

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان





-
- سرشناسه : دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
- عنوان و نام پدیدآور : بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان / تالیف محبوبه دادفر، پیرحسین کولیوند، علی اصغر اصغر نژاد فرید ؛ آیه سفارش | بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ع)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء.
- مشخصات نشر : تهران : میرماه، ۱۳۹۳.
- مشخصات ظاهری : ۶۸ص: مصور (بخشی رنگی).
- شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۳-۱ ریال: ۵۶۰۰۰
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا
- موضوع : مهاجران -- بهداشت روانی
- موضوع : پناهندگان -- بهداشت روانی
- شناسه افزوده : کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
- شناسه افزوده : اصغر نژاد فرید، علی اصغر، ۱۳۲۷ -
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
- رده بندی کنگره : RC۴۵۱/۴/م۹۵۲ ۱۳۹۳
- رده بندی دیویی : ۳۶۲/۱۹۶۸۹۰۰۸۶۹۱۲
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۳۵۵۸
-

بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان

تألیف:

پیر حسین کولیوند

رئیس سازمان امداد و نجات هلال احمر
و معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر علی اصغر نژاد فرید

روانشناس

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان



مرکز
تحقیقات
علوم
عصاب
و
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، پیرحسین کولیوند، دکتر علی اصغر اصغرنژاد فرید

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۵۶۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۳-۱

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

توجه به موضوع بهداشت روانی و بررسی های همه گیر شناسی از اساسی ترین اقدامات جهت طراحی برنامه های پیشگیری و تدارک برنامه های درمانی می باشد. تامین بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان نیازمند دانستن اطلاعاتی در خصوص مشکلات بهداشت روانی آنها می باشد.

با توجه به اینکه مهاجران و پناهندگان به ویژه زنان و کودکان در هر جامعه ای از آسیب پذیرترین افراد می باشند، مطالعه و بررسی مشکلات روانی در این گروه، در راستای برنامه ریزی برای ارتقاء بهداشت روانی آنها از اهمیت بالایی برخوردار است.

بررسی وضعیت سلامت روانی آنها رهنمودهایی را به پژوهشگران و درمانگران ارائه می دهد که بر اساس آن می توان اقداماتی را در برنامه ریزی های بهداشت عمومی در پیشگیری اولیه جهت نیازهای بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان در نظر گرفت و بر آن اساس رویکردهای جامعه نگر را در درمان مشکلات بهداشت روانی آنها مورد توجه قرار داد.

در رویکردهای جامعه نگر پیشگیری اولیه، درمان و نوانبخشی در هر سطح از خدمات بهداشتی درون جامعه مهاجر و پناهنده انجام می گیرد. وجه مشخصه این رویکرد پافشاری بر مشارکت فعالیت جمعی و آموزش در پیشگیری از اختلال های روانی و روانی اجتماعی است.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

تعریف مفاهیم.....	۱۱
بهداشت روان.....	۱۱
مهاجران.....	۱۲
پناهندگان.....	۱۲
هویت فرهنگی.....	۱۳
شوک فرهنگی.....	۱۳
سوگواری فرهنگی.....	۱۴
فرآیند مهاجرت.....	۱۵
بهداشت روان و مهاجرت.....	۱۹
استرس و مهاجرت.....	۲۲
فرهنگ و مهاجرت.....	۲۶
مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه مشکلات بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان.....	۳۰
پژوهش‌های بین‌المللی.....	۳۰
پژوهش‌های داخلی.....	۳۷
راهکارها برای ارتقاء بهداشت روانی و رفاه مهاجران و پناهندگان.....	۴۳
راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA).....	۴۵
راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای نقش فرد در کاهش فشار روانی، انزوا یا افسردگی.....	۴۶
راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای مهاجران جوان.....	۴۶
راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای نحوه برقراری ارتباط بهتر والدین با فرزندان شان.....	۴۷
راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای مهاجران سالمند.....	۴۸
جمع بندی.....	۴۹
منابع.....	۵۳

تعریف مفاهیم

بهداشت روان

بهداشت روان به مفهوم تامین و ارتقاء سلامت روانی فردی و اجتماعی و پیشگیری از ابتلاء، درمان مناسب بیماری‌های روانی و توانبخشی بیماران روانی است. بهداشت روانی شامل (۱) کلیه فعالیت‌هایی است که در جهت تامین، گسترش و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی فرد باشد، (۲) روش‌هایی که ابتلا به بیماری روانی و عصبی را در جامعه کاهش دهد و یا پیشگیری نماید، (۳) اقداماتی که با کمک به درمان به موقع و مناسب، شیوع بیماری‌های روانی را کاهش داده و از معلولیت بیشتر آنها پیشگیری کند و (۴) اقداماتی که بیماران مزمن یا معلولین روانی را به کار فعالیت فردی و اجتماعی بیشتر و یا دوباره هدایت کرده و باعث کاهش یا توقف معلولیت آنها شود.

در بهداشت روان به فعالیت‌های بند اول ارتقاء بهداشت روان (Mental health promotion)، دوم پیشگیری اولیه (Primary prevention)، سوم پیشگیری ثانویه (Secondary prevention) و چهارم پیشگیری ثالث (Tertiary prevention) یا توانبخشی روانی (Psychological rehabilitation) گفته می‌شود (بواله‌ری، ۱۳۸۱).

مهاجران (Immigrants)

مهاجران افرادی هستند که به دلیل فروپاشی سیاسی، اجتماعی و نیز جنگ از کشور خود فرار کرده‌اند و به مناطق دیگر پناه برده‌اند. مهاجر موجودی ترکیبی است که دارای پیچیدگی فرهنگی ویژه‌ای است و با توجه به اینکه با فرهنگ‌ها و مناطق جدید تطبیق پیدا می‌کند، شخصیتی قابل تغییر است (ربانی، ۱۳۸۱).

پناهندگان (Refugees)

بر اساس مصوبه سال ۱۹۵۱ سازمان ملل متحد United Nations Organization (UNO)، پناهندگان عبارتند از افرادی که به خاطر ترس از تعقیب به دلایل نژادی، مذهبی، ملیت و یا عضویت در یک حزب سیاسی و یا اجتماعی خاص در خارج از کشور خود زندگی می‌کنند. در سال ۱۹۶۷ پروتکل مربوط به وضعیت پناهندگان کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR) این تعریف را گسترش داده و کسانی را نیز که به خاطر فروپاشی سیاسی و اجتماعی کشور خود جهت پناه موقت از کشور خود فرار کرده‌اند را نیز شامل گردانید (۱۹۹۲، World Health Organization (WHO)).

در تعریف پناهنده چهار رکن اساسی به شرح ذیل بیان شده است:

۱- ترس دائمی و همیشگی

۲- شکنجه و آزار «عدم مراقبت دائمی از سوی نیروهای پلیس و حتی آزار و اذیت به هنگام توقیف»، آزار و اذیت خویشاوندان «جسمی و روحی»، حبس بدون مدرک

۳- مسائلی از قبیل نژاد، مذهب، ملیت، عضویت در یک گروه اجتماعی خاص یا عقاید

سیاسی

۴- اقامت در خارج از کشور متبوع خود (رفیعی فیاض بخش، ۱۳۷۹).

هویت فرهنگی

عقاید و رفتار فرهنگی نسل به نسل یاد گرفته شده و از نسلی به نسل دیگر منتقل شده است. فرهنگ شامل تاریخ، ارزش‌ها، جشن‌ها، غذا، مذهب و زبان است. آنچه یاد می‌گیریم، طرز برخورد و اعمال ما را شکل می‌دهد. فرهنگ مشترک کمک می‌کند تا افراد به هم نزدیک شوند تا جامعه‌ای را به وجود آورند و به مردم یک حس هویت مشترک می‌دهد. هویت ما بخش مهمی است از این که ما که هستیم و اینکه خودمان و گروه‌هایی که با آنان مرتبط می‌شویم را چگونه می‌بینیم. عوامل تاثیرگذار زیادی مثل خانواده، مدرسه، کار، گروه‌های مذهبی، گروه‌های ورزشی، تجربیات ما و سابقه فرهنگی ما، هویت ما را شکل می‌دهند. مهم است که احساس تعلق به جامعه جدید داشته باشیم و در جامعه برای آنچه که هستیم پذیرفته شویم.

یاد گرفتن اینکه چگونه خود را ببینیم و دیگران چگونه با ما رفتار کنند روی اعتماد و احترام به نفس ما تاثیر می‌گذارد. گاهی اوقات افراد ممکن است به دلایل گوناگون کنار گذاشته شوند مثلاً ممکن است ظاهرشان متفاوت باشد یا معلولیتی داشته باشند. محرومیت اجتماعی ممکن است برای هر کسی اتفاق بیفتد ولی مهاجران و پناهندگان گاهی اوقات ممکن است محرومیت بیشتری را تجربه کنند چون متعلق به یک گروه فرهنگی اقلیت هستند.

شوک فرهنگی

شوک فرهنگی یک واکنش رایج در کسانی است که در کشوری زندگی می‌کنند که روش زندگی در آن با کشور قبلی شان فرق دارد. بعضی از مردم ممکن است به سرعت خودشان را با کشور جدید وفق دهند ولی برای عده‌ای این تجربه ممکن است دشوار باشد. خیلی عادی است که مردم فرهنگ خودشان را منطقی و متمدن بدانند و برای آن ارزش قائل باشند، در حالی که به یک فرهنگ متفاوت به چشم غیردوستانه، نامتمدن و بدون

ارزش‌های اخلاقی نگاه کنند. آنها ممکن است فرض کنند، آنها "هستند که اشکال دارند، نه" ما.

شوکه فرهنگی می‌تواند روی مردان، زنان و افراد مسن تر تأثیرات متفاوتی داشته باشد. مردانی که در کشور جدید کار پیدا می‌کنند و می‌توانند مشغول به فعالیت‌هایی شبیه کشور سابق‌شان بشوند ممکن است به سرعت با فرهنگ جدید سازگار شوند. اگر آنها کار پیدا نکنند، سازگار شدنشان با فرهنگ جدید ممکن است بیشتر طول بکشد. آنها ممکن است از نظر اجتماعی بیشتر منزوی شوند و این باعث شود که بیشتر احساس تنهایی و افسردگی کنند. زنان خانه دار نیز ممکن است در محیطی باشند که خیلی با کشور سابق‌شان فرق دارد. بعضی از زن‌ها ممکن است مجبور باشند که در بیرون از خانه کار کنند و ممکن است فشارهایی را تجربه کنند که قبلاً تجربه نکرده بودند. یا ممکن است کار پیدا کردن برای آنها مشکل باشد و باعث ایجاد انزوای اجتماعی بشود.

علاوه بر این، افراد سالمند ممکن است برای استقرار در کشور جدید با مشکلاتی روبرو باشند چون حس می‌کنند که نقش و موقعیت‌شان در خانواده عوض شده و شاید ارزش کمتری برایشان قائلند و ممکن است فکر کنند که دیگر احترام سابق را ندارند. آنها ممکن است فرصت‌های کمتری برای فعالیت‌های اجتماعی داشته باشند و ممکن است احساس انزوای اجتماعی، تنهایی و افسردگی در آنها آغاز شود.

سوگواری فرهنگی

سوگواری فرهنگی هنگامی است که مردم برای از دست دادن اجتماع و جامعه‌ای که پشت سر گذاشتند غصه دار شوند. آنها ممکن است به دلیل از دست دادن هویت قبلی خود دچار خشم، بی‌میلی، گناه و اندوه شوند. ممکن است در مورد تصمیم به مهاجرت به کشور جدید شک کرده و بخواهند به وطن‌شان برگردند. اگر غم، اندوه و خشم برای مدت طولانی ادامه پیدا کند، ممکن است روی سلامت روانی آنان تأثیر بگذارد و موانعی را برای سازگاری آنها با کشور جدید ایجاد نماید.

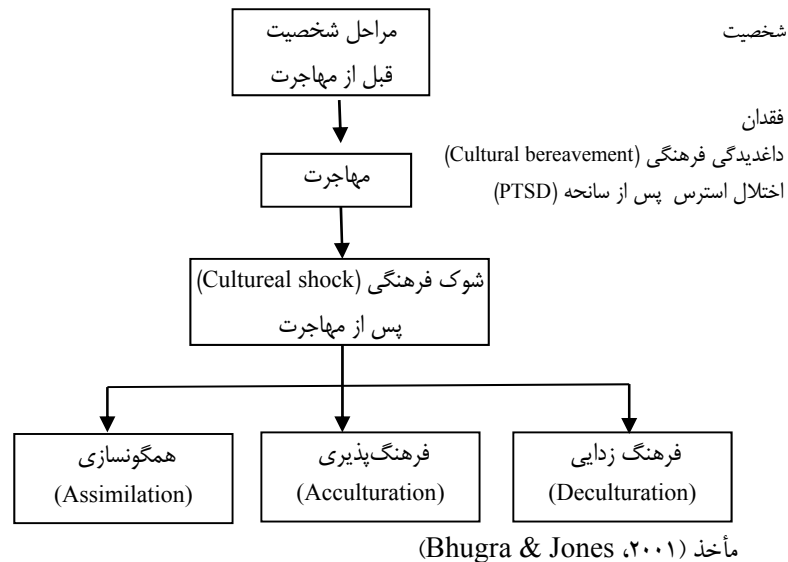
فرآیند مهاجرت

بلایای طبیعی مانند سیل، زلزله، قحطی، خشکسالی و مصائب ساختمانی دست بشر مثل رشد سریع جمعیت، مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی، سیاسی، درگیری‌های قومی و نژادی، جنگ و بیکاری در کشورهای در حال توسعه باعث شده است که جمعیت مهاجران و پناهندگان در سال‌های اخیر به شدت افزایش یابد. بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۲ تعدادی افرادی که در خارج از کشور اصلی شان زندگی می‌کردند از ۵۰ تا ۱۰۰ میلیون افزایش نشان داده است (United Nations Population Fund, 1993، به نقل از Arion, Pats Daughter, Levin & Gianan, 1995). بر پایه داده‌های کمیساری عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (NHCR) در سال ۲۰۰۲ بیش از ۱۲ میلیون پناهنده در دنیا وجود دارد (به نقل از Hodes, ۲۰۰۲).

فرآیند مهاجرت (Migration) به هر دلیل یا هر مدتی که رخ دهد استرس‌زا است. چنین استرسی می‌تواند در تمام شرایط با افزایش نرخ بیماری روانپزشکی در ارتباط باشد. همچنین آمادگی مهاجران و پناهندگان، پذیرش آنها توسط جامعه میزبان و فرآیند مهاجرت، ماکروفاکتورهای ایجاد اختلالات روانپزشکی هستند. میکروفاکتورها شامل صفات شخصیتی، قوی بودن از لحاظ روانشناختی، هویت فرهنگی، حمایت اجتماعی و پذیرش توسط سایرین در خود گروه مهاجران می‌باشند (Bhugra & Jones, ۲۰۰۱).

فرآیند مهاجرت می‌تواند طی سه مرحله رخ دهد: مرحله اول "قبل از مهاجرت" (Pre-migration) است یعنی موقعی که افراد تصمیم می‌گیرند مهاجرت کنند یا برای نقل مکان طرح ریزی نمایند. مرحله دوم خود فرآیند "مهاجرت" و انتقال فیزیکی از جایی به جای دیگر است که شامل کلیه گام‌های روانشناختی و اجتماعی ضروری می‌باشند. مرحله سوم "پس از مهاجرت" (Post-migration) است یعنی زمانی که افراد در چارچوب اجتماعی و فرهنگی جامعه جدید قرار می‌گیرند، نقش‌های تازه‌ای یاد می‌گیرند و به تشکیل دادن گروه خود علاقه مند می‌شوند (نمودار ۱).

عوامل آسیب پذیر احتمالی مهاجرت



نمودار ۱- مراحل مهاجرت

تقریباً اکثر مهاجران و پناهندگان فرآیند فوق را تجربه می کنند. آنها قبلاً بافت اجتماعی متفاوتی داشته اند و پس از مهاجرت آماده ارائه شیوه یکسانی نیستند و دلایل مهاجرت شان نیز مختلف است.

انتظار می رود که مهاجرت کردن و پناهنده شدن به دنبال یک آینده نامعلوم هرگز نتواند تصمیمی ساده و آسان باشد (شیانی، ۱۳۸۱). عوامل احتمالی مهاجرت و پناهندگی که در جدول ۱ فهرست شده اند می توانند خیلی استرس زا باشند. دوره بین وضعیت پناهنده شدن و تصمیم به ایجاد تغییر دادن شرایط بین دو کشور می تواند از چندین ساعت تا چندین سال طول بکشد. این زمان، وقتی که مهاجران یا پناهندگان قادر نباشند که برای آینده طرح ریزی کنند، فوق العاده فشار آفرین و نامشخص است و می تواند بهداشت روانی آنها را مختل نماید (Tribe، ۲۰۰۲).

