

العوامل المساهمة في حدوث الانتكاسة للمدمنى الكحوليات والمخدرات

الدكتور / شهد عبد الله الدليم

أستاذ علم النفس المساعد

جامعة الملك سعود بالرياض

المقدمة :

تشكل ظاهرة سوء استخدام المواد العقاقيرية والكيميائية في عصرنا الحاضر خطراً جسيماً يتغلغل في أوساط المجتمعات الشرقية والغربية ، الغنية والفقيرة ، المتقدمة والنامية على حد سواء كما يمتد ليشمل جميع الشرائح الاجتماعية فهو موجود في أوساط الشباب كما هو الحال لدى كبار وبين النساء والرجال .

من هنا فقد حشدت الأمم والهيئات المحلية والمنظمات الدولية جهودها المادية والبشرية والسياسية والقانونية لمكافحة هذه المشكلة ومن ضمن هذه المجهودات تبرز المحاولات الصحية والتي على الرغم من تحقيقها لبعض النجاحات في البرامج العلاجية إلا أن استمرارية التعاطى أو بمعنى أكثر دقة ، انتكاسة المدمنين ، لا تزال هاجساً يقلق الدول والحكومات قبل المعالجين نظراً لما تسببه من تكاليف وأعباء مادية واجتماعية وأمنية .

لقد عرفت الانتكاسة على أنها العودة للنمط السيئ في استخدام المخدرات والمواد الكيميائية الأخرى بعد قضاء فترة علاجية جيدة ، تضمنت الانقطاع التام عن تعاطى المخدر وتناول المسكرو ، هذه العودة تكون في العادة خارج إرادة

الشخص حيث لا يمكن التحكم فيها (Lewis and others, 1994) إن الانتكاسة من وجهة نظر البعض تعد إحدى السمات البارزة في عملية إدمان الكحوليات والمخدرات فهي تمثل مشكلة كبيرة للمدمنين ومعالجهم ، فعلى سبيل المثال نجد أن بولتس وأرمور وبريكر (Polich, Armor and Braiker, 1981) قد وجدوا أن حوالي ٩٠٪ من المدمنين الذين تم علاجهم ينتكسون خلال العام الأول من الفترة العلاجية .

كذلك فإن هنت وزملاؤه (Hunt et al., 1971) قد استنتجوا في دراسة قاموا بها على مجموعة من مدمني الهيروين والكوكيين والكحول أن خمسين في المائة من معدلات الإنتكاسة تحدث في الشهور الثلاثة الأولى، في حين وجد أن ثمانين في المائة من نسب الانتكاسة تحدث في الشهور الستة الأولى . كما أن دراسة بيلقزوموس (Billings and Moos, 1992) قد توصلت إلى أن الانتكاسة تحدث خلال شهر إلى ثلاثة شهور من انقضاء مدة العلاج.

يتفق الكثير من الباحثين والمعالجين على أن الإنتكاسة تظهر خلال أسابيع أو شهور ومعرفة علامات الإنذار الخاصة بظهورها وما يجب أن يتخذه المريض المدمن بشأنها من إجراءات يفترض أن تكون جزءا من عملية التعافى (Recovery) فلقد أكد واشتون (Washton, 1989) أن عملية الانتكاسة التي يتعرض لها المدمنون تمر في منظومة مترادفة من التطورات والتفاعلات النفسية التي تأخذ الأشكال والصور التالية :

١ - تزايد الضغوط بسبب التغيرات السلبية وأحداث الحياة.

٢ - إحياء الأفكار والإعتقادات والأمزجة والمشاعر السلبية كالارتباك والهيح

والاكتئاب وفقدان كامل للأحاسيس والمشاعر .

٣ - ردة الفعل المفرطة أو الفشل الكامل في إتخاذ بعض القرارات أو التصرف في بعض المواقف بطريقة ملائمة كاستجابات للأوضاع والضغوط مما يؤدي إلى تعميق واستمرارية تفاعلات المشكلة .

٤ - نكران وجود المشكلة أو حدوثها والفشل في الاستفادة من إمكانيات الفرد أو الاستفادة من الأنساق الإجتماعية الداعمة.

٥ - تجاهل المدمن للمشكلات الجديدة الطارئة وكذلك المشكلات الأساسية (المشكلة الأصل) .

٦ - إدراك المدمن أن الموقف قد خرج من إرادته وأنه قد وصل إلى نقطة اللاعودة مع العجز عن عمل أى شئ مع تزايد التفكير في الأوقات السعيدة والأيام الخوالي والتي تخطر على فكر المدمن وذاكرته بشكل متكرر ومتزايد.

٧ - المدمن يجد نفسه تدريجيا في أوضاع ومواقف شديدة الخطورة أو يضع نفسه في مواقف تدميرية ذاتية .

٨- تتزايد الضغوط على المدمن مع استمرارية انزلاقه خارج حدود السيطرة الذاتية فيصبح تدريجيا معزولا ومغتربا بالنسبة لنسقه الاجتماعى فتسيطر عليه مشاعر الإحباط واليأس والحرع الاجتماعى وفقدان الثقة والأمل فتتسارع الأفكار الوسواسية وتتزاحم في ذهنه .

٩ - تتعزز لدى المدمن حالة من اللهفة والاشتياق (craving) لا يستطيع مقاومتها تؤدي بالمدمن فى نهاية الأمر إلى استخدام المادة المخدرة ، وهنا تكتمل منظومة الإنتكاسة وتوضح معالمها .

إذن يمكن القول بأن واشتون قد خلص إلى أن عددا من المدمنين يواجهون صعوبات جمة في التغلب على حالات المزاج السلبية مثل المشاعر المزمنة من السامة والاكتئاب والوحدة والتعاسة والغضب والقلق والخجل والذنب إضافة إلى الذكريات المؤلمة التي تمثل في الغالب نذرا بحدوث الانتكاسة .

كذلك فإن ديلي وكامبل (Daley and Campbell, 1989) يتفقان مع واشتون في وجود علامات وأمارات نفسية واجتماعية تشكل تهديدا حقيقيا لحالة الشفاء يمكن إجمالها فيما يلي :

- ١ - الشعور بالغضب والسامة والكآبة والوحدة والخجل والفراغ .
- ٢ - التكفير المفرط بخصوص بعض الذكريات المؤلمة .
- ٣ - تطوير أساليب إدمانية أخرى مثل القمار أو الجنس بغرض الهروب من الألم .

- ٤ - بروز مشكلات في العلاقات الشخصية والاجتماعية .
- ٥ - حدوث تغييرات جذرية في أسلوب الحياة .
- ٦ - الضغوط التي يجدها المدمن من الأصدقاء والمزلاء والأقارب وحتى الأهل .

هنا لعله من نافلة القول التذكير بأن الوقاية من الانتكاسة هي الهدف النهائي لأي برنامج علاجي ناجح فقد اقترحت عدة نماذج نظرية للوقاية من حدوث الانتكاسة يمكن إجمالها فيما يلي :

- ١ - النموذج المرضى (Disease Model) : وهو النموذج الذي بدأه جيلنك

(Jellinek) في عام ١٩٦٦ ويقوم على افتراض أساسى مؤداه أن الأفراد المدمنين على تناول الكحوليات وتعاطى المخدرات يكون لديهم اشتياق ولهفة طبيعية عارمة للعودة لذا فهم لا يستطيعون المقاومة بل إن المناصرين لهذا النموذج يذهبون إلى أن الاعتماد على الكحوليات والمخدرات يعد شيئا تطوريا وأمرا يتعذر تغييره أو تجنبه .

٢ - النموذج التطوري التعلمی : وقد قدمه قورسكى (Gorsky , 1990) والذى يرى أن الفرد فى بحثه عن العلاج يمر بخمس مراحل هى :

* الاستقرار والانسحاب الحاد .

* التعافى المبكر عندما يبدأ المدمن فى تعلم كيف يعيش بدون مخدر

* التعافى المتوسط عندما يحاول المدمن تكوين أسلوب حياة متوازن .

* التعافى المتأخر عندما يناقش المدمنون قضايا عائلية ونفسية عميقة .

* المحافظة على إيجابيات العلاج (maintenance stage) التى تتضمن الوصول إلى وضع دائم (حالة مستمرة) من التركيز والانتباه لاحتمالية الانتكاسة.

إن معظم البرامج العلاجية فى رأى قورسكى تهتم وتنجح فى مرحلة التعافى المبكر ولكنها فى الغالب تفشل وتخفق فى مناقشة موضوعات وحاجات المراحل اللاحقة ، لذا فإنه من أجل الوصول إلى تحقيق أهداف عملية فعالة عند انقطاع المدمن عن الإدمان وإحداث التغييرات المنشودة فى أسلوب حياته فلا بد من اكتسابه لمهارات خاصة بكل مرحلة حيث يجب على المعالج توفير ما يلى :

- أ - مساعدة المرضى فى تكوين وبناء طريقة حياتية يومية متوازنة وموائمة .
- ب - القيام بعمل مراجعات وتأملات وتقويمات ومتابعات ذاتية .
- ج - التعلم والتعرف على طبيعة المرض (الاضطراب الإدمانى) .
- د - تحديد مؤشرات الانتكاسة والتعامل معها مبكرا .

هذا النموذج يجد تأييدا من عدد كبير من المهتمين فهم يرون أن عددا كبيرا من البرامج العلاجية تتجاهل ويشكل عام مشكلة الانتكاسة فمثلا نجد المعالجين يتجنبون الحديث مع مرضاهم عن هذا الموضوع أو ذاك خوفا من أن يفهم من قبلهم على أنه تشكيك أو توقع للفشل أو تعزيز ذاتى للتنبؤ بالفشل (واشتون وزملاؤه ١٩٩٥) .

٣ - النموذج الاجتماعى النفسى البيولوجى : والذى يعتبر دنوفان (Donovan , 1988) أبرز رواده حيث تقوم فكرة هذا النموذج على أن الإدمان ما هو إلا نمط سلوكى تطورى معقد له عناصره ومكوناته البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية والسلوكية ، لقد قام تشيايوزى (Chiauuzzi) (1991) بتطبيق هذا النموذج على برنامج وقائى من الانتكاسة مؤكدا على الأنساق البيولوجية والنفسية التى تمثل مؤشرات الخطورة فى مجال الانتكاسة مثل الإعاقات العصبية واللهفة والاشتياق والعجز البيولوجى الكيماوى فى حين تتضمن المكونات السيكلوجية الاعتقادات والتوقعات حول التعاطى بالاضافة للقصور فى مهارات التكيف ، أما بالنسبة للعوامل الاجتماعية التى لها دورها فى حدوث الانتكاسة فتتمثل فى الأحداث الحياتية السلبية والأوضاع الاقتصادية والبطالة ونوعية الإقامة واستقرار الأوضاع الأسرية ... الخ .

٤ - نموذج نظرية التعليم الاجتماعي : يرى أتباع هذا الاتجاه أن التعاطى وإساعته هى نتائج لتاريخ طويل من الأساليب والممارسات المتعلمة حين يصبح سلوك شرب الكحوليات أو تعاطى المخدرات قد تعزز وازداد فى الكمية والكثافة والمدة بواسطة الضغوط البيئية . من هنا يمكن القول بأن أصحاب هذا الاتجاه يرون أن الإدمان يحدث نتيجة لمجموعة من العوامل والمتغيرات النفسية والمعرفية والعاطفية والموقفية والفسولوجية .

٥ - النموذج السلوكى المعرفى : يرى مارلات وقوردن (Marlat and Gordon) أن عملية الانتكاسة تبدأ عندما يواجه المدمن (سابقا) وضعا شديد الخطورة فى ظروف لا تسمح له بالاستجابة التكيفية المناسبة . هذه الأوضاع عالية الخطورة التى تسهم فى حدوث الانتكاسة للمدمن السابق تظهر لعدة أسباب منها :

- الضغوط الاجتماعية .

- تزايد الانفعالات والمشاعر السلبية مع انخفاض ملحوظ فى الاتجاهات وردد الأفعال الايجابية .

- الأعراض الانسحابية وقلة الانفعالات الايجابية .

مشكلة الدراسة :

من خلال العرض السابق يتضح أن الانتكاسة ظاهرة من الظواهر البارزة فى عملية الإدمان على المخدرات والكحوليات وتبقى مسألة الوقاية منها أو السيطرة عليها أمرا يتطلب العمل على تحديد مسبباتها المتشابكة والعوامل المتداخلة المساهمة فى حدوثها ، حيث تسهم العوامل البيولوجية والنفسية

والاجتماعية والبيئية ويشكل ملحوظ في عودة المدمن إلى التعاطى بعد فترة علاج ناجحة ومدة انقطاع مناسبة . إن النتائج التي توصلت لها دراسة هوفمان وميلر (Hofman and Miller, 1993) تعد خير مثال معبر عن غالبية تلك العوامل الأكثر إسهاما في حدوث الانتكاسة والتي يمكن رصدها في الآتى :

١- اللفة والاشتياق .

٢ - الضغوط الأسرية والاجتماعية .

٣ - الأعراض الانسحابية .

٤ - المشكلات المهنية والمالية ومتطلبات الحياة اليومية .

٥ - توفر المادة المخدرة وإتاحة العقار للتداول والتناول .

٦ - السلوكيات السلبية المضادة والمنافية للأعراض والتقاليد الاجتماعية .

إذن وفي ضوء ما تقدم من سرد نظرى يمكن تحديد مشكلة الدراسة وتساؤلاتها فيما يلى :

١- ما هي العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية الأكثر إسهاما في حدوث الانتكاسة للمدمنين على المخدرات والكحوليات ؟

٢ - هل يختلف تأثير العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية المساهمة في حدوث الانتكاسة باختلاف العمر أو الحالة الاجتماعية أو المهنة أو المستوى التعليمى أو نوعية المخدر أو عدد مرات التنويم ؟

أهداف الدراسة :

١ - تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العوامل الشخصية والأسرية

والاجتماعية والعلاجية الأكثر إسهاما فى حدوث الانتكاسة للمدمنين على المخدرات والكحوليات .

٢ - كذلك تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف متغيرات العمر أو الحالة الاجتماعية أو المهنة أو المستوى التعليمى أو نوعية المخدر أو عدد مرات التنويم.

أهمية الدراسة :

لم يعرف المجتمع السعودى الذى تحكمه العقيدة الإسلامية دستوراً ومنهجاً وأسلوب حياة خلال تاريخه الطويل إباحة لتناول أى مادة من المواد المسكرة أو المخدرة على الإطلاق ، ومع ذلك نجد أن تناول الكحوليات وتعاطى المخدرات أصبح وياً يشغل بال الجميع حتى وإن ظهر فى صورة ممارسات شخصية خاطئة وشاذة عن المعايير الاجتماعية لأى أسرة أو جماعة ، أو حتى إن نظرنا له كضريبة باهظة الثمن يجب تسديدها مقابل مكتسبات التحديث ومعطيات التمدن التى سادت مختلف مؤسسات المجتمع خلال الربع الأخير من هذا القرن الميلادى . ومع أن الدولة حرصت على مضاعفة الجهود لمقاومة هذا الداء الخطير على مختلف الأصعدة لكن تبقى مشكلة استمرار التعاطى وحالات الانتكاسات المرضية المتكررة للمدمنين هاجسا يؤرق البال ويدعو إلى مزيد من التقصى والبحث عن أفضل الطرق والأساليب للحد من انتشار هذه الظاهرة ، من هنا تكمن أهمية هذه الدراسة التى يمكن تصنيفها فى المجالات الثلاثة التالية:

١ - الأهمية المجتمعية : إن المتأمل للبيانات المعروضة فى جدول (١) يتضح

له من المؤشرات الإحصائية أن هناك زيادة فى أعداد المرضى المدمنين المترددين على مستشفى الأمل بالرياض خلال الأعوام الثلاثة الأخيرة ، فقد بلغت نسبة المترددين ٦٢٪ من مجموع المراجعين فى عام ١٩٩٥ فيما وصلت إلى ٦٤٪ خلال العامين الأخيرين .

طبعاً غنى عن القول أن نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى المدمنين المترددين على المستشفى يمكن تصنيفهم كمرضى منتكسين ، ولو أخذنا فى الاعتبار أن هذه النسب قد تعكس فقط الحالات التى تم تسجيلها رسمياً ، فإن هناك العديد من الحالات الأخرى التى لا يتم التعامل معها من خلال هذا الإطار التنظيمى للمستشفى لأسباب واعتبارات ثقافية واجتماعية مثل الحرج والخجل الاجتماعى والوصمة وما إلى ذلك ، الأمر الذى يعكس فى النهاية مدى خطورة الظاهرة مجتمعياً .

جدول رقم (١)

نسب وأعداد المنومين المدمنين فى مستشفى الأمل بالرياض

المجموع	المنومين المترددين	المنومين الجدد	العام
٢٢٥٥	١٤٠٥ (٦٢٪)	٨٥٠ (٣٨٪)	١٩٩٥
٢٢٦٦	١٤٤٩ (٦٤٪)	٨١٧ (٣٦٪)	١٩٩٦
٢٢٩٣	١٤٦١ (٦٤٪)	٨٣٢ (٣٦٪)	١٩٩٧

٢- الأهمية العلاجية : لا شك أن انتكاسة المدمن وعودته للإدمان بعد فترة علاج ناجحة تعد إحدى الإشكاليات التى تواجه المتخصصين فى المجال العلاجى

سواء في صورته الكيماوية أو النفسية أو الاجتماعية لأن التنبؤ بمسار الحالة علاجيا يعتمد إلى حد كبير على مدى الدقة في دراسة الأسباب المؤدية للإدمان ومن ثم ضرورة التركيز عليها علاجيا . من هذا المنطلق فإن دراسة ظاهرة الانتكاسة وتقويم بعض المؤشرات الخاصة بها قد يساعد المتخصصين على وضع التنبؤات العلاجية الدقيقة المتعددة والتراث البحثي الأجنبي يزخر في هذا المجال بالعديد من المحاولات البحثية التي استهدفت وضع النماذج الخاصة بجملة الخصائص والأعراض التي من شأنها يمكن التنبؤ بحدوث الانتكاسة أو عدم حدوثها ، والدراسة الحالية بدورها تسير مثل هذا التوجه البحثي وتدعمه لا سيما أن بعضا من التراث الذي تعرض له الباحث يتصف بالخلط بين أعراض يمكن التنبؤ من خلالها بالانتكاسة ، والأسباب التي قد تدفع المدمن للعودة مرة أخرى وشتان بين الفئتين ، فالأعراض من قبيل الاكتئاب والانسحاب والشعور بالغضب والخجل المزاج لا تفسر لنا بالقطع أسباب الانتكاسة لأنها أعراض تعكس خلفها أسبابا ولا يمكن التعامل معها بوصفها أسبابا دافعة بقدر ما هي مقدمات تفضى إلى تلك الأسباب . لذلك لم تتجه الدراسة الحالية إلى مجرد رصد وملاحظة الخصائص المميزة للمنتكسين بقدر سعيها للوقوف على جملة الأسباب التي تقف وراء الانتكاسة .

٣ - الأهمية العلمية : هناك ندرة واضحة في الدراسات التي تناولت هذا الموضوع بل إنه وعلى حد علم الباحث فإن هذه الدراسة تعد الأولى من نوعها سواء على المستوى المحلي أو المستوى الإقليمي والعربي ، من هنا فالباحث يأمل في أن تأتي هذه الدراسة بنتائج علمية وتوصيات عملية تسهم في إثراء البحث العلمي وتدعم مواقف صانعي السياسات الصحية والخطط الاجتماعية

والاستراتيجيات الأمنية ومنفذى البرامج الوقائية والعلاجية فى اتخاذ القرارات المناسبة لمكافحة هذا الداء الخطير المتمثل فى الانتكاسات المتكررة لمدمنى المخدرات والمسكرات .

مصطلحات الدراسة :

الانتكاسة : وتعنى عودة المدمن السابق والذي تم علاجه بنجاح فى إحدى المؤسسات الصحية المتخصصة (مستشفى الأمل لعلاج الإدمان بالرياض) إلى تعاطى المخدرات والكحوليات بعد فترة انقطاع لا تقل عن ثلاثة شهور مما استدعى تنويمه مرة أخرى فى المستشفى .

العوامل الشخصية : ويقصد بها تلك المواقف والاتجاهات والاعتقادات والاستعدادات والسمات الذاتية التى يحملها المدمن عن نفسه ويتحكم فيها وتؤثر فى عودته للإدمان .

العوامل الأسرية : وهى تلك الاتجاهات والمواقف التى تعبر عنها أسرة المدمن فى تعاملها وردود أفعالها نحو تصرفاته الإدمانية وإدراكه لهذه الجوانب.

العوامل الاجتماعية : وهى تلك الاتجاهات والمواقف التى يدركها ويجدها الفرد فى تفاعله مع المؤسسات المجتمعية ويكون لها تأثيرها على عودته للإدمان.

العوامل العلاجية : ويقصد بها تلك البرامج والخطط والخدمات والإجراءات التى يقوم بها المستشفى فى محاولته لعلاج المدمنين .

الدراسات السابقة :

لقد وجد عدد من الباحثين أن هناك عوامل متعددة تعتبر وإلى حد كبير

مسؤولة عن حدوث الانتكاسة ، فقد حدد أوبراين وزملاؤه (O'Brien et al., 1991) مجموعة منها يمكن إجمالها فيما يلي :

- ١ - الاضطرابات النفسية والتي تتضمن اضطرابات القلق والاكتئاب.
- ٢ - العوامل الاجتماعية والتي تتضمن انعدام الفرص الوظيفية وضعف شبكات الدعم الاجتماعي .
- ٣ - التوازن وأعراض الانقطاع الطويل والتي تختلف من مخدر لآخر .
- ٤ - الاستجابات والمثيرات المشروطة (Conditioned cues)

كذلك فإن هوفمان وميلر (Hofman and Miller, 1993) يعتقدان

بأن للانتكاسة ظروفها وأسبابها فهم يرون مثلا أن :

- ١ - السلوك المضاد للمجتمع .
- ٢ - المشكلات المهنية والمالية .
- ٣ - توفر وإتاحة المادة المخدرة .
- ٤ - الأعراض الانسحابية.
- ٥ - الضغوط الاجتماعية .
- ٦ - الלהفة والاشتياق .

تعد من أهم العوامل المسؤولة عن حدوث الانتكاسة .

كذلك فإن دراسة كارل وآخرون (Carl et al., 1991) التي أجريت على

مجموعة من مدمني الكوكايين قد كشفت عن عوامل لها دور بارز في حدوث

الانتكاسة ومنها :

- ١ - كثافة الاستعمال قبل العلاج .
- ٢ - وجود اضطرابات نفسية .
- ٣ - التعرض لظروف حياته ضاغطة .
- ٤ - وجود مواقف شديدة الخطورة .
- ٥ - نقص الدعم الاجتماعى والنفسى .

إذن يمكن القول بأن الدراسات الثلاث السابقة (أوبراين وزملاؤه، ١٩٩١، وهوفمان وميلر ، ١٩٩٣، وكارل وآخرون ، ١٩٩١) والتي تمت مراجعتها حول موضوع انتكاسة المدمنين تذهب إلى التأكيد على أهمية الدور الذى تلعبه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والعلاجية وذلك بإسهامها الملحوظ فى عودة المدمنين إلى تعاطى المخدرات وتناول المسكرات .

فبالنسبة للعوامل النفسية الذاتية مثلا ، تظهر دراسة قام بها أوبراين وزملاؤه (O'Brien et al., 1991) تضمنت متابعة دقيقة لحالة خمسين شخصا من مدمنى الكوكايين من مراجعى العيادات الخارجية والأقسام الداخلية بالمركز الصحى القديم بمدينة فيلاديلفيا بولاية بنسلفانيا أن للإضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب والقلق تأثيرا سلبيا واضحا يعجل بحدوث الانتكاسة والعودة للإدمان.

كما أن ميلر وقولد (Miller and Gold, 1995) فى دراستهما التى قاما بها على مجموعتين من المدمنين التائبين المجهولين (A.A) والبالغ عددهم

ثلاثمائة وثمانية وستين مدمنا قد وجدا أن عشرين في المائة من المدمنين انتكسوا بسبب اضطراب الاكتئاب فيما كانت انتكاسة ثلاثة عشر في المائة منهم بسبب اضطراب القلق .

أما قلين وزملاؤه (Glynn and Others, 1991) فقد قرروا أن الاكتئاب هو أهم عامل للتنبؤ بحدوث الانتكاسة ، كما أكدوا على أن عدم قدرة الفرد على تحقيق التكيف الاجتماعي النفسى يسهم أيضا فى حدوث الانتكاسة ، أيضا فإن حالات المزاج السلبية من مشاعر حزن وسامة وتوتر وقلق وشعور بعدم اكتمال الشفاء بسبب الأعراض الانسحابية كلها عوامل ينظر لها على أنها مؤشرات تشكل مرجعية دائمة الأزمان ترتبط بحدوث الانتكاسة-Hatsuka mi et al., 1982, Meyer , 1989, Bradley et al., 1989, Commings et al 1980, Unithan and others, 1992) كذلك فقد وجد أن للدافعية والالتزام الذاتى دورا حاسما فى عملية حدوث الانتكاسة فقد أكدت بعض الدراسات أن المدمنين فى بداية البرامج العلاجية تكون معدلات الدافعية والالتزام لديهم عالية ويظهرون حماسا منقطع النظير للتعافى وترك التعاطى ولكن مع تكرار مرات الدخول والعلاج تضعف تلك الدافعية ويقل الاهتمام والالتزام وقد يكون مرد ذلك إلى خشية المدمن فى بداية الأمر من حدوث انعكاسات سلبية على شئون حياته العامة مثل الفصل من الوظيفة أو السمة الاجتماعية السيئة أو توتر العلاقة الأسرية أو حتى دخول السجن-Unithan et al, 1992, Brownsell et al., 1986, Miller , 1985)

كما أظهرت دراسة قام بها هول وزملاؤه (Hall et al., 1991) وتضمنت تحليلا استطلاعيا لحالات مجموعة من مدنى الأفيون والكحول والتدخين

أن الضغوط التي يواجهها المدمن في حياته اليومية لها علاقة وثيقة بحدوث الانتكاسة لكنهم يعترفون بأن طريقة التأثير غير واضحة . كذلك الحال مع براون وزملاؤه (Brown et al., 1990) والذين أكدوا على أهمية دور الضغوط الحياتية الشديدة ومواقف الحياة المزمنة والصعبة في حدوث الانتكاسة . كما أنه لا يمكن تجاهل دور اللمهفة والاشتياق لتعاطى المخدرات أو المسكرات في حدوث الانتكاسة فهو ما أكدته نتائج دراسة رسول (Rezaul, 1988) والتي أجراها على خمسين مدمنًا في أحد مستشفيات مدينة دكا في بنغلاديش حيث أفاد الباحثون بأن اللمهفة والاشتياق للهيريون تمثل أحد العوامل المسئولة عن عودتهم إلى تعاطى المخدرات وهي نتيجة تتفق مع ما توصل إليه واشتون وزملاؤه (Washton et al., 1990) في دراستهم على ستين مريضًا من مدمنى الكوكايين في مركز واشتون حيث ذكروا أن عودتهم للتعاطى كانت بسبب اللمهفة والاشتياق للمخدر والتي أثارها رؤية الأماكن والرفاق وتذكر المواقف المرتبطة باستخدام الكوكايين في المرات السابقة .

