

تشخیص اختلال روانی یا پریشانی عاطفی؟ چطور مطالعات صحت روانی در افغانستان نقش جنسیت، فرهنگ و پس زمینه جامعه افغانی را نادیده می گیرند

پیتر ونتوگل^۱ و حفیظ الله فیض^۲

MD, PhD^۱، متخصص امراض روانی و انسان شناس طبی، انستیتوت امستردام برای تحقیقات علوم اجتماعی، امستردام، هالند؛ MD^۲، کمیته سویدن برای افغانستان، کابل، افغانستان

چکیده

در طی دهه های گذشته مطالعات صحت روانی در افغانستان ارقام بسیار بلندی از شیوع مشکلات صحت روانی را در بین افغان ها پیدا کرده اند. این دیتاهای اپیدمیولوژیک پیشنهاد می کنند که اکثریت مردم افغانستان از یک مشکل روانی مثل افسردگی یا اختلال استرس پس از تروما (PTSD) رنج می برند. افغان ها چنین یافته هایی را اغلب با دیده تعجب می نگرند و شک دارند که اکثریت مردم ماحول شان از یک مریضی روانی رنج می برند. این مقاله ناهمخوانی بین یافته های مطالعاتی که از سوالنامه های کوتاه مبتنی بر علایم استفاده می کنند را با واقعیت زندگی مردم افغانستان بررسی می کند. نویسندگان این مقاله می گویند که نتایج چنین مطالعات صحت روانی باید با احتیاط تفسیر شوند و بهتر است آنها را به عنوان شاخص هایی از پریشانی روانی اجتماعی "غیر اختلال" به حساب آوریم تا یک اختلال روانی عمومی. برای درک بهتر سلامت روانی اجتماعی مردم افغانستان، دیتاهای سروی باید در بستر افغانی قرار داده شوند و به اکولوژی های فرهنگی و اجتماعی که علایم در آنها نمایان شده اند، توجه شود. بسیاری از اعراض و علایم ممکن است در واقع پاسخ هایی نارمل به زندگی کردن در شرایط سخت باشند. علاوه بر این، مطالعات صحت روانی ممکن است اصطلاحات فرهنگی پریشانی و مریضی روانی را با هم در آمیزند و اغلب این مسأله که دنیای اجتماعی افغان ها به شدت از لحاظ جنسیت تفکیک شده است را مدنظر نگیرند. تحقیقات صحت روانی آینده در افغانستان باید از ابزار تحقیقاتی که متناسب با بستر افغانستان می باشند و به لحاظ فرهنگی معتبر هستند استفاده کنند و بررسی های قوم نگارانه عمیق از پریشانی عاطفی بین افغان ها را نیز به همراه خود داشته باشند.

کلمات کلیدی: افغانستان، جنسیت، اصطلاحات پریشانی، صحت روانی، سروی ها، اعتبار

کاربردهای کلیدی در عمل

- * کارکنان MHPSS باید نتایج سروی های اپیدمیولوژیک امراض روانی در بحران های انسانی را به طور جدی مورد آزمایش قرار دهند.
- * محققین صحت روانی باید پا را فراتر از تخمین زدن ارقام شیوع اختلالات خاص روانی بگذارند و با استفاده از رویکردهای چند بعدی به صحت روانی نگاه کنند.
- * محققین کیفی می توانند دیدگاه های مهمی از تحقیقات کیفی ماحول اصطلاحات فرهنگی پریشانی که ممکن است مختص جنسیت باشند را ارائه کنند.

آدرس برای تماس: داکتر پیتر ونتوگل

peterventevogel@gmail.com

شیوه ارجاع دادن این مقاله:

Ventevogel, P., & Faiz, H. (2018). Capturing mental disorder or emotional distress? How mental health surveys in Afghanistan ignore the role of gender, culture and context. *Intervention, 16*(3), XX-XX.

نواقص^۱ اپیدمیولوژی امراض روانی در افغانستان (۱)

در اواخر سال ۲۰۰۲، حدوداً یک سال بعد از سقوط طالبان، محققینی که برای موسسه غیر دولتی Health Net TPO که یک موسسه اجرا کننده پروگرام‌های صحتی در افغانستان است کار می‌کردند، یک سروی را برای ارزیابی وضعیت صحت روانی مردم ننگرهار، یک ولایت شرقی افغانستان، انجام دادند (Scholte et al., 2004). انجام دادن یک تحقیق اپیدمیولوژیک در یک شرایط انسانی پیچیده مانند افغانستان به شدت پر چالش است. برای مثال، چطور می‌توان بدون دست داشتن آمارهای معتبر، یک نمونه نماینده از جمعیت کلان سالان یک ولایت کشوری گرفت که اکثریت جمعیت آن در زمان‌های مختلف جابه جا شده‌اند و این کار در حالی انجام داد که وضعیت امنیت همچنان نامساعد است؟ تیم تحقیق این مسایل را با استفاده از روش‌های ابداعی نمونه‌گیری و لوجیستیکی حل کردند. اما روش‌های آنها چالش‌های حقیقی که خارج از قلمرو نمونه‌گیری و لوجیستیکی می‌باشند و مربوط به روایی^۲ زمینه‌ای ابزار تحقیق مورد استفاده در سروی‌های این چنینی می‌باشند را نتوانستند حل نمایند (Ventevogel, 2005). ابزار اصلی تحقیق مورد استفاده، سوالنامه ترومای هاروارد (HTQ) و چک لیست علایم هایپکینز-۲۵ (HSCL-25) با دقت ترجمه و ترجمه معکوس شده و در یک نمونه پایلوت تست شدند ولی برای استفاده در چنین شرایط خاصی روایی‌سنجی کلینیکی نشدند. درخواست ما برای انجام یک روایی‌سنجی فرهنگی این ابزارها قبل از شروع تحقیق توسط فند دهنده‌ها که بی‌صبرانه منتظر دیدن نتایج تحقیق به زودترین فرصت بودند پذیرفته نشد. با استفاده از نقاط برش روایی‌سنجی نشده، این مطالعه میزان‌های بالای علایم افسردگی (۳۶/۵٪)، اضطراب (۵۱/۸٪) و اختلال استرس پس از تروما (PTSD) (۲۰/۴٪) را با تفاوت‌های آشکار در بین دو جنسی نشان داد. نسبت‌های عجیب و غریب زنان در مقایسه با مردان به ترتیب ۷/۳، ۱۲/۸ و ۵/۸ بودند. در عین زمان، یک مطالعه مشابه با استفاده از روش‌شناسی مشابه میزان‌های بالاتر علایم را برای افسردگی (۶۷/۷٪)، اضطراب (۷۲/۲٪) و PTSD (۴۲/۱٪) را باز هم با تفاوت‌های جنسیتی آشکار نشان دادند (Cardozo et al., 2004). راسخ، باور، مانوس و یاکوپینو (۱۹۹۸) که تحقیقی را در بین زنان افغان در دوران طالبان با استفاده از ابزار تحقیق مشابه انجام داده بودند گزارش دادند که آنها شواهدی از افسردگی اساسی در ۹۷٪ از زنان مشاهده کردند و ۸۶٪ از زنان علایم عمده اضطراب را نشان دادند و ۴۲٪ آنها معیارهای تشخیصی PTSD را پوره می‌کردند. در سال ۲۰۰۰، زمانی که طالبان

هنوز در بسیاری از مناطق افغانستان در قدرت بودند، یک مطالعه در بین ۷۲۴ زن تخمین زد که شیوع افسردگی بین زنان در مناطق تحت کنترل طالبان ۷۸٪ می‌باشد، در حالیکه در مناطق خارج از کنترل طالبان و کمپ مهاجرین در پاکستان، شیوع افسردگی به ترتیب ۲۸٪ و ۷۳٪ بود. وجود افسردگی از طریق سوالنامه ۹- ماده‌ای بله/خیر به نام PRIME MD بررسی شد که به گفته نویسندگان بسیار معتبر و بسیار حساس برای تشخیص افسردگی در کسانی است که در حال یا گذشته دچار افسردگی بوده‌اند (Amowitz, Heisler, & Iacopino, 2003). اگر چه روایی‌سنجی مورد اشاره نویسندگان در بین مریضان آمریکایی مراجعه کننده به داکتران مراقبت‌های اولیه در سواحل شرقی ایالات متحده انجام شده بود (Brody et al., 1998) که باعث تعجب است که چنین روایی‌سنجی چطور می‌تواند متناسب با شرایط افغانستان بوده باشد.

نتایج سروی که ما انجام دادیم در یک ژورنال معتبر طبی به نشر رسید که در سرمقاله آن ژورنال این سوال مطرح شده بود که آیا میزان‌های شیوع گزارش شده توسط شولته و همکاران^۳ (۲۰۰۴) و کاردوزو و همکاران^۴ (۲۰۰۴) را می‌توان به عنوان میزان‌های نماینده معتبری از شیوع اختلالات روانی به حساب آورد؟ خوب است در اینجا بخشی از این سرمقاله را نقل قول کنیم:

"ممکن است دیتاها آنقدر هم برای تعیین میزان‌های مریضی روانی و اطلاع‌رسانی مداخلات متمرکز یا مداخلات کلینیکی مفید نباشند. ابزارهای غربالگری استفاده شده در هر دو مطالعه - HSCL و HTQ - در اصل برای تمیز دادن بین اختلال روانی و عکس‌العمل‌های نارمل به استرس شدید محیطی طراحی نشده بودند. برای مثال، اکثر علایم ارزیابی شده در HSCL (از دست دادن اشتها، احساس غمگینی، مشکلات خواب، از دست دادن علاقه و انرژی) ممکن است در کسی که هیچ درآمدی ندارد، از فقدان حمایت‌های معمول محیطی و اجتماعی رنج می‌برد و از آینده خود شدیداً نامطمئن است نیز دیده شوند. به همین شکل، علایمی که توسط HTQ ارزیابی شده‌اند (مثل کابوس‌های شبانه، احساس جدا افتادگی، بیقراری، تحریک‌پذیری و رفتار اجتنابی) ممکن است در کسی که هنوز در یک محیط خطرناک و به شدت استرس‌زا زندگی می‌کند مشاهده شوند. افغانستان با تاریخچه اخیر، بی‌ثباتی مداوم و خشکسالی ویران کننده آن به وضوح یک محیط خطرناک و به شدت استرس‌زا می‌باشد. بنابراین، تفسیرها از نتایج این دو

۱. Pitfalls

۲. روایی

۳. Scholte et al

۴. Cardozo et al

که نقاط برش مطلوب سوانامه‌ها برای زنان نسبت به مردان متفاوت بودند. وریانس جنسیت در استفاده از SRQ-20 بعدها در یک مطالعه که SRQ-20 را با یک ابزار تولید شده محلی برای پریشانی روانشناختی - چک لیست علایم افغانی (ASCL) - مقایسه می‌کرد نیز یافت شد. در این مطالعه ASCL و SRQ-20 همپوشانی شدیدی در روایی بیرونی و روایی سازه داشتند. ASCL وریانس بیشتری را برای زنان ولی نه برای مردان به دست آورده بود (راسموسن^۲، ونتوگل، سان سیلیو^۳، اگرمن^۴ و پانتر-بریک^۵، ۲۰۱۴)

تحقیق در هلند در بین زنان پناهنده افغان با تجربه خشونت جنسی نشان می‌دهد که اگرچه زنان نمرات بالای سوانامه‌های مبتنی بر علایم مانند HTC و HSCL-25 را داشتند، ولی عوامل تعریف کننده عمده برای رنج و سلامتی کنونی آنها با شرایط بین فردی و اجتماعی آنها مرتبط بودند (Tankink, 2009). به همین شکل، در یک تحقیق در دهه ۱۹۸۰ در بین زنان پشتون که از پاکستان به بریتانیا مهاجرت کرده بودند، نمرات علایم مقیاس‌های صحت روانی نتوانستند وضعیت روانی آنها را به خوبی تشخیص بدهند زیرا نه شرایط اجتماعی و نه ایدیولوژی مشترک پاسخ‌دهندگان مدنظر گرفته نشده بودند، درحالی‌که این عوامل به طور عمده بر معنای علایم برای افراد تاثیرگذار می‌باشند (Curren, 1986).

زندگی‌های اجتماعی یک سروی اپیدمیولوژیک

سروی ننگرهار در ما یک احساس عمومی ناراحتی باقی گذاشت که با مسأله تمایز بین "پریشانی غیر اختلال" و اختلال روانی مرتبط می‌باشد. اگر منصفانه ببینیم، تحقیق شولته و همکاران (۲۰۰۴) به دقت از صحبت کردن در مورد شیوع اختلال روانی اجتناب می‌کند و به جای آن از اصطلاحاتی مثل "نمرات علایم" و "میزان‌های علایم" استفاده می‌کند. اگرچه این نکته ظریف اغلب نادیده گرفته شد: یافته‌های مقالات نشر شده در ژورنال انجمن طبی آمریکا (JAMA) (کاردوزو و همکاران، ۲۰۰۴؛ راسخ و همکاران، ۱۹۹۸؛ شولته و همکاران، ۲۰۰۴) مکرراً در رسانه‌ها برای نشان دادن این نکته استفاده شدند که اکثریت جمعیت افغانی از اختلالات روانی رنج می‌برند (بادخن^۶، ۲۰۱۲). برای مثال یک ژورنالیست به نام حسرت ناظمی^۷ (۲۰۱۲) نوشت که مریضی روانی در افغانستان بسیار شایع است و راسموسن (۲۰۱۵) به "یک اپیدمی اختلال روانی در

تحقیق باید شامل این باشند که آیا علایم گزارش شده در بین پاسخ دهندگان افغان نمایانگر آسیب‌شناسی واقعی می‌باشد یا نشان دهنده یک پاسخ طبیعی به شرایط شدیداً غیرطبیعی می‌باشد (Bolton & Betancourt, 2004, p. 627).

این انتقاد بسیار ریشه‌ای ولی منصفانه و غیر منتظره بود. در حقیقت، نویسنده اصلی مطالعه افغانی دیگر در جستجو برای ارائه توضیحی بر این موضوع که چرا مطالعه آنها هیچ ارتباط آشکاری بین حوادث تروماتیک و علایم PTSD نیافته است به این مسأله به طور سربسته اشاره می‌کند:

"فقر شدید و تشویش‌های روزمره برای زنده ماندن ناشی از دشواری‌های اقتصادی به طور عمومی باعث استرس می‌شوند. در افغانستان، عوامل اجتماعی و اقتصادی ممکن است عوامل خطر مهمتری نسبت به حوادث تروماتیک برای PTSD باشند (Cardozo et al., 2004, p. 583)

انتقاد بولتون و بتانکورت^۱ یادآوری کننده یکی از مهمترین درس‌هایی است که افغانستان به ما یاد داد: "درد و رنج افغان‌ها را کمتر از حد و آسیب‌شناسی روانی آنها را بیش از حد برآورد نکنید." به این ترتیب، وقتی که فرصت برای انجام یک مطالعه روایی سنجی کلینیکی فراهم شد، ما به شدت از آن استقبال کردیم. ما یک نمونه تصادفی از ۱۱۶ مریض پشتو زبان (۵۳ مرد، ۶۳ زن) مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های صحتی اولیه در شرق افغانستان را انتخاب کردیم و HSCL-25 و نیز سوانامه خودگزارش دهی SRQ-20 که توسط سازمان صحتی جهان (۱۹۹۴) به عنوان یک ابزار موردیابی برای تشخیص اختلالات شایع روانی در تحقیق و کار کلینیکی تهیه شده بود را اجرا کردیم. در مقایسه با نتایج مصاحبه روانی ساختار یافته، هر دو سوانامه دربردارنده موادی بودند که اختلالات روانی را به درستی شناسایی می‌کردند و سطح زیر منحنی هر کدام به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ بود. این نتایج تحقیق، روشنایی تازه‌ای بر نتایج مطالعات قبلی در افغانستان با استفاده از HSCL-25 تاباند و ما نتیجه گرفتیم که این مطالعات شیوع اختلالات روانی بین زنان را بیش از حد تخمین زده و شیوع در بین مردان را کمتر از حد برآورد کرده بودند (ونتوگل و همکاران، ۲۰۰۷).

روایی محدود HSCL-25 در بین افغان‌ها بعدها در تحقیقات روی پناهندگان افغان در جاپان (Ichikawa, Nakahara, & Wakai, 2006) تأیید شد. یک یافته مهم مطالعه ما این بود

۱. Bolton and Betancourt

۲. Rasmussen

۳. Sancilio

۴. Eggerman

۵. Panter-Brick

۶. Badkhen

۷. Hasrat Nazimi

چطور می توان اپیدمیولوژی صحت روانی را در افغانستان بهبود بخشید؟

به طور کل، استفاده از سوالنامه‌های کوتاه مبتنی بر خودگزارش‌دهی علایم باعث می‌شود که تخمین‌های شیوع اختلالات صحت روانی در شرایط پس از جنگ بیش برآورد شود زیرا این خطر وجود دارد که عکس‌العمل‌های پریشانی سازگارانه با آسیب‌شناسی روانی در هم آمیخته شوند. (Rodin & van Ommeren, 2009; Tol, Rees, & Silove, 2013). مطالعاتی که از ابزارها با معیارهای کلینیکی برای اختلالات روانی استفاده می‌کنند (اندازه‌گیری مجموعه علایم خاص، مدنظر گرفتن مدت و شدت علایم و از دست دادن عملکرد) تخمین‌های بسیار پایین‌تری را از شیوع اختلالات ارائه می‌کنند. برای مثال، ابتکار سروی صحت روانی جهانی، با استفاده از یک مصاحبه تشخیصی امراض روانی کاملاً ساختارمند (مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب - CIDI) شیوع داشتن هرگونه اختلال روانی را در یک محدوده از ۴/۵٪ (چین) تا ۲۶/۴٪ (ایالات متحده) تخمین زده است (Demyttenaere et al., 2004). در افغانستان، کمیسیون اروپا و وزارت صحت عامه اخیراً یک سروی ملی را برای تخمین دقیق‌تر شیوع اختلالات روانی را با استفاده از CIDI انجام داده‌اند. نتایج تا هنوز منتشر نشده است ولی انتظار می‌رود که ارقام شیوع به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از سوالنامه‌های خودگزارش‌دهی باشند. اگرچه چنین داده‌هایی بدون شک اساسات قوی‌تری را برای پالیسی‌سازی فراهم می‌سازند، ولی ما معتقدیم همه مشکلات مربوط به روایی فرهنگی و زمینه‌ای با استفاده از ابزارهای کلینیکی برطرف نمی‌شوند.

در ادامه این مقاله از مطالعات قوم‌نگاری در افغانستان استفاده شده تا بر اهمیت عوامل فرهنگی و زمینه‌ای در بیان علایم صحت روانی در افغانستان روشنی افکنده شود. ما بر دو جنبه خاص تمرکز خواهیم کرد: (۱) تفاوت‌های جنسیتی در بیان پریشانی عاطفی و (۲) اهمیت اصطلاحات فرهنگی. (۳)

دنیای عاطفی مردان و زنان افغان

مردان و زنان افغان در بیان صحت و پریشانی عاطفی خود بسیار متفاوت از یکدیگر می‌باشند. برای درک این موضوع، نیاز است که ما به دنیای اجتماعی جنسیت‌زده افغانستان نگاهی عمیق‌تر بیاندازیم. مهم‌ترین صفات زنان افغان "پذیرش، رنج کشیدن و صبر" است (Billaud, 2015, p. 201). چنین ارزش‌هایی در عنعنات قبیلوی تصریح و تقدیس می‌شوند و زمینه‌ای را فراهم می‌سازند که زنانی که فضای اندکی برای حضور در محیط عمومی دارند می‌توانند آزادانه و نسبتاً به آسانی دشواری‌ها و درد عاطفی خود را بیان کنند

افغانستان "اشاره می‌کند. این مسأله نه تنها در رسانه‌های معروف رخ داد بلکه در مجلاتی مانند لنست^۱ (احمد، ۲۰۰۴) و راپورهای بانک جهانی (سید، ۲۰۱۱) نیز منعکس شده است. به همین ترتیب سیاست‌گذاران به شمول وزرای متعدد صحت عامه افغانستان به این تحقیقات و تحقیقات دیگر استناد می‌کنند و بیان می‌دارند که اکثریت جامعه افغانی از یک اختلال روانی رنج می‌برند. برای مثال دکتر محمد امین فاطمی وزیر وقت صحت عامه در سال ۲۰۰۹ بیان داشت که {...} مطالعات انجام شده توسط سازمان‌های ملی و بین‌المللی نشان می‌دهند که ۶۶ فیصد افغان‌ها از اختلالات استرس و مشکلات روانی رنج می‌برند (IRIN, 2009). همتای بعدی وی، دکتر ثریا دلیل در سال ۲۰۱۰ گفت که بیش از ۶۰ فیصد افغان‌ها از مشکلات صحت روانی رنج می‌برند (آژانس خبری AFP، ۲۰۱۰). همکاران افغان ما در NGO بسیار تحت تأثیر قرار گرفته بودند که در مقاله‌ای سهیم بوده‌اند که در یک ژورنال طبی معتبر به چاپ رسیده بود ولی وقتی دریافتند که نتایج نشان می‌دهد که اکثر افغان‌ها بخصوص زن‌ها یک اختلال روانی دارند با ناباوری عکس‌العمل نشان دادند. این یافته‌ها با واقعیتی که آنها در زندگی روزمره تجربه می‌کردند همخوانی نداشت. زندگی که در آن مردم رنج زیادی تحمل می‌کردند و در مورد سختی و دشواری دوامدار ناشاد بودند ولی قدرت و شجاعت ادامه آن را یافته بودند و بسیاری از آنها قادر بودند که کامیاب شوند و مشخصاً در دام مریضی روانی گرفتار نشده بودند. (۲)

تأثیرات اعلان اینکه اکثر افغان‌ها مصاب به مریضی روانی هستند مطمئناً باعث جلب توجه بیشتر به صحت روانی در بین سیاست‌گذاران شده بود و نیاز عاجل برای انجام دادن اقدامات جهت تقویت خدمات صحت روانی را برجسته ساخته بود. در دسامبر ۲۰۰۴، چند ماه بعد از انتشار مقالات JAMA، وزیر جدید صحت عامه افغانستان در اولین اعلان پالیسی خود بیان داشت که مسایل صحت روانی سومین اولویت کاری وی در ۵ سال آینده می‌باشد (فاطمی، ۲۰۰۴). البته مشخص نیست که آیا وزیر صحت عامه برای در اولویت قرار دادن صحت روانی واقعاً به این دیتاها ضرورت داشته یا خیر. در هر صورت، علاقمندی دونه‌های مالی برای سرمایه‌گذاری در صحت روانی افغان‌ها در طی سال‌های پسین افزایش یافت (Epping-Jordan et al., 2015; Missmahl, 2018; Ventevogel, Faiz, & van Mierlo, 2011) و سروی‌های اپیدمیولوژیک امراض روانی هشدار دهنده ممکن است به رشد آگاهی در مورد مراقبت‌های صحت روانی در جامعه بین‌المللی و در بین دونه‌ها سهیم عمده‌ای را ایفا کرده باشند.

۱. Lancet

خوشحال خان ختک، ارجاع شده در کلین من^۲، ۲۰۰۴

شعر ختک مشخصات اصلی یک مرد پشتون بودن را به نمایش می‌گذارد که تنها در مورد مردانگی (نرتوب) می‌باشد، صفت مطلوب یک مرد که یک مرد واقعی یا جوانمرد است و شامل داشتن غرور، شجاعت، قدرت، نترس بودن و جرأت ورزی است و در عین حال شامل حمایت از حقوق ضعیفان، دستگیری از فقرا، دفاع از زنان و اطفال و توانایی مدیریت تنش‌ها و اختلافات اجتماعی می‌باشد (۴). یک مرد بودن به معنای غیرت داشتن است، ظرفیت اعمال اقدام مؤثر زمانی که ناموس و عزت فرد توسط شخص دیگری که بی‌احترامی یا رفتار ناشایست عمومی نشان می‌دهد به خطر می‌افتد (Chioyenda, 2015). لیلا سلیمان خیل که تجربیات از دست دادن عزیزان را در بین مردان جوان پشتون و پاکستانی را در منطقه سرحد افغانستان و پاکستان مطالعه کرده است، متوجه شده است که غم و ناراحتی مردان در مورد فقدان‌های بین فردی شان در روایت‌هایی در مورد تجربه فقدان مرتبط با ارزش‌های همگانی، تهدیدها علیه مذهب و رسم و رواج زندگی پشتون‌ها گنجانده شده بود. یکی از پاسخ‌دهندگان در تحقیق وی این چنین بیان داشته است:

"همه به خاطر حمایت از غیرت‌شان ناراحت و وحشت زده بودند. وقتی به مردم گفته شد که خانه‌های‌شان را ترک کنند، خانه‌های آنها توسط افراد ناشناس غارت شد که حالی کسی ریشان را گرفته نمی‌تواند. برای ما پشتون‌ها اینکه به حریم خانه ما تجاوز بشه یک بی عزتی بزرگ است. این یک غم بزرگ است که ببینی که چی بر سر مردم ما آمده چرا که برای ما حمایت از جامعه پرافتخار ما مثل حمایت از فامیل ما است."

(سلیمان خیل، ۲۰۱۳، ص. ۱۷۲)

کاترین پانتربریک و مارک اِگرمَن در مطالعه ابتدایی‌شان روی تاب‌آوری^۴ نشان دادند که چطور مفاهیم فرهنگی مثل عزت، وحدت فامیلی و امید نقش عمده‌ای در ایجاد تاب‌آوری در دشواری‌ها بازی می‌کنند (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Panter-Brick & Eggerman, 2012; Panter-Brick, Eggerman, Gonzalez, & Safdar, 2009; Panter-Brick, Eggerman, Tol, & Goodman, 2011). تحقیق آنها نشان داد که چطور این چنین ارزش‌های فرهنگی تنها یک ویژگی فرهنگی نیستند - و تأثیرات گسترده‌ای دارند. همان ارزش‌های فرهنگی که ممکن است کمک کنند تا افراد جنگ و فلاکت را تحمل کنند، می‌توانند به شکل یک جاکت خشک و سخت عمل کنند که آزادی و راحتی افراد را

و در بین یکدیگر به دنبال حمایت برآیند (van Mierlo, 2012). مطالعه قوم‌نگاری در بین پشتون‌های ولایت‌های مرزی شمال غربی پاکستان نشان داد که هنجارهای فرهنگی زنان را تشویق می‌کند که در ملاء عام غم و اندوه خویش را از طریق روش‌های سوگواری و داستان سرایی که به لحاظ فرهنگی تعریف شده هستند بیان کنند (گریما^۱، ۱۹۹۳). زنان با بیان درد و رنج خویش در بین هم‌تایان زن خود مقام و منزلت پیدا می‌کنند (گریما، ۱۹۹۳). بر اساس گریما، تجربه درد و رنج، اجزای اصلی "احترام و منزلت زنانه" را در بین پشتون‌ها تشکیل می‌دهد. یک ضرب‌المثل معروف پشتو می‌گوید: "زن با رنج به دنیا می‌آید، با رنج ازدواج می‌کند و با رنج از دنیا می‌رود" (سنا الدین^۲، ۲۰۱۵). به همین شکل، زنان پشتون روستایی در افغانستان یک فرهنگ داستان‌سرایی ماحول رنج و مریضی، رفتن به زیارت‌ها، وابستگی به تعویذ (طلسمی که از آیه‌های قرآن نوشته شده بر تکه‌ای از کاغذ درست شده است که در کیسه‌ای چرمی یا پارچه‌ای پیچانده شده است) و روش‌های شفایابی جایگزین مرتبط با عقاید مذهبی دارند (گریما، ۲۰۰۲، ص. ۳۹). غمگین بودن در میان جمع لزوماً چیز خجالت‌آوری برای زنان افغان نیست و در واقع ممکن است تنها راه جلب حمایت اجتماعی و دسترسی به منابع بیرونی باشد.

برای مردان، خلاف این مسأله صدق می‌کند. احترام و منزلت مردانه ماحول دل‌آوری و تحمل درد بدون نشان دادن آن و نمایش بی‌تفاوتی نسبت به مریضی و رنج خودشان متمرکز می‌باشد. برای مردان پشتون، نمایش عمومی هیجانات از قبیل غم، ترس، حسادت و تنش نشانه‌ای از ضعف و بیانگر فقدان رقت انگیز خودکنترولی می‌باشد (Glatzer, 1998; Lindholm, 1988, p. 233). البته این بدان معنا نیست که مردان پشتون این هیجانات و عواطف را حس نمی‌کنند، بلکه تنها بدان معنی است که بیان بیرونی عواطف در آنها محدود می‌باشد (Lindholm, 1982, pp. 191-192). شاید این ارزش که عواطف را باید در درون نگه داشت و وجود آنها را برای دنیای بیرون انکار نمود به منظور اجتناب از تحقیر و شرمندگی می‌باشد که به خوبی توسط خوشحال خان ختک، شاعر بزرگ حماسی پشتون در قرن ۱۷ به تصویر کشیده شده است.

"اگر آرزو داری که هیچ وقت پیش هیچ کس شرمنده نباشی بهتر است که حتی کوچکترین چیزها را در قلب خود نگاه داری بگذار قلب تو در درون خود خون بگیرد اگر قرار است چنین باشد ولی راز هایت را به خوبی از دوست و دشمن پنهان نگاه دار"

۱. Grima
۲. Sanauddin
۳. Kleinman
۴. Resilience

ولی اختصاصاً اگر با یک صفت مثل "جور" (زیاد) همراه شود اشاره می‌کند به شخصی که بسیار اندوهگین است و کسی که همیشه در مورد بدی‌هایش در زندگی فکر می‌کند، بسیار تشویش می‌کند، خودش را منزوی ساخته است، خواب و خوراک مناسب ندارد و علایم جسمانی مثل قیدی سینه، جیگر خونی (خونریزی کبد)، سنگینی و مشکلات معده را گزارش می‌کند. این یافته‌ها با توصیفات عمیق درد و رنج عاطفی یک مهاجر افغان به بریتانیا توسط خان (۲۰۱۳، ص. ۵۲۱) همخوانی دارد. مصاحبه‌شونده وی خپگان را به عنوان "احساس ناراحتی" توصیف می‌کند که به شکل کیفی متفاوت از غم (Sadness) یا تکلیف داشتن (صدمه دیدن، احساس درد) می‌باشد. خپگان شدیدتر از غم است و بر ناامیدی دلالت می‌کند و ممکن است از طریق اتهام زدن، سرزنش، تنبیه یا خصومت با خود بیان شود.

۲) وسواسی، که مشخصات آن تشویش مداوم در مورد مسایل روزمره و غیر مهم، فکر کردن زیاد، انزوای اجتماعی و اعمال تکراری می‌باشد. برای مثال اگر یک شخص دارای وسواس به شهری سفر کند، وی همیشه به این فکر است که برای فامیلش چی اتفاق ممکن است بیافتد. یک مفهوم مرتبط دیگر "چرتی" است که به معنای فکر کردن زیاد است. چرتی بودن با علایم جسمانی از قبیل قیدی سینه و سردرد همراه است.

۳) وهمی، که به معنای ترس غیر منطقی، به آسانی وحشت کردن و دیدن خواب‌های وحشتناک است. این ترس بر مبنای حوادث واقعی نیست ولی در ذهن شخص می‌باشد و بسیار باعث آزار وی می‌شود. خیال‌پردازی ممکن است به طور موقت جان‌نشین واقعیت شود: دیدن تصاویر و شنیدن صداها، مثل صدای پرندگان و سگ‌ها ممکن است تجربه شوند در حالیکه واقعی نمی‌باشند. تصور می‌شود وهمی بودن ناشی از حوادث بدی است که در گذشته رخ داده است مثل مرگ اعضای فامیل یا دقیق‌تر بگوییم ناشی از غمی که توسط این حوادث ایجاد شده است.

۴) پریان، (تسخیر شده توسط ارواح) توسط حمله‌های کاذب توصیف می‌شود و می‌تواند همراه با شکایات جسمانی متنوع باشد. مفهوم پریان یا پری کم و بیش شبیه جن در دنیای عرب می‌باشد (Sidky, 1990). اطفال و زنان بیشتر از دیگران به حملات پریان آسیب‌پذیر هستند. پریان باعث آشفتگی و رفتار آشفته می‌شود و زنانی که تسخیر شده‌اند اغلب اشکالی از مریضی‌ها و مشکلات در اجرای نقش زنانه خود در خانواده را نشان می‌دهند. تسخیر شدن توسط جن ممکن است مشروعیتی را برای رفتارهای غیر عادی فرد فراهم کند که در غیر این صورت توسط دیگران غیر قابل پذیرش می‌باشند. (اندرسون، ۱۹۸۵؛ تاپر، ۱۹۹۱). تکنیک

از آنها می‌گیرد. آندریا چیو وندا^۱، انسان‌شناس، در تحقیق قوم‌نگاری‌اش در مورد مردانگی در بین مردان پشتون در جلال آباد دریافت که:

"شواهد قابل توجهی وجود دارد که مردانی که من با آنها مصاحبه کردم الگوهای مستحکم تضادهای روانشناختی درونی، تناقضات و رنج فراوانی را تحمل می‌کردند تا با استانداردهای غیر قابل خدشه رفتار و نگرش تشکیل دهنده "مرد پشتون واقعی بودن" تطابق پیدا کنند."

(چیو وندا، ۲۰۱۵)

ارتباط مردان افغان با اصطلاحات فرهنگی مشترک اغلب یک دلیل تضادهای روانی مرتبط با "یک طرد درونی اصطلاحات مشترک فرهنگی در کنار انطباق با دستورات اجتماعی" بوده است (چیو وندا، ۲۰۱۵).

این مرور کوتاه و سطحی از روش‌های مختلفی که مردان و زنان پشتون با عواطف خود ارتباط برقرار می‌کنند، و اینکه انتظار می‌رود چطور آنها را بیان کنند ممکن است کافی باشد برای توضیح این مسأله که مردان و زنان افغان تمایل دارند به سوالات در مورد وضعیت عاطفی خود به شیوه‌های متفاوتی پاسخ دهند.

اصطلاحات پریشانی

جدای از این نگرش‌های مختص جنسیت در مورد بیان پریشانی عاطفی، بسیار مهم است بدانیم که مردم در افغانستان چطور مسایل صحت روانی را مفهوم‌سازی می‌کنند. در افغانستان، بیان پریشانی روانشناختی لزوماً خود را در اصطلاحات روانشناختی نمایش نمی‌دهند (فیش و پوپل^۲، ۲۰۰۳). برای مثال بیوزرنه^۳ (۲۰۰۸) که تحقیقی را در بین زنان شیرده در کابل در اولین سال‌های پس از طالبان انجام داده است دریافت که "نداشتن شیر کافی" اغلب یک روش پذیرفته شده برای مادران برای بیان پریشانی روانشناختی‌شان می‌باشد و این اصطلاح اغلب با علایم افسردگی مادر مرتبط بوده است.

در اگوست و سپتمبر ۲۰۰۲ که اولین سال‌های حضور من در افغانستان بود، ما طبقه‌بندی‌های محلی مریضی روانی در بین مردم در قریه‌جات اطراف جلال آباد را با استفاده از تخنیک‌های کیفی از قبیل "بحث‌های گروه‌های متمرکز" و "دسته‌بندی کارت‌ها" بررسی می‌کردیم (Bolton, 2001; Bolton & Tang, 2004). برجسته‌ترین اصطلاحات اینها بودند:

۱) خپگان که معنای تحت‌اللفظی آن غم و ناراحتی است،

۱. Andrea Chioyenda

۲. Fish & Popal

۳. Bizouerne

افسردگی چیستند و زنان آشکارا به پدیده‌های بیشتری به عنوان علامت‌های افسردگی اشاره کردند از جمله رنگ پریدگی، مزه تلخی در دهان، گیجی، تعریق بیش از حد کف دستان، تنفس دشوار، شنیدن صداهای آزار دهنده در گوش‌ها، سیاهی رفتن چشم‌ها، سوءهاضمه و سرد شدن دست و پاها (عالمی و همکاران، ۲۰۱۷).

این مفاهیم دری افغانی همپوشانی‌هایی با اصطلاحات فارسی پریشانی که در بین ایرانیان استفاده می‌شود دارد، از قبیل، ناراحتی (پریشان بودن) که ممکن است شامل غم و سوگ (غم و غصه) یا تشویش بیش از حد (زیاد فکر کردن) و تشویش (نگرانی) شود. کلمه مرتبط با قلب (ناراحتی قلب)، مشخص کننده درد در سینه و احساس فشرده شدن قلب است، کلمه مرتبط با سیستم عصبی (ناراحتی اعصاب) مشخص کننده "پریشانی عصب‌ها" می‌باشد که با تحریک‌پذیری، ضعف و خستگی همراه است (Good, Good, & Moradi, 1985; van Marrewijk, 1997). مسلماً وجود اصطلاحات پریشانی به معنی نبود علائم PTSD و افسردگی نمی‌باشد. بر عکس، میلر و امیدیان دریافتند که علائم PTSD به اندازه مطالعه اپیدمیولوژیک ما در نگرهار شایع می‌باشد. اما آنها همچنین دریافتند که داشتن تجربه حوادث تروماتیک همبستگی قوی‌تری با اختلال PTSD نسبت به اختلال افسردگی، اضطراب یا پریشانی عمومی نداشت آنگونه که نتایج اندازه‌گیری این اختلالات با استفاده از سوالنامه ASCL (سوالنامه‌ای که به طور محلی و با استفاده از اصطلاحات پریشانی افغانی تهیه شده بود) نشان می‌داد. مهم‌تر از آن، مشخص شد که داشتن علائم PTSD باعث مختل شدن شدید عملکرد اجتماعی پاسخ‌دهندگان نشده بود در حالی که داشتن علائم افسردگی باعث چنین اختلال عملکردی شده بود (میلر، امیدیان، راسموسن، یعقوبی و داوودزی، ۲۰۰۸). شرایط استرس‌زای زندگی روزمره در کابل تفاوت فاحش کیفیت صحت روانی و عملکرد روانی اجتماعی را به خوبی توضیح می‌دهد. میلر و همکاران (۲۰۰۹، ص. ۲۳۳) نتیجه می‌گیرد که PTSD کاربرد کلینیکی محدودی در افغانستان دارد در حالیکه افسردگی یک سازه بسیار مفیدتر برای مردم کابل می‌باشد: "چیزی که برای افغان‌ها چشمگیر است غم شدید ناشی از تجربه خشونت و خرابی و از دست دادن عزیزان است." این برداشت همخوانی بسیار نزدیکی با تجربه ما در نگرهار دارد. در جریان ده‌ها ترینینگی که برای کارکنان صحتی و اعضای جامعه برگزار شد، ما توصیف PTSD را برای افغان‌ها بسیار دشوار یافتیم. افغان‌ها کلمه‌ای برای توصیف آن نداشتند و به نظر نمی‌رسید که علائم PTSD را آنطور که به یکدیگر مرتبط می‌باشند شناسایی کنند. در مقابل،

و ویسما^۱ (۲۰۰۵) حملات کاذبی را توصیف کردند که در بین زنان نگرهار شایع بود و اغلب آشکارا به پریان نسبت داده می‌شدند و به وضوح با خشونت‌های فAMILI مرتب بودند و به همین ترتیب به وضوح جزو "اصطلاحات پریشانی" به حساب می‌آمدند. تسخیر توسط جن پدیده‌ای است که به شکل گسترده در افغانستان و کشورهای اطراف گزارش شده است. در ولایت بلوچستان ایران که هم مرز با جنوب غرب افغانستان می‌باشد یک سروی مقطعی روی یک نمونه تصادفی از ۴۱۲۹ کلانسال در مناطق روستایی نشان داد که شیوع سندروم تسخیر توسط جنیات در بین زنان ۱٪ می‌باشد (بخشانی، حسین پور و کیان پور، ۲۰۱۳). علائم گزارش شده عبارت بودند از: فلج و بی‌حسی اعضا، تغییر هوشیاری، گنگی، خنده، گریه، گفتار نامفهوم و دیدن و شنیدن چیزهایی که واقعی نیستند. در افغانستان در سروی کاردوزو و همکارانش (۲۰۰۵)، ۸٪/۱۰٪ زنان و ۷٪ مردان علائم تسخیر شدن توسط جنیات را در یک ماه گذشته گزارش کردند.

گروپ تحقیقاتی همراه روانشناس کن میلر^۲ و انسان‌شناس پاتریشیا امیدیان^۳ کار بسیار بزرگی را در مورد بیانات افغان‌ها از احساس ناراحتی عاطفی انجام داده‌اند. بر اساس روش قوم‌نگاری سریع، آنها اصطلاحات مختلفی را در بین افغان‌های کابل شناسایی کردند مثل جیگر خون (معنای تحت‌اللفظی آن "خونریزی کبد" است، که در زمان حوادث شدیداً دردناک در زندگی شخص یا بعد از استرس مزمن رخ می‌دهد)، عصبی (عصبی و تحریک‌پذیر بودن) و فشار که یک وضعیت درونی فشار و/یا آشفتگی هیجانی یا برعکس آن وضعیت انرژی و انگیزه اندک می‌باشد (میلر و همکاران، ۲۰۰۶؛ امیدیان و میلر، ۲۰۰۶). تحقیق کیفی قبلی در کابل مشخص کرده بود که چطور اطفال در کابل از ذخیره لغات غنی و پیچیده برای بیان وضعیت‌های عاطفی منفی استفاده می‌کردند (بری و همکاران، ۲۰۰۳) (۵). همکاران قیس عالمی نیز مفاهیم مشابهی را در بین مهاجرین فارسی زبان در ایالات متحده پیدا کردند و اشاره کردند که موارد کاربرد "عصبی" عمدتاً برای مشخص کردن عدم سلامتی روانی می‌باشد که گاهی اوقات می‌تواند به جای غم یا "ناراحتی بدون دلیل" نیز استفاده شود (عالمی، جیمز، مونتگمری، ۲۰۱۶). همچنین افراد از کلمه افسردگی (به زبان دری) برای اشاره به Depression استفاده می‌کردند. در یک مطالعه دقیق دیگر، باز هم در ایالات متحده، افسردگی به طور کلی به فقدان شدید و چندگانه اطلاق می‌شد که از طریق علائم زیر بیان می‌شد: عصبی (تحریک‌پذیری)، گوشه‌گیری (انزواي خود)، غمگین (غم و اندوه) و جیگر خونی (غم پس از از دست دادن عزیزان) (عالمی، ویلر، مونتگمری و جیمز، ۲۰۱۷). محققین همچنان از پاسخ‌دهندگان سوال کردند که به نظر آنها اعراض و علائم

۱. Tankink & Wysma

۲. Ken Miller

۳. Patricia Omidian

معنی دار هستند می‌توانند به رواج اصطلاحات برجسته که پریشانی را توصیف می‌کنند، منجر شوند. استفاده از ابزارهای کلینیکی که به شکل متناسب روایی‌سنجی شده‌اند کیفیت نتایج دیتاهای سروری‌ها را به خوبی ارتقاء خواهند داد. ولی این کار لزوماً درک ما را از شرایط زندگی کسانی که مورد مطالعه قرار می‌دهیم افزایش نخواهد داد و نه کمک می‌کند که از شبکه پیچیده معانی مرتبط با استفاده از اصطلاحات برای وضعیت‌های عاطفی گره‌گشایی کنیم. برای این کار ما باید رویکردهای کیفی را استفاده کنیم که تجربیات شخصی درد و رنج را در روایت‌های کلان‌تر خشونت ساختاری، منازعات مسلحانه و تغییر اجتماعی فرهنگی و اقتصادی جاسازی می‌کنند. علاوه بر اینها، تحقیقات صحت روانی در افغانستان باید دربردارنده توضیحات قوم‌نگاری عمیق نیز باشند تا یک شرح دقیق‌تر و جامع‌تر از رنج عاطفی مردم افغانستان ارائه کنند.

حمایت مالی و اسپانسر

خیر

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی وجود ندارد

توصیف افسردگی آسان بود زیرا مردم می‌توانستند با آن ارتباط برقرار کنند و به سرعت کلمات و اصطلاحاتی را برای توصیف آن پیدا می‌کردند و افرادی که از آن رنج می‌بردند را به خاطر می‌آوردند. مردم در ننگ‌ها غم شدید در افسردگی را با فقدان‌های چندگانه مرتبط می‌دانستند.

نتیجه‌گیری

این مقاله چالش‌های مختلف مرتبط با اپیدمیولوژی امراض روانی در پس‌زمینه‌های انسانی بی‌ثبات مثل افغانستان را برجسته ساخته است. بحث ما این است که تحقیق با سوالنامه‌های کوتاه روانی مبتنی بر علایم مملو از اشکالات می‌باشد. یک خطر بزرگ پذیرش تخمین‌های شیوع بالای اختلالات روانی، جستجو کردن راه حل‌های طبی و کاهش گرایانه برای تداوی این اختلالات می‌باشد که عاری از توجه به پس‌زمینه می‌باشد که برای افراد مشمول هیچ معنا و مفهومی ندارند و به آنها برای بازگشت به زندگی عادی‌شان کمکی نمی‌کند.

بعضی از کمبودهای تحقیق با سوالنامه‌های خودگزارش‌دهی را می‌توان با استفاده از ابزارهای جامع‌تر که به جای اندازه‌گیری علایم که هیچ اهمیت کلینیکی ندارند - یک تشخیص کلینیکی را ثبت می‌کنند مرفوع ساخت. علاوه بر این، سازگاری فرهنگی و زمینه‌ای همه جانبه و روایی‌سنجی ابزارها و استفاده از کلمات و بیاناتی که برای پاسخ‌دهندگان

منابع

- AFP News Agency. (2010, 10 October). Over 60 percent of Afghans suffer mental health problems. In Agence France-Press. Retrieved from <http://www.globalresearch.ca/over-60-percent-of-afghans-suffer-mental-health-problems/21389>.
- Ahmad, K. (2004). Health and money in Afghanistan. *Lancet*, 364(9442), 1301-1302.
- Alemi, Q., James, S., & Montgomery, S. (2016). Contextualizing Afghan refugee views of depression through narratives of trauma, resettlement stress, and coping. *Transcultural Psychiatry*, 53(5), 630-653.
- Alemi, Q., Weller, S. C., Montgomery, S., & James, S. (2017). Afghan refugee explanatory models of depression: Exploring core cultural beliefs and gender variations. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(2), 177-197.
- Amowitz, L. L., Heisler, M., & Iacopino, V. (2003). A population-based assessment of women's mental health and attitudes toward women's human rights in Afghanistan. *Journal of Womens Health*, 12(6), 577-587.
- Anderson, J. W. (1985). Sentimental ambivalence and the exegesis of "self" in Afghanistan. *Anthropological Quarterly*, 58, 203-211.
- Badkhen, A. (2012). PTSDland. How do you heal an entire

- country suffering from shell shock? *Foreign Policy*, 195, 34-36.
- Bakhshani, N. M., Hosseinbore, N., & Kianpoor, M. (2013). Djinnati syndrome: Symptoms and prevalence in rural population of Baluchistan (southeast of Iran). *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 566-570.
- Barfield, T. (2010). *Afghanistan: A cultural and political history*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Berry, J. D., Nasiry, F., Fazili, A., Hashemi, S., Farhad, S., & Hakimi, M. (2003). *The children of Kabul: Discussions with Afghan families*. Kabul, Afghanistan: Save the Children and UNICEF.
- Billaud, J. (2015). *Kabul carnival: Gender politics in postwar Afghanistan*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bizouerne, C. (2008). *Insufficance en Lait Maternel et Souffrance Psychologique en Afghanistan [Insufficient breast milk and psychological suffering in Afghanistan]* (Ph.D. thesis). Bordeaux: Université de Bordeaux 2.
- Bolton, P. (2001). Local perceptions of the mental health effects of the Rwandan genocide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 243-248.
- Bolton, P., & Betancourt, T. S. (2004). *Mental health in postwar Afghanistan*. The Journal of the American Medical

- Association, 292(5), 626-628.
- Bolton, P., & Tang, A. M. (2004). Using ethnographic methods in the selection of post-disaster, mental health interventions. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(1), 97-101.
- Brody, D. S., Hahn, S. R., Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., & Williams, J. B. (1998). Identifying patients with depression in the primary care setting: A more efficient method. *Archives of Internal Medicine*, 158(22), 2469-2475.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., et al. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association*, 292(5), 575-584.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Gotway, C. A., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2005). Report from the CDC: Mental health of women in postwar Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 14(4), 285-293.
- Chioyenda, A. (2015). *Crafting masculine selves: Culture, war and psychodynamics among Afghan Pashtuns* (Ph.D. thesis). Boston: Boston University. Retrieved from <https://hdl.handle.net/2144/14011>.
- Currer, C. M. (1986). *Health concepts and illness behaviour: The case of some Pathan mothers in Britain* (Ph.D. thesis). University of Warwick.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581.
- Dupree, L. (1973 [1980]). *Afghanistan*. Princeton: Princeton University Press.
- Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science and Medicine*, 71(1), 71-83. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.023.
- Epping-Jordan, J. E., van Ommeren, M., Ashour, H. N., Maramis, A., Marini, A., Mohanraj, A., et al. (2015). Beyond the crisis: Building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 9, 15. doi:10.1186/s13033-015-0007-9.
- Fatimie, M. A. (2004). *Health priorities in the coming five years. First statement of the Minister of Public Health*. Kabul: Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health.
- Fish, A., & Popal, R. (2003). The women of Afghanistan and the freedom of thought. In S. Krippner, & T. M. McIntyre (Eds.), *The psychological impact of war trauma on civilians: An international perspective* (pp. 19-24). Westport, Connecticut: Praeger.
- Glatzer, B. (1998). Being Pashtun - Being Muslim: Concepts of person and war in Afghanistan. In B. Glatzer (Ed.), *Essays on South Asian Society: Culture and politics* (pp. 83-94). Berlin: Das Arabische Buch.
- Good, B. J., Good, M. D., & Moradi, R. (1985). The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect. In A. Kleinman, & B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 369-428). Berkeley: University of California Press.
- Grima, B. (1986). Suffering as esthetic and ethic among Pashtun women. *Women's Studies International Forum*, 9(3), 235-242.
- Grima, B. (1991). The role of suffering in women's performance of paxto. In A. Appadurai, F. J. Korom, & M. A. Mills (Eds.), *Gender, genre, and power in South Asian expressive traditions* (pp. 78-101). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Grima, B. (1993). *The performance of emotion among Paxtun women: "The misfortunes which have befallen me"*. Karachi: Oxford University Press.
- Grima, B. (2002). *Women, culture and health in rural Afghanistan*. *Expedition*, 44(3), 34-39.
- Hasrat-Nazimi, W. (2012, 18 December). *Mental illness is rampant in Afghanistan*. Deutsche Welle. Retrieved from <http://www.dw.com/en/mental-illness-is-rampant-in-afghanistan/a-16462647>.
- Ichikawa, M., Nakahara, S., & Wakai, S. (2006). Cross-cultural use of the predetermined scale cutoff points in refugee mental health research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 248-250.
- IRIN. (2009, 18 October). *Middle aged and mentally ill in Kabul*. Retrieved from <http://www.irinnews.org/report/86599/afghanistan-middle-aged-and-mentally-ill-in-kabul>.
- Khan, N. (2013). *A moving heart: Querying a singular problem of 'immobility' in Afghan migration to the UK*. *Medical Anthropology*, 32(6), 518-534.
- Kleinman, A. (2004). *Culture and depression*. *New England Journal of Medicine*, 351(10), 951-953.
- Lindholm, C. (1982). *Generosity and jealousy: The Swat Pukhtun of Northern Pakistan*. New York: Columbia University Press.
- Lindholm, C. (1988). The social structure of emotional constraint: The court of Louis XIV and the Pukhtun of Northern Pakistan. *Ethos*, 16(3), 227-246.
- Miller, K. E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H., & Rasmussen, A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 219-237. doi:10.1177/1363461509105813.
- Miller, K. E., Omidian, P., Quraishy, A. S., Quraishy, N., Nasiry, M. N., Nasiry, S., et al. (2006). The Afghan symptom checklist: A culturally grounded approach to mental health assessment in a conflict zone. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 423-433. doi:10.1037/0002-9432.76.4.423.
- Miller, K. E., Omidian, P., Rasmussen, A., Yaqubi, A., & Daudzai, H. (2008). Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 611-638. doi:10.1177/1363461508100785.
- Missmahl, I. (2018). *Value-based counselling: Reflections on 14 years of psychosocial support in Afghanistan*. *Intervention*, 16(3).
- Olszewska, Z. (2015). The poet's melancholy: Depression, structures of feeling, and creativity among Afghan refugees in Iran. *Medicine Anthropology Theory*, 2(3), 83-104.
- Omidian, P., & Miller, K. (2006). *Addressing the psychosocial needs of women in Afghanistan*. *Critical Half*, 4, 17-22.

- Panter-Brick, C., & Eggerman, M. (2012). Understanding culture, resilience, and mental health: The production of hope. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience* (pp. 369-386). New York: Springer.
- Panter-Brick, C., Eggerman, M., Gonzalez, V., & Safdar, S. (2009). Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: A school-based survey. *Lancet*, 374(9692), 807-816.
- Panter-Brick, C., Goodman, A., Tol, W., & Eggerman, M. (2011). Mental health and childhood adversities: A longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(4), 349-363. doi:10.1016/j.jaac.2010.12.001.
- Rasekh, Z., Bauer, H. M., Manos, M. M., & Iacopino, V. (1998). Women's health and human rights in Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association*, 280(5), 449-455.
- Rasmussen, A., Ventevogel, P., Sancilio, A., Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2014). Comparing the validity of the self reporting questionnaire and the Afghan symptom checklist: Dysphoria, aggression, and gender in transcultural assessment of mental health. *BMC Psychiatry*, 14, 206. doi:10.1186/1471-244X-14-206.
- Rasmussen, S. E. (2015, 2 September). Afghanistan tackles hidden mental health epidemic. *The Guardian*. Retrieved from <http://www.theguardian.com/global-development/2015/sep/02/afghanistan-tackles-hidden-mental-health-epidemic-therapists>.
- Rodin, D., & van Ommeren, M. (2009). Commentary: Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology*, 38(4), 1045-1048. doi:10.1093/ije/dyp203.
- Sanauddin, N. (2015). Proverbs and patriarchy: Analysis of linguistic sexism and gender relations among the Pashtuns of Pakistan (Ph.D. thesis). Glasgow, United Kingdom: University of Glasgow.
- Sayed, G. D. (2011). Mental health in Afghanistan: Burden, challenges and the way forward (health, nutrition and population (HNP) discussion paper). Retrieved from Washington DC <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/08/15525574/mental-health-afghanistan-burden-challenges-way-forward>.
- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., de Vries, G. J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., et al. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association*, 292(5), 585-593. doi:10.1001/jama.292.5.585.
- Sidky, M. H. (1990). Malang, sufis, and mystics. An ethnographic and historical study of shamanism in Afghanistan. *Asian Folklore Studies*, 49, 275-301.
- Suleiman-Khel, L. (2013). Loss, mental health help-seeking, and resilience among Pashtun men in the Pak-Afghan border (Ph.D. thesis). Walden University.
- Tankink, M. (2009). Over zwijgen gesproken: een medisch-antropologische studie onder vluchtelingenvrouwen in Nederland, afkomstig uit Afghanistan, Bosnië-Herzegovina en Zuid-Soedan, naar het omgaan met ervaringen van aan oorlog gerelateerd seksueel geweld (Ph.D. thesis). Leiden: Universiteit van Leiden.
- Tankink, M., & Vysma, M. (2005). Family violence in Northeastern Afghanistan: The tangled web of fear and tradition. Unpublished report: HealthNet TPO.
- Tapper, N. (1991). Women and power: A perspective on marriage among Durrani Pashuns of Afghan Turkestan. In S. Akiner (Ed.), *Cultural change and continuity in central Asia* (pp. 181-197). London: Kegan Paul.
- Tol, W. A., Rees, S. J., & Silove, D. M. (2013). Broadening the scope of epidemiology in conflict-affected settings: Opportunities for mental health prevention and promotion. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(3), 197-203. doi:10.1017/S2045796013000188.
- van Marrewijk, L. (1997). *Narāhāti danwel een depressie: klachten van depressieve aard bij Iraniers in Nederland [Narāhāti or depression: Depressive complains among Iranians in the Netherlands]* (Master's thesis). Amsterdam: VU University.
- van Mierlo, B. (2012). Community systems strengthening in Afghanistan: A way to reduce domestic violence and to reinforce women's agency. *Intervention*, 10, 134-145.
- Ventevogel, P. (2005). Psychiatric epidemiological studies in Afghanistan: A critical review and future directions. *Journal of the Pakistan Psychiatric Society*, 2(1), 9-12.
- Ventevogel, P. (2016). Borderlands of mental health: Explorations in medical anthropology, psychiatric epidemiology and health systems research in Afghanistan and Burundi (Ph.D. thesis). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W. F., Shinwari, N. R., Faiz, H., Nassery, R., et al. (2007). Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 328-335. doi:10.1007/s00127-007-0161-8.
- Ventevogel, P., Faiz, H., & van Mierlo, B. (2011). Mental health in basic health care: Experiences from Nangarhar Province. In J. F. Trani (Ed.), *Development efforts in Afghanistan: Is there a will and a way? The case of disability and vulnerability* (pp. 215-241). Paris: l'Harmattan.
- Weir, J. M. (2010). "We went to the hills": Four Afghan life stories (Ph.D. thesis). New York: City University of New York.
- World Health Organization. (1994). *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva: WHO.

برای پناهندگان افغان در ایران از طریق آزاد ساختن درد درونی‌شان یا تخلیه هیجانات آشفته‌شان تأثیرات درمانی داشته است. وی همچنین اشاره می‌کند که شعر یک جنبه بسیار قوی جنسیتی دارد.

(۵) این تحقیق براساس ۶۳ بحث گروهی متمرکز به زبان دری ۱۷ کلمه و اصطلاح را برای بیان وضعیت عاطفی منفی ثبت کرده که قسماً با هم همپوشانی دارند.

(۱) غم (Sorrow)، (۲) خفقان (Feeling Strangled)، (۳) تشویش (Worry)، (۴) تشویش عصبی (Worry/ Mental Anxiety)، (۵) شوک عصبی (Mental Shock)، (۶) کم‌زوری (Weakness)، (۷) ترس (Fear)، (۸) پریشانی (Worry)، (۹) دیوانه (Madness)، (۱۰) تکلیف روانی (Mental Illness)، (۱۱) خلسه جنون (Dizzy Madness)، (۱۲) نا آرام Being Uncomfortable)، (۱۳) تنهایی (Loneliness)، (۱۴) تکلیف روحی (Social Problem)، (۱۵) به یاد آوردن (Remembrance)، (۱۶) درد ناگهانی تصادفی (Empathetic Pain and Aches)، (۱۷) اوچدار (Jealousy/ Resentment) (بری و همکاران، ۲۰۰۳).

(۶) همانطور که می‌سمال^۲ (۲۰۱۸) صریحاً در جای دیگری به این مسأله اشاره کرده است، ما باید در مقابل وسوسه تداوی مشکلات اجتماعی که از طریق علایم صحت روانی افسردگی، ترس و اضطراب به عنوان یک پتالوژی صحت روانی نیازمند تداوی در سکتور صحت روانی، خود را نشان می‌دهند مقاومت کنیم.

(۱) بخش‌هایی از این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای چاپ نشده نویسنده (ونتووگل، ۲۰۱۶) می‌باشند.

(۲) همچنین تجربه انسان‌شناس آمریکایی جیمز ویر^۱ که روایت‌های زندگی مردان کابل را ثبت و تحلیل کرده است را بخوانید. وی بسیار متعجب شده است که درحالی‌که همه این افراد اثرات ویران کننده جنگ به شمول از دست دادن اعضای فامیل و کوچ اجباری را تجربه کرده بودند، آنها این حوادث و فقدان‌های تروماتیک مرتبط با جنگ را در مرکز داستان‌های زندگی‌شان بیان نمی‌کردند و به جای آن عمدتاً حوادث مرتبط با بی‌عدالتی یا اختلافات بین فردی در زندگی روزمره‌شان را روایت می‌کردند. (ویر، ۲۰۱۰).

(۳) چالش عمده دیگر برای تحقیق صحت روانی در افغانستان تنوع زبانی در کشور می‌باشد. مردم در مناطق مختلف افغانستان پس‌زمینه‌های قومی مختلفی دارند. اگرچه اکثر مردم به زبان دری یا پشتو صحبت می‌کنند، ولی تفاوت‌های زبانی بین بخش‌های مختلف کشور پهناور و کوهستانی افغانستان بسیار چشمگیر است (Barfield, 2010; Dupree, 1973 [1980]).

(۴) شعر یک نقش عمده در زندگی افغان‌ها ایفا می‌کند. بسیاری افغان‌ها می‌توانند اشعار معروف زبان دری یا پشتو را به خاطر بیاورند. شعر می‌تواند احساسات مختلف مخصوصاً آنهایی که به غم، رنج و فقدان مرتبط هستند را توصیف کند یا واضح یا پیچیده بسازد. انسان‌شناس Olszewska (۲۰۱۵) توضیح می‌دهد که چطور نوشتن شعر

۱. James Weir

۲. Missmahl