

جابجایی جمعیت و اچ‌آی‌وی/ایدز: بررسی برخی شواهد موجود در ایران

پویا علاءالدینی^۱ سعید مدنی قهفرخی^۲ ملیحه شیانی^۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۱۷

چکیده

شواهد موجود در سطح بین‌المللی و در ایران نشان می‌دهد که جمعیت‌های در حال جابجایی از قبیل مهاجران، رانندگان و کارکنان کشتی به شکلی جدی در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارند. طی مقاله از طریق پژوهش اسنادی و بهره‌گیری از تمام اطلاعات موجود در دوره زمانی پنج‌ساله ۱۳۸۰-۱۳۸۵ زمینه‌های مورد نظر در میان مهاجران، رانندگان، کارگران فصلی و نوبتی/ادواری، ملوانان، و ساکنان استانهای مرزی توصیف و تحلیل می‌شوند. نتایج این مطالعه اولیه نشان‌دهنده آسیب‌پذیری گروههای جابجاشونده در پیوند با خطر اچ‌آی‌وی/ایدز از یکسو و کمبود تمهیدات ویژه این گروه در کشور در زمینه‌های پیشگیری، کنترل و کاهش اچ‌آی‌وی/ایدز از سوی دیگر هستند.

واژگان کلیدی: اچ‌آی‌وی، ایدز، جابجایی، رفتارهای پرخطر، مهاجران، رانندگان، کارگران فصلی، کارگران نوبتی/ادواری، ملوانان، استانهای مرزی، ایران

^۱ گروه برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران (alaedini@ut.ac.ir).

^۲ گروه پژوهشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

^۳ گروه برنامه ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

مقدمه

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) که منشاء آن عفونت ویروسی (اچ‌آی‌وی) است نخستین بار در سال ۱۹۸۱ میلادی در کشور آمریکا شناسایی شد. نظر به مشاهده آثار گسترده ایدز بر شاخصهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی، این بیماری پس از مدت کوتاهی به یک فوریت بهداشتی جهانی مبدل شد. برنامه‌های معطوف به این بیماری مدتهاست که در دستور کار نظام پزشکی و بهداشت عمومی کشور ایران قرار گرفته‌اند. ایدز در ایران نه تنها یک مسأله پزشکی بلکه مشکلی اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود. با توجه به خطر گسترش اچ‌آی‌وی در کشور و فقدان درمان مؤثر جهت ایدز، راههای اصلی مبارزه با این بیماری آموزش مسائل بهداشتی، شناخت طرق انتقال ویروس و پیشگیری هستند (بنگرید به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸).

طبق اطلاعات مهرماه ۱۳۸۸، ۱۰۱۳۰ مورد اچ‌آی‌وی مثبت در ایران شناسایی شده‌اند (۹۳ درصد مرد و ۷ درصد زن) و تخمین زده می‌شود که کلاً حدود ۸۳۰۰۰ نفر در ایران دچار عفونت اچ‌آی‌وی شده باشند. در میان بیماران شناسایی شده، ۳۴۰۹ نفر در گذشته‌اند و ۲۰۹۷ نفر در آخرین مراحل بیماری ایدز هستند. اکثر بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران جوان هستند (۳۷/۹ درصد در سنین ۲۵ تا ۳۴). عفونت حدود ۷۰ درصد آنان از طریق سرنگ آلوده عارض شده است. بقیه به واسطه روابط جنسی (۸/۵ درصد)، انتقال خون (۱/۲ درصد)، انتقال از مادر به فرزند (۰/۶ درصد)، یا عوامل ناشناخته (حدود ۲۰ درصد) دچار عفونت اچ‌آی‌وی شده‌اند (اداره کنترل ایدز، ۱۳۸۸ الف و ۱۳۸۸ ب؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸).

با عنایت به ساختار جمعیتی جوان ایران، به نظر می‌رسد خطر بروز موج سوم ابتلا به این بیماری به واسطه روابط جنسی غیرایمن (متعاقب موجهای اول و دوم با الگوی غالب انتقال خون آلوده و استفاده از سرنگ آلوده توسط معتادان) در شرف افزایش است (بنگرید به روزنامه همشهری، ۱۳۸۸). همچنین شواهد موجود در سطح بین‌المللی و در ایران نشان می‌دهد که جمعیت‌های در حال جابجایی از قبیل مهاجران، رانندگان و کارکنان کشتی به شکلی جدی در معرض خطر ابتلا به ایدز هستند (بنگرید به هندریکس، ۱۹۹۱؛ دل‌آمو، ۲۰۰۱؛ ضاربان و همکاران، ۱۳۸۵). البته رابطه میان جابجایی جمعیت و خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز سرراست نیست. ظاهر قضیه آن است که جمعیت‌های جابجاشونده موجب انتقال ویروس

ایدز به مکانهای جدید می‌شوند. اما مشاهده درست‌تر این است که آنان در سفر و مقصد خویش به سبب عوامل متعددی در معرض خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز قرار می‌گیرند (سازمان بین‌المللی مهاجرت^۱، ۲۰۰۶).

بسیاری از مردانی که دست به جابجایی می‌زنند (مانند معدن‌کاران، کارگران ساختمانی و کارگران زراعی) عهده‌دار کارهای سخت و خطرناک هستند و در اقامتگاههای تک‌جنسیتی و فاقد فضاهای خصوصی زندگی می‌کنند (گرنی^۲، ۲۰۰۳). احساس تنهایی، خستگی و کمبود تفریح احتمال بروز رفتارهای پرخطر از جمله رجوع به تن‌فروشان و روابط جنسی غیرایمن و به تبع آن ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز یا امراض مقاربتی را در میان این گروه افزایش می‌دهد. همچنین محیطهای کار سخت و مردانه (مانند معادن) اغلب موجب بروز تلقی خاص از مردانگی و تشویق کارگران به جستن شرکای جنسی متعدد می‌شود. زنان نیز ممکن است طی سفر یا در مقصد جهت به دست آوردن روزی، سرپناه، مجوز عبور از مرزها، یا امکان کار در بازار رسمی و غیررسمی (زراعت یا دست‌فروشی) به روابط جنسی غیرایمن تن در دهند (بنگرید به سازمان بین‌المللی مهاجرت، ۲۰۰۶).

جمعیت‌های جابجاشونده اغلب به خدمات بهداشتی و آموزشی دسترسی محدودی دارند. در بسیاری مواقع ممکن است بخش عمومی خود را متعهد به ارائه خدمات درمانی و آموزشی و وسایل جلوگیری از گسترش اچ‌آی‌وی/ایدز به مهاجران نداند (از جمله آگاهی‌رسانی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، توزیع غلاف کشايند، و ارائه خدمات مشاوره‌ای و درمانی). همچنین تفاوت‌های فرهنگی و زبانی و ناآشنایی با اجتماع مقصد فهم اطلاعات و دسترسی به خدمات را برای جمعیت‌های جابجاشونده مشکل می‌سازد (هسو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ گرنی و هسو، ۲۰۰۲؛ سازمان بین‌المللی مهاجرت، ۲۰۰۶). حتی اگر خدمات در دسترس باشند، برخی از افراد در میان گروه‌های جابجاشونده به دلایل گوناگون تمایلی به استفاده از آنها ندارند. مثلاً کارگران فصلی با قراردادهای موقت اغلب با آکراه به معالجات پزشکی و مشاوره بهداشتی روی می‌آورند، زیرا با خطر از دست دادن شغلشان مواجهند (سازمان بین‌المللی مهاجرت، ۲۰۰۲).

¹ International Organization for Migration (IOM)

² Guerny

³ Hsu

در مقاله حاضر گروه‌های اصلی جابجاشونده در ایران و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان توصیف می‌شوند. هدف اصلی شناخت اولیه زمینه‌های اجتماعی-رفتاری آسیب‌پذیری و رفتارهای پرخطر در این گروه‌های جمعیتی از یک سو و بررسی میزان دسترسی آنان به خدمات و برنامه‌های پیشگیری، کنترل و کاهش اچ‌آی‌وی/ایدز از سوی دیگر است. طی مقاله از طریق مطالعات اسنادی و بهره‌گیری از تمام اطلاعات موجود در دوره زمانی پنج‌ساله ۱۳۸۰-۱۳۸۵ زمینه‌های مورد نظر در میان مهاجران، رانندگان، کارگران فصلی و نوبتی/ادواری، کارکنان کشتی، و ساکنان استانهای مرزی توصیف و تحلیل می‌شوند. در این پژوهش جمعیت‌های دانشجو و نظامی مورد بررسی قرار نمی‌گیرند.

مهاجران

بخشی از جمعیت‌های در حال جابجایی را مهاجران تشکیل می‌دهند. در عین حال، شاید بتوان مهاجران را بزرگترین گروه جمعیتی جابجاشونده محسوب کرد. مطابق نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵، در ایران، طی دوره ده‌ساله بین دو سرشماری، ۱۲۱۴۸۱۴۸ نفر اقدام به مهاجرت کرده‌اند (از جمله ۲۶۰۴۹۵ نفر به خارج از کشور). مبدأ مهاجرت ۸۳۸۹۶۷۶ نفر (۶۹/۰۶ درصد) مناطق شهری داخل کشور و ۳۳۹۴۰۹۶ نفر (۲۷/۹۴ درصد) مناطق روستایی داخل کشور بوده است. اکثر مهاجرتها درون استانها و از روستا به شهر یا از شهر به شهر گزارش شده‌اند (در نتیجه رشد جمعیت شهری سالانه ۲/۷۴+ درصد و رشد جمعیت روستایی سالانه ۰/۴۴- بوده است). بر اساس آمار یادشده می‌توان گفت که سالانه حدوداً یک تا یک و نیم میلیون نفر، یعنی ۱/۵ تا ۲ درصد کل جمعیت، در ایران دست به مهاجرت می‌زنند. اما، طبق نتایج سرشماری ۱۳۸۵، ۳۰/۲۴ درصد مهاجران به مناطق شهری و ۳۷/۸۵ درصد مهاجران به مناطق روستایی مدت اقامت خود را در مکان جدید یک سال یا کمتر اعلام کرده‌اند. بر اساس این اعداد، رقم قابل محاسبه جهت مهاجرت سالانه ۴ میلیون نفر در آخر دوره ده‌ساله سرشماری است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۸).

تراز مهاجرت استانهای تهران، اصفهان، خراسان رضوی، یزد، قم، مازندران، گلستان، گیلان، بوشهر، هرمزگان، سمنان، مرکزی و قزوین مثبت بوده است. استان تهران ۲۸/۷۶ درصد مهاجران به مناطق شهری و ۱۲/۵۶ درصد مهاجران به مناطق روستایی را جذب

کرده است. پس از تهران، استانهای خراسان رضوی، اصفهان، فارس و خوزستان پذیرای بیشترین درصد مهاجران بوده‌اند. استان تهران شاهد بیشترین درصد برون‌کوچی نیز بوده است (۱۸/۰۷ درصد کل). در این زمینه، استانهای کرمانشاه، خوزستان، همدان، لرستان، سیستان و بلوچستان، کردستان و اردبیل به ترتیب حائز رتبه‌های بعدی بوده‌اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

داده‌های سرشماری نشان می‌دهد که ۶۰/۴۶ درصد (۷۳۴۵۰۵۰ نفر) مهاجران جوان بوده و در گروه سنی ۱۵-۳۴ سال قرار داشته‌اند. همچنین، ۵۵/۶ درصد مهاجران مرد و ۴۳/۴ درصد زن بوده‌اند. دلایل اصلی مهاجرت به ترتیب اهمیت همراهی با خانواده، یافتن شغل یا تغییر محل خدمت، نظام وظیفه، و تحصیل ذکر شده‌اند. نزد مردان جوان یافتن شغل یا تغییر محل خدمت از مهمترین دلایل مهاجرت و دارای فراوانی بسیار بیشتر نسبت به زنان بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

زمینه‌های اجتماعی- رفتاری آسیب‌پذیری و رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در میان مهاجران

جهت مهاجران آمار دقیقی در مورد بیماری ایدز و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن وجود ندارد. اما از طریق برخی مطالعات موردی موجود می‌توان به رابطه میان اسکان غیررسمی (حاشیه‌نشینی) و رفتارهای پرخطر به واسطه فقر و طرد اجتماعی (به ویژه در میان جوانان) در یک طرف و اسکان غیررسمی و مهاجرت در طرف دیگر پی برد. یافته‌های پژوهش علاءالدینی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) از سکونتگاههای غیررسمی شهرهای کرمانشاه، زاهدان و بندرعباس نشانگر اهمیت نسبی مهاجرت در شکل‌گیری محلات مورد مطالعه است (البته با تثبیت سکونتگاههای غیررسمی مهاجرت به آنها کاهش یافته است). یافته‌های پژوهش زنگی‌آبادی و همکاران (۱۳۸۴) در اصفهان نشان می‌دهد که ۴۵/۵ درصد ساکنان مناطق حاشیه‌نشین مهاجر غیر بومی هستند (اما نزدیک به ۵۸ درصد اهالی پیش از حاشیه‌نشینی در محله دیگری از شهر سکونت داشته‌اند). نقدی و صادقی (۱۳۸۵) نیز اکثر حاشیه‌نشینان همدان را مهاجرانی روستایی می‌دانند که به قصد زندگی بهتر جذب زندگی شهری شده‌اند. آنان

^۱ Alaedini

همچنین نتیجه می‌گیرند که ناهنجاریها و نژندهای اجتماعی مانند خودکشی، قاچاق، فحشا و اعتیاد در مناطق حاشیه‌نشین نمود بیشتری دارند. طبق پژوهش احمدی و ایمان (۱۳۸۴) سوء مصرف مواد، روابط نامتعارف جنسی، و دیگر رفتارهای پرخطر در بین جوانان مناطق حاشیه‌نشین کلانشهرها رواج دارد. پژوهش برغمندی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد محله خاک سفید که به دنبال مهاجرت‌های پس از انقلاب شکل گرفته است دچار انحرافات اجتماعی از جمله خرید و فروش مواد مخدر است. طبق تحقیق نصیری (۱۳۸۵) تمرکز اعتیاد در حاشیه شرقی و جنوبی شهر بابل یعنی محل استقرار مهاجران است. یافته‌های وی همچنین حاکی از آن است که با افزایش تعداد مسکن نامناسب شمار معتادان نیز افزایش می‌یابد؛ به عبارت دیگر رابطه معناداری بین فقر مسکن و اعتیاد وجود دارد. در بررسی نارنجیها (۱۳۸۶) ۷/۱ درصد معتادان مورد مطالعه کمتر از یک سال در شهرها سکونت داشته‌اند. مطالعه مدنی قهفرخی (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که حدود ۴۳/۱ درصد از افرادی که در شهر تهران مشغول به فعالیت روسپیگری هستند در خارج از استان تهران متولد شده‌اند. یافته‌های کیفی مطالعه مذکور نیز نشان‌دهنده سهم بزرگ مهاجران در میان زنان روسپی تهران هستند. یافته‌های موردی ذکر شده فرض آسیب‌پذیرتر بودن مهاجران را تقویت می‌کنند. در مجموع به نظر می‌رسد مهاجران در ایران در معرض خطر اعتیاد به مواد مخدر، رفتارهای پرخطر جنسی و به تبع آن ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند.

میزان دسترسی گروههای مهاجر به خدمات پیشگیری، کنترل و کاهش ایدز

در این مطالعه شواهدی مبنی بر اجرای برنامه‌های مرتبط با ایدز جهت گروه هدف مهاجران یافت نشد. فقدان برنامه‌های عمومی و اختصاصی پیشگیری، کنترل و کاهش ایدز جهت مهاجران در پیوند با نبود اطلاعات و متولی ویژه در زمینه مسائل بهداشتی این گروه جمعیتی است.

ساکنان مناطق مرزی

در ایران ۱۶ استان دارای مرز مشترک با کشورهای همسایه هستند. بازارچه‌های مرزی و نیز بسیاری از عشایر کوچنده کشور در این استانها یافت می‌شوند. همچنین، میزان مهاجرت از (و به) این استانها و تردد میان این استانها و کشورهای همجوار قابل توجه

است. بسیاری از استانهای مرزی ایران به دلایل گوناگون جزو مناطق محروم کشور محسوب می‌شوند. در این تحقیق ۱۴ استان کشور شامل آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، کردستان، کرمانشاه، ایلام، خوزستان، بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی و گلستان مورد بررسی قرار می‌گیرند. از آنجا که گیلان و مازندران ماهیتی متفاوت از دیگر استانها دارند از تحلیل وضعیت آنها صرف نظر می‌شود. استانهای مورد مطالعه ۲۹۱۹۹۲۱۵ نفر یا ۴۱/۴۲ درصد از جمعیت کشور را در خود جای داده‌اند. ۶۱/۴ درصد از ساکنین استانهای مرزی در نقاط شهری و مابقی در نقاط روستایی ساکن هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

هر چند در مورد شمار عشایر استانهای مرزی اطلاعات سرشماری وجود دارد (بنگرید به مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸ب)، اما در مورد وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز میان این گروههای جمعیتی آماری در دست نیست. می‌توان تصور کرد تا زمانی که اعضای این گروههای عشایری ساختارهای معیشتی و اجتماعی سنتی خود را حفظ کنند کمتر در معرض مخاطره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز قرار دارند. اما شواهد موجود حاکی از تغییر سبک زندگی بسیاری از عشایر و ورود برخی از آنان در استانهای مرزی به فعالیتهای حمل و نقل کالا به طرق رسمی و نیز غیرقانونی از مرزهای بین‌المللی کشور است. در واقع، ۱۴ استان مورد مطالعه محورهای اصلی ترانزیت رسمی کالا و همچنین قاچاق اقلام عادی و غیرقانونی را تشکیل می‌دهند. فعالیتهای تجاری قانونی در این استانهای مرزی از طریق بازارچه‌های مرزی تسهیل می‌شود که تعداد آنها به تفکیک در جدول ۱ مندرج است. همچنین گزارشهای فراوان اما غیرموتق جراید حکایت از حجم زیاد فعالیتهای قاچاق در استانهای مرزی کشور دارند. جابجاییهای مربوط به فعالیتهای رسمی و غیررسمی ذکرشده امکان ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز را افزایش می‌دهند. در مورد تعداد همه انواع جابجایی در استانهای مرزی که می‌توانند موجب افزایش خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز شوند اطلاعات آماری موجود است. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، طی دوره ده‌ساله ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ تراز مهاجرت در اکثر استانهای مرزی کشور منفی بوده است (به غیر از بوشهر، هرمزگان، خراسان رضوی و گلستان). همچنین آمار موارد اچ‌آی‌وی مثبت در برخی از استانهای مرزی بالاست. به ویژه در کرمانشاه تعداد بسیار زیادی مورد اچ‌آی‌وی مثبت گزارش شده است، در حالی که میزان درون‌کوچی و برون‌کوچی و تراز منفی مهاجرت این استان نیز بسیار برجسته هستند. وضعیت استان هرمزگان نیز به لحاظ میزان مهاجرت و تعداد موارد

اچ‌آی‌وی مثبت قابل تأمل است، اما آمارهای مربوط به آن قدیمی هستند. متأسفانه آمار مربوط به موارد اچ‌آی‌وی مثبت در استان رضوی که شاهد میزان مهاجرت قابل توجهی است موجود نیست. در کل شواهد جسته‌گریخته بر اساس مصاحبه‌های نگارندگان حاکی از گسترش بیماری ایدز در بسیاری از استانهای مرزی در میان زنان و مردان (با تأکید بر مردان) به خصوص در سنین ۲۵-۴۵ سال است. در میان عوامل زمینه‌ساز ایدز پس از اعتیاد تزریقی، که مهمترین علت ابتلاء است، روابط جنسی نابهنجار قرار دارد.

جدول ۱: تراز مهاجرت، ابتلا به اچ‌آی‌وی و بازارچه‌های مرزی در استانهای مرزی ایران

استان	مهاجرت به استان	مهاجرت از استان	تراز مهاجرت	تعداد بازارچه‌های مرزی		تعداد موارد اچ‌آی‌وی مثبت
				تعداد	سال	
آذربایجان شرقی	۴۵۳۲۱۶	۵۹۳۳۹۱	-۱۴۰۱۷۵	۲	۲۷۹	۱۳۸۷
آذربایجان غربی	۴۴۶۴۳۷	۴۷۲۷۲۳	-۲۶۲۸۶	۸	۱۶۹	۱۳۸۶
اردبیل	۱۹۹۸۲۲	۲۵۴۹۲۵	-۵۵۱۰۳	۳	۵۱	۱۳۸۷
کردستان	۲۵۹۲۰۴	۳۱۷۵۵۲	-۵۸۳۴۸	۳	۳۷۷	۱۳۸۷
کرمانشاه	۲۶۴۱۴۳	۳۷۸۴۸۹	-۱۱۴۳۴۶	۵	۲۶۰۰	۱۳۸۷
ایلام	۹۸۸۳۷	۱۰۸۳۲۰	-۹۴۸۳	۲	-	-
خوزستان	۵۸۸۵۴۴	۶۹۰۲۵۲	-۱۰۱۷۰۸	۲	۱۴۸	۱۳۸۷
بوشهر	۱۹۹۲۰۰	۱۷۸۴۸۵	۲۰۷۱۵	۳	۲۹۴	۱۳۸۷
هرمزگان	۲۳۸۹۵۳	۲۲۷۴۱۶	۱۱۵۳۷	۴	۴۹۵	۱۳۸۴
سیستان و بلوچستان	۲۶۴۶۸۶	۳۲۵۰۷۴	-۶۰۳۸۸	۹	-	-
خراسان جنوبی	۱۳۵۱۱۰	۱۴۶۴۱۷	-۱۱۳۰۷	۴	-	-
خراسان رضوی	۹۲۴۶۷۴	۸۷۰۷۸۴	۵۳۸۹۰	۲	-	-
خراسان شمالی	۱۳۴۸۲۷	۱۵۹۹۵۳	-۲۵۱۲۶	۱	۱۳	۱۳۸۶
گلستان	۳۰۰۸۵۵	۲۷۰۲۸۴	۳۰۵۷۱	۱	۱۳۰	۱۳۸۸

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵؛ اداره کنترل ایدز، ۱۳۸۸؛ سازمان توسعه تجارت ایران، ۱۳۸۸.

وضعیت بر نامه‌های مداخله در استانهای مرزی

بر اساس یافته‌های این پژوهش، اهم برنامه‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز که در استانهای مرزی ایران توسط بخش عمومی اجرا شده‌اند (و شرح جزئیات یکایک آنها از حوصله این مقاله خارج است) به قرار ذیل هستند:

- تدوین برنامه‌های عملیاتی کنترل و پیشگیری ایدز
- برگزاری کارگاههای آموزش مربیان همسان در زمینه پیشگیری از رفتارهای پرخطر و

اچ‌آی‌وی/ایدز

- برگزاری کارگاههای آموزشی پیشگیری از اعتیاد و ایدز
- تأسیس مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری
- کمک به سازمانهای غیر دولتی فعال در زمینه پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- چاپ نشریات در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز و راههای پیشگیری
- برگزاری سمینارهای منطقه‌ای درباره ایدز و راههای پیشگیری از آن
- فعالیت در راستای کاهش آسیب در میان معتادان تزریقی در قالب متادون‌درمانی،

خدمات مشاوره‌ای و توزیع سرنگهای یک‌بار مصرف

- راه‌اندازی کلینیکهای مثلثی با هدف کنترل عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز، مصرف مواد مخدر و بیماریهای آمیزشی و مقاربتی در زندان

مرور برنامه‌های مداخله و پیشگیری بیماری ایدز در استانها مرزی مورد مطالعه نشان می‌دهد که هرچند این تمهیدات در استانهایی مانند کردستان، بوشهر و خراسان رضوی کمیت نسبتاً خوبی دارند، اما در بسیاری از استانها به ویژه ایلام، هرمزگان، خراسان شمالی، گلستان، اردبیل و آذربایجان غربی از کمیت و کیفیت مطلوبی برخوردار نیستند. همچنین، تمرکز بیشتر این تمهیدات تاکنون بر مسأله اعتیاد تزریقی بوده است. در کرمانشاه که هم موارد مهاجرت و هم موارد اچ‌آی‌وی/ایدز قابل توجهی دارد طی سالهای اخیر برنامه‌های ذیل به اجرا در آمده‌اند (علی مددی، ۱۳۸۸؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸):

- تشکیل شورای عالی مقابله با بیماریهای رفتاری با کمیته‌های فنی و اطلاع‌رسانی و

آموزش درباره ایدز

- تأسیس مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری

- ارائه ۳۱ مرحله آموزشهای لازم در ارتباط با پیشگیری و کنترل ایدز
 - توزیع ۱۹۱ هزار و ۲۰۱ سرنگ در ۹ ماه اول سال ۱۳۸۶ بین معتادان تزریقی پرخطر
 - جمع‌آوری ۱۸۶ هزار و ۵۸۱ سرنگ مصرف‌شده با هدف جلوگیری از شیوع آلودگی
 - نگهداری حدود ۱۴۸ نفر معتاد پرخطر در مرکز نگهداری
- فعالیت‌های فوق قابل تقدیر و در عین حال ناکافی هستند.

کارگران فصلی و نوبتی/ادواری

کارگران فصلی و نوبتی/ادواری گروه‌هایی هستند که به دلیل مختصات شغلی ناچارند در طول سال شغلی اقدام به جابجایی کنند و به همین سبب نیز اغلب در جمعیت‌های پرخطر قرار می‌گیرند. معمولاً کارگران فصلی از مهارت خاصی برخوردار نیستند و برای امرار معاش خود و خانواده‌هایشان به انواع کارهای یدی تن در می‌دهند. در یک تقسیم‌بندی کلی می‌توان آنان را در دو دسته قرار داد. دسته اول کسانی هستند که با پایان یافتن فصل فعالیت کشاورزی برای یافتن کاری دیگر به طور موقت از روستاها به شهرها مهاجرت می‌کنند. دسته دوم افرادی هستند که مهارت و تخصص لازم برای جذب در مشاغل رسمی و دائمی را ندارند و با توجه به تأثیرات گردش فصول بر بازار کار روزگار را با پرداختن به مشاغل متفاوت و پراکنده سپری می‌کنند (بیگی، ۱۳۸۴). دسته سوم را نیز می‌توان به دو دسته قبلی افزود. این دسته مشتمل بر کارگرانی است که در پی یافتن کار با شروع فصل برداشت محصول به مناطق کشاورزی مهاجرت موقت می‌کنند. به عنوان مثال، کارگرانی که در فصل برداشت محصول چغندر قند و نیشکر به طور موقت و فصلی به مناطق صنعتی و کشاورزی خوزستان می‌آیند در زمره کارگران فصلی مهاجر قرار دارند (بنگرید به بیگی، ۱۳۸۴؛ ساعتچی، ۱۳۸۶؛ خوشحال شیرازی، ۱۳۸۰؛ مشفق و یاراحمدی، ۱۳۸۶).

در ایران ۱۷ منطقه ویژه و ۶ منطقه آزاد تجاری و اقتصادی وجود دارد. در هر کدام از این مناطق، شمار زیادی از کارکنان غیربومی یافت می‌شوند که به صورت ادواری و هر چند هفته یا چند ماه یک بار بین محل زندگی خانواده‌هایشان و محل کارشان رفت‌وآمد می‌کنند. بسیاری از کارکنان صنعت نفت که معمولاً چند هفته یا چند ماه را به دور از

خانواده در مناطق نفت‌خیز و بر سکوه‌های نفتی سپری می‌کنند نیز کارگر نوبتی/ادواری محسوب می‌شوند ((سازمان توسعه تجارت ایران، ۱۳۸۸؛ صادقی فسایی، ۱۳۸۵).

اطلاعات دقیق در مورد کارگران فصلی در دست نیست. اما طبق اطلاعات جسته‌گریخته بسیاری از کارگران ساده‌یدی شهری را (که در سال ۱۳۸۵ از سوی مرکز آمار ۲۵۶۱۱۴۸ نفر یا ۱۲/۵ درصد کل شاغلان ده ساله و بیشتر اعلام شده‌اند) می‌توان در زمره کارگران فصلی قرار داد. این کارگران اغلب در کارگاه‌های ساختمانی، مکانیکی، نجاری و خیاطی و نیز میادین میوه و تره‌بار، رستورانها، نانواییها، برخی فروشگاه‌های بزرگ، پارکها و گاراژها مشغول به کار هستند و در سالهای میانی زندگی قرار دارند. کیفیت زندگی این کارگران در بسیاری از موارد خوب نیست.

در مورد تعداد کارگران ادواری و نوبتی نیز اطلاعاتی کاملی وجود ندارد. تنها دانسته است که بخش زیادی از جمعیت مناطق آزاد، مناطق ویژه و مناطق نفت‌خیز را کارکنان و کارگران ادواری تشکیل می‌دهند. به عنوان مثال، منطقه عسلویه در استان بوشهر پیش از سال ۷۵ (قبل از احداث منطقه ویژه و نفتی پارس جنوبی) جمعیتی نزدیک به ۲۴ هزار نفر داشته است. اما در سال ۱۳۸۵ و پس از افتتاح پی‌درپی پروژه‌های گازی و نفتی جمعیت این منطقه به بیش از ۹۰ هزار نفر افزایش یافته است. بنا بر اظهار مقامات مسئول تنها ۳۰ هزار نفر از این جمعیت مردم بومی و مابقی یعنی ۶۰ هزار نفر کارگران و کارکنان ادواری محسوب می‌شده‌اند. تقریباً از تمامی مناطق ایران افرادی جهت اشتغال به عسلویه آمده‌اند. از آنجا که بیشتر مناطق آزاد و مناطق تجاری در پیوند با اقتصاد بین‌المللی هستند، اتباع برخی از کشورهای خارجی نیز با هدف اشتغال به این مناطق مهاجرت می‌کنند (صلاحی، ۱۳۸۸؛ حاجیان، ۱۳۸۸؛ طالبیان و همکاران، ۱۳۸۷).

زمینه‌های اجتماعی - رفتاری آسیب‌پذیری و رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در

میان کارگران فصلی و نوبتی/ادواری

آماری از وضعیت بیماری ایدز و رفتارهای پرخطر در میان کارگران فصلی وجود ندارد. اما می‌توان تصور کرد که برخی از ویژگی‌های شیوه زیست کارگران و رفتارهای ایشان زمینه‌ساز ابتلاء به ایدز باشند. دوری از خانواده، اعتیاد، زندگی گروهی با همسانان و بی‌بندوباری جنسی در میان برخی از کارگران فصلی عواملی هستند که می‌توانند به صورت مستقیم یا با واسطه

منجر به ابتلاء به اچ‌آی‌وی/ایدز شوند. بر اساس نتایج مطالعه نارنجیها (۱۳۸۶)، کارگری (شامل کارگری ساده و بامهارت) بیشترین فراوانی شغلی را در میان معنادان داشته است. هر چند اطلاع دقیقی از شیوع اعتیاد تزریقی در میان کارگران فصلی وجود ندارد، اما بنا بر برخی اظهار نظرها اعتیاد به انواع مواد مخدر (تزریقی و غیرتزریقی) بین برخی از اعضای این قشر جامعه رواج دارد. بر اساس نتایج تحقیق مشفق و یاراحمدی (۱۳۸۶)، کارگران مهاجر در دوران کار به سختی می‌توانند با خانواده‌های خود در مبادی مهاجرتی ملاقات کنند. همچنین ممکن است افراد کم‌سن‌وسالی که در میان کارگران مهاجر کار و زندگی می‌کنند توسط کارگران بزرگ‌تر مورد سوءاستفاده جنسی قرار گیرند.

طبق مطالعه بابایی (۱۳۸۷)، میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان نوبتی منطقه عسلویه و پارس جنوبی بسیار بیشتر از میانگین است. در این مطالعه، میزان افسردگی و اضطراب شاغلین تفاوت معناداری با شیوع این مشکلات در بین خانواده‌های ساکن داشته است. همچنین، طی فعالیت غربالگری اعتیاد به مواد مخدر در کارگران صنایع پتروشیمی منطقه پارس (در فاصله دی ماه ۱۳۸۲ لغایت اردیبهشت ۱۳۸۴ با تعداد کل نمونه ۵۰۵۲۹ کارگر نوبتی) نتایج آزمون اعتیاد جهت ۷/۷ درصد مثبت بوده است، در حالیکه ۲۸ درصد از افراد از شرکت در آزمون خودداری کرده‌اند (بابایی، ۱۳۸۵). به گفته طالبیان و همکارانش (۱۳۸۷)، در عسلویه مواد مخدر با هدف مصرف کارکنان و کارگران به وفور عرضه می‌شود. همچنین مشاور عالی مدیر عامل منطقه آزاد عسلویه در بهمن ماه ۱۳۸۵ اعتیاد را مهمترین معضل و چالش اساسی این منطقه دانسته است (حاجیانی، ۱۳۸۸). نتایج تحقیق طالبیان و همکاران (۱۳۸۷) بیانگر آن است که فحشا به عنوان یکی آسیبهای اجتماعی در محیطهایی چون عسلویه که در آنها افراد از خانواده‌هایشان دور هستند رشد می‌کند و دامنگیر بومیان منطقه نیز می‌شود. صادقی فسایی (۱۳۸۵) و حاجیانی (۱۳۸۸) به موارد گسترده فروش مواد مخدر (گهگاه توسط اتباع خارجی)، حضور تن‌فروشان (از جمله اتباع خارجی) در برخی اردوگاهها، وجود خانه‌های فساد، قوادی و آزار جنسی کارگران جوان اشاره می‌کنند.

میزان دسترسی کارگران فصلی و نوبتی/ادواری به خدمات پیشگیری، کنترل و کاهش ایدز

طبق بررسی‌های این تحقیق، تاکنون در کشور هیچ برنامه عمومی یا اختصاصی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز جهت کارگران فصلی طراحی و اجرا نشده است. البته در سالهای اخیر برخی مسئولان متوجه ضرورت ساماندهی وضعیت کارگران فصلی شده و بعضی نهادها نیز در این راستا اقداماتی هر چند ناکافی (به ویژه از منظر بهداشت) صورت داده‌اند (مرتضوی، ۱۳۸۷). مثلاً در شهر کرمان مکانهایی برای استقرار کارگران فصلی در سطح شهر اعلام شده است و مسئولان این اقدام خود را «ساماندهی کارگران فصلی شهر کرمان» نامیده‌اند (بنگرید به پوراسماعیلی، ۱۳۸۸). در شهر تهران نیز طرح ساماندهی کارگران فصلی با گستره‌ای بزرگتر از مورد کرمان اجرا شده است (بنگرید به دانشجو، ۱۳۸۷). یکی از اعضای شورای شهر در تیر ماه ۱۳۸۸ و در حاشیه افتتاح ۵ مرکز ساماندهی کارگران فصلی در تهران از عدم همراهی و همکاری مسئولان ذیربط در وزارت کار و امور اجتماعی در اجرای مصوبه شهرداری مبنی بر همکاری کلیه نهادهای مسئول در این زمینه انتقاد کرده است (بنگرید به طلایی، ۱۳۸۸).

در مورد برنامه‌های معطوف به کارگران نوبتی/ادواری نیز شواهد کمی وجود دارد. یک مقام مسئول از انجام طرح غربالگری و دیده‌بانی بیماری ایدز طی یک برنامه پنج‌ساله در منطقه عسلویه یاد کرده است (بنگرید به جامه بزرگی، ۱۳۸۸). در عین حال گزارش شده است که به دلیل تغییر مکرر مدیریت منطقه پارس جنوبی، طرح سازمان بهزیستی جهت کنترل آسیب‌های اجتماعی در این منطقه مسکوت مانده است (بنگرید به فقیه، ۱۳۸۸). در مجموع به نظر می‌رسد با توجه به گستردگی زمینه‌های ابتلاء به ایدز در میان کارگران فصلی و کارکنان نوبتی/ادواری اقداماتی کافی در زمینه کنترل و پیشگیری صورت نگرفته است.

کارکنان کشتی

کارکنان کشتی شامل دو گروه افسران و ملوانان هستند. گروه اخیر نیز به دو دسته ملوانان لنگرهای کوچک و شهرهای ساحلی (که به ماهیگیری و در مواردی به تجارت با کشورهای و بنادر نزدیک مبادرت می‌ورزند) و ملوانان کشتیهای بزرگ (که مزدگیر

بنگاههای بزرگ و زمانهایی طولانی در سفر هستند) تقسیم می‌شوند. افسران اغلب در کشتیهای بزرگ و اقیانوس پیما مشغول به فعالیت هستند. با توجه به سهم زیاد حمل و نقل دریایی در انتقال کالا در ایران، کارکنان دریایی کشور جمعیت قابل ملاحظه‌ای را تشکیل می‌دهند. با توجه به نوع حرفه این کارکنان و رفت و آمدشان به کشورهای دیگر، آنان در معرض آسیبهای اجتماعی و روانی قرار دارند. این آسیبها می‌توانند زمینه‌ساز شیوع ایدز در میان ایشان شوند (بنگرید به مرادی، ۱۳۸۷؛ ابراهیم‌اصل تبریزی، ۱۳۸۷). بر اساس اطلاعات موجود، آمار کارکنان دریایی کشور به صورت تقریبی حدود ۵۲۰۰ نفر برآورد می‌شود که ۲۰۹۰ نفر آنها افسر و ۳۱۱۰ نفر ملوان هستند. اکثر ملوانان دیپلمه هستند و تعداد محدودی نیز در سطح زیردیپلم قرار دارند. افسران بعثت مسئولیت کاری تخصصی دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. اکثر کارکنان دریایی در سنین ۲۵ تا ۴۵ سال قرار دارند. نزدیک به ۶۰ درصد کارکنان کشتی در مناطق جنوبی مثل استانهای خوزستان، استان بوشهر و استان هرمزگان ساکنند و ۳۰ درصد در مناطق شمالی یعنی استانهای مازندران، گیلان و گلستان سکونت دارند. ۱۰ درصد باقی نیز اکثراً در تهران زندگی می‌کنند (بنگرید به احمدی و همکاران، ۱۳۸۰؛ مارین‌نیوز، ۱۳۸۸؛ انجمن مهندسی دریایی ایران، ۱۳۸۸).

زمینه‌های اجتماعی - رفتاری آسیب پذیری و رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در میان کارکنان کشتی

اطلاعات موجود درباره وضعیت کارکنان کشتیها در پیوند با ایدز، اعتیاد، روابط جنسی نامتعارف و بیماریهای مقاربتی ناچیز است. به گفته مسئول روابط عمومی و پاسخگویی شرکت نفتکشهای جمهوری اسلامی ایران تاکنون موردی از ابتلای به ایدز در میان ملوانان گزارش نشده است؛ اما شیوع هپاتیت، بیماریهای مقاربتی به غیر از ایدز، و سوء مصرف مواد در بین ملوانان و دیگر کارکنان دریایی مورد تایید قرار گرفته است. یافته‌های تحقیق ضاربان و همکارانش (۱۳۸۵)، که به صورت نیمه تجربی در میان ۱۳۰ نفر از ملوانان بندر چابهار انجام شده، نشان می‌دهند که ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه طی مسافرت خارج از کشور تماس جنسی با افراد بیگانه داشته‌اند. از این افراد ۹۴/۶ درصد هنگام تماس جنسی به دلیل عدم دسترسی به غلاف کشايند از آن استفاده نکرده‌اند و نیز ۹۲/۳ درصد درباره ایدز از شرکاء جنسی خویش سوالی نکرده‌اند.

میزان دسترسی کارکنان کشتیها به خدمات پیشگیری، کنترل و کاهش ایدز

بیشتر برنامه‌هایی که برای کارکنان کشتیها در مورد آگاهی از بیماریها و بهداشت اجرا می‌شوند دارای محتوایی عمومی هستند و تمرکز بر بیماریهای خاص از جمله ایدز ندارند. این برنامه‌ها با روشهای ذیل به اجرا در می‌آیند. برای اینکه فردی گواهینامه ملوانی دریافت کند، لازم است که مدارک فنی و بهداشتی متعددی داشته باشد. شرکتهای کشتیرانی برای بستن قرارداد با ملوانان و افسران و برای سوار کردنشان بر کشتیها از آنان گواهی سلامتی می‌خواهند. شرکتهای کشتیرانی برای حصول اطمینان از سلامت پرسنل هر شش ماه یک بار بصورت تصادفی ۲۰ درصد از کارکنان را مورد آزمایش الکل و مواد مخدر قرار می‌دهند. در زمان رسیدن کشتی به بندر نیز تمهیداتی برای افزایش آگاهی ملوانان درباره وضعیت اجتماعی و فرهنگی مقصد به کار گرفته می‌شود، از جمله هشدار پزشکبار کشتی در مورد مخاطرات بهداشتی و عرضه کتابچه‌هایی در مورد احتمال وجود بیماریهای خاص در مقصد (بنگرید به ضاربان و همکاران، ۱۳۸۵؛ مارین‌نیوز، ۱۳۸۸).

رانندگان

بیش از ۹۰ درصد حمل‌ونقل کالای داخلی ایران توسط ناوگان زمینی و رانندگان انجام می‌شود. بخش اعظمی از حمل‌ونقل مسافر نیز از طریق جاده‌های کشور صورت می‌گیرد (اتحادی، ۱۳۸۳). طبق اطلاعات وزارت راه و ترابری (۱۳۸۶)، در بخش حمل‌ونقل جاده‌ای کالا و مسافر، تعداد ۴۲۶ هزار راننده شناسایی شده مشغول به کار هستند. تعداد سفرهای صورت‌گرفته با کامیون (حامل کالا با بارنامه) در سطح کشور اندکی بیش از ۲۳ میلیون است که از این تعداد ۷ میلیون (۳۱ درصد) مربوط به سفرهای درون استانی و ۱۶ میلیون (۶۹ درصد) مربوط به سفرهای برون استانی هستند. تعداد سفرهای انجام‌شده توسط وسایل عمومی مسافری (با صورت وضعیت) در سطح کشور نیز ۱۷/۴ میلیون گزارش شده که ۱۱/۴ میلیون از آن (۶۵ درصد) مربوط به سفرهای درون استانی و ۶ میلیون (۳۵ درصد) مربوط به سفرهای برون استانی است. پایانه‌ها به عنوان مکانهای هماهنگی، ارائه خدمات و توزیع مسافر و بار در شبکه گسترده حمل‌ونقل کشور و شبکه راهها عمل می‌کنند. در زمینه حمل‌ونقل بین‌المللی، در سال ۱۳۸۶، ۹۶ هزار دستگاه کامیون حامل کالا (۴۷ درصدشان ایرانی) از مرزهای جاده‌ای ایران وارد و ۱۵۷ هزار دستگاه (۷۹ درصدشان ایرانی) خارج شده‌اند. کشورهای عراق، ترکیه و

آذربایجان مبدأ و مقصد بیشترین تعداد کامیونها بوده‌اند. همچنین، بیشترین تعداد وسایل نقلیه مسافری (اتوبوس و مینی‌بوس) از کشورهای ترکیه (۲۱ هزار و ۶۹ دستگاه)، افغانستان (۵ هزار و ۱۰۱ دستگاه) و آذربایجان (۴ هزار و ۱۲۲ دستگاه) وارد ایران شده‌اند. همین سه کشور مقصد بیشترین تعداد وسایل نقلیه مسافری خارج شده از کشور بوده‌اند (کشور ترکیه مقصد ۱۴ هزار و ۵۶۴ دستگاه، کشور آذربایجان مقصد ۴ هزار و ۶۹۶ دستگاه و کشور افغانستان مقصد ۴ هزار و ۲۹۶ دستگاه وسیله نقلیه مسافری).

زمینه‌های اجتماعی - رفتاری آسیب پذیری و رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در میان کارکنان کشتی

مطالعات مشخصی درباره وضعیت ایدز در میان رانندگان صورت نگرفته است. اما رانندگان به دلیل سفرهای متعدد و طولانی می‌توانند مستعد انجام رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد و روابط جنسی نامتعارف باشند (نارنجیها، ۱۳۸۶). از این رو آموزش رانندگان در خصوص بیماری ایدز از مهمترین اولویتهای عرصه پیشگیری و کنترل محسوب می‌شود (بنگرید به جلالی نیا و همکاران، ۱۳۸۵). در مورد وضعیت شیوع اعتیاد در رانندگان می‌توان به مطالعات مختلفی اشاره کرد. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۸ در بوشهر انجام گرفته، ۱۰ درصد معتادان دارای شغل رانندگی بوده‌اند (امینی خوئی، ۱۳۷۸). در پژوهشی دیگر در اهواز در مقطع زمانی اسفند ۱۳۷۷ تا اردیبهشت ۱۳۷۸، ۸/۴ درصد معتادان راننده بوده‌اند (دفتر مطالعات و پژوهشهای ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۸). همچنین سازمان بهداشتی کشور به منظور ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران در سال ۱۳۷۹ مطالعه‌ای انجام داده که طی آن ۸/۴ درصد از افراد معتاد دارای شغل رانندگی گزارش شده است (بنگرید به رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹). نتایج مطالعه دیگری در سال ۱۳۸۶ با همین هدف نشان می‌دهد که ۴/۷ درصد معتادان در نمونه پژوهش دارای شغل رانندگی برون‌شهری و ۷/۹ درصد نیز دارای شغل رانندگی درون‌شهری بوده‌اند (بنگرید به نارنجیها، ۱۳۸۶).

میزان دسترسی رانندگان به خدمات پیشگیری، کنترل و کاهش ایدز

در سالهای اخیر چند برنامه بهداشتی جهت رانندگان در کشور اجرا گشته که البته طی آنها به طور اختصاصی به اچ‌آی‌وی/ایدز پرداخته نشده است. به عنوان نمونه، در سال ۱۳۸۶ یک

دوره آموزشی بهداشت فردی برای رانندگان حرفه‌ای استان تهران اجرا شد که ۱۰۰۱ راننده را تحت پوشش قرار داد (دفتر فن آوری اطلاعات، ۱۳۸۷). همچنین، طرح صحت و سلامت رانندگان در راستای بهداشت عمومی و توسعه ایمنی حمل‌ونقل اجرا شده است. در این طرح، معاینات پزشکی جهت بررسی سلامت رانندگان انجام و برای هر راننده کارت صحت و سلامت صادر می‌شود (صنعت حمل و نقل، ۱۳۸۷؛ خبرگزاری ایرنا، ۱۳۸۸).

نتیجه‌گیری

پیوند میان جابجایی جمعیت، رفتارهای پرخطر و افزایش مخاطره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز رابطه‌ای تأییدشده است. افراد به واسطه جابجایی وارد محیط‌های جدید و غریبی می‌شوند که فاقد نظارت و کنترل محیط پیشین است. در شرایط جدید ممکن است آنان مستعد نقض هنجارهای پیشین و قواعد معمول جهت رفع نیازهای خود شوند یا هنجارهای جدیدی بر آنان تحمیل شود. همچنین رفتارهای پرخطر خود زمینه‌ساز افزایش مخاطره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند. مهاجران، کارگران فصلی و نوبتی/ادواری، رانندگان، کارکنان کشتیها و برخی دیگر از گروه‌های جمعیتی به واسطه سبک زندگی یا الزام شغلی مجبور به جابجایی می‌شوند و در معرض مخاطره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز قرار می‌گیرند. نواحی گذر و مقصد افراد جابجاشونده نیز در بسیاری مواقع شاهد افزایش مخاطره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند.

در این مقاله مهاجران، ساکنان استانهای مرزی، کارگران فصلی و نوبتی/ادواری، رانندگان، و کارکنان کشتی ایران از منظر مخاطره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز و دسترسی به خدمات پیشگیری، مشاوره‌ای و درمانی مرتبط به این بیماری مورد توجه قرار گرفته‌اند. الگوهای جابجایی گروه‌های جمعیتی مورد بحث یکسان نیستند. مبدأ جابجایی کارگران فصلی روستا و مقصد آن شهر است. الگوی جابجایی مهاجران و ساکنان مناطق مرزی بسیار پیچیده‌تر است و شامل تمام نواحی کشور و نیز کشورهای همجوار (مورد دوم) می‌شود. رانندگان و کارکنان کشتیها نیز به دلیل ویژگیهای شغلیشان الگوی جابجایی کاملاً متفاوتی را در مقایسه با گروه‌های جمعیتی قبلی از خود بروز می‌دهند.

احتمالاً (و تا حدی بر اساس یافته‌های فوق) رفتارهای پرخطر در میان رانندگان و کارکنان کشتی با تراکم بیشتری نسبت به دیگر گروه‌ها شایع هستند. مصرف مواد از طریق تزریق و روابط جنسی غیرمتعارف می‌توانند به طور بالقوه از مهمترین رفتارهای پرخطر در میان این دو

گروه باشند (با توجه به دوری آنان از خانواده و برخورداری نسبی‌شان از امکانات مالی). به احتمال قوی، پس از این دو گروه کارگران ادواری مستعد بروز رفتارهای پرخطر هستند. هر چند در این پژوهش نشان دادن ارتباط مستقیم میان جابجایی، رفتارهای پرخطر و ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در استانهای مرزی میسر نشده است، اما میزان بالای تردد و فراوانی موارد اچ‌آی‌وی مثبت در برخی استانهای مرزی توجه ویژه به این نواحی را الزامی می‌سازد.

حجم مداخلات اختصاصی برای کنترل و کاهش رفتارهای پرخطر و اچ‌آی‌وی/ایدز در گروههای جمعیتی در حال جابجایی بسیار محدود است و این گروهها اغلب تنها از پوشش برنامه‌های مداخله عمومی برخوردارند. برای مهاجران تقریباً هیچ برنامه اختصاصی وجود ندارد. در استانهای مرزی نیز مشابه دیگر استانها و در برخی موارد حتی به شکلی محدودتر از دیگر استانها (به واسطه فاصله از مرکز کشور) برنامه‌های عمومی به منظور کنترل رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز توسط سازمانهای مسئول از جمله ادارات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی به اجرا در می‌آید. اگرچه جمعیت‌های در حال جابجایی تا حدی از این خدمات بهره‌مند می‌شوند، اما با توجه به ابعاد وسیعتر مشکلات رفتاری گروههای مورد بحث، برنامه‌ریزی برای مداخلات جدی‌تر و تخصصی جهت ایشان حائز اهمیت زیادی است. بر اساس یافته‌های این مطالعه، دو پیشنهاد می‌توان ارائه داد. پیشنهاد اول فراهم آوردن سازوکار جمع‌آوری اطلاعات دقیق از گروههای در حال جابجایی است. پیشنهاد دوم عرضه خدمات پیشگیری، مشاوره‌ای و درمانی اختصاصی جهت گروههای جمعیتی جابجاشونده است.

منابع

۱. ابراهیم‌اصل تبریزی، محمد (۱۳۸۷) "انگیزش، آموزش و پرورش، سه عامل اساسی در توسعه نیروی انسانی ماهر دریایی"، *مجله بندر و دریا*، شماره ۱۴، اردیبهشت، صص ۴۹-۵۹.
۲. اتحادی، محمد (۱۳۸۳) "رانندگان، خانه‌به‌دوشان بی‌ادعا"، *مجله جاده ابریشم*، شماره ۸۳، صص ۳۵-۳۶.
۳. احمدی، حبیب و محمدتقی ایمان (۱۳۸۴) "فرهنگ فقر، حاشیه‌نشینی و گرایش به رفتار بزه‌کارانه در میان جوانان حاشیه‌نشین ده‌پایله شیراز در سال ۱۳۸۳"، *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)*، شماره ۱۹، صص ۹۹-۱۱۸.

۴. احمدی، علی و همکاران (۱۳۸۰) "بررسی عوامل زمینه‌ساز و منجر به حادثه در دریا برای ملوانان شهرستان کنگان"، طب جنوب، شماره ۴ (ویژه‌نامه کنگره سراسری طب و دریا)، ص ۷۹.
۵. اداره کنترل ایدز (۱۳۸۸ الف) "آمار ثبتی موارد شناخته شده مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز"، آذر ۱۳۸۸.
۶. اداره کنترل ایدز (۱۳۸۸ ب) "گزارش برآورد شیوع آلودگی به ویروس ایدز در ایران"، تیر ۱۳۸۸.
۷. امینی‌خوئی، ناصر (۱۳۷۸) "بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی، منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای افراد معتاد و عادی استان بوشهر و ارائه راهبردهایی جهت بازپروری معتادین"، دفتر مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۸. انجمن مهندسی دریای ایران (۱۳۸۸) سایت انجمن مهندسی دریای ایران (<http://www.iraname.ir>).
۹. بابایی، نعمت (۱۳۸۷) "بررسی وضعیت روانی-اجتماعی کارکنان شرکت ملی صنایع پتروشیمی"، معاونت بهداشت و درمان وزارت نفت.
۱۰. برغمندی، هادی (۱۳۸۷) "تأثیر تخریب محله غربت بر سرمایه اجتماعی اهالی محله خاک سفید"، رفاه/اجتماعی، شماره ۲۸. صص ۲۶۳-۲۸۳.
۱۱. بیگی، حسن (۱۳۸۴) "کارگرانی که به امید خدا رها شده‌اند"، روزنامه اعتماد، ۴ مرداد. ص ۸.
۱۲. پوراسماعیلی، محسن (۱۳۸۸) "سامان‌دهی کارگران فصلی شهر کرمان"، پایگاه اینترنتی کرنا (<http://www.kerna.ir>)، رؤیت‌شده در ۱۸/۴/۱۳۸۸.
۱۳. جامه‌بزرگی، ایرج (۱۳۸۸) "ابتلا به ایدز درپارس جنوبی پایبتر از میانگین کشوری است"، پایگاه اینترنتی ستاد مبارزه با مواد مخدر (<http://www.dchq.ir>). رؤیت‌شده در ۲۵/۴/۱۳۸۸.
۱۴. جلالی‌نیا، شیرین و همکاران (۱۳۸۵) "رانندگان در معرض خطر ابتلا به ایدز"، فصلنامه باروری و ناباروری، سمینار سراسری ایدز، ضمیمه پاییز، ۲۵-۳۲.
۱۵. حاجبانی، عبدالله (۱۳۸۸) "پیامد یک فراموشی آگاهانه: کشف اجساد کارگران معتاد کنار تلمبه‌خانه‌ها، حضور زنان متکدی در منطقه با مشکلات غیراخلاقی"، پایگاه اینترنتی ستاد مبارزه با مواد مخدر (<http://www.dchq.ir>). رؤیت‌شده در ۲۵/۴/۱۳۸۸.
۱۶. خبرگزاری ایرنا (۱۳۸۸) ۳ خرداد (<http://www.irna.ir>).

۱۷. خوشحال شیرازی، م. (۱۳۸۰) "کارگران فصلی در میادین و چهارراهها به دنبال روزی"، *روزنامه کیهان*، ۲۳ تیر، ص ۵.
۱۸. دانشجو، خسرو (۱۳۸۷) "ساماندهی کارگران فصلی ساختمان در تهران"، *روزنامه ایران*، ۱۳ آبان، ص ۶.
۱۹. دفتر فن آوری اطلاعات [سازمان راهداری و حمل و نقل جاده‌ای] (۱۳۸۷) سالنامه آماری حمل و نقل جاده‌ای، ۱۳۸۶، تهران: سازمان راهداری و حمل و نقل جاده‌ای.
۲۰. دفتر مطالعات و پژوهشهای ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۸) "بررسی وضعیت مراجعین مرکز درمان معتادین خودمعرف شهرستان اهواز"، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۱. رزاقی، عمران محمد و همکاران (۱۳۷۹) "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران"، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
۲۲. روزنامه همشهری (۱۳۸۸) ۱۷ مرداد.
۲۳. زنگی آبادی، علی و همکاران (۱۳۸۴) "تحلیل علل اقتصادی-اجتماعی حاشیه نشینی در شهر اصفهان"، *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)*، صص ۱۷۹-۱۹۲.
۲۴. سازمان توسعه تجارت ایران (۱۳۸۸) وبگاه سازمان توسعه تجارت ایران (<http://fa.tpo.ir>).
۲۵. ساعتچی، محمد (۱۳۸۶) "حالا که فصل کارگران فصلی تمام شده، زندگی تعطیل تا سال بعد"، *روزنامه اعتماد*، ۵ آبان. صفحه ۸-۸.
۲۶. صادقی فسایی، سهیلا (۱۳۸۵) "ارائه یک الگوی مفهومی برای مسائل و انحرافات اجتماعی و راه‌حلهای کاهش آن در عسلویه"، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، شماره ۱۴، صص ۱۱۹-۱۴۶.
۲۷. صلاحی، محمد (۱۳۸۸) "نقش مناطق آزاد در اقتصاد ملی"، خبرگزاری ایرنا (<http://www.irna.ir>)، رؤیت شده در ۲۵ / ۴ / ۱۳۸۸.
۲۸. صنعت حمل و نقل (۱۳۸۷) "برگزاری طرح صحت و سلامت رانندگان"، *صنعت حمل و نقل*، شماره ۲۷۴، ص ۴۱.
۲۹. ضاریان، ایرج و همکاران (۱۳۸۵) "بررسی میزان تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از ایدز بر آگاهی، نگرش و عملکرد ملوانان بندر چابهار"، *مجله طبیب شرق*، شماره ۸، صص ۲۹-۳۶.
۳۰. طالبیان، سیدامیر و همکاران (۱۳۸۷) "تحلیل تأثیر اجتماعی توسعه صنعتی در منطقه عسلویه"، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۳، صص ۵۵-۷۵.
۳۱. طلائی، مرتضی (۱۳۸۸) "وزارت کار برای ساماندهی کارگران فصلی در حاشیه نشسته است"، خبرگزاری ایلنا (<http://www.ilna.ir>)، رؤیت شده در ۱۸ / ۴ / ۱۳۸۸.

۳۲. علی مددی، کامران (۱۳۸۸) "حرکت پیشگیرانه در سایه ایدز"، وبگاه سازمان بهزیستی <http://behzisty.ir>، رؤیت‌شده در ۲۸ / ۴ / ۱۳۸۸.
۳۳. فقیه، ابولحسن (۱۳۸۸) "طرح کنترل آسیبهای اجتماعی در عسلویه آماده امضای نهایی است"، پایگاه اینترنتی نفت‌نیوز (<http://naftnews.net>)، رؤیت‌شده در ۲۵ / ۴ / ۱۳۸۸.
۳۴. مارین‌نیوز (۱۳۸۸) سایت اینترنتی مارین‌نیوز (<http://www.marinenews.ir>).
۳۵. مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۶) "ارزیابی سریع رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز زنان تن‌فروش شهر تهران"، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماریها) و دفتر جمعیت سازمان ملل متحد در تهران.
۳۶. مرادی، علی (۱۳۸۷) "نقش عنصر انسانی در بروز حوادث دریایی"، فصلنامه دیدگاه، زمستان، صص ۳۲-۴۱.
۳۷. مرتضوی، سیدامیر (۱۳۸۷) "حضور کارگران فصلی در سطح شهر باعث نازیبایی بصری می‌شود"، روزنامه جام‌جم، ۱۳ آبان، ص ۱۵.
۳۸. مرکز آمار ایران (۱۳۸۸ الف) درگاه ملی (www.amar.org.ir)، رؤیت‌شده در ۲۸ / ۴ / ۱۳۸۸.
۳۹. مرکز آمار ایران (۱۳۸۸ ب) "گزیده نتایج سرشماری اجتماعی - اقتصادی عشایر کوچنده کل کشور سال ۱۳۸۷"، مرکز آمار ایران.
۴۰. مرکز آمار ایران (۱۳۸۵) "نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۸۵"، مرکز آمار ایران.
۴۱. مشفق، محمود و علی یاراحمدی (۱۳۸۶) "مهاجرت کارگری، اشتغال در بازار کار غیررسمی و آسیب‌پذیری ناشی از آن"، فصلنامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، سال ۲، شماره ۳، صص ۱۴۹-۱۶۲.
۴۲. نارنجیها، هومن (۱۳۸۶) "ارزیابی سریع وضعیت سوء‌مصرف مواد در ایران (مؤسسه داریوش)"، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۴۳. نصیری، معصومه (۱۳۸۵) "توزیع جغرافیایی مسکن گروههای کم‌درآمد شهری و رابطه آن با اعتیاد: با تأکید بر شهر بابل"، مجله مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۲، صص ۱۲۴-۱۳۹.
۴۴. نقدی، اسدالله و رسول صادقی (۱۳۸۷) "حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)"، رفاه اجتماعی، شماره ۲۰، صص ۱۹۴-۲۱۳.
۴۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۸) "گزارش جمهوری اسلامی ایران دربارهٔ پایش اعلانیهٔ تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینهٔ اچ‌آی‌وی و ایدز"، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۴۶. وزارت راه و ترابری (۱۳۸۶) سالنامه آماری، تهران: سازمان پایانه‌ها.

47. Alaedini, Pooya, et al (2007) "Land Markets and Housing Dynamics in Low Income Settlements in Iran: Examining Data from Three Cities," Presented at the World Bank Urban Symposium (www.worldbank.org).
48. Del Amo, Julia, et al (2001) "AID and Mobility: Looking to the Future, Migration and HIV/AIDS in Europe," Commissioned by the European AIDS & Mobility, Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention.
49. Guerny, Jacques du (2003) "Multisectoral Responses to Mobile Populations' HIV Vulnerability," UNDP South East Asia HIV and Development Programme, Thailand (<http://www.hivdevelopment.org>).
50. Guerny, Jacques du and Lee-Nah Hsu (2002) "Towards Borderless Strategies Against HIV/AIDS," UNDP South East Asia HIV and Development Programme, Thailand (<http://www.hivdevelopment.org>).
51. Hsu, Lee-Nah, Jacques du Guerny and Marissa Marco (2002) "Communities Facing the HIV/AIDS Challenge: From Crisis to Opportunities, From Community Vulnerability to Community Resilience," UNDP South East Asia HIV and Development Programme, Thailand (<http://www.hivdevelopment.org>).
52. IOM (2002) "IOM Position Paper on HIV/AIDS and Migration" (www.iom.org.za/reports/PositionPaper.pdf).
53. IOM (2006) "The Partnership on HIV/AIDS and Mobile Population in Southern Africa,"