أما على مستوى العوامل الاجتماعية وتأثيرها في عودة المدمن للتعاطى فقد استنتج هول وزملاؤه (Hall et al., 1991) أن نقص مهارات التكيف الاجتماعى تعد من أبرز محددات حدوث الانتكاسة فهى تتضمن فشل المدمن فى تكوين شبكات اجتماعية نظيفة ونقية من المخدرات ، علاوة على الحصول على وظيفة مع القدرة على المحافظة عليها إضافة لذلك توفر مهارة التنشئة الأسرية الايجابية وغيرها من المهارات الاجتماعية العامة .

كذلك فقد أوضح كوهن وويلز (Cohen and Wills, 1985) أن بعدى الدعم الاجتماعى سواء الدعم البنائى والمتمثل فى وجود علاقات قوية مع الآخرين

مثل الوضع الزواجى وعضوية الجماعات ، أو الدعم الوظيفى الذى يجد فيه الفرد مصادر وإمكانات معرفية ومادية طبيعية وعاطفية تساعد على وقاية الفرد من الوقوع فى خطر الانتكاسة .

أما دراسة يونيثان وزملاؤه (Unithan et al., 1990) بمستشفى موزدلى فى لندن والتي تضمنت إجراء مقابلات شخصية لاثنتين وأربعين مدمنا فقد أظهرت أن الأحداث الشخصية التبادلية (مثل تقديم المخدر من قبل بعض الرفاق أو مشاهدة أشخاص يتعاطون المخدر أو الاستمتاع فى التواجد مع الآخرين أثناء عملية التعاطى ...) تعد من العوامل الاجتماعية المسئولة عن حدوث الانتكاسة مثلها مثل تلك الدراسات التى قام بها كمنقرز وآخرون (Cumming et al, 1980) وقوسب وآخرون (Gossip et al., 1989) وشينيان وآخرون (Chinnian et al., 1995) والتي أظهرت الارتباط الوثيق للعلاقات الشخصية التبادلية بحدوث الانتكاسة .

كما أن دراسة رسول (Rezaul 1988) على خمسين مدمنا من الرجال المنتكسين والذين تم علاجهم فى مستشفى الدراسات العليا فى دكا قد أوضحت تأثير ضغوط الشلة فى حدوث الانتكاسة والعودة للإدمان من خلال استجابات ٣٥٪ من الحالات المنتكسة .، هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه يونتان وزملاؤه (١٩٩٠) حيث وجدوا أن ضغوط الشلة تعد من أكثر العوامل المسببة للانتكاسة ، أيضا فلا بد من الإشارة إلى أن والتون وزملاؤه (Walton et al., 1992) فى دراسة قاموا بها على عينة من المدمنين المنتكسين يبلغ عددهم ٩٦ مدمنا (يمثل الرجال فيهم ٧٩٪) قد خلصوا إلى أن العمل (الوظيفة) والمجتمع لم يكونا محددتين رئيسيين فى حدوث الانتكاسة مثلما هو الحال مع تأثير المنزل (الأسرة)

الواضح فى العودة للتعاطى والإدمان .

أخيرا فلقد أكد وبنقتون (Weddington, 1990) أن العوامل الذاتية النفسية والاجتماعية والمتمثلة فى ضعف المهارة الاجتماعية والمهنية وانخفاض مستوى التقدير الذاتى مع تدنى المستوى التعليمى وضعف مهارات التربية الأسرية ، تسهم وإلى حد كبير فى عودة المرضى المتعافين إلى الإدمان بسبب عجزهم عن تحقيق التكيف الملائم .

أما على صعيد العوامل العلاجية فيؤكد جو وزملاؤه (Joe et al., 1981) فى دراسة على ٥٩٠ من مدمنى الأفيون فى إحدى وعشرين عيادة بولاية تكساس الأمريكية أن الوقت الذى يقضيه المدمن فى البرنامج العلاجى كان مؤشرا ثابتا ودالا على النتيجة المتوقعة فقد اتضح أن بقاعهم لمدة قصيرة فى الوحدة العلاجية يؤدى إلى العودة للإدمان.

من هنا نجد أن والاس (Wallace , 1989) فى دراسته التى أجراها على خمسة وثلاثين مدمنا تم تنويمهم فى قسم الطب النفسى فى المركز الطبى بحى بروكلين بمدينة نيويورك يؤكد على أهمية تركيز البرامج العلاجية على الجانب التعليمى والسلوكى حيث يرى أنه يجب تعليم المريض كيف يواجه المواقف الضاغطة وتعليمه أيضا كيفية العثور على بدائل مناسبة وكذلك كيفية إدراك المثيرات الداخلية والخارجية المسؤولة عن حدوث الانتكاسة وهى مهارات تحتاج إلى وقت طويل حتى يتسنى للمدمن اكتسابها وتمثلها .

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق يمكن ملاحظة ما يلى :

١ - بنظرة فاحصة للتراث والأبحاث والدراسات النفسية السابقة في مجال الانتكاسة وكيفية الوقاية منها يتضح أن هناك مجموعة عوامل أساسية يمكن تصنيفها تحت مسمى العوامل الذاتية والأسرية والاجتماعية والعلاجية والتي تركز على أن للاضطرابات وحالات المزاج النفسية دور كبير في حدوث الانتكاسة مثلها مثل عدم وجود الحافز والإرادة والالتزام بالمتابعة العلاجية علاوة على الضغوط النفسية وحالات اللهفة والاشتياق .

كذلك يتضح أن نقص مهارات التكيف الاجتماعي وضعف مهارات الاتصال وتدنى المستوى التعليمي وضغوط الرفاق والضغوط الحياتية اليومية إضافة إلى النظرة الاجتماعية السلبية لها دور المؤثر في حدوث الانتكاسة للمدمنين . كما أن العوامل المرتبطة بفاعلية البرامج العلاجية ونوعية خدماتها المقدمة سواء من حيث الكيفية أو المدة الزمنية تعد عوامل محددة في حدوث الانتكاسة والعودة للإدمان .

٢ - من الواضح من خلال دراسة أبراين وزملاؤه (١٩٩١) وكذلك دراسة هوفمان وميلر (١٩٩٣) وأيضا دراسة كارل وآخرون (١٩٩١) أن هناك خلطا واضحا بين مفهومين مختلفين وهما المظاهر والعوامل ، فالأعراض الانسحابية مثلا ينظر لها من قبل البعض على أنها مظهر من مظاهر الانتكاسة في حين يراها آخرون عاملا من عوامل ظهورها . كذلك الحال في متغيرات مثل الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب .. هذا الخلط بين المظاهر والعوامل دفع بالدراسة الحالية إلى ضرورة الأخذ في الاعتبار مستوى العوامل فقط والتي قد تكون إما اجتماعية أو شخصية أو أسرية أو علاجية ، حيث أن الدراسات السابقة خلصت إلى العديد من المتغيرات الفرعية دون أن تكلف نفسها عناء وضع

الفئات التصنيفية العامة لكل متغير من هذه المتغيرات ، إن لجوء الدراسة إلى مثل هذا التصور النظري في طرح قضية أسباب وعوامل الانتكاسة الإدمانية قد يتيح على الطرف الآخر إمكانية الوقوف على الأجزاء التفصيلية داخل كل فئة تصنيفية على حدة فلا يمكن أن نقول أن العوامل الاجتماعية كان لها أكبر الأثر في انتكاسة الفرد المدمن مقارنة بالعوامل الأسرية أو العلاجية أو الشخصية وإنما سيتم الوقوف بشكل جزئي على العوامل النوعية الاجتماعية داخل بعد العوامل الاجتماعية وهكذا .. ولعل المبرر العلمي والعملية معا في لجوء الباحث إلى مثل هذه الخطوة النظرية والإجرائية معا يكمن في أن القائمين على أمر صياغة ووضع البرامج الإرشادية والعلاجية لهؤلاء المنتكسين في حاجة إلى بروفایل دقيق يتناول الجوانب المعنة في الخصوصية حتى يتم الاعتماد عليها في بناء وتصميم برامجهم المتعددة .

٢ - أيضا لا بد من الإشارة إلى ندرة الدراسات التي تناولت تأثير العوامل الأسرية وهو أمر يمكن تفسيره بطبيعة العلاقات الأسرية الضعيفة الممثلة لتلك المجتمعات خاصة أن جل هذه الدراسات تمت في بيئات غربية يتمثل فيها الأفراد حرية شخصية واستقلال ذاتيا يجعل دور الأسرة هامشيا ثانويا .

فروض الدراسة :

بناء على ماتم سرده في مقدمة الدراسة وما ورد في الدراسات السابقة وما ذكر في أهداف الدراسة فقد تمت صياغة الفروض التالية :

الفرضية الأولى : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين في إدراكهم للعوامل المساهمة في حدوث الانتكاسة باختلاف العمر .

الفرضية الثانية : " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف المهنة .

الفرضية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف المستوى التعليمى .

الفرضية الرابعة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف الحالة الاجتماعية .

الفرضية الخامسة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف نوعية المخدر .

الفرضية السادسة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة بالاختلاف عدد مرات التنويم .

إجراءات ومنهج الدراسة :

أولاً : عينة الدراسة : اعتمد الباحث طريقة العينة القصدية حيث تم تطبيق الاستبانة التى صممها الباحث على جميع المدمنين المنتكسين الذين أمضوا فترة علاج ناجحة لا تقل عن ثلاثة شهور وتم تنويمهم للمرة الثانية على الأقل فى مستشفى الأمل لعلاج الإدمان بالرياض خلال الفترة من أول شعبان ١٤١٨هـ

حتى نهاية صفر ١٤١٩هـ وقد وصل عدد أفراد العينة مائة وأثنى عشر مدمنا
منتكسا ويظهر الجدول (٢) خصائص هذه العينة .

الجدول رقم (٢)

توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة

المستوى التعليمي			الحالة الاجتماعية			العمر		
النسبة	العدد	المرحلة	النسبة	العدد	الحالة	النسبة	العدد	الفترة
٪٢٨	٢٦	الابتدائية	٪٢٥	٢٨	متزوج	٪٢١	٢٣	٢٤-١٥
٪٤٢	٤٧	المتوسط	٪٧٠	٧٨	أعزب	٪٥٤	٦٠	٢٤-٢٥
٪٢٦	٢٩	الثانوية	٪٥	٦	مطلق	٪٢١	٢٣	٤٤-٣٥
٪٤	٥	الجامعية				٪٤	٦	٤٥ فأكثر

عدد مرات التتويم			نوعية المخدر			المهنة		
النسبة	العدد	الفترة	النسبة	العدد	الفترة	النسبة	العدد	الفترة
٪٥١	٥٧	٣-٢	٪٢٥	٢٧	كحوليات	٪٩	١٠	طالب
٪٢٣	٢٦	٥-٤	٪٥٩	٦٣	هيروين	٪٣١	٣٥	موظف
٪٧	٨	٧-٦	٪٨	٩	حشيش	٪٢٢	٢٥	عاطل
٪١٩	٢١	٨ فأكثر	٪٨	٨	طيارة	٪٣٨	٤٢	متسبب

ثانياً : أداة الدراسة

قام الباحث بتصميم استبانة تهدف إلى الكشف عن العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية المساهمة في حدوث الانتكاسة لمدمن المخدرات والمسكرات وقد أطلق عليها مسمى " استبانة عوامل الانتكاسة الإدمانية " هذه الاستبانة مكونة من ثلاث وثلاثين عبارة تم اتباع الخطوات التالية في تصميمها وصياغة بنودها :

١- القيام بعملية مسح شاملة لماورد في الدراسات والأدبيات والتراث النفسى المرتبط بموضوع الإدمان والانتكاسة .

٢ - على ضوء تلك العملية تم تحديدالعوامل المساهمة في حدوث الانتكاسة والتي صنفتها الباحث فى أربعة عوامل رئيسية (أبعاد أساسية) هى العوامل الشخصية والعوامل الأسرية والعوامل الاجتماعية والعوامل العلاجية .

٣ - تم تطبيق الاستبانة الأولية على عينة استطلاعية مماثلة تتكون من سبعة وثلاثين مدمنا متنكسا من المرضى المدمنين بمستشفى الأمل لعلاج الإدمان بالدمام وعلى ضوء استجاباتهم تم التحقق من صدق وثبات الاستبانة وعمل التعديلات الملائمة .

٤ - عرضت الأداة على تسعة محكمين ، من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود بالرياض ستة منهم من منسوىي قسم علم النفس فيما مثل الأعضاء الثلاثة الآخرين قسم الطب النفسى ، وقد كانت لهم بعض الملاحظات التى قام الباحث على ضوءها بإجراء بعض التعديلات المناسبة على الاستبانة .

٥ - تضمنت العوامل الشخصية العبارات من ١-١٥ فيما تضمنت العوامل

الأسرية العبارات من ١٦-١٩ ، أما العوامل الاجتماعية فقد اشتملت على العبارات ٢٠-٢٤ ، فيما جاءت العبارات من ٢٥-٣٣ ممثلة للعوامل العلاجية.

٦ - تعتمد الأداة أسلوب التقرير الذاتى حيث يقوم المفحوص بتحديد إجابة واحدة من بين أربعة خيارات تم تحديد أوزانها النسبية ويتم تصحيح فقرات الاستبانة بتحديد أربع درجات لفئة الاستجابة بالموافقة القوية وثلاث درجات لفئة الاستجابة بالموافقة فقط فيما تم تخصيص درجتان لفئة الاستجابة بالمعارضة أما المعارضة القوية فقد تم تحديد درجة واحدة لها .

٧ - يلاحظ عدم تساوى بنود الأداة بالنسبة لكل الأبعاد الخاصة بالأداة وقد يكون مرد ذلك إلى الطبيعة النوعية لكل متغير وفقا لما زدتنا به الدراسات والأبحاث .

صدق الأداة :

علاوة على صدق المحكمين وصدق الاتساق الذى تم القيام به بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية ، قام الباحث بالتحقق من الصدق والاتساق الداخلى من خلال بيانات عينة الدراسة الحالية لمعرفة :

١- مدى ارتباط البند العاملى (العامل الفرعى) بالدرجة الكلية للاستبانة كما يظهر فى الجدول رقم (٣) .

٢ - مدى ارتباط البند (العامل الفرعى) بالعامل الرئيسى الذى ينتمى إليه كما يظهر فى الجدول (٣) ويتضح من البيانات المعروضة أن نتائج حساب معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية وكذلك الارتباط بين البند وعامله

الرئيسى تعتبر عالية ودالة إحصائية عند مستوى ٠.١ ر.

ثبات الاداة:

تم التحقق من ثبات الاداة باستخدام طريقتين هما :

١- طريقة ألفا كرونباخ حيث يظهر الجدول (٣) نتائج حساب معاملات

الثبات على العوامل الرئيسية الأربعة على النحو التالى :

١ - العامل (البعد) الشخصى = ٨٦ر

٢ - العامل (البعد الأسرى) = ٧١ر

٣ - العامل (البعد) الاجتماعى = ٥٥ر

٤ - العامل (البعد) العلاجى = ٧٧ر

فيما بلغ معامل الثبات للاستبانة (الدرجة الكلية) ٩٠ر

٢ - طريقة التجزئة النصفية والتي يظهر الجدول (٣) أن معامل الثبات فيها

قد بلغ ٧٥ر باستخدام طريقة قتمان وهي معدلات ثبات عالية ومناسبة جدا .

الاساليب الإحصائية :

اعتمد الباحث فى تحليله لبيانات الدراسة على النسب المئوية وحساب

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين للتحقق من صحة

الفروض ، واختبار شيفيه للكشف عن مصدر التباين بين المجموعات .

جدول (٣)
جدول يمثل بيانات الصدى واليات للأداة

معاملات الثبات		صدى الإنسان (معاملات الإرتباط)			
فئتان	معامل التآكرونيغ	مستوى دلالة	معامل الإرتباط	رقم العبارة	الأبعاد (العوامل)
٠,٨٣	٠,٨٦	٠,٠١	٠,٧٢	١	شخصي
		٠,٠١	٠,٥٩	٢	
		٠,٠١	٠,٦٤	٣	
		٠,٠١	٠,٥٠	٤	
		٠,٠١	٠,٤٩	٥	
		٠,٠١	٠,٥٤	٦	
		٠,٠١	٠,٦٤	٧	
		٠,٠١	٠,٦٨	٨	
		٠,٠١	٠,٥٤	٩	
		٠,٠١	٠,٦٥	١٠	
		٠,٠١	٠,٦٣	١١	
		٠,٠١	٠,٤٧	١٢	
		٠,٠١	٠,٥٣	١٣	
		٠,٠١	٠,٣٥	١٤	
٠,٠١	٠,٥٢	١٥			
٠,٦٥	٠,٧١	٠,٠١	٠,٦٩	١٦	الأسري
		٠,٠١	٠,٨٠	١٧	
		٠,٠١	٠,٧٣	١٨	
		٠,٠١	٠,٧٤	١٩	
٠,٤٦	٠,٥٥	٠,٠١	٠,٦٧	٢٠	الاستماعي
		٠,٠١	٠,٦٦	٢١	
		٠,٠١	٠,٤٩	٢٢	
		٠,٠١	٠,٦٩	٢٣	
٠,٧٣	٠,٧٧	٠,٠١	٠,٥٣	٢٤	قداسي
		٠,٠١	٠,٦٤	٢٥	
		٠,٠١	٠,٦٠	٢٦	
		٠,٠١	٠,٥٦	٢٧	
		٠,٠١	٠,٧٤	٢٨	
		٠,٠١	٠,٦٧	٢٩	
		٠,٠١	٠,٦٦	٣٠	
		٠,٠١	٠,٣٨	٣١	
٠,٠١	٠,٦٨	٣٢			
٠,٠١	٠,٤٣	٣٣			
٠,٧٥	٠,٩٠	الدرجة الكلية			

عرض النتائج :

أولاً : نتائج السؤال الأول : من أجل الوصول إلى إجابة للسؤال الخاص بالعوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية الأكثر إسهاما في حدوث الانتكاسة للمدمنين على الكحوليات والمخدرات الذين تم علاجهم بنجاح ، قام الباحث بترتيب العوامل الفرعية التابعة للعامل الرئيسي (البعد الأساسى) ترتيبا تنازليا بناء على إدراكهم لأهمية ودور هذه العوامل في حدوث الانتكاسة وقد استخدم الباحث فى ذلك المتوسطات الحسابية للتحقق من ذلك . كما قام الباحث باستخراج المتوسط الحسابى العام (Grand Mean) لجميع العوامل الفرعية الثلاثة والثلاثين والذى بلغ (٢ر٨١) كما يظهر فى الجدول (٤) ، ومن هنا تم اعتبار العوامل ذات المتوسطات الحسابية الأكثر من المتوسط العام هى العوامل الأكثر إسهاما فى حدوث الانتكاسة وبالتالي سيتم قصر المناقشة عليها فقط دون سواها ، كما أن الباحث فى محاولته للتمييز بين العوامل الأكثر إسهاما فى حدوث الانتكاسة قد قسم المتوسطات الحسابية إلى أربعة مستويات حسب شدة التأثير العاىلى فى إحدث الانتكاسة وفق التصنيف التالى :

١ - المتوسطات من ٣ر٠١ - ٤ = عوامل مؤثرة جدا .

٢ - المتوسطات من ٢ر٠١ - ٣ = عوامل مؤثرة فقط .

٣ - المتوسطات من ١٠ر٠١ - ٢ = عوامل ضعيفة التأثير .

٤ - المتوسطات أقل من ١ = عوامل ضعيفة جدا .

علما بأن بيانات الدراسة لم تظهر عوامل لها متوسطات يمكن تصنيفها فى الفئتين الأخيرتين .

وقد اختار الباحث مناقشة العوامل المؤثرة والعوامل المؤثرة جدا والتي تصل متوسطاتها إلى ٢ر٨١ أو أكثر ، أما المتوسطات الأقل فسيكتفى بعرضها فى الجدول (٤).

جدول (٤)
النسب والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة
للعوامل المساهمة في حدوث الإكتامية

الترتيب	العامل الرئيسي	العنصر	متوسط تكرار	التكرار المعياري	متوسط	متوسط تكرار	متوسط	العنصر	العنصر الفرعي (العوامل الفرعية)
١	شخصي	الطاسي والفنكم	٣٤	٣٠%	٤٦	٣٦١١	٢٦	٩٧٣	٠
٢		القلبي والقلبي	٣٠	٢٧%	٤٩	٣٦٤٤	٢٦	٩٧٤	٤
٣		مشاعر الضمير	٢٧	٢٤%	٣٨	٣٦٣٤	٣٦	٩٧٢	١٠
٤		صنف لقائمة الشخصية	١٣	١٢%	٤٠	٣٦٢٦	٤٢	٩٧٨	١٩
٥		صنف الخلق الشخصي	١٨	١٦%	٥٥	٣٦٤٣	٢٣	٩٤٦	١٢
٦		صنف الإرادة الشخصية	٢٨	٢٥%	٣٣	٣٦٤٧	٢٢	٩٤٠	٩
٧		تذكر الأساسيات والقرائن	٢٣	٢١%	٤٩	٣٦٣٦	٢٥	٩٤٢	٥
٨		فرحة والإيجابية	٢٢	٢٠%	٤٩	٣٦٤٤	٢٦	٩٤٩	١٠
٩		مفاتيح الحمل	٢١	١٩%	٣٥	٣٦٢٦	٤٦	٩٤٤	١٠
١٠		صعوبة التكيف	٣٠	٢٧%	٤٤	٣٦٤٠	٢٦	٩٤٣	١١
١١		للاي المتوسط الجاهلية	٢٣	٢١%	٤٤	٣٦٢٥	٢٥	٩٤٢	١٠
١٢		إدراكات العنصرات	٤٤	٤٠%	٣٦	٣٦٢٨	٤٤	٩٤٧	٢٩
١٣		لكنون رؤية سلبية	١٩	١٧%	٤٠	٣٦٢٦	٤٢	٩٤٨	١٩
١٤		صنف الزرع البدني	٢٩	٢٦%	٤٤	٣٦٢٥	١٧	٩١٥	٨
١٥		التفكير والإنتاج	٣٨	٣٤%	٤٩	٣٦٤٤	١٤	٩١٣	٧
١٦	الأسري	صعوبة الظروف الأسرية	١٩	١٧%	٣٤	٣٦٢٠	٣٨	٩٤٤	١٩
١٧		صنف الدعم الأسري	٢٨	٢٥%	٣٧	٣٦٣٣	٣٦	٩٤٨	١٤
١٨		قوة إرادة الأسرة	٢٥	٢٢%	٣٤	٣٦٢٠	٣٤	٩٤٠	١٦
١٩		قدرات الفئة الأسرية	٣٤	٣٠%	٤٧	٣٦٤٢	٢٤	٩٤٤	٥
٢٠	الاجتماعي	توقات الفراغ	٤٣	٣٩%	٥٦	٣٦٣٨	١٤	٩٤٣	٤
٢١		التفكير	٣٨	٣٤%	٣٨	٣٦٣٤	٣٧	٩٤٤	٤
٢٢		نظم العنصرات	٢٤	٢٢%	٣٣	٣٦٤٧	١٩	٩٤٧	٦
٢٣		صعوبة الفرع	٢٩	٢٦%	٤٤	٣٦٤٣	٢٥	٩٤٢	٩
٢٤		نظرة الفصح النسبة	٣٩	٣٥%	٥١	٣٦٤٦	١٦	٩٤٤	٥
٢٥	العلاجي	نظم الترميم العلاجي المناسبة	٣٦	٣٢%	٣٠	٣٦٣٧	٣٧	٩٤٣	٩
٢٦		عدم المشاركة بالخدمات العلاجية	٤١	٣٦%	٤٦	٣٦٤٤	٤٤	٩٤٤	٦
٢٧		عدم عناية الترميم والعلاج	٢٦	٢٤%	٣٨	٣٦٣٤	٣٨	٩٤٤	١٤
٢٨		نظم الترميم للوقاية	٢٨	٢٥%	٤٤	٣٦٣٧	٣٤	٩٤٠	٩
٢٩		عدم وجود خدمات المساعدة الذاتية	٢٨	٢٥%	٤٧	٣٦٢٦	٣٦	٩٤٨	٩
٣٠		تتمتع العنصرات في الناحية البدنية	٤٩	٤٥%	٤٤	٣٦٤٣	٢٤	٩٤٢	٦
٣١		عدم الإهتمام في ترميم العنصرات	٥٥	٥٠%	٥٥	٣٦٤٤	٣٥	٩٤٤	٨
٣٢		عدم وجود الخدمات الإرشادية	٢٢	٢٠%	٤٤	٣٦٢٠	٣٠	٩٤٧	٨
٣٣		نظم الترميم الوقائية	٢٠	١٨%	٥٦	٣٦٤٨	٣٠	٩٤٧	١٠

العوامل الشخصية:

يظهر الجدول (٥) أن اللهفة والاشتياق (Craving) يمثل العامل الشخصي الأكثر إسهاماً في حدوث الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين حيث بلغ متوسطه الحسابي ٣.٠٩ وهذا يضعه ضمن فئة العوامل المؤثرة جداً . أما بالنسبة للعامل الشخصي الثاني الأكثر إسهاماً في حدوث الانتكاسة فيظهر الجدول (٥) أن المدمنين يرون أن ضعف الوازع الديني والأخلاقي لديهم يسهم وبشكل مؤثر جداً في انتكاستهم حيث وصل المتوسط الحسابي لاستجاباتهم إلى ٣.٠٥ كذلك فقد أظهر الجدول (٥) أن الهاجس والتفكير المستمر في المخدرات يعد العامل الشخصي الثالث الأكثر إسهاماً في إحداث الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا العامل ٢.٩٨ وهذا يضعه في فئة العوامل المؤثرة .

جدول (٥)

التكرارات والنسب والمتوسطات لاستجابات المدمنين بشأن العوامل الشخصية
الأكثر إسهاما في حدوث الانتكاسة

الرقم	البنود (العوامل الشخصية الفرعية)	الموافقة		المعارضة		المتوسط الحسابي
		ك	%	ك	%	
١	اللهفة والإشتياق	٨٧	٨١	٢١	١٩	٣,٠٩
٢	ضعف الوزع الديني	٨٣	٧٤	٢٥	٢٦	٣,٠٥
٣	الهاجس والتفكير	٨٠	٧٢	٢١	٢٨	٣,٩٨
٤	القلق والتوتر	٧٩	٧١	٣٢	٢٩	٣,٩٥
٥	الوحدة والإنتوائية	٨١	٧٢	٢١	٢٨	٣,٩١
٦	تذكر الأماكن والموقف	٨٢	٧٣	٣٠	٢٧	٣,٨٩
٧	ضعف الإرادة الشخصية	٨١	٧٢	٢١	٢٩	٣,٨٩
٨	تلافي الضغوط الحياتية	٧٧	٦٩	٢٥	٣١	٣,٨٩
٩	صعوبة التكيف	٧٥	٦٧	٢٧	٢٣	٣,٨٣
١٠	ضعف الحافز الشخصي	٧٧	٦٩	٢٥	٣١	٣,٧٤
١١	مشاعر الفشل	٦٥	٥٨	٤٦	٤٢	٣,٧٣
١٢	تكوين رؤية سلبية	٥٩	٥٣	٥٣	٤٧	٣,٥٩
١٣	مقاومة الخجل	٥٦	٥٠	٥٦	٥٠	٣,٥٩
١٤	ضعف القناعة الشخصية	٥٣	٤٨	٥٨	٥٢	٣,٤٥
١٥	إيجابيات المخدرات	٤٥	٤١	٦٧	٥٩	٣,٢٩

كذلك فإن الجدول يظهر أن عامل القلق والتوتر الذي ينتاب المدمن بعد خروجه معافى من المستشفى له دور مؤثر في حدوث الانتكاسة حيث وصل

متوسط هذا العامل إلى ٢٩٥ ، كما أن عامل الوحدة والانطوائية والذي يبلغ متوسطه الحسابى ٢٩١ كان له من وجهة نظر المنتكسين إسهام ملحوظ فى حدوث الانتكاسة ، أيضا فقد أظهر الجدول (٥) أن هناك ثلاثة عوامل شخصية هى عامل تذكر المواقف والأماكن المرتبطة بالإدمان وكذلك عامل ضعف الإرادة الشخصية والعجز عن المقاومة إضافة إلى عامل محاولات الهروب من الضغوط الحياتية اليومية تتساوى فى متوسطها الحسابى (٢٨٩) مما يضعها فى فئة العوامل المؤثر والمساهمة فى حدوث الانتكاسة للمدمنين .

أخيرا فقد أظهر الجدول أن عدم قدرة المدمن على تحقيق التكيف الاجتماعى بعد انقضاء فترة العلاج والعودة للمجتمع الطبيعى تعد أحد العوامل المؤثرة فى انتكاسة المدمنين . إلى هنا يتضح أن أكثر من نصف العوامل الشخصية الفرعية (٦٠٪) تعد وفق المعايير المستخدمة من قبل الباحث عوامل مؤثرة ولها إسهامها الملحوظ فى حدوث الانتكاسة كما يدركها المدمنون .

ب - العوامل الأسرية : يظهر الجدول (٦) أن عدم ثقة الأهل فى نوايا المدمن وتشككهم فى تصرفاته تمثل العامل الأسرى الأوحد من وجهة نظر المدمنين والذي يسهم بشكل مؤثر جدا فى حدوث الانتكاسه حيث بلغ متوسطه الحسابى ٢٠٢ .

جدول (٦)

التكرارات والنسب والمتوسطات لاستجابات المدمنين بشأن العوامل الأسرية
الأكثر إسهاما في حدوث الانتكاسة

المتوسط الحسابي	المعارضة		الموافقة		البنود (العوامل الأسرية الفرعية)	الرقم
	%	ك	%	ك		
٢٠٢	٢٨	٢٩	٧٢	٨١	فقدان الثقة الأسرية المتبادلة	١
٢٧١	٤١	٤٥	٥٩	٦٥	ضعف الدعم الأسري	٢
٢٦٣	٤٤	٥٠	٥٦	٦٠	قلة الرقابة الأسرية	٣
٢٤٨	٥٣	٥٧	٤٧	٥٣	صعوبة الظروف الأسرية	٤

ج- العوامل الاجتماعية :

يظهر الجدول (٧) أن المنتكسين في استجاباتهم يرون أن العوامل الاجتماعية بأكملها قد ساهمت وبشكل ملحوظ في عودتهم إلى تعاطي المخدرات وتناول المسكرات ، فلقد أظهرت بيانات الجدول أن عامل وجود أوقات فراغ طويلة لدى المدمن والذي بلغ متوسطه الحسابي ٢١٨ يعد الأعلى بين بقية العوامل وهو كذلك يقع في فئة العوامل المؤثرة جدا . كذلك فقد أظهر الجدول (٧) أن نظرة المجتمع السلبية للمدمن بعد خروجه من المستشفى وأساليب المعاملة التي يجدها في مؤسسات الاجتماعية المختلفة هي العامل الاجتماعي الثاني المؤثر جدا في إحداث الانتكاسة حيث وصل متوسطه الحسابي إلى ٢١١ ، كما أن عامل وجود المخدرات وتوفرها في السوق وإن كان بطريقة غير شرعية أو قانونية قد أسهم في عودتهم إلى التعاطي حيث وصل المتوسط الحسابي لهذا العامل إلى ٢٠٢

وبذا فهو يقع أيضا في فئة العوامل المؤثرة جدا من وجهة نظر المنتكسين .

جدول (٧)

التكرارات والنسب والمتوسطات لاستجابات المدمنين بشأن العوامل الاجتماعية

الأكثر إسهاما في حدوث الانتكاسة

الرقم	البنود (العوامل الإجتماعية الفرعية)	الموافقة		المعارضة		المتوسط الحسابي
		ك	%	ك	%	
١	أوقات الفراغ	٩٤	٨٤	١٨	١٦	٣١٨
٢	نظرة المجتمع السلبية	٩٠	٨١	٢١	١٩	٣١١
٣	نوفر المخدرات	٨٥	٧٦	٢٥	٢٤	٣٠٢
٤	البطالة	٧٧	٦٩	٣٥	٣١	٢٩٥
٥	ضغوط الرفاق	٧٧	٦٩	٣٤	٣١	٢٨٧

كذلك فإن البطالة وعدم وجود وظيفة أو عمل يقوم به المدمن قد ساهم بشكل مؤثر في حدوث الانتكاسة حيث وصل المتوسط الحسابي لهذا العامل إلى ٢٩٥.

أخيرا فإن عامل ضغوط الرفاق والذي وصل متوسطه الحسابي إلى ٢٨٧ قد شكل عاملا مؤثرا في حدوث الانتكاسة كما يرى ذلك المدمنون المنتكسون !

د - العوامل العلاجية :

يظهر الجدول (٨) أن هناك أربعة عوامل علاجية كان لها إسهامها في حدوث الانتكاسة وفق معيار المتوسط الحسابي العام ، قد وصل المتوسط الحسابي لعامل عدم الانتظام في المراجعة الطبية للمستشفى بعد الخروج إلى ٣٠٢ وهي نسبة تضعه في فئة العوامل المؤثرة جدا في إحداث الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين ، كذلك فقد وصل المتوسط الحسابي لعامل قصور المتابعة

المدانية من قبل الفريق العلاجي (الأخصائيين الاجتماعيين على وجه الخصوص) إلى ٢٠٨٨.

جدول (٨)

التكرارات والنسب والمتوسطات لاستجابات المدمنين بشأن العوامل العلاجية الأكثر إسهاماً في حدوث الانتكاسة

الرقم	البند (العوامل الشخصية الفرعية)	الموافقة		المعارضة		المتوسط الحسابي
		ك	%	ك	%	
١	عدم الإنتظام في المراجعة الطبية	٨٨	٧٩	٢٣	٢١	٢٠٢
٢	قصور في المتابعة الميدانية	٧٧	٦٩	٣٥	٣١	٢٨٨
٣	عدم وجود المساعدة الذاتية	٧٥	٦٧	٢٧	٢٣	٢٨٦
٤	قلة البرامج العلاجية الملانمة	٦٦	٥٩	٤٦	٤١	٢٨٣
٥	قلة المعالجين المؤهلين	٦٩	٦٢	٤٣	٣٨	٢٧٨
٦	ندرة الجلسات الإرشادية	٧٤	٦٦	٣٨	٣٤	٢٧٦
٧	قلج البرامج الوقائية	٧١	٦٤	٤٠	٣٦	٢٧٢
٨	ضعف القناعة بالعلاج	٦٢	٥٥	٥٠	٤٥	٢٦٤
٩	قصر مدة العلاج	٥٩	٥٣	٥٢	٤٧	٢٥٩

كما أن عامل عدم وجود جماعات المساندة الذاتية (مثلا: A.A أو N.A.، الخ والذي بلغ متوسطه الحسابي ٢٨٦ له إسهامه الملحوظ في حدوث الانتكاسة حسب وجهة نظر المدمنين أيضا فإن قلة البرامج العلاجية وضعف مستواها ينظر لها من قبل المنتكسين كعامل مؤثر لها إسهامه الملحوظ في حدوث الانتكاسة.

ثانياً : نتائج الفروض :

من المؤكد أن هناك العديد من العوامل التي قد تدفع بالمدمن إلى الانتكاسة والعودة إلى التعاطى كما أشارت إلى ذلك الدراسات السابقة ، وهذه العوامل تتباين تأثيراتها بتباين الأفراد أنفسهم والخصائص الديموغرافية المميزة لهم ووفقا لطبيعة الظروف المحيطة بهم فالعوامل الأسرية قد تكون ذات تأثير شديد فى الانتكاسة لدى البعض فى حين يكون تأثير العوامل الاجتماعية شديد جدا لدى فئة أخرى من الأفراد مصدر الأهمية فى هذا الصدد يكمن فى ضرورة التعرف على الطبيعة النوعية لكل عامل من هذه العوامل الخاصة بالانتكاسة فى علاقته بخصائص الأفراد من ناحية العمر والمستوى التعليمى والحالة الاجتماعية والحالة المهنية وكذلك نوعية المخدر وعدد مرات التنويم .

الفرض الأول : ينص الفرد على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين فى إدراكهم للعوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف متغير العمر ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين الأحادى وتشير النتائج الواردة فى الجدول (٩) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين فى إدراكهم لمساهمة العوامل الشخصية والاجتماعية والعلاجية باختلاف أعمارهم ولكن الجدول يظهر وجود فروق لها دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٥ فى نظرة المنتكسين للعوامل الأسرية وحجم إسهامها فى حدوث الانتكاسة .

لذا فقد تم تطبيق اختبار شيفيه للكشف عن مصدر التباين بين الفئات العمرية فى إدراكها لأهمية دور العوامل الأسرية فى الانتكاسة وكما يظهر

الجدول (١٠) فإن المجموعة الرابعة تختلف (الفئة العمرية ٤٥ فأكثر) عن بقية المجموعات الثلاث في نظرتها فهذه المجموعة لا ترى أن للعوامل الأسرية إسهاما ملحوظا في حدوث الانتكاسة .

جدول (٩)

تحليل التباين للكشف عن الفروق في استجابات الأفراد على العوامل

الأربعة الرئيسية للانتكاسة باختلاف متغير العمر

البعد		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
الشخصي	بين المجموعات	٢٠٢٠٩٤	٣	١٠١٣١	١٨٢	غير دالة
	داخل المجموعات	٦٠٢٠٠٥٥	١٠٨	٥٥٠٧٤		
	المجموع	٦٣٢٤٠٤٩	١١١			
الأسري	بين المجموعات	١٢٢٠١٢	٣	٤٤٠٠٤	٦٣٥	دالة (*)
	داخل المجموعات	٧٣٤٠٩٣	١٠٦	٦٩٣		
	المجموع	٨٥٧٠٠٥	١٠٩			
الإجتماعي	بين المجموعات	٥١٤١	٣	١٧٠١٣	٢٢٣	غير دالة
	داخل المجموعات	٨٢٨٠٤٤	١٠٨	٧٦٧		
	المجموع	٨٧٩٠٨٥	١١١			
العلاجي	بين المجموعات داخل	٣٢٠٤٢	٣	١٠٠٨١	٠٤٦	غير دالة
	المجموعات	٢٥٢٠٩٩	١٠٨	٢٣٣٤		
	المجموع	٢٥٥٣٠٤٢	١١١			

(*) دالة عند مستوى ٠٠٥ حيث توجد فروق لصالح المجموعات الأولى والثانية والثالثة حسب

اختيار شيفيه.

جدول (١٠)

اختبار شيفيه بشأن الفروق في الاستجابات على العامل الأسرى

ومدى مساهمته في حدوث الانتكاسه باختلاف العمر

٣	٢	١	المتوسط	المجموعة	
			١١,٣٢	٤-١٥	١
			١١,١٤	٢٤-٢٥	٢
			١٠,٧٨	٤٤-٣٥	٣
			٦,٣٣	٤٥- أكثر	٤

الفرض الثاني: وينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين في إدراكهم للعوامل المساهمة في حدوث الانتكاسة باختلاف متغير الحالة الاجتماعية وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي حيث تشير النتائج الواردة في الجدول (١١) إلى صحة الفرض لعدم وجود فروق بين المنتكسين في إدراكهم لمساهمة العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية في حدوث الانتكاسة .

جدول (١١)

تحليل التباين للكشف عن الفروق في استجابات الافراد على العوامل الاربعة الرئيسية للانتكاسة باختلاف الحالة الاجتماعية

العامل	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
الشخصي	٤٤٦٥	٢	٢٢٣٢	٤.٠٢	غير دالة
	٥٩٧٤٩	١٠.٨	٥٥٣٢		
	٦٠١٩٥٧	١١٠			
الأسري	١٨٣٥	٢	٩١٧	١.١٥٩	غير دالة
	٨٣٨٦٠	١٠.٦	٧٩١		
	٨٥٦٩٥	١٠.٨			
الإجتماعي	٤١٧٨	٢	٢٠٨٩	٢.٧٤٣	غير دالة
	٨٢٢٢	١٠.٨	٧٦١		
	٨٦٤	١١٠			
العلاجي	١١٣٢	٢	٥٦٦	٢.٤٣	غير دالة
	٢٥١٧٦	١٠.٨	٢٣٣١		
	٢٥٢٨٩٢	١١٠			

الفرض الثالث : وينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين في إدراكهم للعوامل المساهمة في حدوث الانتكاسة باختلاف متغير المستوى التعليمي ، ولتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي حيث أظهرت بيانات الجدول (١٢) صحة الفرض بعدم وجود فروق لها دلالة إحصائية بين المنتكسين في إدراكهم لمساهمة العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية في حدوث الانتكاسة .

جدول (١٢)

تحليل التباين للكشف عن الفروق في استجابات الأفراد على العوامل المساهمة
للانتكاسة باختلاف المستوى التعليمي

العامل	الإجراءات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
الشخصي	بين المجموعات	١٤٨٥	٣	٤٩٥	٠.٨٦٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٦١٢٠.٩٦	١٠٧	٥٧.٢٦		
	المجموع	٦٢٦٩.٤٨	١١٠			
الأسري	بين المجموعات	٩٣٣	٣	٣١١	٠.٣٨١	غير دالة
	داخل المجموعات	٨٥٧.٦٩	١٠٥	٨.١٧		
	المجموع	٨٦٧.٠٢	١٠٨			
الإجتماعي	بين المجموعات	٠.٩٣٢٤	٣	٠.٣١٠٨		
	داخل المجموعات	٨٧٨.٩٢٣٥	١٠٧	٨.٢١٤٢	٠.٣٧٨	غير دالة
	المجموع	٨٧٩.٨٥٥٩	١١٠			
العلاجي	بين المجموعات داخل	٦٠.١٩	٣	٢٠.٠٦	٠.٨٦٣	غير دالة
	المجموعات	٢٤٨٨.٩١	١٠٧	٢٣.٢٦		
	المجموع	٢٥٤٩.١	١١٠			

الفرض الخامس: وينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المنتكسين في إدراكهم للعوامل المساهمة في حدوث الانتكاسة باختلاف نوعية المخدر ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي حيث يظهر الجدول (١٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين في رؤيتهم لمساهمة العوامل الأسرية والعلاجية في حدوث الانتكاسة بغض النظر عن نوعية المادة المخدرة المستخدمة إلا أن هؤلاء المنتكسين يظهرون

تباينا واضحا فيما بينهم فيما يتعلق بإدراكهم لمساهمة العوامل الشخصية والاجتماعية حيث توجد فروق لها دلالة إحصائية بين متوسطات مجموعة مدمنى الكحوليات ومجموعة مدمنى الهيروين فى إدراكهم لتأثير العوامل الشخصية فى حدوث الانتكاسة حيث بلغت قيمة ف ٠٩٤ وهى قيمة دالة إحصائيا عند مستوى ٠٥ ر.

جدول (١٤)

تحليل التباين للكشف عن الفروق بين الافراد فى استجاباتهم حول العوامل الاربعة الرئيسية المساهمة فى حدوث الانتكاسة باختلاف المهنة

العامل	الإجراءات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الشخصي	بين المجموعات	٨٣٠	٣	٢٧٧٤	٠٩٤*	غير دالة*
	داخل المجموعات	٤٧٩٨	١٠٣	٤٦٥٨		
	المجموع	٥٦٢٩	١٠٦			
الأسري	بين المجموعات	٢٧٧٧	٣	٩٢٦	٢١٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٧٦٩٠٩	١٠١	٧٦١		
	المجموع	٧٩٦٨٦	١٠٤			
الاجتماعي	بين المجموعات	٩١٠٨	٣	٣٠٦	٤٤٣٢	غير دالة*
	داخل المجموعات	٧١١١١	١٠٣	٦٩٠	*	
	المجموع	٨٠٢٩	١٠٦			
العلاجي	بين المجموعات داخل	٣٤٢	٣	١١٤٠	٤٧٥	غير دالة
	المجموعات	٢٤٧٢٧١	١٠٣	٢٤٠٠		
	المجموع	٢٥٠٦٩٢	١٠٦			

* دالة عند مستوى ٠٥ ر حيث توجد فروق لصالح المجموعة الثانية.

* دالة عند مستوى ٠٥ ر حيث توجد فروق لصالح المجموعة الثانية.

كك فإن الجدول (١٤) يظهر وجود فروق لها دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة الثانية (مدمنى الهيروين) والمجموعة الرابعة (مدمنى المواد الطيارة) فى نظرتهم لمساهمة العوامل الاجتماعية فى حدوث الانتكاسة حيث تبلغ قيمة ف ٤٤٣ ر ٠٥ وهى قيمة دالة إحصائيا عند مستوى ٠٥ ر .

- لذا فقد تم تطبيق اختبار شيفية للكشف عن مصدر التباين الموجود بين استجابات مجموعة مدمنى الهيروين ومجموعة مدمنى الكحوليات بشأن دور العوامل الشخصية فى حدوث الانتكاسة . ويظهر الجدول (١٥) أن متوسط استجابات مدمنى الكحوليات ٣٦٦٣ ر ٣٦٦٣ ويدل هذا على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الأفراد الذين يتعاطون الهيروين حيث يرون أن للعوامل الشخصية دورا مساهما فى حدوث الانتكاسة مقارنة بمرئيات الأفراد الذين يتناولون المواد الكحولية أو المسكرة.

جدول (١٥)

اختبار شيفية بشأن الفروق فى الاستجابات على العامل الشخصى ومدى مساهمته فى حدوث الانتكاسة باختلاف نوعية المخدر

٣	٢	١	المتوسط	المجموعة	
			٣٦٣٣	كحوليات	١
			٤٣٠٨	هيروين	٢
			٤٣٢٢	حشيش	٣
			٤٠٢٥	المواد الطيارة	٤

كما أنه باستخدام اختبار شيفية لتحديد الفروق بين المنتكسين باختلاف نوعية المخدر فيما يتعلق بأثر العوامل الاجتماعية في حدوث الانتكاسة . يتضح من الجدول (١٦) أن المجموعة الثانية (مدمنى الهيروين) والذين يبلغ متوسط استجاباتهم ١٥٧٠ يرون أن للعوامل الاجتماعية دورا مؤثرا في حدوث الانتكاسة مقارنة بمدمنى المواد الطيارة والذين وصل متوسط استجاباتهم إلى ١٢١٨.

جدول (١٦)

نتائج اختبار شيفية بشأن الفروق في استجابات الافراد على العامل الاجتماعى ومدى مساهمته في حدوث الانتكاسة باختلاف نوعية المخدر

	المجموعة	المتوسط	١	٢	٣
١	كحوليات	١٤٢٠			
٢	هيروين	١٥٧٠			
٣	حشيش	١٤١١			
٤	المواد الطيارة	١٢١٨			

الفرض السادس : وينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين فى رؤيتهم لمساهمة العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية فى حدوث الانتكاسة باختلاف متغير عدد مرات التنويم ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادى حيث تظهر بيانات الجدول (١٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المنتكسين فى إدراكهم لمساهمة العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية فى حدوث الانتكاسة حتى وإن تعددت مرات دخولهم مستشفى الأمل بالرياض.

جدول (١٧)

تحليل التباين للكشف عن الفروق في استجابات الأفراد على العوامل الأربعة الرئيسية المساهمة في حدوث الانتكاسة باختلاف عدد مرات الدخول

العامل	الإجراءات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
الشخصي	بين المجموعات	١٥٢١	٣	٥٠٧	٠٫٨٩	غير دالة
	داخل المجموعات	٦١٧٢٤١	١٠٨	٥٧١٥		
	المجموع	٦٣٢٤٤٢	١١١			
الأسري	بين المجموعات	٣٦٣٨	٣	١٢١٣	١٫٥٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٨٣٠٦٨	١٠٦	٧٨٤		
	المجموع	٨٦٧٠٥	١٠٩			
الإجتماعي	بين المجموعات	٩٦	٣	٣٢٠	٠٫٤٠	غير دالة
	داخل المجموعات	٨٧٠٢٥	١٠٨	٨٠٦		
	المجموع	٨٧٩٨٦	١١١			
العلاجي	بين المجموعات داخل	٣٣٩٣	٣	١١٣١	٠٫٤٩	غير دالة
	المجموعات	٢٥١٩٥٠	١٠٨	٢٣٣٣		
	المجموع	٢٥٥٣٤٣	١١١			

مناقشة النتائج وتفسيرها:

تظهر بيانات جداول عرض النتائج وتفسيرها أن هناك مجموعة من العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية لها دور مؤثر في حدوث الانتكاسة كما يرى ذلك المدمنون المنتكسون الذين تم علاجهم علاجا تخصصيا ناجحا كما تصفه إجراءات الخروج النهائي من المستشفى وسيقوم الباحث هنا بمناقشة تلك

العوامل المساهمة فى حدوث الانتكاسة حسب المعايير الاحصائية التى تم التنويه عنها سلفا وحسب ترتيبها فى القسم الخاص بعرض النتائج.

١- العوامل الشخصية :

يظهر الجدول (٥) أن اللهفة والاشتياق (Craving) تمثل العامل الشخصى الأكثر إسهما فى حدوث الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين حيث وصل متوسطه الحسابى ٣.٠٩ بل إنه يأتى ضمن فئة العوامل المؤثرة جدا ، . هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه واشتون (Washton, 1989) وهوفمان وميلر (Hoffman and Miller, 1993) ورسول (Rezaul, 1988) وكذلك تشيايوزى (Chiauzzi, 1991).

هذه النتيجة أيضا تشير إلى أن حالة الاعتماد النفسى وإلى حد ما الاعتماد الجسمانى لا تزال باقية وقوية ولعل مرد ذلك هو قصر مدة العلاج وعدم وجود أنشطة وبرامج تشغل أوقات الفراغ الطويلة .

أما بالنسبة للعامل الشخصى الثانى الأكثر إسهما فى حدوث الانتكاسة فيظهر الجدول (٥) أن المدمنين المنتكسين يرون أن ضعف الوازع الدينى والأخلاقى لديهم يسهم ويشكل مؤثر جدا فى انتكاستهم وعدم ارتداعهم عن التعاطى.

هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه هوفمان وميلر (Hoffman and Miller, 1993) وهول وزملائه (Hall et al., 1991) وكذلك ودنقتون (Weddington , 1995) كما أنها تؤكد ما ورد فى الكثير من التراث النفسى وأدبياته عن خصائص المدمنين والسيكوباتيين والأفراد الذين

اضطرابات الشخصية بشكل عام من حيث عدم الاهتمام واللامبالاة بالقيم والأعراف الدينية والاجتماعية . كذلك فإن هذه النتيجة تؤيد ما ذهب إليه تقرير إحدى دراسات مركز أبحاث الجريمة بوزارة الداخلية (١٩٩٤) من اعتبار المدمنين أفراداً منفصمين عن تراث مجتمعهم بسبب تعرضهم لأنماط تنشئة لا معيارية ناجمة عن فقدان الآباء ذوى التعليم المتدنى لحساسية استشفاف توجيهات المجتمع من أجل توجيه صغارهم الوجهة المناسبة .

كذلك يظهر الجدول (٥) أن الهاجس والتفكير المستمر فى المدخرات يعد العامل الشخصي الثالث الأكثر إسهاماً فى انتكاسة المدمنين وعودتهم للتعاوى وهى نتيجة تتفق مع ما توصل إليه كل من واشتون (Washton , 1989) وديلى وكامبل (Daley and Campbell, 1989) وتأتى كأمر متوقع فى ظل عدم وجود وظيفة أو عمل لدى الفرد علاوة على وجود أوقات فراغ طويلة لديه لا يمارس فيها أنشطة تبعده عن حالة الهواجس والتخيلات .

كما يظهر الجدول (٥) أن عامل القلق والتوتر وعامل الوحدة والانطوائية على التوالي كان لهما إسهام ملحوظ فى حدوث الانتكاسة من وجهة نظر المنتكسين وهى نتيجة تتفق مع النتائج التى توصل لها كل من أوبراين وزملاؤه (O'brien et al., 1991) وميلر وقولد (Miller and Gold, 1995) وشينيان وزملاؤه (Chnnian and others, 1995) كما أنه يمكن القول بأنها نتيجة متوقعة فى ظل وجود سبعين فى المائة من العزاب وسط أفراد العينة التى تتضمن ٧٥٪ ممن لا تتجاوز أعمارهم الخمسة والثلاثين عاماً حيث يظهر التراث السيكلوجى فى معظمه الارتباط القوى بين هذين العاملين وأنهما من أسباب تجاه الأفراد إلى البحث عن المواد المخدرة والمسكرة

حيث لا يستطيع البعض التعامل والتكيف مع الظروف والمتغيرات الاجتماعية المتلاحقة وأساليب التحديث والتطور التكنولوجي السريع فيصابون بالقلق والتوتر ويلجأون للانطوائية والانسحاب ولا يخرجهم من عزلتهم النفسية وغريبتهم الاجتماعية إلا تعاطى المواد المخدرة والمسكرة (Jalali, 1982) (Delgado, 1989).

كذلك فإن الجدول (٥) يظهر أن ثلاثة عوامل شخصية هي عامل تذكر المواقف والأماكن المرتبطة بالإدمان وكذلك عامل ضعف الإرادة الشخصية والعجز عن مقاومة رغبة التعاطى إضافة إلى عامل محاولات الهروب من الضغوط الحياتية اليومية كلها عوامل فرعية تتساوى في متوسطها الحسابى (٢٨٩) وتقع فى فئة العوامل المؤثرة المسؤولة عن حدوث الانتكاسة للمدمنين .

هذه النتائج تتفق مع ما توصل إليه كل من واشتون , (Washton , 1989) وهوفمان وميلر (Hoffman and Miller, 1993)

أخيرا فد أظهر الجدول (٥) أن عدم القدرة الشخصية على تحقيق التكيف الاجتماعى وتكوين العلاقات الشخصية التبادلية مع الآخرين بعد انقضاء فترة العلاج والعودة للمجتمع الطبيعى تعد أحد العوامل المؤثرة فى انتكاسة المدمنين وهى نتيجة تتفق مع ما توصل إليه كل من هول وزملاؤه (Hall et al., 1991) وودنقتون (Weddington , 1995) وإلى حد كبير كل من واشتون (Washton, 1989) وكارل وأخرون (Carl et al, 1991)

هذه النتائج خاصة فيما يتعلق بعوامل ضعف الإرادة الشخصية فى المقاومة ومحاولة الهروب من الضغوط الحياتية اليومية وعدم القدرة على تحقيق التكيف

الملائم يمكن النظر لها على أنها انعكاس لعجز البرامج العلاجية عن تأهيل المدمنين تأهيلا علاجيا طويلا وشاملا وليس فقط الاقتصار على إزالة السموم والأعراض الانسحابية الجسمانية .

إلى هنا يتضح أن أكثر من نصف العوامل الشخصية (٦٠٪) تعد وفق المعايير المستخدمة من قبل الباحث عوامل مؤثرة ولها إسهامها الملحوظ في حدوث الانتكاسة وهي في مجملها تشير إلى أمرين هامين هما :

١ - امكانية أن تكون عادة التعاطى وما يصاحبها من انتكاسات مرضية جزءا من إفراتز طبيعة لظروف التحولات الاجتماعية والتغيرات الثقافية فى أنساق القيم والاتجاهات العامة لدى الناس بسبب حركات التحديث والتطوير والتمدن الحضرى ذى الايقاع السريع ، هذا التفسير يتفق إلى حد كبير مع ما توصل إليه مركز أبحاث الجريمة بوزارة الداخلية فى أحد أبحاثه عام ١٩٩٤ من وجود قابلية لدى المدمنين السعوديين لصدمات حضارية وعقد نفسية .

٢ - من خلال استجابات المنتكسين علي العوامل الشخصية ، هناك تأكيد منهم علي أن ستين في المائة من هذه العوامل يعد مسؤولا إلى حد كبير عن انتكاستهم ، وهنا يمكن القول بأن ذلك يمكن النظر له كمؤشر إيجابى على تحملهم للمسؤولية حيث لم يحاول المنتكسون علي ما يبدو استخدام آلية النكران والجحود أو اتهام الآخرين في المشكلات الواقعة عليهم وبالتالي إلقاء اللوم على عوامل خارجة كما تشير لذلك غالبية موضوعات وأدبيات الموروث النفسى .

ب- العوامل الأسرية :

يظهر الجدول أن عدم ثقة الأهل فى المدمن وتشككهم في تصرفاته ونواياه

مما يجعله لا يطمئن ولا يرتاح لهم تمثل عاملا مؤثرا فى حدوث الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين وهى نتيجة تتفق مع ما توصل إليه كل من هوفمان وميلر (Hoffman and Miller , 1993) ووالتون وزملاؤه، (Walton et al., 1995) ، كما يتضح من الجدول فهذا هو العامل الأسرى الوحيد الذى يرى المنتكسون أن له دورا مؤثرا وإسهاما ملحوظا فى عودتهم للتعاطى وهو أمر يمكن النظر له من جانبيين هما :

١ - غالبية المدمنين لا يرون أن هناك تقصيرا من الأسر فى دعمها ومتابعتها ولا فى حرصها ومراقبتها لهم كما أنهم لا يرون أن هناك ظروفًا أسرية صعبة اقتصادية كانت أم اجتماعية تجعلهم ينتكسون ، ولكنهم يؤكدون أن الثقة المتبادلة بينهم وبين ذريهم مهزوزة وتسهم بطريقة أو بأخرى مع غيرها من العوامل فى دفعهم إلى العودة للتعاطى ولعل لتفسير المحتمل لهذه الرؤية هو أن المدمنين ينظرون لهذه المعاملة الأسرية على أنها شكل من أشكال الحماية الزائدة التى تسلبهم الكثير من خصوصياتهم وتقلل من ثقتهم بأنفسهم ومن قدرتهم على تحقيق الاستقلالية والاعتمادية وتفعيل دور الرقابة الذاتية ، بل قد يكونوا فى إدراكهم لهذه المعاملة قد ذهبوا إلى أبعد من ذلك وهو أن أسرهم تقوم بتلك الممارسات حرصا منها على سمعتها ورفبتها فى تحقيق المسيرة والقبول الاجتماعى أكثر من اهتمامها بسبر أغوار مشكلاتهم والوقوف على حقيقة معاناتهم وتشخيصها مبكرا وعلاجها أسريا داخليا ، من هنا فقد تكون حاجاتهم إلى الاستماع والإصغاء والمصارحة والمناقشة الموضوعية مع الأهل أكثر من حاجاتهم إلى سماع عبارات التوجيه والوعظ والترهيب والنصح والإشاد والتمنى تتأتى بعد فوات الأوان تقريبا وفى وقت لا يتناسب مع ظروف الموقف ولا

حالة المدمن .

٢ - إن العلاقات الأسرية لا تزال قوية ومؤثرة رغم التغيرات الاجتماعية المتسارعة في هذا المجتمع ، وهنا يمكن النظر للأسرة كعامل مساعد يدعم نجاح برامج الوقاية والعلاج فيما لو استلغت هذه المؤسسة الاجتماعية الهامة استغلالا حسنا بتطبيق العلاجات الأسرية أثناء التنويم وبعد الخروج النهائي من المستشفى،

ج- العوامل الاجتماعية:

يظهر الجدول (٧) أن المنتكسين في استجاباتهم يرون أن العوامل الاجتماعية قد ساهمت وبشكل ملحوظ في عودتهم إلى تعاطي المخدرات والمسكرات وإن كانت عوامل مثل وجود أوقات فراغ طويلة ونظرة المجتمع السلبية للمدمنين وتوفر المخدرات ووجودها في السوق قد جاءت في فئة العوامل التي لها تأثيرها الشديد جدا ، فيما جاء إسهام وتأثير عامل البطالة وضغوط الرفاق أقل من سابقهم ..

هذه النتائج تتفق مع دراسات هول وزملاؤه (Hall et al., 1991) ويونيثان وزملاؤه (Unithan et al., 1990) ورسول (Rezual, 1988) إلا أنها تتعارض مع ما توصل إليه والتون وزملاؤه (Walton et al ., 1995) الذين لم تظهر دراستهم أن هناك دورا حاسما ومؤثرا للعمل أو المجتمع في حدوث الانتكاسة.

والملاحظ هنا أن المدمنين يرون أن جميع العوامل الاجتماعية قد كان لها دورها المؤثر في حدوث الانتكاسة وهو أمر يمكن فهمه فعدم توفر الوظيفة أو

العمل يجعل لدى الشخص أوقات فراغ طويلة تجلب له الملل والسامة مما يضطره إلى البحث عن الرفاق وأصدقاء السوء الذين يشاطرونه نفس الهموم والمعاناة فيما يدفعهم إلى العودة للتعاطى والبحث عن المخدرات التي يمكن الحصول عليها فالسوق لا تخلو منها نتيجة للطفرة المالية والمادية التي مرت بها البلاد فأصبحت سوقا مستهدفة كما أن مناسبة كالحج والعمرة حيث يفد مئات الآلاف من الناس في فترة زمنية محدودة جدا يدفع بعدد من ضعاف النفوس والمجرمين إلى تهريب كميات هائلة من المواد المحرمة وترويجها في السوق.

كذلك يمكن فهم النظرة السلبية للمدمنين في مجتمع إسلامي محافظ ولكن مما لا شك فيه أن نوعية البرامج العلاجية وماهية البرامج الوقائية في المستشفيات تضع أكثر من علامة استفهام حول دورها في تهيئة الأفراد للتعامل والتفاعل مع الآخرين وتأهيلهم تأهيلا علاجيا شاملا لتحقيق التكيف المنشود.

د - العوامل العلاجية :

يظهر الجدول (٨) أن هناك أربعة عوامل علاجية كان لها إسهامها الملحوظ في حدوث الانتكاسة للمدمنين وفقا لمعيار المتوسط الحسابي العام المستخدم وهذه العوامل هي عدم انتظام المدمنين المتحسنين على مراجعة العيادات والمستشفيات المتخصصة لمتابعة واستكمال علاجهم ، والتفسيرات المحتملة لذلك كثيرة ولكن أهمها هو عدم اكتراث هؤلاء المدمنين واهتمامهم بتحسين أحوالهم الصحية تحسنا حقيقيا وشاملا ويكفيهم فقط من العلاج حل مشكلة التحمل (tolerance) التي سببتها جرعات التعاطى المتزايد والمفرط أو عدم قناعتهم بفاعلية وجدوى البرامج العلاجية وهو ما أكدته حوالي ٦٠٪ منهم واعتبروه عاملا

مساهما فى حدوث الانتكاسة لهم أو قد يكون عدم الانتظام والحرص على المتابعة جزء من خصائص سيكولوجيتهم والتي يمكن تصنيفها فى فئة السيكيوباتية واضطرابات الشخصية المتسمة باللامبالاة وعدم الاكتراث.

كذلك فإن المدمنين المنتكسين يرون أن الفريق المعالج مقصر فى متابعتهم والاستفسار عن أحوالهم وشؤونهم خاصة خلال الشهور الأولى من الخروج النهائى وهو أمر يفترض فى أعضاء الفريق المعالج خاصة الأخصائيين الاجتماعيين عدم الاستهانة به بل لا بد من ضرورة إدراجه كإجراء أساسى ضمن الاستراتيجية الوقائية العلاجية الشاملة حتى وإن كانت هناك بعض الاعتبارات الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تشكل فى بعض الحالات عائقا فى سبيل تنفيذ خطط المتابعة والتواصل الهاتفى والميدانى مع المرضى المتحسين ، أيضا فإن بعضا من المنتكسين يرون أن عاملى عدم وجود جماعات المساندة الذاتية (Self-help Group) مثل (N.A, A.A) وعدم فاعلية البرامج العلاجية لهما دورهما المسهم فى حدوث الانتكاسة ، لذا فإنه يفترض فى الفريق المعالج إعادة صياغة برامجه العلاجية بحيث تتضمن تغطية شاملة لأبعاد المشكلة وتناول الحالة علاجيا ووقائيا من منظور أكبر من مجرد قضاء بضعة أيام أو أسابيع فى المستشفى ثم إقرار اخراجه نون تزويده بآليات وقائية تضمن له القدرة على التكيف ومقاومة الضغوط البيئية المتعددة.

أما بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية فقد كشفت تطبيقات اختبار شيفيه عن مصدر التباين الموجود بين المجموعات فى بعض الفروض التي لم تتحقق وهى ما ستم مناقشته فى هذا الجزء من الدراسة ، فلقد أظهرت بيانات الجدول (٩) وجود فروق لها دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٥ فى نظرة المنتكسين للعوامل الأسرية

وحجم إسهامها في حدوث الانتكاسة باختلاف العمر ، حيث وجد أن المجموعة الرابعة (الفئة العمرية ٤٥ فأكثر) تختلف في إدراكها لدور العوامل الأسرية في حدوث الانتكاسة عن بقية الفئات العمرية الثلاث حيث لا ترى أن هناك إسهاما مباشرا للعوامل الأسرية في عودتهم للتعاظم والإدمان ويمكن فهم ذلك إذا أخذنا في الاعتبار عامل كبير السن لدى هؤلاء الأفراد وعدم حاجتهم للدعم أو الرقابة الأسرية كغيرهم .

كما أظهرت بيانات الجدول (١٤) أن المنتكسين يظهرون تباينا واضحا في إدراكهم لمساهمة العوامل الشخصية والعوامل الاجتماعية حيث توجد فروق لها دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٥ باختلاف نوعية المخدر ، وباستخدام اختبار شيفيه للكشف عن مصدر التباين في استجابات مدمنى الكحوليات ومدمنى الهيروين علي العوامل الشخصية ومدى مساهمتها في حدوث الانتكاسة باختلاف نوعية المخدر المستخدم يظهر الجدول (١٥) وجود فروق لصالح المجموعة الثانية (مدمنى الهيروين) ولعل التفسير المحتمل لهذا التباين هو أن هذه المجموعة والتي تمثل حوالي ستين في المائة من أفراد العينة التي تضم ٧٥٪ مم تتراوح أعمارهم بين ١٥-٣٤ سنة أكثر عرضه واستعدادا للتأثر بمشاعر القلق والخوف من الفشل وضعف الإرادة والقناعة الشخصية مع ضعف في الوازع الديني والأخلاقي وقابلية للصدمات الحضارية والعقد النفسية (مركز أبحاث الجريمة بوزارة الداخلية السعودية ١٩٩٤).

أيضا فإنه يستخدم اختبار شيفيه للكشف عن مصدر التباين الموجود بين المجموعة الثانية (مدمنى الهيروين) والمجموعة الرابعة (مدمنى المواد الطيارة) في نظرتهم لمساهمة العوامل الاجتماعية في حدوث الانتكاسة يظهر الجدول (١٦)

وجود فروق دالة لصالح مدمنى الهيروين حيث ترى هذه الفئة أهمية دور العوامل الاجتماعية فى انتكاستها مقارنة بدمنى المواد الطيارة ، ولعل التفسير المحتمل لذلك هو أن نظرة المجتمع لدمنى المواد الطيارة (كالغراء والبوية والبنزين .. الخ) أخف وطأة وأقل حدة وشجبا من أفراد المجتمع مقارنة بمن يتعاطون مادة الهيروين ذى العواقب الوخيمة ، كما يحتمل أن يكون للخلفية الاجتماعية والاقتصادية للأسرة دوره فى هذا التباين خاصة إذا عرفنا أن تأمين مادة الهيروين يتطلب مبالغ مالية كبيرة مقارنة بتكاليف المواد الطيارة ، لذلك قد تكون غالبية مدمنى الهيروين منحدره من أسر وعائلات لها مركزها الاجتماعى والاقتصادى وتهمها سمعتها وسمعة أبنائها مقارنة بأسر مدمنى المواد الطيارة الذين يحتمل أن تكون غالبتهم من المنتمين للطبقات الاجتماعية الدنيا .

