دور البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين
دراسة وصفية على المتعافين من المخدرات المستفيدين من منازل منتصف الطريق بمنطقتي الرياض والدمام

The role of rehabilitation programs in enhancing the life quality for those recovering from drugs
(A descriptive study on those recovered from drug who profited from halfway houses in the Riyadh and Dammam regions)

إعداد

د. علي بن عوض العتيبي

دورية الانسانيات. كلية الآداب. جامعة دمنهور

العدد الثالث و الستون - يوليه -الجزء الثالث - لسنة 2024

دور البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين؛دراسة وصفية على المتعافين من المخدرات المستفيدين من منازل منتصف الطريق بمنطقتي الرياض والدمام

د. علي بن عوض العتيبي

المُستَخْلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين، تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية واستخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي، حيث تكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع المتعافين المستفيدين من برامج وخدمات منازل منتصف الطريق في كل من منطقتي الرياض والدمام، وقد بلغ عددهم (200) متعافي حيث تم توزيع أداة الدراسة (الاستبانة) عليهم وكان العائد منها والصالح للتحليل الاحصائي (144) استبانة؛ وخلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

أن فاعلية البرامج والخدمات التأهيلية للمتعافين من المخدرات لتحسين جودة حياتهم من وجهة نظر المتعافين، حيث جاءت استجابة المتعافين على البرامج والخدمات التأهيلية وابعادها بدرجة تشير إلى موافق، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغير العمر، وفي ضوء النتائج تم تقديم عدة توصيات منها: الاهتمام من قبل إدارة منازل منتصف الطريق بتحسين جودة البرامج التدريبية والمهنية والفنية المقدمة للمتعافين من المخدرات حيث أوضحت الدراسة ان الموافقة جاءت بدرجة أقل مقارنة مع بقية البرامج، تنظيم برامج خاصة لتوعية الأسر بكيفية التعامل مع المدمنين المتعافين لضمان استمرارية تعافيهم وتنمية قدراتهم ومهاراتهم بالأساليب العلمية الصحيحة، اهتمام المؤسسات الحكومية والخاصة ذات العلاقة بالمدمنين المتعافين وتوفير البيئة المناسبة لهم لضمان استمرارية تعافيهم واستغلال قدراتهم لتنمية ذاتهم ومجتمعهم .

الكلمات المفتاحية: منازل منتصف الطريق – جودة الحياة – المخدرات– المتعافين من المخدرات.

Abstract

Rehabilitation programs and their role in improving the quality of life for drug recovery.

The aim of the study was to identify The role of rehabilitation programs in enhancing the life quality for those recovering from drugs. This study belongs to descriptive studies. The researcher used the social survey curriculum. The current study community of all recovered beneficiaries is beneficiaries of halfway house programmers and services in both the Riyadh and Dammam regions. They numbered 200 recovering. The study tool (identification) was distributed to them, and the return was valid for statistical analysis (144) identification; The study's findings include the following:

The effectiveness of rehabilitation programmers and services for drug recoverees to improve their quality of life from the point of view of the recovered. The response of the recovered to rehabilitation programmers and services is such that it is agreed, statistically significant differences exist at the level of 0.05 to average respondents of the study sample on the quality of life of recovered people in halfway homes with different age variables. In the light of the results, several recommendations were made: the midway house management's interest in improving the quality of the training, vocational and technical programs offered to drug recoveries. The study showed that approval was less than the rest of the programs. Organizing special programs to raise families' awareness of how to deal with recovered addicts to ensure the continuity of their recovery and the development of their abilities and skills in the right scientific methods. The attention of government and private institutions related to recovered addicts and provide them with the right environment to ensure the continuity of their recovery and the exploitation of their abilities to develop themselves and their community.

Keywords:
halfway houses - quality of life - drugs - recovered from drugs.

أولاً: المقدمة:

تُعد مشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات التي تواجه جميع المجتمعات على الصعيد المحلي والإقليمي، والدولي. فهي تشكل خطراً على الفرد بوجه خاص كونه أحد مصادر التنمية البشرية الفعالة في المجتمع ومن ثم يتأثر المجتمع؛ لما لها من أثار سلبية تؤثر على طبيعة الحياة الاجتماعية، والاقتصادية والصحية، إن تحسين جودة الحياة للمتعافين تعتمد بدرجة كبيرة على مستوى جودة البرامج التأهيلية المقدمة لهم على المستوى الصحي، والنفسي، والاجتماعي، والشخصي والتي تساعدهم على إشباع حاجاتهم المختلفة بعد انتهاء فترة بقائهم في المؤسسات الصحية. ولا يمكن أن تؤدي هذه البرامج دورها الأساسي في تحسين حياة المتعافين وهي في معزل، أو بعيدة عن البيئة الواقعية الخارجية للمتعافي، لذلك فجودة هذه البرامج لا بد أن تتماشى مع ظروف المتعافي حال خروجه سواء كانت البيئية، أم النفسية، أم الاجتماعية، أم الحياتية التي ينتمي إليها الفرد .

ونظراً لأهمية البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين، وتماشياً مع تحقيق أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠ التي تتطلب العناية بتحسين نمط حياة الفرد والأسرة وبناء مجتمع ينعم أفراده بحياة متوازنة، وذلك من خلال تهيئة البيئة اللازمة لدعم واستحداث خيارات جديدة تعزز المشاركة في الأنشطة الثقافية والترفيهية والرياضية التي تسهم في تعزيز جودة حياة الفرد والأسرة.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

تعد جودة الحياة للمتعافين من آثار المخدرات بمختلف أنواعها من أهم المتطلبات التي تواجه المتعافين في المجتمع السعودي وتظهر مدى قدرة البرامج التأهيلية التابعة لوزارة الصحة المقدمة لهم على تحقيق جودة الحياة بشكل يضمن عدم العودة إلى التعاطي مرة أخرى وممارسة حياتهم بصورة طبيعية توفر لهم حياة كريمة. وإذا أدركنا أن المتعافي قد يواجه مشكلات أسرية، واجتماعية، واقتصادية أثناء تعايشه مع أسرته ومجتمعه تؤثر على استقراره النفسي والاجتماعي، فإنه يجب أن ندرك أن لهم احتياجات كنتيجة طبيعية للمشاكل التي تواجههم التي ينبغي أن يكون للبرامج التأهيلية دور واضح في التعامل معها وتوجيه إمكانات المتعافين بالطريقة الصحيحة؛ لذلك فإن هذا الدور يشكل محور الدراسة، وهدفاً رئيساً لها .

واستناداً على ما سبق تتحدد المشكلة في هدف الدراسة وتسعى للإجابة على تساؤلاتها.

ثالثاً: أهمية الدراسة:

أ–الأهمية العلمية

تبرز أهمية هذه الدراسة الحالية من خلال محاولة الباحث تسليط الضوء على البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات. ومن ثم فإن نتائج هذه الدراسة سوف تسهم في إثراء الجانب العلمي والمعرفي من خلال الإضافة العلمية إلى الأبحاث والدراسات التي تم إعدادها في هذا المجال وفتح المجال للباحثين للقيام بمزيد من الدراسات والإبحاث.

ب–الأهمية العملية

إن نتائج هذه الدراسة يمكن أن تمثل مؤشرات يمكن الاسترشاد بها من قبل المسئولين وما ينبثق عن هذه الدراسة من توصيات ومقترحات قد تساعد الجهات المختصة في المجال الصحي، والمجال الاجتماعي، والمجال الأمني، والمجال المتعلق بوضع السياسات للبرامج العلاجية والتأهيلية في المؤسسات الصحية وكيفية التعامل مع المتعافين من أجل توفير حياة كريمة للمتعافين من آفة المخدرات.

رابعاً: أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف وهي كالتالي:

1.التعرف على مدى فاعلية البرامج والخدمات التأهيلية للمتعافين في تحسين جودة حياتهم.

2.التعرف على الفروق الإحصائية في اتجاهات عينة الدراسة وفقاً لاختلاف خصائصهم ويشمل البيانات الديموغرافية للمبحوثين (العمر–المستوى التعليمي– الحالة الاجتماعية– الحالة الاقتصادية).

خامساً: تساؤلات الدراسة: تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

1.ما مدى فاعلية البرامج والخدمات التأهيلية للمتعافين من المخدرات لتحسين جودة حياتهم من وجهة نظر المتعافين؟

2.هل توجد فروق إحصائية في اتجاهات عينة الدراسة وفقاً لاختلاف خصائصهم ويشمل البيانات الديموغرافية للمبحوثين (العمر–المستوى التعليمي– الحالة الاجتماعية– الحالة الاقتصادية) .

سادساً: مفاهيم الدراسة:

لتسليط الضوء على أهم متغيرات الدراسة والتي سوف تساعد في فهمها، سيقوم الباحث باستعراض عدد من التعاريف لهذه المفاهيم، وبعدها يقدم الباحث تعريفاً إجرائياً لكل منها.

