



بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغان مقیم شیراز

دکتر یونس کلافی^{*}، دکتر افشین استوار^{**}، دکتر حسن حق شناس^{***}

چکیده

مهاجرت و مشکلات ناشی از تفاوت‌های قومی در کشور میزبان سبب بروز یا افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی در میان مهاجران می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغان ساکن شیراز می‌باشد. در این پژوهش ۸۱ نفر از مهاجران افغان با روش نمونه‌گیری تصادفی برگزیده شده و با استفاده از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک آزمون t ، χ^2 ، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس انجام گردید. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد مورد بررسی ۳۴/۶٪ می‌باشد. در این بررسی رابطه معنی‌داری میان سن و میزان ابتلا به اختلالات روانپزشکی دیده شد، ولی با وضعیت تحصیلات و تأهل ارتباط معنی‌داری نداشت و با طول مدت اقامت در ایران میزان اضطراب کاهش نشان داد. در این بررسی میزان ابتلا به اختلالات روانپزشکی در میان مهاجران افغان در مقایسه با بیشتر بررسی‌هایی که در مناطق مختلف کشور در جمعیت بومی انجام شده بیشتر است.

Andeeshch
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۴

کلید واژه: مهاجران افغان، اختلالات روانپزشکی، پرسشنامه سلامت عمومی

آن نقش عمده‌ای دارند. مهاجران در کشورهای میزبان اغلب از خدمات چشمگیری در زمینه بهداشت روانی برخوردار نیستند.
کشور افغانستان با ۹/۱ میلیون نفر جمعیت و ۶۴۷۴۹۷ کیلومتر مربع مساحت در شمال شرقی ایران واقع شده و دارای مرز طولانی با کشورماست. جنگهای

طی چند دهه اخیر پدیده مهاجرت موجب شده است که بررسی سلامت روانی مهاجران دامنه گسترده‌تری پیدا کند. گذشته از اینکه مهاجرت به خودی خود موجب بروز اختلالات روانپزشکی می‌گردد، عواملی مانند وضعیت بد اقتصادی، تفاوت‌های گویشی و فرهنگی، جدایی از بستگان و عللی که موجب مهاجرت می‌شوند در افزایش

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. شیراز، بلوار شهید چمران، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی.

** پزشک عمومی، شیراز، بلوار شهید چمران، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی.

*** دکتری روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، بلوار شهید چمران، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی.

داخلی دو دهه گذشته افغانستان، موجب پناهندگی و مهاجرت ۶-۵ میلیون نفر به کشورهای همجوار و سایر کشورها شده است (بوالهروی و شاه محمدی، ۱۳۷۵) که در این میان سهم ایران بر پایه آمار منتشره شده (که احتمالاً بسیار کمتر از میزان واقعی آن است) بیش از یک میلیون نفر می‌باشد. این افراد در مناطق مختلف کشور پراکنده و اغلب به انجام کارهای طاقت فرسای بدنی مشغول هستند. در زمینه مشکلات روانشناختی مهاجران پژوهش‌های بسیاری در جهان انجام شده است که بیشتر آنها شیوع بالای اختلالات روانپزشکی را در میان مهاجران گزارش کرده‌اند. بررسی‌های زولمیرو^(۱) (۱۹۷۵) در فرانسه و پیتر^(۲) (۱۹۹۰) در آلمان سوتر^(۳) و اسکوتو^(۴) (۱۹۸۴) در فرانسه استوارت^(۵) و کلیمیدیز^(۶) (۱۹۹۳) در استرالیا از آن جمله‌اند.

روش

این بررسی از نوع بررسی‌های توصیفی - مقطعی است و به منظور شناسایی اختلالات روانشناختی در مهاجران افغان مقیم شهر شیراز انجام شده است.

آزمودنی‌های پژوهش را ۱۰۰ نفر مرد مهاجر افغانی مقیم شیراز تشکیل داده‌اند که به تصادف با مراجعه به محل کار یا سکونت این افراد برگزیده شده بودند. این مهاجران بیشتر در حاشیه شهر و در کنار کوره‌های آجرپزی، کارگاه‌های سنگ بری و مناطق فعال ساخت و ساز مسکن، سکونت داشته و تقریباً همگی در هنگام اجرای پژوهش به کارهای سخت بدنی می‌پرداخته‌اند. از آنجا که بخش بزرگی از جمعیت مورد بررسی بیسواد بودند، پس از جلب اعتماد و همکاری، پرسشها بطور شفاهی برای آنها خوانده شد. به دلیل کافی نبودن و مخدوش بودن اطلاعات دریافتی ۱۹ نفر از نمونه حذف شدند.

ابزار پژوهش در این بررسی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی^(۷) بود که توسط گلدبرگ^(۸) و هیلیر^(۹) (۱۹۷۹) معرفی شده است و دارای چهار مقیاس فرعی

بوده و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که عبارتند از:

- ۱- مقیاس الف: نشانگان جسمانی
- ۲- مقیاس ب: نشانگان اضطرابی
- ۳- مقیاس ج: کارکرد اجتماعی
- ۴- مقیاس د: نشانگان افسردگی

پایایی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی توسط پالاهنگ، نصر، براهنی، شاه محمدی (۱۳۷۵) ۰/۹۱ محاسبه شده است. در این بررسی به علت در دسترس نبودن آزمودنی‌ها بازآزمایی و محاسبه مستقل اعتبار و پایایی انجام نشد.

برای یافتن موارد بیمار و سالم از روش نمره گذاری (۱-۰-۰-۰) استفاده شده و براساس پیشنهاد گلدبرگ و ویلیامز^(۱۰) (۱۹۸۹) نقطه برش برای تشخیص افراد بیمار شش و بالاتر منظور شد. برای مقایسه متغیرهای سن، مدت اقامت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مقیاس‌های فرعی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، روش لیکرت^(۱۱) (۳-۲-۱-۰) به کار برده شد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها آزمون‌های آماری χ^2 ، ضریب همبستگی پیرسون^(۱۲)، تحلیل واریانس عمومی و تحلیل واریانس چند عاملی به کار برده شد.

یافته‌ها

این بررسی میزان شیوع اختلالات روانشناختی را در نمونه مورد بررسی ۳۴/۶٪ نشان داد. به بیان دیگر ۲۸ نفر از ۸۱ نفری که اطلاعات کامل از آنها گرفته شده بود، نشانه‌هایی از اختلالات روانی را نشان دادند. میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های فرعی و نمره کل فرم ۲۸ سؤالی

1-Zulmiro	2-Pinter
3-Sutter	4-Scotto
5-Stuart	6-Klimidis
7-General Health Questionnaire-28(GHQ-28)	
8-Goldberg	9-Hillier
10-Williams	11-Likert
12-Pearson	

پرسشنامه سلامت عمومی افراد مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس یاد شده در افراد سالم و بیمار و مقدار نمره t در نمونه مورد بررسی در جدول ۲ نشان داده شده است. همان طور که جدول نشان می‌دهد تفاوت معنی داری در نمرات افراد سالم و بیمار دیده شده است. همگی این مقیاس‌ها به یک نسبت در افزایش نمرات در افراد بیمار نقش داشته‌اند. توزیع فراوانی دو گروه بیمار و سالم بر حسب وضعیت تأهل در جدول ۳ نشان داده شده است. همان طور که جدول نشان می‌دهد $3/75\%$ آزمودنیهای پژوهش را افراد متأهل تشکیل داده‌اند و میزان شیوع اختلالهای روانپزشکی در میان آنها $2/27\%$ (در مقایسه با افراد مجرد که $4/7\%$ بود) بوده است.

توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب وضعیت تحصیلی در جدول ۴ نشان داده شده است. همان طور که در جدول دیده می‌شود از نظر سطح سواد بالاترین میزان فراوانی را افراد بیسواد تشکیل داده بودند. نتایج تحلیل واریانس نمرات مقیاسهای فرعی GHQ-28 و متغیرهای میزان تحصیلات و وضعیت تأهل در جدول ۵ ارائه گردیده است.

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۹ و انحراف معیار $9/93$ ، میانگین سنی بیماران $22/28$ و انحراف معیار $13/2$ بود. آزمودنیهای گروه سالم دارای میانگین سنی $27/28$ و انحراف معیار $7/23$ بودند. آزمون t تفاوت معنی داری را از نظر سن دو گروه نشان داد ($t=2/22$ و $P>0/05$). به بیان دیگر گروه سالم از نظر سنی از گروه بیمار در سطح معنی داری مسن تر بودند. برای تعیین رابطه متغیرهایی چون سن و مدت اقامت در ایران با نمرات معیارهای فرعی پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی پیرسون به کار برده شد (جدول ۶). همچنانکه دیده می‌شود نمره‌های برخی مقیاس‌های فرعی (نشانه‌های جسمانی و عملکرد اجتماعی) با افزایش سن همبستگی

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های پرسشنامه GHQ-28 در نمونه مورد بررسی ($N=81$).

