

The Impact of Children's Disability on Psychological Distress and Stress among Parents within Qatari Society

DR. ALI SHAKIR AL-FATLAWI.

AL DANA AL AHBABI .

Abstract

This study aimed to examine the levels of psychological distress and stress among parents of children with disabilities and to determine whether there are statistically significant differences based on parental gender and the type of disability. The sample consisted of n=102 parents, aged between 36 and 45 years of age, with an average child age of 12.32 years. The study utilized the Kessler Psychological Distress Scale (K6) and the Parental Stress Scale (PSS). Findings indicated that parents experienced higher-than-average psychological distress and report significant levels of parental stress. The results also showed no statistically significant differences in overall psychological distress or parental stress between fathers and mothers, except for depression, where mothers exhibited higher levels than fathers. Additionally, parents of children with severe intellectual disabilities or autism were more likely to experience anxiety and depression compared to parents of children with other disabilities. They also reported significantly higher parental stress levels. However, no significant differences were found between fathers and mothers regarding parental dissatisfaction based on the child's disability type. Overall, the study highlights the significant psychological burden experienced by parents of children with disabilities, emphasizing the need for targeted support and interventions.

132

-
- Associate Professor, Qatar University, College of Arts and Sciences, Department of Social Sciences, Psychology Program
-

واقع الدعم الأسري وعلاقته بمعدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان

دراسة على عينة من مراجعي العيادات الخارجية بمجمع إرادة والصحة النفسية بمدينة الرياض

د. هند بنت خالد العتيبي •

DOI: 10.12816/0062255

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان وعلاقته بمعدلات الانتكاسة، وذلك من خلال دراسة على عينة عمدية مكونة من (324) متعافياً من مجمع إرادة للصحة النفسية بالرياض. أشارت النتائج إلى أن قرابة نصف العينة (44.45%) استمروا في تعاطي المواد المخدرة لأكثر من ثلاث سنوات، وكانت مادة الكبتاجون الأكثر انتشاراً بينهم بنسبة (44.44%). كما كشفت النتائج عن تكرار محاولات العلاج، إذ خضع العديد من المشاركين لأكثر من محاولة علاجية.

قيّم المشاركون مستوى الدعم الأسري العام بدرجة متوسطة (2.88 من 5)، إذ جاء الدعم المالي في المرتبة الأولى (3.20)، يليه الدعم الانفعالي (3.05)، في حين تراجع الدعم المعرفي (2.79) والأخلاقي (2.68). لوحظت فجوة كبيرة في برامج الرعاية اللاحقة، فلم يلتحق أكثر من نصف العينة بأي برنامج تأهيلي بعد العلاج. وأظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية في إدراك الدعم الأسري وفقاً للعمر والدخل وعدد الانتكاسات، بالإضافة إلى تأثير تعليم الوالدين على مستوى الدعم المدرك. وتؤكد الدراسة على ضرورة تعزيز برامج دعم أسري شاملة ومستدامة للمساهمة في تقليل الانتكاسة ودعم التعافي.

الكلمات المفتاحية: الدعم الأسري، التعافي من الإدمان، الانتكاسة، الرعاية اللاحقة.

• أستاذ علم الاجتماع المشارك، قسم الدراسات الاجتماعية - كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة الملك سعود - hotibi@ksu.edu.sa

تاريخ استلام البحث: 2025/04/23، تاريخ قبوله: 2025/05/06

أولاً: مشكلة الدراسة:

يُعدّ التعافي من الإدمان مرحلة شاقة ومعقدة، لا تقتصر على التوقف عن تعاطي المواد المخدرة فحسب، بل تمتد لتشمل بناء نمط حياة مستقر ومتوازن من الناحية النفسية والاجتماعية. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن عملية التعافي تتطلب بيئة داعمة وآمنة، تتيح للمتعافي تجاوز التحديات التي يواجهها بعد الخروج من البرامج العلاجية، وفي مقدمة تلك التحديات خطر الانتكاسة.

وتكشف تقارير طبية واجتماعية عن ارتفاع معدلات الانتكاسة بين المتعافين، إذ تشير بعض الإحصاءات إلى أن ما يقارب (70%) من المتعافين يتعرضون للانتكاسة خلال العامين الأولين بعد العلاج (National Institute of Justice, 2003)، ما يُبرز خطورة هذه المرحلة ويُشير إلى وجود فجوة في منظومة الدعم اللاحق للعلاج، خاصة في الإطار الأسري.

وتُعدّ «مرحلة ما بعد العلاج» أو «مرحلة إعادة الاندماج» من أدق المراحل في حياة المتعافي، إذ يبدأ خلالها محاولة العودة إلى الحياة الطبيعية، واستعادة علاقاته الاجتماعية، والاندماج في الدراسة أو العمل، بالتزامن مع تجنب البيئات والسلوكيات المحفّزة للانتكاسة. وتواجه هذه المرحلة تحديات إضافية، مثل: «الوصم الاجتماعي» أو ما يُعرف بـ«العقوبة غير المرئية»، التي قد تُضعف ثقة المتعافي بنفسه وتقلّل من فرص نجاحه في الاندماج المستقر (Chandler et al., 2009). وفي ظل هذه الظروف، يظهر الدعم الأسري أحد العوامل الجوهرية في إنجاح التعافي واستمراره. إذ أظهرت الدراسات أن مشاركة الأسرة، وخصوصاً الوالدين، في رعاية المتعافي والوقوف إلى جانبه، تُسهم بشكل فعّال في تعزيز مقاومته للضغوط، وتقوية هويته الإيجابية، وتقليل فرص عودته إلى التعاطي (Cobbina, 2009). وفي المقابل، فإن غياب هذا الدعم أو ضعفه - سواء من الناحية العاطفية أو المعرفية أو الاقتصادية - قد يزيد من احتمالية الانتكاسة ويُقوّض فاعلية الجهود العلاجية.

ورغم تنوع البرامج العلاجية والتأهيلية في المملكة العربية السعودية، لا تزال معدلات الانتكاسة مرتفعة، ما يطرح تساؤلات حول فاعلية الدعم الأسري بعد العلاج، ومدى تأثيره في استقرار المتعافي. كما قد أظهرت دراسة أعدتها الباحثة تريكيث (2013) أن الإدمان لا يُعد مشكلة فردية فحسب، بل يعكس في كثير من الحالات خللاً بنيوياً في النظام الأسري ووظائفه، أو اضطراباً في العلاقات الداخلية والأنظمة الفرعية داخل الأسرة. وأشارت الدراسة إلى أن ارتفاع معدلات الانتكاسة بين

المتعافين يعود - إلى حد كبير - إلى ضعف البيئة الأسرية الداعمة، مؤكدة على أن الأسرة الفعّالة تمثل عنصراً وقائياً حاسماً في منع العودة إلى التعاطي، بينما تُعدّ العلاقات الأسرية المتوترة أو المنفصلة من العوامل التي تُهدد استقرار المتعافي وتزيد من احتمالية الانتكاسة.

وتوصي الدراسة بأهمية أن يوجه المعالجون والاختصاصيون اهتماماً أكبر لتعزيز الروابط العاطفية والاجتماعية بين المتعافي وأسرته، نظراً لما تؤديه هذه العلاقات من دور إيجابي في تعزيز الامتناع طويل المدى عن تعاطي المواد المخدرة، ودعم جهود التعافي النفسي والسلوكي. وتتسق هذه النتائج مع ما تسعى الدراسة الحالية إلى معالجته، إذ تنطلق من فرضية مفادها أن الدعم الأسري - بما يتضمنه من جوانب عاطفية، ومعنوية، ومادية - يُعد من أبرز محددات استقرار المتعافي من الإدمان، ومن أهم العوامل المؤثرة في تقليل احتمالات الانتكاسة، وهذا ما يدفع إلى ضرورة دراسة واقع هذا الدعم وتحليل علاقته بمعدلات العودة للتعاطي.

من هذا المنطلق، تنطلق الدراسة من الحاجة إلى فهم واقع الدعم الأسري الذي يحظى به الأبناء المتعافون من الإدمان، وتحليل علاقته بمعدلات الانتكاسة لديهم، بهدف تقديم تصور علمي واضح يُسهم في تطوير برامج الرعاية اللاحقة، ويركز على تمكين الأسرة من أداء دورها حاضنة داعمة للمتعافي. ومن هنا، تنبثق مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي: ما طبيعة العلاقة بين واقع الدعم الأسري ومعدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

أ - الأهمية العلمية

- تسهم الدراسة في سد الفجوة البحثية المتعلقة بمرحلة ما بعد التعافي من الإدمان، التي لا تزال تحظى باهتمام محدود في الدراسات المحلية والعربية.
- تُعد من أوائل الدراسات التي تتناول الدعم الوالدي تحديداً، وتُحلل أبعاده المختلفة (المعرفي، الانفعالي، المادي، الأخلاقي) وعلاقته بمعدلات الانتكاسة لدى الأبناء المتعافين.
- تقدم إطاراً نظرياً ومفاهيمياً يمكن البناء عليه في دراسات مستقبلية تتناول دعم الأسرة عاملاً وقائياً ضد الانتكاسة.
- تسهم في فهم العوامل الاجتماعية والأسرية المؤثرة على مسار التعافي، ما يعزز من الرؤية الشاملة للتعامل مع الإدمان، كاضطراب مزمن يتطلب مقاربات متعددة التخصصات.

ب - الأهمية التطبيقية

- توجّه نتائج الدراسة صانعي السياسات العلاجية والوقائية لتفعيل دور الأسرة، خاصة الوالدين، في خطط التأهيل والرعاية اللاحقة.
- تساعد العاملين في مراكز علاج الإدمان على تصميم برامج أسرية داعمة، تستهدف توعية الوالدين بطرق المساندة الفعّالة لأبنائهم المتعافين.
- تُعين الجمعيات الأهلية والمبادرات المجتمعية على تطوير حملات إرشادية وتوعوية للوالدين، حول كيفية التعامل مع الأبناء المتعافين وتقليل فرص الانتكاسة.
- تعزز من ثقافة المسؤولية الأسرية المستمرة بعد التعافي، وتدعم إدماج الأسر في العملية العلاجية بوصفهم شريكاً رئيساً في استقرار المتعافي ومنع عودته للتعاطي.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

1. تعرّف مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان في أبعاده المختلفة (المعرفي، والانفعالي، والمادي، والأخلاقي) من وجهة نظر المتعافين.
2. تعرف معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان الذين تلقوا علاجاً وتأهيلاً في مراكز متخصصة.
3. تعرف العلاقة بين مستوى الدعم الأسري ومعدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان.
4. تعرف الفروق في مستوى الدعم الأسري باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية (مثل: العمر، مدة التعافي، عدد مرات الانتكاسة، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى دخل الأسرة).

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

1. ما مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان في أبعاده المختلفة (المعرفي، والانفعالي، والمادي، والأخلاقي) من وجهة نظر الأبناء المتعافين؟
2. ما معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان الذين تلقوا علاجاً وتأهيلاً في مراكز متخصصة؟
3. ما العلاقة بين مستوى الدعم الأسري ومعدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان؟
4. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية؟ (مثل: العمر، مدة التعافي، عدد مرات الانتكاسة، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى دخل الأسرة)؟

خامساً: مصطلحات الدراسة:

أ - الدعم الأسري:

يُعد الدعم الأسري أحد أبرز الركائز النفسية والاجتماعية التي تُسهم في وقاية الأبناء من خطر الوقوع في الإدمان، كما يُمثل عنصراً أساسياً في دعم المتعافين وتعزيز قدرتهم على الثبات والاستمرار في مرحلة ما بعد العلاج. وتتمثل الخطوة الأولى في عملية الوقاية والعلاج في قدرة الأسرة على احتواء تجربة الإدمان، وتقليل مسبباتها، وتهيئة بيئة آمنة تُحوّل دون تكرارها أو تفاقمها.

وقد أكدت عائدة حسنين (2002) على أهمية الدعم الأسري باعتباره ووقوف الأسرة بكامل إمكاناتها إلى جانب أفرادها، من خلال توفير الاحتياجات الأساسية من مأكّل، وملبس، ومسكن، ورعاية صحية، إلى جانب الدعم النفسي المتمثل في الحب، والدفع، والأمان، والحرية، بما يمكن الأبناء من تحقيق أقصى إمكاناتهم في التفكير، والتعلم، والإبداع.

كما عرّفت شويخ (2004) الدعم الأسري بأنه إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين منه يثق فيهم، ويشعر باهتمامهم به في أوقات الشدة، ويقدمون له أنماطاً متعددة من الدعم، سواء كانت في صورة حب وعطف، أو تقدير واحترام، أو مساعدة مادية، أو علاقات اجتماعية داعمة.

ويشير هاوس (House, 1981: 158) إلى أن الدعم الاجتماعي يتخذ عدة أشكال، من أبرزها:

- الدعم الانفعالي (Emotional Support): ويشمل مشاعر القبول والثقة والتعاطف والرعاية.
- الدعم الأداةي (Instrumental Support): مثل المساعدة المالية أو تقديم خدمات عملية.
- الدعم بالمعلومات (Informational Support): من خلال تقديم النصائح والإرشادات لحل المشكلات.
- دعم الرفاق (Companionship Support): وهو الدعم غير الرسمي الذي يقدمه الأصدقاء والمقربون في أثناء الأزمات.

