

# بررسی میزان شیوع افسردگی در پناهندگان افغانی مقیم اردوگاه بردسیر کرمان

نیاز به مهاجرت معمولاً تابع روابط پیچیده‌ی عوامل اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و سیاسی است. از مهم‌ترین عوامل مؤثر در مهاجرت را می‌توان عدم دستیابی به تحصیلات، کار، خدمات و احترام به حقوق اولیه‌ی انسانی نام برد. این تحقیق با توجه به تعداد بالای مهاجران افغانی در ایران و با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی در پناهندگان افغانی مقیم اردوگاه بردسیر کرمان صورت گرفته است. در این بررسی ۳۰۰ نفر (۱۶۲ زن و ۱۳۸ مرد) از افغانیان ساکن در این اردوگاه انتخاب و پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی افسردگی بک و پرسش‌نامه دموگرافیک در مورد آن‌ها پر شد. نحوه نمونه‌گیری به صورت (خوشه‌ای - خوشه‌ای) و مطالعه به صورت مقطعی انجام گرفت. در نتایج به دست آمده شیوع کلی افسردگی در این مهاجرین ۵۳٪ که بیش‌ترین شدت افسردگی در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بود (البته رابطه بین سن و افسردگی معنی‌دار نبود) در این مطالعه بین شیوع افسردگی و جنس رابطه معنی‌دار وجود داشت ۰۴٪  $P <$  یعنی شیوع افسردگی در زن‌ها ۵۷/۴٪، در مردان ۴۷/۸٪ بود. هرچند میزان افسردگی در افراد مجرد بیش‌تر از افراد متأهل بود اما این رابطه معنی‌دار نبود و بیش‌ترین شدت افسردگی در افرادی با طول پناهندگی (۱۴۱-۱۵۰) ماه دیده شد. به طور کلی شیوع افسردگی در پناهندگان به جز جنس، ارتباط چندانی با عوامل دموگرافیک نداشت و به طور عمده عواملی پس از مهاجرت بر شیوع افسردگی تأثیرگذار بودند.

دکتر سیدهادی معتمدی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم  
بهریستی و توان‌بخشی

مهندس یدالله نیکیان

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم  
پزشکی کرمان

دکتر سعیدالله رضازاده

واژگان کلیدی: مهاجران بالای ۱۵ سال افغانی / افسردگی / آزمون بک

## مقدمه

۱۵٪ است که در مورد زنان ممکن است به ۲۵٪ نیز برسد (۱۰). مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان دهنده این است که افسردگی از شیوع بالایی برخوردار است (۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۱۳). لذا با توجه به مسائل فوق بر آن شدیم تا با انجام این تحقیق و ارائه نتایج آن در راستای برنامه‌ریزی برای این افراد محروم کمکی کرده باشیم.

## مواد و روش تمقیق

جهت بررسی میزان شیوع افسردگی در مهاجران افغانی مقیم در اردوگاه شهرستان بردسیر و با توجه به شیوع افسردگی در طول عمر، ۲۵-۱۵٪ (۱۰ و ۱۲). حجم نمونه‌ای معادل ۳۰۰ نفر از افراد بالای ۱۵ سال محاسبه گردید که این نمونه‌ی ۳۰۰ نفری به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (خوشه‌ای - خوشه‌ای) انتخاب شدند. بدین صورت که از بین بلوک‌ها یا خوشه‌های کلی به طور تصادفی ۲۰ خوشه و از هر خوشه ۵ خانه و در هر خانه افراد بالای ۱۵ سال یعنی در مجموع ۳۰۰ نفر از مهاجران (۱۶۲ نفر زن و ۱۳۸ نفر مرد) انتخاب شدند سپس پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی بک برای آن‌ها با مصاحبه تکمیل گردید. پاسخ‌نامه شامل ۲ قسمت بود، قسمت نخست شامل سؤال‌های دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، طول مدت پناهندگی). و قسمت دوم پرسش‌نامه بک بود. پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی بک شامل ۲۱ گروه سؤالات ۴ جوابی که هر گروه بیان‌کننده‌ی حالتی در فرد می‌باشد. سؤالات از ۳-۰ نمره می‌گیرند که در این آزمون حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۶۳ می‌باشد. فردی که در این آزمون نمره ۶۳ را کسب کند افسردگی او براساس سنجش آزمون حدود ۱۰۰٪ است و اگر ۶۳ را به ۴ تقسیم کنیم کسی که نمره ۱۵ به دست می‌آورد ۲۵٪ و کسی که نمره ۳۱ را می‌گرفت ۵۰٪ و کسی که نمره ۴۷ را به دست می‌آورد ۷۵٪ افسرده می‌باشد.

