

بررسی رابطه‌ی بین مسئولیت‌اجتماعی و سلامت روانی مهاجران

(مورد مطالعه: شهر طبس)

گلمراد مرادی، مربی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام آباد غرب*

داریوش بوستانی، استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه شهید باهنر کرمان

محمدرضا همتی‌فر، کارشناس ارشد پژوهشگری

چکیده

مسئله: مفهوم سلامت روانی یا جسمانی به آشکارا با مسئولیت‌پذیری مهاجران بستگی دارد. از جمله عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت روان در میان مهاجران، می‌توان به نقش مسئولیت‌پذیری آنها اشاره کرد. این مقاله برآن است تا به تحلیل رابطه‌ی بین مسئولیت‌پذیری مهاجران و سلامت روانی آنها براساس مدل رگرسیون لجستیک بپردازد.

روش تحقیق: روش تحقیق در این مقاله پیمایش؛ ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی ساختار یافته، جامعه‌ی آماری مهاجران شهر طبس هستند. تعداد ۲۰۰ نفر به عنوان جمعیت نمونه مطالعه شدند. تحلیل‌ها براساس آزمون مقایسه‌ی میانگین‌ها و همبستگی و آزمون مدل تحقیق براساس رگرسیون لجستیک انجام شده است.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان می‌دهند که میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران 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 مشاهده شده بین میانگین‌ها براساس آزمون F با مقدار ۷۱/۹۲ در سطح معناداری تایید شده است. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان می‌دهند که پنج متغیر وضعیت مسکن، مسئولیت اجتماعی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سن پاسخ‌گویان وارد معادله شده‌اند. مقدار بتا برای پنج متغیر وضعیت تأهل ($B=۰/۲۷$)، مسئولیت اجتماعی ($B=۰/۶۲$)، وضعیت مسکن ($B=۰/۱۲$)، میزان تحصیلات ($B=۰/۱۹$) و سن پاسخ‌گویان ($B=۰/۱۷$) معنادار بوده و توانسته‌اند در پیش‌بینی سلامت روانی مهاجران نقش مؤثری داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، مسئولیت‌پذیری، مهاجران، رگرسیون لجستیک، افسردگی، اضطراب.

مقدمه

این مقاله می‌کوشد نقش مسؤولیت اجتماعی را در سلامت ذهنی و روانی گروه‌های مهاجر در شهر طبس مورد کندوکاو قرار دهد. هنگامی که این مهاجرت‌ها رخ می‌دهد، اغلب افزایش‌های چشمگیری در تنوع و تناقض بین گروه‌های میزبان و گروه‌های تازه وارد به وجود می‌آید (Landis, 2010: 338). مهاجرت‌ها از دیرباز در میان ملت‌ها و فرهنگ‌های مختلف، وجود داشته است. برخی از این حرکت‌ها در مبادلات میان فرهنگی مهم بوده و توانسته‌اند نقش حیاتی در پیشبرد جوامع و فرهنگ‌های گوناگون ایفا کنند و برخی دیگر از این حرکت‌ها دارای اهمیت کمتری بوده‌اند (Balbo & Marconi, 2006: 707). در تعریف مهاجر، را فردی می‌دانند که نماینده‌ی فرهنگ، قوم، منطقه‌ی جغرافیایی و تايخ خویش است (ربانی، ۱۳۸۱: ۱۳). مهاجرت در لغت به معنای کوچ و جابه‌جایی است. منگالم^۱ (۱۹۶۸)، مهاجرت را حرکت بالنسبه دائمی عده‌ای از مکانی به مکان دیگر دانسته است، که مقدم بر آن، مهاجران بر اساس سلسله مراتبی از هدف‌های با ارزشی که فرا می‌گیرند، حرکت می‌کنند، و نتیجه‌ی آن تغییراتی در نظام کنش متقابل مهاجران است (Lahsaiezadeh, 2002: 14). هر مهاجر به یک منطقه‌ی اخلاقی (مجموعه‌ای از معیارهای اخلاقی) و قلمرو روانی‌ای متعلق است که در حالت مهاجرت، به منطقه‌ی اخلاقی خود وارد و در آن جا بین تازه واردان و بومی‌ها تنش آغاز می‌شود (ربانی، ۱۳۸۱: ۱۵). بسیاری از محققان و اندیشمندان، از جمله لی و دیگران، مورای^۲ (2000)، و چوی^۳ (1997) بر این باورند که مهاجرت افراد از یک محیط جغرافیایی به

محیط دیگر در برخی موارد به مشکلات و فشارهای روانی منجر می‌شود (Lee & et al, 2004: 400). چیزی که ممکن است در این قرن متفاوت باشد، میزان مهاجرت‌های با انگیزه‌ها و خواسته‌هایی (برخی از آنها جنجالی) هستند که این گروه‌های جدید بر روی ساختار جوامع میزبان تحمیل می‌کنند. این بستری است که در آن شخص باید الزامی برای سازگاری با محیط میزبان را در نظر داشته باشد و نیز اگر می‌خواهند از اختلالات اجتماعی مهم پرهیز کنند، بتوانند از آن ابزارها برای سازگاری با بافت و بستر اجتماع جدید استفاده کنند (Azmat, 2010: 382; Balbo and Marconi, 2006: 707). مشکلاتی چون فقر، شکست تحصیلی، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب، احساس مسؤولیت افراد در جامعه و سطح بالای عدم امنیت در جامعه و عواملی چون حوادث منفی زندگی، از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تاثیرات زیادی سلامت روانی افراد می‌گذارند (Harpham, 2004: 234). مسؤولیت اجتماعی^۴، شکلی از عوامل اجتماعی است که در آن افراد در ارتباط با جامعه قرار می‌گیرند، که تا حدی به نحوه و چگونگی آگاهی آنها از دنیای پیرامونشان مرتبط می‌شود. اگر افراد تصویر درستی از جامعه، عناصر اجتماعی و چگونگی ارتباط آنها با یکدیگر داشته باشند، تا حد زیادی در نحوه و چگونگی ارتباط آنها نیز مؤثر خواهد بود (سبحانی نژاد، ۱۳۷۹: ۲۷). فرد مسؤول کسی است که عواقب رفتار خود را به عهده می‌گیرد، قابل اتکا و قابل اعتماد است و احساس تعهد به گروه دارد (Gough, 1952: 74). ممری و دیگران، مسؤولیت اجتماعی را حفاظت و بهبود کیفیت زندگی تعریف نمود، بر این باورند که

¹ Mangalam

² Mori

³ Choi

⁴ Social Responsibility

- ۱- توصیفی از وضعیت سلامت روانی مهاجران شهر طبس؛
- ۲- سلامت روانی مهاجران در ابعاد چهارگانه‌ی (اضطراب، افسردگی، سلامت جسمی و کارکرد اجتماعی)؛
- ۳- رابطه‌ی بین مؤلفه‌های جمعیتی و سلامت روانی مهاجران،
- ۴- نقش مسئولیت پذیری مهاجران در سلامت روانی آنها.

پیشینه‌ی پژوهش

لهسانی زاده و مرادی (۱۳۸۶) در تحقیق با عنوان بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی در میان مهاجران شهر کرمانشاه، به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات ($r=0/14$)، سن ($r=0/26$)، مدت اقامت ($r=0/41$)، اعتماد اجتماعی ($r=0/66$)، حمایت اجتماعی ($r=0/51$) و مشارکت اجتماعی ($r=0/48$) رابطه‌ی معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نیز نشان می‌داد که اعتماد اجتماعی ($Beta=0/30$)، مشارکت اجتماعی ($Beta=0/25$)، نوع مهاجرت ($Beta=0/21$)، وضعیت تأهل ($Beta=0/16$)، حمایت اجتماعی ($Beta=0/14$) و مدت اقامت ($Beta=0/06$) به ترتیب در تبیین متغیر وابسته تاثیرگذار بوده اند (لهسانی زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۶۰-۱۸۱).

محمدیان و همکاران (۱۳۸۳) پژوهشی با عنوان "بررسی وضعیت سلامت روانی مهاجران افغانی مقیم تهران" انجام داده‌اند. آنها در این پژوهش ۴۵۳ نفر از مهاجران افغانی را با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مناطق مختلف تهران انتخاب کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مهاجران افغان ۵۵/۶ درصد (۱۹/۹ درصد در مردان

مسئولیت اجتماعی جمعی، مجموعه‌ای از روابط پذیرفته شده‌ی عمومی، تعهدات و وظایفی است که در ارتباط با رفاه جامعه قرار می‌گیرند (Memery & et al, 2005: 399).

