العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي

هيفاء يوسف الكندري(*)

ملخص: اهتمت الدراسة الحالية بتحديد رأي 171 فرداً ممن لديهم خبرات سابقة في الإدمان على المخدرات للكشف عن العوامل ذات التأثير على انتكاسة المدمن المتعافي. ركزت الدراسة على المدمنين المتعافين الذين عادوا إلى الإدمان بعد الشفاء (89 منتكساً)، ومقارنتهم بالمدمنين المتعافين (82 فرداً) من الكويتيين وغير الكويتيين الذكور، الذين راوحت أعمارهم بين 17 و 59 عاماً، وتلقوا علاجهم في المؤسسات المختلفة (مستشفى الطب النفسي، وقسم الرعاية اللاحقة، ولجنة بشاير الخير). استخدمت الدراسة المنهج الوصفي وأعد مقياس العوامل الاجتماعية للانتكاسة واستبانة المتغيرات السكانية لتحقيق أهداف الدراسة. توصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم الدوافع الشخصية التي أدت بجماعة المنتكسين للحصول على العلاج بهدف التوقف عن التعاطي هي تنفيذ حكم قضائي بعد القبض عليهم، ثم رغبتهم في التوبة إلى الله، وأخيراً خوفهم من الحبس أو السجن في حال القبض عليهم. كما تبين أن أفراد عينة المنتكسين قضوا فترة زمنية قصيرة جداً في العلاج من الإدمان، كانت ما يقرب من الشهر أو أقل من ذلك، وأنهم غير راضين عن المدة الزمنية أو عن البرنامج الذي قدمته لهم المؤسسات العلاجية. واتضح أن أشد الصعوبات التي واجهت أفراد عينة المنتكسين بعد العلاج، هي: عدم القدرة على المقاومة والرغبة الشديدة في العودة إلى المخدر، تليها النظرة السلبية من الآخرين لهم بعد الشفاء. وتبين أيضاً أن أغلبية أفراد عينة المنتكسين يعانون أمراضاً نفسية متعلقة بالضغط النفسي، وتقلب المزاج، واضطرابات النوم. ويكاد جميع أفراد عينة المنتكسين على علاقة مع أصدقاء قدامى ممن يتعاطون المخدرات، وأن الأغلبية قد بدؤوا

(*) أستاذ مساعد، قسم الخدمة الاجتماعية، جامعة الكويت، دولة الكويت. hayataakan@yahoo.com

بالتعاطي منذ 5 سنوات أو أكثر، وعادوا إلى الإدمان بعد العلاج خلال سنة واحدة أو أقل، ويتمتعون بدرجة منخفضة من التدين، وذلك مقارنة بأفراد عينة المدمنين المتعافين. كما توصلت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن العوامل التي يمكن التنبؤ بأن لها تأثيراً على انتكاسة المدمن المتعافي في المستقبل، هي: تناسب الدخل الشهري مع تلبية احتياجات المدمن المتعافي، وعدم الرضا عن الفترة الزمنية المستغرقة في العلاج، وعدم الرضا عن البرنامج العلاجي، و العلاقات المستمرة مع أصدقاء قدامى يتعاطون المخدرات، وانخفاض درجة التدين.

المصطلحات الأساسية: الانتكاسة، المدمن المتعافي، المدمن المتعافي المنتكس، مدمن المخدرات، العوامل الاجتماعية، الكويت.

المقدمة:

على الرغم من التزايد الكبير في عدد البرامج العلاجية والتأهيلية والوقائية في دول العالم لمعالجة مدمني المخدرات، فإننا نجد أن الإحصائيات العالمية مازالت تشير إلى أن هناك نسبة كبيرة من المدمنين المتعافين عادوا إلى الإدمان خلال فترات زمنية متفاوتة؛ حيث إن دول العالم – خاصة الدول المتقدمة – تخصص موازنات هائلة، تقدر بملايين الدولارات لمكافحة الإدمان وعلاج المدمنين في مستشفيات خاصة ومراكز تأهيلية، إلا أن نسبة الإدمان والانتكاسة مازالت في تزايد مستمر؛ فقد أشارت إحصائية حديثة صادرة عن مكتب المخدرات والجريمة التابع للأمم المتحدة (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012) إلى وجود ما يقارب 210 ملايين شخص يتعاطون المخدرات بشتى أنواعها في مختلف دول العالم، وهناك ما يعادل 200,000 مدمن يفقدون حياتهم سنوياً بسبب التعاطي. وعلى الرغم مما أشارت إليه تقارير الأمم المتحدة عام 2010م من انخفاض نسبة تعاطي المخدرات والاتجار بها كمخدر الأفيون والكوكايين في بعض دول العالم، فإن هذا الانخفاض لا يعود إلى التشدد في القوانين والرقابة الدولية، أو جودة المؤسسات العلاجية والتأهيلية، أو رغبة المدمنين في التوقف عن التعاطي، ولكن يعود إلى انتشار الوباء في نبات الأبيوم في أفغانستان وانقطاعه من الأسواق. كذلك الأمر بالنسبة إلى مخدر الكوكايين؛ إذ أشارت التقارير إلى أن انقطاعه عن الأسواق في بعض دول العالم يعود إلى تغيير تجار مخدرات الكوكايين لأماكن تسويقه بحسب الطلب والقدرة على الترويج. وهذه الحقائق التي أعلنت عنها الأمم المتحدة ما هي إلا دلائل على فشل الحكومات في حربها ضد الإدمان، وهو فشل قد يرتبط

ارتباطاً وثيقاً بفشل البرامج العلاجية في تلبية احتياجات المدمنين والمدمنين المتعافين للتوقف عن الإدمان وعدم العودة إلى التعاطي.

مشكلة الدراسة:

والكويت – كسائر دول العالم – تواجه صعوبات كبيرة في خفض نسبة الإدمان بين الفئات العمرية المختلفة. فعلى الرغم من انتشار المراكز والمؤسسات العلاجية والوقائية (الحكومية والخيرية والخاصة) في المجتمع، التي تهتم برعاية المدمنين ومتابعة المدمنين المتعافين من كلا الجنسين، فإن إحصائية قسم مكافحة المخدرات التابع لوزارة الداخلية تشير إلى وجود زيادة سريعة في نسبة قضايا المخدرات والإدمان بين الكويتيين. فقد أشارت إحصائية عام 1986م إلى أن 23% من المتهمين بقضايا المخدرات الخاصة بالاتجار والحيازة والتعاطي هم من الكويتيين، وقد تضاعفت هذه النسبة إلى ما يقارب 46% في عام 1989م، و60% في عام 2003م، و75% في عام 2010م (عايد وعبدالحميد، 2011).

وأشارت إحصائيات أخرى إلى ارتفاع نسبة المنتكسين الكويتيين من فئة المتعاطين؛ فقد بينت إحصائيات مركز الإدمان التابع لمستشفى الطب النفسي لعام 2009م أن معدل الانتكاسة لمتعاطي المخدرات ارتفع من 54% في عام 2005م إلى 68% في عام 2009م. وتشير إحصائية جمعية بشاير الخير لعام 2008م إلى أن 25% من المدمنين المتعافين في المركز ينتكسون بعد مرحلة الشفاء. كما أشارت إحصائية أخرى لبرامج الرعاية اللاحقة التابعة لإدارة السجن المركزي إلى أنه ما بين الأعوام 2001–2011م بلغ عدد المنتكسين من المدمنين المتعافين ما يقارب 571 فرداً (وحدة البحوث والدراسات، 2010).

الدراسات السابقة حول الانتكاسة:

أثبتت نتائج الدراسات الطبية والاجتماعية التي أجريت خلال السنوات العشرين الماضية أن الإدمان على المخدرات مرض أو اضطراب مزمن يعانيه المدمن بصورة مستمرة وأن إمكانية الانتكاسة – أي العودة إلى الإدمان بعد الشفاء – محتملة جداً؛ فقد أشارت دراسة أمريكية أجرتها المؤسسة الوطنية للعدل (National Institute of Justice) عام 2003م إلى أن 16,4% من المتعافين من الإدمان قد عادوا لتعاطي المخدرات بعد مرور سنة من الشفاء والاندماج في المجتمع، في حين ازدادت تلك النسبة إلى 27,5% بعد مرور سنتين. وأشارت دراسة

أخرى (Cobbina, 2010) إلى عودة ما يقارب 50% من المتعافين إلى السلوك الإجرامي بعد مضي 3 سنوات من الإفراج عنهم.

وقد فسرت الدراسات هذا الأمر بعدة عوامل اجتماعية ونفسية وصحية، أثرت على المدمنين المتعافين وسرعة انتكاستهم وعودتهم للجريمة. فقد أشار بعض الباحثين إلى أن هناك علاقة وثيقة بين انتكاسة المدمنين المتعافين والدافعية للالتحاق بالبرنامج العلاجي والرغبة بالاستمرار في العلاج. وبينت دراسة فيورنتين (Fiorentine, 1999) أن بعض البرامج العلاجية قد لا تكون فعالة في شفاء المدمن؛ لأنها قد تعتمد على مدى دافعية المدمن للحصول على العلاج ورغبته بالاستمرار في ذلك، ودرجة استقلاليته، والعدوانية، ومدى قدرته على التعبير والتفاعل. كما أشارت الدراسة سابقة الذكر إلى أن التحاق المدمنين بالمؤسسات العلاجية بدافع شخصي أو تطوعي يساعد على بقائهم دون العودة إلى التعاطي مقارنة بالمدمنين المحولين من المؤسسات القضائية أو السجون.

وأشارت دراسات أخرى إلى أهمية تحديد الصعوبات التي قد تواجه المدمنين المتعافين بعد مرحلة الشفاء ومدى قدرتهم على الاندماج مع الآخرين بعد الخروج من السجن أو المشفى (Cobbina, 2009). ويصف الباحثون مرحلة العودة للتكيف مع الآخرين بأنها من أصعب المراحل التي يواجهها المدمن المتعافي لما فيها من تحديات نفسية وأسرية ومجتمعية، قد تتمثل – كما وصفها بعضهم – في صعوبة حصوله على رخصة تجارية للمشاركة في الأعمال الحرة، أو حصوله على قروض شخصية، أوالاحتفاظ بحقه في احتضان أبنائه في حال نشوب المشكلات بين الزوجين، أو الاستعانة به كشاهد في المحكمة، وزيادة رقابة الوالدين، والنظرة الدونية من الآخرين، ومشاعر الاشتياق للمخدر والشعور باللذة، وتنفيذ قانون منع السفر بعد الشفاء، والغرامة المالية (Kubrin & Stewart, 2006).

كما بينت نتائج دراسة فيشر وآخرين (Visher et al., 2003) التي أجريت على 400 سجين من الذكور في مدينة شيكاغو بولاية إلينوي – أن الصعوبات التي يواجهها المدمن المتعافي المسجون قد تزداد تعقيداً أكثر من المدمن المتعافي غير المتهم بقضايا؛ وذلك بسبب المشكلات الطبية والنفسية التي قد تصاحب السجين في أثناء فترة تنفيذ العقوبة. وأشارت الدراسة إلى أن هناك عدداً كبيراً من السجناء لم توجد حلول لمشكلاتهم المختلفة بعد خروجهم من السجن؛ الأمر الذي قد يزيد

من احتمال عودتهم للجريمة والإدمان. فقد أشار 17% من المشاركين في الدراسة إلى أنهم سيعودون لتعاطي المخدرات بعد خروجهم من السجن إذا خففت الرقابة عليهم، وأشار 12% منهم أيضاً إلى رغبتهم في العودة إلى التعاطي حتى لو كانوا معرضين للاعتقال مرة أخرى.