مشاهدات بالینی به دنبال انجام این آزمون نشان داده است که افسردگی در حالات خفیف و گذرای آن را نمی‌توان به معنی بیماری در نظر گرفت و بسیاری از تغییرات فیزیولوژیک و ذهنی می‌تواند موجب پیدایش آن شود که با رفع علت برطرف می‌شود. بنابراین افراد با نمره ۱۵ و بیش‌تر را در این آزمون افسرده در نظر می‌گیرند (نمره ۹-۰ بدون افسردگی و ۱۵-۱۰ مرزی، ۲۰-۱۶ خفیف، ۳۰-۲۱ متوسط، ۴۰-۳۱ شدید، و ۴۰ به بالا خیلی شدید (۳). داده‌ها بعد از جمع‌آوری به وسیله کامپیوتر و با استفاده از نرم‌افزار EP16، روش‌های آماری و به دست آمدن میانگین درصد ضریب Ridit مورد استفاده قرار گرفت.

مهاجران خارجی بخشی از جمعیت هر کشوری را تشکیل می‌دهند و کشور جمهوری اسلامی ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. براساس سرشماری آبان ۱۳۷۵ افرادی که طی ده سال گذشته به ایران مهاجرت کرده‌اند، ۱۱۰۱۲۶۰ نفر بوده‌اند که از این تعداد ۸۰۴۴۰۴ نفر آن‌ها را مهاجران افغانی شامل ۴۶۲۱۷۲ نفر مرد و ۳۴۲۲۲۲ نفر زن تشکیل می‌دادند (۷). در استان کرمان به صورت تفکیک نشده جمعیت مهاجران خارجی طی ده سال گذشته ۹۲۸۹ نفر بوده است (۸). حضور این تعداد از مهاجران در جامعه‌ی ما موجب برخوردهای روزمره و اجتناب‌ناپذیر آن‌ها با مردم بومی می‌شود این برخوردها و مشکل انطباق فرهنگی و دوری از وطن در بسیاری موارد در مهاجران به صورت افسردگی، افکار خودکشی و غیره خود را نشان داده است (۱۷ و ۲۱ و ۲۵ و ۲۶).

در این میان مهاجران افغانی علاوه بر مسائل فوق در معرض استرس‌های دیگری از قبیل جنگ، فقر، مشکل اشتغال، بی‌کاری، بیماری‌ها و معلولیت‌های روحی و جسمی ناشی از آن نیز قرار داشته‌اند. این مسائل ما را بر آن داشت که در مورد مهاجران افغانی استان کرمان مطالعه‌ای را انجام دهیم. اختلال‌های خلقی به انواع اختلال‌های دوقطبی و اختلال‌های افسردگی تقسیم می‌شوند (۱۱). افسردگی جزء شایع‌ترین اختلال‌های روانی به حساب می‌آید (۹) و در افرادی که ارتباطات اجتماعی خوبی ندارند و طلاق گرفته، یا از همسرشان جدا شده‌اند و هم چنین در مناطق روستایی بیش‌تر از مناطق شهری دیده می‌شود (۱۰ و ۱۲ و ۲۲). این بیماری معمولاً با مجموعه‌ای از نشانه‌های زیست‌شناختی از جمله بروز تغییراتی روانی با کاهش فعالیت حرکتی روانی، کاهش علاقه و توجه به فعالیت‌های جنسی و خواب همراه است (۹). تقسیم‌بندی‌های متعددی مانند افسردگی نوردتیک و سایکوتیک و غیره در مورد این بیماری ذکر شده است (۱۹ و ۲۴). برخی از افسردگی‌ها به عنوان یک انحراف عاطفی مطرح است و آن را ناشی از اختلالات مغزی و سیستم عصبی نمی‌دانند (۱۴). در برخی فرهنگ‌ها افسردگی ممکن است به جای غمگینی و یا احساس گناه عمدتاً با جلوه‌های جسمانی ظاهر شود. شکایت‌های مربوط به اعصاب و سردردها (در فرهنگ لاتین و مدیترانه‌ای) شکایت از خستگی، ضعف، یا عدم تعادلی (در فرهنگ‌های چین و آسیایی) مشکلات مربوط به قلب (در فرهنگ‌های خاورمیانه‌ای) یا دل‌شکستگی (در میان سرخ‌پوستان آمریکایی شمالی) ممکن است نشان دهنده‌ی تجربه‌ی افسردگی باشد (۱). میزان بروز و وقوع افسردگی اساسی در طول عمر حدود