الخلاصة :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم العوامل الشخصية والأسرية والاجتماعية والعلاجية المساهمة فى حدوث الانتكاسة للمدمنين علي تعاطى المخدرات وتناول المسكرات وكذلك مدى تباين رؤية المنتكسين حول أهمية هذه العوامل باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية كالعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمى والمهنة ونوعية لمخدر وعدد مرات التنويم ، هذه الدراسة أجريت على مائة واثنى عشر مدمنا منتكسا بمستشفى الأمل بالرياض وقد استخدمت عدة أساليب إحصائية مثل المتوسطات الحسابية التكرارات والنسب وتحليل التباين واختبار شيفيه لتحليل بيانات الدراسة .

ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن للعوامل الاجتماعية إسهاما ملحوظا فى

حدوث الانتكاسة للمدمنين وكذلك الحال مع غالبية العوامل الشخصية وبعض من العوامل العلاجية فيما لم يكن للعوامل الأسرية من وجهة نظر المنتكسين مساهمة مؤثرة في عودتهم للتعاطى والإدمان ، كذلك فقد أظهرت النتائج أن لنوعية المخدر المستخدم نورا في النظرة لأهمية العوامل المساهمة فقد اتضح أن مدمنى الهيروين يعطون أهمية أكبر لدور العوامل الشخصية والاجتماعية في حدوث الانتكاسة مقارنة بمدمنى الكحوليات ومدمنى المواد الطيارة علي التوالي كما اتضح أن للعمر أثرا دالا في إدراك أهمية العوامل الشخصية في حدوث الانتكاسة حيث كانت نظرة الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم الخامسة والأربعين مختلفة عن بقية الفئات العمرية الثلاث التي ترى أهمية هذه العوامل الشخصية في حدوث الانتكاسة . أيضا فإن الدراسة لم تظهر أثارا دالة لكل من المستوى التعليمي أو الحالة الاجتماعية أو المهنة أو عدد مرات التنويم في إدراك المنتكسين لأهمية العوامل الأربعة الرئيسية في حدوث الانتكاسة .

أخيرا توصى الدراسة بضرورة تحسين نوعية البرامج والخدمات العلاجية وأهمية تأهيل المرضى تأهيلا نفسيا واجتماعيا شاملا وذلك بقضاء مدد أطول في المستشفى لتزويدهم بالمهارات الذهنية والسلوكية اللازمة لمقاومة الضغوط النفسية والاجتماعية والحياتية اليومية لتحقيق التكيف الملائم .

التوصيات :

علي ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يوصى الباحث باتخاذ بعض الإجراءات التي قد تسهم في الحد من ظاهرة الانتكاسة الإدمانية وأبرزها:

أولا : السعى إلى تأهيل المرضى المنومين تأهيلا شاملا يتضمن تزويدهم

بمهارات شخصية واجتماعية تساعدهم على التكيف ومقاومة الضغوط بعد الخروج من المستشفى وهنا قد يكون من الأجدى إطالة مدة التنويم والعلاج حتى تحدث التغيرات السلوكية والذهنية المناسبة .

ثانيا : لا بد من الاهتمام بعملية المتابعة الطبية للمرضى بعد خروجهم بحيث تكون هذه العملية جزءا من الخطة العلاجية الشاملة وتتم بطريقة منظمة ورسمية ولمدة طويلة تحت إشراف الفريق المعالج .

ثالثا : العمل على إجاد وتكوين جماعات المساندة والدعم الذاتى بإشراف ومتابعة بعض من أعضاء الفريق المعالج (الأخصائيين الاجتماعيين على وجه الخصوص) ويمكن الاستفادة من المراكز الصحية أو المستشفى أو المساجد أو بعض مرافق المدارس الموجودة فى الأحياء أو بيوت الشباب أو الأندية لعقد هذه اللقاءات والاجتماعات بانتظام .

رابعا : تطوير وصياغة نموذج علاجى مناسب للثقافة السعودية يستجيب لاحتياجات وظروف المدمن وأسلوب حياته ، ويرى الباحث أن المنهج السلوكى المعرفى يصلح لأن يكون أساسا لهذا النموذج .

خامسا : توفير المعالجين المؤهلين من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين الذين يمكن لهم التعامل مع ديناميات شخصية المدمن بعمق وروية ويفضل بالطبع أن يكون من بيئة المريض وثقافته .

سادسا : الحاجة إلى الاهتمام بالعلاجات الأسرية سواء أثناء وجود المدمن بالمستشفى أو حتى بعد خروجه وأن تتم اللقاءات وفق تنظيم واضح وبرمجة دقيقة .

سابعاً : أهمية إجراء الكثير من الدراسات العلمية لمعرفة المزيد عن ظروف المدمنين وعوامل ومسببات الانتكاسات المرضية .

المراجع العربية

١- الحارثي ، زايد (١٩٨٩) : الاستراتيجيات التربوية والنفسية والاجتماعية لمكافحة المخدرات ، جامعة أم القرى - مكة المكرمة.

٢- الديلم ، فهد (١٩٩٤) : الخصائص النفسية والاجتماعية لمسيئي استخدام المواد الكيماوية ، كتاب مستشفى الصحة النفسية بالطائف - النسخة الثانية - الطائف .

٣- ————— (١٩٩٧) : معالجة سوء استخدام المواد الكيماوية في المملكة العربية السعودية ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد السابع - العدد الثالث ، القاهرة .

٤- السعيد ، أحمد (١٩٨٩) : دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطي الحشيش بمنطقة الرياض ، مجلة علم النفس - العدد الحادي عشر - السنة الثالثة - القاهرة .

٥- شينان ، رولين ، الجمعية ، عبد العزيز ، السبيعي ، عبد الله ، خليفة ، علاء الدين ، أندروز نيكولس ، أهيرن جوزيف وسوقمار ألوار (١٩٩٥) : التكيف مع الأوضاع عالية الخطورة في تناول الكحوليات ، دراسات وأبحاث مستشفى الأمل بالرياض ، الرياض .

٦- عاشور - عدنان (١٩٩٤) العلاقة بين الأمان والاضطرابات الوجدانية لدى السجناء - كتاب مستشفى الصحة النفسية بالطائف - النسخة

الثانية - الطائف.

- ٧- الفالح ، سليمان (١٩٨٧) : أسباب تعاطى المخدرات في المملكة العربية السعودية ، رسالة ماجستير غير منشورة - الرياض .
- ٨ - المحارب ، ناصر (١٩٩٣) : التدريب علي المهارات الشخصية والاجتماعية : أسلوب نفستريوى للوقاية من تعاطى المخدرات : رسالة التربية وعلم النفس التي تصدرها الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية ، العدد الثالث ، فبراير ، الرياض .
- ٩ - مركز أبحاث مكافحة الجريمة بوزارة الداخلية السعودية (١٩٩٤) : إدمان المخدرات فى أوساط الشباب : البحث الميدانى الثانى : ظاهرة إدمان المخدرات فى المجتمع العربى السعودى ، الرياض .

المراجع الأجنبية

- 1- Annis, H. Schober, R., and Kelly, E. (1996): Matching Addiction Outpatient Counseling to Clients Readiness for Change: The Role of Structured relapse prevention counseling: Journal of Experimental and Clinical Psychopharmacology, Vol. #4 - Feb. pp. 37-44.
- 2- Bell, T. (1990): Preventing Adolescent Relapse: Herald House Independence Press: Montana, USA
- 3- Billings, A., and Moos, R. (1982): Social Support and Functioning among Community and Clinical Groups: Journal of Behavioral Medicine.
- 4- Bradley, B., Phillips, G., and Green, L. (1989): Circumstances Surrounding the Initial Lapse to Opiate Use Following Defoxification. British Journal of Psychiatry. Vol. # 154, pp. 354-354.
- 5- Brown, H. M. (1991): Shame and Relapse Issues with the Chemically Dependent Clients: Alcoholism Treatment Quarterly Vol. # 8, pp. 77-82.
- 6- Brownell, K., Marlatt, G., Lichtensteine, E., and Wilson, G. (1986): Understanding and Preventing Relapse. American Psychologist. Vol. # 41, pp. 765-782.
- 7- Carl, G., Leukefield, D., and Williams, J. (1991): Prevention Evaluation: Research Methods; Findings and Consensus: NIDA, Monograph series # 107.
- 8- Carmody, T. (1992): Preventing Relapse in the Treatments of Nicotine Addiction: Journal of Psychoactive Drugs, Vol. # 24 (2).
- 9- Chiauuzzi, E. J. (1991): Preventing Relapse in the Addictions: A Biopsychosocial Approach, Pergamen Press, New York.

- 10- Cohen, S., and Wills, T. (1985): Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis: *Psychological Bulletin* # 98 pp. 310-357.
- 11- Cummings, G., Gordon, J., and Marlat, G., (1980): Relapse: Prevention and Prediction. In W. R. Miller: *The Addictive Behavior*, Pergamon Press, New York.
- 12- Daley, D., and Campbell, F. (1989): *Coping with Dual Disorders: Chemical Dependency and Mental Illness*: Hazelden Foundation. Minnesota, USA.
- 13- Delgado, P. (1989): *Treatment of Drug and Alcohol Abuse and Dependence: Handbook of Substance Abuse in Developing Countries*: Johns Hopkins Publications. Baltimore, USA
- 14- Donovan, D. (1988): *Assessment of Addictive Behaviors: Implications of an Emerging Biopsychosocial Model*. Guilford Press. New York.
- 15- Glynn, T., Leukefeld, C., and Ludford, J. (1991): *Preventing Adolescent Drug Abuse: Invention Strategies*: NIDA, Monograph # 107.
- 16- Gorski, T. (1990): The CENAPS Model of Relapse Prevention: Basic Principles and Procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*. # 22, pp. 125-133.
- 17- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., and Bradely, B. (1987): What Happens to Opiate Addicts Immediately after Treatment: A Prospective Follow-up Study: *Behavior Medicine. Journal* # 294, pp. 1377-1380.
- 18- Hall, S., Wasserman, D., and Havassy, B. (1991): *Relapse Prevention*: NIDA Monograph # 106.
- 19- Hatsukmi, D., and Pickens, R. (1982): Post-Treatment Depression in an Alcohol and Drug Abuse Population. *American Journal of Psychiatry* # 139, pp. 1563-1566.
- 20- Hunt, W., Barnett, L., and Branch, L., (1971): Relapse Rates in Addiction Programs: *Journal of Clinical Psychology* # 27, pp. 455-456.
- 21- Jaladi, B., (1982): *Addescent and Drug Use*: *American Journal of Orthopsycho* # 51.

- 22- Jellinek, E. (1960): *The Disease Concept of Alcoholism*. Millhouse Press, New Jersey. USA.
- 23- Joe, G., Simpson, D., and Hubbard, R., (1991): Unmet Service Needs in Methadone Maintenance: *International Journal of the Addictions* # 26, pp. 1-22.
- 24- Lewis, J., Dana, R., and Blevins, G. (1994): *Substance Abuse Counseling: Brooks/Cole Publication Co., Calif. USA.*
- 25- Marlatt, G., and Gordon, J., (1985): *Relapse Prevention*. Guilford Press. New York.
- 26- Meyer, R. (1989): *How to Understand the Relationship between Psychopathology and Addictive Disorders*: Guilford Press. New York.
- 27- Milan, J., and Ketcham (1983): *Under the Influence: A Guide to the Myths and Realities of Alcoholism*: Bantou Books. New York.
- 28- Miller, N., and Gold, M. (1995): The Role of the Psychiatrist in Treatment of Relapse in Addictive Disorders: *Psychiatric Annals* # 11 (Nov. ed.).
- 29- Miller, N., and Hoffman, N. (1995): Addictions Treatment Outcomes: *Alcoholism Treatment Quarterly* # 12 (2), pp. 41-55.
- 30- Miller, W. R. (1987): Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism: *Psychological Bulletin* # 98, pp. 84-107.
- 31- O'Brien, C., Childress, A., and McLellan, A. (1991): Conditioning Factors may Help to Understand and Prevent Relapse in Patients who are Recovering from Drug Dependence. NIDA, Monograph # 106.
- 32- Polich, J., Aromor, D., and Braiker, H. (1981): *The Course of Alcoholism: Four Years after Treatment*. Wiley Press. New York.
- 33- Rezaul I., (1993): Relapse Following Withdrawal of Drug Addiction: *British Journal of Psychiatry* # 163, (Nov. ed.).
- 34- Rogers, R., McMillin, C., and Hill, M. (1990): *The Twelve Steps Revisited*: Bantou Books. New York.

- 35- Straussner, S., (1993): *Clinical Work with Substance Abusing Clients*. Guilford Press. New York.
- 36- Travnik, Z. (1994): *Relapse Prevention Strategies and their Application in Developing Countries: A publication of Johns Hopkins University: Baltimore, M. D., USA.*
- 37- Wallace, B., (1990): *Treating Crack, Cocaine Dependence: The Critical Role of Relapse Prevention Journal of Psychoactive Drugs #22 (2). Apr.-Jun.*
- 38- Walton, M., Reisch, T., and Ramanathan, C. (1995): *Social Settings and Addiction Relapse: Journal of Substance Abuse # 7 (2). pp. 223-233.*
- 39- Washton, A., Nannette, S., and Washton, M., (1990): *Abstinence and Relapse in Outpatient Cocaine Addicts: Journal of Psychoactive Drugs #22, Apr.-Jun.*
- 40- Washton, A. (1989): *Cocaine, Addiction Treatment: Recovery and Relapse Prevention*. Norton. New York.
- 41- Weddington, W. (1990): *Towards a Rehabilitation of Methadone and Maintenance: Integration of Relapse Prevention and Aftercare: Special Issue: International Journal of the Addictions # 25, (Aug).*
- 42- Unithan, S., Gossop, M., and Strange, J. (1992): *Factors Associated with Relapse among Opiate Addicts in an Outpatient Detoxification Programme. British Journal of Psychiatry # 161, pp. 654-657.*