جدول ۱- عوامل احتمالی مهاجرت و پناهندگی

علل	مسائل موجود در کشور میزبان
جنگ	تغییرات چندگانه
از دست دادن حقوق انسانی	سازگاری روانشناختی و عملی
تحت تعقیب قرار گرفتن به دلایل سیاسی	آینده نامشخص رویدادهای تروماتیک زندگی
مذهبی، جنسیت و نژادی	مشقت و سختی نژادپرستی
از دست دادن‌های ناشی از مهاجرت کشور	کلیشه‌ای شدن توسط کشور میزبان سنت‌های فرهنگی ناشناخته
فرهنگ	
خانواده	
حرفه	
زبان	
دوستان	
طرح‌هایی برای آینده	

مأخذ: (Tribe، ۲۰۰۲)

مهاجرت، تنها یک نقل و انتقال جغرافیایی نیست، بلکه نوعی انتقال روانشناختی و اجتماعی هم به حساب می‌آید و می‌تواند در بسیاری موارد نوعی اندوه فرهنگی برای افراد، جامعه مبدا و جامعه مقصد باشد (دسوزلان، ۲۰۰۶). مهاجرت افراد از یک محیط جغرافیایی به محیط دیگر در برخی موارد به مشکلات روحی و فشارهای روانی منجر می‌شود (چوی، ۱۹۹۷، مورای، ۲۰۰۰، لی و همکاران، ۲۰۰۴).

سازگاری با فرهنگ جدید یا فرهنگ پذیری اشاره به تغییراتی دارد که در فرایند سازگاری با متغیرهای جدید در زندگی ایجاد می‌شوند. مطابق با نظرات جدید صرف تقاضای سازگاری با فرهنگ‌های جدید و متفاوت می‌تواند به استرس منجر شود. ورود مهاجران و پذیرش فرهنگ جامعه مقصد توسط آنها تجربیات فشارزایی را برای آنها به وجود می‌آورد (بری، ۱۹۹۸).

بری (۲۰۰۴) به ارائه یک مدل چهار بعدی در خصوص استرس‌های فرهنگ پذیری پرداخته است که بر پایه دو سوال استوار است: نخست آیا باید هویت ارزشی و رسوم فرهنگی باقی بمانند؟ و دوم آنکه، آیا روابط مثبتی با ارزش‌های جامعه بزرگتر وجود دارد؟ وی در قالب این دو سوال، چهار نوع راهبرد فرهنگ پذیری به نام‌های همانندی (Assimilation)، یکپارچگی (Integration)، جدایی (Separation) و حاشیه‌نشینی (Marginalization) را نام برده است.

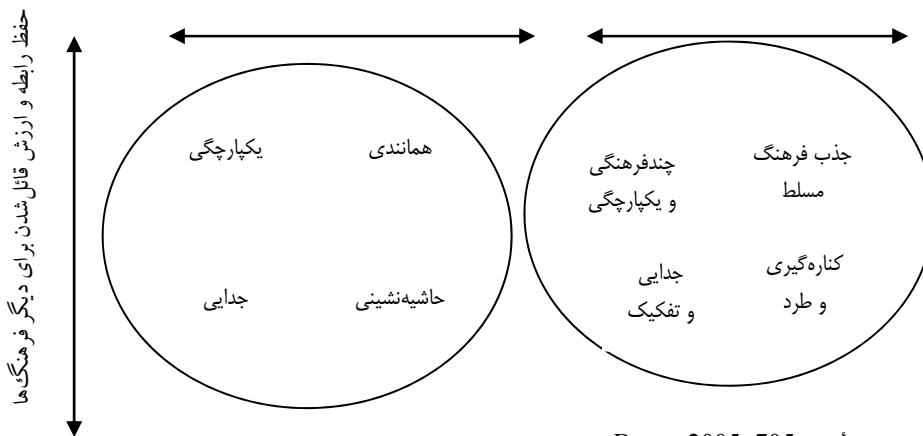
همانندی زمانی رخ می‌دهد که فرد هویت فرهنگی خود را از دست داده و به فرهنگ جامعه مقصد روی می‌آورد، در همانندی فرد مهاجر در فرهنگ جامعه میزبان ادغام می‌شود و به شیوه و آداب و رسوم فرهنگی جامعه میزبان عمل می‌کند. در یکپارچگی شخص مهاجر به فرهنگ جامعه مبدأ پایبند است، در حالی که با فرهنگ جامعه مقصد نیز ارتباط دارد و به آن هم پایبند است. در یکپارچگی نوعی دو فرهنگی واقعی وجود دارد و وفاداری به هر دو فرهنگ نوعی همبستگی اجتماعی را به وجود می‌آورد.

جدایی، حفظ فرهنگ اصلی خود و فقدان رابطه با جامعه میزبان است. جدایی برای مهاجر وقتی است که علاقه‌مندی به فرهنگ خودی وجود دارد و افراد به فرهنگ سنتی خودشان اهمیت می‌دهند، اما هیچ توجهی به فرهنگ جامعه میزبان ندارند.

حاشیه نشینی زمانی رخ می‌دهد یک فرد مهاجر هم فرهنگ قومی خود و هم فرهنگ جامعه میزبان را طرد می‌کند. بری مدل حاشیه نشینی را بیگانگی دو گانه می‌داند، چون در این راهبرد عدم وفاداری به دو فرهنگ وجود دارد (Bhugra, 2004). به نظر بری یکپارچگی

شکلی از سازگاری است که بهترین مدل برای بهداشت روانی ترسیم می‌کند، چون این مدل دارای پایین‌ترین سطوح از فشارهای روانی و فرهنگ پذیری است. بر عکس این راهبرد، حاشیه نشینی بالاترین سطح فشار روانی را برای مهاجران ایجاد می‌کند. چون در این راهبرد فرد نسبت به دو فرهنگ بیگانه می‌شود. بر اساس این مدل باید انتظار داشت که مهاجرانی که یکپارچگی با فرهنگ بومی را دارند، سطح پایین‌تری از فشارهای روانی را تجربه کرده و در نتیجه بهداشت روانی بهتری نسبت به آنهایی که در سه نوع مدل دیگر قرار گرفته‌اند، دارند (کخ، ۲۰۰۳). نمودار ۲ مدل فرهنگ پذیری بری (۲۰۰۵) را نشان می‌دهد.

حفظ هویت و فرهنگ بومی و ارزش قائل شدن برای آن



مأخذ: (Berry, 2005: 705)

نمودار ۲- مدل فرهنگ‌پذیری جان بری (۲۰۰۵)

بهداشت روان و مهاجرت

بهداشت روانی افراد ممکن است در موقعیت‌های گوناگون خدشه‌دار شده و فرد تحت فشارهای روانی قرار گیرد. یکی از این موقعیت‌ها ورود افراد به عنوان مهاجر از یک محیط به محیط فرهنگی دیگر است. مهاجرت حرکت بالنسبه دائمی عده‌ای از مکانی به مکان دیگر است. مهاجران بر اساس سلسله مراتبی از ارزش‌ها یا هدف‌های با ارزشی که تعلیم می‌گیرند،

حرکت می کنند، و نتیجه این حرکت تغییراتی در نظام کنش متقابل مهاجران است (لهسانی زاده، ۲۰۰۱).

مردم به دلایل مختلف مهاجرت می کنند. بعضی از مردم به خاطر دلایل اقتصادی یا آموزشی و بعضی ها به خاطر دلایل سیاسی، برای فرار از جنگ یا آزار مهاجرت می کنند، فرآیند مهاجرت آسان نیست. عواملی مثل احساس جدایی، تنهایی، محرومیت و عدم احترام به نفس می تواند شخص را تحت فشار روانی قرار دهد. برای مهاجران و پناهندگان این احساسات می تواند ناشی از موقعیت هایی باشد مانند زندگی در کشوری که فرهنگ و سنت های مذهبی متفاوتی دارد، دشواری یادگرفتن یک زبان جدید، شرایط نامناسب مسکن، بیکاری، از دست دادن حمایت خانواده و جامعه، احساس انزوا و زندگی کردن در محلی که تعداد افراد با فرهنگ مشابه در آن زیاد نیست، نژاد پرستی و این احساس که جامعه کشور جدید آنها را نمی پذیرد، نداشتن امکانات مناسب برای زندگی بهتر و تجربه شوک فرهنگی.

CTFMHI عوامل آشکارساز بالقوه در مشکلات بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان را

به شرح زیر فهرست نموده است (Canadian Task Force on Mental Health Issues، 1998):

جدایی از خانواده و جامعه، عدم استقبال یا ناخوشامدگویی کشور میزبان، آسیب پیشرونده یا شدید قبل از جلای وطن، مسن بودن یا نوجوان بودن، ندانستن زبان کشور میزبان و فقدان موقعیت اجتماعی - اقتصادی.

مهاجرت و مشکلات ناشی از تفاوت های قومی در کشور میزبان سبب بروز یا افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی در میان مهاجران و پناهندگان می شود. طی چند دهه اخیر پدیده مهاجرت موجب شده است که بررسی سلامت روانی مهاجران و پناهندگان دامنه گسترده تری پیدا کند. گذشته از این که پدیده مهاجرت به عنوان یک رویداد استرس زا موجب بروز اختلالات روانپزشکی می گردد، عواملی مانند وضعیت بد اقتصادی، تفاوت های گویشی و فرهنگی، جدایی از بستگان و عللی که موجب مهاجرت می شوند، در افزایش آن نقش عمده ای دارد. مهاجران و پناهندگان در کشورهای میزبان اغلب از خدمات چشمگیری در زمینه بهداشت روانی برخوردار نیستند (کلافی، استوار و حق شناس، ۱۳۷۸).

Rumbaut (۱۹۹۱) متذکر شده است که از دست دادن خانواده یک شاخص پریشان کننده روانشناختی می باشد. سایر پژوهشگران مطرح کرده اند که دیدگاه های متفاوت در درون گروه خانواده، در خصوص تصمیم برای مهاجرت یا پناهنده شدن، می تواند شاخصی منفی باشد. خانواده های مهاجران و پناهندگان از بهم ریختگی حاد و ناگهانی رنج می برند و ممکن است از هم گسسته شوند. الگویی که به وفور دیده می شود این است که یکی از بزرگسالان مهاجرت کند یا پناهنده شود با این احتمال که همسر یا فرزندانش بعد از وی اقدام به این عمل نمایند (Tribe, 2002).

لین و یی (۱۹۹۷) در روند مهاجرت به جامعه جدید بر فشارهای مالی، سیستم حمایت روانی، اجتماعی و مشکلات در روابط شخصی در سازگاری تاکید نمودند. در جامعه مقصد پنج منبع استرس برای سازگاری مهاجران وجود دارد که عبارتند از موانع زبانی، ناآگاهی، مشکلات مالی، نابسامانی های اجتماعی و اختلال های روانی (لی و همکاران، ۲۰۰۴).

پناهندگان قبل از فرار، حین فرار و بعد از فرار از کشور خود تحت استرس و ضربات روانی شدیدی قرار می گیرند (بوالهری و پالاهنگ، ۱۳۷۸). آنها برای از دست دادن افراد مورد علاقه شان، شغل شان و احساس تملک شان رنج می برند (Cheung, ۱۹۹۵).

تعدادی از مطالعات همه گیر شناسی میزان بالایی از علایم روانپزشکی را در میان کامبوجایی ها و سایر پناهندگان آسیای جنوب شرقی نشان داده اند؛ Kinzie & Linet, ۱۹۸۳؛ mason (۱۹۸۶)؛ Williams & westermeyer؛ al, ۱۹۷۹؛ به نقل از Chiung, ۱۹۹۵).

تعداد دیگری از مطالعات، اثرات ترومای پیش از مهاجرت را بر روی اختلال روانپزشکی در پناهندگان آسیای جنوب شرقی بررسی کرده اند؛ Carson؛ ۱۹۸۷؛ Mollica et al (۱۹۸۵)؛ Boehnlein et al؛ ۱۹۹۷؛ Rossen-hoqan؛ به نقل از همان منبع).

بررسی مقایسه ای سلامت روانی سه گروه از مهاجران در نیوزیلند (۵۷ مهاجر از جزایر اقیانوسیه، ۱۲۹ مهاجر از جنوب شرقی آسیا و ۶۳ مهاجر از بریتانیا) نشان داد که بدترین وضعیت سلامت روانی متعلق به مهاجران جزایر اقیانوسیه بود؛ استدلال پژوهشگران این بود که این مساله به خاطر بیکاری و تبعیض قومی می باشد، نتایج پژوهش آنها نشان داد که

حدود ۴۰ درصد این افراد دچار اختلالات روانی بودند. زمانی که آنها این متغیر را کنترل کردند، دومین عامل موثر در سلامت روانی آنها، سطح درآمدشان بود. ویژگی‌های جمعیتی در مرحله بعد، از جمله مدت اقامت این افراد در مقصد، عامل موثر دیگری در سلامت روانی آنها بود (Pernick & Bruck, 1994). عواملی چون حمایت‌های اجتماعی، نرخ پایین طلاق، حفظ سنت‌های فرهنگی و ارزش‌های مذهبی در وضعیت سلامت روانی مهاجران مکزیکی موثر بود (Skoier, 1998).

قرائن فراوان حاکی از آن است که هم اختلالات روانی درمان شده و هم ناراحتی روانشناختی بیشتر در موارد زیر مشاهده می‌گردد: ۱- طبقه اقتصادی اجتماعی پایین، ۲- در بین افراد فاقد پیوندهای با معنی اجتماعی، ۳- بین افراد فاقد نقش اجتماعی مفید و ۴- بین کسانی که پیوندهای مهم اجتماعی خود را به صورت تروماتیک از دست داده‌اند. در میان مهاجران و پناهندگان استرس‌های فوق در سطح فراوان مشاهده می‌شود (بوالهروی و دادفر، ۱۳۷۹).

استرس و مهاجرت

به‌طور کلی مهاجرت به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا ممکن است با هر یک از اختلالات روانپزشکی رابطه داشته باشد از جمله اختلال هذیانی، افسردگی یک قطبی، فراموشی یا گریز تجزیه‌ای، هویت تجزیه‌ای، اختلال مسخ شخصیت، اختلال خواب، اختلال کنشی جنسی و اختلال شخصیت پارانوئید (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

مطالعات نشان داده است که پذیرش به بیمارستان به علت اختلالات روانپزشکی در امریکا بین مهاجران عیار بالاتری دارد. به نظر می‌رسد که علائم پارانوئیدی در بین گروه‌های مهاجر شایع‌تر است که احتمالاً به دلیل تفاوت آنها از نظر رنگ، زبان و عادات با جامعه بزرگتر می‌باشد. دوره‌های پسیکوتیک حاد که در ایالات متحده بین مهاجران جهان سوم مشاهده می‌شود معمولاً عوامل تسریع‌کننده آشکاری دارند، رجعت‌کننده هستند و پیش‌آگهی خوبی دارند (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

برخی از پژوهشگران داده‌هایی ارائه کرده‌اند که نشان می‌دهد استرس مهاجرت می‌تواند به اختلال شبیه اسکیزوفرنی منجر شود. بعضی از مطالعات شیوع بالایی از اسکیزوفرنی و اختلال پسوکوتیک گذرا بین مهاجران تازه را نشان می‌دهند. این یافته‌ها تغییر فرهنگی ناگهانی را به عنوان یک عامل استرس‌زا در سبب شناسی اسکیزوفرنی مطرح ساخته‌اند. معه‌ذا در مطالعات به خوبی کنترل شده این برداشت بالینی در خصوص اختلال پسوکوتیک گذرا تأیید نشده است (همان منبع).

انتقال به محیط تازه از استرس‌های زمینه ساز اختلال استرس پس از سانحه، اختلال استرس حاد و اختلالات انطباقی می‌باشد. در اثر آزار و ستم وارده بر گروه مهاجران و پناهندگان، اختلالات انطباقی روی داده و عامل استرس‌زا همزمان بر چندین نفر تأثیر می‌گذارد (همان منبع).

بر اساس مطالعات (Holmes & Rahe، ۱۹۶۷) تغییر عمده در شرایط زندگی ۲۵ واحد استرس و محل سکونت ۲۰ واحد استرس دارد و می‌تواند به عنوان یک عامل استرس کلی باعث اختلالات روان تنی شود (همان منبع).

عده‌ای از مهاجران و پناهندگان ممکن است برای رهایی موقتی از مشکلات به سوء مصرف مواد و الکل پناه ببرند. عده‌ای نیز ممکن است مشکلات روانی متعاقب مصرف الکل، سایر مواد و داروها را نشان دهند (Sadock & Sadock، ۲۰۰۰).