وتنقسم أشكال الدعم إلى نوعين رئيسيين:

- **الدعم الرسمي:** ويشمل ما يُقدّم من مؤسسات الدولة أو الجمعيات الأهلية، وينفذه اختصاصيون نفسيون واجتماعيون، من خلال تقديم تدخلات علاجية وخدمات نفسية واجتماعية ومالية.
- **الدعم غير الرسمي:** ويشمل ما يقدمه المحيط الاجتماعي للفرد كالعائلة والأصدقاء، ويعتمد على الروابط العاطفية والاجتماعية والدينية، وتُعد الأسرة هنا المصدر الأهم لهذا الدعم.

وتبرز أهمية الدعم الأسري تحديداً بعد مرحلة العلاج، إذ تمثل الأسرة الحاضنة الأساسية للمتعاقي، ومصدر الأمان والدعم المستمر. فالبيئة الأسرية الدافئة، التي تقوم على الرعاية والدعم العاطفي والمادي، تُعد حاجزاً وقائياً يُقلل من فرص الانتكاسة، ويُسهّم في تعزيز قدرة المتعاقي على التكيف وإعادة الاندماج المجتمعي. ولهذا، فإن إدماج الأسرة في البرامج التأهيلية وتعزيز وعيها بدورها الحيوي يُعد ضرورة لضمان استمرار التعافي.

ويقصد بالدعم الأسري - إجرائياً - في هذه الدراسة: بأنه مستوى الدعم الذي يقدمه الوالدان للمتعاقيين من الإدمان في أربعة أبعاد رئيسية، تتمثل في الدعم المعرفي الذي يشمل تقديم المعلومات والإرشادات حول مخاطر الانتكاسة، وآليات التعامل مع الضغوط بعد التعافي، والدعم الانفعالي الذي يتجسد في توفير مشاعر القبول، والحب، والتشجيع دون إصدار أحكام قد تعيق التعافي، والدعم المادي الذي يتضمن تقديم المساعدات المالية والعينية لتلبية الاحتياجات الأساسية، ودعم استقرار المتعاقي، والدعم الأخلاقي الذي يعزز الالتزام بالقيم والمبادئ الأخلاقية؛ لتقوية الانضباط الذاتي ومنع الانتكاسة. ويُقاس هذا الدعم بناءً على استجابات المشاركين على مقياس عايشة العتيبي للدعم الوالدي، المكوّن من (30) عبارة تُصنّف وفق مقياس ليكرت الخماسي.

ب- الانتكاسة: عرّف الانتكاس في سياق الإدمان على أنه العودة التدريجية أو المفاجئة إلى أنماط التفكير والمشاعر والانفعالات والسلوكيات التي تؤدي إلى استئناف التعاطي، ويُعد ذلك استجابة متوقعة وطبيعية لدى العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الإدمان (ممدوح، 2022).

كما يُنظر إلى الانتكاس بوصفه عرضاً شائعاً من أعراض اضطراب الإدمان، إذ يُعدّ عملية ديناميكية متكررة ومتأثرة بعدد من العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية. ويُعدّ في كثير من الأحيان قراراً ضمنياً أو صريحاً بالعودة إلى التعاطي، نتيجة لتفاعل معقد بين الضغوط الخارجية والداخلية، وصعوبة الحفاظ على التغيير السلوكي على المدى الطويل.

وتشير الأدبيات المتخصصة إلى أن تحديد شكل التعافي يعتمد على مدة الامتناع عن التعاطي ومدى تلاشي أعراض الاعتماد. وفيما يلي أبرز المحددات التي تُستخدم لتوصيف حالة المتعاقي (زيد، 2022):

الامتناع التام المبكر: يُستخدم هذا التصنيف عندما تغيب جميع المعايير المرتبطة باضطراب الاعتماد على المادة، ويكون الامتناع عن التعاطي كاملاً لمدة لا تقل عن شهر ولم تتجاوز ستة أشهر (من 1 إلى أقل من 6 أشهر).

الامتناع الجزئي المبكر: يُستخدم هذا التصنيف في حال استمرار تحقق واحد أو أكثر من معايير الاعتماد (لكن ليس جميعها)، مع وجود امتناع جزئي عن التعاطي لمدة تتراوح بين شهر إلى أقل من ستة أشهر.

الامتناع التام الممتد: يُستخدم هذا المحدد في حال غياب جميع المعايير المرتبطة باضطراب الاعتماد على المادة، واستمرار الامتناع التام عن التعاطي لفترة زمنية تبلغ ستة أشهر فأكثر. **الامتناع الجزئي الممتد:** يُستخدم هذا التصنيف في حال استمرار تحقق واحد أو أكثر من معايير الاعتماد (وليس جميعها)، مع امتداد فترة الامتناع الجزئي عن التعاطي لمدة ستة أشهر فأكثر. وتُعد هذه المحددات أدوات مهمة في تقييم مرحلة التعافي، وتسهم في تصميم البرامج العلاجية المناسبة وفقاً لاحتياجات المتعافين ومراحل تعافيه المختلفة.

التعريف الإجرائي لمعدلات الانتكاسة في هذه الدراسة: تُعرّف بأنها: عدد مرات عودة الفرد المتعافي من الإدمان إلى تعاطي المواد المخدرة بعد خضوعه لبرامج علاجية وتأهيلية، وذلك خلال فترة ما بعد العلاج. وتُقاس في هذه الدراسة من خلال استجابات أفراد العينة على بند مخصص في الاستبانة، يطلب تحديد عدد مرات العودة إلى التعاطي بعد العلاج.

سادساً: الإطار النظري للدراسة:

أ- النظرية المفسرة للدراسة:

1 - نظرية الدور:

تُعد نظرية الدور الاجتماعي من الإطارات النظرية الأساسية لفهم سلوك الأفراد داخل الجماعة، إذ تُشير إلى أن الأدوار الاجتماعية التي يشغلها الفرد - ومن بينها الدور الوالدي - تُحدد التوقعات والواجبات والحقوق المرتبطة به (الحسن، 2005؛ بدوي، 1982). ووفقاً لهذا المنظور، فإن أداء الوالدين لأدوارهما في الرعاية والمساندة بعد تعافي الأبناء من الإدمان يُعد عاملاً حاسماً في منع الانتكاسة.

وتُشير الأدبيات إلى أن ضعف الأدوار الوالدية، أو اختلال توزيع المسؤوليات داخل النسق الأسري، يؤدي إلى مشكلات في التكيف الأسري والسلوك الانحرافي، ومنها العودة إلى تعاطي المخدرات (البيبييت، 2012؛ حجازي، 2010). كما أن التنشئة الاجتماعية السليمة، والمتابعة الفعالة، وتقديم الدعم العاطفي والمادي والتربوي من قبل الوالدين تسهم في الحفاظ على الاستقرار النفسي للمتعافين، وتدعم استمرارية التعافي (تركية، 2004).

إن الأسرة تُعدُّ الفاعل الرئيس في عملية التعافي من الإدمان، خصوصاً في المراحل التي تلي العلاج، إذ يقع على عاتق الوالدين دور جوهري في تقديم الدعم النفسي، والانفعالي، والمادي، والاجتماعي، ومتابعة الأبناء المتعافين ورعايتهم، وحمايتهم من العوامل التي قد تؤدي إلى الانتكاسة. فالانخراط الفعّال من قبل الأب أو الأم في هذا الدور، والقيام بمهام التوجيه والدعم المستمر، يُعد من أهم المحددات في تقليل احتمالية العودة إلى التعاطي. وبالتالي، فإن نظرية الدور توفر إطاراً تفسيرياً لفهم الدور الوالدي في دعم الأبناء المتعافين، وتسلط الضوء على أهمية التوازن في أداء الأدوار داخل الأسرة، لما له من أثر مباشر في منع الانتكاسة وتعزيز فرص التعافي المستدام.

2 - نظرية الضبط الاجتماعي لترافيس هيرشي: إطار نظري لتفسير الوقاية من الانتكاسة: تُعد نظرية الضبط الاجتماعي من أبرز الأطر التفسيرية التي ظهرت ضمن الاتجاه التفاعلي الرمزي، إذ تركز على العلاقة بين الفرد والبيئة الاجتماعية المحيطة به، بوصفها العامل الأساسي في تشكيل السلوك والانضباط. ويُنظر إلى الأسرة، وفق هذا التصور، بوصفها أول وسط اجتماعي وأهمه يُفرض على الفرد منذ ولادته، ما يجعلها ذات تأثير حاسم في صياغة شخصيته ومواقفه تجاه القيم والمعايير الاجتماعية (بركات، 2019: 169).

وتشير النظرية إلى أن الأسرة المتماسكة، التي يسودها الحب والتفاهم والدعم، تسهم في تشكيل فرد قادر على التكيف مع الضغوط الاجتماعية والابتعاد عن السلوكيات الخطرة، في حين أن غياب هذا التماسك الأسري - سواء بسبب الصراع، أو الطلاق، أو الغياب الجسدي، أو النفسي لأحد الأبوين - قد يؤدي إلى اضطرابات في الانتماء والشعور بالعزلة، ما يرفع من احتمالية السلوك المنحرف أو الانتكاسة (Hirschi, 1969).

وقد طور ترافيس هيرشي في كتابه "Causes of Delinquency" هذه النظرية؛ ليؤكد أن انحراف السلوك لا ينتج من وجود دوافع داخلية فقط، بل من غياب الروابط الاجتماعية أو ضعفها بين الفرد ومجتمعه. وتشمل هذه الروابط أربعة أبعاد رئيسية: الارتباط العاطفي (Attachment)، والالتزام (Commitment)، والمشاركة (Involvement)، والإيمان بالقيم (Belief) (Hirschi, 1969). وبذلك يبرز أهمية دعم الأسرة باعتبارها لبنة أولى في الوقاية من الانتكاسة. فالفرد الذي يحظى بعلاقات أسرية داعمة يكون أكثر قدرة على الحفاظ على التعافي والامتنال للمعايير الاجتماعية، بينما يؤدي ضعف هذه العلاقات إلى ضعف الضبط الذاتي وعودة السلوك الإدماني، في

ظل ما يُعرف بـ «العقوبة غير المرئية» التي يفرضها المجتمع من خلال الوصم والرفض (Cobbina, 2009). كما تؤكد الدراسات الحديثة أن إدماج الأسرة في البرامج العلاجية للمتعافين يُعد عنصراً أساسياً لنجاح خطط التعافي، إذ تُسهم الأسرة في توفير شبكة دعم نفسي واجتماعي مستمرة، تمنح المتعافي الإحساس بالانتماء، وتُقلل من احتمالية الرجوع إلى بيئة التعاطي (Krohn et al., 2011).

ب - الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع العوامل المؤثرة على الانتكاسة بعد التعافي، ومنها: دراسة ابن حسني (2002) العوامل المجتمعية التي تعيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي لدى المتعافين من الإدمان، وأشارت إلى أن رفض الأسرة يُعدّ من أبرز العوائق بنسبة بلغت 75.6% من العينة، يليه الرفض من أرباب العمل والأقارب، وغياب الدعم الأسري، ما ينعكس سلباً على شعور المتعافي بالانتماء، ويقلل من فرص استقراره النفسي والاجتماعي. أما دراسة الديدي (2005) فقد ركزت على الأسباب المدركة للانتكاسة من قبل نزلاء مستشفيات الصحة النفسية في مصر، وكشفت عن دور عوامل مثل التوتر، وغياب الدعم الأسري، والصحة السيئة في عودة المتعافين إلى التعاطي، وأوصت بتفعيل برامج تدخل أسري مكثفة، كون الأسر لا تشارك غالباً في خطة العلاج، ما يزيد من احتمالية الانتكاسة.

141

وأظهرت دراسة الرتيكي (2013) أهمية التواصل الأسري في تفادي الانتكاسة، إذ بينت نتائج المقارنة أن المرضى الذين يتعاملون مع أسرهم من خلال العيادات الخارجية كانوا أقل تعرضاً للانتكاسة مقارنة بالمرضى المنومين، ما يشير إلى أن التفاعل الأسري المباشر له أثر إيجابي على الاستقرار بعد العلاج.

وفي دراسة الكندري (2014)، سلط الضوء على عدد من العوامل المؤدية إلى الانتكاسة، كان أبرزها قصر مدة العلاج، إذ أشارت النتائج إلى أن غالبية المنتكسين قضوا فترة علاجية قصيرة لا تتجاوز الشهر، بالإضافة إلى ضعف التدين واستمرار العلاقات مع أصدقاء السوء، كما أظهرت النتائج أن عدم الرضا عن البرنامج العلاجي والفترة الزمنية المحددة ساهم في ارتفاع نسب الانتكاسة.

ومن جهتها، أكدت العتيبي (2015) في دراستها على وجود علاقة إيجابية بين الدعم الأسري وتفادي الانتكاسة، خصوصاً لدى المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية، مشيرة إلى أن استمرار تواصل الأسرة مع المتعافي يعزز من فرص التعافي الدائم، ويسهم في استقرار الحالة النفسية والاجتماعية.