مقیاس	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های جسمانی	۳/۷۹	۳/۳۹
افسردگی	۴/۰۴	۴/۹۹
اضطراب	۴/۶	۴/۲۲
کارکرد اجتماعی	۷/۶۲	۲/۶۱
کل	۲۰/۰۵	۱۲/۴۷

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های فرعی پرسشنامه GHQ-28 در افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت سلامت آنان

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	نمره t	سطح معنی‌داری
اضطراب				
بیمار	۸/۱۴	۴/۸۲	-۶/۹	۰/۰۰۱
سالم	۲/۷۴	۲/۳۶		
افسردگی				
بیمار	۹/۲	۵/۰۴	-۱۰/۵۲	۰/۰۰۱
سالم	۱/۲۸	۱/۶۷		
نشانه‌های جسمانی				
بیمار	۶/۳۶	۴/۱۳	-۵/۹	۰/۰۰۱
سالم	۲/۴۳	۱/۸۶		
عملکرد اجتماعی				
بیمار	۹/۷۹	۳/۲۰	-۶/۸	۰/۰۰۱
سالم	۶/۴۷	۱/۱۴		

معنی داری را نشان می‌دهد. گفتنی است که طول مدت اقامت با نمرات اضطراب همبستگی منفی دارد.

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد بیمار و سالم بر حسب وضعیت تأهل در نمونه مورد پژوهش (N=۸۱)

وضعیت تأهل	بیمار		سالم		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
مجرد	۶	۷/۴	۱۴	۱۷/۳	۲۰
متأهل - خانواده ۱۰	۱۰	۱۲/۴	۱۹	۲۳/۴	۲۹
متأهل - خانواده ۱۲	۱۲	۱۴/۸	۲۰	۲۴/۷	۳۲
کل نمونه	۲۸	۳۴/۶	۵۳	۶۵/۴	۸۱
					۱۰۰

$X^2 = 0/306$

جدول ۴- توزیع فراوانی افراد سالم و بیمار بر حسب سطوح مختلف تحصیلی (N=۸۱)

میزان تحصیلات	بیمار		سالم		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
بیسواد	۱۷	۲۱	۲۹	۳۵/۸	۴۶
ابتدایی	۷	۸/۷	۱۵	۱۸/۵	۲۲
راهنمایی	۱	۱/۲	۳	۳/۷	۴
متوسطه	۰	۰	۱	۱/۲	۱
دیپلم	۲	۲/۵	۳	۳/۷	۵
دانشگاهی	۱	۱/۲	۲	۲/۵	۳
جمع	۲۸	۳۴/۶	۵۳	۶۵/۴	۸۱
					۱۰۰

بحث در یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را در میان مهاجران افغان مقیم شیراز ۳۴/۶٪ برآورد می‌کند. بررسیهایی که بهادرخان (۱۳۷۲)، کوکبه (۱۳۷۲)، جاویدی (۱۳۷۲) و باقری یزدی، بوالهری، شاه‌محمدی (۱۳۷۳) در مناطق مختلف کشور در جمعیت عمومی بومی انجام داده‌اند میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را ۱۲/۵٪ تا ۱۶/۷٪ و یعقوبی، نصر، شاه‌محمدی (۱۳۷۴) میزان شیوع اختلالات روانی را ۲۳/۸۴٪ گزارش نموده‌اند که کمتر از میزان شیوع در بررسی حاضر است.

پژوهش دیگری که در شیراز توسط باش^(۱) (۱۹۷۴) انجام شده است میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را در جمعیت شهری شیراز ۱۶/۶۴٪ گزارش نمود.

پژوهشی که بر روی مهاجران ایرانی مقیم استرالیا با استفاده از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی انجام شده است میزان شیوع را ۳۷٪ گزارش می‌کند (خاورپور^(۲)، ریسل^(۳)، ۱۹۹۷) که به یافته‌های پژوهش حاضر نزدیک است. از آنجا که آمار معتبری از میزان شیوع

1-Bash
3-Rissel

2-Khavarpoor

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس نمرات مقیاس‌های فرعی GHQ-28 بر حسب متغیرهای تحصیلات و وضعیت تأهل در نمونه مورد بررسی (N=۸۱)

متغیر وابسته	سطوح تأهل		سطح معنی‌داری		سطح معنی‌داری	
	میزان ^F برای	سطح	میزان ^F برای	سطح	میزان ^F برای	سطح
اضطراب	۰/۸۳۴	N.S.	۰/۷۴۶	N.S.	۰/۶۱۸	N.S.
افسردگی	۰/۲۹۶	N.S.	۰/۴۷۵	N.S.	۱/۰۱	N.S.
نشانه‌های جسمانی	۰/۲۰۹	N.S.	۰/۶	N.S.	۰/۶۷۷	N.S.
عملکرد اجتماعی	۰/۱۸۷	N.S.	۰/۱۵	N.S.	۰/۰۸۲	N.S.

جدول ۶- ضریب‌های همبستگی پیرسون بین متغیرهای سن، سالهای اقامت در ایران و مقیاس‌های فرعی GHQ-28 (n=۸۱)

متغیرها	ضریب همبستگی	سن	سالهای اقامت در ایران	نمره اضطراب	نمره افسردگی	نمره نشانه‌های جسمانی	نمره عملکرد اجتماعی	نمره کل GHQ28
سن	r	-	۰/۲۴	۰/۱۱	۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۲۹	۰/۲۳
	p	-	۰/۰۳۴	N.S	N.S	۰/۰۳	۰/۰۰۹	۰/۰۴
سالهای اقامت در ایران	r	۰/۲۴	-	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۶۱
	p	۰/۰۳	-	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
نمره اضطراب	r	۰/۱۱	-۰/۰۸	-	۰/۵۶	۰/۶۴	۰/۵۲	۰/۸۵
	p	N.S	N.S	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
نمره افسردگی	r	۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۵۶	-	۰/۳۸	۰/۷۰	۰/۸۴
	p	N.S	N.S	۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
نمره نشانه‌های جسمانی	r	۰/۲۴	۰/۰۳	۰/۶۴	۰/۲۸	-	۰/۵۱	۰/۷۵
	p	۰/۰۳	N.S	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
نمره عملکرد اجتماعی	r	۰/۲۹	۰/۰۷	۰/۵۴	۰/۷۰	۰/۵۱	-	۰/۸۱
	p	۰/۰۰۹	N.S	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱
نمره کل GHQ28	r	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۸۵	۰/۸۴	۰/۷۵	۰/۸۱	-
	p	۰/۰۴	N.S	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-

Andeeshah
Va
Rafiar
اندیشه و رفار

۸

۷- جنگ داخلی و وضعیت ناپایدار سیاسی - اقتصادی -

اجتماعی در کشور مبدأ و پیامدهای ناشی از آن.

۸- نگرش منفی و آگاهی پایین مردم افغانستان نسبت به

علل و بیماریهای روانی (بوالهیری، شاه‌محمدی،

۱۳۷۵).

نبودن ارتباط معنی دار آماری میان سطوح مختلف

تحصیلی و وضعیت تأهل با شیوع اختلالات روانپزشکی

و متفاوت با نتایج پژوهش‌های جاویدی (۱۳۷۲) باقری

یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، پالانگ و همکاران (۱۳۷۵)،

واسکوئز - باکوئر^(۱) (۱۹۸۷) ممکن است متأثر از کم

بودن شمار آزمودنی‌ها باشد.

این بررسی نشان دهنده کاهش میزان اضطراب با

اختلالات روانپزشکی در مردم کشور افغانستان در

دسترس نبود امکان مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با

یافته‌هایی که بر روی جمعیت عمومی در این کشور انجام

گرفته باشد ممکن نگردید. شاید بتوان موارد زیر را در

شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد مورد بررسی مؤثر

دانست:

۱- نظام متفاوت ارزشی در کشورهای افغانستان و ایران.

۲- سطح پایین‌تر اجتماعی - اقتصادی مهاجران به دلیل

نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم.

۳- احساس عمیق انزوای اجتماعی.

۴- اشتغال به کارهای سخت و طاقت فرسای بدنی.

۵- عدم پذیرش اجتماعی.

۶- نداشتن امنیت شغلی و پایین بودن دستمزدها نسبت به

کارگران ایرانی.

افزایش طول مدت اقامت در ایران بود که شاید ناشی از تشبیت وضعیت شغلی و اجتماعی و انطباق با شرایط محیطی کشور میزبان باشد.

به طور کلی یافته‌های این بررسی گویای آن است که اختلالات روانشناختی در مهاجران افغان میزان شیوع بالایی دارد از این رو پیشنهاد می‌شود که:

۱- بررسی‌های دوره‌ای و مقطعی گسترده‌تری برای بررسی وضعیت سلامت روانی مهاجران افغان انجام گیرد.

۲- برنامه‌های اصولی برای آموزش بهداشت روانی برای این گروه تدوین شود و خدمات روانپزشکی سازمان یافته‌ای ارائه گردد.

۳- در مورد جنبه‌های انسان دوستانه برخورد اجتماعی با آنان آموزش‌های بیشتری به مردم ارائه شود.

۴- برای جلب همکاری‌های حمایتی سازمانهای منطقه‌ای و بین‌المللی تلاش بیشتری صورت گیرد.

۵- تلاش‌های سیاسی برای بازگرداندن مهاجران به وطنشان به عنوان آخرین راه برای حل بحران‌های بهداشت روانی در آنان افزایش یابد.

گفتنی است که با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها، نتایج به دست آمده را برای جمعیت کل مهاجران افغان باید با احتیاط تعمیم پذیر دانست. زنان در نمونه مورد بررسی قرار نداشتند. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی اختلالات روانی پریشی را سرند نمی‌کند. جمعیت مورد بررسی بیشتر بیسواد و یا کم سواد بودند، از این رو احتمال مخدوش بودن اطلاعات دریافتی وجود دارد.

منابع

باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود؛ (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱، ۳۲-۴۱.

بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بهداشت روانی و روانپزشکی در افغانستان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال

دوم، شماره ۴، ۱۸-۱۲.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد - خراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. پلاهنک، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد تقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۱۹-۲۷.

جاویدی، حجت اله (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذر شهر - آذربایجان شرقی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا - گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

Bash, K. W., & Bash, L. J. (1974). Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of shiraz. Iran. *Social Psychiatry*, 9, 163-171.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.

Goldberg, D. P., & Williams, P. (1989). *The users guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NEFR, Nelson.

Khavarpoor, F., Rissel, C. (1997). Mental health status of Iranian migrants in sydney. *Australia and Newzeland Journal of Psychiatry*. Dec, 31, 828-834.

- Pinter, E. (1990). Immigrants status and psychic disturbances. *Schweizer Archive fur Neurologie, Neurochirurgie and Psychiatrie*, 1978, 122, 75-82.
- Stuart, G. W.; Klimidis, S. (1993). The factor structure of the Turkish version of the General Health Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 39, 274-84.
- Sutter, J., & Scotto, J. C. (1984). Psychopathological problems posed by migrants population in large urban centers. *Annals Medico-Psychologiques*, 142, 522-527.
- Vezques - Barquero, J. L. (1987). A community mental health survey in Cantabria. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- Zulmiro, A. (1975). Mental disturbance in immigrants. *Information Psychiatry*, 51, 249-281.

سمینار یکروزه هنر درمانی

نظر به گستره موضوع بهداشت روان و اهمیت نقش هنر در این زمینه، انستیتو روانپزشکی تهران با همکاری دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران در نظر دارد اولین سمینار هنر درمانی را به منظور آشنایی و جلب همکاری محافل علمی و هنری علاقمند به هنر درمانی و دو عرصه بهداشت روان و هنر، در تاریخ ۱۵ اسفند ۱۳۷۸ در محل سالن اجتماعات دانشکده علوم توانبخشی برگزار نماید.

بدینوسیله از کلیه علاقمندان دعوت می‌شود که عناوین و چکیده سخنرانی خود و نیز موضوعات نمایشگاهی را جهت بررسی تا تاریخ ۷۸/۱۱/۲۰ به دبیرخانه این سمینار ارائه نمایند.

دبیر سمینار

دکتر میرمحمدولی مجد تیموری

آدرس: تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به شریعتی، کوچه جهان، انستیتو روانپزشکی تهران

شماره فاکس: ۷۵۳۷۸۴۷ تلفن: ۳-۷۵۳۷۸۴۲

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۱۰

سال پنجم، شماره ۱، زمستان و پائیز ۱۳۷۸
Vol. 5/NO. 1&2/Summer & Fall, 1999