

تحليل التحديات التي تواجه منظومة التأهيل والرعاية للمتعافين من الإدمان: دراسة من وجهة نظر العاملين في مراكز العلاج والتأهيل

هند بنت خالد العتيبي، أستاذ علم الاجتماع المشارك، قسم الدراسات الاجتماعية،

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الملك سعود.

Analysis of the Challenges Facing the Rehabilitation and Care System for Recovering Drug Addicts: A Study from the Perspective of Workers in Treatment and Rehabilitation Centers

Hend Khalid Al-Otaibi

Associate Professor of Sociology, Department of Social Studies, College of Humanities and Social Sciences, King Saud University

hotibi@ksu.edu.sa

الملخص:

هدفت الدراسة إلى تحليل التحديات التي تواجه منظومة التأهيل والرعاية للمتعافين من الإدمان في المملكة العربية السعودية، واستكشاف فرص تطوير البرامج العلاجية والتأهيلية من وجهة نظر العاملين في هذا المجال. اعتمدت الدراسة على منهج نوعي باستخدام المقابلات الهاتفية مع عينة قصدية مكونة من ٣٤ مشاركاً من العاملين في ثلاثة برامج رئيسية: "منتصف الطريق"، "إشراق"، و"جمعية تعافي". أظهرت النتائج أن أبرز التحديات تتمثل في ضعف الدافعية لدى بعض المستفيدين، محدودية الرعاية اللاحقة، نقص الكوادر المتخصصة، وضعف التنسيق المؤسسي. كما أشارت النتائج إلى أهمية إدماج الأسرة، وتصميم برامج علاجية مخصصة، وتعزيز المهارات الحياتية والمهنية. وبين تحليل SWOT وجود نقاط قوة كالنشرية الداعمة وتعدد البرامج، إلى جانب نقاط ضعف مثل نقص التأهيل المهني. وظهرت فرص مهمة للتطوير عبر إشراك المتعافين والتكامل المؤسسي، في مقابل تهديدات مثل الوصمة الاجتماعية والبيئة المحفزة على الانتكاس. توصي الدراسة ببناء استراتيجية شاملة تدمج الوقاية والعلاج والرعاية اللاحقة، مع الاستثمار في تأهيل الكوادر وإنشاء وحدات متابعة مجتمعية. **الكلمات المفتاحية:** الإدمان، التأهيل، الرعاية اللاحقة، الوقاية، المتعافون.

Abstract:

This study aimed to examine the effectiveness and challenges of rehabilitation and aftercare programs for individuals recovering from drug addiction in Saudi Arabia, while identifying strategic directions for program development. The research adopted a qualitative methodology based on semi-structured phone interviews with a purposive sample of 34 professionals, including psychologists, social workers, therapeutic counselors, and program supervisors. These professionals were drawn from three major national programs: the "Halfway House," "Ishraqah," and the "Taafi Association." Findings revealed that while Saudi Arabia has made legislative and institutional progress, several weaknesses persist. These include insufficient staff qualifications, lack of individualized therapeutic content, inadequate aftercare services, and limited inter-agency coordination. Participants emphasized the need for family integration in rehabilitation, vocational training for economic empowerment, and structured psychological support post-treatment. A SWOT analysis identified strengths such as the presence of specialized programs and legislative support, while challenges included stigma, client relapse, and the absence of robust monitoring systems. Opportunities exist for enhancing integration with education, employment, and health sectors, as well as involving recovered individuals in preventive efforts. The study recommends adopting a holistic, evidence-based national strategy that combines treatment, rehabilitation, and community reintegration to reduce relapse rates and sustain recovery.

تُعدّ برامج التأهيل والرعاية للمتعافين من تعاطي المخدرات من الركائز الأساسية في منظومة مكافحة الإدمان، حيث تعمل المراكز العلاجية على تقديم تدخلات متعددة الأبعاد تشمل الجوانب النفسية، الاجتماعية، والسلوكية بهدف دعم عملية التعافي، وتقليل فرص الانتكاسة. إلا أن ظاهرة الانتكاسة بعد التعافي ما تزال تمثل تحدياً كبيراً يواجه القائمين على تلك البرامج، حيث أشارت دراسات عالمية إلى أن غالبية المتعافين قد يعودون إلى التعاطي خلال الأشهر الأولى من مغادرتهم المراكز العلاجية (Hendershot et al., 2011؛ Marlatt & Donovan, 2005). وفي هذا السياق، تشير إحصاءات "المعهد الوطني لتعاطي المخدرات" في الولايات المتحدة إلى أن أكثر من ٦٠٪ من الأفراد الذين أنهوا العلاج يعودون للتعاطي خلال عام واحد، ما يؤكد أهمية تعزيز برامج الرعاية اللاحقة (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020). كما لفتت دراسات متعددة إلى أن نقص تكامل البرامج العلاجية مع خدمات الرعاية النفسية والاجتماعية وضعف المتابعة اللاحقة يُعدّان من أبرز العوامل المؤدية للانتكاسة (Dennis & Scott, 2007؛ McLellan et al., 2000). وفي المملكة العربية السعودية، استجابت المؤسسات الوطنية لهذا التحدي من خلال تطوير برامج متخصصة، من أبرزها: برنامج منزل منتصف الطريق الذي أُطلق عام ٢٠٠٩، ويستهدف المتعافين في المرحلة ما بعد العلاج من خلال تأهيلهم سلوكياً ومهنياً، وكذلك برنامج إشراقة داخل السجون، والذي يوفر بيئة تأهيلية شاملة ضمن نموذج المجتمعات العلاجية (اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، ٢٠٢٢). كما برزت مبادرات مثل برنامج "نبية" التوعوي في التعليم العام، وخدمة استشارات الإدمان عبر الرقم الموحد (١٩٥٥)، التي تمثل جزءاً من الاستجابة الوطنية متعددة المستويات لظاهرة التعاطي. وإلى جانب ذلك، تقدم جمعية تعافي الخيرية برامج علاجية وتأهيلية متكاملة تستهدف دعم المتعافين وأسرهم، في إطار شمولي يشمل تعديل السلوك، وتعزيز الاندماج الأسري والاجتماعي. إلا أن فاعلية هذه البرامج ما تزال محل تساؤل من قبل العاملين الميدانيين، نظراً لتكرار الانتكاسات، والتفاوت في جودة الخدمات المقدمة، والتحديات المؤسسية المرتبطة بنقص الكوادر أو التنسيق بين الجهات ذات العلاقة. من هذا المنطلق، تسعى هذه الدراسة إلى تحليل التحديات التي تواجه منظومة التأهيل والرعاية للمتعافين من الإدمان، من وجهة نظر العاملين في مراكز العلاج والتأهيل في السعودية، وذلك بهدف تطوير فهم أعمق لمواطن القوة والقصور، والخروج بتوصيات عملية تعزز من كفاءة البرامج العلاجية، وتدعم استدامة التعافي على المدى البعيد.

ثانياً: أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية: تتبع الأهمية النظرية لهذه الدراسة من كونها تتناول أحد أبرز الجوانب في منظومة مكافحة المخدرات، والمتمثل في مرحلة التأهيل والرعاية للمتعافين من الإدمان، وهي المرحلة التي يُعَوَّل عليها كثيراً لضمان استدامة التعافي والحد من حالات الانتكاسة. ويُعد تحليل واقع هذه البرامج من وجهة نظر العاملين الميدانيين خطوة أساسية لفهم التحديات البنيوية والمهنية التي قد تحد من فاعليتها، بما في ذلك كفاءة الكوادر، وآليات الرعاية اللاحقة، ودرجة التكامل المؤسسي. كما أن هذه الدراسة تسعى إلى المساهمة في الأدبيات العلمية الخاصة ببرامج التأهيل والوقاية، من خلال تقديم تصور علمي موثّق حول أوجه القوة والقصور، بما يسمح بتقويم سياسات التدخل الحالية، وتحفيز دراسات لاحقة تركز على فاعلية السياسات العلاجية في السياق العربي بشكل عام، والسعودي بشكل خاص.

ب- الأهمية التطبيقية: تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة في إمكانية الاستفادة من نتائجها وتوصياتها في تطوير الأداء المؤسسي للجهات المعنية بمجال علاج وتأهيل مدمني المخدرات، سواء كانت مراكز علاجية، أو برامج تأهيل مجتمعية، أو جمعيات أهلية. ويمكن تلخيص الجوانب التطبيقية المحتملة فيما يلي:

- توفير قاعدة بيانات نوعية تستند إلى آراء العاملين الميدانيين، مما يساعد في مراجعة وتحديث البرامج العلاجية والتأهيلية القائمة وفقاً للاحتياجات الواقعية.
- تمكين الجهات المختصة (مثل وزارة الصحة، وزارة الداخلية، واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات) من التعرف على أبرز التحديات والعقبات التي تحد من فاعلية برامج الرعاية والتأهيل، ووضع خطط لمعالجتها.
- اقتراح موجّهات استراتيجية عملية لتحسين جودة الخدمات المقدمة لفئة المتعافين، خاصة فيما يتعلق ببرامج الرعاية اللاحقة والمتابعة، والتي تُعد من العوامل الحاسمة في الحد من الانتكاسة.

ثالثاً: تساؤلات الدراسة:

- إلى أي مدى تتقارب أو تختلف التجربة السعودية عن التجارب الإقليمية والدولية في مجال الوقاية والتأهيل من المخدرات، وما إمكانية الاستفادة من تلك التجارب في تطوير البرامج محلياً؟

- ما العوامل التي يراها العاملون في برامج التأهيل مؤثرة في تحسين فعالية البرامج الوقائية الموجهة للحد من تعاطي المخدرات؟

- ما أبرز التحديات التي تواجه الكوادر العاملة في برامج التأهيل والرعاية عند التعامل مع فئة المتعافين من الإدمان؟

- ما المقترحات التي يقدمها العاملون ميدانياً لتطوير جودة وكفاءة البرامج العلاجية والتأهيلية في المملكة العربية السعودية؟

- ما نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT) المرتبطة بواقع برامج التأهيل والرعاية الحالية، وفقاً لآراء العاملين؟

رابعاً: أهداف الدراسة:

- التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين التجربة السعودية والتجارب الإقليمية والدولية في مجالي الوقاية والتأهيل من تعاطي المخدرات، واستكشاف إمكانية الاستفادة من أفضل الممارسات العالمية في تطوير البرامج المحلية.

- التعرف على العوامل التي يراها العاملون في برامج التأهيل مؤثرة في تحسين فعالية البرامج الوقائية الموجهة للحد من تعاطي المخدرات، من واقع خبراتهم الميدانية.

- التعرف على أبرز التحديات التي تواجه الكوادر العاملة في برامج التأهيل والرعاية عند تعاملهم مع فئة المتعافين من الإدمان، سواء على المستوى المهني أو المؤسسي.

- التعرف على المقترحات التي يقدمها العاملون ميدانياً لتطوير جودة وكفاءة البرامج العلاجية والتأهيلية في المملكة العربية السعودية بما يحقق استدامة التعافي ويقلل من احتمالية الانتكاسة.

- التعرف على نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT) المرتبطة بواقع برامج التأهيل والرعاية المطبقة حالياً، من وجهة نظر العاملين في هذا المجال، بهدف استخلاص موجهات استراتيجية للتطوير.

خامساً: مصطلحات الدراسة:

١. **التأهيل (Rehabilitation)** يعرف التأهيل بأنه: "مجموعة من الإجراءات العلاجية والنفسية والاجتماعية التي تهدف إلى تمكين الأفراد المتعافين من الإدمان من العودة إلى الحياة الطبيعية والمشاركة الفاعلة في المجتمع، من خلال مساعدتهم على اكتساب المهارات والمعارف اللازمة لتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي" (يعقوب، ٢٠١٢؛ الزين، ٢٠١٠). ويُنظر إلى التأهيل في سياق الإدمان على أنه عملية مستمرة تبدأ بعد الانسحاب الجسدي، وتهدف إلى تحقيق التوازن النفسي، وتعزيز الدافعية الداخلية، وإعادة دمج المتعافي في مجتمعه (غانم، ٢٠١٤).

يمكن تصنيف برامج التأهيل إلى بُعدين تكمليين البعد الأول: الوقاية (Prevention) ويشمل البرامج التي تستهدف الحد من تعاطي المخدرات قبل حدوثه، مثل مبادرة "نبه"، ومشروع "نبراس"، وبرامج التوعية المجتمعية. وتركز هذه البرامج على رفع الوعي، وتعزيز المهارات الوقائية، وتمكين الشباب من مواجهة المخاطر النفسية والاجتماعية (UNODC, 2022) البعد الثاني: الرعاية والعلاج (Treatment & Aftercare) ويتضمن التدخلات العلاجية والتأهيلية الموجهة للمتعافين من الإدمان، مثل برنامج منتصف الطريق، وإشرافه، وبرامج جمعية تعافي، والتي تهدف إلى تعزيز التعافي المستدام، من خلال الدعم النفسي والاجتماعي، التدريب المهني، والرعاية المجتمعية (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2019). ويعرف اجرائياً: جميع الخطط والبرامج والأنشطة التي تقدمها مراكز مثل برنامج منتصف الطريق، إشرافه، وجمعية تعافي، بهدف دعم المتعافين من الإدمان نفسياً، اجتماعياً، ومهنياً، وضمان عدم عودتهم للتعاطي.

٢. **الرعاية اللاحقة (Aftercare)** الرعاية اللاحقة هي: "المرحلة التي تلي العلاج الطبي المباشر من الإدمان، وتشمل سلسلة من الخدمات النفسية والاجتماعية والتأهيلية التي تهدف إلى منع الانتكاسة وتعزيز الثبات السلوكي والمهني والاجتماعي للمتعافي" (Latimer et al., 2000) وهي عنصر حاسم في استدامة التعافي، إذ تسد الفجوة بين الخروج من المركز العلاجي والعودة إلى الحياة اليومية. وتعرف اجرائياً: بأنها جميع الخدمات المقدمة بعد انتهاء فترة العلاج الطبي الأساسي، مثل جلسات المتابعة، ورش العمل، الدعم النفسي، ومجموعات الدعم الذاتي، بهدف دعم التعافي في حياته اليومية.

٣. **التحديات (Challenges)** في الإطار الاجتماعي والعلاجي، تُعرّف التحديات بأنها: "العوامل البنوية أو المؤسسية أو الشخصية التي تُعيق فاعلية البرامج المقدمة، أو تُضعف من قدرة العاملين على تقديم رعاية وتأهيل فعال للمتعافين" (Brown et al., 2015). وقد تشمل هذه التحديات: نقص الكوادر، ضعف التنسيق المؤسسي، نقص التمويل، الوصمة الاجتماعية، وعدم توفر برامج متابعة فعالة. ويقصد بها: المعوقات التي يحددها

المشاركون في الدراسة من العاملين، والتي تؤثر على جودة تنفيذ برامج التأهيل والرعاية، سواء كانت مرتبطة بالبيئة التنظيمية، أو الموارد، أو المتعافين أنفسهم. ويقصد بها: المعوقات التي يحددها المشاركون في الدراسة من العاملين، والتي تؤثر على جودة تنفيذ برامج التأهيل والرعاية، سواء كانت مرتبطة بالبيئة التنظيمية، أو الموارد، أو المتعافين أنفسهم.

سادساً: الإطار النظري للدراسة:

(أ) الدراسات السابقة:

أجرى المطيري (٢٠٢١) دراسة في مجمع الصحة النفسية بالمدينة المنورة هدفت إلى الكشف عن المعوقات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تحد من علاج المدمنين. أظهرت النتائج أن ضعف برامج الرعاية اللاحقة، وتفكك الأسرة، واستمرار العلاقة برفاق التعاطي، والتساهل القانوني من أبرز معوقات العلاج، مما يبرز أهمية التوجه إلى إعادة بناء بيئة داعمة للتعافي. أما سالم (٢٠٢٠) فقد ركزت دراسته على الصعوبات التي تعيق استفادة المتعافين من البرنامج العلاجي والتأهيلي. وتوصلت إلى أن الأسرة تمثل أحد أهم مصادر العوائق، بالإضافة إلى ضعف التنسيق بين المراكز العلاجية ومؤسسات المجتمع المدني، ما أدى إلى تعطيل اندماج المتعافين في المجتمع بعد التعافي. وفي السياق نفسه، هدفت دراسة آل عوض (٢٠١٨) إلى قياس فاعلية برامج مركز إشراقة للتأهيل والرعاية المستمرة للمدمنين بسجن الحائر في الرياض. أشارت النتائج إلى أن البرامج عززت ثقة النزلاء بأنفسهم، وساعدتهم على التكيف الاجتماعي والديني، لكنها كشفت في الوقت ذاته عن قصور في دعم الأسرة، وغياب مؤسسات المجتمع المدني في مساندة المتعافين. وفي دراسة أجراها براك (٢٠١٤)، تم فحص مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة في مستشفى الصحة النفسية بمنطقة حائل، من وجهة نظر المستفيدين. أوضحت النتائج أن هذه البرامج ساعدت المرضى على تقوية الإرادة والتماسك النفسي، إلا أن متابعة الحالات بعد الخروج من المستشفى كانت ضعيفة جداً، كما سجلت قصوراً في الجانب الوظيفي والاجتماعي. وقدمت دراسة الكندري (٢٠١٤) في الكويت، نتائج مهمة حول العوامل المؤثرة على الانتكاسة، أبرزها قصر فترة العلاج، وشدة الضغوط النفسية، ورفض المجتمع، وتكرار العلاقة مع المتعاطين. مما يعكس الحاجة إلى برامج دعم نفسي واجتماعي متكاملة تراعي هذه العوامل. وفي عام ٢٠١١، قام الشهراني بدراسة ميدانية على منزل منتصف الطريق في مجمعي إرادة بالرياض والدمام، وشملت نزلاء ومشرفين. أوضحت النتائج أن البرنامج يحقق أهدافه بدرجة جيدة، غير أن هناك حاجة لتطوير بيئة السكن، وتأهيل الكوادر، وتحسين الاستجابة للآزمات التي تواجه النزلاء. وعلى المستوى الدولي، أجرى Lian & Chu (٢٠١٥) مقابلات مع ١٧ نزلياً في مراكز التأهيل في ماليزيا، لقياس مستوى رضاهم عن البرامج التأهيلية وتوقعاتهم حول الانتكاسة. أظهرت النتائج أن الأغلبية راضون عن البرامج المقدمة، فيما عبّر بعضهم عن تخوفهم من الانتكاسة نتيجة نقص الدعم الاجتماعي بعد الخروج من المركز. أما Acri & Gogel (٢٠١٢) فقد أجريا مقابلات شبه منظمة مع ٢٨ مراهقاً و ٣٠ من أولياء أمورهم، بالإضافة إلى ٢٩ موظفاً في مراكز العلاج في الولايات المتحدة. أكدت النتائج على أهمية المشاركة المجتمعية والرعاية اللاحقة، وعلى الدور المحوري للعلاقات الأسرية وبرامج الدعم مثل "الانتني عشرة خطوة" في تعزيز استمرارية التعافي. وفي دراسة أجريت في هونغ كونغ على ٢١ متعافياً، أظهرت نتائج Cheung & Lee (٢٠٠٣) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تطوير مهارات التفكير العقلي وضبط الانفعالات، والقدرة على مواجهة المواقف الضاغطة، مما ساعد على خفض معدلات الانتكاسة بين المتعافين. وأخيراً، أكدت دراسة Bentler & Newcomb (١٩٩٢) على ضرورة تعزيز برامج الرعاية اللاحقة والتأهيل الممتد، مشيرة إلى أن الاعتماد على العلاج الدوائي وحده لا يكفي لتحقيق تعافٍ مستدام، إذ إن حوالي ٨٠٪ من الحالات المنتكسة لم تستكمل مراحل العلاج التأهيلي السلوكي والاجتماعي. توضح من العرض التحليلي للدراسات السابقة أن معظمها ركز على تقييم البرامج التأهيلية من وجهة نظر المستفيدين أو المتعافين من المخدرات، كدراسة آل عوض (٢٠١٨) التي أشارت إلى فاعلية مركز إشراقة في تحقيق أهدافه العلاجية، ودراسة براك (٢٠١٤) التي تناولت دور الرعاية اللاحقة في التأهيل الاجتماعي. بينما استعرضت دراسة الشهراني (٢٠١١) دور منازل منتصف الطريق، وأكدت على أهمية البيئة الداخلية والكوادر العاملة. وفي المقابل، ركزت بعض الدراسات الدولية مثل دراسة Lian & Chu (٢٠١٥) على تقييم رضا النزلاء، فيما تناولت Acri & Gogel (٢٠١٢) أهمية التفاعل الأسري في منع الانتكاسة. كذلك أوضحت دراسة Cheung & Lee (٢٠٠٣) أهمية العلاج المعرفي السلوكي في تعزيز الثقة والقدرة على ضبط النفس. لكن يلاحظ أن غالبية الدراسات السابقة لم

تعالج موضوع فعالية برامج التأهيل والرعاية من وجهة نظر العاملين أنفسهم، كما لم تتناول بالدراسة التحليل الاستراتيجي (SWOT) لهذه البرامج، وهو ما تشكل الدراسة الحالية فراغه العلمي. فالدراسة الراهنة تختلف عن الدراسات السابقة من حيث:

- تركيزها على الخبرات الميدانية للعاملين في البرامج (أخصائيين اجتماعيين ونفسيين، ومرشدي تعافٍ ودينيين).
 - تبنيها إطاراً تحليلياً متكاملاً يجمع بين التحليل المقارن للتجارب الدولية وتحليل الواقع المحلي.
 - استخدامها لتحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT) لاستخلاص توصيات استراتيجية عملية قابلة للتطبيق. ومن هنا فإن الدراسة الحالية تمثل امتداداً وتطويراً للدراسات السابقة، حيث تستند إلى الميدان وتستهدف تطوير جودة الخدمات المقدمة للمتعاين من المخدرات عبر فهم تحديات العاملين ومقترحاتهم للتطوير، مما يمنحها قيمة علمية وتطبيقية مضافة في أدبيات علم الاجتماع العلاجي والعمل الاجتماعي.
- سابعاً: الإسهامات المنهجية**

أ- نوع الدراسة ومنهجها: تُعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية، حيث تهدف إلى وصف الواقع القائم لبرامج التأهيل والرعاية المقدمة للمتعاين من الإدمان في المملكة العربية السعودية، وتحليل التحديات التي تواجه هذه البرامج من وجهة نظر العاملين فيها، واستخلاص موجهات تطويرية قائمة على تحليل الخبرات الميدانية.

ب- منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، لما له من ملاءمة في رصد الظواهر الاجتماعية وتفسيرها، خاصة ما يتعلق بتقييم البرامج الاجتماعية ومقارنة الفروق بين الممارسات المحلية والدولية، إضافة إلى توظيف تحليل SWOT لرصد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات في واقع برامج الرعاية.

ج- مجتمع الدراسة وعينتها: يتكون مجتمع الدراسة من العاملين في مراكز التأهيل والرعاية الخاصة بفئة المتعاين من تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية، وتحديداً في برامج: منزل منتصف الطريق، مركز إشراقة، وجمعية تعافي الخيرية. تم اختيار العينة بطريقة عمدية (غير احتمالية)، نظراً لطبيعة الدراسة التي تتطلب خبرات ميدانية معمقة من الفاعلين في البرامج. وقد تمثلت العينة في:

- (١٣) مشاركاً من العاملين في برنامج منتصف الطريق.
 - (١١) مشاركاً من العاملين في برنامج إشراقة.
 - (١٠) مشاركين من العاملين في جمعية تعافي الخيرية.
- وشملت العينة التخصصات التالية: أخصائيين اجتماعيين، أخصائيين نفسيين، مرشدين دينيين، ومرشدي تعافٍ.

د- أداة الدراسة: تم الاعتماد على أداة المقابلة الهاتفية شبه المنظمة، نظراً لملاءمتها لطبيعة البحث النوعي، وقد تم بناء دليل المقابلة استناداً إلى أهداف الدراسة ومحاورها الرئيسية، وتمحورت الأسئلة حول: العوامل المؤثرة في فعالية البرامج، التحديات المهنية والمؤسسية، مقترحات التطوير، ونقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات في البرامج الحالية.

هـ- صدق أداة الدراسة: للتأكد من صدق أداة المقابلة، تم عرضها على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة الأكاديمية والميدانية في مجالات علم الاجتماع، وعلاج الإدمان، والخدمة الاجتماعية، وقد أبدوا ملاحظاتهم، وتم تعديل الأداة وفقاً لها قبل التطبيق النهائي.

و- ثبات أداة الدراسة: نظراً لطبيعة الأداة النوعية (مقابلة شبه منظمة)، فقد تم التأكيد على ثباتها من خلال إجراء اختبار أولي (pilot interview) مع عدد محدود من المشاركين (٣ حالات)، ومقارنة إجاباتهم وتحليلها للتأكد من وضوح الأسئلة واتساقها، كما تم تدريب الباحث على استخدام أساليب التلخيص وإعادة التوجيه والتأكيد لضمان موثوقية البيانات المجمعة.

ز- مجالات الدراسة: المجال البشري: العاملون في برامج الرعاية والتأهيل لفئة المتعاين من الإدمان (اجتماعيون، نفسيون، مرشدون). المجال المكاني: ثلاث مؤسسات علاجية وتأهيلية في المملكة: برنامج منتصف الطريق، مركز إشراقة، وجمعية تعافي الخيرية. المجال الزمني: تم تنفيذ الدراسة خلال الفترة الممتدة بين نوفمبر - ديسمبر ٢٠٢٤ م.

- التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين التجربة السعودية والتجارب الإقليمية والدولية في مجالي الوقاية والتأهيل من تعاطي المخدرات، واستكشاف إمكانية الاستفادة من أفضل الممارسات العالمية في تطوير البرامج المحلية.

للإجابة على هذا السؤال تم أولاً عرض التجارب الدولية والإقليمية والعربية الخاصة بالمخدرات،

أ- التعرف على أهم البرامج الدولية والإقليمية والعربية الخاصة بالمخدرات:

- تجربة مكتب المخدرات والجريمة في الأمم المتحدة (UNODC) يساهم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة في تعزيز الأمن والسلام العالميين وحماية حقوق الإنسان والتنمية المستدامة، من خلال مواجهة آفة المخدرات والجريمة المنظمة. يعمل المكتب عبر أكثر من ٢٠ مكتباً ميدانياً في نحو ١٥٠ دولة، بالتعاون مع الحكومات والمنظمات غير الحكومية على تصميم وتنفيذ برامج متخصصة في مكافحة المخدرات والوقاية منها، تأخذ في الاعتبار السياقات المحلية لكل بلد. ولتحقيق هذه الأهداف، تم إطلاق استراتيجية شاملة للفترة من ٢٠٢١ إلى ٢٠٢٥ بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية (WHO)، تهدف إلى دعم الدول الأعضاء في بناء مجتمعات قادرة على الصمود، من خلال دراسة الروابط بين مشكلة المخدرات والتنمية المستدامة وحقوق الإنسان، وتحسين سبل الحصول على علاج فعال وتأهيلي قائم على الأدلة العلمية، وتعزيز قدرات تنفيذ القوانين الوطنية بطريقة مستدامة (UNODC, 2021). كما يولي المكتب اهتماماً خاصاً للوقاية الأسرية من خلال برامج المهارات الأسرية، وهي برامج تدريبية تهدف إلى تعزيز قدرات الوالدين على مراقبة الأبناء وبناء التواصل الأسري، ما يساهم في خفض نسب تعاطي المواد المخدرة لدى الأطفال والمراهقين. ويؤكد المكتب أن الوقاية من تعاطي المخدرات تكون أكثر فعالية عندما تُبنى على أسس علمية وتستند إلى إشراك مجتمعي واسع ومكونات تقييم مستمر (UNODC, 2021). تجربة جمهورية آيسلندا (Iceland): تُعد تجربة آيسلندا في الوقاية من المخدرات نموذجاً عالمياً رائداً، حيث نجحت هذه الدولة في خفض معدلات تعاطي المخدرات والكحول بين المراهقين بشكل ملحوظ منذ بداية تطبيق «نموذج الوقاية الآيسلندي» في عام ٢٠٠٥، والذي انبثق من دراسات اجتماعية بدأت في أواخر الثمانينات. ويعتمد هذا النموذج على مبادئ نظرية الضبط الاجتماعي لهيرشي ونظرية ميرتون في تفسير السلوك المنحرف، مع التركيز على التأثيرات البيئية أكثر من العوامل الفردية. ويتمحور البرنامج حول إشراك المجتمع، وأولياء الأمور، والمدارس، والمنظمات المحلية في تصميم وتنفيذ تدخلات وقائية تعتمد على بيانات علمية دقيقة تُجمع سنوياً حول أنماط حياة الشباب، وعلاقاتهم بالأصدقاء والأسرة، وطرق قضاء وقت الفراغ (Sifusdottir et al., 2008). ومن أبرز محاور النجاح هو تعزيز مشاركة الشباب في الأنشطة الرياضية والاجتماعية تحت إشراف مؤسسات رسمية، ورفع وعي الأسر بأهمية قضاء وقت أطول مع الأبناء، مما انعكس إيجاباً في تقليل احتمالات تعاطي المراهقين للمخدرات (Inge et al., 2020). كما تبنت الدولة نموذجاً للوقاية متعددة المستويات، يشمل الوقاية الأولية لمنع الاستخدام، والثانوية للكشف المبكر، والثالثة للعلاج وتقليل الضرر. تجربة اليابان (Japan): اتبعت اليابان سياسة صحية متكاملة لمعالجة قضايا تعاطي المخدرات، تركز على تمكين الأفراد وتوفير الدعم العلاجي والنفسي، بدلاً من الاكتفاء بالنهج العقابي. وقد عززت الحكومة الوعي المجتمعي بآثار المخدرات، وزادت من ميزانيات البرامج الوقائية، وأطلقت حملات توعوية موجهة للشباب، مع التركيز على إزالة وصمة العار المرتبطة بالتعاطي. كما سُنَّ قانون منع العودة إلى الإجرام عام ٢٠١٦، وتبعه إنشاء مكتب إجراءات مكافحة الإدمان داخل وزارة الصحة عام ٢٠١٨، والذي عمل على دمج خدمات الرعاية النفسية وإعادة التأهيل ضمن السياسات العامة، بالإضافة إلى توفير برامج مهنية داخل السجون وتعزيز الدعم المجتمعي بعد الإفراج. وقد أظهرت التقييمات أن الاعتماد على العلاج والدعم المجتمعي أكثر فاعلية من التركيز على العقوبات، لا سيما في الحالات البسيطة وغير العنيفة (Koto et al., 2020). تجربة أستراليا (Australia): تعتمد أستراليا على استراتيجية وطنية للمخدرات للفترة من ٢٠١٧ إلى ٢٠٢٦، تنطلق من ثلاثة محاور رئيسية: تقليل الطلب من خلال الوقاية والتأخير في بداية التعاطي، وتقليل العرض من خلال ضبط التوافر والتوزيع، وتقليل الضرر الناجم عن التعاطي عبر توفير بيئة صحية آمنة وتقديم الدعم للمستخدمين وأسرهم. وقد حققت الاستراتيجية السابقة (٢٠١٠-٢٠١٥) نتائج ملموسة، من أبرزها انخفاض معدل التدخين في أوساط طلاب الثانوية، وتراجع ملحوظ في استخدام الأدوية غير المشروعة، حيث تشير بيانات عام ٢٠١٤ إلى أن معدلات التعاطي بين الفئة العمرية ١٢-١٥ سنة كانت الأدنى منذ عام ١٩٨٤ (Department of Health, 2017). تجربة أيرلندا (Ireland): اعتمدت أيرلندا استراتيجية وطنية لمكافحة المخدرات (٢٠١٧-٢٠٢٥)

بعنوان "الحد من الضرر ودعم التعافي"، وتهدف إلى تعزيز الصحة العامة، وتطوير تدخلات للحد من الضرر، وتوفير الرعاية الشاملة، والربط بين سياسات المخدرات والصحة النفسية، وتمكين المجتمعات المحلية. وقد تميزت التجربة الإيرلندية بإنشاء المركز الوطني للعلاج من المخدرات الذي يُعد قاعدة بيانات متكاملة لرصد أنماط التعاطي وتوجيه السياسات، إلى جانب إنشاء خط مساعدة يعمل على مدار الساعة وتطبيق برامج إيواء تدريجي لمنع التشرذ بعد العلاج. وتعتمد أيرلندا على تعزيز المشاركة المجتمعية وتمكين المستفيدين وأسرهم في مراحل الوقاية والتأهيل (Irish National Focal Point, 2022) تجربة لوكسمبورغ (Luxembourg) تشمل الإستراتيجية الوطنية الخامسة للمخدرات في لوكسمبورغ (٢٠٢٠-٢٠٢٤) مزيجاً من التدخلات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وتركز على الوقاية كركيزة أساسية، لا سيما بين الفئات الشبابية. وتتولى "وزارة الأسرة" الرعاية والإدماج، بينما تتولى "وزارة الصحة" القيادة عبر لجنة بين وزارية تضم ممثلين حكوميين ومجتمعيين. وقد تم إنشاء المركز الوطني للوقاية من الإدمان للعمل في البيئات المختلفة كالمدارس ومراكز الشباب والسجون، إضافة إلى تقديم استشارات إلكترونية على مدار الساعة. كما تنتشر مراكز علاج وتأهيل تقدم خدمات شاملة تشمل السكن والرعاية والتدريب المهني، وأبرزها المركز العلاجي السكني في شرق لوكسمبورغ الذي يتيح الإقامة للمتعافين وأحياناً لأسرهم (National Focal Point in Luxembourg, 2021) تجربة كندا (Canada) بدأت كندا تنفيذ استراتيجيتها الوطنية لمكافحة المخدرات عام ٢٠٠٧، وتطورت لتشمل برامج وقاية موجهة للشباب والأسر، ودعم العلاج والتعافي، مع التركيز على التدريب المهني لمقدمي خدمات الإدمان. وتوفر الاستراتيجية العلاج تحت إشراف المحكمة كبديل للعقوبة في الحالات البسيطة. كما أطلقت مبادرة البحوث الكندية لعلاج إساءة استخدام المواد (CRISM) التي تُسهم في ترجمة الأدلة إلى سياسات وعلاجات فعالة. وتستند إستراتيجية الصحة العامة والسلامة (CDSS) إلى مبادئ تشمل التعامل مع المتعافين باحترام، والاعتراف بتأثير السياسات على المجتمعات المهمشة، والاستفادة من البيانات البحثية في صنع القرار، وتوفير خيارات العلاج والرعاية المتكاملة (Government of Canada, 2021) تجربة رومانيا (Romania): تركز الاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات في رومانيا (٢٠١٣-٢٠٢٠) على حماية الفئات الضعيفة عبر الوقاية والتثقيف، وتوجيه الأفراد للأنشطة الترفيهية، وتعزيز دور الأسرة، وتنفيذ مشاريع وقائية موجهة للفئات المعرضة للخطر كالسجناء وضحايا العنف الأسري. ومن المشاريع النموذجية مشروع "Fred goes net" الذي يستهدف الشباب غير المدمنين الذين تم ضبطهم لتعاطي المخدرات، بتوجيههم لمراكز الوقاية، وهو مشروع يتطلب تدريباً متخصصاً. كما تعمل منظمات غير حكومية مثل ARAS و Carusel على تقديم خدمات الحد من الضرر للمستخدمين بالحقن، رغم الانخفاض التدريجي في أعداد المستفيدين (EMCDDA, 2019) تجربة أبو ظبي (الإمارات العربية المتحدة) تتبنى إمارة أبو ظبي استراتيجية متكاملة (٢٠٢٢-٢٠٢٤) تركز على الوقاية والكشف والعلاج، وتتضمن إدماج برامج توعوية في المناهج الدراسية، وإطلاق مبادرات شبابية باستخدام التكنولوجيا، وتوفير برامج للرعاية اللاحقة وتأهيل المتعافين. ويُعد المركز الوطني للتأهيل في مؤسسة محورية في تنفيذ هذه الإستراتيجية، حيث يقدم خدمات علاجية داخلية وخارجية، ويعمل على إعادة دمج المتعافين عبر التدريب المهني، كما يدير برامج خاصة للرعاية اللاحقة وفق أدلة علمية (دائرة تنمية المجتمع، ٢٠٢٢) تجربة مصر (Egypt) تشرف على جهود مكافحة الإدمان في مصر جهتان رئيسيتان: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، والجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات. تأسس الصندوق عام ١٩٩١ بهدف الوقاية وتقديم العلاج المجاني بالتعاون مع الجهات الحكومية، ويركز على إشراك الشباب والأسرة، ويقدم برامج تدريبية وتوعوية. أما الجمعية، التي تعود إلى عام ١٩٠٥، فتقدم خدمات علاجية واجتماعية وإرشادية، من خلال عيادة متخصصة أنشئت عام ١٩٦٩، وتقوم على متابعة المدمنين وأسرهم، ونشر الوعي المجتمعي (أبو النصر، ٢٠١٦) تجربة سلطنة عمان (Oman) تُعد سلطنة عمان من الدول التي أدركت مبكراً خطورة الإدمان، فأنشأت إدارة متخصصة في شرطة عمان السلطانية، إلى جانب اللجنة الوطنية لشؤون المخدرات عام ٢٠٠٠. وتعمل وزارة الصحة على تقديم العلاج من خلال مستشفى ابن سينا الذي يضم قسمًا متخصصًا منذ عام ٢٠٠٣، إضافة إلى جهود وزارة التنمية الاجتماعية في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والمادي للمتعافين وأسرهم (الوهيبية، ٢٠١٢) تجربة البحرين (Bahrain) طبقت البحرين برنامجاً توعوياً فريداً لمكافحة العنف والإدمان بعنوان "معاً"، بالتعاون مع وزارة الداخلية والمنظمة الأمريكية لمكافحة الإدمان، وهو برنامج أمريكي الأصل تم تكيفه محلياً، ويستهدف الطلبة والمدارس. ويُعد البرنامج وسيلة لكسر الحواجز بين الشرطة والطلاب وتعزيز المهارات الحياتية. واستفاد منه أكثر من

٢٧,٠٠٠ طالب في ٥٥ مدرسة، مما عزز من وعيهم بمخاطر التدخين والإدمان ودور الشرطة (أبو النصر، ٢٠١٦) وتشير بيانات الجمعية لعام ١٤٣٩هـ إلى استفادة (٦٧٠) مستفيدًا من خدماتها، بينما بلغ عدد العاملين فيها (٢٣) موظفًا فقط، من بينهم (٧) أخصائيين اجتماعيين و(٢) أخصائيين نفسيين (جمعية تعافي، ٢٠١٩).

ب- تحليل أوجه التشابه والاختلاف بين التجربة السعودية والتجارب الإقليمية والدولية في مجالي الوقاية والتأهيل من تعاطي المخدرات:

١. **الإطار النظري والاستراتيجي:** المملكة العربية السعودية: تتبنى السعودية نهجًا تقليديًا يركز على الجوانب الأمنية والعقابية في مكافحة المخدرات، مع بعض المبادرات التوعوية والعلاجية. تشمل البرامج الحالية حملات توعية، ومراكز علاجية، وبرامج إعادة تأهيل، إلا أن التركيز لا يزال منصبًا على الردع والعقوبة (Al-Haqwi et al., 2023) آيسلندا: تُعرف بتطبيق "النموذج الآيسلندي للوقاية"، الذي يركز على تقوية العوامل الوقائية في البيئة المحيطة بالشباب، مثل الأسرة، المدرسة، والمجتمع. أدى هذا النموذج إلى انخفاض كبير في معدلات تعاطي المخدرات بين المراهقين (Kristjansson et al., 2020) كندا: تعتمد كندا على استراتيجية شاملة تُعرف بـ"استراتيجية المخدرات والمواد الكندية"، التي تركز على أربعة محاور: الوقاية والتعليم، الخدمات والدعم، الأدلة، والسيطرة على المواد. تُركز الاستراتيجية على تقليل الأضرار وتوفير الدعم للأفراد المتأثرين (Government of Canada, 2023) لوكسمبورغ: تتبنى لوكسمبورغ استراتيجية وطنية شاملة لمكافحة المخدرات، تركز على الوقاية، العلاج، تقليل الأضرار، والإنفاذ. تشمل الاستراتيجية التعاون بين القطاعات المختلفة وتوفير خدمات شاملة للمستخدمين (Ministry of Health, Luxembourg, 2020).

٢. **التكامل المؤسسي والتعاون بين القطاعات:** السعودية: يوجد تعاون بين الجهات المختلفة، مثل وزارة الداخلية ووزارة الصحة، إلا أن هناك حاجة لتعزيز التنسيق والتكامل بين القطاعات المختلفة، بما في ذلك التعليم، الشؤون الاجتماعية، والمجتمع المدني. الدول الأخرى: تُظهر التجارب الدولية أهمية التكامل بين القطاعات المختلفة في مكافحة المخدرات. على سبيل المثال، تعتمد آيسلندا على التعاون بين الأسرة، المدرسة، والمجتمع، بينما تُشارك كندا ولوكسمبورغ القطاعات الصحية، التعليمية، والاجتماعية في تنفيذ الاستراتيجيات.

٣. **التركيز على الفئات المستهدفة:** السعودية: تُركز البرامج الحالية على الشباب، مع بعض المبادرات الموجهة للفئات الأخرى. إلا أن هناك حاجة لتوسيع نطاق البرامج لتشمل الفئات الضعيفة والمعرضة للخطر، مثل النساء، السجناء، والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. الدول الأخرى: تُظهر التجارب الدولية أهمية التركيز على الفئات المستهدفة وتقديم برامج مخصصة تلبي احتياجاتهم. على سبيل المثال، تُقدم كندا خدمات مخصصة للفئات المختلفة، بما في ذلك برامج تقليل الأضرار وخدمات الدعم (Government of Canada, 2023).

٤. **استخدام البيانات والأدلة في تصميم البرامج:** السعودية: تُشير الدراسات إلى الحاجة لتعزيز جمع البيانات وتحليلها لتصميم برامج فعالة تستند إلى الأدلة. الدول الأخرى: تعتمد الدول الأخرى على جمع البيانات وتحليلها لتصميم وتقييم البرامج. على سبيل المثال، يعتمد النموذج الآيسلندي على جمع البيانات السنوية حول أنماط حياة الشباب لتصميم التدخلات المناسبة (Kristjansson et al., 2020) وبذلك تُظهر المقارنة أن المملكة العربية السعودية قد استفادت من بعض المبادرات في مكافحة المخدرات، إلا أن هناك حاجة لتعزيز الاستراتيجيات الحالية من خلال:

- تبني نهج شامل: يشمل الوقاية، العلاج، تقليل الأضرار، وإعادة التأهيل، مع التركيز على الجوانب الصحية والاجتماعية.
- تعزيز التكامل المؤسسي: من خلال التعاون بين القطاعات المختلفة، بما في ذلك الصحة، التعليم، الشؤون الاجتماعية، والمجتمع المدني.
- التركيز على الفئات المستهدفة: وتقديم برامج مخصصة تلبي احتياجاتهم.
- استخدام البيانات والأدلة: في تصميم وتقييم البرامج لضمان فعاليتها.
- تطوير برامج وقائية قائمة على البيانات: جمع وتحليل البيانات المحلية حول أنماط تعاطي المخدرات لتصميم تدخلات مخصصة وفعالة.
- التعرف على العوامل المساهمة في تحسين فعالية البرامج الوقائية الموجهة للحد من تعاطي المخدرات، من واقع خبراتهم الميدانية.

أ- الخصائص الديموغرافية لعينة العاملين: جدول رقم (١) توزيع أفراد عينة العاملين وفق الخصائص الديموغرافية:

العمر	العدد	النسبة %
أقل من 30 سنة	١٠	29.41
سنة 30-39	٨	23.53
سنة 40-49	٨	23.53
سنة فأكثر 50	٨	23.53
المستوى التعليمي	العدد	النسبة %
دبلوم	١٣	38.24
بكالوريوس	١٠	29.41
ماجستير	٧	20.59
دكتوراة	٤	11.76
المسمى الوظيفي	العدد	النسبة %
مرشد علاجي	٨	23.53
طبيب نفسي/عام	٨	23.53
أخصائي نفسي	٧	17.65
أخصائي اجتماعي	٦	14.71
مشرف برنامج	٥	11.76
سنوات الخبرة	العدد	النسبة %
أقل من ٣ سنوات	٦	17.65
من ٣-٦ سنوات	٧	20.59
من ٦-٩ سنوات	١٠	29.41
١٠ سنوات فأكثر	١١	32.35
المجموع		١٠٠%

تشير نتائج التوزيع الديموغرافي للعينة إلى أن الفئة العمرية الغالبة بين المشاركين هي فئة من هم دون سن الثلاثين، حيث بلغت نسبتهم (٢٩.٤١٪)، مما يعكس هيمنة الكوادر الشابة داخل مراكز التأهيل، في حين توزعت بقية العينة بالتساوي على الفئات العمرية الأخرى من ٣٠ إلى ٣٩ سنة، ومن ٤٠ إلى ٤٩ سنة، ومن ٥٠ سنة فأكثر، بنسبة (٢٣.٥٣٪) لكل فئة، وهو ما يعكس تنوعاً إيجابياً في أعمار العاملين قد يسهم في تبادل الخبرات وتعدد وجهات النظر في التعامل مع المستفيدين. أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، فقد تبين أن أعلى نسبة من المشاركين يحملون مؤهل الدبلوم بنسبة (٣٨.٢٤٪)، تليها درجة البكالوريوس بنسبة (٢٩.٤١٪)، ثم الماجستير بنسبة (٢٠.٥٩٪)، وأخيراً الدكتوراه بنسبة (١١.٧٦٪). ويعكس هذا التوزيع اعتماد المراكز بدرجة كبيرة على كوادر تعليمها دون الجامعي، وهو ما يسلب الضوء على أهمية تطوير مسارات التدريب والتأهيل المستمر لهؤلاء العاملين لرفع جودة الخدمات المقدمة. وفيما يخص التوزيع وفق المسمى الوظيفي، أظهرت البيانات أن النسبة الأعلى كانت من المرشدين العلاجيين والأطباء النفسيين أو العاميين، حيث شكّلت كل فئة منهما (٢٣.٥٣٪)، تلاهم الأخصائيون النفسيون بنسبة (١٧.٦٥٪)، ثم الأخصائيون الاجتماعيون بنسبة (١٤.٧١٪)، في حين جاءت أقل نسبة لدى مشرفي البرامج بنسبة (١١.٧٦٪). ويلاحظ من هذا التوزيع وجود تركيز على الأدوار العلاجية والوقائية أكثر من الإشرافية، وهو ما قد يشير إلى الحاجة لتعزيز البنية الإدارية وتطوير مهارات القيادة داخل الفرق العاملة. وبالنسبة إلى سنوات الخبرة، فإن النسبة الأكبر كانت من المشاركين الذين لديهم خبرة تفوق ١٠ سنوات (٣٢.٣٥٪)، تليهم فئة من لديهم خبرة بين ٦ و ٩ سنوات (٢٩.٤١٪)، ثم من تراوحت خبراتهم بين ٣ و ٦ سنوات (٢٠.٥٩٪)، وأخيراً من كانت خبراتهم أقل من ٣ سنوات (١٧.٦٥٪). ويدل ذلك على أن العينة تضم مزيجاً متوازناً بين أصحاب الخبرة الطويلة والكوادر الشابة، مما يعزز من فرص بناء فرق علاجية متكاملة تجمع بين الخبرة الميدانية والتجديد المهني. بشكل عام، تعكس هذه المؤشرات تنوعاً إيجابياً في العينة من حيث العمر، الخبرة، والتخصصات، إلا أن ارتفاع نسبة الحاصلين على مؤهلات دون الجامعية يدعو إلى تعزيز خطط التدريب المهني، والارتقاء بالمستوى العلمي والمهاري للكوادر بما يواكب التحديات المعقدة المرتبطة ببرامج التأهيل والوقاية من الإدمان.

- التعرف على العوامل المساهمة في تحسين البرامج الوقائية:

عند سؤال المشاركين عن رؤيتهم لتطوير وتحسين البرامج الوقائية من المخدرات، عبّر العاملون مع فئة المتعافين عن مجموعة واسعة من التصورات والملاحظات، استندت في معظمها إلى خبراتهم العملية وملاحظاتهم لتكرار حالات التعاطي، والفراغ الوقائي الذي سبق تعاطي العديد من الحالات. وكانت على النحو التالي:

- التركيز على الجانب التربوي والسلوكي (76.5) أشاروا إلى أن البرامج الوقائية الحالية تفتقر إلى أدوات فعالة لتعديل السلوك والتنشئة الاجتماعية المبكرة. واقترحوا إدماج برامج تدريبية في المدارس وبيئات النشء تهدف إلى:
 - غرس القيم الوقائية.
 - تعليم مهارات حل المشكلات والضبط الذاتي.
 - مقاومة ضغط الأقران". حيث أشار أحد العاملين إلى أن معظم اللي انتكسوا كان عندهم ضعف في الوعي السلوكي... ما يعرف يقول (لا) ولا عنده قدرة يواجه مغريات البيئة. نحتاج ندخل بيوتهم ومدارسهم بمحتوى تربوي حقيقي".
- إدماج الأسر في برامج الوقائية: أشار (٢١) من عينة العاملين بنسبة (٦١.٧٪) إلى إدماج الأسرة في البرامج الوقائية حيث أشاروا إلى أن كثيراً من الأسر تعاني من الجهل التام بعلامات الخطر المبكر للتعاظمي، أو تفتقر إلى مهارات التعامل مع المراهقين". فعلى سبيل المثال ذكر أحد العاملين "شفت كثير من أولياء الأمور يكتشفون الإدمان بعد ما يفوت الأوان... لو فيه برامج للأهالي تشرح كيف يراقب ويتواصل ويكتشف، كان أنقذنا حالات كثيرة".
- تطوير المحتوى الوقائي بما يناسب الفئات العمرية 18 (52.9%) مشاركاً أبدوا ملاحظات بأن المواد الوقائية موحدة بنسبة (٥٢.٩٪) ، ولا تراعي اختلاف الاحتياجات بين مثلاً المراهقين والشباب، وهو ما يحد من فاعليتها". الرسائل التي توصل للطالب في المرحلة المتوسطة لازم تختلف عن طالب الجامعة... نحتاج برامج متدرجة حسب المرحلة العمرية".
- استخدام أساليب تفاعلية وميدانية بدلاً من المحاضرات النظرية:
- (٤٧٪) اقترحوا الاعتماد على المحاكاة، والدrama، والتجارب الواقعية في التوعية، بدلاً من الاكتفاء بالنصوص والمطويات التقليدية. حيث ذكر أحد العاملين "الشباب ما يتفاعل مع محاضرة، لكن ممكن يبكي لو شاف تمثيل واقعي أو سمع قصة حقيقية".
- تأهيل العاملين في الوقاية وتبادل الخبرات: (٣٨.٢٪) أكدوا أهمية أن يخضع العاملون في مجال الوقاية لتدريب حديث ومكثف، بما يشمل:
 - التطورات في علم الوقاية والإرشاد.
 - التعرف على أنماط التفكير المدمر.
 - تعلم مهارات الإقناع والتأثير السلوكي". حيث ذكر أحد العاملين "المحتوى يتطور، وطرق الإقناع تغيرت، وإحنا ما زلنا نستخدم نفس الأدوات من ١٠ سنين... نحتاج تدريب دوري".
- إشراك المتعافين في الحملات الوقائية: اقترح (٢٦.٤٪) أن يكون للمتعافين دور في التوعية، من خلال سرد تجاربهم أمام الفئات المستهدفة، لما لذلك من تأثير واقعي وقوي. على سبيل المثال قول أحد المشاركين (مشرف تعاف): "الناس تصدق المجرب، مش اللي يقرأ من ورقة... المتعافي لما يحكي تجربته قدام طلاب، يوصل الرسالة أكثر من أي بروشور ويتضح من استجابات عينة العاملين مع فئة المتعافين أن البرامج الوقائية الحالية تعاني من ضعف في التخصيص والتفاعل والمهنية، ويؤكد المشاركون أن أي تطوير فعال يتطلب:
 - بناء برامج سلوكية تطبيقية واقعية.
 - دمج الأسرة بوصفها حائط الصد الأول.
 - تأهيل الكادر الوقائي بشكل مستمر.
 - استثمار قصص وتجارب المتعافين لتكون أدوات توعية مؤثرة.
- التعرف على المقترحات التي يقدمها العاملون ميدانياً لتطوير جودة وكفاءة البرامج العلاجية والتأهيلية في المملكة العربية السعودية بما يحقق استدامة التعافي ويقلل من احتمالية الانتكاسة. عند سؤال عينة العاملين مع فئة المتعافين عن رؤيتهم لتطوير البرامج التأهيلية للمساعدة في الحد من الانتكاسة وتحقيق التعافي المستدام، أشار المشاركون إلى مجموعة من التحديات الجوهرية التي تواجه هذه البرامج، واقترحوا حلولاً تستند إلى تجاربهم الميدانية وملاحظاتهم المتكررة لحالات الانتكاس والنجاح. وقد تركزت أبرز المقترحات حول الجوانب النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، إلى جانب أهمية التكامل بين المؤسسات، وضرورة تأهيل الكوادر العاملة، وتفعيل المتابعة بعد انتهاء البرنامج. وفيما يلي أبرز هذه المقترحات وجاءت كالتالي:

- تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي المستمر بعد التعافي: أشار عدد من المشاركين (٦٤.٧٪) إلى ضرورة وجود متابعة نفسية واجتماعية منتظمة بعد انتهاء البرنامج العلاجي، لتقليل فرص الانتكاسة. "كثير من اللي انتكسوا ما لقوا أحد يحتويهم بعد ما طلعوا... كانوا محتاجين جلسة دعم واحدة بس قبل ما يرجعوا".
- تصميم برامج مهنية لتمكين المتعافين اقتصادياً: (٥٨.٨٪) من المشاركين اقترحوا إدماج التأهيل المهني ضمن برامج التعافي، كالتدريب على الحرف أو ريادة الأعمال، لتوفير مصدر دخل وحافز للاستقرار. "ما يكفي تخرجه من المركز... لازم نعطيه صنعة أو مشروع يعيش منه".
- تخصيص محتوى علاجي حسب الفئة العمرية والتاريخ الإدماني: (٥٢.٩٪) أشاروا إلى أن البرامج الحالية "عامّة جداً"، ولا تراعي الفروق بين المراهق، والشاب، ومن لديه سوابق طويلة، مما يقلل من فاعليتها. "العلاج ما ينفع يكون قالب واحد... اللي عمره ١٨ مو مثل اللي عمره ٤٠".
- دمج الأسرة في الخطة التأهيلية للفرد المتعافي: (٤٧.٠٪) شددوا على أن تجاهل دور الأسرة في عملية التأهيل يُضعف من فرص النجاح؛ واقترحوا جلسات توعية للأهل خلال فترة الإقامة.
- التكامل بين المؤسسات (الصحة، العمل، التعليم، الجمعيات): (٤١.٢٪) من المشاركين رأوا أن البرامج التأهيلية منفصلة عن باقي الخدمات، وأن ربطها بالمؤسسات الأخرى سيعزز فرص الدمج المجتمعي للمتعافي. "لو فيه تنسيق مع الجهات الحكومية كان المتعافي لقي وظيفة، أو فرصة تعليم، مو يرجع لنفس البيئة".
- إعداد كوادر مؤهلة بالتخصصات النفسية والاجتماعية والإدمانية: (٣٨.٢٪) أكدوا نقص الكفاءات في بعض مراكز التأهيل، واقترحوا تطوير الكوادر من خلال التدريب المستمر أو التعاقد مع مختصين.
- إنشاء وحدات مرافقة للرعاية اللاحقة (Follow-up Units): (٣٥.٢٪) اقترحوا أن تتبع كل مركز تأهيلي وحدة خارجية تزور المتعافين بعد خروجهم، وتقدم استشارات وتدخّلات عاجلة عند الحاجة. "لو فيه ناس تزوره كل أسبوعين أو يتواصلون معه كان حس إنه مو وحده". ونُظّهر نتائج المقابلات أن التحديات في البرامج التأهيلية تتركز في غياب التكامل، ضعف التخصيص، وقصور المتابعة بعد التعافي، ويرى المشاركون أن تحسين هذه البرامج يتطلب:
 - ربط البرامج بسوق العمل ومهارات الحياة.
 - توفير دعم نفسي وأسري متكامل.
 - تطوير المهارات المهنية للمشاركين والكادر معاً.
 - توفير رعاية لاحقة فعالة ومتواصلة.
- التعرف على أبرز التحديات التي تواجه الكوادر العاملة في برامج التأهيل والرعاية عند تعاملهم مع فئة المتعافين من الإدمان، سواء على المستوى المهني أو المؤسسي. عكست إجابات عينة العاملين في المراكز التأهيلية تعدد التحديات التي تُعيق تطبيق البرامج بفعالية. وقد توزعت هذه التحديات على عدة مستويات جاءت كالتالي:
 - ضعف انضباط المستفيدين وتذبذب التزامهم بالبرنامج: (حوالي ٧٠.٥٪) أشاروا إلى أن عدداً من المتعافين يُظهرون التزاماً منقطعاً، خاصة في المراحل المتوسطة أو المتقدمة من البرنامج. "بعضهم يدخل بدافع الضغط الأسري أو القضاء، لكن بدون قناعة داخلية... وبعد فترة ينسحب أو يتعامل بسلبية".
 - غياب الدافعية الذاتية للتعافي لدى بعض المستفيدين: (64.7) أشاروا إلى أن ضعف الحافز الشخصي نحو التعافي يُعد تحدياً كبيراً، خاصة حين يكون الدخول للمركز غير طوعي للعلاج الإجباري ما يثمر، لازم المريض يكون مقتنع إنه بيبي يتغير".
 - نقص الكوادر المتخصصة والمؤهلة في مجال علاج الإدمان: (58.8) أفادوا بأن بعض العاملين ليس لديهم تدريب كافٍ في التعامل مع المدمنين أو خلفيات نفسية متخصصة. "بعض الزملاء جيديين في الطب أو الخدمة الاجتماعية، لكن ما عندهم فهم عميق للإدمان كسلوك معقّد".
 - قلة التنوع في الأنشطة والبرامج داخل المركز: (55.8) أكدوا أن البرامج الحالية تتركز على المحاضرات واللقاءات الجماعية، وتفتقر للأنشطة العملية والتدريبية أو برامج المهارات الحياتية. "الروتين اليومي ممل... ما فيه ورش عمل، أو أنشطة رياضية كافية، وهذا يسبب فتور وملل".
 - ضعف إمكانيات البنية التحتية داخل بعض المراكز (50.0) من المشاركين بيّنوا أن البيئة المادية داخل المركز (من مرافق، مساحات، تجهيزات) لا تساعد على التأهيل الشامل.

- قلة الدعم الأسري أو مقاومة الأسرة لعملية التأهيل: (47.0) أشاروا إلى أن كثيرًا من الأسر لا تتعاون مع المركز، بل تُحمل المتعافي المسؤولية الكاملة وتتغزل عنه. "بعض الأسر ترفض حتى تزوره، أو تحضر الجلسات معنا، وهذا يقتل فيه الأمل".
- العودة إلى البيئة المحفزة على التعافي بعد الخروج: (44.1) أكدوا أن كثيرًا من المتعافين يعودون لبيئات مشجعة على التعافي (أصدقاء، حارات، ضغوط اجتماعية).
- ضعف التنسيق بين المركز والجهات الحكومية والمجتمعية: (41.1) ذكروا أن التواصل مع جهات مثل وزارة العمل، التعليم، البلديات، أو الجمعيات الأهلية غير فعال. "لو فيه تنسيق جاد، كان وفرنا له شغل أو دراسة تساعده يستقر بعد خروجه".
- الروتين الإداري وتقييد الابتكار في البرنامج (38.2) أفادوا أن البيروقراطية تُعطل أي مبادرة تطويرية، سواء كانت تقنية، أو علاجية، أو تثقيفية.
- تعدد حالات الانتكاس داخل المركز ذاته (35.2) عبّروا عن قلقهم من حدوث حالات انتكاسة داخل البرنامج، مما يخلق مناخًا سلبيًا لدى الآخرين.
- عدم وجود تقييم دوري فعال لمدى تقدم المستفيدين: (32.3) أشاروا إلى غياب نظام دقيق لقياس مدى تحسن كل حالة، مما يصعب ضبط البرامج وفق احتياجات كل فرد. "بعضهم يمر على الجلسات مرور الكرام، وما عندنا مقياس يقول إذا استفاد فعلاً أو لا".
- التحديات المرتبطة بالحالات المعقدة (ازدواجية اضطراب نفسي + تعاطي): (29.4) ذكروا أن بعض المتعافين لديهم أمراض نفسية مصاحبة (مثل الاكتئاب، أو الاضطراب الوجداني)، ولا توجد آلية علاج متكاملة لهم داخل المركز. "فيه شباب ما يكفي معهم علاج الإدمان... عندهم أمراض تحتاج تدخل طبي متخصص أكثر" يتضح من هذه الإفادات أن البرامج التأهيلية في المراكز تواجه تحديات مركبة ومتداخلة تتطلب استجابة منهجية على مستويات عدة، أبرزها:
 - تحفيز المستفيد وتعزيز الدافعية الذاتية.
 - تأهيل الكوادر واستقطاب التخصصات الدقيقة.
 - تحسين البنية التحتية والأنشطة المصاحبة.
 - بناء شراكات فاعلة مع الأسرة والمجتمع.
 - وضع مؤشرات أداء ومقاييس فعالة للتقييم.
- التعرف على نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات (SWOT) المرتبطة بواقع برامج التأهيل والرعاية المطبقة حاليًا، من وجهة نظر العاملين في هذا المجال، بهدف استخلاص موجهات استراتيجية للتطوير: للإجابة على سؤال الدراسة المتعلق بـ "التعرف على نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات (SWOT) المرتبطة بواقع برامج التأهيل والرعاية المطبقة حاليًا، من وجهة نظر العاملين في هذا المجال، بهدف استخلاص موجهات استراتيجية للتطوير"، فقد تم الاعتماد على مسارين تكميليين:
 - المسار الأول: مراجعة شاملة للأنظمة والتشريعات والسياسات الوطنية، وتحليل الجهود المؤسسية في مجالات الوقاية، التأهيل، والرعاية اللاحقة، كما ورد في الوثائق الرسمية والتقارير الإحصائية ذات الصلة.
 - المسار الثاني: تحليل نتائج المقابلات الهاتفية التي أجريت مع نخبة من العاملين الميدانيين في برامج التأهيل، من أخصائيين نفسيين واجتماعيين ومرشدي تعافٍ، والذين يمثلون ثلاث جهات مركزية في منظومة الرعاية: برنامج منتصف الطريق، برنامج إشراق، وجمعية تعافي.ومن خلال الدمج بين المعطيات الرسمية والميدانية، تم بناء تصور متكامل لوضع منظومة التأهيل الحالية في المملكة العربية السعودية، بما يُتيح تطبيق أداة تحليل SWOT لتحديد أبرز مواطن القوة، ونقاط القصور، والفرص الممكنة، والتحديات القائمة، على النحو التالي.
- أ- الأنظمة والتشريعات. شهدت المملكة العربية السعودية تطورات ملحوظة في السياسات والبرامج الموجهة لمكافحة تعاطي وإدمان المخدرات، حيث تم استعراض منظومة متكاملة من التدخلات تشمل الأطر النظامية، والبرامج الوقائية، وجهود التأهيل، والرعاية اللاحقة. ويمكن تلخيص هذه الجهود ضمن المحاور الآتية:
 - أولاً: السياسات والأنظمة في إطار تعزيز الدور المؤسسي لمحاربة المخدرات، صدر قرار مجلس الوزراء رقم (٥٢٥) بتاريخ ١٤٤٤/٨/١هـ، القاضي بتعديل المادة الخامسة من تنظيم اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، وذلك بالتزامن مع الحملة الوطنية الشاملة لمكافحة المخدرات، مما يعكس اهتمام الدولة بتفعيل أدوارها الوقائية والتأهيلية (هيئة الخبراء، ٢٠٢٢). كما تم تعديل تنظيم اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات (الصادر عام ٢٠٠٩م) بهدف تطوير كفاءة اللجنة، حيث تضمنت التعديلات:

• منح اللجنة شخصية اعتبارية واستقلالاً إدارياً ومالياً، مع ارتباطها بالأمانة العامة لمجلس الوزراء.

• السماح بإنشاء فرق عمل في مختلف مناطق المملكة بقرارات مستقلة من اللجنة.

• تخصيص ميزانية مستقلة ضمن ميزانية الأمانة العامة لمجلس الوزراء لدعم أعمال اللجنة (هيئة الخبراء، ٢٠٢٢).

من جانب آخر، يتضمن نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/٣٩) بتاريخ ١٤٢٦/٧/٨هـ، عدة مواد تنظيمية مهمة، لعل أبرزها المادة (٤٢) التي تُعد من المواد الحيوية والتي قد يجهلها بعض المرضى وذويهم. تنص هذه المادة على أنه لا تُقام الدعوى ضد من يتقدم للعلاج طوعية من الإدمان، سواء بنفسه أو من خلال أحد أقاربه، شريطة تسليم ما بحوزته من مواد مخدرة، الأمر الذي يعزز البعد العلاجي والوقائي للنظام (وزارة العدل، ٢٠٢٣). أما فيما يتعلق بالصحة النفسية، فقد صدر نظام الرعاية الصحية النفسية الذي نص في مادته رقم (١٣) على إمكانية إدخال المريض إلزامياً إلى المنشآت العلاجية النفسية، إذا توافرت دلائل على إصابته باضطراب نفسي شديد وكانت الإقامة ضرورية للعلاج أو لمنع تدهور حالته (وزارة الصحة، ٢٠٢٢). كما أطلقت المملكة حملة أمنية واسعة منذ شوال ١٤٤٤هـ استهدفت تجفيف منابع تهريب المخدرات والتصدي لمروجيها، وقد تضمنت الحملة عدة إجراءات حازمة، من أبرزها:

١. منع الكفالة في قضايا الحيازة أو التعاطي.

٢. فصل الموظفين الحكوميين المدانين في قضايا المخدرات بحكم شرعي.

٣. توقيف المتورطين لمدة لا تقل عن ٦ أشهر في القضايا المرتبطة بالحيازة أو الاستخدام.

٤. إنشاء غرفة عمليات في النيابة العامة لمنح الإذن المباشر بمداومة المواقع المشبوهة.

٥. منح صلاحيات موسعة لرجال مكافحة المخدرات وفقاً لمقتضيات المصلحة العامة.

٦. نقل محقق النيابة العامة إلى مقرات مكافحة لتسريع وتيسير الإجراءات القانونية (النيابة العامة، ٢٠٢٣).

هذه الإجراءات تعكس تحولاً نوعياً في مواجهة الإدمان، من خلال التكامل بين العمل الوقائي والتوعوي، والإجراءات التشريعية والتنفيذية، وذلك في سبيل حماية المجتمع ودعم المتعافين وتأهيلهم للاندماج مجدداً في الحياة الاجتماعية.

ب- جهود الوقاية والتوعية: تمثل الوقاية والتوعية خط الدفاع الأساسي في مواجهة آفة المخدرات، حيث يُعد الوعي المجتمعي بمخاطر التعاطي إحدى الركائز الفاعلة في تقليل معدلات الإدمان، بل يُنظر إليه أحياناً كخط الدفاع الأول إذا ما تمتع بمستوى عالٍ من الفاعلية والانتشار (اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، ٢٠٢٢) وقد أولت اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات اهتماماً بالغاً بالتوعية منذ إنشائها في عام ١٤٠٥هـ، حيث سعت إلى تنسيق الجهود الوطنية لمكافحة المخدرات والحد من انتشارها، من خلال برامج استراتيجية تهدف إلى تعزيز الوعي الصحي والاجتماعي، وتطوير الخطط الوقائية، وتنفيذ المبادرات التأهيلية لفئة المتعافين (هيئة الخبراء، ٢٠٢٢) وفي إطار التنظيم المؤسسي، صدر في عام ١٤٣٠هـ تنظيم رسمي للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات يحدد أهدافها وأدوارها، ومن أبرز مهامها:

• إجراء الدراسات والبحوث ذات الصلة بظاهرة المخدرات ومشكلاتها المصاحبة.

• وضع السياسات الوطنية الكفيلة بمكافحة المخدرات على كافة المستويات.

• تصميم وتنفيذ الخطط الوقائية الوطنية.

• مراجعة البرامج الاجتماعية وتطوير المبادرات الموجهة لفئات المجتمع المختلفة (اللجنة الوطنية، ٢٠٢٢) وفيما يتعلق بالجهود الميدانية، توضح إحصائية المديرية العامة لمكافحة المخدرات لعام ٢٠٢١م (انظر الجدول ٦٧) أن إجمالي الأنشطة الوقائية المنفذة في مختلف مناطق المملكة بلغ (١٤٥٤) نشاطاً، واستفاد منها ما مجموعه (٢٦١,٠٩٤) مستفيداً، وكانت النسبة الأعلى من الأنشطة في مناطق الرياض (٢٨٧ نشاطاً، ٩٠,١٢٦ مستفيداً)، ومكة المكرمة (٢٢٨ نشاطاً، ١٩,٩٠٧ مستفيداً)، والمنطقة الشرقية (٩٤ نشاطاً، ٢٨,٢٤٥ مستفيداً). ويعكس هذا التوزيع توازناً مع الكثافة السكانية وارتفاع معدلات قضايا المخدرات في هذه المناطق (المديرية العامة لمكافحة المخدرات، ٢٠٢٢) وفي عام ٢٠٢٢م، أطلقت اللجنة ثلاث حملات توعية نوعية هي: "حياتك أغلى"، و"ش تعطيك"، و"خلك قريب"، ركزت جميعها على تعزيز وعي الأسرة والمجتمع بمخاطر المخدرات عبر مختلف منصات التواصل الاجتماعي، مع التركيز على إيصال الرسائل بوسائط متعددة تناسب فئات المجتمع المختلفة (اللجنة الوطنية، ٢٠٢٢). مشروع نبراس: رؤية وقائية شاملة وفي عام ١٤٣٦هـ، دشنت اللجنة مشروع "نبراس" بالتعاون مع شركة "سابك"، ليكون مشروعاً وطنياً رائداً في الوقاية من المخدرات يستمر خمس سنوات كمرحلة أولى. ويستهدف المشروع فئة الشباب في مراحل التعليم المختلفة، من خلال تكوين بيئة تربوية وإعلامية خالية من المخدرات، وتوحيد جهود المؤسسات الحكومية والخاصة في هذا المجال (سابك، ٢٠١٦). ويتميز مشروع نبراس

بتقديم خدمات وقائية وتثقيفية متنوعة، منها خدمة الاتصال المجاني (١٩٥٥)، مع تشكيل لجننتين لمتابعة وتقييم أثر المشروع (لجنة محلية وأخرى دولية)، استنادًا إلى معايير الجودة الدولية في مجال الوقاية من المخدرات (اللجنة الوطنية، ٢٠٢٢). أبرز أهداف مشروع "نبراس":

١. الحد من انتشار المخدرات بين فئات المجتمع المختلفة.
 ٢. تعزيز الوعي الصحي والاجتماعي والثقافي بمخاطر الإدمان.
 ٣. تنسيق الجهود الوطنية بين الجهات الحكومية والأهلية ذات العلاقة.
 ٤. تفعيل دور المجتمع المدني في الوقاية، ودعم المشاركة التطوعية بمختلف أعمارها وفئاتها.
 ٥. تقييم المشروع دوريًا وتطويره وفق نتائج مؤشرات الأداء ومقاييس الأثر.
- ومن البرامج الوقائية ما يلي:
- أولاً: برامج مشروع نبراس الوقائية

تُعد البرامج الوقائية جزءًا حيويًا من الاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات في المملكة. ومن أبرز المبادرات الوطنية في هذا الجانب مشروع "نبراس"، الذي أطلقته اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات بالتعاون مع شركة "سابك" عام ١٤٣٦ هـ. يضم المشروع عددًا من البرامج النوعية الموجهة لمختلف فئات المجتمع، أبرزها:

١. برنامج البيئة التعليمية: يستهدف تعزيز الحصانة الذاتية لدى الطلاب في البيئات المدرسية، من خلال التدريب الوقائي ضد السلوكيات السلبية كالتدخين والتعاطي، بالتعاون مع المؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني، وعدد من الجامعات والجهات الحكومية.
 ٢. برنامج الأسرة والطفل: يُعنى بتوعية الأسر، وخاصة الأمهات، بأضرار المخدرات، ويعمل على بناء الشخصية الإيجابية للطفل.
 ٣. برنامج نجوم نبراس: يستثمر في نجوم الرياضة لبث رسائل توعوية موجهة للأطفال والشباب بين ١٠-١٥ سنة عبر القنوات الرياضية.
 ٤. برنامج المرصد السعودي: يراقب الشبكات الإعلامية ويحلل الجهود الوطنية في مكافحة المخدرات.
 ٥. برنامج الإعلام الجديد: يُفعل دور المشاهير في نشر التوعية بمخاطر المخدرات.
 ٦. برنامج نظم المعلومات الجغرافية (GIS): يدرس أنماط انتشار التعاطي لتوجيه الخطط الوقائية بناءً على معلومات مكانية دقيقة.
 ٧. برنامج الشبكة العالمية (جناد): يوفر محتوى معرفيًا شاملاً عن المخدرات ومكافحتها.
 ٨. برنامج استشارات الإدمان (1955) يقدم خدمة هاتفية مجانية للدعم والاستشارات للأسر والمرضى.
- ج- جهود التأهيل والرعاية اللاحقة: تُعد برامج الرعاية اللاحقة مرحلة مفصلية بعد العلاج الطبي، حيث تُسهم في الوقاية من الانتكاسة. تهدف هذه البرامج إلى إعادة دمج المتعافين اجتماعيًا، ومهنيًا، ونفسيًا، من خلال التأهيل التعليمي والمهني والاجتماعي (البريثين، ٢٠٠٢).
- التأهيل التعليمي: يهدف إلى مساعدة المتعافين على استكمال تعليمهم لفتح آفاق وظيفية مناسبة.
 - التأهيل المهني: يُعنى بإكساب المهارات وتعديل السلوك المهني بما يعزز ثقة المتعافي بذاته (جاسم، ٢٠٢١).
 - التأهيل الاجتماعي: يركز على إعادة دمج المتعافي في الأسرة والمجتمع، ويشمل برامج تثقيف أسرهم، ودعم العمل التطوعي، وتعزيز القبول الاجتماعي (محي الدين، ٢٠١٨).

ثالثًا: برنامج منزل منتصف الطريق يوفر هذا البرنامج بيئة شبه مجتمعية للمتعافين ممن أكملوا المرحلة العلاجية، ويُنفذ على ثلاث مراحل رئيسية، تشمل تعديل السلوك، التأهيل، والرعاية الممتدة. ووفقًا لبيانات ٢٠٢٢م، بلغ عدد المستفيدين من البرنامج (٢٣٥٨) مستفيدًا، منهم (٥٦) أنهوا البرنامج بنجاح، في مقابل (٦٨) انتكسوا، و(١٠٨) انسحبوا، مما يعكس الحاجة لتعزيز الاستبقاء في البرامج ومتابعة الحالات (برنامج منتصف الطريق، ٢٠٢٢).

رابعًا: برنامج إشراقة يُعد برنامج "إشراقة" نموذجًا تأهيليًا داخل السجون، قائمًا على نموذج المجتمعات العلاجية، ويشمل خدمات نفسية وطبية ودينية وتأهيلية. يمر البرنامج بثلاث مراحل علاجية: البداية، التعديل، والانطلاق. وتشير الإحصاءات الرسمية إلى أن عدد المستفيدين لعام ٢٠٢٢م بلغ (٢٣٣٦) مستفيدًا، فيما بلغ العدد التراكمي منذ افتتاح البرنامج (٤٧٩٣) مستفيدًا. بينما بلغ عدد العاملين في جميع فروع البرنامج (٩٩) موظفًا فقط، بينهم (٣٧) أخصائيًا نفسيًا و(٤٣) أخصائيًا اجتماعيًا، ما يبرز التحدي في نسبة الكوادر إلى أعداد المستفيدين (دليل إشراقة، ٢٠٢٢).

خامسًا: جمعية تعافي

تُعد جمعية "تعاقي" إحدى المبادرات الأهلية الرائدة في مدينة الدمام، وتقدم خدمات علاجية وتأهيلية لفئة المتعافين. تتبع الجمعية خطة تأهيلية من أربع مراحل، تشمل تعديل السلوك، التأهيل الاجتماعي والأسري، ثم الاستعداد للاندماج المجتمعي، وصولاً إلى الدعم الممتد. وتُعنى الجمعية كذلك بتنقيف الأسر، وإصدار النشرات، وتوفير خط هاتفي، وتنظيم برامج مجتمعية في المدارس والجامعات بناءً على ما سبق من الأنظمة والتشريعات وواقع الجهود العلاجية والتأهيلية والعلاجية، وكذلك استناداً إلى نتائج المقابلات التي أُجريت مع عينة من العاملين في برامج الرعاية والتأهيل لفئة المتعافين من الإدمان، يمكن استخلاص تحليل شامل لأوضاع منظومة التأهيل والرعاية من خلال تطبيق أداة تحليل (SWOT)، والتي تُمكن من تقييم نقاط القوة، ونقاط الضعف، والفرص المتاحة، والتهديدات المحتملة، وذلك على النحو التالي:

أولاً: نقاط القوة (Strengths)

١. وجود منظومة تشريعية متقدمة تدعم الجانب العلاجي يتضح من التعديلات الأخيرة في الأنظمة (مثل المادة ٤٢ من نظام مكافحة المخدرات)، أن هناك إرادة نظامية لمنح المتعاطي فرصة للعلاج دون ملاحقة قانونية، مما يشكل دعماً قانونياً وإنسانياً لبرامج التأهيل، ويعزز الإقبال الطوعي على العلاج.

٢. تعدد البرامج المؤسسية المتخصصة في التأهيل والرعاية اللاحقة تشمل هذه البرامج "منزل منتصف الطريق"، "برنامج إشراف" داخل السجون، و"جمعية تعاقي"، والتي تعمل وفق خطط علاجية وتأهيلية متكاملة تغطي الجوانب النفسية، والاجتماعية، والمهنية.

٣. تكوين فرق علاجية متعددة التخصصات تضم الكوادر في المراكز الأطباء النفسيين، والمرشدين العلاجيين، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، مما يسهم في تقديم تدخلات شاملة ومتكاملة بحسب الحالة.

٤. وجود تنوع في التركيبة البشرية للعاملين من خلال التوازن بين الكوادر الشابة (٢٩.٤١٪) وأصحاب الخبرة الطويلة (٣٢.٣٥٪)، مما يدعم التعاون المهني وتبادل وجهات النظر وتقديم رعاية مرنة وفعالة.

٥. وجود حملات توعية وطنية شاملة مثل "حياتك أغلى"، و"وش تعطيك"، و"نبراس"، والتي تعتمد على أساليب إعلامية رقمية وتشاركية، مع مشاركة مؤسسات تعليمية ورياضية، ما يجعل الرسائل الوقائية أكثر تأثيراً وانتشاراً.

ثانياً: نقاط الضعف (Weaknesses)

١. ضعف في تأهيل الكوادر البشرية من الناحية الأكاديمية والمهنية حيث أشارت النتائج إلى أن أعلى نسبة من العاملين يحملون مؤهل "دبلوم" بنسبة ٣٨.٢٤٪، وهو ما يعكس حاجة ملحة إلى تطوير المسار المهني من خلال التدريب المستمر.

٢. غياب آليات فعالة للرعاية اللاحقة والمتابعة بعد الخروج أظهر التحليل ارتفاع نسب الانتكاس (مثلاً: ٦٨ من أصل ٢٣٥٨ في منزل منتصف الطريق انتكسوا)، وهو مؤشر على ضعف أنظمة الدعم المستدامة وضرورة تعزيز برامج الاستبقاء والتواصل المستمر.

٣. ضعف الدافعية الذاتية لدى بعض المتعافين خاصة في الحالات التي يدخل فيها المستفيد قسراً (عبر القضاء أو الأسرة)، مما يؤدي إلى ضعف الالتزام وتكرار الانسحاب من البرامج.

٤. نقص التنوع في الأنشطة التأهيلية تعتمد بعض المراكز على برامج تقليدية (محاضرات ونقاشات جماعية) دون تفعيل ورش العمل، أو التدريب المهني، أو الترفيه الموجه، مما يُضعف التفاعل والمشاركة.

٥. نقص الكوادر المؤهلة نسبةً إلى عدد المستفيدين

ثالثاً: الفرص (Opportunities)

١. وجود إرادة سياسية وتشريعية داعمة لمكافحة الإدمان
مثل القرارات الملكية وتحديث نظام اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، وتخصيص ميزانية مستقلة، مما يتيح بيئة تنظيمية مرنة ومستجيبة لاحتياجات التطوير.

٢. التوسع في استخدام التكنولوجيا الرقمية في النوعية والتأهيل
كما هو الحال في خدمة الاتصال المجاني ١٩٥٥.

٣. إمكانية إشراك المتعافين في برامج التوعية
حيث أشارت نتائج المقابلات إلى فاعلية تجارب المتعافين في التأثير على الشباب، واقترح تعزيز مشاركتهم في الحملات الوقائية داخل المدارس والجامعات.

٤. التكامل بين القطاعات الحكومية والخاصة
مثل الشراكة بين اللجنة الوطنية و"سابك" في مشروع "نبراس"، والتي يمكن تعميمها لتشمل التأهيل المهني، والتوظيف، والدمج المجتمعي، بما يخلق نظاماً داعماً للمتعافين على مختلف الأصعدة.

رابعاً: التهديدات (Threats)

١. الوصمة الاجتماعية تجاه المتعافين
تمثل أحد العوائق الكبرى التي تمنع إعادة اندماجهم في المجتمع، وتحرمهم من فرص التوظيف، والتعليم، والزواج، مما يؤدي إلى انتكاسات نفسية وسلوكية متكررة.

٢. العودة إلى بيئات محفزة على التعاطي بعد العلاج
كما أشارت عينة العاملين، كثير من المتعافين يعودون إلى نفس الأصدقاء والمحيط الاجتماعي، مما يقلل من فاعلية العلاج.

٣. ضعف التنسيق بين المراكز العلاجية والجهات الحكومية
مثل وزارات التعليم، والعمل، والصحة، مما يعيق تقديم رعاية شمولية متكاملة، ويجعل المتعافي عرضة للضياع بين المؤسسات دون خطة دمج واضحة.

٤. الروتين الإداري وضعف الابتكار داخل المراكز
أشار المشاركون إلى أن البيروقراطية تمنع تنفيذ مقترحات تطويرية، وتحدّ من مرونة البرامج، مما ينعكس سلباً على كفاءة الاستجابة لحاجات المتعافين.

٥. التحديات المرتبطة بالحالات المركبة (إدمان + اضطرابات نفسية)
حيث تقتصر بعض المراكز إلى بروتوكولات علاج مزدوجة أو مختصين في الطب النفسي الدقيق، مما يؤدي إلى عدم استقرار الحالات على المدى الطويل.

استناداً إلى التحليل أعلاه، فإن تعزيز فعالية برامج التأهيل والرعاية يتطلب:

- الاستثمار في تأهيل الكوادر ميدانياً وأكاديمياً.
- تعزيز التكامل بين العلاج، التعليم، العمل، والأسرة.
- إنشاء وحدات متابعة مجتمعية للرعاية اللاحقة.
- دعم بيئات التعافي بالأنشطة المهنية والمهارات الحياتية.
- تمكين المتعافين من أن يكونوا عناصر فاعلة في الوقاية.

تاسعاً: خلاصة النتائج:

- أوجه التشابه والاختلاف بين التجربة السعودية والتجارب الدولية والإقليمية:

- تشابهت التجارب في وجود إرادة سياسية وبرامج وقائية وتأهيلية، لكن اختلفت في التكامل المؤسسي، استخدام الأدلة، وتنوع الفئات المستهدفة.
- السعودية تركز على الجانب الأمني والعلاجي، بينما تعتمد الدول الأخرى على التكامل المجتمعي والوقاية الشاملة المبنية على البيانات.
- العوامل المساهمة في تحسين البرامج الوقائية:

• الحاجة إلى إدماج الأسرة، وتخصيص البرامج حسب العمر، وتبني أساليب تفاعلية، وتأهيل العاملين بمهارات حديثة، وإشراك المتعافين في التوعية.

- مقترحات تحسين البرامج التأهيلية:

• التركيز على الدعم النفسي المستمر، التأهيل المهني، التكامل المؤسسي، تخصيص المحتوى العلاجي، ووجود وحدات متابعة ميدانية.

- التحديات التي تواجه الكوادر العاملة:

• ضعف التزام المستفيدين، نقص الدافعية، قلة الكوادر المتخصصة، قلة التنوع في البرامج، ضعف البنية التحتية، ضعف الدعم الأسري، وغياب التنسيق المؤسسي.

- تحليل: SWOT

• نقاط القوة: تعدد البرامج، فرق عمل متخصصة، حملات توعية، دعم تشريعي.

• نقاط الضعف: ضعف التأهيل الأكاديمي، نقص برامج المتابعة، محدودية التفاعل.

• الفرص: الشراكات الحكومية، دمج التكنولوجيا، إشراك المتعافين.

• التهديدات: الوصمة الاجتماعية، البيئة المحفزة على الانتكاس، البيروقراطية.

عاشر: التوصيات:

في ضوء نتائج تحليل الوضع الراهن لبرامج التأهيل والرعاية للمتعافين من الإدمان، وتحليل SWOT، ومقارنة التجربة السعودية بالتجارب الدولية والإقليمية، يمكن تقديم التوصيات التالية:

التوصيات العامة والاستراتيجية:

١. تبني نهج شامل ومتكامل في معالجة قضايا الإدمان، يوازن بين الوقاية، والعلاج، والرعاية اللاحقة، مع التركيز على الجانب الإنساني والاجتماعي وليس فقط الأمني.

٢. إنشاء هيئة وطنية مستقلة للإشراف على برامج التأهيل والرعاية اللاحقة، تعمل بتكامل مع وزارات الصحة، والتعليم، والتنمية الاجتماعية، ووزارة الداخلية.

٣. تطوير السياسات الوطنية بحيث تُبنى على الأدلة والبيانات، وتعكس الواقع المحلي، مع اعتماد أدوات تقييم علمية لمتابعة فعالية البرامج بشكل دوري.

٤. تحديث وتوسيع البرامج التأهيلية الحالية لتشمل الدعم النفسي، المهني، الأسري، والاجتماعي، وفق نماذج مجتمعية متقدمة (مثل نموذج المجتمع العلاجي).

٥. توسيع برامج الرعاية اللاحقة من حيث التغطية الجغرافية والفئات المستفيدة، وضمان استمرارها لمدة لا تقل عن ١٢ شهرًا بعد التعافي، بمتابعة مكثفة ودعم مباشر.

توصيات مرتبطة بنقاط القوة:

١. استثمار الكوادر الوطنية المؤهلة من أخصائيين ومرشدين دينيين ونفسيين من خلال رفع كفاءتهم المستمرة ببرامج تدريبية داخلية وخارجية.

٢. البناء على المبادرات الناجحة مثل برنامج "إشراق" و"منزل منتصف الطريق" وجمعية "تعافي"، وتعميم نماذجها على مناطق أخرى مع التقييم والتحسين.

توصيات لمعالجة نقاط الضعف:

١. زيادة الدعم المالي والبشري للبرامج العلاجية والتأهيلية لتقليل نسبة العبء على الموظفين وتحسين جودة الخدمة.

٢. تحسين التنسيق المؤسسي بين الجهات المعنية، وتحديد مسؤوليات واضحة لكل جهة في سلسلة الوقاية والتأهيل.

٣. تطوير قاعدة بيانات وطنية شاملة عن المتعافين وبرامج الرعاية، لتسهيل المتابعة والتقييم والربط بالخدمات الداعمة.

توصيات للاستثمار الفرص:

١. الاستفادة من التجارب الدولية الرائدة مثل النموذج الآيسلندي والكندي، وتكييفها بما يتناسب مع الثقافة والواقع المحلي.

٢. تعزيز دور التقنية الحديثة في خدمات التأهيل، من خلال منصات إلكترونية للاستشارات النفسية، والدعم المجتمعي، والتثقيف.

٣. توسيع الشراكة مع المجتمع المدني والقطاع الخاص في مجالات الدعم، التدريب، التشغيل، والتوعية المجتمعية.
توصيات لمواجهة التهديدات:

١. إطلاق حملات وطنية مستمرة لمواجهة الوصمة الاجتماعية تجاه المدمنين والمتعافين، ونشر قصص نجاحهم.
 ٢. سن تشريعات داعمة لإعادة إدماج المتعافين في المجتمع (العمل، التعليم، الزواج، السكن)، مع حماية قانونية من التمييز.
 ٣. تعزيز الرقابة على بيئة المتعافين بتوفير متابعة اجتماعية مهنية مستدامة، ومعالجة العوامل البيئية المسببة للانتكاسة (مثل البطالة، التفكك الأسري، ضغط الأقران).
- المراجع:**

- أبو النصر، مدحت. (٢٠١٦). وقاية الشباب من مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات: تجارب أجنبية وعربية ناجحة. (٤).
- آل عوض، مسفر بن محمد. (٢٠١٨). فاعلية برامج مركز إشراقة للتأهيل والرعاية المستمرة للمدمنين (رسالة ماجستير، جامعة القصيم).
- الزين، محمود. (٢٠١٠). الرعاية اللاحقة للمتعافين من المخدرات: منظور اجتماعي. بيروت: مركز دراسات الإدمان.
- المطيري، عبدالسلام بجد. (٢٠٢١). المعوقات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية التي تحد من علاج المدمنين. المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، ٥(١٩)، ٤٢٣-٤٤٦.
- براك، يوسف. (٢٠١٤). مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم اجتماعيا: دراسة ميدانية على مستشفى الصحة النفسية في منطقة حائل (رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية).
- الجمعية الخيرية تعافي. (٢٠١٩). التقرير السنوي لخدمات الجمعية. الدمام.
- الشهراني، صالح. (٢٠١١). دور منازل منتصف الطريق بمستشفيات الأمل في تأهيل مرضى الإدمان (رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية).
- الكندي، هيفاء. (٢٠١٣). العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي. مجلة العلوم الاجتماعية، ٤٢(١١)، ٢-٤٧.
- اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات. (٢٠٢٢). تقرير سنوي حول برامج الوقاية والعلاج في المملكة العربية السعودية. الرياض: وزارة الداخلية.
- الوهيبية، بثينة بنت سالم. (٢٠١٢). العوامل الاجتماعية المؤدية إلى العود إلى إدمان المخدرات: دراسة ميدانية مطبقة على المرضى والعاملين في قسم علاج الإدمان بمستشفى ابن سينا - سلطنة عمان (رسالة ماجستير، جامعة السلطان قابوس).
- يعقوب، صفوت. (٢٠١٢). التأهيل الاجتماعي والنفسي لمدمني المخدرات. القاهرة: دار الفكر.
- غانم، محمود. (٢٠١٤). علم الاجتماع العلاجي: الإدمان والتأهيل. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
- دائرة تنمية المجتمع. (٢٠٢٢). الاستراتيجية المتكاملة للوقاية والعلاج من المخدرات في إمارة أبو ظبي.

Abu Al-Nasr, M. (2016). Protecting Youth from the Problem of Drug Abuse and Addiction: Successful Arab and Foreign Experiences. Journal of the Faculty of Social Service for Social Studies and Research, Fayoum University, (4).

Al-Owad, M. bin M. (2018). The Effectiveness of the Ishraqah Center's Rehabilitation and Continuous Care Programs for Addicts in Al-Ha'ir Prison in Riyadh (Master's thesis, Qassim University).

Al-Zein, M. (2010). Aftercare for Drug Recoverees: A Social Perspective. Beirut: Addiction Studies Center.

Al-Mutairi, A. B. (2021). Economic, Environmental, and Social Barriers Limiting the Treatment of Addicts. Arab Journal of Literature and Human Studies, 5(19), 423-446.

Barak, Y. (2014). The Effectiveness of Aftercare Programs for Drug Addicts in Their Social Rehabilitation: A Field Study at the Mental Health Hospital in Hail (Unpublished doctoral dissertation, University of Jordan).

Taafi Charitable Association. (2019). Annual Report of the Association's Services. Dammam.

Al-Shahrani, S. (2011). The Role of Halfway Houses in Al-Amal Hospitals in Rehabilitating Drug Addicts (Master's thesis, Naif Arab University for Security Sciences).

Al-Kandari, H. (2013). Factors Contributing to Relapse Among Recovered Drug Addicts Compared to Those Who Remain Sober in Kuwaiti Society. Journal of Social Sciences, 42(11), 2-47.

National Committee for Drug Control. (2022). Annual Report on Prevention and Treatment Programs in the Kingdom of Saudi Arabia. Riyadh: Ministry of Interior.

- Al-Wuhaibiya, B. bint S. (2012). Social Factors Leading to Relapse into Drug Addiction: A Field Study on Patients and Workers in the Addiction Treatment Department at Ibn Sina Hospital – Sultanate of Oman (Master's thesis, Sultan Qaboos University).
- Yaqoub, S. (2012). Social and Psychological Rehabilitation of Drug Addicts. Cairo: Dar Al-Fikr.
- Ghanem, M. (2014). Therapeutic Sociology: Addiction and Rehabilitation. Cairo: The Academic Library.
- Department of Community Development. (2022). The Integrated Strategy for Drug Prevention and Treatment in Abu Dhabi Emirate.
- Acri, M., & Gogel, L. (2012). What Adolescents Need to Prevent Relapse after Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Youth, Parent, and Staff Perspectives. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21(2), 117–129.
 - Bentler, P. M., & Newcomb, M. D. (1992). The etiology and natural history of adolescent drug use: Implications for prevention. Psychology Press.
 - Cheung, C., & Lee, T. (2003). Factors in Successful Relapse Prevention Among Hong Kong Drug Addicts. In *Treating Substance Abusers in Correctional Contexts: New Understandings, New Modalities* (pp. 179–199).
 - Dennis, M. L., & Scott, C. K. (2007). Managing Addiction as a Chronic Condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45–55.
 - Government of Canada. (2023). Canadian Drugs and Substances Strategy: Evidence base. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy/evidence.html>
 - Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse Prevention for Addictive Behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(17), 1–17.
 - Irish National Focal Point. (2022). Focal Point Ireland: National Report for 2021 – Drug Policy. Dublin: Health Research Board.
 - Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21(1), 62–69.
 - Koto, G., Tarui, M., Kamioka, H., & Hayashi, K. (2020). Drug use, regulation and policy in Japan. International Drug Policy Consortium.
 - Latimer, W. W., Winters, K. C., D'Zurilla, T., & Nichols, M. (2000). Integrated Family and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Substance Abusers: A Stage I Efficacy Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 60(2), 143–157.
 - Lian, T., & Chu, F. (2015). A Qualitative Study on Drug Abuse Relapse in Malaysia: Contributory Factors and Treatment Effectiveness. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 5(4), 217–232.
 - Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2nd ed.). The Guilford Press.
 - McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.
 - Ministry of Health, Luxembourg. (2020). National Drug Report 2020: The Drug Phenomenon in the Grand Duchy of Luxembourg. Retrieved from https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/luxembourg-national-drug-report-2020_en
 - National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd ed.). <https://nida.nih.gov>
 - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). Aftercare Services. <https://www.samhsa.gov>
 - Sifusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjansson, A. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2008). Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promotion International*, 24(1), 16–25. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan038>
 - UNODC. (2021). UNODC Strategy 2021–2025: Addressing Drugs and Crime in the Context of the 2030 Agenda. United Nations Office on Drugs and Crime.
 - UNODC. (2022). Family Skills Programmes: An Evidence-based Preventive Approach. United Nations Office on Drugs and Crime.