## یافته‌ها

از ۳۰۰ نفر مهاجر انتخابی بالای ۱۵ سال اردوگاه بردسیر ۱۵۹ نفر (۵۳٪) به شدت‌های متفاوت افسرده بودند. میانگین نمرات افسردگی در کل مهاجران ۱۸/۲٪ می‌باشد (حداقل نمره صفر و حداکثر ۵۲ بود). شدت افسردگی نیز مورد بررسی قرار گرفت که در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی و درصد شدت افسردگی در ۳۰۰ نفر مهاجران افغانی مقیم اردوگاه بردسیر استان کرمان

درجه افسردگی	فراوانی	درصد
سالم	۹۰	۳۰
مرزی	۵۱	۱۷
خفیف	۴۷	۱۵/۷
متوسط	۵۶	۱۸/۷
شدید	۴۰	۱۳/۴
خیلی شدید	۱۶	۵/۲
جمع	۳۰۰	۱۰۰

حداقل سن مورد بررسی ۱۵ سال و حداکثر ۸۸ سال بود که بیش‌ترین میزان افسردگی مربوط به رده‌ی سنی ۲۹-۲۰ سال (۴۵/۳٪) و بعد دومین گروه رده‌ی سنی ۱۹-۱۵ سال (۳۰/۸٪) قرار داشت و کم‌ترین میزان مربوط به ۵۰ سال به بالا بود (۴/۴٪) و از نظر شدت نیز بالاترین میزان در رده سنی ۲۹-۲۰ سال دیده می‌شد (۵۶/۳٪ افسردگی خیلی شدید در این سن دیده می‌شود) در این مطالعه ۱۳۸ نفر (۴۶٪) مرد و ۱۶۲ نفر (۵۴٪) زن بودند که ۴۷/۸٪ از مردها و ۵۷/۴٪ از زن‌ها به درجاتی دچار افسردگی بودند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P < 0/04$ ). در افراد مورد مطالعه ۸۷ نفر (۲۹٪) مجرد و ۲۱۳ نفر (۷۱٪) متأهل بودند شیوع افسردگی در بین مجردها (۶۲٪) و در بین متأهلین (۴۹/۳٪) بود که از نظر آماری معنی‌دار نیست ( $P = 0/36$ ) از نظر شدت در افراد متأهل افسردگی خفیف و در افراد متأهل افسردگی متوسط، شدید و خیلی شدید دیده شد.

از نظر طول مدت پناهندگی این افراد به ۵ گروه تقسیم شدند حداقل مدت پناهندگی ۱۱ ماه و حداکثر آن ۱۶۸ ماه بود میانگین

طول مدت پناهندگی (۱۷/۶+۱۳۸/۶) ماه بود. ارتباط بین افسردگی با طول مدت پناهندگی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین شدت افسردگی و طول مدت پناهندگی وجود ندارد ( $P = 0/6$ )، از نظر شدت نیز بیش‌ترین شدت افسردگی در پناهندگان با (۱۵۰-۱۴۱) ماه پناهندگی دیده می‌شود. در واقع ۸۷/۵٪ موارد خیلی شدید در این گروه و ۱۲/۵٪ در گروه (۱۴۰-۱۳۱) ماه پناهندگی دیده می‌شود و در باقی گروه‌ها خیلی شدید وجود نداشت.