1-مفهوم تأهيل المتعافين من المخدرات:

تعريف التأهيل الاجتماعي: هو الذي يتم فيه العلاج خلال هذه المرحلة مع أسرة المدمن والمجتمع، بهدف إعادة دمج المتعالج من جديد في أسرته، والحد من القطيعة المجتمعية تجاهه من خلال مساعدته في استرداد ثقة أسرته ومجتمعه به (ربيع،2010) .

تعريف التأهيل اصطلاحا: في معجم العلوم الاجتماعية تم تعريف التأهيل على أنه "مجموعة العمليات أو الأساليب التي يقصد بها إعادة تأهيل الأشخاص المنحرفين أو المجرمين نحو الحياة السوية" (غانم، 2005، ص 191) . كما عُرف بأنه محاولة لإعادة الحياة الطبيعية بصورة كاملة للمتعافي والمحافظة عليها، بحيث يستطيع القيام بأدواره الأساسية وإشباع احتياجاته اليومية التي تضمن تكيفه الاجتماعي بسهولة ويسر (بعيش،2017) .

التعريف الإجرائي للبرامج التأهيلية للمتعافين من المخدرات: هي البرامج التي تهدف إلى إعادة تأهيل المتعافين في منازل منتصف الطريق من خلال تقديم الخدمات الاجتماعية، والنفسية، والدينية، والترويحية، والطبية، بصورة متكاملة تضمن تحقيق دمجهم بصورة طبيعية في المجتمع.

2-مفهوم الدور:

الدور في اللغة: جاء في معجم الوسيط أن أدار حول الشيء: دار، وأدار الشيء: جعله يدور وجعله مدوراً. والدَّوْرُ: الطَّبَقَةُ من الشيء المُدار بعضُه فوق بعض (مصطفى، وآخرون، د.ت، ٣٠٢-٣٠٣) .

الدور اصطلاحاً: يقصد بالدور "النمط المتكرر من الأفعال المكتسبة التي يؤديها شخص معين أو مؤسسة معينة في موقف تفاعلي" (الحداوي، ٢٠١٢، ص ١٢) .

الدور إجرائياً: عرَّف الباحث الدور في هذه الدراسة إجرائياً بأنه: ما تقوم به البرامج التأهيلية المقدمة في منازل منتصف الطريق للمتعافين من المخدرات، والتي تسهم في تأهيلهم، وتهيئتهم طبياً، وسلوكياً، ومساعدتهم على استعادة دورهم الفاعل في الحياة.

3-مفهوم تحسين جودة الحياة:

ثمة تعريفات لمصطلح تحسين جودة الحياة، منها ما ركز على الجانب النفسي، والبعض الآخر ركز على الجانب الاجتماعي، والجانب الترويحي، والجانب الطبي. فمفهوم تحسين جودة الحياة من منظور شامل يشمل كافة جوانب الحياة التي يعشيها الفرد، والتي تصل إلى درجة إشباع الحاجات الضرورية التي تحقق له التوافق النفسي والاجتماعي (أكمل،2003) .

مفهوم جودة الحياة:

لغة: يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل "جوّد"، أي شيء جيد، "والجمع "جياد"، وجيائد بالهمزة، ومنها أجاد الشيء أي أحسنه، "وجوّده تجويدا" أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن (عزب، 2004، ص585) .

اصطلاحاً: عُرّفت جودة الحياة بأنها "شعور الفرد بالسعادة والرضا والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة، ورقي الخدمات التي يحتاجها كالتعليمية، والصحية، والاجتماعية، والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه" (منسي، كاظم،2006، ص 66) .

جودة الحياة إجرائيا: يعرِّف الباحث جودة الحياة إجرائياً بأنها: مجموع درجات الرضا تجاه الحياة التي يحصل عليها المتعافي في منازل منتصف الطريق في مدينتي الرياض والدمام على مقياس جودة الحياة المُعدّ للدراسة الحالية؛ لمعرفة درجة جودة الخدمات المقدمة لهم في المنازل، والالتزامات المجتمعية والأسرية تجاههم؛ مما يسهم في إشباع حاجاتهم والوصول إلى درجة عالية من الرضا على المستوى الشخصي والاجتماعي والنفسي في الحياة .

مفهوم المتعافين من المخدرات:

مفهوم التعافي من المخدرات في اللغة: وفقاً للمعجم الوسيط فإن التعافي مأخوذ من قولهم: تعافى يتعافى تعافياً، فهو مُتعافٍ، والمفعول مُتعافًى، وتَعَافَى المَريضُ: استرجع قُوَاهُ، شُفيَ، صحّ، زال عنه مرضُه، وذهبت علتُّه، شُفيَ ونال العافيةَ (المعجم الوسيط، 1988) .

مفهوم التعافي من المخدرات اصطلاحاً: يعرِّف الطايفي المتعافين من المخدرات بأنهم: "أولئك الأفراد المتوقفون عن تعاطي المواد المخدرة بفضل العلاج، ويسعون إلى تحقيق حياة أفضل لهم بعد مرحلة التعاطي"(الطايفي،2014، ص147) . بينما يعرف الغريب المتعافي بأنه "عودة الفرد إلى حالته الطبيعية بعد تلقي العلاج اللازم من مؤسسة مختصة في العلاج" (الغريب،1428هـ، ص 32) .

مفهوم المتعافي من المخدرات إجرائياً: يعرِّف الباحث المتعافي من المخدرات إجرائياً بأنه: الشخص الذي توقَّف عن تعاطي المواد المخدرة والمؤثرات العقلية، وخضع لبرنامج علاجي وتأهيلي لفترة من الزمن، وتمكّن خلالها من التخلص من المادة المخدرة التي كان يتعاطاها، والتي نتج عنها الاعتماد النفسي والجسدي عليها، واجتاز مرحلة الأعراض الانسحابية الناتجة عن التعاطي لأكثر من سنة.

سابعاً: الإطار النظري:

اولاً: نظرة عامة على المخدرات:

تُعد المخدرات Drugs ظاهرةً متعددة الجوانب والأبعاد، وتؤثر سلباً على المدمنين عليها في مختلف الجوانب النفسية والسلوكية، والصحية والاجتماعية والأسرية، ولا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات في العالم حالياً من وجود نسبة لانتشار المخدرات بين أبنائه، مما يجعلها واحدة من أخطر المشاكل الاجتماعية التي تواجه الشعوب المتقدمة والنامية، الغنية والفقيرة على حدٍ سواء.

وتعرَّف المخدرات لغةً بأنها: "جمعٌ مشتقة من كلمة (خَدَرَ)، ولها معان متعددة منها: الستر والتغطية، الاسترخاء والكسل، فتور العين أو ثقلها، ومفردها كلمة مُخدر، والمخَدِّر: مادةٌ تسبب في الإنسان والحيوان فُقدان الوعي بدرجات متفاوتة، كالحشيش والأفيون" (مجمع اللغة العربية، 2004، ص. 220) .

وتعرَّف – أيضاً – بأنها: "كل ما يترتب على تناوله إنهاك للجسم وتأثير على العقل، حتى تكاد تذهب به وتكون عادة الإدمان" (حسنين، 1986، ص. 187) .

كما يعرِّفها محيسن (2013) بأنها: "أيَّة مادة خام أو مستحضرة طبيعية أو كيميائية، وتحتوي على عناصر ممنوعة أو مسكنة أو مهلوسة، وتسبب أضراراً نفسية، واجتماعية، واقتصادية على الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه" (ص. 305) .

ثانياً: أضرار المخدرات:

يعد انتشار المخدرات وإدمانها أمر بالغ الأهمية والخطورة، لما لها من تأثير كبير على المستوى الصحي، والاجتماعي، والتربوي، والنفسي، والثقافي، والاقتصادي، والوظيفي على مستوى الفرد، ومن ثم تُفضي هذه المشكلة إلى انتشار تداعيات واسعة النطاق من شأنها تهديد أمن وسلامة واستقرار المجتمع على حدٍ سواء (رشيد،2021) .

تهدّد المخدرات حياة الأشخاص، خصوصاً مَنْ هُم في مرحلة الشباب، ولا سيما الذين ينساقون خلف الأهواء الشخصية، ووقوعهم في الأخطار التي تدمرهم، وتضعف قدراتهم وعقولهم، وتؤثر على إدراكهم تأثيراً سلبياً. فالشباب هم عصب المجتمع وركائزه، ووقوعهم كضحايا لتعاطي المخدرات يؤدي إلى خسائر كبيرة يتكبدها كل من المجتمع والأسرة، وهي خسارة أفراد قد يكونون لبنات صالحة في المجتمع (الخضيري، 2017) .

