الخصائص الديمغرافية والصحية والبدنية والعزو السببي لمتعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة في مراكز الإصلاح والتأهيل الأردنية

جعفر فارس العرجان(*)
بشير أحمد العلوان(**)
أحمد إبراهيم الكفاوين(***)

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى تعرف الخصائص الديمغرافية والبدنية والصحية لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأُردن، ومقارنتها مع مجموعتين (من غير المتعاطين، ومن ممارسي النشاط البدني من أجل الصحة)، وأكثر أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة تعاطياً، والأسباب التي دفعت المتعاطين للتعاطي، والفروق في مركز العزو السببي للنجاح والفشل بين المجموعات الثلاث، والعلاقة بين ممارسة رياضة بناء الأجسام وتناول الاستيرويدات البنائية وتعاطي المخدرات. تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات، هي: متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة، الموجودون في مراكز الإصلاح والتأهيل الأُردنية وعددهم (116) فرداً، والمجموعة الثانية: من غير المتعاطين للمخدرات، الموجودين في مراكز الإصلاح والتأهيل الأُردنية بتهم لا تتعلق بتعاطي المخدرات وعددهم (54) فرداً، والمجموعة الثالثة: من الأفراد الممارسين للنشاط البدني بهدف تعزيز الصحة العامة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية، وعددهم

(*) أستاذ فسيولوجيا الجهد البدني المشارك، كلية السلط للعلوم الإنسانية، جامعة البلقاء التطبيقية، السلط، المملكة الأردنية الهاشمية. dralarjan1968@yahoo.com.

(**) أستاذ علم النفس الرياض المشارك، كلية السلط للعلوم الإنسانية، جامعة البلقاء التطبيقية، السلط، المملكة الأردنية الهاشمية. alwan_bsh@yahoo.com.

(***) ماجستير، حقوق، عقيد، مديرية الأمن العام، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية. Dewan.psd@psd.gov.jo.

(226) فرداً. طبقت على عينة الدراسة – بمجموعاتها الثلاث – استبانة تقيس الخصائص الديمغرافية، والصحية والبدنية لهم، إضافة إلى تطبيق مقياس العزو السببي للنجاح والفشل، المصمم من قبل (Rotter 1975).

أشارت النتائج إلى وجود فروق إحصائية دالة في اتجاه العزو السببي للنجاح والفشل بين المجموعات الثلاث؛ حيث تميز الأفراد الممارسون للنشاط الرياضي من أجل الصحة بارتفاع اتجاههم نحو العزو السببي الداخلي بنسبة وصلت إلى (63,71%)، في حين اتجه ما نسبته (13,27%) نحو العزو السببي الوسيطي، فيما كانت نسب التوجه نحو العزو السببي الخارجي لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة (99,13%، وما نسبته (0,86%) نحو العزو السببي الوسيطي، وعدم وجود أي فرد منهم ضمن العزو السببي الداخلي، قياساً إلى ما نسبته (83,33%) كانوا متوجهين نحو العزو السببي الخارجي، وما نسبته (16,66%) نحو العزو السببي الوسيطي، وعدم وجود أية نسبة في التوجه نحو العزو السببي الداخلي، وذلك لدى الأفراد نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المدمنين، وإلى وجود علاقة بين تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة من جهة، وزيادة نسبة انتشار التدخين وتناول الكحول من جهة أخرى، وبين تناول الاستيرويدات البنائية وممارسة لعبة بناء الأجسام، وفي ضوء ذلك يوصى بضرورة زيادة الرقابة الأمنية والصحية على المراكز الرياضية الصحية للتأكد من عدم ترويج الاستيرويدات البنائية بين المشاركين، كما يوصي الباحثون بضرورة إدخال العلاج النفسي وتفعيله ضمن خطة العلاج للأفراد المدمنين على المخدرات والعقاقير المهلوسة لرفع مستوى الحالة النفسية وزيادة مستوى الثقة بالنفس لديهم؛ لمساعدتهم على التغلب على ظروفهم وعدم العودة إلى الإدمان.

المصطلحات الأساسية: المخدرات، العقاقير المهلوسة، المذيبات الطيارة، العزو السببي.

المقدمة:

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات (Drug abuse) ظاهرة متعددة الجوانب والأبعاد؛ حيث تؤثر سلبياً على المتعاطين لها من مختلف الجوانب النفسية والسلوكية والصحية والاجتماعية والأسرية (Meysamie, Sedaghat, Mahmoodi, Ghodsi & Eftekhar, 2009؛ Ahmadi, Mehrdad, Sadegh, Reza, Hasan, Masood., et al, 2005) ولا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات الإنسانية من وجود نسبة لانتشار تلك الظاهرة بين أفراده؛ فالإدمان (Addiction) على تعاطي المخدرات، يعني – بالمفهوم العام – تكوين الفرد رغبة قوية وملحة دافعة له للحصول على كميات متزايدة من

النوع الذي يتعاطاه، وبأي وسيلة أو طريقة؛ مما يمكن أن يؤدي بالفرد إلى التخلي عن العديد من القيم الأخلاقية والسلوكية في سبيل الحصول على غايته من المخدرات، مع وجود صعوبة بالغة أو استحالة في إمكانية الإقلاع عن تناول تلك المخدرات؛ وذلك نتيجة لإدمانه النفسي (Psychological addiction) أو لتعود أنسجة الجسم وخلاياه عضوياً على تلك المخدرات. (Chi, Sinkala, Mbewe, Cantrell, Kruse, Chintu & Aldrovandi, 2008; Comer & Walker, Collins, 2005).

وقد ظهرت بعض المفاهيم والتعريفات الأخرى للإدمان، منها مفهوم الاعتماد (Dependence) الذي يشير إلى حالة القلق النفسي والعضوي، التي تنتج عن تناول عقار معين أو مادة ما، وبدرجة لا يتمكن المعني فيها من التخلي عنها دون حصول مضاعفات نفسية وجسمية، تدعى بالأعراض الانسحابية، أما التعود (Habituation) فهو الاعتماد النفسي وحده دون أي أساس لاعتماد عضوي، وهو – بوجه العموم – لا يصل حدود الإدمان، على الرغم من أن التخلي السريع والمفاجئ عنه يؤدي إلى اضطرابات نفسية في كثير من الأحيان، كما أن التعود هنا يعني الميل إلى الاستمرار في تناول المادة المخدرة مع عدم الاضطرار إلى زيادة كميتها، كذلك لا يؤثر مقدار المخدر الذي يتناوله المعتاد على كفاءته وقدراته، ولا على علاقاته الاجتماعية والعائلية بالمستويات نفسها للتأثير في حالات الاعتماد والإدمان. (Brian& Stephen, 1999; Chiara,1999).

وقد اتفقت العديد من الدراسات المرجعية على تعريف المخدرات بأنها: كل مادة كانت من منشأ طبيعي أو غير طبيعي (تصنيعي) تستخدم لغير السبب الذي وجدت من أجله (الاستخدام الطبي أو الصناعات)، وتؤدي إلى إحداث فقدان جزئي أو كلي للإدراك السمعي أو البصري أو الحسي أو الإدراك العام بصفة مؤقتة غير دائمة؛ بحيث يختلف ذلك الفقدان في الإدراك تبعاً لتباين أنواع المخدرات وكمياتها المتعاطاة؛ مما يؤدي إلى الإدمان النفسي والعضوي بالشكل الذي يتبعه مجموعة من الأضرار الصحية والنفسية والاجتماعية. (Ebrahim & Gafarizade, 2009؛ Gazinejad & Savalanpoor, 2008).

فيما تعتبر نظرية العزو السببي للنجاح والفشل (Causal Attribution Theory) إحدى النظريات المعرفية المهمة في تفسير الدافعية (Motivation) ولهذه النظرية وتطبيقاتها دور كبير في حياة الفرد الاجتماعية والنفسية؛ حيث تنطلق هذه النظرية

أساساً من تساؤل الفرد عن أسباب نجاحه أو فشله، التي تشير إلى قدرته على التحكم في المؤثرات الخارجية وثقته في قدراته ومجهوده حتى يتحقق له النجاح والتفوق، أو محاولة الفرد للسيطرة على البيئة المحيطة به. كالهون، بيلز (Egan, Leonardson, Best, Welty, Calhoun & Beals, 2009; Gale, David & Ian, 2008)، والمفهوم العام للعزو السببي أو ما يعرف بمركز التحكم (Locus of Control) من المفاهيم التي انبثقت عن نظرية التعلم الاجتماعي؛ حيث عرف (Rotter, 1975) مركز التحكم بأنه: الجهة التي يعزو إليها الفرد السبب في السلوك وإذا ما كانت ترجع إلى الفرد نفسه أم إلى مصادر أخرى خارجة عن إرادته؛ حيث إن الفرد إذا أدرك أن التعزيز الذي يحصل عليه يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة نسبياً فإنه يكون ذا اتجاه للعزو السببي الداخلي أو ما يعرف بمركز التحكم الداخلي (Internal Locus of Control)، أما إذا أدرك الفرد أن التعزيز الذي يحصل عليه لا يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة نسبياً، ولكنه يعتمد على بعض العوامل الخارجية، كالحظ والمصادفة أو الفرص الممكنة، أو القدر فإنه يكون ذا اتجاه للعزو السببي الخارجي أو ما يعرف بمركز التحكم الخارجي (External Locus of Control)، ومن ثم فقد قُسم العزو السببي تبعاً لاتجاهه إلى العزو السببي الداخلي؛ حيث يتميز الأفراد أصحاب هذا الاتجاه بمستوى عالٍ من الاعتقاد بتحكمهم في الحظ والمصير، ومن ثم فإنهم يعزون التعزيزات أو النهايات السارة التي يحصلون عليها إلى قدرتهم وجِدِّهم، والعزو السببي الخارجي؛ حيث يعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن الحظ والمصير يتحكمان في حاضرهم ومستقبلهم. وهناك عزو سببي ثالث أُطلق عليه العزو السببي الوسيطي، الذي يعني أن هناك أفراداً لا يعزون أسباب نجاحهم أو فشلهم إلى أسباب معروفة أو واضحة بل يعزونها إلى أسباب غير معروفة ومجهولة (Gale, David & Ian, 2008, Anderson, Hattie, & Hamilton, 2005).

وتقوم نظرية العزو السببي على افتراضات عدة، منها: أننا نعمل جاهدين على محاولة تحديد أسباب سلوكنا وسلوك الآخرين، من منطلق أننا نكون مدفوعين للبحث عن معلومات تفسيرية تساعدنا في تحديد العلاقة بين السبب والنتيجة، إضافة إلى أن الأسباب التي نقدمها لتفسير سلوكنا، غالباً لا تكون منطلقة من أبعاد عشوائية، بل هناك مجموعة من القواعد والضوابط يرتكز عليها هذا التفسير، كما تقوم تلك النظرية على مبدأ آخر وهو أن تلك الأسباب التي نحددها لنتائج سلوكنا تؤثر حتماً في سلوكنا الانفعالي وغير الانفعالي على المدى البعيد، مكونة بذلك نهجاً

لدى الفرد والمجتمع، ومما سبق يتبين أن نمط العزو السببي للنجاح والفشل يؤثر في السلوك المستقبلي للأفراد، خاصة إن كانوا يميلون ويتوجهون نحو العزو الداخلي؛ مما سوف ينعكس إيجابياً على تقدير الذات لهم ويجعلهم أكثر ثقة بأنفسهم، وأقدر على اتخاذ قرارات مهمة في حياتهم.

ومن ثم تستمد الدراسة أهميتها من الموضوع وخطورته الكبيرة على البناء الاجتماعي، إضافة إلى أهميتها من حيث طبيعة العلاقات والمتغيرات قيد الدراسة؛ ففي حدود علم الباحثين، لم يتطرق لمعرفة طبيعة الإعزاءات السببية لمدمني المخدرات والعقاقير المهلوسة (Hallucinogenic drugs) في دراسات سابقة على المجتمع الأُردني، إضافة إلى دراسة الخصائص البدنية والصحية لدى مدمني المخدرات من حيث طبيعة تصنيفات مؤشر كتلة الجسم، ومدى انتشار النحافة والبدانة والوزن الزائد بينهم، وطبيعة الأمراض والإشكاليات الصحية المنتشرة بينهم؛ حيث يمكن أن تقدم تلك المعلومات والبيانات الناتجة من هذه الدراسة، مجالاً خصباً للباحثين، إضافة إلى إمكانية إدخال الجانب النفسي ضمن خطة العلاج والتأهيل للأفراد المدمنين، خاصة ما يتعلق بإمكانية إحداث تغيُّر في العزو السببي من الاتجاه الخارجي إلى الاتجاه الداخلي، وبما يُمكن أن يُسهم ذلك في رفع مستوى ثقة الفرد المدمن بنفسه، وجعله أكثر شعوراً بقدرته على تسيير أمور حياته اليومية، دون أن يجعل مصير حياته، تحت تأثير الحظ والمصادفة، وتأثير الآخرين أو رفاق السوء.

أهداف الدراسة:

تهدف الدِّراسة إلى تعرُّف:

1 – الخصائص الديمغرافية والبدنية والصحية لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأُردن، ومقارنتها مع مجموعة من النزلاء في تلك المراكز من غير المتعاطين، ومجموعة أخرى من ممارسي النشاط البدني من أجل الصحة ممن ليس لديهم أية سوابق جرمية.

2 – أكثر أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة تعاطياً.

3 – أهم الأسباب التي دفعت المتعاطين للإقدام على تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة.

4 – الفروق في مركز العزو السببي للنجاح والفشل بين المجموعات الثلاث.

تساؤلات الدراسة:

وضع الباحثون مجموعة من التساؤلات التي تشكل الإطار العام للتحقق من اهداف الدراسة، وهي:

1 – ما طبيعة الخصائص الديمغرافية والبدنية والصحية لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأُردن؛ وهل تختلف عنها عند النزلاء الآخرين في تلك المراكز من غير المتعاطين، وعند الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لديهم أية سوابق جرمية؟.

2 – ما أكثر أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة تعاطياً؟.

3 – ما أهم الأسباب التي دفعت المتعاطين للإقدام على تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة؟.

4 – هل يوجد فروق إحصائية دالة في مركز العزو السببي للنجاح والفشل بين المجموعات الثلاث: مجموعة المتعاطين، ومجموعة غير المتعاطين من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، ومجموعة الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن لم يسبق لهم وجود أية سوابق جرمية؟.

تعريف المصطلحات:

العزو السببي: ينظر لهذا المصطلح على أنه تفسير الفرد للنجاح الذي حققه، أو الفشل الذي تعرض له في أي موقف من مواقف الحياة التي مر بها (Anderson et al., 2005).

مركز العزو السببي الداخلي: ويشير هذا الاتجاه من العزو إلى قدرة الفرد على الوصول إلى أهدافه بنفسه باستخدام مجهوده واستعداده، وأنه مسؤول عن مجريات حياته اليومية وقادر على تفسير مجمل الأحداث التي يمر بها على أنها نتاج الجهد والاستعداد والتخطيط وعدم ترك تسيير أمور حياته إلى أمور خارجة عن السيطرة (Anderson et al., 2005).

مركز العزو السببي الخارجي: ويشير هذا الاتجاه من العزو إلى تصور الفرد على أن العوامل الخارجية – مثل الحظ والمصادفة وتأثير الآخرين – هي المؤدية

إلى تحقيق أهدافه أو عدم تحقيقها، وأنه مهما بذل من جهد أو استعداد فإنه لا يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغيير النتائج (Anderson et al., 2005).

مركز العزو السببي الوسيطي: ويشير هذا الاتجاه من العزو إلى عدم عزو الفرد لأسباب نجاحه أو فشله إلى أسباب معروفة وواضحة، بل العزو يكون لأسباب غير واضحة وغير محددة (Anderson et al., 2005).

الإدمان: هو حالة نفسية وعضوية تنشأ من تكرار تعاطي الفرد للمادة المخدرة؛ فيصبح الاستمرار عليها وتعاطيها لازماً وضرورياً، ويترتب على التوقف عنها أو تقليل جرعاتها اضطرابات بدنية وفسيولوجية، وكذلك أضرار نفسية واجتماعية (Chi et al., 2008)

العقاقير المهلوسة: هي مركبات تؤدي إلى اضطراب النشاط العقلي، واسترخاء عام وتشويش في تقدير الأمور كما أنها مولدة للأوهام والقلق وانفصام الشخصية (Brian & Stephen, 1999).

الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات حول ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الأُردني؛ فقد توصل (الخوالدة والخياط، 2011) من خلال دراسة استهدفت تعرف الأسباب الدافعة وراء تعاطي المخدرات من قبل المتعاطين لها في المجتمع الأُردني، إلى أن أهم الأسباب التي تقف وراء تعاطيهم للمخدرات هي المشكلات الأسرية والتفكك الأسري، ثم الحصول على اللذة والنشوة، والهروب من الضوائق المالية، ودور رفاق السوء، إضافة إلى تعرض الأفراد للمشكلات النفسية والهموم، كما توصل (الخزاعلة، 2003) من دراسة أجراها على الأفراد المدمنين في الأُردن، إلى أن أهم الأسباب الكامنة وراء إدمانهم تتمثل في مجاراة الأصدقاء وتقليدهم، ثم الهروب إلى المخدرات من الواقع الذي يعيشونه، كما توصل (الخزاعي، 2010) من خلال دراسة بهدف معرفة أثر التوقف عن إدمان المخدرات على تحسن نوعية الحياة لدى المدمنين، إلى أن هناك علاقة بين نوع (جنس) الفرد المتعاطي والتوقف عن الإدمان؛ حيث تبين أن نسبة الذكور المتوقفين عن إدمان المخدرات أعلى من نسبة الإناث، وحول خصائص الأفراد المتعاطين تبين أن أكثر المتعاطين؛ هم من فئة العزاب، ومن فئة الشباب، خاصة الفئة العمرية (25–39) سنة، ومن لديهم مستوى منخفض في التعليم؛ حيث كانت أعلى نسبة للمدمنين من فئة مستوى تعليمي أقل من الثانوية

العامة، كما تبين أن أغلبية المدمنين هم من فئة العاملين في القطاع الخاص أو الذين لديهم عمل خاص بهم، وبينت دراسة (سليمان الدرابسة، 1997)، التي أجريت على عينة من الأفراد المتعاطين في مراكز الإصلاح والتأهيل الأُردنية إلى أن هناك انخفاضاً حاداً في المستوى التعليمي للأفراد المتعاطين؛ حيث كانت نسبة انتشار الأمية بينهم (40,0%)، وحول التوزيع الجغرافي للمدمنين فقد تبين أن سكان المدن أكثر تعاطياً وإدماناً من سكان القرى أو الريف بنسبة وصلت إلى (84,5%)، كما جاء الأفراد أصحاب المهن الحرة (الحرفيون) من أكثر الأفراد تعاطياً تبعاً للمهنة، بنسبة وصلت إلى (52,2%)، كما توصين النوافلة، 1992) من خلال تحليل خصائص المتعاطين للمخدرات في الأُردن من الناحية الاجتماعية، إلى أن أكثر المتعاطين هم من فئة العزاب ومن فئة الشباب، خاصة الفئة العمرية بين (20 و 29) سنة.

ومن الدراسات التي أجريت على المجتمع العربي الدراسة التي قام بها (محمد القحطاني، 2002) بهدف التوصل إلى الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي، والأسباب التي تقف وراء الاستمرارية في تعاطيهم، وأشارت النتائج إلى أن النسبة الغالبة من المتعاطين هي من فئة العزاب، ومن فئة الشباب الأقل من عمر (30) سنة، ومن حيث مستواهم الاقتصادي فقد تبين أن غالبيتهم من فئة الدخول المتدنية أو من العاطلين عن العمل أو ممن ليس لهم عمل ثابت. وفي دراسة أخرى على المجتمع السعودي أجراها (الخثعمي، 2008) على عينة مكونة من (30) فرداً من المتعاطين لمادة الهيروين و (30) فرداً آخر من غير المتعاطين؛ حيث أشارت النتائج إلى أن أعلى نسبة انتشار لتعاطي الهيروين كانت بين الأعمار الأقل من (35) سنة، بنسبة وصلت إلى (63,33%)، وأن ما نسبته (80,0%) من المتعاطين هي من المستوى التعليمي الأقل من الثانوية العامة، وفي دراسة سعودية أخرى أجراها (النفيسة، 2008) بهدف تسليط الضوء على مشكلة تعاطي المخدرات وتفاقمها بين الشباب، وإلى تقصي اتجاهاتهم نحو المخدرات ومصادر تكوين هذه الاتجاهات، أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين ممارسة التدخين والاتجاه نحو تعاطي المخدرات، كما تبين أنه كلما كان الشاب مدخناً كان أقرب للوقوع في تعاطي المخدرات، وإلى وجود علاقة بين معرفة صديق أو قريب يتعاطى المخدرات والاتجاه الإيجابي نحو تعاطي المخدرات، وإلى وجود علاقة بين معرفة كيفية الحصول على المخدرات ووجود اتجاه إيجابي نحو تعاطيها، كما أجرى (المالكي، 2005) دراسة هدفت إلى مقارنة الخصائص

الاجتماعية والاقتصادية بين الأفراد العائدين إلى مراكز الإصلاح والتأهيل بتهمة تكرار تعاطي المخدرات وبين غيرهم من المتعاطين، وذلك في مدن الرياض والدمام وجدة بالمملكة العربية السعودية. أشارت النتائج إلى أن أهم العوامل والخصائص الاجتماعية التي تدفع إلى تعاطي المخدرات هي: انخفاض مستوى الضبط الاجتماعي الأسري، وتأثر الفرد بسلوك الأصدقاء الذين يشيع لديهم تعاطيهم للمخدرات، كما تبين أن أكثر العوامل الاقتصادية التي قد تدفع لتعاطي المخدرات وجود مستوى عالٍ من الدخل الاقتصادي، وأجرى (العواد، 2007) دراسة بهدف تعرف الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمدمني الحشيش والإمفيتامين ومقارنتهم بالأشخاص غير المدمنين، وذلك على عينة من (30) فرداً من متعاطي الحشيش، و (30) فرداً آخر من متعاطي الإمفيتامين، و(40) فرداً آخر من غير المدمنين أو المتعاطين، وذلك في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، أشارت النتائج إلى وجود اختلافات وفروق إحصائية دالة بين المجموعات الثلاث في البعد الاجتماعي المتمثل في (التماسك الأسري، التفاعل مع الأسرة، الاستقرار الأسري، الالتزام بالقيم الدينية والأخلاقية، التفاعل مع الزملاء والأقران)، وفي البعد الاقتصادي، المتمثل في تنوع مصادر الدخل، وقد جاءت جميع تلك الفروق لصالح الأفراد غير المدمنين أو المتعاطين. وفي دراسة أجراها (العتيبي، 2005) على عينة مكونة من مدمني الكحول ومدمني الحشيش في المملكة العربية السعودية، بهدف تعرف مستوى الرهاب الاجتماعي لديهم، أشارت النتائج إلى ارتفاع معاناة مدمني الحشيش ومدمني الكحول في الرهاب الاجتماعي، وعدم وجود تباين في مستوى الرهاب الاجتماعي بين المجموعتين، وإلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدمان الحشيش والكحول وبين الرهاب الاجتماعي.

وعلى المجتمع الفلسطيني قام (النجار، 2012) بدراسة هدفت إلى الكشف عن حجم مشكلة تعاطي المخدرات في مدينة غزة، وإلى تعرف الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمتعاطين. أشارت النتائج إلى أن الغالبية العظمى من الأفراد المتعاطين هي من فئة الشباب بعمر (30) سنة، بنسبة وصلت إلى (73,0%)، كما تبين أن غالبية الأفراد المتعاطين هي من مستوى تعليمي متدن أقل من المرحلة الإعدادية، بنسبة وصلت إلى (72,0%)، وإلى ارتفاع نسبة الأفراد المتعاطين للمخدرات من فئة المتزوجين، بنسبة وصلت إلى (54,0%)، وللعزاب بنسبة (40,0%)، وإلى أن هناك ارتفاعاً في نسبة المتعاطين ممن ليس لديهم أبناء بنسبة وصلت إلى (42,0%)،

وحول علاقة التعاطي بالمهنة تبين ارتفاع نسبة المتعاطين الذين يمتهنون مهنة العامل بنسبة (60,0%)، وإلى ارتفاع نسبة المتعاطين من ذوي الدخول الشهرية المنخفضة بنسبة (61,0%)، وحول علاقة التعاطي بمستوى تعليم الوالدين تبين أن غالبية المتعاطين، مستوى تعليم والديهم من المستوى الأقل من المتوسط، كما ظهر وجود علاقة بين تعاطي المخدرات والتدخين؛ حيث كانت نسبة انتشار التدخين بينهم نحو (87,0%). وحول الأسباب التي دفعتهم إلى التعاطي تبين أن أكثر الأسباب تكراراً هي المتعلقة برفاق السوء بنسبة (32,0%)، وفي المرتبة الثانية الظروف الاقتصادية والمعيشية بنسبة (24,0%).

وحول العلاقة بين تعاطي المخدرات ومركز العزو السببي للنجاح والفشل، أشارت دراسة (العقباوي، والسيد، وأحمد، 1999) إلى ارتفاع نسب الأفراد المتعاطين لمادة الهيروين نحو الاتجاه للعزو السببي الخارجي قياساً إلى الأفراد غير المدمنين، الذين تميزوا بتوجههم العالي نحو العزو السببي الداخلي، كما بينت دراسة (حسين، 1997) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مركز العزو السببي الخارجي ومستوى تقدير الذات لدى الأفراد المدمنين على الكحوليات؛ بمعنى أن ارتفاع القيم الناتجة للفرد عن اختباره بمقياس العزو السببي نحو العزو السببي الخارجي يقابله انخفاض في مستوى تقدير الذات، ووجود علاقة سلبية لمركز العزو السببي الخارجي لدى المدمنين على الكحوليات وقوة الأنا (Ego) لديهم، وهذا يعني أن الارتفاع في التوجه نحو العزو السببي الخارجي يقابله انخفاض في قوة الأنا، كما توصل (الخثعمي، 2008) إلى وجود فروق إحصائية دالة للعزو السببي بين الأفراد المتعاطين للهيروين وغير المتعاطين لصالح الأفراد غير المتعاطين؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي لدى الأفراد المتعاطين على مقياس العزو السببي (12,67) ولغير المتعاطين (8,73). وتوصل (Mardane, Hasan, Saeede & Omid, 2013) من خلال دراسة استهدفت مقارنة العزو السببي بين الأفراد المتعاطين للمخدرات والأفراد غير المتعاطين، إلى وجود فروق إحصائية دالة في العزو السببي بين المجموعتين؛ حيث كان متوسط الأفراد المتعاطين على مقياس روتر للعزو السببي (9,08)، ولغير المتعاطين (8,23)، كما أشارت النتائج إلى أن ما نسبته (41,7%) من الأفراد المتعاطين كانوا متوجهين في عزوهم السببي نحو العزو السببي الداخلي (Internal locus of control) قياساً إلى ما نسبته (48,8%) لدى الأفراد غير المتعاطين، وما

نسبته (58,3%) منهم كانوا متوجهين نحو العزو الخارجي (External locus of control)، قياساً إلى نسبة (51,3%) على التوالي.

وفي دراسة أجريت على المجتمع الإيراني بهدف المقارنة في العزو السببي بين ثلاث مجموعات، هي: المجموعة الأولى من الأفراد المتعاطين، ويقضون عقوبة داخل السجن، والمجموعة الثانية متعاطون للمخدرات وملتزمون بالعلاج التأهيلي خارج السجون، والمجموعة الثالثة من الأفراد العاديين غير المدمنين، توصل (Jafari & Shahriar, 2009) إلى وجود فروق إحصائية دالة بين المجموعات الثلاث في الاتجاه نحو العزو السببي؛ حيث جاءت مجموعة الأفراد غير المدمنين أكثر ميلاً نحو العزو السببي الداخلي، قياساً إلى المجموعتين من المدمنين سواء الذين هم داخل السجن أو الذين يعالجون في مراكز التأهيل؛ حيث كان توجههم بنسبة كبيرة نحو الإعزاءات السببية الخارجية.

وأظهرت بعض الدراسات وجود علاقات بين مركز العزو السببي للنجاح والفشل وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم؛ فقد أجرى (العرجان والعلوان، 2011) دراسة هدفت إلى تعرف علاقة التباين في مؤشر كتلة الجسم، ومدى الممارسة الرياضية بالعزو السببي للنجاح والفشل لدى عينة عشوائية مكونة من (548) من طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأُردن، وأشارت النتائج إلى أن النحافة والبدانة والوزن الزائد وعدم ممارسة النشاط الرياضي تؤدي إلى اتجاه الطلبة نحو العزو الخارجي، فيما تم استنتاج أن البدانة والوزن الزائد والنحافة الشديدة وعدم ممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة لا يقتصر تأثيراتها السلبية على الناحية الصحية والفسيولوجية والوظيفية للأفراد المصابين بها وإنما تمتد تأثيراتها على بعض المتغيرات النفسية ولا سيما العزو السببي للنجاح والفشل، الذي يعتبر من العوامل النفسية التي تؤدي دوراً حيوياً في تقدم مستوى الطلبة على الصعيد الأكاديمي والاجتماعي من خلال ارتباطه بمستوى الدافعية العالية للإنجاز الأكاديمي، وفي دراسة أخرى أجراها (العرجان وذيب، 2008) بهدف تعرف مركز التحكم ومستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة والعلاقة الارتباطية بينهما والفروق في مركز التحكم تبعاً لمستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتبعاً لمتغير البدانة، أشارت النتائج إلى وجود فروق إحصائية دالة في مركز التحكم لصالح الأطفال من ذوي مستوى اللياقة البدنية المرتفع جداً، وإلى أن (85%) منهم يتوجهون نحو مركز

التحكم الداخلي، ونسبة (14,28%) يتوجهون نحو مركز التحكم الخارجي، في حين كانت نسبة الأطفال من مستوى اللياقة البدنية الضعيف جداً من ذوي مركز التحكم الداخلي تشكل (5,88%)، ونسبة (94,11%) يتوجهون نحو مركز التحكم الخارجي، وإلى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ومركز التحكم، وإلى أن نسبة (47,0%) من التباين أو التغير الذي يحدث في الاتجاه نحو مركز التحكم يعود إلى التغير أو التباين في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وإلى وجود فروق إحصائية دالة بين الأطفال البدناء وغير البدناء لصالح الأطفال غير البدناء، وإلى أنَّ نسبة (66,3%) من الأطفال غير البدناء يتوجهون نحو مركز التحكم الداخلي، ونسبة (33,69%) يتوجهون نحو مركز التحكم الخارجي، ونسبة (17,78%) من الأطفال البدناء يتوجهون نحو مركز التحكم الداخلي، ونسبة (82,21%) يتوجهون نحو مركز التحكم الخارجي.

إجراءات الدراسة:

منهج الدراسة:

استخدم الباحثون المنهج الوصفي المقارن ذا العلاقات المتبادلة، من خلال وجود ثلاث مجموعات، يتم وصف المتغيرات الديمغرافية والبدنية والصحية فيما بينها، ثم إيجاد مجموعة من العلاقات المتبادلة بين بعض المتغيرات المؤثرة على إدمان المخدرات.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأُردن ممن يقضون عقوبة السجن من جرّاء القيام بجرائم تتعلق بتعاطي المخدرات وإدمانها وترويجها، ويبلغ عددهم (688) فرداً، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاث فئات، هي: الفئة الأولى (116) فرداً من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل الأُردنية والمقيمين فيها على إثر قضايا تتعلق بتعاطي المخدرات بمتوسط عمر ($31,75 \pm 7,7$) سنة، الفئة الثانية (54) فرداً، بمتوسط عمر ($31,8 \pm 9,04$) سنة، من غير المتعاطين للمخدرات، والموجودين في مراكز الإصلاح والتأهيل الأُردنية بتهم لا تتعلق بتعاطي المخدرات؛ واختيرت هاتان المجموعتان بالطريقة العشوائية بالتنسيق مع مديرية الأمن العام في الأُردن وبإشراف تام منها، والمجموعة الثالثة

(226) فرداً، بمتوسط عمر ($39,49 \pm 6,14$) سنة، من الأفراد الممارسين للنشاط البدني بهدف تعزيز الصحة العامة، ومن ليس لهم أية سوابق جرمية أو سوابق تتعلق بتعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة، واختيروا بالطريقة العمدية من ضمن العديد من الأفراد المشاركين في مراكز اللياقة البدنية والصحية.

أدوات الدراسة:

طبق الباحثون مجموعة من الأدوات لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة ممثلة فيما يلي:

أولاً – استمارة المتغيرات الديمغرافية والبدنية والصحية: وتتمثل فيما يلي:

1 – العمر ومستوى التعليم للفرد وبمستوى تعليم الأب والأم، والزوجة المرتبط بها الفرد، أو الذي كان مرتبطاً بها سابقاً.

2 – طبيعة العمل والمهنة للفرد ولكل من الأب والأم والزوجة المرتبط بها الفرد أو الذي كان مرتبطاً بها سابقاً.

3 – الحالة الاجتماعية للفرد، وعدد الأبناء له في حال كان متزوجاً، أو سبق له الزواج.

4 – المعلومات الخاصة بالتعاطي: (سن بداية التعاطي للمخدرات والعقاقير المهلوسة، مدة التعاطي والإدمان، الأنواع المتعاطاة، تعاطي الكحول، تعاطي المذيبات الطيارة وأنواعها، وجود من يتعاطى المخدرات في العائلة، وجود من يتعاطى الكحول في العائلة).

5 – المعلومات الخاصة بالتدخين، من حيث تعاطي التدخين، عمر بداية التدخين، عدد السجائر المدخنة في اليوم.

6 – الدخل الشهري للأسرة.

7 – المعلومات المتعلقة بممارسة الرياضة: ممارسة الرياضة، ممارسة رياضة بناء الأجسام ومدة الممارسة، تناول الاستيرويدات البنائية ومدة تناولها.

8 – المعلومات المتعلقة بالأمراض المصابين بها وطبيعتها.

ثانياً – المتغيرات البدنية التي تتمثل في الوزن والطول ومؤشر كتلة الجسم وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم، وقد قيس الوزن باستخدام ميزان طبي معايير، وقياسه إلى أقرب (0,1) كغم، وقيس الطول باستخدام مقياس الطول المدرج إلى

أقرب سم، وعن طريق بيانات الوزن والطول؛ فقد حسب مؤشر كتلة الجسم باستخدام معادلة (الوزن كغم/ الطول2)، وباستخدام معايير منظمة الصحة العالمية (Who,2004) فقد حولت الأرقام الخام لمؤشر كتلة الجسم إلى أربعة تصنيفات، هي: النحافة (⩽18,49)، الوزن الطبيعي (18,50– 24,99)، الوزن الزائد (25,0–29,99)، البدانة (⩾30,0) (كغم/م2).

ثالثاً – مقياس روتر (Rotter) **لمركز العزوالسببي للنجاح والفشل:**

استخدم مقياس روتر (Rotter's Locus of Control Scale, Rotter 1975) لقياس العزو السببي للنجاح والفشل الذي يتألف بصورته الأصلية من (29) زوجاً من الفقرات، يعبر (23) منها عن اتجاهات داخلية – خارجية نحو مصادر التعزيز، وقد وضعت الأزواج الست الباقية بهدف التمويه وجعل الغرض من استخدام المقياس غامضاً لدى المفحوصين، وتتطلب الإجابة عن هذه الاستبانة أن يقرأ المفحوص كل فقرها المؤلفة من زوج من العبارات، ثم يختار العبارة التي يرى أنها تناسب اتجاهه بدرجة أكبر، فيما يصحح المقياس من حيث عدم احتساب أي علامات لفقرات التمويه (1، 8، 14، 19، 24، 27)، وتعطى علامة واحدة لكل فقرة من الفقرات ذات الأرقام (2، 6، 7، 9، 16، 17، 18، 20، 21، 23، 25، 29)، وذلك إذا أجاب عليها المفحوص باختيار الرمز (أ)، وإذا اختار الرمز (ب) فإنه يحصل على العلامة (0)، وتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (0) إلى (23)، وتشير الدرجة الواقعة بين (صفر و6) إلى توجه الأفراد نحو العزو السببي الداخلي، في حين يتوجه الأفراد الذين تراوح درجاتهم بين (10 و23) نحو العزو السببي الخارجي، وتشير الدرجة الواقعة بين (7و9) إلى توجه الأفراد نحو العزو السببي الوسيطي، فيما تعطى علامة واحدة لكل فقرة من الفقرات التالية (3، 4، 5، 10، 11، 12، 13، 15، 22، 26، 28) إذا أجاب المفحوص عنها باختيار الرمز (ب)، وإذا اختار الرمز (أ) فإنه يحصل على العلامة (0).

المعاملات العلمية لأدوات الدراسة:

صدق استمارة المتغيرات الديمغرافية والبدنية والصحية وثباتها: للتأكد من الصدق المنطقي لاستمارة المتغيرات الديمغرافية والبدنية والصحية عرضت على ستة من أساتذة الجامعات الأُردنية برتبة أستاذ في اختصاصات التربية وعلم النفس

وعلم الاجتماع والتربية البدنية والصحية؛ وذلك لبيان آرائهم وملاحظاتهم حول مدى صلاحية تلك الاستمارة للتطبيق على أفراد عينة الدراسة، ولمعرفة أية اختلالات أو إضافات تثري الدراسة، ثم قام الباحثون بتطبيق الاستمارة على عينة مكونة من (30) شخصاً من الفئات الثلاث، ومن خارج عينة الدراسة مرتين، وبفارق زمني قدره أسبوعان بين التطبيقين، ثم استخرج معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا، وأشارت معاملات الارتباط إلى وجود معامل ارتباط كلي لجميع بيانات الاستمارة، قدره (0,91)؛ مما يشير إلى ثبات تلك الاستمارة وصلاحيتها للتطبيق على عينة الدراسة من الفئات الثلاث.

أما بالنسبة إلى صدق مقياس روتر وثباته لقياس العزو السببي للنجاح والفشل، فقد استخدم هذا المقياس في العديد من الدراسات التي أجريت على البيئة الأُردنية، منها (جعفر العرجان وميرفت ذيب، 2008؛ جعفر العرجان وبشير العلوان، 2011) إضافة إلى تطبيقه في كم هائل من الدراسات التي أجريت على المنطقة العربية، منها (العقباوي والسيد وأحمد، 1999؛ حسين، 1997؛ الخثعمي، 2008)؛ لذلك اعتبر الباحثون هذا المقياس صادقاً وثابتاً لصلاحيته العلمية للتطبيق على عينة الدراسة.

الأساليب الإحصائية:

من أجل التحقق من أهداف الدراسة وتساؤلاتها استخدم الباحثون الأساليب الإحصائية التالية:

تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، ومربع كاي ($\chi 2$)، والتكرارات والنسب المئوية، تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار شيفيه البعدي.

النتائج ومناقشتها:

في ضوء تساؤل الدراسة الأول، ونصه: ما **طبيعة الخصائص الديمغرافية والبدنية والصحية لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأُردن**؟ وهل تختلف عن النزلاء الآخرين في تلك المراكز من غير المتعاطين، وعن الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لديهم أية سوابق جرمية؟، فإنه للتحقق من هذا التساؤل، يشير جدول (1)

إلى نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث، وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين").

جدول (1)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين")

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة (بين المجموعات)
	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	
العمر (سنة)	31,75 ± 7,70	31,80 ± 9,04	39,49 ± 6,14	57,93 (0,00) M, §§
الوزن (كغم)	82,01 ± 7,22	78,33 ± 17,31	77,47 ± 11,08	4,03 (0,018) M, NS
الطول (م)	1,74 ± 0,07	1,72 ± 0,10	1,71 ± 0,05	9,37 (0,00) M, §§
مؤشر كتلة الجسم (كغم/م2)	26,77 ± 5,20	26,09 ± 4,45	26,36 ± 3,86	0,556 (0,573) M, NS
تصنيفات مؤشر كتلة الجسم :		**تكرار (%)**		
الوزن الناقص (النحافة)	1,0 (0,86)	3,0 (5,55)	4,0 (1,76)	8,801 (0,185) NS, $\chi 2$
الوزن الطبيعي	49,0 (42,24)	14,0 (25,92)	97,0 (42,92)	
البدانة	49,0 (42,24)	28,0 (51,85)	93,0 (41,15)	
الوزن الزائد	17,0 (14,65)	9,0 (16,66)	32,0 (14,15)	
البدانة والوزن الزائد	66,0 (56,89)	37,0 (68,51)	125,0 (55,30)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$ 59,58 (0,00)	§§ $\chi 2$ 25,25 (0,00)	§§ $\chi 2$ 112,01 (0,00)	

تابع/ جدول (1)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين")

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة (بين المجموعات)
	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	
ممارس للرياضة:				
نعم	77,0 (66,37)	12,0 (22,22)	226 (100,0)	25,62 (0,00) §§ $\chi 2$
لا	39,0 (33,62)	42,0 (77,77)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,001) 12,44	§§ $\chi 2$(0,00) 16,66	لا يوجد مقارنة ↑↑	
ممارس لرياضة بناء الأجسام من مجموع الممارسين للرياضة:				
نعم	65,0 (84,41)	8,0 (66,66)	8,0 (3,53)	134,23 (0,00) §§, $\chi 2$
لا	12,0 (15,58)	4,0 (33,33)	218,0 (96,46)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§, $\chi 2$ (0,001) 151,42	§§, $\chi 2$ (0,00) 26,74	§§, $\chi 2$ (0,00) 195,13	
مدة ممارسة رياضة بناء الأجسام (للممارسين): تكرار (%)				
⩽ سنة واحدة	40,0 (61,53)	6,0 (75,0)	8,0 (100,0)	5,229 (0,514) NS, $\chi 2$
> سنة إلى ⩽ 5 سنوات	22,0 (33,84)	2,0 (25,0)	0,0 (0,0)	
> 5 سنوات إلى ⩽ 10 سنوات	2,0 (3,07)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
لم يجاوب	1,0 (1,53)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§, $\chi 2$ (0,001) 131,86	§§, $\chi 2$ (0,00) 104,51	لا يوجد مقارنة ↑↑	
تناول الاستيرويدات البنائية من ممارسي رياضة بناء الأجسام: تكرار (%)				
نعم	23,0 (35,38)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	7,906 (0,019) §, $\chi 2$
لا	42,0 (64,61)	8,0 (100,0)	8,0 (100,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§, $\chi 2$(0,0138) 6,060	لا يوجد مقارنة ↑↑	لا يوجد مقارنة ↑↑	

تابع/ جدول (1)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين")

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة (بين المجموعات)
	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	
مدة تناول الاستيرويدات البنائية (للمتناولين): تكرار (%)				
سنة واحدة	7,0 (30,43)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	لا يوجد مقارنة → →
سنة إلى 5 سنوات	5,0 (21,73)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
لم يجاوب	11,0 (47,82)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	87,030 (0,001) §§ $\chi 2$	لا يوجد مقارنة ↑↑	لا يوجد مقارنة ↑↑	
تعاطي المذيبات الطيارة: تكرار (%)				
نعم	36,0 (31,03)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	95,58 (0,00) §§ $\chi 2$
لا	80,0 (68,96)	54,0 (100,0)	226 (100,0)	
لم يجاوب	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	16,68 (0,000) §§ $\chi 2$	لا يوجد مقارنة ↑↑	لا يوجد مقارنة ↑↑	
تعاطي الكحول: تكرار (%)				
نعم	96,0 (82,75)	18,0 (33,33)	19,0 (8,40)	189,97 (0,00) §§ $\chi 2$
لا	20,0 (17,24)	36,0 (66,66)	207,0 (91,59)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	49,79 (0,000) §§ $\chi 2$	6,0 (0,014) §§ $\chi 2$	156,38 (0,000) §§ $\chi 2$	
العمر الذي بدأت فيه بتعاطي المخدرات: (للمتعاطين) تكرار (%)				
15 سنة فما دون	14,0 (12,06)	–	–	لا يوجد مقارنة → →
16– 20 سنة	32,0 (27,58)	–	–	
21–25 سنة	18,0 (15,51)	–	–	
26–30 سنة	16,0 (13,79)	–	–	

تابع/ جدول (1)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين")

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة (بين المجموعات)
	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	
31–35 سنة	6,0 (5,17)	–	–	
36–40 سنة	2,0 (1,72)	–	–	
أكبر من 40 سنة	2,0 (1,72)	–	–	
لم يجاوب	26,0 (22,41)	–	–	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	57,79 §§ $\chi 2$(0,000)	–	–	
مدة التعاطي والإدمان: (للمتعاطين)		**تكرار (%)**		
سنة فأقل	22,0 (18,96)	–	–	لا يوجد مقارنة → →
> سنة إلى ⩽ 5 سنوات	38,0 (32,75)	–	–	
> 5 سنوات إلى ⩽ 10 سنوات	15,0 (12,93)	–	–	
> 15 سنة إلى ⩽ 20 سنة	16,0 (13,79)	–	–	
(15) سنة إلى (20) سنة	1,0 (0,86)	–	–	
> (20) سنة	1,0 (0,86)	–	–	
لم يجاوب	23,0 (19,82)	–	–	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	61,41 §§ $\chi 2$(0,000)	–	–	
التدخين		**تكرار (%)**		
نعم	108,0 (93,10)	24,0 (44,44)	2,0 (0,88)	294,3 (0,00) §§ $\chi 2$
لا	8,0 (6,89)	30,0 (55,55)	224,0 (99,11)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	86,20 NS, $\chi 2$(0,000)	0,666 §§ $\chi 2$(0,414)	218,07 §§ $\chi 2$(0,000)	

تابع/ جدول (1)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين")

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة (بين المجموعات)
	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	
عمر بداية التدخين، للمدخنين ± متوسط انحراف	15,74 ± 3,51	17,0 ± 4,32	17,0 ± 1,41	1,23 (0,29) M, NS
عدد السجائر/ يوم متوسط ± انحراف	32,25 ± 22,79	26,83 ± 9,30	17,5 ± 3,53	1,08 (0,341) M, NS
المعاناة من الأمراض:		تكرار (%)		
وجود مرض	19,0 (16,37)	15,0 (27,77)	14,0 (6,19)	0,875 (0,645) $NS, \chi 2$
عدم وجود مرض	87,0 (75,0)	18,0 (33,33)	212,0 (93,80)	
لا أعلم	10,0 (8,62)	21,0 (38,88)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 91,67	NS, $\chi 2$(0,606) 1,0	§§ $\chi 2$(0,000)173,46	
طبيعة الأمراض (المرضى)**		تكرار (%)		
السكري	4,0 (21,05)	4,0 (26,66)	8,0 (57,14)	29,2 (0,009) §§, $\chi 2$
ارتفاع ضغط الدم	1,0 (5,26)	6,0 (40,0)	6,0 (42,85)	
أمراض نفسية	4,0 (21,05)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
أمراض جلدية	2,0 (10,52)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
تشمع الكبد	2,0 (10,52)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
الصرع	2,0 (10,52)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
أمراض الأعصاب	1,0 (5,26)	3,0 (20,0)	0,0 (0,0)	
الربو	1,0 (5,26)	3,0 (20,0)	0,0 (0,0)	
الديسك في منطقة الظهر	2,0 (10,52)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
اختلال في وظائف الغدد	2,0 (10,52)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	

تابع/ جدول (1)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، واختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات (البدنية والصحية، المتعلقة بالإدمان "للمدمنين")

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة (بين المجموعات)
	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	متوسط ± انحراف	
التهاب المفاصل	1,0 (5,26)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
أمراض قلبية وعائية	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	2,0 (14,28)	
لم يذكر المرض	5,0 (26,31)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
أمراض الكلى	0,0 (0,0)	1,0 (6,66)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	NS, $\chi 2$(0,583) 9,421	NS, $\chi 2$(0,820) 2,1999	NS, $\chi 2$(0,370)3,142	

§ = دالة عند مستوى ($\leqslant 0,05$)، §§ = دالة عند مستوى ($\leqslant 0,01$)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة، $\chi 2$ = كاي2، M = تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، مجم = مجموعة.

** = مجموع التكرارات في طبيعة الأمراض المصابين بها لا يساوي أفراد العينة المصابين بالأمراض؛ لأن الفرد يمكن أن يكون عنده أكثر من مرض واحد، § = دالة عند مستوى ($\leqslant 0,05$)، §§ = دالة عند مستوى ($\leqslant 0,01$)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة، $\chi 2$ = كاي2، M = تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، مجم = مجموعة.

القياسات الجسمية وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم:

يتضح من جدول (1) عدم وجود فروق إحصائية دالة بين المجموعات الثلاث في متغيرات: الوزن، الطول ومؤشر كتلة الجسم (BMI)، كما يتضح من خلال نسب انتشار تصنيفات مؤشر كتلة الجسم أن أفراد المجموعة الثانية (مجموعة الأفراد غير المدمنين ومن نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل) قد ارتفعت بينهم نسب انتشار (البدانة والوزن الزائد مجتمعتين) قياساً إلى الأفراد المدمنين على المخدرات والعقاقير المهلوسة، وأفراد المجموعة الثالثة من ممارسي النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية، ومن ثم يمكن القول إنَّ تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة له تأثير على مستوى التركيب الجسمي للفرد المتعاطي؛ إذ

غالباً ما يكون في الوزن الطبيعي أو أقل من ذلك، وقد أشارت العديد من الدراسات في هذا المجال، إلى أن الفرد المتعاطي للمخدرات والعقاقير المهلوسة غالباً ما يصاب بفقد الشهية وفقدان الوزن (Brian & Stephen, 1999; Chiara,1999).

ممارسة الرياضة، ولعبة بناء الأجسام وتناول الاستيرويدات البنائية والمذيبات الطيارة:

يتضح من جدول (1) أن ما نسبته (66,37%) من الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة أفادوا بممارستهم للرياضة، منهم (84,41%) مارسوا لعبة بناء الأجسام، ومنهم (35,38%) سبق لهم أن تناولوا الاستيرويدات البنائية، وكانت نسبة من تناولوها لمدة (≥ سنة واحدة) (30,43%)، ولمدة (< سنة إلى ⩽5 سنوات) نسبة (21,73%)، كما ظهر أن ما نسبته (31,03%) من الأفراد المدمنين كانوا متناولين للمذيبات الطيارة، في حين لم يظهر أي من أفراد المجموعتين (مجموعة الأفراد نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المدمنين) ومجموعة ممارسي النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية) تناوله أو تعاطيه للاستيرويدات البنائية، أو للمذيبات الطيارة، ومن ذلك يتبين أن الأفراد المدمنين سبق لهم أن تناولوا الاستيرويدات البنائية، ومن ثم وجود احتمالية لعلاقة بين تناول تلك المواد والوقوع في براثن إدمان المخدرات مستقبلاً؛ حيث أشارت بعض الدراسات، إلى وجود علاقة بين تناول الاستيرويدات البنائية، وزيادة احتمالات الإدمان على المخدرات مستقبلاً، (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best, 2000, South, 2007)، أما بالنسبة إلى استنشاق المذيبات الطيارة، فيبرز خطر تعاطيها في مجموعة الآثار والمضاعفات النفسية والصحية الخطيرة على الأفراد المتناولين لها، إضافة إلى إمكانية الحصول عليها بسهولة كبيرة جداً، نتيجة لتوافرها في الأسواق بشكل علني لا يحرمه القانون، إضافة إلى رخص ثمنها وإمكانية تصنيعها وسهولته، وهناك بعض الدراسات التي أوردت أن تعاطي المذيبات الطيارة واستنشاقها غالباً ما يقود إلى تعاطي المخدرات (Bennett, Walters, Miller, and Woodall, 2000).

تعاطي الكحول:

يتضح من جدول (1) أن هناك علاقة وترافقاً بين تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة، وتعاطي الكحول (Alcohol Abuse)؛ حيث تبين أن ما نسبته (82,75%) من الأفراد المدمنين، هم من متعاطي الكحول، في حين أن نسبة تعاطي الكحول لدى الأفراد غير المدمنين من أفراد المجموعة الثانية كانت (33,33%)، ولدى أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة ممارسي النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية) بواقع (8,40%)، وهذا ما يتفق مع نتائج العديد من الدراسات التي أوضحت الترافق الكبير بين تعاطي المخدرات والإدمان عليها وبين تعاطي الكحول؛ حيث إن البدء في تناول الكحول غالباً ما يؤدي إلى الإقدام على تناول المخدرات ومن ثم الإدمان عليها (Marie, Christine, Robert, Jason & Michael, 2000; Mathew Jennifer, Emily,Krista, Kari & Dolores, 2006).

المتغيرات المتعلقة بالإدمان:

يوضح جدول (1) طبيعة العمر الذي بدأ فيه الأفراد المدمنون بتعاطي المخدرات؛ فنجد أن ما نسبته (12,06%) قد تعاطوا المخدرات في سن أقل من (15) سنة، و (27,58%) قد تعاطوا في سن (16–20) سنة، وما نسبته (15,51%) في سن (21–25) سنة، ومن ثم تكون نسبة من بدؤوا في تعاطي المخدرات قبل سن (25) سنة (55,17%)، وهذا يدل على أن الشباب هم الفئة الأكثر تعرضاً لتعاطي المخدرات، وهذا يتفق مع العديد من الدراسات التي بحثت في سن بداية التعاطي للمخدرات، ومنها (الخوالدة والخياط،2011؛ الخزاعلة، 2003؛ الدرابسة، 1997؛ النوافلة، 1992؛ القحطاني، 2002؛ الخثعمي، 2008؛ النفيسة، 2008؛ المالكي، 2005؛ العواد، 2007؛ العتيبي، 2005؛ النجار، 2012؛ Grant & Deborah, 1998) أما من حيث مدة التعاطي وزمنه من حيث النتائج الوصفية، فيشير جدول (1) إلى أن أعلى مدة للتعاطي كانت من (< (1) سنة إلى ⩾(5) سنوات) بنسبة (32,75%)، ثم لمدة (سنة فأقل) بنسبة (18,96%)، ثم لمدة (< (10) سنوات إلى < (15) سنة) بنسبة (13,79%)، ومن ثم يلاحظ أن غالبية المتعاطين كانت مدة تعاطيهم أقل من (15) سنة.

طبيعة الأمراض:

يشير جدول (1) إلى عدم وجود فروق إحصائية دالة في المعاناة من الأمراض بين المجموعات الثلاث، إلا أنه اتضح وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين المجموعات الثلاث في طبيعة تلك الأمراض التي يعانونها؛ فأفراد المجموعة الأولى من المدمنين؛ حيث تبين أنهم يعانون مجموعة من الأمراض احتل مرض السكري، والأمراض النفسية فيها المرتبة الأولى بنسبة (21,05%)، يلي ذلك الأمراض الجلدية، تشمع الكبد، الصرع، الدسك في منطقة الظهر، الاختلال في وظائف الغدد (منفردة) بنسبة (10,52%)، فيما وجد أن بعض الحالات الأخرى لديها أحد الأمراض التالية: (أمراض الأعصاب، الربو، ارتفاع ضغط الدم، التهاب المفاصل). ونلاحظ من طبيعة تلك الأمراض التي يعانيها الأفراد المدمنون، أن لها علاقة بالتوتر والعصبية والحالة النفسية السيئة التي يمكن أن تكون سبباً في الإصابة بها، مثل مرض السكري، ضغط الدم، وبعض تلك الأمراض يمكن أن يكون للإدمان على المخدرات أو العقاقير المهلوسة أو تعاطي المذيبات الطيارة دور في الإصابة بها مثل (أمراض الأعصاب، الأمراض الجلدية، تشمع الكبد، الربو)، أما بالنسبة إلى الأمراض التي يعانيها أفراد المجموعة الثانية (مجموعة نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين)، فقد تمثلت في مرض ضغط الدم بنسبة (22,66%)، والسكري بنسبة (22,66%)، وأمراض الأعصاب والربو بواقع (20,0%) لكل مرض، أما بالنسبة إلى أفراد المجموعة الثالثة، من ممارسي النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية، فيتضح أن الأمراض التي يعانونها انحسرت في مرض ضغط الدم، بنسبة (42,85%)، السكري بنسبة (57,14%) والأمراض القلبية الوعائية (Cardiovascular disease) بنسبة (14,28%)، وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود أمراض مرتبطة بالإدمان على المخدرات، وبخاصة تلك الأمراض المرتبطة بالحالة النفسية والسلوكية، إضافة إلى أمراض الكبد خاصة حالة التشمع التي يمكن أن يصاب بها الفرد نتيجة لإدمانه على الكحول والمخدرات، وبعض الأمراض الدماغية (David, 2013).

جدول (2)
نتائج اختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة
مستوى التعليم:	تكرار (%)			
الابتدائية	20,0 (17,24)	4,0 (7,40)	9,0 (3,98)	252,3 (0,000) §، $\chi 2$ §
الإعدادية	20,0 (17,24)	18,0 (33,33)	15,0 (6,63)	
الثانوية	53,0 (45,68)	25,0 (46,29)	68,0 (30,08)	
الدبلوم	2,0 (1,72)	2,0 (3,70)	69,0 (30,53)	
البكالوريوس	13,0 (11,20)	1,0 (1,85)	50,0 (22,12)	
الماجستير	1,0 (0,86)	1,0 (1,85)	14,0 (6,19)	
الدكتوراه	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	1,0 (0,44)	
لم يجاوب	6,0 (5,17)	3,0 (5,55)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 147,44	§§ $\chi 2$(0,000) 73,03	§§ $\chi 2$(0,000) 157,69	
الثانوية فما دون	93,0 (80,17)	47,0 (87,03)	92,0 (40,70)	167,54 (0,000) §§ $\chi 2$
الدبلوم والمراحل الجامعية	17,0 (14,65)	4,0 (7,40)	134,0 (59,29)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 112,01	§§ $\chi 2$(0,000) 166,98	§§ $\chi 2$(0,000) 169,97	
مستوى تعليم الأب:	تكرار (%)			
لا يقرأ ولا يكتب	28,0 (24,13)	16,0 (29,62)	36,0 (15,92)	112,64 (0,000) §§ $\chi 2$
الابتدائية	3,0 (2,58)	1,0 (1,85)	45,0 (19,91)	
الإعدادية	12,0 (10,34)	10,0 (18,51)	39,0 (17,25)	
الثانوية	33,0 (28,44)	11,0 (20,37)	30,0 (13,27)	
الدبلوم	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	39,0 (17,25)	

تابع/ جدول (2)
نتائج اختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة
جامعي	27,0 (23,27)	5,0 (9,25)	37,0 (16,37)	
لم يجاوب	13,0 (11,20)	11,0 (20,37)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 35,24	§§ $\chi 2$(0,009) 15,33	§§ $\chi 2$(0,674)3,168	
مستوى تعليم الأم:		تكرار (%)		
لا تقرأ ولا تكتب	44,0 (37,93)	26,0 (48,14)	28,0 (12,38)	
الابتدائية	15,0 (12,93)	1,0 (1,85)	59,0 (26,10)	
الإعدادية	5,0 (4,31)	3,0 (5,55)	60,0 (26,54)	
الثانوية	27,0 (23,27)	17,0 (31,48)	34,0 (15,04)	(0,000) 117,01 §§ $\chi 2$
جامعية	12,0 (10,34)	3,0 (5,55)	45,0 (19,91)	
لم يجاوب	13,0 (11,20)	4,0 (7,40)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 50,96	§§ $\chi 2$(0,000) 57,11	§§ $\chi 2$(0,000) 40,49	
عمل الأب ومهنته:		تكرار (%)		
عسكري	2,0 (1,72)	2,0 (3,70)	27,0 (11,94)	
موظف قطاع خاص	9,0 (7,75)	2,0 (3,70)	17,0(7,52)	
موظف قطاع حكومي	16,0 (13,79)	1,0 (1,85)	0,0 (0,0)	
عمل خاص	35,0 (30,17)	22,0 (40,74)	75,0 (33,18)	(0,000) 206,80 §§ $\chi 2$
متقاعد	9,0 (7,75)	4,0 (7,40)	20,0 (8,84)	
متوفى	0,0 (0,0)	3,0 (5,55)	0,0 (0,0)	
عامل	15,0 (12,93)	12,0 (22,22)	21,0 (9,29)	

تابع/ جدول (2)
نتائج اختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة
صحفي	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
مزارع	3,0 (2,58)	1,0 (1,85)	21,0 (9,29)	
في المجال الطبي	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	16,0 (7,07)	
سائق	3,0 (2,58)	2,0 (3,70)	17,0(7,52)	
معلم	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
عاطل عن العمل	2,0 (1,72)	0,0 (0,0)	12,0 (5,30)	
لم يجاوب	19,0 (16,37)	5,0 (9,25)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 137,05	§§ $\chi 2$(0,000) 74,14	§§ $\chi 2$(0,000) 117,035	
عمل الأم ومهنتها:	**تكرار (%)**			
ربة بيت	94,0 (81,03)	53,0 (98,14)	202,0 (89,38)	
موظفة قطاع حكومي	8,0 (6,89)	1,0 (1,85)	11,0 (4,86)	
عمل خاص	7,0 (6,03)	0,0 (0,0)	9,0 (3,98)	
متوفاة	2,0 (1,72)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
في المجال الطبي	2,0 (1,72)	0,0 (0,0)	4,0 (1,76)	(0,062) 25,43 $\chi 2NS$
عاملة تنظيفات	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
محامية	2,0 (1,72)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 578,08	§§ $\chi 2$(0,000) 50,07	§§ $\chi 2$(0,000) 500,05	

تابع/ جدول (2)
نتائج اختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة
الحالة الاجتماعية:		تكرار (%)		
أعزب	81,0 (69,82)	35,0 (64,81)	13,0 (5,75)	
متزوج	32,0 (27,58)	16,0 (29,62)	213,0 (94,24)	190,11(0,000)
غير ذلك	3,0 (2,58)	3,0 (5,55)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000)80,39	§§ $\chi 2$(0,000) 28,77	§§ $\chi 2$(0,000) 176,99	
عدد الأبناء (للمتزوجين):		تكرار (%)		
طفلان	14,0 (43,75)	5,0 (31,25)	34,0 (15,04)	
ثلاثة إلى أربعة أطفال	15,0 (46,87)	7,0 (43,75)	150,0 (66,37)	248,94 (0,000)
أكثر من خمسة	3,0 (9,37)	4,0 (25,0)	29,0 (13,61)	§§ $\chi 2$
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000)25,74	§§ $\chi 2$(0,60) 2,75	§§ $\chi 2$(0,000) 99,41	
طبيعة العمل والمهنة:		تكرار (%)		
موظف قطاع خاص	12,0 (10,34)	0,0 (0,0)	77,0 (33,33)	
لم يجاوب	35,0 (30,17)	18,0 (33,33)	0,0 (0,0)	
عامل	37,0 (31,89)	21,0 (38,88)	0,0 (0,0)	265,31 (0,000)
عمل خاص	13,0 (11,20)	5,0 (9,25)	112,0 (52,58)	§§ $\chi 2$
موظف قطاع حكومي	4,0 (3,44)	1,0 (1,85)	30,0 (14,08)	
عاطل عن العمل	3,0 (2,58)	4,0 (7,40)	0,0 (0,0)	

تابع/ جدول (2)
نتائج اختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة
في المجال الطبي	1,0 (0,86)	1,0 (1,85)	0,0 (0,0)	
محاسب	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
سائق	6,0 (5,17)	4,0 (7,40)	0,0 (0,0)	
ميكانيكي	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
مهندس	2,0 (1,72)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
مزارع	1,0 (0,86)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 191,86	§§ $\chi 2$(0,000) 52,81	§§ $\chi 2$(0,000) 47,35	
الدخل الشهري (د. أ) / شهر:		**تكرار (%)**		
⩾ (200)	17,0 (14,65)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	
> (200) إلى ⩾ (400)	33,0 (28,44)	27,0 (50)	0,0 (0,0)	
>(401) إلى ⩾ (600)	14,0 (12,06)	9,0 (16,66)	5,0 (2,21)	
(601) إلى ⩾ (800)	5,0 (4,31)	2,0 (3,70)	36,0 (15,92)	
>(801) إلى ⩾ (1000)	6,0 (5,17)	1,0 (1,85)	32,0 (14,15)	
>(1001) إلى ⩾ (1200)	7,0 (7,75)	0,0 (0,0)	6,0 (2,65)	
>(1201) إلى ⩾ (1400)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	12,0 (5,30)	(0,00) 350,62 §§ $\chi 2$
>(1401) إلى ⩾ (1600)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	30,0 (13,27)	
>(1601) إلى ⩾ (1800)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	29,0 (12,83)	
>(1801) إلى ⩾ (2000)	0,0 (0,0)	1,0 (1,85)	27,0 (11,94)	
> (2000)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	49,0 (21,68)	
لم يجاوب	32,0 (27,58)	14,0 (25,92)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 49,34	§§ $\chi 2$(0,000) 58,44	§§ $\chi 2$(0,000) 68,53	

تابع/ جدول (2)
نتائج اختبار مربع كاي ($\chi 2$) بين المجموعات الثلاث وعلى المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية

المتغيرات	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (ن= 116) مجم (1)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين (ن=54) مجم (2)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية (ن= 226) مج (3)	الدلالة
المستوى التعليمي للزوجة أو المطلقة (للمتزوجين، أو غير ذلك): تكرار (%)				
لا تقرأ ولا تكتب	2,0 (5,71)	2,0 (10,52)	21,0 (9,85)	
الابتدائية	6,0 (17,14)	2,0 (10,52)	65,0 (30,51)	
الإعدادية	14,0 (40,0)	3,0 (15,78)	30,0 (14,08)	
الثانوية	9,0 (25,71)	1,0 (5,26)	53,0 (24,88)	321,54 (0,00) §§ $\chi 2$
الدبلوم	0,00 (0,00)	3,0 (15,78)	18,0 (8,45)	
البكالوريوس	0,00 (0,00)	4,0 (21,05)	26,0 (12,20)	
لم يجاوب	4,0 (11,42)	4,0 (21,05)	0,00 (0,00)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§$\chi 2$(0,013) 12,57	§$\chi 2$(0,841) 2,736	§$\chi 2$(0,000) 51,08	
هل يوجد في العائلة من يتعاطى المخدرات: تكرار (%)				
نعم	25,0 (21,55)	5,0 (9,25)	0,0 (0,0)	
لا	78,0 (67,24)	34,0 (62,96)	226,0 (100,0)	397,42 (0,00) §§ $\chi 2$
لا أعلم	13,0 (11,20)	15,0 (27,77)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 61,87	§§ $\chi 2$(0,000) 24,11	لا يوجد مقارنة ↑↑	
هل يوجد في العائلة من يتعاطى الكحول: تكرار (%)				
نعم	37,0 (31,89)	8,0 (14,81)	0,0 (0,0)	
لا	66,0 (56,89)	31,0 (57,40)	226,0 (100,0)	386,87 (0,00) §§ $\chi 2$
لا أعلم	13,0 (11,20)	15,0 (27,77)	0,0 (0,0)	
الدلالة تبعاً لكل مجموعة	§§ $\chi 2$(0,000) 36,43	§§ $\chi 2$(0,000) 15,44	لا يوجد مقارنة ↑↑	

§ = دالة عند مستوى ($\leqslant$0,05)، §§ = دالة عند مستوى ($\leqslant$0,01)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة، $\chi 2$ = كاي2، مجم = مجموعة.

المستوى التعليمي:

من خلال البيانات الواردة في جدول (2) حول المستوى التعليمي لأفراد المجموعات الثلاث، يتضح وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بينهم؛ إذ إن الأفراد المدمنين والأفراد من المجموعة الثانية من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل ومن غير المدمنين، لهم مستوى تعليمي منخفض، وكانت نسبة الأفراد في كل مجموعة ممن لديهم مستوى تعليمي من مستوى الثانوية العامة فما دون (80,17%)، (87,03%) على التوالي، قياساً إلى الأفراد من المجموعة الثالثة من ممارسي النشاط البدني ومن ليس لهم أية سوابق جرمية، فقد كانت نسبة الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي من مستوى الدبلوم والمراحل الجامعية الأخرى، بنسبة (59,29%، كما يتضح من بيانات المستوى التعليمي للوالدين (الأب والأم) وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين المجموعات الثلاث، فقد تبين وجود انخفاض في مستوى تعليم الوالدين لأفراد مجموعة المدمنين، قياساً إلى المجموعتين الثانية والثالثة، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات التي بحثت في الخصائص الديمغرافية لمتعاطي المخدرات، التي تبين منها أن الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة وللمذيبات الطيارة، غالبيتهم من المستوى التعليمي المنخفض، إضافة إلى وجود نسبة غالبة من مستوى تعليمي منخفض للوالدين (الخزاعي، 2010؛ النوافلة، 1992؛ القحطاني، 2002؛ الخثعمي، 2008؛ النفيسة، 2008؛ المالكي، 2005؛ العواد، 2007؛ العتيبي، 2005؛ النجار، 2012).

أما بالنسبة إلى المستوى التعليمي للزوجة أو المطلقة، فيتضح من جدول (2) وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين المجموعات الثلاث، فقد تبين وجود انخفاض في المستوى التعليمي للزوجة أو المطلقة لدى مجموعة الأفراد المدمنين؛ حيث جاءت النسبة الغالبة في مستوى تعليمي من الثانوية فأقل، وقد يعود ذلك إلى طبيعة المستوى التعليمي المنخفض لدى الأفراد المدمنين؛ إذ إن هناك علاقة بين مستوى تعليم الزوج وما يمكن أن يرتبط بها من زوجة تناسب مستواه التعليمي، وهذا ما يتفق مع ما أشارت إليه دراسات كل من (الخزاعي، 2010؛ الخثعمي، 2008؛ النفيسة، 2008؛ والنجار، 2012)، إلا أن الملاحظ وجود زوجات أومطلقات جامعيات اقترن بهنَّ مجموعة الأفراد من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المدمنين، وبنسبة أعلى لدى أفراد المجموعة الثالثة.

طبيعة العمل والمهنة:

أما من حيث طبيعة العمل والمهنة، فيتضح من جدول (2) وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) في طبيعة المهن التي يمارسها أفراد المجموعات الثلاث؛ فتشير طبيعة المهن التي يمارسها الأفراد المدمنون، إلى أن أغلبية تلك المهن لا تحتاج إلى مستوى عالٍ من التأهيل أو حتى المتوسط؛ فانحسرت معظم المهن لديهم في فئة العمال بشكل عام، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (النجار، 2012) التي أجريت على المجتمع الفلسطيني؛ حيث أشارت إلى أنَّ ما نسبته (60,0%) من الأفراد المدمنين هم من فئة العمال، أما بالنسبة إلى أفراد المجموعة الثانية من غير المدمنين من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، فتشير البيانات الخاصة بطبيعة مهنهم، إلى أن معظمهم من فئة العمال، إلا أن طبيعة مهن أفراد المجموعة الثالثة، انحسرت الغالبية العظمى منهم في فئات الأعمال الخاصة، وموظفي القطاع الخاص، وهذا ما ينطبق أيضاً على طبيعة مهنة الأب؛ حيث تباينت مهن الآباء بين المجموعات الثلاث بدلالة إحصائية عند مستوى (0,01)، أما بالنسبة إلى طبيعة عمل الأم ومهنتها، فتشير النتائج إلى عدم وجود فروق إحصائية بين المجموعات الثلاث؛ حيث كانت أغلب الأُمهات للمجموعات الثلاث، من فئة ربة البيت، وهذا ما يتفق مع دراسات كل من (النجار، 2012؛ Rajita, 2001)، وقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك تأثيراً لطبيعة مهنة الفرد وعمله، إضافة إلى طبيعة المهن الشائعة في الأسرة، خاصة لدى الآباء والأمهات، في إيجاد تهيئة لإمكانية تعاطيهم هم أو أبنائهم للمخدرات والكحول، فإن كان المستوى الاجتماعي للأب والأم منخفضاً من خلال انخفاض المستوى التعليمي والمهني له، فغالباً ما يرتبط ذلك بانخفاض في المستوى الاقتصادي للعائلة ككل، ومن ثم فإن هناك احتمالية أن يكون ذلك الوضع الأسري مكاناً خصباً للاتجاه لتعاطي المخدرات (Alavinia, VandenBerg, Van, Elders, & Burdort, 2009; Minchin, Glagola, Guo, & Languell, 2006).

الدخل الشهري (د. أ) / شهر:

يتضح من بيانات الدخل الشهري، وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين المجموعات الثلاث؛ حيث انحسرت دخول الأفراد المدمنين إلى (1200) (د. أ) / شهر، وهذا يدل على انخفاض مستوى المعيشة لديهم، وهو ما يتفق مع دراسة (النجار، 2012) التي بينت أن الأفراد المدمنين يعانون انخفاضاً في مستوى

الدخل؛ مما يضيف أعباء هائلة عليهم، لتوفير متطلبات حياتهم اليومية، إضافة إلى الحصول على المخدرات، وينطبق انخفاض مستوى الدخل الشهري، على أفراد المجموعة الثانية من غير المدمنين، أما بالنسبة إلى أفراد المجموعة الثالثة، فتشير البيانات الخاصة بدخلهم الشهري، إلى وجود ارتفاع ملحوظ في الدخل الشهري لهم قياساً إلى المجموعتين الأولى والثانية، وهذا يمكن أن يفسر بأنهم قاموا بالاشتراك في النوادي الصحية الرياضية، ومن المعروف أن الاشتراك في تلك الأندية يحتاج إلى أعباء مالية؛ مما قد يشير إلى الوفرة الاقتصادية لهم ولعائلاتهم.

الحالة الاجتماعية والأسرية:

يتبين من جدول (2) أن معظم الأفراد المدمنين هم من فئة العزاب، بنسبة وصلت إلى (69,82%)، قياساً إلى (64,81%)، لدى أفراد المجموعة الثانية، و(5,75%) لدى أفراد المجموعة الثالثة، وقد يعود ارتفاع نسبة الأفراد العزاب بين الأفراد المتعاطين، كما أوردته العديد من الدراسات (الخوالدة والخياط، 2011؛ الخزاعلة، 2003؛ الدرابسة، 1997؛ النوافلة، 1992؛ القحطاني، 2002؛ الخثعمي، 2008؛ النفيسة، 2008؛ المالكي، 2005؛ العواد، 2007؛ العتيبي، 2005؛ النجار، 2012) إلى أن ظروف حياتهم الأسرية، والصحية، والنفسية، لا تؤهلهم للارتباط وتكوين أسرة، إضافة إلى أن العائلات الأُردنية تقوم بالبحث والسؤال والاستقصاء حول الشخص القادم لخطبة إحدى فتياتها، ومن ثم فإن تلك العائلات سوف ترفض رفضاً مطلقاً، تزويج فتياتها لمدمن، في حالة معرفتهم بذلك، كما يلاحظ أيضاً انخفاض عدد الأبناء (للأفراد المتزوجين)، وذلك لدى أفراد المجموعة الأولى من المدمنين، وأفراد المجموعة الثانية، قياساً إلى أفراد المجموعة الثالثة، وقد يعود ذلك إلى احتمالية تأثير التفكك الأسري والحياة الأسرية غير المستقرة لدى الأفراد المدمنين قياساً لأفراد المجموعة الثالثة، وعند سؤال أفراد عينة الدراسة عن وجود من يتعاطى المخدرات، أو الكحول في العائلة، تشير النتائج الموضحة في جدول (2) إلى أن ما نسبته (21,55%)، (31,89%) من الأفراد المدمنين، أجابوا بوجود من يتعاطى المخدرات، الكحول في أسرهم، وهذا يدل على مدى التفكك الأسري، والحياة الأسرية غير المستقرة، التي يعيش فيها الأفراد المدمنون، في حين أجاب أفراد المجموعة الثانية من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل بوجود ما نسبته (9,25%)، (14,81%) على التوالي ممن يتعاطى المخدرات، الكحول في أسرهم، في حين، لم يظهر من إجابات

أفراد المجموعة الثالثة، أية نسبة لوجود تعاطي هاتين المادتين ضمن أسرهم، وتشير الدراسات في هذا المجال إلى أن مدمني المخدرات غالباً ما تكون خلفيتهم الأسرية تتميز بوجود اضطراب في بنية العائلة مع كثرة التعرض للمشكلات المادية والعاطفية والدراسية والاجتماعية، إضافة إلى ارتفاع معدلات نسب الطلاق بين تلك العائلات، وإلى وجود نوع من الانحراف القيمي، وخلل في المنظومة القيمية لعائلاتهم؛ حيث يعرف التفكك الأسري بأنه تخلخل في روابط البناء الأسري، وضعف التفاعلات الاجتماعية بين أفراد الأسرة، واضطراب توقعات أدوارهم والشعور بالاغتراب وانعدام الأمن والرغبة في التحلل من القيود الأسرية والاتجاه نحو الجماعات الخارجية لضعف التماسك الداخلي للأسرة (البديوي، 2008؛ الدوسري، 1999).

في ضوء تساؤل الدراسة الثاني ونصه: **ما أكثر أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة تعاطياً ؟**، يشير جدول (3) إلى التكرارات والنسب المئوية ودلالة كاي2، لأكثر أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة تعاطياً.

جدول (3)
التكرارات والنسب المئوية ودلالة كاي2، لأكثر أنواع المخدرات والعقاقير والمذيبات الطيارة تعاطياً

أكثر أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة تعاطياً من قبل المتعاطين (ن=116) **				
الأنواع	التكرار	%	الترتيب	الدلالة
الحشيش	102,0	87,93	الأول	§§χ2 (0,00) 307,310
الحبوب	56,0	48,28	الثاني	
الكوكائين	18,0	15,52	الثالث	
الهيروين	16,0	13,79	الرابع	
المورفين	8,0	6,90	الخامس	
أنواع أخرى	7,0	6,03	السادس	
الأفيون	4,0	3,45	السابع	
القات	1,0	0,86	الثامن	

تابع/ جدول (3)
التكرارات والنسب المئوية ودلالة كاي2، لأكثر أنواع المخدرات والعقاقير والمذيبات الطيارة تعاطياً

أكثر أنواع المذيبات الطيارة تعاطياً من قبل المتعاطين لهذه المواد (ن=36)**				
الأنواع	التكرار	%	الترتيب	الدلالة
البنزين	11,0	30,55	الثالث	§§χ2 (0,00) 387,53
التنر	14,0	38,88	الثاني	
الآجو	22,0	61,11	الأول	
الغاز	1,0	2,77	الخامس	
جميع المواد	2	5,55	الرابع	

** = مجموع التكرارات في أنواع المخدرات والعقاقير المهلوسة، ومجموع التكرارات في أنواع المذيبات الطيارة، لايساوي أفراد العينة من المتعاطين، أو من متعاطي المذيبات الطيارة؛ لأن الفرد يمكن أن يتعاطى أكثر من مادة سواء من المخدرات، أو من المذيبات الطيارة. §= دالة عند مستوى (⩽0,05)، §§ = دالة عند مستوى (⩽0,01)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة، (χ2) = كاي2.

يتبين من جدول (3) أن أكثر الأنواع تعاطياً من المواد المخدرة والعقاقير المهلوسة لأفراد المجموعة الأولى من المتعاطين والمدمنين كان في المرتبة الأولى الحشيش بنسبة انتشار (87,93%) من المتعاطين، يليه الحبوب المهلوسة في المرتبة الثانية بنسبة انتشار (48,28%)، وفي المرتبة الثالثة جاء الكوكائين بنسبة انتشار (13,79%)، ثم راوحت أنواع (المورفين، أنواع أخرى، الأفيون، القات) بنسبة انتشار بين (1,0 و6,03%)، ومن خلال المقارنة مع نتائج بعض الدراسات سواء الأُردنية أو العربية نجد في دراسة (الطويسي، والنصرات، والمعاني وكريشان، 2012) أن أعلى نسبة لأنواع التعاطي في محافظة معان الأُردنية في المرتبة الأولى (الحبوب) بنسبة (47,2%)، وفي المرتبة الثانية (الحشيش) بنسبة (13,4%)، كما بينت دراسة (أسامة الصالح، 2004) من خلال تحليل التجربة الأُردنية لمعالجة إدمان المخدرات، أن أعلى تكرار لنوع المخدر المدمن عليه في مركز توقيف ومعالجة المدمنين التابع لمديرية الأمن العام الأُردنية منذ الافتتاح عام (1994) إلى نهاية عام (2003) كان للهيروين بواقع (483) حالة إدمان، والحبوب بواقع (337) حالة إدمان، والحشيش بواقع (39) حالة إدمان، والمواد المتطايرة بواقع (51) حالة إدمان. وفي دراسة (النجار، 2012)، التي أجريت على المجتمع الفلسطيني في مدينة غزة، أشار

إلى أن أعلى نسب أنواع الإدمان والتعاطي كانت في المرتبة الأولى الحبوب، وفي المرتبة الثانية الحشيش، وفي المرتبة الثالثة البانجو، وعلى المجتمع السعودي، أشار (المالكي، 2005) إلى أن أعلى نسبة للتعاطي كانت من مادة الحشيش؛ إذ وصلت إلى (37,5%)، وذلك في أول مرة تناول فيها المدمنون المخدرات، وكانت مادة الحشيش أيضاً تحتل النسبة العليا عند السؤال عن آخر مادة تم تعاطيها؛ إذ وصلت إلى (30,6%) مما يشير إلى أن أكثر الأنواع استخداماً هو مادة الحشيش، كما توصل (القحطاني، 2002) في دراسته على المجتمع السعودي إلى أن أكثر المواد تعاطياً هي (الحبوب) بنسبة (52,25%)، ثم (الحشيش) (21,25%)، ثم (الهيروين) بنسبة (11,5%)، ثم (الأفيون) بنسبة (10,0%)، ثم الكوكائين بنسبة (5,0%)، ويمكن أن يعزى التباين والاختلاف في أكثر الأنواع المتعاطاة، إلى اختلاف طرق الحصول على المخدر، وما يتأثر ذلك بثمن المخدر، وإمكانية الحصول عليه بطرق سهلة أو صعبة.

فيما يظهر جدول (3) أيضاً أن أكثر المذيبات الطيارة تناولاً هي مادة الآجو بنسبة (61,11%)، يليها مادة التنر بنسبة (38,88%)، يليها مادة البنزين بنسبة (30,550%)، ثم من يتعاطى جميع تلك المواد بنسبة (5,55%)، ويمكن أن يعزى السبب لزيادة نسب المتناولين لمواد الآجو والتنر والبنزين إلى عدة أسباب، منها سهولة الحصول عليها كونها تباع في الأسواق ومحطات البنزين للجميع دون قيود أو شروط، إضافة إلى رخص ثمنها النسبي، وقد أشارت بعض الدراسات إلى التأثير السلبي لاستنشاق تلك المواد على الصحة بشكل عام وعلى خلايا الدماغ بشكل خاص، وإلى أن هناك ضرراً هائلاً وتلفاً في مكونات الدماغ نتيجة لتعاطي تلك المواد، إضافة إلى حدوث مجموعة من الاضطرابات العقلية وأضرار خطيرة على القلب والأوعية الدموية (Rosenberg & Sharp, 1992). وقد أوضحت بعض الدراسات الأخرى أن هناك آثاراً سلبية أخرى على الصحة كالسعال المستمر، والصداع المستمر في الرأس، والاستفراغ، وأمراض العيون والأنف والحلق، كما يؤدي إدمان تلك المواد إلى ارتفاع في قدرة التحمل من جراء حدوث تلف في أعضاء الجسم؛ مما يؤدي ذلك إلى زيادة الكميات المتعاطاة من أجل الحصول على الدرجة التي يعتقدها المتعاطي من النشوة والمتعة؛ كما ثبت أن لتعاطي تلك المواد تأثيراً على ارتفاع معدلات السلوك العدواني (Aggressive Behavior) والعنف، وعدم القدرة على التحكم في أعصابه وردود أفعاله تجاه بعض المثيرات؛ مما يمكن أن يُسهل إمكانية ارتكابه لأفعال واعتداءات جرمية (Dinwiddie, Reich and Cloninger, 1991).

في ضوء تساؤل الدراسة الثالث ونصه: ما أهم الأسباب التي دفعت المتعاطين للإقدام على تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة؟. يشير جدول (4) إلى أهم الأسباب الواردة من قبل الأفراد المتعاطين لها.

جدول (4)
التكرارات والنسب المئوية ودلالة كاي2، لأهم الأسباب التي دفعت المتعاطين للإقدام على تعاطي المخدرات والعقاقير والمذيبات الطيارة (ن=116)

الأسباب**	التكرار	الترتيب	%	الدلالة
حب الفضول والتجربة	54,0	46,55	الأول	§§χ2 (0,00) 126,06
رفقاء السوء	43,0	37,07	الثاني	
التفكك والمشكلات الأسرية	41,0	35,34	الثالث	
ضعف الوازع الديني	26,0	22,41	الرابع	
زيادة القدرة الجنسية	21,0	18,10	الخامس	
وقت الفراغ	15,0	12,93	السادس	
الحصول على الراحة النفسية والإحساس بالنشوة	8,0	6,89	السابع	
تقليد الأفلام الأجنبية	2,0	1,72	الثامن	
فقد الحبيب	1,0	0,86	التاسع	
توافر المال للشراء	1,0	0,86	التاسع	

** = مجموع التكرارات في أسباب التعاطي، لايساوي أفراد العينة من المتعاطين؛ لأن الفرد يمكن أن يعطي أكثر من سبب للتعاطي، §= دالة عند مستوى (⩽0,05)، §§ = دالة عند مستوى (⩽0,01)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة، (χ2) = كاي2.

يبين جدول (4) أن الأسباب التي دفعت الأفراد المتعاطين للمخدرات والعقاقير المهلوسة للتعاطي، ويتضح أن أعلى سبب حصل على المرتبة الأولى كان (حب الفضول والتجربة) بنسبة وصلت إلى (46,55%) من مجموع المتعاطين، وفي المرتبة الثانية (رفقاء السوء) بنسبة (37,07%)، وفي المرتبة الثالثة (التفكك والمشكلات الأسرية) بنسبة (35,34%)، وفي المرتبة الرابعة (ضعف الوازع الديني) بنسبة (22,41%)، وفي المرتبة الخامسة (زيادة القدرة الجنسية) بنسبة (18,10%)، وفي المرتبة السادسة (وقت الفراغ) بنسبة (12,93%)، فيما راوحت

الأسباب الأخرى التي تنص على (الحصول على الراحة النفسية والإحساس بالنشوة، تقليد الأفلام الأجنبية، فقد الحبيب، توافر المال للشراء) بنسب راوحت بين (0,86% و6,89%)، وبمقارنة تلك الأسباب مع الأسباب الدافعة للتعاطي في بعض الدراسات الأخرى نجد أن أهم الأسباب في دراسة (وسام النجار، 2012) جاء سبب (رفاق السوء) بالمرتبة الأولى بنسبة (32,0%)، وسبب (الظروف الاقتصادية والمعيشية) في المرتبة الثانية بنسبة (24,0%)، وسبب (ظروف العمل) في المرتبة الثالثة، بنسبة (14,0%)، وسبب (حب الاستطلاع والتجربة) في المرتبة الرابعة، بنسبة (12,0%)، وسبب (الظروف العائلية) في المرتبة الخامسة بنسبة (10,0%)، وسبب (ضعف الوازع الديني) في المرتبة السادسة بنسبة (6,0%)، وأخيراً سبب (وقت الفراغ) في المرتبة الأخيرة بنسبة (2,0%)، فيما احتل سبب (وجود دخل اقتصادي عال) المرتبة الأولى كسبب دافع للتعاطي في دراسة (خالد المالكي، 2005)، يليه سبب (عدم كفاية الدخل)، يليه سبب (الأعباء الأسرية)، ثم سبب (تقليد الآخرين)، فيما كان أهم الدوافع والأسباب للتعاطي في دراسة (باسم الطويسي، محمد النصرات، عبد الرزاق المعاني وبشير كريشان، 2012) سبب (ضعف الوازع الديني)، يليه سبب (ضعف رقابة الأسرة).

ومن خلال تلك الدراسات وأسباب التعاطي التي نتجت منها تبين أن معظمها يتمحور حول رغبة الشباب في التجربة وتقليد الآخرين، إضافة إلى ضعف رقابة الأسرة وضعف الوازع الديني، والمشكلات والتفكك الأسري، إضافة إلى عامل مهم وهو وقت الفراغ ورفاق السوء، وهذه العوامل العامة إضافة إلى مجموعة من العوامل الفرعية الأخرى التي تشكل عوامل خطورة لوقوع الفرد ضحية لتعاطي المخدرات، حيث يشير (Nation & Heflinger, 2006) إلى أن عوامل الخطر للوقوع في تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة والكحول تتمثل في الاستعداد النفسي وضعف الثقة بالنفس والإعزاءات السببية الخارجية، والبيئة الأسرية المساعدة من خلال وجود الأسر المفككة، ورفاق السوء خاصة من لهم علاقة بالجرائم عامة أو تعاطي المخدرات، والحياة الضاغطة خاصة الظروف الاقتصادية والاجتماعية، وهذا ما ظهر من نتائج الدراسة المتعلقة بالأسباب التي تقف وراء التعاطي.

وفي ضوء تساؤل الدراسة الرابع ونصه: **هل يوجد فروق إحصائية دالة في مركز العزو السببي للنجاح والفشل بين المجموعات الثلاث: مجموعة المتعاطين، ومجموعة غير المتعاطين من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، ومجموعة الأفراد**

الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن لم يسبق لهم وجود أية سوابق جرمية؟.

فقد استخدم الباحثون تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، وذلك على نحو ما هو موضح في جدول (5).

جدول (5)
نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لتعرف دلالة الفروق في مركز العزو السببي للنجاح والفشل بين المجموعات الثلاث

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) ومستوى دلالتها
العزو السببي للنجاح والفشل	بين المجموعات	7840,63	2	3920,3	(352,5) §§ 0,000
	داخل المجموعات	4369,71	393	11,118	
	الكلي	12210,35	395	–	

نتائج اختبار شيفيه البعدي					
المجموعات		متوسط ± انحراف	مجم (1)	مجم (2)	مجم (3)
			الفرق بين المتوسطات (قيمة الدلالة)		
			المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة
المجموعة الأولى (ن= 116)	متعاطو المخدرات والعقاقير المهلوسة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل	16,40 ± 3,47	–	4,49 §§ (0,00)	9,98 (0,00) §§
المجموعة الثانية (ن=54)	نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المتعاطين	11,90 ± 2,13		–	5,48 (0,00) §§
المجموعة الثالثة (ن= 226)	ممارسو النشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية	6,42 ± 3,48			–

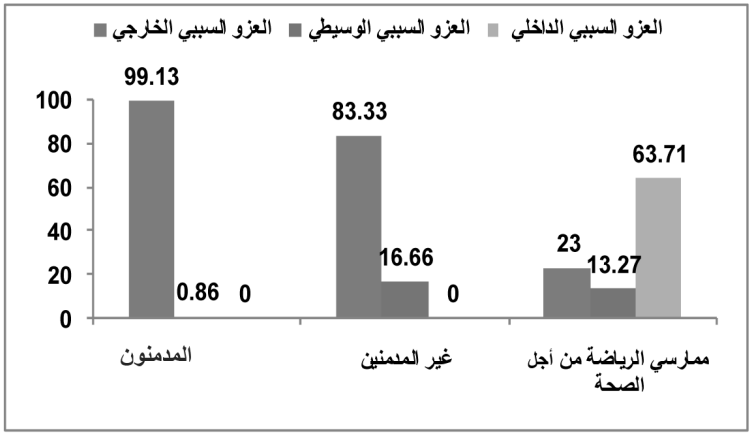
§ دالة عند مستوى (⩽0,05)، §§ = دالة عند مستوى (⩽0,01).

يتضح من جدول (5) وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين المجموعات الثلاث في التوجه نحو العزو السببي؛ حيث جاء المتوسط الحسابي للأفراد المدمنين من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل (16,40)، وهذا ما يشير إلى زيادة توجههم نحو العزو السببي الخارجي، وجاء متوسط الأفراد نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل من غير المدمنين (11,90)، وهذا ما يشير إلى توجه أقل نحو العزو السببي الخارجي، قياساً إلى مجموعة الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية بمتوسط (6,42)، وهذا ما يشير إلى زيادة توجههم نحو العزو السببي الداخلي، فيما يشير جدول (5) أيضاً إلى نتائج اختبار شيفيه البعدي؛ حيث كانت هناك فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين أفراد المجموعة الأولى (المدمنين) وأفراد المجموعة الثانية (من غير المدمنين ومن نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل) بفارق قدره (4,49) بين المتوسطين لصالح أفراد المجموعة الثانية من غير المدمنين ومن نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، وإلى وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين مجموعة الأفراد المدمنين (المجموعة الأولى) والمجموعة الثالثة مجموعة الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية بفارق بين المتوسطين (9,98) لصالح الأفراد من المجموعة الثالثة، وإلى وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0,01) بين أفراد المجموعة الثانية (من غير المدمنين ومن نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل) وأفراد المجموعة الثالثة مجموعة الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية بفارق بين المتوسطين (5,48) لصالح أفراد المجموعة الثالثة، ومن ثم يميل الأفراد المدمنون والأفراد غير المدمنين من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل إلى التوجه نحو العزو السببي الخارجي؛ مما يدل على أنهم أقل قدرة نفسية على التحكم بمجريات أمور حياتهم، وهو ما أسهم في وقوعهم في براثن الإدمان والجريمة، كما تدل تلك النتيجة على أن الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية أكثر تحكماً في أمور حياتهم ولا يتركون مجالاً لتأثير الآخرين عليهم ولا يجعلون مصائر حياتهم تعتمد على الحظ والمصادفة أو تأثير الآخرين، وهذا ما اتفق مع نتائج دراسة كل من (Bauchowitz, & Gorder-Frederick, 2007; Bond, Evans, DeMaria, Wolfe, Meador, Kellum & Warren, 2006; Flegal, Graubard, Williamson & Gail, 2005) ودراسات (العرجان وذيب، 2008؛ العرجان والعلوان، 2011) التي

استنتجت أنَّ الارتفاع في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (Health-related Physical Fitness) والارتفاع في مستوى النشاط البدني اليومي يرافقه تحسن في مستوى الصحة النفسية العامة وزيادة التوجه نحو العزو السببي الداخلي إضافة إلى زيادة مستوى الثقة بالنفس والارتفاع في مفهوم الذات؛ إذ إن ممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة غالباً ما تترافق مع اتباع أنظمة صحية على الصعيد الغذائي، من خلال اختياره للأغذية الصحية والابتعاد عن تلك الأغذية الغنية بالسعرات الحرارية المنخفضة بالقيمة الغذائية، وهذا الأمر يدخل ضمن مميزات الأفراد المتوجهين في عزوهم نحو العزو السببي الداخلي، وهو ما يؤكد ويعضد أن النشاط البدني والارتفاع في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة يؤثر تأثيراً كبيراً على مظاهر الصحة النفسية للأفراد.

فيما أظهرت بعض الدراسات أن الذين يميلون إلى العزو السببي الخارجي، لديهم مستوى منخفض من الصحة النفسية (Bosma, vande, & Mackenbach, 1999; (Mackenbach, Simon., Looman., & Joung, 2002، ومعرضون لمشاعر عالية من القلق (anxiety) والكآبة (Depression)، ولديهم احتمالات للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. (Sturmer, Hasselbach, & Amelang, 2006)، فعن تأثير التوجه نحو العزو السببي – سواء الداخلي أو الخارجي – على الصحة (العضوية والنفسية) أشارت الدراسات إلى أن الأفراد الذين يتميزون بالعزو السببي الداخلي غالباً ما يكون النمط الحياتي لهم يتميز بالصحة من خلال ممارستهم للأنشطة الرياضية وابتعادهم عن ممارسة التدخين، ويعود ذلك نظرياً إلى أن من مميزات الأفراد الذين يكون لديهم عزو داخلي عدم السماح لأي من المؤثرات الخارجية أن تؤثر على مصيرهم أو تحدد مستقبلهم، ومن ثم فإنهم يبتعدون عن كل ما يمكن أن يؤثر سلبياً على صحتهم، ومن ضمن ذلك الوقوع في حالة إدمان المخدرات أو الكحول أو العقاقير المهلوسة. (Wardle & Steptoe, 2003)، وقد بينت دراسة (بلانكستن Blankstein, 1982) أن الأفراد المتوجهين نحو العزو السببي الداخلي لديهم مستوى عال من القدرات الوظيفية قياساً إلى الأفراد المتوجهين إلى العزو السببي الخارجي، كما توصل (Kuwahara, Yoshikazu, Takayoshi, Ichiro, Shigeru, & Toru,2004) إلى ارتفاع العزو السببي الداخلي لدى الأفراد المتمتعين بالوزن الأقرب إلى المثالي قياساً إلى الأفراد من ذوي الوزن الزائد أو الذين يعانون النحافة، فيما توصلوا أيضاً إلى وجود علاقة بين عدد مرات الممارسة الرياضية من

أجل الصحة في الأسبوع وقيم العزو السببي الداخلي؛ حيث تبين ارتفاع متوسط العزو السببي الداخلي كلما زادت عدد مرات الممارسة الرياضية بهدف تحقيق الصحة.



شكل (1)

ومن ثم ظهر من نتائج هذه الدراسة وجود توجه لدى الأفراد المدمنين للمخدرات والعقاقير المهلوسة بنسبة كبيرة جداً نحو العزو السببي الخارجي، ونسبة أقل للأفراد نزلاء مراكز الإصلاح من غير المدمنين وتوجه الأفراد الممارسين للنشاط البدني ومن غير المدمنين نحو العزو السببي الداخلي، على نحو ما هو موضح في شكل (1)، وهذا ما يتفق مع نتائج العديد من الدراسات التي بينت أن هناك علاقة بين الإدمان والتوجه في العزو السببي للنجاح والفشل، وفي تسيير الأمور الحياتية الأخرى، وردتها إلى مجموعة من العوامل غير المسيطر عليها من قبل الإنسان مثل الحظ أو المصادفة أو نفوذ الآخرين، أو تأثير قوى فوق طبيعية، وأن الأفراد غير المدمنين يتوجهون في إعزاءاتهم السببية نحو العزو السببي الداخلي؛ أي إلى مجموعة من العوامل المسيطر عليها، وتتمثل في الكفاءة والذكاء والقدرة والاستعداد والمهارة والجهد المبذول، ومواجهة الحقائق بصدق، ووضع آليات وطرق للنجاح، تعتمد على أسس موضوعية وقابلة للتحقيق أو سمات شخصية مميزة، ومن تلك الدراسات (Mardane, Hasan, Saeede & Omid, 2013; Jafari & Shahriar, 2009) إضافة إلى ما توصلت إليه بعض الدراسات العربية، وهي: (العقباوي، والسيد، وأحمد، 1999؛ وحسين، 1997؛ والخثعمي، 2008)؛ حيث

يشكل الاتجاه النفسي والمعرفي عاملاً أساسياً في فهم الدوافع التي تقف خلف سلوك الفرد؛ ومن ثم أحد الدوافع النوعية وراء انتشار ظاهرة المخدرات وسط الشباب، وتكمن أهمية العوامل النفسية في قدرتها على تشكيل سلوك الفرد؛ فكلما كان الاتجاه قوياً كان له أثر أكبر في توجيه اتجاهات السلوك وتحديدها (حمدي، 1999).

فيما يتضح من شكل (1) أن ما نسبته (99,13%) من الأفراد المدمنين على المخدرات والعقاقير المهلوسة كانوا متوجهين في عزوهم إلى إعزاءات خارجية، وكانت نسبة (0,86%) منهم متوجهين نحو العزو السببي الوسيطي، والملاحظ أنه يوجد بينهم من كان توجهه نحو العزو السببي الداخلي، في حين انخفضت نسبة الأفراد المتوجهين نحو العزو السببي الخارجي، وارتفعت نسبة المتوجهين نحو العزو السببي الوسيطي، وذلك لدى الأفراد نزلاء مراكز الإصلاح من غير المدمنين بنسب على التوالي (83,33%)، (16,66%)، أما بالنسبة إلى الأفراد الممارسين للنشاط البدني من أجل الصحة ومن ليس لهم أية سوابق جرمية فكانت نسبة المتوجهين نحو العزو السببي الداخلي (63,71%)، والعزو الوسيطي (13,23%)، والعزو الخارجي (23,0%).

الاستنتاجات:

وفي ضوء ما توصل إليه الباحثون أمكن لهم التوصل إلى الاستنتاجات التالية:

1 – أن هناك علاقة بين تعاطي المخدرات من جهة وتناول الكحول، وتناول الاستيرويدات البنائية، من جهة أخرى؛ حيث تبين أن هناك ما نسبته (35,38%) من مدمني المخدرات قد سبق لهم أن تناولوا الاستيرويدات البنائية.

2 – أن هناك زيادة في إقبال مدمني المخدرات والعقاقير المهلوسة على ممارسة لعبة بناء الأجسام، وما قد يرافق ذلك من تناول للاستيرويدات البنائية؛ حيث كانت نسبة ممارسي لعبة رياضة بناء الأجسام من مدمني المخدرات والعقاقير المهلوسة (84,41%).

3 – أن هناك ترافقاً وعلاقة بين تعاطي المخدرات من جهة وتعاطي التدخين من جهة أخرى؛ حيث تبين أن ما نسبته (93,1%) من متعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة هم من المدخنين، كما تبين أن إدمان المخدرات يترافق مع ارتفاع متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم، بمتوسط وصل إلى (32,25) سيجارة/يوم، كما

ظهر أن متعاطي ومدمني المخدرات والعقاقير المهلوسة، يتعاطون التدخين في سن مبكرة، قياساً إلى غير المتعاطين والمدمنين.

4 – أن هناك علاقة بين تعاطي وإدمان المخدرات والعقاقير المهلوسة وبين تعاطي المذيبات الطيارة؛ حيث ظهر أن ما نسبته (31,03%) من المدمنين يتعاطون تلك المواد.

5 – من حيث الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمدمنين تبين أن النسبة الغالبة منهم من فئة الشباب الأقل من (30) سنة، ومن فئة العزاب، ومن لديهم مستوى تعليمي منخفض لهم ولوالديهم، إضافة إلى أنهم من أصحاب المهن الحرفية التي غالباً لا تحتاج إلى مستوى عالٍ من التأهيل، كما أن النسبة الغالبة منهم من المستوى الاقتصادي المتوسط إلى المنخفض.

6 – لقد أظهر الأفراد المدمنون على المخدرات والعقاقير المهلوسة اتجاهاً كبيراً، نحو العزو السببي الخارجي، قياساً إلى الأفراد غير المدمنين من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، كما تبين وجود اتجاه كبير من قبل الأفراد غير المدمنين والمواظبين على ممارسة النشاط البدني من أجل الصحة للعزو السببي الداخلي.

التوصيات:

في ضوء الاستنتاجات، يوصي الباحثون بما يلي:

تبعاً لما ظهر من استنتاجات الدراسة، التي من أهمها وجود علاقة وترافق بين تناول الاستيرويدات البنائية التي يستخدمها الرياضيون وبخاصة لاعبو بناء الأجسام، واحتمالية تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة، يوصي الباحثون بما يأتي:

1 – ضرورة إيلاء موضوع المنشطات الرياضية – وبخاصة ما يتعلق منها بالاستيرويدات البنائية – اهتماماً كبيراً، من قبل الجهات الحكومية ولا سيما الصحية والأمنية.

2 – ضرورة إيجاد تشريعات قانونية تمنع وتحظر وتجرم الشخص المروج للاستيرويدات البنائية، في المراكز الصحية الرياضية، وأن يدرج ذلك ضمن مسؤوليات دائرة مكافحة المخدرات والعقاقير المهلوسة.

3 – ضرورة إدخال برامج التأهيل النفسي ضمن الخطة العامة لعلاج وتأهيل

المدمنين على المخدرات والعقاقير المهلوسة؛ بحيث يركز فيها على زيادة ثقة الفرد بنفسه، ومحاولة العمل على تحويل مركز عزوه السببي باتجاه العزو السببي الداخلي، والتخفيف من الاعتمادية النفسية لهم على الحظ وتأثير الآخرين.

4 – إجراء دراسات تجريبية لتعرف أثر التدريب البدني على إمكانية إحداث تغيّر في مركز العزو السببي لدى مدمني المخدرات والعقاقير المهلوسة.

5 – ضرورة إجراء دراسات موسعة على عينات أكبر، لتعرف تأثير تعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة والمذيبات الطيارة، على تركيب الجسم، ونسب الشحوم في الجسم ومستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، ومقارنة ذلك مع مجموعات من غير المتعاطين.

المراجع :

أحمد العقباوي، وأحمد السيد، ومحمد أحمد. (1999). وجهة الضبط لدى مدمن الهيروين مقارنة بشقيقه غير المدمن. **المجلة المصرية للطب النفسي**، 22: 153–160.

أسامة الصالح. (2004). فاعلية المجتمعات العلاجية لمعالجة إدمان المخدرات: التجربة الأُردنية – دراسة مقارنة، **دراسات**، الجامعة الأُردنية، (31)، 2: 346–366.

باسم الطويسي ومحمد النصرات وعبد الرزاق المعاني وبشير الكريشان. (2012). **اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان**، مؤسسة عبد الحميد شومان: عمان – الأردن.

جعفر العرجان وبشيرالعلوان. (2011). التباين في مؤشر كتلة الجسم وعلاقته بالعزو السببي للنجاح والفشل لدى عينة من طلبة جامعة البلقاء التطبيقية، **المجلة العربية للغذاء والتغذية**، العدد (27): 6– 29.

جعفر العرجان وميرفت ذيب. (2008). مركز التحكم واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال الأُردنيين بعمر (14–15) سنة. المؤتمر العلمي الدولي الرياضي الأول، نحو مجتمع نشط لتطوير الصحة والاداء، الجامعة الهاشمية، (14–15/5/2008)، الأُردن، مجلد2: 389– 407.

حسين الخزاعي. (2010). التوقف عن إدمان المخدرات وأثره على تحسن نوعية الحياة، دراسة اجتماعية تطبيقية، **المجلة الجزائرية للدراسات السوسيولوجية**، (36)، 4: 40–55.

حسين النوافلة. (1992). الخصائص الديمغرافية والنفسية لمتعاطي المخدرات في الأُردن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأُردن.

خالد المالكي. (2005). الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

راوية حسين. (1997). بعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحوليات وغير المتعاطين، **مجلة علم النفس**، الهيئة المصرية للكتاب، جامعة الأزهر، مصر، القاهرة، 33: 12–33.

سلمان العواد. (2007). الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمدمني الأمفيتامين ومدمني الحشيش والعاديين "دراسة مقارنة". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

سليمان الدرابسة.(1997). ظاهرة تعاطي المخدرات في الأُردن، دراسة اجتماعية. رسالة ماجستير، غير منشورة، الجامعة الأُردنية، الأُردن، عمان.

صالح الخثعمي. (2008). وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين للهيروين دراسة ميدانية مقارنة بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

طه الدوسري. (1999). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بترويج المسكرات والمخدرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

عبد الرحمن النفيسة. (2008). اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات وعوامل تكوينها. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

عبد العزيز الخزاعلة. (2003). الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأُردن: دراسة ميدانية، **أبحاث اليرموك** "سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية" 1911 – 1939.

فؤاد البديوي. (2008). التفكك الأسري وعلاقته بارتكاب جرائم المخدرات: دراسة وصفية على النزلاء في سجون منطقة الجوف. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

كتاب العتيبي. (2005). الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

محمد القحطاني. (2002). الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي. رسالة غير منشورة، جامعة تونس، تونس.

محمود الخوالدة وماجد الخياط. (2011). أسباب المواد الخطرة والمخدرات من منظور متعاطيها في المجتمع الأُردني، **مجلة الدراسات الأمنية**، مركز الدراسات الاستراتيجية الأمنية، العدد 5، حزيران

نزيه حمدي.(1999).الآثار النفسية لتعاطي المخدرات والتبغ، **مجلة السكان والتنمية**. (5): 141–157.

وسام النجار. (2012). جريمة تعاطي المخدرات في محافظات غزة "دراسة في جغرافية الجريمة". رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

Ahmadi., J Mehrdad. S., Sadegh. M., Reza. D., Hassan. F., Masood. M., Ali. F., Saxby. P., Cuneyt. E., Samantha. B., and Sarah. F..(2005) Pattern of cocaine and

heroin abuse in a sample of Iranian population. *German Journal of Psychiatry*, 8(1):1-4.

Alavinia, S,VandenBerg, T, Van.C, Elders, L. & Burdort, A. (2009). Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health,* 35(5), 325-333.

Anderson, A., Hattie, J., & Hamilton, R. J. (2005). Locus of control, self-efficacy, and motivation in different schools: Is moderation the key to success? *Educational Psychology, 25*, 517-535.

Bauchowitz, A., & Gorder-Frederick, L. (2007). Psychological needs of the bariatric patient: Expanding the role of the mental health professional.Bariatric Times Online. Retrieved May 11,fromhttp://www.bariatrictimes.com/full/url.

Bennett ME, Walters ST, Miller JH, Woodall WG. (2000). Relationship of early inhalant use to substance use in college students, *J Subst Abuse*. 12(3): 227-40

Blankstein. K. (1982). Psychophysiology and perceived locus of control: theoretical speculation and research directions. In: Lefcourt HM, (Ed.,) *Research with the Locus of Control Construct*. New York: Academic Press.

Bond. D, Evans. R, DeMaria. E, Wolfe. L, Meador. J, Kellum. J& Warren, B. (2006). Physical activity and quality of life improvements before obesity surgery. *American Journal of Health Behavior*, 30, 422-434.

Bosma. H, vande. M, Mackenbach. J.(1999) Social class in childhood and general health in adulthood: Questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ;*318:18 -22.

Brian. L.and Stephen T (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research, *Addiction.3,* 327-340.

Chi. B, Sinkala. M, Mbewe. F, Cantrell. R, Kruse. G, Chintu. N, Aldrovandi. G. (2008) Single-dose tenofovir and emtricitabine for reduction of viral resistance to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor drugs in women given intrapartum nevirapine for perinatal HIV prevention: an open-label randomised trial. *Lancet*. 23; 371(9613): 650.

Chiara. G. (1999). Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder, *European Journal of Pharmacology*, 13-30.

Comer SD, Walker EA and Collins ED (2005). Buprenorphine/naloxone reduces the reinforcing and subjective effects of heroin in heroin-dependent volunteers. *Psychopharmacology (Berl)*. 181(4):664-675.

David L. Wallace, JD (2013). Addiction Postulates and LegalCausation, or Who's in Charge,Person or Brain?, *J Am Acad Psychiatry Law*. 41:92-7.

Dinwiddie. S, Reich. T, Cloninger. C. (1991). The relationship of solvent use to other substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse*.;17:173-186.

Ebrahim. G, Gafarizade. M. (2009). Relationship commitment and social control of addiction, *Welfare Quarterly*.; 9(34): 173-186.

Egan. J., Leonardson. G, Best. L, Welty. T, Calhoun. D, Beals. J. (2009). Multi-dimensional health locus of control in American Indians: the strong heart study. *Ethn Dis*. 19(3): 338-44.

Flegal.K, Graubard. B,Williamson. D, & Gail, M. (2005) Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity, *Journal of the American Medical Association*, 293, 1861-1867.

Gale. C, David. and Ian. J. (2008). Locus of Control at Age 10 Years and Health Outcomes and Behaviors at Age 30 Years: The 1970 British Cohort Study, *Psychosomatic Medicine* 70:397-403.

Gazinejad. M, Savalanpoor. E. (2008). The relationship between social exclusion and drug preparation, *Iranian Journal of Social;* 16(63): 139-180.

Grant. F and Deborah. A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey, *Journal of Substance Abuse*, (10), 2, 163-173.

Jafari, M & Shahriar. S. (2009). Comparing Locus of Control, Assertiveness and General Health among Young Drug Dependent patients in Iran, *Iran J Psychiatry*; 4: 46-51.

Kilpatrick. G; Acierno. R; Saunders. B; Resnick. S; Best. L (2000) Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68,(1), 19-30.

Kuwahara. A, Yoshikazu.N, Takayoshi.O, Ichiro.T, Shigeru. H and Toru. H (2004) Reliability and validity of the multidimensional health locus of control scale in Japan: Relationship with demographic factors and health - related Behavior, *Tohoku J.Exp. Med.*, 203, 37-45.

Mackenbach.J, Simon. J, Looman. C, Joung. I. (2002)Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *Int J Epidemiol*;31:1162-8.

Mardane. M, Hasan. R, Saeede. M, Omid. R. (2013) The Relationship between locus of control with success in methadone therapy in substance abuse disorder, *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, (5),2 147-156.

Marie. C, Christine. E, Robert. J, Jason. M, Michael A. (2000). The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants amongst injured drivers and their role in driver culpability: Part II: The relationship between drug prevalence and drug concentration, and driver culpability, Accident *Analysis & Prevention*, (32). 5, 623-632.

Matthew. P, Jennifer. C, Emily. S, Krista. M, Kari. K & Dolores. M. (2006). Differences between actual and perceived student norms: An examination of alcohol Use, Drug Use, and sexual behavior,*Journal of American College Health*, (54), 295-300.

Meysamie, A. Sedaghat. M., Mahmoodi. M., Ghodsi. S.M. and Eftekhar. B (2009) Opium use in a rural area of the Islamic Republic of Iran, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 915), 2, 425- 431.

Minchin. E, Glagola. C, Guo. K,& Languell. J. (2006). Case for drug testing of construction workers, *Journal of Management in Engineering*, 22(1), 43-50

Nation. M and Heflinger. C (2006) Risk Factors for Serious alcohol and drug use: The role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use

among adolescents, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, (32), 3, 415-433

Rajita. S (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse?, *Psychopharmacology*, 158:343-359

Rosenberg. NL, Sharp. CW. (1992). Solvent toxicity: a neurological focus. In: Sharp CW, Beauvais F, Spence R, (Eds.,) InhalantAbuse: A Volatile Research Agenda. Rockville, Md: National institute on drug Abuse;:117-171. NIH publication 93-3475.NIDAResearch Monograph 129

Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

South, N. (2007). Alcohol and crime, in The Oxford Handbook of Criminology, M. Maguire, R. Morgan, and R. Reiner, (Eds.) Oxford University Press: Oxford..811-838.

Sturmer. T, Hasselbach. P, Amelang. M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ;* 332:1359 -62.

Wardle J and Steptoe A.(2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health;*57:440 -3

WHO. (2004). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.

قدم في: سبتمبر 2013
أجيز في: مارس 2014

مقياس العزو السببي للنجاح والفشل

يقوم الباحثون بإجراء دراسة علمية بعنوان (الخصائص الديمغرافية والصحية والبدنية ومركز العزو السببي للنجاح والفشل لمتعاطي المخدرات والعقاقير المهلوسة المتواجدين في مراكز الإصلاح والتأهيل الأُردنية (دراسة مقارنة)

وإذ يوضع هذا المقياس بين أيديكمليتمنى منكم الإجابة على جميع فقرات هذا المقياس وفقاً للتعليمات التالية:

ضع دائرة على الرمز (أ) أو على الرمز (ب)، لا تترك فقرة دون الإجابة عليها، ولا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، علماً أن هذه المعلومات سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

رقم	رمز	الفقرة	رقم	رمز	الفقرة
1	أ	يقع الأولاد في المشكلات لأن آباءهم يعاقبونهم كثيراً	2	أ	يعود الكثير مما يصيب الناس من تعاسة جزئياً إلى حظهم السيئ
	ب	مشكلة غالبية الأولاد في هذه الأيام تساهل آبائهم الزائد معهم		ب	يعود سوء طالع الناس من تعاسة جزئياً إلى حظهم السيئ
3	أ	من الأسباب الرئيسة لوقوع الحروب عدم اهتمام الناس الكافي بالسياسة	4	أ	يحصل الناس بالنهاية على الاحترام الذي يستحقونه في هذا العالم
	ب	ستقع الحروب باستمرار مهما حاول الناس منع حدوثها		ب	لسوء الحظ غالباً ما تمضي حياة الفرد دون أن يقدر قيمته أحد مهما بذل من جهد
5	أ	إن فكرة عدم عدالة المدرسين تجاه طلابهم لا معنى لها	6	أ	لا يمكن للمرء أن يكون قائداً فعالاً دون توفر الفرص المناسبة
	ب	غالبية الطلاب لا يدركون مدى تأثر علاماتهم بعوامل المصادفة		ب	الأكفاء الذين يفشلون في أن يصبحوا قادة هم أناس لم يحسنوا استغلال الفرص
7	أ	مهما تبذل من جهد في كسب ود الآخرين فسيظل هناك أناس يكرهونك	8	أ	تؤدي الوراثة الدور الرئيس في تحديد شخصية الفرد
	ب	الذين لا يستطيعون كسب ود الآخرين لا يفهمون كيفية التعامل معهم		ب	خبرات الفرد في الحياة هي التي تحدد ما ستكون عليه شخصيته

رقم	رمز	الفقرة	رقم	رمز	الفقرة
9	أ	غالباً ما أجد الأشياء المقدر لها أن تحصل فعلاً	10	أ	يندر ان يجد الطالب الامتحان غير عادل إذا كان استعداده لذلك الامتحان تاماً
	ب	اعتماد المرء على القدر في تصريف أموره لا يجدي بالمرة		ب	في كثير من الأحيان تكون أسئلة الاختبار عديمة الصلة بالمادة الدراسية؛ مما يجعل الاستعداد لها عديم الجدوى
11	أ	يعتمد النجاح على العمل ولا دخل للحظ إلا نادراً	12	أ	يستطيع المواطن العادي أن يؤثر بشكل ما على قرارات الحكومة
	ب	الحصول على وظيفة جيدة يعتمد بشكل أساسي على وجود الفرد في المكان المناسب وفي الوقت المناسب		ب	يسيطر على العالم حفنة من الناس، ولا يستطيع الشخص العادي أن يفعل شيئاً إزاء ذلك
13	أ	عندما أقوم بوضع الخطط فإنني غالباً ما أكون على يقين بقدرتي على تنفيذها	14	أ	هناك بعض الناس الذين هم سيئون
	ب	ليس من الحكمة أن نخطط للمستقبل البعيد؛ لأن كثيراً من الأشياء يتحكم بها الحظ الجيد أو الحظ السيئ على أي حال		ب	هناك شيء طيب في كل إنسان تقريباً
15	أ	بالنسبة لي فإن ما أسعى للحصول عليه لا علاقة له بالحظ	16	أ	من يصل إلى مركز الرئاسة هو في الغالب ذلك الشخص الذي خدمه الحظ في أن يكون في المكان المناسب قبل غيره
	ب	لا بأس في كثير من الأحيان أن يكون قرارنا على أساس الوجه الذي يظهر عند رمي قطعة نقود في الهواء		ب	لكي يقوم الناس بعملهم على الوجه الصحيح لابد من وجود القدرة لديهم؛ حيث إن دور الحظ في ذلك يكون قليلاً أو معدوماً
17	أ	بالنسبة لما يجري في هذا العالم يمكن القول إن معظمنا ضحايا لقوى لا نستطيع فهمها أو السيطرة عليها	18	أ	غالبية الناس لا يدركون مدى سيطرة عوامل الصدفة على مجريات حياتهم
	ب	يمكن للناس بالمشاركة الإيجابية في الشؤون الاجتماعية والسياسية أن يسيطروا على ما يجري في هذا العالم		ب	في الحقيقة ليس هناك شيء اسمه الحظ

رقم	رمز	الفقرة	رقم	رمز	الفقرة
19	أ	على المرء أن يكون لديه الاستعداد الدائم للاعتراف بأخطائه	20	أ	من الصعب أن تعرف إذا كان شخص ما يحبك حقاً أم لا
	ب	من الأفضل عادة أن يتستر الفرد على أخطائه		ب	إن عدد الصداقات التي تكونها يعتمد على كم أنت شخص طيب
21	أ	الأمور السيئة التي تصيبنا تتساوى في المدى البعيد مع الأمور الحسنة	22	أ	بمزيد من الجهد نستطيع القضاء على الفساد السياسي
	ب	إن معظم ما يصيبنا من سوء طالع هو بسبب الجهل أو الكسل أو الافتقار إلى القدرة أو الثلاثة معاً		ب	من الصعب على الناس العاديين أن يكون لديهم سيطرة كافية على الأعمال التي يقوم بها السياسيون وهم في مراكز الحكم
23	أ	لا أستطيع أحياناً أن أفهم كيف يتوصل المدرسون للعلامات التي يعطونها	24	أ	القائد الجيد هو الذي يتوقع أن يقرر الناس لأنفسهم ما يجب أن يفعلوه
	ب	هناك ارتباط مباشر بين ما أبذل من جهد في الدراسة والعلامات التي أحصل عليها		ب	القائد الجيد هو الذي يحدد لكل فرد الأعمال التي يقوم بها
25	أ	في كثير من الأحيان أشعر أنني لا أستطيع السيطرة على الأشياء التي تحدث لي	26	أ	يعزل بعض الناس أنفسهم عن الآخرين لأنهم لا يحاولون كسب صداقتهم
	ب	يستحيل علي أن أقتنع أن الحظ أو الصدفة يؤديان دوراً مهماً في حياتي		ب	لا فائدة كبيرة ترجى من بذل الجهد أكثر مما يجب في كسب ود الآخرين لأنهم إذا أرادوا أن يحبوك فهم يحبونك
27	أ	هناك مبالغة في تأكيد الرياضة في المدارس.	28	أ	ما يحدث لي هو ما تفعله يداي
	ب	إن مزاولة الرياضة ضمن فريق تعتبر طريقة ممتازة لبناء الشخصية		ب	أشعر أحياناً أنني لا أستطيع التحكم في الاتجاه الذي تسير فيه حياتي
29	أ	في كثير من الأحيان لا أستطيع أن أفهم لماذا يتصرف السياسيون بالطريقة التي يتصرفون بها			
	ب	في المدى البعيد الناس هم المسؤولون عن سوء الإدارة سواء على المستوى القومي أو المستوى المحلي			

Demographic and Health Characteristics, Physical, and Causal Attribution for Drug Users and Hallucinogenic Drugs Present in the Reform and Rehabilitation Centers of Jordan

Jafar F. AL arjan*
Basheer A. Al- alwan**
Ebrahim Alkafawin***

The study aimed to identify the demographic characteristics and physical health of individuals drug users and drug hallucinogenic guests Centers study aimed to identify demographic characteristics and physical health of individuals drug users and drug hallucinogenic guests reform and rehabilitation centers in Jordan, and compared with the two groups (non- drug users, and practitioners physical activity for health), the most common types of drugs and drug hallucinogenic and solvents Flyer abused, and the most important reasons why drug abusers to abuse, and the differences in the center of attribution causal for success and failure among the three groups, and on the relationship between sport body building and eat steroids structural and drug abuse. The study sample consisted of three groups: drug users and drug hallucinogenic number (116) personnel, who are in correctional and rehabilitation centers of Jordan, and the second number (54) individuals, non- drug users, and who are in correctional and rehabilitation centers of Jordan on charges not related to drug use, and the third group number (226) individuals, individuals practitioners of physical activity in order to promote public health and do not have any criminal record. The results indicated the existence of differences in statistical function in the direction of attribution causal for success and failure among three groups, where the excellence of individuals

practicing sports activity for health high proportion of their direction towards the attribution causal procedure by up to (63.71%), in terms of turn accounted for (13.27%) about attribution causal catalysed, while the ratios trend towards attribution causal external individuals drug users and drug hallucinogenic (99.13%), and the rate of (0.86%) towards the attribution causal catalysed, and the absence of any individual of them within the attribution causal procedure, compared to a rate of (83.33%) were heading towards the attribution causal external, and of (16.66%) towards the attribution causal catalysed and the absence of any rate in the trend towards attribution causal procedure and that the individuals guests reform and rehabilitation centers of non- addicts, and to the existence of a relationship between drug abuse and drug hallucinogenic on the one hand and between the increase in the prevalence of smoking and alcohol intake, and between taking steroids Constructivism and the practice of building game objects, in the light, it is recommended the need to increase security surveillance and health centers, sports health to make sure that promote steroids Constructivism among the participants, also recommends that researchers need to enter treatment psychological and activated within the plan of treatment for individuals addicted to drugs and hallucinogenic drugs to raise the level of mental state and increase the level of self - confidence they have to help them overcome and not return to addiction.

Keywords: Drugs, Hallucinogenic drugs, Volatile solvents, Causal attribution.

* Associate Professor, College of Salt for Human Sciences, Al-Balqa Applied University, Salt, Jordan.

** Associate Professor, College of Salt for Human Sciences, Al- Balqa Applied University, Salt, Jordan.

*** Public Security Directorate, Amman, Jordan.