(Factor, et al، ۲۰۰۲)؛ به نقل از سهیمی ایزدیان و همکاران، ۱۳۸۳ گزارش دادند که بعد از حمله ۱۱ سپتامبر، مصرف هروئین و کوکائین در شهرهای هارلم (Harlem) و برونکس (Bronx) آمریکا افزایش یافته بود. آنها به این نتیجه رسیدند که شیوع و شدت مصرف مواد در میان بازماندگان بلایای طبیعی و غیر طبیعی افزایش می‌یابد. مطالعه دیگری نیز نشان داد که بعد از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا در ساکنین شهرهای نیویورک (New York) و مانهاتان (Manhattan) افزایش یافته بود. آنها دریافتند که هر چه افراد به مرکز تخریب نزدیک تر باشند افزایش مصرف مواد در آنها بالاتر خواهد بود و افزایش مصرف مواد یکی از مشکلات مهم بلافاصله بعد از بلایا است که به طور فراوان به

صورت هم ابتلائی با اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی دیده می‌شود (۲۰۰۲، Vlahov, et al؛ به نقل از همان منبع). یافته‌های یک پژوهش دیگر نشان داد که در شهر نیویورک بعد از واقعه ۱۱ سپتامبر از یک طرف دسترسی به مواد سخت تر و از طرف دیگر کیفیت مواد بدتر شده بود (۲۰۰۲، Deren, et al؛ به نقل از همان منبع).

استرس مهاجرت می‌تواند باعث همسر آزاری (Spouse abuse) گردد که - بیشتر در زمانی روی می‌دهد که شوهر در شرایط استرس زا احساس ناکامی و ناامنی می‌کند - و همچنین مسائل مربوط به سوء رفتار (جسمی و جنسی) و مسامحه را ایجاد نماید. تجاوز به عنف (Rape) در زنان جزو فوریت‌های روانپزشکی است. مطالعات مقایسه‌ای دقیق نشان داده‌اند که متحمل شوندگان بحران تجاوز به عنف، عیار بالاتری از پس‌یکوپاتولوژی دارند. تجاوز به عنف از عوامل زمینه ساز مهم برای پیدایش علائم بعدی فوبی‌ها، اضطراب، افسردگی و خودکشی است. در جریان تجاوز به عنف، زن در وضعیت خطرناکی قرار می‌گیرد. حالت شوک و ترس تا حد هراس پیدا می‌شود. پس از تجاوز به عنف، قربانی دچار مشکلاتی چون شرم، تحقیر، منگی، نومیدی، بی‌یاوری، احساس گناه، انزوا، خشم، ترس از غریبه‌ها، احساس کثیف بودن، مشکلات خواب و کاهش اشتها می‌گردد و تاثیر آن تا یک سال پس از حادثه ممکن است طول بکشد. برخی از زنان نسبت به روابط جنسی فوبی پیدا می‌کنند یا به علائمی نظیر واژینیسم دچار می‌شوند (۲۰۰۰، Sadock & Sadock).

پژوهش ساک (Sack، ۱۹۹۸) نشان داد که در کودکان مهاجر و پناهنده مقیم امریکا، استرس به صورت شکل‌های چندگانه تظاهر پیدا می‌کند. وقتی که کودکان و والدین آنها پناهنده می‌شوند، دچار جدایی، فقدان، بلا تکلیفی، استرس و درد و رنج می‌شوند. این مسائل می‌تواند در رشد و نمو کودکان اختلال ایجاد کند، به‌طور جدی به رابطه‌ی طبیعی مادر-فرزندی و فرآیند دلبستگی (Attachment) لطمه وارد سازد و در شیوه‌های فرزند پروری (Child rearing) تاثیر بگذارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۱).

کودکان در آوارگی و پناهندگی بیش از مواقع دیگر مورد سوء رفتار (جسمی و جنسی) و مسامحه قرار می‌گیرند. سوء رفتار (جسمی و جنسی) و مسامحه با انواع زیادی از

علائم و بیماری‌های روانی از جمله اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، افکار پارانوئیدی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال افسردگی و افزایش خطر رفتار خودکشی همراه است (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

به نظر می‌رسد که سوء رفتار، خطر آشفتگی روانی را در کودکان آسیب پذیر بالا می‌برد. کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند میزان بالاتری از احترام به نفس پایین، افسردگی، اختلالات تجزیه‌ای مانند اختلال هویت تجزیه‌ای و سوء مصرف مواد نشان می‌دهند. سوء رفتار به نظر می‌رسد موجب تسهیل رفتار پرخاشگرانه در کودکان آسیب پذیر می‌گردد. شرایط زندگی استرس آمیز والدین و فقدان سیستم حمایتی در آنان با رفتار پرخاشگرانه آنها رابطه دارد و ممکن است در سوء رفتار جسمی با کودکان سهیم باشد. بحران‌های محیطی مثل فقدان منابع مالی، مشکلات مسکن و بی خانمانی ممکن است سطح استرس والدین را بالا برده و مسامحه و سوء رفتار را پیش آورد. پژوهش (Almquist, ۱۹۹۵) و Brandell – Forsbe & نشان داد که در کودکان مهاجر ایرانی مقیم سوئد موارد بالایی از در معرض خشونت قرار گرفتن گزارش گردید است.

اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه (ADHD) با میزان شیوع ۳-۵٪ در کودکان می‌تواند در اثر حوادث استرس آمیز مانند مهاجرت شروع شود و تداوم یابد.

اختلال رفتار ایدایی و اختلال سلوک با محرومیت اجتماعی - اقتصادی رابطه قابل ملاحظه‌ای دارد و در دوران کودکی شایع است. اختلالات دفعی مثل بی‌اختیاری ثانوی ادرار و مدفوع ممکن است با رویدادهای زندگی مانند نقل مکان به محل تازه شدت یابد. اختلال اضطراب جدایی نیز معمولاً با استرس‌هایی چون تغییر در محیط کودک یا انتقال به مکان جدید همزمان است.

خلق کودکان مخصوصاً در مقابل عوامل استرس زای اجتماعی شدید آسیب پذیر است. افکار، ژست و اقدام‌های خودکشی غالباً با اختلال افسردگی رابطه دارند. میزان فزاینده عیار خودکشی در کودکان تصور می‌شود بازتاب تغییرات محیط اجتماعی باشد. در دو پژوهش در تگزاس (بی تا) که دو مجموعه خودکشی را مورد بررسی قرار دادند، پژوهشگران به این نتیجه

رسیدند که از عوامل مربوط به خودکشی، فراوانی نقل مکان و تغییر مدرسه در کودکان و نوجوانان می‌باشد (Sadock & Sadock، ۲۰۰۰).

فرهنگ و مهاجرت

یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان در میان مهاجرانی که از یک فرهنگ متفاوت به فرهنگی دیگر وارد می‌شوند، برخورداری از یک نظام ارزشی منسجم است. تحقیقات انجام شده عامل پیدایش بسیاری از ناسازگاری‌ها و نابهنجاری‌های روانی در میان مهاجران را تضادهای ارزشی و عدم استقرار یک نظام ارزشی سازمان یافته در بین افراد مهاجر می‌دانند. برای مهاجرانی که به یک نظام فرهنگی متفاوت وارد می‌شوند، بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی و فلسفی مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان‌هایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب بهداشت روانی در میان آنها می‌باشد (ایمان و مرادی (۱۳۸۵)).

نگرش‌های فرهنگ‌پذیری و مدت زمان اقامت در فرهنگ دیگر ارتباط معنی دار و مثبتی با نگرش به سوی فرهنگ جامعه میزبان دارد، یعنی هر چه افراد بیشتر در جامعه مقصد باشند، بیشتر نسبت به فرهنگ جامعه میزبان تمایل دارند (Otmane, & Van D 2005, Vijver).

مطالعاتی بر روی اثرات مشکلات پس از مهاجرت شامل استرس فرهنگ‌پذیری بر روی ایجاد اختلال روانپزشکی مهاجران انجام گرفته است (Westermeyer et al، ۱۹۸۹؛ Nguyen & Lin et al ، ۱۹۷۹؛ Tran ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۱؛ Williams ، ۱۹۸۹، ۱۹۹۰؛ به نقل از Cheung ، ۱۹۹۵).

(Eisenbruch ، ۱۹۹۰ a، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲؛ به نقل از Cheung ، ۱۹۹۵) طی مطالعه بر روی پناهندگان آسیای جنوب شرقی در استرالیا، پدیده داغدیدگی فرهنگی را به عنوان شکلی از تجارب پناهندگی، که به صورت رنج بردن از احساس گناه ترک فرهنگ و کشور خود، از دست دادن ساختارهای اجتماعی، ارزش‌های فرهنگی و خود هویتی مشخص می‌گردد، تشریح

کرده است. چنین تجاربی توسط روانپزشکان غربی به عنوان اختلال استرس پس از سانحه تلقی می‌شود ولی از نظر (Eisenbruch، ۱۹۹۱) پدیده داغدیدگی فرهنگی، آنگونه که توسط پناهندگان تجربه شده، با علائم و تجربیات اختلال استرس پس از سانحه ارتباط پیدا می‌کند و به عنوان نشانه‌ای بازتوانی طبیعی از تجارب تروماتیک مطرح می‌گردد. بر اساس نوع و دلایل مهاجرت، این اختلال می‌تواند یافته با اهمیتی در میان گروه‌های پناهندگان باشد. وی اظهار می‌دارد که داغدیدگی فرهنگی باید از طریق کمک به پناهندگان برای نگه داشتن یکپارچگی فرهنگی آنها از جمله اعتبار دادن به باورهای سنتی مذهبی و انجام تشریفات فرهنگی آنها حل شود. (Eisenbruch، ۱۹۹۰ b؛ به نقل از همان منبع) همچنین دریافت که پناهندگان مورد بررسی وی استرس‌ورهای محیطی را به عنوان علت مهم بیماری روانی شان تلقی می‌کنند. استرس مهاجرت به عنوان یک علت احتمالی بیماری روانی با سایر استرسورها از نظر کیفی متفاوت است. این موضوع ارزش و اهمیت مطالعات ویژه استرس فرهنگی پذیری را به عنوان یک علت احتمالی بیماری روانپزشکی بالا می‌برد.

مطالعات اثر فرهنگ پذیری بر روی اختلالات روانپزشکی در میان مهاجران غیر پناهنده نتایج متناقضی را به دست داده است. تعدادی از مطالعات گزارش داده‌اند که افرادی که میزان فرهنگ پذیری کمتری داشتند، سطح بالاتری از پریشانی را نشان دادند (۱۹۸۴)، (۱۹۸۰، Madianos، ۱۹۸۵، ۱۹۸۴، Vega et al) در حالی که سایر مطالعات نشان دادند که سطح پریشانی روانشناختی بالاتری، در میان پناهندگان دارای میزان بالاتر فرهنگ پذیری وجود دارد (Golding &، ۱۹۸۷، Burnam et al، ۱۹۸۹، Mosciciki، ۱۹۸۸، Karno؛ به نقل از Cheung ۱۹۹۵).

(Cheung، ۱۹۹۵) رابطه بین فرهنگ پذیری و اختلال روانپزشکی را بر روی ۲۲۳ کامبوجایی ساکن نیوزیلند بررسی نمود. نتایج نشان داد که افرادی که دارای سطح فرهنگی پایین بودند، بالاترین میزان اختلال روانپزشکی را داشتند. وقتی متغیرهای سن و جنس کنترل گردید، ارتباط بین فرهنگ پذیری و اختلال روانپزشکی برای زنان ۳۱-۵۰ ساله معنی دار بود. رابطه معنی داری بین فرهنگ پذیری و اختلال روانپزشکی برای متغیرهای وضعیت تاهل،

سطح تحصیلات پایین، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و طول مدت اقامت در نیوزیلند وجود داشت. مهاجران زن فیلیپینی در گذار از یک جامعه جمع گرا به جامعه‌ای فردگرا با بسیاری از مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی گرفتار می‌شوند. حمایت‌های اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق مشترک می‌تواند در سازگاری آنها و بهداشت روانی شان نقش مهمی داشته باشند (Thompson, et al, 2002). نتایج یک پژوهش دیگر نشان داد که مهاجران مجرد، طلاق گرفته یا جدا شده و بیوه، در معرض خطرات بالاتری از آسیب پذیری روانی و فشارهای روانی نسبت به افراد ازدواج کرده قرار دارند (Koch, et al, 2003).

از نظر (Bhugra & Jones, ۲۰۰۱)، نژاد نقش مهمی را در ژنتیک و تداوم برخی از انواع اختلالات روانشناختی بازی می‌کند. حمایت اجتماعی و بیان هیجانی پایین (Low emotional expression) در برخی محیط‌ها ممکن است نقش عوامل حفاظتی را در شروع و عود اختلال روانشناختی بازی کند. مراحل مهاجرت با رویدادهای مهم زندگی و مشکلات فراینده مزمن و همچنین عوامل شخصی مثل خود پنداره، عزت نفس و عوامل مرتبط مثل حمایت اجتماعی و هویت فرهنگی ارتباط پیدا می‌کند، لذا باید جداگانه و به طور مداوم در نظر گرفته شوند. جدول ۱ نشان می‌دهد که در مرحله اول مهاجرت، اختلال روانشناختی متفاوت از آن چیزی است که بعداً تجربه می‌شود.

مطالعات فرا فرهنگی در زمینه روانپزشکی تطبیقی، برای توصیف و تحلیل تفاوت‌ها میزان شیوع و بروز سندرم‌ها و علائم، کاربرد دارد. فرهنگ بر حسب اینکه اکثریت افراد آن چگونه به استرس‌های خاص آن محیط تطابق نشان می‌دهند، هم از دیدگاه روانشناسی و هم هنجاری قابل مطالعه است. مهاجرت بر فرهنگ کشورها تاثیر می‌گذارد. مهاجران ممکن است بطور نسبی فرهنگ پذیری پیدا کنند، یعنی خصوصیات جامعه بزرگتر و پیشرفته‌تر را بپذیرند اما همگون‌سازی پیدا نکنند، یعنی صفات فرهنگی خاص آنان به کلی از بین نرود (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

مهاجران با تغییر فرهنگی یا با کوچ به فرهنگی دیگر و یا ماندن و کنار آمدن با تغییرات آن مدارا می‌کنند. وقتی تغییر حاد بوده و بر مکانیزم‌های انطباقی و حمایت‌های اجتماعی آنها تسلط پیدا کند، ممکن است استرس و فشار زیادی بر آنها وارد شود. شوک فرهنگی با اضطراب، افسردگی، احساس جدا شدن، مسخ واقعیت و مسخ شخصیت مشخص است. شوک فرهنگی، اگر افراد وابسته به خانواده‌ای سالم بوده و پیشاپیش آمادگی لازم را برای تغییر پیدا کرده باشند، به حد اقل می‌رسد. بدین لحاظ گفته می‌شود بهتر است پناهندگان به جای پراکنده شدن بین یک ملت در چند ناحیه مشخص متمرکز شوند (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

مسئله فرهنگ پذیری جزو اختلالات دیگری که ممکن است در کانون توجه بالینی باشند در متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی - چاپ چهارم (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰)، انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) آمده است که مربوط به سازش فرهنگی متفاوت مثلاً به دنبال مهاجرت است. فرد دچار شوک فرهنگی می‌شود، چون ناگهان وارد فرهنگی متفاوت می‌شود و یا وفاداری او بین دو فرهنگ تقسیم می‌شود.

کودکان مهاجر و پناهنده، نیز چون زنان جزو آسیب پذیرترین افراد به شمار می‌روند و در صورت عدم توجه به سلامت جسمانی و روانی آنها، به شدت در مخاطره قرار می‌گیرند. کودکان وقتی پناهنده می‌شوند، که با والدین خود در جستجوی امنیت بوده یا به دلیل ایمنی به خارج از کشور فرستاده می‌شوند. همچنین ممکن است آنان پس از تولد از والدینی که از پیش به پناهندگی درآمده‌اند، پناهنده محسوب شوند. کودکان پناهنده ممکن است تمام زندگی خود را به عنوان پناهنده سر کنند، یا آنچه را که می‌توانند از خود به خاطر بیاورند، فقط پناهنده بودن باشد. ممکن است والدین خود را فقط به صورت پناهنده مشاهده کرده و شاید خاطرات کمی از این که قبلاً چگونه بوده‌اند داشته باشند. آنها اغلب خود را در فرهنگی می‌یابند که با آنچه که خود دارند، متفاوت است. فرهنگ برای کودکان هویت و پیوستگی نسل‌ها را فراهم می‌سازد. عقاید و ارزش‌هایی که باعث انسجام مردم در خانواده‌ها و اجتماع می‌گردد، از طریق فرهنگ منتقل می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۱).