## بمط و نتیجه‌گیری

با مقایسه‌ی نتایج این تحقیق با آماری که در مورد افسردگی در جوامع مختلف وجود دارد مشخص می‌شود که شیوع افسردگی در بین مهاجران بیش‌تر از جمعیت بومی هر کشور می‌باشد. در آمار مختلف شیوع تمام مدت زندگی، افسردگی در جمعیت بومی برای مردها حدود ۱۵٪ و برای زن‌ها حدود ۲۵٪ گزارش شده است (۵ و ۱۳)، که در مقایسه با مطالعه ما این میزان ۵۳٪ می‌باشد. در مطالعات مشابهی که در زلاندنو انجام شده، نیز میزان اضطراب و افسردگی در مهاجران و پناهندگان بیش از جمعیت بومی عنوان شده است و عوامل پس از مهاجرت مثل تبعیض با بومیان، نداشتن دوستان نزدیک و شغل و گذراندن بیش‌تر وقت خود با افراد هم‌نژاد را در آن مؤثر دانسته‌اند. در این مطالعه بیش‌ترین میزان افسردگی ۴۵/۳٪ در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال به دست آمد. هر چند که در متون کلاسیک و برخی متون دیگر (۱۰ و ۱۲) دامنه‌ی سنی افسردگی ۲۵-۲۰ سالگی و به طور متوسط ۴۰ سالگی ذکر شده است ولی در همان متون مطرح می‌شود که افسردگی در افراد زیر ۲۰ سال در حال افزایش است که علت آن را عمدتاً مصرف الکل در این دوران می‌دانند که در مورد بیماران ما صادق نیست (۱۷). نکته‌ی حائز اهمیت در این جا آن است که استرس، افسردگی و افکار خودکشی می‌تواند ناشی از مشکلات تطابق فرهنگی باشد که در مطالعه‌ای که بین مهاجران و نوجوانان نسل دوم آمریکای لاتین انجام شده ۲۵٪ نوجوانان سطح بحرانی افسردگی و افکار خودکشی را گزارش نموده‌اند (۲۱)، که این نکته نشان می‌دهد که عدم تطابق فرهنگی می‌تواند درجات بالایی از استرس را ایجاد نماید. البته در مورد سایر بیماری‌های روانی مانند بروز اسکیزوفرنی در مهاجران باید با احتیاط بیش‌تری اظهار نظر کرد (۲۰). از نظر جنسیت در رابطه با افسردگی و مهاجرت، در این مطالعه میزان آن در زنان ۵۷/۴٪ و در مردان ۴۷/۸٪ بود که با سایر مطالعات

مطالعه‌ای که بین پزشکان مهاجر روسی انجام شده است، زنان از نظر افسردگی امتیاز بیش‌تری نسبت به مردان کسب می‌کنند (۱۸).

هم‌خوانی دارد (۱۰ و ۲۲). در برخی مطالعات میزان آن را در زنان ۲ بار بیش‌تر می‌دانند (۱۷). از نظر جنسیت و مهاجرت در

جدول شماره ۲ - ارتباط بین افسردگی با طول مدت پناهندگی در ۳۰۰ نفر از مهاجران افغانی مقیم اردوگاه بردسیر استان کرمان

جمع		افسرده		مرزی		سالم		شدت افسردگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	طول مدت پناهندگی
۱/۷	۵	۱/۹	۳	۰	۰	۲/۲	۲	۱۱-۳۰
۱/۷	۵	۱/۲	۲	۲	۱	۲/۲	۲	۳۱-۱۳۰
۱۹/۶	۵۹	۲۱/۴	۳۴	۱۹/۶	۱۰	۱۶/۷	۱۵	۱۳۱-۱۴۰
۷۳	۲۱۹	۷۴/۸	۱۱۹	۷۰/۶	۳۶	۷۱	۶۴	۱۴۱-۱۵۰
۴	۱۲	۰/۷	۱	۷/۸	۴	۷/۹	۷	۱۵۱-۱۷۰
۱۰۰	۳۰۰	۵۳	۱۵۹	۱۷	۵۱	۳۰	۹۰	جمع

$$r = 0.2, \text{ confidence limit} = 0.13 < R < 0.9, P = 0.6$$

نوعی بومی به حساب می‌آیند. اما در مورد پایین‌تر از دامنه‌ی یاد شده باید به عدم تطابق و نداشتن دوستان صمیمی در بین افراد بومی جامعه اشاره کرد. به هر حال در این مورد نیاز به بررسی بیش‌تری می‌باشد و در برخی مطالعات دیده شده است کسانی که افراد صمیمی در اطراف خود دارند علائم افسردگی کم‌تری را نشان می‌دهند (۲۳) هم‌چنین باید در این جا بر نقش بیماری روانی زمینه در این افراد اشاره کرد که مهاجران با بیماری روانی نسبت به مشکلات تطابقی زندگی در جامعه‌ی جدید مشابه مهاجران غیربیمار ولی با شدت بیش‌تر واکنش نشان می‌دهند (۲۷).

در مطالعه ما سایر عوامل دموگرافیک به جز جنس از نظر آماری اختلاف معنی‌داری با میزان افسردگی نداشتند و این یافته‌ها با مطالعه‌ای که در زلاندنو انجام شده است، هم‌خوانی دارد (۲۶). در نهایت باید یادآور شد که این مطالعه نقش مهاجرت و اثربخشی آن را در ایجاد و یا افزایش میزان افسردگی نشان می‌دهد بنابراین می‌توانیم با آموزش به مردم در مورد نحوه‌ی برخورد بهتر با مهاجران و توصیه‌هایی به مسؤولان در مورد ایجاد شرایط بهتر زندگی برای ایشان تا حد امکان مانع از ایجاد افسردگی و سایر بیماری‌های روانی در این گروه از جامعه شویم مهم‌ترین محدودیت ما در انجام مطالعه یاد شده تحصیلات پایین مهاجران و ندانستن زبان فارسی در تعداد قابل توجهی از ایشان بود که پژوهش‌گر به ناچار از مترجم استفاده کرد و این موضوع انتقال مفاهیم را با دشواری مواجه می‌ساخت.

در مطالعه‌ای که بر مهاجران انجام شده (هند، بنگلادش، پاکستان و سریلانکا) دیده شده است که میزان خودکشی زنان جوان مهاجر به طور ثابتی بیش‌تر از مردان مشابه و زنان بومی جمعیتی که به آن‌ها مهاجرت کرده بودن می‌باشد (۲۵). در واقع می‌توان موضوع را از این دیدگاه بررسی کرد که مهاجرت، زنان را در شرایطی قرار می‌دهد که اضطراب و استرس از دست دادن محیط اجتماعی و سنتی خود را تجربه می‌کند و چون مانند مردان (به دلیل نداشتن تحصیلات و تجربه‌ی شغلی کافی) نمی‌توانند خود را با محیط جدید وفق دهند بنابراین بیش‌تر در معرض خطر افسردگی قرار می‌گیرند و نیازهایی مثل سلامت و تولید مثل نیز در ایشان نادیده گرفته می‌شود. مطالعه‌ی دیگری نیز این دلیل را مهم تلقی کرده (۱۶) و از طرفی دیده شده است حتی قصد مهاجرت می‌تواند در زن‌ها نسبت به مردها افسردگی بیش‌تری را ایجاد نماید (۱۷).

در کودکان ایرانی که به سوئد مهاجرت کرده‌اند نیز موارد بالایی از در معرض خشونت قرار گرفتن دیده شده است که با توجه به سن در این تحقیق به آن پرداخته نشده است (۱۵) از نظر تأهل مطالعه ما تقریباً با مطالعات مرجع هم‌خوانی دارد. در تحقیق حاضر افسردگی در مجردها ۶۲٪ و در متأهلین ۴۹/۳٪ به دست آمد و قبلاً مشخص شده بود در افرادی که ارتباط خوبی ندارند، طلاق گرفته‌اند یا جدا شده‌اند نیز میزان افسردگی بیش‌تر است (۱۰). از نظر طول مدت پناهندگی اوج افسردگی بین ۱۳۱-۱۵۰ ماه بوده است در دو طرف دامنه یادشده افسردگی کم‌تر دیده می‌شود زیرا مدت زمان طولانی دلیل سازگاری این افراد با محیط است و به



