

تجربه تحقیر اجتماعی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز

مرضیه محمدی*، علی‌احمد رفیعی راد**، سهیلا صادقی فسائی***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۹

چکیده

تحقیر به‌عنوان امری اجتماعی، چندوجهی، رابطه‌ای و پویا، تعاملات اجتماعی فرد را دست‌خوش تغییرات منفی می‌کند. میزان و گستره این تغییرات در فرد تحقیر شونده با توجه به جایگاه او و موضوع تحقیر، متفاوت است. مطالعه حاضر، با هدف بررسی تجربه تحقیر اجتماعی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز انجام شده است. با توجه به جایگاه فرودست زنان در گروه‌های مورد بررسی و داغ‌نگ پیچیده مرتبط با موضوع تحقیر؛ یعنی، اچ‌آی‌وی/ایدز، مطالعه حاضر گامی به سوی آگاهی از یک پدیده اجتماعی متکثر و کمتر شناخته شده است. تحقیق حاضر، به روش کیفی انجام شده و جامعه پژوهشی، زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در استان تهران بوده است. جامعه مورد مطالعه، زنان عضو باشگاه‌های افراد مثبت در استان تهران و از سه باشگاه افراد مثبت در شهرهای ورامین، شهریار و تهران (باشگاه اسناد معین) انتخاب شده‌اند. از میان افراد باشگاه‌ها، نمونه‌ها (۲۱ نفر) به صورت در دسترس با حداکثر تنوع، رضایت آگاهانه و اصول اخلاقی رازداری انتخاب و به سؤالات پاسخ داده‌اند. زمان گردآوری اطلاعات زمستان ۱۳۹۶ و بهار ۱۳۹۷، ابزار گردآوری داده، مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته و شیوه تحلیل اطلاعات به صورت «تحلیل مضمونی» بوده است. مهم‌ترین مضامین به دست آمده عبارت‌اند از «تحقیر ناشی از غیرسازی»، «تحقیر ناشی از بی‌ارزش شماری»، «مارپیچ زنانگی»، «ایدز و تحقیر»، «هراس از تحقیر» و «تسلیم در برابر تحقیر». مبتنی بر یافته‌ها می‌توان گفت اچ‌آی‌وی/ایدز در تلاقی با جنسیت، رابطه هم‌افزایی داشته و تحقیر بیشتر زنان مبتلا را موجب می‌شود. این وضعیت در کانون زندگی زنان مبتلا، قرار گرفته و تمامی تجارب روزمره آنان را متأثر می‌کند.

واژه‌های کلیدی: تحقیر اجتماعی، تحلیل مضمونی، زنان، اچ‌آی‌وی/ایدز، باشگاه مثبت

* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

lelamohamadi@gmail.com

** دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی و عضو مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و بیماری‌های آمیزشی دانشگاه

a.ahmad.r.rad@gmail.com

علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

s_sadeghi@yahoo.com

*** دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

مقدمه و بیان مسئله

ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز^۱ همواره با پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی زیادی برای مبتلایان همراه بوده است. نخستین مورد مبتلا سال ۱۹۸۱ در آمریکا و در سال ۱۳۶۵ در ایران شناسایی شد. از زمانی که اچ‌آی‌وی/ایدز به‌عنوان یک بیماری عفونی و قابل‌سرایت شناخته شد، تلاش‌ها و اقدامات گسترده‌ای پیرامون آگاهی عمومی و پیشگیری از آن انجام شده است اما با این حال، آمار مبتلایان در کشور نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان آن سالانه حدود ۱۰٪ رشد داشته که با استفاده از طیف و مدل‌سازی در سال ۱۳۹۸ برآورده شده است که تعداد افرادی که در ایران با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، حدود ۵۹۰۰۰ نفر بوده که از این تعداد حدود ۳۸۹۶۶ نفر شناسایی شده‌اند (SeyedAlinaghia, 2021: 530). در دو دهه اخیر، این روند در میان زنان ایرانی، رشد شتابانی را نشان می‌دهد به‌گونه‌ای که در دهه اول شناسایی بیماری؛ یعنی، ۱۳۶۵-۱۳۷۵ نسبت مردان مبتلا به زنان مبتلا ۹۸٪ به ۲٪ بوده است ولی در دهه سوم؛ یعنی، از ۱۳۸۵-۱۳۹۵ تعداد زنان مبتلا بیش از ۷ برابر شده است و در حال حاضر نسبت مردان مبتلا به زنان مبتلا ۸۲٪ به ۱۸٪ است (اداره ایدز وزارت بهداشت^۲، ۱۳۹۷).

۱- Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): نشانگان نقص ایمنی اکتسابی نوعی بیماری است که در دستگاه ایمنی و توسط ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) ایجاد می‌شود. بیماری ناشی از این ویروس دارای سه مرحله اصلی است. در مرحله اول (عفونت حاد) فرد ممکن است برای مدت کوتاهی بیماری شبه آنفلوآنزایی را تجربه کند. به همین دلیل معمولاً این بیماری تا یک دوره طولانی مدت بدون هیچ علائمی دنبال می‌شود که به این مرحله از بیماری، دوره نهفتگی گفته می‌شود. هرچقدر که بیماری پیشرفت یابد، تداخل بیشتری با دستگاه ایمنی بدن پیدا می‌کند و باعث می‌شود که افراد به عفونت‌هایی مانند عفونت فرصت‌طلب و تومور دچار شوند. در نهایت بیماری زمانی وارد مرحله سوم یا ایدز خواهد شد که شمار سلول‌های CD4+ به کمتر از ۲۰۰ سلول در هر میکرولیتر برسد.

۲- اداره ایدز وزارت بهداشت. (۱۳۹۷)، مصاحبه نویسنده مسئول مقاله با کارشناسان اداره ایدز وزارت بهداشت. ۱۸ دی‌ماه ۱۳۹۷.

از آنجا که نخستین مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز در میان گروه‌های خاصی مانند همجنس‌گرایان مرد شناسایی شدند، لذا در سطح جامعه به‌عنوان بیماری افراد بی‌بندوبار جنسی تصور شد و از این‌رو، نوعی ترس عمومی و هراس اخلاقی^۱ پیرامون آن شکل گرفت. مبتنی بر چنین برداشت عمومی‌ای در بسیاری از موارد با مبتلایان آن؛ نه به‌عنوان بیمار، بلکه به‌عنوان مجرمان اخلاقی برخورد شد و انزوا^۲، تبعیض^۳، خشونت^۴، طرد^۵، تحقیر^۶ و پیامدهای ناگوار دیگری از این‌دست بر زندگی آنان سایه افکند. یکی از مهم‌ترین پیامدهای اجتماعی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز برای مبتلایان، تحقیر اجتماعی آنان است. جوهره تحقیر، اقدامات غیرقابل‌پذیرش یا اتفاقاتی است که منجر به جابه‌جایی یا کنار رفتن جایگاه اجتماعی فرد در سلسله‌مراتب اجتماعی یا حذف شدن از شبکه روابط اجتماعی می‌شود، نوعی درد حاد که فرد را درون خود زندانی می‌کند و همچنین یکی از نیرومندترین ابزارهایی است که سوژه‌های اجتماعی را دچار تنش‌های روانی و اجتماعی بی‌شماری کرده و آنان را به اتخاذ راهبردهای تخریبی علیه خود یا دیگران سوق می‌دهد (Smith, 2008; Luban, 2009) و لیندنر، ۲۰۱۰ به نقل از صادقی فسایی و نیکدل، ۱۳۹۵: ۱۰۰).

این پیامد نامطلوب برای مبتلایان زن در ساختارهای مردسالارانه محسوس‌تر است، زیرا «جنسیت در زنان، به دلیل کارکرد ایدئولوژیک گفتمان مردسالاری، تهدید بالقوه‌ای برای تحقیرشدگی آنان است که نحوه مواجهه با تحقیر را برای آنان دشوار می‌کند» (صادقی فسایی و نیکدل ۱۳۹۵: ۹۹)؛ نتیجتاً، در تلاقی زنانگی و بیماری، زنان آسیب‌های بیشتری را متحمل خواهند شد و این در حالی است که بسیاری از متخصصین امر، زنان را آسیب‌پذیرترین گروه و قربانیان اصلی اچ‌آی‌وی/ایدز می‌دانند

-
1. Moral Panic
 2. Isolation
 3. Discrimination
 4. Violence
 5. Ejection
 6. Humiliation

زیرا تحقیقات نشان داده است که «زنان سریع‌ترین جمعیت در حال رشد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند و زنان بیشتر فقیر، کمتر سالم هستند و از مردان، سریع‌تر تسلیم ایدز می‌شوند» (Keigher, Stevens and Plach, 2008: 43). همچنین «زنان، در مقابل داغ ایدز و تبعیض آسیب‌پذیرتر هستند به گونه‌ای که یک داغ مضاعف نسبت به بیماران مرد با خود حمل می‌کنند» (Kalichman, 2003: 442).

نپذیرفتن، غیر دانستن، رد کردن، کنار گذاشتن، کم‌اهمیت دانستن و طرد، همگی مصادیقی از تحقیر اجتماعی هستند که در سطوح بین فردی تا بین‌المللی گسترده است. مبتنی بر این ایده، اکسل هونت^۱ اصطلاح «جامعه تحقیر^۲» را استفاده می‌کند. به عقیده وی، جامعه تحقیر، جامعه‌ای است که «به تو احترام گذاشته نمی‌شود و در آن جامعه دیده نمی‌شوی» (Honneth, 1997: 360). این پیامدها و واکنش‌های اجتماعی به‌نوعی در یک بافت به‌هم‌پیوسته و مجموعه‌ای از عوامل است که ریشه در آنگ و استیگمای پیرامون این بیماری دارند. چنین تجاربی برای زنان و تجربه زنانه‌شان از ابتلا به‌صورت مضاعف و توأم با پیامدهای اقتصادی، فرهنگی و روانی خواهد بود. «تحقیر یک فرد ممکن است به‌طور کامل به نابودی شخصیت وی بیانجامد که شاید بهبود آن غیرقابل ممکن باشد» (Greeff et al, 2009).

همچنین برخی محققان (لیندنر، ۲۰۰۱) تحقیر را یک ترومای اجتماعی می‌دانند (ص: ۴۳) که می‌تواند اثرات بلندمدت و دیرپایی بر زندگی اکنون و آینده افراد گذاشته و منجر به آن شود که هم‌زمان شرم و از دست دادن جایگاهشان را تجربه کنند (De Rivera, 2013: 243)؛ از این‌رو، شناخت سازوکارها و پیامدهای آن به‌خصوص در ارتباط با زنان و به‌طور خاص‌تر زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز اهمیت بسزایی دارد. از سویی دیگر هنگامی که بیماری با کژکارکرد روابط اجتماعی همراه شود، ضرورت پرداختن به بیماری و جنبه‌های اجتماعی زندگی بیماران اهمیت مضاعفی می‌یابد. به این

1. Axel Honneth
2. Society of humiliation

منظور، فرایند درک و تجربه تحقیر و نحوه تأثیر آن بر زندگی اجتماعی افراد مبتلا اهمیت اساسی پیدا می‌کند. بر همین اساس، بررسی موضوع تحقیر در میان جمعیت‌های متفاوت می‌تواند روشنگر باشد. با توجه به انگ اجتماعی پیچیده و شدیدی که پیرامون بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز وجود دارد، مبتلایان این بیماری در معرض قضاوت، نادیده گرفته شدن، طرد شدن از روابط و تعاملات، کنار گذاشته شدن، ناعدالتی در بهره‌مندی از منابع و امکانات، تحقیر و مانند آن قرار می‌گیرند. از آنجایی که چنین رفتارهایی در کتمان و تشدید بیماری و سلامت فرد و جامعه تأثیر نامناسب زیادی می‌گذارد، بررسی وضعیت و کندوکاو فرایندها از اهمیت اساسی برخوردار است. از این‌روی، پژوهش حاضر در وهله نخست به دنبال پاسخ‌گویی به سؤالات کلی زیر است و در امتداد آن سؤالات جزئی دیگری را نیز دنبال کرده و پاسخ می‌دهد:

- زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز چه تجربه‌ای از تحقیر اجتماعی ناشی از ابتلایشان داشته‌اند؟

پیشینه تحقیق

بررسی ادبیات موضوع نشان می‌دهد که تاکنون تحقیق مستقلی با موضوع تحقیر در بین مبتلایان به اچ‌آی‌وی انجام نشده است. با این وجود، کارهای داخلی و خارجی چندی وجود دارند که در یافته‌های خود از پیامد تحقیر و یا معانی مشابه با آن در میان مبتلایان صحبت کرده‌اند که در اینجا به‌طور مختصر به آنها پرداخته می‌شود.

مسعودی و فرهادی (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی و با نمونه‌ای ۱۴۷ نفری به بررسی میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد اچ‌آی‌وی مثبت و مبتلایان به ایدز در شهر خرم‌آباد پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد که ۵/۵۶٪ از افراد نمونه، حمایت اجتماعی ضعیفی از سوی خانواده دریافت می‌کنند.

در تحقیق ملاسمعیل شیرازی و همکاران (۱۳۹۱) که از طریق یک مطالعه کیفی و بر اساس مصاحبه با ۱۰ زن مبتلا انجام شده است، به بررسی پیامدهای داغ ننگ و برچسب در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی پرداخته‌اند. مبتنی بر یافته‌های تحقیق مذکور، تمامی زنان مورد مطالعه پیامدهای بسیاری را از داغ ننگ، برچسب و تحقیر از سوی جامعه تحمل نموده‌اند.

یافته‌های تحقیق ساسانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داده است که بیماران مبتلا به ایدز به دنبال مطلع شدن دیگران از بیماری آنها، طیف وسیعی از مشکلات را به علت انگ ناشی از بیماری ایدز تجربه می‌کنند. پژوهش مذکور به روش کیفی (پدیدارشناسی) و با جامعه پژوهشی ۱۳ نفر به انجام رسیده است. مهم‌ترین مضامینی که از این مشکلات در تحقیق به دست آمده و تحت عنوان مقوله مرکزی انگ نام‌گذاری شده‌اند، عبارت‌اند از برچسب‌های نامناسب (مانند آدم‌های کثیف، آدم‌های فاسد، لکه ننگ و موارد مشابه)، طرد شدن، بی‌ارزشی و عدم حمایت.

رضائی (۱۳۹۳) در تحقیقی به بررسی تجربه زیسته مادران اچ‌آی‌وی مثبت/ایدز عضو باشگاه مثبت کرمان، با جامعه پژوهشی ۲۰ نفر و به روش کیفی نظریه زمینه‌ای پرداخته است. از میان ۱۶ مقوله استخراجی محقق در تحقیق مذکور، دو مضمون «واهمه مرگ ننگین» و «طرد و ننگ (استیگما)» به دست آمده که با تحقیر پیوند دارند.

بر اساس یافته‌های پروین و اسلامیان (۱۳۹۳) که با جامعه پژوهشی ۳۰ نفر و به روش کیفی انجام شده است، افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در روابط اجتماعی خود با طرد مواجه‌اند که در هفت میدان اجتماعی رخ می‌دهد و عبارت‌اند از: ایدز هراسی، طرد از روابط اجتماعی، طرد اقتصادی، طرد از شبکه‌های حمایتی، طرد نمادین، طرد فضایی و طرد از حوزه درمان.

پژوهش احمدنیا و همکاران (۱۳۹۶) که با جامعه پژوهشی ۱۷ نفر و به روش کیفی و زمینه‌ای انجام شده است، نشان می‌دهد که در ارتباط با زنان اچ‌آی‌وی مثبت انگ مرتبط با اچ‌آی‌وی موجب بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز با این بیماران و در نتیجه

بروز مشکلات و دغدغه در این زنان می‌شود؛ مشکلات جسمانی، روانی، انزوا و افسردگی، نگرانی‌های اقتصادی، نگرانی از دست دادن شغل، توسل به پنهان‌کاری در محیط کار، تجربه طردشدن و از دست دادن حمایت خانواده و دوستان، محدودیت دسترسی به درمان، نگرانی در مورد ازدواج و تعاملات اجتماعی محدودتر، از جمله مشکلاتی است که پیش روی این بیماران قرار دارد.

در کنار پژوهش‌های داخلی انجام شده می‌توان به چند پژوهش خارجی نیز اشاره نمود. یکی از این پژوهش‌ها که جامعه آماری آن متفاوت از تحقیق حاضر است پژوهشی می‌باشد که بر روی زندانیان عراقی زندان ابوغریب انجام شد، بسیاری از آنان رفتارهای تحقیرآمیز سربازان و زندانبانان آمریکایی مانند اجبار زندانیان در برهنه شدن، چهار دست‌وپا رفتن، التماس کردن و... نمایش تصاویر آنان را از شکنجه‌های فیزیکی دردناک‌تر دانستند زیرا معتقد بودند که درد فیزیکی ناشی از شکنجه به پایان رسیده است اما تصاویر رفتار تحقیرآمیز همیشه در ذهنشان وجود دارد (Baer, 2007). آن‌گونه که نتیجه تحقیقات موسسه موسوم به «جهان چهارم»^۱ بیان می‌کند؛ تحقیر به رنج، خشم، ستیز و پرخاش، احساس بی‌عدالتی، کناره‌گیری از جامعه، بی‌توجهی و بی‌اعتمادی به دیگر افراد و نهادها منجر می‌شود (ATD fourth world, 2012: 40). تحقیق کارر و گراملینگ^۲ (۲۰۰۴) که بر روی انگ و تبعیض ناشی از ایدز با ۲۴ زن مبتلا به روش کیفی انجام شد، نشان داد برچسب بیماری ایدز در زنان مبتلا مانع مراقبت‌های درمانی است ضمن اینکه این زنان توسط اعضای خانواده، دوستان، تسهیلگران بهداشتی، کارفرمایان و متولیان کلیسا نادیده گرفته می‌شوند و یا به‌نوعی تحقیر می‌شوند. نتایج یک تحقیق مقطعی بر روی ۴۳ زن مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در نپال حاکی از آن بود که ۹۳٪ افراد مورد تحقیق، حداقل از یک نوع خشونت رنج برده‌اند و مهم‌ترین خشونت علیه این زنان با ۹۰٪ مربوط به تحقیر اجتماعی بوده است که از سوی نزدیکان بر آنان وارد شده است (Aryial et al, 2012).

-
1. fourth world
 2. Carr and Gramling

مبتنی بر یافته‌های دورل و کاتز^۱ (۲۰۱۳)، در تحقیقشان بر روی ۲۸ جوان مبتلا به اچ‌آی‌وی در انگلستان، جوانان مورد مطالعه برای اجتناب از انگ خوردن (و پیامدهای بلافصلی مانند تحقیر) از استراتژی‌هایی مانند ارائه بیوگرافی دیگر به‌عنوان دلیل بستری و بیماری، پنهان کردن دارو در خانه و مدرسه و نزد همسالان و تجاهل نسبت به دانش اچ‌آی‌وی، اتخاذ «قانون سکوت» و «سربه‌زیر بودن» استفاده می‌کنند.

نتایج تحقیق اورابی^۲ (۲۰۱۸) با عنوان «بررسی وضعیت زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی در خاورمیانه و شمال آفریقا»^۳ نشان داد رابطه جنسی خارج از ازدواج، به‌ویژه برای زنان بسیار منفی است و از این‌رو، این واقعیت که بخش زیادی از عفونت‌های اچ‌آی‌وی در بین زنان در یک رابطه زناشویی منتقل می‌شود، هنوز به‌طور گسترده‌ای درک نشده است. از این‌رو، زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی بیشتر از هم‌تایان مرد خود تحت تأثیر ننگ و تبعیض، محرومیت از مراقبت، نگرش تند و زننده، طرد و نقض محرمانه بودن اطلاعات - به‌خصوص در بین کارکنان بهداشت و درمان که متخصص در مراقبت از اچ‌آی‌وی نیستند - قرار دارند. این زنان شاهد تجربیات دردناک روبرو شدن با تحقیر هستند به‌نوعی که مجبورند یا نیازهای برآورده نشده و درد خود را در سکوت تحمل کنند و یا وضعیت اچ‌آی‌وی خود را پنهان کنند تا بتوانند نیازهای سلامتی خود را برطرف کنند.

مرتبط با بررسی تحقیقات پیش‌گفته، ذکر چند نکته لازم است. نخست اینکه پیامدهای زیان‌بار تحقیر بر فرد و روابط اجتماعی است زیرا با نادیده و خوار انگاشتن فرد عملاً او را به بیرون از چرخه مفید حیات اجتماعی سوق می‌دهد. نکته‌ای که برای بیماران مورد تحقیق می‌تواند پیامدهای زیان‌بار بیشتری از افراد معمول اجتماع نیز در پی داشته باشد. نکته دیگر اینکه تحقیر به‌عنوان یکی از پیامدهای یک بیماری با انگ

1. Dorrell & Katz
2. Doaa Oraby
3. Middle East and North Africa (MENA)

اجتماعی شدید گویی مفروض انگاشته شده است. در تحقیقات مرور شده در میان بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز تاکنون به‌طور مستقل به تحقیر پرداخته نشده ولی برچسب‌های نامناسب که در برخی تحقیقات آمده است از مصادیق تحقیر اجتماعی مبتلایان هستند. در نتیجه در این حوزه، پیشینه پژوهش درخوری وجود ندارد. با این حال، در تحقیقات انجام‌شده، تحقیر به‌عنوان یک مفهوم فرعی مورد توجه قرار گرفته است و برخی تحقیقات (به‌ویژه تحقیقات خارجی) نیز به تحقیر؛ به‌عنوان یکی از پیامدهای ابتلا به این بیماری، اشاره کرده‌اند. در واقع برای این تحقیقات وقتی انگ و طرد باشد، تحقیر نیز بدیهی می‌نماید. آنچه که در این میان مورد غفلت قرار گرفته ابعاد، حدود، سازوکارها و فرایندهای تحقیر است که خود می‌تواند ابعاد ناشناخته‌ای از مواجهه با این بیماری و همچنین شیوه‌های برون‌رفت از آن را روشن کند. از این رو، پژوهش حاضر با عطف به این خلأ پژوهشی درصدد بررسی تجربه تحقیر اجتماعی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز است.

چارچوب مفهومی پژوهش

تحقیق کیفی نقطه عزیمت خود را تئوری خاصی قرار نمی‌دهد و از این رو در مسیری جدا از فرضیه آزمایشی حرکت می‌کند. در واقع استفاده محقق از تئوری بیشتر از آنکه مبنایی و از ابتدای کار باشد، استنادی و تطبیقی است (صادقی فسایی، ۱۳۹۴). از بررسی متون نظری مرتبط با مفهوم تحقیر اجتماعی، چنین استنباط می‌شود که تئوری‌های انگ اجتماعی و طرد اجتماعی نیز با این مفهوم قرابت دارد. همچنین تجربه زنانه به‌عنوان یکی دیگر از مفاهیم مهم در پژوهش حاضر است که تجربه تحقیرشدگی را از منظر تجربه‌ای زنانه بررسی می‌کند. هونت که روابط انسان را به دو دسته "ارتباط با خود" و "ارتباط با دیگران" دسته‌بندی می‌کند، معتقد است تحقیر رابطه فرد با خودش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وی رابطه فرد با خود را شامل سه مؤلفه می‌داند که عبارت‌اند از:

۱- اعتماد به نفس: اعتماد به خود (ذهن و بدن) و احساس یگانگی با محیط پیرامون؛

۲- عزت نفس: تصور خود به عنوان یک عضو خاص و با ارزش جامعه؛

۳- احترام به خود: نشان دهنده دارا بودن کرامت و ارزش اخلاقی است (Honneth,)

(1997: 362).

این در حالی است که «فراهم نمودن شرایط ارتباط مثبت با خود برای افراد جامعه، پایه عدالت اجتماعی است، زیرا رابطه مثبت با خود، منجر به ایجاد و شکوفایی مجموعه قابلیت‌های فردی و جمعی می‌شود که برای زندگی ایده‌آل مورد نیاز است» (Whisnant, 2016: 3). صادقی فسایی و نیکدل (۱۳۹۴) مصادیق تحقیر اجتماعی را مشتمل بر دو دسته می‌دانند: تحقیر کلامی (تمسخر و استهزا، به کارگیری الفاظ رکیک، به کارگیری القاب تشبیهی (تشبیه به حیوانات مانند گاو، الاغ یا اشیای پست مثل آشغال) و غیرکلامی (غیرمستقیم؛ مانند نیشخند، نوع نگاه، بی‌اعتنایی، نادیده گرفتن و مستقیم مانند کتک زدن، هل دادن، آزار جنسی و...) (صص: ۵۶-۵۴).

تحقیر اجتماعی، دارای سطوح مختلف و چندوجهی است، زیرا که ابعاد و وجوه متفاوتی چون تصور از خود، دسترسی به منابع، شبکه روابط اجتماعی و نقش‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیر فرایندی پویاست زیرا دارای سازوکارها، عوامل ایجادکننده و قابلیت تولید و بازتولید است. تحقیر می‌تواند کنشی یا واکنشی باشد. «افرادی که بیشتر تحقیر می‌شوند تمایل بیشتری به تحقیر کردن دارند» (صادقی فسایی و نیکدل، ۱۳۹۴: ۵۳) این جابجایی نقش تحقیر شونده- تحقیرگر می‌تواند به شکل مرضی در جامعه شیوع پیدا کرده و چرخه تحقیر را در حال پویایی و بازآفرینی نگه دارد. همچنین تحقیر فرایندی رابطه‌ای است زیرا به سستی و تضعیف روابط اجتماعی، حاشیه‌ای شدن فرد، کاهش مشارکت، بی‌قدرتی و عدم تعلق وی منجر شده و نیز نشان‌دهنده روابط نابرابر اجتماعی است. «چرخه ترس، انتقام و قربانی بودن دربردارنده نتایجی چون شکست، سقوط (تنزل) و خروج (یا محرومیت از منابع مناسب) است که توسط فرایند تحقیر ایجاد می‌شود» (Smith, 2008: 370). تحقیر

اجتماعی نوعی طرد اجتماعی را نیز در خود دارد. سیلور، طرد اجتماعی را از هم‌گسیختگی پیوندهای اجتماعی بین فرد و جامعه می‌داند (Silver, 2008: 302). گیدنز^۱ طرد اجتماعی را ناشی از شیوه‌هایی می‌داند که طی آن‌ها، افراد از مشارکت کامل در جامعه بزرگ‌تر محروم می‌شوند. این افراد دوره‌های طولانی بیکاری (یا شغل‌های زودگذر و کوتاه‌مدت) را تجربه می‌کنند و برای تأمین مایحتاج خود عمدتاً به کمک‌های دولتی وابسته‌اند (گیدنز، ۱۳۸۹: ۴۶۱ و ۴۳۱). بر همین اساس طرد اجتماعی را دارای مؤلفه‌های گوناگونی می‌دانند. برحسب مؤلفه‌های مشارکت (طرد تدریجی و مداوم از مشارکت کامل در امور اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و...)، حقوق شهروندی (نداشتن منزلت شهروندی و محرومیت از حقوق)، دسترسی به فرصت‌ها (محرومیت از انتخاب‌ها و شانس‌های بهتر زندگی)، قدرت (فقدان توانمندی در دسترسی به منابع در سطح فردی یا ساختاری) و شبکه اجتماعی (جدا شدن کامل یا جزئی از شبکه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و...) ضعیف تعریف می‌شود (فیروزآبادی و صادقی، ۱۳۹۴: ۲۸-۲۷). از نظر مانک، طرد اجتماعی به یک‌باره اتفاق نمی‌افتد بلکه نتیجه فرآیندی است که با اشکالی از به حاشیه رانده‌شدگی شروع و ممکن است به تدریج به طرد کامل اجتماعی منتهی شود (Munk, 202: 3).

به حاشیه رانده شدن مستلزم این است که مؤلفه‌ها و عناصری در تضاد یا تقابل و ناخوشایند جامعه بزرگ‌تر در فرد وجود داشته باشد. این عناصر ناخوشایند را گافمن^۲ (۱۳۸۶) با عنوان «داغ ننگ» نام‌گذاری می‌کند. «اصطلاح داغ ننگ برای اشاره به ویژگی یا صفاتی به‌کاربرده می‌شود که شدیداً بدنام‌کننده یا ننگ‌آور است، اما باید توجه کرد که ریشه قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات، بلکه در روابط اجتماعی است؛ به سخن دیگر صفتی که داغ ننگ بر پیشانی فرد می‌زند، می‌تواند به عادی جلوه دادن دیگر افراد کمک کند؛ بنابراین، فی‌نفسه نه خوش‌نام‌کننده است و نه بدنام‌کننده» (گافمن، ۱۳۸۶:

1. Giddens
2. Goffman

۳۲). وی توضیح می‌دهد که این اصطلاح برگرفته از یونان باستان است و برای نسبت دادن به نشانه‌هایی جسمی به کار می‌رفت که چیزی بد یا غیراخلاقی را دربارهٔ مردمی نشان می‌داد که آن نشانه‌های جسمی را داشتند. در جامعهٔ معاصر سه شکل از آنگ (استیگما) وجود دارد:

۱- زشتی (کراهت) بدنی (جسمی) مانند انواع گوناگونی از بدقوارگی‌های فیزیکی و بدشکلی‌های جسمانی؛

۲- نواقص و کمبودهای شخصیتی فردی مانند تقلب، ضعیف‌النفس و سلطه‌پذیر بودن یا داشتن احساسات غیرطبیعی، عقاید انعطاف‌ناپذیر و بی‌اعتمادی. داشتن این صفات با توجه به شواهد موجود به کسانی مربوط می‌شود که برای مثال دچار اختلالات روانی، زندان، اعتیاد به مواد مخدر، اعتیاد به الکل، هم‌جنس‌خواهی، بیکاری، اقدام به خودکشی و رفتارهای افراطی سیاسی هستند. همچنین اختلال ذهنی، بیماری‌های انتقالی جنسی و الکلیسم و تمایلات مربوط به خودکشی و...؛

۳- استیگمای قبیله‌ای نژاد، مذهب و ملیت. مردمی با این گرایش‌ها کسانی هستند که با بیشتر مردم متفاوت‌اند، اما تفاوت آنها در طرق منفی است و سبب تبعیض برای این گروه می‌شود. این داغ ننگ قومی و قبیله‌ای طی نسل‌ها انتقال یافته و تمام اعضای یک خانواده را یکسان آلوده کرده است (همان منبع: ۳۴).

مبتلایان به برخی بیماری‌ها ممکن است در ارتباط با ابتلای خود دچار آنگ اجتماعی شوند. بیماری‌هایی که اغلب با روابط جنسی یا بهداشت فردی مرتبط هستند یا اینکه نشانه‌های آشکار جسمی دارند می‌توانند این گونه باشند. در این میان تجربه زنانه از چنین بیماری‌هایی می‌تواند خاص، پیچیده و حتی مادام‌العمر باشد. تجربه زنانه از وقایع و پیشامدها تفاوت بنیادین با تجربه مردان از همان شرایط دارد زیرا به لحاظ فرهنگی با متغیرهای دیگری نظیر نژاد، طبقه و قومیت کدگذاری شده است (اباذری،

صادقی و حمیدی، ۱۳۸۷: ۸۳). مفهوم تجربه‌ی زنانه از مفاهیم کلیدی در مواضع معرفت‌شناختی و هستی‌شناختی طرفداران حقوق زنان^۱ است.

«فمینیسم‌ها معتقدند وقتی تجربه مردان به‌عنوان تجربه کل انسان تلقی شود، نظریه‌ها، مفاهیم و روش‌شناسی، اهداف پژوهش و دانش حاصل از آن به ایجاد انحراف در زندگی اجتماعی و تفکر انسانی منتهی می‌شود (Harding & Hintikka, 1983: 10). دوروتی اسمیت^۲ درباره‌ی تجربه‌ی زنان می‌گوید: «تجربه‌های مختلفی از جهان وجود دارند و پایه‌های این تجربه‌ها نیز باهم متفاوت‌اند. ما نباید چهارچوب مفهومی خود را بر دنیای دیگران تحمیل کنیم» (Smith, 2008: 377). در این میان گرچه نظرات مختلفی در مورد اندیشه زنانه و تجربه زنانه وجود دارد «اما می‌توانیم از ایده‌آل تاییپ تحت عنوان «تجربه زنانه» سخن بگوییم که اگرچه بر روی طیفی قرار می‌گیرد، اما دارای شباهت‌ها و انسجام‌های منطقی‌ای است که موجب می‌شود آن را ذیل یک عنوان کلی بگنجانیم» (اباذری، صادقی و حمیدی، ۱۳۸۷: ۸۵).

به بیانی ساده می‌توان تجربه زنانه را تجربه‌ای منحصر به فرد از بدن، احساس، اندیشه، اجتماع و جهان دانست که زن بودن امکان آن را فراهم نموده است. این تجربه گرچه توسط زنانی با پایگاه‌های اجتماعی-اقتصادی، سطح تحصیلات، سن، باورهای فرهنگی و مذهبی گوناگون حاصل می‌شود اما دارای وجوه و عناصر مشترکی است که می‌توان آن را در قالب مشترک تجربه زنانه از اتفاقات قلمداد کرد. «این تجربه زنانه اگرچه بر روی طیفی قرار می‌گیرد، اما دارای شباهت‌ها و انسجام‌هایی منطقی است که موجب می‌شود آن را تحت یک عنوان کلی بگنجانیم» (جمشیدی‌ها و حمیدی، ۱۳۸۶: ۸۵). تجربه‌ای که در اینجا مدنظر و مورد استناد است، تجربه زنان حاضر در پژوهش است که مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز بوده و تجربیاتشان در یک بستر و زمینه اجتماعی تکوین و تغییر یافته و باعث خلق چشم‌اندازهای ویژه برای آنان شده است.

1. Feminists
2. Dorothy Smith

مبتنی بر مقدمات نظری پیش گفته می توان گفت تحقیر اجتماعی اشاره به فرآیندی پویا، چندبعدی و پیچیده دارد که در رابطه دوسویه و کنشی-واکنشی با دیگر وجوه محرومیت اجتماعی مانند آنگ اجتماعی، تجربه زنانه از بیماری و طرد اجتماعی دارد. این زنان ممکن است برخی یا وجوه تحقیر کلامی یا غیرکلامی را در ارتباط با ابتلای خود، تجربه کنند. این تحقیرشدگی در بسیاری از ابعاد زندگی آنان مانند مشارکت داده نشدن در روابط و مناسبات، طرد از شبکه روابط خانوادگی، کاری و خویشاوندی، بی قدرتی در دسترسی به منابع و امکانات را تجربه کنند. بر این اساس، سؤالات اصلی پژوهش عبارت‌اند از اینکه (۱) تجربه تحقیر اجتماعی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز چگونه است؟ و (۲) زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز چگونه با تحقیرشدگی خود مواجه می‌شوند؟

روش‌شناسی پژوهش

هر زمان که «بخوایم نگاه عمیق‌تری به فرد، موقعیت یا سلسله‌ای از حوادث معین داشته باشیم» (دلور، ۱۳۸۹: ۳۰۷) تحقیق کیفی می‌تواند به‌درستی ما را به هدف موردنظرمان برساند. نوع نگاه در تحقیق کیفی امیک^۱ یا نگاه از درون و مشارکت محور است (Newman et al, 2006) و «اطلاعات با ارجاع به عقاید، ارزش‌ها و رفتارها در بستر اجتماعی دست‌نخورده به دست می‌آیند» (محمدپور، ۱۳۹۲: ۹۳). مبتنی بر چنین آموزه‌هایی رویکرد کیفی برای بررسی مسئله تحقیق انتخاب شد و با توجه به شناخت محدود از موضوع در میان گروه پژوهشی مورد مطالعه که تعامل و اخذ اطلاعات از آنها با محدودیت همراه است، برای تحلیل اطلاعات از روش کیفی تحلیل مضمونی استفاده شده است. جامعه پژوهشی در تحقیق پیشرو، زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند. انتخاب نمونه به شیوه نظری-هدفمند است. به این معنا که در انتخاب نمونه‌ها دو معیار

نقطه اشباع نظری و تنوع مبنای کار بوده است؛ از این رو، تلاش شد نمونه‌ها برحسب برخی ابعاد و شاخص‌های زمینه‌ای و تا آنجا که محدودیت‌های تحقیقی و محیطی اجازه می‌داد، حداکثر تنوع را دارا باشند.

ملاک تعیین حجم نمونه نیز اشباع نظری سؤالات تحقیق بوده است. مبتنی بر آن ۲۱ نفر از زنان عضو باشگاه‌های مثبت در استان تهران (باشگاه استاد معین، باشگاه ورامین و باشگاه شهریار) طی ماه‌های بهمن و اسفند ۱۳۹۶ و اردیبهشت ۱۳۹۷ مورد مصاحبه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته است که برحسب نحوه پاسخ‌گویی افراد نمونه، میزان سواد، نحوه پاسخ‌گویی، سن و... سؤالات جرح و تعدیل می‌یافت. ولی سؤالات اصلی از همه افراد نمونه پرسیده شد. این سؤالات عبارت بودند از (۱) چطور متوجه ابتلا/بیماری‌ات شدی؟ (۲) قبل از آن در مورد ایدز شناختی داشتی؟ (۳) چه کسانی متوجه بیماری‌ات شدن؟... چطور متوجه شدن؟ (۴) رفتارشون یا واکنش‌شون به ابتلا/بیماری تو چطور بود؟ (۵) در مقابل اون واکنش چه کار می‌کردی؟ (۶) متوجه شدن دیگران چه تأثیری روی زندگی‌ات داشت؟ (۷) بدترین رفتارهایی که به دلیل بیماریت باهات انجام دادن چی بوده؟ (۸) بین کسانی که از بیماریت مطلع شدن کسی بود که رابطه‌اش رو باهات قطع کنه یا کم کنه؟ (۹) شده به خاطر بیماریت از رفتن به‌جایی یا انجام کاری و فعالیتی منع بشی؟ (۱۰) اگر به عقب برگردی، بازم اجازه میدی دیگران بفهمن مبتلا هستی؟

پس از گردآوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت مضمونی انجام گرفت. تحلیل مضمونی «عبارت است از عمل کدگذاری^۱ و تحلیل داده‌ها با این هدف که داده‌ها چه می‌گویند. این نوع تحلیل در وهله اول به دنبال الگویابی در داده‌هاست» (محمدپور، ۱۳۹۰: ۶۶). زمانی که الگویی از داده‌ها به دست آمد، باید حمایت تمی یا موضوعی از آن صورت بگیرد. در پژوهش حاضر پس از انجام مصاحبه‌ها (میانگین ۴۸ دقیقه)، پیاده‌سازی صورت گرفت و سپس بر اساس جدول شماره ۲ مضامین اصلی و فرعی بر

اساس کدگذاری آزاد^۱، محوری^۲، گزینشی^۳ استخراج شد. کدگذاری باز در این پژوهش، جمله به جمله انجام شد. پس از استخراج مفاهیم اولیه، در مرحله دوم مفاهیم مرتبط باهم ترکیب و ۱۹ مضمون فرعی به دست آمد. در مرحله آخر نیز مضامین فرعی ادغام و ۵ مضمون اصلی استخراج شد.

قابلیت اطمینان^۴ و اعتماد و مسائل اخلاقی

جهت اعتمادپذیری^۵ داده‌ها از چهار معیار جداگانه گوبا و لینکولن استفاده شد (Creswell, 2013: 211) که عبارت‌اند از: اعتبار^۶، اعتماد^۷، تأییدپذیری^۸ و انتقال‌پذیری^۹. بر این اساس پس از تحلیل اولیه (کدگذاری آزاد) مفاهیم به‌دست‌آمده با مصاحبه‌شوندگان، مددکاران اجتماعی و روانشناسان باشگاه‌های مثبت مورد مراجعه، به اشتراک گذاشته شد. برای قابلیت اعتماد نیز مضامین استخراج شده به همکاران پژوهش ارائه و مورد نقد و بررسی قرار گرفت.

مطابق آموزه‌های روش‌شناختی مربوط به تحلیل محتوای کیفی (فلیک، ۱۳۸۸: ۵۸-۴۹) کسب رضایت شفاهی آگاهانه، توجه به حریم خصوصی و حقوق افراد، محرمانه نگهداشتن اطلاعات و رازداری در گزارش مورد توجه قرار گرفته است و مصاحبه‌ها با نام مستعار ثبت، ضبط و استخراج شده است. طی مصاحبه از مشخصات فردی مصاحبه‌شوندگان و دلیل ابتلای آنان سؤالی پرسیده نشد. مبتنی بر ملاک‌های فوق با ۲۱ نفر خانم به شرح جدول شماره ۱ مصاحبه انجام گرفت.

1. Open coding
2. Axial coding
3. Selective coding
4. Dependability
5. Trustworthiness
6. Credibility
7. Dependability
8. Confirmability
9. Transferability

یافته‌های پژوهش

قبل از ورود به بخش یافته‌ها، برای آنکه شناخت بهتری از جامعه پژوهشی حاصل شود، اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول شماره ۱ ارائه می‌شود. مرور این اطلاعات در هنگام تحلیل یافته‌ها متمر ثمر خواهد بود.

توصیف ویژگی‌های نمونه

- افراد نمونه زنان ۲۵ تا ۴۹ ساله مبتلا به ایدز استان تهران هستند که در باشگاه‌های مثبت عضویت دارند؛
- ۹/۵ درصد از مشارکت‌کنندگان در تحقیق بی‌سواد، ۳۸ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۹ درصد دارای تحصیلات سیکل، ۲۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم (۹۵٪ زیر دیپلم) و ۹/۵ درصد باقی‌مانده فوق‌دیپلم و لیسانس دارند؛
- هیچ‌یک از افراد نمونه استخدام رسمی یا دولتی نبوده یا مشاغل خانگی ندارند؛
- ۳۳ درصد زنان مشارکت‌کننده در تحقیق همسرانشان را به دلیل مرگ ناشی از ابتلا به ایدز از دست داده‌اند؛
- ۳۸ درصد زنان مورد مطالعه دارای ۱ تا ۴ فرزند هستند که یک نفرشان فرزند ۶ ساله مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز دارد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

کد	نام مستعار	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	مدت ابتلا (سال)	وضعیت اشتغال
۱	مهتاب	۴۱	مطلقه	سیکل	۷	نظافت منازل
۲	زهره	۲۸	متاهل	دوم راهنمایی	۴	خانه‌دار
۳	منصوره	۳۷	متاهل	فوق‌دیپلم	۶	خانه‌دار
۴	آسیه	۳۵	متاهل	پنجم ابتدایی	۵	خانه‌دار
۵	آزاده	۳۱	مطلقه	دیپلم	۶	کار پاره‌وقت
۶	عاطفه	۲۶	همسر فوت‌شده	راهنمایی	۴	بیکار

۷	زلیخا	۳۸	متارکه	پنجم نهضت	۳	خدمات
۸	کلثوم	۳۷	مطلقه	ابتدایی	۴	مستمری‌بگیر
۹	صفورا	۴۸	همسر فوت شده	بی سواد	۹	خانه‌دار
۱۰	فائزه	۲۶	همسر فوت شده	سیکل	۵	نظافت منازل
۱۱	منیژه	۴۵	متاهل	ابتدایی	۷	کارگر
۱۲	زیبا	۲۶	همسر فوت شده	اول دبیرستان	۶	خانه‌دار
۱۳	فرحناز	۳۵	متاهل	دیپلم	۴	خانه‌دار
۱۴	شکوفه	۲۷	متاهل	دیپلم	۱	خانه‌دار
۱۵	شیرین	۲۵	ازدواج نکرده	لیسانس	۲	فروشنده
۱۶	سکینه	۳۹	همسر فوت شده	سیکل	۸	خانه‌دار
۱۷	اکرم	۴۹	همسر فوت شده	پنجم نهضت	۷	خانه‌دار
۱۸	سعیده	۴۱	متاهل	ابتدایی	۴	کارگر
۱۹	فریبا	۳۹	متاهل	ابتدایی	۶	خانه‌دار
۲۰	شهین	۳۳	متاهل	دیپلم	۲	خانه‌دار
۲۱	افسانه	۳۸	همسر فوت شده	بی سواد	۵	خانه‌دار

پیش از ورود به یافته‌ها، روند کدگذاری و استخراج مضامین در قالب جدول شماره ۲ ارائه می‌گردد.

جدول ۲- فرآیند کدگذاری و استخراج مضامین

مفاهیم اولیه	مضامین فرعی	(مضامین اصلی)
<ul style="list-style-type: none"> - یه جور خاصی به مریضی ما نگاه کردن - فکر می‌کردن مریضی عجیبی گرفتیم - به نظرشون مریضی ما متفاوت بودن - با این مریضی که گرفتیم انگار دیگه نمی‌شناختنمون - بعد این مریضی انگار آدم‌های دیگه ای شده بودیم براشون 	<ul style="list-style-type: none"> - متفاوت بودن - بیمار عادی نبودن - غریبه بودن - احساس یگانگی نداشتن 	<ul style="list-style-type: none"> تحقیر ناشی از غیرسازی

راهکارهای ارتقاء و بهینه‌سازی پژوهش‌های مددکاری ... ۲۰۷

<p>تحقیق ناشی از بی‌ارزش‌انگاری</p>	<p>- بی‌ارزش دانسته شدن - مهم نبودن - دیده نشدن - وجود نداشتن</p>	<p>- با اینکه زنده هستیم اما انگار مرده‌ام برایشون - انگار بود نبودم دیگه برای خانواده‌ام مهم نبود - تو هیچ مراسمی دعوت نشدم - یادشون می‌رفت به خواهرم دارن - هیچ سراغی نمی‌گیرن آزمون - خواهر شوهرم گفت قرار نیست زیاد زنده بمونی</p>
<p>ماریپیج زنانگی، اچ‌آی‌وی/ایدز و تحقیر اجتماعی</p>	<p>- فقر مالی زنان - وابستگی به همسر - سطح تحصیلات پایین - طبقه اجتماعی و اقتصادی پایین</p>	<p>- یه زن بی‌سواد و بی‌پول مثل من چکار می‌تونه بکنه - منم و یه شوهر معتاد و بیکار و مریض که می‌گه من مریضش کردم - خودم بی‌سواد و بیکار شوهرم همین‌طور - خانواده هامونم مثل ما کم دست و فقیرن - من واسه ماهی یه بار اومدن به باشگاه هم از مادرم پول می‌گیرم - من بی‌سواد و نابلد نمی‌دونستم باید چکار کنم - خانواده شوهرم واسه اتاق که بهمون دادن و یه لقمه نون مثل نوکرا بامن رفتار میکنن - هیچ راهی ندارم که خودم و بچه‌ام رو نجات بدم - قبلش یه شوهر معتاد و بی‌پول بود الان مریض و بی‌پوله</p>
<p>هراس از تحقیر شدن</p>	<p>- ترس از افشای بیماری - ترس از واکنش نزدیکان - نگرانی از قضاوت شدن - ترس از طرد شدن</p>	<p>- می‌ترسم آگه بفهمن از خونه بیرونم کنن - می‌بینم چقدر از بیمارای ایدزی متنفرن - نگرانم که یه روز خبر بشن چی میشه - بفهمن زندگیم نابود شده - آگه بفهمن ممکنه چه فکرای بکنن در مورد من - نگران اینم که چی بگم بهشون</p>

<p>تسلیم در برابر تحقیر</p>	<p>- دادن امتیاز به تحقیرکننده - تحمل اجباری شرایط - ممکن نبودن ترک شرایط موجود - سکوت در برابر تحقیر</p>	<p>- مجبورم هرچی میگوین قبول کنم - بجز تحمل حرفها و رفتاراشون راه دیگه‌ای ندارم - چاره‌ای جز تحمل برام نمونده - هرچی بهم میگه مجبورم انجام بدم - آگه باهاشون کل کل کنم بچه هام رو می‌گیرن - آگه چیزی بگم، به خانوادهم میگن مبتلا شدم - مامانم که نمیدونه مریضم هرچقدرم دعوا کنه مجبورم چیزی نگم - مادر شوهرم گفت آگه انجام ندم اون کارها رو، بیرونم میکنن - یارانه من و پسرهم می‌گیرن</p>
-----------------------------	---	---

تحقیر ناشی از غیرسازی

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان در صحبت‌های خود، برای توصیف شرایط کنونی‌شان از مضامینی چون متفاوت بودن، بیمار عادی نبودن، غریبه بودن، احساس یگانگی نداشتن، استفاده نکردن. این مضامین اشاره به نوعی "غیرسازی و بیگانه پنداشتن" هستند. غیرسازی در اینجا به معنای تفکیک کردن، خط‌کشی کردن یا جداسازی است. غیرسازی در بردارنده مجموعه اعمالی است که برای جدا کردن فرد متفاوت از روابط و مناسبات، دور کردن وی از شبکه تعاملات و ایجاد فاصله و ایجاد احساس غریبه بودن در وی انجام می‌شود. در چنین شرایطی فرد به دنبال تجربه روابط تحقیرآمیز و پذیرش احساس غیر یا بیگانه بودن در شبکه تعاملات خود، آگاهانه فاصله فیزیکی، احساسی، عاطفی و... را ایجاد خواهد کرد. احساس شرمندگی، سرشکستگی، متفاوت بودن و بیگانه بودن در این افراد شکل خواهد گرفت و روابط آینده آنان را پایه‌ریزی خواهد کرد.

فرحناز (۳۵ ساله و متأهل که مدت ۴ سال است مبتلا شده) تجربه تحقیر ناشی از غیر بودن خود را این‌گونه عنوان می‌کند:

راهکارهای ارتقاء و بهینه‌سازی پژوهش‌های مددکاری ... ۲۰۹

«از وقتی فهمیدیم اچ‌آی‌وی مثبت هستیم، رفتار اطرافیانمون خیلی عوض شد. وقتی میریم خونه مامانم ظرف جداگونه میارن واسه من و شوهرم. کلاً لیوان و بشقاب و قاشق چنگال متفاوت برای ما میارن. اون لحظه سر سفره خیلی حس بدی نسبت به خودم پیدا می‌کنم».

زیبا (۲۶ ساله است، یک فرزند ۶ ساله مبتلا به اچ‌آی‌وی دارد که ۶ سال است مبتلا شده) می‌گوید:

«بعد اینکه شوهرم مرد، بابام منو آورد خونه خودش و گوشه حیاطشون واسه من و پسرم یه اتاق ساخت. وقتی خواهرم میاد اونجا، بچه‌هاش با پسرم بازی می‌کنن شوهرش دعواش می‌کنه، با پسرم بدحرف می‌زنه می‌گه تو مریضی پیش بچه‌های من نیا برو جدا بازی کن».

صغورا (۴۸ ساله، ۹ سال سابقه ابتلا):

«من فقط یه داداش دارم، چند وقت پیش رفته بود زیارت، همه رو واسه ولیمه دعوت کرده بودند. به من نگفت. یکی دو روز بعد که سرشون خلوت شد یه شب منو جدا دعوت کردن منم نرفتم گفتم ناخوشم نمی‌تونم بیام. گفتم دعوتش از سر رفع تکلیف بوده».

روابط اجتماعی با نزدیکان، احساس تعلق، امنیت، یکپارچگی، قرابت، نزدیکی و انگیزه مشارکت در مناسبات و فعالیت‌ها را ایجاد خواهد. این در حالی است که آنگ و تبعیض ناشی از ابتلا به اچ‌آی‌وی، مبتلایان را بیمارانی متفاوت و مستحق جدایی از جامعه و روابط خانوادگی قلمداد می‌کند. پیرو وجود چنین تفکری است که زنان مورد مصاحبه در تحقیق حاضر، تحقیر ناشی از غیرسازی را تجربه کرده‌اند. تجربه‌ای که هم‌زمان با آگاهی از ابتلای آنان به اچ‌آی‌وی، حاصل شده است. مطالعه استیگما بر روی افراد مبتلا در اوگاندا (Aggleton, 2000) نشان می‌دهد که استیگما قویاً برحسب جنسیت دچار سوگیری است به‌گونه‌ای که بیماری مردان با تساهل و بیماری زنان بدون هیچ اغمازی نگریسته می‌شود.

تحقیر ناشی از بی‌ارزش‌انگاری

زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی، در صحبت‌های خود عباراتی چون «مهم نبودن»، «دیده نشدن»، «وجود نداشتن» بیان کرده‌اند که از آنها مضمون "بی‌ارزش دانسته شدن" انتزاع شده است. بی‌ارزش کردن فرد به معنای تقلیل، تحدید و تحقیر شخصیت او است. «کسی که مورد تحقیر واقع می‌شود بخشی از زندگی‌اش را در شک و تردید نسبت به خود، ارزش‌ها و موقعیتش سپری می‌کند» (De Rivera, 2013: 244). این نوع تحقیر دربردارنده اعمال، رفتار و گفته‌هایی است که هدفشان کاستن از ارزش وجودی و کرامت انسانی تحقیر شونده است.

آسیه (۳۵ ساله، ۵ سال سابقه ابتلا) که به دلیل اخراج همسرش از کار پس از آشکار شدن ابتلایش به اچ‌آی‌وی/ایدز با خانواده همسرش زندگی می‌کند، تجربه تحقیرشدنش را چنین بیان می‌کند:

«خواهرشوهرم بهم میگه چه بمونی پیش داداشم چه طلاق بگیری بری فرقی واسه اون یا پسرت نداره... هرکی از مریضیت خبر دار بشه دیگه آدم حسابت نمی‌کنه».

منصوره (۳۷ ساله، ۶ سال سابقه ابتلا)، تجربه مشابه را نه در روابط خانوادگی بلکه در محیط بیرون داشته است.

«شوهرم کلاً از کار افتاده است.. به روز مدارک شوهرم رو بردم رفتم کمیته امداد بلکه ما رو بیرن تحت پوشش کارمندش وقتی پرونده رو خوندم، گذاشتش کنار و گفت حیف نیست مریض ایدزی، حقوق بگیر بشه. حالا معلوم نیست امروز بمیره یا فردا...».

فائزه (۲۶ ساله، ۵ سال سابقه ابتلا)، در زمان بارداری از ابتلا به اچ‌آی‌وی، آگاه می‌شود و پس از چندماه همسرش را به دلیل ایدز از دست می‌دهد:

«بعد اینکه شوهرم فوت کرد، مهریه‌ام رو گذاشتم اجرا ... روز دادگاه خواهرشوهرم همین‌که چشمش به من افتاد شروع کرد به دادوبیداد که این زن ایدز داره یکی بگه پول می‌خواد چه کار.. این که داره می‌میره..».

زلیخا (۳۸ ساله، ۳ سال سابقه ابتلا):

«وقتی فهمیدم ایدز دارم شوهرم رفتارش باهام عوض شد... کلاً دیگه هیچ کاری باهام نداشت دو سه ماه از آزمایش من گذشته بود که بردم خونه بابام و اونجا به مامان بابام گفتم این دیگه واسه من زن نمیشه. دوسه ساله ولم کرده رفته اصلاً ازش خبری ندارم».

به دلیل انگ بیماری برای بسیاری از این زنان، ابتلا به ایدز مساوی با بی‌ارزش دانسته شدن و محرومیت از کرامت و شأن انسانی‌شان بوده است. در چنین وضعیتی، فرد مبتلا نه یک بیمار نیازمند حمایت و پشتیبانی بلکه موجودی بی‌ارج و منزلت قلمداد می‌شود که در آستانه مرگ قرار دارد و لذا انتظار عملکرد مطلوب از وی سلب شده است. این در حالی است که بسیاری از این زنان و نیز دیگر افراد مبتلا، می‌توانند وظایف خانوادگی و شهروندی خود را به‌درستی انجام داده و همچون دیگران از حقوق انسانی خود بهره‌مند گردند. اما در روابط اجتماعی خود، از سوی کسانی که از بیماری‌شان اطلاع داشته‌اند با بی‌اعتنایی و تضييع حق مواجه شده‌اند.

مارپیچ زنانگی، اچ‌آی‌وی/ایدز و تحقیر اجتماعی

در صحبت‌های بیشتر مصاحبه‌شوندگان، اشاره به مضامینی چون زن بودن، وابستگی مالی و اجتماعی، تعلق به طبقات پایین اجتماعی-اقتصادی، نداشتن تحصیلات، همسر فرد معتاد بودن و در نهایت ابتلا به بیماری تبعیض‌آمیزی چون اچ‌آی‌وی، شرایط زندگی و تعاملات را برای آنان بغرنج کرده است. تجربه تحقیر شدن به دلیل وجود هریک از جنبه‌های فوق، با ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز، این زنان را در مارپیچ و هزارتویی از مشکلات ساختاری، فردی و خانوادگی اسیر کرده است که راه برون‌رفت

برای آنان بسیار دور از ذهن و اغلب غیرقابل دسترس به نظر می‌رسد. اغلب این زنان در زمان صحبت از مشکلات کنونی و پیش روی خود از عباراتی چون من یه زن بودم، کاری از من بر نمی‌آورد، همسر یه مرد معتاد بودم و... را بیان می‌کردند. مشکلاتی که در تقاطع و برهم کنش با یکدیگر، ماریچی از زنانگی، ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز و تحقیر ناشی از آن را ایجاد می‌کنند.

کلثوم (۳۷ ساله، ۴ سال سابقه ابتلا) که از همسرش جدا شده می‌گوید:

«شوهرم معتاد بود... یه بار پول مواد نداشت حالش هم بد بود به من گفت بیا بریم یه جایی.. رفتیم... دیدم یه مرد اونجاست.. شوهرم منو گذاشت اونجا و یه پولی ازش گرفت و رفت... چند بار این کارو با من کرد. اون موقع نمی‌دونستم باید چکار کنم. کاری از دستم بر نمی‌آورد... از وقتی طلاق گرفتم هم با داداشم که معتاده زندگی می‌کنم و خرج موادشو میدم... وقتی خمار می‌شه کنکم می‌زنه ازم پول می‌خواد».

دراین ارتباط اکرم (۴۹ ساله، ۷ سال سابقه ابتلا) که همسرش را به دلیل ابتلا به ایدز ازدست داده است می‌گوید:

«شوهرم وقتی آزمایش داده بود اصلاً به ما نگفت اتفاقی فهمیدیم.. ماهم رفتیم آزمایش دادیم که منم مبتلا بودم باهاش دعوا کردم که چرا بهم نگفتی چرا پیشگیری نکردی... برگشت بهم گفت از کجا معلوم من از تو نگرفته باشم گفتم آخه من که مٹ تو معتاد نبودم... می‌دونست من یه زن بی‌سوادم راهی ندارم جایی ندارم سرکوفتم می‌زد».

منصوره (۳۷ ساله، ۶ سال سابقه ابتلا) پیش از ابتلا آموزگار حق‌التدریسی بوده است و در زمان بارداری متوجه ابتلایش شده:

«شوهرم خیلی وقته از کار افتاده است و همه بدبختیا مال منه، با این حال هنوزم می‌گه از کجا معلوم اول من مریضی رو گرفتم، آگه من اول مبتلا بودم پس چرا بچه مون سالمه منم گفتم چون تو بارداریم دارو خوردم بچه سالمه... میدونه من آگه

بمیرم نمی‌زارم خونواده‌ام بفهمن مبتلاییم یا هیچ‌وقت پسر مو ول نمی‌کنم برم دیگه زخم زیون میزنه».

مهتاب (۴۱ ساله و ۷ سال سابقه ابتلا)، قبلاً فیلم‌بردار مجالس بوده اما از زمان ابتلا به دلیل مشکلات جسمی نتوانسته کارش را ادامه دهد و در حال حاضر نظافت منازل دیگران را انجام می‌دهد:

«همه زنایی که تو باشگاهن و من میشناسمشون از شوهراشون گرفتن ولی خب همیشه تقصیرا رو میندازن گردن زنها. آخه یه زن وقتی مبتلا شد کجا رو داره بره... همون بهتر که بمونه بالا سر بچه‌هاش که اونام تباه نشن... اینم خیری که از شوهر معتاد و مبتلا به ما رسیده».

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تحقیر ناشی از زنانگی و ابتلا به اچ‌آی‌وی از سوی همسران، نزدیکان و شبکه تعاملی زنان بر آنان اعمال می‌شود. اکثر این زنان وارث مصائب و مشکلات بسیاری از همسران معتاد و مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز خود هستند که در ماتریسی از کلیشه‌های جنسیتی، ساختارهای مردانه، بی‌قدرتی، ناتوانی، بی‌صدایی، زنانگی، مادرانگی، تهی‌دستی و ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز گرفتار آمده‌اند.

هراس از تحقیر شدن

از تجمیع مضامین فرعی چون ترس از افشای بیماری، ترس از واکنش نزدیکان، نگرانی از قضاوت شدن و ترس از طرد شدن مضمون اصلی هراس از تحقیر شدن را ایجاد می‌کند. کناره‌گیری خودخواسته از روابط اجتماعی به دلیل هراس از تحقیر و پیشگیری از آن، یکی از استراتژی‌های زنان مبتلا در برقراری روابطشان با دیگران است. بسیاری از آنها معتقد بودند وقتی طرز فکر اطرفیانشان را در مورد بیماران ایدزی می‌شنوند بیشتر حواسشان را جمع می‌کنند تا مبادا دیگران از ابتلای آنان باخبر شوند. برای بیان این واکنش‌های احتمالی اطرفیانشان به ابتلا از عباراتی چون «می‌ترسم آگه بفهمن از خونه بیرونم کنن»، «می‌بینم چقدر از بیمارای ایدزی متنفرن»، «نگرانم که یه

روز خبر بشن چی میشه»، «بفهمن زندگیم نابود شده» و مانند این‌ها استفاده کردند. در پشت این عبارات، پنهان کردن بیماری به دلیل هراس از تحقیرشدگی ناشی از ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز نقش پررنگی دارد. عاطفه (۲۴ ساله، ۴ سال سابقه ابتلا) که دختر و همسرش را به دلیل ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز از دست داده است هراس خود را این‌گونه بیان می‌کند:

«وقتی می‌بینم خانواده‌امون در مورد ایدز چی فکر میکنن یا چه حرفهایی در مورد بیماری ایدزی می‌زنن تمام تن و بدنم می‌لرزه آگه بفهمن منم مبتلام چکارم میکنن... واسه همینم دارو هام رو بین لباسام یا وسایل شخصیم قایم می‌کنم که نبیننشون».

منیژه (۴۷ ساله، ۷ سال سابقه ابتلا) که در زمان ترک اعتیاد متوجه ابتلا خود شده است می‌گوید:

«من تو یه شرکت کار می‌کنم. آشپزم. قراردادی هستم، هر وقت موقع تمدید قراردادم میشه هزار بار می‌میرم و زنده میشم که نکنه این سری از ما چکاپ بگیرن یا نمیدونم گواهی سلامت بخوان».

برای بسیاری از زنان حاضر در تحقیق، ترس از افشا شدن بیماری‌شان یک ترس مداوم و همیشگی شده است. بسیاری از آنان با استناد به مشکلات پیش‌آمده برای مبتلایانی که دیگران را از بیماری خود آگاه کرده‌اند، قضاوت‌های اطرافیان در ارتباط با بیماری ایدز و مبتلایان آن، آنگ و تبعیض و باورهای غلط پیرامون این بیماری، عدم شناخت صحیح بیماری در بین افراد جامعه، موانع و محدودیت‌های بیماران مبتلا برای زندگی در اجتماع و اشتغال و.. این هراس را برای آنان ایجاد و حتی تبدیل به کابوسی همیشگی کرده است.

تسلیم در برابر تحقیر

یعنی تسلیم شدن به رفتارهای تحقیرآمیز و قبول شرم‌آور بودن شرایط فعلی است. در چنین حالتی تحقیر شونده به بازآفرینی فرایند تحقیر خویش دست می‌زند و در

رهگذر این مرور ذهنی بسیاری از توانایی‌ها، قابلیت‌ها، موقعیت اجتماعی و... خود را بی‌ارزش و غیرمفید دانسته و گفته‌ها و اعمال تحقیرآمیزی که علیه وی صورت گرفته را شایسته خویش می‌داند. در این رابطه مصاحبه‌شوندگان، معتقد بودند که برای ادامه زندگی و از دست ندادن حداقل‌ها «مجبورم هرچی می‌گن قبول کنم»، «راه دیگه‌ای ندارم»، «چاره‌ای جز تحمل برام نمونده»، «هرچی بهم می‌گه مجبورم انجام بدم» و... را بیان می‌کردند. متناظر با این مفاهیم بیان شده، مضامین فرعی دادن امتیاز به تحقیرکننده، تحمل اجباری شرایط، ممکن نبودن ترک شرایط موجود و دادن حق به تحقیرکنندگان را پدید آوردند که در نهایت مضمون اصلی "تسلیم در برابر تحقیر" را شکل دادند.

شیرین (۲۵ ساله، ۲ سال سابقه ابتلا) می‌گوید:

«نامزدم بهم گفت تو دیگه نباید به این فک کنی که یه مرد سالم تو رو بگیره... یه مدت دیگه که از ترک من گذشت باهم ازدواج کنیم... منم دیدم راه دیگه‌ای ندارم. دیگران هم بفهمن من مبتلا هستم عمراً کسی بیاد سراغم حرفشو قبول کردم... اون واسه ازدواج یه سری شرط گذاشته که مثلاً کجا نرو چطوری لباس بپوش و از این حرفا».

آسیه نیز تجربه مشابهی دارد. او می‌گوید:

«خانواده‌ام نمیدونن که مبتلا هستم و همیشه مامانم می‌گه من موندم تو چرا طلاق نمی‌گیری بیای، آخه این چه زندگی‌ایه نه خورد و خوراک داری، نه سر و وضع درست حسابی داری... با خودم فکر می‌کنم می‌بینم تنها راهیه که میتونم پیش پسرم باشم. هرچند مثل کلفت‌ها صبح تا شب ظرف و لباس‌های همه رو من باید بشورم.»
«یک استراتژی در پاسخ به تحقیر، پذیرش است که می‌تواند دو نوع پاداش را برای

فرد به ارمغان بیاورد:

(۱) بخشش توسط فرد یا گروه تحقیرکننده و (۲) ادغام در گروه» (Smith, 2008: 376) زنان مبتلا در مواجهه با تحقیر ناشی از ایدز برای تداوم زندگی اجتماعی و نگهداشت روابط و تعاملات باید دست به گزینش بزنند. «در چنین شرایطی فرد بازیگر

اصلی است و باید دست به انتخاب برای ادغام مجدد در اجتماع بزند. ادغام نوعی عادی‌سازی یا هنجاری کردن بیماری است که با مفهوم سازش مجدد نزدیک است» (آدام و هرسلیک، ۱۳۸۵: ۱۵۳).

بحث و نتیجه‌گیری

انسان از بدو تولد، در شبکه‌ای از روابط اجتماعی قرار می‌گیرد. این شبکه روابط اجتماعی منابع، امکانات و فرصت‌هایی را در اختیار افراد قرار می‌دهد که علاوه بر جامعه‌پذیری باعث رشد، پیشرفت و احساس اجتماعی بودن در آنان می‌شود. قرارگیری در بطن این روابط علاوه بر مزایا و منافع گفته شده، برخی محدودیت‌ها و موانع ارتباطی نیز در بر دارد. تحقیر اجتماعی یکی از این محدودیت‌های ناخوشایند اما مهم و قابل‌تأمل است. تحقیر اجتماعی برآمده از روابط اجتماعی است زیرا انسان در خلال برقراری ارتباط با دیگران است که بالندگی یا تحقیر را تجربه خواهد نمود. تحقیر اجتماعی وضعیت غیرقابل‌پذیرشی است زیرا شخصیت فردی و اجتماعی قربانیان را موردحمله قرار داده و نوعی شک و تردید نسبت به کارایی روابط، توانایی‌ها و ظرفیت‌های آنان ایجاد می‌کند.

بسیاری از پدیده‌های اجتماعی می‌تواند موجبات تحقیرشدگی افراد را فراهم آورند. بیماری‌های دارای انگ و تبعیض اجتماعی همچون بیماری‌های پوستی آشکار یا بیماری‌های منتقله از راه جنسی مانند اچ‌آی‌وی/ایدز نمونه‌های روشنی از چنین بیماری‌هایی هستند. جنبه‌های اجتماعی اچ‌آی‌وی/ایدز گسترده و متنوع بوده و تغییرات اساسی در ویژگی‌های جسمانی، روانی، عاطفی، اقتصادی و... فرد ایجاد می‌کند. این ابعاد و پیامدها در تلاقی با جنسیت، رابطه هم‌افزایی داشته و تحقیر اجتماعی زنان مبتلا را موجب خواهد شد. تحقیقات فراوانی (Aggleton, 2000؛ آدام و هرسلیک، ۱۳۸۵: ۱۵۳؛ پروین و اسلامیان، ۱۳۹۳؛ احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶) نشان داده است که

پیامدهای ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در زنان پیچیده‌تر و گسترده‌تر است. تأثیرات تخریب‌کننده تحقیر اجتماعی به صورت مستقیم یا غیرمستقیم زندگی حال و آینده مبتلایان را متأثر می‌سازد، بر این اساس شناخت سازوکارها و نحوه عملکرد آن از ضروریات پژوهشی در حوزه علوم اجتماعی می‌باشد. تحقیق حاضر به دنبال بررسی تجارب زنان از تحقیر ناشی از بیماری ایدز انجام گرفت و در این رابطه دو سؤال مطرح شد نخست اینکه (۱) تجربه تحقیر اجتماعی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز چگونه است؟ و (۲) زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز چگونه با تحقیرشدگی خود مواجه می‌شوند؟ همان‌گونه که نتایج تحقیق نشان داد، ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز برای بسیاری از زنان راه تحقیرشدگی را فراهم کرده و آنان را در چرخه نامیدکننده‌ای از بیماری، زنانگی و مشکلات اجتماعی- اقتصادی درگیر ساخته است. این زنان تحقیر اجتماعی را به چند طریق تجربه کرده بودند. مهم‌ترین ابعاد تجربه‌شده تحقیر، «تحقیر ناشی از طرد شدن یا غیر انگاشته شدن» و «تحقیر ناشی از بی‌ارزش دانسته شدن» بود. تحقیر اجتماعی برای افرادی که دارای لکه ننگ می‌باشند به احتمال بسیار بیشتری به وقوع خواهد پیوست و دامنه پیامدهای آن گسترده‌تر و چندبعدی خواهد بود. به این نحو که ممکن است در بسیاری از روابط و مناسبات اجتماعی، حضور و وجود آنها غیرمفید یا غیرضروری دانسته می‌شود از این رو آرزوها، ارزش‌ها، دانش، توانایی‌ها و خواسته‌های این افراد ممکن است از سوی نزدیکان یا سایرین بی‌اهمیت جلوه داده شده؛ از این روی، آنان در دام «بی‌ارزش» قلمداد شدن گرفتار آمده و مورد انزوا، طرد، تحقیر و تمسخر قرار گیرند. همان‌گونه که گافمن (۱۳۸۶) می‌گوید افراد مبتلا به بیماری‌های اعصاب و روان، اختلالات ذهنی یا انتقالی جنسی افراد دارای استیگمای ناشی از نقص و کمبودهای شخصیتی به حساب می‌آیند. در تحقیق حاضر نیز مبتنی بر این آنگ و استیگما است که روابط عادی و روزمره مبتلایان پس از افشای بیماری‌شان، به شدت دست‌خوش تغییر می‌شود. از سوی دیگر «ریشه قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات، بلکه در روابط اجتماعی است» (گافمن، ۱۳۸۶) از این رو و مبتنی بر یافته‌های پژوهش، حاضر می‌توان

گفت افشای ابتلا به بیماری زندگی آنان را به دو بخش مجزای قبل از آشکار شدن بیماری و بعدازآن تبدیل کرده است. بخش دوم علاوه بر ایجاد چالش در روحيات و جنبه‌های فیزیکی، تعاملات و روابط اجتماعی آنان را به سمت منفی تغییر داده است. این روابط صمیمی، نزدیک و مطلوب جای خود را به ارتباطات تحقیرکننده، کم‌اهمیت و ناپایدار داده است. روابطی که عامدانه سعی در کوچک شمردن، بی‌اهمیت دانستن و کنارگذاشتن مبتلایان اچ‌آی‌وی/ایدز دارد. این تغییرات و چرخش نامطلوب روابط اجتماعی برآمده از آگاهی نامناسب و وجود باورها و قضاوت‌های ناصحیح پیرامون بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز و مبتلایان آن است که موجبات تحقیر زنان را فراهم کرده است. برخی تجارب رابطه مستقیمی با جنسیت دارند به عبارتی می‌توان گفت به‌واسطه داشتن جنسیت موردنظر، چنین تجربه‌ای کسب می‌شود. چنین تجربه‌ای گرچه توسط افراد مختلفی (در اینجا زنان مختلفی) کسب می‌شود اما وجوه اشتراک زیادی باهم دارند که ریشه در آن جنسیت، کلیشه‌های اجتماعی و فرهنگی پیرامون آن و مسائلی ازاین‌دست دارد. تجربه زنان حاضر در تحقیق نیز مؤید این ادعا بوده و نشان داد ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز برای آن طرد و تحقیر شدن را تسهیل کرده است. طرد از آن‌رو که مبتنی بر گیدنز (۱۳۸۹) این زنان نیز با تجربه بی‌قدرتی اقتصادی و اجتماعی، اغلب فاقد شغل بوده و متکی به کمک‌های مالی مؤسسات و نهادهای خیریه محدود هستند یا آنکه مشاغل فرودست و با درآمد ناچیز، با امنیت شغلی پایین دارا هستند. این زنان آنگ زده و دارای داغ‌ننگ، نوعی طرد چندبعدی را در اغلب روابط و مناسبات خود تجربه می‌کنند و بسیار پیش می‌آید که برای دسترسی به منابع و حقوق اولیه خود دچار تحقیر شوند. پس از تجربه تحقیر، فرد تحقیر شده دو راه پیش‌روی خود دارد؛ نخست، شرایطی که موجب تحقیر وی می‌شوند را تغییر دهد یا آن که شرایط موجود را بپذیرد. برای بسیاری از این زنان، امکان تغییر شرایط وجود ندارد زیرا یکی از مهم‌ترین عوامل تحقیرشوندگی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز است که همیشه با آنان خواهد ماند. از طرف دیگر، عضویت در طبقات اقتصادی-اجتماعی پایین جامعه، نداشتن تحصیلات

دانشگاهی، بیوگی و شرایط این‌چنینی؛ امکان تغییرات گسترده در زندگی فردی و خانوادگی را از آنان سلب کرده است. در چنین شرایطی پذیرش تحقیر تنها راه ممکن برای آنان است.

تسلیم در برابر شرایط تحقیرآمیز به معنای ناپسند ندانستن آن نیست، بلکه برای قربانیان، تنها راه تداوم حمایت‌های موجود (فارغ از کیفیت و کمیت آنها)، پذیرش اجباری شرایط پیش‌آمده است. تجربه بیماری مزمن همه جنبه‌های زندگی شخص را در برمی‌گیرد. بیماری ابعاد روان‌شناختی و جامعه‌شناختی به خود می‌گیرد و بیمار به واسطه بیماری‌اش زندگی می‌کند، زندگی‌ای که تحت تأثیر بیماری است. در اینجا، تجربه بیماری مزمن در تلاقی با زن بودن منجر به ایجاد تجربه زنانه از بیماری مزمن می‌گردد که در اغلب موارد پیامدهای روانی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی و...سنگینی را برای مبتلایان به همراه خواهد داشت که طرد از روابط اجتماعی یا تحقیر اجتماعی را تشدید خواهد کرد.

بخش دیگری از یافته‌ها حاکی از «ترس و هراس از تحقیر شدن» بود. از آنجاکه ابتلا به اچ‌آوی‌ای/ایدز از ظاهر فرد قابل تشخیص نیست، لذا بسیاری از مبتلایان با بهره‌گیری از این امر مبادرت به پنهان کردن بیماری خود می‌کنند. زیرا پیامدهای اجتماعی ابتلا به اچ‌آوی‌ای/ایدز در واقع بسی ناگوارتر از خود بیماری است. لکه ننگشان این‌گونه معین کرده است که از جامعه طرد شوند، هنگامی که لکه ننگ آشکارتر است فرصت کمتری برای پذیرش به‌عنوان فردی عادی وجود دارد. تجارب تلخ ناشی از پیش‌دآوری‌های موجود پیرامون اچ‌آوی‌ای/ایدز و مبتلایان آن، رفتارهای تحقیرآمیز و موانع اجتماعی سرسخت مقابل مبتلایانی که بیماری‌شان افشا شده است، بسیاری از افراد تحقیق را دچار نوعی هراس کرده است. هراس از تحقیر شدن، طرد شدن یا حذف شدن از روابط اجتماعی موجود.

تحقیر مانند سایر پیامدهای منفی این بیماری، وابسته به انگ اجتماعی سیال و پیچیده‌ای است که حول این بیماری وجود دارد. برآمده از این انگ اجتماعی است که

بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز نادیده گرفته شده، تحقیر و طرد می‌شوند. زنان مشارکت‌کننده در تحقیق حاضر غالباً از طبقات فرودست جامعه بوده که محرومیت بر تجربه زنانه آنها سایه افکنده و محدودیت‌هایی برای آنها ایجاد نموده است. این وضعیت وقتی با انگ بیماری ترکیب می‌شود اوضاع را بغرنج‌تر نموده و آنها در موقعیت فرودست‌تری نسبت به گذشته قرار می‌دهد.

گرچه در فرآیند مصاحبه‌ها از زنان در مورد راه‌های ابتلایشان سؤال پرسیده نشد اما اغلب آنان در صحبت‌هایشان به آن اشاره کردند. یافته‌ها در این بخش همسو با اطلاعات جمعیت‌شناختی وزارت بهداشت ایران از مبتلایان است که معتقد است بیش از ۹۵ درصد زنان ایرانی مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز از طریق همسران خود مبتلا شده‌اند. این در حالی است که جنسیت و کلیشه‌های فرهنگی و اجتماعی همراه با آن، ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز را برای آن غیرقابل‌پذیرش و تجربه تحقیرشان را دردناک‌تر می‌کند. در بین ۲۱ فرد مورد مصاحبه، ۲۰ نفر از آنان از طریق همسران خود به اچ‌آی‌وی/ایدز مبتلا شده‌اند، به عبارتی آنان در چارچوب ازدواج رسمی و شرعی خود ویروس اچ‌آی‌وی را دریافت کرده‌اند. این در حالی است که آنان با عدم پذیرش بیماری در سطح عمومی جامعه و تحقیر شدن از سوی نزدیکان و محیط اجتماعی پیرامون مواجه شده‌اند. این نکته نشان‌دهنده مشکلات و محدودیت‌های تشدید یافته ساختاری و خانوادگی علیه مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز، مخصوصاً زنان مبتلا است. «زنان مبتلا شاهد تجربیات دردناک روبرو شدن با تحقیر هستند به‌نوعی که مجبورند یا نیازهای برآورده نشده و درد خود را در سکوت تحمل کنند و یا با پنهان کردن وضعیت اچ‌آی‌وی خود، نیازهای سلامتی‌شان را برطرف کنند. سرانجام چنین واکنش‌هایی به زنان مبتلا، ایجاد فرهنگ سکوت است که از دسترسی زنان به مراقبت‌های پیشگیرانه و درمانی اچ‌آی‌وی جلوگیری می‌کند. این وضعیت عوارض عمده‌ای بر زنان وارد می‌کند (Oraby, 2018).

زنان مبتلا در حالی با چنین محدودیت‌ها و تبعیض‌هایی مواجه‌اند که با تغییر الگوی ابتلا از تزریق به روابط جنسی و افزایش تعداد زنان مبتلا (۷ برابر شدن تعداد

زنان ایرانی مبتلا در طی سه دهه (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۷)، بسیاری از آنان، هنوز به سنین میان‌سالی نرسیده‌اند. برای نمونه، تمامی زنان مشارکت‌کننده در تحقیق حاضر، زیر ۵۰ سال سن داشتند از این‌رو احتمال ورود آنان به دوره‌های میان‌سالی و پیری، در صورت پیگیری و پایبندی به درمان وجود خواهد داشت. لذا گذار به میان‌سالی موفق نیازمند تلاش‌های همه‌جانبه در جهت تقویت مقررات اجتماعی برای تدارک حمایت‌های مورد نیاز این زنان است. رسیدن به چنین هدفی نیازمند انگ‌زدایی از بیماران به‌ویژه زنان مبتلا برای دریافت خدمات درمانی است تا در پرتو آن، از پتانسیل ویژه زنان مبتلا برای آگاهی‌رسانی و کنترل همه‌گیری اچ‌آی‌وی/ایدز بهره‌مند شد.

پیشنهادها

برآمده از یافته‌های پژوهش می‌توان در دو بخش مطالعاتی و مداخلاتی، پیشنهادهایی ارائه نمود:

الف) پیشنهادهای مطالعاتی:

- از آنجاکه تحقیر اجتماعی فرایندی پویا و برخاسته از روابط و تعاملات اجتماعی است و از سوی دیگر بیشتر علیه گروه‌های حاشیه‌ای، کم‌قدرت و فرودست اجتماعی مانند کودکان، سالمندان، زنان، بیماران خاص و... اعمال می‌شود، پیشنهاد می‌شود برای گروه‌های مختلف اجتماعی دیگری نیز چنین پژوهشی انجام‌گرفته و حوزه‌های تحقیر اجتماعی برای این گروه‌ها مشخص گردد؛
- پژوهش پیرامون دیگر جنبه‌های اجتماعی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز با تمرکز بر زنان مبتلا.

ب) پیشنهادهای مداخلاتی

مطالعات نشان می‌دهد زنان مبتلا در چرخه ناتوانی، بیماری، ناچاری و انگ‌های اجتماعی ناشی از ایدز گرفتار می‌شوند که این چرخه با کمک پژوهشگران، سیاست‌گذاران، تسهیلگران و به‌ویژه مددکاران اجتماعی تعدیل خواهد شد. مداخلات مددکاران اجتماعی می‌تواند در سطوح فردی، گروهی و جامعه‌ای بوده و از راه‌های زیر حاصل شود:

- در سطح فردی، آموزش مهارت‌های زندگی، حل مسئله، افزایش تاب‌آوری، یافتن منابع ممکن در خانواده و جامعه می‌تواند راه‌هایی برای مقابله با سازوکارهای تحقیر اجتماعی در مبتلایان فراهم کند؛
- از آنجاکه بیشترین میزان تحقیرشدگی زنان مبتلا از سوی نزدیکان و خانواده آنها اتفاق می‌افتد لذا مددکاران اجتماعی در سطح گروهی می‌توانند با برگزاری کلاس‌های آموزشی برای مبتلایان و خانواده‌های آنان، آگاهی در ارتباط با بیماری، وضعیت و حالات جسمی و روانی مبتلایان و... شناخت و آگاهی نزدیکان این افراد را ارتقا دهند؛
- در سطح جامعه‌ای نیز مددکاران اجتماعی با استفاده از رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، تهیه بروشورها آموزشی، برگزاری جلسات و نشست‌ها به افزایش آگاهی عمومی از بیماری پرداخته و از این طریق راه‌های تحقیر شونده‌گی زنان را کمتر و کمتر کنند. همچنین از طریق سازمان‌های اجتماعی و توسعه سیاست‌ها، می‌توانند حمایت‌ها را فراهم کنند؛
- مددکاران اجتماعی همچنین می‌توانند با عمل به مانیفست مددکاری اجتماعی در حوزه اچ‌آی‌وی/ایدز که با همکاری انجمن مددکاران اجتماعی کانادا و فدراسیون بین‌المللی مددکاران اجتماعی تهیه شده است (یحیی زاده و محمدی، ۱۳۹۸: ۱۶۴-۱۵۹) نقش‌های حرفه‌ای خود را در این رابطه افزایش دهند.

منابع

- آدم، فیلیپ و هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: دنیا کتبی و دکتر لورانس، تهران: نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه: محمد توکل، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ دوم.
- ابادری، یوسف؛ صادقی فسایی، سهیلا و حمیدی، نفیسه. (۱۳۸۷)، «احساس ناامنی در تجربه زنانه از زندگی روزمره»، *مجله پژوهش زنان*، دوره ۶، شماره ۱: ۱۰۳-۷۵.
- احمدنیا، شیرین؛ زاهدی، محمدجواد و کاظمی‌نژاد، سیده زهرا. (۱۳۹۶)، «جامعه‌شناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به ایدز»، *مجله مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، دوره ۶، شماره ۴: ۶۳۳-۶۶۰.
- استراوس، آنسلم و کوربین، جولیت. (۱۳۸۵)، *اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*، ترجمه: بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- بهروان، حسین؛ نوغانی، محسن و عباچی، اعظم. (۱۳۹۰)، «بررسی فرایند برجسب‌زنی به بیماران اچ‌آی‌وی (ایدز) و پیامدهای آن»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره دوازدهم، شماره سوم: ۱۶۶-۱۴۳.
- پروین، ستار و اسلامیان، ایوب. (۱۳۹۳)، «تجربه زیسته زنان مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی از روابط اجتماعی»، *مجله زن در توسعه و سیاست*، دوره ۱۲، شماره ۲: ۲۰۷-۲۲۸.
- جمشیدی‌ها غلامرضا و حمیدی، نفیسه. (۱۳۸۶)، «تجربه زنانه از جنگ»، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، دوره ۵، شماره ۲ (پیاپی ۱۸): ۸۱-۱۰۸.
- دلاور، علی. (۱۳۸۹)، *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، تهران: نشر ویرایش.
- رضائی، الهام. (۱۳۹۳)، «بررسی کیفی تجربه زیسته مادران hiv/aids از مسیر بیماری، باشگاه مثبت کرمان»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- ساسانی، لیدا؛ ناجی، سیدعلی؛ عابدی، حیدرعلی. (۱۳۹۲)، «تجربه زیسته بیماران مبتلا به ایدز از انگ اجتماعی (مطالعه‌ای پدیدارشناسی)»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، دوره ۲۰، شماره ۴: ۴۸۷-۴۹۵.
- صادقی فسایی، سهیلا و نیکدل، نرمین. (۱۳۹۵)، «تحلیل جنسیتی از تحقیر اجتماعی در روابط بین فردی»، *پژوهش‌نامه زنان*، سال هفتم، شماره اول: ۹۹-۱۲۵.

- صادقی فسایی، سهیلا و نیکدل، نرمین. (۱۳۹۴)، «مطالعه کیفی از نحوه درک و تصور کنشگران از مصادیق تحقیر اجتماعی»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و ششم، شماره پیاپی ۵۸، شماره دوم: ۴۱-۵۸.
- فیروزآبادی، سید احمد و صادقی، علیرضا. (۱۳۹۴)، *طرد اجتماعی: رویکردی جامعه‌شناختی به محرومیت*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ دوم.
- قاضی طباطبائی، محمود؛ پاوالاک، دوروتی و ودادهیر، ابوعلی. (۱۳۸۵)، «برساخت یک مسئله اجتماعی - جمعیتی: درآمدی بر جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، شماره ۲: ۱۳۶-۱۷۰.
- گافمن، اروینگ. (۱۳۸۶)، *داغ ننگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع شده*، ترجمه: مسعود کیانپور، تهران: نشر مرکز.
- گلیکن، مورلی. (۱۳۹۲)، *مددکاری اجتماعی در قرن ۲۱*، ترجمه: عباسعلی یزدانی و الهام محمدی، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- محمدپور، احمد. (۱۳۹۲)، *روش تحقیق کیفی، ضد روش ۱*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ دوم.
- محمدی، مرضیه. (۱۳۹۴)، *بررسی پیامدهای نیم‌زیانگی در زمینه تعاملات اجتماعی-آموزشی دانش‌آموزان (مورد مطالعه: دانش‌آموزان لر زبان مدارس اسلامشهر)*، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، رشته پژوهش اجتماعی، دانشگاه الزهرا.
- مسعودی، مزگان و فرهادی، علی. (۱۳۸۴)، «میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد مثبت و مبتلایان به ایدز»، *مجله یافته*، دوره هفتم، شماره ۳ و ۴: ۴۳-۴۷.
- ملاسمعیل شیرازی، نازلی؛ نوربخش، سید مرتضی و محرز، مینو. (۱۳۹۱)، «بررسی پیامدهای داغ ننگ و برچسب در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی»، *مجله اخلاق زیستی*، دوره ۲، شماره ۵: ۹۹-۱۲۸.
- مولوی نجومی، نجمه و عنبری، خاطره. (۱۳۸۷)، «مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت با افراد سالم»، *علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، دوره ۱۵، شماره ۵۸: ۱۶۹-۱۷۶.
- یحیی زاده، حسین و دیگران. (۱۳۹۲)، *مددکاری اجتماعی مداخله در بحران*، تهران: انتشارات آوای نور.

– یحیی‌زاده، حسین و محمدی، مرضیه. (۱۳۹۸). *مددکاری اجتماعی مداخله در بحران: مداخله در بحران اچ‌آی‌وی/ایدز*، تهران: انتشارات آوای نور.

- Aggleton, Peter. (2000). *Comparative analysis: research studies from India and Uganda. HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial*, Publisher: UNAIDS.
- Aryal, Nirmal; Regmi, Pramod R. and Mudwari, Nabaraj. (2012). "Violence against Women Living with HIV: A Cross Sectional Study in Nepal". *Global journal of health science*, 4(3):117–125.
- ATD Fourth World. (2012). "A participatory research-action project about the relationship, between extreme poverty, violence and peace", *International Movement ATD Fourth World*, available in <https://www.atd-quartmonde.org/wp-content/uploads/old/pdf/ATD-Rompre-Anglais2.pdf>
- Baer, Hans U. (2007). "Humiliation: The lasting effect of torture". *Military Medicine*, 172(2):29–33.
- Carr, Rebecca L, and Gramling, Lou F. (2004). "Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS", *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(5):30–39.
- Creswell, John, W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing answer five approaches*. 3rd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- DeRivera, Joseph. (2013). "Conflict Over the Consequences of Humiliation", *Journal of Social Justice*, 25(2): 240–246.
- Dorrell, Judith and Katz, Jeann. (2013). "I knew I had something bad because no-one spoke about it" disclosure discovery: Experiences of young people with perinatally acquired HIV in the UK", *Vulnerable Children and Youth Studies*, 8(4):353-361.
- Greeff, Minrie, and et al. (2008). "Disclosure of HIV Status: Experiences and Perceptions of Persons Living with HIV/AIDS and Nurses Involved in Their Care in Africa", *Qualitative Health Research*, 18(3):311-324.
- Harding, Sandra, and. Hintika, Merrill B.P. (1983). *Discovering Reality: Feminist Perspective on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy*, Springer Netherlands.

- Herz, Marcus and Johansson, Thomas. (2012). "Doing' social work: Critical considerations on theory and practice in social work", *Advances in Social Work*, 13(3):527-540.
- Honneth, Axel. (1997). "A society without humiliation?", *European Journal of Philosophy*, 5(3):306-324.
- Kalichman, Seth C. (1998). *Understanding AIDS: advances in research and treatment: Advances in Research and Treatment*, Washington, D.C, 2nd edition.
- Kalichman, Simbayi L. (2003). "HIV testing attitudes, AIDS stigma and voluntary counseling and testing in a Black township in Cape Town, South Africa", *Sexually transmission infections*, 79(6):442-447.
- Keigher, Sharon M., Patricia Stevens and Sandra, Plach. (2008). "Midlife Women with HIV: Health, Social, and Economic Factors Shaping Their Futures", *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 3(1):43-58.
- Lindner, Evelin Gerda. (2001). "Humiliation-Trauma That Has Been Overlooked: An Analysis Based on Fieldwork in Germany, Rwanda/Burundi, and Somalia", *Traumatology*, 7(1):43-68.
- Luban, David. (2009). *Human dignity, humiliation, and torture*, Publisher: Cambridge University Press.
- Newman John R.S., Ghaemmaghmi, Sina, and et al. (2006). "Single-cell proteomic analysis of *S. cerevisiae* reveals the architecture of biological noise", *Nature*. 441:840-846.
- Oraby, Doa. (2018). "Women living with HIV in the Middle East and North Africa", *The Lancet Public Health*, 3(2):51- 63.
- SeyedAlinaghia, SeyedAhmad., Taj, Leila., and et al. (2021). HIV in Iran: onset, responses, and future directions, *AIDS*, 35(4):529-542
- Smith, Dennis. (2008). 'Globalization, Degradation and the Dynamics of Humiliation", *Current Sociology*, 56(3):371-379.
- Turner, Jay R., and Marino, Franco. (1994). " Social Support and Social Structure: A Descriptive Epidemiology", *Journal of Health and Social Support*, 35(3):193-212.
- UNAIDS. (2016). WWW.UNAIDS.org/enregioncountries/countries/islamicrepublicofiran
- Whisnant, Rebecca S. (2016). "Pornography, Humiliation, and Consent", *Sexualization, Media, & Society*, 2(3):1-7.