Feyz Medical Sciences Journal
2026, Volume 30, Issue 2
Pages: 240-253
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11
Original Article

Mental Health, Sleep Disorders, Substance Use, and High-Risk Sexual Behaviors among Homeless Men in Isfahan Province: A Cross-sectional Study

Freshteh Haerifar [1,2], Ehsan Sharifi [3], Zahra Esteki Moghaddam [4], Manijeh Davari Dolatabadi [5], Mohammad Javad Azadchehr [6], Peyman Esmaeili Shahzadeh-Ali-Akbari [7,2], Amir Ghaderi [8*]

[1] Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
[2] Department of Addiction Studies, School of Medical, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
[3] Research and Planning Expert of Drug Control Headquarter of Iran, Isfahan, Iran
[4] Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran
[5] Department of Clinical Psychology Family, Karamat Medical Center of the corps Article 16 Sahebe Zamen Isfahan, Iran
[6] Infectious Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
[7] Clinical Research Development Unit Matini /Kargarnejad Hospitals, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
[8] Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

[*]**Corresponding author: Amir Ghaderi,** Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
Email: gaderiam@gmail.com

Received: 26 January 2026 **Revised:** 16 February 2026 **Accepted:** 16 February 2026

Abstract

Background and Aim: Homelessness, as one of the growing public health challenges, is associated with a high prevalence of psychological problems, sleep disturbances, substance use, and high-risk sexual behaviors. The present study aimed to investigate mental health status, sleep quality, high-risk sexual behaviors, and their associated factors among homeless men.

Methods: This cross-sectional analytical study was conducted on 239 homeless men residing in two shelter and rehabilitation centers for homeless individuals in the counties of Mobarakeh and Isfahan. Data were collected using the 28-item General Health Questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index, and a High-Risk Sexual Behavior Questionnaire. In addition, demographic information and substance use patterns were obtained through semi-structured interviews.

Results: The mean age of the participants was approximately 40 years, with the majority falling within the 30–50-year age range. The results showed that 18.4% of participants had moderate to severe mental health impairment, while 63.6% reported poor sleep quality. The mean score of high-risk sexual behaviors was 4.30 ± 2.48. Poor mental health was significantly associated with housing instability, high-risk livelihood strategies, a history of injection drug use, and repeated attempts to quit substance use ($P < 0.05$). Poor sleep quality also demonstrated significant correlations with housing status and substance use patterns. High-risk sexual behaviors were more prevalent among younger, single individuals and those with unstable housing. Furthermore, early initiation of substance use and cigarette smoking was associated with poorer mental health and increased high-risk sexual behaviors.

Conclusion: The findings of this study indicate that psychological problems, sleep disturbances, substance use, and high-risk sexual behaviors are highly prevalent and co-occur among homeless men, and are associated with multiple social and behavioral determinants.

Keywords: Homelessness, Mental health, Sleep disorders, High-risk sexual behaviors, Substance use

Copyright© 2026. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: http://feyz.kaums.ac.ir/

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

Extended Abstract

Background and Objective

Homelessness is a growing global public health crisis, affecting over 150 million people worldwide, with nearly 1.8 billion lacking adequate housing (Onapa et al., 2022; Goldshear et al., 2025). Individuals experiencing homelessness are disproportionately exposed to harsh environmental conditions, violence, and limited healthcare access, resulting in a substantial burden of disease (Richards & Kuhn, 2023). Mental health disorders and substance use disorders are highly prevalent in this population and often interact in a bidirectional, self-reinforcing cycle that further destabilizes housing conditions (Barry et al., 2024). Among these groups, people who inject drugs (PWID) face particularly severe risks, including overdose and transmission of HIV and hepatitis C (Arum et al., 2021). Despite the urgency of these challenges, comprehensive and region-specific data remain limited, particularly in the Middle East and North Africa, where robust official statistics are lacking (Rabiah-Mohammed & Oudshoorn, 2023; Rafiey et al., 2019). This study aimed to investigate the complex interplay between mental health, sleep disorders, substance use, and high-risk sexual behaviors among homeless men in Isfahan Province to inform evidence-based public health strategies.

Methods

This cross-sectional analytical study was conducted among 239 homeless men residing in two shelter and rehabilitation centers for homeless individuals in Mobarakeh County and Isfahan, Iran. Participants were selected using purposive and convenience sampling, with all eligible individuals present at these centers during the data collection period being consecutively invited to participate. The mean age of the participants was 39.67 ± 8.89 years (range: 20–62 years). Inclusion criteria included age 18–95 years, homeless status (lack of stable housing, lack of effective family support, and stable employment with history of substance use), ability to communicate verbally, and voluntary consent. Exclusion criteria included withdrawal from the study at any stage, fatigue, or acute physical/mental conditions during the interview. A sample size of 239 was determined based on cross-sectional study formulas, with a 95% confidence level and a 5% margin of error.

Data were collected through structured face-to-face interviews using standardized instruments. Mental health status was assessed using the 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28), which includes four subscales: somatic symptoms, anxiety/insomnia, social dysfunction, and depression (Cronbach's $\alpha = 0.90$; Taghavi, 2008). Sleep quality was measured using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), with scores ≥ 6 indicating poor sleep quality (Cronbach's $\alpha = 0.83$; Kakouei et al., 2010). High-risk sexual behaviors were evaluated using a 10-item scale developed by Zarei et al. (2010), assessing condom use, substance use during sex, multiple partners, and non-vaginal sexual practices (Cronbach's $\alpha = 0.86$). Substance use patterns, including type, route, frequency, and age of initiation, were explored through semi-structured interviews. Demographic information including age, marital status, education, employment, and housing status was also recorded. Statistical analyses were performed using SPSS version 26. Group comparisons were conducted using independent t-tests, one-way ANOVA with Tukey's post-hoc test,

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

and non-parametric tests (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis) when assumptions were not met. Statistical significance was set at $P < 0.05$.

Results

The study included 239 homeless men with a mean age of 39.67 ± 8.89 years. The majority were aged 30–50 years (42.7% and 33.1%, respectively), 53.6% were single, and 35.1% had completed education up to middle school. Regarding employment, 43.1% were laborers, 20.9% were unemployed, and 12.1% engaged in begging or waste collection. Housing status showed that 59% lived in their parents' home, 23% were renters, and only 10% were homeowners. Substance use patterns revealed that 38.1% started smoking before age 15, and 32.6% initiated substance use between the ages of 15 and 20 years. The most common first substance was opium (51%), followed by heroin (13%) and cannabis (8.4%). Daily substance use included heroin (29.7%), opium (20.9%), and mixed substances (29.3%). The predominant route of administration was smoking/inhalation (75.3%), with 2.1% reporting injection use and 23.8% having a history of injection. Additionally, 41.8% had never attempted to quit substance use, while 24.7% had attempted to quit three or more times.

Overall, 18.4% of participants demonstrated moderate to severe impairment in general health, with 66.5% reporting depressive symptoms and 51.9% reporting anxiety symptoms. Poor sleep quality was reported by 63.6% of participants, with a mean PSQI score of 7.66 ± 4.88. The mean score for risky sexual behaviors was 4.30 ± 2.48. General health status was significantly associated with housing conditions ($P < 0.001$), income source ($P < 0.001$), age at smoking initiation ($P = 0.047$), age at awareness of addiction ($P = 0.005$), history of injection drug use ($P = 0.031$), and number of quit attempts ($P = 0.033$). Participants living with relatives or friends or in informal shelters reported poorer general health, while those with employment-based income demonstrated better general health outcomes. Sleep quality was also significantly related to housing conditions ($P = 0.026$), income source ($P = 0.021$), and route of substance use ($P = 0.023$). Oral substance use was associated with poorer sleep quality compared to other routes. Risky sexual behaviors were significantly associated with age ($P = 0.026$), marital status ($P = 0.035$), housing conditions ($P = 0.012$), age of smoking initiation ($P = 0.003$), and age of substance initiation ($P = 0.003$). Higher levels of risky sexual behaviors were observed among younger individuals, those who were single, and participants living in informal or unstable housing environments.

Conclusion

This study highlights the interconnected relationship between homelessness, substance use, mental health problems, sleep disturbances, and risky sexual behaviors among homeless men in Isfahan Province. The findings suggest that interventions focused only on individual behavior are insufficient, as structural factors such as housing stability and economic security strongly shape health outcomes. Early substance use was linked to poorer mental health and greater risky behaviors, underscoring the importance of adolescent prevention. Overall, integrated, harm-reduction approaches addressing housing, mental health, and addiction treatment are urgently needed for this vulnerable population.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

مجله علوم پزشکی فیض
دوره ۳۰، شماره ۲ خرداد و تیر
صفحات: ۲۵۳-۲۴۰
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11
اصیل پژوهشی

سلامت روان‌شناختی، اختلالات خواب، مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر در مردان بی‌خانمان استان اصفهان: یک مطالعه مقطعی

فرشته حائری فر[۱،۲]، احسان شریفی[۳]، زهرا استکی مقدم[۴]، منیژه داوری دولت آبادی[۵]، محمدجواد آزادچهر[۶]، پیمان اسماعیلی شاهزاده علی اکبری[۷،۲]، امیر قادری[۸،۲*]

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۲] گروه مطالعات اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۳] کارشناس پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، اصفهان، ایران
[۴] گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران
[۵] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی خانواده، مرکز درمانی کرامت ماده ۱۶ سپاه صاحب الزمان اصفهان، ایران
[۶] مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
[۷] واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌های کارگرنژاد و متینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
[۸] مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۶ **اصلاح مقاله:** ۱۴۰۴/۱۱/۲۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: بی‌خانمانی به‌عنوان یکی از چالش‌های روبه‌رشد سلامت عمومی، با شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی، اختلالات خواب، مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر همراه است. این مطالعه با هدف ارزیابی وضعیت سلامت روان‌شناختی، کیفیت خواب، رفتارهای جنسی پرخطر و عوامل مرتبط با آن‌ها در میان مردان بی‌خانمان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی-تحلیلی بر روی ۲۳۹ مرد بی‌خانمان ساکن در دو مرکز نگهداری و بازتوانی ویژه افراد بی‌خانمان در شهرستان‌های مبارکه و اصفهان انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی(GHQ-28) ، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) و پرسشنامه رفتارهای جنسی پرخطر جمع‌آوری شدند. همچنین اطلاعات دموگرافیک و الگوهای مصرف مواد از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به‌دست آمد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان حدود ۴۰ سال بود و اکثر آن‌ها در بازه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. نتایج نشان داد که ۱۸.۴ درصد از شرکت‌کنندگان دارای اختلال متوسط تا شدید در سلامت روان‌شناختی و ۶۳.۶ درصد دارای کیفیت خواب نامطلوب بودند. میانگین نمره رفتارهای جنسی پرخطر برابر با ۴.۳۰±۲.۴۸ گزارش شد. سلامت روان‌شناختی نامطلوب با بی‌ثباتی مسکن، روش‌های پرخطر تأمین معاش، سابقه تزریق مواد و تلاش‌های مکرر برای ترک مصرف مواد ارتباط معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین کیفیت خواب ضعیف با وضعیت مسکن و الگوهای مصرف مواد همبستگی معناداری نشان داد. رفتارهای جنسی پرخطر نیز در افراد جوان‌تر، مجرد و دارای سکونت ناپایدار بیشتر مشاهده شد. علاوه بر این، شروع زودهنگام مصرف مواد و سیگار با وضعیت نامطلوب‌تر سلامت روان‌شناختی و افزایش رفتارهای جنسی پرخطر همراه بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی، اختلالات خواب، مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر در مردان بی‌خانمان هم‌زمان شیوع بالایی دارند و با عوامل اجتماعی و رفتاری متعددی مرتبط هستند.

کلیدواژه‌ها: بی‌خانمانی، سلامت روان‌شناختی، اختلالات خواب، رفتارهای جنسی پرخطر، مصرف مواد

*نویسنده مسئول: **امیر قادری** پست الکترونیک:gaderiam@yahoo.com
آدرس: گروه مطالعات اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

مقدمه

بی‌خانمانی به‌عنوان یکی از بحران‌های روبه‌گسترش جهانی، امروزه ابعادی نگران‌کننده یافته است؛ به‌گونه‌ای که برآوردها نشان می‌دهد بیش از ۱۵۰ میلیون نفر در جهان بی‌خانمان هستند و حدود ۱/۸ میلیارد نفر به مسکن مناسب دسترسی ندارند [۱]. در سال ۲۰۲۳، شیوع بی‌خانمانی در میان افرادی که مواد را تزریق می‌کنند (People Who Inject Drugs (PWID نسبت به سال ۲۰۲۰ افزایش یافته است. به نظر می‌رسد نرخ بی‌خانمانی در ایران، به‌ویژه در کلان‌شهرها، روندی افزایشی دارد [۲]. این پدیده صرفاً بازتاب تشدید نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی نیست، بلکه یکی از تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت عمومی به‌شمار می‌آید [۳]. افراد بی‌خانمان، به‌ویژه کسانی که خارج از سرپناه‌های رسمی زندگی می‌کنند، به‌طور مداوم در معرض مخاطرات محیطی، خشونت، سوءاستفاده و شرایط نامطلوب بهداشتی قرار دارند؛ عواملی که در مجموع به تحمیل بار نامتناسبی از بیماری‌ها بر این جمعیت منجر می‌شود [۴].

اختلالات روانی و مشکلات مرتبط با مصرف مواد در میان افراد بی‌خانمان با شیوع بالایی مشاهده می‌شوند و نقش مهمی در پیامدهای نامطلوب سلامت، کاهش پیش‌آگهی بالینی، و دشواری در دستیابی به مسکن پایدار دارند [۵]. این اختلالات اغلب در یک چرخه معیوب عمل می‌کنند؛ به طوری که نه تنها احتمال بی‌خانمانی را افزایش می‌دهند، بلکه شرایط بی‌خانمانی خود باعث تشدید آن ها می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که بزرگسالان مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و مصرف مواد، بیشتر با شکست در برنامه‌های اسکان مواجه شده و احتمال بازگشت آن ها به وضعیت بی‌خانمانی افزایش می‌یابد [۶]. این یافته‌ها بیانگر رابطه پیچیده و چندبعدی بین سلامت روان و ناپایداری مسکن هستند.

در این میان، PWIDهای بی‌خانمان در معرض خطرات مضاعفی قرار دارند. این گروه بیش از سایرین درگیر رفتارهای پرخطر مرتبط با تزریق، از جمله استفاده مشترک از سرنگ، هستند و خطر عود مصرف، اُوردوز، و انتقال بیماری‌های عفونی نظیر HIV، هپاتیت C و سل در آنان به‌مراتب بیشتر است [۷]. هم‌زمانی مشکلات سلامت روان در میان PWIDهای بی‌خانمان این مخاطرات را تشدید کرده و با محدود کردن دسترسی به خدمات درمانی، به حاشیه‌رانده‌شدن اجتماعی و اقتصادی عمیق‌تر آنان دامن می‌زند [۸].

با وجود اهمیت جهانی این مسائل، داده‌های مربوط به بی‌خانمانی در بسیاری از مناطق جهان، به‌ویژه در خاورمیانه و شمال آفریقا، همچنان محدود و ناکافی است [۹]. در کشورهایی مانند ایران، فقدان آمار رسمی و نظام‌مند، طراحی و اجرای پاسخ‌های هدفمند سلامت عمومی را با چالش جدی مواجه کرده است [۱۰]. با این حال، شواهد موجود حاکی از افزایش تعداد نوجوانان و جوانان بی‌خانمان است؛ پدیده‌ای که اغلب با مصرف مواد [۱۱]، مشکلات سلامت روان، و رفتارهای جنسی پرخطر از جمله روابط جنسی بدون محافظت همراه است [۱۲].

درک تعاملات پیچیده میان سلامت روان، اختلالات خواب، مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر در جمعیت‌های بی‌خانمان، پیش‌نیازی اساسی برای طراحی مداخلات جامع و مبتنی بر شواهد است. هدف این مطالعه بررسی وضعیت این عوامل و روابط متقابل آن‌ها در میان مردان بی‌خانمان استان اصفهان است، تا شواهد لازم برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مداخلات کاهش آسیب و بهبود پیامدهای سلامت این جمعیت فراهم شود.

روش‌ها

این مطالعه مقطعی ـ تحلیلی در استان اصفهان، ایران، روی افراد بی‌خانمان انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول های مربوط به مطالعات مقطعی محاسبه شد؛ در این فرمول، Z مقدار بحرانی توزیع نرمال برای سطح اطمینان ۹۵٪ (۱/۹۶)، p شیوع پیش‌بینی‌شده اختلالات روانی یا رفتارهای پرخطر (با توجه به نتایج مطالعه Gelberg و همکاران، ۲۰۱۲) و d حاشیه خطای ۵٪ بود [۱۳]. بر این اساس، حداقل حجم نمونه ۱۷۴ نفر تعیین شد، اما برای افزایش دقت و قابلیت تعمیم یافته‌ها، ۲۳۹ نفر انتخاب شدند.

نمونه‌گیری به صورت هدفمند و در دسترس و از طریق دو مرکز نگهداری و بازتوانی ویژه بی‌خانمان ها در شهرستان مبارکه و اصفهان انجام شد، به‌گونه‌ای که در طول دوره جمع‌آوری داده‌ها، تمامی افراد واجد شرایط که در این مراکز حضور داشتند به‌صورت متوالی مورد بررسی قرار گرفته و در صورت تمایل به مشارکت، وارد مطالعه شدند. این مراکز خدماتی مانند اسکان موقت، درمان اعتیاد، مراقبت‌های اولیه سلامت و بازتوانی اجتماعی ارائه می‌دهند.

پیش از شروع مطالعه، هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز انجام شد و اهداف پژوهش برای آن‌ها و همچنین برای شرکت‌کنندگان به‌صورت ساده و قابل فهم توضیح داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۸ تا ۹۵ سال، وضعیت متجاهر (نبود مسکن پایدار، نداشتن حمایت خانوادگی مؤثر و شغل ثابت همراه با سابقه یا مواجهه با مصرف مواد)، توانایی برقراری ارتباط کلامی و پاسخ‌گویی به سؤالات مصاحبه و رضایت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف شرکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش، عدم تمایل به ادامه مصاحبه، خستگی شدید یا بروز وضعیت‌های حاد جسمی یا روانی در حین مصاحبه بود. در صورت مشاهده علائم شدید روانی یا جسمی، مصاحبه متوقف و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

فرد برای دریافت خدمات لازم به کادر درمانی مرکز ارجاع می‌شد. رضایت آگاهانه کتبی پیش از جمع‌آوری داده‌ها اخذ شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها محرمانه باقی مانده و صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد.

داده‌ها از طریق مصاحبه حضوری ساختارمند و با استفاده از ابزارهای استاندارد توسط مصاحبه‌گران آموزش‌دیده گردآوری شد. مصاحبه‌گران پیش از اجرای پژوهش، آموزش‌های لازم در زمینه نحوه برقراری ارتباط با جمعیت‌های آسیب‌پذیر، اصول اخلاق پژوهش و شیوه استاندارد اجرای پرسشنامه‌ها را دریافت کردند. مصاحبه‌ها در فضای خصوصی داخل مراکز انجام شد تا حفظ محرمانگی و احساس امنیت شرکت‌کنندگان تضمین شود. علاوه بر متغیرهای اصلی، اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه بی‌خانمانی و شرایط سکونتی نیز ثبت گردید.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) General Health Questionnaire نخستین‌بار توسط گلدبرگ طراحی شد و در قالب‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی مورد استفاده قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرم‌های کوتاه‌شده از روایی و کارایی مطلوبی برخوردارند و فرم ۱۲ سؤالی از نظر کارایی تقریباً هم‌ارز فرم ۶۰ سؤالی است. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی استفاده می‌شود که شامل چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی است و هر خرده‌مقیاس ۷ سؤال دارد. همه گویه‌ها دارای چهار گزینه پاسخ هستند. در ایران، تقوی پایایی پرسشنامه را با سه روش بررسی کرده است؛ ضرایب پایایی بازآزمایی ۰/۹۳، دو نیمه کردن ۰/۷۰و آلفای کرونباخ ۰/۹۰گزارش شده است. روایی پرسشنامه نیز از طریق روایی همزمان و تحلیل عاملی تأیید شده و روایی همزمان آن با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ گزارش شده است [۱۴].

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) Pittsburgh Sleep Quality Index ابزاری خودگزارشی برای ارزیابی نگرش افراد نسبت به کیفیت خواب در چهار هفته گذشته است. این پرسشنامه شامل هفت مؤلفه می‌باشد که هر مؤلفه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ دریافت می‌کند؛ به‌طوری‌که نمره ۰ نشان‌دهنده نبود مشکل و نمره ۳ بیانگر مشکل بسیار شدید است. در فرایند نمره‌گذاری، نمرات هفت مؤلفه با یکدیگر جمع شده و نمره کلی کیفیت خواب در دامنه ۰ تا ۲۱ به دست می‌آید. نمره بالاتر، چه در هر مؤلفه و چه در نمره کلی، نشان‌دهنده کیفیت خواب نامناسب است. نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ به‌ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، مشکل خفیف، متوسط و شدید هستند. نمره کلی ۶ یا بالاتر به‌عنوان شاخص کیفیت خواب نامطلوب در نظر گرفته می‌شود.از نظر روان‌سنجی، پایایی نسخه فارسی PSQI با ضریب آلفای کرونباخ ۰،۸۳ گزارش شده و روایی محتوایی آن نیز تأیید گردیده است [۱۵].

پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی زارعی و همکاران، ابزاری ۱۰ سؤالی برای سنجش میزان رفتارهای پرخطر جنسی است. هشت سؤال نخست به‌صورت مستقیم با دامنه نمره ۰ تا ۴ و دو سؤال پایانی به‌صورت معکوس با دامنه ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات بیانگر شدت رفتارهای پرخطر جنسی است؛ به‌طوری‌که نمره بالاتر نشان‌دهنده خطر بیشتر است. این پرسشنامه ابعادی مانند عدم استفاده از کاندوم، مصرف مواد مخدر هنگام رابطه، تعدد شرکای جنسی و روابط جنسی غیرمعمول (دهانی و مقعدی) را ارزیابی می‌کند. روایی محتوایی آن با نظر اعضای هیئت علمی و دانشجویان دکتری بررسی و اصلاح شده و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۶۸ و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است [۱۶].

مصرف مواد از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با تمرکز بر نوع، روش، فراوانی و زمینه مصرف بررسی شد. مصاحبه‌گران آموزش دیده و غیرقضاوت‌گرانه عمل کردند تا دقت پاسخ‌ها بالا رود. مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق و رعایت اصول محرمانگی، داوطلبانه بودن و حق خروج انجام شد.

محاسبات آماری: تحلیل داده‌ها با SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. آمار توصیفی برای متغیرهای پیوسته میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای طبقه‌ای فراوانی و درصد گزارش شد. برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون t مستقل، ANOVA و در صورت نیاز آزمون توکی استفاده شد. در صورت عدم رعایت پیش‌فرض‌های پارامتریک، آزمون های ناپارامتریک مان–ویتنی U و کروسکال–والیس به کار رفت. سطح معنی‌داری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه بر پایه یک طرح پژوهشی با کد اخلاق IR.KAUMS.MEDNT.REC.1402.173 انجام شده است.

نتایج

در این پژوهش ۲۳۹ نفر (مرد) از بی‌خانمان های استان اصفهان با میانگین سنی ۸/۸۹±۳۹/۶۷ سال (محدوده ۲۰ تا ۶۲) شرکت کردند که مشخصات توصیفی شرکت‌کنندگان در جدول – ۱ ارائه شده است.

جدول– ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی افراد موردمطالعه

متغیر		فراوانی (درصد)
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۳۱ (۱۳)
	۳۰ تا ۴۰	۱۰۲ (۴۲/۷)
	۴۱ تا ۵۰	۷۹ (۳۳/۱)
	بالای ۵۰	۲۷ (۱۱/۲)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲۸ (۵۳/۶)
	متأهل	۱۱۱ (۴۶/۴)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳۰ (۱۲/۶)
	ابتدایی	۴۷ (۱۹/۷)
	راهنمایی	۸۴ (۳۵/۱)
	دیپلم	۵۵ (۲۳)
	فوق‌دیپلم	۱۰ (۴/۲)
	لیسانس	۱۲ (۵)
	فوق‌لیسانس	۱ (۰/۴)
شغل	کارگر	۱۰۳ (۴۳/۱)
	آزاد (راننده، کشاورز)	۴۲ (۱۷/۶)
	کارمند	۷ (۲/۹)
	فروشنده مواد	۸ (۳/۳)
	تکدی‌گری یا جمع‌آوری ضایعات	۲۹ (۱۲/۱)
	بیکار	۵۰ (۲۰/۹)
وضعیت مسکن	مالک	۲۴ (۱۰)
	مستاجر	۵۵ (۲۳)
	منزل پدری	۱۴۱ (۵۹)
	منزل اقوام	۴ (۱/۷)
	منزل دوستان/پاتوق	۱۵ (۶/۳)
روش تأمین هزینه‌های زندگی	درآمد شغلی	۱۳۲ (۵۵/۲)
	کمک خانواده	۳۷ (۱۵/۵)
	کمک دوستان	۹ (۳/۸)
	خرید و فروش ضایعات	۴۱ (۱۷/۲)
	خرید و فروش مواد	۱۴ (۵/۹)
	فروش اموال شخصی	۴ (۱/۷)
	سرقت	۲ (۰/۸)
سن شروع مصرف سیگار	کمتر از ۱۵	۹۱ (۳۸/۱)
	۱۵ تا ۲۰	۹۲ (۳۸/۵)
	۲۱ تا ۳۰	۴۹ (۲۰/۵)
	بالای ۳۰	۷ (۲/۹)
سن شروع مصرف مواد	کمتر از ۱۵	۳۷ (۱۵/۵)
	۱۵ تا ۲۰	۷۸ (۳۲/۶)
	۲۱ تا ۳۰	۹۶ (۴۰/۲)
	بالای ۳۰	۲۸ (۱۱/۷)
ماده مصرفی در اولین تجربه	تریاک	۱۲۲ (۵۱)
	شربت اپیوم	۱ (۰/۴)
	مورفین	۱ (۰/۴)
	متادون	۵ (۲/۱)
	هروئین	۳۱ (۱۳)
	قرص	۱ (۰/۴)
	حشیش	۵۰ (۲۰/۹)
	شیشه	۴ (۱/۷)
	LSD	۸ (۳/۳)
	پیکو	۱ (۰/۴)
	الکل	۱۵ (۶/۳)
سن آگاهی از اعتیاد	کمتر از ۱۵	۷ (۲/۹)
	۱۵ تا ۲۰	۷۵ (۳۱/۴)
	۲۱ تا ۳۰	۱۲۵ (۵۲/۳)
	بالای ۳۰	۳۲ (۱۳/۴)
اولین ماده	تریاک	۱۳۰ (۵۴/۴)
اعتیادآور	شربت اپیوم	۱ (۰/۴)
	مورفین	۱ (۰/۴)
	متادون	۱ (۰/۴)
	هروئین	۴۷ (۱۹/۷)
	قرص	۳ (۱/۳)
	کراک	۵ (۲/۱)
	حشیش	۲۰ (۸/۴)
	گل	۲ (۰/۸)
	سیگاری	۱ (۰/۴)
	شیشه	۱۰ (۴/۲)
	الکل	۲ (۰/۸)
	مخلوط	۱۶ (۶/۷)
ماده مصرفی روزانه	تریاک	۵۰ (۲۰/۹)
	شربت اپیوم	۱ (۰/۴)
	مورفین	۲ (۰/۸)
	متادون	۱۶ (۶/۷)
	هروئین	۷۱ (۲۹/۷)
	قرص	۱ (۰/۴)
	سورچه	۲ (۰/۸)
	حشیش	۹ (۳/۸)
	گل	۱ (۰/۴)
	سیگاری	۱ (۰/۴)
	شیشه	۱۳ (۵/۴)
	LSD	۱ (۰/۴)
	الکل	۱ (۰/۴)
	مخلوط	۷۰ (۲۹/۳)
روش مصرف مواد	تدخینی	۱۸۰ (۷۵/۳)
	استشمام	۳۲ (۱۳/۴)
	خوراکی	۲۲ (۹/۲)
	تزریقی	۵ (۲/۱)
سابقه تزریق		۵۷ (۲۳/۸)
تعداد دفعات اقدام به ترک مواد	صفر	۱۰۰ (۴۱/۸)
	یک	۲۸ (۱۱/۷)
	دو	۲۷ (۱۱/۳)
	سه	۲۵ (۱۰/۵)
	بیش از سه	۵۹ (۲۴/۷)
تعداد دفعات زندان	صفر	۹۵ (۳۹/۷)
	یک	۴۴ (۱۸/۴)
	دو	۲۷ (۱۱/۳)
	سه	۲۵ (۱۰/۵)
	بیش از سه	۴۸ (۲۰/۱)
علل رفتن به زندان*	مواد	۱۰۱ (۷۰/۱)
	سرقت	۲۹ (۲۰/۱)
	نزاع و درگیری	۱۹ (۱۳/۲)
	مالی	۱۴ (۹/۷)
	سایر	۵ (۳/۵)

* با توجه به اینکه بعضی از افراد به چند علت به زندان رفته بودند لذا مجموع درصد علل رفتن به زندان بیش از ۱۰۰ شده است.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

یافته‌های جدول-۲ نشان می‌دهد ۱۸/۴ درصد افراد موردمطالعه سطوح اختلال متوسط تا شدید سلامت عمومی را تجربه کرده بودند.

جدول-۲. وضعیت سلامت عمومی در افراد موردمطالعه

متغیر	انحراف‌معیار±میانگین (حداقل-حداکثر)	سطوح اختلال			
		هیچ یا کمترین حد	خفیف	متوسط	شدید
علائم جسمانی	۶/۵۱±۵/۰۷ (۲۱-۰)	۱۳۹ (۵۸/۲)	۵۸ (۲۴/۳)	۲۹ (۱۲/۱)	۱۳ (۵/۴)
علائم اضطرابی و اختلال خواب	۷/۰۲±۵/۷۶ (۲۱-۰)	۱۲۴ (۵۱/۹)	۶۵ (۲۷/۲)	۲۸ (۱۱/۷)	۲۲ (۹/۲)
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۰۱±۴/۰۸ (۲۱-۰)	۱۰۸ (۴۵/۲)	۱۰۳ (۴۳/۱)	۱۸ (۷/۵)	۱۰ (۴/۲)
علائم افسردگی	۵/۲۷±۶/۰۲ (۲۱-۰)	۱۵۹ (۶۶/۵)	۴۳ (۱۸)	۱۸ (۷/۵)	۱۹ (۷/۹)
سلامت روان (نمره کل)	۲۵/۸۲±۱۸/۱۳ (۸۴-۰)	۱۲۸ (۵۳/۶)	۶۷ (۲۸)	۲۸ (۱۱/۷)	۱۶ (۶/۷)

یافته‌های جدول- ۳ نشان می‌دهد ۶۳/۶ درصد افراد موردمطالعه اختلال در کیفیت خواب داشتند.

جدول-۳. وضعیت کیفیت خواب در افراد موردمطالعه

متغیر	انحراف‌معیار±میانگین (حداقل-حداکثر)	سطوح اختلال			
		طبیعی	خفیف	متوسط	شدید
کیفیت خواب ذهنی	۱/۴۸±۱/۳۱ (۳-۰)	۸۴ (۳۵/۱)	۴۹ (۲۰/۵)	۱۴ (۵/۹)	۹۲ (۳۸/۵)
تأخیر در به خواب رفتن	۱/۴۷±۱/۰۶ (۳-۰)	۵۱ (۲۱/۳)	۷۸ (۳۲/۶)	۵۶ (۲۳/۴)	۵۴ (۲۲/۶)
مدت زمان خواب بودن	۱/۳۸±۱/۱۹ (۳-۰)	۸۸ (۳۶/۸)	۲۶ (۱۰/۹)	۷۱ (۲۹/۷)	۵۴ (۲۲/۶)
اثربخشی (کارایی) خواب	۰/۴۲±۰/۶۰ (۲-۰)	۱۵۳ (۶۴)	۷۲ (۳۰/۱)	۱۴ (۵/۹)	۰
اختلالات خواب	۱/۳۳±۰/۸۵ (۳-۰)	۴۲ (۱۷/۶)	۹۴ (۳۹/۳)	۸۵ (۳۵/۶)	۱۸ (۷/۵)
مصرف قرص‌های خواب‌آور	۰/۷۹±۱/۲۴ (۳-۰)	۱۶۲ (۶۷/۸)	۱۴ (۵/۹)	۱۳ (۵/۴)	۵۰ (۲۰/۹)
اختلال در عملکرد روزانه	۰/۷۹±۱/۰۲ (۳-۰)	۱۳۵ (۵۶/۵)	۳۹ (۱۶/۳)	۴۵ (۱۸/۸)	۲۰ (۸/۴)
نمره کل کیفیت خواب	۷/۶۶±۴/۸۸ (۱۹-۰)	۸۷ (۳۶/۴)		۱۵۲ (۶۳/۶)	

یافته‌های جدول-۴ نشان می‌دهد میانگین نمره رفتارهای پرخطر جنسی در افراد موردمطالعه ۴/۳۰±۲/۴۸ بوده است.

جدول-٤. وضعیت رفتارهای پرخطر جنسی در افراد موردمطالعه

متغیر	انحراف‌معیار±میانگین (حداقل-حداکثر)
رفتارهای پرخطر جنسی	۴/۳۰±۲/۴۸ (۲۱-۰)

یافته‌های جدول-۵ نشان داد سلامت عمومی با وضعیت مسکن، شیوه تأمین هزینه‌های زندگی، سن شروع مصرف سیگار، سن آگاهی از اعتیاد، سابقه تزریق مواد و تعداد دفعات اقدام به ترک مصرف ارتباط معناداری دارد (P<۰/۰۵). به‌گونه‌ای که میانگین نمره سلامت عمومی در افرادی که در منزل اقوام یا دوستان و یا پاتوق‌ها اسکان داشتند بالاتر بود که بیانگر وضعیت نامطلوب‌تر سلامت عمومی است. در مقابل، افرادی که هزینه‌های زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می‌کردند، میانگین نمره سلامت عمومی پایین‌تری داشتند و از وضعیت بهتری برخوردار بودند. همچنین با افزایش سن شروع مصرف سیگار و افزایش سن آگاهی از اعتیاد، میانگین نمره سلامت عمومی کاهش یافت که نشان‌دهنده سلامت عمومی مطلوب‌تر است. افزون بر این، افراد دارای سابقه تزریق مواد و نیز افرادی که سه بار یا بیشتر اقدام به ترک مصرف کرده بودند، میانگین نمره سلامت عمومی بالاتری داشتند که حاکی از وضعیت نامناسب‌تر سلامت عمومی در این گروه‌هاست.

بر اساس همین جدول، کیفیت خواب نیز با وضعیت مسکن، روش تأمین هزینه‌های زندگی و شیوه مصرف مواد ارتباط معنادار نشان داد (P<۰/۰۵). بدین‌ترتیب، میانگین نمره کیفیت خواب در افرادی که در منزل اقوام یا دوستان و یا پاتوق‌ها اسکان داشتند بالاتر و بیانگر کیفیت خواب نامطلوب‌تر بود. همچنین افرادی که هزینه‌های زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می‌کردند، میانگین نمره کیفیت خواب کمتری داشتند که نشان‌دهنده کیفیت خواب بهتر است. علاوه بر این، مصرف خوراکی مواد با میانگین بالاتر نمره کیفیت خواب و در نتیجه خواب نامطلوب‌تر همراه بود.

یافته‌ها همچنین از وجود ارتباط معنادار بین رفتارهای پرخطر جنسی با سن، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، سن شروع مصرف سیگار و سن شروع مصرف مواد حکایت داشت (P<۰/۰۵). به‌طوری‌که با افزایش سن، میانگین نمره رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می‌یافت. این میانگین در افراد مجرد بالاتر بود و در میان افرادی که در منزل اقوام یا دوستان و یا پاتوق ها اسکان داشتند نیز مقادیر بالاتری مشاهده شد. افزون بر این، هرچه سن شروع مصرف سیگار و مواد بالاتر بود، میانگین نمره رفتارهای پرخطر جنسی کمتر گزارش شد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

جدول-۵. مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی، کیفیت خواب و رفتارهای پرخطر جنسی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی بر اساس آزمون های تی مستقل و تحلیل واریانس

	متغیر	سلامت عمومی	کیفیت خواب	رفتارهای پرخطر جنسی
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۲۶/۲۹±۱۳/۹۶	۷/۲۶±۴/۹۵	۳/۵۸±۴/۶۴
	۳۰ تا ۴۰	۲۷/۴۸±۱۸/۹۷	۷/۶۶±۴/۸۸	۲/۸۵±۴/۳۵
	۴۱ تا ۵۰	۲۴/۱۰±۱۸/۵۰	۷/۲۵±۴/۵۴	۱/۷۲±۳/۵۲
	بالای ۵۰	۲۴/۰۰±۱۸/۳۱	۹/۳۷±۵/۶۲	۱/۲۹±۲/۴۹
	P *	۰/۶۰۵	۰/۲۵۴	۰/۰۲۶
وضعیت تأهل	مجرد	۲۴/۴۷±۱۵/۶۴	۷/۳۳±۵/۰۹	۲/۹۰±۴/۳۸
	متأهل	۲۷/۳۷±۲۰/۵۹	۸/۰۵±۴/۶۲	۱/۸۲±۳/۴۶
	P **	۰/۲۲۷	۰/۲۵۲	۰/۰۳۵
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲۳/۱۷±۱۷/۶۶	۶/۷۳±۵/۲۰	۳/۲۰±۴/۹۸
	زیردیپلم	۲۷/۴۳±۲۰/۱۵	۷/۲۴±۴/۵۴	۲/۳۴±۳/۹۳
	دیپلم	۲۲/۳۱±۱۴/۵۱	۸/۵۳±۵/۲۸	۱/۸۵±۳/۴۹
	دانشگاهی	۲۸/۴۳±۱۲/۸۴	۹/۲۲±۵/۰۲	۲/۹۵±۴/۲۲
	P *	۰/۱۴۹	۰/۱۰۶	۰/۴۴۵
شغل	کارگر	۲۵/۱۱±۱۷/۱۹	۷/۴۴±۴/۶۱	۱/۹۸±۳/۶۷
	آزاد	۲۱/۴۳±۱۵/۳۳	۷/۲۸±۴/۹۷	۲/۱۹±۳/۶۱
	کارمند	۱۷/۷۱±۱۰/۳۲	۶/۱۴±۴/۷۴	۲/۷۱±۳/۶۸
	فروشنده مواد/ تکدی‌گری یا جمع‌آوری ضایعات	۲۹/۵۷±۱۹/۷۸	۸/۶۷±۵/۳۰	۱/۸۶±۳/۳۴
	بیکار	۲۹/۳۲±۲۰/۸۳	۷/۹۰±۵/۰۹	۳/۷۸±۵/۱۶
	P *	۰/۰۷۰	۰/۵۸۸	۰/۲۸۰
وضعیت مسکن	مالک/مستأجر	۲۳/۸۵±۱۷/۱۳	۸/۳۴±۴/۷۲	۱/۶۲±۳/۲۵
	منزل پدری	۲۴/۴۴±۱۷/۲۴	۷/۰۱±۴/۸۰	۲/۳۷±۳/۸۶
	منزل اقوام/ دوستان/پاتوق	۴۴/۲۱±۱۹/۳۲	۹/۶۸±۵/۴۳	۵/۸۴±۵/۹۴
	P *	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	۰/۰۱۲
روش تأمین هزینه‌های زندگی	درآمد شغلی	۲۰/۰۸±۱۴/۵۹	۶/۹۴±۴/۶۳	۱/۷۰±۲/۹۶
	کمک خانواده/دوستان	۳۲/۶۳±۱۸/۹۹	۸/۰۶±۵/۰۸	۳/۰۲±۴/۸۴
	خرید و فروش ضایعات	۳۱/۱۷±۲۱/۲۸	۸/۲۷±۴/۹۶	۲/۸۰±۴/۶۷
	خرید و فروش مواد/ فروش اموال شخصی /سرقت	۳۷/۰۰±۱۷/۵۰	۱۰/۳۰±۵/۰۲	۴/۷۰±۵/۴۱
	P *	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۳۴
سن شروع مصرف سیگار	کمتر از ۱۵	۲۹/۴۴±۱۹/۰۱	۸/۰۹±۴/۷۴	۲/۸۷±۴/۵۱
	۱۵ تا ۲۰	۲۵/۱۷±۱۷/۹۷	۷/۶۲±۵/۰۶	۲/۷۷±۴/۱۵
	۲۱ تا ۳۰	۲۱/۳۷±۱۶/۴۹	۶/۹۰±۴/۷۴	۱/۰۴±۲/۳۶
	بالای ۳۰	۱۸/۲۸±۱۰/۳۵	۸/۱۴±۵/۲۵	۰/۸۶±۱/۵۷
	P *	۰/۰۴۷	۰/۵۸۲	۰/۰۰۳
سن شروع مصرف مواد	کمتر از ۱۵	۳۰/۳۵±۱۸/۶۰	۸/۷۸±۴/۸۶	۳/۰۳±۴/۰۴
	۱۵ تا ۲۰	۲۶/۸۲±۱۷/۵۱	۷/۷۷±۴/۷۴	۲/۸۲±۴/۵۸
	۲۱ تا ۳۰	۲۳/۸۷±۱۷/۲۰	۷/۱۴±۴/۹۳	۲/۲۸±۳/۸۵
	بالای ۳۰	۲۳/۶۸±۲۱/۶۹	۷/۶۸±۵/۱۰	۰/۷۸±۲/۰۲
	P *	۰/۲۵۸	۰/۳۸۴	۰/۰۰۳
اولین ماده مصرفی	مواد افیونی	۲۶/۴۳±۱۷/۹۵	۷/۶۴±۵/۰۱	۲/۲۱±۳/۸۴
	مواد شاهدانه‌ای	۲۳/۳۶±۱۹/۱۳	۶/۸۸±۴/۶۹	۲/۷۸±۴/۶۶
	مواد روانگردان	۲۶/۶۴±۱۷/۵۹	۹/۲۱±۴/۱۸	۲/۷۸±۳/۷۲
	P *	۰/۵۶۱	۰/۱۲۸	۰/۵۸۹
سن آگاهی از اعتیاد	کمتر از ۱۵	۳۷/۰۰±۱۰/۵۸	۱۰/۸۶±۲/۶۷	۳/۷۱±۴/۸۵
	۱۵ تا ۲۰	۲۹/۶۵±۱۹/۶۰	۸/۱۷±۵/۰۶	۲/۶۹±۴/۲۶
	۲۱ تا ۳۰	۲۴/۷۷±۱۶/۸۸	۷/۴۸±۴/۷۶	۲/۳۳±۴/۰۰
	بالای ۳۰	۱۸/۴۷±۱۷/۸۸	۶/۵۰±۵/۰۱	۱/۶۹±۳/۱۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

	P *	۰/۰۰۵	۰/۱۲۱	۰/۵۳۳
ماده اعتیادآور اولیه	مواد افیونی	۲۵/۳۵±۱۸/۴۲	۷/۵۴±۴/۹۹	۲/۳۹±۴/۰۷
	مواد شاهدانه‌ای	۲۸/۸۷±۱۸/۷۷	۷/۳۹±۵/۲۶	۲/۹۵±۴/۴۵
	مواد روانگردان	۲۴/۹۲±۱۱/۱۱	۷/۸۳±۴/۱۳	۲/۶۷±۳/۴۴
	مخلوط	۲۷/۵۰±۱۸/۹۲	۹/۴۴±۳/۳۴	۱/۵۰±۲/۹۴
	P *	۰/۸۱۷	۰/۵۱۰	۰/۷۳۰
ماده مصرفی روزانه	مواد افیونی	۲۵/۳۳±۱۸/۶۰	۷/۶۲±۴/۹۵	۲/۵۹±۴/۳۳
	مواد شاهدانه‌ای	۳۲/۲۷±۲۴/۱۱	۷/۰۰±۵/۶۰	۲/۵۴±۴/۵۴
	مواد روانگردان	۲۵/۸۰±۹/۷۰	۸/۶۷±۴/۱۲	۱/۲۷±۲/۴۹
	مخلوط	۲۵/۷۸±۱۷/۶۴	۷/۶۴±۴/۸۳	۲/۲۱±۳/۴۹
	P *	۰/۸۳۹	۰/۸۴۰	۰/۳۸۲
روش مصرف مواد	استنشاقی (تدخینی/استشمام)	۲۵/۳۱±۱۸/۱۲	۷/۴۴±۴/۸۷	۲/۳۸±۳/۹۵
	خوراکی	۲۸/۸۶±۱۷/۵۷	۱۰/۲۷±۴/۰۲	۲/۱۸±۴/۲۵
	تزریقی	۳۳/۶۰±۲۱/۹۱	۵/۸۰±۵/۹۷	۴/۲۰±۵/۷۶
	P *	۰/۴۲۸	۰/۰۲۳	۰/۵۸۵
سابقه تزریق	بله	۳۰/۳۳±۱۹/۰۸	۸/۵۹±۵/۲۹	۲/۹۳±۴/۳۴
	خیر	۲۴/۴۰±۱۷/۶۴	۷/۳۷±۴/۷۲	۲/۲۳±۳/۸۹
	P**	۰/۰۳۱	۰/۰۹۹	۰/۲۵۱
تعداد دفعات اقدام به ترک مواد	صفر	۲۳/۵۸±۱۶/۶۴	۷/۱۹±۴/۷۹	۲/۲۷±۳/۹۱
	یک	۲۰/۰۷±۱۶/۸۹	۷/۱۱±۴/۳۲	۳/۱۱±۵/۰۳
	دو	۲۳/۳۷±۱۵/۵۱	۷/۴۴±۵/۲۶	۱/۲۶±۲/۲۶
	سه	۳۲/۱۶±۲۱/۴۵	۸/۶۸±۴/۷۴	۱/۷۲±۲/۵۹
	بیش از سه	۳۰/۷۶±۱۹/۳۶	۸/۴۱±۵/۱۶	۳/۰۸±۴/۶۲
	p *	۰/۰۳۳	۰/۴۳۵	۰/۱۰۲
تعداد دفعات زندان	صفر	۲۴/۸۱±۱۷/۶۴	۷/۶۴±۴/۹۴	۲/۴۴±۴/۰۱
	یک	۲۶/۹۱±۱۸/۴۲	۸/۳۶±۴/۵۷	۲/۵۲±۴/۳۴
	دو	۲۱/۷۸±۱۷/۸۱	۶/۲۹±۴/۷۷	۲/۱۵±۳/۷۱
	سه	۲۶/۰۰±۲۰/۶۷	۷/۳۲±۵/۱۸	۳/۵۶±۵/۳۳
	بیش از سه	۲۸/۹۸±۱۷/۷۴	۸/۰۲±۴/۹۷	۱/۷۳±۲/۹۴
	P *	۰/۵۱۹	۰/۴۹۵	۰/۵۰۶

* ANOVA/ ** Independent t-test

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بی‌خانمانی در میان مردان مورد مطالعه در استان اصفهان پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است که به‌طور معناداری با مصرف مواد، محرومیت اجتماعی و ناپایداری اقتصادی درهم‌تنیده شده است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در حدود ۴۰ سال و تمرکز سنی غالب در بازه ۳۰ تا ۵۰ سال بیانگر آن است که بی‌خانمانی عمدتاً جمعیت در سنین فعال اقتصادی را درگیر می‌کند؛ وضعیتی که می‌تواند پیامدهای قابل‌توجهی نه تنها برای فرد، بلکه برای ساختارهای اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز به همراه داشته باشد.

سطح تحصیلات پایین در اکثریت شرکت‌کنندگان، همراه با سابقه اشتغال عمدتاً در مشاغل یدی، موقت و فاقد امنیت شغلی پیش از بی‌خانمانی، نقش محدودیت سرمایه انسانی و آسیب‌پذیری ساختاری اقتصادی را در شکل‌گیری این وضعیت برجسته می‌کند. هرچند بیش از نیمی از افراد وجود نوعی منبع درآمد را گزارش کرده‌اند، اما اتکای قابل‌توجه به فعالیت‌های غیررسمی، ناپایدار یا پرخطر برای تأمین هزینه‌های زندگی، بازتابی از حاشیه‌نشینی اقتصادی و فقدان دسترسی پایدار به بازار کار رسمی در این گروه است. افزون بر این، زندگی پیشین بخش عمده‌ای از شرکت‌کنندگان در منزل پدری می‌تواند نشان‌دهنده شکنندگی شبکه‌های حمایتی خانوادگی و نقش تعارضات، طرد یا گسست‌های خانوادگی در مسیر بی‌خانمانی باشد.

از منظر الگوی مصرف مواد، شروع زودهنگام مصرف سیگار و مواد، عمدتاً پیش از ۲۰ سالگی، به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز کلیدی قابل توجه است و با مسیرهای شناخته‌شده گذار تدریجی به وابستگی شدید هم‌خوانی دارد. اگرچه تریاک به‌عنوان شایع‌ترین ماده در آغاز مصرف و ماده اصلی اعتیاد گزارش شد، اما سهم بالاتر هروئین و الگوهای مصرف ترکیبی در مصرف روزانه می‌تواند بیانگر پیشرفت وابستگی و ورود به مراحل شدیدتر اعتیاد باشد. هرچند روش غالب مصرف تدخینی بوده است، وجود سابقه مصرف تزریقی در حدود یک‌چهارم

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

نمونه‌ها، نگرانی‌های جدی از منظر سلامت عمومی، به‌ویژه خطر انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون را مطرح می‌سازد.

الگوی تلاش برای ترک مصرف نیز بیانگر ماهیت مزمن و عودکننده وابستگی است؛ به‌گونه‌ای که در کنار افراد دارای سابقه تلاش‌های مکرر برای ترک، درصد قابل‌توجهی از شرکت‌کنندگان هرگز اقدامی در این زمینه انجام نداده‌اند. این یافته می‌تواند منعکس‌کننده دسترسی محدود، اثربخشی ناکافی یا عدم تداوم خدمات درمانی و حمایتی موجود برای این گروه باشد. علاوه بر این، شیوع بالای سابقه زندان، عمدتاً به دلیل جرایم مرتبط با مواد، بر وجود چرخه‌ای معیوب میان مصرف مواد، جرم، حبس و بازگشت مجدد به مصرف دلالت دارد؛ چرخه‌ای که در غیاب مداخلات جامع درمانی، اجتماعی و حمایتی، احتمال تداوم آن بالاست.

از منظر سلامت روان، نتایج نشان داد که بخش قابل‌توجهی از افراد بی‌خانمان مصرف‌کننده تزریقی مواد درجات مختلفی از اختلال در سلامت عمومی را تجربه می‌کنند، به‌طوری که حدود نیمی از نمونه ها علائم خفیف تا شدید اختلالات روانی را گزارش کرده‌اند. الگوی غالب مشکلات شامل اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و افت عملکرد اجتماعی بود که با یافته‌های مطالعات پیشین هم راستاست [۵]. این هم‌خوانی نشان می‌دهد که اختلالات روان‌شناختی در این جمعیت نه پدیده‌ای ثانویه یا حاشیه‌ای، بلکه بخشی جدایی‌ناپذیر از وضعیت بالینی و زیست‌اجتماعی مصرف مواد است. به نظر می‌رسد بار روانی ناشی از مصرف مواد، در تعامل دوسویه با تجربه بی‌خانمانی، به تشدید و تداوم این اختلالات دامن می‌زند و مسیر بهبودی را پیچیده‌تر می‌سازد.

یافته‌ها همچنین حاکی از شیوع بسیار بالای اختلالات خواب بود؛ به‌طوری که بیش از دوسوم افراد کیفیت خواب نامطلوب داشتند و تنها اقلیتی خواب طبیعی را تجربه می‌کردند. اختلال در کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن و اختلال عملکرد روزانه شایع‌ترین مشکلات بودند. این نتایج با مطالعات انجام‌شده در جمعیت‌های بی‌خانمان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، از جمله در ایران، هم‌سو است [۱۷, ۱۸]. شواهد نشان می‌دهد که اختلال خواب در این گروه نه‌تنها به مصرف مواد، بلکه به استرس مزمن، ناامنی مسکن و شرایط ناپایدار زندگی مرتبط است و از طریق تضعیف تنظیم هیجانی و عملکرد شناختی، می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را تشدید کرده و بهره‌مندی از درمان و بازتوانی را کاهش دهد [۱۸].

در راستای مطالعات موجود، نتایج این پژوهش بر نقش محوری وضعیت و ثبات مسکن در سلامت روان و رفتارهای پرخطر تأکید می‌کند. شیوه‌های زندگی ناپایدار، مانند اقامت موقت در خانه‌ی دوستان یا آشنایان Couch-surfing، در میان جوانان بی‌خانمان با افزایش خطر ابتلا به HIV و گرایش به رفتارهای جنسی پرخطر مرتبط بوده است، که اهمیت تأثیر شرایط مسکن و شبکه‌های حمایتی بر شکل‌گیری این مخاطرات را برجسته می‌کند [۱۹]. حتی شواهد نشان می‌دهد تجربه ذهنی ناامنی مسکن، فارغ از تعریف رسمی بی‌خانمانی، می‌تواند پیامدهایی مشابه داشته باشد [۲۰]. هم‌راستا با مرورهای سیستماتیک، دسترسی به مسکن امن و پایدار با بهبود سلامت عمومی و کاهش رفتارهای پرخطر همراه است [۲۱]، که اهمیت مسکن را به‌عنوان یک عامل ساختاری کلیدی در سیاست‌های کاهش آسیب برجسته می‌سازد.

یافته‌های مرتبط با خواب، وضعیت اقتصادی و رفتارهای پرخطر نیز در یک چارچوب منسجم قابل تبیین است. مطالعات نشان داده‌اند اختلالات خواب با تکانشگری، کاهش کنترل هیجانی و افزایش رفتارهای مجرمانه مرتبط هستند [۲۲] و ناامنی اقتصادی، مستقل از ویژگی‌های فردی، الگوهای خواب نامطلوب را تقویت می‌کند [۳۹]. شواهد طولی نیز نشان می‌دهد تداوم ناپایداری‌های اجتماعی و مشکلات خواب می‌تواند به پیامدهای منفی پایدار روانی و رفتاری منجر شود [۲۳]. بر این اساس، ثبات اقتصادی ناشی از درآمد شغلی می‌تواند نقش محافظتی در برابر چرخه فقر، اختلال خواب و رفتارهای پرخطر ایفا کند.

در این مطالعه، سن پایین‌تر شروع مصرف مواد و سیگار با سلامت عمومی ضعیف‌تر و رفتارهای جنسی پرخطرتر همراه بود. این یافته‌ها با شواهد گسترده‌ای هم‌خوانی دارد که شروع زودهنگام مصرف را با افسردگی، افکار خودکشی، وابستگی شدیدتر و الگوهای پرخطرتر مصرف در بزرگسالی مرتبط می‌دانند [۲۴]. همچنین، ارتباط مصرف سیگار با اختلال عملکرد جنسی و افزایش رفتارهای جنسی پرخطر می‌تواند این رابطه را توضیح دهد [۲۵]. مطالعات متعدد نشان می‌دهند شروع مصرف در سنین پایین‌تر افراد را در مسیرهای پرخطرتر سلامت روان و وابستگی پایدارتر قرار می‌دهد [۲۶]، که بر ضرورت مداخلات پیشگیرانه زودهنگام، به‌ویژه در دوره نوجوانی، تأکید دارد.

شواهد حاضر بیان می کند که افراد با سابقه مصرف تزریقی، سلامت عمومی و کیفیت خواب به‌مراتب نامطلوب‌تری دارند. این نتیجه با شواهد اپیدمیولوژیک هم‌راستا است که مصرف تزریقی را با آسیب‌های جسمی، اختلالات روانی، درد مزمن و مواجهه مستمر با عوامل پرخطر محیطی مرتبط می‌دانند [۲۷]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تزریق هم‌زمان چند ماده با وابستگی شدیدتر و مشکلات روانی بیشتر همراه است [۲۸] و انگ ساختاری و تبعیض در نظام سلامت دسترسی این افراد به مراقبت‌های مؤثر را محدود می‌کند [۲۹]. همچنین، رابطه متقابل درد مزمن، مصرف تزریقی و اختلالات روانی می‌تواند به اختلالات خواب پایدار دامن بزند [۳۰]. این شواهد نشان می‌دهد سابقه مصرف تزریقی شاخصی از تجمع آسیب‌های زیستی، روانی و اجتماعی است و مداخلات چندبعدی مبتنی بر کاهش آسیب را ضروری می‌سازد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

در حوزه رفتارهای جنسی پرخطر، نتایج نشان داد با افزایش سن، این رفتارها کاهش می‌یابد؛ یافته‌ای که با کاهش تکانشگری و افزایش خودکنترلی در سنین بالاتر قابل تبیین است [۳۱]. بالاتر بودن رفتارهای پرخطر در افراد مجرد نیز با شواهد داخلی هم‌خوانی دارد [۳۲]. نقش وضعیت مسکن و شرایط اجتماعی ناپایدار در افزایش این رفتارها، مطابق یافته‌های مطالعات انجام‌شده در آفریقا و سایر بافت‌های کم‌برخوردار است [۳۳]. همچنین، ارتباط شروع زودهنگام مصرف سیگار با رفتارهای جنسی پرخطر، هم‌راستا با مطالعات کوهورت، نشان می‌دهد مسیرهای رفتاری شکل‌گرفته در نوجوانی می‌توانند پیامدهای پایداری در بزرگسالی داشته باشند [۳۴]. شواهد نشان می‌دهد که در میان جوانان بی‌خانمان، مصرف مواد و تجربه تبعیض مرتبط با وضعیت بی‌خانمانی می‌تواند با افزایش علائم افسردگی و گرایش به رفتارهای جنسی پرخطر، از جمله رابطه بدون محافظ و رابطه در حالت مستی، همراه باشد، که اهمیت عوامل روانی–اجتماعی و محیطی در تقویت مخاطرات سلامت جنسی را برجسته می‌کند [۳۵, ۳۶].

نتایج ما حاکی از آن است که افزایش دفعات تلاش‌های ناموفق برای ترک مواد با افت سلامت عمومی همراه است؛ نتیجه‌ای که با شواهد پیشین نیز همخوانی دارد. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که عودهای مکرر در وابستگی به الکل و سایر مواد اغلب با اختلالات روان‌پزشکی همبود، مشکلات خواب، کاهش حمایت اجتماعی، شرایط نامطلوب اقتصادی–اجتماعی و دیگر تنیدگی‌های زندگی ارتباط دارند [۳۷]. بر این اساس، عود نباید صرفاً به‌منزله‌ی ناکامی فردی تفسیر شود، بلکه بیانگر ضرورت دسترسی مداوم به مداخلات درمانی یکپارچه با ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی است.

در تفسیر نتایج، باید محدودیت‌های مطالعه از جمله ماهیت مقطعی، اتکای بر خوداظهاری، احتمال سوگیری نمونه‌گیری و محدود بودن نمونه به مردان را در نظر گرفت. با این حال، حجم نمونه مناسب و استفاده از ابزارهای استاندارد، اعتبار یافته‌ها را تقویت می‌کند. در مجموع، نتایج نشان می‌دهد بی‌خانمانی، مصرف مواد، اختلالات روانی، اختلال خواب و رفتارهای جنسی پرخطر در قالب یک شبکه به‌هم‌پیوسته عمل می‌کنند. بنابراین، مداخلات مؤثر مستلزم رویکردهای چندسطحی و ساختاری است؛ از جمله تأمین مسکن پایدار، تقویت امنیت اقتصادی و سیاست‌گذاری هدفمند خدمات سلامت و حمایتی در مکان های واقعی حضور جمعیت هدف، تا امکان کاهش آسیب و ارتقای پایدار سلامت این گروه فراهم شود.

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بی‌خانمانی، مصرف مواد، اختلالات روانی و خواب و رفتارهای جنسی پرخطر در قالب یک شبکه ساختاری به‌هم‌پیوسته عمل می‌کنند و نمی‌توان به تنهایی با مداخلات فردمحور به نتایج پایدار دست یافت. ثبات مسکن و امنیت اقتصادی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی کلیدی، نقش محوری در بهبود سلامت و کاهش آسیب دارند. علاوه بر این، ناپایداری مسکن و شرایط اقتصادی نامطلوب می‌تواند چرخه تعامل پیچیده میان سلامت روان، پیامدهای مصرف مواد و رفتارهای پرخطر را تقویت کند، که این موضوع اهمیت طراحی و اجرای سیاست‌های یکپارچه، بین‌بخشی و مبتنی بر کاهش آسیب را برجسته می‌کند. این رویکردها باید شامل ارائه همزمان مسکن پایدار، خدمات سلامت روان و درمان اعتیاد در بستر واقعی زندگی جمعیت هدف باشد تا بتوان به بهبود پایدار سلامت و کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر دست یافت.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله مراتب قدردانی خود را از تمامی افرادی که در مراحل مختلف اجرای این پژوهش همکاری و حمایت نمودند، ابراز می‌داریم. همچنین از ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان به جهت پشتیبانی‌های معنوی و تسهیل فرآیندهای پژوهشی تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین نویسندگان از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی کاشان کمال تشکر و قدردانی را دارند.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Onapa H, Sharpley CF, Bitsika V, McMillan ME, MacLure K, Smith L, et al. The physical and mental health effects of housing homeless people: A systematic review. Health Soc Care Community. 2022; 30(2):448-68. doi.10.1111/hsc.13486 PMid:34423491

2. Ghazanfarpour M, Aliabadi J, Sahmahammadi A, Sadr S, Jafarpour H, Mohammadnia S, et al. Risk factors and determinants of sex trade behaviours among the male homeless population in Iran. Alcohol Drug Addict. 2021; 34(1):79-90. doi.10.5114/ain.2021.107712

3. Goldshear JL, Reuter TK, Bluthenthal RN, Borquez A. Displacement, health outcomes, and the human rights of people experiencing homelessness in the USA. Lancet Public Health. 2025; 10(10): e874-e8. doi.10.1016/S2468-2667(25)00197-5 PMid:40953577

4. Richards J, Kuhn R. Unsheltered homelessness and health: a literature review. AJPM Focus. 2023;

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

2(1):100043. doi.10.1016/j.focus.2022.100043 PMid:37789936 PMCid:PMC10546518
5. Barry R, Anderson J, Tran L, Bahji A, Dimitropoulos G, Ghosh SM, et al. Prevalence of mental health disorders among individuals experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2024; 81(7): 691-9. doi.10.1001/jamapsychiatry.2024.0426 PMid:38630486 PMCid:PMC11024772
6. Byrne T, Tsai J. Actuarial prediction versus clinical prediction of exits from a national supported housing program. Am J Orthopsychiatry. 2022; 92(2):217. doi.10.1037/ort0000603 PMid:35025573 PMCid:PMC10687831
7. Arum C, Fraser H, Artenie AA, Bivegete S, Trickey A, Alary M, et al. Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2021;6(5):e309-e23. doi.10.1016/S2468-2667(21)00013-X PMid:33780656 PMCid:PMC8097637
8. Kumar S, Gupte HA, Isaakidis P, Mishra J, Munjattu JF. "They don't like us….": Barriers to antiretroviral and opioid substitution therapy among homeless HIV positive people who inject drugs in Delhi: A mixed method study. PLoS One. 2018;13(8):e0203262. doi.10.1371/journal.pone.0203262 PMid:30161255 PMCid:PMC6117039
9. Rabiah-Mohammed F, Oudshoorn A. The extent of homelessness in the Middle East and North Africa Region: A scoping review. Int J Homelessness. 2023;3(2):252-94. doi.10.5206/ijoh.2022.2.15207
10. Rafiey H, Alipour F, Moghanibashi-Mansourieh A, Mardani M. The lived experiences of becoming a homeless person with addiction in Tehran: how they are withdrawn from the mainstream community? J Soc Distress Homeless. 2019; 28(1): 65-71. doi.10.1080/10530789.2019.1567979
11. Khezri M, Mirzazadeh A, McFarland W, Iranpour A, Shahesmaeili A, Zarei J, et al. Prevalence of substance use and associated risk factors among homeless youth in Iran: a cross-sectional study. Child Youth Serv Rev. 2020; 116: 105070 . doi.10.1016/j.childyouth.2020.105070
12. Mehmandoost S, Mirzazadeh A, Zarei J, Iranpour A, Mousavian G, Khezri M, et al. Sex out of marriage and condom use among homeless youth in Iran. Public Health. 2021;194:116-20. doi.10.1016/j.puhe.2021.02.021 PMid:33887599
13. Gelberg L, Robertson MJ, Arangua L, Leake BD, Sumner G, Moe A, et al. Prevalence, distribution, and correlates of hepatitis C virus infection among homeless adults in Los Angeles. Public Health Rep. 2012;127(4):407-21. doi.10.1177/003335491212700409 PMid:22753984 PMCid:PMC3366378
14. Taghavi S. The normalization of general health questionnaire for Shiraz University students (GHQ-28). Clin Psychol Pers. 2008;6(1):1-12.
15. Kakouei H, Zare S, Akhlagi A, Panahi D. Evaluation of sleep quality in bus drivers in Tehran. Traffic Management Studies .2010; 5(16): 1-10
16. Zarei F, Khakbaz H, Karami H. Determining the Effectiveness of Self-Awareness Skill Training on Reducing High-Risk Behaviors Associated with the Opposite Sex Addict. Res Addict. 2010; 4(15): 63-70.
17. Moradzadeh R, Sadeghniiat-Haghighi K, Najafi A, Sharifi H, Abdolmohamadi N, Hadavandsiri F, et al. Sleep quality and associated factors among people who inject drugs in Iran: a nationwide survey using respondent-driven sampling. BMC Public Health. 2024;24(1):2119. doi.10.1186/s12889-024-19368-y
18. Huynh N, Kendzor DE, Ra CK, Frank-Pearce SG, Alexander AC, Businelle MS, et al. The association of sleep with physical and mental health among people experiencing homelessness. Sleep Health. 2024;10(1):48-53. doi.10.1016/j.sleh.2023.10.004 PMid:37989628 PMCid:PMC10922033
19. Petry L, Onasch-Vera L, Vayanos P, Henwood B, Rice E. Couch-Surfing and HIV Risk Behavior Among Young Adults Experiencing Homelessness. AIDS Behav. 2026:1-15. doi.10.1007/s10461-025-05009-x PMid:41591689
20. Yuan Y, Padgett D, Thorning H, Manuel J. "It's Stable but Not Stable": A Conceptual Framework of Subjective Housing Stability Definition Among Individuals with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. J Dual Diagn. 2023;19(2-3):111-23. doi.10.1080/15504263.2023.2225357 PMid:37354898
21. Carnemolla P, Skinner V. Outcomes associated with providing secure, stable, and permanent housing for people who have been homeless: An international scoping review. J Plan Lit. 2021; 36(4): 508-25. doi.10.1177/08854122211012911
22. Watson C, Weiss KJ. Sleep disorders and criminal behavior. Behav Sci Law. 2024;42(3):176-85. doi.10.1002/bsl.2652 PMid:38450830
23. Javakhishvili M, Widom CS. Out-of-home placement, sleep problems, and later mental health and crime: A prospective investigation. Am J Orthopsychiatry. 2022;92(3):257. doi.10.1037/ort0000609 PMid:35157485 PMCid:PMC9972545
24. Evans-Polce RJ, Veliz P, Kcomt L, Boyd CJ, McCabe SE. Nicotine and tobacco product use and dependence symptoms among US adolescents and adults: differences by age, sex, and sexual identity. Nicotine Tob Res. 2021;23(12):2065-74. doi.10.1093/ntr/ntab127 PMid:34125909 PMCid:PMC8570663
25. Mima M, Huang JB, Andriole GL, Freedland SJ, Ohlander SJ, Moreira DM. The impact of smoking on sexual function. BJU Int. 2022; 130(2): 186-92. doi.10.1111/bju.15711 PMid:35166438
6. Secades-Villa R, González-Roz A, Alemán-Moussa L, Gervilla E. A latent class analysis of age at substance use initiation in young adults and its association with mental health. Int J Ment Health Addict. 2025;23(4):2697-714.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]

doi.10.1007/s11469-024-01255-7
27. Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, Ireland J, Wheeler A, Ottaviano S, et al. Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. Lancet Glob Health. 2023; 11(5): e659-e72. doi.10.1016/S2214-109X(23)00057-8
PMid:36996857 PMCid:PMC12580156
28. Palmer A, Higgs P, Scott N, Agius P, Maher L, Dietze P. Prevalence and correlates of simultaneous, multiple substance injection (co-injection) among people who inject drugs in Melbourne, Australia. Addiction. 2021;116(4):876-88. doi.10.1111/add.15217 PMid:32770761
29. Rehman M, Chapman L, Liu L, Calvert S, Sukhera J. Structural stigma within inpatient care for people who inject drugs: implications for harm reduction. Harm Reduct J. 2024;21(1):53. doi.10.1186/s12954-024-00971-6 PMid:38413991 PMCid:PMC10900608
30. Vogel M, Choi F, Westenberg JN, Cabanis M, Nikoo N, Nikoo M, et al. Chronic pain among individuals experiencing homelessness and its interdependence with opioid and other substance use and mental illness. Int J Environ Res Public Health. 2021;19(1):5. doi.10.3390/ijerph19010005 PMid:35010263 PMCid:PMC8751035
31. Makarenko I, Minoyan N, Høj S, Jutras-Aswad D, Bruneau J. The role of impulsivity in injection-related risk behaviours among people who inject drugs in Montreal, Canada. Harm Reduct J. 2025;22(1):192. doi.10.1186/s12954-025-01341-6 PMid:41291712 PMCid:PMC12648867
32. Khezri M, Mehmandoost S, Tavakoli F, Rouhani S, Mehrabi F, Nourolahzadeh E, et al. HIV prevalence, risk behaviours, and cascade of care among men who have sex with men in Iran: a nationwide, cross-sectional, biobehavioural survey. Lancet HIV. 2025. doi.10.1016/S2352-3018(25)00230-9 PMid:41418791
33. Osuafor GN, Okoli CE, Phateng R. Risk and protective factors associated with health risk behaviours among school learners in Western Cape, South Africa. BMC Public Health. 2023;23(1):16. doi.10.1186/s12889-022-14845-8 PMid:36597075 PMCid:PMC9811777
34. Tinner L, Wright C, Heron J, Caldwell D, Campbell R, Hickman M. Is adolescent multiple risk behaviour associated with reduced socioeconomic status in young adulthood and do those with low socioeconomic backgrounds experience greater negative impact? Findings from two UK birth cohort studies. BMC Public Health. 2021;21(1):1614. doi.10.1186/s12889-021-11638-3 PMid:34479524 PMCid:PMC8414729
35. Sisselman-Borgia A, Budescu M, Torino G. Risk Behaviors and Sexual Health in the Context of Homelessness Discrimination in an Urban Sample of Youth Experiencing Homelessness. Fam Soc. 2025:10443894251329149. doi.10.21203/rs.3.rs-5333348/v1 PMCid:PMC13034811
36. Heerde JA, Hemphill SA. Sexual risk behaviors, sexual offenses, and sexual victimization among homeless youth: a systematic review of associations with substance use. Trauma Violence Abuse. 2016;17(5):468-89. doi.10.1177/1524838015584371 PMid:25985990
37. Yazıcı AB, Bardakçı MR. Factors associated with relapses in alcohol and substance use disorder. Eurasian J Med. 2023;55(Suppl 1):S75. doi.10.5152/eurasianjmed.2023.23335 PMid:39128053 PMCid:PMC11075040

How to Cite this Article:
Haerifar F, Sharifi E, Esteki Moghaddam Z, Davari Dolatabadi M, Azadchehr MJ, Esmaeili Shahzadeh-Ali-Akbari P, et al. Mental Health, Sleep Disorders, Substance Use, and High-Risk Sexual Behaviors among Homeless Men in Isfahan Province: A Cross-sectional Study. Feyz Med Sci J 2026; 30 (2) :240-253. doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.2.11]