

اسم المقال: الخبرات المعاشة لمدمني المخدرات في المجتمع الأردني، الكشف عن مسار حياة الإدمان باستخدام منهجية النظرية المتجدرة في البيانات

اسم الكاتب: محمد عبد الكريم الحوراني، حسين محمد العثمان
رابط ثابت: <https://political-encyclopedia.org/library/9079>
تاريخ الاسترداد: 2026/04/11 06:50 +03

الموسوعة السياسية 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 السياسية - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

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



جامعة الشارقة
UNIVERSITY OF SHARJAH

مجلة جامعة الشارقة

مجلة علمية محكمة

للعالم
الإنسانية
والاجتماعية

عدد A



المجلد 17، العدد 2

ربيع الثاني 1442 هـ / ديسمبر 2020م

التقييم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

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 القبول: 2019-09-03

تاريخ الاستلام: 2019-05-25

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 إلى عالم الإدمان، وصولاً إلى 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 برودود 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 إلى الأسرة، ونوايا الإصلاح، وهجر أصدقاء الإدمان. وثمة مسار آخر قد يحدث نتيجة مخالطة أصدقاء الإدمان مرة أخرى، 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 الحيايلى، 2000: 45)، ولكن دون اعتبارها، رسمياً، 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 محلياً 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 إدراكاً شمولياً لمسارها التطوري كما يعيشه المدمنون، وكما ينعكس في تجاربهم؛ بحيث يتجاوز صيغته الظرفية وخصائصه الظاهرية. ومن هنا، تسعى الدراسة الراهنة إلى 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 انطلاقاً من محطة العلاج التي تمثل مفترقاً بين ما قبل العلاج وما بعده بالنسبة للمدمنين. ومن هنا، تستقرى 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. ثالثاً – تصورات المدمنين حول ذواتهم بعد العلاج. رابعاً – تقبل المجتمع للمدمنين بعد الخروج من المركز، والوصم الاجتماعي (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 وأن 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 الخزاولة، 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 إلى المادة المخدرة مرة أخرى، ومن ناحية أخرى فإن محرضات طلب العلاج (مثل الأسرة) قد تمثل كوابح اجتماعية تقلل من احتمالية العودة مرة أخرى. وهكذا، فإن الكشف عن تتابع المراحل التطورية للإدمان والتفاعل بينها يعد ذواهمية بالغة من أجل إجراء تدخلات علاجية.

مفاهيم الدراسة:

الإدمان: يميل بعض العلماء إلى اعتبار الإدمان Addiction بنية تُعرف اجتماعياً وتتأثر بالوقت والبحث والثقافة. ولذلك فإن تعريفات الإدمان اختلفت حسب الوقت، وتضمنت مكونات بيولوجية، وأخلاقية، واجتماعية، وسيكولوجية، وسوسيولوجية (West, 2001: 5)، ومن التعريفات المتداولة للإدمان أنه: «فقدان السيطرة على استخدام المخدرات، والانهماك في الحصول عليها، والاستمرار في الاستخدام بصرف النظر عن النتائج السلبية» (Miller&Gold, 1991).

وتعرف الدراسة الراهنة الإدمان بأنه: عملية مستمرة ومتطورة عبر الزمن في استخدام المخدرات. وتتخللها تناقضات الشعور بالألم، والنشوة، والافتقار إلى السيطرة، والانشغال المستمر بالمادة المخدرة على حساب جميع الاعتبارات القيمة.

مسار حياة الإدمان: Life Course of Addiction

يشير إلى المراحل التطورية المتتابعة التي تمر بها عملية الإدمان وصولاً إلى مرحلة العلاج ومن ثم الخروج إلى المجتمع.

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

بدأت مشكلة تعاطي المخدرات تظهر جلية في المجتمع الأردني بعد عام 1949، أي بعد توحيد الضفتين، ولكنها كانت أكبر في فلسطين بسبب انفتاح المجتمع الفلسطيني على المجتمع الغربي براً وبحراً، ومن ثم انتقلت إلى الضفة الشرقية وكانت المادة الرائجة في التعاطي هي بوجه عام، الحشيش، وبشكل محدد الأفيون. وقد تزايدت المشكلة بسبب الموقع الجغرافي للأردن الذي يتوسط دول الإنتاج ودول الاستهلاك الأمر الذي جعل منه جسراً تمر عليه المخدرات عن طريق التهريب إلى الدول المجاورة، وبلغ مقدار كمية الحشيش التي تم ضبطها عام 1979 (872) كغم وفي عام 1980 (445) كغم (محمد برهوم، 1984).

بالإضافة إلى ما تقدم فإن الهجرات المتتالية إلى الأردن أدت دوراً مركزياً في انتشار المخدرات وترويجها، بدءاً بالهجرات الفلسطينية عام 1949، وعام 1967، وعودة مئات الآلاف من المغتربين عام 1990 وعام 1991 نتيجة غزو العراق للكويت (حسين الشرعة

ومنى أبو درويش، 26: 1999)، ومن ثم لجوء مئات الآلاف من العراقيين بعد غزو العراق عام 2003، وبعد ذلك لجوء مئات الآلاف من السوريين إلى الأردن بعد عام 2011. وقد أشار التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في العالم عام 2004 إلى أن الموقع الجغرافي، وعدم الاستقرار السياسي والاقتصادي بالإضافة إلى الترابط بين الإرهاب والجريمة المنظمة والفساد والاتجار بالمخدرات، كل ذلك يشكل تهديداً لم يسبق له مثيل مما يثير القلق إزاء تدهور الوضع العام (أديب خضور، 2005).

ولكن بالرغم من التزايد المستمر في أعداد المتعاطين إلا أنه لم يتم اعتبار الأردن دولة مقر للمخدرات، وفي مؤتمر صحفي لمدير مكافحة المخدرات عام 2016 أكد فيه أن الأردن ما يزال يصنف دولياً بأنه من دول العبور؛ حيث إن النسبة العالمية لتصنيف الدول على أنها مقر للمخدرات يجب أن تبلغ (1%) من السكان، وذلك وفق آخر تصنيف دولي عام 2009 (الغد الأردني، 2016).

ومن قبيل الاعتراف الضمني بوجود المشكلة وضرورة التصدي لها، تم تأسيس مكتب مختص بمكافحة المخدرات في عام 1968م، وكان يتبع لإدارة التحقيقات الجنائية، إلا أن المراسلات مع المكتب العربي لمكافحة المخدرات التابع للجامعة العربية في القاهرة كانت تتم عن طريق قسم القضايا التابع لدائرة الجمارك العامة، وبقيت إدارة التحقيقات الجنائية مباشرة لعملها وكانت قضايا المخدرات التي يتم ضبطها تودع للمحاكم المدنية عن طريق مديريات الشرطة. وقد تقرر إنشاء إدارة لمكافحة المخدرات بتاريخ 4 / 1 / 1973م بناءً على التوصية المنبثقة عن مؤتمر قادة الشرطة العرب والذي عقد في أبوظبي آنذاك وتعد ثاني إدارة لمكافحة المخدرات في الوطن العربي بعد الإدارة العامة في جمهورية مصر العربية (الموقع الرسمي لإدارة مكافحة المخدرات، 2015).

وكإجراء وقائي وعلاجي في آن معاً، صدر قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (11) لسنة 1988 والذي سمح للمدمنين بالتقدم للعلاج دون التعرض للمساءلة القانونية (عبد العزيز الخزاولة، 18: 2003). وتم تعديل هذا القانون عام 2014 ليصبح على النحو التالي: لا تقام دعوى الحق العام على من يتعاطى المواد المخدرة والمؤثرات العقلية أو من يدمن عليها إذا تقدم قبل أن يتم ضبطه، من تلقاء نفسه أو بواسطة أحد أقربائه إلى المراكز المتخصصة للمعالجة التابعة لأي جهة رسمية أو إلى إدارة مكافحة المخدرات أو أي مركز أمني طالبا المعالجة (زاد الأردن الاخباري، 2014). علماً بأن القانون كان يعفي من يتم

ضبطه متعاطياً للمرة الأولى والثانية فقط. وفي تعديلات القانون لعام 2016 تم تغليظ العقوبة على من ضبط متعاطياً للمرة الأولى من السجن سنة وحتى أربع سنوات، كما لا يجوز للمحكمة أن تنزل بالعقوبة عن أربعة أشهر وغرامة خمسمائة دينار إذا كان الجاني مكرراً 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 أخذ بالتزايد ولا نستطيع أن نضع رؤوسنا في التراب ونقول إنه ليس لدينا مشكلة مخدرات في الأردن، علينا جميعاً 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 وأنها لم تتراجع بشكل ملحوظ، ويمكن إظهار ذلك عن طريق الجدول التقريبي التالي:

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

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

(*) تم تجميع الجدول من قبل الباحث بالاستناد الى مواد متفرقة، منها الموقع الرسمي لإدارة مكافحة المخدرات، والاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات 2009 علماً 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 طمأننة 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 الخارجية 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 ضرباً من الأيديولوجيا. ولذلك، حتى لو كانت النسب المعلن عنها رسمياً 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 وأولياء الأمور على حد سواء بلغ حجم العينة التي شملتها الدراسة (2471) طالباً وطالبة في (26) مدرسة حكومية وتراوح أعمارهم بين (11) و(16) سنة. وجاء في المرتبة الأولى الحبوب المهدئة بنسبة بلغت (2, 4%) وانتشرت هذه الأفة 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 السجارة الواحدة عشرة قروش، كما أن ثمن الكبتاجون والترامادول والبرازين وغيرها حوالي خمسة وثلاثين قرشاً 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 اقتصادياً 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 الحيايلى، 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 المالى؛ حيث إن المضبوط يمثل جزءاً بسيطاً 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، مؤدجلة وحقيقة مبتورة، لأنها تغفل في الحقيقة مسألتين: أولاً، الخطورة المترتبة على إدمان المخدرات حتى لو كانت النسبة قليلة، علماً بأن النسبة قد تجسد أعداداً كبيرة وفق الحجم الكلي للسكان. ثانياً، 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 السوسولوجية 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 مجارة الأصدقاء، والدخول في تجربة جديدة، والمشكلات الأسرية. وإن 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 الساق ذاته كشفت دراسة عبد العزيز

الخزاعلة (2003) أن من أهم أسباب الإدمان مجازاة الأصدقاء، ونسيان الواقع، وتوفير المادة المخدرة، ولغايات جنسية وصحية، ومواجهة المتاعب النفسية والمشكلات العاطفية، وتحقيق المتعة واللذة. ومن المشكلات المترتبة على الإدمان الهزال الشديد، وفقدان الشهية والرغبة 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 الطويس، 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 بانعي 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 المروجين، 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 عدّها 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 متدنياً من تقدير الذات، وشعوراً مرتفعاً 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 اليومية 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 اليومية، أو للحصول على القبول والتكامل، وقضاء وقت الفراغ، ولخلق عالم خاص (Galan, 2018; Andia, 2000) وكذلك من أجل الشعور بالنشوة، والعلاج الذاتي (Kaminsky, 2004) self-medication. 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، وتقلل 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 التغيير. (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 قابليته للعلاج (Adorno et al, 2013 Rotarescu & Sleath, 2016). بالإضافة الى ذلك تلعب الروحانية والمعاني المتعلقة بالحياة دوراً مهماً في التقليل من الأعراض الاكتئابية المرافقة لعملية العلاج. ومن هذه المعاني: التماسك coherence، والاختيار choice، 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 دوراً مهماً في علاجهن خصوصاً في المرحلة المبكرة من العلاج، ويولد لديهن شعوراً راسخاً 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, 2014; 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 والفرح والضعف (Kaminsky, 2004). ومن النتائج كذلك المسلكيات الجرمية، والإعاقة، وسوء التغذية، والانهماك بالمادة المخدرة، والموت، علماً بأن الرجال أكثر تعرضاً لهذه النتائج بينما النساء ينخرطن في الدعارة والسرقة (larceny) (Kauffman et al, 1997).

وهناك مستوى عال من الوعي بالوصم الاجتماعي لدى المدمنين، ويعتبر الوصم محفزاً 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 انطلاقاً 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 منتصف 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 إجراء المقابلة وإبداء استعدادهم لها. تم الاتفاق معهم على إجراء المقابلات بالتنسيق 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 بمواقفة 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 الاحتضار dying 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 تُطبَّق، 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 يبني 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 توجهاً نظرياً يتجاوز الرؤى الاستاتيكية للفعل الإنساني، وبدلاً 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 تطويرية متصلة ببعضها ومتغيرة اجتماعياً (Elder Jr, Johnson, 2003: 11). وتجدر الإشارة إلى أن نظرية مسار الحياة تركز على مجموعة من المبادئ التي تعكس منطقها وبيولوجيتها من نظرتها إلى الحياة الاجتماعية والفعل الإنساني، 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 التغيير 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 وتشدّد 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، وشكلاً مادياً، 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 يبني 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 وتحليلها ومن ثم مقارنتها بشكل مستمر ضمن المقابلات وبينها وصولاً إلى نقطة الإشباع النظري، أي عندما تبين أنه لا توجد أفكار جديدة آخذة بالظهور. إن هذه المنهجية تندرج ضمن التقاليد التحليلية الأولية (البدائية) للنظرية المتجذرة في البيانات؛ حيث اعتمد الباحثان على الترميز وتدوين المذكرات (-Coding and Memoing writing Memoing). وقد جرى التحليل الأولي لنص المقابلة الأولى سطرًا بسطر line-by-line مع كل جزيئية 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 عوضاً عن اللون، ومن ثم استخلاص الأفكار التي وصلت إلى نقطة الإشباع Saturation والتي أصبحت ملاحظة أكثر فأكثر كلما وصل الباحث إلى التحليل المقابلة رقم (20). وهكذا، استمرت عملية تدوين ومقارنة المذكرات المتعلقة بفهم الرموز والأفكار المتطورة خلال عملية التحليل حتى أصبحت أكثر وضوحاً من الناحية المفاهيمية ومفيدة دلاليًا. وقد تمكن الباحثان من تصنيف ستة مراحل لمسار حياة الإدمان عند نقاط الإشباع ومن ثم تسميتها في ضوء محتواها على النحو التالي: 1- دخول عالم الإدمان. 2- التعلق. 3- الأزمة. 4- الحافز الاجتماعي للعلاج. 5- العلاج. 6- دخول المجتمع.

تحليل النتائج ومناقشتها:

جدول(2): خصائص عينة الدراسة

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

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

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

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، ودخلاً متدنياً 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 وأن 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 مجدياً، 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، وتقل من ارتكاب الجريمة من قبل المدمنين (Dumonti, 2007).

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

وتسهيلاتهما 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 والسلوكيات 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 كحافز اجتماعية مباشرة من خلال استحوادهم على المادة المخدرة أو قدرتهم على توفيرها، بصرف النظر عن وجود متغيرات محرضة للاستجابة للأصدقاء مثل المشكلات الأسرية والشخصية، علماً 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 يشتغلوا في الورشة... دخلت بيوم عليهم ولقيتهم بشموا بنزين، كحالي واحد منهم جرب (أشفت) 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 بيحبوا (يحضرون) معهم كتباجون، 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 أنني نسيت كل شيء وصرت بدي إياها كل يوم... أول شهرين كان ببلاش (مجاناً)... وبعدين حولت للهيري وبين وصرت أدفع باليوم من 70 الى 100 دينار، وكنت أدفع وتوصلني يوم بيوم... ما كنت أجيب كمية لأنه قد ما فيه باخذها».

ومن جهة أخرى، 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 اللذان دفعوني للإدمان... ضللت أدور حتى لقيت ولما لقيت ضعيت نفسي... بلشت لما كان عمري 18 سنة (سنة أولى جامعة) جربت حبة كتاجون وعجبتني وريحنتي 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 أخذ 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 رغيتي بالمشروب... وبعدين عرفت ناس بتاجروا بالحشيش والحبوب والهيرويين... أول مرة أخذت هيرويين 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، وحكالي 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. وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار اقتران الرغبة بالأساس الأخلاقي للفعل؛ فإن الرغبة بالتعاطي تعد منطقاً غير أخلاقي لفعل الإدمان، وعدم الرغبة منطقاً أخلاقياً لفعل الامتناع عن التعاطي على أساس التعريف الاجتماعي للمخدرات واضرارها.

حوافز اجتماعية ← أصدقاء (امتلاك المادة + تحريض للاستخدام)

حوافز ذاتية ← فضول + رغبة ذاتية بالتجربة.

التعلق:

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

حالة من الاستمرار المقترنة بقسرية الفعل؛ بحيث لا يمكن للمرء أن يقلع أو يتخلى عن المادة ببساطة، وأحياناً بالاعتماد على إرادته الذاتية كلياً. وقد أظهرت الدراسات السابقة 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 العبارات المشبعة والدالة على التعلق بالمادة المخدرة ما يلي:

«صرت أشرب كثير لأنسى المشاكل اللي بمر فيها»، و«صاروا يجيبولي باستمرار»، و«مرة على مرة تعودت عليها وصرت أشتريها واكيف عليها»، و«...وبعدين صرت أدور على نشوة أكبر...»، و«...وشوي شوي لحد ما صرت أشرب كل يوم ثلاث لترات»، و«...وجربت وتعودت حتى كنت أشرب لحتى أغيب عن الوعي»، و«...ومشيت عليها مع المشروب لما صار عمري 23 سنة كنت باخذ حبة كل يومين أو ثلاث بعدين صرت آخذ باليوم أكثر من حبة يعني ثلاث أو أربع حبات يومياً»، و«بعدين تطورت معي الأمور و صرت أشتري لحالي واخذ معي للبيت».

إن المبادرة بالاستمرار ليست طوعية، بالرغم من أن إمكانية التوقف بعد التجربة مباشرة، ليست معقدة ولكن في العادة لا يميل المرء إلى أية تدخلات لوقف الاستمرار لأنه يريد الاستمرار بفعل اللذة، والنشوة، ومخارج الهروب من الواقع التي توفرها المادة المخدرة. وبلا شك؛ فإن إرادة الاستمرار تقتزن بالبذل، والتضحية، والسعي، بصرف النظر عن كل الاعتبارات، والتي لا تكون في العادة مدركة من قبل المدمن ومحل اهتمامه وتفكيره؛ فالتفكير في هذه المرحلة التطورية يتمركز حول تدبير المادة المخدرة.

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

الآزمة:

إن استمرار الاعتماد على المادة المخدرة والتعلق بها، يُحدث على المدى البعيد هدراً وكلفة عالية على جميع المستويات الصحية، والاقتصادية، والاجتماعية؛ بحيث يصبح الاستمرار ليس يسيراً ويقف المدمن على حافة هاوية. إن دخول المدمن في مواجهة مع ظرفه الاجتماعي الوجودي الآخذ بالانهيار الحاد، من شأنه أن يحرض مدركاته حول سوء وضعه وترديه بالإضافة إلى تفاقم مشاعر الاستياء والألم الناتجة عن الشعور بالذنب

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 متدنياً من تقدير الذات، وشعوراً مرتفعاً 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 والتتكبر للجوانب السلبية، ويحدث هذا الخداع الذاتي self-deception لتجنب الشعور بالمعاناة والفرع 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 بدني أهلي واخواني يشوفوني وانا هيك بضيع وبموت»، و«...ما بدني بنتي تكبر وتشوفني هيك، لازم أمن مستقبلاً»، 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 لأنني بفقد الوعي وبصير أضرب»، و«...خسرت أهلي واصحابي وفلوسي... ودمرت أسرتي...ما بحبوا يشوفوني» و«بطلت أقدر أشوف أولادي ومرتي ب هالحالة...كل مصروف البيت رايح عالهيرويين» 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 تفرض حقوقاً للآخرين، كما تفرض 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 إعادة 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 أخرى 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 ضاغظاً 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 قابليته للعلاج (Adorno et al, 2013). ومن العبارات الدالة على ذلك ما يلي:

«...أمي أمي كثير دفعتني للعلاج» و«أبوي جابني بشهر 2 / 2012...» و«...أمي وابوي وخالي جابوني لهون» و«والدي جابني لأنني 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 هو الثقة 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 مراقبة 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 الإرهاسات 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 نفسياتي على العلاج... تعالجت نفسياً وبدنياً وصرت مرتاح أكثر... حالياً تقربت لربنا أكثر وبعدت عن الهيرويين... كان كل تركيزي قبل العلاج على الإبرة حالياً أنا بتحكم بحالي بدل ما كان الهيرويين يتحكم في... عندي ثقة بالله كبيرة وذهنني صافي وبالي مرتاح... بس بتمنى يوفرولي فرصة عمل». ويقول آخر: «بالمركز في برنامج ماشيين عليه من الصبح للمساء... بقدملنا كثير أشياء علاج ورياضة وإرشاد... أنا اللي بتحكم بحالي مش المشروب... الإرادة هي اللي بتصنع التغيير... تحسنت نفسياً بعد ما كنت منطوي على حالي... أنا الآن اجتماعي كثير...». وفي السياق ذاته يقول آخر: «...خلصوني من اللي كنت فيه... يعطونا دروس دينية وبنصلي وبقدمولنا علاج صحي شامل ورياضة... خلوني أقدر أسيطر على حالي... صحتي صارت أحسن خاصة أنني صرت أكل أحسن وشهيتي للأكل أحسن... وعلاقتي بأهلي تحسنت كثير بيجو بزوروني 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 اجتماعياً كذلك؛ فالمدمن يعيش عادة حالة انسحابية من الواقع الاجتماعي ويتوقع 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:

«...يشكر ربي على العقل والتفكير واني صحيت على حالي... بصراحة بعتر بحالي وانا حالياً يستحق الاحترام لأنني بطلت أتعاطى... أنا غلطت وصلحت غطتني أكيد لازم أتحترم حالي والناس تحترمني... أول كنت أتهرب من كل شيء والآن بقدر أتحمّل المسؤولية وفخور بنفسي أني تقدمت هالخطوة وتعالجت... بس عندي شعور بالخجل والخوف». ويقول آخر معبراً عن حجم التحول في حياته «وين كنا ووين صرنا مرتاح كثير ومبسوط... ندمان لأنني ضيعت أيام المفروض أكون فيها مع زوجتي واولادي... خجلان أنه عندي اولاد 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 وانا اني لأنني لما بتعاطى بس بفكر بحالي... ندمان وحرزان وأحياناً بحتقر حالي...».

تكررت هذه المشاعر المزدوجة بصيغ مختلفة لدى جميع المدمنين، وهذه المشاعر نابغة 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 يضمن 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 الأسرة 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 عالياً من الوعي بالوصم الاجتماعي لدى المدمنين، ويعتبر الوصم محفزاً للعلاج من الإدمان؛ حيث يسعى المدمنون إلى طلب العلاج للتخلص من الوصم الاجتماعي (Arsenault, 2011)، كما أن معظمهم ليس لديهم خوفاً واضحاً 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 فرحانيين ومبسطين... بشغل 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 عالييت عند أهلي واعتذر منهم وافتح صفحة جديدة... هم بحبوني بس زعلوا مني بسبب أنني بتعاطي... 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 مفهوماً مرتفعاً للذات High Self-Concept وتعينه على مقاومة وصم المجتمع العام، إن وجد، وتعجل من شفائه. ولذلك لم يكثر معظمهم بما يمكن أن تكون عليه وجهة نظر المجتمع إزاءهم. ولكن بالرغم من ذلك؛ فإن هذه الحصانة التي يستقيها المدمن من دائرته الأسرية ليست نهائية فيما يتعلق بعدم انتكاسه وعودته إلى الإدمان مرة أخرى.

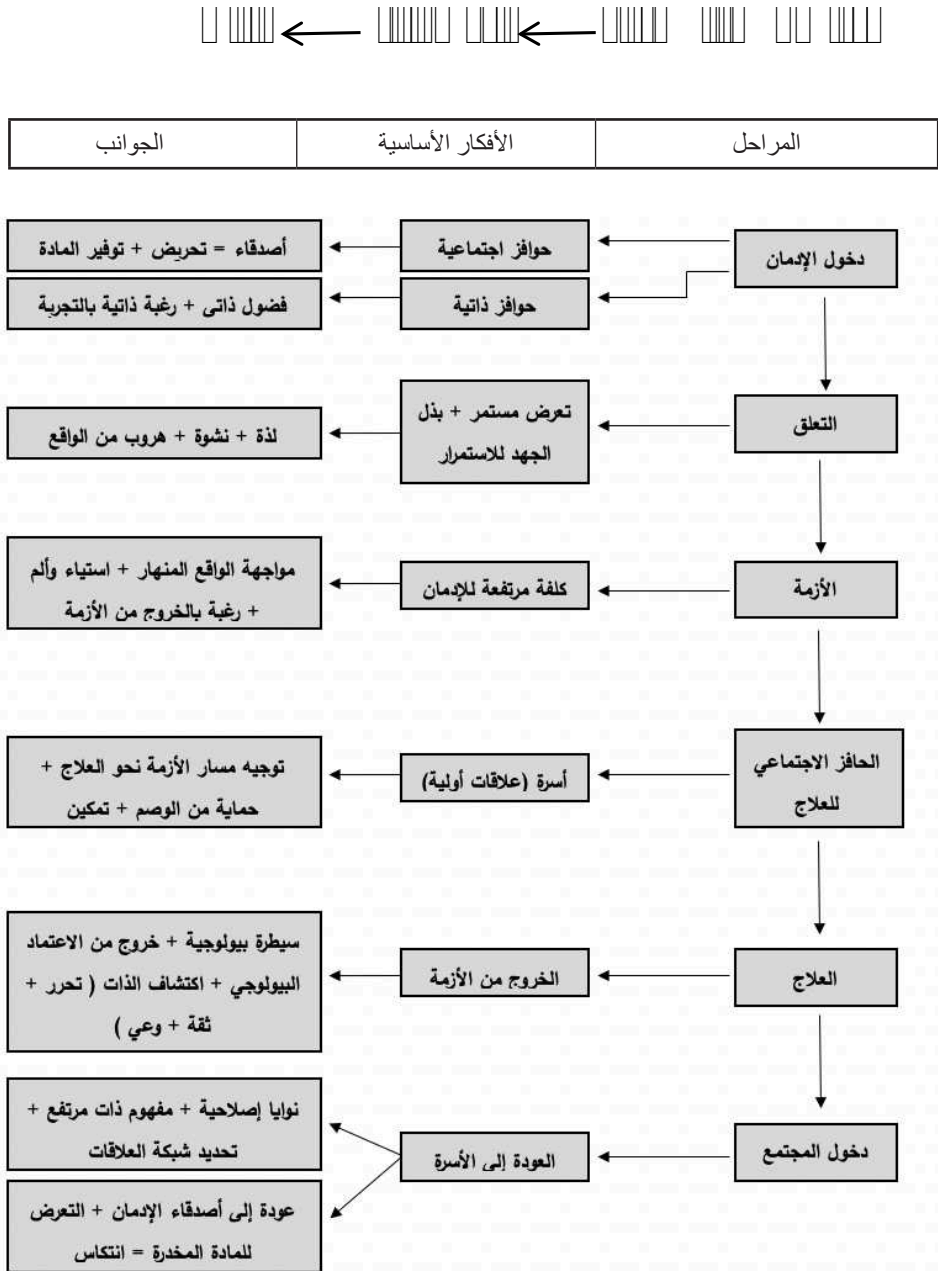
عودة إلى الأسرة + نوايا إصلاحية ← مفهوم ذات مرتفع

ولكن بالمقابل، أظهرت البيانات الأولية للمبشرين أن معظمهم خضع للعلاج أكثر من مرة، وهذا يدل على أنهم عادوا للإدمان بعد العلاج، أي تعرضوا للانتكاس Relapse 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 للمرة الثانية:

« بعد ما طلعت من المركز بفترة التقيت بواحد من الشلة القديمة وعرض علي حبوب... ورجعت أتعاطى حبوب وحشيش وجوكر... هاي المرة (الثانية) أمي جابتني...» ويقول آخر: «...أنا تمسكت مع أبوي لأنه كان ناوي يرحلنا على شقة ثانية... وبعدها رجعت لأصحابي اللي كنت أتعاطى معهم ورجعت أخذ حشيش...» ويقول آخر: «رجعت لما حكوا أصحابي معي... عرفوا أنني طلعت وحكوا معي (هاتفيا) والتقينوا 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 إلى 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 والسياس 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 |
| تفانم 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، وتقدير 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 وصولاً إلى 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 دوراً مهماً 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 الأشكالي 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 إلى 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 إلى الهاوية.

وهنا يدخل المدمن في المرحلة التطورية الرابعة؛ وهي، بروز الحوافز الاجتماعية للعلاج، والتي تؤدي دوراً مركزياً في توجيه مسار الأزمة نحو الذهاب إلى 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 تقيمه 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، انطلاقاً من الثقة المتولدة حول وضع المدمن أثناء العلاج. إن مرحلة العلاج تحقق السيطرة البيولوجية على المادة المخدرة وتحرر المدمن منها. بالإضافة إلى ما تقدم؛ فإن المدمن يكتشف ذاته من جديد في سياق متحرر، يرافقه واعي 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 إصلاحية إيجابية، مثل الإقلاع عن المادة المخدرة وعدم العودة إليها مرة أخرى، والابتعاد عن أصدقاء الإدمان. وقد تبين أن المبحوثين لديهم تقدير ذات مرتفع نابع من وثوقهم بأن أسرهم سوف تحتضنهم وتؤويهم، ولن تنبذهم وتتخلى عنهم. ومن جهة أخرى، تبقى هناك احتمالية قائمة للانتكاس مرة أخرى، وقد تبين أن الانتكاس يأتي، كما هو الحال بالنسبة لدخول عالم الإدمان، عن طريق الأصدقاء. إن العودة إلى أصدقاء الإدمان، والتعرض للمادة المخدرة وإيحاءاتها قد يدفع المدمن الذي خضع للعلاج إلى العودة للإدمان مرة أخرى.

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 أخرى. وعلاوة على ذلك، فإن هذا المخطط الذي يقدم تفسيراً كلياً لمشكلة الإدمان يسمح بتدخلات إكلينيكية انطلاقاً من معرفة المراحل التطورية المختلفة وطبيعتها. مما يتطلب تشخيص المرحلة التي يمر فيها المدمن قبل تقديم التدخل المناسب. مثلاً، إن التدخلات التي تتطلبها مرحلة دخول المجتمع تختلف تماماً 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.
- الحياي، وليد (2000). قياس التكاليف المالية لتعاطي المخدرات في الأردن، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 15(29)، 43 - 78.
- الزراعة، عبد العزيز (2003). الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن دراسة ميدانية. مجلة أبحاث اليرموك سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 19(4).
- خضور، أيب (2005). التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في العالم. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 20(39)، 173 - 176.
- الحوالدة، 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 لتعاطي 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 والنصارت، محمد والمعاني، عبد الرزاق وكريشان، بشر (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/org.0007785>
- أبو عطية، سهام درويش وحسن، لبنا الحاج (2014). فاعلية العلاج التعبيري في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير لذات والدعم الاجتماعي لدى المدمنين. دراسات العلوم التربوية، 41(1)، 139 - 161. <https://doi.org/10.12816/org.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)، 327 - 354.
- 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/10.1080073993301300003054/>
- 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). *QM2 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. (2001). 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 alcohol, 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/10.108010826080802215163/>
- 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 Asistentă Socială*, 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-. <https://doi.org/10.117710497323307307031/>
- Strauss, A.&Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research Techniques and production for developing grounded theory (2nd ed.)*. Sage Publication.
- West, R. (2001). Theories of Adiction. *Addiction*, 96, 313-. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96131.x>

الترجمة الصوتية لمصادر ومراجع اللغة العربية:

- al-astrātyjyah alwaṭaniyyata limukāfahāti almukhaddirāti (2014). almajlisa alwaṭaniyya limukāfahāti almukhaddirāti almamlakatu al'urduniyyatu alhāshimiyatu
- brhw m muḥammada (1984). ḡāhirata ta'āṭayi almukhaddirāti fi al'urduni majallatu albāḥithi 6(33 / 34).
- aljarīdatu al-rasmiyyatu (2016).qānūna almukhaddirāti wa-al-mu'aththirāti al'aqliyyati
- alḥiāliyyu waliyadi (2000). qīāsa al-takālyfi almāliyyati lt'āty almukhaddirāti fi 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'iyata liẓāhirati ta'āṭayi almukhaddirāti fi al'urduni dirāsata maydāniyyata majallatu 'bḥāthi alyarmūki silslata al'ulūmi al'insāniyyati wa-al-ijtimā'iyati 19(4).

khḍwr 'adiba 2005). al-taqryra al-sanawiyya lil-hay'ati al-dawliyyati limurāqibati almukhaddirāti fi al'ālamī almajallatu al'arabiyyatu lil-dirāsāti al'amniyyati wa-al-tadribi 20(39)176 – 173 .،

alkhawālidatu maḥmūdun wa-al-khayyāṭu mājida 2011). 'asabbāba ta'āṭayi almawādḍa alkhaṭirata wa-al-mukhaddirāti min manẓūri muta'āṭihā fi almujtama'ī al'urduniyyi majallata al-dirāsāti al'amniyyati markazu al-dirāsāti al-astrātyjyah al'amniyyata 5.

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

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

al-shara'atu ḥusīna wibwi darwishun manā 1999). dirāsata muqāranatin fi 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 fi al'urduni majallata markazi albuḥwthi al-tarbawiyati jāmi'ata qaṭari 1655 25- .،

al-ṭīs bismīn wa-al-naṣrāti muḥammada wa-al-m'āny 'abda al-razzāqi wkryshān bashyra 2013). ittijāhāti al-shabābi naḥwa almukhaddirāti durrāsatu maydāniyyatu fi muḥāfazati ma'ānin majallatu dirāsāti silslati al'ulūmi al'insāniyyati wa-al-ijtimā'iyati 40(2)289 – 278 .، <https://doi.org/10.128160007785/>

'abū 'aṭiyatin siḥāma darwishin waḥusnin layyinā alḥājji 2014). fā'iliyyatu aj ary fy taqlili al-aḍṭrābāt al-nfsyah ṭhsyn taqdīru adhāt wādm al-ajtmā'y lḍā al-mdmyn drāt wm arw 41(1)161 – 139 .، <https://doi.org/10.128160007826/>

alghadu al'urduniyyu 2016). nisbata muta'āṭi almukhaddirāti fi al'urduni lā tatajawaz 1%.

almajlisu aliqtisādiyyu wa-al-ijtimā'iyu 2016). zāhirata intishāri almukhaddirāti fi almujtama'ī al'urduniyyi almawqi'u al-rasmiyyu www.esc.jo

maraqatun farāḥun wa'abdu alḥādiyyi 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'āljata wa-al-dawra majallata dirāsāti silslati al'ulūmi al'insāniyyati wa-al-ijtimā'iyati 27(2)327 – 354 .

almawqi'u al-rasmiyyu li'idārati mukāfahati 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.)