إن إدمان المخدرات يدفع الشخص المدمن إلى الاستمرار في التعاطي رغم الألم والأذى اللذين يعانيهما جراء المادة المخدرة المستخدمة؛ لذلك قد ينتج عن ذلك حدوث اعتلال عقلي لدى المدمن، يقل معه إدراكه لمستوى الكمية التي يحتاج إليها من المخدر، فيتناول

جرعة زائدة وقاتلة تتسبب في وفاته، وما يصاحب ذلك من ضعف عام لدى المدمن على المستوى الشخصي والصحي والاجتماعي (الأصفر،2012؛ السلطاني،2012) بالإضافة إلى الأضرار الاقتصادية التي تتحملها الدولة من صرف مبالغ مالية ضخمة لمعالجة مشكلة الإدمان. فبسبب الإدمان يتعدى الضرر الفرد ليشمل الأسرة والمجتمع (الشديفات،2017) .

لقد بذلت المملكة العربية السعودية جهوداً عظيمة لضمان مساهمتها في حماية المجتمع من الأضرار المترتبة على آفة المخدرات. ومن هذه الأضرار ما يلي (الهوارنة، 2018:(

ثالثاً: جهود المملكة العربية السعودية في مكافحة المخدرات

لقد أولت المملكة العربية السعودية القضايا التي تُلحق الضرر بالأفراد داخل المجتمع اهتماماً بالغاً، ولعل أخطرها ما يتعلق بالمخدرات والمؤثرات العقلية، لذلك كثفت المملكة الجهود والسياسات لمواجهة هذه الظاهرة العالمية، والحد من انتشارها. حيث ظهرت هذه الجهود من خلال عدد من الجوانب التي قامت بها عدد من الجهات المختصة والقطاعات الرسمية في الدولة.

رابعاً: البرامج العلاجية في المملكة العربية السعودية الموجهة للمتعافين من المخدرات :

يظهر مدى إدراك المسؤولين لخطورة المخدرات والمشكلات الناجمة عن الإدمان وما يترتب عليها من آثار سلبية تجاه الفرد والمجتمع، من خلال البدء في توفير العلاج لمن وقعوا في براثن المخدرات، وأصبحوا مدمنين على تعاطيها، الذي يعتبر إحدى الوسائل الدفاعية لحماية المجتمع، خصوصاً أن الوقوع في إدمان المخدرات بمختلف أنواعها يتميز بسرعة انتشاره في أي مجتمع بين الأفراد والجماعات.

هناك مقومات أساسية يرتكز عليها العلاج، وحسب المتبع مع حالات الإدمان باختلاف درجاته وأنواعه، يذكر اللحيدان (٢٠١٧) أن مِن هذه المرتكزات وجود الرغبة الشخصية والدافعية الذاتية لدى المتعاطي للتخلص من الإدمان، إذ ينظر إليها على أنها أهم وسائل المساعدة، والخطوة الأولى في البدء في مواجهة الإدمان والتخلص منه، يلي ذلك البحث عن الوسائل العلاجية الأخرى، التي تكون مرتبطة بالأسرة أولاً، ثم بتوفير الخدمات العلاجية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية، بشكل يسهم في منح العلاج المناسب للمتعاطي، بالإضافة إلى توفير الدعم والتوجيه، الذي يصب في مصلحة العملية العلاجية (اللحيدان ،٢٠١٧) .

فمن الأمثلة على توفر البرامج العلاجية في المملكة العربية السعودية، نجد أن مجمعات إرادة والصحة النفسية في المملكة العربية السعودية تُعد أهم المؤسسات العلاجية التي تسهم

في علاج الإدمان؛ لما يتوفر فيها من أقسام طبية، وفرق طبية متخصصة، ومدربة للتعامل مع المرضى النفسيين بشكل عام، ومرضى الإدمان بشكل خاص، وقدرة هذه المؤسسة العلاجية على توفير التأهيل المناسب لتهيئتهم للخروج بعد إتمام العملية العلاجية، وإلحاقهم بالرعاية اللاحقة أو بمنازل منتصف الطريق حتى يعودوا إلى المجتمع، وممارسة حياتهم بصورة طبيعية.

فمجمع إرادة والصحة النفسية بالرياض، يُعتبر إحدى المؤسسات الطبية العلاجية الحديثة التي تفتخر بها المملكة العربية السعودية، حيث تم تصميمه وفقاً لأحدث المؤسسات الطبية العالمية، وتُقدم فيه الخدمات العلاجية بشكل مجاني، لتشمل الخدمات الطبية في مجال معالجة الأمراض النفسية، ومعالجة الإدمان. لقد تم افتتاح مستشفى الصحة النفسية المتخصص في علاج الأمراض النفسية عام 1403هـ، أما مستشفى إرادة المتخصص في علاج حالات الإدمان فقد تم افتتاحه في عام 1407هـ. ويقع المجمع على مساحة إجمالية تقدر بحوالي ١٦٢,٣٠٠ متر مربع، بسعة سريرية إجمالية تصل إلى 503 خمسمائة وثلاثة أسرّة (إدارة البحوث والتعليم المستمر: مجمع إرادة، ٢٠١٧) .

خامساً: جودة الحياة

في الوقت الحاضر تعتبر جودة حياة الإنسان من مرتكزات برامج تحقيق رؤية المملكة 2030م، وأهداف الدراسات الاجتماعية، لذلك نجد أن كثيراً من الباحثين في مختلف التخصصات العلمية اهتموا بتناول موضوعات قياس درجة إدراك الأفراد والأسر بحياتهم النوعية والتعرف على قدرتهم في اتباع بعض الأساليب التي تسهم بدرجة كبيرة في تحسين جودة حياتهم .

بدأت فكرة جودة الحياة بالظهور تاريخياً من خلال ما قدمه فلاسفة اليونان مثل أرسطو، وسقراط وبالتو من موضوعات تمس طبيعة جودة الحياة وأهم جوانبها، بالرغم من أن مؤشرات جودة الحياة الكمية منها والنوعية ظهرت خلال الستينات، وارتبطت بوسائل القياس الاقتصادية خلال القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر، وأوائل القرن العشرين (داهم،2015)، عند عملية تطبيق مفهوم ومعايير جودة الحياة على الأفراد بشكلٍ عام وعلى المتعافين من إدمان المخدرات بشكلٍ خاص، التي يُراعى فيها احتواؤها على كل ما يحقق جودة الحياة الأسرية للمتعافين، فنجد أنها تشتمل على وجود جودة للعلاقات، وكذلك تحقيق جودة مهارات التواصل، بالإضافة إلى تعزيز الثقة بالنفس لديهم وجودتها وغير ذلك (العنزي،2020) .

بالرغم من انتشار مصطلح جودة الحياة واستخداماته المختلفة، فإنه يلاحظ عدم وجود تعريف موحد لدى الباحثين؛ وقد يعود السبب في ذلك إلى المجالات المختلفة من جهة، وحداثة المصطلح من جهة أخرى، لذلك توجَّب على الباحث استعراض وسرد بعض وجهات النظر والمحاولات التي حاولت إعطاء مفهوم لجودة الحياة. فمن هذه المحاولات ما يلي:

كما ذكر أبو حلاوة أن "جودة الحياة تعكس وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها، والوجود الإيجابي، ذلك لأن جودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعكسه الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف الحياة المعيشية والحياتية للأفراد، والإدراك الذاتي لهذه الحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي لهذه الحياة؛ لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة، كالتعليم، والعمل، ومستوى المعيشة، والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد من ناحية أخرى" (أبوحلاوة،2010،ص.228) .

كما تُعرَّف جودة الحياة بأنها "تعبير الفرد عن شعوره بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه" (القصيري، 2014، ص 144) .

وذكر عبدالله أن جودة الحياة تتحقق "من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة مثل البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية" (عبدالله،2008، ص 139) .

ويمكن القول بأن مصطلح جودة الحياة (QOL) هو "مقدار رفاهية حياة الناس أو البيئة التي يعيشون فيها من وجهة نظرهم، ويشير إلى درجة إشباع أو إشباع احتياجاتهم الجسدية والبيولوجية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية الأساسية . (Peruniak,2010,p11) "

إن أدوار جودة الحياة الأسرية والاجتماعية تظهر قدرتها في مدى مساهمتها في رفعها للمستوى المعرفي، والبدني، والنفسي، والاجتماعي للمتعافي وتنميتها، من خلال التفاعل مع الآخرين بشكل يهدف إلى تشجيعهم على أداء مثل هذه الأنشطة وخلق روح المنافسة، كذلك دورها في تنمية روح التعاون مع الآخرين وتعزيز درجة الانسجام والتكيف مع البيئة المحيطة بهم. بالإضافة إلى دورها في تبني الفهم الإيجابي للآخرين وإيجاد آلية للتعامل معهم بشكل يخدم المجتمع (زويع،٢٠١٧)

أبعاد جودة الحياة:

من خلال الحديث عن جودة الحياة يتوجب إيضاح وتحديد الأبعاد الأساسية ذات الصلة الوثيقة بجودة الحياة، والتي تطرقت لها منظمة الصحة العالمية وكذلك عدد من الباحثين ومنهم مجدي(2009(، (1997) Katschnig، Widarوآخرون (2003)، الهنداوي (2010) حيثُ يرون أن هناك مجموعة من الأبعاد التي تقوم عليها جودة الحياة، وهي ما يلي:

1)جودة الحياة الموضوعية: هذا البعد يشير إلى ما يقوم المجتمع بتوفيره من إمكانات مادية، بالإضافة إلى ما يرتبط بجوانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

2)جودة الحياة الذاتية: يركز هذا البعد حول كيفية شعور وانطباع الأفراد عن الحياة الجيدة التي يرغب في عيشها أو مدى رضاه وقناعته بها، ومن ثم حصوله على الشعور بالسعادة والرضا عن حياته.