فبعد مرحلة الشفاء من الإدمان، يواجه المدمن المتعافي مرحلة جديدة يطلق عليها الباحثون مرحلة "إعادة الدخول" (Reentry)؛ أي العودة للتكيف مع المجتمع. وهي المرحلة التي يواجه فيها المدمن المتعافي تحديات وضغوطات كثيرة ناتجة من رغبته في العودة إلى الاندماج مع الأسرة والأولاد والأهل والأصدقاء والجيران. كما أنها مرحلة جديدة للعودة إلى الوظيفة السابقة أو الحصول على وظيفة جديدة أو العودة إلى المدرسة، وما قد يصاحب ذلك من إمكانية الفشل أو النجاح في تحقيق الأهداف المرجوة، والمقاومة للابتعاد عن أصدقاء السوء القدامى، والتوقف عن ممارسة السلوك الإجرامي، والحرص على الاستمرار في العلاج، والامتثال لقوانين الرقابة وشروطها (خاصة بعد الخروج من السجن) (Chandler et al., 2009). ويعتبر بعض الباحثين (Travis, 2002) أن الصعوبات التي يواجهها المدمنون المتعافون أو ما قد يسميها بعضهم بالقيود المجتمعية هي بمنزلة "عقاب غير مرئي" (Invisible Punishment)، تمنعهم من وضع أقدامهم على بداية الطريق للبدء بحياة جديدة، وتمنعهم أيضاً من التكيف والاندماج مع الآخرين؛ مما قد يترتب عليه العودة إلى الإدمان والقيام بالسلوك الإجرامي مرات عديدة.

كما أن الإدمان على المخدرات له تأثير سلبي على الجانبين النفسي والجسدي، وقد يساعد على سرعة انتكاسة المدمنين المتعافين؛ حيث يؤدي الإدمان إلى ضعف الدافعية لدى الشباب، ويؤثر سلباً على القدرات المعرفية، ويزيد من العصبية وتقلب المزاج، وخطورة التعرض للإصابات أو الوفاة (Hawkins et al., 1992). إلى جانب التأثير النفسي الناتج من الإدمان؛ فهناك الكثير من المدمنين (واحد من كل 3 مدمنين) يتعرضون لسرطان الرئة وأمراض القلب المتعلقة بإصابة الشريان التاجي (Lyvers, 1998; Blum, 1987)، ومرض الإيدز، والعنف الجسدي. وتلك الأمراض الجسدية قد تؤدي إلى مواجهة المدمن لاضطرابات في العلاقات الأسرية، وقلة الإنتاجية، وفقدان الحياة، واختراق القانون الذي يساعد على تماسك المجتمعات (Hawkins et al., 1992).

إضافة إلى ما سبق، أشارت الدراسات الاجتماعية إلى أهمية دور الأسرة والدعم الاجتماعي في حماية المدمن المتعافي من الانتكاسة والعودة إلى السلوك الإجرامي؛ فقد أكدت دراسة كوبينا (Cobbina, 2009) أهمية الاستقرار الزواجي، ومراحل النمو السليمة وتحديد الهوية الذاتية للوقاية من الانتكاسة. كما بينت دراسة كوبرن وستيوارت (Kubrin & Stewart, 2006) الدور المهم الذي يؤديه الحي والجيران والأصدقاء المحيطون بالمدمن المتعافي وعلاقة ذلك بعودته إلى الجريمة. وأكدت ذلك أيضاً نظرية عدم التنظيم الاجتماعي، التي أشارت إلى تأثير الظروف السكنية والدعم الأسري في العودة إلى الجريمة (Sampson & Laub, 2005)، ووجود فرد في العائلة – كالأب أو الأم أو أحد الإخوان – مدمن على المخدرات (Hawkins et al., 1992). هذا، بالإضافة إلى دور الأصدقاء القدامى المتعاطين للمخدرات في تشجيع المدمن المتعافي على العودة إلى الإدمان (Kubrin & Stewart, 2006).

وأشارت دراسات أخرى متعلقة بالإدمان إلى تأثير نوع المخدر الذي يتعاطاه المدمن قبل الشفاء في سرعة الانتكاسة؛ حيث أظهرت النتائج أن مدمني الكحول والماريوانا هم أقل الأشخاص انتكاسة مقارنة بدرجة الانتكاسة لدى مدمني الكوكايين والحشيش (Cobbina, 2009). وأشارت دراسات أخرى إلى تأثير بعض العوامل الاجتماعية الأخرى – كعدد مرات الاعتقال والمخاطر المرتبطة بها، والفترة الزمنية للعلاج في المؤسسة التأهيلية (Deschenes et al., 2007)، والفترة الزمنية للتعاطي (Butzin et al., 2002)، والرضا عن البرنامج العلاجي (Hiller et al., 1999) – على انتكاسة المدمنين المتعافين.

وأكدت دراسات أخرى علاقة التدين وممارسة الطقوس الدينية بمقاومة المدمن المتعافي وعدم عودته إلى التعاطي، وذلك على الرغم من عدم وجود نظرية محددة تبين العلاقة العكسية بين الإدمان والتدين (Chu, 2007). وأشارت بعض الدراسات إلى ضرورة الاهتمام بزيارة الأماكن الدينية وممارسة الطقوس الدينية منذ الطفولة لتمكين الأبناء من مواجهة خطر الإدمان والكحول (Pullen et al., 1999). فالفرد الذي يقوم بأداء العبادات وزيارة الأماكن الدينية أسبوعياً أقل استخداماً للمخدرات بأنواعها المختلفة مقارنة بالفرد الذي لا يقوم بتلك السلوكيات. كما أن الفرد الذي يعتبر الدين شيئاً مهماً في حياته تقل لديه نسبة التعرض للإدمان مقارنة بالآخرين (Regnerus & Elder, 2003; Trusty & Richard, 1999). وكشفت نتائج إحدى

الدراسات الأجنبية (Yarnold, 1999) التي أجريت على عينة من طلبة الثانوية العامة في منطقة ميامي بولاية فلوريدا أن عامل التدين مهم جداً في مقاومة الطلبة لتعاطي مخدر الكوكايين الذي يعتبر من أخطر أنواع المخدرات وأكثرها انتشاراً بين الشباب في تلك الولاية.

أهمية الدراسة:

تعتبر قضية الانتكاسة من أخطر القضايا التي أثارت في الآونة الأخيرة انتباه الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين والباحثين والمهتمين في مجال مكافحة الإدمان؛ وليس ذلك لتأثيرها البالغ على المدمن المتعافي فقط بل لتأثيرها على أسرته وإخوانه وأطفاله وجميع المحيطين به والمجتمع ككل أيضاً. وبينت دراسة رومان (Roman et al., 2003) – على سبيل المثال – أن مدمن المخدرات والمدمن المنتكس لهما تأثير سلبي على الأطفال الذين يعيشون معهما في المنزل. فالأطفال الذين لديهم أب أو أم أو أحد أفراد الأسرة ممن يتعاطى المخدرات يتعرضون لخطر الإدمان في المستقبل والانحراف السلوكي. لذا فإن دراسة الانتكاسة وتحديد الظروف الحياتية للمدمنين المتعافين المنتكسين قد تساعد على تعزيز الاستقرار الأسري والحفاظ عليهم بعيداً عن الجريمة.

كما أن دراسة الانتكاسة ستساعد على التقليل من ظهور الجريمة والأمراض والعنف الأسري والمشكلات الاجتماعية الأخرى التي تهدد المجتمع. وقد أشارت تقارير الأمم المتحدة (United Nation, 2011) إلى أن بعض المجتمعات تعاني انتشاراً واسعاً لأمراض: الإيدز والتهاب الكبد الوبائي بسبب الإدمان على المخدرات. وأشارت إحصائيات أخرى في الكويت تدل على ارتفاع نسبة الحوادث المرورية بسبب تعاطي المخدرات والخمور (عايد، 2006)، والوفيات بسبب الجرعة الزائدة (81,8% من الوفيات كويتيون) (المشعان والرجيب، 2007).

إضافة إلى ما سبق، تعتبر دراسة الانتكاسة من أهم الدراسات التي ستساعد المجتمع الكويتي على الكشف عن دوافع العودة إلى الإدمان وإمكانية وضع خطة متكاملة للتنمية البشرية والسياسية والاجتماعية، وإعادة تطوير البرامج العلاجية والتأهيلية والوقائية الخاصة بالمدمنين؛ إذ إن الدولة تنفق الملايين من الموازنة العامة على الخدمات والبرامج العلاجية لمكافحة الإدمان، ومازالت هناك نسبة كبيرة من المنتكسين والمدمنين في الكويت. والإدمان – بلا شك – يعتبر عقبة في طريق

التنمية والتخطيط للبرامج والخدمات، وفيه تهدر الطاقات البشرية والمالية والصحية والاقتصادية والسياسية. ومن ثم فالاهتمام بدراسة الانتكاسة يدخل ضمن اهتمامات جميع مؤسسات الدولة التي لابد أن تتضافر جهودها معاً من أجل علاج تلك المشكلة في إطار الخطة التنموية الشاملة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية – بصورة عامة – إلى تحديد العوامل التي تؤدي إلى عودة المدمنين المتعافين إلى الإدمان؛ حيث تسعى إلى تحديد مجموعة من العوامل التي تفترض أن لها تأثيراً على عودة المدمن المتعافي للتعاطي. ستقوم الدراسة بالكشف عن بعض العوامل الاجتماعية – كالدوافع الشخصية للالتحاق ببرنامج الرعاية اللاحقة ومدى الرضا عن البرنامج – التي تساعد على عودة المدمنين المتعافين للتعاطي ومقارنتهم بالمدمنين المتعافين. وتسعى أيضاً إلى تحديد الصعوبات التي تواجه جماعة المنتكسين بعد مرحلة العلاج والتعافي من الإدمان ومدى تأثيرها على عودتهم إلى الإدمان. وهناك عوامل أخرى حددتها الدراسة للكشف عن مدى تأثيرها على انتكاسة المدمنين المتعافين كالصحة العقلية (النفسية والجسدية) والظروف الحياتية ومصادر الدعم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية ودرجة التدين. من جانب آخر، تفترض الدراسة الحالية أن بعض المتغيرات السكانية – كالعمر، والجنس، والجنسية، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والمستوى التعليمي – لها تأثير على انتكاسة المدمنين المتعافين. وأخيراً، تعتبر هذه الدراسة من الدراسات العربية والأجنبية النادرة التي تهتم بدراسة المتغيرات السكانية والخصائص الشخصية لتعرف الأسباب الحقيقية للانتكاسة. ولاشك أن التحقق من أهداف الدراسة سيساعد على تحسين نوعية البرامج العلاجية والتأهيلية والوقائية المقدمة للمدمنين، وستعدل تلك البرامج لتستهدف فئات معينة من المنتكسين وتقدم خدمات تناسب احتياجات كل فئة من الفئات.

منهجية الدراسة:

استخدم المنهج الوصفي للكشف عن مدى تأثير بعض المتغيرات السكانية والعوامل الاجتماعية والنفسية والدينية على ظهور الانتكاسة. وسيحدد ذلك من خلال التحليل الوصفي للمتغيرات لدى جماعة المدمنين المتعافين المنتكسين ومقارنتها بجماعة المدمنين المتعافين.

المجتمع وعينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة ما يقارب 171 فرداً ممن لديهم خبرات سابقة في تعاطي المخدرات. تضم العينة جماعة الأفراد المنتكسين الذين عادوا إلى الإدمان بعد الشفاء (العدد=89)، وجماعة الأفراد المتعافين من الإدمان (العدد=82). وقد اختير جميع أفراد العينة من المراجعين في مراكز علاج الإدمان الحكومية والخيرية، وهي مستشفى الطب النفسي (العدد=86)، وقسم الرعاية اللاحقة (العدد=35)، ولجنة بشاير الخير (العدد=50). واختيرت هذه العينة من المراجعين لتلك المراكز (عددهم=371) في الفترة الزمنية من شهر مارس إلى مايو من عام 2012م.

راوحت أعمار أفراد العينة بين 17 و59 عاماً (بمتوسط بلغ 36 سنة وانحراف معياري بلغ 8,92). وهناك ما يعادل 74,9% من الكويتيين (العدد=128) و25,1% من غير الكويتيين (العدد=43)، وجميع أفراد العينة من الذكور. من مجموع أفراد العينة، هناك نحو 32,7% من غير المتزوجين (العدد=56)، و48,5% من المتزوجين (العدد=83)، و5,3% من المنفصلين (العدد=9)، و 12,3% من المطلقين (العدد 21)، و1,2% من الأرامل (العدد=2). كما أن 45% من أفراد العينة ليس لديهم أبناء (العدد=77)، و 33,3% لديهم أبناء عددهم 3 أو أقل (العدد= 57)، و 21,6% لديهم 4 أبناء أو أكثر (العدد=37). وقد بلغ المتوسط الحسابي لعدد الأبناء 1,8 وانحراف معياري 2,186.

إضافة إلى ذلك، فإن 14,7% من أفراد العينة من غير المتعلمين (العدد=8)، و40,9% ممن لديهم المرحلة المتوسطة أو أقل (العدد=70)، و 32,7% ممن لديهم المرحلة الثانوية العامة (العدد=56)، و 21,6% ممن لديهم البكالوريس أو أكثر (العدد=37) (بمتوسط بلغ 1,7 وانحراف معياري بلغ 0,857). كما أن 33,3% من أفراد العينة ليس لديهم دخل شهري (العدد=57)، و35,1 % لديهم دخل شهري بلغ 700 دينار كويتي أو أقل (العدد=60)، و 31,6% لديهم دخل شهري بلغ 701 دينار كويتي أو أكثر (العدد=54). أما بالنسبة إلى السكن، فهناك ما يبلغ 60,2% من أفراد العينة يعيشون مع الأهل (العدد=103)، و 39,8% يعيشون في سكن مستقل (العدد=86).

أدوات الدراسة:

أولاً – استبانة المتغيرات السكانية:

أعدت استبانة تضم المتغيرات السكانية، كالجنس والعمر والجنسية والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والمستوى التعليمي (غير متعلم، يقرأ ويكتب، ابتدائي، متوسط، ثانوي، دبلوم أو جامعي، دراسات عليا وما فوق) والدخل الشهري (لا يوجد، 400 دينار أو أقل، 401–700 دينار، 701–1000 دينار، 1001–1300 دينار، 1300–1600 دينار، 1601–1900 دينار، 1901 وما فوق)، ونوع المؤسسة التي التحق بها للحصول على العلاج (مستشفى الطب النفسي، قسم الرعاية اللاحقة، لجنة بشاير الخير، برنامج زمالة المدمن المجهول، برنامج المريض المتعافى، عيادات خاصة، أخرى)، والفترة الزمنية التي استغرقت في العلاج من الإدمان؟

ثانياً – مقياس الانتكاسة:

قامت الباحثة بإعداد مجموعة من المتغيرات لقياس العوامل التي تؤدي إلى الانتكاسة، وقد أعدت لتناسب الظاهرة المدروسة ومجتمع الدراسة الحالية. وقد اختيرت هذه المتغيرات بناء على ما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج أشارت إلى أهمية بعض العوامل في زيادة نسبة المنتكسين في المجتمع (على سبيل المثال: دراسات كل من Fiorentine, 1999; Spohn, et al., 2001). كما أن تلك المتغيرات تهدف – بصورة عامة – إلى قياس العوامل التي تساعد على عودة المدمنين المتعافين إلى تعاطي المخدرات بعد الشفاء، وذلك من خلال تحديد وجهات نظرهم نحو ذلك. وقد قسم المقياس إلى ثمانية أبعاد، ويحتوي المقياس بأبعاده الثمانية على 33 سؤالاً كمؤشرات قياسية، ويمكن تحديد تلك الأبعاد في الآتي:

البعد الأول – الدوافع الشخصية: أعدت مجموعة من الأسئلة لتحديد العوامل الذاتية التي دفعت مدمن المخدرات للالتحاق بالبرنامج العلاجي ومدى رغبته في البدء والاستمرار في العلاج. ويضم هذا البعد 3 أسئلة أساسية، هي: (1) لماذا توجهت للمؤسسة للحصول على العلاج (تنفيذ حكم قضائي، الخوف من الحبس أو السجن في حالة القبض علي، الرغبة في التوبة إلى الله، الإصابة بالأمراض الجسدية، الإصابة بالأمراض النفسية، سوء العلاقات مع الأسرة والأهل، عدم توافر المال لشراء المخدرات، عدم تقبل الآخرين لي، أسباب أخرى)، ويمكن للمفحوص اختيار إجابة واحدة أو أكثر، (2) كيف كانت رغبتك الشخصية في البدء بالعلاج؟

(قوية جداً، قوية، قوية إلى حد ما، ضعيفة، لم تكن لدي الرغبة في العلاج أبداً)، و(3) بعد البدء بالعلاج، كيف كانت رغبتك في الاستمرار بالعلاج والشفاء التام؟ (قوية جداً، قوية، قوية إلى حد ما، ضعيفة، لم تكن لدي الرغبة في العلاج أبداً). يعطى لكل من السؤالين الأول والثاني درجة وفقاً لإجابة المفحوص، وتعطى الدرجة (5) لقوية جداً، أو (4) قوية، أو (3) قوية إلى حد ما، أو (2) ضعيفة، أو (1) أبداً.

البعد الثاني – الرضا عن البرنامج العلاجي: يهدف هذا البعد إلى تحديد درجة رضا المنتكسين عن البرنامج العلاجي الذي حصلوا عليه خلال فترة التوقف عن تعاطي المخدرات. ويضم البعد سؤالين فقط، هما: (1) هل أنت راض عن المدة الزمنية التي استغرقتها في العلاج من الإدمان؟ و (2) هل أنت راض عن البرنامج العلاجي الذي تلقيته من المؤسسة وهل هو نافع في توقفك عن التعاطي؟ يعطى لكل سؤال درجة وفقاً لإجابة المفحوص. وتعطى الدرجة (5) لراض جداً، أو (4) راض، أو (3) راض إلى حد ما، أو (2) غير راض، أو (1) غير راض بشدة.

البعد الثالث – الصعوبات في مرحلة ما بعد العلاج: يهدف هذا البعد إلى تحديد الصعوبات التي تواجه المنتكسين بعد الانتهاء من العلاج. وهذا البعد هوسؤال واحد فقط، يوجه للمفحوص، وهو: ما الصعوبات التي واجهتك بعد الانتهاء من العلاج والشفاء التام؟ (عدم القدرة على المقاومة والرغبة الشديدة في العودة للمخدر، مشاعر القلق أو الغضب المستمر، النظرة السلبية من الآخرين لي بعد الشفاء، عدم توافر المال الكافي لتلبية احتياجاتي الأساسية، استمرار أصدقائي القدامى المتعاطين في الاتصال بي وإقناعي للعودة إليهم، قوانين المجتمع المتشددة ضد المتعافين من الإدمان، عدم وجود متابعة من المؤسسة بعد انتهائي من العلاج، صعوبات أخرى). ويمكن للمفحوص اختيار إجابة واحدة أو أكثر وفقاً للخبرات السلبية التي تعرض لها.

البعد الرابع – الصحة العقلية: يهدف هذا البعد إلى الكشف عن الأمراض الجسدية والنفسية التي يعانيها المنتكسون. ويضم المقياس جانبين، هما: الصحة الجسدية والصحة النفسية. وقد قيسا من خلال 3 أسئلة هي: (1) هل تعاني حالياً أمراضاً جسدية؟ (نعم، لا، إذا نعم يرجى تحديد نوع المرض)، (2) هل تعاني في الوقت الحالي الأعراض التالية: القلق، الضغط النفسي، الحزن الشديد، تقلب المزاج، الخيالات والأوهام، العزلة والشعور بالوحدة، الرغبة في الانتحار، اضطراب النوم،

انعدام شهية الأكل، البرود الجنسي، أخرى (يمكن اختيار أكثر من إجابة)، (3) كم مرة حاولت فيها الانتحار؟ (لم أحاول الانتحار أبداً، حاولت الانتحار مرة واحدة، حاولت الانتحار أكثرة من مرة)، ويعطى المفحوص الدرجة (3) لمحاولة الانتحار أكثر من مرة، و (2) حاولت الانتحار لمرة واحدة، و (1) لم أحاول الانتحار أبداً.

البعد الخامس – العلاقات الاجتماعية: يهدف هذا البعد إلى قياس طبيعة العلاقات الاجتماعية بين مجموعة المنتكسين وأصدقائهم القدامى المتعاطين للمخدرات وأصدقائهم الجدد غير المتعاطين، وتحديد أنواع الصداقات الأخرى لديهم كأصدقاء المسجد أو المؤسسات الدينية، وطبيعة علاقاتهم بأفراد الأسرة. وتمثلت الأسئلة في الآتي: (1) هل لديك أصدقاء يتعاطون المخدرات (نعم، أو لا)، (2) هل لديك أصدقاء غير متعاطين للمخدرات (نعم، أو لا)، (3) هل لديك أصدقاء من المسجد أو المؤسسات الدينية (نعم، أو لا)، (4) صف علاقتك مع أفراد أسرتك بصورة عامة، ويعطى المفحوص الدرجة (5) لجيدة جداً، و (4) جيدة، و (3) جيدة إلى حد ما، و (2) سيئة، و (1) سيئة جداً.

البعد السادس – الدعم الاجتماعي: يهدف هذا البعد إلى تحديد دور أفراد الأسرة والأصدقاء في تشجيع المدمن المتعافي على العودة إلى الإدمان بعد الشفاء. ويضم البعد 4 أسئلة، هي: (1) نوع السكن (مستقل، مع الأهل، مع الأصدقاء، أخرى)، (2) هل الدخل الذي تحصل عليه مناسب لتلبية احتياجاتك واحتياجات أسرتك؟ (غير مناسب، مناسب قليلاً، مناسب إلى حد ما، مناسب، مناسب جداً). ويعطى المفحوص الدرجة من 0 (غير مناسب) إلى 4 (مناسب جداً)، (3) هل يعاني أحد أفراد أسرتك (الأم أو الأب أو أحد الإخوان أو الأخوات إلخ) تعاطياً للمخدرات؟ (لا، أو نعم، وفي حال الإجابة بنعم، ما صلة القرابة؟)، (4) هل تحصل على دعم وتشجيع من أفراد أسرتك أو أصدقائك للتوقف عن تعاطي المخدرات؟ ويعطى المفحوص الدرجة (4) لتقدير كثيراً جداً، و (4) كثيراً، و (3) إلى حد ما، و(2) قليلاً، و (1) أبداً.

البعد السابع – الظروف الحياتية: في هذا البعد يكشف عن العوامل البيئية المحيطة بالفرد، والتي قد تساعد على انتكاسة المدمن المتعافي. ويضم هذا البعد 5 أسئلة رئيسة، تمثلت في الآتي: (1) بصورة عامة، كم مرة تسافر في السنة؟ (لا أسافر أبداً، أسافر مرة واحدة فقط، أسافر مرتين أو أكثر، أسافر مرة واحدة كل

سنتين أو أكثر)، (2) متى بدأت أول مرة في تعاطي المخدرات؟ (من سنة أو أقل، 2–4 سنوات، 5 سنوات أو أكثر)، (3) ما نوع المخدر الذي كنت تتعاطاه في السابق؛ أي قبل فترة العلاج؟ ويمكن للمفحوص اختيار أكثر من إجابة (الكوكايين، الهيروين، الحشيش أو الأفيون، الماريوانا، أخرى)، (4) متى بدأت بالعودة إلى تعاطي المخدرات بعد التوبة والعلاج؟ (لم أتعاط أبداً بعد الشفاء، منذ سنة أو أقل، منذ سنتين–4 سنوات، و منذ 5 سنوات أو أكثر)، (5) كم مرة اعتقلت بتهمة تعاطي المخدرات (أبداً، مرة واحدة، 2–4 مرات، 5 مرات أو أكثر).

البعد الثامن – التدين: يهدف هذا البعد إلى تحديد درجة التدين أو الالتزام الديني لدى المنتكسين. ويقاس ذلك من خلال اختيار المفحوص لدرجة واحدة فقط، تراوح من 0 (غير متدين أبداً) إلى 10 (متدين بشدة)، وذلك كما يراه مناسباً لوصف درجة تدينه.

خطوات بناء المقياس:

الخطوة الأولى – تحديد العوامل أو المتغيرات:

وضع تعريف إجرائي للانتكاسة لتساعدنا على تحديد الأبعاد والمؤشرات الدالة على العوامل التي يمكن أن تؤثر في عودة المدمن المتعافي إلى تعاطي المخدرات. وهذه العوامل قد لا نلاحظ تأثيراتها مباشرة على المدمن المتعافي ولكن نستنتجها من خلال ردود فعله وعودته مرة أخرى للتعاطي بعد الشفاء. والتعريف المستخدم للانتكاسة هو "عودة مدمن المخدرات للإدمان في أثناء الالتحاق بالبرنامج العلاجي أو بعد شفائه بمدة زمنية، قدرها شهر أو أكثر".

واستناداً إلى التعريف السابق، حددت العوامل التي قد تؤثر على انتكاسة المدمن المتعافي لتركز على عدة مصادر أساسية، هي: الدوافع الشخصية، والرضا عن البرنامج العلاجي، والصعوبات التي تواجه المدمن المتعافي بعد مرحلة العلاج، والصحة العقلية (الجسدية والنفسية)، والدعم الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية، والظروف الحياتية، ودرجة التدين أو الالتزام الديني. وقد وضع تعريف إجرائي لكل عامل على حدة في الفقرات السابقة المتعلقة بوصف الأبعاد.

الخطوة الثانية – كتابة فقرات الأبعاد وقياس الثبات والصدق:

استعين بالنظريات والدراسات السابقة في مجال الإدمان لتحديد العوامل المختلفة التي تؤثر في المدمن المتعافي للعودة إلى التعاطي، واستخدامها في وضع

مفردات الأبعاد. وقد عرضت المفردات على أعضاء هيئة التدريس في قسم الخدمة الاجتماعية بجامعة الكويت للتحقق من صدق المفردات في قياس العوامل التي تساعد على انتكاسة المدمن المتعافي. وأشارت نتائج ثلاثة من المحكمين إلى تطابق جميع المفردات لقياس العوامل المختلفة. وتحقق من ثبات المقياس في الدراسة الحالية بتطبيق إعادة الاختبار (Test Re-Test) على عينة، قدرها 20 من مجموعة المدمنين المتعافين المنتكسين، و20 من مجموعة المتعافين المدمنين. وبحساب تطبيق إعادة الاختبار اتضح أن درجة الثبات تعادل 0,78؛ الأمر الذي يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الثبات.

الاختلافات في المتغيرات السكانية لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين:

بينت النتائج أنه لا توجد اختلافات في المستويات العمرية بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ حيث بلغ عدد الأفراد الذين تقع أعمارهم بين 17–29 عاماً ما يقارب 18% لدى مجموعة المنتكسين مقابل 31,7% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، وبلغ عدد الأفراد الذين تقع أعمارهم في الثلاثينيات 41,2% لدى مجموعة المنتكسين مقابل 40,2% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، والأفراد الذين تقع أعمارهم في الأربعينيات بلغ عددهم 30,3% لدى مجموعة المنتكسين مقابل 19,5% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، وبلغ العدد في عمر الخمسينيات 10,1% فرد لدى مجموعة المنتكسين مقابل 8,5% فرد لدى مجموعة المدمنين المتعافين. وقد أشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في النسب المئوية سابقة الذكر (كا2=5,396، الدلالة المشاهدة= 0,145).

كما أشارت النتائج إلى أنه لا توجد اختلافات في الجنسية (كويتي أو غير كويتي) بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ فهناك ما يقارب 74,2% كويتي و 25,8% غير كويتي لدى مجموعة المنتكسين، مقابل 75,6% كويتي و 24,4% غير كويتي لدى مجموعة المدمنين المتعافين. وبينت النتائج أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً في النسب المئوية سابقة الذكر (كا2=0,048، الدلالة المشاهدة= 0,827). بالنسبة إلى الحالة الاجتماعية؛ إذ بينت النتائج أنه لا توجد اختلافات بين المجموعتين في هذا المتغير؛ فهناك ما يقارب 29,2% أعزب لدى مجموعة المنتكسين مقابل 36,6% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و 50,6%

متزوج لدى مجموعة المنتكسين مقابل 46,3% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و4,5% منفصل لدى مجموعة المنتكسين مقابل 6,1% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و13,5% مطلق لدى مجموعة المنتكسين مقابل 11% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و2,2% أرمل لدى مجموعة المنتكسين مقابل 0% لدى مجموعة المدمنين المتعافين. وأكدت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الحالة الاجتماعية لدى المجموعتين (كا2=3,134، الدلالة المشاهدة= 0,536). إضافة إلى ذلك، بينت النتائج أنه لا توجد اختلافات في عدد الأبناء لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين. فهناك ما يقارب 43,8% فرد لدى مجموعة المنتكسين ليس لديهم أبناء مقابل 46,3% فرد لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و 33,7% ممن لديهم 3 أبناء أو أقل لدى مجموعة المنتكسين مقابل 32,9% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و22,5% ممن لديهم 4 أبناء أو أكثر لدى مجموعة المنتكسين مقابل 20,7% لدى مجموعة المتعافين. وأكدت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في متغير عدد الأبناء (كا2=0,128، الدلالة المشاهدة= 0,938).

فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، بينت النتائج أنه لا توجد اختلافات في المستويات التعليمية لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ فهناك ما يقارب 6,7% غير متعلم لدى مجموعة المنتكسين، مقابل 2,4% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و 37,1% ممن لديهم تعليم متوسط أو أقل لدى مجموعة المنتكسين، مقابل 45,1% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و 28,1% ممن لديهم تعليم ثانوي لدى مجموعة المنتكسين مقابل 37,8% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، و 28,1% ممن لديهم بكالوريس أو أعلى لدى مجموعة المنتكسين مقابل 14,6% لدى مجموعة المدمنين المتعافين. وأشار التحليل الإحصائي إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في متغير المستوى التعليمي (كا2=7,164، الدلالة المشاهدة= 0,067).

بينت النتائج أيضاً عدم وجود اختلافات في الدخل الشهري لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ فقد بلغ عدد الأفراد الذين ليس لديهم دخل شهري 27% لدى مجموعة المنتكسين، مقابل 40% لدى مجموعة المدمنين المتعافين، وبلغ عدد الأفراد الذين لديهم دخل شهري 700 دينار كويتي أو أقل ما يقارب 34,8% لدى مجموعة المنتكسين، مقابل 35,4% لدى مجموعة المدمنين

المتعافين، والذين لديهم دخل شهري 701 دينار كويتي أو أكثر بلغ 38,2% فرد لدى مجموعة المنتكسين مقابل 24,4% لدى مجموعة المدمنين المتعافين. وأكد التحليل الإحصائي عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في متغير الدخل الشهري (كا2=4,839، الدلالة المشاهدة= 0,089).

بصورة عامة، تشير النتائج السابقة إلى عدم وجود اختلافات بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين في المتغيرات السكانية؛ فهم يتشابهون إلى حد ما في الخصائص المتعلقة بالعمر والجنسية والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والمستوى التعليمي و الدخل الشهري. وهذه النتيجة تشير إلى أن المتغيرات السكانية ليس لها تأثير في انتكاسة المدمنين المتعافين.

نتائج الدراسة:

أولاً – هل هناك اختلافات في الدوافع الشخصية للالتحاق بالبرنامج العلاجي لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين؟ سيحدد ذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

ما أسباب الالتحاق بالبرنامج العلاجي؟

بينت النتائج أن هناك اختلافات دالة إحصائياً عند مستويات 0,05 و 0,001 في الدوافع الشخصية لتلقي العلاج من الإدمان بين مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين. وقد أشارت النتائج إلى أن أكثر من 44,9% من أفراد مجموعة المنتكسين كان الدافع الشخصي لهم للحصول على العلاج من الإدمان هو تنفيذ حكم قضائي بعد القبض عليهم بتهمة تعاطي المخدرات، مقابل 28% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=5,235، الدلالة المشاهدة= 0,022)، و37,1% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم الرغبة في التوبة إلى الله، مقابل 62,2% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=10,773، الدلالة المشاهدة= 0,001)، و16,9% من أفراد مجموعة المنتكسين كان لديهم الشعور بالخوف من الحبس أو السجن في حال القبض عليهم، مقابل 30,5% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=4,427، الدلالة المشاهدة= 0,035). ولمزيد من التوضيح، عرضت نتائج التحليل الإحصائي كا2 والنسب المئوية الخاصة بمجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين في الدوافع الشخصية للحصول على العلاج من الإدمان وذلك في جدول (1).

جدول (1)
النسب المئوية وكا2 للاختلافات في الدوافع الشخصية للحصول على العلاج من الإدمان لدى مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين

الدافع الشخصي	مجموعة المنتكسين (العدد=89) %		مجموعة المدمنين المتعافين (العدد=82) %		كا^2	الدلالة المشاهدة
	نعم	لا	نعم	لا		
تنفيذ حكم قضائي	44,9	55,1	28	72	5,235	٭0,022
الخوف من الحبس	16,9	83,1	30,5	69,5	4,427	٭0,035
الرغبة في التوبة إلى الله	37,1	62,9	62,2	37,8	10,773	٭٭٭0,001
الإصابة بالأمراض الجسدية	5,6	94,4	2,4	97,6	1,099	0,295
الإصابة بالأمراض النفسية	14,6	85,4	9,8	90,2	0,932	0,334
سوء العلاقات مع الأسرة والأهل	31,5	68,5	24,4	75,6	1,057	0,304
عدم توافر المال لشراء المخدرات	5,6	94,4	2,4	97,6	1,099	0,295
عدم تقبل الآخرين لي	15,7	84,3	14,6	85,4	0,040	0,842

ملاحظة. العدد الكلي للعينة 171.

كيف كانت الرغبة الشخصية عند البدء في العلاج من الإدمان؟

أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلافات دالة إحصائياً بين مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين في الرغبة الشخصية في البدء بالعلاج (كا2=2,669، الدلالة المشاهدة= 0,263). ولكن بصورة عامة، بينت النتائج أن هناك 67,4% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم رغبة قوية جداً في البدء بالعلاج، مقابل 58,5% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و 14,6% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم إلى حد ما رغبة في البدء بالعلاج، مقابل 24,4% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و 18% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم رغبة ضعيفة أو عدم الرغبة في البدء بالعلاج، مقابل 17,1% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين.

كيف كانت الرغبة الشخصية في الاستمرار بالعلاج والشفاء التام؟

أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلافات دالة إحصائياً بين مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين في الرغبة الشخصية في الاستمرار بالعلاج والشفاء التام (كا2=5,158، الدلالة المشاهدة= 0,076). ولكن بصورة عامة، بينت النتائج أن هناك 60,7% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم رغبة قوية جداً في الاستمرار بالعلاج، مقابل 68,3% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و25,8% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم إلى حد ما رغبة في الاستمرار بالعلاج، مقابل 28% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و 13,5% من أفراد مجموعة المنتكسين كانت لديهم رغبة ضعيفة أو عدم الرغبة في الاستمرار بالعلاج مقابل 3,7% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين.

ثانياً – هل هناك اختلافات في الرضا عن البرنامج العلاجي لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين؟ سيحدد ذلك من خلال الأسئلة التالية:

ما الفترة الزمنية التي استغرقت في العلاج من الإدمان؟

أشارت النتائج إلى أن هناك اختلافات دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين في الفترة الزمنية التي استغرقها أفراد المجموعتين في العلاج (كا2=8,396، الدلالة المشاهدة= 0,015). فقد تبين أن هناك ما يقارب 39,3% من أفراد مجموعة المنتكسين استغرقت فترة علاجهم شهراً أو أقل، مقابل 22% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و23,6% من المنتكسين استغرقت فترة علاجهم من شهرين إلى 4 أشهر، مقابل 41,5% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و 37,1% من المنتكسين استغرقت فترة علاجهم 5 أشهر أو أكثر، مقابل 36,6% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين.

ما مدى الرضا عن الفترة الزمنية التي استغرقت في العلاج من الإدمان؟

أشارت النتائج إلى أن هناك اختلافات دالة إحصائياً عند مستوى 0,0001 بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين في الرضا عن الفترة الزمنية التي استغرقها أفراد المجموعتين في العلاج (كا2=23,882، الدلالة المشاهدة= 0,000)؛ فقد تبين أن 40,4% من أفراد مجموعة المنتكسين غير راضين عن المدة الزمنية التي استغرقت في علاجهم من الإدمان، مقابل 8,5% من أفراد مجموعة

المدمنين المتعافين، و 27% من أفراد مجموعة المنتكسين راضون إلى حد ما عن الفترة الزمنية للعلاج، مقابل 34,1% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و32,6% من أفراد مجموعة المنتكسين راضون عن المدة الزمنية للعلاج، مقابل 57,3% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين.

ما مدى الرضا عن البرنامج العلاجي ومدى فعاليته في التوقف عن التعاطي؟

بينت النتائج أن هناك اختلافات دالة إحصائياً عند مستوى 0,0001 بين مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين في مدى رضاهم عن البرنامج العلاجي وفعاليته في توقفهم عن التعاطي (كا2=30,228، الدلالة المشاهدة= 0,000). واتضح أن هناك نسبة كبيرة من المنتكسين غير راضين تماماً (32,6%) أو راضون إلى حد ما (38,2%) عن البرنامج العلاجي، في حين أن هناك نسبة قليلة من المدمنين المتعافين غير راضين (4,9%) أو راضون إلى حد ما (29,3%) عن البرنامج العلاجي الذي ساعدهم على التوقف عن الإدمان. كما تبين أيضاً أن نسبة قليلة من المنتكسين راضون عن البرنامج العلاجي الذي حصلوا عليه للتوقف عن الإدمان (29,2%)، في حين أن هناك نسبة كبيرة جداً من المدمنين المتعافين كانوا راضين عن البرنامج العلاجي (65,9%).

ثالثاً – هل هناك اختلافات بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين في الصعوبات التي واجهتهم في مرحلة ما بعد العلاج؟

تتعلق البيانات في هذا الجزء بالصعوبات التي واجهت أفراد مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين بعد الانتهاء من العلاج. أشارت النتائج إلى أن هناك اختلافات دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 و 0,001 و 0,0001 بين المجموعتين في الصعوبات التي واجهتهم بعد العلاج. يبين جدول (2) النسب المئوية وكا2 للاختلافات بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين في الصعوبات التي واجهتهم بعد العلاج.

تشير النتائج المبينة في جدول (2) إلى أن 44,9% من أفراد مجموعة المنتكسين واجهوا صعوبات متعلقة بعدم القدرة على المقاومة والرغبة الشديدة في العودة إلى المخدر بعد الانتهاء من مرحلة العلاج، في حين أن نسبة قليلة بلغت نحو 17,1% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين واجهت هذه الصعوبة (كا2=15,343،

الدلالة المشاهدة= 0,000). اتضح أيضاً أن هناك ما يقارب 30,3% من أفراد مجموعة المنتكسين واجهوا صعوبات متعلقة بنظرة الآخرين السلبية لهم بعد الشفاء، في حين أن نسبة كبيرة بلغت 54,9% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين واجهوا هذه الصعوبات بعد الشفاء (كا2=10,544، الدلالة المشاهدة= 0,001). ويتضح من الجدول أيضاً أن نسبة قليلة جداً بلغت 16,9% من المنتكسين واجهوا صعوبات متعلقة بتشدد قوانين المجتمع ضدهم بعد الشفاء، في حين أن 37,8% من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين واجهوا هذه الصعوبة بشكل أكبر (كا2=9,527، الدلالة المشاهدة= 0,002). ومن ثم يتضح لنا أن عدم القدرة على المقاومة والرغبة الشديدة في العودة إلى التعاطي من أشد الصعوبات التي واجهت المنتكسين بعد شفائهم مقارنة بالصعوبات التي واجهت أفراد مجموعة المدمنين المتعافين.

جدول (2)
النسب المئوية وكا2 للاختلافات في الصعوبات التي واجهت مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين

الصعوبات	مجموعة المنتكسين %		مجموعة المدمنين المتعافين %		كا2	الدلالة المشاهدة
	نعم	لا	نعم	لا		
عدم القدرة على المقاومة	44,9	55,1	17,1	82,9	15,343	0,000****
مشاعر القلق أو الغضب المستمر	32,6	67,4	30,5	69,5	0,087	0,768
نظرة الآخرين السلبية	30,3	69,7	54,9	45,1	10,544	0,001***
عدم توافر المال لتلبية احتياجاتي	12,4	87,6	23,2	76,8	3,448	0,063
اتصال الأصدقاء القدامى بي للعودة لهم	32,6	67,4	22	78	2,421	0,120
قوانين المجتمع المتشددة ضد المتعافي	16,9	83,1	37,8	62,2	9,527	0,002**
عدم وجود متابعة من المؤسسة بعد العلاج	11,2	88,8	3,7	96,3	3,489	0,062

رابعاً – هل هناك اختلافات في الصحة العقلية لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين؟ سيحدد ذلك من خلال الأسئلة التالية:

ما مدى الإصابة بالأمراض الجسدية؟

تتعلق النتائج في هذا الجزء بتحديد الأمراض الجسدية التي يعانيها الأفراد لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين. وقد أشار التحليل الإحصائي كا2 إلى عدم وجود فروق دالة في الأمراض الجسدية سواء لدى مجموعة المنتكسين أو مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=1,405، الدلالة المشاهدة= 0,236). وقد بينت النتائج أن هناك نسبة قليلة بلغت 20,2% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين يعانون الأمراض الجسدية مقابل 13,4% من الأفراد لدى مجموعة المدمنين المتعافين. يمكننا القول هنا: إن الأفراد في كلتا المجموعتين لا يعانون أمراضاً جسدية يمكن أن تؤثر في الانتكاسة.

ما مدى الإصابة بالأمراض النفسية؟

يتعلق هذا الجزء من النتائج بالأمراض النفسية التي يعانيها الأفراد لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين. وقد أشار التحليل الإحصائي كا2 إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 و 0,001 و 0,0001 بين المجموعتين في الأنواع المختلفة للأمراض النفسية. يبين جدول (3) التحليل الإحصائي كا2 والنسب المتعلقة بالأمراض النفسية التي يعانيها الأفراد لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين.

يتضح من جدول (3) أن أهم الاختلافات في الأمراض النفسية التي يعانيها الأفراد لدى مجموعة المنتكسين مقارنة بالأفراد لدى مجموعة المدمنين المتعافين هي الأمراض المتعلقة بالضغط النفسي (كا2=14,005، الدلالة المشاهدة= 0,000)، وتقلب المزاج (كا2=8,340، الدلالة المشاهدة= 0,004)، واضطرابات النوم (كا2=11,272، الدلالة المشاهدة= 0,001). وقد بينت النسب المئوية أن 55,1% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين يعانون مرض الضغط النفسي، مقابل 26,8% من الأفراد لدى مجموعة المدمنين المتعافين. كما تبين أيضاً أن 42,7% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين يعانون تقلب المزاج، مقابل 22% من الأفراد لدى مجموعة المدمنين المتعافين. وبلغت اضطرابات النوم ما يقارب 40,4% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين، مقابل 17,1% من الأفراد لدى مجموعة المدمنين المتعافين.

جدول (3)
كا2 والنسب المئوية للاختلافات في الأمراض النفسية بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين

الأمراض النفسية	مجموعة المنتكسين %		مجموعة المدمنين المتعافين %		كا2	الدلالة المشاهدة
	نعم	لا	نعم	لا		
القلق	32,6	67,4	20,7	79,3	3,049	0,081
الضغط النفسي	55,1	44,9	26,8	73,2	14,005	0,000****
الحزن الشديد	14,6	85,4	15,9	84,1	0,051	0,821
تقلب المزاج	42,7	57,3	22	78	8,340	0,004**
الخيالات والأوهام	2,2	97,8	1,2	98,8	0,262	0,609
العزلة والشعور بالوحدة	5,6	94,4	8,5	91,5	0,557	0,455
الرغبة في الانتحار	3,4	96,6	1,2	98,8	0,865	0,352
اضطرابات النوم	40,4	59,6	17,1	82,9	11,272	0,001***
انعدام شهية الأكل	19,1	80,9	9,8	90,2	2,986	0,084
البرود الجنسي	1,1	98,9	6,1	93,9	3,119	0,077

ما عدد مرات محاولات الانتحار؟

يهتم هذا الجزء من النتائج بالكشف عن عدد مرات محاولات الانتحار لدى أفراد مجموعة المنتكسين مقارنة بأفراد مجموعة المدمنين المتعافين؛ وذلك للتحقق من نتائج الأمراض النفسية التي يعانونها. بين التحليل الإحصائي كا2 أن هناك فروقاً دالة بين المجموعتين في عدد محاولات الانتحار (كا2=7,317، الدلالة المشاهدة= 0,007). وبينت نتائج النسب المئوية أن هناك ما يقارب 20,2% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر، في حين بلغت النسبة المئوية ما يقارب 6,1% من الأفراد لدى مجموعة المدمنين المتعافين. يمكننا أن نستخلص من هذه النتيجة أن هناك نسبة متوسطة من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين حاولوا الانتحار مرة أو أكثر، ويعتبر ذلك مؤشراً لوجود حالة من اليأس والاكتئاب لدى هؤلاء الأفراد والرغبة في التخلص من حياتهم.

خامساً – هل هناك اختلافات في العلاقات الاجتماعية لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين ؟ سيحدد ذلك من خلال الأسئلة التالية:

هل لديك أصدقاء يتعاطون المخدرات؟

كشف التحليل الإحصائي كا2 أن هناك فروقاً دالة عند مستوى 0,001 في العلاقة مع الأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ فقد أشارت النتائج إلى أن نسبة كبيرة بلغت 86,5% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين على علاقة مع أصدقائهم القدامى الذين يتعاطون المخدرات، في حين بلغ العدد ما يقارب 64,6% لدى مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=11,212، الدلالة المشاهدة= 0,001). يمكننا القول هنا إن العلاقة مع أصدقاء يتعاطون المخدرات لها تأثير سلبي في عودة المدمن المتعافي للتعاطي.

هل لديك أصدقاء غير متعاطين للمخدرات؟

كشف التحليل الإحصائي كا2 أن هناك فروقاً دالة عند مستوى 0,01 في العلاقة مع الأصدقاء غير المتعاطين للمخدرات بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ فقد أشارت النتائج إلى أن نسبة كبيرة بلغت 86,5% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين على علاقة مع أصدقاء غير متعاطين للمخدرات، في حين كانت النسبة أكبر، وهي نحو 98,8% فرد لدى مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=9,138، الدلالة المشاهدة= 0,003). وتشير هذه النتيجة إلى أهمية توطيد العلاقة بين المدمن المتعافي والأصدقاء غير المتعاطين للمخدرات لضمان عدم الانتكاسة بعد الشفاء.

هل لديك أصدقاء من المسجد أو المؤسسات الدينية؟

كشف التحليل الإحصائي كا2 أن هناك فروقاً دالة عند مستوى 0,001 في العلاقة مع أصدقاء المسجد أو المؤسسات الدينية بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين؛ فقد أشارت النتائج إلى أن نسبة كبيرة بلغت 65,2% من الأفراد لدى مجموعة المنتكسين على علاقة مع أصدقاء في المسجد أو المؤسسات الدينية، في حين كانت النسبة أكبر – نحو 86,6% فرد – لدى مجموعة المدمنين المتعافين (كا2=10,565، الدلالة المشاهدة= 0,001). يتضح من هذه النتيجة أهمية دور أصدقاء المسجد والمؤسسات الدينية أو رجال الدين في عدم انتكاسة المدمن المتعافي.

كيف تصف علاقتك مع أفراد الأسرة بصورة عامة؟

بينت النتائج أن أغلب أفراد مجموعة المنتكسين لديهم علاقة جيدة مع أفراد أسرهم، وقد بلغت نحو 73% من أفراد المجموعة، وكانت النسبة أكبر لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين؛ إذ بلغت نحو 82,9%. وعلى الرغم من ذلك، فقد أشار التحليل الإحصائي كا2 إلى عدم وجود الفروق الدالة في النسب السابقة بين المجموعتين (كا2= 5,277، الدلالة المشاهدة= 0,071).

سادساً – هل هناك اختلافات في مصادر الدعم الاجتماعي لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين ؟ سيحدد ذلك من خلال الأسئلة التالية:

ما نوع السكن الذي تعيش فيه؟

بين التحليل الإحصائي كا2 أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين في السكن الخاص بهم (كا2=0,189، الدلالة المشاهدة= 0,663)؛ حيث إن 38,2% من أفراد مجموعة المنتكسين لديهم سكن مستقل، و61,8% لديهم سكن مع الأهل، في حين هناك ما يقارب 41,5% من أفراد عينة المدمنين المتعافين لديهم سكن مستقل، ونحو 58,5% لديهم سكن مع الأهل. تشير هذه النتيجة إلى أن وجود الأفراد المدمنين المتعافين في سكن مع الأهل أو مستقل ليس له تأثير في الانتكاسة أو العودة إلى الإدمان.

هل الدخل الشهري الذي تحصل عليه مناسب لتلبية احتياجاتك أو احتياجات أسرتك؟

بين التحليل الإحصائي كا2 أنه توجد فروق دالة بين مجموعتي المنتكسين والمدمنين المتعافين في مدى تلبية الدخل الشهري للاحتياجات (كا2=7,793، الدلالة المشاهدة= 0,020). وقد أشار 53,9% من أفراد مجموعة المنتكسين إلى أن الدخل الشهري لا يتناسب وتلبية احتياجاتهم أو احتياجات أسرهم، مقابل 74,4% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و22,5% أشاروا إلى أنه إلى حد ما يتناسب مع احتياجاتهم، مقابل 13,4% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين، و23,6% أشاروا إلى أنه يتناسب واحتياجاتهم، مقابل 12,2% لدى أفراد مجموعة المدمنين المتعافين. تشير هذه النتيجة إلى أن تلبية الدخل الشهري لاحتياجات المدمن المتعافي وأفراد أسرته قد لا يساعد على عودته للإدمان؛ وذلك لأن الأغلبية العظمى في المجموعتين يرون عدم تناسب دخلهم الشهري في تلبية احتياجاتهم أو احتياجات أسرهم.

هل يعاني أحد أفراد الأسرة تعاطي المخدرات؟

بين التحليل الإحصائي كا2 أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعتي المنتكسين

والمدمنين المتعافين في تعاطي أحد أفراد الأسرة للمخدرات (كا2= 0,249، الدلالة المشاهدة= 0,618). وبالنظر إلى النسب المئوية، وجدنا أن 13,5% من أفراد عينة المنتكسين لديهم أفراد أسرة يتعاطون المخدرات، مقابل 11% من أفراد عينة المدمنين المتعافين.

هل هناك دعم وتشجيع من أفراد الأسرة للتوقف عن التعاطي؟

أشارت نتائج التحليل الإحصائي كا2 إلى أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المدمنين المتعافين في دعم الأسرة لهم (كا2= 1,593، الدلالة المشاهدة= 0,451)؛ فقد تبين من خلال تفحص النسب المئوية أن كلتا المجموعتين تحصل على دعم كبير من أسرهم للتوقف عن تعاطي المخدرات. واتضح أن 77,5% من أفراد عينة المنتكسين يحصلون على دعم عال جداً من أفراد الأسرة، و 14,6% يحصلون إلى حد ما على دعم، و 7,9% يحصلون على دعم قليل جداً. بالمقابل، يحصل ما يقارب 84,1% من أفراد عينة المدمنين المتعافين على دعم عال جداً من أفراد الأسرة، و 8,5% يحصلون إلى حد ما على دعم، و 7,3% يحصلون على دعم قليل جداً. وعلى الرغم من أهمية دعم الأسرة في شفاء المريض وتوقفه عن التعاطي فإن النتائج أشارت إلى عدم أهميتها في انتكاسة المدمن المتعافي.

سابعاً – هل هناك اختلافات في الظروف الحياتية لدى أفراد جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين؟ سيحدد ذلك من خلال الأسئلة التالية:

كم مرة تسافر في السنة؟

يتعلق هذا الجزء من النتائج في تحديد عدد المرات التي يسافر فيها الأفراد من عينة المنتكسين والمدمنين المتعافين. أشار التحليل الإحصائي كا2 إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في عدد مرات السفر (كا2= 11,542، والدلالة المشاهدة= 0,009). اتضح أن هناك 38,2% من أفراد عينة المنتكسين لا يسافرون أبداً، و 20,2% يسافرون مرة واحدة في السنة، و33,7% يسافرون مرتين أو أكثر، و7,9% يسافرون مرة واحدة كل سنتين. في حين وجدنا أن هناك ما يقارب 36,6% من أفراد عينة المدمنين المتعافين لا يسافرون أبداً، و 41,5% يسافرون مرة واحدة في السنة، و 17,1% يسافرون مرتين في السنة، و 4,9% يسافرون مرة واحدة كل سنتين. يتضح لنا من النسب السابقة أنه على الرغم من وجود فروق دالة بين المجموعتين فإن مجموعة المدمنين المتعافين عدد مرات سفرهم للخارج (مرة أو

أكثر من مرة في السنة) يفوق عدد أفراد عينة المنتكسين. كما أن عدد أفراد عينة المنتكسين الذين لا يسافرون أبداً يفوق عدد أفراد عينة المدمنين المتعافين. لذا، يمكننا القول إن عدد مرات السفر للخارج والانفتاح على العالم الخارجي ليس له تأثير على انتكاسة المدمن المتعافي، وذلك من وجهة نظر أفراد مجموعة المنتكسين.

متى بدأت أول مرة في تعاطي المخدرات؟

تبين من التحليل الإحصائي كا2 أن هناك فروقاً دالة بين مجموعة المنتكسين والمدمنين المتعافين في الفترة الزمنية لبدء تعاطي المخدرات (كا2= 6,323، الدلالة المشاهدة= 0,042). اتضح من خلال النتائج أن أغلبية أفراد مجموعة المنتكسين بدؤوا في التعاطي منذ 5 سنوات وأكثر، ونسبتهم ما يقارب 68,5%، في حين بدأ 22,5% منهم بالتعاطي من 2–4 سنوات، و 9% بدؤوا بالتعاطي من سنة أو أقل. أما مجموعة المدمنين المتعافين فنجد أن ما يقارب نصف العينة؛ أي نحو 53,7% بدؤوا بالتعاطي منذ 5 سنوات أو أكثر، و 24,4% بدؤوا بالتعاطي من 2–4 سنوات، و 22% بدؤوا بالتعاطي من سنة أو أقل. تشير هذه النتيجة إلى أهمية الفترة الزمنية التي استغرقها الفرد في تعاطي المخدرات وتأثيرها على انتكاسته وعودته للإدمان. أي يمكننا القول إنه كلما زادت الفترة الزمنية للتعاطي زادت فرصة انتكاسة المدمن المتعافي.

ما نوع المخدر الذي كنت تتعاطاه في السابق؛ أي قبل فترة العلاج؟

تبين من النتائج أن 16,9% من أفراد مجموعة المنتكسين تعاطوا مخدر الكوكايين، و 59,6% تعاطوا الهيروين، و 65,2% تعاطوا الحشيش أو الأفيون، و 9% تعاطوا الماريوانا، و 6,7% تعاطوا أنواعاً أخرى من المخدرات. أما أفراد مجموعة المدمنين المتعافين؛ فهناك ما يقارب 14,6% تعاطوا الكوكايين، و48,8% تعاطوا الهيروين، و74,4% تعاطوا الحشيش أو الأفيون، و 6,1% تعاطوا الماريوانا، و 4,9% تعاطوا أنواعاً أخرى. وقد أشار التحليل كا2 إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في تعاطي الكوكايين (كا2= 0,158، الدلالة المشاهدة= 0,691)، والهيروين (كا2= 1,996، الدلالة المشاهدة= 0,158)، و الحشيش أو الأفيون (كا2= 1,715، الدلالة المشاهدة= 0,190)، و الماريوانا (كا2= 0,508، الدلالة المشاهدة= 0,476)، و أنواع أخرى من المخدرات (كا2= 0,269، الدلالة المشاهدة= 0,604). وتشير هذه النتائج إلى عدم تأثير نوع المخدر في عودة المدمن المتعافي لتعاطي المخدرات بعد الشفاء التام.

متى بدأت بالعودة إلى تعاطي المخدرات بعد التوبة والعلاج؟

تشير النسب المئوية إلى أن أكثر من نصف أفراد عينة المنتكسين – نحو 66,3% – عادوا للتعاطي بعد مرور سنة أو أقل من الشفاء التام، و 23,6% عادوا للتعاطي بعد مرور 2–4 سنوات، و 10,1% عادوا للتعاطي بعد مرور 5 سنوات أو أكثر. يمكننا القول إن السنة الأولى من العلاج مهمة جداً في حياة المدمن المتعافي وإن التكيف مع السنوات الأولى بعد العلاج قد يسهم في ضمان عدم عودة المدمن المتعافي للتعاطي مرة أخرى.

ثامناً – هل هناك اختلافات في درجة التدين لدى جماعة المنتكسين مقارنة بجماعة المدمنين المتعافين؟

أشارت النتائج إلى أن درجة التدين لدى أفراد مجموعة المنتكسين أقل من أفراد مجموعة المدمنين المتعافين. فقد بينت النسب المئوية أن 42,7% من أفراد عينة المنتكسين يتمتعون بدرجة عالية من التدين مقابل 63,4% من أفراد عينة المدمنين المتعافين. وقد أشار التحليل الإحصائي كا2 إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين في درجة التدين (كا2= 7,348، الدلالة المشاهدة= 0,007). وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة التدين قد تسهم في ضمان عدم عودة المدمن المتعافي للتعاطي مرة أخرى.

تاسعاً – ما أهم العوامل الاجتماعية التي يمكن التنبؤ بأن لها تأثيراً على عودة المدمن المتعافي لتعاطي المخدرات؟

لتحديد العوامل التي من الممكن التنبؤ بأن لها تأثيراً على انتكاسة المدمن المتعافي، قيست درجة التنبؤ بدرجة الانتكاسة وارتباطها ببعض المتغيرات الاجتماعية من خلال استخدام تحليل معامل الانحدار المتعدد Multiple Regression. ويوضح جدول (4) تحليل الانحدار الخطي لهذه العوامل.

يتضح من جدول (4) أن هناك خمسة متغيرات مستقلة يمكن التنبؤ بها كعوامل أساسية لحدوث الانتكاسة في المستقبل. وهذه العوامل هي مدى تناسب الدخل الشهري لاحتياجات المدمن المتعافي، ومدى الرضا عن الفترة الزمنية التي استغرقت في العلاج، ومدى الرضا عن البرنامج العلاجي، والعلاقة مع أصدقاء يتعاطون المخدرات، ودرجة التدين. فتناسب الدخل الشهري مع احتياجات المدمن المتعافي يؤدي إلى زيادة درجة التنبؤ بالانتكاسة ($p > 0.05$)، وكذلك عدم الرضا عن الفترة الزمنية

المستغرقة في العلاج من الإدمان، وعدم الرضا عن البرنامج العلاجي يؤدي إلى ارتفاع درجة التنبؤ بالانتكاسة ($p > 0.05$)، إضافة إلى أن إقامة العلاقات مع أصدقاء قدامى يتعاطون المخدرات وانخفاض درجة التدين لهما تأثير في الانتكاسة ($p > 0.01$).

جدول (4)
معامل الانحدار المتعدد لدرجة الانتكاسة وارتباطها بالمتغيرات الاجتماعية

المتغير	درجة الانتكاسة			
	B	Beta	قيمة t	الدلالة المشاهدة (p)
تناسب الدخل مع الحاجات	0,099	0,155	2,165	*0,032
نوع السكن الذي يعيش فيه المدمن	0,041	0,040	0,565	0,573
عدد مرات السفر	0,012	0,022	0,297	0,767
الفترة الزمنية لبداية التعاطي	0,085	0,126	1,871	0,063
الرغبة الشخصية في البدء بالعلاج	0,117	0,181	1,758	0,081
الرغبة في الاستمرار بالعلاج	0,039	0,051	0,486	0,628
الرضا عن المدة الزمنية للعلاج	0,106	0,173	2,031	*0,044
الرضا عن البرنامج العلاجي	0,112	0,171	2,033	*0,044
الأمراض الجسدية	0,091	0,068	0,959	0,339
عدد مرات محاولة الانتحار	0,033	0,022	0,295	0,769
العلاقة بأصدقاء مدمنين	0,222	0,190	2,561	**0,011
العلاقة بأصدقاء غير مدمنين	0,260	0,138	1,905	0,059
العلاقة بأفراد الأسرة	0,011	0,013	0,165	0,869
دعم من أفراد الأسرة والأصدقاء	0,007	0,008	0,117	0,907
درجة التدين	0,047	0,207	2,743	**0,007

ملاحظة: * $P < .05$.
** $P < .01$.

المناقشة والمقترحات:

بينت النتائج أن الدوافع الشخصية التي أدت بجماعة المنتكسين مقارنة بالمدمنين المتعافين للحصول على العلاج إلى التوقف عن التعاطي، هي: بالمرتبة الأولى تنفيذ حكم قضائي بعد القبض عليهم، ثم رغبتهم في التوبة إلى الله، وأخيراً خوفهم من الحبس أو السجن في حال القبض عليهم. وهذه النتيجة تتماثل مع ما توصلت إليه الدراسات الأجنبية السابقة (على سبيل المثال: Leon et al., 2000; Fiorentine, 1999) التي أشارت إلى أن المدمنين المتعافين الذين يلجؤون إلى المؤسسات التأهيلية للعلاج من الإدمان تكون انتكاستهم أسرع من الذين يبادرون بأنفسهم في طلب ذلك؛ حيث إن تنفيذ الحكم القضائي والخوف من الحبس كدوافع شخصية تعتبر ضرورية لتشجيع المدمن على التوقف عن التعاطي، ولكن قد تكون هذه الدوافع وقتية ومؤقتة؛ أي أن هذه الدوافع قد تكون مرتبطة فقط بفترة الحبس أو السجن، التي يجبر بها المدمن على الحصول على التأهيل النفسي والجسدي ولكن بعد علاجه بفترة زمنية معينة وخروجه إلى المجتمع قد لا يستطيع مقاومة المثيرات والضغوطات الخارجية وتضعف مقاومته ويعود للتعاطي مرة أخرى. لذا لابد أن تحرص المؤسسات العلاجية على تكثيف البرامج الدينية كجزء من البرنامج التأهيلي لتقوية الوازع الديني وضمان قرب المدمن المتعافي إلى الله والخوف منه والرغبة في التوبة إليه لتكون دافعاً معنوياً وروحياً قوياً لمقاومته للمثيرات الخارجية بعد الخروج إلى المجتمع الخارجي.

أشار أفراد عينة المنتكسين مقارنة بالمدمنين المتعافين إلى أنهم قضوا فترة زمنية قصيرة جداً في العلاج من الإدمان كانت في حدود الشهر تقريباً أو أقل من ذلك. وأشاروا إلى أنهم غير راضين عن المدة الزمنية أو عن البرنامج الذي قدمته لهم المؤسسات العلاجية. وتعتبر هذه النتيجة مؤشراً مهماً جداً يفيد أنه لضمان استمرار المدمن لفترة زمنية مناسبة في البرنامج العلاجي لابد من اهتمام المؤسسة برضا العميل عن الخدمات المقدمة له. ولتحقيق ذلك، لابد أولاً من اهتمام المؤسسة العلاجية والأسرة حول تشجيع المدمن على الاستمرار في الخطة العلاجية المقترحة له والتقيد بالفترة الزمنية المحددة لذلك. ثانياً، على المؤسسة العلاجية الاهتمام بإجراء تقييم للبرنامج العلاجي في مراحل مبكرة من العلاج (شهر أو أقل وفقاً للنتائج السابقة)؛ لتعرف رأي المدمن حول البرنامج المقدم له ومدى رضاه عن ذلك لإمكانية إجراء التعديلات المناسبة في أثناء فترة العلاج

وضمان عدم انسحابه من البرنامج العلاجي وعودته مرة أخرى للتعاطي أو انتقاله من مؤسسة إلى أخرى دون جدوى. وما يؤكد ضرورة الاهتمام بهذه التوصية أن نتائج الدراسة قد أشارت إلى أن أغلبية أفراد عينة المنتكسين (51,7%) اتجهوا إلى مؤسسة أو أكثر في الكويت للحصول على العلاج من الإدمان، بينما أشارت النتائج إلى أن الأغلبية العظمى من أفراد عينة المدمنين المتعافين (72%) حصلوا على العلاج من مؤسسة واحدة فقط.

بينت النتائج أيضاً أن أشد الصعوبات التي واجهت أفراد عينة المنتكسين بعد العلاج مقارنة بالمدمنين المتعافين هي عدم القدرة على المقاومة والرغبة الشديدة في العودة إلى المخدر، تليها النظرة السلبية من الآخرين لهم بعد الشفاء. ربما ترتبط هذه النتيجة بالنتائج السابقة التي أشارت إلى الفترة الزمنية القصيرة التي قضاها أفراد عينة المنتكسين في العلاج وعدم استكمالهم للبرنامج العلاجي المقدم لهم من المؤسسات المختلفة؛ حيث إن عدم استكمال البرنامج العلاجي يعني عدم إكسابهم للمهارات التي تساعد على زيادة قدرتهم على التحمل والمقاومة والقدرة على مواجهة نظرة الآخرين السلبية لهم بعد الشفاء؛ الأمر الذي يؤكد ضرورة اهتمام المعالجين في المؤسسات المختلفة بتشجيع المدمن على الاستمرار في العلاج والتأكد من تلبية احتياجاته ورضاه عما يقدم له من خدمات. كما يؤكد ضرورة الاهتمام بالجانب الإعلامي المتعلق بقضايا المخدرات والمدمنين وطرق علاجهم وأهمية مساعدتهم على الشفاء؛ فكثير من الناس لا يعلم أن الإدمان مرض كغيره من الأمراض الجسدية التي يحتاج فيها المريض إلى دعم معنوي من الأهل والناس لتحسين أدائه والتسريع في علاجه.

اتضح من النتائج أيضاً أن أغلبية أفراد عينة المنتكسين يعانون أمراضاً نفسية متعلقة بالضغط النفسي، وتقلب المزاج، واضطرابات النوم، وذلك مقارنة بأفراد عينة المدمنين المتعافين. إن تحديد هذه النتيجة مهم جداً للمنتكسين ليتمكنوا من الحصول على الدعم الاجتماعي والنفسي المناسب من الأسرة والأصدقاء المقربين والأهل والمعالجين والمسؤولين ورجال الدين؛ حيث إن تركيز هذه الأنظمة الاجتماعية على دعم المدمنين المتعافين ضروري جداً للتقليل من الأمراض النفسية سابقة الذكر وتجنب النتائج السلبية التي قد تنتج عنها وهي العودة لتعاطي المخدرات أو محاولات الانتحار. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن ما يقارب 20%

من أفراد عينة المنتكسين حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر؛ مما يدل على تعرضهم لحالة من اليأس والحزن الشديد ورغبتهم في التخلص من حياتهم.

يكاد يكون جميع أفراد عينة المنتكسين على علاقة مع أصدقاء قدامى ممن يتعاطون المخدرات مقارنة بأفراد عينة المدمنين المتعافين. وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة أيضاً من أفراد عينة المنتكسين لهم علاقة بأصدقاء غير متعاطين للمخدرات وأصدقاء مسجد ومؤسسات دينية فإن نسبة أكبر من أفراد عينة المدمنين المتعافين كانت لديهم مثل هذه العلاقات. يتضح لنا من ذلك أن العلاقات الاجتماعية بما فيها من علاقات مع الأصدقاء تؤدي دوراً كبيراً في عودة المدمن المتعافي للمخدرات؛ حيث إن استمرار المدمنين المتعافين في علاقاتهم مع أصدقاء يتعاطون المخدرات قد يساعد على عدم قدرتهم على المقاومة أو الامتناع عن المخدر خاصة في حال مواجهتهم للضغوطات الحياتية اليومية وعدم قدرتهم على التكيف معها. لذا لابد من اهتمام المعالجين الاجتماعيين والنفسيين والأهالي بضرورة تشجيع المدمن المتعافي على إقامة علاقات مع أصدقاء غير متعاطين للمخدرات أو أصدقاء المسجد وذلك لفترة زمنية معينة (قد لا تقل عن السنة الواحدة وهي فترة انتكاستهم كما أشارت نتائج الدراسة) لتعزيز قدرته على المقاومة وعدم الانصياع للأصدقاء المتعاطين وعودته للمخدر.

بينت النتائج كذلك أن أغلبية أفراد عينة المنتكسين بدؤوا بالتعاطي منذ 5 سنوات أو أكثر مقارنة بأفراد عينة المدمنين المتعافين الذين بدؤوا بالتعاطي بنسب مختلفة من سنة أو أكثر. تؤكد هذه النتيجة ضرورة اهتمام المسؤولين بالجانب الإعلامي لتوعية الأهالي بتكثيف الرقابة الوالدية على الأبناء للتمكن من الكشف المبكر عن الإدمان وتحويل الابن إلى مؤسسة علاجية وعدم الانتظار لفترات زمنية طويلة حتى يستطيع المدمن الحصول على العلاج المناسب والمقاومة بعد العلاج. كما تؤكد هذه النتيجة ضرورة التشدد القانوني ضد المتعاطين وتكثيف الحملات الأمنية المتعلقة بمداهمة الأماكن التي يوجدون فيها لإمكانية تحويلهم إلى العلاج والتأهيل قبل مضي فترة زمنية طويلة على إدمانهم. فكما هو واضح من النتيجة السابقة أن التعاطي لفترة زمنية طويلة قد يساعد على ضعف مقاومة المدمن المتعافي وتصبح عودته للتعاطي سريعة جداً بعد العلاج. إضافة إلى ما سبق، فقد تبين أن أغلبية أفراد عينة المنتكسين قد عادوا إلى الإدمان بعد سنة واحدة أو أقل من العلاج؛ الأمر الذي يحتم على المعالجين تكثيف جهودهم في متابعة المدمن

المتعافي بعد خروجه من المؤسسة العلاجية لمدة لا تقل عن العام تقريبا. حيث إن النتيجة السابقة تؤكد أن للسنة الأولى أهمية كبيرة في حياة المدمن المتعافي من حيث قدرته على التكيف مع الآخرين والبيئة المحيطة به. ولعل عدم متابعة وملاحظة وتقييم المدمن المتعافي خلال السنة الأولى بعد العلاج يسهم في ضعف مقاومته وعودته للإدمان. وهذ ما أكده أيضاً عدد من الدراسات الأجنبية مثل Cobbina, 2009 و National Institute of Justics, 2003.

يبدو من النتائج أن هناك درجة منخفضة من التدين لدى أفراد عينة المنتكسين مقارنة بأفراد عينة المدمنين المتعافين الذين يتمتعون بدرجات أعلى من التدين، ومن ثم فإن هناك حاجة إلى التركيز على تقديم الخدمات الدينية المكثفة للمدمنين في أثناء فترة علاجهم وترسيخ الوازع الديني لديهم وذلك لضمان استمرار مقاومتهم وعدم انتكاستهم. وهذه النتيجة تتماثل مع نتائج دراسات أخرى أشادت بدور الممارسات الدينية في تعزيز معنويات المدمن المتعافي وبلوغه الرضا عن الحياة (Mela et al., 2008; Chu, 2007). كما حددت نتائج الدراسة خمسة عوامل أساسية يمكن التنبؤ بها لحدوث الانتكاسة في المستقبل. العامل الأول هو تناسب الدخل الشهري مع تلبية احتياجات المدمن المتعافي؛ فقد تبين أن الدخل الشهري المناسب جداً في تلبية احتياجات المدمن المتعافي قد يساعد على عودته للتعاطي؛ أي أن توافر المال وعدم شعور المدمن المتعافي بالحاجة قد يساعده على شراء المخدرات بسهولة ويساعد على الانتكاسة. العاملان الثاني والثالث اللذان يمكن التنبؤ بهما في التأثير على الانتكاسة هما الرضا عن الفترة الزمنية المستغرقة في العلاج والرضا عن البرنامج العلاجي؛ فقد تبين أن عدم رضا المدمنين الذين يتلقون العلاج عن الفترة الزمنية التي استغرقت في العلاج وعدم الرضا عن البرنامج العلاجي يساعد على انتكاستهم في المستقبل. أما العامل الرابع فهو العلاقات مع أصدقاء قدامى يتعاطون المخدرات؛ فقد تبين أن استمرار إقامة علاقات مع أصدقاء مدمنين بعد مرحلة العلاج يساعد على انتكاسة المدمن المتعافي. العامل الخامس يتعلق بدرجة التدين، فكلما انخفضت درجة التدين لدى المدمن المتعافي ساعد ذلك على زيادة التنبؤ بالانتكاسة في المستقبل. تشير النتائج السابقة إلى ضرورة اهتمام المعالجين في المؤسسات المختلفة في الكويت بالعوامل سابقة الذكر ووضع الخطط العلاجية المناسبة لتجنب ظهور تلك المتغيرات من أجل وقاية المدمن المتعافي من الانتكاسة والعودة إلى الإدمان بعد العلاج في المستقبل.

في ختام التوصيات تقترح الدراسة أيضاً زيادة اهتمام المؤسسات العلاجية بأسر المدمنين المتعافين وتوطيد العلاقات معهم من أجل دعم المدمن المتعافي وتشجيعه على التكيف مع البيئة المحيطة به بعد الانتهاء من العلاج؛ وذلك لما للأسرة من دور كبير في حياة الفرد منذ مرحلة الطفولة إلى الشيخوخة. وتوصي الدراسة أيضاً بإجراء مزيد من البحوث والدراسات الميدانية التي تهتم بتحديد رأي أسر المدمنين المتعافين بوسائل ضبط سلوك المدمن المتعافي بعد العلاج وتجنب الانتكاسة. كما توصي الباحثة بمزيد من الدراسات المتعلقة بجودة الخدمات المقدمة (Quality of Services) للمدمنين الذين يتلقون العلاج والمدمنين المتعافين بعد الانتهاء من مرحلة العلاج للوصول إلى تقييم شامل ومتكامل حول العوامل المؤدية إلى الانتكاسة. وقد ركزت الدراسة الحالية على المتغيرات الاجتماعية والنفسية والدينية بصورة عامة فقط ولم تكشف عن رأي الأسر في العوامل المؤدية إلى الانتكاسة أو مدى تأثير نوعية الخدمات المقدمة في انتكاسة المدمن المتعافي، كما اقتصرت الدراسة على عينة من الذكور المنتكسين دون الإناث؛ مما يزيد من تساؤلاتنا حول عوامل انتكاسة المدمنات المتعافيات في المجتمع الكويتي.

المراجع :

عايد الحميدان وعبدالحميد العباسي. (2011). **مؤشرات جرائم المخدرات في دولة الكويت (الواقع والتوقعات المستقبلية).** الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، وزارة الداخلية، دولة الكويت.

عايد الحميدان. (2006). **التحليل الإحصائي لمشكلة المخدرات.** اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات، دولة الكويت.

عويد المشعان ولطيفة الرجيب. (2007). **الجرعة الزائدة: أسباب الوفاة.** اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات – المشروع التوعوي الوطني للوقاية من المخدرات، دولة الكويت.

وحدة الدراسات والبحوث (2010). **التقارير الإحصائية الواردة إلى اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات من عام 2004 حتى عام 2009**، اللجنة الوطنية لمكافحة الإدمان، دولة الكويت.

Blum, R. (1987). Contemporary threats to adolescent health in the United States. *Journal of the American Medical Association,* 257, 3390-3395.

Brandsma, J. M., Maultsby, M. C., and Welsh, R. J., (1980). *Outpatient treatment of alcoholism: A review and comparative study*, University Park, Baltimore, Maryland.

Butzin, C.A.; Saum, C.A. & Scarpitti, F.R. (2002). Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program, *Substance Use & Misuse, 37* (12&13), 1615-1633.

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*

Chu, D.C. (2007). Religiosity and desistance from drug use. *Criminal Justice and Behavior, 34* (5), 661-679.

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.*

Cobbina, J. (2009). *From prison to home: Women's pathways in and out of crime*. Unpublished Doctoral Dissertation, Department of Criminology and Criminal Justice, University of Missouri - St. Louis.

Deschenes, E.P., Owen, B. & Crow, J. (2007). *Recidivism among female prisoners: Secondary analysis of the 1994 BJS recidivism data set, Final Report*. Washington, DC: National Institute of Justice.

Fiorentine, R. (1999). After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25* (1), 93-116.

Hawkins, J.D.; Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112* (1), 64-105.

Hiller, M.L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction, 94*(6), 833-842.

Kubrin, C.E. & Stewart. E.A (2006). Predicting who reoffends: The neglected role of neighborhood context in recidivism studies. *Criminology,* 44: 165-197.

Leon, G.D., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D. & Wexler, H.K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26*(1), 33-46

Lyvers, M. (1998). Drug addiction as a physical disease: The role of physical dependence and other chronic drug-induced neurophysiological changes in compulsive drug self-administration. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 6*(1), 107-125.

Mela, M. A., Marcoux, E. Baetz, M. Griffin, R. Angelski, C. & Deqiang, G. (2008). The effect of religiosity and spirituality on psychological well-being among forensic psychiatric patients in Canada. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(5), 517-532.

National Institue of Justice. (2003). *Annual Report*. U.S Department of Justice-Office of Justice Programs, Washington, D.C.

Pullen, L; Modrcin-Talbott, M. A.; West, W. R & Muenchen, R. (1999). Spiritual high vs. high on spirits: Is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 6 (1), 3-8.

Regnerus, M.D & Elder, G.H. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research, 32*, 633-658.

Roman, J., Townsend, W. & Bhati, A.S. (2003). *Recidivism rates for drug court graduates:*

Nationally based estimates, final report. U.S. Department of Justice, USA.

Sampson, R. J. & Laub, J.H. (2005). A life-course view of the development of crime. *Annals,* 602: 12-45.

Spohn, C., Piper, R.K., Martin, T. & Frenzel, E.D. (2001). Drug courts and recidivism: The results of an evaluation using two comparison groups and multiple indicators of recidivism. *Journal of Drug Issues, 31*(1), 149-176.

Travis, J. (2002). Invisible punishment: An instrument of social exclusion. In, *Invisible Punishment: The Collateral Consequences of Mass Imprisonment (*Eds.)

Marc Mauer and Meda Chesney-Lind's. Washington, DC: New Press.

Trusty, J. & Richard, W.E. (1999). Relationship of high school seniors' religious perceptions and behavior to educational, career, and leisure variables. *Counseling and Values, 44*, 30-40.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report-2011*. UNODC, UN.

United Nation. (2011). *The millennium development goals report*. UN, New York.

Visher, G., La Vigne, N. & Farrel, J. (2003). *Illinois prisoners' reflections on returing home*. Urban Instituts, Washington, DC.

Yarnold, B. (1999). Cocaine use among Miami's public school students, 1992: Religion versus peers and availability. *Journal of Health and Social Policy, 11*, 69-84.

قدم في: يوليو 2012
أجيز في: أكتوبر 2012

Factors of Recidivism among Relapsed and Recovered Drug Addicts in Kuwaiti Society

Haifaa Y. AL-Kendary*

The present study focused on identifying the opinions of 171 individuals who have previous experiences in drug addiction so as to detect factors that had an impact on relapse. The study focused on addicts who returned to addiction after recovery (89 members) and compared them to addiction survivors (82). The participants were Kuwaiti and non-Kuwaiti males aged between 17and 59years, who received treatment in various institutions (Psychiatric Hospital, Patients' follow up units, and Bashayer al-Khair Committee). The study used a descriptive method. A scale of Social Factors for Relapse and demographic questionnaire were developed by the researcher to achieve the objectives of the study. The results concluded that the most important personal motives that led relapsing groups to stop dealing with drugs is the implementation of court ruling after the arrest, their desire to repent to God, and finally the fear of imprisonment if caught. Also, the result showed that the relapsing groups spent a very short period of time for treatment– only a month or less, and were not satisfied with the brevity of the treatment. Most post-treatment difficulties related to an inability to resist craving and return to the drug, followed by the negative perception of others toward them after recovery. It was also found that the majority of relapsing samples suffered from mental ailments related to stress, mood swings, and sleep disorders. Almost all the sample of relapsing groups had a

* Associate Professor in Dept. of Sociology & social work - Kuwait University.

relationship with former friends who use drugs. Compared to other groups, they had been on drugs for 5 years or more, returned to addiction one year or less after treatment, and had a low degree of religiosity. The result showed factors that can predict the relapse of addicts in the future, namely the availability of a monthly income that meets the addicts' needs, dissatisfaction with the period of time spent in treatment, dissatisfaction with the course of treatment, an ongoing relationship with former drug users, and a low degree of religiosity.

Keywords: Relapse, Addict survivor, Relapse addict, Drug addict, Social factors, Kuwait.