استرس، افسردگی، افکار خودکشی و مصرف مواد در نوجوانان مهاجر می‌تواند ناشی از تطابق فرهنگی باشد. در پژوهشی که بین مهاجران و نوجوانان نسل دوم آنها در آمریکای لاتین انجام شده، گزارش گردید که ۲۵٪ از نوجوانان مهاجر سطح بحرانی افسردگی و افکار خودکشی را گزارش نمودند (Hovey & Kinj, 1996). نتایج پژوهش (Carlson & Nilson, 1995) نشان داد که علت افسردگی در مهاجران زیر ۲۰ سال عمدتاً مصرف الکل می‌باشد.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه مشکلات بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان

پژوهش‌های بین‌المللی

در زمینه مشکلات روانشناختی مهاجران و پناهندگان پژوهش‌های بسیاری در جهان انجام شده است که بیشتر آنها شیوع بالای اختلالات روانپزشکی را در میان مهاجران و پناهندگان گزارش کرده‌اند. بررسی‌های (Sutter & Zulmuro, 1975, 1984) در فرانسه، (Pinte, 1990) در آلمان، (Stuart & Klimidis, 1993) در استرالیا از آن جمله‌اند. (Stuart, Kimids & Minas, 1998) پژوهشی در مورد رابطه بین محل تولد و شیوع اختلال روانی در استرالیا انجام دادند و نتیجه گرفتند که میزان اختلال روانی و استفاده از خدمات روانپزشکی در میان متولدین یونان خیلی بالا و در بین متولدین انگلیس ایرلند یا جنوب شرق آسیا در مقایسه با متولدین استرالیا پائین بود. از نظر پژوهشگران فوق، بر اساس گزارش بیماران یا پزشکان آنها، کشور محل تولد تاثیر مهمی بر روی شیوع اختلال روانی و استفاده از خدمات درمانی دارد.

(Khavarpoor & Rissel, 1997) در بررسی وضعیت سلامت روانی مهاجران ایرانی در سیدنی (Sydney) با استفاده از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را ۳۷٪ گزارش نمودند.

(Patrick & Patrick , no date) در پژوهشی بر روی جمعیتی آسیب دیده از یک گردباد، از پدیده مهاجرت به عنوان بالاترین شکل تغییرات سنگین محیطی و احتمال اختلالات شدید روانی سخن به میان می آورند (به نقل از دولت آبادی، ۱۳۷۳).

در تحقیقی که توسط (Cervantes et al, ۱۹۸۹) بر روی گروهی از مهاجران امریکای مرکزی به دلیل فرار از ناآرامی های ناشی از جنگ و مشکلات سیاسی دست به مهاجرت زده بودند، انجام گردید، دریافتند که این گونه مهاجرت ها، با سطح بالایی از اختلالات روانشناختی همراه است و مهاجران نسبت به افراد بومی سطح بالاتری از درماندگی فراگیر را داشتند. ۵۲٪ از مهاجرانی که به خاطر ناآرامی های سیاسی و جنگ گریخته بودند، نشانه هایی را گزارش نمودند که با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه مطابقت داشت، در حالی که ۴۹٪ افرادی که به دلایل دیگر مهاجرت کرده بودند و ۲۵٪ از مهاجران مکزیکی الاصل این نشانه ها را گزارش نمودند (به نقل از همان منبع).

در پژوهش (Kroll et al , no date) بر روی ۴۰۴ تن از بیماران مراجعه کننده به مرکز خدمات درمانی، نتایج نشان داد که ۳۰-۱۵٪ از آنان یک تجربه آسیب زای خاص را در سرزمین مادری و یا در جریان فرار از زادگاه خویش داشتند. تجربیات آسیب زا با نشانه های افسردگی و اضطراب همبستگی داشت (به نقل از همان منبع).

(Mollica, Vysak & Lavell, ۱۹۸۷) در پژوهشی بر روی ۵۲ تن از ۷۰۰۰۰۰ نفر مهاجرانی که از جنوب شرق آسیا در ایالات متحده آمریکا اسکان داده شده بودند، نشان دادند که هر کدام از آنها به طور متوسطه ۱۰ رویداد آسیب زا را تجربه کرده بودند. برای بسیاری از آنها تشخیص همزمان اختلالات عاطفی عمیق و اختلال استرس پس از سانحه مطرح گردید. آنها دریافتند که زنان کامبوجیایی بدون همسر، بیش از سایر بیماران هندوچینی، نشانه های ناشی از آسیب های روانی و اجتماعی جدی را نشان دادند (به نقل از همان منبع).

(Ganessan , Fine & Vilin, ۱۹۸۹) در بررسی گروهی از مهاجران جنوب شرق آسیا نشان دادند که برخی از آنها از افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه، به ویژه در موقعیت جدایی از خانواده ها و گروه های قومی خویش در رنج بودند.

(Mollica, Sarajlic, Chernoff, Lavell et al, ۲۰۰۱) طی یک مطالعه پیگیری سه ساله بر روی پناهندگان بوسنیایی بزرگسال ۶۵-۱۸ ساله ساکن در یک اردوگاه پناهندگی در کروئیا (Croatia) دریافتند که در سال ۱۹۹۹، ۴۵٪ از آزمودنی‌هایی که واجد ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه یا هر دو بودند، همچنان این تشخیص‌ها را داشتند. ۱۶٪ از افرادی که در سال ۱۹۹۶ فاقد علائم روانپزشکی بودند، یک یا هر دو تشخیص را دریافت نمودند.

(Nckelver, ۱۹۹۷) طی پژوهش بر روی سطوح مقایسه‌ای پریشانی روانشناختی در یک جمعیت پناهنده ویتنامی قبل از مهاجرت گزارش داد که اکثر آنها سطوح بالایی از علائم افسردگی را داشتند.

در یک بررسی دیگر، پیامدهای روانشناختی ناشی از جابجایی در گروهی از پناهندگان ویتنامی که در ژاپن اسکان یافته بودند، مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۶۴/۵٪ از زنان و ۳۲/۲٪ از مردان اختلالات عاطفی نشان دادند. پناهندگانی که رویدادهای آسیب‌زای تهدید کننده زندگی را در اردوگاه‌های اسرا تجربه کرده بودند، نمرات بالاتری نسبت به آوارگانی که این تجارب را نداشتند، به دست آوردند. نمره کسانی که ۴-۵ سال در ژاپن زندگی کرده بودند، به مراتب کمتر از کسانی بود که سابقه اقامت شان در ژاپن به ۲-۳ سال می‌رسید (به نقل از دولت آبادی، ۱۳۷۳).

(Cochrane & Stopes-Roe, ۱۹۸۱؛ به نقل از Bhugra & Jones, ۲۰۰۱) دریافتند که در بیماران مهاجر هندی و پاکستانی الاصل نسبت به سفید پوست‌های انگلیسی میزان اختلالات هیجانی کمتر بود.

در انگلستان (Murray & Williams, ۱۹۸۹؛ به نقل از Bhugra & Jones, ۲۰۰۱) گزارش دادند که مردان مهاجر آسیایی در مقایسه با مردان بریتانیایی سفید پوست با احتمال بیشتری برای مشاوره به پزشک عمومی مراجعه می‌نمایند، گرچه آنها بیماری طولانی مدت و پریشانی روانشناختی کمتری را گزارش دادند ولی بین زنان آسیایی مهاجر و سفید پوست تفاوتی دیده نشد.

(Jacob et al, ۱۹۹۸)؛ به نقل از Bhugra & Jones (۲۰۰۱) گزارش دادند که در یک گروه نمونه جراحی عمومی ۳۰٪ از زنان آسیایی ساکن انگلیس اختلالات روانی نشان دادند که مشابه با موارد گزارش شده در زنان سفید پوست بریتانیایی بود.

(Aroian, Norris, Pats Daughter & Tran, ۱۹۹۸) شاخص‌های ناراحتی‌های روانشناختی را در یک نمونه ۱/۶۴۷ نفری از مهاجران کشور آمریکا بررسی نمودند. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که زنان، افراد مسن‌تر و دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، افرادی که به زبان آشنایی نداشتند، احساس فقدان می‌کردند و سرپناه نداشتند، تحت ناراحتی روانشناختی بیشتری قرار داشتند.

(Nazroo, ۱۹۹۷)؛ به نقل از Bhugra & Jones (۲۰۰۱) دریافت که در زنان هندی، پاکستانی، بنگلادشی، چینی و کارائیبی الاصل در مقایسه با زنان سفید پوست بریتانیایی و ایرلندی میزان اضطراب کمتری وجود داشت ولی میزان نورو ز افسردگی در دو گروه تفاوتی نشان نداد. مردان ایرلندی، کارائیبی و پاکستانی دچار احساس بی‌ارزشی بودند ولی زنان با یکدیگر تفاوتی نداشتند. مقایسه این گروه‌ها بر اساس متغیر سن و مهاجرت نشان داد که افراد متولد انگلیس (یا مهاجران زیر ۱۱ سال) کارائیبی، هندی یا پاکستانی الاصل از اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی بیشتری رنج می‌برند.

پژوهش (Factourivich, Ritsner et al, ۱۹۹۶) بر روی پزشکان مهاجر روسی نشان داد که زنان در مقایسه با مردان افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. (Carlson & Nilson, ۱۹۹۵) گزارش داده‌اند که میزان افسردگی در زنان مهاجر دو بار بیشتر از مردان مهاجر است. از نظر آنها حتی قصد مهاجرت می‌تواند در زنان در مقایسه با مردان، افسردگی بیشتری را ایجاد نماید.

پژوهش (Ritsner, Ponizky et al, ۱۹۹۶) در زولاندنو نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی در مهاجران و پناهندگان به ویژه در زنان بیشتر از جمعیت بومی است. آنها عوامل پس از مهاجرت مانند تبعیض با بومیان، نداشتن دوستان نزدیک، نداشتن شغل و گذراندن بیشتر

وقت خود با افراد هم نژاد را در ایجاد اضطراب و افسردگی بیشتر در مهاجران و پناهندگان موثر دانسته اند.

یافته‌های تعدادی از پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که مشکل انطباق فرهنگی، دوری از وطن و نگرش کشور میزبان موجب افسردگی و افکار خودکشی در مهاجران می‌گردد (Lu, Hu & Trieman, 2012).

(۱۹۹۶؛ Patel & Gaw, ۱۹۹۶، Hadzihasanovic Carball, Grocutt & (۱۹۸۶)

Merrill & Owens به نقل از Bhugra از (۲۰۰۱، Jones نتیجه گرفتند که در زنان آسیایی مهاجر در مقایسه با زنان سفید پوست میزان‌های بالاتری از اقدام به خودکشی وجود دارد.

در پژوهشی که بر روی مهاجران هند، بنگلادش، پاکستان و سریلانکا انجام گرفت، دیده شد که میزان خودکشی در زنان جوان مهاجر بیشتر از مردان مهاجر و جمعیت زنان بومی می‌باشد (Pernice & Brook, ۱۹۹۶، Bhugra et al, ۱۹۹۹ a, b؛ به نقل از، Bhugra & Jones) (۲۰۰۱ در یافتند که زنان آسیایی ۲۴-۱۸ ساله، ۲/۵ برابر با احتمال بیشتری اقدام به خودکشی نمودند.

خودکشی در میان مهاجران بالاتر از جمعیت گزارش شده است. از عوامل استرس زای زمینه ساز مربوط به خودکشی، فقدان و جدایی، طرد شدن، بیکاری، بی خانمانی و آوارگی است. خودکشی در میان مهاجران به عنوان راهی برای رهایی از مسائل یا بحران‌های فوق مطرح می‌گردد. مسائل ارتباطی نیز به دلیل فقدان روابط یا از دست دادن آن و به دنبال آن احساس انزوا و افسردگی می‌تواند در اثر رویداد مهاجرت ایجاد شود (Sadock & Sadock).

یافته‌های پژوهش (Odegard, ۱۹۳۲؛ به نقل از Bhugra & Jones, ۲۰۰۱) نشان داد که مهاجران نروژی مقیم ایالات متحده آمریکا، ۱۰ تا ۱۲ سال پس از مهاجرت میزان‌های بالاتری از اسکیزوفرنیا را داشتند. تعدادی مطالعات نیز در سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ میزان‌های بالاتری از اسکیزوفرنیا را در مقایسه با جمعیت بومی سفید پوست انگلستان گزارش داده‌اند (Bhugra, ۲۰۰۰؛ به نقل از همان منبع).

(Cochrane & Bal, ۱۹۸۷؛ به نقل از ۲۰۰۱، Bhugra & Jones) دریافتند که مهاجران میزان‌های بالاتری از پذیرش روانپزشکی را در مقایسه با جمعیت عمومی دارند. میزان‌های مشابه‌ای از اسکیزوفرنیا نیز در میان جمعیت مهاجران مقیم کشور هلند گزارش شده است (Selten & Sigben, ۱۹۹۴؛ به نقل از همان منبع). یافته‌های یک پژوهش دیگر نیز ابتلای مهاجران را به اسکیزوفرنیا نشان داد (Hicking, ۱۹۹۶).

(Westermeyer, no date) در یک بررسی طولی نشانه‌های پارانوئیدی را در میان ۱۰۰ تن از مهاجران همونگ (Hemong) مورد مطالعه قرار داد. یافته‌ها نشان داد که اختلال پارانوئید به ویژه در مهاجران یک مشکل خاص به شمار می‌رفت. تعدادی از مهاجران نشانه‌های اختلال پارانوئیدی را نداشتند و یا به صورت خفیف در آنها مشاهده شد (سوء ظن یا عدم اعتماد). تعداد کمی از آنان نشانه‌های شدید پارانوئیدی (عقاید انتساب به خود، هذیان‌ها یا توهمات پارانوئیدی) داشتند. شیوع و میزان وقوع اختلالات پارانوئیدی در بین مهاجران در مقایسه با گروه‌های دیگر نسبتاً بالا بود (به نقل از دولت آبادی، ۱۳۷۳).

(Tribe, ۱۹۹۹ b) گزارش داد که اختلال جسمانی سازی در میان مراجعان پناهنده تا حد فراوانی بالاست.

نتایج پژوهش (Serran-Schripiber, ۱۹۹۸) بر روی کودکان پناهنده تیب‌دان (Tibdtan) نشان داد که ۱۱/۵٪ از کودکان واجد شرایط ملاک‌های تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی بودند.

(Kinzie, Sack, Angell, et al, ۱۹۸۹) گزارش دادند که تروما بر روی کودکان کامبوجایی ساکن اردوگاه تاثیر گذاشته است. آنها در طول ۴ سال زندگی در اردوگاه، جدایی از خانواده را تجربه کردند و ۵۰٪ از آنها دچار اختلال استرس پس از سانحه، ۱۲/۵٪ اختلال افسردگی اساسی و ۴۰٪ مبتلا به سایر اختلالات عاطفی بودند. سازگاری اجتماعی شان مختل شده بود که شدت و دامنه آن در حد بالینی بود. (Sack, Him & Dickason, ۱۹۹۹) پس از پیگیری ۱۲ ساله بعد از مطالعه اولیه، گزارش دادند که ۳۵٪ از آنها مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و ۱۲٪ مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند.

پژوهش (Almquist & Broberg, ۱۹۹۹) بر روی ۵۰ کودک ایرانی که در سن ۵ سالگی ایران را ترک کرده، اکثر آنها در معرض بمباران بودند و در سوئد سکونت داشتند نشان داد که بعد از ۱۲ ماه ورود به سوئد فقط ۲۶٪ از آنها دارای سازگاری روانشناختی خوبی (حداقل یا فقدان علائم روانشناختی) بودند. در پیگیری ۳۰ ماه بعد، از ۳۸٪ از کودکانی که دارای سازگاری روانشناختی خوبی بودند، ۱۸٪ علائم شدید اختلال استرس پس از سانحه و ۱۸٪ ملاک‌های کامل تشخیص اختلال استرس پس از سانحه را داشتند. شیوع اختلال استرس پس از سانحه در طول زمان کاهش نیافته بود. علائم اختلال استرس پس از سانحه پایدار با میزان مواجهه با جنگ و خشونت در ارتباط بود. وجود سلامت روانی مادران، بهداشت روانی در کودکان را در طول مدت پیگیری پیش بینی نمود.

(Tousignant, Habimana, Biron, et al, ۱۹۹۹) بیش از ۲۰۰ نوجوان از ۳۵ کشور که زیاد در معرض جنگ نبودند و در مونترال کانادا اقامت داشتند را با مصاحبه بالینی ساختار یافته مورد ارزیابی قرار دادند. در آنها میزان اختلال روانپزشکی ۲۱٪ در مقایسه با ۱۱٪ گروه گواه گزارش گردید. اختلال سلوک و افسردگی در گروه پناهندگان دو بار بیشتر از گروه گواه و با اختلال در عملکرد اجتماعی قابل ملاحظه همراه بود.

پژوهش دیگری که بر روی کودکان پناهنده در کشور شیلی انجام شد، نشان داده است که ۴۶٪ از کودکان در ۵ ماه اول پناهندگی وضعیت بهداشت روانی ضعیفی داشتند. ۴۴٪ از آنها در ۱۳ ماه بعد نیز همان وضعیت را داشتند و بهتر نشده بودند (Hjern & Angell, ۱۹۹۸). مسئله تحصیلی نیز از دیگر مشکلات کودکان مهاجر و پناهنده می‌باشد. سازگاری و موفقیت در محیط مدرسه، بستگی به انطباق کودک دارد، کودکان باید با انطباق با محیط تازه، سازش با تماس‌های اجتماعی و رویارویی با نگرش‌های ناآشنا کنار بیایند. شکست‌های تحصیلی می‌تواند باعث اضطراب، افسردگی و رفتار ضد اجتماعی کودک یا نوجوانی شود (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

مساله هویتی نیز در راستای بی‌ثباتی زندگی، مسائل مربوط به تکوین هویت، تعارض بین ارزش‌های والدین، جامعه جدید و مواجهه با سبک زندگی جدید نیز مطرح است.

