

غربالگری اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران

دکتر مهرداد محمدیان*، محبوبه دادفر**، دکتر جعفر بوالهروی***، عیسی کریمی کیسمی****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر غربالگری اختلال‌های روانی مهاجران افغان مقیم تهران در سال ۱۳۸۱ بود.

مواد و روش کار: در این پژوهش ۴۵۳ نفر (۲۲۷ مرد و ۲۲۶ زن) از مهاجران افغان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مناطق مختلف تهران انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌هایی در زمینه سوء‌مصرف مواد، افکار و اقدام به خودکشی و فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی بود که توسط پرسشگران افغانی ساکن تهران تکمیل شد. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون χ^2 و تحلیل واریانس یک عاملی انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در مهاجران افغان ۵۵/۶٪ (۱۹/۹٪ مردان و ۳۵/۷٪ زنان) می‌باشد. میزان اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی بالاتر از افسردگی بود. ۱۰٪ از مهاجران سیگار و ۴٪ سوء‌مصرف مواد را گزارش کردند. ۴٪ افکار خودکشی و ۲٪ اقدام به خودکشی داشتند. در این بررسی رابطه معنی‌داری بین اختلال‌های روانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به جز تعداد افراد خانوار دیده شد. بین اختلال‌های روانی و روش سکونت (متمرکز و غیرمتمرکز) رابطه معنی‌دار دیده شد، ولی با طول مدت اقامت در ایران، نوع و دلیل مهاجرت و محل سکونت رابطه معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: میزان اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران بالاست.

-

:

* روانپزشک کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).

E-mail: Mahda9@hotmail.com

*** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

**** کارشناس مسئول امور پژوهشی. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

رشد سریع جمعیت، مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی سیاسی، درگیری‌های قومی و نژادی، جنگ و بیکاری در کشورهای رو به رشد باعث شده است که جمعیت مهاجران^۱ و پناهندگان^۲ در سال‌های اخیر به شدت افزایش یابد (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۱۹۹۲). بر پایه داده‌های کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR)^۴ در سال ۲۰۰۲ بیش از ۱۲ میلیون پناهنده در دنیا وجود داشته است (هودز^۵، ۲۰۰۲). فرآیند مهاجرت به هر دلیل یا هر مدتی که رخ دهد استرس‌زا است. چنین استرسی می‌تواند با افزایش نرخ اختلال‌های روانپزشکی در ارتباط باشد. آمادگی مهاجران و پناهندگان، پذیرش آنها توسط جامعه میزبان و خود فرآیند مهاجرت از عوامل مهم ایجاد اختلال‌های روانپزشکی هستند. سایر عوامل شامل ویژگی‌های شخصیتی، هویت فرهنگی، حمایت اجتماعی و پذیرش توسط سایرین در خود گروه مهاجران می‌باشند (بوهوگرا^۶ و جونز^۷، ۲۰۰۱). دوره بین وضعیت پناهنده شدن و تصمیم به تغییر در شرایط کشور میزبان می‌تواند از چند ساعت تا چند سال طول بکشد؛ این زمان برای مهاجران یا پناهندگانی که برای آینده برنامه‌ریزی می‌کنند بسیار فشارزا است و می‌تواند به بهداشت روانی آنها آسیب برساند (تریب^۸، ۲۰۰۲).

جدایی از خانواده و جامعه خودی، پذیرفته نشدن در کشور میزبان، آسیب شدید پیش از جلائی وطن، پیربودن یا نوجوان بودن، آشنا نبودن با زبان کشور میزبان و نداشتن موقعیت اجتماعی-اقتصادی، از عوامل تأثیرگذار بر بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان به‌شمار می‌رود (امور مربوط به بهداشت روانی نیروی کار کانادا^۹، ۱۹۹۸).

مهاجرت بر فرهنگ کشورها تأثیر می‌گذارد. ممکن است ویژگی‌های جامعه بزرگتر و پیشرفته‌تر را بپذیرند اما با آن همانندسازی نکنند، یعنی ویژگی‌های فرهنگی

خاص آنان به کلی از بین نرود. وقتی تغییر حاد بوده و مکانیزم‌های انطباقی و حمایت‌های اجتماعی آنها چاره‌ساز نباشد، ممکن است استرس و فشار روانی زیادی وارد آورد. شوک فرهنگی^{۱۰} با اضطراب، افسردگی، مسخ واقعیت و مسخ شخصیت مشخص می‌شود (بواله‌ری و دادفر، ۱۳۷۹).

پژوهش‌های انجام شده بر روی جمعیت مهاجران و پناهندگان، شیوع بالای اختلال‌های روانپزشکی را در میان آنها گزارش کرده‌اند (زولمیرو^{۱۱}، ۱۹۷۵؛ سوتر^{۱۲} و اسکوتو^{۱۳}، ۱۹۸۴؛ پیتر^{۱۴}، ۱۹۹۰؛ استوارت^{۱۵} و کلیمیدیز^{۱۶}، ۱۹۹۳؛ استوارت، کلیمیدیز و میناز^{۱۷}، ۱۹۹۸؛ خاورپور^{۱۸} و ریسل^{۱۹}، ۱۹۹۷؛ چیونگ^{۲۰}، ۱۹۹۵؛ جین‌سان^{۲۱}، فاین^{۲۲} و ویلین^{۲۳}، ۱۹۸۹؛ نکیل‌وی^{۲۴}، ۱۹۹۷؛ مولیکا^{۲۵}، ساراجلیک^{۲۶}، چرنوف^{۲۷} و لاول^{۲۸}، ۲۰۰۱؛ آرویان^{۲۹}، نوریس^{۳۰}، پاتس‌دواگتر^{۳۱} و تران^{۳۲}، ۱۹۹۸؛ تریب، ۱۹۹۹a، ۱۹۹۹b؛ کلافی، استوارت و حق‌شناس، ۱۳۷۸).

تأمین بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان (در پژوهش حاضر مهاجران افغان مقیم شهر تهران) نیازمند دانستن اطلاعاتی در زمینه مشکلات بهداشت روانی آنها می‌باشد. بررسی وضعیت سلامت روانی آنها می‌تواند در زمینه برنامه‌ریزی‌های بهداشت عمومی در پیش‌گیری اولیه برای نیازهای بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان کمک کند.

- | | |
|--|-------------------|
| 1- migrants | 2- refugees |
| 3- World Health Organization | |
| 4- United Nations High Commission of Refugees | |
| 5- Hodes | 6- Bhugra |
| 7- Jones | 8- Tribe |
| 9- Canadian Task Force on Mental Health Issues | |
| 10- culture shock | 11- Zulmiro |
| 12- Sutter | 13- Scotto |
| 14- Pinter | 15- Stuart |
| 16- Klimidis | 17- Minas |
| 18- Khavarpoor | 19- Rissel |
| 20- Cheung | 21- Ganessan |
| 22- Fine | 23- Vilin |
| 24- Nckelvey | 25- Mollica |
| 26- Sarajlic | 27- Chernoff |
| 28- Lavell | 29- Aroian |
| 30- Norris | 31- Pats Dacghter |
| 32- Tran | |

برای یافتن موارد سالم و بیمار از روش نمره‌گذاری لیکرت (صفر تا سه) و نقطه‌برش ۲۱ استفاده شد.

برای اجرای پژوهش، نخست مناطق مهاجرنشین افغان مقیم تهران، توسط پرسشگران افغان تحت نظارت انجمن حمایت از زنان و کودکان پناهنده تعیین گردید. سپس پرسش‌نامه‌ها تنظیم و مورد تأیید پژوهشگران طرح قرار گرفت. آموزش پرسشگران طی دو دوره آموزشی کوتاه‌مدت به صورت اجرای مقدماتی پرسش‌نامه‌ها و رفع مشکلات شیوه انتخاب نمونه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها آغاز شد. پرسشگران شامل ۱۱ نفر از دانشجویان افغان رشته‌های پزشکی، فنی و علوم انسانی بودند و توسط انجمن حمایت از زنان و کودکان پناهنده معرفی شده بودند. برای اجرای مرحله اصلی پژوهش با بهره‌گیری از فرمول برآورد حجم نمونه $(\frac{Z^2 P(1-D)}{d^2})$ حجم نمونه ۴۵۳ نفر برآورد گردید. سپس با به کارگیری روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۴۵۳ خانواده و از هر خانواده یک نفر انتخاب شد (شامل ۲۲۷ مرد و ۲۲۶ زن). پس از مصاحبه با آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها تکمیل و داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آماری آزمون t مستقل، آزمون خی دو و تحلیل واریانس یک عاملی تحلیل گردیدند. ملاحظات اخلاقی شامل جلب اعتماد و همکاری آزمودنی‌های پژوهش با دادن توضیح و گرفتن رضایت اولیه و محرمانه بودن نام و نام خانوادگی آنها رعایت گردید.

یافته‌ها نشان داد که بین اختلال‌های روانی و ویژگی‌های جمعیت شناختی (جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی) به جز شمار افراد خانوار، از نظر آماری رابطه معنی‌دار وجود دارد. زنان، سالمندان، متأهل‌ها و افراد جدا شده، افراد دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، خانه‌دارها و بیکارها دارای اختلال روانی بیشتری بودند (جدول‌های ۱ و ۲).

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی و جمعیت مورد بررسی مهاجران افغان ۱۵ ساله و بالاتر ساکن در شهرک‌ها و محله‌های مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران بودند که جمعیتی بیش از ۱۱۱۵۰۰ خانوار را دربرمی‌گیرند. برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد:

الف) پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که شامل اطلاعاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، شمار افراد خانوار، دلیل مهاجرت، نوع مهاجرت، محل و نحوه سکونت، طول مدت اقامت در ایران و شش پرسش درباره مصرف مواد و دو پرسش در زمینه افکار و اقدام به خودکشی برای تعیین سوء مصرف مواد و افکار و اقدام به خودکشی می‌باشد.

ب) فرم ۲۸ سوالی پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28) که توسط گلدبرگ^۲ و هیلیر^۳ (۱۹۷۹) معرفی و به ۳۶ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. دارای چهار مقیاس فرعی می‌باشد و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که عبارتند از: مقیاس الف: نشانگان جسمانی؛ مقیاس ب: نشانگان اضطرابی؛ مقیاس ج: کارکرد اجتماعی؛ و مقیاس د: نشانگان افسردگی. بررسی‌های انجام شده در زمینه روایی این پرسش‌نامه در زبان‌های غیر انگلیسی نشان داده‌اند که ضریب‌های همبستگی مربوط به روایی آن با ضریب‌های همبستگی نسخه انگلیسی قابل مقایسه است (به نقل از احسان‌منش، ۱۳۸۰). یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) برای بهترین نمره برش آن (۲۳)، حساسیت را برابر ۸۶/۵٪، ویژگی ۸۴٪ و ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ گزارش نمودند. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) برای بهترین نقطه برش این پرسش‌نامه (۲۱) حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۸۸٪، ۷۹٪ و ۱۶٪ گزارش نمودند. به پیشنهاد گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) نقطه برش برای تشخیص افراد بیمار شش و بالاتر منظور گردیده است. در پژوهش حاضر

1- General Health Questionnaire- 28

2- Goldberg

3- Hillier

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس یک عاملی متغیرهای جمعیت شناختی و اختلال‌های روانی

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
سن					
بین گروهی	۴	۱۷۸۹/۱۳	۴۴۷/۲۸	۲/۹	۰/۰۵
درون گروهی	۴۴۸	۶۹۰۰۶/۰۳	۱۵۴/۰۳		
سطح تحصیلات					
بین گروهی	۶	۲۱۱۷/۸۴	۳۵۲/۹۷	۲/۲۹	۰/۰۵
درون گروهی	۴۴۶	۶۸۶۷۷/۳۲	۱۵۳/۹۸		
وضعیت تأهل					
بین گروهی	۲	۲۰۵۹/۹۴	۱۰۲۹/۹۷	۶/۷۴	۰/۰۱
درون گروهی	۴۵۰	۶۸۷۳۵/۲۲	۱۵۲/۷۴		
وضعیت شغلی					
بین گروهی	۳	۳۵۴۳/۰۵	۱۱۸۱/۰۱	۷/۸۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	۴۴۹	۶۷۲۵۲/۱۱	۱۴۹/۸		
کل	۴۵۲	۷۰۷۹۵/۲	-		

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t مقیاس‌های فرعی و کل پرسش‌نامه GHQ-28 براساس متغیر جنس

سطح معنی‌داری	t	مردان		زنان		مقیاس‌ها
		میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)	
۰/۰۰۱	-۶/۳۷	۵/۰۲	(۳/۶۹)	۷/۴۹	(۴/۵۴)	نشانه‌های جسمانی
۰/۰۰۱	-۴/۰۸	۵/۶۸	(۴/۳۸)	۷/۳۷	(۴/۴۲)	اضطراب
N.S.	-۱/۶۴	۷/۳۳	(۲/۹۱)	۷/۷۸	(۲/۹۱)	کارکرد اجتماعی
۰/۰۱	-۳/۳۵	۳/۵۹	(۴/۳۳)	۴/۹۶	(۴/۳۷)	افسردگی
۰/۰۰۱	-۵/۲۴	۲۱/۶۳	(۱۱/۹۹)	۲۷/۶۱	(۱۲/۳۴)	کل

میانگین نمره کل پرسش‌نامه GHQ-28 در آزمودنی‌های پژوهش ۲۴/۶۲ (انحراف معیار ۱۲/۵۲) و در مقیاس‌های فرعی نشانه‌های جسمانی ۶/۲۵ (انحراف معیار ۴/۳۲)، اضطراب ۶/۵۳ (انحراف معیار ۴/۴۸)، کارکرد اجتماعی ۷/۵۶ (انحراف معیار ۲/۹۲) و افسردگی ۴/۲۸ (انحراف معیار ۴/۴۰) بود.

نتایج نشان داد که از کل افراد مورد بررسی در ۲۵۲ نفر (۵۵/۶٪) ابتلا به اختلال‌های روانی مطرح است. ۹۰ نفر از مردان (۱۹/۹٪) و ۱۶۲ نفر از زنان (۳۵/۷٪) مشکوک به ابتلا به اختلال روانپزشکی شناخته شدند. فراوانی اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی بالاتر از افسردگی بود (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار، نتایج آزمون *t* نمره‌های مقیاس‌های فرعی و کل پرسش‌نامه GHQ-28 در افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت سلامت آنان

مقیاس‌ها	میانگین (انحراف معیار)	t	سطح معنی‌داری
نشانه‌های جسمانی			
بیمار	۸/۶ (۴/۱)	۱۷/۱	۰/۰۰۱
سالم	۳/۳ (۲/۳)		
اضطراب	۹/۱ (۴/۰۱)	۱۹/۰۵	۰/۰۰۱
بیمار	۳/۳ (۲/۶)		
کارکرد اجتماعی			
بیمار	۸/۹ (۲/۹)	۱۳/۳	۰/۰۰۱
سالم	۵/۹ (۱/۸)		
افسردگی	۶/۴ (۴/۶)	۱۵/۱	۰/۰۰۱
بیمار	۱/۶ (۱/۹)		
کل	۳۳/۰۲ (۱۰/۱۴)	۲۶/۰۸	۰/۰۰۱
بیمار	۱۴/۰۷ (۴/۹)		

نتایج نشان داد که ۱۰٪ از مهاجران سیگار و ۴٪ مواد مصرف کرده بودند. ۴٪ افکار خودکشی و ۲٪ اقدام به خودکشی داشتند.

این بررسی بین اختلال‌های روانی و نوع سکونت (متمرکز و غیر متمرکز) رابطه معنی‌دار نشان داد ($t = ۲/۹۸, p < ۰/۰۰۳$) ولی با طول مدت اقامت در ایران، نوع مهاجرت (قانونی و غیر قانونی)، دلیل مهاجرت (مخالفت با رژیم حاکم، جنگ، جستجوی شرایط بهتر و فشار خانواده) و محل سکونت (حاشیه شهر و مجتمع) رابطه معنی‌داری دیده نشد.

این بررسی نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در مقایسه با بررسی انجام شده بر روی مهاجران افغان مقیم شیراز و سایر بررسی‌های همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت عمومی مناطق مختلف ایران و جهان بیشتر است.

یافته‌های پژوهش حاضر میزان شیوع اختلال‌های روانی را در میان مهاجران افغان مقیم شهر تهران ۵۵/۶٪ برآورد نمود. اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی بالاتر از افسردگی بود. تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات افراد سالم و بیمار در مقیاس‌های فرعی و کل GHQ-28 دیده شد. همه مقیاس‌ها به یک نسبت در افزایش نمرات در افراد بیمار نقش داشتند. ۱۰٪ سیگار و ۴٪ مواد مصرف کرده بودند. ۴٪ افکار خودکشی و ۲٪ اقدام به خودکشی داشتند.

وجود مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و خودکشی در جمعیت مهاجران پژوهش حاضر هماهنگ با بررسی‌های انجام شده بر روی مهاجران مقیم سایر کشورها است (زولمیرو، ۱۹۷۵؛ سوتر واسکوتو، ۱۹۸۴؛ پیتتر، ۱۹۹۰؛ استوارت و کلیمیدیز، ۱۹۹۳؛ خاورپور و ریسل، ۱۹۹۷؛ جین سان و همکاران، ۱۹۸۹؛ نکیل وی، ۱۹۹۷؛ مولیکا و همکاران، ۲۰۰۱؛ تریب، ۱۹۹۹؛ میلر^۱، ۱۹۹۹؛ سروانتس^۲ و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از دولت‌آبادی، ۱۳۷۳؛ مریل^۳ و اونز^۴، ۱۹۸۶، به نقل از چیونگ، ۱۹۹۵؛ بوهوگرا و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از بوهوگرا و جونز، ۲۰۰۱؛ آیزن بروج، ۱۹۹۱، به نقل از چیونگ، ۱۹۹۵).

کلافی و همکاران (۱۳۷۸) میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی را بر روی مهاجران افغان مقیم شیراز ۳۴/۶٪ گزارش نمودند. بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده در زمینه همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی بر روی جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر که توسط احسان‌منش (۱۳۸۰) انجام گرفته نشان می‌دهد که میزان شیوع در جمعیت‌های مورد بررسی در جهان از ۷/۳٪ تا ۲۵/۳٪ و در ایران از ۵/۷۵٪ تا ۵۳/۷٪ در نوسان است. میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش کلافی و همکاران (۱۳۷۸) و سایر بررسی‌ها در مناطق مختلف جهان و ایران - به استثناء

1- Miller
3- Merrill

2- Servants
4- Owens

بررسی‌های جلیلی و داویدیان (۱۳۷۰) در دهرشک یزد، وکیل‌زاده و همکاران (۱۳۷۷) در شهر کرد و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) در تهران- نیز بیشتر است. شاید بتوان سن فرد هنگام مهاجرت، دلیل مهاجرت، میزان سازگاری فرهنگی و اجتماعی با جامعه جدید، نداشتن برنامه برای آینده، پذیرفته نشدن اجتماعی مهاجران، ناپایداری خانواده، جدایی از بستگان، استرس فرهنگ‌پذیری، نبود حمایت اجتماعی، نداشتن نقش اجتماعی سودمند و پیوندهای معنی‌دار اجتماعی، نداشتن سرپناه (چیونگ، ۱۹۹۵؛ نیروی کار بهداشت روانی کانادا، ۱۹۹۸؛ بوهوگرا و جونز، ۲۰۰۱؛ تریب، ۲۰۰۲؛ بواله‌ری و پالانگ، ۱۳۷۴؛ بواله‌ری و دادفر، ۱۳۷۹)، احساس عمیق انزوای اجتماعی، نظام متفاوت ارزشی- فرهنگی در کشورهای افغانستان و ایران، سطح پایین‌تر اجتماعی- اقتصادی مهاجران به دلیل نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم، بیکاری یا اشتغال به کارهای سخت و طاقت‌فرسای بدنی، نداشتن امنیت شغلی و پایین بودن دستمزدها نسبت به افراد ایرانی، جنگ داخلی و وضعیت ناپایدار سیاسی- اقتصادی- اجتماعی در کشور مبدأ و پیامدهای ناشی از آن، نگرش منفی و آگاهی پایین مردم افغانستان نسبت به بیماری‌های روانی (بواله‌ری و شاه محمدی، ۱۳۷۵) را از دلایل بالاتر بودن میزان اختلال‌های روانی در جمعیت مورد بررسی دانست.

بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر زنان، سالمندان، متأهل‌ها و جدا شده‌ها، افراد دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، خانه‌دارها و بیکارها از اختلال‌های روانی بیشتری در رنج بوده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های سایر بررسی‌ها بر روی مهاجران و بررسی‌های همه‌گیرشناسی هماهنگ است کارتا^۱ و همکاران، ۱۹۹۱، به نقل از احسان‌منش، ۱۳۸۰؛ چیونگ، ۱۹۹۵؛ آرویان و همکاران، ۱۹۹۸؛ امیدی و همکاران، ۱۳۷۹؛ صادقی و همکاران، ۱۳۷۹؛ شمس‌علیزاده و همکاران، ۱۳۷۹؛ ساعتچی، ۱۳۸۰؛ نوربالا و همکاران، (۱۳۸۰).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین طول مدت اقامت در ایران با اختلال‌های روانی رابطه

معنی‌دار وجود ندارد که با یافته مولیکا و همکاران (۲۰۰۱) هم‌سو و با یافته‌های چیونگ (۱۹۹۵) و کلافی و همکاران (۱۳۷۸) هم‌سویی ندارد. گفتنی است که در پژوهش کلافی و همکاران (همان‌جا) صرفاً میزان اضطراب با افزایش طول مدت اقامت در ایران کاهش نشان داد که احتمالاً ناشی از تثبیت وضعیت شغلی و سازگاری با شرایط محیطی کشور و شهر میزبان می‌باشد. شاید مهاجران افغان مقیم تهران نتوانسته‌اند از این شرایط برخوردار شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر رابطه معنی‌داری میان اختلال‌های روانی و نوع مهاجرت (قانونی و غیرقانونی)، محل سکونت (حاشیه شهر و مجتمع) و دلیل مهاجرت نشان نداد، اما ارتباط یادشده با روش سکونت (متمرکز و غیر متمرکز) معنی‌دار بود.

مقطعی بودن پژوهش، به کار بردن فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) که اختلال‌های روان‌پریشی را سرنم می‌کند و بی‌سواد یا کم‌سواد بودن بیشتر آزمودنی‌های پژوهش از محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌رود.

در پژوهش‌های آینده بهتر است افزون بر GHQ-28 مصاحبه بالینی نیز به کار برده شود.

این پژوهش با بودجه مرکز تحقیقات بهداشت روان و قطب علمی انستیتو روانپزشکی تهران انجام شده است. بدینوسیله از دکتر سیداکبر بیان‌زاده ناظر محترم طرح و سرکار خانم فاطمه اشرفی رئیس انجمن حمایت از کودکان و زنان پناهنده سپاسگزاریم. از کلیه دانشجویان افغان که در تکمیل پرسش‌نامه‌ها همکاری داشتند سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۲۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۳/۲

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۳/۱۱

استان تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲،

۱۹-۲۶.

صادقی، خیرا...؛ صابری، مهدی؛ عصاره، مرضیه (۱۳۷۹).

همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری

کرمانشاه، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲ و ۳،

۱۶-۲۵.

کلافی، یونس؛ استوار، افشین؛ حق‌شناس، حسن (۱۳۷۸). بررسی

وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغان مقیم شیراز.

فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۱۰-۴.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸).

بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. *مجله*

پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس؛ یاسمی،

محمدتقی (۱۳۸۰). *بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و*

بالتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸، مقاله ارائه شده در

ششمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در

ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید

بهشتی، ۱۷-۱۴ آبان.

وکیل زاده، سیدبهاء‌الدین؛ پالانگ، حسن (۱۳۷۷). بررسی شیوع

اختلال‌های روانی در مطب خصوصی پزشکان (شهرکرد

۱۳۷۶). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۲، ۱۲-۴.

یعقوبی، حمید؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴).

بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و

روستایی شهرستان صومعه‌سرا-گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*،

سال اول، شماره ۴، ۶۴-۵۵.

Aroian, K.J., Norris, A.E., Pats Daughter, C.A., &

Tran, T.V. (1998). Predicting psychological distress

among former Soviet immigrants. *International*

Journal of Social Psychiatry, 44, 284-294.

Bhugra, D., & Jones, P. (2001). Migration and mental

illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7,

213-223.

Canadian Task Force on Mental Health Issues (1998).

After the door has been opened: Mental health

issues affecting immigrants and refugees in Ca-

nada. Ottawa Health and Welfare.

