دوفصلنامه طبّ جنوب
مرکز پژوهش‌های سلامت خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال نهم، شماره ۱، صفحه ۹۲ - ۸۵ (شهریور ۱۳۸۵)

شیوع اختلالات روانی و عوامل دموگرافیک مؤثر بر آن در افاغنه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر؛ ۱۳۸۴

دکتر فاطمه عزیزی[*1]، دکتر کوروش هلاکویی نائینی[2]، دکتر عباس رحیمی[3]، دکتر محمد امیری[4]، دکتر فاطمه خسروی زادگان[5]

[1] پزشک عمومی، ام پی اچ، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[2] استاد اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
[3] استادیار اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
[4] استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[5] استادیار اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

زمینه: کشور ایران برای سالیان طولانی پذیرای آوارگان افغانی بوده است. مطالعات کمی در ارتباط با اختلالات روانی در بین افاغنه ساکن در ایران، به خصوص آنهایی که در اردوگاه‌ها زندگی می‌کنند، صورت گرفته است. هدف این مطالعه تعیین شیوع مشکلات بهداشت روان و عوامل دموگرافیک مؤثر بر آن در افاغنه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر در سال ۱۳۸۴ بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی، ۳۲۱ نفر از بین ۲۲۰۰ نفر از ساکنین این اردوگاه که حداقل ۱۵ سال سن داشتند بصورت تصادفی انتخاب شدند و از ویرایش فارسی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ۲۸) استفاده گردید.

یافته‌ها: شیوع اختلال عملکرد اجتماعی (۸۰/۱ درصد)، اختلال روان تنی (۴۸/۹ درصد)، اضطراب (۳۹/۳ درصد) و افسردگی (۲۲/۱ درصد) در این جمعیت بدست آمد. شیوع کلی بیماری‌های روانی در این اردوگاه ۸۸/۵ درصد بود. جنس مرد، بعد خانوار بیش از ۸ نفر و سن مهاجرت کمتر یا مساوی ده سال با سطوح بالاتری از اختلال عملکرد اجتماعی همراه بودند. سطوح بالاتر اختلال روان تنی با بیکاری، سن مهاجرت کمتر یا مساوی ده سال، تولد در ایران و نداشتن برنامه‌های تفریحی سرگرم کننده مرتبط بود. داشتن یک تا سه فرزند، بعد خانوار بیش از ۸ نفر و داشتن بیماری مزمن با سطوح بالاتری از اضطراب همبستگی داشتند. نداشتن برنامه‌های تفریحی سرگرم کننده و مرگ اعضاء خانواده در حین مهاجرت با سطوح بالاتری از افسردگی همراه بودند.

نتیجه‌گیری: اختلالات بهداشت روان ناشی از مهاجرت و زندگی در اردوگاه در بین افاغنه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر شایع می‌باشد.

واژگان کلیدی: بهداشت روان، پناهندگان، GHQ۲۸، اختلال روانی

دریافت مقاله: ۸۴/۱۱/۲ - پذیرش مقاله: ۸۵/۶/۶

* بوشهر، خیابان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، معاونت بهداشتی، تلفن: ۰۷۷۱-۲۵۳۰۷۴۱

Email: faazizi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

بررسی متون نشان دهنده سطح بالای فشارهای روانی در بین آوارگان، همراه با سطوح بالایی از اختلالات جسمی و روانی می‌باشد. آوارگان، جمعیت آسیب پذیری هستند که به علل مختلف از جمله تجارب آسیب در کشور خودشان و در حین فرار، شرایط نامساعد اردوگاه، تعارض فرهنگی و مشکلات انطباقی در کشوری که پناهنده شده‌اند و از دست دادن‌های مکرر اعضای خانواده، کشور و روش زندگی، در معرض خطر اختلالات روانی می‌باشند (۱ و ۲).

بیش از دو دهه جنگ و تعارض در افغانستان، منجر به مشکلات گسترده انسانی و جابجایی جمعیت به میزان زیاد در این کشور شده است (۳). جنگ ۶ تا ۷ میلیون نفر از این جمعیت را وادار به مهاجرت به کشورهای همسایه نموده است. مطالعه مقطعی انجام شده توسط گرنات نشان دهنده شیوع اختلالات روانی به میزان ۶۷ درصد در افاغنه ساکن استان درنت (Drenthe) در هلند بود. شیوع اختلال افسردگی ۵۷ درصد و اختلال اضطراب پس از حادثه ۳۵ درصد بود و این اختلالات با مهارت‌های ضعیف زبانی، سطح پایین‌تر تحصیلات و بیکاری مرتبط بود (۴).

آوارگان افغانی سالیان بسیاری است که به ایران پناهنده شده‌اند. مطالعه دکتر کلافی و همکاران نشان دهنده شیوع اختلالات روانی در افاغنه ساکن شیراز به میزان ۳۴/۶ درصد می‌باشد که در حدود ۲ برابر بیش از جمعیت ایرانی بوده است (۵) .

مطالعات کمی در خصوص اختلالات روانی در افاغنه ساکن ایران، به خصوص آنهایی که در اردوگاه زندگی می‌کنند صورت گرفته است. هدف اصلی این مطالعه تعیین شیوع اختلالات روانی و عوامل دموگرافیک مؤثر بر آن در افاغنه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر در سال ۱۳۸۴ بود.

مواد و روش‌کار

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۲۱ نفر از افاغنه ساکن اردوگاه دالکی استان بوشهر که حداقل ۱۵ سال سن داشتند انجام شد. این آورگان از حدود سیزده سال قبل در اردوگاه افاغنه دالکی واقع در شهرستان دشتستان استان بوشهر ساکن شده‌اند. مساحت اردوگاه در حدود ۲۵ هکتار است و ۲۲۰۰ نفر به صورت در ۳۹۳ خانوار در آن زندگی می‌کنند و اکثر آنان پشتو هستند. شغل مردان عمدتاً کارگری است و مشاغل سخت را انجام می‌دهند. با در نظر گرفتن بعد خانوار پنج نفر به صورت میانگین و دو فرد بالای ۱۵ سال در هر خانواده، برای تمام افراد بالای ۱۵ سال در خانواده‌های انتخاب شده پرسشنامه پر گردید. انتخاب خانواده‌ها به صورت منظم از روی دفاتر سرشماری موجود در بهداشت سرای اردوگاه انجام و جمع‌آوری داده‌ها توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده صورت گرفت. به علت سطح بالای بی‌سوادی، پرسشنامه‌ها برای این افراد قرائت گردید. با توجه به مدت زیاد سکونت در ایران، اکثر افراد قادر به درک و تکلم به زبان فارسی بودند و تنها در موارد معدودی از زنان مسن که قادر به گویش به زبان فارسی نبودند ایجاد ارتباط از طریق سایر افراد انجام پذیرفت.

از ویرایش فارسی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی GHQ۲۸ (General Health Questionnaire) بدین منظور استفاده گردید. ترجمه فارسی پرسشنامه ۲۸

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

سؤالی سلامت عمومی توسط موسوی در لندن برای جمعیت‌های ایرانی و افغانی تهیه گردید (۶).

این پرسشنامه سلامت روانی را در ابعاد روان تنی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی در طی یک ماه گذشته اندازه‌گیری می‌نماید. در پرسشنامه GHQ هر یک از انواع اختلالات روانی توسط ۷ سؤال ارزیابی می‌گردد. متاآنالیز مطالعات مختلف نشان دهنده پایایی و روایی این پرسشنامه می‌باشد. حساسیت میانگین پرسشنامه ۸۴ درصد (۷۷ تا ۸۹ درصد) و میانگین ویژگی آن ۸۲ درصد (۷۵ تا ۸۵ درصد) بوده است. همچنین مطالعات مختلف پایایی پرسشنامه را تأیید نموده است (۹-۷).

در این مطالعه از روش نمره‌گذاری لیکرت به منظور تعیین نمره هر سؤال استفاده شد و نقطه برش ۵/۶ جهت شناسایی افرادی که اختلال روانی داشتند انتخاب گردید. در سایر مطالعات نیز اکثراً از این نقطه برش استفاده شده است (۵، ۱۰ و ۱۱).

داده‌ها با استفاده از SPSS ویرایش ۱۱/۵ تجزیه شدند (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). ارتباط بین متغیرهای مطالعه و اختلالات روانی در ابتدا با استفاده از آنالیز یک طرفه و در نظر گرفتن مقدار P دو طرفه کمتر از ۰/۰۵ به عنوان معنی‌دار، تعیین شد. متغیرهای شناسایی شده معنی‌دار در آنالیز یک طرفه مجدداً با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک بررسی گردید.

یافته‌ها

مهمترین مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده‌اند.

در بین اختلالات روانی، اختلال عملکرد اجتماعی با شیوع ۸۰/۱ درصد بالاترین شیوع را داشته است. شیوع افسردگی ۲۲/۱ درصد، اختلال روان تنی ۴۸/۹ درصد و اضطراب ۳۹/۳ درصد بوده است. شیوع کلی اختلالات روانی در این جمعیت ۸۸/۵ درصد می‌باشد.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک جمعیت افاغنه مورد مطالعه در اردوگاه دالکی در سال ۱۳۸۴

	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۱۶۱	۵۰/۲
زن	۱۶۰	۴۹/۸
سن		
۱۵-۲۴	۱۰۱	۳۱/۵
۲۵-۳۹	۱۳۶	۴۲/۴
≥ ۴۰	۸۴	۲۶/۲
تحصیلات		
باسواد	۱۰۰	۳۱/۲
بی سواد	۲۲۱	۶۸/۸
اشتغال		
دارای شغل	۱۱۲	۳۴/۹
بیکار	۲۰۹	۶۵/۱
تأهل		
متأهل	۳۰۵	۹۵
مجرد	۱۶	۵
سن مهاجرت		
متولد ایران	۵۰	۶/۱۵
≤۵	۱۶۱	۵۰/۲
>۱۰	۱۱۰	۳۴/۳

در این مطالعه اختلال عملکرد اجتماعی در مردان بالاتر از زنان بود (p<۰/۰۰۱). اشتغال با اختلالات روان تنی، عملکرد اجتماعی (p<۰/۰۰۱) و افسردگی (p<۰/۰۰۶) رابطه معنی‌دار داشت. در مطالعه ما سواد رابطه معنی‌داری با افسردگی داشت، بدین معنا که افسردگی در افراد باسواد بالاتر بود (p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

ارتباط بین سن و اختلال عملکرد اجتماعی در این مطالعه معنی‌دار بوده و با افزایش سن جمعیت مورد مطالعه، اختلال عملکرد اجتماعی در آنها افزایش می‌یافت (p<۰/۰۰۱). عامل مهم دیگر تعداد فرزندان بود که ارتباط معنی‌داری با اضطراب داشت (p<۰/۰۰۱). تعداد افرادی که در یک خانوده زندگی می‌کردند نیز ارتباط معنی‌داری با اضطراب (p<۰/۰۰۱) و اختلال عملکرد اجتماعی داشت (p<۰/۰۰۱). از دیگر متغیرهای بررسی شده دانستن زبان فارسی بود که ارتباط معنی‌داری با اختلال روان تنی داشت (p<۰/۰۱).

افرادی که سابقه بیماری مزمن داشتند به میزان بیشتری به اضطراب (p<۰/۰۰۱) و اختلال عملکرد اجتماعی (p<۰/۰۱) مبتلا بودند. عامل مهم دیگر سن فرد در حین مهاجرت بوده که ارتباط معنی‌داری با اختلالات روان تنی و عملکرد اجتماعی داشت (p<۰/۰۰۱). افسردگی در افرادی که سابقه از دست دادن اعضاء خانواده در حین مهاجرت را داشتند بالاتر بود (p<۰/۰۰۱).

برنامه‌های تفریحی و سرگرم کننده در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با اختلالات روان تنی (p=۰/۰۰۸)، اضطراب (p=۰/۰۰۳)، عملکرد اجتماعی (p<۰/۰۰۱) و افسردگی (p=۰/۰۰۶) داشت. افسردگی در افرادی که از برگشتن به افغانستان ناراحت بودند بالاتر بود (p=۰/۰۰۱) افرادی که از تسهیلات زندگی برخوردار نبودند به میزان بیشتری به اختلالات روان تنی (p=۰/۰۰۷) و اضطراب (p=۰/۰۰۲) مبتلا بودند.

فاکتورهای معنی‌دار بدست آمده با استفاده از آنالیز یک طرفه مجدداً با استفاده از رگرسیون لجستیک مورد ارزیابی قرار گرفتند. فاکتورهای جنس، اشتغال، تعداد فرزندان، بعد خانوار، سن، برنامه‌های سرگرم کننده، بیماری مزمن و مرگ اعضاء خانواده در حین مهاجرت پس از انطباق جهت سایر فاکتورها در مدل، ارتباط معنی‌داری با وضعیت روانی جمعیت مورد مطالعه داشتند.

اختلال عملکرد اجتماعی: مردان ۱/۷ برابر زنان (AOR=۱/۷ ؛۹۵٪ CI=۱/۰۶-۲۰)، گروهی که بعد خانوار بیش از ۸ نفر داشتند ۲/۲ برابر افرادی که با ۸ نفر یا کمتر از ۸ نفر در یک خانواده زندگی می‌کردند (AOR=۲/۲ ؛۹۵٪ CI=۱/۰۳-۴/۷۶) و افراد با سن مهاجرت کمتر یا مساوی ده سال ۱/۹۹ برابر گروهی که در هنگام مهاجرت بالای ۱۰ سال داشتند (AOR=۲ ؛۹۵٪ CI=۱-۵/۷۵) احتمال ابتلا به اختلال عملکرد اجتماعی داشتند (جدول ۲).

اختلال روان تنی: افراد بیکار ۶/۴ برابر افراد شاغل (AOR=۶/۴ ؛۹۵٪ CI=۳/۴۱-۱۲/۰۵)، گروه متولد شده در ایران ۲/۵ برابر گروهی که در هنگام مهاجرت بالای ۱۰ سال داشتند (۹۵٪ CI=۱/۲۰-۵/۱۷؛ AOR=۲/۵)، گروهی که در هنگام مهاجرت سن کمتر یا مساوی ۱۰ سال داشتند ۲/۴۷ برابر افرادی که بالای ۱۰ سال بودند (AOR=۲/۴۷ ؛۹۵٪ CI=۱/۳۹-۴/۳۸)، و افرادی که برنامه‌های سرگرم کننده نداشتند ۳/۷۱ برابر افرادی که از این برنامه‌ها برخوردار بودند (۷/۴۶-AOR=۳/۷۳ ؛۹۵٪ CI=۱/۸۶) به اختلال روان تنی مبتلا بودند (جدول ۲).

اضطراب: افرادی که ۳-۱ فرزند داشتند ۲ برابر افراد با بیش از ۳ فرزند (AOR=۲ ؛۹۵٪ CI=۱/۰۶-۳/۷۷)، افراد با بعد خانوار بیش از ۸ نفر ۲/۵۶ برابر افراد با بعد خانوار کمتر یا مساوی ۸ نفر (AOR=۲/۵۶ ؛۹۵٪ CI=۱/۳-۵) و افرادی که بیماری مزمن داشتند ۳/۷ برابر افرادی که بیماری مزمن نداشتند

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

(AOR=۳/۷ ؛۹۵٪ CI=۰/۱۳-۰/۵۷) به اضطراب مبتلا بودند (جدول ۲).

افسردگی: افـرادی که برنامـه‌های سرگـرم کننده نداشتند ۳ برابر افرادی که این برنامه‌ها را داشتند (AOR=۳ ؛۹۵٪ CI=۱/۶-۵/۵) و افراد با سابقه مرگ اعضای خانواده در حین مهاجرت ۱/۵ برابر افراد بدون این سابقه (AOR=۱/۵ ؛۹۵٪ CI=۱/۲-۳/۶) افسردگی داشتند (جدول ۲).

جدول ۲: شانس نسبی (Odds ratio) و محدوده ۹۵٪ اطمینان برای متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی در افاغنه اردوگاه دالکی بوشهر بر اساس آنالیز رگرسیون لجستیک

	شانس نسبی	۹۵٪ محدوده اطمینان شانس نسبی
اختلال عملکرد اجتماعی		
بعد خانوار بالای ۸ نفر	۲/۲۰	۱/۰۴-۴/۷۶
سن مهاجرت ≥ ۱۰سال	۱/۹۹	۱-۵/۷۵
جنس (مرد)	۱/۶۷	۱/۰۶-۲۰
اختلال روان تـنی		
برنامه‌های تفریحی	۳/۷۳	۱/۸۶-۷/۴۶
سن مهاجرت: متولد ایران	۲/۵۰	۱/۲۰-۵/۱۷
سن مهاجرت ≥ ۱۰ سال	۲/۴۷	۱/۳۹-۴/۳۸
اشتغال	۶/۴۱	۳/۴۱-۱۲/۰۴
اضطراب		
بعد خانوار بالای ۸ نفر	۲/۵۶	۱/۲-۵/۰
تعداد فرزند۳-۱ نفر	۲/۰	۱/۰۶-۳/۷۷
بیماری مزمن	۳/۵۹	۱/۷۵-۷/۳۵
افسردگی		
برنامه‌های تفریحی	۳/۰	۱/۶۳-۵/۵۲
مرگ نزدیکان در حین مهاجرت	۱/۱۵	۱/۱۹-۳/۴۷

بحث

نتایج این بررسی نشانگر شیوع بالای مشکلات بهداشت روان (۸۸/۵ درصد) در جمعیت مورد مطالعه می‌باشد. مطالعه مقطعی انجام شده توسط گرنات نیز نشانگر شیوع اختلالات روانی به میزان ۶۵ درصد در افاغنه ساکن استان درنت (Drenthe) در هلند می‌باشد (۴). در اردوگاه‌های آوارگان رواندایی از پرسشنامه GHQ۲۸ به منظور شناسایی اختلالات شدید روانی (با نقطه برش ۱۴) استفاده گردید و شیوع اختلالات روانی شدید در این اردوگاه ۵۰ درصد محاسبه شد (۱۱). شیوع بالای اختلالات روانی در اردوگاه دالکی می‌تواند ناشی از شرایط اردوگاه و جدا بودن از جامعه محلی باشد. همچنین مطالعه فرادی‌نولی (Ferradi-Noli) نشان داد که وضعیت پائین اجتماعی اقتصادی در مقایسه با افراد بومی، جداسازی اجتماعی وتفاوت‌های اجتماعی بر روی سلامت روان آوارگان تأثیر می‌گذارد (۱۲).

شیوع بالاتر اختلال عملکرد اجتماعی در بین مردان اردوگاه دالکی مشابه الگوی شیوع افسردگی در مهاجران اتیوپی در کشور کانادا می‌باشد (۱۳). به نظر می‌رسد آوارگان زن در مقایسه با مردان تمایل بیشتری برای قبول افت وضعیت عملکردی و اجتماعی و کنار گذاشتن اهداف تحصیلی دارند. از طرف دیگر مردان تمایل کمتری برای قبول تغییرات شغلی دارند. به عبارتی می‌توان گفت آوارگان مرد به احتمال بیشتری در معرض عواقب نامطلوب بهداشت روان ناشی از مهاجرت و فشارهای ناشی از ساکن شدن در کشور دیگر قرار می‌گیرند.

ارتباط اشتغال و اختلالات روان تنی و افسردگی در این مطالعه مشابه سایر مطالعات بوده که تأثیر بیکاری بر روی بهداشت روان را نشان داده‌اند (۴، ۱۳ و ۱۴). در مطالعه ما اختلال عملکرد اجتماعی رابطه معکوسی با اشتغال داشت به این معنا که اختلال عملکرد اجتماعی با اشتغال افزایش می‌یافت. آوارگانی که در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

اردوگاه دالکی زندگی می‌کنند عمدتاً در خارج از اردوگاه شغل‌های سخت دارند. احتمالاً تعاملات اجتماعی این آوارگان با جمعیت محلی بر روی عملکرد اجتماعی آنان مؤثر می‌باشد. براساس مطالعه فرادی‌نولی درگیری در مشاغل سخت و تنش زا، حمایت اجتماعی و امنیت ناکافی، تفاوت‌های اجتماعی و سطح پایین‌تر اجتماعی اقتصادی می‌تواند بر روی بهداشت روان آوارگان تأثیرگذار باشد (۱۲).

رابطه بین سواد و بهداشت روان مشابه مطالعه کلافی و همکاران بر روی افاغنه ساکن شیراز و مطالعه هرمانسون بر روی آوارگان در کشور سوئد بوده که ارتباط بین اختلالات روانی و سطوح بالاتر تحصیلی را نشان داده‌اند (۵ و ۱۴). به هر حال مطالعات انجام شده توسط گرنات بر روی افاغنه ساکن هلند، فتا بر روی مهاجران و پناهندگان اتیوپی در کانادا و دیونگ (de Jong) بر روی آوارگان رواندایی که در اردوگاه‌ها ساکن بودند، نشان دهنده ارتباط بین سطح پایین تحصیلات و اختلالات روانی می‌باشد (۴، ۱۱ و ۱۳).

ارتباط مثبت بین افزایش سن جمعیت مورد مطالعه و اختلال عملکرد اجتماعی مشابه مطالعه دیونگ و همکاران بوده که ارتباط بین نمرات بالاتر GHQ و سنین بالاتر را نشان داده‌اند (۱۱). همچنین مطالعه‌ای که در شیراز انجام شد نشانگر ارتباط مثبت افزایش سن و اختلالات روان تنی، عملکرد اجتماعی و نمرات کلی (GHQ) است (۵). این ارتباط می‌تواند ناشی از تطابق آوارگان با شرایط جدید باشد. به هر حال مطالعه دیگری که بر روی آوارگان و مهاجران اتیوپی در کانادا صورت گرفت نشان دهنده افزایش خطر افسردگی در سنین جوانتر بود (۱۳).

تأهل در مطالعه ما ارتباط معنی‌داری با اختلالات روانی نداشت. این امر می‌تواند ناشی از تأهل اکثر افراد در جمعیت مورد مطالعه، به خصوص زنان که در سنین پایین ازدواج کرده بودند، و تأثیر آن بر روی ارتباط بین تأهل و اختلالات روانی باشد. در مطالعه انجام شده توسط کلافی و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین تأهل و اختلالات روانی وجود نداشته است (۵). با این حال مطالعه سابین (Sabin) نشان دهنده ارتباط مثبت بین افسردگی و تأهل می‌باشد (۱۵). در افراد با یک تا سه فرزند بیشترین میزان اضطراب مشاهده گردید. به نظر می‌رسد بچه دار شدن تا حد سه فرزند بر روی اختلال روانی تأثیرگذار بوده و از ۳ فرزند به بعد این تأثیر ثابت مانده است.

بعد خانوار در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با اضطراب و اختلال عملکرد اجتماعی داشت. آتر (Ater) مطالعات بسیاری را ذکر نموده که نشاندهنده کاهش افسردگی و اضطراب آوارگان در صورت حفظ ارتباطات خانوادگی بودند (۱). مطالعه سابین در اردوگاه‌های مایان (Mayan) نشان داده است که زندگی با ۱۵-۹ نفر در یک خانه با افزایش علائم PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) همراه می‌باشد (۱۱). آتر نیز خاطر نشان ساخته است که اگر چه خانواده می‌تواند یک منبع مهم حمایت عاطفی باشد، نیازهای ناشی از مهاجرت می‌تواند باعث افزایش فشارهای روانی برای اعضاء خانواده گردد (۱).

دانستن زبان فارسی در جمعیت مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری با اختلال روان تنی داشت. یافته‌های این مطالعه مشابه سایر مطالعات بوده که ارتباط بین مهارت‌های ضعیف زبانی در کشور میزبان و اختلالات روانی را نشان داده‌اند (۱ و ۴).

یکی از متغیرهای مهم بررسی شده سابقه بیماری مزمن بود که ارتباط معنی‌داری با اضطراب و اختلال

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

عملکرد اجتماعی داشت. این یافته مشابه مطالعه هرمانسون و همکاران بوده که ارتباط بین سلامت بدنی نامناسب و سطح پایین‌تر بهداشت روانی را در آوارگان در کشور سوئد نشان داده‌اند (۱۴).

ارتباط معنادار سن مهاجرت با اختلالات روان تنی و عملکرد اجتماعی، مشابه مطالعه انجام شده توسط فازل (Fazel) و همچنین فنتا و همکاران بر روی آوارگان اتیوپی در کانادا بود که ارتباط بین سن پایین در هنگام مهاجرت و اختلالات روانی گزارش شده است (۱۳ و ۱۷).

از دست دادن اعضاء خانواده در حین مهاجرت با افسردگی ارتباط معنی‌داری داشت. سایر مطالعات نیز این ارتباط را خاطر نشان ساخته‌اند (۱، ۱۳ و ۱۵).

داشتن برنامه‌های تفریحی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با اختلالات روان تنی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی داشت. مطالعه انجام شده توسط آتر و همکاران نیز مشخص ساخت که درصد زیادی از مشکلات روانی آوارگان در صورتی که بتوانند با افراد دیگر از فرهنگ خود ارتباطات اجتماعی داشته باشند، کاهش پیدا می‌کند (۱).

ارتباط معنی‌دار بین ناراحتی در اثر برگشتن به افغانستان و افسردگی در این مطالعه می‌تواند ناشی از عدم اطمینان آوارگان در خصوص شرایط زندگی در افغانستان و احتمال ادامه جنگ و تعارضات داخلی در آنجا باشد.

تسهیلات زندگی در این مطالعه با اختلالات روان تنی و اضطراب ارتباط معنی‌داری داشت. مطالعه لوپز (Lopes) و همکاران نیز اثر تسهیلات زندگی بر روی بهداشت روان را نشان داده است (۱۶).

آوارگان افغانی ساکن در اردوگاه دالکی از اختلالات روانی ناشی از مهاجرت و زندگی در اردوگاه رنج می‌برند. هم اکنون برنامه مشخصی در خصوص بهداشت روان برای آوارگان افغانی که در ایران زندگی می‌کنند وجود ندارد. با مشخص نمودن نیازها و برآورده ساختن نیازهای بیولوژیک آوارگان و سپس نیازهای روحی آنان حمایت کنندگان در کشورهای میزبان می‌توانند به آوارگان کمک نمایند تا با محیط جدید تطابق یابند و نیز فشارهایی که به آنان وارد شده کاهش یابد. آموزش مسائل بهداشت روان به آوارگان افغانی به خصوص افرادی که در اردوگاه‌ها زندگی می‌کنند به علت آسیب پذیری بیشتر و همچنین در دسترس بودن آنان، باید مد نظر قرار بگیرد. اطلاع رسانی عمومی به جامعه در خصوص احترام به آوارگان و رفتار درست با آنان بایستی انجام گردد. اقدامات سیاسی برای برگرداندن آوارگان به افغانستان باید در شرایط مناسب صورت پذیرد. سازمان‌های بین‌المللی و غیر دولتی می‌توانند در کاهش فشارهای روانی آوارگان و در نتیجه بهبود وضعیت بهداشت روان آنان بسیار مؤثر باشند. با توجه به نوع مطالعه امکان دستیابی به عمق دیدگاه‌ها و باورهای آوارگان و انتظارات آنان میسر نگردید. انجام مطالعات کیفی می‌تواند در روشن ساختن دیدگاه‌ها و انتظارات آوارگان کمک کننده باشد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از آقای دکتر هومن بخشنده دستیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران، آقای مهندس عبدالله بحرالعلوم، آقای یدالله ابوالفتحی، سرکار خانم فیروزه بیات، آقای مهندس حسین دارابی، آقای فرامرز کشکولی، کارکنان بهداشتی اردوگاه افاغنه دالکی، و سایر افرادی که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

References:

1. Ater R, RN: Mental health issues of resettled refugees. EthnoMed. 1998, (at: http:// ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/mental_h ealth.html, 8/29/2005).
2. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons. War, hunger, and public health. JAMA 1993; 270:600-5.
3. 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).
4. Gernaat HB, Malwand AD, Laban CJ, et al. Many psychiatric disorders in Afghan refugees with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and post-traumatic stress disorder. Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146:1127-31.
5. Kalafi Y, Hagh-Shenas H, Ostovar A. Mental health among Afghan refugees settled in Shiraz, Iran. Psychol Rep 2002; 90:262-6.
6. Mousavi AS. 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, 1998: 436.
7. Makowska Z, Merecz D, Moscicka A, Kolasa W. The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. Int J Occup Med Environ Health 2002; 15:353-62.
8. Ommeren MV, Validity issues in trans-cultural epidemiology. Br J Psychiatry 2003, 182, 376-8.
9. Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, et al. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39:613-7.
10. Kaviani H, Moosavi AS, Mohit A. [Interview and mental health tests]. Tehran, Sana Publication 2002; 205 –10.
11. de Jong JP, Scholte WF, Koeter MW, et al. The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. Acta Psychiatr Scand 2000; 102:171-7.
12. Ferrada-Noli M. Health and socioeconomic indicators in psychiatric catchment areas with divergent suicide rates. Psychol Rep 1997; 81:611-9.
13. Fenta H, Hyman I, Noh S. Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. J Nerv Ment Dis 2004; 192:363-72.
14. Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. J Nerv Ment Dis 2002; 190:374-80.
15. Sabin M, Lopes Cardozo B, et al. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. JAMA 2003; 290:635-42.
16. Lopes Cardozo B, Talley L, Burton A, et al. Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. Soc Sci Med 2004; 58:2637-44.
17. Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. Arch Dis Child 2002; 87:366-70.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]