شهر طبس به علت قرار گرفتن در محل انشعاب راه‌های اصلی یزد- مشهد و فاصله‌ی مناسب با مناطق مرزی استان یزد می‌تواند یکی از کانون‌های عمده‌ی رشد و گسترش مهاجرت تلقی شود. از طرف دیگر، شهرستان طبس به علت خشکسالی‌های پی‌درپی، شاهد مجموعه تحولات جمعیت‌شناختی بوده است. جمعیت مناطق روستایی شهرستان که وابستگی زیادی به منابع آب و بارندگی دارند، به شدت از خشکسالی تاثیر پذیرفته‌اند و به همین علت، تعداد در خور توجهی از آنها ناگزیر اقدام به مهاجرت به طبس نموده‌اند. تجربه‌ی زیسته‌ی یکی از محققان که خود از مهاجران و مقیم طبس می‌باشد تایید کننده برخی از ناسازگاری‌های اولیه در میان مهاجران شهر طبس است. اساساً هویت شهری طبس تحت رفتارهای اجتماعی مهاجران در حال تکوین و متمایز از قبل از این فرآیند است. لذا تمرکز بر تعامل مهاجران با ساکنان، آن هم با تأکید بر سلامت روانی مهاجران می‌تواند در ارزیابی تکوین هویت شهری طبس تعیین کننده باشد. از آنجا که تاکنون پژوهشی در این حوزه انجام نشده، پژوهش حاضر درصدد است به این پرسش پاسخ دهد که مهاجران یاد شده از لحاظ سلامت و بهداشت روان در چه وضعیتی هستند و از طرف دیگر، میزان مسئولیت پذیری آنها چه تاثیری بر سلامت روان آنها دارد؟ براین اساس، هدف کلی این مطالعه بررسی رابطه بین مسئولیت اجتماعی و سلامت روانی مهاجران شهر طبس است. در راستای این هدف، اهداف جزئی این مقاله به صورت زیر است:

جمعیت بومی انجام شده است، وجود داشت (استوار، ۱۳۷۸: ۴-۱۰).

ساکیارا تحقیقی با عنوان "سلامت روانی در دو جامعه‌ی ژاپن و برزیل" انجام داده است. کار او مطالعه مقایسه‌ای در برزیل و ژاپن بود. هدف او دسترسی به وضعیت سلامت روانی مهاجران ژاپن و آنهایی بود که در باورو برزیل زندگی می‌کردند. ساکیارا از پرسشنامه‌ای برای سنجش سلامت روانی از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت جهانی استفاده نمود. نتایجی که از کار او به دست آمد، این بود که وضعیت سلامت روانی مهاجران کیوهارادیا به طور معناداری بدتر از زندگی آنهایی بود، که در باورو زندگی می‌کردند و به طور معناداری سلامتی بین زنان مهاجر، سیگاری‌ها و آنهایی که دانش آموز بودند بدتر بود. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که تنها مقوله‌ی احساس عصبی بودن در بین مهاجران باورو در حد بالا بود و درباره‌ی عدم صحیح فکر کردن، احساس ناخوشایندی، احساس بی‌خوابی و احساس خستگی بین مهاجران کیوهارادیای ژاپن بسیار بیشتر از آنهایی بود که در باورو زندگی می‌کردند. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که چون بیشتر مهاجران کیوهارادیای و حدود ۹۰ نفر آنها نقش‌های مدیریتی در جامعه داشتند، از وضعیت سلامتی بهتری برخوردار بودند، درحالی‌که بین مهاجران باورو (برزیل) تنها ۳ نفر در چنین موقعیتی بودند و این‌ها بیشتر در نقش‌های اجتماعی سطح پایین‌تری بودند، لذا از افسردگی بیشتری رنج می‌بردند (Sakiara, 2002: 55-64).

سیلورا و آلبک تحقیقی با عنوان "مهاجرت، سالخوردگی و سلامت روانی در بین بزرگسالان مرد در سومالی که به شرق لندن مهاجرت کردند" انجام داده‌اند. هدف آنها بررسی سلامت روانی و رفاه و

و ۳۵/۷ درصد در زنان) است. شیوع اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی، بالاتر از اختلال افسردگی بود. میزان ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در پژوهش یاد شده، در مقایسه با بررسی انجام شده بر روی مهاجران افغانی مقیم شیراز و سایر بررسی‌های دیگر از بیماری‌های روانی در جمعیت عمومی مناطق مختلف ایران و جهان بیشتر و از نظر آماری معنادار است. ۱۰/۱۵ درصد از مهاجران سیگار و ۳/۸ درصد مواد مصرف کرده بودند. ۳/۸ درصد افکار خودکشی و ۲ درصد اقدام به خودکشی داشتند. در این بررسی رابطه‌ی معناداری بین سلامت روانی و ویژگی‌های جمعیت شناختی، بجز تعداد افراد خانوار دیده شد. بین سلامت روانی و نحوه‌ی سکونت (متمرکز و غیر متمرکز)، رابطه‌ی معناداری دیده شد، ولی با طول مدت اقامت در ایران، نوع و دلیل مهاجرت و محل سکونت رابطه‌ی معناداری وجود نداشت (محمدیان و همکاران، ۱۳۸۳).

پژوهشی دیگر به وسیله‌ی استوار با عنوان "بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغانی مقیم شیراز" در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت. هدف این پژوهش، بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغانی در شهر شیراز بود. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در افراد مورد بررسی ۶/۳۴ درصد است. در این بررسی، رابطه‌ی معناداری میان سن و میزان ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی دیده شد، ولی با وضعیت تحصیلات و تأهل ارتباط معناداری نداشت و با طول مدت اقامت در ایران میزان اضطراب کاهش نشان داد. همچنین رابطه‌ی معناداری میان سن و میزان ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی در میان مهاجران افغانی در مقایسه با بیشتر بررسی‌هایی که در مناطق مختلف کشور در

مباحث نظری پژوهش

دیدگاه رفتارگرایی: اساس دیدگاه رفتارگرایی^۱ درباره‌ی سلامت روانی، بر سازگاری فرد با محیط است. بر اساس دیدگاه رفتارگرایی، رفتار سازش نیافته مانند سایر رفتارها بر اثر تقویت آموخته می‌شود. از طرفی سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته‌ای (یا سازگاری) است که آموخته می‌شود. بنابراین، دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری ناقص را عامل اساسی اختلاف روانی می‌داند و معتقد است که سلامت روان توسط شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته‌ی ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت‌های اجتماعی به طور موفقیت‌آمیزی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (Ventis, 1995: 35).

از جمله افرادی که به الگوهای رفتاری در رابطه با سلامت روانی تأکید دارد، چاهن^۲ است. وی معتقد است که سلامت روانی، وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی است که از حداکثر اثر بخشی و رضایت به‌دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی است و احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به دیگران و خود را در بر می‌گیرد. چاهن پنج الگوی رفتاری در رابطه با سلامت روانی بیان می‌کند. ۱- حس مسئولیت‌پذیری: کسانی که دارای حس مسئولیت‌پذیری هستند، به نیازهای دیگران حساس بوده، در جهت ارضای خواسته‌ها و ایجاد آسایش آنها می‌کوشند؛ ۲- حس اعتماد به خود: کسانی که دارای سلامت روانی هستند، به توانایی‌های خود اعتماد دارند و مشکلات را پدیده‌ای مقطعی می‌انگارند که حل شدنی است. از این‌رو موانع، خدشه‌ای به روحیه‌ی آنها وارد نمی‌آورد؛ ۳- هدفمندی: به فردی اشاره می‌کند که واجد مفهوم

حمایت‌های اجتماعی به عنوان عامل زمینه‌ای رضایتمندی زندگی و افسردگی در میان مهاجران نسل اول سومالی در شرق لندن بود. نتایج تحقیق سیلورا و آلبک نشان داد که عوامل مهمی، چون حمایت خانوادگی پایین، به طور خاص تنهایی، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در داخل خانه و تحقیرات اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران موثر بودند. این محققان بیان کردند که دسترسی نامناسب به خدمات، بی‌نظمی در حمایت‌های اجتماعی، از دست دادن خویشاوندان و دوستان، فاصله‌ی جغرافیایی از خانواده و بستگان، می‌تواند در آشفتگی روانی مهاجران نقش مؤثری داشته باشد (Silvera & Albech, 2001: 306-320).

تحقیق پرنیک و بروک (۱۹۹۴) با عنوان "وضعیت سلامت روانی مهاجران در نیوزیلند" به بررسی مقایسه‌ی سلامت روانی سه گروه از مهاجران در نیوزیلند (۵۷ مهاجر از جزایر اقیانوسیه، ۱۲۹ مهاجر از جنوب شرقی آسیا و ۶۳ مهاجر از بریتانیا) پرداخته است. نتیجه‌ای که این محققان ارائه دادند، این بود که بدترین وضعیت سلامت روانی متعلق به مهاجران جزایر اقیانوسیه بود. استدلال آنها این بود که این مساله به خاطر بیکاری و تبعیض قومی است. نتایج آنها نشان داد که حدود ۴۰ درصد از این افراد دچار اختلالات روانی بودند. زمانی که آنها این متغیر را کنترل کردند، دومین عامل مؤثر در سلامت روانی آنها سطح درآمدشان بود. ویژگی‌های جمعیتی در مرحله‌ی بعد، از جمله مدت اقامت این افراد در مقصد عامل مؤثر دیگری در سلامت روانی آنهاست. (Pernice & Brook, 1994: 177-188)

¹ Behavioral

² Chauhan

روشنی از آرمان‌های زندگی است. از این‌رو تمامی نیرو و خلاقیتش را در جهت دستیابی به این اهداف هدایت می‌کند؛ ۴- ارزش‌های شخصی: چنین فردی در زندگی خود از فلسفه‌ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی برخوردار است که به سعادت یا شادکامی خود یا اطرافیان می‌انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است؛ ۵- فردیت و یگانگی: کسی که دارای سلامت روانی است، خود را جدا و متمایز از دیگران می‌شناسد و می‌کوشد بازخوردها و الگوهای رفتاری خود را توسعه دهد؛ به گونه‌ای که نه همنوایی کور با خواسته‌های دیگران دارد و نه از سوی دیگران مطرود می‌شود (مرادی، ۱۳۸۵: ۳۹).

به نظر راجرز^۱ در بعضی از فرهنگ‌ها زمینه برای نوآوری نسبت به فرهنگ‌های دیگر بیشتر است. از دیدگاه وی، قبول یک اندیشه که هم متضمن یادگیری آن و هم تصمیم‌گیری درباره‌ی آن است، در پنج مرحله رخ می‌دهد که عبارتند از: آگاهی، علاقه، ارزشیابی، آزمایش و پذیرش آن اندیشه. از دیدگاه راجرز، کسانی که اندیشه‌ی نوی را می‌پذیرند، هر یک از مراحل فوق را به سرعت پشت سر نهاده‌اند؛ همچنانکه دیگران نیز چنین تصویری را درباره‌ی آنها دارند. راجرز بر این باور است که افراد برای اقدام به عملی مثل مهاجرت باید از لحاظ روانی نوعی آمادگی برای پذیرش تغییرات جدید و نو داشته باشند. چنانچه این حالت رخ دهد، افراد نوعی رضایت خاطر از کارشان دارند، اما چنانچه آمادگی پذیرش و قبول عملی چون مهاجرت نداشته باشند، به نوعی افسردگی دچار می‌شوند (ازکیا، ۱۳۸۰: ۱۱۵).

دیدگاه روان‌شناسان اجتماعی: روان‌شناسان

اجتماعی (پارک، ۱۹۱۴؛ بری، ۱۹۸۰؛ کیم و پادیا

(۱۹۸۰) بر این باورند که افراد مهاجر در جامعه‌ی مقصد تحت شرایطی قرار می‌گیرند که اغلب متحمل فشارها و استرس‌های روانی شدید می‌شوند، چون فرایند انطباق به گسستگی در الگوهای مرسوم زندگی می‌انجامد و ممکن است باعث لطمه‌زدن به ارزش‌های فرهنگی مهاجر در جامعه‌ی مبدا گردد (کیوسیتو، ۱۳۸۳). در این وضعیت مهاجر نسبت به آداب و رسوم فرهنگ مقصد بی‌توجه می‌شود و در صورت عدم رعایت ارزش‌های جامعه‌ی مقصد، بی‌مسئولیت می‌شود. مدل مفهومی این مقاله براساس نظریه‌ی بری تدوین شده است. وی بر این باور است که چهار نوع راهبرد برای ورود مهاجر به جامعه‌ی مقصد وجود دارند که عبارتند از: همانندی^۲: زمانی رخ می‌دهد که فرد هویت فرهنگی خود را از دست داده، به فرهنگ جامعه‌ی مقصد روی می‌آورد؛ یکپارچگی^۳ که در آن شخص مهاجر به فرهنگ جامعه‌ی مبدا پایبند است؛ در حالی که با فرهنگ جامعه مقصد نیز ارتباط دارد و به آن هم پایبند است. جدایی^۴: حفظ فرهنگ اصلی خود و فقدان رابطه با جامعه‌ی میزبان است. حاشیه‌نشینی^۵: این استراتژی زمانی رخ می‌دهد که فرد مهاجر هم فرهنگ قومی خود و هم فرهنگ جامعه‌ی میزبان را طرد می‌کند (Berry, 2005: 705). اگر بخواهیم جایگاه مسئولیت‌پذیری و تعهد مهاجران نسبت به جامعه‌ی مقصد را در مدل بری بیان کنیم، در راهبرد جدایی این اتفاق خواهد افتاد، چرا که در این وضعیت مهاجر منزوی و نسبت به ارزش‌ها و مناسک فرهنگی جامعه‌ی مقصد بی‌تفاوت می‌شود که نتیجه‌ی آن می‌تواند عدم مسئولیت‌پذیری مهاجر باشد. این راهبردها در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

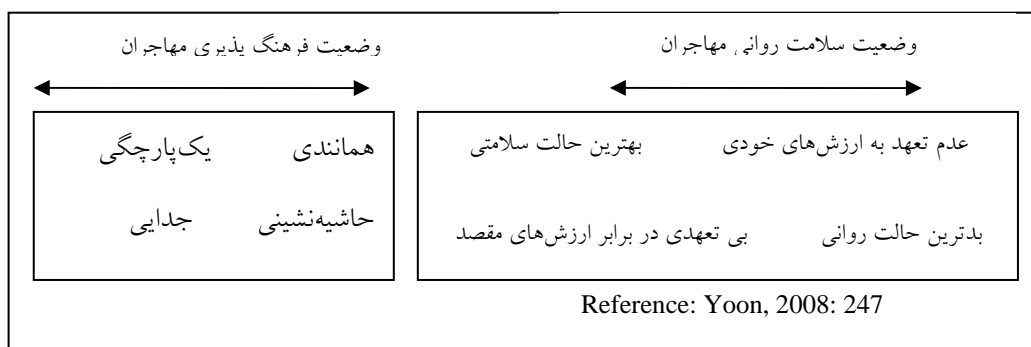
² Assimilation

³ Integration

⁴ Separation

⁵ Marginalization

¹ Rogers

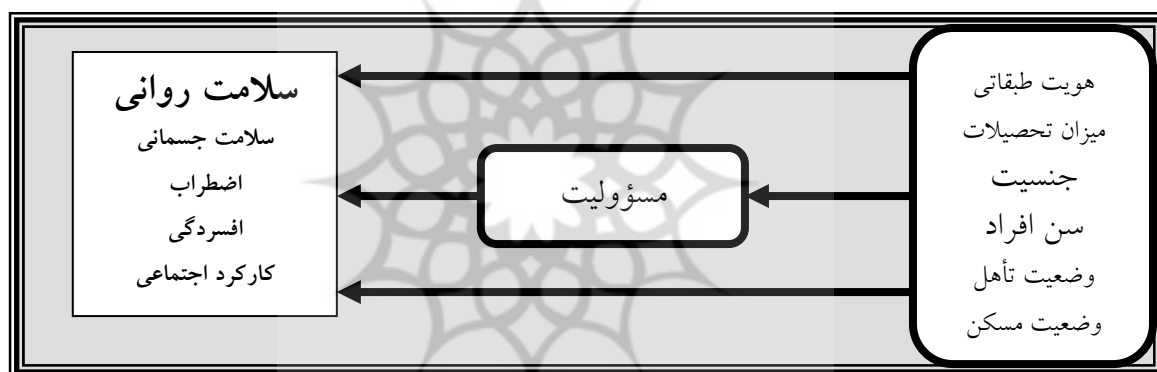


نمودار ۱- مدل مفهومی جان بری

مدل تحقیق

تحقیق را به طور واضحی نشان دهد. نمودار زیر روابط بین متغیرهای این پژوهش را در قالب مدل تجربی تحقیق نشان می‌دهد.

برای ورود از سطح نظری به سطح واقعیت به طراحی مدلی نیاز است که روابط بین متغیرهای



نمودار ۲- مدل تجربی تحقیق

فرضیه‌های تحقیق

است. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه مهاجران شهر طبرس هستند. از آنجا که هیچ آمار رسمی و مشخصی از مهاجران وجود نداشت، پس از جستجوی اولیه و جمع‌بندی آمارهای غیررسمی که آگاهان محلی و برخی از مسؤولان در اختیار محققان گذاشتند، تعداد مهاجران تقریباً ۸۰۰ خانوار تخمین زده شد. در محاسبه‌ی اولیه، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، با لحاظ سطح اطمینان ۹۵ درصد، پارامتر ۵۰ درصد و خطای ۵/۸ درصد، ۲۸۵ نفر برآورد گردید. به علت این که حجم نمونه بیش از ۵ درصد جامعه‌ی

۱- بین مسئولیت اجتماعی و سلامت روانی مهاجران رابطه وجود دارد.
۲- بین ویژگی‌های فردی (سن، هویت طبقاتی، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن و تحصیلات) و سلامت روانی مهاجران رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این مقاله پیمایش است. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه^۱ انجام شده

^۱ Questionnaire

اصلی تحقیق؛ یعنی مسئولیت اجتماعی و سلامت روان از طیف لیکرت استفاده شده است.

تعریف مفهومی سلامت روانی عبارت است از استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و موثر کار کردن، و در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل. متغیر وابسته در این پژوهش سلامت روانی است که برای سنجش آن، از مقیاس سلامت جهانی استفاده شده است. این مقیاس در سال ۱۹۷۰ از سوی گولدبرگ^۴ و همکارانش ابداع شد. اصل این پرسشنامه ۶۰ گویه دارد و از سوی محققان زیادی در کشورهای مختلف دنیا سنجش و آزمایش شده و اعتبار و روایی آن به‌دست آمده است. در این تحقیق، سلامت روانی با استفاده از ۲۸ گویه بر مبنای طیف ۵ درجه‌ای لیکرت در چهار بعد سلامت فیزیکی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی سنجیده می‌شود؛ به طوری که به کاملاً موافق گزینه‌ی ۱، موافق، گزینه‌ی ۲، بی‌نظر گزینه‌ی ۳، مخالف، گزینه‌ی ۴ و کاملاً مخالف گزینه‌ی ۵ اختصاص داده شده است.

مسئولیت اجتماعی مجموعه‌ای از مهارت‌های اجتماعی است که طی فرآیند یادگیری آموخته شده، شخص در چارچوب هنجارهای اجتماعی (عرف) و قوانین و مقررات به انتخابی دست می‌زند که موجب ایجاد روابط انسانی مثبت، افزایش تعاملات، موفقیت و رضایت خاطر می‌شود. برای سنجش مسئولیت‌پذیری نیز از مقیاس ناکامورا و وتن^۵ استفاده شد (Nakamura & Watanabe, 2006). این محققان با استفاده از ۲۰ گویه بر اساس مقیاس لیکرت به طراحی

آماری برآورد شد، از فرمول تصحیح ییتس^۱ (رفیع‌پور، ۱۳۶۰) گردید و حجم نمونه به ۲۱۰ مورد کاهش یافت. در پایان، پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و کنارگذاشتن پرسشنامه‌های ناقص، اطلاعات ۲۰۰ پرسشنامه، استخراج و تجزیه و تحلیل شد.

معمولاً ویژگی‌های جامعه‌ی آماری از قبیل حجم، پراکندگی و میزان اطلاعات، تعیین‌کننده‌ی شیوه‌ی نمونه‌گیری است. در صورتی که چارچوب نمونه‌گیری مشخص نباشد، شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای توصیه می‌شود (دواس، ۱۳۷۶: ۷۴؛ Babbie, 1995: 213). در پژوهش حاضر نیز به علت مشخص نبودن چارچوب نمونه‌گیری، از این شیوه استفاده شد. کار نمونه‌گیری بدین صورت آغاز گردید که یکی از محققان - که خود از مهاجران طبرس بود - با کندوکاو اولیه توانست سه منطقه از شهر را که پراکندگی مهاجران در آن مناطق، بالا، متوسط و پایین بود، مشخص نماید. در مرحله‌ی بعد، از هر سه منطقه، خوشه‌هایی (۲۱ خوشه) انتخاب شدند که برای کاهش خطای پوشش، از مناطق با تراکم بالا و متوسط، خوشه‌های بیشتری انتخاب گردید و در پایان، از درون خوشه‌ها پس از تعیین تعداد مهاجران، به طور تصادفی نمونه‌هایی انتخاب و با آنها مصاحبه شد.

در پژوهش حاضر، از اعتبار صوری^۲ و اعتبار سازه‌ای^۳ و برای به دست آوردن پایایی ابزار سنجش از آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای به‌دست آمده برای متغیرهای سلامت روان برابر $(\alpha = 0/81)$ و مسئولیت اجتماعی $(\alpha = 0/88)$ است. جهت سنجش متغیرهای

¹ Yates

² Face Validity

³ Construction Validity

⁴ Goldberg

بگویند. ۱۴- زمانی که بر روی بازی یا مسابقه‌ای شرطبندی می‌کنم، بیشتر لذت می‌برم. ۱۵- من به فکر کمک به مردم فقیر هستم. ۱۶- دولت باید برای کاهش شکاف بین کشورهای فقیر و ثروتمند بکوشد. ۱۷- برای کمک به مردم فقیر، باید مشتاق پرداخت مالیات بیشتری باشیم. ۱۸- کمک برای رفع بی‌عدالتی و ظلم در جهان به من احساس ارزشمندی می‌دهد. ۱۹- بازیافت روزنامه و بطری ضروری است؛ حتی اگر مستلزم پرداخت سوبسید باشد. ۲۰- هر روز می‌کوشم تا به حفظ محیط زیست توجه کنم.

هویت طبقاتی به بخشی از جامعه اطلاق می‌شود که به لحاظ داشتن ارزش‌های مشترک منزلت معین، فعالیت‌های دسته جمعی میزان ثروت و دیگر دارایی‌های شخصی و نیز آداب معاشرت با دیگر بخش‌های همان جامعه متفاوت باشند (کوهن، ۲۳۹: ۱۳۷۲). در این تحقیق متغیر هویت طبقاتی به صورت یک سوال بسته در پرسشنامه درج شد و پاسخ‌گو خود را جزو یکی از طبقات بالا، میانی و یا پایین قرار می‌داد.

برای ارزیابی اعتبار سازه‌ای طیف، ضمن استناد به مبانی نظری تحقیق از تحلیل عامل^۱ نیز استفاده شد. تحلیل عامل روشی مناسب در ساختن مقیاس برای رشته‌ای از متغیرهای فاصله‌ای است. این روش برای تقلیل مجموعه‌ای بزرگ از متغیرها، به مجموعه‌ای کوچک از متغیرهای اساسی که عامل خوانده می‌شوند، کاربرد دارد (دواس، ۱۳۸۱: ۲۵۳-۲۵۴). هدف اصلی این تکنیک آماری این است که بر اساس پاسخ افراد به پرسش‌های معدودی، عوامل عامتر را مشخص کرد،

پرسش‌هایی برای سنجش مسئولیت اجتماعی اقدام نموده‌اند که دارای اعتبار و روایی تایید شده‌ای است. استفاده از این مقیاس پس از هنجاریابی آن، در سنجش این سازه در این تحقیق مفید به نظر می‌رسید؛ به این معنا که پس از تغییرات و سازگار نمودن آنها با وضعیت ایران، گویه‌های مناسب انتخاب شدند؛ به طوری که به کاملاً موافق گزینه‌ی ۱، موافق، گزینه‌ی ۲، بی‌نظر گزینه‌ی ۳، مخالف، گزینه‌ی ۴ و کاملاً مخالف گزینه‌ی ۵ اختصاص داده شده است. سؤال‌های زیر برای سنجش مسئولیت پذیری اجتماعی به کار رفته اند:

۱- هر خانواده ای باید در تمیزی شهرش بکوشد. ۲- بدون پرداخت کرایه سوار اتوبوس نمی‌شوم، حتی اگر بدانم راننده متوجه نمی‌شود. ۳- هنگام فعالیت در انجمن‌ها دوست دارم وظایفی به عهده بگیرم. ۴- هر شهروندی باید مقداری از وقتش را صرف مسائل ملی کند. ۵- برای من کشور خودم مهم است و به سایر کشورها کاری ندارم. ۶- خیلی خوب است تا در جاهای مختلف پارتی داشته باشیم تا کارمان زودتر راه بیفتد. ۷- مخفی کردن درآمد برای فرار از مالیات نوعی خیانت به دولت است. ۸- اگر در کاری که به من محول می‌شود کم و کاستی باشد، حتماً آن را عنوان می‌کنم. ۹- حمایت از افراد معلول و از کار افتاده وظیفه‌ای همگانی است. ۱۰- یکی از کارهایی که می‌توانم برای اجتماعم انجام دهم، پرداخت مالیات است. ۱۱- مردم وظیفه دارند از والدین سالمند خود مراقبت کنند. ۱۲- وقتی کسی در حق من کار اشتباهی انجام می‌دهد، دوست دارم تلافی کنم. ۱۳- معمولاً کارهایم را خودم انجام می‌دهم تا این که دیگران به من

¹ Factor Analysis

که شالوده‌ی پاسخ‌افرادند. در اینجا برای طیف سلامت روانی از روایی مبتنی بر تحلیل عاملی استفاده شد. چون گویه‌های این طیف، با استفاده از مباحث نظری تحقیق به چهار عامل (افسردگی، سلامت فیزیکی، اضطراب و کارکرد اجتماعی) دسته‌بندی شد. با استفاده از تحلیل عاملی برای اعتبار سازه‌ای این متغیرها، نتیجه‌ای مشابه این دسته‌بندی بر اساس چارچوب نظری به دست آمد. جدول شماره ۱ نتایج حاصل از تحلیل عاملی برای ابعاد مختلف متغیر سلامت روانی را نشان می‌دهد.

داده‌های جدول نشان می‌دهند که الگوی همبستگی گویه‌های مربوط به سلامت روانی براساس آزمون KMO مناسب بودن همبستگی بین گویه‌ها را نشان می‌دهد و دامنه‌ی این آماره بین ۰ و ۱ است. از آنجایی که KMO در این ماتریس ۰/۸۴ است، لذا به حذف هیچ گویه‌ای از این مجموعه نیاز نیست. آزمون کرویت بارتلت در سطح حداقل ۹۵ درصد اطمینان این معناداری را نشان می‌دهد. لذا نتایج حاکی از این جدول به محقق اطمینان می‌دهد که می‌توان تحلیل عاملی را ادامه داد.

جدول ۱- آماره‌های ارزیابی تحلیل عاملی

معناداری	آزمون کرویت بارتلت	آزمون کیزر- مایر
Sig=۰/۰۰۰	Bartlett Test Sphericity=۳۵۴۸/۸	KMO=۰/۸۴

از پرکاربردترین روش‌های دوران عامل در تحلیل عاملی "دوران واریماکس"^۱ است. این روش تعلق هر گویه به یک عامل را برای ما مشخص می‌کند. در این روش، ضرایب کم و زیاد ماتریس دوران یافته، تعلق متغیرها به عامل‌ها را آشکارا نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ چگونگی توزیع گویه‌های سلامت روانی در میان عامل‌ها را نشان می‌دهد؛ مثلاً گویه‌های x1 تا x7 در ستون اول عامل سلامت فیزیکی را نشان می‌دهند.

^۱. Varimax Rotation

جدول ۲- ماتریس عامل دوران یافته

گویه ها	عامل ۱ سلامت فیزیکی	عامل ۲ اضطراب	عامل ۳ افسردگی	عامل ۴ کارکرد اجتماعی
آیا در یک ماه گذشته تا امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟	۰/۷۴			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟	۰/۸۹			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که بدنتان داغ یا سرد می‌شود؟	۰/۸۴			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟	۰/۵۹			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟	۰/۶۳			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز سر درد داشته‌اید؟	۰/۹۷			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته‌اید یا این‌که فشاری به سرتان وارد می‌شود؟	۰/۶۹			
آیا در یک ماه گذشته تا امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده باشید؟		۰/۸۴		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز شب‌ها وسط خواب بیدار شده‌اید؟		۰/۷۲		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟		۰/۷۶		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز عصبانی و بد خلق شده‌اید؟		۰/۷۱		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز بدون هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای هراسان و یا وحشت زده شده‌اید؟		۰/۸۳		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز متوجه شده‌اید که انجام هرکاری از توانایی شما خارج است؟		۰/۶۳		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟		۰/۶۷		
آیا در یک ماه گذشته تا امروز توانسته‌اید خودتان را سرگرم و مشغول نگه دارید؟			۰/۷۱	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید؟			۰/۶۹	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز به‌طور کلی احساس کرده‌اید که کارها را به‌خوبی انجام می‌دهید؟			۰/۸۵	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز از نحوه‌ی انجام کارهایتان احساس رضایت می‌کنید؟			۰/۷۹	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟			۰/۵۵	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره‌ی مسائل را داشته‌اید؟			۰/۷۲	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های زندگی روزمره‌ی خود لذت ببرید؟			۰/۶۵	
آیا در یک ماه گذشته تا امروز به این مسأله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟				۰/۷۲
آیا در یک ماه گذشته تا امروز فکر کرده‌اید که شخص بی‌ارزشی هستید؟				۰/۷۳
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً نا امید کننده است؟				۰/۸۳
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟				۰/۷۷
آیا در یک ماه گذشته تا امروز احساس کرده‌اید که چون اعصابتان خراب است، نمی‌توانید کاری انجام بدهید؟				۰/۸۱
آیا در یک ماه گذشته تا امروز به این نتیجه رسیده‌اید که ای کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می‌شدید؟				۰/۶۹
آیا در یک ماه گذشته تا امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگی خاتمه بدهید؟				۰/۸۵

یافته‌های تحقیق

داده‌های تحقیق حاصل استخراج پرسشنامه‌هایی است که توسط ۲۰۰ نفر مهاجر در شهر طبس تکمیل شده و اساس تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر قرار گرفته است. پس از پایان یافتن گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها، استخراج شد و آن‌گاه به رایانه انتقال یافت و سپس با استفاده از بسته نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی^۱ تجزیه و تحلیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس سطوح سنجش متغیرها و طیف‌ها انجام شده است.

خلاصه‌ی ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی پاسخ‌گویان

از تعداد نمونه‌ی آماری اختصاص یافته برای این پژوهش، ۵۷/۳ درصد از پاسخ‌گویان به جنسیت مرد و ۴۲/۳ درصد نیز به جنسیت زن تعلق دارند. میانگین سنی ۳۱/۸۹ می‌باشد و میانگین تحصیلات پاسخ‌گویان برابر ۱۰/۶۵ کلاس بود که افراد پاسخ‌گو از میانگین سواد نسبتاً پایینی برخوردار بودند. شاخص دیگر در این تحقیق، وضعیت تأهل بود که نشان می‌دهد بیشترین تعداد پاسخ‌گویان را افراد متأهل تشکیل می‌دهند؛ به طوری که ۷۵ درصد آنها متأهل و تنها ۲۵ درصد آنها مجرد بودند. از نظر قومیت بیشترین تعداد مهاجران فارس و کمترین آنها بلوچ و لر بودند. شاخص توصیفی دیگر، وضعیت مسکن است که نشان می‌دهد ۶۲/۶ درصد آنها در خانه‌های شخصی،

۳۱/۴ اجاره‌ای و نزدیک به ۶ درصد دیگر در خانه‌های سازمانی و سایر خانه‌ها زندگی می‌کردند. میزان مسؤلیت اجتماعی در میان مهاجران در سطح پایینی قرار دارد؛ به طوری که میانگین این متغیر برای پاسخ‌گویان برابر ۴۷/۴۱ بوده است. از این توزیع می‌توان چنین استنباط کرد که حتی مسؤلیت‌پذیری افراد واقعا در جامعه به عنوان یک مشکل بروز کرده است؛ به طوری که این رفتارها آن هم در میان مهاجران می‌تواند برای امنیت و نظم اجتماعی در جامعه‌ی میزبان خطرآفرین باشد.

جدول شماره ۳ آزمون مقایسه‌ی میانگین ابعاد متغیر سلامت روانی مهاجران را نشان می‌دهد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین میانگین نمره‌ی ابعاد مختلف سلامت روانی مهاجران وجود دارد. داده‌های جدول نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران در بعد سلامت جسمانی برابر ۲۶/۹۴، در بعد اضطراب برابر ۲۵/۲۳، در بعد استرس برابر ۲۰/۱۶ و در بعد کارکرد اجتماعی برابر ۳۱/۵۰ است. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های هر بعد با هم متفاوت است و این تفاوت مشاهده شده براساس آزمون F با مقدار ۷۱/۹۲ و در سطح معناداری ۰/۰۰۰ تایید شده است. آنچه از نتایج به‌دست‌آمده، بیانگر این مطلب است که میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران در ابعادی چون سلامت جسمی و اضطراب بیشتر از استرس است.

^۱ Statistical Package for Social Science (SPSS)

جدول ۳- آزمون مقایسه‌ی میانگین ابعاد مختلف متغیر سلامت روانی مهاجران

ابعاد سلامتی	تعداد مشاهده	میانگین	ضریب پایایی	آزمون فیشر	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۲۰۰	۲۶/۵۴	۰/۷۷	۷۱/۹۲	۰/۰۰۰
بعد اضطراب	۲۰۰	۲۵/۲۳	۰/۸۹		
بعد استرس	۲۰۰	۲۰/۱۶	۰/۸۰		
بعد کارکرد اجتماعی	۲۰۰	۳۱/۵۰	۰/۷۹		

چهارگانه‌ی سلامت روانی است. برای مثال، متغیر مسئولیت اجتماعی با تمام ابعاد سلامت روانی رابطه‌ی معناداری دارد. این معناداری را می‌توان از نتایج و آمارهای جدول زیر مشاهده کرد.

جدول شماره‌ی ۴ نشان دهنده‌ی ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل و ابعاد مختلف متغیر سلامت روانی مهاجران است. نتایج به‌دست آمده از این جدول نشان دهنده‌ی رابطه‌ی معناداری بین متغیرهای مستقل تحقیق با هر کدام از ابعاد

جدول ۴- ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و ابعاد مختلف سلامت روانی

همبستگی ابعاد سلامت روانی	متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سلامت جسمانی	سن	-۰/۳۴	۰/۰۰۰
	مسئولیت اجتماعی	۰/۵۵	۰/۰۰۰
	میزان تحصیلات	۰/۲۱	۰/۰۰۰
اضطراب	سن	-۰/۴۱	۰/۰۰۰
	مسئولیت اجتماعی	-۰/۵۷	۰/۰۰۰
	میزان تحصیلات	-۰/۱۸	۰/۰۰۱
افسردگی	سن	۰/۴۰۶	۰/۰۰۰
	مسئولیت اجتماعی	۰/۲۷	۰/۰۰۰
	میزان تحصیلات	۰/۳۲	۰/۰۰۰
کارکرد اجتماعی	سن	۰/۱۴	۰/۰۰۷
	مسئولیت اجتماعی	۰/۱۴	۰/۰۰۷
	میزان تحصیلات	۰/۱۱	۰/۰۲۶

جدول شماره‌ی ۵ آزمون تفاوت نمره‌ی میانگین سلامت روانی مهاجران بر حسب جنسیت افراد نمونه را نشان می‌دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره‌ی مردان و زنان در این فرضیه با هم تفاوت دارد؛ به گونه‌ای که میانگین نمره‌ی سلامت

روانی مردان با مقدار $13/61$ پایین‌تر از زنان است. به عبارتی، می‌توان گفت که جنسیت با سلامت روانی مهاجران دارای رابطه‌ای معنادار است و فرضیه‌ی مذکور تأیید می‌شود.

جدول ۵- آزمون تفاوت میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران بر حسب جنسیت افراد

جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	معناداری
مرد	۱۱۵	$13/61$	$4/55$	۴/۲۱	۰/۰۰۰
زن	۸۵	$16/61$	$5/37$		

جدول شماره‌ی ۶ آزمون تفاوت نمره‌ی میانگین سلامت روانی مهاجران بر حسب وضعیت تأهل افراد نمونه را نشان می‌دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجرانی که مجرد هستند، برابر $13/28$ و افراد متأهل برابر

$15/39$ است که با هم تفاوت دارند. این تفاوت مشاهده شده، براساس آزمون T در سطح حداقل ۹۵ درصد معنادار است؛ به این معنا که افراد متأهل دارای سلامت روانی بهتری نسبت به افراد مجرد هستند.

جدول ۶ - آزمون تفاوت میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران بر حسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	معناداری
مجرد	۵۰	$13/28$	$4/34$	۲/۴۲	۰/۰۳۴
متأهل	۱۵۰	$15/39$	$5/26$		

جدول شماره‌ی ۷ آزمون تفاوت میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران را بر حسب وضعیت مسکن نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری به لحاظ آماری نشان داده نشده و تفاوت جزئی مشاهده شده بین میانگین‌های در هر

طبقه، ناشی از خطا بوده است و این تفاوت ناچیز بر اساس آزمون F با مقدار $0/726$ و سطح معناداری $0/531$ فرضیه‌ی مذکور را در سطح حداقل ۹۵ درصد تأیید نمی‌کند.

جدول ۷ - آزمون تفاوت میانگین نمره‌ی سلامت روانی مهاجران برحسب وضعیت مسکن افراد نمونه

وضعیت مسکن	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	معناداری
شخصی	۱۲۵	۱۴/۴۷	۴/۸۹	۰/۷۲۶	۰/۵۳۱
اجاره‌ای	۶۳	۱۵/۴۶	۴/۹۹		
سازمانی	۱۲	۱۵/۵۰	۴/۳۷		

فرضیه‌ی فوق را تأیید نمی‌کند و تفاوت جزئی مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌های سلامت روانی افراد در هر طبقه بر اساس آزمون F با مقدار ۱/۲۸، حداقل در سطح ۹۵ درصد معنادار نبوده، ناشی از خطا است.

جدول شماره‌ی ۸ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران را بر حسب طبقه‌ی اجتماعی افراد نمونه نشان می‌دهد. در این مقاله، هویت طبقاتی براساس یک سؤال بسته با این عنوان که "خود را جزو کدام یک از طبقات زیر قرار می‌دهید؟" سنجش شده است. نتایج به دست آمده بر اساس آزمون F

جدول ۸ - آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی برحسب طبقه‌ی اجتماعی افراد نمونه

طبقه اجتماعی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	معناداری
طبقه‌ی بالا	۱۸	۱۹/۴۸	۱۰/۶۱۵۸	۱/۲۸	۰/۲۸
طبقه‌ی متوسط	۱۴۸	۱۴/۱۵	۱۱/۱۲۴۲		
طبقه‌ی پایین	۳۴	۱۵/۱۶	۸/۱۱۷۱		

در طیف ۲۸ تا ۱۴۰ قرار گرفته است. برای برآورد تکنیک رگرسیون لجستیک نیاز بود که متغیر وابسته دو بعدی باشد. به همین سبب، دامنه‌ی نمره‌ی فوق به دو قسمت تقسیم شد که از نمره‌ی ۲۸ تا ۸۴ به عنوان سلامت روان پایین یا احتمال عدم سلامت روان و نمره‌ی ۸۵ تا ۱۴۰ به عنوان سلامت روان بالا یا وجود سلامت روانی پایین است که به ترتیب با کد ۰ و ۱ مجدداً کدگذاری شده‌اند. لذا در این وضعیت استفاده

تحلیل رگرسیون لجستیک

یکی از مدل‌هایی که برای تجزیه و تحلیل و برآورد احتمال یک واقعه‌ی دوارزشی (وقوع یا عدم وقوع) مناسب است، مدل رگرسیون لجستیک است. این مدل برای مطالعاتی به کار برده می‌شود که متغیر وابسته در آنها دو ارزشی باشد. در مقاله‌ی حاضر برای آزمون مدل تحقیق از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شده است. در اینجا متغیر وابسته در تمام ابعاد آن به صورت یک متغیر فاصله‌ای درآمده و نمره‌ی آن

از رگرسیون لجستیک به برآورد مدل تخمین مؤثرتر است.

شایان ذکر است که در این مقاله شانس سلامت روانی مهاجران با نسبت احتمال وجود و یا وقوع سلامتی بر عدم وقوع یا وجود آن تبیین می‌شود. در جدول شماره‌ی ۹ نتایج حاصل از پارامترهای رگرسیون لجستیک بیان شده است. آزمون Wald در این جدول برای آزمون معناداری ضرایب محاسبه شده به‌کار برده می‌شود که در این تحقیق برای متغیرهای وضعیت تأهل، مسؤولیت اجتماعی، وضعیت مسکن، میزان تحصیلات و سن پاسخ‌گویان معنادار است. این آزمون شبیه T در رگرسیون و χ^2 در پیرسون است. با توجه به اینکه مقدار B_0 ها (ضریب رگرسیون

لجستیک) برای پنج متغیر مذکور مثبت است، مقدار $EXP(b)$ ، e^b در آنها بالاتر از یک است. نتیجه نشان می‌دهد که این متغیرها در افزایش سلامت روانی تأثیر فزاینده‌ای دارند. در این حالت نسبت بخت‌ها Odds افزایش یافته است؛ به این معنا که متغیرهای مذکور در وقوع سلامت روانی تأثیر فزاینده‌ای دارند. ضریب بتا رابطه‌ی همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته را نشان می‌دهد. مقدار مثبت آن برای پنج متغیر از وضعیت تأهل، مسؤولیت اجتماعی، وضعیت مسکن، میزان تحصیلات و سن پاسخ‌گویان نشان دهنده‌ی رابطه‌ی مثبت بین این عوامل و سلامت روانی مهاجران است.

جدول ۹ - برآورد پارامترهای مدل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی وقوع سلامت روانی

متغیر	B	S. E. Beta	Wald	معناداری	EXP(b)
وضعیت تأهل	۰/۲۷	۰/۰۴۵	۵/۵۴	۰/۰۰۷	۱/۵۹
مسؤولیت اجتماعی	۰/۶۲	۰/۱۶۰	۸/۰۲	۰/۰۰۰	۳/۲۱
وضعیت مسکن	۰/۱۲	۰/۳۳۴	۲/۳۱	۰/۰۴۷	۱/۰۲
میزان تحصیلات	۰/۱۹	۰/۴۰۶	۳/۴۳	۰/۰۲۱	۲/۹۲
سن افراد	۰/۱۷	۰/۲۷۹	۳/۳۸	۰/۰۲۷	۲/۱۴

معین پیش‌بینی می‌کند، نشان می‌دهد. مدل برآورد شده رگرسیون لجستیک در این مقاله به شکل زیر است:

$$\ln \left[\frac{\text{Pro}(e).\text{Health}}{\text{Pro}(n).\text{Health}} \right] = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

در این معادله Ln علامت لگاریتم طبیعی و b

مقدار ضرایب متغیرها در معادله‌ی رگرسیون است.

در رگرسیون لجستیک برای تفسیر از شانس یا نسبت بخت‌ها استفاده می‌کنیم. این شاخص نسبت بین دو تا احتمال است. نسبت احتمال وقوع $Pro(e)$ بر روی احتمال عدم وقوع $Pro(n)$ ، شانس را که به‌طور موفقیت‌آمیز عضویت گروهی را برای هر مورد

نشان می‌دهد. شایان ذکر است که نتایج حاصل از آزمون Hosmer and Lemeshow test نشان می‌دهد که این آزمون شاخصی از توافق بین نتایج مشاهده شده و نتایج پیش بینی شده را ارائه می‌دهد. این آماره آزمونی برای صفر است و نشان دهنده‌ی مناسب بودن مدل است، اما مدل خوب، مدلی است که مقدار معناداری آن زیاد نباشد. با توجه به اینکه معناداری این آزمون در جدول شماره ۱۰ کمتر از مقدار ۰/۰۵ است، لذا مدل مناسب داده‌هاست.

شاخص‌های برازش مدل رگرسیون لجستیک در جدول شماره‌ی ۱۰ آمده است. در این جدول از چهار شاخص برای برازش مدل استفاده شده است. یکی از شیوه‌های درست نمایی مدل شاخص -2Log Likelihood است. این شاخص در این مدل برابر ۷/۱۶ است و تا حد زیادی درست‌نمایی مدل را نشان می‌دهد. سنجه‌ی دیگری که در این مقاله برای درست‌نمایی رگرسیون لجستیک استفاده شده است، آماره‌ی Goodness of fit است. که معناداری مدل را

جدول ۱۰ - شاخص‌های برازش مدل رگرسیون لجستیک

شاخص‌های برازش مدل لجستیک	X^2	Df.	Sig.
-2Log Likelihood	۷/۱۶	۸	۰/۰۱۰
Model X^2	۴/۸۶	۱۶/۲۱	۰/۶۷
Improvement	۱۸/۳۵۴	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱
Goodness of fit	۰/۰۰۵	۰/۱۳۰	۰/۰۴۲
Hosmer and Lemeshow test	۴/۲۱	۸	۰/۷۳

آوردن مقدار تبیین شده، ابتدا قطر مربع را با هم جمع و تقسیم بر کل جمع چهار ضلع مربع کرده و سپس در ۱۰۰ ضرب می‌کنیم. نتایج به دست آمده برای این تحقیق نشان می‌دهد که ۸۵/۰۰ درصد مدل به درستی تبیین شده است.

جدول دیگری که در این تحلیل تفسیر می‌شود $\text{Classification Table}$ است. این جدول درصد پیش‌بینی‌های صحیح براساس مدل را نشان می‌دهد و بیان می‌کند که چقدر احتمال علل وقوع سلامت روانی مهاجران براساس متغیرهای موجود در مدل درست تبیین و پیش بینی شده است. برای به دست

جدول ۱۱ - موارد درست پیش‌بینی شده‌ی علل وقوع سلامت روانی در میان مهاجران

مشاهده شده	پیش‌بینی شده		
	وقوع سلامت روانی		درصد صحت
	احتمال عدم وقوع	احتمال وقوع	
احتمال وقوع	۱۳۸	۹	۸۵/۰۰
احتمال عدم وقوع	۲۱	۳۲	

۸۵/۰۰ درصد کل موارد درست پیش‌بینی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

موضوع سلامتی همواره از بدو پیدایش بشر در اعصار متمدنی مطرح بوده است، اما هر گاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمی آن را مد نظر قرار داده و به سایر ابعاد سلامتی کمتر توجه کرده‌اند. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت برخورداری کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و معتقد است که هیچ یک از ابعاد بر دیگری برتری ندارد. این موضوع برای افرادی که از یک محیط جغرافیایی به محیط جدیدی وارد می‌شوند، مسأله‌ی مهمی است. یکی از عوامل مرتبط با این وضعیت، مسئولیت‌پذیری اجتماعی مهاجران است. امروزه بسیاری از محققان بر این باورند که سلامت روانی افراد به میزان در خور توجهی به رفتار آنها در جامعه‌ی مقصد بستگی دارد. بدیهی است که در مقصد از مهاجران انتظار می‌رود با کسب مهارت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری خاص منطبق با فرهنگ جامعه‌ی جدید، در ارتباط با دیگران سلامت روانی و سازگاری با مقصد را پیاده کنند.

در این پژوهش، هفت فرضیه بررسی شد که پنج مورد آنها تأیید شد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون

نشان می‌دهد که بین مسئولیت اجتماعی و تمام ابعاد سلامت روانی مهاجران ارتباط معناداری وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد مهاجرانی که از نواحی مختلف طبرستان آمده‌اند، مسئولیت‌پذیری بیشتری داشته، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که پنج متغیر وضعیت مسکن، مسئولیت اجتماعی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سن وارد معادله‌ی رگرسیون لجستیک شده‌اند. مقدار بتا برای پنج متغیر وضعیت تأهل ($B=0/27$)، مسئولیت اجتماعی ($B=0/62$)، وضعیت مسکن ($B=0/12$)، میزان تحصیلات ($B=0/19$) و سن پاسخ‌گویان ($B=0/17$) معنادار بوده و توانسته‌اند در پیش‌بینی سلامت روانی مهاجران نقش مؤثری داشته باشند.

نتایج حاصل از این پژوهش در بسیاری جوانب با تحقیقات انجام گرفته‌ی پیشین همخوانی دارد و در جنبه‌هایی نیز به نتایج دیگری رسیده است. در تحقیقات پیشین مطالعه‌ی لهسائی و مرادی (۱۳۸۶) بر نقش سرمایه‌ی اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای متمرکز شده‌اند، سیلورا و آلبک (۲۰۰۱) نقش حمایت خانوادگی را در رفع مشکلاتی چون آشفتگی

اقوام، خویشاوندان و دوستان را ترک می‌کنند، ارزش سرمایه‌ی اجتماعی آنها سقوط می‌کند (Field, 2003:109). از دهه‌ی ۱۹۷۰ نیز شواهدی از رابطه‌ی کلی‌تر، بین سطوح سلامت و پیوندهای اجتماعی مطرح شد (ibid:57). کلمن با اشاره به مفهوم انتظارات و تعهدات به عنوان یکی از منابع سرمایه‌ی اجتماعی (Coleman, 2000) به طور تلویحی به مسئولیت اجتماعی به مثابه منبعی از سرمایه‌ی اجتماعی عمل می‌کند که باعث درگیر شدن فرد در فعالیت‌های اجتماعی جامعه‌ی مبدا شده، طبیعتاً تقویت بهداشت روانی کنشگران را در پی دارد. پاتنام^۲ نیز به ارتباط بین شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی و سطح سلامت و بهداشت اشاره می‌کند. وی چهار دلیل برای رابطه‌ی بین این دو متغیر ارائه می‌کند: ۱- شبکه‌های اجتماعی می‌توانند کمک‌های مادی مشخصی فراهم کنند که به کاهش استرس منجر می‌شود؛ ۲- این شبکه‌ها می‌توانند هنجارهای سالم و مفیدی را تقویت کنند؛ ۳- شبکه‌ها برای استفاده‌ی فرد از خدمات پزشکی به طور مؤثری می‌توانند کارها را پیش ببرند؛ ۴- تعامل واقعا به تحریک سیستم ایمنی بدن کمک می‌کند (Field, 2003). یافته‌های پژوهش حاضر، علاوه بر تأیید چارچوب نظری، تأیید کننده‌ی نظریه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی پاتنام و کلمن نیز هست. چنانچه مهاجران هنجارهای اخلاقی و اجتماعی معینی، مانند پاکیزگی شهر، مشارکت در امور شهری، حسن سلوک، عدالت، صداقت و احترام نسبت به مردم بومی را مدنظر قرار دهند، رفتار آنها در جامعه‌ی مقصد

اجتماعی، از دست دادن خویشان و فاصله‌ی جغرافیایی با مبدا مورد توجه قرار می‌دهند. استوار (۱۳۷۸) و همچنین محمدیان (۱۳۸۳) بر نقش متغیرهای جمعیتی متمرکز شده‌اند و پرنیک و بروک (۱۹۹۴) نیز بر نقش عوامل اقتصادی بر سلامت روانی تأکید کرده‌اند، در حالی که این تحقیق ضمن تأیید کردن رابطه‌ی متغیرهای جمعیتی بر متغیر مسئولیت‌پذیری مهاجران تأکید دارد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داده است مهاجرانی که در برخورد با بومیان و مردم جامعه‌ی مقصد از مسئولیت‌پذیری بیشتری برخوردارند، نه تنها باعث می‌شوند مهاجران کمتر دچار فشار روانی شوند، بلکه ارتباط دوسویه‌ی خوبی را با جامعه‌ی مقصد برقرار می‌سازند. جالب آنکه برخورد مهاجران که عامل بالقوه‌ای برای برهم زدن فشار روانی ارتباطات آنها شناخته شده، ممکن است سایر افراد بومی را نیز درگیر و دچار فشار روانی کند. بدیهی است مراقبت روانی از افرادی که از فرهنگ متفاوتی وارد می‌شوند، امر بسیار خطیری است. تأثیر مسئولیت اجتماعی و تعهد مهاجران به جامعه، دیگر افراد و خودشان برای سلامت روانی، رفاه و سازگاری اجتماعی آنها امری غیرقابل است. علاوه بر رویکرد رفتارگرا، نوسازی روانی و نظریه‌ی بری، نظریه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی هم می‌تواند تبیین‌کننده‌ی ارتباط مسئولیت اجتماعی و سلامت روان مهاجران باشد. کلمن^۱ به پدیده‌ی مهاجرت اشاره می‌کند که طی آن، سرمایه‌ی اجتماعی به علت تحرک جغرافیایی و کاهش روابط خویشاوندی تضعیف می‌شود. در واقع، هنگامی که خانواده‌ها، شبکه‌های

² Putnam¹ Coleman

می‌تواند الگوی مناسبی برای یادگیری چگونگی رفتار مناسب و تاثیرگذاری بر محیط جدید فرهنگی باشد. با توجه به این امر که سلامت، محور عدالت و توسعه‌ی جوامع در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و انسانی به شمار می‌رود و نقش خود مردم، در تأمین و ارتقای سلامت مشهود است، لذا درگیر شدن صحیح و کامل مهاجران با فرهنگ جامعه‌ی میزبان، از جمله اقدامات مؤثر در این خصوص است؛ به عبارتی، تا زمانی که مردم نتوانند عوامل مؤثر بر سلامت خود را شناسایی و کنترل کنند، تأمین و ارتقای سلامت به مفهوم کامل آن امکان‌پذیر نخواهد بود و لذا مشارکت مردم در امر سلامت، خود عامل مهمی است که همگام با اقدامات دولت باید تشویق و ترغیب گردد. در این میان، نقش شیوه‌ی زندگی افراد و عواملی مانند فرهنگ، سنت‌ها، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و نوع درک مهاجران از مفهوم سلامت و بهداشت نباید فراموش شود. علاوه بر این، ارتقای سلامت همزمان با ارایه‌ی خدمات بهداشتی به پیش شرط‌هایی، نظیر تأمین امنیت، مسکن، آموزش، غذا، اشتغال، محیط زیست مناسب و عدالت اجتماعی نیز نیازمند است.

براین اساس، لازم است تا در راستای ارتقای کیفیت سلامت روانی مهاجران، اقدامات لازم به شرح زیر انجام پذیرد:

- الف) ترویج مسئولیت‌پذیری مهاجران از طریق درگیر ساختن آنها با مسائل مدیریتی شهر؛
- ب) افزایش ظرفیت اجتماعی و توانمندسازی افراد مهاجر.

با استفاده از این اقدامات می‌توان راهبردی برای جلب تعهدپذیری و مسئولیت‌پذیری مهاجران نسبت به جامعه‌ی مقصد، پذیرش اجتماعی آنها توسط بومی‌ها و پشتیبانی آنها از سوی سیستم‌های اداری شهر تدوین نمود. چنین اقداماتی می‌تواند از جانب افراد و گروه‌ها برای به وجود آمدن شرایط بهتر زندگی مهاجران انجام شود تا به سلامتی و دستیابی به شیوه‌های زندگی سالم برای آنان بینجامد.

منابع

- ۱- ازکیا، مصطفی. (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی توسعه، تهران: کلمه.
- ۲- استوار، افشین. (۱۳۷۸). "بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغان مقیم شیراز"، فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار، سال ۵، ش ۱ و ۲، صص ۴-۱۰.
- ۳- دواس، دی. ای. (۱۳۸۱). پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه‌ی هوشنگ ناییبی، تهران: نی.
- ۴- ربانی، رسول. (۱۳۸۱). جامعه‌شناسی شهری، اصفهان: دانشگاه اصفهان.
- ۵- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۶۰)، کندوکاوها و پنداشته‌ها، تهران: شرکت سهامی انتشار
- ۶- سبحانی نژاد، مهدی. (۱۳۷۹). مسئولیت‌پذیری اجتماعی در برنامه ریزی درسی کنونی - دوره ابتدایی ایران و طرحی برای آینده، پایان‌نامه‌ی دکتری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- ۷- شارع‌پور، محمود. (۱۳۸۰). "فرسایش سرمایه‌ی اجتماعی و پیامدهای آن"، نامه‌ی انجمن جامعه‌شناسی ایران، ش ۳، سال ۱۳۸۰.

Journal of intercultural Relations, Vol. 29, pp.697-712.

17- Coleman. J. S.(2000). "Social Capital in Creation of Human Capital". in Parta Dasgupta & Smail serageldin, Social Capital, A Multifaceted Perspective. Washington: The world Bank.

18- Field, Y. (2003). Social Capital .London : Rutledge.

19- Gogh, H.G. , McClosky, H & Meehl, P. E.(1952). A Personality Scale for Social Responsibility. Journal of abnormal and Social Psychology. Vol. 47, pp. 73-80.

20- Harpham, T.(2004). "Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role For Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists". Social Science And Medicine, Vol. 39, pp. 233-245.

21- Lahsaeizadeh, A.(2002). "Migration and Urbanization", Shiraz: Zar Publication.

22- Landis, D.(2010). Globalization, Migration into Urban Enters and Cross-cultural training, International Journal of International Relations, Vol. 32, pp. 337-348.

23- Lee, J. S.; Chen, L. and Lee, B. K..(2004). "Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms among Korean International Students". International of intercultural relations, Vol.28, pp.399-414.

24- Lin, N.(1974). "Foundation of Social Research", New York: MC Grew. Hill.

25- Memery, J. Megicks, P. and Williams, J. (2005). "Ethical and Social Responsibility Issues in grocery shopping: a Preliminary Typology", Qualitative Market Research: An International Journal, Vol. 8, No. 4, pp. 399-412.

26- Nakamura, M. & Watanabe, A. M.(2006). "Global Social Responsibility: Developing A

۸- کوئن، بروس. (۱۳۷۲). مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه‌ی غلامعباس توسلی و رضا فاضل، تهران: انتشارات سمت.

۹- کیوسیتو، پیتر. (۱۳۸۳). "اندیشه‌های بنیادی در جامعه‌شناسی" ترجمه‌ی منوچهر محسنی، تهران: نشرنی.

۱۰- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی. (۱۳۸۶). "بررسی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان"، فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، ش ۲۶، صص ۱۶۱-۱۸۰.

۱۱- محمدیان، مهرداد، جعفر بواله‌ری، محبوبه دادفر و عیسی. (۱۳۸۳). "بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغانی مقیم تهران"، فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار، سال ۵، ش ۱، صص ۲۰-۲۹.

۱۲- مرادی، گلمراد. (۱۳۸۵). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران: مورد مطالعه: اسلام آبادغرب، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.

13- Azmat, F. (2010). Exploring Social Responsibility of Immigrant Entrepreneurs: Do home Country Contextual Factors Play s Role?, European Management Journal, Vol. 28, pp. 377-386.

14- Babie, E. (1995). The Practice of Social Research. New York: wadsworth Publishing Company.

15- Balbo, M. and Marconi, G. (2006). International Migration, Diversity and Urban Governance in Cities of South, Journal of Habitat International, Vol. 30, pp. 706-715.

16- Berry, J. W.(2005). "Acculturation: Living successfully in two cultures". International

Scale for Senior High School Students in Japan". *International Journal for a Advancement for Counseling*. Vol. 28, No. 3, pp. 213-226.

27- Pernice, R. & Brook, J.(1994). "Relationship of Migration Status to Mental Health". *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 40, No. 3, pp. 177-188.

28- Sakiara, I.(2002). "Mental Health of Two Communities of Japanese-Brazilians: A Comparative Study in Japan in Brazil". *Psychiatry And Clinical Neurosciences* 56, 55-64.

29- 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*, Vol. 10, pp. 306-320.

30- Ventis, L. W.(1995). The Relationship Between Religious and Mental Health. *Journal of Social Issues*, 51, 2, 33-48.

31- Yoon, E., Lee, R.M., & Goh, M.(2008). Acculturation, social connectedness, and subjective wellbeing. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, Vol.14, No. 3, pp. 246-255.