احسان‌منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در

ایران: بازنگری برخی پژوهش‌های انجام شده. *فصلنامه اندیشه و*

رفتار، سال ششم، شماره ۴، ۶۹-۵۴.

امیدی، عبد...؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، علی؛ عکاشه، گودرز

(۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در

شهرستان نظنز اصفهان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم،

شماره ۴، ۳۸-۳۲.

بوالهری، جعفر؛ پالانگ، حسن (۱۳۷۴). *بهداشت روانی پناهندگان*.

شهرکرد: مرکز بهداشت استان چهارمحال بختیاری.

بوالهری، جعفر؛ دادفر، محبوبه (۱۳۷۹). *مشکلات بهداشت روانی زنان*

و کودکان پناهنده و آواره. مقاله ارائه شده در اولین همایش

بین‌المللی کودکان و زنان پناهنده جهان. تهران، ۴ اسفند ماه.

بوالهری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بهداشت روانی و

روانپزشکی در افغانستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم،

شماره ۴، ۱۸-۱۳.

پالانگ، حسن؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ پراهنی، محمدتقی؛

شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های

روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره

۴، ۲۷-۱۹.

جلیلی، احمد؛ داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). *بررسی ایدز میولوژیک*

بیماری‌های روانی در یک روستا در حاشیه کویر. مقاله ارائه شده در

سومین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید

بهشتی، تهران، ۱۴-۱۱ آذر.

دولت‌آبادی، شیوا (۱۳۷۳). *بررسی مسائل روانی-اجتماعی مهاجرین*

جنگ تحمیلی ۷۳-۱۳۶۱. گزارش پایانی طرح تحقیقاتی انستیتو

روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-

درمانی ایران.

ساعتچی، محمود (۱۳۸۰). *بررسی همه‌گیرشناسی با مطالعه فراوانی و*

توزیع پریشانی‌های روانی و اختلال‌های رفتاری در جمعیت تهران. مقاله

ارائه شده در ششمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و

روانشناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۷-۱۴ آبان.

شمس‌علیزاده، نرگس؛ بوالهری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۸۰).

بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در یک روستای

- Cheung,P. (1995). Acculturation and psychiatric morbidity among Cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 108-119.
- Ganessian,S.,Fine,S., & Vilin,T. (1989). Psychiatric symptoms in refugee families from South East Asia: Therapeutic challenges. *American Journal of Psychiatry* ,43,18-28.
- 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 user guide to the General Health Questionnaire*. New York: Winsor Nelson.
- Hodes,M. (2002). Implications for psychiatric services of chronic civilian strife: Young refugees in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment*,8, 366-376.
- Khavarpoor,F.,& Rissel,C.(1997). Mental health status of Iranian migrants in Sydney. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*,31, 828-834.
- Miller,K.(1999). Rethinking a familiar model: Psychotherapy and the mental health of refugees. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29, 283- 306.
- Mollica,R.F.,Sarajlic,N.,Chernoff,M.,& Lavell,J.(2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association* , 5,546-554.
- Nckelvey,R. (1997). Comparative levels of psychological distress in a premigratory refugee population: *Australia and New Zeland Journal of Psychiatry*, 37,593-598.
- Pinter,E. (1990). Immigrants status and psychic disturbances. *Schweizer Archive Fur Neurologie, Neurochirurgie and Psychiatrie*, 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, 274-284.
- Stuart,G.W.,Klimidis,S., & Minas,L.H. (1998). The treated prevalence of mental disorder amongst immigrants and the Australlian-born: Community and primary- care rates. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 22-34.
- Sutter,J.,& Scotto,J.C. (1984). Psychopathological problems posed by migrants population in large urban centers. *Annals Medico-Psychologiques*, 142, 522- 527.
- Tribe,R. (1999a). Therapeutic work with refugees living in exile: Observations on clinical practice. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, 233-242.
- Tribe,R. (1999b). Bridging the gap or damming the flow? Using interpreters/ bicultural workers when working with refugee clients, many of whom have been tortured. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 567-576.
- Tribe,R. (2002). Mental health of refugees and asylum-seekers. *Advances in Psychiatric Treatment* , 8, 240-248.
- World Health Organization.(1992). *Refugee mental health*. WHO, Geneva.
- Zulmiro,A. (1975). Mental disturbance in immigrants. *Information Psychiatry*, 51, 249-81.