وفي السياق ذاته، أوضحت المهوس (2017) أن وعي الأسرة ومتابعتها الدائمة لأفرادها يسهم بدرجة كبيرة جداً في الحد من التعاطي والوقاية من الانتكاسة، مؤكدة أهمية تعزيز الوعي الأسري في دعم الأمن الاجتماعي والوقاية من السلوكيات المنحرفة. أما خليفة (2017)، فقد أثبتت فعالية برنامج معرفي سلوكي في الوقاية من الانتكاسة لدى عينة من المتعافين، مشيرة إلى أن العامل الأسري، وخصوصاً دعم الزوجة والأبناء، كان له تأثير تحفيزي قوي، وأسهم بشكل مباشر في الالتزام بالعلاج وتحقيق التوازن النفسي. وبينت دراسة العنزي (2020) أن من العوامل الاجتماعية الأبرز في حدوث الانتكاسة غياب الرقابة الأسرية، والصراعات الأسرية، واستمرار العلاقات مع رفقاء السوء، وأوصت الدراسة بتفعيل دور الأسرة داخل الخطة العلاجية وتعزيز الرقابة الأسرية بعد العلاج. وتناولت الحربي (2021) الرفض الاجتماعي للمتعافين من الإدمان، وأشارت إلى أن الوصم المجتمعي يشكل عائقاً كبيراً أمام إعادة الاندماج، إذ أظهرت النتائج أن أكثر من 60% من المتعافين يواجهون صعوبة في بناء علاقات اجتماعية جديدة، ما يعزز الشعور بالإقصاء ويدفع باتجاه الانتكاسة.

أما السيد (2022) فقد سلط الضوء على دور الاختصاصي الاجتماعي في دعم برامج الرعاية اللاحقة، مشيراً إلى أن من أبرز المعوقات التي تواجه الاختصاصيين هي خوف المتعافين من إفشاء أسرارهم، ونقص الموارد، وغياب الوعي الأسري، ما يؤثر سلباً على فعالية البرامج العلاجية. وفي دراسة (Ishak & Azmi 2018) تبين أن الدعم الأسري والاجتماعي، إلى جانب الكفاءة الذاتية، يُعد من أبرز العوامل التي تقي من الانتكاسة، وقد تبين أن المتعافين الذين لم يتعرضوا للانتكاسة لديهم مؤشرات أعلى في الدعم العائلي مقارنة بمن انتكسوا. وأوضحت دراسة Nikmanesh وآخرون (2016) أن أكثر الفئات المعرضة للانتكاسة هي الفئة العمرية بين 16-29 عاماً، وأن المتعافين الذين يمتلكون كفاءة ذاتية عالية ويحظون بدعم اجتماعي وأسري قوي كانوا أقل عرضة للانتكاسة، في حين أن من يعانون من ضعف في هذه الجوانب يتعرضون للانتكاسة بنسبة أكبر.

أما دراسة (Kadam 2017) فقد قارنت بين مدمني الكحول ومدمني الأفيون، وأظهرت أن المتعاطين للمواد الأفيونية كانوا أكثر عرضة للانتكاسة، خصوصاً من لديهم خلفية اجتماعية واقتصادية متدنية أو سجل إجرامي.

بناءً على مراجعة الدراسات السابقة، يتضح أن الدعم الأسري يُعدّ أحد العوامل الحاسمة في تعزيز التعافي والوقاية من الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان، إذ أجمعت معظم الدراسات على أن غياب هذا الدعم أو ضعفه يسهم بشكل مباشر في ارتفاع معدلات الانتكاسة. كما كشفت الدراسات أن التفاعل المستمر بين الأسرة والمتعافي، وتوفير بيئة داعمة نفسياً واجتماعياً، يساعدان على تخفيف الضغوط وتعزيز الكفاءة الذاتية. وقد تركزت الجوانب المدروسة في عدد من المحاور، أبرزها: دور الأسرة في مرحلة ما بعد العلاج، والعلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والانتكاسة، وفعالية البرامج العلاجية الأسرية، والوصم الاجتماعي بوصفه أحد معوقات الاندماج. ومع ذلك، يُلاحظ وجود قصور نسبي في بعض الدراسات في تناول العلاقة المباشرة بين نوعية الدعم الأسري (المعرفي، الانفعالي، المادي، الأخلاقي) ومعدلات الانتكاسة، فهي دراسة واحدة (العتيبي، 2015)، وأجريت في مدينة الكويت، ما يؤكد أهمية الدراسة الحالية في سد هذا الفراغ المعرفي، وتقديم رؤية أعمق وأكثر تحديداً للعلاقة بين الدعم الوالدي ومعدلات الانتكاسة في المجتمع السعودي.

سابعاً: الإجراءات المنهجية:

أ - نوع ومنهج الدراسة:

تدرج هذه الدراسة ضمن البحوث الوصفية التحليلية، وقد اختر المنهج الوصفي الارتباطي لملاءمته لطبيعة أهداف الدراسة، إذ يُعنى بتحليل العلاقات بين المتغيرات كما تظهر في الواقع دون تدخل الباحث. وركزت الدراسة على تقييم الدعم الأسري من وجهة نظر المتعافين من الإدمان، بوصفهم المصدر المباشر لتجربة التعافي. ويهدف المنهج إلى استقصاء مدى إدراكهم لأبعاد الدعم الأسري (المعرفي، الانفعالي، المادي، الأخلاقي)، وتحليل علاقته بمعدلات الانتكاسة، ما يوفر أساساً علمياً لفهم هذه العلاقة وتطوير تدخلات فعالة لمرحلة ما بعد العلاج.

ب - مجتمع الدراسة وعينته:

تمثّل مجتمع الدراسة في المتعافين من الإدمان الذين يتلقون خدمات الرعاية اللاحقة في العيادات الخارجية التابعة لمجمع إرادة للصحة النفسية بمدينة الرياض. وقد شملت العينة المتعافين الذين أنهوا مراحل العلاج والتأهيل داخل المجمع، ويستكملون حالياً المتابعة العلاجية في إطار البرامج الوقائية والداعمة، بالإضافة إلى أولئك الذين تجاوزوا المرحلة العلاجية الأولية وقيمون في بيئتهم الأسرية. واستناداً إلى طبيعة أهداف الدراسة، استُخدم أسلوب العينة العمدية، باختيار مفردات تتوافر فيهم شروط محددة، أهمها: الإقامة الحالية مع أحد

الوالدين أو كليهما؛ لضمان توفر البيئة الأسرية كمتغيّر يمكن من خلاله قياس مستوى الدعم الأسري في مرحلة ما بعد العلاج. وقد بلغ حجم العينة (324) متعافياً وفق الجدول التالي:
جدول (1): توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية.

العمر	العدد	النسبة %	المؤهل العلمي	العدد	النسبة %
أقل من 20 سنة	26	8.03	متوسط	52	16.05
من 20 سنة إلى أقل من 30 سنة	60	18.52	ثانوي	142	43.83
من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	124	38.27	دبلوم بعد الثانوية	80	24.69
من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	72	22.22	جامعي	50	15.43
الإجمالي	324	100.0	المؤهل العلمي للأمم	العدد	النسبة %
المؤهل العلمي للأب	العدد	النسبة %	ابتدائي	18	5.56
لا يقرأ ولا يكتب	8	2.47	متوسط	44	13.58
ابتدائي	92	28.39	ثانوي	88	27.16
متوسط	108	33.33	دبلوم بعد الثانوية	74	22.84
ثانوي	80	24.69	جامعي	100	30.86
دبلوم بعد الثانوية	18	5.56	الإجمالي	324	100.0
جامعي	18	5.56	الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة %
الإجمالي	324	100.0	أعزب	144	44.44
المهنة	العدد	النسبة %	متزوج	82	25.31
طالب	16	4.94	مطلق	38	11.73
عسكري	118	36.42	أرمل	14	4.32
موظف حكومي	16	4.94	منفصل	46	14.2
موظف قطاع خاص	22	6.79	الإجمالي	324	100.0
أعمال حرة	10	3.09	كم يبلغ الدخل الشهري للأسرة؟	العدد	النسبة %
متقاعد	4	1.23	من 3000-6000 ريال	62	19.14
لا يوجد عمل	28	8.64	من 6001-9000 ريال	184	56.79
مفصول من العمل	110	33.95	أكثر من 9000 ريال	78	24.07
الإجمالي	324	100.0	الإجمالي	324	100.0

ج - الأداة المستخدمة في الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مقياس الدعم الأسري الذي أعدته عايشة العتيبي، الذي يهدف إلى قياس مستويات الدعم المقدم من الأسرة لأبنائها المتعافين من الإدمان، من خلال رصد أشكال المساندة النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تسهم في تعزيز فرص التعافي وتقليل احتمالية الانتكاسة. ويتكوّن المقياس من (30) عبارة موزعة على أربعة أبعاد رئيسية، تمثل الجوانب المختلفة للدعم الأسري، وهي:

- الدعم المعرفي (11 عبارة): ويقاس مدى إدراك الأسرة لطبيعة الإدمان بصفته مرضاً زمنياً، ومدى وعيها بكيفية التعامل مع المتعافي، وتقديم التوجيه المناسب الذي يعزز الوعي الذاتي ويحفّز السلوك الوقائي.
 - الدعم الانفعالي (7 عبارات): يعكس هذا البعد قدرة الأسرة على توفير بيئة عاطفية آمنة من خلال مشاعر القبول، والتفهم، والرعاية، والانفتاح في التعبير الانفعالي تجاه المتعافي.
 - الدعم المادي (4 عبارات): يُعنى بقياس مدى التزام الأسرة بتوفير الاحتياجات المالية والمعيشية الأساسية التي تُمكن المتعافي من تحقيق استقراره اليومي، بما يشمل النفقات المتعلقة بالرعاية الصحية والعلاجية.
 - الدعم الأخلاقي (8 عبارات): يُركز على المتابعة الأسرية للسلوكيات، والحرص على تعزيز الالتزام بالخطة العلاجية، والدفع نحو الالتزام بالمعايير والقيم الأخلاقية والمجتمعية التي تسهم في إعادة الاندماج السليم.
- وقد طُبّق المقياس باستخدام تدرج ليكرت الخماسي، بما يسمح بتحديد درجة إدراك المتعافين للدعم الأسري المقدم لهم، وتحليل أبعاده بشكل كمي في إطار تحقيق أهداف الدراسة.

د- صدق أداة الدراسة:

صدق الاتساق الداخلي:

حُسِبَ صدق الاتساق الداخلي للاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (40) من الأبناء المتعافين، وذلك بحسب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة لكل عبارة والدرجة الكلية للبعد التابعة له، كما حُسِبَ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للاستبانة، واستُخدم لذلك برنامج (SPSS)، والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (2): معاملات ارتباط بيرسون بين كل عبارة من عبارات الاستبانة والدرجة الكلية للبعد التابعة له.

الْبُعد الأول: الدعم المعرفي		الْبُعد الثاني: الدعم الانفعالي		الْبُعد الرابع: الدعم الأخلاقي	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	**0.564	1	**0.562	1	**0.716
2	**0.496	2	**0.774	2	**0.667
3	**0.564	3	**0.741	3	**0.788
4	**0.550	4	**0.760	4	**0.519
5	**0.662	5	**0.797	5	**0.737
6	**0.804	6	**0.474	6	**0.684
7	**0.681	7	**0.723	7	**0.571
8	**0.724	الْبُعد الثالث: الدعم المالي		8	**0.617
9	**0.560	رقم العبارة	معامل الارتباط		
10	**0.539	1	**0.727		
11	**0.564	2	**0.822		
		3	**0.663		
		4	**0.770		

(*) دالة عند مستوى (0.05)، (**) دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من خلال معاملات ارتباط بيرسون في الجدول (2) ارتباط جميع عبارات الاستبانة بالدرجة الكلية للبعد التابعة له ارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، ما يدل على صدق الاتساق الداخلي على مستوى عبارات الاستبانة.

جدول رقم (3): معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للاستبانة.

معامل الارتباط بالدرجة الكلية للاستبانة	الْبُعد
**0.928	الْبُعد الأول: الدعم المعرفي
**0.912	الْبُعد الثاني: الدعم الانفعالي
**0.723	الْبُعد الثالث: الدعم المالي
**0.930	الْبُعد الرابع: الدعم الأخلاقي

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01)

كما يتضح من خلال معاملات ارتباط بيرسون في الجدول (2) ارتباط الدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد الاستبانة بالدرجة الكلية للاستبانة، وجميعها دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، ما يدل على تحقق الاتساق الداخلي على مستوى أبعاد الاستبانة، وتحقق صدق الاتساق الداخلي للاستبانة، وأنها تتسم بدرجة عالية من الصدق، وأنها صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

هـ - ثبات أداة الدراسة:

المقصود بثبات المقياس أن يعطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقه أكثر من مرة على الأشخاص أنفسهم في ظروف مماثلة (العساف، 2003). ولتحقق من ثبات الاستبانة حُسب الثبات على عينة استطلاعية مكونة من (40) من الأبناء المتعافين، وذلك باستخدام كل من الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha والثبات بطريقة التجزئة النصفية سييرمان - براون Spearman-Brown Coefficient، ويوضح الجدول التالي معاملات ثبات أبعاد الاستبانة وإجماليتها.

جدول (4): معاملات ثبات أبعاد الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية.

المعامل ثبات التجزئة النصفية	معامل ثبات ألفا كرونباخ	عدد العبارات	البُعد
0.864	0.824	11	البُعد الأول: الدعم المعرفي
0.895	0.815	7	البُعد الثاني: الدعم الانفعالي
0.775	0.733	4	البُعد الثالث: الدعم المالي
0.732	0.810	8	البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي
0.939	0.934	30	إجمالي الاستبانة

ويتضح من الجدول ارتفاع جميع معاملات ثبات أبعاد الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ أو قبولها، إذ انحصرت بين (0.733، 0.824)، كما بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ لإجمالي الاستبانة (0.934) وهو معامل ثبات مرتفع، وقد انحصرت معاملات ثبات أبعاد الاستبانة باستخدام طريقة التجزئة النصفية (سييرمان - براون) ما بين (0.732، 0.895)، كما بلغ معامل ثبات إجمالي الاستبانة بهذه الطريقة (0.939) وهو معامل ثبات مرتفع أيضاً بهذه الطريقة؛ ما يدل على تحقق ثبات الاستبانة عموماً.

ولحساب فئات المتوسط الحسابي أعطي وزن للبدائل: (أوافق بشدة = 5، أوافق = 4، غير متأكد = 3، لا أوافق = 2، لا أوافق بشدة = 1)، ثم صُنفت تلك الإجابات إلى خمس مستويات متساوية المدى من خلال المعادلة التالية:

$$\text{طول الفئة} = (\text{أكبر قيمة} - \text{أقل قيمة}) \div \text{عدد بدائل المقياس} = (5-1) \div 5 = 0.80$$

و - مجالات الدراسة:

المجال البشري: متعافون من الإدمان يتابعون العلاج في العيادات الخارجية بمجمع إرادة للصحة النفسية بالرياض، ممن يعيشون مع أحد الوالدين أو كليهما.

المجال المكاني: مجمع إرادة للصحة النفسية، مدينة الرياض، المملكة العربية السعودية.

المجال الزمني: جمعت البيانات الميدانية في الفترة الممتدة من شهر فبراير حتى نهاية شهر يوليو من العام 2024م.

ز- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استُخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل بيانات الدراسة، شملت: التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحليل استجابات الأفراد. كما استُخدم معامل بيرسون لقياس الصدق، ومعاملات الثبات (ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية). ولتحليل الفروق بين المجموعات استُخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، واختباري شيفيه أو LSD، بالإضافة إلى اختبار كروسكال - واليس للمتغيرات غير المتجانسة.

ثامناً: عرض نتائج الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها:

التساؤل الأول: ما مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان في أبعاده المختلفة (المعرفي، الانفعالي، المادي، والأخلاقي) من وجهة نظر الأبناء المتعافين؟

وللإجابة عن هذا السؤال وللتعرف على مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان في أبعاده المختلفة (المعرفي، الانفعالي، المادي، والأخلاقي) من وجهة نظر الأبناء المتعافين؛ حُسب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان الأربعة، ثم حُسبت التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب بحسب المتوسط الحسابي لعبارات كل بُعد من الأبعاد الأربعة، كما هو موضح فيما يلي:

جدول (5): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان وترتيبها.

التعليق	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البُعد
غير متأكد	3	0.46	2.79	البُعد الأول: الدعم المعرفي
غير متأكد	2	0.66	3.05	البُعد الثاني: الدعم الانفعالي
غير متأكد	1	1.13	3.20	البُعد الثالث: الدعم المالي
غير متأكد	4	0.50	2.68	البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي
غير متأكد		0.40	2.88	المتوسط العام لمستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان

تشير نتائج الجدول إلى أن المتوسط العام لمستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان، من وجهة نظر الأبناء أنفسهم، بلغ (2.88 من 5)، وهي قيمة تدرج ضمن فئة «غير متأكد» بحسب مقياس ليكرت الخماسي، ما يعكس حالة من التردد أو الغموض لدى المتعافين في تقييم مدى حصولهم على الدعم الأسري في مرحلة التعافي.

إحصائياً، جاءت أعلى درجة دعم في بعد الدعم المالي بمتوسط (3.20)، وهو ما يشير إلى أن غالبية المتعافين يرون أن أسرهم توفر لهم احتياجاتهم المادية بشكل مقبول نسبياً، وإن لم يصل التقييم إلى مستوى «أوافق»، ما يعني وجود بعض التباين أو التفاوت في توفير هذا النوع من الدعم. يليه في الترتيب الدعم الانفعالي بمتوسط (3.05)، ما يدل على أن المتعافين يشعرون بدرجة من القبول والتفهم العاطفي من أسرهم، لكنها لم تصل لحد التأكيد، ما قد يعكس شعوراً بعدم الاتساق أو وجود فجوات في التواصل العاطفي والدعم النفسي.

أما الدعم المعرفي فجاء في المرتبة الثالثة بمتوسط (2.79)، ما يشير إلى أن الأسر - من وجهة نظر المتعافين - لا تبدي فهماً كافياً لطبيعة الإدمان أو كيفية التعامل العقلاني معه، وهو ما يمكن أن يُضعف فعالية الدعم الموجّه خلال مرحلة التعافي.

وجاء الدعم الأخلاقي في أدنى مستوى بمتوسط (2.68)، ما يعكس ضعفاً في التوجيه السلوكي والالتزام بالمتابعة والانضباط الأخلاقي، وهو أمر بالغ الأهمية في مراحل ما بعد العلاج. ويُحتمل أن يكون هذا الضعف ناتجاً عن انشغال الأسرة أو غياب الوعي بأهمية هذا البعد.

اجتماعياً، تُظهر هذه النتائج وجود فجوة في إدراك المتعافين للدعم الذي يتلقونه من أسرهم، خاصة في الأبعاد غير المادية، ما قد يؤثر على استقرارهم النفسي ويزيد من احتمالية تعرّضهم للانتكاسة. كما تؤكد أهمية تعزيز وعي الأسر حول دورها الشامل في دعم أبنائها، ليس فقط مادياً، بل معرفياً، وانفعالياً، وأخلاقياً؛ لضمان بيئة تعافٍ آمنة ومستقرة. وتُعزز هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسة العتيبي (2015)، التي أكدت وجود علاقة إيجابية بين الدعم الأسري واستقرار المتعافين، خصوصاً لدى مراجعي العيادات الخارجية. كما تتوافق مع نتائج دراسة الديدي (2005)، التي أشارت إلى أن غياب الدعم الأسري يُعد من أبرز العوامل المرتبطة بعودة المتعافين للتعاطي، ما يُبرز أهمية تفعيل التدخلات الأسرية بوصفها أداة وقائية فاعلة. جدول (6): استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول عبارات البُعد الأول: الدعم المعرفي.

م	العبرة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	التعليق
6	تدعمني أسرتي عند شعوري برغبة في العودة للتعاطي.	152	116	12	28	16	4.11	1.13	1	أوافق
		46.92 %	35.8	3.7	8.64	4.94				
2	تنفهم أسرتي الأسباب التي دفعتني إلى التعاطي.	108	96	24	44	52	3.51	1.47	2	أوافق
		33.33 %	29.63	7.41	13.58	16.05				
8	تشجعني أسرتي على حضور الجلسات العلاجية.	82	70	24	78	70	3.05	1.53	3	غير متأكد
		25.31 %	21.6	7.41	24.07	21.61				
1	تدرك أسرتي أن الإدمان مرض يحتاج إلى علاج وليس ضعفاً أخلاقياً.	52	90	30	84	68	2.92	1.42	4	غير متأكد
		16.05 %	27.78	9.26	25.92	20.99				

م	العبرة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التعليق
5	تحاول أسرتي التعرف على أعراض الانتكاسة مبكرًا.	50	68	50	78	78	2.80	1.41	غير متأكد
		15.43 %	21	15.43	24.07	24.07			
10	تسألني أسرتي باستمرار عن حالتي النفسية بعد العلاج.	48	54	36	98	88	2.62	1.42	غير متأكد
		14.81 %	16.67	11.11	27.16	30.25			
7	ترى أسرتي أن الإدمان يمكن الشفاء منه مع الدعم والاستمرار في العلاج.	18	96	30	98	82	2.60	1.3	لا أوافق
		5.55 %	29.63	9.26	25.31	30.25			
3	يناقش أفراد أسرتي سلوكي الإدماني بهدوء دون لوم أو اتهام.	28	78	20	102	96	2.51	1.36	لا أوافق
		8.64 %	24.08	6.17	29.63	31.48			
9	تُظهر أسرتي اهتمامًا فعليًا بفهم البرنامج العلاجي الذي أتبعه.	36	42	24	150	72	2.44	1.27	لا أوافق
		11.11 %	12.96	7.41	22.22	46.3			
4	تدفعني أسرتي للتحدث عن مشاعري دون خوف.	28	22	32	112	130	2.09	1.24	لا أوافق
		8.64 %	6.79	9.88	40.12	34.57			

م	العبرة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التعليق
11	تتواصل أسرتي مع الفريق العلاجي لمعرفة طرق الدعم المناسبة.	ت	24	20	30	130	2.07	1.17	لا أوافق
		%	7.41	6.17	9.26	40.12	37.04	11	لا أوافق
	المتوسط العام للبعد						2.79	0.46	غير متأكد

تشير نتائج تحليل البعد المعرفي للدعم الأسري إلى أن المتوسط الحسابي العام لاستجابات المتعافين بلغ (2.79)، بانحراف معياري (0.46)، ما يُصنّف ضمن فئة «غير متأكد» وفق مقياس ليكرت الخماسي. ويُفهم من هذا أن المتعافين لا يلمسون بشكل واضح وجود وعي معرفي كافٍ لدى أسرهم تجاه طبيعة الإدمان أو مراحل التعافي. ويظهر هذا الغموض المعرفي في تباين الردود على العبارات التي تقيس إدراك الأسرة لحاجة المتعافي للدعم المرتكز على الفهم والمعرفة. من أبرز ما لُوْحظ أن أعلى متوسط جاء في عبارة: «تدعمني أسرتي عند شعوري برغبة في العودة للتعاطي» بمتوسط (4.11)، وهو مؤشر إيجابي يدل على استجابة آنية من الأسرة عند شعور المتعافي بالخطر، لكنه لا يعكس بالضرورة فهماً عميقاً أو متواصلًا لطبيعة التعافي. في حين حصلت عبارة: «تفهم أسرتي الأسباب التي دفعتني إلى التعاطي» على متوسط (3.51)، ما يُظهر بعض الوعي والدافعية لدى الأسر في فهم السياقات التي أدت للإدمان.

في المقابل، جاءت أدنى التقديرات في العبارات المرتبطة بتواصل الأسرة مع الفريق العلاجي أو اطلاعها على البرامج العلاجية، مثل عبارة: «تتواصل أسرتي مع الفريق العلاجي لمعرفة طرق الدعم المناسبة» التي جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط (2.07)، تليها عبارة: «تدفعني أسرتي للتحدث عن مشاعري دون خوف» بمتوسط (2.09). ويعكس ذلك فجوة في الحوار الأسري وفي الدعم القائم على الفهم المتبادل، ما قد يُضعف من فرص بناء بيئة معرفية وافية من الانتكاسة.

وتتفق هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة الديدي (2005)، التي أوضحت أن غياب التفاعل الأسري بعد العلاج يُعد أحد أبرز العوامل المؤدية للانتكاسة، كما أشارت إلى أن معظم

الأسر لا تشارك فعلياً في الخطط العلاجية لأبنائها. وكذلك تتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة العتيبي (2015)، التي شددت على أن الدعم الأسري المستمر، خصوصاً في الرعاية اللاحقة، يسهم في تعزيز التعافي وتقليل الانتكاسة. في السياق نفسه، بينت دراسة الرتيكي (2013) أن المرضى الذين تواصلت أسرهم معهم من خلال العيادات الخارجية كانت فرص انتكاستهم أقل مقارنةً بمن لم يحظوا بتواصل مماثل.

بناء على ذلك، تُبرز النتائج الحالية أهمية تعزيز البعد المعرفي للدعم الأسري، ليس فقط في اللحظات الحرجة، بل بوصفه جزءاً من ثقافة مستدامة تسعى الأسرة من خلالها إلى فهم أفضل لطبيعة الإدمان وبرامج التعافي، والمشاركة الفاعلة في دعم المتعافي عبر المعرفة والمتابعة. ومن شأن ذلك أن يسهم في تحصين المتعافي نفسياً وسلوكياً، والحد من فرص الانتكاسة، بما يتوافق مع ما أكدته الأدبيات الحديثة في هذا المجال.

جدول (7): استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول عبارات البعد الثاني: الدعم الانفعالي.

م	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	التعليق
1	أشعر أنني محبوب من قبل أفراد أسرتي رغم مروري بتجربة الإدمان.	70	140	42	52	20	3.58	1.17	1	أوافق
		21.61	43.21	12.96	16.05	6.17				
7	تدعو لي أسرتي دائماً بالشفاء والاستقرار.	50	146	62	48	18	3.50	1.09	2	أوافق
		15.43	45.06	19.14	14.81	5.56				
6	تساعدني أسرتي على تجاوز لحظات الغضب والانفعالات السلبية.	76	104	18	68	58	3.22	1.46	3	غير متأكد
		23.46	32.1	5.55	20.99	17.9				

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	الحسابي المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	التعليق
2	لا تسخر أسرتي من ماضي مع الإدمان.	ت	30	120	28	98	2.96	1.28	4	غير متأكد
		%	9.26	37.04	8.64	30.25				
3	تعبر أسرتي عن مشاعرها تجاهي بكل احترام وتعاطف.	ت	30	116	32	100	2.95	1.27	5	غير متأكد
		%	9.26	35.8	9.88	30.86				
5	تمنحي أسرتي جواً آمناً للتعبير عن مشاعري دون خوف.	ت	60	66	20	104	2.80	1.46	6	غير متأكد
		%	18.52	20.37	6.17	32.1				
4	لا أتعرض للرفض أو الإهمال من أسرتي بسبب مشكلتي السابقة.	ت	16	72	24	96	2.31	1.29	7	لا أوافق
		%	4.94	22.22	7.41	29.63				
المتوسط العام للبعد							3.05	0.66		غير متأكد

بناءً على نتائج الجدول (7) حول استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين بشأن الدعم الانفعالي المُقدم من الأسرة، يظهر أن المتوسط الحسابي العام بلغ (3.05) بانحراف معياري (0.66)، وهو ما يقع ضمن فئة «غير متأكد» وفق مقياس ليكرت الخماسي، ما يشير إلى أن مشاعر الأمان والدعم العاطفي لا تزال متباينة بين المتعافين، وقد لا تكون مستقرة أو مضمونة بشكل كافٍ في بيئاتهم الأسرية.

أعلى استجابات المتعافين تمثلت في العبارة: «أشعر أنني محبوب من قبل أفراد أسرتي رغم مروري بتجربة الإدمان»، بمتوسط (3.58)، تلتها عبارة: «تدعو لي أسرتي دائماً بالشفاء والاستقرار» بمتوسط (3.50)، وكلاهما يشيران إلى نوع من القبول والدعاء، لكنهما يظلان مظاهر دعم رمزية أكثر منها سلوكية متواصلة. في المقابل، تراجعت المتوسطات في العبارات المتعلقة بتوفير بيئة آمنة للتعبير، وتجنبّ الرفض أو الإهمال، مثل عبارة: «لا أتعرض للرفض أو الإهمال من أسرتي بسبب مشكلتي السابقة»، التي سجلت أدنى متوسط (2.31). وتنعكس هذه النتائج أن الدعم الانفعالي - رغم وجود إشارات على القبول الأسري - يفتقر إلى الاتساق والعمق، وهو ما يُضعف قدرة المتعافين على التعبير بحرية والشعور بالاحتواء الحقيقي. ويُلاحظ أن عبارات مثل: «تمنحني أسرتي جواً آمناً للتعبير عن مشاعري دون خوف»، و«تعبّر أسرتي عن مشاعرها تجاهي بكل احترام وتعاطف» سجلت متوسطات أقل من المتوسط العام، ما يبرهن على وجود فجوة في التواصل العاطفي داخل الأسرة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أوردهته دراسة الرتيكي (2013)، التي أشارت إلى أن التواصل المباشر والفتوح بين المتعافين وأسرته من خلال برامج المتابعة ساعد في تقليل احتمالية الانتكاسة. كما تتقاطع مع دراسة المهوس (2017)، التي أكدت على أهمية المتابعة والاحتواء العاطفي في تقوية عوامل الوقاية من التعاطي. وتدعم أيضاً ما توصلت إليه دراسة خليفة (2017) من أن وجود دعم انفعالي حقيقي من الأسرة، خصوصاً الزوجة أو الأهل، يُسهم بفاعلية في رفع التزام المتعافين بالبرنامج العلاجي.

جدول (8): استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول عبارات البُعد الثالث: الدعم المالي.

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	التعليق
1	توفر لي أسرتي ما أحتاجه من مستلزمات الحياة الأساسية.	42	186	18	36	42	3.46	1.23	1	أوافق
	%	12.96	57.41	5.56	11.11	12.96				

م	العبرة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	الحسابي المتوسط	المعياري الانحراف	الترتيب	التعليق
2	تساعدني أسرتي في العثور على فرصة عمل مناسبة.	96	66	30	72	60	3.20	1.52	2	غير متأكد
		29.63	20.37	9.26	22.22	18.52				
3	تشجعني أسرتي على الاستقلال المالي وتقدير ذاتي.	78	74	26	84	62	3.07	1.49	3	غير متأكد
		24.07	22.84	8.02	25.93	19.14				
4	تحميني أسرتي من الاحتكاك بالأشخاص أو المواقف التي قد تقودني للسرقه أو التسول أو العودة للتعاطي.	84	58	28	100	54	3.06	1.48	4	غير متأكد
		25.93	17.9	8.64	30.86	16.67				
المتوسط العام للبعد						3.20	1.13	غير متأكد		

تشير نتائج جدول (8) إلى أن المتوسط الحسابي العام لاستجابات أفراد العينة حول الدعم المالي المُقدّم من أسرهم بلغ (3.20)، بانحراف معياري (1.13)، وهو ما يضعه ضمن فئة «غير متأكد» وفق مقياس ليكرت الخماسي. وهذا يعكس وجود تفاوت في الدعم المالي كما يراه الأبناء المتعافون، ويظهر تبايناً في مدى شعورهم بأن أسرهم توفرّ لهم الأمان المالي اللازم خلال مرحلة التعافي.

أعلى العبارات تقيماً كانت «توفر لي أسرتي ما أحتاجه من مستلزمات الحياة الأساسية»، التي حصلت على متوسط (3.46)، ما يشير إلى أن أغلب الأسر تقي بالاحتياجات المعيشية الأساسية

لأبنائها. بالمقابل، تراجعت المتوسطات في العبارات المرتبطة بالاستقلال المالي والوقاية من المواقف الخطرة، مثل عبارة: «تحميني أسرتي من الاحتكاك بالأشخاص أو المواقف التي قد تقودني للسرقة أو التسول أو العودة للتعاطي» بمتوسط (3.06)، وعبارة: «تشجعني أسرتي على الاستقلال المالي» بمتوسط (3.07). ويُفهم من ذلك أن الدعم المالي المقدم يتركز غالباً على توفير الاحتياجات الأساسية، في حين تقل مساهمة الأسرة في بناء استقلالية المتعافي، أو في مساعدته على الاستقرار المهني أو الاجتماعي، وهي جوانب حيوية في مرحلة ما بعد العلاج.

هذه النتيجة تتماشى مع ما أوردهته دراسة الكندري (2014)، التي أشارت إلى أن قصر مدة العلاج دون دعم مجتمعي وأسري بعدي يؤدي إلى ارتفاع احتمالات الانتكاسة. كما تتقاطع مع دراسة خليفة (2017)، التي بيّنت أهمية الدعم الأسري المباشر، بما فيه المادي، في رفع درجة التزام المتعافي بالعلاج وتحقيق التوازن النفسي.

جدول (9): استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول عبارات البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي.

م	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا بشدة	التعليق	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
6	تساعدني أسرتي على تنظيم يومي والابتعاد عن أوقات الفراغ.	80	68	30	114	32	غير متأكد	1	1.39	3.15
		24.69	20.99	9.26	35.18	9.88				
7	تشارك أسرتي معي بعض الأنشطة اليومية لتعزيز الاندماج.	68	84	20	104	48	غير متأكد	2	1.42	3.06
		20.99	25.93	6.17	32.1	14.81				
2	تصحيني أسرتي لزيارات المتابعة بالمراكز العلاجية.	50	44	56	136	38	غير متأكد	3	1.27	2.79
		15.43	13.58	17.28	41.98	11.73				

م	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	الحسابي المتوسط	المعياري الانحراف	الترتيب	التعليق	
3	تتابع أسرتي مواعيدي الطبية وتذكرني بها.	44	76	28	112	64	2.77	1.37	4	غير متأكد	
		13.58	23.46	8.64	34.57	19.75					
8	تتابع أسرتي تطوري في العلاج وتشعر بالرضا عن تحسني.	46	42	28	136	72	2.55	1.34	5	لا أوافق	
		14.2	12.96	8.64	41.98	22.22					
5	تشجعتي أسرتي على ممارسة الرياضة والأنشطة المفيدة.	42	48	12	138	84	2.46	1.36	6	لا أوافق	
		12.96	14.82	3.7	42.59	25.93					
4	ترافقتي أسرتي في أنشطة الرعاية اللاحقة.	20	56	20	158	70	2.38	1.18	7	لا أوافق	
		6.17	17.28	6.17	48.77	21.61					
1	تلتزم أسرتي بتنفيذ تعليمات الفريق العلاجي.	34	34	20	142	94	2.30	1.28	8	لا أوافق	
		10.49	10.49	6.18	43.83	29.01					
		المتوسط العام للبعد					2.68	0.50	غير متأكد		

أظهرت استجابات أفراد العينة من المتعافين أن الدعم الأخلاقي الذي تقدمه الأسرة خلال مرحلة التعافي يتسم بعدم الثبات، إذ بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد (2.68) مع انحراف معياري (0.50)، وهي نتيجة تندرج ضمن فئة «غير متأكد»، ما يشير إلى أن المتعافين لا يلمسون دعماً أخلاقياً واضحاً أو مستقراً من أسرهم. وجاءت العبارات المتعلقة بمساعدة الأسرة في تنظيم اليوم والابتعاد عن أوقات الفراغ، ومشاركتها في الأنشطة اليومية لتعزيز الاندماج، في مقدمة العبارات التي حصلت على أعلى المتوسطات، إلا أن هذه الاستجابات بقيت ضمن نطاق الحيرة أو التذبذب، ما يدل على وجود محاولات فردية غير كافية لتقديم هذا النوع من الدعم. في المقابل، كانت العبارات المتعلقة بمرافقة الأسرة للأنشطة العلاجية، وتنفيذ تعليمات الفريق العلاجي، ومتابعة تطور الحالة العلاجية، من بين العبارات الأقل تقييماً، إذ تراوحت متوسطاتها بين (2.30) و(2.55)، وهو ما يعكس ضعفاً ملحوظاً في التزام الأسرة بالدور

الأخلاقي خلال الرعاية اللاحقة. هذا التراجع قد يكون مرتبطاً إما بضعف الوعي الأسري بأهمية هذه المرحلة، أو بعدم إدراك بعض الأسر لمسؤولياتها الحقيقية في دعم استقرار المتعافي. وتعزز هذه النتائج ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، مثل دراسة السيد (2022)، التي بينت أن غياب الوعي الأسري يمثل أحد التحديات الكبرى التي تواجه الاختصاصيين في تنفيذ برامج الرعاية، ودراسة العتيبي (2015)، التي أكدت على أن التواصل الأسري الفعال يمثل دوراً محورياً في الوقاية من الانتكاسة.

التساؤل الثاني: ما معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان الذين تلقوا علاجاً وتأهيلاً في مراكز مختصة؟

وللإجابة عن هذا السؤال وللتعرف على معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان الذين تلقوا علاجاً وتأهيلاً في مراكز مختصة؛ استُعرضت استجابات أفراد العينة حول بعض المتغيرات والأسئلة، كما هو موضح فيما يلي:

جدول (10): استجابات أفراد العينة حول متغير: مدة تعاطي وإدمان المخدرات.

النسبة المئوية %	العدد	مدة تعاطي وإدمان المخدرات
24.69	80	أقل من سنة
30.86	100	من سنة إلى ثلاث سنوات
44.45	144	أكثر من ثلاث سنوات
100.0	324	المجموع

تُظهر بيانات الجدول أن ما يقارب نصف أفراد العينة (44.45%) قد استمروا في تعاطي وإدمان المخدرات لأكثر من ثلاث سنوات، وهي نسبة مرتفعة تعكس عمق الحالة الإدمانية لدى هذه الفئة، ما يعني أن التحديات التي يواجهونها خلال فترة التعافي قد تكون أكثر تعقيداً وتتطلب دعماً مستمراً ومكثفاً. في المقابل، شكّل الذين استمروا في التعاطي لفترة تتراوح بين سنة إلى ثلاث سنوات ما نسبته (30.86%)، بينما بلغت نسبة الذين تعاطوا لمدة تقل عن سنة (24.69%). تُعد هذه النتائج مؤشراً مهماً عند تحليل معدلات الانتكاسة، إذ تُشير الدراسات إلى وجود علاقة طردية بين طول مدة الإدمان وصعوبة التعافي واستقرار الحالة بعد العلاج. فكلما طالّت مدة التعاطي، زادت احتمالية الانتكاسة، ما يستدعي ضرورة التركيز على برامج المتابعة والرعاية اللاحقة، خاصة لمن تجاوزوا فترة ثلاث سنوات من التعاطي، إذ يُصنّفون

ضمن الفئات الأكثر عرضة للانتكاسة السلوكية أو النفسية بعد الخروج من مراكز التأهيل. وتُعزز هذه النتيجة ما أشار إليه الباحثون مثل: (Kadam (2017) و (Nikmanesh et al. (2016) بأن المتعافين ذوي التاريخ الطويل في التعاطي يحتاجون إلى دعم أسري واجتماعي أكثر كثافة واستمرارية؛ لتقليل فرص الانتكاسة وتعزيز الاستقرار النفسي والسلوكي. جدول (11): توزيع أفراد العينة بحسب نوع المادة المخدرة المستخدمة قبل التعافي.

النسبة المئوية %	العدد	ما نوع المادة؟
24.07	78	حشيش
44.44	144	كبتاجون
5.56	18	شبو
5.56	18	الأدوية النفسية (المؤثرات العقلية) (المواد المخصصة للاستعمال الطبي)
12.35	40	هيروين
8.02	26	كوكائين
100.0	324	المجموع

كشفت استجابات أفراد العينة حول نوع المادة التي تعاطوها عن تباين في أنواع المواد المخدرة المستخدمة. إذ جاء الكبتاجون في المرتبة الأولى بنسبة بلغت (44.44 %)، وهو ما يعكس انتشاره الواسع بين المتعافين. يليه الحشيش بنسبة (24.07 %)، ثم الهيروين بنسبة (12.35 %). بينما جاءت المواد ذات الاستخدام الطبي كالأدوية النفسية، والشبو، والكوكائين بنسب أقل تراوحت بين (5.56 %) و(8.02 %). وتشير هذه النتائج إلى أن المواد المنشطة والمؤثرات العقلية تشكل الخطر الأكبر ضمن العينة محل الدراسة، ما يفرض الحاجة إلى توجيه برامج الوقاية والعلاج بما يتناسب مع هذا التوزيع.

جدول (12): توزيع أفراد العينة بحسب عدد مرات خضوعهم لبرامج علاجية للإقلاع عن المخدرات.

النسبة المئوية %	العدد	ما عدد مرات خضوعك لبرنامج علاجي للإقلاع عن المخدرات؟
22.22	72	مرة واحدة
41.98	136	مرتان
25.31	82	ثلاث مرات
10.49	34	أربع مرات فأكثر
100.0	324	المجموع

أظهرت نتائج الدراسة أن معظم المتعافين من الإدمان لم يكتفوا بمحاولة علاج واحدة، إذ خضع (41.98%) منهم للعلاج مرتين، و(25.31%) ثلاث مرات، فيما تلقى (22.22%) علاجاً لمرة واحدة فقط، و(10.49%) خضعوا لأربع مرات أو أكثر. هذا التوزيع يشير إلى أن نسبة كبيرة من المتعافين تمر بتجربة الانتكاسة وتضطر لإعادة العلاج، وهو ما يعكس التحديات المعقدة التي تلي فترة العلاج الأولي، سواء من ناحية التأقلم النفسي أو الاندماج الاجتماعي.

تشير هذه النتائج إلى أن التعافي من الإدمان ليس حدثاً لحظياً وإنما مسار طويل يتطلب استمرارية في الدعم والمتابعة. تكرار الخضوع للعلاج قد يكون مؤشراً على وجود فجوات في منظومة الرعاية اللاحقة أو ضعف في الدعم الأسري والاجتماعي، خاصة إذا لم تُرافق فترة ما بعد العلاج ببرامج فعّالة للتأهيل النفسي والاجتماعي. كما أن استمرار العلاقات مع أصدقاء السوء أو التعرض لبيئات محفزة على التعاطي يظل عاملاً مؤثراً في العودة إلى الإدمان.

وتعزز هذه النتيجة ما أشارت إليه دراسة الكندري (2014)، التي بينت أن السبب الأبرز للانتكاسة يتمثل في قصر مدة العلاج، وغياب البيئة الداعمة، إلى جانب استمرار المؤثرات السلبية المحيطة بالمتعافي. كما أكدت دراسة العتيبي (2015) أن الدعم الأسري يعد أحد العوامل المؤثرة في تقليل احتمالات الانتكاسة، وأن المتعافين الذين يحظون بعلاقات أسرية مستقرة ومتابعة منتظمة يكونون أكثر قدرة على الحفاظ على تعافيتهم دون الحاجة لإعادة العلاج.

جدول (13): استجابات أفراد العينة حول مدى خضوعهم لبرامج تعديل السلوك والتأهيل والرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات.

النسبة المئوية %	العدد	أين خضعت لبرامج تعديل السلوك والتأهيل والرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات؟
52.47	170	لم أخضع لأي برنامج
23.46	76	منتصف الطريق
14.81	48	جمعيات خيرية
9.26	30	عيادات خاصة
100.0	324	المجموع

أظهرت بيانات العينة أن أكثر من نصف المشاركين في الدراسة (52.47%) لم يسبق لهم الخضوع لأي برنامج من برامج تعديل السلوك أو التأهيل أو الرعاية اللاحقة بعد التعافي من الإدمان، وهي نسبة لافتة تشير إلى فجوة واضحة في استكمال المسار العلاجي لما بعد الإقلاع. في المقابل، خضع (23.46%) من المشاركين لبرامج «منتصف الطريق»، و(14.81%) استفادوا من برامج تقدمها جمعيات خيرية، بينما لجأ (9.26%) فقط إلى العيادات الخاصة لتلقي هذا النوع من الدعم.

هذه النتائج تؤكد وجود قصور في تكامل مراحل العلاج، وتسلب الضوء على الحاجة الملحة لتوفير برامج رعاية لاحقة شاملة وميسرة تضمن استمرارية التعافي. فالافتقار إلى برامج الدعم السلوكي والاجتماعي بعد العلاج قد يؤدي إلى عجز المتعافي عن التكيف مع ضغوط الحياة، ما يرفع من احتمالات الانتكاسة، كما بيّنت دراسة الديدي (2005) التي أشارت إلى أن غياب الدعم الأسري وضعف التأهيل من أبرز مسببات العودة إلى التعاطي.

كما أن عدم انخراط أكثر من نصف العينة في برامج الرعاية اللاحقة يشير إلى غياب الضوابط الأسرية والاجتماعية المستمرة، ما يتيح فرصة للمتعافين للعودة إلى السلوكيات الإدمانية. وفقاً لنظرية الضبط الاجتماعي، فإن غياب تلك الضوابط قد يسهم في ضعف الانضباط الشخصي وزيادة مخاطر الانتكاسة.

التساؤل الثالث: هل هناك فروق في مستوى الدعم الأسري باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية، مثل: (العمر، مدة التعافي، عدد مرات الانتكاسة، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى دخل الأسرة)؟

وللإجابة عن هذا السؤال، وللوقوف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين استجابات أفراد العينة حول مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين من الإدمان، التي تُعزى للمتغيرات التالية: (العمر، مدة التعافي، عدد مرات الانتكاسة، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى دخل الأسرة)، استُخدم اختبار التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) مع متغيرات (العمر، مدة التعافي، عدد مرات الانتكاسة، مستوى دخل الأسرة) وذلك لتكافؤ فئات كل منهما، بينما استُخدم اختبار (Kruskall-Wallis) مع متغيري المستوى التعليمي للوالدين لعدم تكافؤ فئات كل منهما، كما هو موضح فيما يأتي:

أ- الفروق التي ترجع لاختلاف متغير العمر:

جدول (14): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول مستوى الدعم الأسري للمتعافين، التي ترجع إلى اختلاف متغير العمر باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البُعد
*0.02	2.97	0.613	4	2.45	بين المجموعات	البُعد الأول: الدعم المعرفي
		0.206	319	65.87	داخل المجموعات	
0.36	1.09	0.478	4	1.91	بين المجموعات	البُعد الثاني: الدعم الانفعالي
		0.438	319	139.61	داخل المجموعات	
*0.031	2.7	3.347	4	13.39	بين المجموعات	البُعد الثالث: الدعم المالي
		1.24	319	395.47	داخل المجموعات	
*0.025	2.82	0.679	4	2.72	بين المجموعات	البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي
		0.241	319	76.79	داخل المجموعات	
0.054	2.35	0.37	4	1.48	بين المجموعات	المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان
		0.158	319	50.34	داخل المجموعات	

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (14) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول الثلاثة الأبعاد: (الدعم المعرفي، الدعم المالي، الدعم الأخلاقي)، ترجع لاختلاف متغير العمر، عدا بُعد الدعم الانفعالي والمتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان، ولدراسة مصدر الفروق ذات الدلالة الإحصائية ومعرفتها ستقوم باستخدام اختبار (LSD) بدلاً من اختيار (شيفيه): لعدم إظهار الأخير لهذه الفروق، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (15): نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية، التي ترجع إلى اختلاف متغير العمر باستخدام اختبار (LSD).

البعد	العمر	العدد	المتوسط	المعياري الانحراف	أقل من 20 سنة	أقل من 20 سنة إلى أقل من 30 سنة	أقل من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	أقل من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة
البعد الأول: الدعم المعرفي	أقل من 20 سنة	26	2.90	0.41	-	-	-	-
	من 20 سنة إلى أقل من 30 سنة	60	2.76	0.33	0.14	-	-	-
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	124	2.70	0.48	*0.20	0.06	-	-
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	72	2.85	0.52	0.05	0.09	*0.15	-
	50 سنة فأكثر	42	2.93	0.42	0.03	0.17	*0.23	0.08
البعد الثالث: الدعم المالي	أقل من 20 سنة	26	3.67	1.05	-	-	-	-
	من 20 سنة إلى أقل من 30 سنة	60	3.27	1.19	0.40	-	-	-
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	124	2.98	1.17	*0.70	0.29	-	-
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	72	3.31	1.10	0.36	0.05	*0.34	-
	50 سنة فأكثر	42	3.26	0.86	0.41	0.01	0.29	0.05
البعد الرابع: الدعم الأخلاقي	أقل من 20 سنة	26	2.69	0.43	-	-	-	-
	من 20 سنة إلى أقل من 30 سنة	60	2.51	0.52	0.18	-	-	-
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	124	2.68	0.52	0.01	*0.17	-	-
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	72	2.75	0.38	0.06	*0.24	0.07	-
	50 سنة فأكثر	42	2.80	0.57	0.11	*0.29	0.12	0.05

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

تشير نتائج الجدول (15) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الأسري،

تعزى لاختلاف الفئة العمرية. ففي بُعد الدعم المعرفي، جاءت الفروق لصالح المشاركين من الأعمار (أقل من 20 سنة، 40-50 سنة، 50 سنة فأكثر)، مقارنةً بالفئة (30-40 سنة)، ما يشير إلى إدراك أعلى للدعم المعرفي لدى الفئات الأصغر والأكبر سنًا. أما ما يتعلق ببُعد الدعم المالي، فقد أظهرت النتائج تفوق الفئتين (أقل من 20 سنة و40-50 سنة) أيضًا على فئة (30-40 سنة) من حيث الموافقة على هذا النوع من الدعم. أما في بُعد الدعم الأخلاقي، فكانت الفروق لصالح الفئات (30-40 سنة، 40-50 سنة، 50 سنة فأكثر) مقارنةً بالفئة (20-30 سنة)، ما يعكس وعياً أخلاقياً أكبر بالدعم المقدم لدى المشاركين الأكبر سنًا.

ب - الفروق التي ترجع لاختلاف متغير مدة التعافي:

جدول (16): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات العينة حول مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين، التي ترجع إلى اختلاف متغير مدة التعافي باستخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

البُعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البُعد الأول: الدعم المعرفي	بين المجموعات	0	2	0.002	0.01	0.991
	داخل المجموعات	68.32	321	0.213		
البُعد الثاني: الدعم الانفعالي	بين المجموعات	0.12	2	0.058	0.13	0.877
	داخل المجموعات	141.41	321	0.441		
البُعد الثالث: الدعم المالي	بين المجموعات	8.62	2	4.312	3.46	*0.033
	داخل المجموعات	400.23	321	1.247		
البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي	بين المجموعات	0.86	2	0.432	1.76	0.173
	داخل المجموعات	78.64	321	0.245		
المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان	بين المجموعات	0.28	2	0.138	0.86	0.424
	داخل المجموعات	51.55	321	0.161		

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (16) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين فقط حول بُعد الدعم المالي، ترجع لاختلاف متغير مدة التعافي عدا معظم أبعاد مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان والمتوسط العام لها، ولدراسة مصدر الفروق ذات الدلالة الإحصائية ومعرفتها سنستخدم اختبار (شيفيه) لإظهار هذه الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (17): نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية، التي ترجع إلى اختلاف متغير مدة التعافي باستخدام اختبار (شيفيه).

البُعد	مدة التعافي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات
البُعد الثالث: الدعم المالي	أقل من سنة	80	3.24	1.22	-	-
	من سنة إلى ثلاث سنوات	100	3.41	1.08	0.16	-
	أكثر من ثلاث سنوات	144	3.03	1.08	0.22	*0.38

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (17) أن الفروق البعدية ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى (0.05) حول بُعد الدعم المالي، التي ترجع لاختلاف متغير مدة التعافي كانت بين مجموعة أفراد العينة ممن مدة تعافهم (من سنة إلى ثلاث سنوات) وبين من مدة تعافهم (أكثر من ثلاث سنوات) لصالح مجموعة من أفراد العينة ممن مدة تعافهم (من سنة إلى ثلاث سنوات)، أي أنهم أكثر موافقة على بُعد الدعم المادي ممن مدة تعافهم (أكثر من ثلاث سنوات).

ج - الفروق التي ترجع لاختلاف متغير عدد مرات الانتكاسة:

جدول (18): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات العينة حول مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين ترجع لمتغير عدد مرات الانتكاسة باستخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

البُعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البُعد الأول: الدعم المعرفي	بين المجموعات	1.03	3	0.344	1.64	0.181
	داخل المجموعات	67.29	320	0.21		
البُعد الثاني: الدعم الانفعالي	بين المجموعات	1.82	3	0.608	1.39	0.245
	داخل المجموعات	139.7	320	0.437		

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البُعد
*0.014	3.59	4.44	3	13.32	بين المجموعات	البُعد الثالث: الدعم المالي
		1.236	320	395.54	داخل المجموعات	
*0.019	3.35	0.808	3	2.42	بين المجموعات	البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي
		0.241	320	77.08	داخل المجموعات	
0.287	1.26	0.202	3	0.61	بين المجموعات	المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعاين من الإدمان
		0.16	320	51.21	داخل المجموعات	

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (18) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول كل من البُعدين: (الدعم المالي، الدعم الأخلاقي) ترجع لاختلاف متغير عدد مرات الانتكاسة، عدا كل من بُعدي الدعم المعرفي والدعم الانفعالي، والمتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعاين من الإدمان، ولدراسة مصدر الفروق ذات الدلالة الإحصائية ومعرفتها سنستخدم اختبار (شيفيه) لإظهار هذه الفروق، كما هو موضح في الجدول التالي: جدول (19): نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية، التي ترجع إلى اختلاف متغير عدد مرات الانتكاسة باستخدام اختبار (شيفيه).

البُعد	عدد مرات الانتكاسة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	مرة واحدة	مرتان	ثلاث مرات
البُعد الثالث: الدعم المالي	مرة واحدة	72	3.31	1.17	-	-	-
	مرتان	136	2.99	1.09	0.31	-	-
	ثلاث مرات	82	3.26	1.16	0.04	0.27	-
	أربع مرات فأكثر	34	3.63	0.93	0.33	*0.64	0.37
البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي	مرة واحدة	72	2.84	0.46	-	-	-
	مرتان	136	2.64	0.47	*0.20	-	-
	ثلاث مرات	82	2.63	0.54	0.21	0.01	-
	أربع مرات فأكثر	34	2.63	0.52	0.21	0.01	0.00

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (19) أن الفروق البعدية ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى (0.05)، التي ترجع لاختلاف متغير عدد مرات الانتكاسة كانت كما يأتي:

- حول بُعد الدعم المالي كانت بين مجموعة أفراد العينة ممن عدد مرات انتكاستهم (مرتين) وبين من عدد مرات انتكاستهم (أربع مرات فأكثر) لصالح من عدد مرات انتكاستهم (أربع مرات فأكثر)، أي أنهم أكثر موافقة على بُعد الدعم المالي ممن عدد مرات انتكاستهم (مرتين).
 - حول بُعد الدعم الأخلاقي كانت بين مجموعة أفراد العينة ممن عدد مرات انتكاستهم (مرة واحدة) وبين من عدد مرات انتكاستهم (مرتين) لصالح من عدد مرات انتكاستهم (مرة واحدة)، أي أنهم أكثر موافقة على بُعد الدعم الأخلاقي ممن عدد مرات انتكاستهم (مرتين).
- د - الفروق التي ترجع لاختلاف متغير مستوى دخل الأسرة:

جدول (20): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات العينة، حول مستوى الدعم الأسري المقدم للمتعافين، التي ترجع لمتغير مستوى دخل الأسرة باستخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

البُعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البُعد الأول: الدعم المعرفي	بين المجموعات	2.27	2	1.135	5.52	**0.004
	داخل المجموعات	66.05	321	0.206		
البُعد الثاني: الدعم الانفعالي	بين المجموعات	0.37	2	0.185	0.42	0.658
	داخل المجموعات	141.15	321	0.44		
البُعد الثالث: الدعم المالي	بين المجموعات	14.37	2	7.185	5.85	**0.003
	داخل المجموعات	394.49	321	1.229		
البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي	بين المجموعات	0.37	2	0.183	0.74	0.477
	داخل المجموعات	79.14	321	0.247		
المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان	بين المجموعات	1.35	2	0.673	4.28	*0.015
	داخل المجموعات	50.48	321	0.157		

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (20) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستويي (0.05، 0.01) بين استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول بُعدي: (الدعم المعرفي، الدعم المالي)، بالإضافة للمتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان عمومًا ترجع لاختلاف متغير مستوى دخل الأسرة عدا بُعدي: (الدعم الانفعالي، الدعم الأخلاقي)، ولدراسة مصدر الفروق ذات الدلالة الإحصائية ومعرفتها سنستخدم اختبار (شيفيه) لإظهار هذه الفروق، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (21): نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية، التي ترجع إلى اختلاف متغير مستوى دخل الأسرة باستخدام اختبار (شيفيه).

من 6001- 9000 ريال	من 3000- 6000 ريال	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	مستوى دخل الأسرة	البُعد
-	-	0.41	2.70	62	من 6000-3000 ريال	البُعد الأول: الدعم المعرفي
-	0.06	0.45	2.76	184	من 9000-6001 ريال	
*0.17	*0.23	0.49	2.93	78	أكثر من 9000 ريال	
-	-	1.26	3.05	62	من 6000-3000 ريال	البُعد الثالث: الدعم المالي
-	0.04	1.05	3.09	184	من 9000-6001 ريال	
*0.48	*0.52	1.11	3.57	78	أكثر من 9000 ريال	
-	-	0.31	2.83	62	من 6000-3000 ريال	المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان
-	0.01	0.42	2.84	184	من 9000-6001 ريال	
*0.15	0.16	0.40	2.99	78	أكثر من 9000 ريال	

* يعني مستوى الدلالة (0.05)، ** يعني مستوى الدلالة (0.01).

يتضح من الجدول (21) أن الفروق البعدية ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى (0.05)، التي ترجع لاختلاف متغير مستوى دخل الأسرة كانت كما يأتي:

حول كل من البُعدين: (الدعم المعرفي، الدعم المالي) كانت بين مجموعة أفراد العينة ممن دخل أسرهم (أكثر من 9000 ريال) من ناحية، وبين من دخل أسرهم (من 3000-6000 ريال، أو من 6001-9000 ريال) من ناحية أخرى، وكانت جميع هذه الفروق لصالح من دخل أسرهم (أكثر من 9000 ريال)، أي أنهم أكثر موافقة على كل من البُعدين: (الدعم المعرفي، الدعم المالي) ممن دخل أسرهم (من 3000-6001 ريال، أو من 6001-9000 ريال).

حول مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان عموماً كانت بين مجموعة أفراد العينة ممن دخل أسرهم (أكثر من 9000 ريال) وبين من دخل أسرهم (من 6001-9000 ريال) لصالح من دخل أسرهم (أكثر من 9000 ريال)، أي أنهم أكثر موافقة على مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان عموماً ممن دخل أسرهم (من 6001-9000 ريال).

هـ الفروق التي ترجع لاختلاف متغير المؤهل العلمي للأب:

جدول (22): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات العينة حول مستوى الدعم الأسري للمتعافين، التي ترجع لمتغير المؤهل العلمي للأب باستخدام اختبار كروسكال واليز (Kruskall-Wallis).

مستوى الدلالة	قيمة مربع كاي	متوسط الرتب	العدد	المؤهل العلمي للأب	البُعد
**0.002	18.78	151.25	8	لا يقرأ ولا يكتب	البُعد الأول: الدعم المعرفي
		153.33	92	ابتدائي	
		157.41	108	متوسط	
		160.05	80	ثانوي	
		163.94	18	دبلوم بعد الثانوية	
		254.39	18	جامعي	
*0.033	12.16	159.88	8	لا يقرأ ولا يكتب	البُعد الثاني: الدعم الانفعالي
		179.73	92	ابتدائي	
		160.22	108	متوسط	
		139.41	80	ثانوي	
		149.39	18	دبلوم بعد الثانوية	
		205.00	18	جامعي	

مستوى الدلالة	قيمة مربع كاي	متوسط الرتب	العدد	المؤهل العلمي للأب	البُعد
0.442	4.79	115.00	8	لا يقرأ ولا يكتب	البُعد الثالث: الدعم المالي
		160.37	92	ابتدائي	
		173.94	108	متوسط	
		161.33	80	ثانوي	
		146.61	18	دبلوم بعد الثانوية	
		146.94	18	جامعي	
**0.002	19.43	108.50	8	لا يقرأ ولا يكتب	البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي
		169.67	92	ابتدائي	
		184.31	108	متوسط	
		137.60	80	ثانوي	
		175.17	18	دبلوم بعد الثانوية	
		116.94	18	جامعي	
0.121	8.72	132.25	8	لا يقرأ ولا يكتب	المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان
		167.71	92	ابتدائي	
		171.56	108	متوسط	
		142.89	80	ثانوي	
		146.78	18	دبلوم بعد الثانوية	
		197.89	18	جامعي	

(*) دالة عند مستوى (0.05)، (**) دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول (22) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستويي (0.01، 0.05) بين استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين حول كل من الثلاثة الأبعاد: (الدعم المعرفي، الدعم الانفعالي، الدعم الأخلاقي)، ترجع لاختلاف متغير المؤهل العلمي للأب، عدا بُعد الدعم المالي والمتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان، فليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية حولهما. وكانت الفروق ذات الدلالة الإحصائية حول كل من بُعدي: (الدعم المعرفي، الدعم الانفعالي) لصالح مَن مؤهل آبائهم العلمي (جامعي)، أي أن مَن آبائهم من الجامعيين أكثر موافقة

على كل من بُعدي: (الدعم المعرفي، الدعم الانفعالي) من مؤهلات الآباء الأخرى، بينما كانت الفروق ذات الدلالة الإحصائية حول بُعد الدعم الأخلاقي لصالح مَن مؤهل آباؤهم العلمي (متوسط)، أي أن مَن مؤهل آباؤهم (متوسط) أكثر موافقة على بُعد الدعم الأخلاقي من مؤهلات الآباء الأخرى. وبذلك كشفت النتائج عن تأثير المستوى التعليمي للوالدين على إدراك الدعم الأسري. ويمكن تفسير هذا الربط وفقاً لنظرية الضبط الاجتماعي، التي تؤكد على أن الأسرة ذات الخلفية التعليمية المرتفعة غالباً ما تكون أكثر قدرة على فرض رقابة إيجابية، وإجراءات تربوية وقائية للحد من الانتكاسة.

و - الفروق التي ترجع لاختلاف متغير المؤهل العلمي للأم:

جدول (23): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات العينة حول مستوى الدعم الأسري المقدم للمتغافين، ترجع إلى متغير المؤهل العلمي للأم باستخدام كروسكال واليز (Kruskall-Wallis).

المستوى الدلالة	قيمة مربع كاي	متوسط الرتب	العدد	المؤهل العلمي للأم	البُعد
**0.00	48.65	225.06	18	ابتدائي	البُعد الأول: الدعم المعرفي
		134.05	44	متوسط	
		113.95	88	ثانوي	
		189.42	74	دبلوم بعد الثانوية	
		186.56	100	جامعي	
**0.00	26.55	167.61	18	ابتدائي	البُعد الثاني: الدعم الانفعالي
		161.70	44	متوسط	
		130.44	88	ثانوي	
		150.93	74	دبلوم بعد الثانوية	
		198.70	100	جامعي	
0.272	5.15	173.39	18	ابتدائي	البُعد الثالث: الدعم المالي
		149.59	44	متوسط	
		162.68	88	ثانوي	
		180.93	74	دبلوم بعد الثانوية	
		152.42	100	جامعي	

مستوى الدلالة	قيمة مربع كاي	متوسط الرتب	العدد	المؤهل العلمي للآم	البُعد
**0.00	26.16	142.17	18	ابتدائي	البُعد الرابع: الدعم الأخلاقي
		161.59	44	متوسط	
		125.00	88	ثانوي	
		195.55	74	دبلوم بعد الثانوية	
		175.10	100	جامعي	
**0.00	33.17	194.17	18	ابتدائي	المتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان
		145.70	44	متوسط	
		118.89	88	ثانوي	
		187.77	74	دبلوم بعد الثانوية	
		183.87	100	جامعي	

(*) دالة عند مستوى (0.05)، (**) دالة عند مستوى (0.01).

173

يتضح من الجدول (23) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين استجابات أفراد العينة من الأبناء المتعافين، حول معظم أبعاد مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان والمتوسط العام لإجمالي مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين، ترجع لاختلاف متغير المؤهل العلمي للآم، عدا بُعد الدعم المالي فليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية حوله. وكانت الفروق ذات الدلالة الإحصائية حول مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان عمومًا، وخاصة كل من بُعدي: (الدعم المعرفي، الدعم الانفعالي) لصالح مَن مؤهل أمهاتهم العلمي (ابتدائي)، أي أن مَن مؤهل أمهاتهم (ابتدائي) أكثر موافقة على مستوى الدعم الوالدي المقدم للمتعافين من الإدمان عمومًا، وخاصة كل من بُعدي: (الدعم المعرفي، الدعم الانفعالي) من مؤهلات الأمهات الأخرى، بينما كانت الفروق ذات الدلالة الإحصائية حول بُعد الدعم الأخلاقي لصالح مَن مؤهل أمهاتهم العلمي (دبلوم بعد الثانوية)، أي أن مَن مؤهل أمهاتهم (دبلوم بعد الثانوية) أكثر موافقة على بُعد الدعم الأخلاقي من مؤهلات الآباء الأخرى.

تاسعاً: خلاصة النتائج:

- أظهرت النتائج أن (44.45%) من أفراد العينة قد استمروا في تعاطي المواد المخدرة لأكثر من ثلاث سنوات، ما يعكس تعقيد الحالة الإدمانية لديهم، وصعوبة الاستجابة للعلاج في المدى القصير.
- جاءت مادة الكبتاجون أكثر المواد استخداماً بنسبة (44.44%)، تليها الحشيش بنسبة (24.07%)، ثم الهيروين بنسبة (12.35%).
- أشارت النتائج إلى أن (41.98%) من المشاركين خضعوا للعلاج مرتين، و(25.31%) ثلاث مرات، بينما كانت نسبة من خضعوا لأربع مرات أو أكثر (10.49%)، ما يعكس ارتفاع معدلات الانتكاسة.
- بيّنت الدراسة أن (52.47%) من العينة لم يخضعوا لأي برنامج تعديل سلوك أو تأهيل بعد العلاج، بينما استفاد (23.46%) من برامج «منتصف الطريق»، و(14.81%) من الجمعيات الأهلية، و(9.26%) من العيادات الخاصة.
- بلغ المتوسط العام لتقدير المتعافين لمستوى الدعم الأسري (2.88 من 5)، وهو ما يعكس حالة من عدم التأكد أو التذبذب في شعور المتعافين بجودة الدعم الأسري.
- تصدر الدعم المالي الأبعاد الأربعة بمتوسط (3.20)، ما يشير إلى قدرة الأسر على تلبية الاحتياجات الأساسية دون تعزيز الاستقلال المالي.
- تلاه الدعم الانفعالي بمتوسط (3.05)، ما يعكس وجود بعض القبول العاطفي، لكنه غير مستقر تماماً.
- جاء الدعم المعرفي في المرتبة الثالثة بمتوسط (2.79)، ما يوضح ضعف إدراك الأسرة لطبيعة الإدمان وأعراض الانتكاسة.
- كان الدعم الأخلاقي الأقل تقييماً بمتوسط (2.68)، ما يشير إلى غياب التوجيه السلوكي، وضعف المشاركة الأسرية في مرحلة ما بعد العلاج.
- أظهرت البيانات أن (24.69%) من أفراد العينة تعاطوا المخدرات لمدة تقل عن سنة، بينما (30.86%) تعاطوا بين سنة وثلاث سنوات، وهو ما يشير إلى تنوع فترات التعاطي بين المشاركين.

- من خلال الوقوف على عدد مرات الانتكاسة، تبين أن (22.22%) من المشاركين خضعوا للعلاج لمرة واحدة فقط، بينما (41.98%) خضعوا مرتين، و(25.31%) ثلاث مرات، و(10.49%) أربع مرات أو أكثر، ما يشير إلى أن الانتكاسة ليست حدثاً فردياً، بل ظاهرة متكررة بين العينة.
- فيما يتعلق بتواصل الأسرة مع الفريق العلاجي، جاءت عبارة: «تواصل أسرتي مع الفريق العلاجي لمعرفة طرق الدعم المناسبة» أقل العبارات تقييماً بمتوسط (2.07)، ما يعكس ضعف التواصل بين الأسرة والفريق العلاجي.
- سجلت العبارة: «تدعمني أسرتي عند شعوري برغبة في العودة للتعاطي» أعلى متوسط (4.11)، ما يشير إلى أن الاستجابة العاطفية الفورية للأسر قد تكون أكثر قوة من الدعم المستمر طويل الأمد.
- ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المشاركين وفقاً للمؤهل العلمي للأب، إذ سجل أبناء الأمهات الجامعيات أعلى درجات الدعم المعرفي والانفعالي، بينما سجل أبناء الأمهات ذوات المؤهل «دبلوم بعد الثانوية» أعلى مستوى للدعم الأخلاقي.
- وأظهرت التحليلات أن الأسر ذات الدخل المرتفع (أكثر من 9000 ريال) قدمت مستويات أعلى من الدعم المالي والمعرفي مقارنة بالأسر ذات الدخل الأقل.
- ارتبط المؤهل العلمي للأب بمستوى الدعم المعرفي والانفعالي، إذ سجل أبناء الآباء الجامعيين أعلى معدلات الدعم في كلا البعدين مقارنة بالأسر التي يقل مستوى تعليم الأب فيها.

عاشراً: التوصيات:

- في ضوء ما كشفت عنه نتائج الدراسة من وجود قصور نسبي في إدراك المتعافين لمستوى الدعم الأسري الذي يتلقونه خلال مرحلة ما بعد التعافي، خاصة في أبعاده غير المادية، وبالنظر إلى تكرار محاولات العلاج وارتفاع نسب الانتكاسة، تُوصي الدراسة بما يلي:
1. تعزيز برامج التوعية الأسرية: ضرورة تطوير برامج موجهة لأسر المتعافين، تركز على رفع مستوى الوعي بطبيعة الإدمان مرضاً مزمنًا، وشرح أهمية كل من الدعم المعرفي والانفعالي في تعزيز فرص التعافي وتقليل احتمالات الانتكاسة.

2. دمج الأسرة بشكل مؤسسي في الخطة العلاجية: ضرورة إلزام المراكز العلاجية بإشراك الأسر في مراحل العلاج كافة، وتوفير جلسات إرشادية مشتركة بين المتعافي وأسرته؛ لضمان بيئة داعمة ومستقرة بعد الخروج من المؤسسة العلاجية.
3. إعادة هيكلة برامج الرعاية اللاحقة: تشجيع الجهات المعنية على توسيع نطاق برامج «منتصف الطريق» والرعاية المجتمعية الممتدة، مع التركيز على تأهيل الأسرة للقيام بدور فاعل في هذه المرحلة، وخاصة ما يتعلق بالمتابعة السلوكية وتدعيم السلوكيات الوقائية.
4. تطوير أدوات التدخل الأسري المتخصصة: تصميم أدوات تقييم وتدخل نفسي واجتماعي تعتمد على خصائص كل أسرة وظروفها، وتأخذ في الاعتبار الفروق العمرية، والدخل، والمستوى التعليمي للوالدين، لما ثبت من أثر هذه المتغيرات على نوعية الدعم المقدم.
5. التركيز على البعد الأخلاقي في الإرشاد الأسري: دعوة الجمعيات الأهلية والعيادات النفسية لإعداد أدلة إرشادية للأسر، تشمل أساليب المتابعة السلوكية، وتدريب الأسر على تهيئة بيئة يومية تساعد المتعافي على تنظيم وقته، وتجنب الفراغ، والانخراط في أنشطة مفيدة.
6. توسيع نطاق الدعم المهني والمالي للمتعافين: تشجيع البرامج الحكومية وغير الحكومية على توفير مسارات دعم مهني واقتصادي للمتعافين وسيلةً لتعزيز الاستقلالية، وتقليل الضغوط الاجتماعية التي قد تعيدهم إلى بيئة التعاطي.
7. تشجيع البحث العلمي التطبيقي: توصي الدراسة بإجراء مزيد من البحوث الميدانية التي تتناول العلاقة بين الدعم الأسري بمكوناته المختلفة (المعرفي، الانفعالي، المادي، الأخلاقي) ومعدلات الانتكاسة، مع التوسع في استكشاف العوامل الثقافية والسياقية المؤثرة في البيئة السعودية.
8. إنشاء وحدات دعم أسري في المؤسسات العلاجية: مقترح بإنشاء وحدة متخصصة ضمن مراكز علاج الإدمان، تُعنى بمتابعة الأسر، وتقديم الاستشارات الأسرية المنتظمة، والعمل على تعزيز العلاقة بين الأسرة والفريق العلاجي.

المراجع:

- إبراهيم، انتصار. (2018). دور الأخصائي الاجتماعي في الممارسة المهنية للرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية.
- بركات، سعيد. (2019). نظريات الانحراف الاجتماعي. القاهرة: دار الفكر الجامعي.
- ابن حسني، عبد العزيز. (2002). العوامل المجتمعية المعوقة لإعادة التكيف النفسي والاجتماعي لدى المتعافين من إدمان المخدرات. مجلة البحوث الأمنية، 11(21)، 157-185.
- البياييت، فارس. (2012). علم الاجتماع. عمان: دار غيداء للنشر والتوزيع.
- تركية، هباء الدين. (2004). علم الاجتماع العائلي. دمشق: الأهلية للنشر والتوزيع.
- الحسن، إحسان. (2005). النظريات الاجتماعية المتقدمة. عمان: دار وائل للنشر.
- الحربي، سارة. (2021). الرفض الاجتماعي للمتعافين من الإدمان: دراسة ميدانية على المتعافين من المخدرات بمستشفى الأمل بجدة. رسالة ماجستير غير منشورة.
- حجازي، محمد. (2010). النظريات الاجتماعية. القاهرة: مكتبة وهبة.
- خليفة، فاطمة خليفة. (2017). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين بجدة. مجلة جامعة الملك عبد العزيز - الآداب والعلوم الإنسانية، 25(2)، 215-235.
- الديدي، رشا، وعسكر، رأفت. (2005). أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات. دراسات نفسية، 15(3)، 367-384.
- الرتيكي، فوزية. (2013). المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات في مركز علاج الإدمان التابع لمركز الكويت للصحة النفسية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 23(81)، 103-167.
- السيد، أحمد. (2022). دور الخدمة الاجتماعية الطبية مع جماعات التعافي من الإدمان والرعاية اللاحقة: دراسة ميدانية على الأخصائيين الاجتماعيين بمستشفى الصحة النفسية بمدينة أبها. مجلة الخدمة الاجتماعية، 1(71)، 126-149.

- شويخ، هناء. (2004). أنماط المساندة الاجتماعية وأثرها في التكيف. مجلة علم النفس، (63).
- العتيبي، عايشة. (2015). المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المواد ذات التأثير النفسي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الكويت.
- العنزي، مناور. (2020). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى انتكاسة مدمني المخدرات: دراسة ميدانية على الأخصائيين العاملين في مجمع الأمل بالرياض. مجلة كلية الآداب - جامعة بورسعيد، (15)، 403-443.
- الكندري، هيفاء يوسف. (2014). العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي. مجلة العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت، 42(11)، 2-47.
- المهوس، محمد. (2017). دور الوعي الأسري في الحد من تعاطي المخدرات تعزيزاً للأمن الاجتماعي. جامعة نايف للعلوم الأمنية.

- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *The Journal of the American Medical Association*, 301(2), 183-190. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.976>
- Cobbina, J. E. (2010). Reintegration success and failure: Factors impacting reintegration among incarcerated and formerly incarcerated women. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49(3), 210-232. <https://doi.org/10.1080/10509671003666602>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ishak, S. I. D., & Azmi, A. A. (2018). Drug addicts: Psychosocial factor contributing to relapse. In *MATEC Web of Conferences*, 150, 05097. <https://doi.org/10.1051/matecconf/201815005097>
- Kadam, M., & Sinha, A. (2017). A comparative study of factors associated

with relapse in alcohol dependence and opioid dependence. Indian Psychiatric Society. Retrieved from <https://www.indianjpsychiatry.org>

- National Institute of Justice. (2003). Drug use and recidivism. U.S. Department of Justice. <https://nij.ojp.gov>
- Nikmanesh, Z., Baluchi, M. H., & Motlagh, A. A. P. (2016). The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 5(3), e25302. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.2530>
- Cobbina, J.E. (2009). Reintegrating Ex-Offenders: Perceptions of the Barriers and Promises of Reentry. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(8), 710–731.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. University of California Press.
- Krohn, M.D., Lizotte, A.J., & Hall, G.P. (2011). Social Bonding Theory and Substance Use: An Updated Review. *Journal of Drug Issues*, 41(2), 221–24