- ۱- انجمن روان‌پزشکان آمریکا، DSM-IV و راهنمای تشخیصی و آماری: اختلالات روانی (ترجمه، نیکخو، محمدرضا و آوادیس بانس، هامایک و همکاران)، انتشارات سخن، تهران، ۱۳۷۵، ص ۵۴۷-۵۶۲.
- ۲- باقری یزدی، سیدعباسی، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میند یزد فصل‌نامه‌ی اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳ سال اول، شماره ۲ و ۳ ص ۳۲-۳۹.
- ۳- برنز، د: روان‌شناسی افسردگی (ترجمه: فراه‌داغی، مهدی) انتشارات آزاده، تهران، ۱۳۷۴، ص ۳۶-۴۴.
- ۴- بوالهروی جعفر، براهنی رضا، شامحمدی داود، بهادرخان جواد: بررسی همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در یک منطقه‌ی روستایی استان خراسان در جمعیت‌های بالای ۱۵ سال براساس Scl-90 چهارمین کنگره‌ی پژوهشی‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۷۲.
- ۵- دکتر تازری هادی: تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان: پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکتری پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۷۵.
- ۶- داوودیان هاراطون: میزان شیوع افسردگی در ایران، مجله نظام پزشکی، ۱۳۷۰ دوره یازدهم شماره ۱ ص ۱۴-۲۳.
- ۷- سال‌نامه‌ی آماری کشور، ۱۳۷۵، انتشارات مرکز آمار ایران، تهران، ۱۳۷۶، ص ۵۵.
- ۸- سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۷۵: نتایج تفصیلی استان کرمان، انتشارات مرکز آمار ایران، تهران، ۱۳۷۶، ص ۲۹-۳۱.
- ۹- کلایتون، پ.ج.، بارت، ج.ا.: درمان افسردگی، اختلاف نظرهای گذشته و نگرش جدید (ترجمه: سلطانی فر، حسن) انتشارات معاونت فرهنگی استان قدس رضوی، مشهد، ۱۳۶۹، ص ۶۹-۱۱۰.
- ۱۰- کاپلان، سادوک ب: خلاصه‌ی روان‌پزشکی علوم رفتاری، ج ۲ (ترجمه‌ی پورافکاری، نصرت‌الله)، انتشارات شهرآب، تهران ۱۳۷۵، ص ۲۹۸-۲۱۵.
- ۱۱- کاپلان، سادوک ب: چکیده‌ی روان‌پزشکی بالینی (ترجمه‌ی پورافکاری، نصرت‌الله)، انتشارات آزاده، تهران ۱۳۷۶، ص ۹۶-۱۰۶.
- ۱۲- مجتهدی س.ی. کیانی ک. قنبرپور مقدم ر: دستیابی سریع به اصول بیماری‌های روان‌پزشکی، انتشارات شهرآب، تهران ۱۳۷۵، ص ۱۹۰-۱۲۶.
- ۱۳- دکتر معتمدی سید هادی، دکتر یاسمی محمدتقی، دکتر کرباسی حسن، دکتر بنی واهب قدسیه: تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای استان کرمان مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره‌ی پنجم شماره ۱، ص ۳۶-۳۱.
- ۱۴- نینوایی، ژیللا، روش‌های علمی برای درمان افسردگی و ضعف‌های روانی، انتشارات سخن، تهران، ۱۳۷۴، ص ۲۵-۱۶.
- 15-Almqist-K: Brandell-forsbe-M iranian refugee children in sweden: Effects of organized iolece and forced migration on preschool children. An-J-Ortho psychiatry. 1995 Apr:65(2):225-370.
- 16-Carball-M: Grocutt-M: Hadzihasanovic-A: Women and migration: A public health Issue. World-Health-State-Q. 1996:49(2):158-64.
- 17-Carlson-HM: Nilsen-EL: Ireland: gender. Psychological health attitudes toward emigration- psychol-Rep. 1995 Feb: 76(1): 179-86.
- 18-Factourovich-A: Ritsner-M: Maoz-B: Levin K et al. Psychological adjust ment among sources Isr-J-Psychiatry-Relat-Sci. 1996: 33(1): 32-90.
- 19-Gelder-M.Goth-D. et al. Oxford text book of psychiatry oxford. Publishing Co. 1996.PP. 197-212.
- 20-Hicking-FW: Psychopathology of white mentally ill immigrant to jamaica. Mol-Chem-Neuropathol. 1996 May-Aug: 28(1-3): 261-8.
- 21-Hovey-JD: Kinj-CA: Acculturative stress, depression and suicidal ideation among immigrant and second-generation lation adolescents.J-AM-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry. 1996 Sep:35(9): 1183-92.
- 22-Kapland h. and sadock b.: Comprehensive text book of psychiatry/VI. Williams & wiking Co. 1995:PP:1076-1084.
- 23-Lee-MS: Crittenden-KS: YU-E: Social support and depression among elderly korean immigrants in the united sates. Int-Aging-Hum-Dev. 1996. 42(4): 313-27 24-fav A.S.Mood disorders. Inwilson. Braum word (eds) Harrisons principles of internal medicine. 14th ed. NewYork. McGraw-Hill. 1998. PP:2490-2493.
- 24-Patel-Sp: Gaw-AC: Suicide among immigrants form the indian subcontinent: Areview-psychiatry Sery. 1996 May: 47(5):517-21.

- 25-Pernice-R: Brook-J: Refugees and immigrant mental health: Association of demographic and post-immigration factors. J.Soc psychol  
1996 Aug; 136(4): 511-90.
- 26-Ritsner-M: Ponizky-A: Chemelevsky-M: Zetser: Durst-R: Ginath-Y: Effects of immigration on the mentally ill does it produce  
psychological distress? Compr-psychiatry. 1996 Jan-Feb: (1): 17-22.