

شاخص‌های اجتماعی سلامت و مصرف‌کنندگان مواد

نرجس خلیلی^۱

چکیده

شاخص‌های اجتماعی سلامت عبارتند از شرایط و محیطی که افراد در آن متولد شده، رشد یافته، زندگی و کار می‌کنند و با بیماری‌ها مقابله می‌کنند. شاخص‌های اجتماعی سلامت عبارتند از: شیب اجتماعی، مراحل ابتدایی زندگی، استرس، محرومیت‌های اجتماعی، محیط کار، بیکاری، حمایت اجتماعی، غذای سالم، حمل و نقل و اعتیاد. عوامل اجتماعی و اقتصادی بر رفتارهای پرخطر و سلامت افراد مصرف‌کننده تأثیر گذار است. مصرف مواد مخدر یک رفتار پرخطر است که با عوارض کوتاه‌مدت و درازمدت سلامتی همراه است. عوامل خطر فردی با پیامدهای سلامتی مرتبط است و عوامل اجتماعی، تعیین‌کننده رفتار پرخطر و عواقب سلامتی در مصرف مواد است. این عوامل سلامت افراد مصرف‌کننده را به صورت غیر مستقیم از طریق شکل‌دهی رفتارهای فردی و به صورت مستقیم از طریق دسترسی به منابع و امکانات و سیستم‌های رفاه اجتماعی، حاشیه نشینی و عدم تمکین از درمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف مداخلات، ارتقاء سلامت مصرف‌کنندگان مواد است که باید در آن‌ها عوامل اجتماعی لحاظ شود. ارتقاء سلامت در افراد محروم و آسیب‌پذیر از طریق برنامه‌های متناسب برای این اقشار از جوامع، کاهش شکاف بین گروه‌های فقیر و غنی و ایجاد شیب سلامتی مثبت برای تمام اقشار اجتماعی - اقتصادی، امکان‌پذیر است. البته مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در هر کشور و بسته به شرایط خاص آن کشور متفاوت است و بر اساس شواهد موجود در مورد آن‌ها تصمیم‌گیری می‌شود. این مقاله تأثیر عواملی چون وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، بی‌خانمانی و زندانی شدن را بر سلامت مصرف‌کنندگان مواد مورد بررسی قرار می‌دهد.

کلید واژه‌ها: شاخص‌های اجتماعی سلامت، اعتیاد، بی‌خانمانی، زندانی شدن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی

۱. نویسنده مسئول: متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، کارشناس درمان اداره کل درمان ستاد مبارزه با

مواد مخدر، تهران، ایران. پست الکترونیک: narjes.1357@yahoo.com

مقدمه

تعریف شاخص‌های اجتماعی سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی عبارت است از شرایط و محیطی که افراد در آن متولد شده، رشد یافته، زندگی و کار می‌کنند و همچنین سیستم‌هایی که در این محیط با بیماری‌ها مقابله می‌کنند. شاخص‌های اجتماعی سلامت دارای ده مؤلفه است. این مؤلفه‌ها عبارتند از: شیب اجتماعی، مراحل ابتدایی زندگی، استرس، محرومیت‌های اجتماعی، محیط کار، بیکاری، حمایت اجتماعی، غذای سالم، حمل و نقل و اعتیاد. در واقع به طور خلاصه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت عبارتند از شرایط و محیطی که فرد در آن زندگی و کار می‌کند (بلاس^۱، ۲۰۱۱). عوامل اجتماعی مرتبط با مصرف مواد به طور جدایی ناپذیری با الگوی مصرف مواد و سلامت مصرف‌کنندگان در هم تنیده شده است. وضعیت اجتماعی - اقتصادی، بی‌خانمانی و زندانی شدن علت اصلی نابرابری‌های سلامت در این گروه است. بی‌خانمانی و زندانی شدن شرایط اجتماعی هستند که معمولاً در همراهی با وضعیت اجتماعی - اقتصادی مشاهده می‌شوند. این عوامل مستقلاً در پیامدهای ناخوشایند سلامت در افراد مصرف‌کننده موثر هستند (گالیا و ولاهوا^۲، ۲۰۰۲). مفهوم عوامل اجتماعی به محیط اجتماعی باز می‌گردد که شامل هنجارها، روابط اجتماعی و تعاملات بین فردی است (بارنت و کاسپر^۳، ۲۰۰۱). ویژگی‌های محیط اجتماعی مانند سلسله مراتب اجتماعی (توزیع درآمد، محل کار، کنترل)، سیاست‌های عمومی (مسکن، آموزش)، هنجارهای فرهنگی و روابط اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی، تبعیض) بر سلامت و رفاه تأثیرگذار است (مارموت و ویلکینسون^۴، ۱۹۹۹). این عوامل اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری عوامل خطر و پیامدهای سلامت در سطح کلان و فردی دارند (اوانز، بارر، مارمور^۵، ۱۹۹۴). مدل‌های مفهومی ارتباط علیتی بین عوامل اجتماعی و اقتصادی از یک سو و بیماری و رفاه اشخاص را از سویی دیگر نشان می‌دهند (سوسر و سوسر^۶، ۱۹۹۶؛ لینک و فلان^۷، ۱۹۹۶؛ گالیا^۸ و همکاران، ۲۰۰۱). این مدل‌ها مسیرهای گوناگونی

1. Blas
2. Galea & Vlahov
3. Barnett & Casper
4. Marmot & Wilkinson

5. Evans, Barer & Marmor
6. Susser & Susser
7. Link & Phelan
8. Galea

را که مؤلفه‌های اجتماعی بر سلامت تأثیر دارند، تبیین می‌کند. همه این مدل‌ها بر این موضوع تأکید دارند که فقط عوامل خاص اجتماعی در سلامت تأثیری مستقیم یا غیر مستقیم دارند (کاپلان^۱، ۱۹۹۹). در برخی از مدل‌ها وضعیت اجتماعی-اقتصادی که با سطح تحصیلات، درآمد، استخدام تعریف می‌شود، یک عامل مهم و اساسی است که قدرت، جایگاه و دسترسی به منابع را مشخص می‌کند (لینک و فلان، ۱۹۹۶). سلامت مصرف‌کنندگان مواد مخدر محدود به محیط اجتماعی آن‌ها است. رفتارهای پرخطر مصرف مواد تحت تأثیر فرآیندهای اجتماعی بوده و سلامت مصرف‌کنندگان مواد محصول رفتارها و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت است. مؤلفه‌های اجتماعی مستقیماً بر رفتارهای پرخطر سلامت تأثیر دارند. به عنوان مثال مصرف‌کنندگان بی‌خانمان، بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند (کرال، لورویسک، ادلین^۲، ۲۰۰۰). این مؤلفه‌ها غیر مستقیم بر شرایط زندگی و منابع نیز اثر دارند که باعث تشدید عواقب مصرف مواد می‌شود. به عنوان مثال مسکن نامناسب احتمال انتقال بیماری‌های عفونی را افزایش می‌دهد. روابط اجتماعی، منابع مالی و احساسی برای فرد فراهم می‌کند. در مناطق و محله‌هایی که روابط ساکنین منسجم‌تر باشد، احتمال ارائه خدمات مناسب بیشتر است.

در آمریکا اگر چه میزان میزان مصرف مواد در اقلیت‌ها مشابه یا کمتر از سایر گروه‌ها است ولی اقلیت‌ها به ویژه مصرف‌کنندگان مواد، مشکلات سلامتی بیشتری را متحمل می‌شوند. این اختلاف در بروز ایدز مشهود است. تزریق مواد دومین عامل خطرزا برای ابتلا به ایدز در بین زنان و مردان در آمریکا است. بروز ایدز به ویژه در آفریقایی-آمریکایی‌ها و اسپانیایی تبارها در حال افزایش است. میزان مرگ ناشی از مصرف بیش از اندازه مواد، قتل و خرید و فروش مواد نیز در اقلیت‌ها بالاتر بود. استفاده از سرنگ مشترک و یا وسایل مشترک با افزایش خطر انتقال بیماری‌های عفونی همراه است. مصرف مواد مختلف و استفاده از مواد در مکان‌های ناآشنا با افزایش مرگ و میر و رفتارهای پرخطر جنسی همراه است. هر چند این عوامل خطر فردی تا حدی بار نااعدلانه مرگ و میر را در

بین نژادها و گروه‌های اقلیتی توجیه می‌کند ولی رفتارهای پرخطر لزوماً توجیه کننده این اختلاف نیست. هم چنین با این که شیوه‌های مختلف تزریق مواد ممکن است توجیهی برای بالاتر بودن شیوع بالاتر ایدز در بین آفریقایی-آمریکایی‌ها باشد ولی رفتارهای پرخطر، به طور کامل بروز بالاتر بیماری ایدز را در این گروه تبیین نمی‌کند. تحقیق نشان داده است که بروز ایدز در مصرف‌کنندگان آفریقایی-آمریکایی حتی بعد از کنترل سایر عوامل خطر بالاتر است. بنابراین عواملی به غیر از رفتارهای فردی مسئول ایجاد این تفاوت در بروز ایدز در میان نژادها و قومیت‌های مختلف هستند (گالیا و ولاهو، ۲۰۰۲). تفاوت در رفتار و محیط‌های اجتماعی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با خطر ابتلا به ایدز مرتبط است (لاتکین^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). برخی از مدل‌ها حتی نشان داده‌اند که محل مصرف مواد می‌تواند پیش‌بینی کننده مصرف باشد (سینگر، هیملگرین، دوشای و ویکز^۲، ۱۹۹۸). فقر، دسترسی محدود به منابع و تبعیض نژادی از عوامل اجتماعی هستند که به صورت نامتناسبی بر جوامع اقلیت تأثیر گذارند (گالیا و ولاهو، ۲۰۰۲). از آنجایی که این عوامل شناخته شده با سطح سلامتی پایین تر در کل جمعیت مرتبط است، تجمع این عوامل در اقلیت‌های قومی مصرف‌کننده مواد همراه با پیامدهای بدتر سلامتی است. عوامل اجتماعی که روی سلامت مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تأثیر می‌گذارند عبارتند از: رفتارهای پرخطر، دسترسی به خدمات اجتماعی و بهداشتی، پذیرش درمان و درمان مناسب و حاشیه نشینی. با شناسایی و درک این شاخص‌ها می‌توان مداخلات موثرتری را برنامه ریزی و اجرا نمود.

مؤلفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت رویکرد یکپارچه‌ای برای رویارویی با معضلات بهداشتی، ارتقای سطح بهداشت عمومی و حرکت به سوی جامعه سالم تر است. شیوه زندگی افراد مختلف نشان دهنده انتخاب‌های آن‌ها در مجاورت با خطرها و عوامل مؤثر بر سلامت آنان است. زمان صرف شده داخل خانه‌ها و خارج از خانه‌ها و نوع همسایگی در مکان زندگی فرد نیز همانند عادت‌های غذایی، تحرک فیزیکی و مصرف الکل یا مواد

1. Latkin

2. Singer, Himmelgreen, Dushay & Weeks

مخدر از عوامل مؤثر بر شیوه زندگی هستند. تجربه سایر کشورها نشان داده است که سلامت عمومی جامعه تأمین نخواهد شد مگر آنکه بعضی از مؤلفه‌ها و تعیین کننده‌های کلان آن مانند فقر، حمایت‌های اجتماعی و همچنین بی‌سوادی نیز مدنظر قرار گیرند. مؤلفه‌های اجتماعی سلامت مجموعه‌ای از عوامل هستند که خارج از نظام سلامت بر سطح سلامت مردم تأثیر گذار است. بنابراین ساختار نظام سلامت و همچنین سیاست‌های کلان باید بر اساس توجه به مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت باشد تا نابرابری‌های اجتماعی به حداقل خود برسد. مؤلفه‌های اجتماعی و اقتصادی سلامت یک فرایند چند وجهی است. فقر، رکود اقتصادی و تورم تأثیر بسزایی در شاخص‌های سلامت دارند، بنابراین بهبود این شاخص‌ها از سوی دولت، مجلس و سیاست‌گزاران باید مورد حمایت قرار گیرد. هدف این مقاله بررسی عوامل اجتماعی از جمله وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بی‌خانمانی و زندانی شدن بر سوء مصرف مواد و عوارض و پیامدهای ناشی از آن بود.

در این مقاله مروری پایگاه‌های علمی چون Psych INFO، Google Scholar، Pub Med و Cochrane مورد بررسی قرار گرفت. راهبرد جستجو شامل استفاده از کلید واژه‌های زیر با ترکیبات متفاوت به دو زبان فارسی و انگلیسی بود: شاخص‌های اجتماعی سلامت، زندان، اعتیاد، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، اچ ای وی، ایدز و بی‌خانمانی. همچنین از مقالات منتشر نشده و نیز گزارشات سازمان بهداشت جهانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان زندان‌ها نیز استفاده شد.

وضعیت اجتماعی-اقتصادی

وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایه و اساس بسیاری از بیماری‌ها است (لینک و فلان، ۱۹۹۶) که بر روی عوامل اجتماعی نظیر دسترسی به منابع نیز تأثیر گذار است (ویلیامز، ۱۹۹۹). ارتباط مستقیمی بین کاهش میزان مرگ و میر و ناتوانی و افزایش سطح درآمد و تحصیلات وجود دارد. ارتباط بین وضعیت شغلی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی

(مارموت، شیلی و رز^۱، ۱۹۸۴)، میزان تحصیلات و شیوع بیماری‌ها (ادلر، استرو^۲، ۱۹۹۹) و میزان درآمد و همه علل مرگ و میر اثبات شده است (گالیا و ولاهو، ۲۰۰۲). ارتباط بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عوامل خطرزا و مرگ و میر و ناتوانی در بین مصرف‌کنندگان مواد توسط مطالعات بوم‌شناختی به اثبات رسیده است. بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی، محل زندگی و میزان بقا در مبتلایان به ایدز در مصرف‌کنندگان مواد ارتباط وجود دارد (گالیا و ولاهو، ۲۰۰۲). وضعیت اجتماعی-اقتصادی نقش مهمی در وضعیت سلامتی این افراد بازی می‌کند. هر چند مطالعاتی که در این افراد انجام شده محدود است، ولی همین مطالعات محدود نیز نشان داده‌اند که مرگ‌ومیر و ناتوانی در مصرف‌کنندگانی که وضعیت اجتماعی-اقتصادی بدتری دارند، بیشتر است (مارموت و همکاران، ۱۹۸۴؛ ادلر و استرو، ۱۹۹۹). ارتباط بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی، قومیت، مصرف مواد و سلامت پیچیده است. در مطالعه‌ای در آمریکا که در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد صورت گرفته بود، ۳۵ درصد از مردان سفید پوست و ۶۴ درصد از مردان سیاه پوست تحصیلاتی کمتر از ۱۲ سال داشتند (رایتی، پورت، فوراستییر، فوسکو و پروسی^۳، ۲۰۰۰). هم‌چنین ترک تحصیل و انجام رفتارهای پرخطر در مراحل ابتدایی زندگی با مصرف مواد به صورت تزریقی مرتبط بود. فرصت‌های محدود اقتصادی نیز با رفتارهای پرخطر جنسی در این گروه ارتباط داشت (گالیا و ولاهو، ۲۰۰۲). طبق پیمایش ملی سلامت روان شیوع سوء مصرف یا وابستگی به مواد در جمعیت شهری ۲ درصد و در جمعیت روستایی ۲/۳ درصد بود. هم‌چنین شیوع سوء مصرف یا وابستگی به مواد در افراد با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین ۴/۱ درصد، در وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط ۱/۹ درصد و در وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا ۱/۳ درصد بود. این میزان در افراد بیکار و شاغل به ترتیب ۵/۵ و ۳/۳ درصد بود (امین اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۶). در حالی که معتادان تزریقی نیاز بیشتری به خدمات درمانی دارند، دسترسی آن‌ها به خدمات کمتر است (سلمون^۴ و همکاران، ۱۹۹۸؛

1. Shipley & Rose
2. Adler & Ostrove

3. Rapiti, Port, Forastiere, Fusco & Perucci
4. Solomon

مور، فلیشمن، درسر و پیت^۱، ۱۹۹۲). عواملی همچون دسترسی ضعیف به اطلاعات کاهش آسیب و کیفیت پایین اطلاعات آموزشی در وضعیت سلامت افراد معتاد دارای ایدز نقش دارد (دیویدسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۸). سواد پایین معتادان تزریقی باعث می‌شود که این گروه دانش کمتری در زمینه عوامل خطر بروز بیماری‌ها داشته باشند. همچنین ارتباط ضعیف‌تر تیم درمانی با بیمارانی که سطح درآمد پایین‌تر دارند و در مراحل انتهایی بیماری ایدز هستند، گزارش شده است (سلمون، فرانک، و لاهو، آستمبرسکی^۳، ۱۹۹۱).

در حالی که شیوع ایدز در جمعیت عمومی ایران بسیار پایین است، این میزان در میان معتادان تزریقی بالا است. با توجه به انجام اقدامات کاهش آسیب در طی یک و نیم دهه گذشته در کشور روند شیوع ابتلا به اچ‌ای وی در این افراد کند شده است. معتادان تزریقی از نظر جنسی فعال بوده و روابط جنسی حفاظت نشده در آن‌ها بیشتر است. البته در سال‌های اخیر انتقال از طریق روابط جنسی افزایش یافته است. در یک مطالعه نظام‌مند که در سال ۲۰۱۲ انجام گرفت و حجم نمونه کلی آن ۲۲۷۵ نفر بود، شیوع اچ‌ای وی در بین مصرف‌کنندگان مواد که تزریقی نبودند ۲/۶ درصد برآورد شد. البته در مطالعاتی که در تهران انجام شده بود شیوع ۵/۶ درصد و در سایر شهرهای کشور ۰/۴ درصد بود (گزارش جمهوری اسلامی ایران در رابطه با ایدز به سازمان ملل، ۲۰۱۵). براساس آخرین آمار وزارت بهداشت تعداد کل موارد شناخته شده اچ‌ای وی در کشور تا پایان سال ۱۳۹۴، ۳۱۹۵۰ و تعداد موارد تخمین اچ‌ای وی، ۷۵ هزار نفر است. راه انتقال جمعی در ۶۶ درصد موارد به صورت تزریقی، ۱۸ درصد به صورت روابط جنسی، و ۲ درصد از طریق مادر به جنین بود. البته ۳۸ درصد موارد جدید شناسایی شده در سال ۹۴ از طریق تزریق، ۴۲ درصد از طریق روابط جنسی و ۳ درصد از طریق مادر به جنین بود. پوشش درمان با داروهای آنتی رتروویرال در ایران در حال حاضر حدود ۲۰/۱ درصد است (مرکز کنترل بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴). باید توجه داشت که در ژانویه ۲۰۱۰ تنها ۹ درصد از افراد مبتلا به ایدز در ایران تحت پوشش درمان آنتی

رتروویرال بودند (گزارش جمهوری اسلامی ایران در رابطه با ایدز به سازمان ملل، ۲۰۱۰).

بی‌خانمانی

حدود ۱۰۰ میلیون بی‌خانمان در سراسر جهان وجود دارد (باقری امیری و همکاران، ۲۰۱۴). افراد بی‌خانمان بسیار آسیب پذیر بوده و مستعد مشکلات متعدد سلامتی و اجتماعی شامل مصرف مواد مخدر و به ویژه تزریق آن می‌باشند. مطالعه‌ای در تهران در ۵ مرکز ارائه دهنده خدمت به بی‌خانمان‌ها انجام گرفت که از ۵۹۳ بی‌خانمان مراجعه کننده ۳۶/۰۸ درصد در زمان انجام مطالعه مواد مصرف می‌کردند. ۸۰ نفر از این افراد زن بودند. در این مطالعه زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان مواد مصرف می‌کردند (۶۱/۵۳ درصد در مقابل ۴۲/۲۶ درصد). شایع‌ترین ماده مورد استفاده در زنان مت‌آفتابین (۵۳/۴۵ درصد) و متداول‌ترین راه مصرف هم‌تدخین (۷۶/۹۵ درصد) بود. رایج‌ترین ماده‌ای که مردان استفاده می‌کردند، هروئین (۴۴/۶۳ درصد) بود. ۲۷/۴۵ درصد از افراد سابقه تزریق مواد داشتند و بیشتر از نیمی از آن‌ها هم سابقه تزریق مشترک داشتند. مصرف مواد به صورت تزریقی به طور معنی داری در مردان بیشتر بود. در این مطالعه شیوع اچ‌ای وی ۳/۴ درصد، شیوع هپاتیت B ۲/۶ درصد، شیوع هپاتیت C ۲۳/۳ درصد و شیوع سل مخفی ۴۶/۷ درصد بود. سل فعال تنها در ۱/۲ درصد از بیماران مشاهده شد (باقری امیری، صداقت و مصطفوی، ۲۰۱۴). مصرف هروئین (کراک) خطر اچ‌ای وی را ۹/۱ برابر و تزریق مواد این خطر را ۸/۲ برابر افزایش می‌دهد. هم‌چنین شیوع اچ‌ای وی در زنان تن فروش ۳ برابر زنان دیگر بود. این مطالعه نشان داد که تزریق مواد یک عامل خطر عمده در ابتلا به هپاتیت B، C و اچ‌ای وی است (باقری امیری و همکاران، ۲۰۱۴). در مطالعه دیگری که روی هزار کودک خیابانی ۱۸-۱۰ ساله در تهران انجام شد، شیوع اچ‌ای وی حدود ۴/۵ درصد بود. این در حالی است که شیوع این بیماری در جمعیت عمومی کشور یک دهم درصد است. ۷۲ درصد این کودکان اعلام کرده‌اند که دوستانشان سوء مصرف مواد داشته‌اند و ۱۵ درصد اعلام کرده‌اند که خودشان مواد مخدر مصرف کرده‌اند. ۴/۶ درصد نیز مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اند. این میزان در کودکان مصرف کننده

مواد ۹ درصد بود. البته این نکته شایان ذکر است که نتیجه فوق را نمی‌توان به کودکان خیابانی کل کشور تعمیم داد. در مطالعه دیگری که در یکی از شهرهای کشور در بین ۳۸۶ کودک خیابانی انجام شد میزان شیوع اچ ای وی صفر بود (شوقی و محرز، ۲۰۱۰؛ گزارش جمهوری اسلامی ایران در رابطه با ایدز به سازمان ملل، ۲۰۱۰).

زندانی شدن

جمعیت زندانیان از حدود ۱۳۵۰۰۰ نفر در سال ۱۳۸۳، به حدود ۲۲۵۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۳ رسیده است (فرنی، ابراهیمی، شمس و زمانی، ۲۰۱۰). بنابراین جمعیت زندانیان نه تنها از نظر تعداد مطلق آن‌ها، بلکه از نظر نسبت زندانیان به جمعیت عمومی نیز طی این مدت رشد داشته است. از ۱۹۷ نفر به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت عمومی در سال ۱۳۸۳ به ۳۴۲ نفر به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت عمومی در سال ۱۳۹۳ رسیده است. افزایش جمعیت زندانیان در سال‌های اخیر موجب افزایش ساخت زندان در کشور شده است، بصورتی که تعداد زندان‌ها از ۲۲۷ زندان در سال ۱۳۸۶ به ۲۴۲ زندان در سال ۱۳۹۱ رسیده است. شایان ذکر است که سهم قابل توجهی از این زندانیان (بیش از ۵۰ درصد) را مصرف‌کنندگان مواد و یا افرادی تشکیل می‌دهند که در ارتباط با مواد دستگیر شده‌اند (شهبازی، فرنی، مرادی و ابراهیمی، ۲۰۱۰). شیوع عفونت‌های مقاربتی و انتقال از راه خون نظیر عفونت‌های ناشی از ویروس اچ‌آی‌وی و هپاتیت‌های ویروسی در بین زندانیان بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است. از دلایل این تفاوت می‌توان به بالا بودن احتمال زندانی شدن افراد مستعد این بیماری‌ها نظیر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان، و تجمع آن‌ها در مکانی محصور که سبب تعامل بیشتر آن‌ها با یکدیگر می‌شود، اشاره نمود. به همین دلیل خطر ابتلا به عفونت‌های مقاربتی و انتقالی از راه خون برای زندانیانی که دوران محکومیت خود را داخل زندان می‌گذرانند، با توجه به بالا بودن شیوع رفتارهای پرخطر در این گروه از افراد، بالا خواهد بود. از دلایل این ادعا می‌توان به بالا بودن آمار استفاده از سرنگ مشترک و روابط جنسی محافظت نشده اشاره کرد. اهمیت موضوع با در نظر گرفتن این نکته که بخش قابل توجهی از زندانیان ساکن در زندان سابقه مصرف مواد داشته‌اند بیشتر مشخص

می‌شود. در اواسط دهه ۹۰ میلادی همه‌گیری عفونت اچ‌ای وی در زندان‌های ایران توسط وزارت بهداشت و UNAIDS گزارش شد و نتایج نشان داد که شایع‌ترین راه انتقال، استفاده از سرنگ مشترک بود (شهبازی، فرنی، رحمانی و مرادی، ۲۰۱۰). اجرای برنامه‌های کاهش آسیب کمک‌شایانی به کاهش روند ابتلا به اچ‌ای وی زندانیان نمود که از جمله می‌توان به ارائه فعالیت‌هایی چون ارائه خدمات درمانی به بیماران اچ‌ای وی مثبت، ارائه خدمات کاهش آسیب نظیر برنامه درمان با متادون، شناسایی و درمان بیماری‌های مقاربتی در زندان‌ها، ارائه خدمات مشاوره‌ای به افراد دارای رفتارهای پرخطر، آموزش زندانیان و خانواده‌های آن‌ها در خصوص عفونت اچ‌ای وی/ایدز، راه‌اندازی اتاق‌های ملاقات شرعی و توزیع کاندوم اشاره کرد. البته برنامه توزیع سرنگ و سوزن در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از جمله این مداخلات بود که بصورت آزمایشی در چند زندان کشور (تهران، اصفهان، و همدان) به اجرا درآمد، اما در حال حاضر این مداخله جزء برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌های کشور نیست (شهبازی و همکاران، ۲۰۱۰). در طی ۱۳ سال (۲۰۱۱-۱۹۹۹) حدود ۵۵۱ پایگاه دیده‌وری در زندان‌ها تاسیس شد و ۲۱۲۴۷۵ نفر از زندانیان مورد بررسی قرار گرفتند. بالاترین میزان شیوع اچ‌ای وی در زندان‌ها مربوط به سال ۲۰۰۲ (۳/۸۳ درصد) بود و پایین‌ترین میزان شیوع مربوط به سال ۲۰۱۱ (۱/۲۸ درصد) بود. این مطالعه (شهبازی و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داد که شیوع این بیماری در زندان‌ها از سال ۱۹۹۹ تا سال ۲۰۰۲ روند افزایشی داشته و از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ روند ثابت بوده و با اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و مداخلات دیگر روند کاهشی داشته است. از دلایل مهم این موفقیت می‌توان به گسترش برنامه درمان نگهدارنده با متادون و نیز ایجاد کلینیک‌های مثلثی اشاره نمود. در کلینیک‌های مثلثی خدمات مشاوره و آموزش، کاهش آسیب و خدمات مرتبط با اچ‌ای وی و بیماری‌های آمیزشی ارائه می‌شود. بر اساس نتایج این مطالعه (شهبازی و همکاران، ۲۰۱۰) ارتباط معنی‌داری بین گسترش مراکز درمان نگهدارنده با متادون و کلینیک‌های مثلثی با کاهش شیوع ایدز در زندان‌ها وجود داشت (شهبازی و همکاران، ۲۰۱۰). هپاتیت‌های ویروسی (B و C) از جمله عفونت‌هایی هستند

که در بین زندانیان نسبت به جمعیت عمومی از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است شیوع این عفونت‌ها در بین زندانیان بر اساس وجود یا عدم وجود رفتارهای پرخطر نظیر تزریق مواد بسیار متفاوت است.

سازمان بهداشت جهانی شیوع هیپاتیت C را در کل دنیا تا حد ۳ درصد برآورد کرده است. شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه به دلیل کمبود منابع و خدمات، بیشتر از کشورهای توسعه یافته است (وایلد و هال، ۲۰۰۰). البته شیوع این بیماری در جوامع پرخطر در دنیا بین ۳۰ تا ۵۰ درصد تخمین زده می‌شود که مصرف تزریقی مواد مهم‌ترین عامل خطر آن است (وایلد و هال، ۲۰۰۰؛ بوراتینی، ماساد، رزمن، آزودو و کاروالوا، ۲۰۰۰). در یک مطالعه (ضیایی و همکاران، ۲۰۱۴) که در شمال خراسان در سال ۲۰۱۰ بر روی ۸۸۱ زندانی انجام شد، شیوع هیپاتیت B ۶/۹ درصد و هیپاتیت C ۷/۷ درصد بود. در بین افرادی که از نظر آنتی ژن هیپاتیت B بودند، ۶/۶ درصد همزمان به هیپاتیت D و ۹/۸ درصد همزمان مبتلا به هیپاتیت C بودند. یک درصد هم همزمان مبتلا به هیپاتیت C و اچ ای وی بودند. سابقه مصرف تزریقی مواد به طور معنی‌داری با عفونت هیپاتیت C مرتبط بود. شایان ذکر است که اطلاعات ما در مورد شیوع این بیماری‌ها و عوامل خطرزای در ایران ناچیز و پراکنده است. مطالعات اندکی وجود دارد که شیوع هیپاتیت C را در میان مصرف‌کنندگان تزریقی‌ها ۳۰ تا ۴۵ درصد تخمین زده است (ضیایی، شریف زاده، نمایی و فریدونی، ۲۰۱۴). در بررسی که در سال ۲۰۰۵ در زندان‌های همدان انجام شد ۳۰ درصد از کل مصرف‌کنندگان مواد و ۳۱/۵ درصد از معتادان تزریقی مبتلا به هیپاتیت C بودند (علیزاده، علویان، جعفری و یزدی، ۲۰۰۵). میزان عفونت هیپاتیت C در میان زندانیان در گیلان و مازندران به ترتیب ۳۰/۸ و ۴۵/۴ درصد بود (محتشم امیری، رضوانی، جعفری شکبیا و جعفری شکبیا، ۲۰۰۷؛ زکی زاد و همکاران، ۲۰۰۹). نکته قابل توجه این بود که میزان تمام عفونت‌های انتقالی از راه خون در میان زندانیان جنوب ایران بالاتر بود. مثلاً شیوع اچ ای وی، هیپاتیت B و هیپاتیت C در بین زندانیان تزریقی به ترتیب ۱۵/۱ درصد،

۴/۷ درصد و ۶۴/۸ درصد بود (داوودیان، دادوند، ماهوری و آموزنده و صلواتی، ۲۰۰۹). تفاوت در شیوع این بیماری‌ها در مناطق مختلف را می‌توان با عوامل اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی، مصرف مواد به صورت تزریقی و حجامت مرتبط دانست. حجامت از درمان‌های سنتی در ایران است و می‌تواند زمینه ساز شیوع بیماری‌های انتقالی از راه خون باشد. به طوری که بین حجامت با اصول غیر بهداشتی و ابتلا به هیپاتیت B در برخی نقاط کشور ارتباط وجود دارد (ضیایی و همکاران، ۲۰۱۴؛ عابدی، مدنی، اسدی و نجاتی زاده، ۲۰۱۱). نکته قابل توجه این است که شیوع بیماری‌های انتقالی از راه خون در زنان کمتر از مردان می‌باشد که با میزان کمتر انجام جرم و جنایت، مصرف مواد و رفتارهای پرخطر توسط زنان قابل توجیه می‌باشد (ضیایی و همکاران، ۲۰۱۴).

مصرف مواد مخدر یک رفتار پرخطر است که با عواض کوتاه مدت و دراز مدت سلامتی همراه است. شاخص‌های اجتماعی مثل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بی‌خانمانی و حبس، اغلب با پیامدهای بدتر سلامتی در معتادان تزریقی همراه است. سایر شاخص‌های اجتماعی نیز بر سلامت فرد مصرف‌کننده با مکانیسم‌های مختلف تأثیر دارند. البته تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته بسیار محدود و پراکنده است و نیاز به انجام مطالعات بیشتر محسوس است. تحقیقات روی مکانیسم‌های عمل شاخص‌های اجتماعی برای طراحی مداخلات و اقدامات در زمینه سلامت حائز اهمیت است (گالیا و ولاهو، ۲۰۰۲). حتی شرایط اقتصادی نامناسب زندگی در دروان کودکی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ابتلا به اعتیاد و مصرف مواد در آینده باشد. پاتریک، وایتمن، اسکوئینی و چالنبرگ^۱ (۲۰۱۲) با مطالعه روی ۱۲۰۳ نفر از جوانان در محدوده سنی ۱۸-۲۳ سال نشان دادند که وضعیت اقتصادی نامناسب و پایین با افزایش خطر سیگار کشیدن در این افراد همراه است (پاتریک و همکاران، ۲۰۱۲). گوافین، وینر جانگ، فریدل، هت و هجرن^۲ (۲۰۱۳) در یک مطالعه ۱۴۰۵۷۶۳ نفر از نوجوانان را از ۱۶ سالگی تا سن ۲۳ سالگی پیگیری کردند و بدین نتیجه دست یافتند که فقر و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف در دوران کودکی از

1. Patrick, Wightman, Schoeni & Schulenberg

2. Gauffin, Vinnerljung, Fridell, Hesse, & Hjerner

پیش‌بینی‌کننده‌های مهم مصرف مواد در دوران جوانی است. در واقع خطر مصرف مواد در خانواده‌های فقیر دو برابر بود (گوافین و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعاتی نیز وجود دارند که نشان داده‌اند مصرف الکل، ماری‌جوآنا و کوکائین در بین جوانانی که از خانواده‌های ثروتمند بودند بالاتر است (پاتریک و همکاران، ۲۰۱۲).

فیستاد، پیرکیس، بیهل و ایروین^۱ (۲۰۰۳) دریافتند که سطح تحصیلات پایین والدین و درآمد متوسط خانواده با افزایش خطر سیگار کشیدن در نوجوانی همراه است. همچنین رینهرز، گیكونیا، هاف، واسرمن و پارادیس^۲ (۲۰۰۰) نشان دادند که سطح اجتماعی-اقتصادی پایین خانواده و زندگی در خانواده‌های شلوغ و پرجمعیت احتمال سوء مصرف مواد در بزرگسالی را افزایش می‌دهد. تحلیل هامیلتون، نوه و آدولف^۳ (۲۰۰۹) روی تعدادی از دانش‌آموزان ۱۹-۱۲ ساله نشان داد که دانش‌آموزانی که والدینشان تحصیلات دانشگاهی دارند کمتر در معرض خطر مصرف مضر الکل و یا سوء مصرف مواد هستند. در مطالعه‌ای مربوط به افراد مبتلا به اچ‌ای وی که در فلوریدای آمریکا انجام شد، ۱۰۹۸۹ نفر از افراد مبتلا به اچ‌ای وی بررسی شدند. نتایج نشان داد که ۱۰/۳ درصد از این افراد سابقه تزریق داشتند که میزان مرگ و میر در این افراد در مقایسه با بقیه بالاتر بود. ولی زندگی در محلات فقیرنشین و محلاتی که اکثریت افراد آن لاتین تبار بودند، با افزایش ۱/۷ برابری مرگ و میر همراه بود. همچنین زندگی در مناطق روستا خطر مرگ را تا ۱/۵ برابر افزایش می‌داد (شیهان^۴ و همکاران، ۲۰۱۵).

در یک مطالعه ۲۰۰۷ زندانی آفریقایی-آمریکایی در زندان مورد بررسی قرار گرفتند. ۹ درصد از زندانیان در بدو ورود مبتلا به عفونت‌های انتقال از راه تماس جنسی بودند. ۵/۳ درصد عفونت کلامیدیایی، ۰/۵ درصد مبتلا به گنوره و ۴/۹ درصد از نظر عفونت کلامیدیایی مثبت بودند. فقر و افسردگی رابطه قوی با انجام رفتارهای جنسی پرخطر در زندانیان داشت و مصرف مواد و نوشیدن مشروبات الکلی خطر ابتلا به این بیماری‌ها را تا

1. Fiestad, Pirkis, Beihl, & Irwin
2. Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman & Paradis

3. Hamilton, Noah & Adlaf
4. Sheehan

حدود ۴ برابر افزایش می‌داد (خان^۱، و همکاران، ۲۰۱۵). همان طور که مطالعات مختلف نشان می‌دهد فقر نقش محوری در رابطه با بیکاری و آسیب اجتماعی بازی می‌کند. افرادی که بالاترین سطح درآمد را دارند، در قسمت بالای شیب اجتماعی قرار دارند. این دسته افراد عمدتاً دسترسی بیشتر به سیستم‌های بهداشتی درمانی داشته، وضعیت تغذیه مناسب‌تر و طول عمر بیشتری دارند. تحقیقات نشان داده‌اند که زندگی در فقر یکی از تأثیرگذارترین قسمت‌های تعیین‌کننده‌های سلامتی است. مشکلات اقتصادی و اجتماعی موجب ایجاد شیب بیشتر اجتماعی شده و به مرگ زودرس دامن می‌زند. باگت^۲ و همکاران (۲۰۱۵) میزان مرگ و میر منتسب به مصرف تنباکو، الکل و مواد را در دو گروه بی‌خانمان‌ها و افراد عادی بررسی کردند. ۵۲ درصد از مرگ‌ها در بی‌خانمان‌های منتسب به مصرف تنباکو، الکل و مواد بود. در مقایسه با افراد عادی، میزان مرگ و میر منتسب به مصرف تنباکو ۳ تا ۵ برابر در بی‌خانمان‌ها بالاتر بود. ، میزان مرگ و میر منتسب به مصرف الکل ۶ تا ۱۰ برابر و میزان مرگ و میر منتسب به مصرف مواد ۸ تا ۱۸ برابر بالاتر از افراد عادی بود (باگت و همکاران، ۲۰۱۵). هم چنین سپیسا^۳ و همکاران (۲۰۱۵) در یونان نشان دادند که شیوع اچ ای وی در بی‌خانمان‌هایی که مصرف تزریقی مواد را دارند بیش از ۲ برابر معتادانی است که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند ولی در خانه سکونت دارند (سپیسا و همکاران، ۲۰۱۵). در یک مطالعه در کانادا شیوع منظم مصرف حداقل یک ماده غیر قانونی در طول زندگی در حدود ۶۰ درصد در بی‌خانمان‌ها بود و مصرف مواد در طول سی روز گذشته در این جمعیت حدود ۴۰ درصد بود (گرینمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی علی‌رغم نیاز بالا به درمان در افراد بی‌خانمان معمولاً دسترسی این افراد به مراکز درمانی ترک اعتیاد بسیار محدود است. حدود ۴۳/۵ درصد از افراد بی‌خانمان معتاد به خدمات ترک نیاز دارند و این در حالی است که معمولاً به چنین مراکز یا خدماتی دسترسی ندارند. در یک مطالعه فقط ۲۷/۵ درصد از معتادان بی‌خانمان در طول سال گذشته به خدمات بستری یا اقامتی دسترسی داشته‌اند و فقط ۵/۶ درصد از آن‌ها از خدمات

1 . Khan
2. Baggett

3 . Sypsa
4. Grinman

سرپایی استفاده کرده‌اند. این وضعیت در مورد زنان بی‌خانمان معتاد به مراتب وخیم‌تر است. با این که شیوع سوء مصرف الکل و مواد در بین زنان بی‌خانمان ۵ تا ۱۳ برابر بیشتر از جمعیت عادی است ولی دسترسی آن‌ها به این خدمات بسیار کمتر است. تجارب ناخوشایند از برنامه‌هایی که عمدتاً به مردان خدمت ارائه می‌دهند، ترس از مورد سوءاستفاده قرار گرفتن و دید منفی درمانگران ویا ارائه دهندگان خدمت به این زنان، ممکن است از دلایل محدودیت استفاده از خدمات درمانی در این گروه باشد (آپشور^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). سوء مصرف مواد به خودی خود یکی از عوامل خطر بی‌خانمان شدن است و از طرفی بی‌خانمانی هم احتمال سوء مصرف مواد را بالاتر می‌برد (گرینمن و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین بی‌خانمانی با افزایش عود و اتخاذ رفتارهای پرخطر مرتبط با تزریق مواد همراه است (لینتون، سلنتانو، کرک و مهتا^۲، ۲۰۱۳). لذا تقویت سیاست‌ها و مداخلات اثر بخش در زمینه بهبود شرایط اقتصادی، فراهم نمودن مسکن و سرپناه، درمان و اقداماتی در زمینه فراهم نمودن شرایط مناسب برای بازگشت به خانواده و جامعه در این افراد و ارتقا سیاست‌های اشتغال‌زایی ضروری به نظر می‌رسد.

پیمایشی در سال ۲۰۰۴ در آمریکا نشان می‌دهد که ۷۰ درصد از زندانیان ایالتی و ۶۰ درصد از زندانیان فدرال قبل از بازداشت به طور منظم مواد مصرف می‌کردند (موملا، کاربرگ^۳، ۲۰۰۴). در کشور ما نیز سهم قابل توجهی از این زندانیان (بیش از ۵۰ درصد) را مصرف‌کنندگان مواد و یا افرادی که در ارتباط با مواد دستگیر شده‌اند تشکیل می‌دهند (شهبازی و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که اقدامات و خدمات درمانی برای ترک مواد در زندان‌ها منجر به تغییر در نگرش، باور و رفتار زندانیان معتاد می‌شود. از طرفی از عود پیشگیری می‌کند و باعث کاهش مصرف و ارتکاب جرائم و کاهش ابتلا به بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مربوط به انتقال از راه تماس جنسی می‌شود (موملا، کاربرگ، ۲۰۰۴). در این زمینه مدل‌های درمانی گوناگونی را می‌توان مد نظر قرار داد از جمله می‌توان به دادگاه‌های مواد مخدر که ترکیبی از کنترل قضایی و

1. Upshur
2. Linton, Celentano, Kirk & Mehta

3. Momola, Karberg

اقدامات درمانی است یا درمان در زندان به دنبال درمان‌های مبتنی بر جامعه پس از ترخیص و درمان تحت نظارت مشروط اشاره نمود (انستیتو ملی سوء مصرف مواد آمریکا، ۲۰۱۲).

نتیجه‌گیری

وقتی رویکرد سلامت یک جامعه مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی سلامت است، مواردی مانند نحوه سازماندهی جامعه، چگونگی توزیع منابع اجتماعی و اقتصادی در جامعه، توجه به سیاست‌هایی که وضعیت اقتصادی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کانون تمرکز قرار می‌گیرد. در چنین مواردی وجود قدرت سیاسی، اجتماعی که لازمه تصمیم‌گیری و اجرای سیاست‌ها در جامعه است، ضرورت می‌یابد. ارتقاء سلامت در افراد محروم و آسیب‌پذیر از طریق برنامه‌های متناسب برای این اقشار از جوامع، کاهش شکاف بین گروه‌های فقیر و غنی در جامعه و ایجاد شیب سلامتی مثبت برای تمام اقشار اجتماعی - اقتصادی، امکان‌پذیر است. البته مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در هر کشور و بسته به شرایط خاص آن کشور متفاوت است و بر اساس شواهد موجود در مورد آن‌ها تصمیم‌گیری می‌شود.

آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم به تنهایی لازم است ولی کافی نیست. یک پیوستار کامل از مداخلات شامل ملاحظات سطح کلان مثل افزایش فرصت‌های اقتصادی و شغلی و کاهش بی‌خانمانی و مداخلات در سطح فردی مثل همه مداخلات رفتاری است. چنین مداخلاتی می‌تواند کلیه عوامل تعیین‌کننده بیماری در میان مصرف‌کنندگان مواد را در نظر بگیرد. فقرزدایی، اشتغال‌زایی، آموزش فراگیر مربوط به سلامت در دوران تحصیلات، گسترش و همگانی کردن خدمات بهداشتی و درمانی با تأکید بر استفاده برابر و بدون تبعیض افراد فقیر و غنی از کلیه خدمات بهداشتی، تشخیصی و درمانی، مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری مسائل مرتبط با سلامت، تعهد واقعی مسئولین به سلامت به عنوان هدف اجتماعی و به حساب آوردن آن به عنوان جزء مهم توسعه می‌تواند از علل موفقیت در حوزه سلامت افراد و جامعه باشد. با توجه به این که مطالعات انجام گرفته در زمینه

مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و سوء مصرف کنندگان مواد در کشور ما محدود است، لذا انجام مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌گردد.

منابع

مرکز کنترل بیماری‌ها (۱۳۹۴). آخرین آمار مربوط به ای‌ای وی/ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Abedi, F., Madani, H., Asadi, A & Nejatizadeh, A. (2011). Significance of blood-related high-risk behaviors and horizontal transmission of hepa-titis B Virus in Iran. *Archive of Virology*, 156(4), 629-35.

Adler, N.E & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.

Alizadeh, A.H., Alavian, S.M., Jafari, K & Yazdi, N. (2005). Prevalence of hepatitis C virus infection and its related risk factors in drug abuser prisoners in Hamedan-Iran. *World Journal of Gastroenterology*, 11, 4085-4089

Amin-Esmaeili, M., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Mojtabai, R., Hefazi, M & Motevalian, A. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*, 111(10), 1836-47. doi: 10.1111/add.13453.

Baggett, T.P., Chang, Y., Singer, D.E., Porneala, B.C., Gaeta, J.M., O'Connell, J.J & Rigotti, N.A.(2015). Tobacco, alcohol, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1189-1197.

Bagheri Amiri, F., Gouya, M.M., Saifi, M., Rohani, M., Tabarsi, P., Sedaghat, A., Fahimfar, N., Memarnejadian, A., Aghasadeghi, M .R., Haghdoost, A.A., Jahanbakhsh, F., Nasehi, M & Mostafavi E. (2014). *Vulnerability of Homeless People in Tehran, Iran, to HIV, Tuberculosis and Viral Hepatitis. PLOS ONE*, 9(6), e98742. doi:10.1371/journal.pone.0098742

Bagheri Amiri, F., Sedaghat, A & Mostafavi, E. (2014). Gender differences among homeless people in Tehran, *Iranian Journal of Public Health*, 22(5), 461-468. Doi: 10.1007/s10389-014-0633-8.

Barnett E, Casper M. (2001) .A definition of "social environment." *American Journal of Public Health*, 91(3), 465.

Blas, E. (2011). WHO. *Social Determinants of Health*. Available from http://www.who.int/social_determinants/en/. Accessed 28 SEP 2016.

- Burattini, M., Massad, E., Rozman, M., Azevedo, R & Carvalho, H. (2000). Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Revista de Saude Publica*, 34(5), 431° 436.
- Davidson, A.J., Bertram, S.L., Lezotte, D.C., Marine, W.M., Rietmeijer, C.A & Hagglund, B.B. (1998). Comparison of health status, socioeconomic characteristics, and knowledge and use of HIV-related resources between HIV-infected women and men. *Medical Care*, 36 (12), 1676-84.
- Davoodian, P., Dadvand, H., Mahoori, K., Amoozandeh, A & Salavati, A. (2009). Prevalence of selected sexually and blood-borne infections in Injecting drug abuser inmates of Bandar Abbas and Roodan correction facilities, Iran, 2002. *Brazilian Journal of Infectious Disease*, 13, 356-358.
- Evans, R. G., Barer, M. L & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Adline de Gruyter.
- Farnia, M., Ebrahimi, B., Shams, A & Zamani, S. (2010). Scaling up methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Iran. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 422-4. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.03.008.
- Fiestad, C., Pirkis, J., Beihl, M & Irwin, C. (2003). Socioeconomic patterning of smoking, sedentary lifestyle and overweight status among adolescents in Norway and the United States. *Journal of Adolescent Health*, 22, 275-278.
- Galea, S., Factor, S.H., Bonner, S., Foley, M., Freudenberg, N., Latka, M & Vlahov D. (2001 Nov-Dec). An urban research center in Harlem, New York City: a case study in collaboration between the community, service providers and academics. *Public Health Reports*, 116(6), 530-9.
- Galea, S & Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*, 117(Suppl 1), 135° 145.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), 1441-9.
- Grinman, M.N., Chiu, S., Redelmeier, D.A., Levinson, W., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L & Hwang, S.W. (2010). Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health*, 10, 94. Doi: 10.1186/1471-2458-10-94.
- Hamilton, H., Noah, S & Adlaf, E. (2009). Perceived financial status, health and Mal adjustment in adolescence. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1527-1534.

- Kaplan, G. (1999). What is the role of the social environment in understanding inequalities in health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896 (1), 16-19.
- Khan, M.R., Golin, C.E., Friedman, S. R., Scheidell, J. D., Adimora, A.A ., Judon-Monk, M.M., Hobbs, S ., Dockery, G ., Griffin, S., Oza, K. K., Myers, D., Hu, H. Medina, K. P & Wohl, D.A. (2015). STI/HIV Sexual Risk Behavior and Prevalent STI among Incarcerated African American Men in Committed Intimate Partnerships: The Significance of Poverty, Mood Disorders, and Substance Use. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1478° 1490.
- Kral, A.H., Lorvick, J & Edlin, B.R. (2000). Sex- and drug-related risk among populations of younger and older injection drug users in adjacent neighborhoods in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 24 (1), 62-67.
- Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D., Oziemkowska, M., Knowlton, A & Celentano, D. (1994). My place, your place, and no place: behavior settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *American Journal of Community Psychology*, 22 (3), 415-30.
- Link, B & Phelan, J.C. (1996). Understanding sociodemographic differences in health. The role of fundamental social causes [editorial]. *American Journal of Public Health*, 86(4), 471-2.
- Marmot, M.G., Shipley, M.J & Rose, G. (1984). Inequalities in death specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, 1 (8384), 1003-6.
- Linton, S.L., Celentano, D.D., Kirk, G.D & Mehta, S.H. (2013). the longitudinal association between homelessness, injection drug use, and injection-related risk behavior among persons with a history of injection drug use in Baltimore, MD. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 457-465.
- Marmot, M & Wilkinson, R.G. (1999). Introduction in Social determinants of health. *Oxford: Oxford University Press*, 15(1), 17-43.
- Mohtasham Amiri, Z., Rezvani, M., Jafari Shakib, R & Jafari Shakib, A. (2007). Prevalence of hepatitis C virus infection and risk factors of drug using prisoners in Guilan province. *East Mediterranean Health Journal*, 13, 250-256.
- Mor, V., Fleishman, J.A., Dresser, M & Piette, J. (1992). Variation in health service use among HIV-infected patients. *Medical Care*, 30 (1), 17-29.
- Mumola, C & Karberg, J.C. (2004). *Drug Use and Dependence, State and Federal Prisoners*, 2004. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2007. Available at <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/dudsfp04.pdf> (PDF, 441KB)

- National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. (2015). *Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*, 7-9.
- National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. (2010). *Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*, 39.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. NIH publication No. 11-5316, revised 2012. Available at www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations
- Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R.F & Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic Status and Substance Use among Young Adults: A Comparison across Constructs and Drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 772° 782.
- Rapiti, E., Port, D., Forastiere, F., Fusco, D & Perucci, A. (2000). Socioeconomic status and survival of persons with AIDS before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy. *Epidemiology*, 11, 496-501.
- Reinherz, H., Giaconia, R., Hauf, A., Wasserman, M., Paradis, A. (2000). General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 223-231.
- Shahbazi, M., Farnia, M., Moradi, M & Ebrahimi B. (2010). The trend of HIV/AIDS prevalence among IDU's in Iranian prisoners (1376-1386). *Retrovirology Journal*, 7(Suppl 1), 101.
- Shahbazi, M., Farnia, M., Rahmani, K & Moradi, M. (2010). Trend of HIV/AIDS Prevalence and Related Interventions Administered in Prisons of Iran -13 Years' Experience. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 471-479.
- Sheehan, D.M., Trepka, M.J., Fennie, K.P., Prado, G., Madhivanan, P., Dillon, F.R & Maddox, LM. (2015). Individual and neighborhood predictors of mortality among HIV-positive Latinos with history of injection drug use, Florida, 2000-2011. *Drug and Alcohol Dependency*, 154, 243-50. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.07.007.
- Shoghli S, Mohraz M. (2010). Biologic-Behavioral Survey of Working/Street Children In Tehran in Connection with HIV/AIDS Infection: Project Report; MOHME Center for Disease Management (unpublished).

- Singer, M., Himmelgreen, D., Dushay, R & Weeks, M.R. (1998). Variation in drug injection frequency among out-of-treatment drug users in a national sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24 (2), 321 -41.
- Solomon, L., Frank, R., Vlahov, D & Astemborski, J. (1991). Utilization of health services in a cohort of intravenous drug users with known HIV-1 serostatus. *American Journal of Public Health*, 81(10), 1285-90.
- Solomon, L., Stein, M., Flynn, C., Schuman, P., Schoenbaum, E., Moore, J., Holmberg, S & Graham, N.M. (1998). Health services use by urban women with or at risk for HIV-1 infection: the HIV Epidemiology Research Study (HERS). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retro virology*, 17(3), 253-61.
- Susser, M & Susser, E. (1996) Choosing a future for epidemiology. II. From black box to Chinese boxes and ecoepidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-7.
- Sypsa, V., Paraskevis, D., Malliori, M., Nikolopoulos, G.K., Panopoulos, A., Kantzanou, M., Katsoulidou, A., Psychogiou, M., Fotiou, A., Pharris, A., Van De Laar, M., Wiessing, L., Jarlais, D.D., Friedman, S.R & Hatzakis, A. (2015). Homelessness and Other Risk Factors for HIV Infection in the Current Outbreak among Injection Drug Users in Athens, Greece. *American Journal of Public Health*, 105(1), 196-204.
- Upshur, C.C., Weinreb, L., Cheng, D.M., Kim, T.W., Samet, J.H & Saitz, R. (2014). Does experiencing homelessness affect women's motivation to change alcohol or drug use? *American Journal of Addiction*. 23(1), 76-83.
- Wild, C.P & Hall, A.J. (2000). Primary prevention of hepatocellular carcinoma in developing countries. *Mutation Research*, 462(2-3), 381° 93.
- Williams, D.R. (1999). Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173-88.
- Ziaee, M., Sharifzadeh, G., Namaee, M.H & Fereidouni, M. (2014). Prevalence of HIV and Hepatitis B, C, D Infections and Their Associated Risk Factors among Prisoners in Southern Khorasan Province, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 43(2), 229-34.
- Zakizad, M., Salmeh, F., Yaghoobi, T., Yaghoobian, M., Nesami, M.B., Esmaeeli, Z., Vaezzadeh, N., Shahmohammadi, S., Modanloo, S., Sadeghian, A.A., Abdolmanafi, S.J., Mohammadpour, R.A., Siamian H & Khosravi, A. (2009). Seroprevalence of hepatitis C infection and associated risk factors among addicted prisoners in Sari-Iran. *Pakistan Journal of Biology Sciences*, 12, 1012-1018.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی