

## نگاهی نو به فرایند پیشگیری

روزنامه‌های عامیانه و مجله‌های تخصصی از افزایش نگران‌کننده اضطرابها، افسردگیها، خشونتها، بزهکاریها و به طور کلی اختلالهای روانی در کودکان و نوجوانان و آثار مخرب آنها بر خانواده‌ها و گروههای اجتماعی خبر می‌دهند. آمارهای ملی و بین‌المللی درباره تعداد فزاینده کودکانی که در فقر زندگی می‌کنند، در معرض سوء مصرف مواد و خشونت قرار دارند، در مهار خشمهای خود ناتوانند، از مشکلات خاص مانند بی‌مهارت‌های حرکتی و اختلالهای یادگیری رنج می‌برند یا به اختلالهای خلقی، ارتباطی، هراس و وسواس مبتلا هستند، بسیار هشداردهنده‌اند و مهمتر آنکه، تخمینهای سازمان بهداشت جهانی نیز از افزایش پنجاه درصدی فراوانی اغلب اختلالها در کودکان و نوجوانان تا سال ۲۰۲۰ میلادی خبر می‌دهند.

اهمیت این آمار و ارقام با برجسته کردن دو نکته آشکار می‌شود: نخست آنکه همه متخصصان سلامت روانی کودکان و همه الگوها و نظریه‌هایی که خطوط تحول رفتار انسانی را ترسیم کرده‌اند در این مورد هم‌رأی‌اند که بروز مشکلات در نخستین سالهای زندگی، طلیعه سازش نیافتگیهای بعدی است و اغلب مشکلات انحلال‌نا یافته دوره‌های تحول به صورت یک جنبه پایدار رفتار انسانی در می‌آیند. دوم، در سراسر جهان، اعم از کشورهای صنعتی یا در حال توسعه، تعداد درمانگران و متخصصان بالینی در برابر نیاز فزاینده گروههای مختلف اجتماعی به درمان بسیار اندک است و مشکلات روانشناختی انسانهای عصر ما به مراتب بیش از آن است که متخصصان بهداشت روانی بتوانند پاسخگوی آنها باشند. برای مثال، آمارهای اخیر در امریکا، حکایت از آن دارند که فقط ۳۳٪ از بزرگسالان و ۲۴٪ از کودکانی که دارای ضوابط افسردگی هستند از خدمات درمانی بهره می‌گیرند.

پس اگر پیامدهای ابتلا به اختلالهای روانشناختی در پایین‌ترین سطوح زندگی غالباً تا بزرگسالی پا بر جا می‌مانند و اگر امکان ارائه خدمات بالینی به همه افراد نیازمند در هیچ نقطه‌ای از جهان وجود ندارد، تنها راهی که باقی می‌ماند انجام اقدامهای پیشگیرانه یعنی دنبال کردن همان مسیری است که در پزشکی پیموده شده و می‌شود. اما مشکل اصلی، تعیین این نکته است که پیشگیری چه هست یا چه نیست؟ تا سالهای اخیر، سطوح مختلف پیشگیری با عناوین پیشگیریهای اولیه، ثانویه و ثالث مشخص می‌شدند. در سطح اول، به افزایش حمایت اجتماعی، حذف منابع تنیدگی و بخصوص افزایش توان مقابله فرد با عوامل تنیدگی‌زا می‌پرداختند. در سطح دوم، کسانی که در معرض خطر بروز اختلالهای روانی قرار داشتند و یا نشانه‌های مرضی اندکی را نشان می‌دادند ردیابی و درمان می‌شدند و بالاخره در سطح سوم، جلوگیری از تشدید یا عود بیماری و کمک به بیماران درمان شده برای از سرگیری یک زندگی مستقل، هدف اصلی بود. اگرچه سودمندی مداخله‌ها در سطوح مذکور در قلمروهایی مانند تأخیر عقلی، نابهنجاریهای تحولی، تجاوزهای جنسی و ... به اثبات رسیده بود اما پژوهشهای ارزشمند مروری اخیر با برجسته کردن تأثیر اقدامهایی مانند پیشگیری زودرس، کاربرد روی‌آوردهای سیستمی، ایجاد تناسب بین شیوه‌های مداخله با طیف متنوع مشکلات و بالاخره برپا کردن کارگاههای آموزشی برای حمایت از دانش و عمل پیشگیری، توانسته‌اند زمینه را برای ایجاد وضوح بیشتر در فرایند پیشگیری آماده سازند و دست‌اندرکاران تأمین بهداشت روانی جوامع را قانع کنند که **پیشگیری به مجموعه فعالیتهایی اطلاق می‌شود که قبل از بروز اختلال تحقق می‌یابند و اقدامهای انجام شده پس از بروز اختلال را در خارج از میدان خود قرار می‌دهد.**

بنابراین در حال حاضر، اصطلاح پیشگیری به فعالیتهایی پوشش می‌دهد که با عناوین **همگانی، گزینشی و نشانه‌ای** مشخص شده‌اند. برنامه‌های **پیشگیری همگانی** بر مجموعه افراد جامعه یا گروههای وسیع، بدون در نظر گرفتن میزان خطر در سطح فردی، متمرکز می‌شوند. آموزش به همه والدین در مدرسه را می‌توان نمونه‌ای از این نوع پیشگیری دانست. در **پیشگیری گزینشی**، افراد یا زیر - گروههایی هدف قرار می‌گیرند که میزان خطر بروز یک مشکل یا اختلال خاص در برهه‌ای از زندگی آنها بسیار زیاد است. بالاخره، هدف **پیشگیری نشانه‌ای** کسانی هستند که نشانه‌های معدودی از یک اختلال روانی یا جسمانی خاص را نشان می‌دهند بدون آنکه در زمان مداخله دارای ضوابط کامل آن اختلال باشند.

پس اینک با توجه به دانش کنونی ما از علت‌شناسی اختلالها و عوامل خطرآفرین، بهترین روی‌آورد در زمینه پیشگیری، بسیج کامل نیروهای مادی و معنوی هر جامعه به منظور ایجاد موانع در راه بروز اختلالها از پایین‌ترین سنین و به حداقل رساندن آسیبها نه فقط در سطوح فردی و خانوادگی که در سطوح گروهی و اجتماعی است تا **«کاری کرده باشیم»** پیش از آنکه **«کاری از ما ساخته نباشد»**.