کودکان پناهنده در صورتی که در تسلط یابی بر تکالیف مورد انتظار رشد دچار مشکلات طولانی شوند، احتمالاً در آینده در مقابل فشار برای برقراری هویتی مشخص در نوجوانی دچار اشکال می‌گردند (Sadock & Sadock, ۲۰۰۰).

پژوهش‌های داخلی

کلافی، استوار و حق شناس (۱۳۷۸) در بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران مرد افغان مقیم شیراز با استفاده از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی گزارش دادند که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد مورد بررسی ۳۴/۶٪ می‌باشد. بین سن و میزان ابتلا به اختلالات روانپزشکی رابطه معنی داری دیده شد ولی با وضعیت تحصیلی و تاهل ارتباط معنی داری وجود نداشت. با طول مدت اقامت در ایران میزان اضطراب کاهش نشان داد که پژوهشگران آن را ناشی از تثبیت وضعیت شغلی، اجتماعی و انطباقی با شرایط محیطی کشور میزبان می‌دانند.

معمودی، نیکیان و رضا زاده (۱۳۸۳) در بررسی میزان شیوع افسردگی در پناهندگان افغانی مقیم اردوگاه بردسیر کرمان با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و افسردگی بک گزارش دادند که شیوع کلی در زنان بطور معنی داری بالاتر از مردان بود. در این بررسی بین میزان افسردگی و سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، وضعیت تاهل و طول مدت اقامت در ایران رابطه معنی داری دیده نشد.

محمدیان، دادفر، بوالهروی و کریمی کیسمی (۱۳۸۴) در بررسی غربالگری اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی از جمله سوالاتی در خصوص سوء مصرف مواد، افکار و اقدام به خودکشی و فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی گزارش دادند که میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مورد بررسی ۵۵/۶٪ (۱۹/۹٪ در مردان و ۳۵/۷٪ در زنان) می‌باشد. شیوع اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی بالاتر از اختلال افسردگی بود. میزان ابتلاء به اختلالات روانی در این پژوهش در مقایسه با بررسی انجام شده بر روی مهاجران افغان مقیم شیراز و سایر بررسی‌های همه گیر

شناسی بیماری‌های روانی در جمعیت عمومی مناطق مختلف ایران و جهان بیشتر و از نظر آماری معنی دار است. ۱۰٪ از مهاجران سیگار و ۴٪ مواد مصرف می‌کردند. ۴٪ افکار خودکشی و ۲٪ اقدام به خودکشی داشتند. در این بررسی رابطه معنی داری بین اختلالات روانی و ویژگی‌های جمعیت شناختی دیده شد. در گروه سنی ۵۱ سال به بالا، زنان، افراد بی‌سواد، متاهل و جدا شده، خانه‌دار و بیکار اختلالات روانی بیشتری گزارش گردید. بین اختلالات روانی و نحوه سکونت رابطه معنی داری دیده شد در مهاجرانی که به صورت متمرکز زندگی می‌کردند اختلالات روانی بیشتری مشاهده گردید. بین اختلالات روانی و 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 معنی داری وجود نداشت.

عزیزی، هلاکویی نائینی، رحیمی، امیری و خسروی زادگان (۱۳۸۵) شیوع اختلالات روانی و عوامل دموگرافیک موثر بر آن در ۳۲۱ نفر از افغانه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر را با فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی بررسی نمودند. نتایج نشان داد که شیوع اختلال عملکرد اجتماعی (۸۰/۱٪)، اختلال روان تنی (۴۸/۹٪)، اضطراب (۳۹/۳٪)، افسردگی (۲۲/۱٪) و شیوع کلی (۸۸/۵٪) بود. جنس مرد، بعد خانوار (بیشتر از ۸ نفر)، و سن مهاجرت (کمتر یا مساوی ۱۰ سال) با سطوح بالاتری از اختلال عملکرد اجتماعی، بیکاری، سن مهاجرت (کمتر یا مساوی ۱۰ سال)، تولد در ایران و نداشتن برنامه‌های تفریحی سرگرم کننده با سطوح بالاتری از اختلال روان تنی، داشتن یک تا سه فرزند، بعد خانوار (بیشتر از ۸ نفر) و داشتن بیماری مزمن با سطوح بالاتری از اضطراب، نداشتن برنامه‌های تفریحی سرگرم کننده و مرگ اعضای خانواده در حین مهاجرت با سطوح بالاتری از افسردگی همراه بودند.

امین صارمی (۱۳۷۰؛ به نقل از دولت آبادی، ۱۳۷۳) در بررسی بر روی ۴۰۰ مهاجر جنگ تحمیلی گزارش داد که عدم تطبیق با واقعیت‌های زندگی، مشکلات زندگی شهری و عوارض تربیت و آموزش فرزندان، انزوای اجتماعی، مشکلات سازگاری با جامعه جدید، نابسامانی هنجارها، بیکاری و عوارض آن، پذیرش اجتماعی مهاجران، تزلزل خانواده‌ها، تغییر

الگوهای فکری و رفتاری مشکلات ناشی از سکونت، عوارش ناشی از تراکم افراد خانواده و تغییر در روابط اجتماعی، انحرافات و بزهکاریهای مثل اعتیاد، خودکشی، قاچاق و سرقت در میان مهاجران شیوع بیشتری داشت.

دولت آبادی (۱۳۷۳) در بررسی مسائل روانی-اجتماعی مهاجران جنگ تحمیلی گزارش داد که نتیجه استرس‌های گوناگون ناشی از جنگ و خسارت‌های جانی و مالی، ناراحتی‌هایی چون شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و پرخاشگری بیش از سایر ابعاد در آزمودنی‌ها مشاهده گردید. زنان اختلالات بیشتری را نسبت به مردان نشان دادند و این تفاوت در سطح ۹۹٪ معنی دار بود. ضریب کل علائم مرضی بر اساس آزمون SCL-90-R در زنان ۳۹/۵٪ در مقایسه با ۳۶٪ مردان بود. بیشترین اختلالات روانی در زنان به ترتیب شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و پرخاشگری بود.

یافته‌های پژوهش بیان زاده، اسلامی، سام آرام، فروزان و اقلیما (۱۳۸۳) نشان داد که شیوع مشکلات روانی در ۵/۸٪ از بازماندگان زلزله بم در پیش از حادثه بوده است، این رقم در مدت ۲ ماه پس از وقوع حادثه به ۳۵٪ یعنی ۶ برابر، افزایش یافته است.

نتایج پژوهش نوربالا (۱۳۸۳) بر روی ۴۰۰ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر و ۴۰۰ نفر از کودکان زیر ۱۸ سال از بازماندگان زلزله بم نشان داد که ۹۳/۲٪ افراد زندگی در چادر، ۹۲/۵٪ از دست دادن عزیزان، ۹۲٪ وجود افکار مزاحم و خاطرات ناراحت کننده، ۹۱/۷٪ کمبود امکانات بهداشتی و ۹۰/۵٪ نگرانی از وقوع مجدد زلزله را به عنوان عوامل استرس زا بیان کردند و ۸۵/۹٪ از کودکان نگرانی از وقوع مجدد زلزله و ۸۴/۷٪ تکرار صحنه زلزله در ذهن کودکان را به عنوان ناراحتی خود بیان نمودند.

سهیمی ایزدیان، رحیمی موقر، رادگودرزی، محمدی و حسینی (۱۳۸۳) گزارش دادند که حدود نیمی از معتادان زلزله بم در دو هفته پس از زلزله ساعت‌ها تا روزها علائم محرومیت را تجربه کردند. حدود نیمی از معتادان مشکلات خود را با سیستم درمانی در میان گذاشته و درخواست داروهای مسکن یا مخدر کردند، ولی علائم محرومیت فقط در یک چهارم آنها با

تجویز داروهای مسکن و مخدر کنترل شد و بیش از دو سوم آنها تریاک مصرف کردند. بقیه افراد از هر دو روش فوق جهت کاهش علائم محرومیت استفاده کردند.

رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷) در یک پژوهش توصیفی پس رویدادی، ۳۱۴ جوان و بزرگسال (۱۳۸ مرد و ۱۷۶ زن) بازمانده زلزله شهرستان بم را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بین سرسختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان رابطه مثبت معنی‌دار دیده شد. تاب‌آوری و سرسختی توان پیش‌بینی معنی‌دار سلامت روان را داشتند. تاب‌آوری بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی بود. آنها نتیجه گرفتند که سرسختی و تاب‌آوری در حفظ و ارتقاء سلامت روان افراد زلزله زده دارای اهمیت است و می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری سلامت روان را در شرایط ناگوار تبیین نمایند و توجه به آنها در بهداشت روانی فاجعه، ضروری است.

خواجه نوری و سروش (۱۳۸۵) گزارش دادند که ارزیابی فایده مهاجرت، جنسیت، هویت اجتماعی و نظر گروه مرجع (خانواده و دوستان) به طور مستقیم و میزان استفاده از رسانه‌ها، سن و سبک زندگی به صورت غیر مستقیم بر بر نگرش نسبت به مهاجرت تاثیر دارد. مقدس و امیری (۲۰۰۶) پژوهشی بر روی مهاجران ترک قشقای ساکن در حاشیه شهر شیراز انجام دادند. نتایج نشان داد که هویت قومی یا نگرش‌های فرهنگی به سوی مبدا، رضایت اجتماعی، استفاده از رسانه‌های جمعی محلی، مدت اقامت، سرمایه اجتماعی، محل سکونت قبلی و طبقه اجتماعی مهاجران رابطه معناداری با سازگاری اجتماعی و روانی مهاجران دارد.

ایمان و مرادی (۱۳۸۵) رابطه بین ارزش‌های دینی و بهداشت روانی مهاجران را بررسی نمودند. نتایج نشان داد که رابطه معنی‌داری بین متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، جهت‌گیری درونی دینی، جهت‌گیری برون دینی، تحصیلات و مدت اقامت با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. سلامت روانی مستقیماً تحت تاثیر متغیرهای جهت‌گیری مذهبی برون دینی، جهت‌گیری مذهبی درون دینی، تحصیلات، درآمد و مدت اقامت قرار دارد. هر پنج متغیر در مجموع توانسته‌اند ۷۷ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین کنند.

لهسانی‌زاده، آذرگون و مرادی (۱۳۸۵) گزارش دادند که رابطه معنی‌داری هم بین متغیرهای زمینه‌ای تحصیلات، سن، میزان درآمد و مدت اقامت با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. سلامت روانی مستقیماً تحت تأثیر متغیرهای جهت‌گیری‌های مذهبی، تحصیلات، جنسیت، سن و جهت‌گیری مذهبی درون دینی قرار گرفته و این متغیرها به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین سلامت روانی داشته‌اند، توانستند ۷۲ درصد از تغییرات سلامت روانی را تبیین کنند.

ایمان و مرادی (۱۳۸۸) گزارش دادند که رابطه معنی‌داری بین متغیرهای راهبردهای فرهنگ‌پذیری و فرهنگ‌پذیری در مقصد و مدت اقامت با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. سلامت روانی مستقیماً تحت تأثیر متغیرهای راهبردهای فرهنگ‌پذیری و فرهنگ‌پذیری در مقصد، تحصیلات، وضعیت مسکن، وضعیت تاهل و منزلت شغلی داشت و در مجموع این متغیرها توانستند ۶۷٪ از تغییرات متغیر سلامت روانی را تبیین کنند. پنج متغیر مذکور به صورت مستقیم و سایر متغیرها به صورت غیرمستقیم تأثیر معنی‌داری بر روی سلامت روانی داشته است.

طیبی‌نیا (۱۳۸۸) پدیده مهاجرت و آثار آن بر خانوارهای مهاجر به شهر تهران را با هدف تعیین میزان تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مهاجران و میزان تأثیرپذیری مهاجران از جنبه‌های مختلف محیطی در قالب تفاوت‌های اجتماعی، اخلاقی، رفاهی و نگرشی در مقایسه با افراد بومی، بررسی کرد. پژوهش بر روی ۴۰۰ خانوار، شامل ۲۰۰ نفر از مهاجران و ۲۰۰ نفر افراد بومی (متولد تهران) به عنوان گروه گواه، در بین خانوارهای معمولی ساکن در مناطق ۳، ۶ و ۱۲ شهر تهران که لزوماً دارای فرزند بالای ۱۰ سال بوده‌اند، انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که رابطه معنی‌داری بین تحرک اجتماعی و پایگاه اجتماعی مهاجران وجود دارد. همچنین بین تغییر وضعیت اخلاقی مهاجران و افراد بومی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

ایمان و مرادی (۱۳۸۹) گزارش دادند که رابطه‌ی معنی‌داری بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات، مدت اقامت، میزان درآمد، شیوه عقلائی، شیوه اجتنابی و شیوه احساسی زنان مهاجر شهر کرمانشاه وجود دارد. سه متغیر شیوه عقلائی، درآمد و شیوه

احساسی ۴۷٪ از واریانس متغیر وابسته را تبیین کردند. نتایج نشان داد که هر اندازه افراد مهاجر در برخورد با فشارهای روانی ناشی از مهاجرت به محیط فرهنگی جدید، از شیوه عقلایی استفاده کنند، از سلامتی بهتری برخوردار هستند.

جعفری‌نیا و بذرافشان (۱۳۹۰) ۱۱۰۰ مهاجر را از طریق پرسش نامه ساختار یافته و مصاحبه با ۳۰۰ نفر به صورت نمونه تصادفی بررسی نمودند. نتایج نشان داد که رابطه معنی داری بین رضایت مندی مهاجران و متغیرهای فرهنگ پذیری در مقصد، گرایش‌های مذهبی، وجود شبکه‌های اجتماعی در مقصد، مدت اقامت، امکانات آموزشی، امکانات بهداشتی، فاصله بین مبدا و مقصد، رفتار مردم در مقصد وجود دارد. رضایت مندی از مهاجرت مستقیماً تحت تاثیر متغیرهای فرهنگ پذیری در مقصد، گرایش‌های مذهبی، شبکه‌های اجتماعی، تحصیلات، امکانات آموزشی، امکانات بهداشتی، رفتار مردم در مقصد، مدت اقامت و جنسیت قرار داشت و در مجموع این متغیرها توانستند مقدار ۶۵٪ از تغییرات رضایت مندی از مهاجرت را تبیین کنند.

مرادی، بوستانی و همتی فر (۱۳۹۱) گزارش دادند که میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران شهر طبرس در بعد سلامت فیزیکی برابر ۲۶/۹۴، در بعد اضطراب برابر ۲۵/۲۳، در بعد استرس برابر ۲۰/۱۶ و در بعد کارکرد اجتماعی برابر ۳۱/۵۰ است. تفاوت بین میانگین‌ها معنادار بود. متغیرهای وضعیت مسکن، مسوولیت اجتماعی، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و سن در پیش بینی سلامت روانی مهاجران نقش موثری داشتند.

شیخی و طیبی‌نیا (۱۳۹۲) پدیده مهاجرت و رضایت خانوارهای مهاجر به شهر تهران را، با هدف تعیین عوامل رضایت مهاجران و میزان تأثیر پذیری مهاجران از جنبه‌های مختلف محیطی در قالب تغییر شرایط اجتماعی، فرهنگی، رفاهی و نگرشی بررسی کردند. نمونه پژوهش ۴۰۰ خانوار ساکن در مناطق ۳، ۶ و ۱۲ شهر تهران که دارای فرزند بالای ۱۰ سال بودند، انتخاب شدند. نتایج نشان داد که رابطه معنی داری بین رضایت مهاجران و میزان استفاده از امکانات رفاهی، و همچنین وضعیت اجتماعی فرزندان وجود دارد و هر چه میزان

استفاده از امکانات رفاهی بیشتر و وضعیت فرزندان بهبود داشته، مهاجر از جابجایی خود به شهر تهران رضایت بیشتری داشته است.

راهکارها برای ارتقاء بهداشت روانی و رفاه مهاجران و پناهندگان

راهکارهای گسترده‌ای برای ارتقاء بهداشت روان و رفاه (Welfare) مهاجران و پناهندگان وجود دارد. ارائه راهکارها از نظر محتوایی باید منطبق با ویژگی‌های فرهنگی آنها باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۱). در زیر به طور اختصار به برخی از راهکارها اشاره می‌گردد:

۱- ایجاد یک محیط امداد رسانی (Helping)، به وجود آوردن یک رابطه امدادی بر مبنای اعتماد، گوش دادن ماهرانه و موثر به آنها برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز، فراهم کردن رفاه و حمایت مناسب، تشویق آنها به خودکفایی، ارزیابی نیازهای آنها، قراردادن افراد خویشاوند و هم محل و دارای زبان و فرهنگ مشترک در یک محیط و ایجاد یک طرح عملی با مشارکت فرد مهاجر یا پناهنده.

۲- گفتگو با مهاجران و پناهندگان در رابطه با استرس‌های شان، آموزش به آنها در باره کنترل استرس، آموزش تمرین آرام‌سازی، آموزش تمرینات تنفسی، مراقبه، ماساژ دادن، مطالعه کردن، آواز خواندن، گوش دادن به موسیقی، رقص، ورزش، استراحت، استفاده از فعالیت‌های گروهی در خانواده یا در اجتماع مانند برگزاری مراسم دعا و نیایش، جشن‌های فرهنگی، سنتی و مذهبی جهت تسلط بر استرس، راهنمایی در مورد شیوه‌های بهتر خوابیدن.

۳- کمک به افرادی که شکایات کارکردی و یا سایر اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، روانپریشی حاد و مزمن دارند با استفاده از مداخلات کوتاه مدت و بلند مدت دارویی و غیر دارویی مانند مشاوره، حمایت خانوادگی، حمایت اجتماعی و به همان نسبت درمان‌های سنتی، بومی (Folk remedy) و مذهبی (Religious) برای کنترل مشکلات آنها.

۴- شناسایی شفا دهنده‌های سنتی (Local healer) و درمانگران بومی (Folk healer) و همکاری با آنها جهت کاهش مشکلات جسمانی و روانی مهاجران و پناهندگان، حمایت از

کاربرد درمان سستی در بیماران روانی در صورت مفید بودن و جلوگیری از آن در صورت زیان آور و خطرناک بودن.

۵- توضیح دادن به مهاجران و پناهندگان درباره این موضوع که در معرض خطر مشکلات مربوط به مصرف مشروبات الکلی و سایر مواد مخدر هستند، مراقبت از آنها، مقابله یا جلوگیری از این مشکلات، شناسایی افراد در معرض خطر و مصرف کننده‌های قبلی و فعلی مواد، ارائه کمک و خدمات به آنها در هر زمان ممکن از درون جامعه مهاجران و پناهندگان، ارجاع آنها به متخصصان بهداشت و رفاه جهت دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی برای ترک اعتیاد.

۶- کمک به قربانیان شکنجه و سایر خشونت‌ها از طریق حمایت‌های فردی و گروهی.

۷- شناسایی قربانیان تجاوز جنسی (اعم از زن و مرد)، کمک به جامعه مهاجران و پناهندگان برای گفتگو درباره مشکل تجاوز جنسی و آموزش برای سرزنش نکردن قربانی، حمایت عاطفی، مشاوره و درمان‌های کوتاه مدت و بلند مدت، ایجاد گروه حمایتی شامل قربانیان تجاوز جنسی و زنانی که به نوع دیگری رنج برده‌اند ولی تحت تجاوز جنسی قرار نگرفته‌اند، استفاده از رهبران مذهبی جهت تغییر نگرش‌های منفی مردم نسبت به قربانیان تجاوز جنسی و برگزاری مراسم دینی و نیایش‌های ویژه و گفتگو با خانواده‌های قربانیان، ارجاع قربانیان تجاوز جنسی به متخصصان بهداشت و رفاه در صورت لزوم.

۸- ایجاد یک چارچوب فرهنگی منطبق با فرهنگ کودکان مهاجر و پناهنده و گفتگو با آنها با زبان خودشان، کمک به مادران برای فعال سازی نوزادان یعنی تشویق فعالانه نوزادان برای نزدیک تر شدن به سطح رشد طبیعی‌شان، فعال سازی گفتار نوزادان، استفاده از بازی برای فعال سازی کودکان خردسال، فعال سازی این کودکان در گروه، هماهنگ بودن برنامه‌های فعال کننده برای کمک به کودکان پیش دبستانی با گروه سازمان یافته آموزش کودکانی از طریق فعالیت‌های گفتاری، بازی و فعالیت گروهی، ورزش، موسیقی، آواز، رقص، نقاشی، داستان‌سرایی، قصه‌گویی و مجسمه‌سازی، شناسایی و کمک‌رسانی به خانواده‌های آسیب‌پذیر (خانواده‌های تک والدینی به ویژه آنهایی که کودکان خردسال متعددی دارند، خانواده‌های

پرمیعت، خانواده‌هایی که علاوه بر مراقبت از فرزندان خود، مسئولیت مراقبت از کودکان دیگر را نیز به صورت کوتاه مدت و درازمدت به عهده دارند، کمک به کودکان بدون سرپرست از طریق پیوند و ارتباط درباره با سایر اعضای خانواده و اجازه دادن به کودکان برای بروز غم و اندوه خود، از دست دادن خانواده، دوستان، دارایی، زبان، فرهنگ و وطن شان، مراقبت از آنها با هدف برآوردن مجموعه‌ای از نیازهای آنها شامل نیازهای پزشکی، جسمانی، روانی و نیازمندی‌های خاص مثل کمک‌های مالی و غیره.

۹- توجه به نیازهای بهداشت روانی (با در نظر گرفتن اینکه مشکل اصلی آنها جدا شدن از خانواده و استقلال آنها است)، به کارگیری مهارت هایشان با سایر نوجوانان هم سن خود، به عهده گرفتن تدریجی نقش بزرگسالان در جمع یا جامعه و پیروی از رفتار بزرگترها، کمک به آنها برای گذر از این مرحله رشدی به دوره بزرگسالی، ارائه خدمات روانپزشکی و روانشناختی با توجه به وجود اختلالات و برخی رفتارهای مشکل‌زای آنها.

۱۰- شناخت شیوه‌های مقابله با استرس‌های ناشی از مهاجرت در زندگی افراد هم برای خود مهاجران و هم برای برنامه ریزان مهم به نظر می‌رسد تا بر اساس آن بتوانند به برنامه‌ریزی فعال اقدام نمایند.

راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا ((MMHA) Multicultural (Mental Health Australia)

بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) (۲۰۱۱) برای کاهش فشار روانی، انزوا یا افسردگی فرد، مهاجران جوان، نحوه برقراری ارتباط بهتر والدین مهاجر با فرزندان شان و مهاجران سالمند، چندین راهکار بهداشت روانی را ارائه نموده است که در زیر به آنها اشاره می‌گردد:

راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای نقش فرد در کاهش فشار روانی، انزوا یا افسردگی

بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای کاهش فشار روانی، انزوا یا افسردگی موارد زیر را توصیه می‌نماید:

- سعی کنید زبان جدید را یاد بگیرید. زبان انگلیسی مهارت‌های شما را در برقراری ارتباط بهتر می‌کند و اعتماد به نفس شما را در میان استرالیایی‌های انگلیسی زبان بالا می‌برد.
- یاد گرفتن یک زبان جدید زمان می‌برد و سخت‌کوشی لازم دارد. اگر بیان آنچه که می‌خواهید بگویید یا فهمیدن دیگران برایتان مشکل است سعی کنید احساس یاس یا خجالت نکنید.
- اگر به مترجم نیاز دارید مترجم درخواست کنید.
- فعال باشید. راه بروید، شنا کنید، بدوید، برقصید، ورزش کنید یا یک کار خلاق مثل هنر یا کاردستی یاد بگیرید. فعال بودن می‌تواند کمک کند تا تندرست بمانید و احساس بهتری داشته باشید.
- با پیوستن به یک گروه اجتماعی می‌توانید با اشخاص جدیدی آشنا شوید، انگلیسی‌تان را بهتر کنید و احساس تعلق خواهید کرد.
- سعی کنید مثبت فکر کنید و جنبه خوب چیزها را ببینید.
- سعی کنید احساس ناامیدی و خشم خود را کنترل کنید چون ممکن است دیدن این احساسات در شما باعث ایجاد رفتار غیردوستانه در دیگران و دوری از شما شود.

راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای مهاجران جوان

عموماً جوانان با زبان، ارزش‌ها و فرهنگ‌های جدید سریع‌تر از والدین و پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌هایشان منطبق می‌شوند. به خاطر مهارت‌شان در زبان انگلیسی، جوانان اغلب در کشور جدید نقش بزرگسالان را زودتر از آنچه که در کشور سابق‌شان انتظار می‌رفت به عهده می‌گیرند که این موضوع با موقعیت آنها در خانواده که هنوز کودک محسوب می‌شوند، تضاد

پیدا می‌کند. جوانان ممکن است با تضاد هویت مواجهه شوند. خانواده‌ها ممکن است از آنها انتظار داشته باشند که ارزش‌ها و سنت‌های کشور سابق خود را نگهدارند ولی یک جوان ممکن است بخواهد که بخشی از فرهنگ جدید بوده و مورد قبول حلقه دوستان جدیدش باشد. این تضاد هویت ممکن است به تنش و مشکلات در خانه منجر شود و بر سلامت روان آنان تأثیر بگذارد. بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای کنترل فشارهای روانی برای جوانان موارد زیر را توصیه می‌نماید:

- در باره مسائلی که شما را ناامید می‌کند با یک مشاور صحبت کنید. مشاوران بی‌طرف هستند و اطلاعات شما را محرمانه نگه می‌دارند. افراد جوان تا سن ۲۵ سالگی می‌توانند برای دریافت اطلاعات و خدمات پشتیبانی مربوط به بهداشت روانی با وبسایت www.headspace.org.au یا برای کمک فوری با تلفن کمک به بچه‌ها (Kids Help Line) به شماره رایگان ۱۸۰۰ ۵۵ ۱۸۰۰ تماس بگیرند.

- وقتی نمی‌توانید راهی برای سازش در داخل خانواده پیدا کنید، پذیرفتن اختلاف نظرات می‌تواند به ادامه ارتباط کمک کند.
- وقتی صحبت رو در رو مشکل است، گاهی اوقات نوشتن یادداشت و توضیح دادن احساساتان ممکن است کمک کند.

راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای نحوه برقراری ارتباط بهتر والدین با فرزندان شان

بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای نحوه برقراری ارتباط بهتر والدین با فرزندان شان (MMHA) روش‌های زیر را توصیه می‌نماید:

- زمانی را پیدا کنید که هیچ‌کس ناراحت یا تحت فشار نیست. صحبت کردن در مواقعی که افراد شدیداً احساساتی نیستند یا در مواقعی که حرف یکدیگر را قطع نمی‌کنند سازنده‌تر است.

- سعی کنید اطلاعات تان را در مورد موقعیت نوجوانان در استرالیا افزایش دهید. والدین می‌توانند دوره‌های تربیت نوجوان را بگذرانند که اغلب از طریق دبیرستان‌ها، اماکن مذهبی یا مراکز اجتماعی ارائه می‌شوند. شما می‌توانید برای کمک گرفتن در این مورد با تلفن کمک Partline در ایالت، با خط خودتان تماس بگیرید.
- در نظر داشته باشید که در یک برنامه ارتباطات خانوادگی شرکت کنید. این دوره‌ها به خانواده‌ها کمک می‌کنند تا راه‌های جدیدی را برای برقراری ارتباط پیدا کنند. Relationships Australia و خیلی از مراکز بهداشت اجتماعی، مراکز منابع مهاجران و مراکز محله (Neighbourhood Centres) این برنامه‌ها را ارائه می‌دهند.
- با یک مشاور صحبت کنید. مشاوران بی‌طرف بوده و به حریم خصوصی خانواده شما احترام خواهند گذاشت.
- قبول کنید که اختلاف سلیقه وجود دارد.

راهکارهای بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) برای مهاجران سالمند

- احساس تعلق در یک کشور جدید ممکن است برای اشخاص سالمند سخت باشد، بخصوص اگر در مراحل دیرتر زندگی‌شان مهاجرت کرده باشند. ارزش‌ها و اعتقادات مربوط به حفظ تندرستی در حال پیر شدن و حمایت مورد لزوم ممکن است بین یک شخص مسن‌تر و سایر افراد خانواده فرق کند. پذیرفتن اینکه افراد سالمند از حمایت‌های آشنا به دور هستند ممکن است مشکل باشد. پیشنهادهای زیر ممکن است در این مورد مفید باشد:
- به یک محل عبادت یا حمایت روحی بروید. این کار ممکن است در مورد نگرانی‌های روحی و مسائل فقدانی کمک‌کننده باشد.
 - مشورت با یک مشاور می‌تواند مفید باشد. سرویس‌های چند فرهنگی مراقبت از سالمندان معمولاً کارمندان دو زبانه‌ای را استخدام می‌کنند که در کمک به خانواده‌ها دارای آشنایی با فرهنگ‌های مختلف هستند. از دکتر عمومی (GP) خودتان هم می‌توانید کمک بگیرید.

• با استفاده از خدمات مراقبت در خانه و جامعه (HACC) اشخاص مسن تر می‌توانند استقلال خود را در خانه خودشان، بدون ایجاد فشارهای بیشتر برای سایر افراد خانواده حفظ کنند. مرکز بهداشت جامعه محلی شما می‌تواند اطلاعاتی را درباره خدمات موجود در منطقه‌تان در اختیار شما قرار بدهد. مرکز منابع مهاجران محلی شما نیز می‌تواند درباره خدمات موجود برای گروه‌های زبانی بخصوص اطلاعات بدهد. برای دریافت مراجع محلی تماس با (HACC) از وب سایت زیر دیدن کنید.

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hacc-index.htm>

• زمان‌هایی ممکن است باشد که مجبورید وجود اختلاف سلیقه را بپذیرید.

• روابط اجتماعی با افراد هم زبان و مشارکت در فعالیت‌های جدید می‌توانند به افراد سالمند کمک کنند تا اعتماد به نفس خود را به دست آورده و احساس تعلق کنند.

خدمات بهداشت روان برای همه گروه‌های سنی از طریق بیمارستانهای دولتی و خصوصی ارائه می‌شوند. از طریق دکترتان (GP) نیز می‌توانید به این خدمات دسترسی پیدا کنید. برای آگاهی بیشتر برگه اطلاعاتی بهداشت روانی چند فرهنگی استرالیا (MMHA) با نام کمک گرفتن در مورد بهداشت روانی از طریق یک دکتر (Getting help for mental health through a doctor) را نگاه کنید.

جمع بندی

مهاجرت و پناهندگی به هر علتی که رخ دهد (بلاایای طبیعی یا غیر طبیعی)، با عدم دسترسی مهاجران و پناهندگان به خدمات مناسب بهداشتی، درمانی، آموزشی و رفاهی همراه است. از لحاظ بالینی پاسخ دهی به نیازهای برخی از مهاجران و پناهندگان ممکن است تلویحات و چالش‌هایی برای وجود مدل‌هایی برای مداخلات روانشناختی در بر داشته باشد (Miller, 1999, Tribe, 1999a). فرایند مهاجرت و سازگاری فرهنگی و اجتماعی بعدی، نقش کلیدی را در بهداشت روانی افراد بازی می‌کند. روانشناسان و روانپزشکان باید دامنه این

عوامل را، زمانی که راهبردهای مداخله‌ای معطوف به این افراد یا بافت اجتماعی شان را ارزیاب و طرح ریزی می‌کنند، به حساب آورند.

سازماندهی خدمات مربوط به ارتقاء بهداشت روانی و رفاه مهاجران و پناهندگان باید به گونه‌ای باشد که هم نیازهای جسمانی و هم نیازهای عاطفی و روانی آنها را مورد توجه قرار دهد. راهکارهای اجرایی باید با شرایط خاص مهاجران و پناهندگان به ویژه آنهایی که ساکن اردوگاه‌ها هستند، ساختارهای قبلی و همچنین فرهنگ مسلط افرادی که آنجا زندگی می‌کنند تطابق داشته باشد. بنابراین باید شرایط و امکاناتی فراهم گردد تا مهاجران و پناهندگان تشویق شوند جنبه‌هایی از زندگی اردگاهی (Camp life) را که در بهداشت روانی آنها موثر است را خودشان بر عهده گیرند و در کارهایی که صورت می‌گیرد به طور موثری اعمال نظر و نفوذ داشته باشند. ممکن است لازم شود تا برخی امورات به طور کامل به دست افرادی از خود جامعه مهاجران و پناهندگان گذاشته شود. تشریک مساعی گسترده و دادن فرصت اظهار نظر به آنها می‌تواند برای کمک به بهداشت روانی آنها مفید و موثر باشد.

ترغیب متقابل گروه‌های حمایتی و ایجاد نشست‌های گروهی در بالا بردن روحیه مهاجران و پناهندگان و حمایت آنها از یکدیگر موثر است. وقتی آنها احساس می‌کنند که کنترل زندگی و محیط خود را در دست دارند، احساس قدرت می‌کنند و تشویق می‌شوند تا از عهده فشارها و مشکلات خود برآیند.

تامین برخی امکانات برای مثال در اختیار قرار دادن ابزارها و مواد لازم برای کشاورزی یا ساختن منزل به آنها، می‌تواند امکان و احتمال اینکه بتوانند برای خودشان کاری انجام دهند را بدهد و تشویق شوند تا فعالیت‌های اوقات فراغت خود را سازماندهی کنند. تدارک منابعی اندک ممکن است انجام فعالیت‌های مناسب فرهنگی را امکانپذیر سازد.

شمار کاملی از تلویحات روانپزشکی برای بهداشت روانی کودکان مهاجر و پناهنده وجود دارد (Sack, 1998, Rousseau, 1995, O'Shea, Hodes, Down et al, 2000). کودکان پناهنده ممکن است دارای مشکلات و اختلالاتی باشند که حتی اگر آنها جا به جا بشوند نیز اتفاق خواهد افتاد. این اختلالات شامل اختلال رشدی مثل اختلال تکلم، اختلال

خواندن، عقب ماندگی ذهنی، اختلال عصبی روانی مانند پسیکوز و اختلال هیپرکینتیک می‌باشند. اختلال عصبی روانی به میزان کمتر و اختلال روانی اجتماعی مانند افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سطوح مشابهی از اختلال عملکرد اجتماعی ممکن است به میزان بیشتری رخ دهد و منجر به ارائه خدمات به کودکان پناهنده شود (O'Shea, Hodes, Down, et al, 2000, Howard & Hodes, 2000).

از لحاظ همه گیرشناسی، نیازها برای ارائه خدمات بهداشتی برای کودکان پناهنده ممکن است در ارتباط با میزان اختلال و همچنین در ارتباط با اختلال در عملکرد اجتماعی آنها مشخص گردند. در رابطه با بهداشت روانی پناهندگان، برخی پژوهش‌ها تقریباً سطوح پایینی از اختلال عملکرد اجتماعی را با وجود اختلالاتی مانند اختلال استرس پس از سانحه نشان داده‌اند (Molica, Poole, Sun et al, 1997).

گرچه نسبت بالایی از کودکان پناهنده با رویدادهای فاجعه‌آمیز مواجهه شده‌اند، ولی به نظر می‌رسد که بسیاری از آنها علیرغم استرس و رنجی که تجربه کرده‌اند، مقابله خوبی دارند، دارای سازگاری مطلوبی هستند و بیماری روانپزشکی قابل ملاحظه‌ای ندارند که دلایل آن می‌تواند شامل مزاج، شیوه مقابله و وجود روابط خانوادگی حمایت‌کننده باشد (Hodes, 2000). پژوهش (Haydes & Talbot, 1998) نیز در مورد وضعیت بهداشتی کودکان پناهنده در پورتلند (Portland) نشان داد که وضعیت سلامت عمومی کودکان خوب است.

سبک زندگی فرد و خانواده مهم هستند. کودکان پناهنده ممکن است سریعاً به مدرسه بروند، زبان انگلیسی را سریع‌تر از والدینشان یاد بگیرند و یک گروه همسال از لحاظ فرهنگی متفاوت را پیدا کنند. در حالی که والدین بیکار می‌مانند و نسبتاً سال‌های زیادی از لحاظ اجتماعی منزوی می‌شوند. در همین زمان ممکن است وابستگی به کودکان در والدین شروع شود و این موضوع می‌تواند ساختار معمولی سازمان خانواده را تغییر دهد. تفاوت‌های کلی در ارزش‌ها و چالش‌ها با سازمان سنتی خانواده ممکن است در پیدا شدن تعارض والدین با فرزندان نوجوان‌شان، سهم داشته باشند.

لازم است به خانواده‌های مهاجر و پناهنده به نوعی استقلال داد. در این راستا، خواسته‌ها، رسوم و پیشنهادهای آنها باید مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود که خانواده‌های مهاجر و پناهنده کنار هم باشند و سازماندهی مهد کودک‌ها و مراقبت روزانه از کودکان را مدنظر قرار دهند. انجام این کار با استفاده از یک روش چرخشی امکان پذیر است که به موجب آن والدین در مسئولیت مراقبت از کودکان مهد کودک سهیم بوده، به نوبت مراقبت از بچه‌ها را به عهده می‌گیرند و فرصتی پیدا می‌کنند تا به انجام کارهای دیگری نیز بپردازند.

در ابتدا، نیاز به غذا و داشتن سرپناه، اصلی‌ترین نیاز برای گروه‌های بزرگ مهاجران و پناهندگان به شمار می‌رود ولی به همان اندازه تامین نیازهای بهداشت روانی آنها حائز اهمیت می‌باشد. آموزش به مردم کشور میزبان در مورد نحوه برخورد بهتر و پذیرش اجتماعی آنها مفید و کمک‌کننده خواهد بود. مهاجران و پناهندگانی که افراد صمیمی در اطراف خود دارند و از حمایت اجتماعی برخوردار هستند، مشکلات بهداشت روانی به‌ویژه علایم افسردگی کمتری نشان می‌دهند (Lee & Crittenden, 1996). مهاجران و پناهندگان مبتلا به بیماری‌های روانی نسبت به مشکلات تطابق زندگی در جامعه جدید، مشابه مهاجران و پناهندگان غیربیمار، ولی با شدت بیشتری واکنش نشان می‌دهند (Ristner, Poniykz, et al, 1996). لذا باید نقش بیماری روانی زمینه‌ای در این افراد را مدنظر قرار داد. به طور کلی بالا بردن و بالا نگه داشتن روحیه مهاجران و پناهندگان باید مورد توجه قرار گیرد. سرمایه‌گذاری مختصر در این زمینه، نتایج قابل ملاحظه‌ای را هم برای حفظ سلامت روانی و هم برای حفظ سلامت جسمانی آنها در بر خواهد داشت. جهت این مهم می‌توان همکاری و حمایت سازمان‌های بین‌المللی مانند کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR)، سازمان ملل متحد (UNO)، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، یونیسف (UNISEF)، صلیب سرخ جهانی (WRC) یا سایر سازمان‌های غیر دولتی (NGO) فعال را جذب نمود.

منابع

- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۵). بهداشت روانی و مراقبت از بیماران روانی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۷). راهنمای روان‌درمانی برای کارگزاران پزشکی. تهران: انتشارات بشری.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۹). روانشناسی و بهداشت روانی برای دانشجویان بهیاری. انتشارات وزارت بهداشت.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۰). بهداشت روانی در مدارس. پایان نامه برای دریافت درجه دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده روانشناسی.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۳). درباره خودکشی در نوجوانان. تهران: انتشارات آرامش.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۲). بهداشت روانی پیشرفته در روانشناسی بالینی. جزوه‌های آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- اکبری، نظام (۱۳۸۲). مهاجرت و سازگاری. پژوهشی در مورد ایرانیان مقیم امارات متحده عربی، شیراز: انتشارات نوید.
- ایزنستات، استفانی، ترا زیپورین، ترا، کارلسون، کارن (۱۳۸۹). بهداشت روانی زنان. مترجم ژینوس لطیفی، خدیجه ابوالمعالی و هایده صابری. تهران: انتشارات سالوان.
- ایمان، محمدتقی، مرادی، گل‌مراد (۱۳۸۵). بررسی ارزشهای دینی و بهداشت روانی مهاجران: مطالعه موردی شهر اسلام آباد غرب. فصلنامه جمعیت. سال چهاردهم، شماره ۵۷ و ۵۸، ۱۱۷-۱۴۰.
- ایمان، محمدتقی، مرادی، گل‌مراد (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرهنگی مقابله و بهداشت روانی زنان مهاجر: مورد مطالعه شهر کرمانشاه. رویکردهای نوین آموزشی،

- سال پنجم، شماره دو، شماره پیاپی ۱۲، ۱۴۰-۱۱۳. ایمان، محمدتقی، مرادی، گلمراد (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین راهبردهای فرهنگ پذیری و سلامت روانی مهاجران نمونه موردی مطالعه شهر کرمانشاه. مجله جامعه شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان، سال بیستم، شماره پیاپی ۳۳، شماره اول، ۱۷۰-۱۴۷.
- بوالهری، جعفر (۱۳۸۱). بهداشت روان برای کارشناسان بهداشتی. تهران: انتشارات بشری.
- بوالهری، جعفر، پالاهنگ، حسن (۱۳۷۴). بهداشت روانی پناهندگان. مرکز بهداشت استان چهار محال و بختیاری.
- بوالهری، جعفر، دادفر، محبوبه (۱۳۷۹). مشکلات بهداشت روانی زنان و کودکان پناهنده و آواره. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی کودکان و زنان پناهنده جهان. تهران: ۴ اسفند ماه.
- بیان زاده، سید اکبر، اسلامی، یدالله، سام آرام، عزت الله، فروزان، ستاره؛ اقلیما، مصطفی (۱۳۸۳). وضعیت زندگی بازماندگان زلزله بم. فصلنامه رفاه اجتماعی. سال سوم. شماره ۱۳، ۱۳۱-۱۱۳.
- جعفری نیا، غلامرضا، بذرافشان، محمد (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل فرهنگی در رضایتمندی از مهاجرت مطالعه موردی شهر ایلام. دو فصلنامه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال هشتم، شماره ۲، ۵۴-۲۹.
- خواجه نوری، بیژن، سروش، مریم (۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر بر نگرش جوانان به مهاجرت از کشور نمونه مورد مطالعه: جوانان شهر شیراز. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال سوم، شماره ۱، ۸۲-۴۷.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). ارزیابی روانشناختی سالمندان. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته، بیرشک، بهروز، سلطانی، خدیجه (۱۳۸۹). داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی نوجوانان: عوارض جانبی و تداخلات دارویی مقاله ارائه شده در اولین کنگره تداخلات دارویی در بیماری‌های اعصاب و روان جانبازان، تهران مرکز تحقیقات بیمارستان خاتم النبیا. ۱۱-۱۲ اسفند ماه.

دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دولت آبادی، 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.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

ربانی، رسول (۱۳۸۱). جامعه شناسی شهری، اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان و سازمان سمت.

رحیمیان بوگر، اسحاق، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۶۲-۷۰.

رفیعی فیاض بخش، ربابه (۱۳۷۹). موضوعات مورد بررسی در همایش "زنان و کودکان آواره در جهان". مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی زنان و کودکان آواره جهان. تهران، ۴ اسفند ماه.

رضزانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری. تهران: انتشارات میرماه.

سازمان بهداشت جهانی (۱۳۸۱). بهداشت روانی پناهندگان و آوارگان. ترجمه ضیاء قائم مقام فراهانی. تهران: انتشارات رشد.

سهیمی ایزدیان، الهه، رحیمی موقر، آفرین، رادگودرزی، رضا، محمدی، محمدرضا، حسینی، مهدی (۱۳۸۳). علائم محرومیت در دو هفته اول بعد از زلزله در معتادان بم. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۳، ۱۴۰-۱۱۵.

شیانی، ملیحه (۱۳۸۱). تصمیم گیری درباره مهاجرت و فرآیند سازگاری با جامعه میزبان (ایران و کانادا). فصلنامه رفاه اجتماعی، سال اول، شماره ۳، ۱۴۰-۱۱۵.

شیخی، محمدتقی، طیبی نیا، مهری السادات (۱۳۹۲). عوامل موثر بر رضایتمندی خانوارهای مهاجر به شهر تهران. دو فصلنامه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال دهم، شماره ۱، ۱۷۱-۱۴۷.

طیبی نیا، مهری السادات (۱۳۸۸). پیامدهای مهاجرت برای خانوارهای مهاجر به شهر تهران. مطالعات و پژوهش‌های شهری منطقه ای، دوره ۱، شماره ۱، ۱۶۴-۱۴۳.

عزیزی، فاطمه، هلاکویی نائینی، کوروش، رحیمی، عباس، امیری، محمد، خسروی زادگان، فاطمه (۱۳۸۵). شیوع اختلالات روانی و عوامل دموگرافیک موثر بر آن در افاغنه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر، ۱۳۸۴. دو فصلنامه طب جنوب، سال نهم، شماره ۱، ۹۲-۸۵.

کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، بهرامی، فاضل، رضوانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۹۱). درآمدی بر بهداشت روان سالمند از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میرماه.

کلافی، یونس، استوار، افشین، حق شناس، حسن (۱۳۷۸). بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغان مقیم شیراز. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۲ و ۱. ۴-۱۰.

کولیوند، پیر حسین، طیبه، محبوبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.

لهسایی زاده، عبدالعلی (۱۳۶۸). نظریات مهاجرت. شیراز: انتشارات نوید.

لهسایی زاده، عبدالعلی (۱۳۷۲). برنامه ریزی مهاجرت‌های داخلی. شیراز: انتشارات نوید.

لهسایی زاده، عبدالعلی (۱۳۸۲). مهاجرت و شهرنشینی. شیراز: انتشارات زر.

لهسایی زاده، عبدالعلی، آذرگون، زهره، مرادی، گلمراد (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین جهت‌گیریهای مذهبی و سلامت روانی زنان مهاجر بر اساس مدل آلپورت و راس: مورد مطالعه قصرشیرین، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال سوم، شماره ۲، ۱۴۹-۱۶۹.

محمدیان، مهرداد، دادفر، محبوبه، بوالهری، جعفر، کیمی کیسمی (۱۳۸۴). غربالگری اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۲، ۲۷۷-۲۷۰.

مرادی، گلمراد (۱۳۸۵). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران: مورد مطالعه اسلام آباد غرب، پایان نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.

مرادی، گلمراد (۱۳۸۶). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران. مقاله ارائه شده در اولین سمینار کشوری استاندارد، توسعه و سلامت. کرمانشاه، ۳ اردیبهشت ماه.

مرادی، گلمراد، بوستانی، داریوش، همتی فر، محمدرضا (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین مسئولیت اجتماعی و سلامت روانی مهاجران: مورد مطالعه شهر طبس. مجله جامعه‌شناسی کاربردی دانشگاه اصفهان، سال بیست و سوم، شماره پیاپی ۴۵، شماره اول، ۱۴۹-۱۷۰. معتمدی، سید هادی، نیکیان، یدالله، رضازاده، سعدالله (۱۳۸۲). بررسی میزان شیوع افسردگی در پناهندگان افغانی مقیم اردوگاه بردسیر کرمان. فصلنامه پژوهشی توانبخشی، شماره ۱۲، ۲۷-۲۲.

نصر، نصرالله، کولیوند، بیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۳). بررسی نیازهای بهداشت روان بازماندگان زلزله بم. خلاصه مقالات همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، ۵-۲ آذرماه.

- Almqist, K. & Broberg, A. G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee children 3/5 year after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 38, 6, 723-730.
- Almqist, K., Brandell-forsbe, M. (1995). Iranian refugee children in Sweden: Effects of organized jolece and forced migration on preschool children. *Annual Journal of Orthological Psychiatry*, 65, 2, 225-370.
- Aroian, K. J., Norris, A. E., Daughter, C. A., Tran, T. V. (1998). Predicting psychological distress among former Soviet immigrants. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 4, 284-294.
- Aroian, K. J., Pats Daughter, C. A., Levin, A., Gianan, M. E. (1995). Use of the brief symptom inventory to assess psychological distress in three immigrant groups. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 1, 31-46.
- Ater, R., R. N. (1998). Mental health issues of resettled refugees. *Ethno Med*. 1998, (at: http://ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/mental_health.html, 8/29/2005).
- Beals, J., Manson, S. M., Whitesell, N. R., et al. (2005). Prevalence of DSM-IV disorders and attendant help-seeking in 2 American Indian reservation populations. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1, 99-108.
- Berry, J. W. (1998). Acculturation stress. In P. B. Organista & K. M. Chun (Eds.), *Reading in Ethnic Psychology*, New York: Routledge.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scandinavia*, 23,109, 243-258.
- Bhugra, D., Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 216-223.

- Braído-Lanza, A. F., Chao, M. T., Flórez, K. R. (2005). Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science and Medicine*, 61, 1243–1255.
- Braman, D. (2004). *Doing time on the outside: Incarceration and family life in Urban America*. University of Michigan Press.
- Burnam, M. A., Hough, R. L., Karno, M., Escobar, J. I., Telles, C. A. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *J Health Soc Behav*, 28, 89–102.
- Canadian Task Force on Mental Health Issues. (1998). *After the door has been opened: Mental health issues affecting immigrants and refugees in Canada*. Ottawa: Health and Welfare, Canada.
- Carball, M., Grocutt, M., Hadzihasanovic, A. (1996). *World Health State Quarterly*, 49, 2, 158-164.
- Carlson, H. M., Nilsen, E. L. (1995). Ireland: Gender, psychological health attitudes toward emigration. *Psychological Report*, 76, 1, 179-189.
- Caroline, B. B. (2000). *Migration theory: Talking across discipline*, New York, Roudledge.
- Census 2000 Summary File 3 (SF 3). Washington, DC: US Bureau of the Census.
- Census Bureau projects tripling of Hispanic and Asian populations in 50 years: non-Hispanic whites may drop to half of total population [press release]. (2004). Washington, DC: US Census Bureau; March 18.
- Chan, K. W., Zhang, L. (1999). The hukou system and rural-urban migration in China: Processes and changes. *China Quarterly*, 160, 818–855.
- Cheung, P. (1995). Acculturation and psychiatric morbidity among Cambodian refugees in New Zeland. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 2, 108-119.
- Dagla, M., Melhuish, E., Barnes, J. (2011). Parenting and preschool child behaviour among Turkish immigrant, migrant and non-migrant families. *European Journal of Developmental Psychology*, 8: 3, 261-279.
- De Jong, J. P., Scholte, W. F., Koeter, M. W., et al. (2000). The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 171-177.
- Department of Mental Health, University of Melbourne.
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 54–62.
- Desouzan, R. (2006). Migration and mental health. *Psychology and Development Societies*, 18, 10, 1-14.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision – Forth edition (DSM-IV-TR). (2000). American Psychiatric Association, Washington DC.: USA.
- Fabrega, H. (1969). Social psychiatric aspects of acculturation and migration: a general statement. *Compr Psychiatry*, 10, 314–392.

