوة الخامسة:** المساهمة في البحث عن الأدلة.

وهذا يعني، أن يتم استعمال الأدلة في المؤسسة الصحية لدعم مجموعة من الأنشطة، بما في ذلك الرعاية المهنية المباشرة للمرضى، وتطوير الموظفين، والإدارة. عندما يتم تقييم المرشحين والمراجعين الذين يبحثون عن دلائل يمكن دمجها في جميع مجالات الممارسة المهنية. بعض الأسئلة التي طرحت في هذا المجال على سبيل المثال، "عندما يكون لديك سؤال، كيف يمكن حل المشكلة المرضية؟" و"كيف تقوم البحوث بتتمية قدرات الموظفين النظرية والعملية؟ ولكي يحتاج الباحثون في مجال العلاج النفسي والخدمات النفسية الأخرى لمثل هذه الإجابات لا بد من حاجتهم إلى دعم ملموس ومستمر، إضافة إلى تقييم عملهم، والتعرف إلى أهمية الممارسة القائمة على الأدلة. كما ينبغي أن تكون أنظمة معينة تقوم بتحديد الأولويات، والإجابة عن الممارسة المبنية على الأدلة في مكان مع البناءات والعمليات ذات الصلة الرسمية التي يجب أن تطبق بما يكفي من الموارد لضمان النجاح (Turan, et, al 2006).

أفضل الأدلة البحثية المتاحة

يشهد جانب لا بأس به من الأدلة العلمية المستقاة من مجموعة متنوعة من تصاميم ومنهجيات البحوث على فاعلية الممارسات النفسية. وتشير أدبيات البحوث إلى تأثير التدخلات النفسية بوصفها آمنة وفعالة في عدد كبير من الأطفال والشباب (Kazdin & Weisz, 2003) ومن كبار السن عبر مجموعة واسعة من المشكلات النفسية والصحية، والمشكلات ذات العلاقة بالإدمان. وقد أشارت الأبحاث التي أجريت أخيراً إلى مقارنة التدخلات النفسية بالنهج البديل، مثل الأدوية، والعلاجات البيئية تكون آثارها دائمة على نحو خاص (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). وعلاوة على ذلك، أظهرت الأبحاث أن العلاج النفسي كثيراً يدفع المريض إلى زيادة الإنتاجية، والرضا عن الحياة وأقل تكلفة مقارنة بالتكاليف الطبية.

ويمتلك علماء النفس القوة المميزة في تصميم الدراسات البحثية التي يمكن أن توجه الممارسة المبنية على الأدلة وإجراءاتها وتفسيرها. وعلاوة على ذلك، علم النفس، كعلم ومهنة، هو مميز في الجمع بين الالتزام العلمي والتركيز على العلاقات الإنسانية والفروق الفردية. على هذا النحو، فعلم النفس يمكن أن يساعد على تطوير وتوسيع وتحسين قاعدة بحثية عن الممارسة المبنية على الأدلة.

وهناك إجماع واسع على أن الممارسة النفسية تحتاج إلى أدلة علمية صارمة للقول بأن هذه النتيجة هي النتيجة المثلى لممارستها من طرف المعالجين لمرضاهم، كما تحتاج الأبحاث أيضاً لتحقيق توازن الصحة

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

الداخلية والخارجية. والبحوث لا تعالج دائماً جميع احتياجات الممارسة؛ فالقضايا الرئيسية في دمج البحوث في الممارسة يوماً بعد يوم تتمثل في الآتي:

(أ) الوزن النسبي للحالة أو الاطلاع على طرائق البحوث المختلفة.

(ب) الصفة التمثيلية لعينة البحث.

(ج) قدرة البحوث على توجيه الممارسة على مستوى مبادئ التغيير، واستراتيجيات التدخل، أو بروتوكولات محددة.

(د) التعميم وقابلية النقل للعلاجات المعتمدة في البحوث المضبوطة إلى الممارسة السريرية. (هـ) الاعتماد على الأحكام بشأن إجراء اختيار العلاج عندما يكون عدد الجلسات ومدة العلاج محدودة.

(و) درجة فاعلية نتائج البحوث التي يمكن تعميمها لعينات سوية في المقام الأول مقارنة بالأقليات والفئات المهمشة. ومع ذلك، يمكن القول بأن البحث قد حقق فاعليته في الممارسة العملية لمثل هذه القضايا وتوفير الأدلة التي هي أكثر استجابة للممارسة يوماً بعد يوم.

وهناك إجماع كافٍ للمضي قدماً مع مبادئ علم النفس القائمة على الأدلة EBPP. وقد أظهرت التحقيقات القائمة على الدراسات التحليلية ما وراء المعرفة منذ (1970) أن معظم الممارسات العلاجية كثيراً ما تكون فعالة لعلاج مجموعة من المشكلات على نطاق واسع كما أشار إليها كل من (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001). في الواقع، يشير "بارلو" (Barlow, 2004) إلى أن حجم تأثير التدخلات النفسية للأطفال والبالغين وكبار السن كثيراً ما تكون متفاوتة أو تتجاوز تلك العلاجات الطبية المقبولة على نطاق واسع. ومن المهم ألا نفترض أن التدخلات التي لم يتم دراستها في التجارب المضبوطة غير فعالة. فالتدخلات المحددة لا يمكن إخضاعها للتجربة المنهجية لمشكلات محددة، ولا يمكن أن نفترض أن تكون إما فعالة وإما غير فعالة. أنواع متعددة للأدلة البحثية

تشير أفضل الأدلة البحثية إلى النتائج العلمية ذات الصلة باستراتيجيات التدخل والتقييم والمشكلات السريرية، والمرضى في بيئة عملية كما أن النتائج ذات الصلة بالبحوث السريرية الأساسية في علم النفس والمجالات ذات الصلة تؤيد أنواعاً متعددة من الأدلة البحثية (على سبيل المثال، فاعلية التكاليف، فائدة من حيث التكلفة، والاضطرابات، واستعمال العلاج) التي تسهم في ممارسة نفسية فعالة. فتصاميم تلك البحوث المتعددة القائمة على بيانات الممارسة، والتصاميم البحثية المختلفة هي الأفضل لمعالجة أنواع مختلفة من الأسئلة (غرينبرغ ونيومان، 1996)، مثل:

- الملاحظة السريرية في العلوم النفسية الأساسية (بما في ذلك دراسات الحالة الفردية) بوصفها مصادر ذات قيمة لفرضيات مبتكرة (اكتشاف السياق العلمي).
- استعمال البحث النوعي لوصف غير موضوعي، ومعايشة خبرات المرضى، بما في ذلك خبرات المشاركين في العلاج النفسي.
- دراسات الحالة المنهجية هي مفيدة خاصة عندما يتم تجميعها كما هو الحال في شكل بحوث الممارسة لشبكات للمقارنة لكل مريض على حدة والآخرين ضمن خصائص مماثلة.

- التصاميم التجريبية للحالة الفردية هي مفيدة خاصة لإقامة علاقات سببية في سياق الفرد.
- الصحة العامة والبحوث الإثنوغرافية¹ Ethnography هي مفيدة لاستعمالها لتتبع مدى توافر القبول لعلاجات الصحة النفسية، وكذلك تشير إلى سبل تغيير هذه العلاجات لتعظيم فائدتها في سياق اجتماعي معين.
- نتائج الدراسات في العمليات العلاجية، هي قيمة خصوصاً لتحديد آليات التغيير.
- دراسات التدخلات التي يتم العمل بها ضمن المواقف الطبيعية (فاعلية البحث) على نحو جيد، والمناسبة لتقييم صحة العلاجات البيئية.
- البحوث المضبوطة وما في حكمها منطقية (فاعلية البحث) هي المعيار لرسم الاستدلالات السببية حول آثار التدخلات (سياق التحقق العلمي).
- التحليل أداة منهجية لتجميع نتائج الدراسات المتعددة، واختبار الفرضيات، وتقدير حجم الأثر كمياً.
- وفيما يتعلق بتقييم البحوث حول تدخلات محددة، تحدد السياسة العامة للجمعية البرلمانية الآسيوية الحالية اثنين من المقبول على نطاق واسع تقييم إرشادات العلاج (جمعية علم النفس الأمريكية، ٢٠٠٢):
- البعد الأول:** هو فاعلية العلاج، وتقييم منهجي وعلمي ما إذا كان العلاج يعمل.
- البعد الثاني:** هو الفائدة السريرية، والتطبيق والجدوى، وفائدة التدخل في وضع معين، ويشمل هذا البعد أيضاً تحديد إمكانية تعميم هذا التدخل الذي أحدث الفرق والفاعلية.
- وتشمل أنواع الأدلة البحثية فيما يتعلق بالبحث العلمي تدخل في ترتيب تصاعدي لمساهمتها في استنتاجات حول فاعلية "الرأي العلاجي، والمراقبة، وتوافق في الآراء بين الخبراء المعترف بهم والتي تمثل مجموعة لاستعمالها في الميدان: "مراقبة ممنهجة السريرية"، و "منهجيات متطورة تجريبياً، بما في ذلك الدراسات شبه التجريبية العشوائية المضبوطة أو ما يعادلها". وبين المنهجيات التجريبية المتطورة، "تجارب عشوائية مضبوطة تمثل وسيلة أكثر صرامة لتقييم فاعلية العلاج لأنها هي الطريقة الأكثر فاعلية لاستبعاد الأخطار التي تهدد الصدق الداخلي في تجربة واحدة". (الجمعية الأمريكية لعلم النفس، ٢٠٠٢، ١٠٥٤).
- عوائق استعمال الأدلة في الممارسة العلاجية

ويتضح ذلك بالجدول (٥) الآتي:

العوائق	السبب
القيود الأدلة المستندة إلى نظم الممارسة	-الكم المهول للمعلومات في الأدب الصحي -نتائج متناقضة في بعض الأحيان في البحوث
العوامل البشرية	-نقص في المعرفة حول الممارسة القائمة على الأدلة -نقص المهارات في تقييم نتائج الأبحاث ودراسات. -المواقف السلبية حول الأبحاث والرعاية المسندة

^١ = الإثنوغرافيا/ تعني الدراسة الوصفية لطريقة وأسلوب الحياة لشعب من الشعوب أو مجتمع من المجتمعات في مدة زمنية محددة..... إذن يتحدد مفهوم الإثنوغرافيا أكاديمياً بأنه: الوصف الدقيق والمترباط لتقافات الجماعات الإنسانية.

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

<p>بالبينات</p> <p>-تصور أن البحث هو "الطب كتاب طبخ"</p> <p>-تصور أن البحث هو فقط للطب.</p> <p>-توقعات المريض (على سبيل المثال، المطالبة بالمضادات الحيوية)</p>	
<p>-عدم وجود استقلالية للأطباء لإجراء تغييرات في الممارسة.- التركيز على ممارسة الوضع بسبب "نحن دائماً نعمل هذا بالطريقة نفسها".</p> <p>- المطالبة بأعباء العمل مع أي وقت من الأوقات للأنشطة البحثية.</p> <p>- صراع في الأولويات بين عمل الوحدة والبحوث.</p> <p>-عدم وجود الدعم الإداري أو غياب الحوافز.</p>	<p>العوامل التنظيمية</p>

فالخطوة الأولى في تحديد الفرص المتاحة لأفضل الممارسات هي التشكيك في الممارسة الحالية. ويمكن تحقيق ذلك بخلق ثقافة تقدر قيمة الممارسة القائمة على الأدلة، وتوقع دعمها. ورغم العوائق الكامنة في تنفيذ الممارسة المبنية على الأدلة في الممارسة السريرية، لا بد أن يكون لها الهياكل والعمليات للحد من هذه العقبات بغض النظر عن النظام الذي يتبعه الممارسون؛ فهناك نهج منظم لتوثيق أفضل الأدلة الممكنة من أجل الممارسة، وتتطوي العملية على تحديد السؤال السريري، وتحديد أفضل الأدلة الممكنة وتقييمه، واستخلاص استنتاجات حول أفضل الممارسات.

تحديد نطاق البرامج القائمة على الأدلة:

<p>١. ما المقصود بهذا التدخل؟</p> <p>أ. ما هو التدخل الذي يهدف إلى معالجة؟</p> <p>ب. ما هو مستوى خطورة خط الأساس من عوامل الخطر والمشكلات؟</p> <p>ج. من الذي يقدم التدخل؟ وما شكل هذا التدخل؟ وكيف يتم في كثير من الأحيان، وإلى متى؟</p> <p>٢. تحديد الجاهزية لتنفيذ EBP</p> <p>أ. اعتراف الأفراد في المنظمة بأن هناك حاجة لتغييرات؟</p> <p>ب. من هم الأفراد المستعدون والقادرون في المنظمة على تحديد أولويات التغييرات؟</p> <p>ج. من الذي يتخذ القرارات وكيفية إبلاغ تلك اتخاذ القرارات؟</p> <p>د. هل هناك عدد كاف من الموظفين لتنفيذ البرنامج EBP؟</p> <p>هـ. هل لدى الموظفين المهارات اللازمة لتنفيذ برنامج EBP؟</p>

و. هل هناك موارد كافية لأداء التكاليف المرتبطة بالبداية والحفاظ على EBP؟

٣. أين يطبق البحث EBP؟

أ. هل يمكن لفريق العمل معرفة المزيد عن EBP؟

ب. هل هناك مدارس أخرى تعتقد أنها نفذت EBP؟

٤. اختيار EBP

أ. هل يمكن لفريق البحث الخاص التعرف إلى الأدلة حول EBP؟

ب. هل تم اختبار EBP عدة مرات لتصميم دراسة صارمة؟

ج. هل هناك وثائق واضحة لنتائج التنفيذ وقيمتها؟

د. هل هناك وثائق واضحة أن نتائج التنفيذ كانت قيمة وصادقة للسكان والمكان، وأفراد عينة البحث؟

هـ. هل يصلح EBP مع نقاط القوة واحتياجات السكان؟

و. هل EBP مناسب ثقافياً؟

ز. ما هي التعديلات الضرورية؟

ح. ما هي ملامح الاستراتيجيات الخاصة بالبرنامج محددة جيداً؟

ط. هل هذه المزايا تناسب على نحو جيد في إطار الإعداد؟

ي. ما هي المواد المتاحة؟

ك. ما أنواع الدعم المتوفرة محلياً، أو من المطور للمساعدة في استعمال التدخل EBP؟

ل. ماهي المزايا EBP، والأهداف، ونظرية التغيير بما يتفق و قيم أصحاب العلاقة؟

م. هل البرنامج EBP متوافق مع EBPs وغيره من البرامج التي تستخدم في الإعداد؟

ن. هل يتطلب EBP دعماً تنظيمياً قوياً وشاملاً، أو إذا وجد عائقاً يعيق على نحو كبير عملية التنفيذ؟

س. هل قوة العمل الحالية الكافية في حجم لتنفيذ EBP على نحو فعال؟ والحاجة الإضافية للموظفين الذين تم

تعيينهم؟

ص. ما المهارات الكافية للقوى العاملة الحالية لتنفيذ أو التدريب اللازم على EBP، ؟

ف. ما هي تكاليف البرنامج القائم على الأدلة بناء على ذلك. EBP ؟

٥. تتبع أثر البرنامج:

أ. ما هي الإجراءات التي يمكن استعمالها لتحديد ما إذا كان البرنامج مفيداً في التدخل؟

ب. ما العمل في حال أن البيانات تشير إلى أن البرنامج غير فعال؟

٦. رصد الصدق وطرائق جودة تحسينه.

أ. ما هي الإجراءات التي يمكن استعمالها لتحديد ما إذا كان البرنامج تم تنفيذه على النحو الذي خطط له حسب

الغرض منه؟

ب. ماذا يمكن القيام به إذا أشارت البيانات إلى أن EBP يتم تنفيذه مع صدق منخفض؟١

١-العناصر المشتركة:

ومع أن هذا قد يكون مربكاً، فمعظم التعاريف المستندة على الأدلة تتضمن عناصر مشتركة مثل: الأساس النظري القوي. المقصود بالنسبة لعدد السكان المناسبين من حيث النمو. وإجراءات جمع البيانات النوعية؛ والأدلة على الفاعلية. إظهار فاعلية البرنامج، وعموماً يجب أن تكون هناك أدلة قوية على أن نتائج البرنامج هي نتيجة مباشرة لأنشطة البرنامج. وهذا يعني أن أي عامل أو عوامل أخرى تكون كبيراً في قدرتها على الاسهام في النتائج أو أن التغييرات لن تحدث عن طريق الصدفة. فعلى سبيل المثال، ف حين نتوقع أن برامج التعليم المبكر لإنتاج تأثيرات إيجابية على الأطفال، وقيم تقيماً علمياً سليماً؛ فالمطلوب من أجل معرفة ما إذا كانت التقييمات تفي بوعدها (Karoly, Kilburn and Cannon, 2005). القول حقاً، أن برنامجاً فعالاً، يجب أن يكون هناك تصاميم بحوث قوية لاختبار النتائج. وهذا يعني استعمال التجريبية / سمة الضبط العشوائية (RTC) Randomized Control Trial أو التصميم شبه التجريبي. فالتصميم التجريبي غالباً ما يشار إليه باسم "المعيار الذهبي" في مجال البحوث. في حين أن مناقشة متعمقة للتصاميم منهجية البحث خارج نطاق هذا العمل، ومن المهم أن نلاحظ أن هناك أنواع معينة من الدراسات اللازمة من أجل القول بأن البرنامج يعمل ويحقق نتائج محددة لمستوى الطفل.

ودون تقييم المقارنات للمجموعة التي تلقت البرنامج أو التدخل مع مجموعة أخرى لم تكن، فإنه سيكون من الصعب تحديد ما إذا كان برنامج/ التدخل يسبب الفروق بين هاتين المجموعتين من الأطفال. أيضاً، إذا تم قياس الأطفال قبل وبعد تلقيهم العلاج، ثم لا يمكن القول إن المكاسب التي حققتها يمكن أن يحدث بالرغم من التدخل. فقد أشار "كارولي زملائه" (٢٠٠٥)، نحن لا نريد أن نتسبب أي أثر إيجابي للبرنامج دون مقارنة مع ما كان يمكن أن يحدث في حالة عدم وجود هذا البرنامج، مثل وجود كل العوامل الثابتة الأخرى. في النهاية، نحن نريد الإجابة على السؤال "بالمقارنة مع من؟" لتحديد ما إذا كان البرنامج هو فعال؛ فالخصائص الأخرى لتصميم البحث الدقيق لحجم عينة كافية (وهذا يعني وجود عدد كاف من عينة البحث الذي تتلقى التدخل)؛ قياس المستمر؛ التكرار. وعلى قدر من المكاسب التي حصل عليها المشاركون من تغيرات في المعرفة والمواقف، والسلوكيات.

٢-الخبرة السريرية:

الخبرة السريرية أمر ضروري لتحديد أفضل الأدلة البحثية ودمجها في البيانات السريرية (على سبيل المثال، معلومات عن المريض للحصول على جلسة علاج) في سياق خصائص المريض والأفضليات لتقديم الخدمات التي لديها أعلى التوقعات لتحقيق أهداف العلاج، وذلك بتدريب المعالجين النفسيين فضلاً عن الممارسين. وميزة من التدريب النفسي هو أنه يشجع على اكتشاف الخبرات السريرية والعلمية للمعالج، والسماح له بفهم الأدب العلمي ودمجه، وكذلك تأطير الفرضيات واختبارها والتدخلات في الممارسة بأنها "عالم الإكلينيكي المحلي" (Stricker & Trierweiler, 1995).

وقد وجد علماء النفس المعرفيين أدلة ثابتة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخبراء والمبتدئين للقيام بمهام معقدة في عدد من المجالات. ويعترف الخبراء بأنماط ذات معنى ويتجاهلون المعلومات غير ذات الصلة، واكتساب المعرفة الواسعة وتنظيمها بطرائق تعكس فهماً عميقاً في المجال الخاص بهم، وتنظيم معرفتهم باستعمال مزايا وظيفية بدلاً من استرجاع المعارف وصفية ذات الصلة لهذه المهمة في تناول اليد تلقائياً، والتكيف مع الأوضاع الجديدة، والمراقبة الذاتية لمعرفة أدائهم، والتأكد عند معرفتهم أنها غير كافية، ومواصلة التعلم، وعموماً، تحقيق النتائج التي تتناسب خبراتهم. لكن الخبراء ليسوا معصومين من الخطأ. فجميع البشر معرضون للأخطاء والتحيز. وبعضها ينبع من الاستراتيجيات والاستدلال المعرفي التي يمكن تكيفها بكفاءة عموماً. وقد ينبع غيرها من ردود الفعل الانفعالية التي توجه كذلك عادة السلوك التكيفي، لكنها يمكن أن تؤدي أيضاً إلى التفكير المتحيز أو بسبب مدفوع ذاتياً. وكلما استطاع علماء النفس المعالجة ضمن مجال البحوث أو الممارسة كان الانتقال خطوة من الملاحظات إلى الاستنتاجات والتعميمات، فقد تكون هناك مخاطر كامنة في التفسيرات، والإفراط في العموميات، والتحيز التأكدي، وأخطاء مماثلة في الحكم. وجزء لا يتجزأ من الخبرة السريرية إدراك حدود المعرفة للمعالج ومهاراته والانتباه إلى الاستدلال والتحيزات المعرفية والوجدانية على حد سواء مما يمكن أن تؤثر على الحكم السريري. فأليات مثل التشاور وردود الفعل المنهجي للمريض يمكن أن تخفف بعضاً من هذه التحيزات. فالمعالج لديه تأثير كبير على النتائج، سواء في التجارب السريرية وفي ممارسة الضبط. في الحقيقة، أن نتائج العلاج ترتبط على نحو منهجي بتوفير العلاج (وتتجاوز نوع العلاج) كدليل قوي على أهمية الخبرة لفهم الممارسة السريرية وسيلة لتعزيز نتائج المريض.

٣- مكونات الخبرة السريرية:

تشمل الخبرة السريرية عدداً من الكفاءات التي تعزز النتائج العلاجية الإيجابية. وتشمل هذه (أ) التقييم التشخيصي والحكم، وصياغة الحالة المنهجية، والتخطيط العلاجي. (ب) صنع القرار السريري وتنفيذ المعالجة، ورصد تقدم المريض. (ج) الخبرة الشخصية؛ (د) انعكاس مستمر للذات واكتساب المهارات؛ (هـ) التقييم المناسب واستعمال الأدلة البحثية في كل العلوم النفسية التطبيقية؛ (و) فهم تأثير الفروق الفردية والثقافية على العلاج؛ (ز) البحث عن المصادر المتاحة (على سبيل المثال، والتشاور، الدعم النفسي، أو الخدمات البديلة) التي يحتاجها المعالج في أثناء التدخل العلاجي؛ (ح) وجود الأساس المنطقي المقنع للاستراتيجيات العلاجية. والخبرة العلاجية تتطور بالتدريب السريري والعلمي والفهم النظري، والخبرة، والتأمل الذاتي، ومعرفة البحوث، والتعليم والتدريب التخصصي المستمر. ويتجلى ذلك في جميع الأنشطة السريرية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تشكيل التحالفات العلاجية، وتقييم المرضى وتطوير بناء الحالة منهجياً، وتخطيط العلاج، وتحديد الأهداف، واختيار التدخلات، وتطبيقها بمهارة، ورصد التقدم المحرز بالصبر وضبط الممارسات تبعاً لذلك؛ ومعرفة وضعية المرضى في سياقهم الاجتماعي والثقافي؛ وتأمين الموارد المتاحة حسب الحاجة (على سبيل المثال، التشاور أو الخدمات البديلة).

التقييم والحكم التشخيصي ومنهجية صياغة الحالة وتخطيط العلاج

علماء النفس هم خبراء في العلاج والقادرون على صياغة واضحة ومتناسكة نظرياً لتصورات الحالة، وتقييم مشكلات المرضى وكذلك نقاط القوة ذات الصلة سريرياً، وفهم تصورات المريض المعقدة، وجعل أحكام التشخيص دقيقة. لذا، يتطلب من المعالجين الخبراء مراجعة تصورات قضيتهم في تقدم العلاج، والسعي إلى التأكيد أو عدم تأييد الأدلة. وتشمل الخبرة السريرية أيضاً تحديد المرضى ومساعدتهم على الاعتراف بالعمليات النفسية التي تسهم في محنتهم أو اضطرابهم الوظيفي.

بينما يشمل تخطيط العلاج تحديد الأهداف ومهام العلاج التي تأخذ في الحسبان المريض شخصاً فريداً من نوعه، وطبيعة مشكلاته ومخاوفه، والتشخيص المحتمل والفوائد المتوقعة من العلاج، والموارد المتاحة. ويتم وضع أهداف العلاج بالتعاون مع المريض والنظر إليه وإلى أسرته في السياق الاجتماعي والثقافي، واختيار استراتيجيات العلاج التي تتطلب معرفة التدخلات والبحوث الداعمة لفاعليتها، وكذلك البحوث ذات الصلة لمطابقتها مع تدخلات المرضى (Norcross, 2002). وتتطلب الخبرة أيضاً المعرفة بعلم النفس المرضي، وعملية العلاج؛ واتجاهات المريض وقيمه، والسياق الاجتماعي - بما في ذلك السياق الثقافي الذي يمكن أن يؤثر على اختيار استراتيجيات العلاج الفعالة وتنفيذها.

صنع القرار العلاجي، تنفيذ العلاج، ورصد التقدم المحرز للمريض:

تتطوي الخبرة السريرية على تقديم التدخل العلاجي بمهارة ومرونة. وتتطلب المهارة والمرونة المعرفة والكفاءة في تنفيذ التدخلات النفسية والقدرة على التكيف في العلاج لحالة معينة. وتتجلى المرونة في البراعة، والتوقيت، والسرعة، وتأطير التدخلات؛ والحفاظ على توازن فعال بين تناسق التدخلات والاستجابة لردود فعل المريض، والانتباه إلى المعاني المعترف بها أو غير المعترف بها، والمعتقدات، والعواطف.

ويرى لامبرت، بيرجن وغارفيلد (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004) أن الخبرة السريرية تتطوي أيضاً على رصد التقدم المحرز لدى المريض (التغيرات في ظروفه - على سبيل المثال، فقدان وظيفته، ومرض خطير) وقد تشير إلى الحاجة لضبط العلاج. فإذا كان التقدم المحرز لا يسير على نحو كاف، واستخدم المعالج النفسي بعض الأساليب العلاجية الأخرى لمواجهة مشكلة المريض، مثل مشكلات في العلاقة العلاجية أو في تنفيذ أهداف العلاج حسب مقتضى الحال. وإذا كان التقدم في مواجهة المشكلة غير كافٍ. فهنا أمام المعالج عدة خيارات، منها: للجوء إلى التشخيصات البديلة أو التشاور مع الآخرين أو إحالة المريض إلى معالج آخر. وقد ينهي المعالج العلاج مع المريض باتخاذ قرارات حول إنهاء العلاج بطرائق مناسبة من حيث توقيتها بتقييم تقدم المريض في سياق حياته، وأهداف العلاج، والموارد، وإمكانات الانتكاس. وصنع القرار الإكلينيكي يتضمن النقاط الآتية:

١- الخبرة الشخصية:

إن الأمر الحيوي والمركزي في الخبرة السريرية هو مهارة التعامل مع الآخرين، وتتجلى في تكوين العلاقة العلاجية، وفك التشفير والترميز للاستجابات اللفظية وغير اللفظية، وخلق توقعات إيجابية واقعية، والاستجابة

التعاطفية للخبرات والاهتمامات الصريحة والضمنية للمريض. وتتطوي الخبرة الشخصية على المرونة لتكون فعالة سريريًا مع المرضى من خلفيات متنوعة. وقدرة المعالجين النفسيين على تحدي المرضى في جو داعم يعزز استكشاف والانفتاح والتغيير. ويشجع المعالج السريري الخبير على انخراط المريض إيجابياً في العملية العلاجية، ويراقب التحالف العلاجي، ويواجه بعناية العوائق التي تحول دون الانخراط في العلاقة والتغيير. كما يعترف بالحوالز التي تحول دون التقدم، ويعالجها بطريقة تتسجم مع البحوث النظرية، على سبيل المثال، استكشاف طرائق علاجية مسدودة غير فعالة مع المريض ومعالجة مشكلات العلاقة العلاجية.

٢- انعكاس الذات المستمر واكتساب المهارات.

تتطلب الخبرة الإكلينيكية القدرة على عكس خبرة الفرد الخاصة، والمعرفة، والفرضيات، والاستدلالات، وريود الفعل الانفعالية، والسلوكيات، واستعمال ذلك الانعكاس لتعديل ممارسات الفرد وفقاً لذلك. وثمة جزء لا يتجزأ من إدراك الخبرة السريرية لحدود معرفة الفرد، ومهاراته، فضلاً عن الاعتراف بالاستدلال والتحفيز (المعرفي والوجداني) التي يمكن أن تؤثر على الحكم السريري (على سبيل المثال، التحيزات التي يمكن أن تحول دون الاعتراف بالحاجة لتغيير تصورات الحالة هي استراتيجيات معالجة غير دقيقة أو معالجة لا تعمل). وتشمل الخبرة السريرية اتخاذ إجراءات صريحة للحد من آثار هذه التحيزات.

إن تطوير الخبرة السريرية وحمايتها وتطبيق هذه الخبرات على مرضى محددين يترتب عليها تأسيس مستمر للمعارف والمهارات الجديدة المشتقة من (أ) البحث والنظرية. (ب) مراقبة منهجية السريرية، لتحقيق الانضباط، واختبار الفرضيات. (ج) الانعكاس الذاتي والتغذية الراجعة لمصادر أخرى (مثل المشرفين والزملاء والمرضى وغيرهم من المهنيين الصحيين، وآخرين لهم معرفة بالمرضى)؛ (د) مراقبة حالة المريض الصحية. (هـ) التعليم المستمر وفرص التعلم الأخرى (على سبيل المثال، شبكات الممارسة، جماعات الدفاع عن المرضى).

التقييم واستعمال الأدلة البحثية

تشمل الخبرة السريرية في علم النفس الخبرات العلمية، وهي واحدة من السمات المميزة للتعليم النفسي وواحدة من مزايا التدريب. إن فهم المنهج العلمي يسمح لعلماء النفس النظر في الأدلة لمجموعة واسعة من تصاميم البحوث، وتقييم الصدق الداخلي والخارجي للدراسات الفردية، وتقييم حجم الأثر عبر دراسات، وتطبيق البحوث ذات الصلة في الحالات الفردية. وتضم الخبرة السريرية أيضاً الموقف العلمي تجاه العمل السريري الذي يتميز بالانفتاح على البيانات والفرضية والفحص السريري، والقدرة على استعمال النظرية لتوجيه التدخلات دون السماح للتصورات النظرية المسبقة أن تتجاوز البيانات السريرية أو البحث.

١- تأثير الفروق الفردية والثقافية في العلاج:

تتطلب الخبرة السريرية الوعي الفردي، والسياق الثقافي الاجتماعي للمريض، لكنها لا تقتصر على السن والتنمية أو العرق أو الثقافة أو الجنس أو التوجه الجنسي، والالتزامات الدينية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي. وتسمح الخبرة السريرية لعلماء النفس أن يكتفوا بالتدخلات في مناخ علاجي يحترم وجهة نظر المريض، وقيمه، وأفضلياته وقدراته والخصائص الأخرى. وقد اعتمدت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2004) المبادئ

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

التوجيهية للممارسة العلاجية القائمة على الأدلة، وممارستها في الثقافات المتعددة، والتوجه الجنسي، وكبار السن، وذلك لمساعدة علماء النفس في تكييف ممارساتهم لفروقات المريض.

٢- البحث عن الموارد المتاحة حسب الحاجة:

يدرك المعالج النفسي أن الوصول إلى المصادر الإضافية يمكن أن تعزز أحياناً فاعلية العلاج النفسي. وعندما تشير الأدلة البحثية إلى قيمة خدمات المساعدة أو عندما لا يحصل المرضى على أي تقدم كما هو متوقع، فإن المعالج النفسي قد يسعى إلى التشاور مع الآخرين أو يقرر إحالة المريض إلى معالج آخر. إن الخدمات البديلة ذات الحساسية الثقافية التي تستجيب لسياق المريض أو وجهة نظره يمكن أن تكمل العلاج النفسي. إن تشاور المعالج النفسي مع الآخرين يعد وسيلة لمراقبة وصحية، إذا كانت التحيزات المعرفية والوجدانية ضرورية.

٣- خصائص المرضى، والثقافة، والتفضيلات:

البيانات المعيارية على "ما يصلح منها" توفر أدلة ضرورية لممارسة فعالة. ومع ذلك، في خدمات الممارسة النفسية من المرجح أن تكون فعالة عندما تكون الاستجابة لمشكلات المريض محددة، ونقاط القوة، الشخصية، والسياق الاجتماعي والثقافي، والأفضليات (Norcross, 2002).

وتاريخ علم النفس طويل في دراسة الفروق الفردية والتغيير النمائي، والأدب التجريبي المتزايد المتعلق بالتنوع البشري (بما في ذلك العلاج النفسي عبر الحضاري)، الذي وضعه في موقف قوي لتحديد طرائق فعالة لدمج البحوث والخبرة السريرية لفهم خصائص المريض الأساسية لـ EBPP. وينطوي EBPP النظر في قيم المريض ومعتقداته الدينية، وجهات نظره الشاملة، والأهداف، والأفضليات لتلقي العلاج في خبرة المعالج النفسي وفهم البحوث المتاحة. عدة أسئلة لتأطير الجدل الدائر حالياً حول دور خصائص المريض في العلاجات القائمة على الأدلة في علم النفس EBPP.

أولاً: يتعلق الأول بمدى خصائص المريض عبر التشخيص، مثل السمات الشخصية أو المجموعات عدة من الأعراض، والتخفيف من وطأة التدخلات المختبرة تجريبياً.

ثانياً: مسألة ذات صلة تتعلق بمدى حاجة العوامل الاجتماعية والاختلافات الثقافية إلى أشكال مختلفة من العلاج أو، على العكس، إلى أي مدى التدخلات التي تم اختبارها على نطاق واسع لدى أغلب السكان يمكن تكييفها بسهولة للمرضى الذين يعانون من خلفيات عرقية أو اجتماعية وثقافية مختلفة.

ثالثاً: والسؤال الثالث، المتعلق بتعظيم مدى التدخلات المستخدمة على نطاق واسع لجميع الاعتبارات النمائية، سواء بالنسبة لثقافة الأطفال والمراهقين التي هي بناء متعدد الأوجه، التي لا يمكن فهم العوامل الثقافية بمعزل عن الاجتماعية، والطبقية، والخصائص الشخصية التي تجعل كل مريض فريداً من نوعه.

رابعاً: والسؤال الرابع فيتعلق إلى أي مدى تتغير العروض السريرية، مثل الاعتلال المشترك والأعراض، معتدل تأثير التدخلات. وراء كل هذه الأسئلة هي قضية فضلى في كيفية التعامل لعلاج المرضى الذين يعانون من الخصائص (مثل والجنس والهوية الجنسية، العرق والجنس والطبقة الاجتماعية، وحالة العجز، الجنسي التوجه)

والمشكلات (على سبيل المثال، الاعتلال المشترك) قد تختلف من تلك العينات المدروسة في مجال البحوث. وهذا أمر من مناقشة نشطة في هذا المجال، وهناك زيادة اهتمام الأبحاث إلى تعميم التدخلات النفسية وقابلية التعميم، وتشير البيانات المتاحة إلى أن مجموعة من المتغيرات ذات الصلة بالمريض تؤثر على النتائج، وكثير منها هي الخصائص عبر التشخيص مثل: الوضع الوظيفي، والاستعداد للتغيير، ومستوى الدعم الاجتماعي، وخصائص أخرى للمريض هي ضرورية للنظر في تشكيل علاقة علاجية والحفاظ عليها، وفي تنفيذ تدخلات محددة. وتشمل هذه: (أ) التغيرات في عرض المشكلات أو اضطرابات، المسببات، الأعراض المترامنة أو المتلازمات والسلوك؛ (ب) العمر الزمني، والتاريخ النمائي، ومرحلة الحياة؛ (ج) العوامل الاجتماعية والثقافية والعائلية (على سبيل المثال، الفروق بين الجنسين، الهوية الجنسية أو العرق أو الجنس أو الطبقة الاجتماعية أو الدين أو وضع الإعاقة، بنية الأسرة، والتوجه الجنسي)؛ (د) الإطار البيئي الحالي والضغوطات (على سبيل المثال، البطالة، وأحداث الحياة مؤخرًا)، والاجتماعية العوامل (على سبيل المثال، فروق في الرعاية الصحية)؛ و (هـ) التفضيلات الشخصية والقيم والتفضيلات ذات الصلة.

عدد من الأعراض المقدمة سبيل المثال، الاكتئاب، والقلق، والفشل الدراسي... تتشابه عبر المرضى. ومع ذلك، الأعراض أو الاضطرابات التي تتشابه ظاهرياً كثيراً ما تكون غير متجانسة فيما يتعلق بالمسببات، مثل: أحوال الطقس، والعمليات النفسية التي يمكن المحافظة عليها. وعلاوة على ذلك، فإن معظم المرضى الذين يعانون من أعراض متعددة أو متلازمات بدلاً من اضطراب واحد منفصل أو نقي Newman, Moffitt, 1998 (، على سبيل المثال وجود الظروف المترامنة قد تعدل الاستجابة للعلاج، وتهدف التدخلات إلى علاج أعراض اضطراب واحد وكثيراً ما يؤثر على الأعراض الأخرى. وتشير الهيئة الناشئة للبحوث أيضاً إلى أن متغيرات الشخصية تكمن وراء عدد من المتلازمات النفسية وكجزء من الاعتلال المشترك بين متلازمات موثقة على نطاق واسع في مجال البحوث (بارلو، ١٩٩٨). ويجب على علماء النفس أن يقدموا للفرد الخيارات المعقدة الضرورية لوضع التصور، وتحديد الأولويات، وعلاج عدد من الأعراض.

استعمال برامج قائمة على الأدلة في علاج اضطرابات القلق

وضع عدد من الباحثين استعمال تقنيات التدخل العلاجي المناسبة لعلاج اضطرابات القلق كما أشارت إليها البحوث العلاجية القائمة على الأدلة، ويمكن وضع في الجدول (٦) الآتي تصنيف اضطرابات القلق والتقنيات المناسبة لكل علاج:

العلاجات الداعمة القائمة على الأدلة	تصنيف اضطرابات القلق
علاج نشط، تقنيات الاسترخاء، علاج معرفي سلوكي	القلق العام
تقنية التعرض، منع الاستجابة، العلاج المعرفي السلوكي	الوساوس القهرية
التعرض في الواقع، العلاج المعرفي السلوكي، تدريبات الاسترخاء	اضطرابات الذعر
التعرض، الحد من الضغوط، تقنية EMDR	اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة

القلق الاجتماعي	تعلم مهارات اجتماعية، استرخاء، التعرض، التحصين التدريجي، علاج معرفي سلوكي
-----------------	---

الاتجاهات المستقبلية

رغم أن البحوث المتاحة أقل من ذلك بكثير حول الخبرة العلاجية أساساً مهمة واضحة للتدخلات النفسية، على سبيل المثال، تشير الأبحاث إلى أن صياغة الحالة والتشخيص والأحكام السريرية يمكن الاستدلال عليها، وتكون موثوقة وصحيحة عندما تنبئ بطرائق تعظيم الخبرة السريرية (Westen & Weinberger, 2005). كما تشير الأبحاث إلى أن الحساسية والمرونة في إدارة التدخلات العلاجية تنتج أفضل النتائج عندما تطبق مبادئ الأدلة في البرامج العلاجية على نحو صارم.

إن استعراض البحوث عن التحيز والاستدلال قد اقترحت إجراءات الحكم السريري التي قد يستخدمها المعالجون في الحد الأدنى لتلك التحيزات، لأن أهمية التوافق في النتائج العلاجية وفهم سمات الشخصية والتدخلات من المعالجين يمكن أن تعزز العلاقة العلاجية بوصفها أمراً ضرورياً لتحقيق أقصى قدر من الجودة لاهتمامات المريض (Ackerman & Hilsenroth, 2003). كما أن التعاون على أساس الاحترام المتبادل بين الباحثين والخبراء الممارسين يمكن أن يعزز دراسة إحصائية منهجية مفيدة في الخبرة السريرية. والاحتياجات البحثية الأكثر إلحاحاً هي ما يلي:

- دراسة ممارسات المعالجين الذين يحصلون على أفضل النتائج في المجتمع، سواء في مشكلات عامة أو في حالات معينة من المرضى.
 - تحديد المهارات التقنية المستخدمة من قبل المعالجين في إدارة التدخلات النفسية التي أثبتت أن تكون فعالة.
 - تحسين الموثوقية والصلاحية، والفائدة السريرية من التشخيصات وحيثيات المشكلة.
 - دراسة الظروف التي تزيد في الخبرة السريرية (بدلاً من التركيز في المقام الأول على حدود الخبرة السريرية).
 - تحديد دراسة الأخطاء والتحيزات على نطاق واسع في الأدب التي ترتبط بالتناقضات في نتائج العلاج وكيفية تعديلها أو تصحيحها.
 - وضع مقاييس معيّنة على جيد يمكن للمعالجين استعمالها لتحديد أحكام التشخيص وقياس التقدم العلاجي بمرور الوقت، وتقييم العملية العلاجية.
 - الخبرات المميزة المرتبطة بالعوامل المشتركة لمعظم العلاجات، والخبرة المحددة لأساليب علاجية معينة.
 - يوفر المعالجون بردود فعل المريض الحقيقية قياس التقدم المحرز نتيجة للتدخل العلاجي، والأدوات السريرية التي تدعم ضبط العلاج حسب الحاجة.
- هناك حاجة إلى بحوث إضافية بشأن تأثير خصائص المريض على اختيار العلاج والعمليات العلاجية، والنتائج، إضافة إلى البحث عن الخصائص عبر التشخيص، والأعراض وفاعلية التدخلات النفسية في مجموعة متنوعة ثقافياً لهو أمر مهم للغاية. لذا، نقترح الأولويات البحثية التالية:
- خصائص ملاحظة المريض للاستجابة للعلاج في الأوضاع الطبيعية.

- نتائج دراسات مستقبلية حول العلاجات والعلاقات مصممة خصيصاً للخصائص التشخيصية للمرضى، بما في ذلك الكفاءة، وتصاميم العلاج التفاعلي.
- فاعلية التدخلات التي تمت دراستها على نطاق واسع لدى أغلب السكان مع الشعوب الأخرى.
- دراسة طبيعة الصور النمطية الضمنية التي تم علاجها من قبل علماء النفس والمرضى والتدخلات الناجحة للحد من التنشيط أو التأثير الإيجابي أو السلبي.
- طرائق لجعل المعلومات عن الثقافة والعلاج النفسي قابلة للوصول لعدد كبير من الممارسين.
- تعظيم الجوانب المعرفية والانفعالية للمعالج، واثار كفاءته في المرضى على اختلاف فئاتهم ومشكلاتهم.
- تحديد النماذج الناجحة لصنع قرار العلاج في ضوء تفضيلات المريض.

ملخص واستنتاج

إن الممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس هي التكمال لأفضل البحوث المتاحة بالخبرة العلاجية في سياق خصائص المريض، وثقافته وأفضلياته. والغرض من هذه الممارسة هي تعزيز الممارسة النفسية الفعالة وتعزيز الصحة النفسية لعامة بتطبيق مبادئ تم تدعيمها تجريبياً في ضوء التقييم النفسي، وصياغة الحالة، والعلاقة العلاجية، والتدخل. وقد تم تعلم الكثير في القرن الماضي من البحوث النفسية الأساسية والتطبيقية، وكذلك من الملاحظات والفرضيات التي وضعت في الممارسة العلاجية. وعدد من الاستراتيجيات للعمل مع المرضى تم صقلها بأنواع من المحاكمة والخطأ وتوليد فرضيات علاجية، تشكل الجانب العلمي الأكثر دقة في الممارسة السريرية. حتى الآن، اختبار الفرضيات السريرية ولها حدود، ومن هنا جاءت الحاجة لدمج الخبرة العلاجية بأفضل الأبحاث العلمية. ولعل الرسالة الرئيسية لهذه القوة المهمة أكثر الجوانب تشجيعاً في العملية التي أدت إليها هي تحقيق التوافق بين مجموعة متنوعة من العلماء والأطباء وعلماء النفس لوجهات نظر متعددة حول الممارسة العلاجية القائمة على الأدلة في علم النفس وقد حظيت بتقدير كبير من الاهتمام بناء على مصادر متعددة من الأدلة العلمية. وتعكس هذه الرؤية، إعادة تأكيد علماء النفس أن يعرفوا: أن المنهج العلمي هو وسيلة للتفكير ومراقبة منتظمة، وهذا هو أفضل وسيلة لتعلم ما يصلح منه. وينبغي بذل القرارات السريرية بالتعاون مع المريض على أساس من أفضل الأدلة ذات الصلة بالعلاج، آخذين في الحسبان التكاليف المحتملة، والفوائد، والموارد والخيارات المتاحة. إن العلاج النفسي هو الذي يجعل الحكم النهائي بشأن خطة التدخل... وأن قرار المريض النشط هو أبلغ عموماً على نحو حاسم لنجاح الخدمات النفسية. والمعالج هنا لا ينبغي أبداً أن يتخذ القرارات من قبل أشخاص غير مدربين، وليس لديهم دراية بمشكلة المريض. وتتطوي الممارسة القائمة على الأدلة البحثية لمريض معين دائماً على الاستدلالات الاحتمالية للتطبيق والتي قد تتطلب من المريض قرارات وتدخلات لم تعالج على نحو مباشر في البحوث المتاحة. لذلك، فالرصد المستمر لنقدم المريض وتعديل العلاج حسب الحاجة ضرورة لـ EBPP. وعلاوة على ذلك، يجب على علماء النفس أن يحضروا مجموعة من النتائج التي قد توحى أحياناً باستراتيجية واحدة وأحياناً بأخرى، ويجب عليهم أن يتعرفوا على القيود المفروضة على البحوث المتاحة وجهاً لوجه بطرائق قياس مختلفة لتحقيق النجاح. وقد تشمل النتائج النفسية ليس فقط تخفيف الأعراض ومنع حلقة الأعراض في المستقبل، بل أيضاً جودة الحياة، والتكيف في العمل والعلاقات، والقدرة على اتخاذ

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

خيارات مرضية في الحياة، وتغير في الشخصية، وغيرها من الأهداف التي تمت بالتعاون بين المريض والطبيب. وبناء على كل ذلك، فالممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس هي وسيلة لتعزيز تقديم الخدمات للمرضى في جو من الاحترام المتبادل، وفتح التواصل والتعاون بين جميع أصحاب الاهتمام، بما فيهم الأطباء والباحثون والمرضى ومديرو الرعاية الصحية وصناع القرار.

مراجع البحث

- خضر، عبد الباسط (٢٠١٣). الممارسة القائمة على الأدلة في العلوم لاجتماعية. بحث منشور في جامعة الملك عبد العزيز. جدة.
- العاسمي، رياض (٢٠١٦). العلاج النفسي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- American Psychological Association. (2005). *Report of the Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Ronald F. Levant, EdD, MBA, ABPP, President.
- American Psychological Association. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC.
- American Psychological Association. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 55*, 1440-1451.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 57*, 1052-1059.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 59*, 236-260.
- Baez, T. (2003). *A CBT and psychodrama-based treatment group for public speaking anxiety with college students*. Unpublished manuscript, University of Michigan.
- Bates, L. W., McGlynn, F. D., Montgomery, R. W., & Mattke, T. (1996). Effects of eye-movement desensitization versus no treatment on repeated measures of fear of spiders. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(6), 555-569.
- Bergin and Garfield.(2004). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* .5th Edition, New York, NY : Wiley.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*, 869-.
- Bernadette Mazurek Melnyk,.(2012). *The Seven Steps of Evidence-Based Practice*. 110, 1.51-54.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3-16.

- Cook et al.(2005). *Implementation of Evidence-Based Treatment* for PTSD. 26/ NO. 4 ISSN: 1050 –1835 • National Center for PTSD.
- Cook, J.M., Dinnen, S., Simiola, V., Thompson, R., & Schnurr, P. (2012). VA residential provider perceptions of dissuading factors to the use of two evidence-based PTSD treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45, 136–142
- Cooney, S., Huser, M., et al. (2007). *Evidence Based Programs: an Overview. What Works, Wisconsin* Issue 6. University of Wisconsin–Madison and University of Wisconsin–Extension
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., & Lansford, J. E. (2006). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York: Guilford Press.
- Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L., & Flewelling, R.L. (1994) How effective is Drug Abuse Resistance Education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84(9), 1394.
- Fischer, J. E., & O'Donohue, W. T. (Eds.). (2006). New York: Springer.
- Fischer, J. & O'Donohue. (2009), *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional* (6th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.452 Part 4
- Fixsen, D. Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Health Institute, The National implementation Research Network Health Institute, The National implementation Research Network.
- Harris, D.J, Eilers J, Harriman A, Cashavelly BJ, Maxwell C.(2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clin J Oncol Nurse*. 2008 Feb;12(1):141–52
- Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.
- Institute of Medicine. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care* (B. D. Smedley, A. Stith, & A. R. Nelson, Eds.). Washington, DC: National Academies Press.
- Karoly L, Kilburn M, Cannon J. (2005). *Early childhood interventions: Proven results, future promise*. Santa Monica, CA: RAND.
- Kazdin et al.(2003).*Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, Second Edition 2nd Edition. New York: Guilford. USA
- Kyler, S., Bumbarger, B., & Greenberg, M. (2005). *Evidence-based programs: Technical assistance fact sheet*. University Park, PA: The Pennsylvania State University, Prevention Research Center. (ERIC Document Reproduction Service NO. ED496419).

نهج التقييم الإكلينيكي لبرامج الإرشاد المدرسي في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة أ. د. العاسمي

- Lambert, J.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 139–193). New York: Wiley.
- Leff, H. S. (2002). Section V: *Insurance for Mental Health Care*: Chapter 17. A Brief History of Evidence–Based Practice and a Vision for the Future. SAMHSA’s National Mental Health Information Center.
<http://mentalhealthsamhsa.gov/publications/allpubs/SMA043938/Chapter17>
- Levant, R.F. (2005, July 1). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence–Based Practice*. American Psychological Association.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305–311.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Oman, K. S., Duran, C., & Fink, R. (2008). Evidence–based policy and procedures: An algorithm for success. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 47–51.
- (SAMHSA). (2005). *SAMHSA model programs*: Background. Retrieved February 7, from <http://www.modelprograms.samh.gov/> Science–Based Substance Abuse and Mental Health Services Administration Comparison Matrix.
- (SAMSHA) (2002). Comparison matrix of science–based prev programs. Retrieved February 7, 2005 from <http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/C>
- SAMHSA’s *National Registry of Evidence–based Programs and Practices (NREPP)*: Substance Abuse Prevention Programs (Ages 6–12; 13–17).
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn’t. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). Evidence–based medicine: *How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence–based medicine: How to practice and teach EBM* (2 ed.). New York: Churchill Livingstone.

- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Sackett ,D. L., Rosenberg,W. M., Gray,J. A., Haynes,R. B., Richardson,W. S. (1996).Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71 72.
- Salbach, N.M, Jaglal SB, Korner–Bitensky N, Rappolt S, Davis D.(2007).Practitioner and organizational barriers to evidence–based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*87(10),1284–303.
- Sexton, T. L. (1996). The relevance of counseling outcome research: Current trends and practical implications. *Journal of Counseling and Development*, 74, 590–600.
- Summerskill, W., & Pope, C. (2002). An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Family Practitioner*, 19, 605–610.
- Tucker, J.A, Roth DL. (2006). Extending the evidence hierarchy to enhance evidence–based practice for substance use disorders. *Addiction*. 101:918–
- Turan.Janet. M.et al.(2006). Challenges for the adoption of evidence based maternity care in Turkey. *Social Science & Medicine* 62(9):2196–204 .
- VanHasselt, V., & Hersen, M. (Eds.) (1996). *Source book of ogi*
- Wampold, B.E. (2010). The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice. Washington D.C.: *American Psychological Association*.
- Westen, D., & Weinberger, J. (2005). In praise of clinical judgment: Meehl’s forgotten legacy. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1257–1276.
- Youngblut, J., Brooten, D. Evidence–based nursing practice: *Why is it important?* AACN Clinical Issues. 2001; 12:468–476.