

پیشگیری از سوءمصرف مواد بین کودکان و نوجوانان: روش خاستگاه سلامت ما را به کجا هدایت می‌کند؟^۱

حمید صرامی^۲، راهب دشتی^۳، محمود مینویی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۲۰

چکیده

تحول «دانش پیشگیری» باعث ارتقاء پژوهش در حوزه سوءمصرف مواد شده است. به گونه‌ای که گاهی، به جای اولویت دادن و برجسته کردن عامل‌های محافظ به‌طور آشکارا بر عامل‌های خطر تأکید کرده است. در دهه‌ی ۱۹۸۰ میلادی، آنتونفسکی الگوی جدید «خاستگاه سلامت» را پیشنهاد داد که پایه‌ی نظری و عملی متفاوتی برای ساختن و ارزیابی کردن برنامه‌های پیشگیری را فراهم ساخت. طبق مدل خاستگاه سلامتی، برنامه‌های پیشگیری باید چنان گسترش یابند که عامل‌های حمایتی موجبات ارتقاء افزایش قابل درک بودن، قابل کنترل بودن و معنی‌دار بودن و همچنین سیستم‌هایی که جوانان در آن زندگی می‌کنند را شامل شود. این مطالعه برنامه‌ها و تحقیقات خاستگاه سلامت محور را تشریح می‌کند و با کمک این نظریه پیشرفت اجراء و تحقیق در حوزه‌ی سوءمصرف مواد را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.

واژگان کلیدی: سوءمصرف مواد، نوجوانان، خاستگاه سلامتی، پیشگیری

۱. این متن ترجمه مقاله « Preventing drug abuse among children and adolescents: where does the salutogenic approach direct us? » است که توسط شیفراسگی، عضو گروه آموزش دانشگاه بن گوریون-نوگ،

بیرشوا در سال ۲۰۱۴ نوشته شده است.

۲. نویسنده مسئول: مدرس دانشگاه و پژوهشگر حوزه اعتیاد و مواد مخدر. پست الکترونیک: hamid.sarrami@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد زبان و ادبیات انگلیسی و پژوهشگر حوزه اعتیاد و مواد مخدر

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی و پژوهشگر حوزه اعتیاد و مواد مخدر

مقدمه

مفهوم پیشگیری اولیه^۱ - به طوری که امروزه در حوزه سلامت عمومی و سلامت عاطفی پذیرفته شده است - اولین بار در دهه ۱۹۶۰ میلادی پدیدار شد (کاپلان، ۱۹۶۴؛ ساراسون، لوین، گلدنبرگ، چرلین و بنت^۲، ۱۹۶۶) و بدین ترتیب مرحله‌ای کاملاً چشمگیر و متفاوت را در گفتمان پژوهشی در ارتباط با بیماری و سلامتی و عملی کردن آن به وجود آورد. این روش با فضای سیاسی آمریکا در آن زمان مقارن شد و فقط عده کمی در مقابل آن به اعتراض برخاستند (البی^۳، ۱۹۹۸). با وجود این، برای مدت طولانی این مفهوم در حاشیه گفتمان باقی مانده بود، در حالی که درمان بیماری قبل از ظهور این الگو (طبق نظر کاپلان^۴ «پیشگیری درجه سوم»^۵)، هم از نظر سلامت فیزیکی و هم از نظر سلامت عاطفی در مرکز توجه قرار داشت (البی، ۱۹۹۸) (بوون، ریچ، بروستر و بوون^۶، ۱۹۹۸). البته این تحول، مفاهیمی برای آموزش و اجراء را در بر می گیرد.

در دهه‌ی ۱۹۹۰ میلادی پیشگیری اولیه دوباره مورد توجه قرار گرفت (کاپلان، ۱۹۶۴) به گونه‌ای که دانش پیشگیری^۷ به عنوان یک حوزه مطالعاتی بین رشته‌ای جدید، در متون آسیب‌شناسی روانی، جرم‌شناسی، شیوع‌شناسی بیماری‌های روانی، رشد کودک و آموزش مورد پیشنهاد قرار گرفت. در سال ۱۹۹۳، فصلنامه روان‌شناسی با عنوان روان‌شناس آمریکایی^۸، مقاله‌ای را که توسط گروهی تدوین شده بود، منتشر ساخت که به بحث و بررسی درباره این موضوع پرداختند، به طوری که مورد حمایت مؤسسه ملی سلامت روان^۹ ایالات متحده آمریکا قرار گرفت و مقاله با عنوان «دانش پیشگیری: یک چهارچوب عقلی و چند دستوره‌العمل برای یک برنامه‌ی پژوهشی ملی» چاپ شد (کوی، استفان، هوکینز، اسارنو، مارک من، رامی، شور و لانگ^{۱۰}، ۱۹۹۳). این مقاله موجب موفقیت علمی بزرگ در تفکر روان‌شناسی شد. مخصوصاً در آمریکا نه تنها مورد قبول واقع

1. Primary prevention
2. Sarason, Levine, Goldenberg, Cherlin & Bennet
3. Albee
4. Kaplan
5. Tertiary prevention
6. Bowen, Richman, Brewster & Bowen
7. Science of prevention
8. American psychologist
9. National institute of mental health
10. Coie, Watt, Stephen, Hawakins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure & Long

گردید بلکه موجب شد تا پیشگیری به عنوان یک حوزه مهم تحقیق مورد تأکید قرار گیرد. هدف دانش پیشگیری به عنوان «پیشگیری یا ملایم کردن عملکرد ناقص انسانی» تعریف شده است (کاپلان، ۱۹۶۴).

یکی از مهم ترین اهداف دانش پیشگیری، آن چنان که در مقاله شرح داده شده است، پژوهش های انجام شده بر روی دلایل بیماری یا عملکرد ناقص، یعنی، عامل های خطر و عامل های حفاظت کننده بود. نویسندگان در این پژوهش های بنیادین، اساس رابطه بین دانش و عمل در مداخله های پیشگیرانه را مورد بررسی قرار دادند. از طرف دیگر، تجربه هایی را در حوزه ی مداخله ها افزودند و توانستند نظریاتی درباره ی دلایل بدکار کردی و فرآیندهای رشدی که منجر به بیماری یا سلامتی می شوند را فراهم سازند. پذیرش این روش به عنوان یک حوزه ی پژوهشی درست و معنی دار در روان شناسی و در آموزش، منجر به رشد پژوهش در حوزه ی پیشگیری از سوء مصرف مواد، به ویژه در مطالعات ارزیابی مداخله ها در این عرصه شده است.

۱۱۷

با وجود این، حتی زمانی که پیشگیری به عنوان یک حوزه پژوهشی مورد توجه قرار گرفت (به گونه ای که این موضوع یک انقلاب مهم بود)، به جای اهمیت دادن و برجسته کردن عامل های حفاظتی، آشکارا، روی عامل های خطر تأکید شده است. در مقاله چاپ شده در سال ۱۹۹۳، تنها یک بخش کوتاه (از ده بخش) به افزایش دانش عامل های حفاظتی از قبیل انعطاف پذیری روانی، مزایای مهارتی و محیطی اشاره شده است. به گونه ای که در این بخش، تأکید زیادی به پژوهش در مورد گروه های در معرض خطر شده تا نسبت به تشخیص و تشریح کسانی که با وجود خطرات در غلبه بر مشکلات مبادرت می کنند، ما را یاری کنند. در این مطالعه در خصوص عامل های حفاظتی/عامل های انعطاف پذیری در میان عموم مردم ذکری به میان نیامده است. بنابراین، حتی زمانی که یک تغییر در این مسیر رخ دهد، روش به سمت تحقیق پیشگیرانه در سلامت فیزیکی و ذهنی هدایت خواهد شد. نکته اساسی حذف رویکرد و عامل بیماری زا^۱ است.

رویکرد بیماری‌زایی^۱ - که امروزه در پزشکی غرب و تفکر روان‌شناسی از نظر عموم مورد پذیرش قرار گرفته - به سیستم انسانی طوری نگاه می‌کند که توسط یک عامل بیماری‌زا مورد حمله واقع شده و هر عاملی (اعم از یک میکروب یا هر خطر دیگری) که سبب به وجود آمدن آسیب شود؛ یک بیماری مزمن یا حاد تلقی خواهد شد.

روش زیستی - اجتماعی - روان‌شناسی نیز بر این اساس بنا نهاده شده است، اما عامل‌های بیماری‌زا را فراتر از عامل‌های زیست‌شناختی در نظر گرفته و عامل‌های روان‌شناسی و اجتماعی را نیز به آن اضافه می‌کند. به بیانی دیگر، اگر ما تنها از آسیب‌زدن عامل‌های بیماری‌زا پیشگیری کنیم، حال‌مان خوب خواهد شد. اساس تمام روش‌های بیماری‌زا، تقسیم دوگانه بین کسانی است که به واسطه یک عامل بیماری‌زا آسیب دیده و در نتیجه از نظر فیزیکی یا جسمانی بیمار شده‌اند و بقیه، بدون آسیب باقی مانده‌اند. به عبارت دیگر، اساس روش بر این استوار یافته که مردم سالم باشند. تمام کاری که مردم باید انجام دهند این است که از عامل‌های خطر یا بیماری‌زا دوری کنند. حتی محققانی که تلاش نموده‌اند تا مفاهیم پیشگیری را ارتقا بخشند یا سلامتی را افزایش دهند ترجیحاً نظرات‌شان را بر پایه‌ی این تقسیم دوگانه قرار داده‌اند. اگر ما این دستورالعمل را در سطح اجتماعی و آموزشی بپذیریم، آنچه ما باید به عنوان یک جامعه انجام دهیم کاهش یا حذف عامل‌های خطر است تا بدین وسیله از بیماری یا کژکاری، پیشگیری شود. به عنوان محقق، ما باید مشخص کنیم که این عامل‌ها چه هستند و به عنوان آموزش‌دهنده، ما باید آنها را از زندگی کودکان و نوجوانان حذف کنیم تا همواره سالم بمانند.

در اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی، آنتونفسکی^۲ یک الگوی جدید فکر کردن درباره‌ی بیماری و سلامت را پیشنهاد داد و همچنین از پیشگیری به عنوان ارتقاء سلامت یاد کرد. او نظریه‌ی خاستگاه سلامتی^۳ که محقق را به سمت نظریه و عمل هدایت می‌کند را به جای نظریه‌ی بیماری‌زا پیشنهاد داد (آنتونفسکی، ۱۹۹۶). فرضیه فلسفی اساسی نظریه‌ی خاستگاه سلامتی این است که چه چیزی در مسیر دو روش متفاوت، تمایز ایجاد می‌کند. به جای مشاهده‌ی سیستم

انسانی به عنوان یک مجموعه‌ی سالم، به جزء زمانی که این سیستم توسط نوعی بیماری مورد حمله قرار می‌گیرد، روش خاستگاه سلامتی سیستم انسانی را به عنوان یک مجموعه اساساً ناسالم می‌بیند که دائم توسط فرآیندها و عامل‌های مختل‌کننده که نمی‌توان از آنها پیشگیری کرد (شامل هدف غایی این سیستم، مرگ) مورد تهاجم قرار می‌گیرد.

فرضیه خاستگاه سلامتی بر این استوار است که هر شخصی در دنیایی از محرک‌ها زندگی می‌کند که باعث برانگیختن فشارهای^۱ دائمی و غیرقابل اجتناب خواهد شد. خواندن روزنامه در صبح، گوش دادن اخبار در عصر، آلودگی محیطی که ما را تهدید می‌کند، هر کدام از این موارد، حالتی از فشار متوالی را برای هر فرد به وجود می‌آورد. افراد جوان در وضعیتی از فشار بدون وقفه، در دنیای جدید یا فرامردن زندگی می‌کنند یا بعضاً چنین به نظر می‌رسد. اگر ما زندگی را در این جهان این‌گونه مشاهده کنیم، آراء و به‌ویژه سؤال‌های مختلفی در حوزه‌ی پیشگیری، سلامت و افزایش سلامتی را گسترش خواهد داد. به جای بررسی و تحقیق درباره اینکه عامل‌های خطر چه مواردی هستند، فرض می‌کنیم که در هر صورت، این عامل‌ها در تمام طول زندگی ما را محاصره کرده و معمولاً ما نمی‌توانیم از آنها پیشگیری کنیم. در این راستا این سؤال مطرح خواهد شد که با وجود قراردادن حالت دائمی خطر و تهدید در اطراف مان چگونه است که بیشتر مردم از نظر فیزیکی یا عاطفی بیمار نیستند (برای مثال، بیشتر جوانان معتاد به مواد مخدر نیستند). خاستگاه سلامتی تغییر جواب دوگانه سلامتی در مقابل بیماری را به فکر کردن در چهارچوب یک مدل زنجیره‌ای بین راحتی و بیماری، پیشنهاد می‌کند. این رویکرد پیشنهاد می‌کند تا مسئله عامل‌های خطر با این موضوع که ما تا چه اندازه می‌توانیم با مشکلات دنیای اطراف مان کنار آمده و آنها را حل کنیم، جابه‌جا می‌شود.

از نظر پیشگیری، روش خاستگاه سلامتی ما را به کجا هدایت می‌کند؟

همان‌طور که فرضیه اصلی کسانی که پیشگیری و ارتقاء سلامتی را ترویج می‌دهند عامل‌های بیماری‌زا است، دانش پیشگیری به‌طور عمده در برگیرنده‌ی کسانی است که در

معرض خطر هستند و با عامل‌های خطر و بیماری‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند. تمرکز به رویکرد عامل‌های بیماری در طراحی بسیاری از برنامه‌ها برای ارتقاء پیشگیری و کاهش عامل‌های خطر بیان شده است. به‌منظور پاسخ‌دهی به مسئله پیشگیری، از نظر خاستگاه سلامتی، ما باید کمتر روی عامل‌های خطر و بیشتر درباره عامل‌هایی که ما را به سمت سلامتی در زنجیره راحتی-بیماری به جلو می‌برند و ما نیز در هر حالتی با آنها زندگی می‌کنیم، تمرکز کنیم. پس، مسیر خاستگاه سلامتی در پیشگیری، به این معنا است که ما درباره‌ی عامل‌های خطر تحقیق و آنها را حذف نمی‌کنیم، اما بیشتر عامل‌هایی را مورد بررسی قرار می‌دهیم که فعالانه فرد را قادر می‌سازد تا سلامتی‌اش را حفظ و آن را ارتقا بخشد. اینها عامل‌هایی است (که توسط کوی و همکاران شرح داده شده) یا از نظر الگوی خاستگاه سلامتی، ما را حمایت می‌کنند (آنتونفسکی، ۱۹۸۷).

بنابراین، روش خاستگاه سلامتی ما را به موارد زیر تشویق می‌کند:

- تحقیق کردن در مورد تمام جمعیت (و نه تنها گروه‌هایی که در معرض خطر هستند) به‌علت اینکه جایی در زنجیره راحتی-بیماری دارند.

- به‌جای جستجو در مورد دلایل بیماری یا کژکاربردی، روی عامل‌هایی که سلامتی را ارتقا می‌بخشد و آنها را طلب می‌کنند، تمرکز کنیم.

- پاسخ به سؤالات خاستگاه سلامتی می‌تواند زیاد و متفاوت باشد: از جمله توجه به عامل‌های جامعه‌شناسی، عامل‌های ارثی، عامل‌های رشد و عاطفی. ادبیات علمی در دهه‌های اخیر در ارتباط با کودکان منعطف که در خوب زنده ماندن و کار کردن در محیط‌های در معرض خطر (مثل خانواده، مدرسه یا همجواری با همسایگان کوتاه‌نظر و تهیدست) هستند و موفق عمل کرده‌اند، توسعه یافته و شواهد روزافزونی از عامل‌های انعطاف‌پذیر چشمگیر که می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای برای برنامه‌های پیشگیری به خدمت گرفته شوند را فراهم کرده است (کون و ورک، ۱۹۸۸) (ولف، ۱۹۹۸).

از دیدگاه آنتونفسکی خاستگاه سلامتی تمام موارد را در بر گرفت به‌گونه‌ای که مفهوم

شناخت فردی شامل بخش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری - را در «حس انسجام»^۱ - احصاء کرد. او به این مفهوم - زمانی که در مورد یک عامل مشترک که می‌توانست منابع مختلف حاضر در ادبیات پژوهشی را به یکدیگر پیوند دهد - دست یافت، به عامل‌های کمک‌دهنده جهت مقابله خوب و افزایش سلامتی (نظیر حمایت اجتماعی، ایمان، پول در میان دیگر عامل‌ها) اشاره کرد. در الگوی ارائه‌شده توسط آنتونفسکی، عامل مشترک و اساسی در مورد تمام منابع که در تجربه‌های زندگی مؤثر بوده و پایه یک دیدگاه جهانی است، پیشنهاد شد. او این دیدگاه جهانی را، حس انسجام نامید (آنتونفسکی، ۱۹۸۷). بنابراین، حس انسجام مفهومی است که یک نگرش و جهت‌شناختی را نشان می‌دهد و تمایل دارد تا جهان را به عنوان یک جای منطقی و نه هرج و مرج معرفی کند و به این ترتیب آن را عاطفی و سودمند، اداره کند.

ارکان حس انسجام شامل سه جزء یعنی قابل درک بودن^۲، قابل مدیریت بودن^۳ و معنی دار بودن^۴ است. قابل درک بودن به تمایل شناختی اشاره می‌کند به گونه‌ای که در جهان، نظم حاکم شده و بدین وسیله درک محرک‌ها و مشکلات ایجاد شده توسط فشار را، تسریع بخشد. قابل مدیریت بودن به تمایلی اشاره می‌کند که انتظار می‌رود فرد با توجه به تدابیری^۵ که در دسترس دارد یا به افرادی که وابسته است بر تقاضاهای مطرح شده توسط عامل‌های فشار غلبه کند. معنی دار بودن به گرایشی اشاره می‌کند که به زندگی به عنوان چیزی معنی دار نگاه می‌کند. این معنی به فرد اراده و انگیزه برای حل کردن مشکلات را ارائه کرده و تمایلی است که تقاضاهای عامل‌های فشار را به عنوان چالش‌هایی می‌بیند که نیازمند تلاش و سرمایه‌گذاری بوده تا بر آنها فائق شود.

بحث

اگر روش خاستگاه سلامت را بپذیریم، باید رویکرد اصلی خود نسبت به مفهوم پیشگیری و مشتقات آن را تغییر دهیم. دانش پیشگیری به طوری که توسط کوی و همکارانش

1. Sense of coherence
4. Meaningfulness

2. Comprehensibility
5. Resource

3. Manageability

تعریف شده، فعالیتی را در بر می گیرد که اصولاً یا پیشگیری کننده است، یا بی اثر کننده یک محرک مانند یک بیماری یا رفتار نامطلوب است و عامل ایجاد کننده تغییر را معمولاً ملایم می سازد. چنین روشی اغلب یک هدف مشخص را ارائه می کند به گونه ای که بر ضد رفتار نامطلوب برنامه ی پیشگیری عمل کرده و در نتیجه پیام های منفی بیماری یا رفتار نامطلوب را مورد هدف قرار می دهد.

زمانی که با الگوی خاستگاه سلامتی حرکت می کنیم، روش پیشگیری به طور اساسی دارای یک معنی متفاوت خواهد بود. اصول خاستگاه سلامتی تعلیم می دهد که باید با برنامه های پیشگیری با روشی ارتباط برقرار کنیم که اهداف مثبت و کلی نگر را مورد تأکید قرار داده تا هدف مورد نظر حاصل شود. این بدان معناست که به جای پرسیدن در مورد عامل های خطر و پیشگیری کردن از آنها، ما به دنبال عامل های خاستگاه سلامتی که به ترقی حس انسجام (در فرد و گروه) کمک می کنند، باشیم و تلاش کنیم تا آنها توسعه و رشد یابند.

ذکر این نکته ضروری است که حس انسجام واقعاً یک مفهوم قوی و قابل توجه است که توسط بسیاری از مطالعات در سرتاسر جهان به عنوان یک عامل برجسته در پیشرفت سلامتی و رفاه مورد حمایت قرار گرفته است. با وجود این، می توانیم دیگر مفاهیم خاستگاه سلامتی را موافق با دیدگاه آغازگران و فعالان چنین برنامه هایی همراه کنیم. روش پیشگیرانه که از مدل خاستگاه سلامتی پدید آمده است ما را هدایت می کند تا روی عناصری که عامل های خاستگاه سلامتی (شناختی، عاطفی و رفتاری) در بین جوانان را تقویت می کند، تأکید کنیم:

- فراگیری مهارت ها به منظور قابل درک و فهم نمودن جهان.
 - گسترش تدابیر شخصی و اجتماعی که در دسترس افراد جوان قرار دارند.
 - شفاف سازی معنای زندگی و توانمندسازی برای مواجهه با چالش های دنیا.
- فراتر از تشدید حس انسجام فردی، ضروری است گستره مداخله روی سطح بومی¹ و اصولی که در آن افراد جوان در حال رشد هستند را گسترش دهیم. به گونه ای که به جای

تمرکز و مؤثر کردن برنامه‌ها برای گروه‌های ویژه‌ای که در معرض خطر هستند، روی کل جمعیت تمرکز کنیم. اهمیت کاربردی، به جلو راندن جوامع (مانند مدارس، همسایه‌ها و دیگران) می‌است تا حس قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی‌دار بودن در میان اعضا تقویت شود. ارزیابی انجام‌شده روی برنامه‌های خاستگاه سلامتی مانند این موارد، ما را به سمت و سوی بررسی افزایش حس انسجام میان شرکت‌کنندگان، هم به صورت فردی و هم به صورت سیستمی هدایت خواهد کرد.

در سال‌های اخیر، شاهد رشد زیاد در مطالعه انعطاف‌پذیری بوده‌ایم به طوری که ما را به سمت ادغام بین دو روش و تمرکز روی مطالعه روابط دوطرفه بین عامل‌های خطر و حفاظتی - خاستگاه سلامتی - هدایت می‌کند (روزمن و آویاد، ۱۹۹۰). چنین روش منسجمی باید از یک سو به پیشرفت جهت خاستگاه سلامتی و از سوی دیگر به تقویت جهت کلی‌نگر بدون غفلت از عامل‌های عاطفی، اجتماعی و محیطی و با لحاظ مسئله ویژه پیشگیری از سوء مصرف مواد کمک کند.

تاکنون چه اقداماتی صورت پذیرفته است؟

یک بررسی پژوهشی نشان داده است که تعدادی از عامل‌ها (برای مثال مهارت تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس و کارایی) به‌ویژه در میان جوانانی که به‌عنوان افراد در معرض خطر تعریف شده‌اند، باعث افزایش انعطاف‌پذیری می‌شود. ادبیات پژوهشی به این نکته دست پیدا کرده است که درحقیقت بعضی از عامل‌های حفاظتی، مهارت‌های مقابله‌ای را منعکس می‌کنند، مهارت‌های زندگی توسط کودکان منعطف تا زمانی که با محیط تعامل برقرار می‌کنند به دست می‌آید.

این مهارت‌ها پایه اساسی برای شروع برنامه‌های پیشگیری هستند. بنابراین، در دهه‌های اخیر در حوزه‌ی پیشگیری از سوء مصرف مواد، بعضی برنامه‌ها با مهارت‌سازی و تقویت حس توانایی شخصی، از الگوی چند بخشی منتج شده‌اند که به سمت ساختن و تقویت

کردن عامل‌های روانی - اجتماعی هدایت شده‌اند (روزمن و آویاد، ۱۹۹۰) (فینگلد، ۱۹۹۶). اما برخلاف این گونه پیشرفت‌ها، بعضی برنامه‌های مثبت و خلاقانه، اهمیت را روی عامل‌های خطر قرار داده و متولیان را در قسمت محتوا و درون‌مایه پیشگیری از کژکاری (یا بیماری) رها کرده و در بهترین حالت با پیشنهادهایی برای یک سبک زندگی سالم رهنمون ساخته‌اند.

با وجود این، در مطالعات ارزیابی‌کننده مربوط به اثربخشی این گونه برنامه‌ها، مبرهن شد که آنها تنها به تغییر نگرش نسبت به مواد کمک نکرده‌اند بلکه همچنین متغیرهای شخصی از قبیل جایگاه کنترل^۲، تصویر خود^۳، نیاز برای پذیرش^۴ و دیگر موارد را تحت تأثیر قرار داده‌اند (هانسن^۵، ۱۹۹۲). برای مثال، پژوهشی که به ارزیابی برنامه‌ی آموزش مقاومت درباره‌ی سوءمصرف مواد^۶ بوده و به‌طور گسترده و مفصل در دهه‌ی ۱۹۹۰ در مدارس آمریکا مورد استفاده قرار گرفت، نشان‌دهنده اثرات مثبت برنامه‌ها بوده‌اند، اگرچه هنوز، تأکید روی مسئله مواد داشته‌اند (کاپلان، ۱۹۶۴). پژوهش‌های مشابه دیگر نیز عمدتاً برنامه‌ها و توانایی‌شان را بر پایه‌ای قرار داده‌اند تا از سوءمصرف مواد مخدر پیشگیری کنند و مقاومت در برابر مصرف را افزایش دهند (فینگلد، ۱۹۹۶) (ناون و لیبرمن^۷، ۱۹۹۲).

مطالعات انگشت‌شمار تأثیرات این گونه برنامه‌ها را طی زمان و در مقایسه با گروه‌های کنترل، روی عامل‌های گسترده‌ی خاستگاه سلامتی (در مورد فرد و سیستم مدرسه) مورد ارزیابی قرار داده‌اند. چنین پژوهش‌هایی توانستند دانش درباره رابطه بین توسعه خاستگاه سلامتی و عامل‌های خطر را غنی سازند.

برای مثال، مطالعه‌ی ساگی، کوما‌ی و فینگلد^۸، (۱۹۹۵) که مسئله ویژه تغییر در نگرش به مواد را مورد بررسی قرار داده بود، مشخص کرد که برخلاف اینکه هیچ تغییر چشمگیری در نگرش به مواد، بعد از برنامه مداخله مشاهده نشده، ولی تغییری در رابطه بین نگرش نوجوانان و حس انسجام آنها مشاهده شد. به بیان دیگر، بعد از برنامه، در مقایسه با کاهشی

1. Feingold 2. Locus of control 3. Self image 4. Need for acceptance
5. Hansen 6. Drug Abuse Resistance Education 7. Navon & Liberman
8. Sagy, Komay & Feingold

که در رابطه بین نگرش نوجوانان و درک نگرش آنها از دوستانشان اتفاق افتاد، رابطه بین نگرش و حس انسجام شخصی آنها تقویت شد. این یافته از این نظر دارای اهمیت است که بعد از اینکه برنامه اجرا شد، نگرش به مواد بیشتر تحت تأثیر جهان‌بینی شخصی نوجوانان و کمتر تحت تأثیر طرز نگرش دوستانشان قرار گرفته بود. واضح است که این یافته‌ها ما را به سمت درک اهمیت گسترده و کلی‌نگر عامل خاستگاه سلامتی حتی در پیشبرد موضوع تخصصی‌تر پیشگیری از سوء مصرف مواد رهنمون می‌سازد.

یک برنامه پیشگیری که به طریق خاستگاه سلامتی مدیریت می‌شود چه ویژگی‌هایی دارد؟

در دهه‌های اخیر، تعداد کمی از برنامه‌های کلی‌نگر که در سرتاسر جهان انجام شده‌اند به روش خاستگاه سلامتی صورت پذیرفته‌اند. برای مثال، برنامه «مهارت‌های زندگی» که به کمک سرویس مشاوره‌ی روان‌شناسی از دهه‌ی ۱۹۹۰ در یکی از کشورها انجام شده است، نمونه خوبی از برنامه‌ی خاستگاه سلامتی محور می‌باشد. این برنامه جامع بلندمدت توسعه‌ای در مورد تمام جمعیت و نه تنها گروه‌های در معرض خطر صورت پذیرفته است. درحقیقت، این برنامه شامل جنبه‌های پیشگیری می‌شود اما فراتر از آنها را نیز در بر می‌گیرد (شادمی، ۲۰۰۴). برنامه به صورت گزینشی، منعطف و در سیستم آموزشی دارای میزگرد بحث و بررسی است. با وجود این، به سبب ویژگی متنوع گزینشی‌اش، برنامه فاقد یک پایه‌ی نظری ساختارمند بوده که واضح، معنی‌دار و شفاف باشد. چنین شالوده‌ای توانست نظریه‌ی قابل درک و جامعی را که توسط آنتونفسکی مطرح شده بود را برآورده سازد. نظریه، هم برای تهیه و تنظیم یک برنامه و هم برای اجرای آن مهم است. از این‌رو، زمانی که چنین برنامه‌ای را در پژوهش مورد ارزیابی قرار می‌دهیم، سؤال‌های مربوط به خاستگاه سلامتی باید پرسیده شود که تا چه اندازه برنامه مداخله‌ای جوانان و سیستم‌هایی که آنها در آن زندگی می‌کنند (کلاس درس، مدرسه، همسایگان و دیگر موارد) آنها را در سه جهت برجسته قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی‌دار بودن، پیش می‌برند؟

پژوهشی که از دیدگاه خاستگاه سلامتی هدایت می‌شود چه ویژگی‌هایی دارد؟

برای پاسخ به این سؤال، مثالی از یک پژوهش خاستگاه سلامتی محور که بر پایه دیدگاه نظری بنا نهاده شده و به سمت اجرا، مدیریت شده است، تشریح می‌شود. پژوهش در نظر داشت تا تدابیر مقابله‌کننده در متن جامعه که توسط سه گروه^۱ کوچک جوانان در شهرهای یک کشور تجربه شده بود را تشخیص و ارزیابی کند. نمونه‌ها شامل ۱۰۰۰ دانشجوی دبیرستانی از کلاس هشتم تا یازدهم از شش مدرسه در شهرهای این کشور بودند.

الگویی که اساس مطالعات نظریه‌ی خاستگاه سلامتی است، دانش سابقه پژوهشی در ارتباط با انعطاف‌پذیری و منابع را به صورت مشترک جمع‌آوری و ادغام می‌کند. نوبودن پژوهش، تهیه یک ابزار جدید برای تحقیق کردن درباره‌ی حس انسجام روی یک سطح گروهی است، آن‌چنان‌که به‌وسیله‌ی جوانان که در آن رشد و زندگی می‌کنند دیده می‌شود. فرضیه‌ی اصلی پژوهش این است که یک گروه خاستگاه سلامتی می‌تواند منبعی برای رشد تدابیر مقابله‌ای شخصی در جوانانی باشد که در آنجا رشدونمو کرده‌اند تا فشارها را مدیریت کنند و از رفتارهای پرخطر (از قبیل استفاده از مواد روان‌گردان) پیشگیری نمایند. از نظر تدابیر گروهی و به کمک آنها سه بخش حس انسجام گروهی مورد بررسی قرار گرفته است.

الف. تدابیر گروه برای قابل درک‌بودن: گروه به‌عنوان منبعی از تدابیر این حس را افزایش می‌دهد، در جایی که جوانان زندگی می‌کنند، جای امن، بی‌خطر و قابل پیش‌بینی، مورد تحقیق و بررسی قرار گرفت. این بخش به‌واسطه‌ی درک جوانان که جامعه و سیستم‌های سازمانی‌اش قابل فهم و عادی هستند مورد سنجش قرار گرفت. موارد، حدودی را که در آن گروه به‌عنوان یک جای امن و قابل پیش‌بینی برای نوجوانان دیده می‌شود، حدودی که در آن افراد بالغ به‌عنوان کسانی که آگاه و نیازهای جوانان را می‌دانند و حدودی که در آن جوانان آینده گروه را مشاهده می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار روی یک پرسشنامه که درباره حس انسجام مدرسه بوده طراحی شده و سازگار با چهارچوب جامعه شد (اریکسون و لیندستروم، ۲۰۰۶). مثال‌های موارد از این قبیل هستند:

«افراد جوانی که در این شهر زندگی می‌کنند احساس امنیت و راحتی می‌کنند».
«آینده‌ام را در این شهر می‌بینم».

ب. منابع جامعه برای قابل مدیریت بودن: این بخش گروه را به عنوان منبعی از تدابیر مورد بررسی قرار داد که به جوانان در غلبه بر پریشانی و بحران‌هایی که ویژگی ایام نوجوانی است کمک می‌کند. تدابیری که قابل مدیریت بودن را به پیش می‌برند توسط متخصصان و برنامه‌هایی که جوانان بارها و بارها می‌توانند در بحران و گرفتاری به آن مراجعه نمایند، تعریف شده است. برای مثال: افرادی که ممکن است درمان روان‌شناسی را برای جوانان فراهم سازند، برنامه‌هایی تحت کمک وزارت رفاه برای گروه جوانان و برنامه‌هایی به منظور پیشگیری از ترک تحصیل طراحی کرده‌اند. در پرسشنامه، عبارت‌هایی درباره خدمات در دسترس جوانان در جامعه به منظور رویارویی با مشکلات و بحران‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مثال‌ها شامل این موارد بودند:

«اگر یکی از دوستانم دارای مشکل شخصی باشد، متخصصانی در شهر وجود دارند که می‌توانند به او کمک کنند».

«با خدمات و سازمان‌هایی در شهر آشنا هستم که در غلبه کردن بر مشکلات و مسایل به من کمک می‌کنند».

پ. تدابیر گروه برای معنادار بودن: سؤال در این بخش محدودده‌ای است که جامعه به نحوی دیده می‌شود که در آن منابع احتمالی در اختیار جوانان است تا خودشان را عرضه کنند، بشناسند و احساس رضایت، علاقه و رقابت کنند. مثال‌های این بخش شامل این موارد هستند:

«شهر منبعی از غرور برای ساکنانش است».

«گروهی که در مرکز این شهر قرار دارد برای جوانان امکانات جذاب برای سرگرمی در اوقات فراغت‌شان را فراهم می‌سازد».

«هر هفته من منتظر فعالیتی هستم که برای آن ثبت‌نام کرده‌ام».

از جوانان خواسته شد تا جواب‌ها را که منعکس کننده‌ی میزان موافقت با هر کدام از گزینه‌ها در مقیاس لیکرت^۱ بود را علامت بزنند (۵ معادل بود با موافقت خیلی زیاد، ۴ مساوی بود با موافق، ۳ مساوی با مطمئن نبودن، ۲ مساوی با موافق نبودن، ۱ مساوی با رد کردن). ابزار جدید که برای بررسی حس گروهی انسجام این پژوهش ساخته شده بود اعتبار بالایی را نشان داد (آلفای کرونباخ^۲ ۹۳ درصد).

همانطور که در بالا شرح داده شد، با استفاده از این ابزار پژوهشی، تحقیق، تأثیر جامعه روی تحول و رشد شخصی جوانان را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های تحقیق این حقیقت را تأیید کرد که ویژگی‌های منحصر به فرد گروه که این پژوهش روی آن تمرکز کرده، عامل‌های انعطاف‌پذیر تدابیر گروهی را تشکیل و تحول شخصی و گسترده‌ی توانایی مقابله میان جوانان که در آن گروه در حال بزرگ شدن هستند را نشان می‌دهد که توسط معیارهای دیگر مورد ارزیابی قرار گرفته است (آلفاسی^۳، ۲۰۱۲). این یک جواب معنی‌دار به سؤال خاستگاه سلامتی در متن جامعه است. به علاوه، تفاوت‌های بارزی بین سه گروه در سطح تأثیر تدابیر گروه که روی حس شخصی انسجام جوانان تأثیر گذاشته بود، دیده شد. در شهر که حس گروهی انسجام در بالاترین حد بود، سطح رابطه بین حس گروه و حس انسجام شخصی بیشتر از دو شهر دیگر بود.

پژوهش گروه همچنین در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد مورد سؤال واقع شد. یافته‌ها نشان داد که حس انسجام گروهی ۱۷ درصد، ۸ درصد جهت‌گیری به سمت سوء مصرف مواد، استفاده واقعی از مواد روان گردان و در معرض مواد بودن در بین نوجوانان است. به بیان دیگر، یافته‌ها نه تنها رشد کلی نگران‌ه نوجوانان در شهرها که در آنها حس انسجام گروهی بالا است را نشان داد، بلکه رابطه‌ی بین ویژگی‌های انعطاف‌پذیری خاستگاه سلامتی جامعه و کاهش مقدار یک عامل خطر، به ویژه موارد مربوط به مواد در میان نوجوانان را تبیین کرد. این یافته‌ها موافق با بعضی پژوهش‌هایی

است که روی رابطه‌ی بین عامل‌های انعطاف‌پذیری گروه و شرکت و درگیری نوجوانان با رفتارهای نامطلوب و غیرقانونی می‌باشد (جسر، تانلین و کاستا، ۱۹۹۸) (فاگان، وان هورن، هاوکینز و آرثور، ۲۰۰۷).

یک نکته معنی‌دار مطرح شده در یافته‌ها مربوط به عامل‌های خطر در خانواده است. موافق با روش خاستگاه سلامتی، پژوهش به جمعیت عمومی نوجوانانی اشاره می‌کند که در گروه‌ها مورد تحقیق قرار گرفته‌اند. با وجود این، زمانی که فرضیه‌های پژوهشی در دانش‌آموزانی که دارای یک پس‌زمینه اجتماعی-اقتصادی پایین بودند، مورد بررسی قرار گرفت، روابط بین حس انسجام گروهی و رفتارهای پرخطر (استفاده از مواد روان‌گردان) قوی‌تر از نمونه عمومی بودند.

به بیان دیگر، در میان دانش‌آموزانی که از یک سطح اجتماعی-اقتصادی پایینی قرار داشتند، تأثیر مثبت انسجام گروهی بالاتر بود. این یافته‌ها می‌توانند درباره‌ی رابطه‌ی متقابل بین عامل‌های خطر که منبع آن در خانواده و اهمیت عامل‌های انعطاف‌پذیر که خاستگاه سلامتی گروه می‌باشند آموزش دهند. یافته‌ها موافق دیگر مطالعات هستند، برای مثال نتایج تحقیق گیلمن، میرز و پرز^۳ (۲۰۰۴) روی بچه‌هایی که از خانواده‌های مشکل‌دار بودند و در برنامه‌های آموزشی یادشده که توسط گروه راه‌اندازی شده بود، شرکت کردند، مشخص کرد فعالیت‌ها تا حد بسیار زیادی به این بچه‌هایی که (در مقایسه با جمعیت عمومی دانش‌آموزان) در حال تکمیل کردن مطالعات دبیرستان‌شان بودند، کمک کرده است. به نظر می‌رسد جامعه یک تأثیر قدرتمند و خاستگاه سلامتی روی تمامی اعضای نوجوان داشته است، اما در واقع می‌توان تأثیر ویژه‌ای را در جوانان در زمان آشفستگی، درک کرد. به‌طور خلاصه، پژوهش گروه که به تشریح آن پرداخته شد از روش خاستگاه سلامتی استفاده کرد و درباره‌ی بخش‌های گروه خاستگاه سلامتی و اثرات آن روی تحول نوجوانان بررسی انجام داد.

1. Jessor, Tunlin & Costa
3. Gilman, Meyers & Perez

2. Fagan, Van Horn, Hawkins & Arthur

به علاوه، پژوهش یک تحقیق عامل های خطر را به سمت یک رفتار ویژه ادغام کرد. به نظر می رسد این ادغام به احتمالات کاربردی نتیجه های پژوهش در گروه کاری کمک می کند.

نتیجه گیری

گرایش به روش و نظریه ی خاستگاه سلامتی جدید نیست، اما به نظر می رسد که در حال حاضر در حال شتاب گرفتن است، بنابراین، یک چهارچوب نظری واضح تر مورد نیاز است. برنامه های مدیریت شده به سمت پیشگیری از سوء مصرف مواد نیز در سال های اخیر افزایش یافته اند که در برگیرنده ی الگوهای چندبخشی مختلف عامل های انعطاف پذیری هستند. الگوی خاستگاه سلامتی روی اهمیت هدایت کردن برنامه ها به جمعیت عمومی و نه تنها گروه هایی که به علت بعضی رفتارهای به خصوص در خطر می باشند تأکید می کند. با وجود این، گروه های جمعیتی ضعیف تر - که در مطالعات متنوع مشاهده می شوند - می توانند حتی بیشتر از برنامه های گروه بهره برداری کنند. با در نظر گرفتن پیشگیری روی سطح سیستم، جای هیچ شکی باقی نمی ماند که برنامه های کوتاه مدت پیشگیری مدارس نمی توانند به نتایج خاستگاه سلامتی دست پیدا کنند. به منظور یادگیری بچه ها در یک سیستم خاستگاه سلامتی - که قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن را ارتقا می بخشد - یک فرآیند آموزشی دنباله دار، یک دست و دارای ساختار مورد نیاز است. برای نیل به این هدف، ما باید از ابتدا روی ساختن زیربنای بنیادین از پیشبرد خاستگاه سلامتی در گروه ها و در سیستم های آموزشی میان آنها، تمرکز کنیم. چگونه می توانیم این کار را انجام دهیم؟ تنها با تفکر مشارکتی هدفمند به سمت خاستگاه سلامتی برای تمام اعضای گروه که سیستم مدرسه مان را تشکیل می دهند - گروه های آموزشی، رؤسا، مدرسان، والدین و بچه ها - می توانیم به این منظور دست پیدا کنیم.

فهرست منابع

- آلفاسی، وای. (۲۰۱۲). یک گروه خاستگاه سلامتی چه ویژگی‌هایی دارد؟ ادراکات شما از ویژگی‌های گروه‌تان در ارتباط با توسعه تمایل‌شان به منظور جلوگیری از رفتار مخاطره‌آمیز. رساله چاپ نشده، دانشگاه بن گوریون نگو.
- آنتونفسکی، ا. (۱۹۸۷). *افشای سحر سلامتی: چگونه مردم فشار را مدیریت کرده و سالم می‌مانند*. جوسی-باس، سان فرانسیسکو.
- آنتونفسکی، ا. (۱۹۹۶). *الگوی خاستگاه سلامتی به عنوان یک نظریه برای دستورالعمل ارتقای سلامتی*. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/11.1.11> ۲۴۶-۲۵۳، ۱۱، *ارتقاء سلامتی بین‌المللی*.
- اریکسون، م. و لیندستروم، ب. (۲۰۰۶). حس مقیاس انسجام آنتونفسکی و رابطه با سلامتی-یک مقاله انتقادی. *مجله شیوع‌شناسی و سلامت گروهی*، ۶۰، ۳۸۱-۳۷۶.
- البی، جی. دابلو. (۱۹۹۸). پنجاه سال روان‌شناسی بالینی: فروش روح‌مان به شیطان. *روان‌شناسی پیشگیرانه کاربردی*، ۷، ۱۹۴-۱۸۹. [http://dx.doi.org/10.1016/s0962-1849\(05\)80021-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0962-1849(05)80021-6)
- بوون، جی. ل.، ریچ من، جی. م.، بروستر، الف. و بوون، ن. (۱۹۹۸). حس انسجام مدرسه، مفاهیم خطر در مدرسه و حمایت معلم در میان جوانان در معرض خطر اخراج از مدرسه. *مجله کار اجتماعی بچه و نوجوان*، ۱۵، ۲۸۶-۲۷۳. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1025159811181>
- پترسون، الف. سی، سرگیانی، پی.، لفرت، ن. و کامارنا، پی. (۱۹۹۸). *انعطاف‌پذیری در نوجوانی*. در: اسکوارتزبرگ، الف. ز.، نوجوان در بلوا، پراگر، وست پورت.
- جسر، ر.، تالین، م. س. و کاستا، ف. م. (۱۹۹۸). *خطر و حفاظت در پیامدهای موفق در میان نوجوانان بدون امتیاز*. دانش کاربردی در حال رشد، ۲، ۲۰۸-۱۹۴. http://dx.doi.org/10.1207/s1532480xads0204_3
- روزمن، م. و آویاد، وای. (۱۹۹۰). *مواد در مغزتان: برنامه‌ای برای پیشگیری از مصرف مواد در میان نوجوانان*. دانشگاه تل آویو، راموت.
- ساراسون، جی. دابلو، لوین، م.، گلدنبرگ، آی.، چرلین، دی. ال. و بنت، ای. م. (۱۹۶۶). *روان‌شناسی در مکان‌های گروهی*. ویلی، نیویورک.
- ساگی، س.، کوما، وی. و فینگلد، وی. (۱۹۹۵). *پیشگیری از سوءمصرف مواد در نوجوانان: ارزیابی برنامه‌های پیشگیری در مدارس*. سخنرانی در بیست و پنجمین کنگره علمی انجمن روان‌شناسان، بیرشاوا.
- شادمی، سی. (۲۰۰۴). *مشاوره‌ی مدرسه و ارتقاء عالی*. در: اهرالد، ر. و کلینگ من، الف.، مدرسه‌ی مشاوره در یک جامعه در حال تغییر، دانشگاه تل آویو، راموت.
- فاگان، الف. الف، وان هورن، م. ل.، هاو کیتز، جی. د. و آرثور، م. (۲۰۰۷). استفاده از عامل‌های خطر و حفاظتی در جامعه و خانواده بر پایه‌ی برنامه‌ریزی پیشگیری. *مجله روان‌شناسی گروه*، ۳۵، ۵۵۵-۵۳۵. <http://dx.doi.org/10.1002/jcop.20163>
- فینگلد، وی. (۱۹۹۶). *ارزیابی برنامه آموزشی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد*. پایان‌نامه، دانشگاه نگو بن گوریون.

- کاپلان، جی. (۱۹۶۴). اصول روان پزشکی پیشگیرانه. کتاب‌های مقدماتی، نیویورک.
- کامپفر، کی. ال. (۱۹۹۴). انعطاف پذیری و پیشگیری از مصرف الکل و دیگر مواد در جوانان در معرض خطر بالا. در: کامپفر، کی.، انعطاف پذیر بودن در مقابل مصرف الکل و دیگر مواد، ناشران دانشگاهی کلور پلنوم، نیویورک.
- کوون، ای. ل. و ورک، دابلو. سی (۱۹۸۸). بچه‌های منعطف، سلامت روان شناسی و پیشگیری اولیه. مجله آمریکایی روان شناسی جامعه، ۲۵، ۱۵۷-۱۴۱.
- کوی، جی. دی.، وات. ف.، استفان، جی. دابلو.، هو کینز، د.، اسارنو، جی. ر.، مارک من، اچ. جی.، رامی، س. ل.، شور، م. بی. و لانگ ب (۱۹۹۳). دانش پیشگیری: چهارچوب عقلانی و چندین پیشنهاد برای یک برنامه ملی پژوهشی. روان شناس آمریکایی، ۴۸، ۱۰۲۲-۱۰۱۳.
- <http://dx.doi.org/101037/0003-066x.48.10.1013>
- گیلمن، ر. میرز، جی. و پرز، ال. (۲۰۰۴). فعالیت‌های فرابرنامه‌ای دارای ساختار: یافته‌ها و توضیحات مدرسه روان شناسان. روان شناسی در مدارس، ۴۱، ۴۱-۳۱.
- <http://dx.doi.org/10.1002/pits.10136>
- لاهاو، وای. (۱۹۸۹). آمانا: وحدت مدرسان، جوانان و والدین. تی. ل. م. مرکز درمان بچه و خانواده کیبوتز.
- لکت، ر. و لپیترنگر، ای. (۲۰۰۴). ارزیابی یک برنامه پیشگیری مصرف مواد. خدمات مشاوره‌ی روان شناسی، وزارت آموزش و پرورش.
- ناون، د. و لیبرمن، جی. (۱۹۹۲). ارزیابی برنامه‌ها برای پیشگیری از سوء مصرف مواد و نوشیدن الکل. گروه ارتقاء جوانان، شهرداری، تل آویو.
- ولف، س. (۱۹۹۸). مفهوم انعطاف پذیری. مجله استرالیایی و نیوزلندی روان شناسی، ۲۹، ۵۷۴-۵۶۵.
- <http://dx.doi.org/10.3109/00048679509064968>
- هانسن، دابلو. ب. (۱۹۹۲). مدرسه‌ای براساس پیشگیری از سوء مصرف مواد: یک مقاله انتقادی دولتی در مورد هنر در زنجیره، ۱۹۹۰-۱۹۸۰. پژوهش آموزش سلامت: نظریه و تمرین، ۷، ۴۳۰-۴۰۳.
- <http://dx.doi.org/10.1093/her/7.3.403>