- Factourovich, A., Ritsner, M., Maoz, B., Levin, K., et al (1996). Psychological adjustment and distress among Soviet immigrant physicians: Distress and self-assessments of its sources. *Israel Journal of Psychiatry & Related Science*, 33, 1, 32-39.
- Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*, 87, 366-70.
- Fazel, M., Doll, H., Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 14, 297-309.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*. 365, 9467, 1309-1314.
- Fenta, H., Hyman, I., Noh, S. (2004). Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Nerv Ment Dis*, 192, 363-372.
- Ferrada-Noli, M. (1997). Health and socioeconomic indicators in psychiatric catchment areas with divergent suicide rates. *Psychol Rep*, 81, 611-619.
- Furnham, A. & Bochner, S. (1982). Social difficulty in a foreign culture: An empirical Analysis of culture shock. In. S. Bochner (Ed.), *Culture in contact*. Oxford: Pergamon Press.
- Ganessan, S., Fine, S., Vilin, T. (1989). Psychiatric symptoms in refugee families from South East Asia, therapeutic challenges. *American Journal of Psychiatry*, 43, 218-228.
- Gernaat, H. B., Malwand, A. D., Laban, C. J., et al. (2002). Many psychiatric disorders in Afghan with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and post-traumatic stress disorder. *Ned Tijdschr Geneesk*, 146, 24, 1127-1131.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., et al. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 1, 18-26.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., et al. (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *Eur J Public Health*, 16, 4, 394-399.
- Gerritsen, A. A., Devillé, W., van der Linden, F.A, et al. (2006). Mental and physical health problems of, and the use of healthcare by, Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees *Ned Tijdschr Geneesk*, 150, 36, 1983-1989.
- Hadys, B., Talbot, S. B. (1998). Health status of pediatric refugees in Portland. *Archive of pediatric Adolescent Medicine*, 152, 6, 564-568.
- Hansson, E., Tuck, A., Lurie, S., and McKenzie, K., for the Task Group of the Services Systems Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. (2010). Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service improvement. Website access:

- http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/en/2010/Issues_Options_FINAL_English%2012Nov09.pdf.
- Harpham, T. (1994). Urbanization and mental health in developing countries: A research role for social scientists, public health professional and social psychiatrists". *Social Science and Medicine*, 39, 233-245.
- He, J., Gu, D., Wu, X., Reynolds, K., Duan, X., Yao, C., Wang, J., Chen, C. S., Chen, J., Wildman, R. P., Klag, M. J., Whelton, P. K. (2005). Major causes of death among men and women in China. *New England Journal of Medicine*, 353, 1124-1134.
- Hermansson, A. C., Timpka, T., Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*, 190, 374-380.
- Hernandez, D. J., Denton, N. A., & Macartney, S. E. (2008). Children in immigrant families: Looking to America's future. *Social Policy Report*, Society for Research in Child Development, XXII, 3, 1-23.
- Hicking, F. W. (1996). Psychopathology of white mentally ill immigrant to Jamaica, *Molecular Chemistry Neuropathology*, 28, 1-3, 261-268.
- Hilderbrandt, N., McKenzie, D. (2005). The effect of migration on child health in Mexico. *Economia*, 6, 257-289.
- Hirsch, J. S., Higgins, J., Bentley, M. E., Nathanson, C. A. (2002). The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92, 1227-1237.
- Hjern, A., Angell, B. (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children exile. *Scandinavia Journal of Sul Medicine*, 26, 1, 18-25.
- Hodes, M. (2000). Psychologically distressed regugee children in the United Kingdom. *Child psychology and Psychiatry Review*, 5, 57-68.
- Hodes, M. (2002). Implications for psychiatric services of chronic civilian strife: Young refugees in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 366-376.
- Hoveym J. D., Kinj, C. A. (1996). Acculturative stress, depression and suicidal ideation among immigrant and second generation adolescents. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 35, 9, 1183-1192.
- Howard, M. R. & Hodes, M. (2000). Psychopathology, adversity and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 39, 7, 368-377.
- International Organization for Migration (IOM) Migration Research Series 19. Switzerland: IOM Geneva; 2005. *Internal Migration and Development: A Global Perspective*.
- Janssen, M. M., Verhulst, F. C., Bengi-Arslan, L., Erol, N., Salter, C. J., & Crijnen, A. A. (2004). Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in Turkish Immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 133-140.

- Joksimovic, C. M. & Shmitz, L. N. & Ehlert, A. U. (2004). An the association between coping strategies and mental health in war: A longitudinal investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 581-673.
- Kahn, R. S., Wise, P. H., Kennedy, B. P., Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross sectional national survey. *British Medical Journal*, 321, 1311-1315.
- Kelineberg, O., Hull, W.F. (1979). *At a foreign university: an international study of adaptation and coping*. New York: Praeger.
- Kelley, M. L., Hock, E., Bonney, J. F., Jarvis, M.S., Smith, K. M., Gaffney, M. A. (2000). Navy mothers experiencing and not experiencing deployment: Reasons for staying in or leaving the military. *Military Psychology*, 13, 55-71.
- Khavarpoor, F., Rissel, C. (1997). Mental health statues of Iranian migrants in Sydney. *Australlian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 31, 828-834.
- Kia-Keating, M. (2006). *Refugee youth in resettlement: Exposure to war and protective factors*. PhD thesis, Boston University.
- Kinzie, J. D., Sack, W. H. Angell, R. H., et al (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian Children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatric*, 25, 370-376.
- Kleber, R. J. & Knipscheer, J.W. (2000). Ghanaian migrants in the Netherlands: General health, acculturative stress and vitalization of mental health care. *Journal of Community Psychology*, 2, 4, 59-78.
- Koch, M. W. & et al. (2003). Acculturation and mental health-empirical verification of J.W Berry's model of acculturation stress. *Circumpolar Health Denmark*, 14, 371-376.
- Kosic, A. (2004). Acculturation strategies, coping process and acculturation stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 269-278.
- Lee, J. S., Chen, L. & Lee, B. K. (2004). Social support buffering of acculturation stress: A study of mental health symptoms among Korean international students. *International of Intercultural Relations*, 28, 3399-3414.
- Lee, M. S., & Crittenden, K. S. (1996). Social support and depression among olderly Korean immigrants in the United States. *International Aging Human Development*, 42, 4, 313-327.
- Li, Q., Mao, X., Zhang, T. (2008). Migrant worker's remittances: Quantity and usage. *China Rural Observer*, 3, 2-12.
- Lin, N. (1974). *Foundation of social research*, New York: MC Graw. Hill.
- Lin, Y. & Yi, L. (1997). Emotional Well Bing of Taiwan Students, *Journal of Intercultural Relations*, 15, 33, 345-336.
- Liubomirovic N. *Therapeutic group work with adolescent refugees in the context of war and its stresses*. Psychiatry online 1999 at: <http://www.priory.com/psych/refugee.htm>, access date: 8/29/2005).
- Locke, B., Kramer, M., Pasamanick, B. (1960). Immigration and insanity. *Public Health Rep*. 75, 301-306.

- Lopes Cardozo, B., Talley, L., Burton, A., et al. (2004). Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. *Soc Sci Med*, 58, 2637-2644.
- Lu, Y. (2010). Rural-urban migration and health: Evidence from longitudinal data in Indonesia. *Social Science and Medicine*, 70, 412-419.
- Lu, Y., Hu, P., & Treiman, D. J. (2012). Migration and depressive symptoms in migrant-sending areas: Findings from the survey of internal migration and health in China. *International journal of public health*, 57, 4, 691-698.
- Makowska, Z., Merez, D., Moscicka, A., Kolasa, W. (2002). The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *Int J Occup Med Environ Health*, 15, 353-62.
- Mangalam, J. J. (1968). Some theoretical guidelines toward a sociology of migration, Working Paper, USA, Virginia University of West Virginia.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., et al. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*, 294, 5, 571-579.
- Marta, Y. Y. (2001). Moderators of stress in Salvadoran refugees: The role of social and personal resources. *International Migration Review*, 35, 3, 840- 869.
- Maslow, A. (1954). Resistance to acculturation. *Journal of Social Issues*, 4, 2629.
- Mckelvey, R. S., Webb, J. A. (1997). Comparative levels of psychological distress in a pre-migratory refugee population: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 4, 593-598.
- Miller, G. (2006). Mental health in developing countries: The unseen: mental illness's global toll. *Science*, 311, 458-461.
- Miller, K. (1999). Rethinking a familiar model: psychotherapy and the mental health of refugees. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29, 283-306.
- Miyasaka, L. S., Canasiro, s., Abe, Y., Otsuka, K., Tsuji, K., Hayashi, T, at al (2007). Migration and mental health: Japanese Brazilians in Japan and in Brazil. *J. bras Psiquiatr*, 56, 1 48-52.
- Moghaddas, A. A & Amiri, A. M. (2006). The process of adjustment/acclturation of first and second generation of migrants: The case of nomad Qashghae Turks migrants in Shiraz, Iran, European population conference Liverpool, UK, 21ST-24TH.
- Mohammadi, R., Taylor, E., & Fombonne, E. (2006). Prevalence of psychological problems among Iranian immigrant children and adolescents in UK. *Iranian Journal of Psychiatry*, 1, 12-18.
- Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., et al (1997). Effects of war trauma on Comorbidian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 36, 4, 1098-1106.
- Mollica, R. F., Sarajlic, N., Chemoff, M., Lavell, J., et al. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 5, 546-554.

- Mousavi, A. S. (1998). A study of family functioning, mental health and acculturation among immigrants in Britain. PH.D Dissertation. Univ. of London, Institute of Psychiatry, Dept of Psychology, U.K, 436.
- Muller, T. (1993). *Immigrants and the American City*. New York, NY: New York University.
- Multicultural Mental Health Australia (MMHA). (2011). www.mmha.org.au
- Murphy, H. B. (1997). Migration, culture and mental health. *Psycho Med*, 4, 7, 677-684.
- Murphy, R. (2002). *How migrant labor is changing rural China*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Murray, K. E., Davidson, G. R., Schweitzer, R. D. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations. *Am J Orthopsychiatry*, 80, 4, 576–585.
- Naeem, F., Mufti, K.A., Ayub, M, et al (2005). Psychiatric morbidity among Afghan refugees in Peshawar, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 17, 2, 23-25.
- National Bureau of Statistics (China) Demographic statistics from the 2010 census. (2011).
- National Bureau of Statistics (China) Statistical Yearbook. National Bureau of Statistics (2008).
- O'Shea, B., Hodes, M., Down, G., et al (2000). A school based mental health service for refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 189-201.
- Odegaard, O. (1932). Emigration and insanity: A study of mental disease among the Norwegian-Born population of Minnesota. *Acta Psychiatr Scand*, 4, (suppl): 1-206.
- Oishi, N. (2002). Gender and migration: A integration approach center of comparative immigration studies, University of California, San Diego, Working Paper. 49.
- Ommeren, M. V. (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *Br J Psychiatry*, 182, 376-378.
- Otmane, A. O. & Van D Vijver, F. R. (2005). The role of demography variable and acculturation attitudes in predicting sociocultural and psychological adaptation in Moroccans in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 251-272.
- Padilla, M. A. & Perez, W. (2003). Acculturation, Social identity and Social Cognition: A New Perspective. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25, 1, 35-55.
- Patel, S. P., Gaw, A. C. (1996). Suicide among immigrants from the Indian Subcontinent. *A Review of Psychiatry Service*, 42, 5, 517-521.
- Pernice, R., Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health: association of demographic and post-immigration factors. *Journal of Social Psychology*, 136, 4, 511-519.
- Pinter, E. (1990). Immigrants status and psychic disturbances. *Schweizer Archive Fur Neurochirurgie and Psychiatrie*, 122, 75-82.

- Richards, M., Hardy, R., Wadsworth, M. (1997). The effects of divorce and separation on mental health in a national UK birth cohort. *Psychological Medicine*, 27, 1121-1128.
- Ristner, M., Ponizky, A., Chemelevsky, M., Zetser, D., Urst, R., Ginath, Y. (1996). Effects of immigration on the mentally ill does it produce psychological distress? *Comprehensive Psychiatry*, 1, 17-22.
- Roberts, K. D. (1997). China's tidal wave of migrant labor: what can we learn from Mexican undocumented migration to the United States? *International Migration Review*, 31, 249-293.
- Rogler, I. H. (1994). International migration: A framework for directing research. *American Psychology*, 49, 700-708.
- Rousseau, C. (1995). The mental health of refugee children, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 299-331.
- Rumbaut, R. G. (1991). The agony of exile: A study of the migration and adaptation of Indo Chinese refugee adults and children. In *refugee children: Theory, research, and services* (eds F. L. Ahearn & J. L. Athey). 59-91. Maryland, MD: John Hopkins University Press.
- Sabin, M., Lopes Cardozo, B., et al. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*, 290, 635-642.
- Sack, W. (1998). Multiple forms of stress in refugee and immigrant children. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North American*, 7, 153-167.
- Sack, W., Him, C. & Dickason, D. (1999). Twelve-year follow up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 38, 6, 1173-1179.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schmidley, A. D., Gibson, C. (1999). Profile of the foreign-born population in the United States. Washington, DC: US Government Printing Office; US Census Bureau Current Population Reports, Series 23-195.
- Schmitz, P. (1992). Immigrant physical and mental health. *Psychology and Developing Societies*, 4, 117-131.
- Searle, W. & Ward, C. (1991). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*. 14, 449-469.
- Serran-Schripber, D. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and major depressive disorder in Tibdtan refugee children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 37, 8, 874-879.
- Silvera, E. & Allebech, P. (2001). Migration, aging and mental health: An ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London. *International Journal of Social Welfare*, 10, 306- 320.

- Stark, O., Bloom, D. (1985). The new economics of labor migration. *American Economic Review*, 75, 173-178.
- Stephen, F. C. (2004). An intercultural interaction model: Acculturation attitudes in second language acquisition. *Journal of Foreign Language Teaching*, Kagoshima University, Japan, 1, 1, 50-61.
- 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., Minad, L. H. (1998). The treated prevalence of mental disorder among immigrants and the Australian born: Community and primary care rates. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 1, 22-34.
- Sutter, J., Scotto, J. C. (1984). Psychopathological problems posed by migrants population in large Urban centers. *Annals Medico-Psychologiques*, 142, 522-527.
- Takeuchi, D. T., Alegria, M., Jackson, J. S., Williams, D. R. (2007). Immigration and Mental Health: Diverse Findings in Asian, Black, and Latino Populations. *Am J Public Health*, 97, 1, 11-12.
- Takeuchi, D., Chung, R., Lin, K., et al. (1998). Lifetime and twelve-month prevalence rates of major depressive episodes and dysthymia among Chinese Americans in Los Angeles. *Am J Psychiatry*, 115, 1407-1414.
- Taylor, J. E., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Massey, D. S., Pellegrino, A. (1996). International migration and community development. *Population Index*, 62, 397-418.
- Thompson, S. & et al. (2002). The social and cultural context of the mental health of Filipinas in Queensland. *Australian and New Zealand Journal of Psychology*, 36, 681-687.
- Toole, M. J., Waldman, R. J. (1993). Refugees and displaced persons. War, hunger, and public health. *JAMA*, 270, 600-605.
- Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., et al (1999). The Quebec adolescent refugee project: Psychopathology and family variable in a sample from 35 nations. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 38, 6, 1426-1432.
- 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 refugee and asylum-seekers. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 240-248.
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican-Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*. 55, 771-778.

- WHO. (2004). Promoting Mental Health: A report of the world health organization. Department of Mental Health, University of Melbourne.
- Willmott, S. A., Boardman, J. A., Henshaw, C. A., et al. (2004). Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 613-617.
- World Bank. (2003). Washington, D.C.: World Bank; Workers remittances: an important and stable source of external development finance.
- World Health Organization. (1992). Refugee Mental Health. WHO, Geneva. www.apa.org/topics/immigration.
- Zhang, K. H., Song, S. F. (2003). Rural-urban migration and urbanization in China: evidence from time-series and cross-section analysis. *China Economic Review*, 14, 386-400.
- Zulmiro, A. (1975). Mental disturbance in immigrants. *Information Psychiatry*, 51, 249-281.

Mental health of immigrants & refugees



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Pir Hossein Kolivand

Director of Crescent & Rescue Organization and
Assistant of Shafa Neuroscience Research Center

Dr. Ali Asghar Asgharnejad Farid

Psychologist
Faculty member of Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences