مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: الخبرات المعاشة لمدمني المخدرات في المجتمع الأردني، الكشف عن مسار حياة الإدمان باستخدام منهجية النظرية المتجذرة في البيانات
اسم الكاتب: محمد عبد الكريم الحوراني، حسين محمد العثمان
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/9079
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 20:16 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

جامعة الشارقة
UNIVERSITY OF SHARJAH

مجلة جامعة الشارقة

مجلة علمية محكمة

للعلوم الإنسانية والاجتماعية



عدد A

المجلد 17، العدد 2
ربيع الثاني 1442 هـ / ديسمبر 2020م

الترقيم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

ديسمبر 2020م **مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية** المجلد 17 العدد 2 (A)
https//:doi.org/10.36394/jhss/17/2A/2

الخبرات المعاشة لمدمني المخدرات في المجتمع الأردني، الكشف عن مسار حياة الإدمان باستخدام منهجية النظرية المتجذرة في البيانات

محمد عبد الكريم الحوراني[1]

حسين محمد العثمان[2]

تاريخ الاستلام: 25-05-2019 **تاريخ القبول: 03-09-2019**

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مسار حياة الإدمان باستخدام منهجية النظرية المتجذرة في البيانات، وقد تم جمع المعلومات عن طريق مقابلة معمقة مع عشرين مبحوثاً من المدمنين الذين يخضعون للعلاج في مركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات؛ حيث تمحورت المقابلات حول إظهار خبرات الإدمان من بداية دخول المدمن الى عالم الإدمان، وصولا الى العلاج، ومن ثم ردود فعل المجتمع بعد الخروج من العلاج، علماً بأن معظم المدمنين قد عادوا إلى الإدمان أكثر من مرة، ويمتلكون خبرات فعلية فيما يتعلق بردود فعل المجتمع.

وقد أظهرت النتائج أن مسار حياة الإدمان المنبثق عن روايات المدمنين لخبراتهم يتألف من ست مراحل أساسية: الأولى، دخول عالم الإدمان، نتيجة حوافز اجتماعية وذاتية. والثانية، التعلق بالمادة المخدرة، نتيجة الاستمرار بالتعاطي والشعور بالنشوة واللذة والهروب من الواقع. والثالثة، الأزمة، وتنتج عن الكلفة الباهظة للإدمان، وما يرافقها من ألم واستياء. والرابعة، الحافز الاجتماعي للعلاج، وينتج عن تدخل الأسرة وشبكة العلاقات الأولية لدفع المدمن للعلاج. والخامسة، العلاج، وتمثل منطلق الخروج من الأزمة وتحرير المدمن من المادة المخدرة، والسادسة، دخول المجتمع، وتتضمن العودة الى الأسرة، ونوايا الإصلاح، وهجر أصدقاء الإدمان. وثمة مسار آخر قد يحدث نتيجة مخالطة أصدقاء الإدمان مرة أُخرى، وهو الانتكاس والعودة إلى الإدمان.

الكلمات الدالة: إدمان المخدرات، مسار حياة الإدمان، النظرية المتجذرة في البيانات.

---

(1) كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة الشارقة (الشارقة - الإمارات العربية المتحدة)
mhouranis@yahoo.com

(2) كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة الشارقة (الشارقة - الإمارات العربية المتحدة)

المقدمة:

تحظى مشكلة إدمان المخدرات باهتمام واسع ومتزايد على المستوى العالمي، ويقترن هذا الاهتمام بالنتائج الوجودية الخطيرة للإدمان، اجتماعياً، واقتصادياً، وصحياً. ويمثل الإدمان عملية «هدر» للحياة بمعناها الشمولي، مما دعا إلى اعتبار الاعتماد على المادة المخدرة من المسلكيات ذات الخطورة العالية والمهددة لأمن البنى الأسرية وأدائها لوظائفها وتقوض أركان المجتمعات المعاصرة .(Gordon, 2018; Matheson, 2008) ولكن بالرغم من موضوعية هذه الحقيقة وجلائها، إلا أن تأطيرها ووصفها-كما يقول إدمان Edman – يكمن في صميم الفهم الأساسي المتعلق بتسييس الاستجابة لاستهلاك المخدرات .(Edman, 2012)

وعلى هذا الأساس، اتجهت التصريحات الرسمية الأردنية في منتصف القرن الماضي إلى التأكيد على أن الأردن دولة «ممر» أو «عبور» لا دولة مستقر.وفي مطلع التسعينيات بدأ الاعتراف بوجود المشكلة محلياً واتجهت التصريحات إلى اعتبار الأردن دولة ممر ومستقر للمخدرات، وفي الوقت الراهن يتم التعامل مع مشكلة المخدرات باعتبارها مشكلة داخلية أكثر مما هي خارجية بعد أن تزايدت أعداد المدمنين (وليد الحيالى، 45: 2000) ، ولكن دون اعتبارها، رسميا، دولة مقر.

وبالرغم من الجهود المحلية والدولية المشتركة لمواجهة خطر المخدرات إلا أن هناك تزايداً في تدفقها عبر الحدود العالمية، كما أن هناك تزايداً نسبياً في ترويجها محليا بالنسبة لكل دولة من دول العالم، وهذا مؤشر صريح على أن أعداد المدمنين آخذة بالازدياد؛ حيث إن كمية المخدرات التي يتم ضبطها في بلد ما توازي 10% من كمية المخدرات التي تستهلك في هذا البلد (الدستور، 2014). وهذا ما دفع اللجنة الدولية لسياسة المخدرات Global Commission On Drug Policy في عام 2011 إلى التصريح بأن: «الحرب على المخدرات فشلت، بما تحمله من نتائج مدمرة للأفراد والمجتمعات عبر العالم» (p2).

إن التصدي لمشكلة الإدمان يقتضي فهماً مُعمقاً لإرهاصات نشأتها، وآلية تطورها، والمتغيرات المعززة لسيرورتها، والنتائج المترتبة عليها، ومسارات انتهائها.بمعنى آخر، إن مواجهة مشكلة الإدمان تتطلب إدراكا شموليا لمسارها التطوري كما يعيشه المدمنون، وكما ينعكس في تجاربهم؛ بحيث يتجاوز صيغته الظرفية وخصائصه الظاهرية.ومن هنا، تسعى الدراسة الراهنة الى الكشف عن مسار حياة Life Course الإدمان، ومحطاته التطورية

من خلال منهجية النظرية المتجذرة في البيانات Grounded Theory؛ حيث تشتق القضايا النظرية التي تجسد تجارب المدمنين عبر المسار الزمني لإدمانهم من النتائج البحثية المباشرة، وبذلك يمكن توليد مفاهيم نظرية تفسر مسار حياة الإدمان انطلاقا من محطة العلاج التي تمثل مفترقاً بين ما قبل العلاج وما بعده بالنسبة للمدمنين.ومن هنا، تستقرئ الدراسة الراهنة خبرات المدمنين الذين يتعالجون في مركز علاج الإدمان التابع لإدارة مكافحة المخدرات، من خلال مقابلات معمقة.ومن الجدير بالذكر أن مسار حياة الإدمان الذي تحاول الدراسة الكشف عنه يتقيد تطورياً ومفاهيمياً بدخول مرحلة العلاج.

وفي ضوء ما تقدم تتحدد مشكلة الدراسة بالتركيز على الجوانب التالية التي من شأنها أن تظهر المسار التطوري للإدمان ومحطاته، وهي: أولاً – نشأة الإدمان وتصاعده وحافزية طلب العلاج.ثانياً – جدوى العلاج وما يقدمه المركز للمدمنين.ثالثا – تصورات المدمنين حول ذواتهم بعد العلاج.رابعاً – تقبل المجتمع للمدمنين بعد الخروج من المركز، والوصم الاجتماعي الفعلي(للعائدين) والمتوقع (بالنسبة لمن دخلوا المركز لأول مرة).

إن محاولة الكشف عن مسار حياة الإدمان تُظهر أهمية الدراسة الراهنة من خلال اعتبارين أساسيين: الأول، الاعتبار العلمي، ويتمثل في المساهمة في ردم الفجوة المعرفية من خلال إنتاج مفاهيم جديدة مفسرة لتطور الإدمان ومآلاته، خاصة وان أعداد المدمنين تتزايد.بالإضافة إلى ذلك فإن الدراسات المحلية ركزت على أسباب الإدمان على المخدرات، وعلى أنواع المواد المخدرة، وعلى خصائص المدمنين، ونتائج الإدمان (تحسين منصور، 2000؛ وحسين الشرعة ومنى أبو درويش، 1999، وعبد العزيز الخزاعلة، 2003) ، ولا توجد حتى الوقت الراهن أية دراسة تتناول خبرات المدمنين وتجاربهم كما يروونها هم، بغرض الكشف عن المراحل التطورية لعملية الإدمان. والثاني، الاعتبار العملي؛ حيث إن التركيز على مسار الحياة أو التاريخ الطبيعي للإدمان Natural History يتجاوز الإدمان كحالة أو كظرف شرطي أو كبنية، وينظر إلى الإدمان كعملية مستمرة ومتدفقة عبر الزمن. وهذا المنظور ينطوي على نتائج عملية مهمة، مثلاً، إن علاج الإدمان بنزع المادة السمية قد لا يكفي؛ حيث إن ذاكرة النشوة المقترنة برفقة السوء يمكن أن تعيد المرء الى المادة المخدرة مرة أخرى، ومن ناحية أخرى فإن محرضات طلب العلاج (مثل الأسرة) قد تمثل كوابح اجتماعية تقلل من احتمالية العودة مرة اخرى.وهكذا، فإن الكشف عن تتابع المراحل التطورية للإدمان والتفاعل بينها يعد ذواهمية بالغة من أجل إجراء تدخلات علاجية.

مفاهيم الدراسة:

الإدمـان: يميـل بعـض العلمـاء إلـى اعتبـار الإدمـان Addiction بنيـة تُعـرف اجتماعيـا وتتأثـر بالوقـت والبحـث والثقافة.ولذلـك فـإن تعريفـات الإدمـان اختلفـت حسـب الوقـت، وتضمنـت مكونـات بيولوجيـة، واخلاقيـة، واجتماعيـة، وسـيكولوجية، وسوسـيولوجية (West, 2001: 5) ، ومـن التعريفـات المتداولـة للإدمـان أنـه: «فقـدان السـيطرة علـى اسـتخدام المخـدرات، والانهمـاك فـي الحصـول عليهـا، والاسـتمرار فـي الاسـتخدام بصـرف النظـر عـن النتائـج السـلبية (Miller&Gold, 1991).

وتعـرف الدراسـة الراهنـة الإدمـان بأنـه: عمليـة مسـتمرة ومتطـورة عبـر الزمـن في اسـتخدام المخدرات.وتتخللهـا تناقضـات الشـعور بالألـم، والنشـوة، والافتقـاد إلـى السـيطرة، والانشـغال المسـتمر بالمـادة المخـدرة علـى حسـاب جميـع الاعتبـارات القيميـة.

مسار حياة الإدمان: Life Course of Addiction

يشـير إلـى المراحـل التطوريـة المتتابعـة التـي تمـر بهـا عمليـة الإدمـان وصـولا الـى مرحلـة العـلاج ومـن ثـم الخـروج الـى المجتمـع.

مشكلة المخدرات في المجتمع الأردني: الانتقال من «العبور» إلى «الاستقرار»

بـدأت مشـكلة تعاطـي المخـدرات تظهـر جليـة فـي المجتمـع الأردنـي بعـد عـام 1949، أي بعـد توحيـد الضفتيـن، ولكنهـا كانـت أكبـر فـي فلسـطين بسـبب انفتـاح المجتمـع الفلسـطيني علـى المجتمـع الغربـي بـراً وبحـراً، ومـن ثـم انتقلـت إلـى الضفـة الشـرقية وكانـت المـادة الرائجـة فـي التعاطـي هـي بوجـه عـام، الحشـيش، وبشـكل محـدد الأفيون.وقـد تزايـدت المشـكلة بسـبب الموقـع الجغرافـي لـلأردن الـذي يتوسـط دول الإنتـاج ودول الاسـتهلاك الأمـر الـذي جعـل منـه جسـراً تمـر عليـه المخـدرات عـن طريـق التهريـب إلـى الـدول المجـاورة، وبلـغ مقـدار كميـة الحشـيش التـي تـم ضبطهـا عـام 1979 (872) كغـم وفـي عـام 1980 (445) كغـم (محمـد برهـوم، 1984).

بالإضافـة إلـى مـا تقـدم فـإن الهجـرات المتتاليـة إلـى الأردن أدّت دوراً مركزيـاً فـي انتشـار المخـدرات وترويجهـا، بـدءاً بالهجـرات الفلسـطينية عـام 1949، وعـام 1967، وعـودة مئـات الآلاف مـن المغتربيـن عـام1990 وعـام1991 نتيجـة غـزو العـراق للكويـت (حسـين الشـرعة

ومنـى أبـو درويـش، 26: 1999) ، ومـن ثـم لجـوء مئـات الآلاف مـن العراقييـن بعـد غـزو العـراق عـام2003، وبعـد ذلـك لجـوء مئـات الآلاف مـن السـوريين إلـى الأردن بعـد عـام 2011. وقـد أشـار التقريـر السـنوي للهيئـة الدوليـة لمراقبـة المخـدرات فـي العالـم عـام 2004 إلـى أن الموقـع الجغرافـي، وعـدم الاسـتقرار السياسـي والاقتصـادي بالإضافـة إلـى الترابـط بيـن الارهاب والجريمـة المنظمـة والفسـاد والاتجـار بالمخـدرات، كل ذلـك يشـكل تهديداً لـم يسـبق لـه مثيـل ممـا يثيـر القلـق إزاء تدهـور الوضـع العـام (أديـب خضـور، 2005).

ولكـن بالرغـم مـن التزايـد المسـتمر فـي أعـداد المتعاطيـن إلا أنـه لـم يتـم اعتبـار الأردن دولـة مقـر للمخـدرات، وفـي مؤتمـر صحفـي لمديـر مكافحـة المخـدرات عـام 2016 أكـد فيـه أن الأردن مـا يـزال يصنـف دوليـا بأنـه مـن دول العبـور؛ حيـث إن النسـبة العالميـة لتصنيـف الـدول علـى أنهـا مقـر للمخـدرات يجـب أن تبلـغ (1%) مـن السـكان، وذلـك وفـق آخـر تصنيـف دولـي عـام 2009 (الغـد الأردنـي، 2016).

ومـن قبيـل الاعتـراف الضمنـي بوجـود المشـكلة وضـرورة التصـدي لهـا، تـم تأسـيس مكتـب مختـص بمكافحـة المخـدرات فـي عـام 1968م، وكان يتبـع لإدارة التحقيقـات الجنائيـة، إلا أن المراسـلات مـع المكتـب العربـي لمكافحـة المخـدرات التابـع للجامعـة العربيـة فـي القاهـرة كانـت تتـم عـن طريـق قسـم القضايـا التابـع لدائـرة الجمـارك العامـة، وبقيـت إدارة التحقيقـات الجنائيـة مباشـرة لعملهـا وكانـت قضايـا المخـدرات التـي يتـم ضبطهـا تـودع للمحاكـم المدنيـة عـن طريـق مديريـات الشـرطة.وقد تقـرر إنشـاء إدارةٌ لمكافحـة المخـدرات بتاريـخ 4 / 1 / 1973م بنـاءً علـى التوصيـة المنبثقـة عـن مؤتمـر قـادة الشـرطة العـرب والـذي عقـد فـي أبوظبـي آنـذاك وتعـد ثانـي إدارة لمكافحـة المخـدرات فـي الوطـن العربـي بعـد الإدارة العامـة فـي جمهوريـة مصـر العربيـة (الموقـع الرسـمي لإدارة مكافحـة المخـدرات، 2015).

وكإجـراء وقائـي وعلاجـي فـي آن معـا، صـدر قانـون المخـدرات والمؤثـرات العقليـة رقـم (11) لسـنة 1988 والـذي سـمح للمدمنيـن بالتقـدم للعـلاج دون التعـرض للمسـائلة القانونيـة (عبـد العزيـز الخزاعلـة، 18: 2003). وتـم تعديـل هـذا القانـون عـام 2014 ليصبـح علـى النحـو التالـي: لا تقـام دعـوى الحـق العـام علـى مـن يتعاطـى المـواد المخـدرة والمؤثـرات العقليـة أومـن يدمـن عليهـا إذا تقـدم قبـل أن يتـم ضبطـه، مـن تلقـاء نفسـه أو بواسـطة أحـد أقربائـه الـى المراكـز المتخصصـة للمعالجـة التابعـة لأي جهـة رسـمية أو إلـى إدارة مكافحـة المخـدرات أو أي مركـز أمنـي طالبـا المعالجـة (زاد الأردن الاخبـاري، 2014). علمـا بـأن القانـون كان يعفـي مـن يتـم

ضبطه متعاطياً للمرة الأولى والثانية فقط.وفي تعديلات القانون لعام 2016 تم تغليظ العقوبة على من ضبط متعاطيا للمرة الأولى من السجن سنة وحتى أربع سنوات، كما لا يجوز للمحكمة أن تنزل بالعقوبة عن أربعة أشهر وغرامة خمسمائة دينار إذا كان الجاني مكررًا للمرة الثالثة (الجريدة الرسمية، 2016).

إن العائد إلى التعاطي، لمرتين، يمكنه الآن أن يتقدم للعلاج دون مساءلة، وهذا من قبيل استقطاب المتعاطين وتشجيعهم لطلب العلاج، بالإضافة إلى الاعتراف بعمق المشكلة واستعصاء مكافحتها، ولكن على الرغم من ذلك فإن أعداد الذين يقدمون أنفسهم للعلاج ما تزال متدنية بالمقارنة مع أعداد المتعاطين.

ولكن الاعتراف الرسمي الذي وضع مشكلة المخدرات تحت الضوء كان في عام 2009؛ حيث صرح رئيس الوزراء آنذاك أن الاتجار بالمخدرات وتعاطيها وزراعتها آخذ بالتزايد ولا نستطيع أن نضع رؤوسنا في التراب ونقول إنه ليس لدينا مشكلة مخدرات في الأردن، علينا جميعا مواجهة هذه الظاهرة» وكانت هذه أول مرة يصرح بها مسؤول أردني بهذه الحقيقة أمام البرلمان.وفي نهاية العام تم القاء القبض على (944) شخص بقضايا اتجار بالمخدرات، و(3687) شخص بقضايا حوزة المخدرات وتعاطيها وشملت الحشيش والماريخوانا والهيروين والامفيتامينات (Maayeh, 2009). وتشير الإحصاءات لسنوات سابقة إلى أن الأعداد في تزايد أوانها لم تتراجع بشكل ملحوظ، ويمكن إظهار ذلك عن طريق الجدول التقريبي التالي:

جدول رقم (1): أعداد المدمنين والمستخدمين و جنسياتهم 2004 - 2017

السنة	الأفراد المقبوض عليهم				تصنيف المعتقلين	
	مستخدمين	مروجين	المعالجون	الوفيات	أردنيين	غير أردنيين
2004	2156	349	309	7	2134	380
2005	4046	746	377	8	4375	417
2006	2577	581	490	12	2675	501
2007	2874	833	481	10	3202	505
2008	3800	959	619	9	4140	619
2009	3678	944	-	-	-	-
2013	2396	249	-	-	-	-
2014	7791	1154	-	-	-	-
2015	14691				-	1792
2016	19449				-	1899
2017	أول شهرين 1766				-	121

(*) تم تجميع الجدول من قبل الباحث بالاستناد الى مواد متفرقة، منها الموقع الرسمي لإدارة مكافحة المخدرات، والاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات 2009 علما بأن الأرقام المتعلقة بالعلاج والوفيات تشمل الذين خضعوا للعلاج في المركز التابع لإدارة مكافحة المخدرات والمركز الوطني لمعالجة المدمنين.

تظهر الأرقام المبينة في الجدول أعداد الأشخاص الذين تم القبض عليهم فقط، ومن الواضح أن معظمهم أردنيون، ويظهر ضآلة أعداد المعالجين بالنسبة للمقبوض عليهم من المستخدمين، بالإضافة الى تذبذب الأعداد بشكل بسيط مع ميلها إلى الارتفاع.وبالرغم من ذهاب المسؤولين الأردنيين إلى طمأنة المجتمع بأن النسب الموجودة في الأردن عادية قياساً بعدد السكان، إلا أن عدداً من المراقبين يصرون على أن ما يقع بالقبضة الأمنية لا يتجاوز ربع عدد المتعاطين الحقيقي (فرح مرقة و وسن عبد الهادي، 2014).وهذا يفاقم خطورة الموقف حيث إن الكميات المعروضة والمستقرة كبيرة مما يعني انخفاض الأسعار وزيادة الانتشار والاستهلاك.

بطبيعة الحال؛ فإن الأرقام الرسمية حول المخدرات سواء تعلق الأمر بالاتجار أم بالتعاطي تعتبر مضللة إلى حد كبير؛ فهناك مناطق ما تزال خارج سيطرة الدولة، وهناك تكتم كبير من قبل المجتمع حول التعاطي، مما يدفع الكثيرين إلى طلب العلاج خارج البلاد.وما يكشف عنه الإعلام، وإدارة مكافحة المخدرات، وحرس الحدود بصورة شبه يومية، يؤكد بأن ضبط المخدرات المهربة إلى البلاد يفوق بكثير الخارجة منها، وهذا مؤشر على استقرار كميات كبيرة من المخدرات داخل البلاد.

عندما تتعلق النسب المتدنية بحياة الناس مباشرة تصبح ذات خطورة بالغة، والتقليل من شأنها ضربا من الأيديولوجيا.ولذلك، حتى لو كانت النسب المعلن عنها رسميا تمثل كامل الحقيقة بالنسبة لأعداد المتعاطين؛ فإنها بحال من الأحوال لا تبعث على الطمأنينة، لأن السياق ينذر بالخطر.وفي دراسة نشرها مكتب هيئة الأمم المتحدة حول الجريمة والمخدرات في المدارس الحكومية في الأردن عام 2013 تبين أن أعداد الطلبة الذين يتعاطون الكحول والمخدرات من الجنسين في تزايد إلا أنها ما تزال متدنية، ولكن رغم ذلك، أثارت القلق لدى المسؤولين واولياء الأمور على حد سواء.بلغ حجم العينة التي شملتها الدراسة (2471) طالباً وطالبة في (26) مدرسة حكومية وتراوحت أعمارهم بين (11) و(16) سنة.وجاء في المرتبة الأولى الحبوب المهدئة بنسبة بلغت (2, 4%) وانتشرت هذه الآفة بين الطالبات أكثر من الطلاب.وجاء تناول الكحول بالمرتبة الثانية بنسبة (2, 3%).وتساوت الإناث مع الذكور في استنشاق المواد المخدرة الطيارة بنسبة (2, 2%) (الدستور، 2014).

إن تدني النسب في هذا السياق لا يعني أن المشكلة ضئيلة؛ فالسياق الذي توجد فيه المخدرات، أي المراهقة المبكرة وانعكاسها المباشر على حياة المراهقين يشير إلى وجود مشكلة كبيرة وذات طابع بنائي.الأمر الذي أحدث ضجة كبيرة في المجتمع الأردني وأثار الرأي العام.وفي عام 2016 أعد المجلس الاقتصادي والاجتماعي دراسة استطلاعية حول انتشار المخدرات في الأردن، وكانت النتائج صادمة؛ حيث تبين أن المخدرات تباع بأقل الأثمان ومن قبيل ذلك أن مغلف الجوكر يباع بثلاثة دنانير ويصنع منه ثلاثين سيجارة، وبذلك يبلغ ثمن السيجارة الواحدة عشرة قروش، كما أن ثمن الكبتاجون والترامادول والبرازين وغيرها حوالى خمسة وثلاثين قرشًا مما يجعلها بمتناول الشباب والمراهقين من الشرائح الاجتماعية كافة (المجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2016).

وعلى الرغم من أن القاعدة الأساسية للمشكلة حياتية وذات طابع وجودي، إلا أن هناك هدراً اقتصاديا كبيراً ينعكس على اقتصاد المجتمع والدولة نتيجة انتشار المخدرات. ومن قبيل ذلك، كشفت إحدى الدراسات المحاسبية للمخدرات أن الأضرار المالية التي لحقت بالاقتصاد الوطني الأردني عام 1997 بلغت (43214319) دولاراً أمريكياً.وتضمنت قياس المتغيرات الأساسية ذات العلاقة بمشكلة المخدرات مثل تكاليف التعاطي، وتكاليف معالجة الإدمان، وتكاليف مكافحة المخدرات (وليد الحيالي، 2000).وبطبيعة الحال فإن هذا الرقم مبني على الأرقام الرسمية المعلنة حول الكميات المضبوطة، وأعداد المتعاطين، وتكلفة العلاج لمن تلقوا العلاج.وهذا يعني أن الرقم المحسوب تقديري ولا يعكس حقيقة الحجم الفعلي للهدر المالي؛ حيث إن المضبوط يمثل جزءًا بسيطا من الكمية، وكذلك الأمر بالنسبة لأعداد المتعاطين والعلاج.وهكذا، تعتبر مقولة أن الأردن دولة عبور للمخدرات على أساس عدم تجاوز نسبة التصنيف العالمية (1%) من عدد السكان، مؤدلجة وحقيقة مبتورة، لأنها تغفل في الحقيقة مسألتين: أولاً، الخطورة المترتبة على إدمان المخدرات حتى لو كانت النسبة قليلة، علما بأن النسبة قد تجسد أعدادًا كبيرة وفق الحجم الكلي للسكان.ثانيا، الاعتماد على الأعداد المسجلة رسمياً، وإغفال من لم يتم القبض عليهم أو من لم يقدموا أنفسهم للعلاج.

الدراسات السابقة وذات الصلة:

توزعت الدراسات المحلية بين المنظورات السوسيولوجية والسيكولوجية والصحافية، وركزت معظمها على العوامل الدافعة إلى الإدمان، وخصائص المتعاطين، وكانت جميعها دراسات كمية، ولكن الملفت للانتباه أنه بالرغم من العمق التاريخي لمشكلة المخدرات في الأردن إلا أن الدراسات حولها قليلة، كما لا توجد أية دراسة حول خبرات المدمنين.وقد تم عرض الدراسات من المحلية إلى العالمية وفق معيار قربها من الموضوع ومسارها المعرفي كما تم ترتيبها ضمن مسارها المعرفي من الأقدم إلى الأحدث.

أظهرت دراسة محمد برهوم (1984) أن الغالبية العظمى من المتعاطين هم الشباب، وما يدفعهم إلى الإدمان هو مجاراة الأصدقاء، والدخول في تجربة جديدة، والمشكلات الأسرية.وان التعاطي يتم بشكل منفرد أو بصورة جماعية، كما أن معظم المتعاطين لا يرغبون بالاستمرار في التعاطي ولا يريدونها لأبنائهم.وخلصت الدراسة إلى أن المخدرات لا تشكل مشكلة مستعصية في المجتمع الأردني.وفي السياق ذاته كشفت دراسة عبد العزيز

الخزاعلة (2003) أن من أهم أسباب الإدمان مجاراة الأصدقاء، ونسيان الواقع، وتوفر المادة المخدرة، ولغايات جنسية وصحية، ومواجهة المتاعب النفسية والمشكلات العاطفية، وتحقيق المتعة واللذة.ومن المشكلات المترتبة على الإدمان الهزال الشديد، وفقدان الشهية والرعشة في العضلات وارتفاع ضغط الدم.وكذلك الكلفة الاقتصادية المرتفعة التي قد تصل الى 14 الف دولار شهريا في المستشفيات الخاصة، وتراكم الدين وبيع الممتلكات. ومن المشكلات الاجتماعية الخلافات الأسرية، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية.

كما أظهرت دراسة محمود الخوالدة وماجد الخياط (2011) أن العوامل الدافعة لتعاطي المخدرات تتمثل في المشكلات الأسرية والحصول على اللذة والمتعة، والهروب من الأزمات المالية، ومسايرة الرفاق ونسيان الهموم والمشكلات.وأظهرت دراسة باسم الطويسي، ومحمد النصرات، وعبد الرزاق المعاني، وبشير كريشان (2013) حول اتجاهات الشباب نحو المخدرات، بأن الشباب العاطلين عن العمل هم الأكثر تعاطيا، ومن ثم طلاب الجامعات، وان أكثر الجهات التي يثق بها الشباب في الحد من انتشار المخدرات هم رجال الدين ودائرة مكافحة المخدرات ومعلمو المدارس، وأكثر الوسائل فعالة في الحد من انتشار المخدرات تطبيق القانون الصارم بحق بائعي المخدرات ومروجيها.

بالإضافة إلى ما تقدم كشفت الدراسة التي أعدها (المجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2016) حول ظاهرة انتشار المخدرات في المجتمع الأردني أن المخدرات تنتشر بين طلبة المدارس والجامعات وتباع بأقل الأسعار، كما أفاد 80% من أفراد عينة الدراسة بحصولهم على المخدرات من الأصدقاء والمعارف، و20% من المروّجين، و5% من الصيدليات، و15% من الأقارب مثل أبناء العمومة والأخوال، و100% كانوا يحصلون على المواد المخدرة من أكثر من مصدر في الوقت نفسه.وأشارت الدراسة إلى أنه اختلفت آراء أفراد عينة الدراسة حول نظرتهم للمخدرات قبل التعاطي، فقد عَدّها 30% منهم وسيلة للراحة، و30% منهم دفعهم الفضول وحبّ المعرفة والتجربة للتعاطي، و15% منهم انزلق إلى التعاطي عن جهل، وأفاد 10% منهم بأنهم يخافون منها ويكرهونها، وينظرون إليها نظرة سلبية، ومع ذلك خاضوا تجربتها.كما أظهرت الدراسة ضعف الرقابة الأمنية على الأماكن التي تباع فيها المخدرات، وعدم ردع القانون الأردني للمروجين مع وجود نظام الكفالة.

ومن منظور سيكولوجي، أظهرت دراسة حسين الشرعة ومنى أبو درويش (1999) أن المتعاطين يظهرون مستوى متدنيًا من تقدير الذات، وشعوراً مرتفعا بالوحدة مقارنة

بغير المتعاطين من الأسرة التي ينتمون لها.كما أظهرت دراسة سهام أبو عطية ولينا الحاج حسن (2014) أن خضوع المدمنين لبرامج إرشادية يعمل على تقليل حدة أعراض الاضطرابات النفسية لدى المدمنين.

ومن منظور صحافي، كشفت دراسة تحسين منصور (2000) أن الصحافة الأردنية الىومية لا تضع ضمن أولوياتها مشكلة المخدرات كمشكلة خطيرة تحظى باهتمام القيادات العليا والرأي العام.ومن مؤشرات ذلك قلة الرسائل الإعلامية المخصصة لمشكلة المخدرات، وعدم النشر في الصفحة الأولى والأخيرة واستخدام أنماط صحفية محددة في معالجة موضوعات المخدرات وتخصيص مساحة صغيرة لها.

وبالمقابل هناك وفرة في الدراسات الأجنبية التي تناولت الإدمان على المخدرات من منظورات وزوايا مختلفة وباستخدام المناهج الكمية والكيفية.وقد أظهرت الدراسات أنه من بين العوامل المحفزة للإدمان، جماعات الأقران، والحرمان، وضغوطات الدور، والهروب من المشكلات إلىومية، أو للحصول على القبول والتكامل، وقضاء وقت الفراغ، ولخلق عالم خاص (Galan, 2018; Andia, 2000) وكذلك من أجل الشعور بالنشوة، والعلاج الذاتي self-medication (Kaminsky, 2004). ومن بين العوامل المحفزة للإدمان الخلفية الاقتصادية والاجتماعية المتدنية والبيئات الفقيرة، وإمكانية الوصول إلى المواد المخدرة، والبيئات الحاضنة للمخدرات، حيث تبين أن 85% من المدمنين الذين تلقوا العلاج من المحتمل أن يعودوا إلى الإدمان عندما يرجعون إلى بيئاتهم القديمة، وبالمقابل كلما كانت تسهيلات العلاج متوفرة أكثر تمثل حافزية للعلاج، و تقلل من ارتكاب الجريمة من قبل المدمنين (Dumonti, 2007).وقد أظهرت الدراسات أن هناك علاقة قوية بين تعرض الفرد للمادة المخدرة، والاستخدام المكثف للمخدرات، وهذا بدوره يجسد عملية تعلم تتوسطها المحفزات البيولوجية لاستقبال المخدر وتكثيف محفزات الحساسية للمخدرات (Piazza & Deroche-Gamoned, 2013).

ومن حيث العوامل المؤثرة في العلاج أظهرت الدراسات أن المدمن قد يذهب إلى العلاج إلا أن ذلك لا يعني أنه مستعد دائما لقطع علاقته بالمادة المخدرة، إذ لا بد من عبور خمس مراحل لتحقيق الإقلاع، وتشمل هذه المراحل: 1) ما قبل التفكير بالإقلاع، حيث لا يشعر المدمن بالحاجة إلى التغير. 2) التفكير بالإقلاع، حيث يبدأ الشعور بالحاجة إلى التغيير لكنه لا يقوم بتغييرات حقيقية. 3) التحضير، وهنا يبدأ بالتعرف على خيار تغيير

طرقه. 4) مرحلة الفعل، وهنا يبدأ بصناعة التغييرات.5) مرحلة الحفاظ على التغيير، ويبدأ بتحمل المسؤولية حول فعله ويبدأ بإحداث التغييرات الحياتية العميقة (Miller, Yahre & Tonigan, 2003).ومن العوامل المهمة في تمكين المتعاطي من العلاج الناجح، استخدام مدى معين من الخدمات الصحية التمكينية (أي خدمات صحية مستمرة تمكن المتعاطي من الإقلاع عن التعاطي) وخدمات الدعم الاجتماعي، مثل توطيد علاقة المدمن بأسرته وبالمجتمع المحلي، وشبكة علاقاته الواسعة حيث تساعد في زيادة قابيلته للعلاج (Adorno et al, 2013 Rotarescu & Sleath, 2016).بالإضافة الى ذلك تلعب الروحانية والمعاني المتعلقة بالحياة دورا مهمًّا في التقليل من الأعراض الاكتئابية المرافقة لعملية العلاج.ومن هذه المعاني: التماسك coherence، والاختيارchoice، وقبول الموت death acceptance، والفراغ الوجودي Existential vacuum (Katsogiann, 2015).

كما أظهرت الدراسات أن الإشفاق الذاتي self-compassion لدى النساء اللواتي يخضعن للعلاج من الإدمان يلعب دورًا مهمًّا في علاجهن خصوصا في المرحلة المبكرة من العلاج، ويولد لديهن شعورًا راسخًا بضرورة العيش بشكل مختلف، كما أن سحب أولادهن منهن والعيش بصورة منعزلة يعمق لديهن الأفكار المتعلقة بضرورة الإقلاع عن الإدمان، وقد كان لوجود الأبناء دور مهم في الاصرار على العلاج وتحدي وصم المجتمع لهن، واتهامهن بعدم الأهلية والمقدرة على تربية الأبناء (Gordon, 2018; Haritavorn, 2016; Rodrigues, 2014).

ومن النتائج المترتبة على الإدمان، التعرض للخجل والإذلال نتيجة عدم الحصول على صورة إيجابية من قبل الأسرة والأصدقاء، كما يعانون من الخوف ويخدعون أنفسهم بالتركيز على الجوانب الإيجابية للمادة المخدرة والتنكر للجوانب السلبية، ويحدث هذا الخداع الذاتي self-deception لتجنب الشعور بالمعاناة والفزع والضعف (Kaminsky, 2004).ومن النتائج كذلك المسلكيات الجرمية، والإعاقة، وسوء التغذية، والانهماك بالمادة المخدرة، والموت، علما بأن الرجال أكثر تعرضا لهذه النتائج بينما النساء ينخرطن في الدعارة والسرقة (Kauffman et al, 1997) larceny.

وهناك مستوى عال من الوعي بالوصم الاجتماعي لدى المدمنين، ويعتبر الوصم محفزا للعلاج من الإدمان؛ حيث يسعى المدمنون إلى طلب العلاج للتخلص من الوصم الاجتماعي، وكلما أدرك المدمنون أنهم موصومون يتعمق الإدمان لديهم ومن ثم يخضعون

للعلاج وفي السياق ذاته كشفت الدراسات أن المدمنين يتعرضون للتحيز، والتمييز من قبل الأصدقاء والأهل، وأصحاب العمل والعمال، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، ويعانون من الصورة النمطية المرتبطة بهم من قبيل أنهم أقل تربية، وأكثر ميلا للسرقة، ولا يوثق بهم، وموضع شك.ولذلك لديهم شعور مستمر بالدونية (Arsenault, 2011).

إن الدراسات السابقة سواء المحلية أم الأجنبية منها تناولت موضوع الإدمان من جوانب مختلفة، مثل العوامل الدافعة للإدمان، والعوامل المؤثرة في العلاج، والنتائج المترتبة على الإدمان، ولكل فئة من الدراسات أهميتها الخاصة انطلاقا من الجانب الذي تتناوله، ولكن ما يميز الدراسة الراهنة، وبشكل خاص عن الدراسات المحلية، أنها تحاول تتبع المحطات التطورية للإدمان وتطوير إطار مفاهيمي يفسر مسار حياة الإدمان، بما يشمل بعض ما طرحته الدراسات السابقة من متغيرات، مثل مسببات الإدمان، والنتائج المترتبة عليه، وقبول المجتمع للمدمنين ولكن بوصفها محطات تطورية في مسار حياة الإدمان.

منهجية الدراسة:

منهج الدراسة:

تعتمد منهجية النظرية المتجذرة في البيانات بوجه عام على المنهج الكيفي Qualitative، وقد ارتكزت الدراسة الراهنة استخدام المقابلات المعمقة لتحقيق غرضين منهجيين في آن معاً وهما: رصد عملية تطور حالة الإدمان، والكشف عن الخبرات الفردية للمبحوثين.وهما مساران متبعان في أدبيات النظرية المتجذرة في البيانات.

مجتمع الدراسة:

يتألف مجتمع الدراسة من جميع المدمنين المتواجدين في المركز عند زيارة الباحث للمركز منذ أواخر عام 2015 إلى منصف عام 2016، وبطبيعة الحال فإن مجتمع الدراسة يتصف بالديناميكية – ولكنها ديناميكية بطيئة – حيث يمكن تقدير حجم مجتمع الدراسة في الفترة التي تم فيها جمع البيانات بين(140 - 150) مدمن يخضع للعلاج، وفق تصريحات المشرفين في المركز.

عينة الدراسة:

لقد تم اختيار المدمنين الموجودين في مركز العلاج، على نحو خاص، وفق مقتضيات الكشف عن مسار الحياة بحيث تحققت الاعتبارات التالية: 1) جميعهم مروا، بالضرورة، بتجربة نشأة الإدمان وتطوره.2) جميعهم دخلوا مرحلة طلب العلاج.3) بعضهم عائد للإدمان والعلاج أكثر من مرة.4) لدى جميعهم توقعات، ولدى بعضهم تجارب فعلية حول مرحلة ما بعد الخروج من المركز، وردود فعل المجتمع.

تم اختيار المدمنين بطريقة قصدية purposive sample وقد جرى ذلك وفق شرطين متكاملين: 1 – أن يكون قد مضى على وجودهم في المركز شهرين فأكثر 2 – الموافقة على أجراء المقابلة وإبداء استعدادهم لها.تم الاتفاق معهم على إجراء المقابلات بالتنسق مع المشرفين كما تم إطلاعهم على تفاصيل المقابلة والمدة التي قد تستغرقها، وقد استغرقت المقابلة الواحدة بين ساعتين إلى ثلاث ساعات في كل جلسة علما بأن مقابلة كل مدمن احتاجت (3 - 4) جلسات، وقد استغرقت عملية جمع البيانات ستة أشهر تخللتها تقطعات زمنية.لقد تحقق شرط العينة القصدية مع (33) مدمن ولكن نتيجة ظروف بعض المدمنين تعذر استكمال المقابلات بصورة تامة سوى مع (20) مدمن وهو الحجم الفعلي لعينة الدراسة، وتجدر الإشارة إلى أن حجم العينة في الدراسات العالمية التي راجعها الباحث في مثل هذا النوع من الدراسات تراوح بين (5 - 16) وحدة تحليل وعلى سبيل المثال (انظر Rotarescu, O. & Sleath, E.2016).

الحدود المكانية:

تتمثل الحدود المكانية للبحث بمركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات والموجود في منطقة عرجان في عمان-الأردن.

الحدود الزمانية للبحث:

تتمثل الحدود الزمانية للبحث في الفترة الزمنية الواقعة بين تاريخ 15 / 11 / 2015 وتاريخ 25 / 5 / 2016.

أداة الدراسة:

استخدم الباحثان المقابلة المعمقة In-depth interview للكشف عن خبرات المدمنين الذين يخضعون للعلاج؛ بحيث يمكن الكشف عن البناء المفاهيمي المفسر لمسار حياة الإدمان.ومن هنا، فقد انطلقت المقابلة من سؤال مركزي هو (أخبرني كيف بدأت الإدمان وكيف تطورت الحالة لديك انتهاءً بوصولك إلى المركز؟) ومن ثم تم توجيه الحوار مع المبحوثين وفق ما يعكس الحالة التطورية وقد تمحور توجيه الحوار أثناء المقابلة حول تساؤلات تتعلق بما يلي: -1نشأة الإدمان -2كيف تطورت الحالة 3 – محرضات طلب العلاج 4 – تقييم مرحلة العلاج 5 – توقعات ما بعد الخروج الى المجتمع -6ماذا حصل بعد الخروج بالنسبة للعائدين وكيف تم العود.وتجدر الإشارة أن هذه الأسئلة لم تكن تطرح جميعها في كل حالة، ولكن حسب تدفقات الحوارات ومدى سرد المبحوث لتفاصيل الحالة. وقد تم تدوين المقابلات كتابة بالإضافة إلى تسجيلها بموافقة المركز والمبحوثين على ذلك.وقد تضمنت الأداة مجموعة من المتغيرات الوصفية لعينة الدراسة مثل: نوع المادة المخدرة، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والدخل، ومدة الإدمان، والحالة العملية قبل الإدمان، والحالة العملية بعد الإدمان، وعدد مرات العلاج، ومحاولات العلاج المنفردة، وما إذا تم ارتكاب عمل جرمي بسبب الإدمان.

منهجية النظرية المتجذرة في البيانات: Grounded Theory

كان للتفاعلية الرمزية لدى هربرت بلومر أثراً واضحاً في التطور التاريخي للنظرية المتجذرة في البيانات، وبشكل أساس الافتراضات التي صاغها بلومر للتفاعلية الرمزية حيث أكد على محورية المعنى في الحياة الاجتماعية، وأن المعنى المنتج اجتماعياً يخضع لعملية تحوير وتعديل من قبل الفاعلين.وفي مرحلة الستينيات انطلقت حركة فكرية للبحث عن أدوات جديدة لاختبار العالم الاجتماعي وأعلنت شعار اكتشاف النظرية discovery of theory. ونتيجة للانتقاد الذي تعرضت له النظرية جراء التحول باتجاه ما بعد الحداثة وما بعد البنيوية بدأ كل من جلاسر وستراوس باستخدام لغة تتعلق بالنزعة التفسيرية (Crooks, 2001).

وقد انبثقت النظرية المتجذرة في البيانات عندما تم تحليل بيانات الاحتضارdying في المستشفيات عام 1965 وفي عام 1967 ألف كل من جلاسر وستراوس Glaser & straus كتابهما الموسوم اكتشاف النظرية المتجذرة في البيانات: استراتيجيات للبحث الكيفي وكما يصفان كتابهما: كانت لأول مرة يكتب فيها منهج يسد الفجوة بين النظرية والمنهج.لقد تم

التركيز على استخراج النظرية من البيانات وليس اختبار النظرية.وهكذا فقد تم اكتشاف نظرية ذات تنبؤات، وتفسيرات، وتأويلات، وتطبيقات ملائمة.وكانت المسألة الأساسية في هذه النظرية أن المفاهيم يجب أن تكون ملائمة بالنسبة للمشاركين في سياق معين، حيث إن الكثير من المفاهيم المستخدمة في البحث حدسية ولا تنتمي إلى سياق المبحوثين.وتجدر الإشارة إلى أن عملية توليد الأنماط من البيانات وتحويلها إلى مفاهيم تتم من خلال ما يعرف بمنهج المقارنة المستمرة Constant Comparative Method وهذا المنهج يقارن بيانات مبحوثين مختلفين للوصول إلى المؤشرات المتقاطعة التي تظر النمط المتجذر في البيانات ومن هنا فإن هذه المنهجية تنطلق من نقطة عدم معرفة شيء عن الظاهرة خلافا لما هو معمول به في البحوث النموذجية (Glaser & Hon, 2016).

يتم تحليل البيانات من خلال ثلاثة إجراءات: الترميز المفتوح Open coding ويشير إلى عملية توليد المفاهيم الأولية من البيانات.والترميز المحوري Axial Coding ويشير إلى تطوير المفاهيم ووصلها ببعضها ضمن عائلات مفاهيمية.والترميز الانتقائي Selective Coding ويشير إلى تشكيل تلك العلاقات المفاهيمية ضمن أطر نظرية (Strauss & Corbin, 1998).

وهكذا تعتبر هذه النظرية شكلا من البحوث الميدانية التي تُطَبِّق، بصورة نظامية، خطوات إجرائية تهدف إلى تطوير نظرية منبثقة من البيانات، أو تفسير مكتمل نظرياً حول ظاهرة معينة.وتستمد قيمتها من تجذير النظرية في البيانات البحثية، وهذا يتطلب جمع البيانات من خبراء يشاركون الباحث معرفتهم (Strauss & Corbin, 1998) ، إن هذا الإجراء يسمح بوجود علاقة تبادلية بين النظرية المنبثقة والبيانات التي انبثقت عنها، وملاحظات الباحث الميدانية ومذكراته.وفي الدراسة الراهنة، مثلاً، الخبراء هم المدمنون الذين يخضعون للعلاج، وكلماتهم هي البيانات الامبريقية.وتوليد المفاهيم النظرية لا يكون إلا من خلال التفاعل مع هؤلاء الخبراء أنفسهم.بمعنى آخر، إن فهم الواقع يكون من خلال الانخراط في الخبرة الذاتية، ولذلك فإن المعنى يبنى تبادليا بين الباحث والمبحوث (Gordon-Finlyson, 2010).

إن هذه المنهجية تحدد القضايا النظرية والفرضيات كما تنبثق من البيانات، ولا تبحث عن البيانات التي تدعم الفرضية التي ينطلق منها البحث، كما هو الحال بالنسبة للبحوث الاستنتاجية.ولذلك تعتبر النظرية المتجذرة في البيانات منهجا ملائماً للباحثين الذين

يبحثون عن تطوير نظرية يتم من خلالها تصميم تدخلات إكلينيكية (clinical Starks & Trinidad, 2007).

نظرية مسار الحياة Life Course Theory

تعتبر نظرية مسار الحياة توجها نظرياً يتجاوز الرؤى الاستاتيكية للفعل الإنساني، وبدلا من ذلك تقود البحث إلى متابعة معيشة البشر وفق رؤية ديناميكية في سياقاتها باعتبارها عملية مستمرة.إنها تساعد الباحث في صياغة الأسئلة الإمبريقية وتطوير المفاهيم وتصميم البحث.بالإضافة إلى ذلك فإن نظرية مسار الحياة تقدم إطاراً لدراسة الظواهر ضمن مسارات اجتماعية تطورية متصلة ببعضها ومتغيرة اجتماعيا(Elder Jr, Johnson & Crosne, 2003: 11).وتجدر الإشارة إلى أن نظرية مسار الحياة ترتكز على مجموعة من المبادىء التي تعكس منطقها وايديولوجيتها من نظرتها إلى الحياة الاجتماعية والفعل الانساني، ويمكن إجمال هذه المبادئ فيما يلي:

أولاً – التطور الإنساني عملية مستمرة مدى الحياة وتشمل الجوانب الحياتية كافة.إن هذا المبدأ يتيح فرصة التفاعل المستمر بين التغير الاجتماعي والتطور ويوفر بيانات مهمة حول التغيرات السياقية Contextual Changes عبر الزمن (Johnson, 2001). ثانياً – الفعل الإنساني ينطوي على القوة، تأتي هذه الرؤية كرد فعل على الطروحات البنائية والموقفية وتشدد على أن الأفراد قادرون على بناء مسارات حياتهم من خلال الخيارات والأفعال التي يتخذونها ضمن الفرص المتاحة لهم والقيود التاريخية والظروف الاجتماعية (Crosnoe, 2001).ثالثاً – وحدة الزمان والمكان، إن مسار حياة الأفراد يتشكل ويتجسد في سياقات تاريخية تعكس الخبرات المعاشة على مدى الحياة؛ فهذا السياق يعكس موقعاً جغرافياً، وشكلا ماديا، وثقافة واستثماراً للمعاني والقيم (Gieryn, 2000).رابعاً، التوقيت، ويعني أن الأحداث المتطورة والنتائج الحياتية المتحولة، والأنماط السلوكية تختلف حسب توقيتها في حياة الأشخاص.بمعنى آخر، إن الأحداث أو الخبرات قد تؤثر على الأفراد بطرق مختلفة وهذا يعتمد على متى تحدث في مسار الحياة (George, 1993).خامساً، العوالم المعيشية المتصلة، أشكال المعيشة تجرب باعتبارها يبنى على اعتمادية متبادلة كما أن التأثيرات الاجتماعية – التاريخية يعبر عنها من خلال هذه الشبكة المشتركة من العلاقات، ولذلك غالباً ما يتأثر الأفراد بالتغيرات الاجتماعية الكبرى التي تلقي تأثيراتها على سياقاتهم البين شخصية interpersonal ضمن المواقف الاجتماعية قصيرة المدى (Conger & Elder, 1994).

تحليل البيانات:

تم استخدام منهج المقارنة المستمرة Constant Comparative Method من خلال المزامنة بين جمع البيانات و تحليلها ومن ثم مقارنتها بشكل مستمر ضمن المقابلات وبينها وصولا الى نقطة الاشباع النظري، أي عندما تبين أنه لا توجد أفكار جديدة آخذة بالظهور.إن هذه المنهجية تندرج ضمن التقإلىد التحليلية الأولية(البدائية) للنظرية المتجذرة في البيانات؛ حيث اعتمد الباحثان على الترميز وتدوين المذكرات (Coding and Memo-writing Memoing).وقد جرى التحليل الأولي لنص المقابلة الأولى سطراً بسطر-line by-line مع كل جزئية من البيانات (سطر، جملة، فقرة) وتم ترميزها حسب أهميتها بالنسبة لغايات البحث.ومن خلال الرموز الأولية حدد الباحثان الأفكار المتكررة ومن ثم تمت إعادة تسميتها وتصنيفها، وهذا ما يعرف بعملية الترميز المحوري Axial Coding Process، وهو يستند إلى وضع علامة بلون معين إلى جانب الرموز والفئات المتشابهة Color Coding Process –استخدم الباحث إشارات خاصة به عوضا عن اللون-، ومن ثم استخلاص الأفكار التي وصلت إلى نقطة الإشباع Saturation والتي أصبحت ملاحظة أكثر فأكثر كلما وصل الباحث إلى الى تحليل المقابلة رقم (20).وهكذا، استمرت عملية تدوين ومقارنة المذكرات المتعلقة بفهم الرموز والأفكار المتطورة خلال عملية التحليل حتى أصبحت أكثر وضوحا من الناحية المفاهيمية ومفيدة دلاليًا.وقد تمكن الباحثان من تصنيف ستة مراحل لمسار حياة الإدمان عند نقاط الاشباع ومن ثم تسميتها في ضوء محتواها على النحو التالي: -1دخول عالم الإدمان.-2التعلق.-3الأزمة.-4الحافز الاجتماعي للعلاج.-5العلاج.6دخول المجتمع.

تحليل النتائج ومناقشتها:

جدول(2): خصائص عينة الدراسة

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة%
نوع المادة المخدرة	هيروين	5	25%
	حشيش	4	20%
	كوكايين	2	10%
	حبوب(كبتاجون و جوكر)	4	20%
	مواد مختلفة	5	25%
	المجموع	20	100%
العمر	20سنة فأقل	3	15%
	21 - 30	11	55%
	31 - 40	4	20%
	41 - 50	2	10%
	المجموع	20	100%
الحالة الاجتماعية	أعزب	11	55%
	متزوج	8	40%
	مطلق	1	5%
	المجموع	20	100%
المستوى التعليمي	أساسي	12	60%
	ثانوي	5	25%
	تعليم جامعي	3	15%
	المجموع	20	100%

الدخل الشهري للأسرة	أقل من 500 دينار	11	55%
	500 - 1200 دينار	7	35%
	أكثر من 1200	2	10%
	المجموع	20	100%
مدة الإدمان	5 سنوات فأقل	9	45%
	6 - 10	5	25%
	11 - 15	5	25%
	16 - 20	1	5%
	المجموع	20	100%
لديك عمل قبل دخول المركز	نعم	18	90%
	لا	2	10%
	المجموع	20	100
فقدت العمل نهائيا بعد دخول المركز	نعم	9	45%
	لا	11	55%
	المجموع	20	100%
محاولات الإقلاع المنفردة	لا يوجد	5	25%
	5 مرات	8	40%
	6 - 10 مرات	7	35%
	المجموع	20	100%
عدد مرات العلاج	11مرة فما فوق	3	15%
	1 - 5 مرات	13	65%
	6 - 10 مرات	4	20%
	المجموع	20	100%
ما زلت تشعر بالحاجة الى المادة المخدرة	نعم	3	15%
	لا	17	85%
	المجموع	20	100%

ارتكبت جريمة نتيجة الإدمان	نعم	4	20%
	لا	16	80%
	المجموع	20	100%

يظهر الجدول أن معظم المدمنين الذين يخضعون للعلاج هم من فئة الشباب، وهذا يتفق مع معظم الدراسات المحلية (باسم الطويسي، ومحمد النصرات، وعبد الرزاق المعاني، وبشير كريشان، 2013 و برهوم، 1984).كما أن معظمهم من غير المتزوجين ولديهم مستوى تعليمياً متدنياً، ودخلا متدنيا وهذا مؤشر على أن معظمهم ينتمون إلى الطبقة الدنيا وبعضهم إلى الطبقة الوسطى الدنيا، مما يعكس حجم المعاناة الاقتصادية المترتبة على كلفة المادة المخدرة.خاصة وان معظمهم مضى على إدمانهم بين 6 - 15 سنة.

ومن الملاحظ أن معظمهم لديهم عملاً قبل دخولهم إلى المركز، بينما تسعة منهم فقدوا عملهم بسبب خضوعهم للعلاج، وهذا يشير على نحو واضح، أن المدمنين ليسوا بالضرورة من العاطلين عن العمل كما أظهرت الدراسات السابقة (الطويسي، والنصرات، والمعاني، وكريشان، 2013) ، ولكن قد يفقدون عملهم نتيجة الخضوع للعلاج؛ لأن العلاج يحتاج إلى إقامة طويلة في مركز العلاج.وتجدر الإشارة إلى أن من لم يفقدوا أعمالهم هم ممن يمتلكون ورشاً حرفية وأعمالاً بسيطة.

كما يظهر أن معظمهم حاول الإقلاع عن الإدمان منفرداً، وجميعهم خضعوا للعلاج مرات عديدة، وهذا يعني أنهم، بالرغم من عدم رغبتهم بالاستمرار في الإدمان، عادوا إلى الإدمان، علماً بأن معظمهم أظهروا أنهم لم يعودوا يشعروا بحاجتهم للمادة المخدرة مما يعني أن العلاج الذي يتلقونه مجديا، ولكنهم يعودون إلى نفس البيئات القديمة، أو أن يتعرضوا للمادة المخدرة، أو كما أظهرت الدراسات السابقة أن المدمن قد يذهب للعلاج ولكنه ليس بالضرورة مستعداً للإقلاع عن المادة المخدرة (Miller, Yahre & Tonigan, 2003) ؛ حيث تبين أن 85% من المدمنين الذين تلقوا العلاج من المحتمل أن يعودوا إلى الإدمان عندما يرجعون إلى بيئاتهم القديمة، وبالمقابل كلما كانت تسهيلات العلاج متوفرة أكثر تمثل حافزية للعلاج، وتقلل من ارتكاب الجريمة من قبل المدمنين (Dumonti, 2007).

ومن هنا، يظهر أن معظم المدمنين لم يرتكبوا جرائم بسبب الإدمان، علما بأنه مضى على إدمان معظمهم 5 - 16 سنة، وربما يعود هذا إلى محاولات العلاج المتكررة

وتسهيلاتها بموجب القانون الأردني الذي يعفي من يقدم نفسه للعلاج طوعاً من المحاكمة والعقاب.وهذه النتيجة تختلف عما أكدته نتائج بعض الدراسات السابقة من حيث الاقتران بين الإدمان والمسلكيات الجرمية (Kauffman et al, 1997).

دخول عالم الإدمان

تشبعت الأفكار في هذا السياق حول وجود نوعين من حوافز الإدمان، وهما: الحوافز الاجتماعية، والحوافز الذاتية.أما الحوافز الاجتماعية؛ فتمثلت بالأصدقاء كحافزية اجتماعية مباشرة من خلال استحواذهم على المادة المخدرة أوقدرتهم على توفيرها، بصرف النظر عن وجود متغيرات محرضة للاستجابة للأصدقاء مثل المشكلات الأسرية والشخصية، علما بأن هذه المتغيرات لم تحظ بتكرار ملفت للانتباه في اجابات المبحوثين Participants.

يقول أحدهم: «صرت مدمن من وراء أصحابي...اشتغلت ميكانيكي بعد ما طلعت من المدرسة، وكان معي شباب بشتغلوا في الورشة...دخلت بيوم عليهم ولقيتهم بشموا بنزين، حكالي واحد منهم جرب(أشفط) وجربتها...خضيت الزجاجة وسحبت الهواء اللي جواتها... وبصراحة حسيت بإشي حلو بعدل المزاج».ويقول آخر: «بلشت في عام 2003 عن طريق أصحاب اللي من خارج الأردن، كانوا بيجيبوا(يحضرون) معهم كبتاجون، بعدين صرت أجيب لحالي بعد ما حسيت بتأثيره علي.تركته 9 أشهر عام 2007 وبعدين رجعت، وبعام 2011 تركته شهرين ورجعت».ويقول ثالث: «قبل خمس سنين عرض علي صاحبي حشيش، ما كنت بعرف شو هي وشو بتعمل، لما دخنت أول مرة حسيت أني نسيت كل شيء وصرت بدي إياها كل يوم...أول شهرين كان ببلاش(مجاناً)...وبعدين حولت للهيروبين وصرت أدفع بالي‌وم من 70 الى 100 دينار، وكنت أدفع وتوصلني يوم بيوم...ما كنت أجيب كمية لأنه قد ما فيه باخذها».

ومن جهة أُخرى، تمثلت الحوافز الذاتية بفضول الفاعل ذاته، ورغبته الذاتية، وتجربته الذاتية للمادة المخدرة.وهذا النوع من السلوك الأولي Elementary behavior المدفوع بالرغبة الذاتية يحمل دلالاته المباشرة معه، دون الحاجة الى البحث في الخلفية الاجتماعية للفاعلين.إن هذه الحوافز تفترض ضمناً أن الفاعل لديه استعداداً اجتماعياً للتعاطي، ومعنى هذا، أن الفاعل يستجيب لمستوى متدنٍ من الضوابط الاجتماعية التي تكبح فعله المعرف اجتماعياً، أصلاً، بأنه منحرف.

يقول أحدهم: «التجربة والفضول هم اللي دفعوني للإدمان...ضليت أدور حتى لقيت ولما لقيت ضيعت نفسي...بلشت لما كان عمري 18 سنة (سنة أولى جامعة) جربت حبة كبتاجون وعجبتني وريحتني راحة غير شكل...بعدين حكولي الشباب أنه في شيء أحسن واقوى ودبرولي (أحضروا لي) كوكائين...بعدين صرت أدور على نشوة أكبر وسمعت عن الهيروين ووصلت له...بس أول أربع سنوات وأنا في الجامعة كنت آخذ حبوب وحشيش». ويقول آخر: «بسن المراهقة كنت بدي أجرب واكتشف كل شيء...دخلت الخمارة بدي أعرف شو بصير جوا...وشربت عرق وسلطنت ومزاجي تعدل وما حدا كشفني...وبعدين زادت رغبتي بالمشروب...وبعدين عرفت ناس بتاجروا بالحشيش والحبوب والهيروبين... أول مرة أخذت هيروبين قبل 17 سنة مستحيل أنساها ولحد الآن بدور عليها ودورت كثير وجربت بس ما في فائدة».ويقول آخر: «بيوم زرت ابن عم أبوي وشفت عنده حبوب، وحكإلي عنها شوب تعمل وكيف بتريح الواحد...طلبت منه أجربها، وبعدين تعودت عليها وصرت أشتريها...جوها حلو، عجبتني».

وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، والتي أظهرت أن من بين العوامل المحفزة للإدمان، الشعور بالنشوة، والعلاج الذاتي (Kaminsky, 2004) وجماعات الأقران (برهوم، 1984 Andia, 2000) ، وسواء كانت المحفزات اجتماعية أم ذاتية؛ فإن رغبة الفاعل كمحرض للإقدام على الفعل تعتبر مسألة حاسمة؛ ولذلك يميل معظم المدمنين إلى القاء اللوم على أنفسهم عندما يتأملون إدمانهم.واذا ما أخذنا بعين الاعتبار اقتران الرغبة بالأساس الأخلاقي للفعل؛ فإن الرغبة بالتعاطي تعد منطلقاً غير أخلاقي لفعل الإدمان، وعدم الرغبة منطلقاً أخلاقياً لفعل الامتناع عن التعاطي على أساس التعريف الاجتماعي للمخدرات واضرارها.

حوافز اجتماعية ⟵ أصدقاء (امتلاك المادة + تحريض للاستخدام)

حوافز ذاتية ⟵ فضول + رغبة ذاتية بالتجربة.

التعلُق:

إن المرء لا يكون مدمناً بين عشية وضحاها؛ والمسألة بالغة الخطورة بالنسبة لجميع المواد المخدرة، ولو بدرجات متفاوتة، أن تجربتها تفضي إلى التعلق بها، خاصة عندما تقترن بإقصاء المرء عن عالمه الواقعي المليء بالمشكلات والمتاعب.إن التعلق يظهر

حالـة مـن الاسـتمرار المقترنـة بقسـرية الفعـل؛ بحيـث لا يمكـن للمـرء أن يقلـع أو يتخلـى عـن المـادة ببسـاطة، وأحيانـا بالاعتمـاد علـى إرادتـه الذاتيـة كلياً.وقـد أظهـرت الدراسـات السـابقة أن هنـاك علاقـة قويـة بيـن تعـرض الفـرد للمـادة المخـدرة، والاسـتخدام المكثـف للمخـدرات، وهـذا بـدوره يجسـد عمليـة تعلـم تتوسـطها المحفـزات البيولوجيـة لاسـتقبال المخـدر وتكثيـف محفـزات الحساسـية للمخـدرات (Piazza & Deroche-Gamoned, 2013).

ومن العبارات المشبَعة والدالة على التعلق بالمادة المخدرة ما يلي:

« صـرت أشـرب كثيـر لأنسـى المشـاكل اللـي بمر فيهـا»، و«صـاروا يجيبولي باسـتمرار»، و«مـرة علـى مـرة تعـودت عليهـا وصـرت أشـتريها واكيـف عليهـا»، «...وبعديـن صـرت أدور علـى نشـوة أكبـر...»، و«...وشـوي شـوي لحـد مـا صـرت أشـرب كل يـوم ثـلاث ليتـرات»، و«...وجربـت وتعـودت حتـى كنـت أشـرب لحتـى أغيـب عـن الوعـي»، و«...ومشـيت عليهـا مـع المشـروب لمـا صـار عمـري 23 سـنة كنـت باخـذ حبـة كل يومين أو ثـلاث بعديـن صـرت آخـذ بإلـيوم أكثـر مـن حبـة يعنـي ثـلاث أواربـع حبـات يومياً»، و« بعديـن تطـورت معـي الأمـور و صـرت أشـتري لحإلـى واخـذ معـي للبيـت».

إن المبـادرة بالاسـتمرار ليسـت طوعيـة، بالرغـم مـن أن إمكانيـة التوقـف بعـد التجربـة مباشـرة، ليسـت معقدة.ولكـن فـي العـادة لا يميـل المـرء إلـى أيـة تدخـلات لوقـف الاسـتمرار لأنـه يريـد الاسـتمرار بفعـل اللـذة، والنشـوة، ومخـارج الهـروب مـن الواقـع التـي توفرهـا المـادة المخدرة.وبـلا شـك؛ فـإن إرادة الاسـتمرار تقتـرن بالبـذل، والتضحيـة، والسـعي، بصـرف النظـر عـن كل الاعتبـارات، والتـي لا تكـون فـي العـادة مدركـة مـن قبـل المدمـن ومحـل اهتمامـه وتفكيـره؛ فالتفكيـر فـي هـذه المرحلـة التطوريـة يتمركـز حـول تدبيـر المـادة المخـدرة.

تجربة ⟵ تعرض مستمر + بذل الجهد ⟵ لذة + نشوة + هروب من الواقع

الأزمة:

إن اسـتمرار الاعتمـاد علـى المـادة المخـدرة والتعلـق بهـا، يُحـدث علـى المـدى البعيـد هـدراً وكلفـة عاليـة علـى جميـع المسـتويات الصحيـة، والاقتصاديـة، والاجتماعيـة؛ بحيـث يصبـح الاسـتمرار ليـس يسـيراً ويقـف المدمـن علـى حافـة هاويـة.إن دخـول المدمـن فـي مواجهـة مـع ظرفـه الاجتماعـي الوجـودي الآخـذ بالانهيـار الحـاد، مـن شـأنه أن يحـرض مدركاتـه حـول سـوء وضعـه وترديـه بالإضافـة إلـى تفاقـم مشـاعر الاسـتياء والألـم الناتجـة عـن الشـعور بالذنـب

وانتهاك حقوق الآخرين في السياق الاجتماعي الضيق الذي يعيش فيه، بالإضافة الى ذلك.كما أظهرت الدراسات السابقة – فإن المتعاطين في مرحلة ما قبل العلاج يظهرون مستوى متدنيًا من تقدير الذات، وشعورا مرتفعا بالوحدة مقارنة بغير المتعاطين من الأسرة التي ينتمون لها (الشرعة وأبو درويش، 1999) ، ويواجه المدمنون الخجل والإذلال نتيجة عدم الحصول على صورة إيجابية من قبل الأسرة والأصدقاء، كما يعانون من الخوف ويخدعون أنفسهم بالتركيز على الجوانب الإيجابية للمادة المخدرة والتنكر للجوانب السلبية، ويحدث هذا الخداع الذاتي self-deception لتجنب الشعور بالمعاناة والفزع والضعف (Kaminsky, 2004) ، وهذا كله يولد الحافز الذاتي للعلاج والرغبة به.وهنا، تتولد الأزمة التي تضع المدمن على مفترق طرق بين العلاج أو الاستمرار في الطريق إلى الهاوية. وفي الحالات التي تتناولها الدراسة الراهنة كان المسار الذي وقع عليه الاختيار هو طلب العلاج، وذلك بعد أن تم تعريف المشكلة من قبل المدمنين أنفسهم، ومن بين التعبيرات الدالة على ظهور الأزمة وتفاقمها، ما يلي:

«...ما بدي أهلي واخواني يشوفوني وانا هيك بضيع وبموت»، و«...ما بدي بنتي تكبر وتشوفني هيك، لازم أأمن مستقبلها»، و«...خلص بكفي صرت أسيء معاملة أمي...في أكثر من هيك»، و « بطلت أوقف على رجلي وصحتي تعبت كثير»، و«أولادي صاروا يخافوا لما يشوفوني لأني بفقد الوعي وبصير أضرب»، و«...خسرت أهلي واصحابي وفلوسي... ودمرت أسرتي...ما بحبوا يشوفوني» و«بطلت أقدر أشوف أولادي ومرتي بـ هالحالة...كل مصروف البيت رايح عالهيروبين» و«مستقبل بيتي قاعد بتدمر...لازم أتوقف».

من الواضح أن الحد الذي يدرك عنده المدمن الخطر والتهديد الناتج عن إدمانه ليس ذاتياً كلياً، ولا زمنياً في معظم الأحيان، بل هو من قبيل الالتزامات والواجبات الاجتماعية التي تفترض حقوقاً للآخرين، كما تفترض حق الذات.وهذا يعني أن الأزمة التي يتعرض لها المدمن اجتماعية، وأن الإدمان بالرغم فردانيته كسلوك إزاء المادة المخدرة، إلا أنه ذو طبيعة اجتماعية من حيث سياقاته وارتباطاته وانعكاساته، وهذا يلفت الانتباه إلى ضرورة اعادة تعريف الإدمان ليتجاوز علاقة الفرد بالمادة المخدرة، ليشمل علاقته بمحيطه الاجتماعي كذلك.ولكن، بالرغم من أن المدمن يعرف المشكلة ويدرك أبعادها، إلا أن الحافزية للإقدام على طلب العلاج ليست ذاتية بشكل كلي، بل اجتماعية كذلك.وهذا يؤكد مرة أُخرى عمق الاقتران الاجتماعي للإدمان.

كلفة مرتفعة للإدمان ← مواجهة وجودية ← إدراك + مشاعر+ استياء وألم ← مفترق طرق بين العلاج وطريق الهاوية

الحوافز الاجتماعية للعلاج:

إن حوافز الإقدام على العلاج في معظم الأحيان اجتماعية، وتأتي عن طريق الآخرين المهمين في حياة المرء (كالوالدين، والأخوة، والزوجة) ؛ فقد أظهرت روايات المبحوثين أنه بالرغم من رغبتهم بالعلاج، إلا أن العامل الحاسم في توجيه الأزمة نحو مسار العلاج هم الأفراد الذين ينتمون إلى الدائرة العلائقية الضيقة للفرد.وهذا مؤشر على أن شبكة العلاقات الأولية تؤدي دوراً ضاغطا في توجيه المدمنين نحو طلب العلاج، مع الأخذ بعين الاعتبار أن القانون لا يعاقب من يأتي به ذويه طوعاً للعلاج.وقد أظهرت الدراسات أن من العوامل المهمة في تمكين المتعاطي من العلاج، استخدام مدى معين من الخدمات الصحية التمكينية (أي خدمات صحية مستمرة تمكن المتعاطي من الإقلاع عن التعاطي) وخدمات الدعم الاجتماعي، مثل ربط المدمن بأسرته، وشبكة علاقاته الواسعة حيث تساعد في زيادة قابيلته للعلاج (Adorno et al, 2013). ومن العبارات الدالة على ذلك ما يلي:

«...أُمي أُمي كثير دفعتني للعلاج» و« أبوي جابني بشهر 2 / 2012...» و«...أمي وابوي وخالي جابوني لهون» و«والدي جابني لأني تعبت كثير» و«أهلي ضغطوا عليّ وجيت للعلاج» و«والدي وزوجتي وأبنائي شجعوني آجي أتعالج» و«أخوي حكالي عن المركز وبعدين جابني...» و« أخواني كانوا مشددين عليّ أني أتعالج» و«والدي رتب مع المكافحة وأخذوني من البيت».

وهكذا، ثمة تكامل واضح بين الحافز الذاتي، والاجتماعي، والقانوني لدفع المدمن إلى العلاج، وتجدر الملاحظة أن الرابط المركزي بينها هوالثقة المتبادلة؛ فالمدمن يثق بدائرة علاقاته الأولية كحاضنة لمصلحته، ودائرة العلاقات الأولية تثق بقدرتها على توجيه المدمن للعلاج، كما تثق بأنه سوف يخضع للعلاج فقط، دون عقوبة، والقانون يثق بشبكة العلاقات الأولية كمساند له في العلاج، ولذلك يشترط مرافقة المدمن لأحد أقاربه عندما يأتي للعلاج.ومع ذلك، إن الالتقاء بين المحفزات الذاتية المتولدة عن إدراك الأزمة والمحفزات الاجتماعية المتولدة عن ضغوطات شبكة العلاقات الأولية، بالإضافة إلى المحفزات القانونية، كل ذلك يضع المدمن على عتبة العلاج فقط، ولا يعني بالضرورة العلاج والشفاء التام.

أسرة (علاقات أولية) ⟵ توجيه مسار الأزمة للعلاج

حافز ذاتي ⟵ حافز قانوني

العلاج:

إن مرحلة العلاج تمثل المنطلق الأساسي للخروج من الأزمة؛ حيث يتم التحكم بالقاعدة البيولوجية للإدمان.ولذلك أظهرت روايات المبحوثين على نحو نمطي متكرر أن خضوعهم للعلاج مكنهم من التحكم بذواتهم والسيطرة عليها، وخلصهم من الاعتماد على المادة المخدرة والخضوع لها.وهذا من شأنه أن يضع الإرهاصات الملائمة لبناء الذات من جديد، كما يضع الذات في وجود حياتي جديد ركيزته الإرادة الحرة، والثقة، والوعي.

يقول أحدهم: «مركز العلاج قدملي حياة جديدة...تحسنت نفسيتي على العلاج...تعالجت نفسياً وبدنياً وصرت مرتاح أكثر...حاليًا تقربت لربنا أكثر وبعدت عن الهيروبين...كان كل تركيزي قبل العلاج على الإبرة حاليًا أنا بتحكم بحالي بدل ما كان الهيروبين يتحكم في... عندي ثقة بالله كبيرة وذهني صافي وبالي مرتاح...بس بتمنى يوفرولي فرصة عمل».ويقول آخر: «بالمركز في برنامج ماشيين عليه من الصبح للمساء...بقدمولنا كثير أشياء علاج ورياضة وإرشاد...أنا اللي بتحكم بحالي مش المشروب...الارادة هي اللي بتصنع التغيير... تحسنت نفسيا بعد ما كنت منطوي على حالي...أنا الآن اجتماعي كثير...».وفي السياق ذاته يقول آخر: «...خلصوني من اللي كنت فيه...بعطونا دروس دينية وبنصلي وبقدمولنا علاج صحي شامل ورياضة...خلوني أقدر أسيطر على حالي...صحتي صارت أحسن خاصة أني صرت آكل أحسن وشهيتي للأكل أحسن...وعلاقتي بأهلي تحسنت كثير بيجو بزورووني دايماً...أنا الآن بدي أطلع من المركز شخص ثاني بذاكرة جديدة».وهكذا، فإن العلاج بمثابة منح الحياة من جديد ليس على المستوى البيولوجي فحسب، ولكن اجتماعيا كذلك؛ فالمدمن يعيش عادة حالة انسحابية من الواقع الاجتماعي ويتقوقع في عالمه الخاص المتمركز حول طقوسية الإدمان التي تحكمه وتسيطر عليه، ولكن بعد العلاج يشهد بعثاً اجتماعياً يكون فيه أكثر انعتاقاً وتفاعلاً وتحكماً بذاته.وهذه الحالة الوجودية التي تعبر عن خروج المدمن من الأزمة، تصبح قيمة بذاتها وذات جاذبية مرتفعة خاصة في المراحل المتقدمة من وجوده تحت العلاج.

ومن هنا، فإن المبحوثين يكررون عبارات تدل على اكتشاف الذات، ورد الاعتبار لها، وارتفاع مفهوم الذات وتقدير الذات، بعد الخضوع للعلاج، وترافقها عبارات ندم وتأنيب للضمير والاستياء مما مضى.إن هذه العبارات تؤدي دور الدفاعات الأولية التي يعمل من خلالها المدمنين على حماية صورة الذات المتشكلة من جديد والدفاع عنها، كما تعد بذات الوقت جزءاً من عملية تشييد الذات وبنائها.كما تدل على مستوى تطوري مهم في إنتاج الذات الاجتماعية، ونقلها من التقدير المنخفض قبل العلاج إلى التقدير المرتفع بعد العلاج. ومما يصف به المبحوثون ذواتهم بعد الخضوع للعلاج ما يلي:

«...بشكر ربي على العقل والتفكير واني صحيت على حالي...بصراحة بعتز بحالي وانا حاليا بستحق الاحترام لأني بطلت أتعاطى...أنا غلطت وصلحت غلطتي أكيد لازم أحترم حالي والناس تحترمني...أول كنت أتهرب من كل شيء والآن بقدر أتحمل المسؤولية وفخور بنفسي أني تقدمت هالخطوة وتعالجت...بس عندي شعور بالخجل والخوف».ويقول آخر معبرا عن حجم التحول في حياته»وين كنا و وين صرنا مرتاح كثير ومبسوط...ندمان لأني ضيعت أيام المفروض أكون فيها مع زوجتي واولادي...خجلان أنه عندي أولاد وبيت وكنت أتعاطى».ويذهب آخر في الاتجاه ذاته بقوله: «أنا صرت إنسان جيد وتبت لله توبة نصوحة...في جزء من شخصيتي راح والآن برجعلي...المدمن انسان طماع وانانى لأني لما بتعاطى بس بفكر بحالي...ندمان وحزنان وأحيانا بحتقر حالي...».

تكررت هذه المشاعر المزدوجة بصيغ مختلفة لدى جميع المدمنين، وهذه المشاعر نابعة من تشكل المعنى الجديد للذات والحياة، والذي يصاحبه عادة إدراكاً للضرر الاجتماعي الواقع نتيجة هدر الذات وضياعها، الأمر الذي يبعث مشاعر الخجل والندم.ولكن إدراك الإنجاز المتمثل في الخضوع للعلاج والتخلص من المادة لا يضمحل في هذا السياق؛ فيظهر بتعبيرات مختلفة من الاعتداد بالذات مثل الفخر والاعتزاز والقدرة على تحمل المسؤولية والتوبة.وجميعها تعبر عن التحول والانتقال من ظرف وجودي الى آخر.

منطلق الخروج من الأزمة ⟵ سيطرة بيولوجية ⟵ التخلص من الاعتماد

اكتشاف الذات ⟵ تقدير مرتفع ⟵ ثقة ⟵ وعي

دخول المجتمع:

تظهر روايات المبحوثين أن جميعهم لديهم إطار مرجعي واضح يلوذون به بعد انتهاء

فترة العلاج ودخول المجتمع من جديد.وهذا الإطار المرجعي هو الأُسرة التي تمثل جوهر شبكة العلاقات الأولية التي حفزت المدمنين على العلاج أصلاً.وهذا يعني، ضمناً، أن المدمن يشعر بتعاطف أسرته معه، ويتوقع معاملة حسنة منها، وليس نبذها له، خاصة وأنه خضع للعلاج.وهذه النتيجة تتكامل مع نتائج الدراسات السابقة التي كشفت أن العلاج يمكن المدمن من التخلص من الوصم الاجتماعي وأن هناك مستوى عاليًا من الوعي بالوصم الاجتماعي لدى المدمنين، ويعتبر الوصم محفزا للعلاج من الإدمان؛ حيث يسعى المدمنون إلى طلب العلاج للتخلص من الوصم الاجتماعي (Arsenault, 2011) ، كما أن معظمهم ليس لديهم تخوفاً واضحا من إيجاد عمل، علماً بأن (18) منهم فقدوا عملهم بشكل نهائي بعد الخضوع للعلاج، ولكنهم أكدوا أنهم سيبحثون عن عمل جديد.

يقول أحدهم: «بدي أرجع للبيت واقعد عند حفاية (حذاء) أمي...أهلي بدفعوني للأمام وبشجعوني ما أرجع للإدمان...هم كثير فرحانين ومبسوطين...شغل ما في...لما أطلع من هون إن شاء الله بقدم للشركات...» ويقول آخر« بدي أرجع لأهلي أمي وابوي واخواني... بدي أقطع علاقتي مع أصحابي اللي كنت معهم...ممكن أبوي يساعدني بشغل مثل ما ساعد أخواني».ويقول آخر في السياق ذاته: «رح أرجع عالبيت عند أهلي واعتذر منهم وافتح صفحة جديدة...هم بحبوني بس زعلوا مني بسبب أني بتعاطى...أكيد بساعدوني وبوقفوا معي...لما أطلع برجع لشغلي...أنا عندي مصلحة».

من الواضح أن الشعور بالذنب هو المحرك الأساس للإقدام على الحياة وتشكل نوايا إصلاح العلاقة مع الأسرة، وهذه النوايا لإصلاح العلاقة منبثقة، كذلك، من إدراك المدمنين، بالتجربة، أن الأسرة لم تصمهم، ولم تقطع العلاقة بهم، وهذه المسألة تمنح المدمن مفهوما مرتفعاً للذات High Self-Concept وتعينه على مقاومة وصم المجتمع العام، إن وجد، وتعجل من شفائه.ولذلك لم يكترث معظمهم بما يمكن أن تكون عليه وجهة نظر المجتمع إزائهم.ولكن بالرغم من ذلك؛ فإن هذه الحصانة التي يستقيها المدمن من دائرته الأُسرية ليست نهائية فيما يتعلق بعدم انتكاسه وعودته الى الإدمان مرة أُخرى.

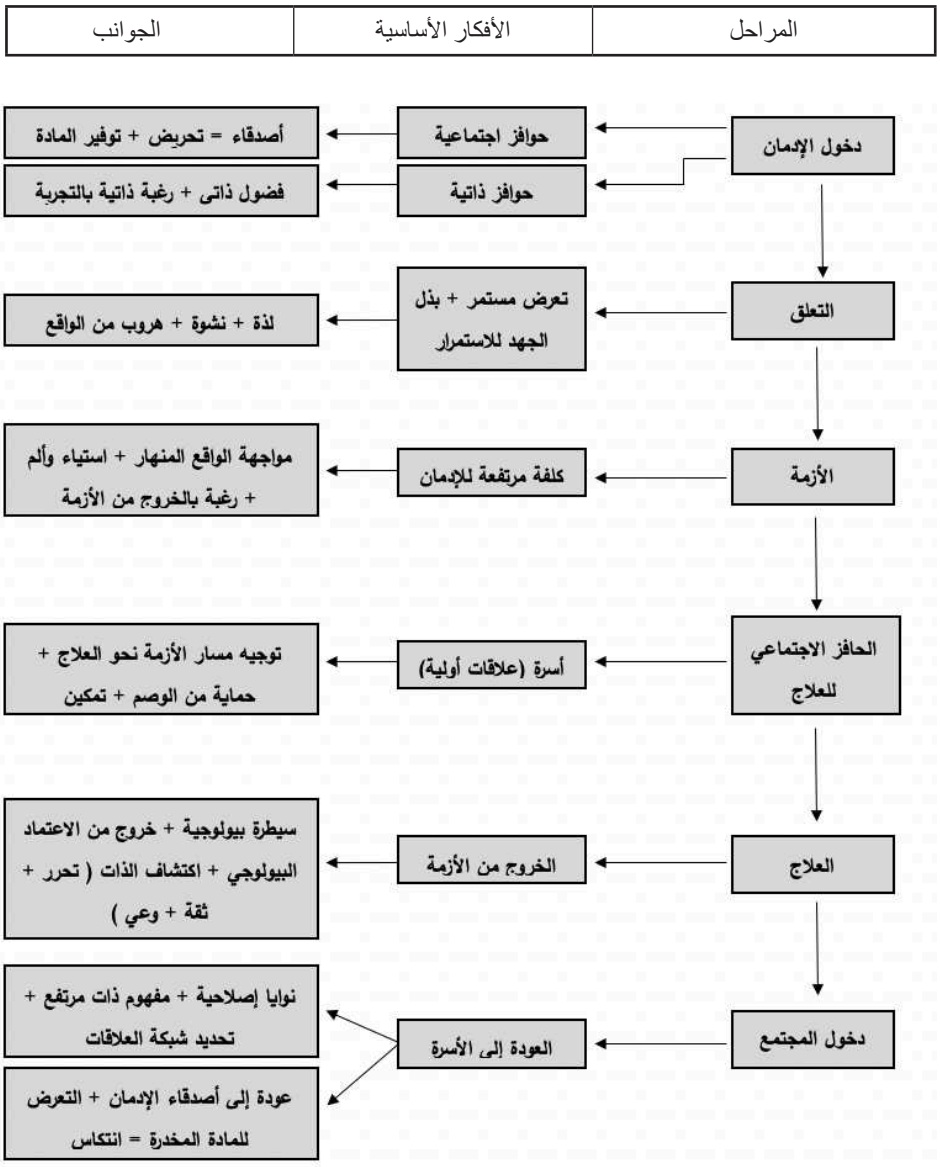
عودة إلى الأسرة + نوايا إصلاحية ⟵ مفهوم ذات مرتفع

ولكن بالمقابل، أظهرت البيانات الأولية للمبحوثين أن معظمهم خضع للعلاج أكثر من مرة، وهذا يدل على أنهم عادوا للإدمان بعد العلاج، أي تعرضوا للانتكاسRelapse وفي حقيقة الأمر، فإن مخالطة الواقع، والتعرض للمادة، وأصدقاء الإدمان جميعها تمثل المحك

الحقيقي للشفاء التام من الإدمان بيولوجيا واجتماعيا، وليس النوايا المعلنة في فترة العلاج، أي قبل الخروج إلى المجتمع.ويبدو العامل الحاسم في الانتكاس هو أصدقاء الإدمان وما يرافقهم من ذكريات مقترنة بنشوة الإدمان وطقوسيته، علما بأن لقائهم قد يكون محض صدفة وبلا ترتيب مسبق.يقول أحدهم بعد عودته للعلاج لمرة الثانية:

« بعد ما طلعت من المركز بفترة التقيت بواحد من الشلة القديمة وعرض علي حبوب...ورجعت أتعاطى حبوب وحشيش وجوكر...هاي المرة(الثانية) أُمي جابتني...» ويقول آخر: «...أنا تمشكلت مع أبوي لأنه كان ناوي يرحلنا على شقة ثانية...وبعدها رجعت لأصحابي اللي كنت أتعاطى معهم ورجعت آخذ حشيش...».ويقول آخر: «رجعت لما حكوا أصحابي معي...عرفوا أني طلعت وحكوا معي(هاتفيا) والتقينا وسحبوني للمشروب والحبوب...انتكسنا من جديد».

إن إمكانية التواصل مع شبكات التعاطي القديمة، تمثل تهديداً حقيقياً للجهود المبذولة في عملية العلاج، إن عملية علاج المدمن من المادة المخدرة تتم على نحو صحيح، ولكن علاجه من (ثقافة الإدمان) بمكوناتها المختلفة، و(علاقات الإدمان) تحتاج إلى فترة زمنية طويلة تتجاوز الحدود الزمنية لوجوده في المركز.وهكذا، تبقى احتمالية الانتكاس قائمة. وقد أظهرت الدراسات السابقة أن 85% من المدمنين الذين تلقوا العلاج من المحتمل أن يعودوا إلى الإدمان عندما يرجعون الى بيئاتهم القديمة، وبالمقابل كلما كانت تسهيلات العلاج متوفرة أكثر تمثل حافزية للعلاج، وتقلل من ارتكاب الجريمة من قبل المدمنين (Dumonti, 2007).



شكل رقم (1) : مسار حياة الإدمان

خلاصة واستنتاجات عامة:

جدول(3): ملخص استنتاجي

المرحلة	الوصف	المتغيرات المفسرة
محرضات دخول عالم الإدمان	تكامل الإرادة الذاتية والسياق الظرفي للفرد	المشكلات الاجتماعية، والأسرية، ومستوى متدنٍ من الضوابط، والأصدقاء، والاستعداد الذاتي
دخول عالم الإدمان والتعلق بالمادة المخدرة	ارتباط شديد بالمادة المخدرة والاعتماد عليها	هروب من المشكلات، وانسحاب من الواقع المعاش
تفاقم الأزمة	ازدواجية الرغبة بالخروج من عالم الإدمان والاعتمادية المفرطة	حساب الكلفة اقتصادياً، واجتماعياً، وصحياً
محرضات الخروج من الأزمة	ظهور محفزات توجيه الأزمة نحو العلاج	شبكة العلاقات الأولية، والمحفزات القانونية
الخروج من الأزمة	دخول مركز العلاج	السيطرة البيولوجية على المادة المخدرة، وإعادة اكتشاف الذات
العودة إلى المجتمع	تحرر نهائي من المادة المخدرة، والارتباط بشبكة العلاقات الأولية	تحديد شبكة العلاقات، و تقدير ذات مرتفع، ونوايا بالتكامل والاندماج
الانتكاس	العود إلى الإدمان	مشكلات أسرية، أسرة ضعيفة، عودة أصدقاء الإدمان، و تكرار المسار

سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن مسار حياة الإدمان باستخدام منهجية النظرية المتجذرة في البيانات، وقد تم جمع المعلومات عن طريق مقابلة معمقة مع عشرين مبحوثاً من المدمنين الذين يخضعون للعلاج في مركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات؛ حيث تمحورت المقابلات حول إظهار خبرات الإدمان من بداية دخول المدمن إلى عالم الإدمان وصولا الى العلاج، ومن ثم ردود فعل المجتمع بعد الخروج من العلاج، وحيث تبين أن معظم المدمنين قد عادوا إلى الإدمان أكثر من مرة، فإنهم يمتلكون خبرات فعلية فيما يتعلق بردود فعل المجتمع.

وكشفت النتائج أن مسار حياة الإدمان يتشكل، تطورياً، من خلال ست مراحل أساسية: المرحلة الأولى، دخول عالم الإدمان، وقد تبين أن المرء يدخل عالم الإدمان عن طريق نوعين من الحوافز هما، الحوافز الاجتماعية والحوافز الذاتية.وتمثلت الحوافز الاجتماعية كما انبثقت بصورة متكررة من روايات المبحوثين، بالأصدقاء؛ حيث يؤدي الأصدقاء دورًا مهمًا في التحريض على تناول المخدرات وتجربتها، بالإضافة إلى توفير المادة المخدرة.وهنا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار وجود عوامل كامنة في الخلفية لم يعبر عنها المبحوثين بصورة كافية، وهي: رغبة الفاعل الذاتية واستعداده للتعاطي مما يدل على استجابته لمستوى متدنٍ من الضوابط الاجتماعية، وكذلك المشكلات الاجتماعية والأسرية التي يعانون منها.كما تمثلت الحوافز الفردية بالفضول الذاتي واندفاعه للتجربة، وكل من الحافزين يجتمعان معاً ويحفزان المرء على دخول عالم الإدمان.

إن دخول عالم الإدمان يدفع إلى مزيد من الارتباط بالمادة المخدرة وطقوسيتها، وهنا، يدخل المرء المرحلة التطورية الثانية وهي، التعلق؛ حيث يتعرض المرء للمادة المخدرة بشكل مستمر ومتصاعد، ويرافق هذه الحالة بذل المزيد من الجهد للحصول على المادة وتوفيرها على حساب كل الاعتبارات الاجتماعية والأخلاقية، ومما يزيد من التعلق شعور المدمن باللذة، والنشوة، وهروبه من الواقع الاشكالى الذي يعيشه.وفي هذه المرحلة تغيب المدركات التقويمية لدى المدمن بصورة نهائية، مما يجعله بمعزل عن قراءة الكلفة المترتبة على التعاطي اجتماعياً، واقتصادياً، وصحياً.

وتستمر حالة التعلق بالمادة المخدرة الى أن تتفاقم الكلفة المترتبة على الإدمان، وتصبح مظاهرها واضحة، اجتماعياً، واقتصادياً، وصحياً.وهنا، يدخل المدمن في مرحلة الأزمة، حيث يتطلب الأمر مواجهة الواقع الوجودي الآخذ بالانهيار، وتبدأ المدركات التقويمية لحجم الخسائر بالتشكل، ويرافقها حالة من الاستياء والألم، والرغبة بالخروج من الأزمة.لكن المدمن لا يتمكن من تجاوز الأزمة بذاته، ويقف على مفترق طرق بين التوجه للعلاج والطريق الى الهاوية.

وهنا يدخل المدمن في المرحلة التطورية الرابعة؛ وهي، بروز الحوافز الاجتماعية للعلاج، والتي تؤدي دوراً مركزياً في توجيه مسار الأزمة نحو الذهاب الى العلاج، وتمثلت هذه الحوافز بالأسرة وشبكة العلاقات الأولية المحيطة بالمدمن (الأب، والأخ، والأم، والزوجة).وهذا يشير إلى أن هذه الشبكة العلائقية ما تزال حاضرة في المجتمع وتؤدي دوراً بارزاً في توجيه الأفراد وتستحوذ على ثقتهم.إن الضغوطات التي تمارسها شبكة العلاقات الأولية تستثمر الميول الأولية لدى المدمنين بالتوجه للعلاج.كما تعمل على تمكينه اجتماعياً واقتصادياً.إنها ترفع تقدير الذات، ومفهوم الذات

لديه، كما تقيه من الوصم الاجتماعي، وتوفر له ما تعينه به اقتصادياً.

إن ضغوطات الحوافز الاجتماعية تدفع المدمن إلى دخول مرحلة العلاج، ومثل هذه المرحلة تمثل منطلق الخروج من الأزمة، ويجب أن نأخذ بعين الاعتبار هنا، الحافز القانوني الذي يتمثل بعدم معاقبة المدمن الذي يقدم نفسه للعلاج طوعاً عن طريق أحد أقاربه.إن الحافز القانوني من شأنه أن يحفز ضغوطات الحافز الاجتماعي على المدمن للعلاج، انطلاقا من الثقة المتولدة حول وضع المدمن أثناء العلاج.إن مرحلة العلاج تحقق السيطرة البيولوجية على المادة المخدرة وتحرر المدمن منها.بالإضافة الى ما تقدم؛ فإن المدمن يكتشف ذاته من جديد في سياق متحرر، يرافقه وعي بوضعه الراهن والسابق.أي، يصبح بإمكانه تأمل الماضي و كلفته.

المرحلة الأخيرة تتمثل في دخول المجتمع من جديد، وبالرغم من أن الدراسة الراهنة لم ترصد هذه المرحلة فعلياً، إلا أنها استندت إلى روايات المبحوثين التي تجسد خبرات سابقة باعتبار أن معظمهم قد عادوا إلى الإدمان أكثر من مرة بعد خروجهم من العلاج إلى المجتمع.لقد أظهرت النتائج أن جميع المبحوثين لديهم نوايا اصلاحية إيجابية، مثل الإقلاع عن المادة المخدرة وعدم العودة إليها مرة أُخرى، والابتعاد عن أصدقاء الإدمان. وقد تبين أن المبحوثين لديهم تقدير ذات مرتفع نابع من وثوقهم بأن أسرهم سوف تحتضنهم وتأويهم، ولن تنبذه وتتخلى عنهم.ومن جهة أُخرى، تبقى هناك احتمالية قائمة للانتكاس مرة أُخرى، وقد تبين أن الانتكاس يأتي، كما هوالحال بالنسبة لدخول عالم الإدمان، عن طريق الأصدقاء.إن العودة إلى أصدقاء الإدمان، والتعرض للمادة المخدرة وايحاءاتها قد يدفع المدمن الذي خضع للعلاج إلى العودة للإدمان مرة أُخرى.

إن استخدام النظرية المتجذرة في البيانات يتيح فرصة تطوير إطار مفاهيمي يفسر الظاهرة المدروسة انطلاقاً من واقعها، ولعل هذا المخطط التطوري ذا المراحل الست يفسر عملية تطور الإدمان من بداياته وانتهاءً بالتخلص منه أو العودة إليه مرة أُخرى.وعلاوة على ذلك، فإن هذا المخطط الذي يقدم تفسيراً كلياً لمشكلة الإدمان يسمح بتدخلات إكلينيكية انطلاقاً من معرفة المراحل التطورية المختلفة و طبيعتها.مما يتطلب تشخيص المرحلة التي يمر فيها المدمن قبل تقديم التدخل المناسب.مثلاً، إن التدخلات التي تتطلبها مرحلة دخول المجتمع تختلف تماما من حيث طبيعتها عن دخول مرحلة الإدمان؛ فالثانية تتطلب تدخلاً سريعاً لنزع المادة المخدرة، وإبعاد المدمن عن علاقات الإدمان، وتحريره من إيحاءات المادة المخدرة ونشوتها.والثانية تتطلب المتابعة، والمراقبة، والتوجيه، والتمكين.

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

الاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات (2014). المجلس الوطني لمكافحة المخدرات. المملكة الأردنية الهاشمية.

برهوم، محمد (1984). ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن. مجلة الباحث، 6(34/33).

الجريدة الرسمية (2016). قانون المخدرات والمؤثرات العقلية.

الحيالي، وليد (2000). قياس التكاليف المالية لتعاطي المخدرات في الأردن، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 15(29)، 43 - 78.

الخزاعلة، عبد العزيز (2003). الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن دراسة ميدانية. مجلة أبحاث اليرموك سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 19(4).

خضور، أديب (2005). التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في العالم. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 20(39)، 173 – 176.

الخوالدة، محمود والخياط، ماجد (2011). أسباب تعاطي المواد الخطرة والمخدرات من منظور متعاطيها في المجتمع الأردني، مجلة الدراسات الأمنية. مركز الدراسات الاستراتيجية الأمنية، 5.

زاد الأردن الإخباري (2014). القانون الجديد لمتعاطي المخدرات.

الدستور (2014). انتشار المخدرات يصل الخطوط الحمراء في الأردن.

الشرعة، حسين وابو درويش، منى (1999). دراسة مقارنة في تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المتعاطين للمخدرات وإخوة غير متعاطين من نفس الأسرة في الأردن، مجلة مركز البحوث التربوية (جامعة قطر)، 16، 25 - 55.

الطويس، باسم والنصرات، محمد والمعاني، عبد الرزاق وكريشان، بشير (2013). اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان. مجلة دراسات سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 40(2)، 278 – 289. https//:doi.org/10.12816/0007785

أبو عطية، سهام درويش وحسن، لينا الحاج (2014). فاعلية العلاج التعبيري في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي لدى المدمنين. دراسات العلوم التربوية، 41(1)، 139 – 161. https://doi.org/10.12816/0007826

الغد الأردني (2016). نسبة متعاطي المخدرات في الأردن لا تتجاوز 1%.

المجلس الاقتصادي والاجتماعي (2016). ظاهرة انتشار المخدرات في المجتمع الأردني. الموقع الرسمي. www.esc.jo

مرقة، فرح وعبد الهادي، وسن (2014). تزايد انتشار المخدرات والأردن لم يعد بعد دولة عبور. العرب اليوم.

منصور، تحسين (2000). الصحافة الأردنية اليومية ومشكلة المخدرات (المعالجة والدور). مجلة دراسات سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 27(2)، 354 – 327.

الموقع الرسمي لإدارة مكافحة المخدرات (2015). www.psd.gov.jo

المراجع الأجنبية:

Adorno, E., Chssler, D., D'Ippolito, M., Grate-Wolf, S., Lundgren, L. & Puringron, T. (2013). *Predisposing, enabling and need factors associated with addiction treatment among Massachusetts Puerto Rican drug users*. National Association of Social Workers. Doi10.1093/sovt/sv1021. https//doi.org/10.1093/swr/svt021

Andia, F. (2000). *A sociological investigation of factors related to HIV risks behaviors among Puerto Rican injection drug users in New York and Puerto Rico*. ProQuest LLC.UMI 9986299.

Arsenault, B. (2011). *The stigmatization of mental illness and drug addiction among the criminally involved*. ProQuest LLc.UMI 1492631.

Colin, D. (2001). Conceptualizing addiction theories of drug craving. *Ancient and Modern.Addiction*, 96, 3346-. https//doi.org/10.1046/j.13600443.2001.961333-.x

Conger, R., & Elder Jr., G. (1994). *Families in troubled times Adapting to change in rural America*. *Hawthorne*. Aldine de Gruyter.

Crooks, DL. (2001). The importance of symbolic interaction in grounded theory research on women's health. *Health Care for Women International,* 22, 1127-. https//doi.org/10.10800739933013000030 54/

Crosnoe, R. (2001). Trends in academic orientation and parental involvement in education over the course of high school. *Sociology of Education*, 74, 210230-. https//doi.org/10.23072673275/

Dumonti, IWICA. (2007). *The Etiology and Treatment Addiction*. ProQuest LLC.UMI 1449021.

Edman, J. (2012). Swedish drug treatment and the political use of conceptual innovation 1882-1982. *Contemporary Drug Problems*, 39, 429461-. https//doi.org/10.1177009145091203900305/

Galan, M. (2017). Addictions in the period of the adolescence and their influence on the family life: the perspective of the young adult. *Scientific Annuals of Alexandru Ioan Cuza University of Jasi, Sociology and Social Work,* 2, 105119-.

Glaser, B.& Hon. (2016). The grounded theory perspective its origins and growth, *The Grounded Theory Review*, 15, 1, 49-. https//doi.org/10.43241-9780203793206/

Global Commission on Drug Policy. (2012). *War on Drugs*. http//www.globalcommissionondrugs.org/Report.

Gordon, L. (2018). My daughter is a drug addict grandparents caring for the children of addicted parents. *New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 13, 1, 3954-. https//doi.org/10.1080117/7083X.2017.1413664

Gordon-Finlaysonm, A. (2010). *QM*2 *Grounded theory*. *In M*. *Forrester* (Ed.). *Doing Qualitative Research in Psychology*, Sage Publications.

Haritavorn, N. (2016). I am just a 'maae' (mother) experience of mothers injecting drugs in Thailand, *Sociology of Health and Illness*, 38(7), 11671179-. https//doi.org/10.11119566.12448-1467/

Johnson, M. (200l). Job values in the young adult transition stability and change with age. *Social Psychology Quarterly*, 64, 297317-. https//doi.org/10.23073090156/

Kaminsky, I. (2004). *The land scape of addiction a phenomenological study of the experience of addiction*. ProQuest LLC.UMI 3144560.

Katsogianni, I. & Kleftaras, G. (2015). Spirituality, meaning in life, and depressive symptomatology in drug addiction, *The International Journal of Religion and Spirituality in Society*, 5(2). https//doi.org/10.18848/2154-8633/CGP/v05i02/51104

Kauffman, S., Silver, p. & Poulin, J. (1997). Gender differences in attitudes toward al cohol, tobacco, and other drugs. *Social Work*, 42(3), 231241-. https//doi.org/10.1093/sw/42.3.231

Matheson, J. (2008). Women's issues with substance use, and addiction: One perspective. *Substance Use and Misuse*, 43, 12411276-. https//doi.org/10.10801082608080221516 3/

Miller, W., Yahre, C. & Tonigan, S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754763-. https//doi.org/10.1037006-0022/X.71.4.754

Miller, N. & Gold, M. (1991). Dependence syndrome: A critical analysis of essential features. *Psychiatric Annals,* 21, 282290-. https//doi.org/10.392807-19910501-5713-0048/

Piazza, P. & Deroche-Gamoned, V. (2013). A multistep general theory of transition to addiction. *Psych Pharmacology*, 229, 387413-. https//doi.org/10.1007/s002134-3224-013-

Rodrigues, S. (2014). *The role of self compassion in the lives of women in early recovery from drug addiction*. ProQuest LLC.UMI 3624572.

Rotarescu, O.& Sleath, E. (2016). The lived experiences of five clients in recovery. *Revista de Asistenta Sociala*, 15(3), 1936-.

Starks, H.&Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology. discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17, 13721380-. Doi10.11771049732330730 7031/. https//doi.org/10.11771049732307307031/

Strauss, A.&Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research Techniques and production for developing grounded theory* (2*nd ed*.). Sage Publication.

West, R. (2001). Theories of Adiction. *Addiction*, 96, 313-. https//doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96131.x

Romanization Arabic References: الترجمة الصوتية لمصادر ومراجع اللغة العربية:

al-astrātyjyah alwaṭaniyyata limukāfaḥati almukhaddirāti 2014). almajlisa alwaṭaniyya limukāfaḥati almukhaddirāti almamlakatu al'urduniyyatu alhāshimiyyatu

brhwm muḥammada 1984). ẓāhirata ta'āṭayi almukhaddirāti fī al'urduni majallatu albāḥithi 6(33 / 34).

aljarīdatu al-rasmiyyatu 2016).qānūna almukhaddirāti wa-al-mu'aththirāti al'aqliyyati

alḥīāliyyu waliyadi 2000). qīāsa al-takālyfi almāliyyati lt'āṭy almukhaddirāti fī al'urduni almajallata al'arabiyyata lil-dirāsāti al'amniyyati wa-al-tadrībi 15(29)78 43- ،.

al-khzā'lah 'abda al'azīzi 2003). aljawāniba alijtimā'iyyata liẓāhirati ta'āṭayi almukhaddirāti fī al'urduni dirāsata maydāniyyata majallatu 'bḥāthi alyarmūki silslata al'ulūmi al'insāniyyati wa-al-ijtimā'iyyati 19(4).

khḍwr 'adība 2005). al-taqryra al-sanawiyya lil-hay'ati al-dawliyyati limurāqibati almukhaddirāti fī al'ālami almajallatu al'arabiyyatu lil-dirāsāti al'amniyyati wa-al-tadrībi 20(39)176 – 173 ،.

alkhawālidatu maḥmūdun wa-al-khayyāṭu mājida 2011). 'asabbāba ta'āṭayi almawādda alkhaṭirata wa-al-mukhaddirāti min manẓūri muta'āṭīhā fī almujtama'i al'urduniyyi majallata al-dirāsāti al'amniyyati markazu al-dirāsāti al-astrātyjyah al'amniyyata 5.

zāda al'urdunu al'ikhbāriyyu 2014). alqānūna aljadīda limuta'āṭī almukhaddirāti

al-dustūru 2014). intishāra almukhaddirāti yaṣilu alkhuṭūṭu alḥamrā'u fī al'urduni

al-shara'atu ḥusīna wibwi darwīshun manā 1999). dirāsata muqāranatin fī taqdyri al-dhāt wa-al-shu'ūra bi-al-waḥdati ladā al-mt'āṭyn lil-mukhaddirāti wa'ikhwati ghayri mt'āṭyn min nafsu al'usrati fī al'urduni majallata markazi albuḥwthi al-tarbawiyati jāmi'ata qaṭari 1655 25- ،.

al-ṭīs bismin wa-al-naṣrāti muḥammada wa-al-m'āny 'abda al-razzāqi wkryshān bashyra 2013). ittijāhāti al-shabābi naḥwa almukhaddirāti durrāsatu maydāniyyatu fī muḥāfaẓati ma'ānin majallatu dirāsāti silslati al'ulūmi al'insāniyyati wa-al-ijtimā'iyyati 40(2)289 – 278 ،. https// doi.org/10.128160007785/

'abū 'aṭiyyatin sihāma darwīshin waḥusnin layyinā alḥājji 2014). fā'iliyyatu aj ary fy taqlīli al-aḍṭrābāt al-nfsyah thṣyn taqdīru adhāt wādm al-ajtmā'y ldā al-mdmnyn drāt wm arw 41(1)161 – 139 ،. https://doi.org/10.128160007826/

alghadu al'urduniyyu 2016). nisbata muta'āṭī almukhaddirāti fī al'urduni lā tatajawaz 1%.

almajlisu aliqtiṣādiyyu wa-al-ijtimā'iyyu 2016). ẓāhirata intishāri almukhaddirāti fī almujtama'i al'urduniyyi almawqi'u al-rasmiyyu www.esc.jo

maraqatun faraḥun wa'abdu alhāddiyyi wasinna 2014). tazāyuda intishāri almukhaddirāti wa-al-'urduni lam ya'ud ba'da dawlati 'ubūrin al'arabu alyawma

manṣūrun taḥsīna 2000). al-ṣiḥāfata al'urduniyyata alyawmiyyata wamushakkalata almukhaddirāti almu'ālajata wa-al-dawra majallata dirāsāti silslati al'ulūmi al'insāniyyati wa-al-ijtimā'iyyati 27(2)327 – 354 .

almawqi'u al-rasmiyyu li'idārati mukāfaḥati almukhaddirāti 2015). www.psd.gov.jo

Lived Experiences of Drug Addiction in Jordan, Revealing Life Course by Using a Grounded-Theory Approach

Mohamed Abdulkarim Al-Horani[1]

Hussein Mohamed Al-Othman[2]

Abstract:

Background: There is a dearth of information on drug addiction in the Arab world. Thus, this study aimed to explore the life course and evolutionary stages of drug addiction in Jordan.

Methods: A grounded-theory approach was used to explore the life course and evolutionary stages of drug addiction in Jordan. A purposive sampling method was used to select a total number of 20 participants that met the selection criteria for this study. The qualitative research method used to obtain data in this study was an in-depth interview. The data obtained from participants was analyzed via the codification and the (constant comparative method), i.e. the constant comparison of notes obtained from the interview sessions.

Results: This study revealed that six evolutionary stages describe the life course of drug addiction in Jordan. These stages include entering the world of addiction, attachment, crisis, social motivations for seeking treatment, treatment and rejoining society.

Keywords: Drug Addiction, Life Course of Addiction, Grounded Theory.

(1) College of Arts, Humanities and Social Sciences - University of Sharjah (Sharjah - U.A.E.)
mhouranis@yahoo.com

(2) College of Arts, Humanities and Social Sciences - University of Sharjah (Sharjah - U.A.E.)