3)جودة الحياة الوجودية: يركز هذا البعد على مستوى ونوعية الحياة الجيدة وعمقها لدى الفرد والتي تقوده إلى أن يعيش حياة متناغمة، يستطيع من خلالها إشباع الحاجات والرغبات الأساسية، بشكل يتوافق مع القيم الروحية والدينية والأفكار السائدة في المجتمع (الهنداوي،2010) .

4)جودة المعيشة الانفعالية: لتحقيق هذا البعد ينبغي أن يظهر في صورة الشعور بالأمان، والشعور بالروحانية والطمأنينة، والإحساس بالسعادة، والرضا أو القناعة.

5)العلاقات بين الأشخاص: يظهر هذا البعد في إقامة الصداقة الحميمة، ووجود المشاعر الوجدانية، والعلاقات الأسرية السليمة، والتفاعل الإيجابي، والمساندة الاجتماعية في الظروف الطبيعية وأثناء الأزمات.

6)جودة المعيشة المادية: يركز هذا البعد على الوضع المادي، والشعور بالأمان الاجتماعي، ووجود العمل المناسب، والممتلكات، التي تحقق له المكانة والوضع الاجتماعي والاقتصادي المستقر والمستمر.

7)الارتقاء الشخصي: لتحقيق هذا البعد ينبغي التركيز على المستوى التعليمي، وتنمية المهارات والقدرات الشخصية، ومستوى الإنجاز الذي يحققه الفرد.

8)جودة المعيشة الجسمية: يقصد بهذا البعد الحالة الصحية، والتغذية السليمة، والنشاط البدني، ومستوى الرعاية الصحية المتبع، والقيام بنشاطات الحياة اليومية المختلفة والمتنوعة.

9) محددات الذات: يظهر هذا البعد في القدرة على الاستقلال ومقدرة الفرد على الاختيار الشخصي، وتقدير الذات، ووضوح الأهداف، وتحقيق الاتساق القيمي.

10)التضمين الاجتماعي: ينبغي أن يشتمل على الجوانب التالية: القبول الاجتماعي، وتحقيق التكامل والمشاركة الاجتماعية، والقيام بالدور الاجتماعي المنوط بالفرد، ووجود بيئة المسكن الصحية المناسبة.

11)الحقوق: حيث يتجلى هذا البعد في توفير الخصوصية، وأداء الحقوق الاجتماعية، والأسرية، والحصول على كامل الواجبات الأساسية وأدائها.

مكونات جودة الحياة:

تعتبر جودة الحياة –كما ذكر أبو حلاوة (٢٠١٠) ممارسة اعتيادية للأنشطة اليومية الاجتماعية والبيئية التي يقوم بها الفرد على درجة عالية من الإتقان، تتيح له حياة نفسية تؤدي به إلى أن يمارس حياته بشكل طبيعي يتسم بالإيجابية والاستقرار والطمأنينة، بما يمكّنه من تجاوز الصعوبات والتحديات بفعالية واقتدار أكبر. وبناء على ما سبق، يوجد ثلاثة مكونات رئيسة لجودة الحياة، تتمثل في (أبو حلاوة، 2010:(

1–الإحساس الداخلي النابع من الشخص وشعوره بحسن الحال والرضا عن الحياة التي يعيش فيها الفرد، ويدعم هذا الإحساس بالقناعات الفكرية والمعرفية المرتبطة بإدراك وتقييم الفرد، ويترجم هذا الإحساس ليظهر في ضبط الانفعالات.

2–القدرة على الاهتمام بالذات والقدرة على الالتزام وأداء الأدوار الاجتماعية والوفاء بها .

3–القدرة على التعرف على المصادر المتاحة التي توفر المساندة والدعم الاجتماعي في المجتمع والاستفادة منها، وتوظيفها بشكل إيجابي لخدمة الأفراد (أبو حلاوة، 2010) .

بالرغم من بعض الاختلاف النسبي لمفهوم جودة الحياة من شخص لآخر، فإن هناك عوامل تحدد مقومات جودة الحياة. حيث ترى آمال (٢٠١٣) أن من هذه العوامل أن يكون لدى الفرد القدرة على التكيف، من خلال السلامة الجسدية والصحة العقلية، ومستوى الحياة المعيشية وطبيعة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، والقدرة على اتخاذ القرارات السليمة، والوضع الاقتصادي، وأخيراً القيم والمعتقدات التي يتبناها الفرد (آمال، 2013) .

ثامناً: الدراسات السابقة:

دراسة الزهراني (2010) إلى معرفة العلاقة بين مواضع الانتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمني الكبتاجون والحشيش المراجعين لمستشفى الأمل بجدة، حيث طبقت هذه الدراسة على (٩١ مدمناً) . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أكثر العوامل المؤثرة في الرجوع للانتكاسة هو تأثير الآخرين، يأتي بعدها الأوقات السعيدة مع

الآخرين، وجاء في المرتبة الأخيرة الصراع مع الآخرين. كما أكدت النتائج على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مواضع الانتكاسة الخارجية، وبُعد العصابية، بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مواضع (الأمراض الجسمانية، الاشتياق، العاطفة السالبة) والعصابية، وأيضاً وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من (تأثير الآخرين، الأوقات السعيدة مع الآخرين) وبُعد الانبساط .

أما دراسة الرشود (2011) بعنوان تصور مقترح للخدمة الاجتماعية لاستخدام العلاج بالساعد للحد من العودة للمخدرات، فقد طُبقت على عينة بلغ عددها (90) فرداً من المتعافين الذين كانوا يتلقون العلاج في مستشفى الأمل للصحة النفسية في كل من جدة والدمام. ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي وجود عدد من العوامل الاجتماعية التي تركزت في مجاملة الأصدقاء السابقين، ووجود وقت فراغ كبير لدى المتعافي، وعدم تقبل الناس للمتعافي بعد خروجه من المستشفى، والشعور بالوحدة، أما العوامل الاقتصادية فظهرت في الجوانب التالية: عدم وجود دخل مادي، وعدم وجود عمل، ورفض جهة العمل السابقة إعادة المتعافي مرة أخرى، أما العوامل النفسية فشملت الخوف من المستقبل، والقلق نتيجة عدم وجود فرص عمل، والشعور بالاضطرابات النفسية، وكثرة الأفكار الاشتياقية، كل هذه العوامل تدفع المتعافين بطريقة أو بأخرى للعودة إلى الإدمان والتعاطي.

وهدفت دراسة بركات (2011) إلى التعرف على أسباب الانتكاس والعودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، وطبقت على عدد (145) مدمناً منتكساً. ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أن أغلب أفراد عينة الدراسة وقعوا أكثر من مرة في الإدمان، والأسباب التي دفعتهم إلى ذلك تتمثل في عدم مقدرتهم على مواجهة المشكلات والضغوط الحياتية، والتي تسببت في ظهور عدد من المشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب، ومخالطة المدمنين، والمشاكل الأسرية.

أما دراسة السلطاني (٢٠١٢م) بعنوان: "دور وسائل الإعلام في مكافحة المخدرات في المجتمع العراقي"، فقد استخدمت المنهج الوصفي التحليلي. لقد حاولت الدراسة على التعرف على دور وسائل الاتصال والإعلام العراقية في مكافحة المخدرات. فقد توصلت الدراسة إلى أن الإعلام يحتل المرتبة الأولى لمعالجة القضايا الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، كما أشارت إلى أن أهم الأسباب المؤدية إلى انتشار مشكلة المخدرات والإدمان عليها يرجع إلى: غياب دور الأسرة، وغياب الدور التثقيفي في المدارس والجامعات، وكذلك غياب الدور القانوني، والبطالة، بالإضافة إلى انفتاح الحدود على

البلدان المجاورة، وغياب الدور الديني التوجيهي، فضلا عن غياب الإعلام. وأوضحت كذلك وجود ارتباط إيجابي بين حصول الأفراد على المعلومات عن المخدرات من وسائل الإعلام واحتمال وقوعهم كضحايا في المخدرات، حيث يستلزم ذلك وضع خطة شاملة للتوعية، وتوظيفاً فعالاً لوسائل الإعلام لمكافحة ظاهرة المخدرات.

