

# مشاوره پیشگیرانه

کمک به توانمندشدن افراد در  
سیستمها و موقعیتها

تألیف

رابرت کی. کانین

ترجمه

احسان اسماعیلی



کتاب ارجمند

---

سرشناسه: کانین، رابرت کی. Conyne, Robert K  
عنوان و نام پدیدآور: مشاوره پیشگیرانه: کمک به توانمندشدن افراد در سیستم‌ها و موقعیت‌ها / تالیف رابرت کی کانین؛ مترجم احسان اسماعیلی.  
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۰  
مشخصات ظاهری: ۲۰۸ ص، قطع: وزیری  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۶۶-۵  
وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا  
یادداشت: عنوان اصلی: preventive counseling: helping people to become empowered in systems and settings, 2nd. Ed, 2004  
موضوع: بیماری‌های روانی - پیشگیری، مشاوره، خدمات پیشگیرانه بهداشتی  
شناسه افزوده: اسماعیلی، احسان، ۱۳۶۰-، مترجم  
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰ م ۷۹۰/۷۲۵ RA  
رده‌بندی دیویی: ۱۵۸/۳  
شماره کتابشناسی ملی: ۲۶۸۸۱۴۴

---



کتاب ارجمند

رابرت کی کانین  
**مشاوره پیشگیرانه: کمک به توانمندشدن افراد در سیستم‌ها و موقعیت‌ها**  
مترجم: احسان اسماعیلی  
فروست: ۶۷۰  
ناشر: کتاب ارجمند  
صفحه‌آرایی: آیدا روستا، طراح جلد: احسان ارجمند  
چاپ: سامان، صحافی: نوین  
چاپ اول، مرداد ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه  
بها: ۶۵۰۰ تومان  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۶۶-۵

[www.arjmandpub.com](http://www.arjmandpub.com)

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

#### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۹۷۷۰۰۲  
شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱  
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش، تلفن ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱  
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱  
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۳۳۲۸۷۶-۰۱۳۱  
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

تقدیم به مینو و نیکوی عزیزم



## مقدمه

اولین ویرایش این کتاب در سال ۱۹۸۷ زمانی به چاپ رسید که پیشگیری هنوز مفهومی مبهم به حساب می‌آمد. در حقیقت به عنوان شیوه‌ای برای تشریح تعریف این مفاهیم، ضروری دانستم در عنوان کتاب نشان دهم که موضوع کتاب به پیشگیری اولیه (و نه ثانویه و غیره) برای مشاوران می‌پردازد. شایان ذکر است که دیگر به این تشریح نیازی نیست و مفاهیم کنونی پیشگیری برای توضیح دستورات مورد نیاز برای مشاوران و سایر مددکاران در جهت تغییر زندگی افراد در سیستم‌ها و موقعیت‌ها کفایت می‌کند. در آن زمان به نظر می‌آمد علاقه مشاوران به موضوع پیشگیری در حال افزایش است. به عنوان نمونه، در مقدمه ویرایش اول این طور نوشته بودم:

«این جنبش در رأس توجه به پیشگیری اولیه قرار دارد و با اسامی مختلف از قبیل ارتقا تندرستی و سلامت شناخته می‌شود. تقریباً در تمامی روزنامه‌ها یا برنامه‌های رادیو و تلویزیون مطلبی درباره مزایای ورزش، اهمیت تغذیه مناسب، خطرات سیگار کشیدن یا مصرف بی‌رویه مشروبات الکلی، شیوه‌های مدیریت و کاهش استرس در زندگی و یا اهمیت سیستم‌های پشتیبان برای سلامت انسان به سمع و نظر ما می‌رسد. بدین ترتیب، مردم می‌آموزند چگونه با مراقبت از خود از بروز بیماری‌ها و نارسایی‌ها اجتناب نمایند.»

در میان جامعه حرفه‌ای، توجه بارزی به موضوع پیشگیری به چشم می‌خورد و شماره‌هایی ویژه از مجلات، کتاب‌هایی جدید، دوره‌های آموزشی و اقدامات افزوده‌ای برای پیشگیری اولیه اختصاص می‌یابند. به عنوان نمونه، مقاله «روانشناسی مشاوره: چشم‌اندازی تاریخی» (وایتلی، مجله «روانشناسی مشاوره» شماره دوازدهم، ۱۹۸۴) می‌نویسد:

«چالش پنجم، بازیابی مشارکت در زمینه پیشگیری است و توجه به روانشناسی اجتماعی و بالینی برای پیشبرد مبانی نظری و تحقیقاتی برای این نقش اساسی روانشناسی مشاوره، منعطف شده است. محوریت پیشگیری به عنوان نقش مرکزی روانشناسی مشاوره به تحول اساسی توجه و فعالیت‌ها منجر می‌شود.»

در آن هنگام قرار بود کتاب «مشاوره پیشگیرانه اولیه: توانمندسازی مردم و سیستم‌ها» بخشی از این فعالیت باشد. در این اثر تلاش کرده‌ام تصویری سامان یافته از چگونگی تبدیل شدن مشاوران حرفه‌ای و روانشناسان مشاوره به مجریان پیشگیری اولیه و نشأت گرفتن این رویکرد جدید در مبانی مشاوره و روانشناسی مشاوره ارائه نمایم. این توجه با این حال از اقبال کافی برخوردار نشد. تا همین اواخر، توجه دانشگاهی اندکی به مشاوره پیشگیرانه معطوف می‌شد و هیچ دوره‌ای در این خصوص ارائه نمی‌شد. به علاوه، مباحث غالب در میان مشاوران و روانشناسان تا حد زیادی بر

مداوا و بهبود تمرکز داشت و در همین زمان برنامه‌های پیشگیرانه زیادی در این خصوص ظهور می‌کرد. در ویرایش اولیه این کتاب پیشگیری و درمان را به عنوان شخصیت‌های اصلی ماجرای کمک‌رسانی معرفی کردم و در نظر من، یکی از دو گزینه پیشگیری یا درمان باید انتخاب شوند:

«نیروهای پیشگیری و درمان در طول تاریخ مشاوره حرفه‌ای و روانشناسی مشاوره با یکدیگر در جدال بوده‌اند. آیا هدف اصلی مشاوره، تصحیح نارسایی‌های روانشناختی و یا تسهیل رشد و بالندگی است؟ آیا روان‌درمانی و یا مشاوره و پیشگیری کوتاه‌مدت، شیوه‌های غالب کمک‌رسانی متخصصین به مردم است؟ شاید تمامی این اهداف و شیوه‌ها مهم و توجیه‌پذیر باشند. با این حال آیا اولویتی بین این دو وجود ندارد؟»

به اعتقاد من، پیشگیری و درمان، بخش‌هایی جدایی‌ناپذیر از مشاوره هستند. با این حال به نظر می‌آید پیشگیری بیشتر در آثار محققین به چشم می‌خورد. به عنوان نمونه، در بروشور انجمن روانشناسی آمریکا با عنوان «روانشناس مشاوره کیست؟» (کمیتة آموزش بخش روانشناسی مشاوره، ۱۹۸۲) درباره عملکرد روانشناسان مشاوره این طور آمده است:

«این اقدامات اغلب بر درمان پیشگیرانه، حفظ سلامت، حل مشکل کوتاه‌مدت یا محدود، مشاوره هدف‌مدار و مشاوره حرفه‌ای تأکید دارند. راهبردهای آموزش و پیشگیری در مجموعه اقدامات، زیاد به چشم می‌خورند... بدون توجه به شیوه‌های ارزیابی یا موقعیت، جنبه‌های منحصربه‌فرد روانشناسی مشاوره (از نظر ارزیابی و درمان) شناسایی موانع رشد، ارزیابی پتانسیل‌ها و تمرکز بر رشد هستند.»

با این حال، عملکرد روزمره - مانند چگونگی طراحی برنامه‌های آموزشی، عوامل تحت پوشش اقدامات شخص ثالث، مفاد مقررات تعیین مجوز روانشناسان و مشاورین و چگونگی گرایش مشابه متخصصین و دانشجویان دکتری برای تشریح آن‌ها برای سایرین - از واقعیتی کاملاً متفاوت حکایت دارند. در جهان واقعیت، درمان، معالجه و مشاوره بلندمدت از ارجحیت برخوردارند و بدین ترتیب تناقضی میان گفته‌ها در خصوص برجستگی پیشگیری، رشد و تربیت در مقابل انرژی‌ها و شناخت‌های عملی بیشتر برای معالجه بلندمدت و درمان به چشم می‌خورد. در این ویرایش پس از ۲۰ سال از ویرایش اول، شرایط بهبود زیادی یافته است. بدین ترتیب دیگر نیازی به تقابل درمان و پیشگیری احساس نمی‌شود، زیرا هر یک نقشی مجزا و مهم در فرایند کمک‌رسانی ایفا می‌کنند. در این ویرایش تأکید بر همکاری و همیاری پیشگیری و درمان به عنوان دو همکار و نه دو رقیب می‌باشد که موضعی بسیار بهتر برای حمایت از هر دو جنبه است. به علاوه، ضرورتی به ایجاد تمایز میان پیشگیری اولیه و پیشگیری به صورت کلی وجود ندارد و پیشگیری واژه‌ای کلی محسوب می‌شود که مطابق تعریف ذیل:

«هدف زندگی روزمره و ارائه خدمات محسوب می‌شود که افراد از طریق آن‌ها برای واکنش اثربخش و مناسب در سطوح مختلف سیستم‌ها (خرد، کلان، داخلی و خارجی) و موقعیت‌ها (فردی، خانوادگی، مدرسه‌ای، اجتماعی و حرفه‌ای) توانمند می‌گردند. استفاده از پیشگیری باعث کاهش بروز مشکلات جدید، طول و شدت مشکلات در مراحل اولیه و ارتقا توانایی‌ها و عملکردهای بهینه انسانی می‌گردد.»

به منظور تشریح موضوع، این ویرایش توجه را به مفهوم جدید «پیشگیری روزمره» منعطف می‌کند. از آنجا که پیشگیری سنتی همواره پیش از اتفاق و بر مبنای گروه بزرگی از افراد انجام می‌شود، ویرایش اول این کتاب بر این رویکردها تأکید داشت و در نتیجه، توجه اندکی بر میزان توانایی مشاوران، روانشناسان و مددکاران اجتماعی در شرایط عادی برای تنظیم فعالیت خود با مراجعین در ارتباط با مشاوره مبذول شده است. به علاوه، درباره چگونگی استفاده پزشکان عمومی از پیشگیری در عین حفظ نقش عملکرد خود نیز صحبت می‌شود و پیشگیری به تحقق این هدف به صورت روزمره کمک می‌کند.

به همین ترتیب، عنوان تغییر یافته ویرایش دوم این کتاب نشان‌دهنده تحول از «مشاوره پیشگیرانه اولیه» به «مشاوره پیشگیرانه» می‌باشد که دامنه‌ای گسترده‌تر از ابزارها را دربرمی‌گیرد. به علاوه، عنوان ویرایش دوم، تحولی دوم در تفکر را نیز نشان می‌دهد: توانمندسازی برای افراد و یا در درون افراد و به صورت مستقل در درون سیستم‌ها اتفاق نمی‌افتد. بلکه از دید محیطی، توانمندسازی برای افراد در سیستم‌ها تحقق می‌یابد. مردم و سیستم‌ها به یکدیگر وابستگی و تعامل متقابل دارند. در نهایت، افزایش «موقعیت‌ها» به عنوان کتاب به اهمیت پیشگیری از فعالیت در درون نمونه‌های بارز موقعیت‌ها (از قبیل خانواده، مدرسه، محله/جامعه و محل کار) اشاره دارد. این موقعیت‌ها محیط تعامل افراد و انجام پیشگیری را تعیین می‌کند.

نکته آخر این که پیشرفت زیادی در روش‌های پیشگیری در بیست سال گذشته روی داده است. در این ویرایش به تشریح برخی از بهترین اقدامات مشاوره پیشگیرانه و مهارت‌های به وجود آمده برای حمایت از مشاوره پیشگیرانه به تفصیل پرداخته شده است. این کتاب کمک‌هایی حقیقی به افراد علاقمند به یادگیری در خصوص برنامه‌های موفق پیشگیری در سطوح خانواده، مدرسه، اجتماع و محل کار و چگونگی استفاده از مهارت‌ها برای پیشبرد این اقدامات ارائه می‌کند. به علاوه خوانندگان با منابع اینترنتی و سنتی متعددی برای دستیابی به برنامه‌های پیشگیری آشنا می‌شوند که به خاطر اثربخشی و کارآیی شناخته شده‌اند.

بخش ۱ با عنوان «بنیان‌های مشاوره پیشگیرانه» ارائه شده است. فصل ۱، «پیشگیری در بهداشت روانی» رشد تاریخی و زمینه‌ای پیشگیری اولیه و پیشگیری در بهداشت روانی را بررسی می‌کند و تعریفی جامع از پیشگیری به دست می‌دهد.

فصل ۲، «پیشگیری روزمره» بحثی کاملاً جدید است که بر مشارکت فردی و سیستمی روزمره افراد برای بهبود زندگی خود و نقش مشاوران در این زمینه تأکید دارد. فصل ۳، «مدلی مفهومی»

نسخه‌ای بسط یافته از مدل مشاوره پیشگیرانه من ارائه می‌کند که از دانش و عملکرد به دست آمده از سال ۱۹۸۷ نشأت می‌گیرد و تعریف ذیل از مشاوره پیشگیرانه را به دست می‌دهد:

«مشاوره پیشگیرانه برای کمک به توانمندسازی افراد در سیستم‌ها و موقعیت‌ها به کار می‌رود و از مجموعه‌ای گسترده از شیوه‌های مشاوره استفاده می‌کند. به کار بردن آن به اجتناب از مشکلات، وارونه‌سازی سیر مشکلات جدید، عملکرد انسانی بهینه و تبدیل افراد به عوامل پیشگیرانه خود منجر می‌شود.»

بخش ۲، «توصیف و تحلیل برنامه‌های نتیجه‌بخش پیشگیری» بر تبدیل درک‌های مفهومی از پیشگیری و مشاوره پیشگیرانه به وجوه اجرایی و ارزیابی تمرکز دارد. فصل ۴، «ارزیابی و برنامه‌ریزی طرح‌ها» این کار را با تشریح مراحل برای ایجاد ارزیابی برنامه‌های مشاوره پیشگیرانه و سپس شناسایی معیارهای خاص برای ماهیت تلاش‌های تمرین‌ش آغاز می‌کند. فصل‌های ۵ تا ۸ هر یک برنامه‌های پیشگیرانه مؤثر در سطوح مختلف موقعیت‌ها را به تفصیل توضیح می‌دهد: فصل ۵ برنامه‌های موقعیت خانواده، فصل ۶ برنامه‌های موقعیت مدرسه، فصل ۷ برنامه‌های موقعیت جامعه، و فصل ۸ برنامه‌های پیشگیری در موقعیت‌های حرفه‌ای.

بخش ۳، «آموزش و آینده» به آماده‌سازی «پیشگیری‌کنندگان» آینده با در نظر گرفتن گرایش‌های مختلف می‌پردازد. فصل ۹، «آموزش، تعلیم و مهارت‌ها» فرایند آماده‌سازی مشاوران و سایر مددکاران را برای اجرای پیشگیری توضیح می‌دهد و مجموعه‌ای از مهارت‌های لازم برای این کار را به همراه یک ابزار خودآزمایی تشریح می‌کند. فصل ۱۰، «آینده مشاوره پیشگیرانه» خلاصه‌ای از مطالب کتاب را از طریق تأکید بر مسایل عمده و ارائه رهنمون‌هایی برای اقدامات آتی ارائه می‌کند که از طریق مفروض داشتن حضوری عمده‌تر در فرایندهای بهداشت روانی به مشاوره پیشگیرانه کمک نماید. پیوست این کتاب فهرستی از مطالب تکمیلی توصیه شده برای مطالعه دربردارد که برای علاقمندان به پیگیری ایده‌ها با جزئیات بیشتر مفید خواهد بود.

مخاطبین این کتاب، دانشجویان تحصیلات تکمیلی در زمینه مشاوره حرفه‌ای و روانشناسی مشاوره و متخصصین فعالیت‌های اجتماعی خواهند بود. با این حال می‌توان از این کتاب به عنوان مرجعی مستقل برای هرگونه دوره متمرکز بر پیشگیری، برای تکمیل کتاب‌های موجود در خصوص مشاوره پایه استفاده کرد. این کتاب در کنار مخاطبین اصلی خود، برای سایر افراد شاغل در زمینه‌های کمک‌رسانی مانند روانشناسی بالینی، امور اجتماعی و روانشناسی اجتماعی نیز مفید و جالب خواهد بود. به علاوه بخشی از مخاطبین ممکن است مشاوران حرفه‌ای (در مدارس، مراکز بهداشت، مؤسسات خدمات اجتماعی و سازمان‌ها) باشند که به استفاده از رویکردهای پیشگیرانه علاقه دارند. سایر مخاطبین این کتاب، مشاوران و مدرسان آموزش‌دهنده و فعال در این موقعیت‌ها و زمینه‌ها خواهند بود.

## فهرست

### بخش اول: بنیان‌های مشاوره پیشگیرانه ..... ۱۱

#### فصل ۱: پیشگیری در بهداشت روانی ..... ۱۲

- ۱۳ ..... لزوم پیشگیری
- ۱۵ ..... نمونه‌هایی از عدم تعادل نیاز و تأمین
- ۲۴ ..... پیشگیری
- ۳۷ ..... ترکیب جریان‌های اثرگذار: دو تعریف جامع از پیشگیری
- ۳۸ ..... پیشگیری در مشاوره و بهداشت روانی چیست؟
- ۴۱ ..... نتیجه‌گیری
- ۴۲ ..... چند نکته برای تفکر و بحث

#### فصل ۲: پیشگیری روزمره ..... ۴۴

- ۴۴ ..... مقدمه
- ۴۷ ..... «پیشگیری روزمره» چیست؟
- ۴۹ ..... زمینه‌های فردمحور مورد توجه پیشگیری اولیه
- ۶۹ ..... حوزه‌های سیستم‌محور مورد توجه پیشگیری روزمره
- ۷۲ ..... نقش مشاور در پیشگیری روزمره
- ۷۳ ..... نتیجه‌گیری
- ۷۳ ..... چند نکته برای تفکر و بحث

#### فصل ۳: الگویی مفهومی ..... ۷۵

- ۷۵ ..... ۵ راهبرد کلی پیشگیری
- ۸۰ ..... ابعاد عملکرد مشاور
- ۸۱ ..... کاربردهای پیشگیرانه الگوی مکعب مشاوره
- ۸۳ ..... به سوی الگوی مشاوره پیشگیرانه
- ۸۶ ..... الگوی مفهومی برای مشاوره پیشگیرانه
- ۹۴ ..... نتیجه‌گیری
- ۹۵ ..... چند نکته برای تفکر و بحث



**بخش دوم : توصیف و تحلیل برنامه‌های پیشگیری موفق ..... ۹۷**

۹۹.....منابع اینترنتی.....

**فصل ۴ : طرح‌ریزی و ارزیابی برنامه‌ها ..... ۱۰۰**

۱۰۰.....شرایط.....

۱۰۱.....اگر نمی‌دانید کجا می‌روید، چگونه می‌فهمید به آن‌جا رسیده‌اید؟.....

۱۰۱.....حال که به اینجا رسیده‌اید، آیا اصلاً مقصد را درست انتخاب کرده‌اید؟.....

۱۰۲.....اهمیت طرح‌ریزی و ارزیابی.....

۱۰۲.....طرح‌ریزی و ارزیابی در طراحی برنامه‌ها.....

۱۰۳.....چگونگی اجرای طرح‌ریزی و ارزیابی.....

۱۱۷.....نتیجه‌گیری.....

۱۱۸.....چند نکته برای تفکر و بحث.....

**فصل ۵ : برنامه‌های پیشگیری در موقعیت خانواده ..... ۱۱۹**

۱۱۹.....شرایط.....

۱۲۰.....درمان عملی خانواده.....

۱۲۲.....طرح پیشگیری مسیر سریع.....

۱۲۵.....مرکز رشد فرزند - والدین هوستون (H-PCDC).....

۱۲۷.....نتیجه‌گیری.....

۱۲۸.....چند نکته برای تفکر و بحث.....

**فصل ۶ : برنامه‌های پیشگیری در موقعیت مدرسه ..... ۱۳۰**

۱۳۰.....شرایط.....

۱۳۱.....آموزش مهارت‌های زندگی (LST).....

۱۳۴.....برنامه انتقالی محیطی مدرسه (STEP).....

۱۳۷.....طرح رشد اجتماعی سیاتل (SSDP).....

۱۳۹.....نتیجه‌گیری.....

۱۴۰.....چند نکته برای تفکر و بحث.....

**فصل ۷ : برنامه‌های پیشگیری در موقعیت جامعه ..... ۱۴۲**

۱۴۲.....شرایط.....

۱۴۳.....برادرها و خواهرهای بزرگتر در امریکا (BBBSA).....

۱۴۵.....برنامه فرصت‌های مشخص (QOP).....

۱۴۹.....فعالسازی جوامع برای تغییر وضعیت الکل (CMCA).....

نتیجه‌گیری.....	۱۵۲
چند نکته برای تفکر و بحث.....	۱۵۲
<b>فصل ۸: برنامه‌های پیشگیری در موقعیت محل کار.....</b>	<b>۱۵۴</b>
شرایط.....	۱۵۴
محل کار سالم.....	۱۵۵
پروژه استرس خانواده و کار بیل.....	۱۵۸
پروژه مشاغل برای بیکاران.....	۱۶۱
نتیجه‌گیری.....	۱۶۴
چند نکته برای تفکر و بحث.....	۱۶۵
<b>بخش سوم: آموزش و آینده.....</b>	<b>۱۶۶</b>
<b>فصل ۹: تحصیلات، آموزش و مهارت‌ها.....</b>	<b>۱۶۷</b>
شرایط.....	۱۶۷
تحصیلات و آموزش پایه.....	۱۶۷
حوزه حمایت پیشگیری.....	۱۶۹
کمک‌های بین‌زمینه‌ای.....	۱۷۱
تغییرات قالب آموزش.....	۱۷۲
افزایش منابع برنامه.....	۱۷۳
مهارت‌های مشاوره پیشگیرانه.....	۱۷۴
جایگاه پیشگیری در مشاوره و روانشناسی مشاوره.....	۱۷۶
نتیجه‌گیری.....	۱۷۹
چند نکته برای تفکر و بحث.....	۱۸۰
<b>فصل ۱۰: آینده مشاوره پیشگیرانه.....</b>	<b>۱۸۴</b>
شرایط.....	۱۸۴
۱۰ نیاز برای پیشبرد مشاوره پیشگیرانه.....	۱۸۴
مراحل اقدام.....	۱۸۸
نتیجه‌گیری.....	۱۹۱
چند نکته برای تفکر و بحث.....	۱۹۱
<b>منابع.....</b>	<b>۱۹۲</b>
<b>نمایه.....</b>	<b>۲۰۸</b>

## بخش اول

# بنیان‌هاک مشاورهٔ پیشگیرانه

بخش اول این کتاب از سه فصل برای ایجاد بنیان لازم تشکیل می‌شود که به علت اهمیت ایجاد این بنیان از حجم بیشتری در قیاس با فصل‌های بعدی برخوردارند.

فصل اول با عنوان «پیشگیری در بهداشت روانی» بر تاریخچه و تکامل پیشگیری در سلامت روانی تمرکز دارد. وضوح و اهمیت پیشگیری در حال بروز تدریجی است و منابع مختلف منجر به این اهمیت در این فصل عنوان شده‌اند. این فصل با تعریفی جدید و جامع از پیشگیری پایان می‌یابد. فصل دوم، «پیشگیری روزمره» فصلی کاملاً جدید است که مجموعه‌ای از اطلاعات حمایت‌کننده از تلاش مردم برای تبدیل شدن به عوامل پیشگیری خود را دربردارد. راهبردها و مهارت‌های فردمحور و سیستم‌محور و همچنین پیشنهاداتی دربارهٔ راه‌های کمک‌رسانی مشاوران و سایر مددکاران حرفه‌ای به مردم به صورت روزمره برای پیشگیری از مشکلات بارز و ارتقا فعالیت سالم در این بخش ارائه شده است. فصل سوم با عنوان «مدلی مفهومی» ارتباط میان پیشگیری، راهبردهای آن و مشاوره را تشریح می‌کند و مدل مفهومی یکپارچه‌ای از مشاورهٔ پیشگیرانه ارائه می‌کند. این مدل در حقیقت اقتباسی از مدل اولیهٔ ارائه شده در ویرایش اول این کتاب (کونین، ۱۹۸۷) است که برای دربرگرفتن دانش و عملکرد کنونی به‌روز شده است.

## فصل ۱

### پیشگیری در بهداشت روانی

واژگانی از قبیل سلامت، ارتقا بهداشت، پیشگیری، رفاه فردی، روانشناسی مثبت، کیفیت زندگی، زندگی سالم و غیره از جنبشی وسیع در میان مردم نشأت می‌گیرند که افراد به صورت عمومی و مددکاران حرفه‌ای را به طور اخص تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. همه روزه تعداد فزاینده‌ای از افراد به گروه‌های زندگی سالم و اجتناب از بیماری و امراض یا دسته‌هایی از این قبیل می‌پیوندند.

در سال ۱۹۸۷، هنگامی که ویرایش اول این کتاب به چاپ رسید، نشانه‌های این جنبش در اطراف ما به چشم می‌خورد و بعد از گذشت این سال‌ها، تنها حجم و وضعیت آن‌ها دستخوش تغییر شده است. فهرست‌های کتاب‌های پرفروش غیرداستانی در دوره‌های مختلف، کتاب‌هایی در ارتباط با تغذیه صحیح، شیوه‌های ورزش‌های هوازی، مدیریت استرس، تربیت کودکان، اعتمادبه‌نفس، موفقیت شغلی و سایر موضوعاتی به چشم می‌خورند که از توجه مردم علاقمند به ارتقا و حفظ سلامت شخصیتی خود حکایت دارند. شبکه‌های تلویزیونی، کابلی و ماهواره‌ای برنامه‌هایی درباره شیوه‌های زندگی پخش می‌کنند. نوارها و فیلم‌های خودآموز زیادی برای استفاده خانگی تولید می‌شوند و اینترنت نیز به منبعی سرشار از اطلاعات از این دست برای بسیاری از افراد بدل شده است. گروه‌های کمک‌رسانی و تیم‌های تحقیقاتی در انواع متنوع در بسیاری از اجتماعات بزرگ به وجود آمده‌اند تا به مردم نه تنها در زمینه سازگاری و برخورد با بحران‌ها و مشکلات، بلکه عملکرد بهتر در زمینه‌هایی از قبیل ارتباطات، تربیت فرزندان، رشد شخصیتی و غیره کمک نمایند. به علاوه، برنامه‌های آموزشی متعددی برای ایجاد و تقویت عملکرد سالم در زمینه‌های مختلف ایجاد شده‌اند.

البته هیچ یک از این عوامل بدون پیشینه تاریخی و فرهنگی رخ ننموده‌اند. نگاهی به عبارات روزمره‌ای از قبیل «پیشگیری بهتر از درمان است»، «بی‌گدار به آب نزن»، «تنها شما می‌توانید از بروز آتش‌سوزی در جنگل پیشگیری کنید»، «صبر کنید و با دقت ببینید و بشنوید»، «آن را برای روز مبادا کنار بگذار»، «آماده باش»، و «خوردن یک سیب در روز شما را از مراجعه به پزشک بی‌نیاز می‌کند» روشن می‌کند که این عبارات از اعتقادات رایج روزمره‌ای ناشی می‌شوند که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شوند، برای همه آشنا هستند و به طرق مختلف در زندگی افراد اجرا و یا نادیده گرفته می‌شوند. تداوم این مفاهیم در زبان ما از اهمیت فرهنگی والای مباحث مربوط به کاهش یا از بین بردن خطر، بدبختی و اضطراب برای ما حکایت دارند.

این نمونه‌ها از فرهنگ مردمی از فعالیت‌های مردم در ابتدایی‌ترین سطوح برای تضمین سلامت فردی خود خبر می‌دهد. بدین ترتیب، به افراد توصیه می‌شود هدفمند زندگی کنند («آماده باش»)، به سلامت خود اهمیت بدهند («خوردن یک سیب در روز شما را از مراجعه به پزشک بی‌نیاز می‌کند»)، از خطرات اجتناب کنند («بی‌گدار به آب نزن») و به حفاظت از منافع کلان کمک نمایند («تنها شما می‌توانید از بروز آتش‌سوزی در جنگل پیشگیری نمایید»).

در حقیقت افراد با انجام فعالیت‌هایی با هدف تقویت زندگی خود و دوری از خطرات و مشکلات زندگی، در حال اجرای گونه‌ای از «پیشگیری روزمره» هستند، مفهومی که به بخشی مهم از مشاوره پیشگیرانه بدل شده است و به تفصیل در فصل بعد به آن می‌پردازیم.

## لزوم پیشگیری

جرج البی<sup>۱</sup>، یکی از پیشگامان جنبش پیشگیری در سلامت روانی، در کتاب خود (البی، ۱۹۸۶) خاطره‌ای جالب درباره ضرورت برنامه‌ها و خدمات پیشگیری اولیه در سلامت روانی تعریف می‌کند. یک روز که برای سخنرانی به مرکز پزشکی داون‌استیت در مرکز شهر بدفورد - استوی و سان<sup>۲</sup> می‌رود، در بیرون ساختمان با شکوه آن مرکز چندین لیموزین

---

1. George Albee  
2. Bedford-Stuyvesant

مشکی و بلند را مشاهده می‌کند که به ترتیب به جلوی درب مرکز می‌آیند و از هر کدام خانمی با لباس‌های گران‌قیمت پیاده می‌شود و به درون مرکز می‌رود. البی با تعجب جریان را از یکی از کارکنان آنجا جویا می‌شود و در کمال ناامیدی می‌شنود که آن‌ها بانوانی از طبقات بالای اجتماع هستند که برای جلسات انفرادی و روزانه روانکاوای خود به مرکز مراجعه می‌کنند.

مقصود البی از طرح این خاطره، محکوم کردن روانکاوای نیست، بلکه می‌خواهد بر طنز تلخ این موقعیت تأکید نماید: تقابل «ندارها» در جامعه با «دارها» از خارج آن، که با ارائه خدمات روانشناسی انفرادی، بلندمدت و پرهزینه به افراد مرفه در میان جامعه‌ای مملو از فقر، بیکاری، جرم و بیماری شدت می‌یابد. این ماجرا لزوم پیشگیری اولیه در سلامت روانی را به وضوح به تصویر می‌کشد: نیازهای روانشناختی (و غیره) انسان بسیار فراتر از توان کنونی متخصصین در زمینه ارائه کمک‌های بهداشت روانی، از قبیل مشاوران حرفه‌ای، روانشناسان مشاوره و مددکاران اجتماعی است.

برای توصیف مفهوم پیشگیری برای افراد ناآشنا با آن اغلب از این حکایت برگرفته از کتاب راپاپورت (۱۹۷۲)، (نقل شده در گودیر ۱۹۷۶) استفاده می‌کنم:

«تصور کنید در یک بعد از ظهر گرم و آفتابی، در پارک نزدیک خانه با نوشابه‌ای خنک و کتاب مورد علاقه خود بر روی چمن در کنار رودخانه دراز کشیده‌اید، اندکی پایین‌تر از آن قسمت از رودخانه که به شناکردن افراد اختصاص یافته است. ناگهان صدای دست و پا زدن و فریاد کمک به گوش شما می‌رسد و می‌بینید امواج خروشان رودخانه شناگری را با خود می‌برند. با شجاعت به درون آب می‌پرید، او را نجات می‌دهید و به محل خود باز می‌گردید. با این حال اندکی بعد فردی دیگر را با این شرایط نیازمند نجات می‌بینید و این مسأله چندین بار تکرار می‌شود. در حال رسیدگی به آخرین شناگر نجات‌یافته، رهگذری به کنار شما می‌آید و می‌پرسد: «فکر نمی‌کنی در نهایت آموختن شنا به این افراد به صورت دسته‌جمعی آسان‌تر و بی‌دردسترتر از نجات دادن آن‌ها به صورت تک‌تک باشد؟»

آیا هنوز هم می‌توانیم خدمات کمک‌رسانی خود را با الگوی «نجات تک تک افراد» انجام دهیم؟ آیا بهتر و کارآمدتر نیست به توصیه رهگذر حکایت فوق عمل کنیم و با

مهارت لازم برای روبه‌رو شدن موفق با نیازهای آتی خود در زندگی را به صورت جمعی به آن‌ها بیاموزیم؟ به علاوه آیا نصب نرده‌ای در جلوی آبخار برای پیشگیری از افتادن و غرق شدن افرادی که شنا بلد نیستند مفید نخواهد بود؟ بدین ترتیب به صورت کلی آیا می‌توان به طراحی اصلاحات محیطی برای حفاظت و بهبود عملکرد افراد بپردازیم؟ آموختن مهارت‌های زندگی و طراحی اصلاحات محیطی (پیش از آغاز شکل‌گیری مشکلات) دو شیوه اصلاح معضلی به نام عدم تعادل نیاز و تأمین است.

## نمونه‌هایی از عدم تعادل نیاز و تأمین

### نیاز به کمک

شکاف بزرگی میان افراد نیازمند خدمات کمک‌رسانی و میزان ارائه این خدمات وجود دارد. عدم تعادل عرضه و تقاضا در مجموعه‌ای از اختلالات روانی و عاطفی و همچنین نارسایی‌ها و بیماری‌های اعتیادی در زندگی وجود دارد. برای دسترسی به آماری جامع از این مشکلات می‌توانید به هریک از بانک‌های اطلاعاتی موجود (رک رومانو و هیگ، ۲۰۰۰ و فهرست منابع در انتهای کتاب) از قبیل دفتر رئیس کل بهداشتی و [www.surgeongeneral.gov](http://www.surgeongeneral.gov)، فداستاتز ([www.fedstats.gov](http://www.fedstats.gov)) یا مرکز ملی آمار بهداشتی ([www.cdc.gov/nchs](http://www.cdc.gov/nchs)) مراجعه نمایید.

در این‌جا به صورت خلاصه، اطلاعاتی جدید درباره اختلالات روانی و عاطفی، رفتارهای اعتیادی و روزمره و در نهایت مشکلات زندگی ارائه می‌گردد. به خاطر داشته باشید که به علت زمان مورد نیاز برای جمع‌آوری، سازماندهی، تحلیل و انتشار داده‌ها، اطلاعات جدید منتشر شده همواره به حداقل دو تا سه سال پیش از زمان مطالعه آن‌ها توسط خوانندگان مربوط می‌شود. استفاده از برنامه‌های فراگیر پیشگیری برای هر یک از این مشکلات می‌تواند بروز، شیوع، اثرات و هزینه‌های آن‌ها را به طور مؤثری کاهش دهد.

### اختلالات روانی و عاطفی

میزان شیوع اختلالات روانی و عاطفی حیرت‌آور است و برآورد می‌شود ۲۰ درصد از جمعیت ۱۸ سال به بالا (یک نفر از ۵ نفر) در امریکا به یکی از انواع قابل تشخیص

اختلالات روانی مبتلا باشد (NIMH، ۱۹۹۸). بدین ترتیب طبق آمار گلوتا و بلوم (۲۰۰۳)، از جمعیت ۲۸۸ میلیون نفری آمریکا، نزدیک به ۵۸ میلیون نفر به کمک احتیاج دارند. از سوی دیگر، ۴۰ درصد از موارد از کارافتادگی در ایالات متحده و سایر کشورهای توسعه‌یافته در اثر افسردگی، اختلال دوقطبی، روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی) و اختلال وسواس فکری-عملی رخ می‌دهد. البته بسیاری افراد از چند اختلال به صورت همزمان رنج می‌برند که این نیز بر وخامت اوضاع می‌افزاید.

متأسفانه، درصد بالایی از اختلالات روانی تنها به بزرگسالان محدود نمی‌شود. به عنوان نمونه، تقریباً ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان سالانه نشانه‌ها یا علائمی از اختلال DSM-IV را تجربه می‌کنند. طبق برآوردها، ۲۵ درصد از جوانان آمریکایی در رفتارهای دارای خطرات متعدد اجتماعی و بهداشتی شرکت می‌کنند و ۲۵ درصد دیگر برخی از این رفتارهای مخاطره‌آمیز را می‌آزمایند. ۵۰ درصد باقیمانده که در این رفتارها شرکت نمی‌کنند نیز باید برای تقویت قدرت انتخاب گزینه‌های بهتر و مثبت‌تر در آن‌ها به کمک نیاز دارند (وایسبرگ، گلوتا، همپتون رایان و آدامز، ۱۹۹۷) هزینه‌های ناشی از مداوای اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر و الکل و آلزایمر در سال ۱۹۹۶ در حدود ۹۹ میلیارد دلار و هزینه مستقیم اختلالات روانی به تنهایی ۶۹ میلیارد دلار بود، در حالی که هزینه غیرمستقیم آن‌ها (از قبیل از دست دادن بهره‌وری کار و غیره) در سال ۱۹۹۰ بالغ بر ۷۹ میلیارد دلار می‌باشد.

اورت کوپ، رئیس کل سابق بهداری ایالات متحده در این ارتباط می‌گوید (کوپ، ۱۹۹۵): «بیماری‌ها دو دسته‌اند: آن‌هایی که ما بدون اراده به آن‌ها مبتلا می‌شویم و آن‌هایی که به علت عدم انجام فرایندهای پیشگیرانه به سر خود می‌آوریم. بیماری‌های قابل پیشگیری نزدیک به ۷۰ درصد هزینه کل بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.»

#### اختلالات اعتیادی و روزمره

اختلالات قابل تشخیص تنها بخشی از نیاز مبرم به خدمات بهداشت روانی را به خود اختصاص می‌دهند و رفتارهای اعتیادی و روزمره نیز بخش بزرگی از این مجموعه محسوب می‌شوند که در این جا به شش نمونه از آن‌ها می‌پردازیم:



## خودکشی

خودکشی یکی از مشکلات بهداشت عمومی است که بسیار تلخ ولی قابل پیشگیری بالقوه می‌باشد. آمارهای سال ۲۰۰۰ از مرگ ۲۹۳۵۰ نفر در ایالات متحده در اثر خودکشی (یعنی ۱/۲ درصد کل مرگ‌ومیر) حکایت دارند. میزان مرگ‌ومیر برابر ۱۰/۷ نفر به ازای هر صد نفر از جمعیت این کشور بود و خودکشی در ردهٔ یازدهم رایج‌ترین عاملین مرگ قرار داشت. با این حال برای ردهٔ سنی ۲۰ تا ۲۴ سال، این عامل به رتبهٔ سوم ارتقا می‌یابد که بسیار نگران‌کننده است. افراد مسن نیز از گرایش بالایی به خودکشی رنج می‌برند. گروه سنی ۶۵ سال به بالا که تنها ۱۲ درصد جمعیت ایالات متحده را در بر می‌گیرد، بیش از ۱۸ درصد آمار خودکشی در سال ۲۰۰۰ را به خود اختصاص داده بودند. بیشترین آمار خودکشی (از نظر جنس و نژاد) در میان مردان سفید پوست ۸۵ سال به بالا مشاهده می‌شد: ۵۹ نفر به ازای هر صد هزار نفر، که تقریباً شش برابر درصد مرگ‌ومیر به صورت کلی در این کشور است. نسبت مرگ‌ومیر در اثر خودکشی به قتل نزدیک به ۵ به ۳ می‌باشد و طبق تخمین‌ها به ازای هر مورد خودکشی منجر به مرگ، ۸ تا ۲۵ مورد اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (نشریه NIH، آوریل ۲۰۰۳).

## الکل

مشکلات مرتبط با الکل همچنان چالشی بزرگ به حساب می‌آیند. در سال ۲۰۰۰، در حدود ۱۹۳۵۸ مورد مرگ در اثر مصرف مشروبات الکلی گزارش شده است که مرگ‌ومیر سوانح رانندگی در این ارتباط را شامل نمی‌شود که به مرگ ۱۳۰۵ نفر دیگر منجر شده بود. (۲۹/۶ درصد این افراد در گروه سنی ۱۶ تا ۲۴ سال و ۴۴/۶ درصد آن‌ها در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال قرار داشتند). سیروز و بیماری‌های مزمن کبد با قرارداشتن در ردهٔ دوازدهم عاملین مرگ در این کشور، جان ۲۶۵۵۲ نفر دیگر را گرفتند. از نظر مصرف الکل، ۶۲ درصد امریکایی‌های بالای ۱۸ سال در سال گذشته مشروبات الکلی نوشیده بودند که مصرف ۳۲ درصد از آن‌ها (حداقل یک بار در طول این دوره) بیش از ۵ نوشیدنی در یک مرتبه بوده است. آمارها همچنین نشان می‌دهد ۶۱ درصد مردان و ۴۲ درصد زنان بین ۱۸ تا ۲۴ سال بیش از ۵ نوشیدنی در یک مرتبه نوشیده‌اند. این در حالی است که سوءاستفاده

از الکل و الکلیسم نزدیک به ۱۱۷ میلیون دلار در سال (طبق آخرین آمار در سال ۱۹۸۳) برای مردم امریکا هزینه داشته است.

بررسی ملی بهداشت و مصرف مواد مخدر (NSDUH) (SAMHSA، ۲۰۰۲) اطلاعاتی جدیدتر به دست می‌دهد و پرسشنامه‌ای در خصوص سابقه و تناوب مصرف انواع مختلف نوشیدنی‌های الکلی را شامل می‌شود. طبق این تحقیق، نزدیک به نیمی از امریکایی‌های بالای ۱۲ سال (در حدود ۵۱ درصد یا نزدیک به ۱۲۰ میلیون نفر) به صورت متداول الکل مصرف می‌کنند. بیش از یک پنجم (۲۲/۹ درصد) این گروه سنی، برابر با ۵۴ میلیون نفر حداقل یک بار در ۳۰ روز پیش از جمع‌آوری اطلاعات به صورت تفننی نوشیدنی الکلی نوشیده بودند. مصرف شدید الکل در بین ۶/۷ درصد برابر با ۱۵/۹ میلیون نفر از این گروه سنی گزارش شده است.

رواج مصرف متداول الکل با افزایش سن افزایش می‌یافت و از ۲ درصد در سن ۱۲ سالگی تا ۷۰/۹ درصد در سن ۲۱ سالگی تناوب داشت. بیشترین رواج مصرف تفننی و شدید الکل در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال با نقطه اوج ۲۱ سال به چشم می‌خورد. میزان نوشیدن تفننی الکل برای جوانان این گروه سنی ۴۰/۹ درصد و برای افراد ۲۱ ساله ۵۰/۲ درصد بود. مصرف شدید الکل نیز ۱۴/۹ درصد برای کل این بازه سنی و ۲۰/۱ درصد برای افراد ۲۱ ساله گزارش شده بود. با افزایش سن، مصرف تفننی و شدید الکل کاهش بیشتری در قیاس با مصرف الکل ظرف ماه گذشته نشان می‌داد. در گروه سنی ۴۵ تا ۴۹ سال، ۵۸/۸ درصد افراد به صورت متداول، ۲۲/۵ درصد به صورت تفننی و ۷/۷ درصد به صورت شدید الکل مصرف می‌کردند. مصرف تفننی و شدید الکل به ندرت در گروه سنی ۶۵ سال به بالا به چشم می‌خورد و ۷/۵ و ۱/۴ درصد افراد را به خود اختصاص داده بود. بدین ترتیب مصرف نادرست و سوءاستفاده از الکل همچنان یکی از موارد نگران‌کننده با قابلیت بالقوه زیادی برای اقدامات پیشگیری باقی می‌ماند.

### طلاق

مشکلات زناشویی و طلاق می‌توانند تأثیر منفی بر سلامت جسمانی، سلامت روانی و بهره‌وری شغلی افراد داشته باشند (استنلی، ۲۰۰۱). در سال ۱۹۹۸، نزدیک به ۱/۱۳۵ میلیون مورد طلاق (با میزان ۴/۲ نفر به ازای هر هزار نفر) گزارش شد. این آمار نشان می‌دهد

۶۰ درصد ازدواج‌ها در ایالات متحده، خصوصاً در چند سال اول به طلاق می‌انجامد (هاود<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). آمار جدیدتر (در سال ۲۰۰۱) از کاهش این میزان به مقدار ۴/۰ نفر به ازای هر نفر حکایت دارد (گزارش ملی آمار حیاتی، ۲۰۰۱).

### سیگار

سیگار مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر قابل‌پیشگیری در ایالات متحده و دربردارنده هزینه‌های زیادی در ارتباط با سلامت افراد محسوب می‌شود (CDC، ۲۰۰۲). طبق گزارش مرکز کنترل بیماری در بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۹، مصرف سیگار به مرگ زودهنگام ۴۴۰ هزار نفر در سال و صرف ۱۵۷ میلیارد دلار برای موارد بهداشتی درمانی مرتبط با آن در ایالات متحده منجر شد. به نظر می‌رسد مصرف سیگار در بین خانم‌ها رو به افزایش است. به عنوان نمونه در سال ۱۹۹۸، نزدیک به ۲۲ درصد زنان و در سال ۲۰۰۰، ۲۹/۷ درصد دختران در مقطع پیش‌دانشگاهی سیگار می‌کشیدند. سرطان ریه اکنون در رتبه اول عاملین سرطانی مرگ‌ومیر زنان در ایالات متحده قرار دارد.

### بی‌سوادی

بی‌سوادی عملی به ناتوانی فرد در استفاده از مهارت‌های خواندن، صحبت، نوشتن و رایانه در موقعیت‌های عادی و روزمره اطلاق می‌شود. به عنوان نمونه، فرد بزرگسالی از این دست نمی‌تواند فرم درخواست کار را پر کند، از دستورات مکتوب پیروی کند و یا روزنامه بخواند. به طور خلاصه، این افراد در رویارویی با متون نوشته شده نمی‌توانند عملکرد مؤثر و مفید داشته باشند.

در سپتامبر ۱۹۹۳، وزارت آموزش ایالات متحده دقیق‌ترین گزارش خود درباره وضعیت بی‌سوادی در این کشور را با استفاده از بررسی ملی سواد بزرگسالان (ALS) در سه زمینه مهارت کمی، اسناد و متن ارائه کرد. نتایج نشان می‌دهد ۲۳ درصد از بزرگسالان (۴۰ تا ۴۴ میلیون نفر) در گروه ۱ قرار دارند و بی‌سواد محسوب می‌شوند. ۲۵ تا ۲۸ درصد (۵۰ میلیون نفر) از مردم به گروه دوم با سواد بسیار محدود تعلق دارند. به علاوه، سطح متوسط سواد در میان جوانان اندکی پایین‌تر از سطح متوسط سواد در گروه سنی مشابه در

سال ۱۹۸۵ بود (ارزیابی کشوری پیشرفت تحصیلی). تفسیر این آمار بسیار ساده است: بی‌سوادی در ایالات متحده رو به افزایش است و تنها ۱۰ درصد جمعیت در این خصوص مورد رسیدگی قرار گرفته‌اند. به علاوه با در نظر گرفتن ارقام مطلق مشخص می‌شود تعداد بی‌سوادان در ایالات متحده (۱۰ میلیون نفر) از سه کشور توسعه‌نیافته عراق (۴/۸۴۸ میلیون نفر)، افغانستان (۸/۱۶۰ میلیون نفر) و مکزیک (۶/۲۴۶ میلیون نفر) بیشتر است (یونسکو، ۱۹۹۵).

مطالعات همچنین از تأثیر چشمگیر بی‌سوادی بر اقتصاد حکایت دارند و ۱۵ میلیون نفر از بزرگسالان شاغل در حال حاضر از بی‌سوادی عملی رنج می‌برند. تحقیقی با عنوان «سواد در محل کار» توسط موسسه نورت‌ایست میدوست و مرکز سیاست‌های منطقه‌ای نشان می‌دهد زیان‌های شغلی ناشی از نقص مهارت‌های اولیه به صدها میلیون دلار (در اثر بهره‌وری پایین، اشتباهات و سوانح) بالغ می‌شود. طبق برآورد وزارت آموزش، ۶۰ درصد بیکاران فاقد مهارت‌های اولیه لازم برای یادگیری مشاغل دارای فن‌آوری پیشرفته هستند.

#### خشونت در مدرسه

به علت وقوع حوادث دلخراش در چندین مدرسه در این کشور در سال‌های اخیر، خشونت در مدرسه به یکی از نگرانی‌های اصلی مردم آمریکا بدل شده است. طبق بررسی هیئت ملی مدارس پیش از وقوع این حوادث (۱۹۹۳)، مدارس موارد فزاینده‌ای از آوردن سلاح به مدرسه و تیراندازی در حین رانندگی را گزارش کرده‌اند. با این حال، سلاح و تیراندازی تنها اشکال خشونت در مدارس نیستند و ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان در کودکانستان و مدارس ابتدایی مورد آزار، تهدید یا حمله شاگردان دیگر قرار می‌گیرند. به علاوه ۴۲ درصد کودکان سنین کودکانستان تا کلاس پنجم اظهار کرده‌اند در دو هفته پیش شاهد خشونت‌های گروهی در مدرسه بوده‌اند و بسیاری از کلاس‌سومی‌ها نیز به شرکت در این فعالیت‌ها اعتراف کرده‌اند (لف، پاور، مانز، کاستیگن و نیبوزر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). این موارد خشونت و جرایم در مدرسه سالانه ۲۰۰ میلیون دلار هزینه اضافی ایجاد می‌کند.

1. Leff, Power, Manz, Costigan & Nabors

### مشکلات زندگی

گروهی دیگر از مسایل که تحت عناوین بیماری‌های قابل تشخیص، رفتارهای اعتیادی یا روزمره قرار نمی‌گیرند، را می‌توان در گروه عمومی «مشکلات زندگی» جای داد. جالب این‌جا است که تقریباً یک سوم افراد دریافت‌کننده خدمات بهداشت روانی فاقد هرگونه اختلال قابل تشخیص هستند و از اختلالات و مشکلات موقعیتی و سازگاری از قبیل نگرانی‌های زناشویی و خانوادگی، مشکلات هویت، انتخاب شغل، مدیریت خشم، تنهایی، سردرگمی در تغییرات و غیره شکایت دارند. این افراد «بیماران عصبی عادی» مانند من و شما هستند (با این فرض که ما به گروه‌های عنوان شده تعلق نداریم). شاول<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) در مورد این افراد می‌نویسد:

«این اشخاص بی‌اثر که هستند؟ آن‌ها دوستان و بستگان من و شما هستند، افرادی که همگی می‌شناسیم. رنج آن‌ها آشکار نیست زیرا اغلب مشکل مشخصی ندارند. آن‌ها افرادی غمگین و درمانده هستند که در طول زندگی عادی خود از درد روانی دائم رنج می‌برند و ممکن است بهره‌وری و خلاقیت آن‌ها در زندگی و تعاملات اجتماعی آن‌ها به شدت بی‌تأثیر باشد. آن‌ها همان گروه بزرگی از مردم هستند که تورو این گونه توصیف می‌کند: «توده مردم زندگی خود را در استیصال خاموش به سر می‌برند.»»

این مجموعه از مشکلات - متشکل از اختلالات شدید روانی و عاطفی، رفتارهای اعتیادی و روزمره و مشکلات زندگی - پیامدهای جدی فردی و اجتماعی به همراه دارد، با این حال منابع موجود برای رسیدگی به آن‌ها، خصوصاً با استفاده صرف از الگوی سنتی درمان انفرادی کفایت نمی‌کند.

### کمک‌های عرضه شده

گزارش رئیس کل بهداری ایالات متحده در خصوص بهداشت روانی (۱۹۹۹) شواهدی با اهمیت را با هدف بهبود درک مخاطبین از بهداشت روانی، بیماری روانی و درمان ارائه می‌کند. طبق این گزارش، میزان شیوع سالانه اختلالات روانی در ایالات متحده در حدود

---

1. Shaw

۲۱ درصد بزرگسالان و کودکان است و در میان سفیدپوستان و اقلیت‌های نژادی و بومی یکسان است. در این گزارش، درمان‌هایی مؤثر نیز ذکر و به تمامی مردم توصیه شده است:

«اگر مشکلی روانی دارید یا فکر می‌کنید علائم اختلالات روانی را دارید، به متخصص مراجعه نمایید.»

این گزارش و سند مکمل آن با عنوان «بهداشت روانی: فرهنگ، نژاد و بومیت (۲۰۰۱)» کمک شایانی به درک موقعیت محوری بهداشت روانی در بهره‌وری و سلامت عمومی مردم کردند و همچنین نشان دادند منابع خدمات بهداشت روانی در ایالات متحده محدود است. سالانه تنها ۱۰ درصد کودکان و بزرگسالان نیازمند خدمات بهداشت روانی از خدمات متخصصین و مددکاران مرتبط با این رشته برخوردار می‌شوند.

شکاف میان نیاز و تأمین خدمات بهداشت روانی در حقیقت یکی از موارد عدم موفقیت کشور در فعالیتهای خود محسوب می‌شود. بدتر آنکه دسترسی اقلیت‌های نژادی و بومی به خدمات بهداشت روانی محدودتر است و در حقیقت تفاوت‌های مبهوت‌کننده‌ای میان میزان دسترسی سفیدپوستان و گروه‌های اقلیت به این خدمات به چشم می‌خورد. گزارش تکمیلی فوق چهار اختلاف را در این زمینه عنوان می‌کند:

۱. اقلیت‌ها دسترسی کمتری به خدمات دارند.
۲. اقلیت‌ها کمتر خدمات مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند.
۳. کیفیت خدمات ارائه شده اغلب پایین‌تر است.
۴. اقلیت‌ها به میزان کافی در تحقیقات مرتبط با بهداشت روانی در نظر گرفته نمی‌شوند.

تمامی این موارد نگران‌کننده‌اند، با این حال دو مورد اول ارتباط زیادی با مسأله پیشگیری دارند. نیاز گسترده به خدمات روانی با میزان ارائه خدمات یا دسترسی به آن تناسب ندارد. موانع زیادی بر سر راه کسب خدمات بهداشت روانی وجود دارد: هزینه آن‌ها بالا است و اغلب پراکنده هستند. بسیاری از مردم بیمه درمانی ندارند و برای آن‌هایی که بیمه دارند نیز کسب پوشش بیمه‌ای لازم برای خدمات روانی ناکافی یا پردردسر است. مراکز خدمات در نزدیکی بسیاری از افراد نیستند. بسیاری به علت وجهه اجتماعی نامناسب مرتبط با استفاده از خدمات بهداشت روانی از آن‌ها دوری می‌کنند. در مجموع،

میزان تأمین خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی برای پاسخگویی به نیازها کافی نیست، خصوصاً اگر به صورت درمان انفرادی انجام شود.

### پیامدهای عدم تعادل نیاز و تأمین

بسیاری از افراد در جامعه ما از کمک‌های مورد نیاز مبرم محروم هستند. آن‌ها قربانیان این زندگی هستند، کسانی که نتوانسته‌اند با این جامعه پیچیده، بی‌احساس و بی‌اعتنا به صورت لازم کنار بیایند. به علاوه، نه تنها خود فرد، بلکه خانواده و کل جامعه اثرات منفی این وضعیت را احساس می‌کنند. این افراد با آینده‌ای نامشخص و پراستیصال روبه‌رو خواهند بود و ممکن است آینده کل ملت نیز چنین باشد. واضح است که سلامت پایدار یک کشور (و جهان) به عملکرد مناسب افراد اثربخش تشکیل‌دهنده آن بستگی دارد.

### اتکا بر خدمات سنتی وضعیتی بدون برنده است

تلاش برای اصلاح وضعیت روانی و آموزشی میلیون‌ها نفر با اتکای صرف بر شیوه سنتی خدمات درمانی انفرادی، شرایطی بدون برنده است زیرا همان طور که مشاهده شد، شکاف بزرگی میان نیاز و تأمین خدمات بهداشت روانی به چشم می‌خورد، زیرا خدمات درمانی مانند روان‌درمانی رویکردهایی «پس از وقوع» هستند که نمی‌توانند از بروز موارد جدید جلوگیری نمایند و زیرا دشواری دسترسی و هزینه‌های این خدمات در حال افزایش است. این شرایط همیشه برای افرادی که خدمات ناچیز در جامعه دریافت می‌کنند بدون برنده بوده است و با توجه به گرایش‌های فوق، شدیدتر نیز خواهد شد. بدین ترتیب افراد فقیر، بیکار، دارای فرهنگ متفاوت، بی‌خانمان و غیره که به این خدمات بیشترین نیاز را دارند، کمتر از بقیه از آن‌ها بهره‌مند خواهند شد. به علاوه یکی از علل دیگر این وضعیت آن است که مشاوره حرفه‌ای، روانشناسی مشاوره و سایر مددکاران حرفه‌ای در تلاش مفید خود برای تضمین آموزش کافی و پیروی متخصصین مرتبط از استانداردها و معیارهای مناسب، به صورت ناخودآگاه تعداد مددکاران موجود را محدود می‌کنند.

توجه داشته باشید که «بدون برنده» بودن این اقدامات به معنای «بی‌اثر» بودن آن‌ها نیست، بلکه روان‌درمانی و مشاوره خانواده، گروهی و فردی روش‌های کمک مهمی برای افراد دارای علایم پیشرفته ناتوانی محسوب می‌شوند. به علاوه در مراحل اولیه ایجاد

مشکل، مشاوران می‌توانند فعالیت‌های پیشگیرانه نیز داشته باشند و با استفاده از مشاوره، سیر مشکل را از پیشرفت به سوی اختلالات روانی یا عاطفی تمام عیار منحرف سازند. با این همه، این اقدامات مشاوره و روان‌درمانی، رویکردهایی ذاتاً درمانی هستند که نمی‌توانند از بروز مشکل جلوگیری نمایند. در این جا بروز به تعداد موارد جدید مشکلات روانی و آموزشی یا سرعت ظهور موارد جدید اشاره دارد. در حقیقت، «بروز» تحت تأثیر درمان مشکلات موجود قرار نمی‌گیرد. همان طور که در زبان عادی گفته می‌شود، درمان به برطرف‌سازی مشکلات موجود می‌پردازد. با این که برطرف کردن مشکل، هدف مهم و والای مددکاران اجتماعی، مشاورین حرفه‌ای، روانشناسان مشاوره و سایر مددکاران است، تمام تلاش کل مددکاران جهان در ارائه خدمات درمانی قادر به جلوگیری از بروز موارد جدید نخواهد بود و این همان پیامی است که در حکایت «غرق شدن افراد» نهفته بود. بدین ترتیب، برای متوقف ساختن موج موارد جدید این مشکلات باید از شیوه‌های دیگر برای کاهش بروز این مشکلات در کنار رویکردهای درمانی سنتی استفاده کرد، تا از وقوع آن‌ها از ابتدا جلوگیری شود. این برنامه‌ها و خدمات تحت عنوان پیشگیری در بهداشت روانی قرار می‌گیرند.

## پیشگیری

### درک‌های متفاوت و جریان‌های تأثیرگذار

پیشگیری هنوز به صورت‌های مختلف تعریف می‌شود. معنای لاتین معادل انگلیسی پیشگیری (prevention)، «پیش از چیزی آمدن» است که کاملاً با مفهوم پیشگیری در مشاوره انطباق دارد. با این حال در کاربرد پیشگیری، هیچ تعریف یا الگویی از کاربرد یا پذیرش همگانی برخوردار نیست. این وضعیت علاوه بر ایجاد مشکل برای برخی، باعث بروز عدم توافق، ابهام و اختلاف در شیوه‌های رویکرد به پیشگیری می‌گردد. از سوی دیگر، وجود دیدگاه‌های مختلف باعث ایجاد گونه‌ای خلاقیت در این زمینه می‌شود که به طرق دیگر ممکن نخواهد بود.

در بخش بعد، برخی از منابع مهم درک پیشگیری به طور خلاصه عنوان می‌شوند و سپس ارتباط آن‌ها با یکدیگر برای کمک به مشاوران، روانشناسان مشاور و مددکاران اجتماعی توصیف می‌گردد. پیشگیری را می‌توان به رودی بزرگ تشبیه کرد که از جریان‌ات



زیادی تغذیه می‌شود. این «جریان‌ات» تغذیه‌کننده پیشگیری در مراحل بعد توصیف می‌گردند.

### چشم‌انداز بهداشت عمومی

درک بهداشت عمومی پایه از پیشگیری (لیول و کلارک<sup>۱</sup>، ۱۹۵۳) که با موفقیت شگفت‌آوری در پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های جسمانی مسری به کار رفته است، به ارتباط قابل تشخیص میان منابع محیطی - عوامل ناقل - میزبان‌ها مربوط می‌شود. به عنوان نمونه، در خصوص مالاریا، منابع محیطی (مرداب‌ها) به رشد عوامل ناقل (پشه‌ها) منجر می‌شود که سپس میزبان‌ها (انسان‌ها) را آلوده می‌سازند و باعث شیوع بیماری می‌شوند. مالاریا از طریق قطع ارتباط میان هر یک از این مراحل قابل پیشگیری است: می‌توان مرداب‌ها را خشکاند، پشه‌ها را کشت و مردم را به کمک واکسیناسیون تقویت کرد.

به همین ترتیب، اگر بتوان زنجیره‌ای از عوامل مشابه مورد فوق را تعیین کرد (که چندان ساده نیز نخواهد بود)، می‌توان از این رویکرد برای حوزه بهداشت روانی نیز استفاده کرد. به صورت نظری، مشکلی مانند عدم موفقیت تحصیلی را می‌توان از این طریق پیشگیری کرد. اما زنجیره دقیق عوامل منجر به عدم موفقیت تحصیلی چیست؟ منبع محیطی آن چیست؟ (مدرسه؟ خانه؟ دوستان؟ عوامل ژنتیک؟ سیاست عمومی؟) عامل ناقل چیست؟ (همکلاسان؟ منابع کلاسی محدود؟ نبود حمایت اجتماعی؟ عدم کفایت تدریس؟) چگونه می‌توان میزبان‌ها را تقویت کرد؟ (مهارت‌ها؟ نظارت؟ مصرف دارو؟ گروه‌های مطالعه؟). مشکلات روانی و تحصیلی از تعامل پیچیده چندین عامل ناشی می‌شوند و تعیین دقیق ارتباطات علت و معلولی آن‌ها دشوار است. با این همه، چشم‌انداز محیط - ناقل - میزبان کمک مهمی به درک ما از پیشگیری و شیوه‌های آن می‌کند. این الگو همچنین به مفاهیم پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه و واژگان مرتبط بروز و شیوع کمک می‌کند.

پیشگیری اولیه به تلاش برای کاهش بروز یک اختلال مانند افسردگی (یا کاهش تعداد یا سرعت ظهور موارد جدید آن اختلال) مربوط می‌شود. پیشگیری ثانویه به کاهش شیوع اختلال (کاهش بروز موارد جدید یا کاهش طول یا شدت موارد موجود) اطلاق می‌شود.

پیشگیری ثالثیه نیز با توانبخشی (بازگرداندن افراد مبتلا به یک اختلال برای مدتی چشمگیر به فعالیت در اجتماع) ارتباط دارد.

#### روانکاوی پیشگیرانه

کاپلن (۱۹۶۴) پیشگیری از بیماری‌های روانی را مطابق رویکرد بهداشت عمومی به اجتماع و مردم مرتبط می‌کند. در این دیدگاه قدیمی از پیشگیری در بهداشت روانی، هدف اساسی کاهش سرعت بروز موارد جدید اختلالات روانی در کل جمعیت ظرف دوره‌ای مشخص، از طریق خنثی کردن شرایط مضر پیش از یافتن فرصت مناسب برای ایجاد بیماری است. در این رویکرد، پیشگیری به دنبال جلوگیری از بیمار شدن یک فرد خاص نیست، بلکه تلاش در کاهش خطر ابتلا برای کل مردم دارد، به صورتی که به رغم بیمار شدن تعدادی از افراد، آمار کلی آن کاهش یابد. بدین ترتیب، این روش با روانکاوی فردمدار تفاوت دارد که بر افراد خاص تمرکز دارد و به تأثیرات کلی و عمومی تا حد دخالت در تجربه منحصربه‌فرد آن شخص مربوط می‌شود.

#### الگوی ترکیبی پیشگیری

الگوی ترکیبی پیشگیری از بهداشت عمومی (به علت رواج اصطلاح «پیشگیری») نشأت می‌گیرد و تمامی موارد خدمات بهداشتی را شامل می‌شود. این الگو، ارائه کمک را در تمامی مراحل اولیه، ثانویه و ثالثیه در نظر می‌گیرد که هر یک از توالی زمانی بروز نارسایی ناشی می‌شوند. بدین ترتیب طبق این الگو، پیشگیری اولیه برای کاهش بروز موارد جدید اختلال به کار می‌رود؛ پیشگیری ثانویه در جهت اقدام زودهنگام و کاهش شدت، وخامت و مدت اختلال‌های موجود انجام می‌شود و پیشگیری ثالثیه برای افراد مبتلا به اختلال تمرکز دارد. الگوی ترکیبی به علت در نظر گرفتن تمامی انواع اقدامات تحت یک مجموعه مورد تمجید و به علت ارتباط بیش از حد با دیدگاه خطی و متوالی درباره آغاز نارسایی و با سیستمی منجر به ابهام تمایز میان اشکال مختلف اقدام و در نتیجه آشفتگی و استفاده نادرست مورد انتقاد قرار گرفته است (فلنر، فلنر و سیلورمن، ۲۰۰۰).

### الگوی منحصر به فرد پیشگیری

این الگو چشم‌اندازی متفاوت از پیشگیری ارائه می‌کند و به دنبال استفاده از واژگان پیشگیری، اقدام زودهنگام (در عوض پیشگیری ثانویه) و درمان (در عوض پیشگیری ثالثیه) می‌باشد. بدین ترتیب، پیشگیری موقعیتی منحصر به فرد می‌یابد. در این چارچوب، پیشگیری چهار عامل ذیل را در برمی‌گیرد که تنها به شرایط آغاز اختلال مرتبط نیستند (فلنر و سایرین، ۲۰۰۰):

۱. آغاز «پیش از تحقیق» با هدف کاهش تعداد موارد جدید اختلال
۲. سطح کلان یا جمعی تحلیل با اقداماتی برای تمامی افراد در درون یک جمعیت یا اشخاص انتخاب شده در معرض خطر یا شرایط مخاطره‌آمیز (گوردون، ۱۹۸۳؛ مرازک و هاگرتی<sup>۱</sup> ۱۹۹۴)
۳. «مسیرهای گسترش» در کانون توجه اقدامات تغییر با هدف تمرکز بر فرایندهایی در حال تکامل خطرناک برای سلامتی و محافظ و ارتقا دهنده قدرت‌ها و صلاحیت‌ها
۴. سلامت و ارتقا بهداشت (کوئن، ۲۰۰۰) با تمرکز اقدامات بر تقویت افراد علیه شرایط مخاطره‌آمیز در آینده

### الگوی فراگیر پیشگیری

رومانو و هیگ (۲۰۰۰) در مقاله خود با عنوان «پیشگیری در روانشناسی مشاوره»، مفهومی از پیشگیری را با هدف دربرگرفتن برخی از گرایش‌های عمده ارائه می‌کنند. برخی از منتقدین این گرایش‌ها را متقابل می‌دانند، اما رومانو و هیگ آن‌ها را دربردارنده «شیوه‌های متعدد اجرای پیشگیری» قلمداد می‌کنند. در این چارچوب، پیشگیری یک یا چند مورد از ابعاد ذیل را شامل می‌شود: الف) جلوگیری از وقوع مشکل (پیشگیری اولیه)، ب) به تأخیر انداختن آغاز مشکل (پیشگیری ثانویه)، پ) کاهش اثرات رفتارهای مشکل‌آمیز موجود (پیشگیری ثالثیه)، ت) ارتقا سلامت عاطفی و جسمی (کاهش خطرات از طریق ایجاد قابلیت) و ث) سیاست‌های پشتیبان (مؤسسات، اجتماع و دولت) جهت ارتقای سلامت (کاهش خطرات از طرق غیرمستقیم). این مفهوم گسترده از پیشگیری مورد توجه مشاوران،

1. Mrazek & Haggerty

روانشناسان مشاوره و مددکاران اجتماعی قرار دارد، زیرا مجموعه‌ای از کاربردهای آشنا و قابل استفاده برای آن‌ها را تحت گروه پیشگیری دربرمی‌گیرد.

### الگوی دانش پیشگیری

هدف اصلی رویکرد «دانش پیشگیری» (کوا<sup>۱</sup> و سایرین، ۱۹۹۳) جلوگیری یا تعدیل اختلالات روانی عمده و جدی در انسان‌ها است. طرح‌های اقدامات پیشگیرانه از طریق انجام موارد ذیل در زنجیره وقایع بین خطر و اختلال عمل می‌کنند: الف) شناسایی اختلال مورد نظر برای پیشگیری، ب) تحلیل عوامل خطر و محافظ مرتبط با آن اختلال، پ) انجام طرح‌های آزمایشی و تحلیل اثربخشی آن‌ها، ت) گسترش طرح‌های آزمایشی مؤثر در طرح‌های بزرگ‌تر پیشگیری، و ث) ارتقای اجرای طرح‌ها در کل جامعه. این سیستم بسیار منطقی و ترتیبی عمل می‌کند و با الگوی مطرح شده در ارتباط با بهداشت عمومی (محیط - ناقل - میزبان) مرتبط است. با این همه، این روش از طرح مسیره‌های متعدد ارتباط خطرات با اختلالات و این واقعیت ناتوان است که مجموعه‌ای مشابه از شرایط مخاطره‌آمیز ممکن است به طیفی وسیع از اختلالات و نه فقط اختلالات مورد نظر منجر شود و یا اصلاً اختلالی به وجود نیاورد. به علاوه، توجه خاص این روش بر پیشگیری از اختلالات جدی عاطفی و روانی از عوامل محدودکننده آن به حساب می‌آید.

### الگوی موسسه پزشکی

موسسه پزشکی (IOM، ۱۹۹۴) مشکلاتی را در تعریف‌های مطرح شده از پیشگیری شناسایی کرد و سپس توصیه‌ای تأثیرگذار را ارائه کرد که از سه بخش ذیل تشکیل می‌شود:

۱. پیشگیری، که به خدمات همگانی (برای تمام یک گروه)، انتخابی (برای افراد در معرض خطر) و گروه‌های خاص (در مراحل اولیه، اما غیرقابل تشخیص) با هدف جلوگیری از آغاز اولیه یک اختلال روانی اشاره دارد.
۲. درمان، که به شناسایی موارد و ارائه درمان‌های استاندارد به افراد دارای اختلالات روانی، شامل اقداماتی با هدف کاهش احتمال وقوع این اختلالات در آینده اطلاق می‌شود.

۳. نگهداری، که به اقداماتی با هدف کاهش بروز مجدد و پیروی از توانبخشی و درمان بلندمدت اشاره دارد.

یکی از اثرات این الگو، دوری از واژگان پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه است و این که تعریف پیشگیری به کاهش آغاز اختلالات روانی جدی محدود می‌شود. بدین ترتیب، تعریف IOM ارتقای بهداشت روانی و جنبه‌های قدرتمند و رایج «مشکلات زندگی» در پیشگیری را نادیده می‌گیرد.

#### رویکردهای کاهش اختلال (DR) در برابر ارتقای بهداشت (HP)

دیبولد<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) به دو مجموعه بزرگ از مطالب منتشر شده در خصوص پیشگیری (توسط مرازک و هاگرتی ۱۹۹۴، و دورلاک و ولز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷) اشاره می‌کند که طبق هر دو مجموعه، پیشگیری فرایندی مؤثر است، اما به صورت‌های متفاوت تعریف می‌شود، مرازک و هاگرتی بر کاهش تعداد موارد جدید بیماری (DR) تمرکز داشتند، در حالی که دورلاک و ولز بر کاهش بروز مشکلات انطباق تأکید می‌کردند و ارتقا عملکرد بهداشت روانی (HP) را در نظر می‌گرفتند. رویکرد کاهش اختلال، الگوی دانش پیشگیری را عملی می‌سازد و از مدلی مثبت‌گرایانه - نظری - استنتاجی با استفاده از مرتبط ساختن عوامل خطر با اختلالات بالینی خاص تشکیل می‌شود. رویکرد ارتقای بهداشت اغلب آینده‌نگر است و با هدف‌گیری گسترده‌تر، شامل گسترش مهارت‌ها، آسیب‌شناسی اجتماعی و اعتقاد به عدم وجود ارتباط مشخصی بین عوامل خطر با اختلالات عمل می‌کند.

#### چشم‌انداز «در معرض خطر»

پیوستار «بودن در معرض خطر» ارائه شده توسط مک‌ویرتر و سایرین (۱۹۹۵) شیوه‌ای مناسب برای درک پیشگیری ارائه و این طور عنوان می‌کند که بودن در معرض خطر وضعیتی مشخص و سیاه یا سفید نیست و باید بر روی این پیوستار در نظر گرفته شود. طبق این اعتقاد، گروه «بدون خطر» وجود ندارد و همگان تا حدی در برابر خطرات آسیب‌پذیر هستند. این پیوستار گروه‌های حداقل خطر، خطر کم، خطر زیاد، خطر

---

1. Diebold  
2. Durlak & Wells

قریب الوقوع، و در نهایت گروه در معرض خطر را شامل می‌شود. به اعتقاد این گروه، در تمامی سطوح این پیوستار می‌توان از اقدامات پیشگیرانه استفاده کرد. به عنوان نمونه می‌توان در کنار درمان یک خانواده، دچار اختلال به اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از ورود فرزندان خانواده به گروه «در معرض خطر» پرداخت.

### رویکرد راه‌هایی به سوی سلامت روانی

اموری کوئن مفهومی از پیشگیری با تمرکز بر بهداشت روانی را به عنوان جایگزینی برای رویکرد اختلال - شناسایی خطر به پیشگیری ارائه کرد. به اعتقاد وی بهداشت روانی کنونی، سیستمی واکنشی و نه خودجوش است. کوئن در نظریه خود از مشاهدات آنتونوفسکی (۱۹۷۹) استفاده می‌کند مبنی بر این که بیماری‌زایی (چگونگی ظهور فرایندهای بیماری) مفهومی کاملاً تثبیت شده در بهداشت روانی است، اما واژگان پذیرفته شده خاصی برای چگونگی انجام فرایندهای بهداشتی وجود ندارد (و اصطلاح درمان‌زایی یا salutogenesis در این مورد پیشنهاد می‌شود). کوئن معتقد است اقدامات زودهنگام و مناسب می‌تواند بهترین «واکسیناسیون» را در برابر مجموعه‌ای از وضعیت‌های نامساعد ایجاد نماید و نه تنها افراد در معرض خطر، بلکه تمامی افراد می‌توانند از فعالیت‌های بهبود سلامت بهره ببرند. وی در این خصوص پنج راهبرد بهبود سلامت را به منظور پیشبرد ابزارهای سلامت در محدوده پیشگیری مطرح می‌کند: (۱) بهبود ارتباطات سالم بین کودک و مراقب (۲) کمک به کودکان برای کسب مهارت‌های زودهنگام متناسب با مرحله خود (۳) ایجاد محیط‌های بهبود سلامت برای تعامل مردم (۴) افزایش ظرفیت افراد برای مدیریت و سازگاری با استرس و (۵) بهبود حس توانمندی افراد در زندگی

### «اصل نیکی»<sup>۱</sup>

سلیگمن (۲۰۰۲، الف) و سایرین با جمع‌آوری پایگاهی از تحقیقات و مطالب منتشر شده به دنبال ایجاد مفهوم روانشناسی مثبت هستند که نه تنها با تأکید کوئن بر سلامت روانی، بلکه با جریان‌های مشاوره و روانشناسی مشاوره انطباق دارد. تمرکز این رویکرد بر ایجاد

---

1. Nikki

توانایی‌ها و منابع و نه دوری از کمبودها و نواقص (که به اعتقاد سلیگمن تاکنون مورد توجه فعالیت‌های روانشناختی بوده است) می‌باشد.

سلیگمن همچنین در چارچوب روانشناسی مثبت، مفهوم «پیشگیری مثبت» را مطرح و عنوان می‌کند که جنبش‌های اصلی پیشگیری در پنجاه سال اخیر بر ایجاد سامان‌یافته‌ی توانایی‌ها و نه اصلاح ضعف‌ها استوار بوده است. به اعتقاد وی، این توانایی‌های سلامت، مجموعه‌ای از ضربه‌گیرها (که او «خصائص انسانی مثبت» می‌نامد) را در افراد برای مقابله با مشکلات روانی ایجاد می‌کنند. بدین ترتیب، بخش اعظم فعالیت متخصصین این امر در مراکز خود و جامعه برای ایجاد قابلیت‌ها در عوض ترمیم مشکلات تکیه دارد. او این توجه به قابلیت‌ها و نقاط قوت در پیشگیری مؤثر را به افتخار دخترش نیکی، که درسی بزرگ در زندگی به او آموخته بود، «اصل نیکی» می‌نامد و می‌گوید: «بخش اصلی فعالیت پیشگیری در این قرن، ایجاد دانشی از قابلیت‌های انسانی با هدف درک و یادگیری چگونگی ایجاد این فضیلت‌ها در میان جوانان خواهد بود.»

### سطوح و الگوهای محیطی

رویکرد محیطی معتقد است رفتار انسانی باید در محیط درک شود (برونفن‌برنر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹) و رفتارها از تعامل (فلنر و سایرین، ۲۰۰۰) میان افراد و محیط نشأت می‌گیرند (لوین، ۱۹۵۱). کرونیستر، مک‌ویترتر و کروسکی (۲۰۰۴) در مجموعه‌ای از مطالب در خصوص استفاده مشاورین از رویکردهای محیطی در سطوح مختلف فعالیت خود، به طور اخص به پیشگیری از دیدگاه محیطی می‌پردازند. به اعتقاد آن‌ها این دیدگاه به مشاورین اجازه می‌دهد توانایی‌ها و اثرات محیطی را به صورت سامان‌یافته بررسی نمایند و به اقداماتی دست یابند که افراد را برای انجام تغییرات در سطوح مختلف سیستم‌ها توانمند می‌سازد.

به اعتقاد فلنر و سایرین (۲۰۰۰)، چارچوب محیطی پیشگیری امکان ایجاد رویکردی یکپارچه و جامع، شامل «تعاملات میان بخش‌های مختلف سیستم‌های محیطی و روانشناختی، و نه صرفاً بین افراد و محیط نزدیک به آن‌ها» را فراهم می‌سازد. به عبارت دیگر، رویکرد محیطی نه تنها به اثرات مستقیم (مانند تجربه کودک در مدرسه) بلکه به موارد غیرمستقیم‌تر (مانند وقوع جنگ) نیز توجه دارد و اهمیت در نظر گرفتن اثرات

---

1. Bronfenbrenner

سیستم‌های متعدد بر رشد و فعالیت انسان را می‌داند. در عمل، همبستگی پیشگیری و محیط باعث می‌شود متخصصین با شرکت‌کنندگان در برنامه‌های پیشگیری به منظور ایجاد هماهنگی توانمند با سیستم‌های زندگی خود همکاری می‌نمایند (کونین، ۲۰۰۰) که در آن‌ها زندگی رضایت‌بخش‌تر، مؤثرتر و مناسب‌تر است.

### الگوی عدالت اجتماعی/تجربه اجتماعی

جرج البی پیشگام رویکرد «عدالت اجتماعی» به پیشگیری (۱۹۸۶ و ۲۰۰۰) محسوب می‌شود و به اعتقاد وی، درمان انفرادی افراد کمکی به رفع مشکل گریبانگیر میلیون‌ها نفر انسان نخواهد داشت. او همچنین به رویکردهای پیشگیری متکی بر بهبود قابلیت‌ها و سلامت بسیار بدبین است و در طول سالیان فعالیت خود از تمامی هواداران پیشگیری خواسته است تلاش خود را در جهت رسیدن به عدالت اجتماعی سوق دهند، زیرا «اختلاف طبقاتی اقتصادی و اجتماعی از بالاترین اهمیت در زمینه تداوم استرس، استثمار و بی‌عدالتی اجتماعی برخوردارند.» (البی، ۲۰۰۰) ویش<sup>۱</sup> (دیتمن، ۲۰۰۳) نیز نگرانی خود را در این خصوص این گونه ابراز کرده است: «عدم توجه بسیاری از همکاران من به عوامل طبقاتی اجتماعی، فقر و تأثیر آن بر حاصل زندگی افراد مرا نگران می‌سازد.»

از آن‌جا که افراد کم‌درآمد و مورد استثمار بیشترین آسیب را می‌بینند (البی به نقل از میروسکی و رأس ۱۹۸۹، که ۸۵٪ استرس را در میان قشر کم‌درآمد گزارش کرده‌اند)، پیشگیری نیز باید شرایط اولیه اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تغذیه‌کننده تفاوت‌های اقتصادی را هدف قرار دهد. البی متخصصین پیشگیری را به ایجاد «جامعه‌ای عادلانه» (۱۹۸۶) فرا می‌خواند که در آن تبعیض جنسی و نژادی، مصرف‌گرایی، تبعیض علیه سالخورده‌گان، مردسالاری و ترس از روابط همجنسی به حداقل یا صفر می‌رسد و جامعه به صورتی انسانی‌تر و مؤثرتر برای افراد خود رشد می‌کند.

### رویکرد توانمندسازی

توانمندسازی به طرق مختلف تعریف می‌شود، با این حال ارتباط نزدیکی با پیشگیری دارد. این مفهوم اغلب به صورت افزایش اثربخشی فردی، کنترل بر موقعیت‌ها و تسهیم قدرت

1. Wyche



تعریف می‌شود. نویسندگان مختلفی از قبیل راپاپورت، سویفت و هس بر این اعتقاد هستند که توانمندسازی توزیع مجدد قدرت و نفوذ را شامل می‌شود و عدالت اجتماعی به‌دست‌آمده قادر به رفع بسیاری از عوامل منجر به اختلالات روانی خواهد بود. مک‌ویرتر (۱۹۹۴) رویکرد توانمندسازی به مشاوره را به صورت کمک به افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی که اکنون ناتوان هستند یا به حاشیه رانده شده‌اند در جهت کسب قدرت به یکی از شیوه‌های ممکن تعریف می‌کند و معتقد است که افراد با افزایش آگاهی از موارد ذیل توانمند خواهند شد: الف) چگونگی اثرگذاری تکاپوی قدرت بر زندگی آن‌ها (ب) چگونگی کسب کنترل بیشتر بر زندگی خود بدون تعدی به حقوق دیگران و (پ) چگونگی انجام توانمندسازی به طریقی که حامی فعال توانمندسازی سایرین در جامعه باشد.

نویسندگان دیگری نیز به ارتباط توانمندسازی با بهبود محیط و جامعه اشاره داشته‌اند. توانمندسازی می‌تواند تلاش خود را بر ایجاد محیطی مناسب برای رشد شخصیت، قابلیت و همکاری افراد متمرکز سازد (کاوی، مریل و مریل ۱۹۹۴؛ تری، ۱۹۹۳)، در حالی که محصول نهایی توانمندسازی جامعه‌ای با بهترین شرایط برای همه افراد است. هدف توانمندسازی افراد و سیستم‌ها طبیعتاً با مفهوم پیشگیری مطابقت دارد.

### رویکردهای واکنشی و خودجوش

کاتالانو و دولی از تغییرات کلان محیطی به عنوان یک راهبرد توانمندسازی یاد می‌کنند و بر اهمیت عوامل آن‌ها در بروز اختلالات روانی تأکید دارند. به علاوه، در بررسی این مسأله آن‌ها پیشگیری اولیه را به دو دسته خودجوش و واکنشی تقسیم می‌کنند. رویکردهای خودجوش به پیشگیری اولیه برای از میان بردن عوامل مضر و استرس‌زای موجود در محیط‌های کلان مانند سیستم‌های بزرگ در جامعه (از قبیل قدرت سیاسی زیاد، تبعیض، سیاست‌های محدودسازی مراقبت از کودکان، توزیع نابرابر ثروت، نابرابری‌های خدمات درمانی، عدم کفایت فرایندها و مزایای تأمین اجتماعی و غیره) به کار می‌روند. توجیه محوری این رویکرد، حذف این گونه منابع استرس‌زا به منظور تقویت بهداشت روانی افراد می‌باشد.

اقدامات واکنشی برای پیشگیری اولیه با هدف افزایش قابلیت افراد برای سازگاری مناسب‌تر با موارد استرس‌زای محیطی موجود انجام می‌شوند. به عنوان نمونه، کارمندان

یک سازمان در برنامه‌های مدیریت استرس در محل کار خود شرکت می‌کنند تا بتوانند بیشتر با عوامل استرس‌زا در محل کار خود انطباق یابند. در مقابل رویکرد خودجوش می‌کوشد عوامل استرس‌زای محیطی را از میان ببرد.

#### راهبردهای فردمحور و سیستم‌محور

از این دیدگاه (کوئن ۱۹۸۵)، پیشگیری در بهداشت روانی را می‌توان از طریق دو راهبرد تغییر سیستم‌محور و تغییرات فردمحور انجام داد. راهبردهای تغییر سیستم‌محور در پیشگیری شامل حذف، کاهش یا تغییر مثبت منابع محیطی استرس می‌شوند و با هدف انجام تغییرات کلان در شرایطی مانند فقر و پایان انواع مختلف تبعیض صورت می‌گیرند. همان‌طور که مشاهده شد، فقر عاملی قوی و گسترده در زمینه عملکرد نادرست و آشفتگی است که به تغییرات سیستم‌محور در پیشگیری نیاز دارد. زندگی با فقر می‌تواند به مجموعه‌ای از مشکلات بارز از قبیل کاهش موفقیت فرد، ناتوانی، ناامیدی، دسترسی محدود به خدمات درمانی و بیمه پزشکی، و افسردگی (دیتمن، ۲۰۰۳) منجر شود. در ایالات متحده، خانواده‌ای دو نفره با مجموع درآمد کمتر از ۱۲۱۲۰ دلار در سال پایین‌تر از خط فقر قرار می‌گیرد و میزان فقر از ۱۱/۷ درصد در سال ۲۰۰۱ به ۱۲/۱ درصد در سال ۲۰۰۲ رسید. این مقدار برابر ۳۴/۶ میلیون نفر است. وضعیت فقر از نظر نژاد و بومیت متفاوت است و ۸ درصد سفیدپوستان غیراسپانیایی تبار، ۱۰ درصد آسیایی‌ها، ۲۲ درصد اسپانیایی تبارها و ۲۴ درصد سیاهپوستان را شامل می‌شود (وزارت کار ایالات متحده، ۲۰۰۳). این آمار بسیار نگران‌کننده هستند.

رویکردهای سیستم‌محور پیشگیری پتانسیل بالایی برای بهبود سلامت و حذف اختلالات در میان افراد دارند، زیرا حذف شرایط منجر به سلب خصوصیات انسانی و امتیازات از افراد برای شرکت در موارد مختلف فعالیت در اجتماع باعث رهاسازی قابلیت‌های بالقوه انسان‌ها و ایجاد مزایای روانشناختی و جسمانی مثبت می‌گردد. این تصویر (اندکی آرمانی) در پایه رویکرد سیستم‌محور قرار دارد و تلاش برای بهبود سیستم‌های عمده اجتماع مانند فرصت‌های شغلی، عدالت، آموزش، مسکن و خدمات درمانی باید توسط مشاورین و سایر مددکاران ادامه یابد.

راهبردهای تغییر فردمحور در پیشگیری مناسب‌ترین راهبردها (طبق ادعای هواداران) برای مشاورین و روانشناسان مشاوره هستند، زیرا با کمک به مردم (زمینه حرفه‌ای مشاوران) ارتباط مستقیم دارند. این راهبردها موارد ذیل را شامل می‌شوند: الف) تغییر برخورد با شرایط پرخطر تغییرات (مانند طلاق، فارغ‌التحصیلی از دبیرستان) و ب) بهبود قابلیت‌های مردم در سطوح مختلف. شیوه دوم را می‌توان از طریق اصلاح موقعیت‌های پرخطر (واحدهای زیراجتماعی) مورد برخورد مستقیم مردم (مانند کار و تحصیل) از طریق آموزش‌های خاص در زمینه مهارت‌های سلامت یا از طریق شرکت در تجارب تسهیل‌کننده قابلیت‌ها که در آن تبادل مزایا مشاهده می‌شود (مانند معلمی خصوصی که در اثر تدریس، اعتمادبه‌نفس خود و معلومات دانش‌آموز را افزایش می‌دهد) انجام داد.

#### تعاریف پیشگیری اولیه

بسیاری از جریان‌های اثرگذار بر پیشگیری، شامل شیوه‌های تعریف پیشگیری اولیه تاکنون توضیح داده شد که برخی از این تعاریف در ذیل آمده است. در سال ۱۹۶۳، باور<sup>۱</sup> (۱۹۶۳) دو هدف کلی را برای پیشگیری اولیه در نظر می‌گیرد: ۱) کاهش بروز موارد جدید اختلال یا آشفتگی عاطفی و ۲) بهبود مقاومت عاطفی (کلاین و گلدستون، ۱۹۷۷). گلدستون (۱۹۷۷) در مقام مدیر دفتر پیشگیری سازمان ملی بهداشت روانی (از سال ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۵)، این تعریف را از پیشگیری ارائه می‌کند:

«پیشگیری اولیه فعالیت‌های انجام شده برای گروه‌های آسیب‌پذیر خاص در درون جامعه (که به عنوان بیمار روانی شناخته نمی‌شوند و می‌توان برای آن‌ها اقداماتی برای جلوگیری از شروع اختلالات عاطفی و یا بهبود وضعیت مثبت بهداشت روانی آن‌ها انجام داد) را در برمی‌گیرد. برنامه‌های ارتقا بهداشت روانی اساساً از نظر ایجاد و انجام آموزشی و نه بالینی هستند و با هدف نهایی افزایش قابلیت‌های مردم برای برخورد با بحران‌ها و برداشتن گام‌هایی برای بهبود زندگی خود اجرا می‌شوند.»

کوئن معتقد است برنامه‌های پیشگیری اولیه باید پیش از وقوع انجام شوند، گروه‌ها یا جوامع را هدف قرار دهند، بر روی افراد سالم یا افرادی که پیش‌بینی می‌شود (از نظر شیوع

این اختلالات) در معرض خطر قرار بگیرند اجرا شوند و به صورتی هدفمند و نه تصادفی صورت بگیرند. پیش از آن، کوئن در سال ۱۹۸۰ پیشگیری اولیه را این طور تعریف می‌کند:

«برنامه‌هایی که رویدادها، موقعیت‌ها، فرایندها و ساختارهایی با حداکثر سود از نظر دامنه و پایداری زمانی برای مهارت‌های سازگاری، خوشبختی، اثربخشی و انطباق روانشناختی در بسیاری از افراد (فعالاً سالم) ایجاد می‌کنند.»

البی (۱۹۸۵) و البی و گلوئا (۱۹۹۷) بر کاهش بروز بیماری به عنوان کلید پیشگیری اولیه تأکید دارند. البی معادله ذیل را (که اغلب برای پیشگیری اولیه بروز مشکل، شامل کاهش صورت کسر و افزایش مخرج آن می‌شود) را مطرح می‌کند:

عوامل ارگانیک + موارد استرس‌زا + استثمار

= بروز

مهارت‌های سازگاری + اعتماد به نفس + گروه‌های حمایت

نویسندگان دیگری (مانند دوزنبیری و بوتوین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲؛ الیاس و براندن، ۱۹۸۸) نیز گونه‌هایی مشابه این معادله را با تأکید بر بخش‌های مختلف آن مطرح کرده‌اند. مارتین بلوم (۱۹۹۶) پیشگیری اولیه را از دیدگاه مددکاری اجتماعی این گونه تعریف می‌کند:

«اقدامات هماهنگ با هدف جلوگیری از بروز مشکلات قابل پیش‌بینی، حفاظت از وضعیت سلامت و عملکرد سالم و ارتقای پتانسیل‌های مطلوب در افراد و گروه‌ها در موقعیت‌های جسمانی و اجتماعی - فرهنگی در طول زمان»

بلوم سپس نسخه خود از معادله البی را از طریق «تحلیل ساختاری» ابداعی خود مطرح می‌کند که در آن ملاحظات محیطی در نظر گرفته می‌شود، با این توجیه که بخش‌ها نباید به صورت مجزا در نظر گرفته شوند و عوامل مرتبط و متقابل هستند. کونین (۱۹۸۳، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۷) پیشگیری اولیه را بدین ترتیب توصیف می‌کند:

«پیشگیری اولیه (۱) خودجوش و (۲) جامعه محور است و شامل (۳) پیش‌بینی اختلال بالقوه برای یک (۴) گروه در خطر و معرفی (۵) اقدامات پیش از وقوع

می‌شود که به صورت ۶) مستقیم یا ۷) غیرمستقیم ارائه می‌شوند. این اقدامات با هدف ۸) کاهش بروز اختلال از طریق ۹) ختنی کردن شرایط منجر به آن به کمک ۱۰) افزایش مقاومت عاطفی گروه در معرض خطر انجام می‌شود، به شیوه‌ای که اعضای گروه ۱۱) مورد حفاظت قرار می‌گیرند و ۱۲) توانمندتر می‌گردند.»

در سال ۲۰۰۰، کونین تعریف ذیل را از پیشگیری اولیه ارائه می‌کند:

۱. با هدف کاهش بروز (ایجاد یا سرعت ایجاد موارد جدید اختلال) ارائه می‌شود،
۲. از طریق برنامه‌های هدفمند و مشترک اجرا می‌شود،
۳. گروه‌هایی از افراد سالم یا در معرض خطر در برنامه‌های پیشگیری اولیه در موقعیت‌های محیطی خود شرکت می‌کنند،
۴. به منظور کاهش عوامل خطر مانند منابع استرس‌زا و استثمار در عین ایجاد قابلیت‌های حفاظتی اجرا می‌شوند، و
۵. به هماهنگی توانمند بین مردم و سیستم‌ها منجر می‌شود.

### ترکیب جریان‌های اثرگذار: دو تعریف جامع از پیشگیری

همان‌طور که مشاهده شد، جریان‌های اثرگذار بر پیشگیری متعدد و متفاوت هستند و این تعدد و تنوع به غنای اطلاعات موجود در عین آشفتگی در خصوص ماهیت اصلی پیشگیری منجر شده است. درک کنونی از پیشگیری حول دو محور انجام اقدامات پیش از وقوع اختلال و قرار داشتن آن بر روی یک پیوستار شامل درمان و رسیدگی شکل می‌گیرد. توجه به نقش و عملکرد مشاورین نشان می‌دهد محدودسازی پیشگیری به موارد پیشگیری از اختلالات باعث محدود شدن پتانسیل کمک‌رسانی می‌شود. مشاوران به درمان و پیشگیری از اختلالات در کنار بهبود عملکرد سالم و فرایندها و موقعیت‌های سالم نیز توجه دارند و می‌دانند که بهداشت باید به صورت مفهومی فراتر از نبود بیماری قلمداد شود و بهبود سلامت در افراد (تغییرات لایه اول) و فرایندها و موقعیت‌های سالم (تغییرات لایه دوم) می‌توانند به عنوان راهبردهای قدرتمند پیشگیری عمل نمایند.

بدین ترتیب، نیاز به ایجاد درک گسترده‌تری از پیشگیری با انطباق بیشتری با اخلاقیات، نقش و عملکرد کنونی مشاورین احساس می‌شود. تعاریف جامع‌تر باید «حقیقت» پیشگیری را در نظر بگیرند (بروز بیماری و شیوع اولیه آن را کاهش دهند)، مجموعه‌ای گسترده از اقدامات را شامل شوند و از جریان‌های اثرگذار متعدد در این زمینه نشأت بگیرند.

در دایره‌المعارف پیشگیری اولیه و ارتقای بهداشت (گلو تا و بلوم، ۲۰۰۳) تعریفی جامع از پیشگیری اولیه با هدف دربرگرفتن «نیازهای متخصصین امر در حال حاضر و آینده نزدیک» ارائه شده است:

«پیشگیری اولیه، ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماری است که اقدامات ذیل را با هدف کمک به شرکت‌کنندگان (یا هدایت این افراد به کمک به خود) دربرمی‌گیرد: ۱) پیشگیری از مشکلات قابل پیش‌بینی و مرتبط ۲) حفاظت از سلامت و عملکرد سالم موجود و ۳) ارتقای سلامت روانی اجتماعی برای گروه‌های شناخته شده مردم، شامل الف) تمام مردم که هر یک به ابزارهایی خاص در زندگی نیازمند است، ب) گروه‌های خاص مردم در معرض خطر بالقوه پ) زیرگروه‌های مشخص شده در معرض خطر بسیار زیاد. پیشگیری اولیه از طریق افزایش منابع و قابلیت‌های محیطی جسمی، فرهنگی، اجتماعی، سازمانی، گروهی و فردی در عین کاهش محدودیت‌ها و فشارهای این عوامل تسهیل می‌گردد.»

این تعریف جنبه‌های مهمی از پیشگیری اولیه از قبیل حفاظت، پیشگیری و ارتقا، جنبه‌های ذکر شده در تعریف مؤسسه پزشکی (همگانی، انتخابی و مشخص) و راهبردهای چندگانه اجرای پیشگیری اولیه را در بر می‌گیرد.

### پیشگیری در مشاوره و بهداشت روانی چیست؟

در این‌جا دیگر نیازی به قائل شدن تمایز میان پیشگیری اولیه و پیشگیری نیست، زیرا تعریف گلو تا و بلوم از «پیشگیری اولیه» در حقیقت کاملاً با تعریف «پیشگیری» منطبق است. مطابق سایر نظرات، ضروری است تأکید کنیم درک کنونی پیشگیری حوزه مشارکت عملی مشاورین، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر فعالان در زمینه کاهش بروز

اختلال، هدایت سیر تحول آن به سوی جهت‌های مثبت‌تر و بهینه‌سازی فعالیت سالم را به صورت کافی دربرمی‌گیرد. بدین ترتیب، با توجه به بحث‌های گذشته دربارهٔ پیشگیری، تعریف ذیل را از پیشگیری ارائه می‌کنم:

«پیشگیری یکی از اهداف زندگی روزمره و خدمات مددکاری است که از طریق آن افراد برای تعامل مؤثر و مناسب در سطوح مختلف سیستم‌ها (خرد و کلان، داخلی و خارجی) و موقعیت‌ها (فردی، خانواده، مدرسه، جامعه و محل کار) توانمند می‌شوند. استفاده از پیشگیری می‌تواند به کاهش بروز موارد جدید مشکل، طول و شدت مشکلات در مراحل اولیه و بهبود قابلیت‌ها و عملکرد بهینهٔ افراد منجر شود.»

همان‌طور که مشاهده می‌شود، این تعریف اندکی از برخی تعاریف دیگر و فعالیت‌های قبلی من فاصله دارد. در این جا درک پیشگیری مواردی گسترده‌تر در ابعاد مختلف را شامل می‌شود. این تعریف کوتاه حول ۷ مفهوم کلیدی برگرفته از تعاریف موجود شکل گرفته است که چهار مورد از آن‌ها بیانگر تفاوت این تعریف با تعاریف قبلی است:

۱. پیشگیری هدف است: پیشگیری به معنای جلوگیری از بروز موارد جدید مشکلات، کاهش تعداد یا سرعت بروز موارد جدید، کاهش طول یا شدت موارد جدید در مراحل اولیه و یا بهبود عملکرد بهینهٔ افراد می‌باشد. در زمینهٔ مشاوره، پیشگیری مانند درمان و رشد یکی از اهداف و نه یک شیوه یا فرایند محسوب می‌شود (موریل، اوتینگ و هرست، ۱۹۷۴). به علاوه، اختلاف اول این تعریف با تعاریف قبلی این است که پیشگیری یکی از اهداف خدمات کمک‌رسانی و همچنین زندگی روزمره محسوب می‌شود (مفهوم «پیشگیری روزمره» به طور کامل در فصل ۲ ارائه می‌شود).

۲. توانمندسازی افراد: کمک به افراد برای شناسایی و یا ایجاد قابلیت‌ها و توانایی‌ها در خود یکی از عملکردهای اصلی مشاوران روانشناس مشاوره و سایر متخصصین امر می‌باشد. پیشگیری در بهترین حالت از طریق بهبود سلامت (کوئن، ۲۰۰۰؛ سلیگمن، ۲۰۰۰) در عوض کاهش کمبودها و از طریق کمک به افراد در جهت کسب اثربخشی بیشتر و کنترل بر زندگی خود بدون تعدی به حقوق دیگران انجام می‌شود.

۳. تعامل مؤثر و مناسب: فرایندهای محیطی تعامل افراد در سیستم‌ها از اهمیت والایی در اقدامات پیشگیری برخوردار است. (برونفن برنر، ۱۹۷۹؛ فلنر و سایرین، ۲۰۰۰). مسیرهای رشد (شرایط، موقعیت‌ها و فرایندها) باید افراد گذرنده از خود را مورد حمایت و چالش قرار دهند تا افراد چگونگی تعامل در جهت رسیدن به اهداف خود و عدم تعدی به حقوق دیگران را بیاموزند.
۴. در سطوح مختلف سیستم‌ها: این بخش اختلاف دوم این تعریف با تعاریف قبلی محسوب می‌شود. مطابق درک قدیمی بهداشت عمومی، پیشگیری در سطح همگانی انجام می‌شود که برای پیشگیری از بیماری‌های خاص دارای علل، سیر پیشرفت و شیوه‌های رسیدگی شناخته شده (مانند مالاریا و آبله مرغان) بسیار مؤثر است. برای مشاوران که باید با شرایط و مسایل نامشخص‌تر سروکار دارند، ضروری است پیشگیری به منظور ارتقای عملکرد مثبت افراد در تمامی سطوح انجام شود. سیستم‌های خرد و کلان، داخلی و خارجی نیز ممکن است مانند افراد در معرض خطر باشند و به بهبود نیاز داشته باشند. مسیر رسیدن به سیستم‌ها از موقعیت‌ها مانند خانواده، مدرسه، اجتماع و محل کار می‌گذرد (برونفن برنر، ۱۹۷۹؛ کونین، ۱۹۸۷؛ کونین و کوک، ۲۰۰۴؛ رومانو و هیگ، ۲۰۰۰).
۵. استفاده از پیشگیری می‌تواند به کاهش بروز موارد جدید مشکل منجر شود: درک قدیمی از پیشگیری با هدف کاهش بروز موارد جدید مشکل انجام می‌شود (البی، ۱۹۸۵). پیشگیری در وهله اول به جلوگیری از وقوع موردی نامطلوب (مانند عدم موفقیت تحصیلی) یا کاهش سرعت گسترش این موارد می‌پردازد که همان مفهوم «بروز» مطابق تئوری بهداشت عمومی است. در این جا استفاده تعدی از واژه عمومی «مشکل» در عوض واژه‌های «نارسایی»، «آسفتگی» یا «بیماری»، اختلاف سوم این تعریف یا تعاریف دیگر محسوب می‌شود. ضروری است مشاوران درک نمایند خدمات پیشگیرانه نه تنها برای اختلالات روانی قابل تشخیص، بلکه برای مجموعه‌ای گسترده از مشکلات از قبیل رفتارهای روزمره، اعتیادها و مشکلات زندگی مانند تنهایی، افسردگی و خشم اجرا می‌شوند (رومانو و هیگ، ۲۰۰۰).
۶. کاهش طول و شدت مشکلات در مراحل اولیه: این بخش اختلاف چهارم این تعریف با تعاریف دیگر محسوب می‌شود. پیشگیری از مساله بروز مشکل فراتر می‌رود و هدایت سیر تحول مشکلات جدید که هنوز تثبیت نشده‌اند و



قابل تشخیص نیستند، به سوی جوانب مثبت را نیز شامل می‌شود. مشاوره و اقدام برای بحران (نه تنها درمان) نمونه‌هایی مناسب از انجام پیشگیری از این دست می‌باشد (رومانو و هیگ، ۲۰۰۰)

۷. بهبود قابلیت‌ها و عملکرد بهینه افراد: پیشگیری نه تنها به مشکلات (از طریق دوری یا تغییر جهت سیر تحول آن‌ها) بلکه به بهبود پیامدها و فرایندهای سالم به عنوان مفهومی محوری در «روانشناسی مثبت» (سلیگمن ۲۰۰۲)، مشاوره و روانشناسی مشاوره نیز مربوط می‌شود.

## نتیجه‌گیری

پیشگیری در بهداشت روانی بنیان مشاوره پیشگیرانه است و در کانون تلاش‌های مشاوران و سایر مددکاران برای بهبود سلامت و کاهش اختلالات قرار دارد که به عنوان مشاوره پیشگیرانه توصیف می‌شود. هدف از ارائه این بخش تأکید بر نیاز به پیشگیری در بهداشت روانی، کشف برخی از جریان‌های اثرگذار شکل‌دهنده پیشگیری و ارائه تعریفی جدید و جامع از پیشگیری می‌باشد.

از نظر نیاز، تقاضا برای خدمات بسیار بیشتر از وجود متخصصین مرتبط است، خصوصاً اگر ارائه خدمات درمانی انفرادی در کانون این خدمات باقی بماند. پیشگیری مکملی مهم و منحصربه‌فرد برای رویکرد ارائه خدمات کلی محسوب می‌شود، زیرا تلاش در رسیدگی به افراد و سیستم‌ها پیش از بروز مشکل یا در مراحل اولیه آن می‌نماید. همچنین گشت‌وگذاری کوتاه در ۱۷ جریان اثرگذار بر فرایند پیشگیری داشتیم که عبارت‌اند از (۱) چشم‌انداز بهداشت عمومی (۲) روانکاوی پیشگیرانه (۳) الگوی ترکیبی پیشگیری (۴) الگوی منحصربه‌فرد پیشگیری (۵) الگوی فراگیر پیشگیری (۶) الگوی دانش پیشگیری (۷) الگوی موسسه پزشکی (۸) رویکردهای کاهش اختلال (DR) در برابر ارتقای سلامت (HP) (۹) چشم‌انداز در معرض خطر (۱۰) چشم‌انداز مسیرهای سلامت (۱۱) اصل نیکی (۱۲) الگوی محیطی (۱۳) چشم‌انداز عدالت اجتماعی / تجربه اجتماعی (۱۴) چشم‌انداز توانمندسازی (۱۵) چشم‌انداز خودجوش و واکنشی (۱۶) راهبردهای سیستم‌محور و فردمحور (۱۷) تعاریف مهم مختلف از پیشگیری اولیه

از درآمیختن اینجریان‌های اثرگذار رودخانه بزرگ و نسبتاً گل‌آلود پیشگیری شکل می‌گیرد. در انتهای این فصل تعریف جامع پیشگیری از گلو تا و بلوم نقل می‌شود که بر پیشگیری، ارتقا و حفاظت در کنار سایر عوامل تأکید دارد. درنهایت من نیز تعریفی جامع ارائه می‌دهم که با تکیه بر ۷ محور اساسی، از ۴ جنبه ذیل با سایر تعاریف متفاوت است:

- ۱) پیشگیری یکی از اهداف زندگی روزمره و خدمات کمک‌رسانی است.
- ۲) پیشگیری در سطح جامعه و تمامی سطوح دیگر اجرا می‌شود.
- ۳) علاوه بر اختلالات عمده و قابل تشخیص، مجموعه گسترده‌ای از مشکلات زندگی قابل پیشگیری هستند و
- ۴) پیشگیری شامل کاهش بروز بیماری، طول و شدت موارد در حال تکوین آن می‌باشد.

همان‌طور که در این فصل مشاهده شد، مشاوران حرفه‌ای روانشناسان مشاوره، مددکاران اجتماعی و سایر متخصصین مرتبط باید پیشگیری را در میان شیوه‌های فعالیت خود قرار دهند تا بتوانند از پیامدهای جدی ناشی از عدم تعادل نیاز و تأمین در خصوص خدمات درمانی جلوگیری شود. گنجاندن مؤثر پیشگیری در این فعالیت‌ها می‌تواند قدرت آن‌ها را در ایجاد و القای سلامت در جامعه چند برابر نماید و مشاوره پیشگیرانه یکی از شیوه‌های سازمان یافته برای نیل به این هدف ارزشمند است.

### چند نکته برای تفکر و بحث

۱. چرا «نجات تک تک افراد» مفهومی «بدون برنده» و نامنطبق با عدم تعادل نیاز با تأمین در بهداشت روانی می‌باشد؟ مثال بزنید.
۲. «مفهوم بروز» در پیشگیری اولیه را تعریف و اهمیت آن را برای پیشگیری در بهداشت روانی را تشریح کنید.
۳. کنفرانسی ۱۵ دقیقه‌ای در خصوص اهمیت پیشگیری در بهداشت روانی و نکات کلیدی در این زمینه آماده نمایید.
۴. با یکی از همکلاسان خود ۱۷ جریان اثرگذار بر فرایند پیشگیری را بررسی کنید. کدام سه مورد در نظر هر یک از شما مهم‌تر هستند؟ چرا؟

۵. تفاوت رویکردهای خودجوش و واکنشی از نظر کاتالانو و دولی چیست؟ برای هر یک مثالی ذکر کنید.
۶. پیشگیری سیستم‌محور از پتانسیل بالایی برای پیشگیری برخوردار است، اما انجام آن ساده نیست. دو بخش این جمله را توضیح دهید و چند شیوه برای تغییر سیستم‌ها توسط مشاورین و روانشناسان پیشنهاد کنید.
۷. با کدام یک از ۷ محور تعریف نهایی پیشگیری موافق و با کدام موارد مخالف هستید؟ درباره آن‌ها با دوستان خود بحث کنید.
۸. بقیه کتاب به استفاده مشاوران از پیشگیری اختصاص دارد. چه ایده‌هایی راجع به این مسأله دارید؟ چند مورد را بنویسید و در حین خواندن ادامه کتاب آن‌ها را در نظر داشته باشید. کدام موارد تأیید و چه مواردی اضافه می‌شوند؟ چه مواردی تغییر می‌کنند؟ چه موارد مهمی در نظر گرفته نمی‌شوند؟