دراسة كيلي وآخرين(2011) .Kelly et al ، بعنوان: "تحديد أهمية آليات تغيير السلوك في برامج المدمنين على الكحول: تحليل متعدد الوسائط" حيث كان الهدف منها اختبار وسائط متعددة ومتزامنة؛ لمساعدة المدمنين على الكحول في الإقلاع عنها. حيث اعتمدت الدراسة على تقييم مسوحات الوسائط المستخدمة؛ لتقييم مخرجات معالجة المدمنين على الكحول من خلال تسعة مواقع في الولايات المتحدة الأمريكية. حيث شملت عينة الدراسة (1726) مدمنًا على الكحول، وبلغ عدد من التحق ببرامج الرعاية اللاحقة (774)، في حين بلغ عدد من التحق ببرنامج علاجي طبي (952)، في حين تراوحت فترة العلاج تسعة أشهر، ومدة امتناع عن الشرب (15) شهرًا. وأشارت النتائج إلى ارتفاع في نسبة الإقلاع، وتحسن في قدراتهم الخاصة بالتواصل الاجتماعي والفاعلية الذاتية. كما أشارت الدراسة إلى تحسنٍ لدى المضطربين نفسيًّا من الإدمان فيما يخص التوافق الاجتماعي وفاعلية الذات. بالإضافة إلى دورها في خفض الآثار السلبية الناتجة عن الإقلاع، وتراوحت النتائج الإيجابية بين 43% و67.%

وهدفت دراسة (النعيم،2014) جودة الحياة لدى عينة من الشباب بمدينة الرياض، والتي حاولت التعرف على مستوى جودة الحياة لدى فئة الشباب في مدينة الرياض. حيث اعتمدت هذه الدراسة على عينة عشوائية بسيطة بلغ عددها (306) من طلبة الجامعة عن طريق استخدام منهج المسح الاجتماعي، حيث توصلت هذه الدراسة إلى نتائج مفادها أن أفراد عينة الدراسة يرون أن جودة الحياة لفئة الشباب في مدينة الرياض حصلت على مستوى متوسط، بالإضافة إلى أنه تم تصنيف مؤشر الوضع الأسري لديهم على أنه مرتفع.

وفي لندن أجرى McQuaid et al (2017) مسحاً عن طريق الإنترنت، حيث كان الهدف منه الحصول على معلومات تتعلق بجودة حياة المدمن المتعافي، والحالة الصحية، وتجربة التعاطي، وموارد التعافي، بالإضافة إلى الوصم الاجتماعي. وشمل المسحُ عينةً بلغت (8500)، حيث أفاد أفراد العينة أن الإدمان يؤثر على المستوى الاقتصادي، والعلاقات الأسرية والعلاقات الاجتماعية، والعمل، والدراسة، والوضع القانوني. كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن المتعافين يعيشون جودة حياة إيجابية وبنسبة (90%) .

وهدفت دراسة نافابي، وأسادي وناكاي (Navabi, Asadi & Nakhaee, 2017) في إيران إلى التعرف على نوعية الحياة لدى المدمنين وأسرهم، والتي طبقت على (17) شخصاً من المدمنين تم اختيارهم بطريقة قصدية من خلال المقابلة التي تمت لهذا الغرض، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى نوعية الحياة لديهم كان متدنيًا، ويرجع هذا السبب في المقام الأول إلى طريقة تعامل الوالدين وتقبُّل ذلك، يأتي بعدها طريقة تعامل الزوج أو الزوجة، ثم طريقة تعامل الإخوة .

التعقيب على الدراسات السابقة

الدراسات التي ارتبطت بتعاطي المخدرات بشكل عام، فقد تطرقت في مجملها إلى بعض الأجزاء التي ناقشتها الدراسة الحالية، من ناحية دور المؤسسات العلاجية والتأهيلية في إنجاح البرامج التأهيلية للمتعافين من المخدرات. ومن أمثلتها دراسة كلٍّ من الدخيل (٢٠٠٩)، والهباهبة (٢٠١٥)، والفالح (٢٠١٢)، والقريني (٢٠٠٨)، والرشود (٢٠١١)، ومحمود (٢٠١٧)، وأبو هتلة (٢٠١٠)، بالإضافة إلى الدراسات التي تم تطبيقها في الدول الأجنبية مثل الولايات المتحدة الأمريكية، والصين، والمملكة المتحدة، وكوريا، أو البرازيل .

ويظهر الاختلاف في الدراسات السابقة عن الدراسة الحالية في مجتمع الدراسة الذي شمل المتعافين من منازل منتصف الطريق بمنطقتي الرياض والدمام، بالإضافة إلى أن الدراسة الحالية تتجه إلى التعرف على البرامج العلاجية التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين، فجزئية تحسين جودة الحياة للمتعافين لم يتم التطرق إليها.

فمن خلال التعقيب السابق، نصل إلى أن هناك حاجة إلى الكشف عن دور البرامج التأهيلية في منازل منتصف الطريق التي تعزز تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات، فقد استفاد الباحث من تلك الدراسات في تشكيل الإطار النظري للدراسة الحالية وتطوير أدبيات البحث في مجال البرامج التأهيلية للرعاية اللاحقة، وفي مجال تعزيز جودة الحياة، بالإضافة إلى الاستفادة منها في تحليل وتفسير نتائج الدراسة الحالية .

تاسعاً: منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعها الباحث في تنفيذ دراسته، ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع وعينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من مستوى الصدق والثبات فيها، وبيان إجراءات الدراسة والخطوات التي قام بها الباحث لتحقيق أهداف الدراسة.

أولا: نوع ومنهج الدراسة :

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تهدف إلى دراسة الحقائق المتعلقة بالمشكلة بهدف وصفها وصفاً دقيقاً. وتتنوع الدراسات الوصفية بين دراسة خصائص السكان في المجتمع، أو الإمكانيات المتاحة، أو المشكلات الاجتماعية، أو عناصر التنظيم الاجتماعي والاتجاهات نحو قضايا وأوضاع مهمة في المجتمع؛ حيث تعتمد الدراسات الوصفية "على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها وتصل عن طريق ذلك إلى إصدار تعميمات بشأن الموقف أو الظاهرة التي يقوم الباحث بدراستها" (حسن، ١٩٩٨م، ص ١٩)؛ لذلك كان الغرض من الدارسة الحالية هو التعرف على البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات.

وقد استخدم الباحث المسح الاجتماعي على اعتبار أنه من أشهر المناهج البحثية استخداما، في الدراسات الاجتماعية حيث يُنظر إليه على أنه "فحص مجموعة من المفردات (سواء عن طريق العينة أو المسح الشامل لجميع مفردات مجتمع الدراسة) للوصول إلى معلومات وبيانات محددة موجودة في مجتمع ما، مع مراعاة خصوصيات ذلك المجتمع" (الضحيان، السبتي، 2017، ص 153)؛ لذلك أعتمدت الدراسة الحالية على منهج المسح الاجتماعي؛ متبعةً في ذلك أسلوب الحصر الشامل.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة :

يُعرف مجتمع الدارسة بأنه: "جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة الدراسة" (عبيدات وآخرون، ٢٠٠٧م، ص ٩٤) . ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع المتعافين المستفيدين من برامج وخدمات منازل منتصف الطريق في كل من منطقتي الرياض والدمام والبالغ عددهم (200) متعافٍ، في العام الدراسي الحالي 1444هـ.، وقد تم توزيع (200) استبانة العائد منها للتحليل الاحصائي بلغ (144) استبانة بينما تم استبعاد (56) استبانة لأسباب منها عدم اكتمال بيانات الاستبانة من قبل بعض المبحوثين إضافة إلى أن الباحث وجد البعض لم يحظى بمصداقية المبحوث في التعبير عن وجهة نظره الحقيقة عند تعبئة الاستبانة مما جعل الإجابات في اتجاه واحد بالكامل مما دفع الباحث إلى استبعادها رغم انها لا تشكل نسبة كبيرة من بين الفاقد الكلي من الاستبيانات، وعليه فإن إجمالي الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي (144) استبانة، أي ما نسبته (72%) من المجتمع الكلي.

ثالثاً: أداة الدراسة ومراحل تصميمها:

قام الباحث بالاعتماد في هذه الدراسة على أداة الاستبانة، حيث تعد هذه الأداة من أنسب الأدوات التي يمكن عبرها تحقيق أهداف الدراسات المسحية، وقد عرفت الاستبانة بأنها: الطريقة التي يتم بها جمع المعلومات من الأفراد مجتمع البحث عن طريق الإجابات التي يذكرونها على الأسئلة المطروحة عليهم حول موضوع من المواضيع دون مساعدة من قبل الباحث لهم. (القحطاني وآخرون، 2004م) بعد الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدارسة، قام الباحث ببناء أداة البحث الميدانية.

رابعاً: صدق أداء الدراسة:

(1الصدق الظاهري (الخارجي) لأداة الدراسة:

بعد أن انتهى الباحث من إعداد استبانة البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات، في صورتها الأولية، قام الباحث عرضها على مجموعة من المتخصصين في مجال الإدمان والمخدرات والرعاية اللاحقة سواء كانوا أعضاء هيئة تدريس في الجامعات السعودية المختلفة، أم من المتخصصين العاملين في مجال معالجة الإدمان؛ من أجل إبداء الرأي حول الاستبانة، من حيث وضوح الصياغة ووضوح المعنى بالإضافة إلى الاستنارة بآرائهم في اقتراح بعض الأسئلة التي يرون أنه من المفيد إضافتها. (ملحق رقم 1)، وقد اتفق معظم المحكمين على أن هذه المحاور والعبارات ذات اتصال قوي بموضوعات الدراسة، وبهذا الإجراء يكون الباحث قد توصل إلى الصدق الظاهري لهذه الأداة، بعد التعديلات التي خضعت لها، استجابةً لآراء المحكمين، وأصبحت الأداة جاهزة للتوزيع.

-اختبارات الصدق والثبات:

حساب صدق الاتساق الداخلي :

للتأكد من الاتساق الداخلي تم حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين درجة كل عبارة من عبارات الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة، وقد طبق الباحث الاستبانة على عينة استطلاعية بلغت (35) متعافٍ؛ للتأكد من صدق الاتساق الداخلي، حيث قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجاتها لحساب الصدق الداخلي لأداة الدراسة كما هو موضوح في الجدول أدناه :

جدول (1) معامل ارتباط فقرات المحور الاول بالدرجة الكلية لكل بُعد في المحور

رقم الفقرة	معامل الارتباط بالمحور	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالمحور
1	**0.745	7	**0.779
2	**0.793	8	**0.709
3	**0.699	9	**0.783
4	**0.812	10	**0.684
5	**0.817	11	**0.734
6	**0.753	12	**0.752

يتضح من الجدول رقم (1) أعلاه والذي يستعرض فقرات المحور الاول (مدى فاعلية البرامج والخدمات التأهيلية للمتعافين في تحسين جودة حياتهم) حيث تبين ارتباط جميع العبارات بالمحور التي تنتمي إليها مما يشير إلى أن جميع العبارات تتمتع بصدق مرتفع، وتراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.684-0.817) .

الثبات:

لقياس ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) تم استخدام معامل ألفا كرونباخ، ويوضح الجدول رقم (2) معامل الثبات لمحاور أداة الدراسة.

جدول (2) معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة

	عدد العبارات	ثبات
البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات	12	0.928

يوضح الجدول رقم (2) أن أداة الدراسة تتمتع بثبات مقبول إحصائياً، حيث جاء الثبات العام للدراسة (0.928)، وهي معاملات ثبات مرتفعة يمكن الوثوق بها في تطبيق أداة الدراسة .

خامساً: طريقة تطبيق أداة الدراسة :

بعد جمع بيانات الدراسة، قام الباحث بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسب الآلي للتحليل الإحصائي، بعد ذلك قام الباحث بتفريغها على الجداول المناسبة والتعليق عليها، وربطها بالدراسات السابقة. وأعطيت الإجابة (موافق بشدة) 5 درجات، و(موافق) 4 درجات، و(إلى حد ما) 3 درجات، و(غير موافق) درجتان، و(غير موافق بشدة) درجة واحدة؛ ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في عبارات الدراسة، تم حساب المدى (5-1=4) ثم تقسيمه على عدد خلايا الاستبانة للحصول على طول الخلية الصحيح أي (4/5=0.80) بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى للخلية.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات :

استخدم الباحث العديد من الأساليب الإحصائية، بغرض تحقيق الأهداف التي سعت إليها الدراسة، حيث تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي"(الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS))، وذلك لتحليل جميع بيانات أسئلة الدراسة.

1. التكرارات والنسب المئوية لاستجابات افراد عينة الدراسة.

2. المتوسط الحسابي (Mean) الانحراف المعياري :(standard Deviation) وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض إجابات أفراد الدراسة عن كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الرئيسية بحسب محاور الاستبانة .

3. استخدم الباحث اختبار الفا كرونباخ والتجزئة النصفية(جتمان Split– Guttman) Half –Cronach's Alpha) لقياس ثبات أداة الدراسة.

4. أستخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس صدق الاتساق الداخلي للاستبانة.

عاشراً: مناقشة نتائج الدراسة:

تمهيد :

يختص هذا الجزء بعرض وتحليل بيانات الدراسة بناءً على إجابة تساؤلات وأهداف الدارسة المتمثلة في ودور البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين، ومن ثم مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها وقبل الشروع في تحليل بيانات الدارسة يعرض الباحث شيئاً من خصائص عينة الدراسة وهي كالتالي.

أولاً: البيانات الأولية للمبحوثين:

جدول (3) توزيع مجتمع الدراسة حسب متغير العمر

العمر	التكرار	النسبة%
أقل من 25 سنة	9	6.3
من 25-35 سنة	52	36.1
أكثر من 35 سنة	83	57.6
المستوى التعليمي		
ابتدائي	12	8.3
متوسط	17	11.8
دبلوم	22	15.3
ثانوي	75	52.1
جامعي	18	12.5
الحالة الاجتماعية		
أعزب	73	50.7
متزوج	43	29.9
مطلق	28	19.5
الحالة الاقتصادية		
أقل من 5 ألف ريال	86	59.7
من 5000-10000 ريال	43	29.9
أكثر من 10000 ريال	15	10.4

يبين الجدول رقم (3) توزيع مجتمع الدراسة حسب العمر، أتضح أن (57.6%) كانت اعمارهم أكثر من 35 عاماً وهم الفئة الأكبر في عينة الدراسة، بينما تبين أن (52.1%) كان مستواهم التعليمي ثانوي وهم الفئة الأكبر في عينة الدراسة، وأخيرا تبين أن (12.5%) كان مستواهم التعليمي جامعي، كما اتضح أن (50.7%) كان حالتهم الاجتماعية أعزب وهم الفئة الأكبر في عينة الدراسة، كما أتضح أن (59.7%) كان دخلهم الشهري أقل من 5 ألف ريال وهم الفئة الأكبر في عينة الدراسة، في حين (29.9%) كان دخلهم الشهري من 5000إلى 10000الف، وأن (10.4%) كان دخلهم الشهري أكثر من 10000 ريال.

ثانياً: تحليل البيانات المتعلقة بمحاور الاستبانة:

الإجابة على التساؤل الأول: ما البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات؟

للتعرف على البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات من وجهة نظر أفراد الدراسة، تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والرتب لاستجابات أفراد الدراسة على البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات لدى المدمنين المتعافين السعوديين المستفيدين من البرامج التأهيلية التي تقدمها منازل منتصف الطريق بمنطقتي الرياض والدمام، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (4) استجابات أفراد الدراسة لعبارات المحور الأول مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة

م

م	البرنامج	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
البعد التأهيلي لجودة الحياة				
3	البرامج الصحية	4.52	0.86	1
2	البرامج الاجتماعية	4.45	084	2
1	البرامج النفسية	4.44	0.91	3
البعد التطويري				
4	البرامج التعليمية	4.22	1.04	4
5	البرامج التدريبية	4.09	1.12	5
6	البرامج المهنية	3.79	1.31	6
البعد الترويحي				
8	البرامج الترفيهية	4.43	0.88	7
7	البرامج الرياضية	4.35	0.91	8
9	البرامج الفنية	3.91	1.27	9
بعد الحماية				
10	البرامج الإرشادية	4.65	0.73	10
12	البرامج الدينية	4.53	0.83	11
11	البرامج الوقائية	4.50	0.93	12
المتوسط العام للمحور		4.32	0.96	

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن استجابات أفراد الدراسة حول دور البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات جاءت بمتوسط حسابي (4.32)، وانحراف معياري (0.96) وهو متوسط يقع في الفئة التي تشير إلى بدرجة عالية.

ويرى الباحث أن برامج منتصف الطريق تساعد المتعافين على رفع وعيهم بما يتعلق بالإدمان؛ وتعريفهم بالطرق والأساليب للعلاج منه، بالإضافة إلى توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم ولأسرهم، دون إغفال الجانب الروحي من هذه العملية، فلها دور في تقويم الجوانب الدينية بما يعود بالنفع على مستوى حياتهم الاجتماعية والإنسانية بشكل كامل، ولها أثر فاعل في الوقاية من الانتكاسة، ومساعدة المتعافي على تحسين مهاراته الاجتماعية، وتعزيز جوانب القوة لديه، ومعالجة جوانب الضعف في شخصيته، ليس هذا فحسب، بل تهتم بتطوير مهارات الحياة العامة، التي تشمل مهارات التكيف مع مختلف ظروف الحياة، بالإضافة إلى حرصها على تأهيل المتعافين للعمل من خلال تحقيق فرص عمل لهم بعد تقديم الدورات التدريبية التأهيلية التي يتلقونها أثناء برامج الرعاية اللاحقة، لكي يعودوا إلى المجتمع بشكل اندماجي سلس وفعال وطبيعي ويصبحوا أشخاصًا فاعلين في المجتمع.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة العتيبي، (2015) بعنوان: دور الرعاية اللاحقة في تأهيل مدمني المخدرات التي أظهرت النتائج أن برامج الرعاية اللاحقة حققت درجة عالية من وجهة نظر العاملين، ودرجة متوسطة، من وجهة نظر المستفيدين. بالإضافة إلى أن الاستفادة من برامج الرعاية اللاحقة كانت بدرجة عالية من وجهة نظر العاملين والمستفيدين.

كما اتفقت مع دراسة الشهراني، (٢٠١١) بعنوان: دور منازل منتصف الطريق بمستشفيات الأمل في تأهيل مرضى الإدمان، التي خلصت الدراسة إلى أن البرنامج نجح في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها حيث أفاد المشرفون أنه يجب الاهتمام بمستوى البيئة الداخلية في المنزل وتوفير الإمكانات المادية والاهتمام بمستوى التأهيل العلمي والعملي والتدخل الفوري في مواقف الأزمات التي تؤدي إلى الإخلال بتوازن النزيل.

أيضاً اتفقت مع دراسة الهاجري، (٢٠٠٩م) بعنوان: تقييم البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات في الرعاية اللاحقة بمجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض، التي قد توصلت الدراسة إلى نجاح تبني برامج الرعاية اللاحقة المدمنين السابقين التائبين كنماذج قدوة يُحتذى بهم للابتعاد عن المخدرات، وتكثيف عدد الجلسات الجماعية والتركيز على تزويد المستفيدين بالمهارات والمعارف؛ لتمكينهم من استثمار وقت الفراغ، بالإضافة إلى تحفيزهم مادياً ومعنوياً والاستمرار في دعم الجانب الديني مع التأكيد على الاعتدال والوسطية.

ومن خلال النتائج الموضحة في جدول (20) يتضح أن هناك تباين في موافقة أفراد الدراسة حول البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم ما بين (3.79 إلى 4.65) وهي متوسطات تقع في الفئة الرابعة والخامسة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (بدرجة عالية–بدرجة متوسطة) على أداة الدراسة، مما يوضح التباين في موافقة أفراد الدراسة على دور البرامج التأهيلية في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات.

أولاً: البعد التأهيلي لجودة الحياة:

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج الصحية" من بين برامج البعد التأهيلي لجودة الحياة قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الاولى بمتوسط حسابي (4.52) بانحراف معياري بلغ (0.86) .

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج الاجتماعية" من بين برامج البعد التأهيلي لجودة الحياة قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.45) بانحراف معياري بلغ (0.84) .

بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وهي "البرامج النفسية" من بين برامج البعد التأهيلي لجودة الحياة بمتوسط حسابي (4.44) من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها حيث بلغت بانحراف معياري بلغ (0.91) .

ثانياً: البعد التطويري:

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج التعليمية" من بين برامج البعد التطويري قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الاولى بمتوسط حسابي (4.22) بانحراف معياري بلغ (1.04) .

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج التدريبية" من بين برامج البعد التطويري قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.09) بانحراف معياري بلغ (1.12) .

بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وهي "البرامج المهنية" من بين برامج البعد التطويري بمتوسط حسابي (3.79) من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها حيث بلغت بانحراف معياري بلغ (1.31) .

ثالثاً: البعد الترويجي:

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج الترفيهية" من بين برامج البعد الترويجي قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الاولى بمتوسط حسابي (4.43) بانحراف معياري بلغ (0.88) .

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج الرياضية" من بين برامج البعد الترويجي قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.35) بانحراف معياري بلغ (0.91) .

بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وهي "البرامج الفنية" من بين برامج البعد الترويجي بمتوسط حسابي (3.91) من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها حيث بلغت بانحراف معياري بلغ (1.27) .

رابعاً: بعد الحماية: حيث أظهرت النتائج أن "البرامج الإرشادية" من بين برامج بعد الحماية قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الاولى بمتوسط حسابي (4.65) بانحراف معياري بلغ (0.73) .

حيث أظهرت النتائج أن "البرامج الدينية" من بين برامج بعد الحماية قد حصلت على أعلى نسبة موافقة من قبل أفراد الدراسة في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.53) بانحراف معياري بلغ (0.83) .

بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وهي "البرامج النفسية" من بين برامج بعد الحماية بمتوسط حسابي (4.50) من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها حيث بلغت بانحراف معياري بلغ (0.93) .

التساؤل الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في جودة الحياة لدى عينة الدراسة وفقاً لاختلاف خصائصهم (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)؟

أولاً: العمر

للتعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق تبعاً للعمر قام الباحث باستخدام اختبار "تحليل التباين الأحادي one way anova" لتوضيح فروق الدلالة الإحصائية بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة تعزي لاختلاف العمر كما يوضحها الشكل التالي:

جدول رقم (5) نتائج الفروق بين إجابات أفراد الدراسة تبعاً لاختلاف العمر

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة الاحصائي
جودة الحياة	بين المجموعات	3.423	2	1.716	2.905	0.050
	داخل المجموعات	83.279	141	0.591		
	المجموع	86.711	143			

يتضح من خلال النتائج في الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.050) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغير العمر، حيث كانت قيمة ف (2.905) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، ولتحديد صالح الفروق بين فئات العمر تم استخدام اختبار أقل فرق دال LSD (Least significant difference) تبين أن الفروق كانت لصالح من ذوي الفئة العمرية أقل من 25 سنة.

ثانياً: المؤهل العلمي:

للتعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق تبعاً للمؤهل

العلمي قام الباحث باستخدام اختبار "تحليل التباين الأحادي one way anova" لتوضيح فروق الدلالة الإحصائية بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة تعزي لاختلاف المؤهل العلمي كما يوضحها الشكل التالي:

جدول رقم (6) نتائج الفروق بين إجابات أفراد الدراسة تبعاً لاختلاف المؤهل العلمي

المحور	مصادر التباين	مجموع	درجات	متوسط	قيمة	مستوى
جودة الحياة	بين المجموعات	1.304	4	0.326	0.531	0.713
	داخل المجموعات	85.407	139	0.614		
	المجموع	86.711	143			

يتضح من الجدول رقم (6) ما يلي:

يتضح من خلال النتائج في الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.713) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغير المؤهل العلمي، حيث كانت قيمة ف (0.531) وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) .

ثالثاً: الحالة الاجتماعية:

للتعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق تبعاً للحالة الاجتماعية قام الباحث باستخدام اختبار "تحليل التباين الأحادي one way anova" لتوضيح فروق الدلالة الإحصائية بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة تعزي لاختلاف الحالة الاجتماعية كما يوضحها الشكل التالي:

جدول رقم (7) نتائج الفروق بين إجابات أفراد الدراسة تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة الاحصائي
جودة الحياة	بين المجموعات	0.725	3	0.242	0.393	0.758
	داخل المجموعات	85.986	140	0.614		
	المجموع	86.711	143			

يتضح من الجدول رقم (7) ما يلي:

يتضح من خلال النتائج في الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.758) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغير الحالة الاجتماعية، حيث كانت قيمة ف (0.393) وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) .

رابعاً: الحالة الاقتصادية:

للتعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق تبعاً للحالة الاقتصادية قام الباحث باستخدام اختبار "تحليل التباين الأحادي one way anova" لتوضيح فروق الدلالة الإحصائية بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة تعزي لاختلاف الحالة الاقتصادية كما يوضحها الشكل التالي:

جدول رقم (8) نتائج الفروق بين إجابات أفراد الدراسة تبعاً لاختلاف الحالة الاقتصادية

المحور	مصادر التباين	مجموع	درجات	متوسط	قيمة	مستوى
جودة الحياة	بين المجموعات	0.683	2	0.341	0.559	0.573
	داخل المجموعات	86.028	141	0.610		
	المجموع	86.711	143			

يتضح من الجدول رقم (8) ما يلي:

يتضح من خلال النتائج في الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.573) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغير الحالة الاقتصادية، حيث كانت قيمة ف (0.559) وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) .

الحادي عشر: ملخص نتائج الدراسة وتوصياتها

نتائج السؤال الأول: ما البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات؟

أتضح أن استجابات أفراد الدراسة حول دور البرامج التأهيلية المتمثلة في البرامج التأهيلي لجودة الحياة، والبرامج التطويرية، والبرامج الترويجية، وبرامج الحماية والتي لها دور في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات جاءت تشير إلى بدرجة عالية.

حيث تبين أن هناك تباين في موافقة أفراد الدراسة حول البرامج التأهيلية ودورها في تحسين جودة الحياة للمتعافين من المخدرات، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم ما بين الفئة الرابعة والخامسة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى (بدرجة عالية–بدرجة متوسطة) على البرامج التأهيلية.

نتائج السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في جودة الحياة لدى عينة الدراسة وفقاً لاختلاف خصائصهم (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، الحالة الوظيفية)؟

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغير العمر، حيث تبين أن الفروق كانت لصالح ذوي الفئة العمرية أقل من 25 سنة.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) لمتوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة الحياة لدى المتعافين في منازل منتصف الطريق باختلاف متغيرات المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، ومجال العمل.

عاشراً: توصيات الدراسة :

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يوصي الباحث بما يلي:

- تفعيل البرامج النفسية في منازل منتصف الطريق بالصورة الأمثل بحيث تعمل على معالجة شعور المتعافين باليأس وعدم التفاعل مع الآخرين، وعلاج مشاكل المعاناة من الأرق المستمر لدى المتعافين
- ضرورة العمل من قبل القائمين على منازل منتصف الطريق على تطوير برامج تلبي احتياجات المتعافين التدريبية، وتدريبهم على المهن التي يحتاج لها سوق العمل
- العمل من قبل إدارة منازل منتصف الطريق على عمل برامج ترفيهية مرحة تساهم في معالجة شعور المتعافين بالملل وأنها برامج روتينية.
- أهمية أن تقوم البرامج الفنية في منازل منتصف الطريق على اكساب المتعافين المهارات اليدوية المختلفة التي تساعدهم في الحصول على فرص عمل مستقبلاً.
- أهمية أن تقوم البرامج الفنية في منازل منتصف الطريق على اكساب المتعافين فرص لتعلم الحرف اليدوية تتوافق مع ميول واحتياجات المتعافين داخل منازل منتصف الطريق.
- تفعيل البرامج الاقتصادية في منازل منتصف الطريق بالصورة الأمثل بحيث تعمل على الحد من معاناة المتعافين مع مشاكل الديون المادية.
- الاهتمام من قبل إدارة منازل منتصف الطريق بتحسين جودة البرامج التدريبية والمهنية والفنية المقدمة للمتعافين من المخدرات حيث أوضحت الدراسة ان الموافقة جاءت بدرجة أقل مقارنة مع بقية البرامج.
- تطوير وتحسين البرامج النفسية من بين برامج البعد التأهيلي لجودة الحياة؛ المقدمة للمتعافين من المخدرات حيث أوضحت الدراسة ان الموافقة جاءت بدرجة أقل مقارنة مع بقية البرامج.

- تنظيم برامج خاصة لتوعية الأسر بكيفية التعامل مع المدمنين المتعافين لضمان استمرارية تعافيهم وتنمية قدراتهم ومهاراتهم بالأساليب العلمية الصحيحة.
- اهتمام المؤسسات الحكومية والخاصة ذات العلاقة بالمدمنين المتعافين وتوفير البيئة المناسبة لهم لضمان استمرارية تعافيهم واستغلال قدراتهم لتنمية ذاتهم ومجتمعهم.
- اهتمام المؤسسات الحكومية والخاصة ذات العلاقة بالمدمنين المتعافين وتوفير البرامج التعليمية والفرص الوظيفية للمدمنين المتعافين لضمان جودة الحياة واستمرارية تعافيهم.

المراجع:

أولا: المراجع العربية :

1. ابن حسين، أحمد (2002) العوامل المجتمعية المعوقة لإعادة التكيف النفسي الاجتماعي لدى المتعافي من إدمان المخدرات، مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية، مركز البحوث والدراسات، مجلد11، العدد 185، 21 –157، الرياض.
2. أبو حلاوة، محمد السعيد (2010) جودة الحياة، المفهوم والأبعاد، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية، ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر.
3. أبو شهية، هناء (1990) علاقة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية بانتكاس الإدمان، مجلة علم النفس، العدد (16) الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
4. أبو هتلة، عايض محمد منصور (2011) تقييم البرامج التأهيلية في مستشفيات الأمل بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الاجتماعية، الرياض.
5. أبو هتلة، عايض محمد. (2010) . تقييم البرنامج التأهيلي الاجتماعي في مستشفيات الأمل بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض: كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية.
6. أحمد، سمير نعيم. (١٩٨٥) . النظرية في علم الاجتماع، الطبعة الخامسة: دار المعارف .
7. أحمد، شريف نصر (2020) الإيداع الصحي لمدمني المخدرات: دراسة تحليلية في النظام السعودي، مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية– الدراسات والبحوث، مج 30، ع 77،.
8. الأحمري، يسرا بنت سعد (2020) فاعلية برنامج علاجي انتقائي محوسب لخفض الانتكاسة لدى المدمنين، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
9. إسماعيل، غنيمة حبيب (2021) تقييم جودة الحياة لدى عينة من المتعافين من الإدمان أو السلوكيات الإدمانية بدول الخليج العربي، مجلة "التربية في القرن 21 للدراسات التربوية والنفسية"، كلية التربية، جامعة مدينة السادات، العدد الثامن عشر أبريل 2021م، مصر.

10. أشواق، بهلول سارة (2009) سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادات السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجزائر.
11. الأشول، عادل (2005) نوعية جودة الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق في الفترة من 15 –16 مارس، مصر.
12. الأصفر، أحمد عبدالعزيز (2012) . أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، الرياض: مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
13. أكمل، نجاح عبدالله منارع (2003) مدى فاعلية برامج الاسترخاء النفسي في خفض القلق وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المسنين، رسالة ماجستير، كلية الآدب، جامعة المنيا.
14. آل رشود، أحمد محمد (2011) تصور مقترح للخدمة الاجتماعية لاستخدام العلاج بالساعد للحد من العودة للمخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
15. آل سعود، عبدالرحمن بن عبدالرحمن محمد (1432) عوامل العود لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية من وجهة نظر المدمنين العائدين بمستشفى الأمل بالرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية العلوم الاجتماعية، الرياض.
16. أمال، بو عيشة (2013) جودة الحياة لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. (13) . 47 0 56.
17. أمانة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات (2016) التقرير الوطني الثاني عن ظاهرة المخدرات والمؤثرات العقلية، الواقع وجهود المكافحة، الرياض: اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.
18. أمانة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات (2017) واقع منازل منتصف الطريق بالمملكة ودورها في علاج وتأهيل المدمنين، الرياض.
19. الأمم المتحدة (2016) تقرير المخدرات العالمي، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات، الأمم المتحدة، أفينا.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

& Morrisey, M. (2017) . Life in recovery from addiction in Canada. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 84.

Abrahamsson, T., Berglund, M., Hakansson, A. (2014) . Non-medical prescription drug use (NMPDU) and poor quality of life in the Swedish general population. The American Journal on Addiction, 24, 271-277.

AlisonJ.carr&al (2003) . Quality of life. (1pub) .London. Group London. Pratt, T., Gau, J. and Franklin, T. (2011) . Key ideas in criminology and criminal justice. 1st ed. Los Angeles: SAGE.

Amy A. Mericle, Jennifer Miles, Fred Way,(2015), Recovery Residences and Providing Safe and Supportive Housing for Individuals Overcoming Addiction, https://journals.sagepub.com.

Antoniazzi, R., Zanatta, F., Ardenghi, T. & Feldens, C. (2018) . The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of life in Brazilians. Oral Diseases, 24(3), 482-488.

Best, D., Albertson, K., Irving, J., Lightowlers, C., Mama-Rudd, A., & Chaggar, A. (2015) . The UK Life in Recovery Survey 2015: the first national UK survey of addiction recovery experiences,Canadian Center On Substance Use and Addiction.

Betton, A. (2004) . Psychological Well-being and spirituality among African American and European American College students. Ph.D thesis, The Ohio state university.

Cheung, C &Lee, T(2003) Factors in Successful Relapse Prevention Among Hong Kong Drug Addicts, Treating Substance Abusers in Correctional Contexts: New Understandings, New Modalities. Pp. 179-199.

Damasceno, R., Boery, R., Ribeiro, I., Anjos, K., Santos, V. & Boery, E. (2016) . Use of alcohol, tobacco and other drugs, and quality of life among college students. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 30(3), 1-10.