

• تجربه انگ اجتماعی در مبتلایان به HIV/AIDS

مجتبی حمایت‌خواه^۱، حسن صفرزاده جهرمی^۲

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۴)

چکیده

بیماری ایدز امروزه مسئله‌ای بهداشتی - اجتماعی است که در اذهان عمومی به دلیل انتقال منحصر به فردش، به صورت پدیده‌ای منفی و کجروانه بر ساخت می‌شود که از این حیث پیامدهای اجتماعی و روانی بس گرانی بر افراد مبتلا به این بیماری تحمیل می‌شود. لذا این نوشتار با هدف مطالعه تجارب افراد مبتلا به ایدز از انگ اجتماعی، در شهر جهرم انجام شده است. پژوهش حاضر با رویکردی کیفی به روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته و یادداشت‌ها در عرصه جمع‌آوری و به روش دی‌کلمن و همکاران تجزیه و تحلیل شد. جامعه پژوهش شامل همه افراد مبتلا به ایدز در شهرستان جهرم بودند که تعداد ۲۱ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام‌شده، سه مفهوم ترس از افشا شدن، پیش‌داوری و قضاوت نادرست و تبعیض به عنوان مضمون‌های اصلی انگ اجتماعی استخراج شدند. مطالعه حاضر نشان داد که مهم‌ترین مشکل افراد مبتلا به ایدز، انگ اجتماعی و نگاه‌های

<https://doi.org/10.22034/jss.2022.522796.1493>

• مقاله علمی: پژوهشی

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)
m.hemayatkhah@pnu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی، مشاور مرکز مشاوره دانشگاه جهرم
hsafarzadehj@gmail.com

مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره شانزدهم، شماره ۱، تابستان ۱۴۰۱: ۴۶-۲۸

غضب‌آمیز افراد جامعه است. این مسئله غالباً به دلیل فقدان یا کمبود آگاهی عمومی برجسته‌تر می‌شود. فرد مبتلا به ایدز همواره مورد قضاوت و پیش‌داوری‌های اطرافیان خود قرار می‌گیرد و این امر بر روی تعامل اجتماعی بیمار و سبک زندگی وی تأثیر می‌گذارد. از این رو، با افزایش آگاهی عمومی در مورد این بیماری و نحوه انتقال آن و همچنین ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب به افراد مبتلا در جهت سازگاری با آن و بهبود کیفیت زندگی، می‌توان حیات این بیماران را با امید و رضایت بیشتری مواجه ساخت.

واژگان کلیدی: تجارب زیسته، پدیدارشناسی، انگ اجتماعی، برچسب، ایدز.

مقدمه و بیان مسئله

بیماری همه‌گیر ایدز تحت تأثیر تفکرات قالبی و نگرش‌های منفی نهادینه‌شده اجتماعی، تنها یک مسئله فیزیولوژیک و درمانی نبوده، بلکه بیشتر مسئله‌ای اجتماعی است که رنج افراد مبتلا را دوچندان می‌سازد. این بیماری به‌طور چشم‌گیری در سطح جهانی گسترش یافته و پیامدهای جدی بر روی جمعیت جهانی دارد (آندریونی و پتریشا^۱، ۲۰۱۷). افزایش شیوع این بیماری در دهه‌های اخیر بار سنگینی بر بسیاری از خدمات بهداشتی تحمیل کرده و باعث مرگ تعداد کثیری از مبتلایان شده است (مشرفی و همکاران، ۱۳۹۵). سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز^۲ توسط رتروویروس^۳ HIV ایجاد می‌شود (مشرفی و همکاران، ۱۳۹۵). این ویروس از این جهت خطرناک است که به‌طور مستقیم به سیستم محافظ بدن حمله می‌کند و آن را از بین می‌برد و بدن را در مقابل ویروس‌ها و دیگر عوامل مهاجم آسیب‌پذیر می‌کند (رضازاده و همکاران، ۱۳۸۸). ایدز از جمله بیماری‌هایی است که به‌لحاظ تفکرات سوء حاکم بر جامعه علاوه بر بُعد جسمی از بُعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث بروز مشکلات عدیده‌ای در فعالیت‌های مفید بیماران می‌شود (ساسانی و همکاران، ۱۳۹۲). بنا به گزارش سازمان ملل (۲۰۰۶)، معنای ایدز در جهان اجتماعی غالباً چیزی فراتر از یک بیماری است. به عبارت دیگر از دیدگاه اجتماعی، ایدز به‌عنوان یک انگ اجتماعی، مرگ،

^۱. Andrioni & Petrica

^۲. AIDS

^۳. Retrovirus

بی‌مسئولیتی در قبال رفتارهای جنسی، هم‌جنس‌خواهی و ... دیده می‌شود. از این جهت صرف نظر از جنبه فیزیولوژیک آن، این بیماری از حیث اجتماعی، به‌عنوان یک برساخت اجتماعی، شأن اجتماعی فرد مبتلا را در سطوح متفاوت آماج خود قرار می‌دهد. در واقع، نقطه‌ای که در بیماری ایدز محل تأملات انسانی و ارتباطی است، همین نقطه است که در آن فرد مبتلا به ایدز در مرکز الگویی از بازنمایی، برساخت و طرد اجتماعی قرار می‌گیرد و یک نظام معنایی خاص را پدید می‌آورد و فرد را در چرخه اجتماعی نیز طرد می‌کند (راوودراد و آقای، ۱۳۹۵). بنابراین آنچه ایدز را به بیماری اجتماعی تبدیل ساخته، این است که این بیماری به شدت واکنش‌های هنجاری را از سوی جامعه سبب شده است (شکوری و دارکش، ۱۳۹۲) و از این جهت یکی از بزرگ‌ترین و برجسته‌ترین مشکل اجتماعی ناشی از بیماری ایدز برای مبتلایان، انگ اجتماعی^۱ مرتبط با این بیماری است.

انگ اجتماعی به فرایندی اشاره دارد که توسط آن گروهی از افراد تحت عنوان نامطلوب اجتماعی برچسب‌گذاری می‌شوند و این افراد به‌دلیل رفتارها و ویژگی‌هایی که از نظر اجتماعی به‌شدت بی‌اعتبار تلقی می‌شود، بی‌ارزش می‌شوند. انگ پدیده آسیب‌زای اجتماعی است (توران^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). به عبارتی نگرش و ادراکات مربوط به خجالت، بی‌آبرویی، شرم و رسوایی مربوط به بیماری، انگ اجتماعی نام دارد (رحمتی نجارکلائی و همکاران، ۱۳۹۱). در همین ارتباط سازمان بهداشت جهانی ترس از انگ و تبعیض را به‌عنوان مهم‌ترین مانع برای انجام آزمایش HIV، آشکار کردن وضعیت HIV و دریافت دارو معرفی کرده است. گزارش شده است که در ۳۵ درصد کشورها، بیش از ۵۰ درصد مردم دارای نگرش‌های منفی و تبعیض‌آمیز نسبت به مبتلایان به HIV هستند و تقریباً از هر هشت نفری که به HIV مبتلا هستند، یک نفر به‌دلیل ترس از انگ و تبعیض، از خدمات بهداشتی استفاده نمی‌کند (قراچه و رنجبر، ۱۳۹۷).

براساس گزارش منتشرشده مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، به مناسبت روز جهانی ایدز در دسامبر ۲۰۱۷ عامل ابتلا به HIV در بین کل موارد بیماران HIV/AIDS ایران که از سال ۱۳۶۵ تا دسامبر ۲۰۱۷ به ثبت رسیده‌اند، تزریق با وسایل مشترک در مصرف‌کنندگان مواد ۶۵/۴ درصد و بیشترین فراوانی را داشته است.

در ارتباط با جامعه مورد مطالعه باید گفت که شهر جهرم به‌واسطه مذهبی بودن و اهمیت ارزش‌های دینی و سنت‌های اجتماعی در بین کنشگران اجتماعی آن و همچنین شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی آن، به گونه‌ای که اکثر ساکنان شناختی نسبی از یکدیگر دارند، انگ

^۱. Stigma

^۲. Turan

اجتماعی ناشی از بیماری واگیرداری همچون ایدز نمود بیشتری پیدا می کند. در چنین محیط اجتماعی زمانی که فرد دچار مشکل و مسئله‌ای شود که با ارزش‌های درونی‌شده آن جامعه هماهنگ نباشد، برای جلوگیری از طرد و پذیرفته نشدن ترجیح می‌دهد مشکل را پنهان کند. بیماری ایدز نیز از این قاعده مستثنی نیست. بنابراین به دلیل نوع باورهای پذیرفته‌شده حاکم در مورد راه‌های انتقال این بیماری به خصوص راه انتقال از طریق روابط جنسی، افرادی که در چنین جامعه‌ای مبتلا به ایدز می‌شوند، به دلیل ترس از انگ اجتماعی جهت گرفتن خدمات درمانی اعم از دارویی و روان‌شناختی به پزشک و کلینیک‌های مربوطه مراجعه نمی‌کنند. براساس پژوهش رحمانیان و همکاران (۱۳۹۷) در چهارم، بیشترین فراوانی راه احتمالی انتقال در مردان، به ترتیب اعتیاد به شیوه تزریق (۷۵/۵ درصد)، سابقه خال کوبی (۷۳/۶ درصد) و سپس روابط جنسی پرخطر (۶۶ درصد) و در جنس زن به ترتیب روابط جنسی پرخطر (۳۰ درصد)، سابقه مراجعات دندانپزشکی، عمل جراحی و آندوسکوپی (۲۵ درصد) و سپس اعتیاد به شیوه تزریقی و سابقه خال کوبی بوده است. بر این اساس این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که تجربه افراد مبتلا به ایدز از انگ اجتماعی چگونه است؟

رویکرد نظری

لغت انگ دارای ریشه یونانی است که به وضعیت بردگان در یونان باستان ارتباط دارد. در آن زمان برای ممانعت از فرار آن‌ها با علائمی که در پیشانی آنان با داغ زدن ایجاد می‌شد، بردگان از دیگران متمایز می‌شدند (گافمن^۱، ۱۳۸۶؛ اشناپدر^۲، ۲۰۱۵) و بدین ترتیب آنان را از سایر افراد جامعه به سبب موقعیت اجتماعی پایین‌تر یا تخطی از قوانین اجتماعی متمایز می‌کردند. به لحاظ مفهومی نیز بیانگر رفتار و دیدگاه منفی‌ای است که نسبت به یک شخص یا شرایط خاص نشان داده می‌شود. *گامه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی* این تئوری در علم جامعه‌شناسی و مکتب کنش متقابل نمادین ریشه دارد. در واقع این رویکرد را هوارد بکر^۳ در قالب نظریه برچسب‌زنی و گافمن تحت عنوان انگ اجتماعی مطرح ساخته‌اند. بدین صورت که وقتی افراد برچسب کج‌رو و داغ خوردند، مناسبات اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند، روابط اجتماعی‌شان تغییر می‌کند و به خرده‌فرهنگ منحرف می‌پیوندند و از

^۱. Goffman

^۲. Schneider

^۳. Howard Becker

آنجا که در این فضای اجتماعی جدید، رفتارشان پذیرفته است، و دیگر امکان بازگشت به آن جامعه اولیه را ندارند.

انگ مفهومی صوری است که خصوصیتی ثابت را نشان نمی‌دهد، بلکه شامل رابطه بی‌ارزش‌سازی است. گافمن سه نوع از آن را مطرح می‌کند: جسمی، اخلاقی و قبیله‌ای و چگونگی تأثیر آن‌ها بر تعاملات انسانی را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد (اسماعیلی و قدریند فرد شیرازی، ۱۳۹۹).

انگ از طریق دو مکانیسم بروز پیدا می‌کند. اول، انگ ابزاری و دوم، انگ نمادین. انگ ابزاری زمانی است که انگ تهدیدی برای سلامتی و سعادت فرد باشد؛ یعنی اگر فردی انگ بیماری بخورد، مردم از اطراف او پراکنده می‌شوند و او را از روابط اجتماعی ضروری محروم می‌کنند که خود موجب بروز ناسلامتی و افسردگی بیمار می‌شود (دارلینگتون و هودسون^۱، ۲۰۱۷؛ نای بلاد^۲ و همکاران، ۲۰۱۸) از زمانی که یک فرد بیمار خطاب می‌شود و برچسب بیماری می‌خورد، نوعی از انگ بر او تحمیل می‌شود. در واقع واژه «بیماری» ایجاد انگ بیشتری می‌کند (بیتی^۳، ۲۰۱۸)؛ بدین معنا که شبکه اجتماعی فرد را تضعیف می‌کند و کیفیت زندگی اجتماعی وی را کاهش می‌دهد (محمدی و موسوی، ۱۳۹۸).

بنابراین، انگ یک آسیب اجتماعی یا زیستی است که تصور ذهنی دیگران را نسبت به هویت انسان منفی می‌سازد و باعث انگشت‌نما شدن و به عبارتی لکه‌دار (تابلو) شدن اجتماعی فرد می‌شود و از این‌رو موقعیت فردی و اجتماعی فرد مبتلا به ایدز را تنزل می‌بخشد و برچسبی را برای همیشه بر زندگی اجتماعی وی می‌نشانند.

پیشینه پژوهش

امروزه ایدز یکی از عمده‌ترین مسائلی است که تأثیر برجسته‌ای بر سلامت و توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورها دارد. ایدز یک بیماری واحد نیست، بلکه مجموعه‌ای از حالات و علائم است که وقتی سیستم ایمنی بدن بر اثر ویروسی به نام HIV آسیب می‌بیند به وجود می‌آید. بنابراین در جهت شناخت بیشتر این بیماری و همچنین تأثیرات آن در سطح جامعه به خصوص تأثیرات اجتماعی و روان‌شناختی، پژوهش‌های کمی و کیفی زیادی در سطح جهان و کشورمان انجام شده است که البته تعداد تحقیقات کیفی به نسبت پژوهش‌های کمی، کم‌تر بوده است.

^۱. Darlington & Hudson

^۲. Ny Blade

^۳. Beatty

احمدنیا و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان جامعه‌شناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به ایدز گزارش دادند که چهار مقوله افکار و نگرش‌های منفی موجود در جامعه، راه‌های خاص (حساس از نظر فرهنگی) انتقال بیماری، نبود دانش عمومی درباره راه‌های سرایت بیماری و حمایت نکردن خانواده و نزدیکان و طرد کردن بیماران به‌عنوان شرایط علی زمینه‌ساز حساسیت بیمار به انگ اجتماعی به‌دست آمد. همچنین به این نتیجه رسیدند که انگ مرتبط با HIV موجب بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز با این بیماران و در نتیجه بروز مشکلات و دغدغه در این زنان می‌شود.

رسولی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر سلامت روان، مکانیزم‌های سازگاری و انگ اجتماعی بر رفتارهای پرخطر در بیماران HIV مثبت در ایران گزارش دادند که سلامت روان، انگ اجتماعی و مکانیزم‌های سازگاری مسئله‌مدار با رفتارهای پرخطر ارتباط دارد ($P < 0/05$) و میزان انگ اجتماعی در زنان بیشتر و سلامت روان در این گروه در مقایسه با گروه مردان کم‌تر است.

مسعودنیا و چنانی‌نسب (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان تأثیر انگ اجتماعی ادراک‌شده بر عزت نفس مبتلایان به سندرم نقص ایمنی اکتسابی گزارش دادند که تفاوت معناداری بین زنان و مردان با علائم نقص ایمنی از نظر انگ اجتماعی ادراک‌شده وجود نداشت. شیوه ابتلای به ویروس ایدز نیز تفاوتی در میزان استیگمای اجتماعی ادراک‌شده بیماران ایجاد نکرده بود. هم‌بستگی معکوس معناداری بین انگ اجتماعی ادراک‌شده با متغیر عزت نفس و مؤلفه پذیرش خود وجود داشت. همچنین هم‌بستگی معکوس معناداری بین مؤلفه‌های انگ اجتماعی ادراک‌شده، یعنی انگ شخصی با عزت نفس و خود‌انگاره منفی با عزت نفس وجود داشت.

فلاحی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان پیامدهای زندگی با HIV گزارش دادند افراد به پیامدهای ابتلا به HIV/AIDS در ابعاد اجتماعی، روانی، جسمی و اقتصادی اشاره کردند و غالب ایشان پیامدهای اجتماعی را مهم‌ترین پیامد ابتلا به بیماری عنوان کردند. از نظر آن‌ها در بین پیامدهای اجتماعی، انگ و تبعیض نسبت به افراد HIV/AIDS و طرد آنان از جامعه و بستگان از اهمیت بیشتری برخوردار بود.

رحمتی نجارکلانی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان تجربیات مبتلا به HIV/AIDS از ننگ اجتماعی: یک مطالعه کیفی گزارش دادند که دو درون‌مایه عمده شامل مفاهیم بیرونی ننگ اجتماعی (ایجاد سرزنش و شرمندگی و مورد تبعیض قرار گرفتن) و مفاهیم درونی ننگ اجتماعی (طرد و دوری‌گزینی و ناامیدی) وجود دارد. سرزنش به همراه طرد بیماران از جمله تجربیات مطرح اکثر آنان بود. این مطالعه بر لزوم تلفیق آموزش‌های

کاهش استیگما با کمک آموزش‌های HIV/AIDS و با استفاده از تئوری‌های تغییر رفتار در جامعه تأکید داشت.

کورنیا پوتری^۱ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان زندگی با HIV/AIDS: انگ و تبعیض اجتماعی گزارش دادند که بسیاری از شرکت‌کنندگان، انگ اجتماعی را تجربه کردند و این امر به دریافت تبعیض اجتماعی از افراد جامعه از قبیل همسایگان، هم‌دانشکده‌ای‌ها، بستگان، دوستان بسیار نزدیک و کارکنان مراکز بهداشت منجر شده است. برخی از آن‌ها توانستند به خوبی سازگار شوند، اما بسیاری از آن‌ها، عصبانیت، افسردگی و سازگاری‌های منفی از قبیل دروغ‌گویی و رفتارهای ضداجتماعی را تجربه کردند.

بوکنیا^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان چه عواملی باعث عدم پای‌بندی برخی از افراد در درمان طولانی‌مدت ضد رتروویروسی می‌شود، گزارش دادند که پای‌بندی ضعیف به درمان ضد رتروویروسی طولانی‌مدت، به دلایل مسافرت برای کار یا فعالیت‌های اجتماعی، انگ، دریافت آموزش کم‌درمان ضد رتروویروسی، مصرف الکل و استفاده از داروهای جایگزین است. مارنی^۳ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان تجارب زیسته زنان مبتلا به ایدز که یک مطالعه کیفی بود گزارش دادند که زنانی که به وسیله شوهرانشان به بیماری ایدز مبتلا شده بودند زمانی که از نشانه‌های بیماری خود مطلع شدند ابتدا شوک‌زده شدند. دلایل ابتلا شوهرانشان دو مورد بوده است؛ یا شریک جنسی داشتند یا اعتیاد به مواد مخدر. به هر حال به واسطه حمایت‌های خانواده‌شان و همسالان و دوستان و همچنین دولت، آن‌ها مانند دیگر زنان سالم زندگی می‌کنند.

توران و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود با عنوان چگونه انگ بر روی زندگی افراد مبتلا به عفونت HIV تأثیر می‌گذارد، نقش‌های میانجی انگ درونی‌شده و پیش‌بینی‌کننده مرتبط با HIV در جلوه‌های انگ اجتماعی کسب‌شده بر روی برون‌دادهای سلامتی و روان‌شناختی گزارش دادند که ارتباط بین انگ اجتماعی درک‌شده و عواطف، شناخت‌ها و برون‌دادهای سلامت روان (عزت نفس، نشانه‌های افسردگی، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و سرزنش خود) به وسیله انگ درونی پیش‌بینی می‌شوند. علاوه بر آن یک مدل میانجی سریالی را پیشنهاد می‌دهند که انگ اجتماعی درک‌شده به انگ درونی و به انگ اجتماعی پیش‌بینی‌شده منجر می‌شود که به نوبه خود به پای‌بندی کم به درمان منجر می‌شود.

^۱. Kurnia Putri

^۲. Bukenya

^۳. Marni

عمر^۱ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان بررسی تجارب زیسته مبتلایان به بیماری AIDS/HIV در منطقه غربی عربستان سعودی، پنج زمینه مهم را گزارش دادند: انگ اجتماعی، افشاگری، ترس و آسیب‌پذیری، عدم حمایت روان‌شناختی و تعصب مذهبی. کوزی^۲ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود با عنوان مشکلات اجتماعی و سلامت افرادی که با بیماری HIV در ازمیر ترکیه زندگی می‌کنند گزارش دادند که مهم‌ترین مشکلات شناسایی‌شده عبارت بودند از مشکلات اجتماعی و مرتبط با کار و دسترسی به خدمات بهداشتی و همچنین بیماران و اعضای خانواده آن‌ها درباره افشای اطلاعات حساس بودند و اعلام کردند که برای تصحیح تصورات غلط درباره HIV و کمک به آن‌ها برای مقابله با مشکلات مرتبط، نیاز به آموزش دارند.

از بررسی مطالعات پیشین می‌توان چنین استنباط کرد که انگ اجتماعی مرتبط با ایدز در سرتاسر جهان وجود دارد و بر تعاملات افراد با شخصی که مبتلا به بیماری ایدز است تأثیر می‌گذارد و مشکلات زیادی را برای افراد مبتلا به بیماری ایدز در جهت سازگاری و مدیریت بیماری‌شان و همچنین مشکلاتی را درمورد مقابله با بیماری جهت جلوگیری از همه‌گیر شدن آن ایجاد می‌کند و همچنین می‌تواند بر روند درمان‌های دارویی و روان‌شناختی و گرفتن خدمات حمایتی اجتماعی تأثیر بسیار منفی بگذارد، به طوری که شخص بیمار جهت دریافت این خدمات به پزشک و مراجع ذی‌صلاح مراجعه نکند.

انگ اجتماعی ناشی از این بیماری می‌تواند سبک زندگی اجتماعی و شغلی فرد را دچار بحران و تنش کند. از این رو با توجه به چنین پیامدهایی برای افراد مبتلا، مطالعاتی از این قبیل ایجاد ضرورت می‌کند و همچنین انجام این قبیل پژوهش‌ها کمک خواهد کرد تا افراد جامعه، نهادهای مختلف اجتماعی، مراکز بهداشتی و مرتبط با حوزه سلامت با تجارب زندگی این افراد و مسائل و مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی آن‌ها آشنا شوند و در این راستا کنش‌ها و تصمیمات مناسب و مطلوبی اتخاذ کنند.

روش پژوهش

^۱. Omar

^۲. Kose

این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع و نوع سؤالات پژوهشی با رویکردی کیفی به روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری^۱ در سال ۱۳۹۸ بر روی افراد مبتلا به ایدز در شهر جهرم انجام شده است.

داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختارمند و یادداشت‌هایی در میدان پژوهش، جمع‌آوری و ضبط و سپس مکتوب‌سازی شد. مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته (چهره‌به‌چهره) به‌عنوان رویکرد اصلی و محوری جمع‌آوری داده‌ها انتخاب شد. تعداد جلسات و طول زمان هر مصاحبه متناسب با محتوای موضوع و شرایط هر مشارکت‌کننده متفاوت بود و به عوامل مختلفی از جمله وقت، تمایل، میزان تحمل و توان افراد بستگی داشت. هر مصاحبه با طرح سؤالات موردنظر و با یک چارچوب ملایم و انعطاف‌پذیر انجام شد. در مصاحبه‌ها سؤالات کاوشی مثل این‌که «ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟» و یا «ممکن است با یک مثال منظور خود را از این حرف روشن کنید؟» جهت دستیابی به داده‌های غنی و شفاف مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا سؤالی درمورد چگونگی ابتلا به بیماری و سن و میزان تحصیلات و شغل و این‌که چند سال است مبتلا به این بیماری هستند پرسیده شد و سپس درمورد نحوه اطلاع به اعضای خانواده و واکنش آن‌ها و دلایل تمایل به فاش نکردن بیماری خود و واکنش و نگرش افراد جامعه و کادر درمان درمورد بیماری ایدز سؤالاتی مطرح شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش دیکلمن^۲ و همکاران که فرایندی هفت‌مرحله‌ای به شرح ذیل است، استفاده شده است:

۱. خواندن تمامی مصاحبه‌ها و متون جهت دستیابی به یک درک کلی؛
۲. نوشتن خلاصه‌های تفسیری برای هر کدام از مصاحبه‌ها؛
۳. تحلیل گروهی نسخه‌های برگزیده از متون یا مصاحبه‌ها و شناسایی و استخراج درون‌مایه‌ها؛
۴. بازگشت و مراجعه مجدد به متن مصاحبه‌ها و یا شرکت‌کنندگان به‌منظور تبیین، روشن‌سازی و طبقه‌بندی موارد عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر ارائه‌شده و نوشتن یک تحلیل کلی و ترکیبی از هر متن (مصاحبه)؛
۵. مقایسه و مقابله (مصاحبه‌ها) به‌منظور شناسایی، تعیین و توصیف معانی مشترک و عملکردها؛

^۱. interpretive phenomenology

^۲. Diekemann

۶. شناسایی و استخراج الگوهای بنیادین که ارتباط درون‌مایه‌ها را برقرار و آن‌ها را به همدیگر وصل کند؛

۷. ارائه نسخه‌ای پیش‌نویس از درون‌مایه‌ها، همراه گزینه‌های منتخب از متن مصاحبه‌ها به اعضای تیم مفسر و افرادی که با روش و محتوای کار آشنایی دارند، جهت استخراج و اعمال پاسخ‌ها و پیشنهادهای آنان در نوشتن نسخه نهایی گزارش طرح.

محیط پژوهشی این مطالعه کلینیک مثلثی مرکز مشاوره امید دانشگاه علوم پزشکی جهرم بوده است.

مشارکت‌کنندگان تعداد ۲۱ نفر مبتلا به عفونت HIV/AIDS بودند که در محل مرکز مشاوره امید در شهرستان جهرم در مصاحبه شرکت کردند. پایین‌ترین سن آن‌ها ۲۸ سال و بالاترین سن ۵۸ سال بود.

از بین ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان در مصاحبه تعداد ۱۱ نفر زن بودند، که تعداد ۹ نفر متأهل و تعداد ۲ نفر مجرد بودند و تعداد ۱۰ نفر مرد بودند که ۷ نفر متأهل و ۳ نفر مجرد بودند. در کل از تعداد ۲۱ نفر از مصاحبه‌شوندگان ۱۶ نفر متأهل و ۵ نفر مجرد بودند. و از این ۲۱ نفر مصاحبه‌شونده ۱۵ نفر زیر دیپلم، تعداد ۴ نفر دیپلم و تعداد ۲ نفر لیسانس بودند. با بررسی پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در مصاحبه، ۷ نفر از راه تزریق مشترک، ۹ نفر از راه انتقال از طریق همسر، ۳ نفر از راه رابطه جنسی محافظت‌نشده، ۱ نفر از راه استفاده مشترک از وسایل نوک‌تیز و ۱ نفر از راه دندان‌پزشکی به بیماری ایدز مبتلا شده بودند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات مصاحبه‌شوندگان

کد	جنسیت	سن	وضع تأهل	سطح تحصیلات	نحوه ابتلا
۱	مرد	۵۰	متأهل	زیر دیپلم	تزریق مشترک
۲	زن	۳۵	متأهل	دیپلم	انتقال از طریق همسر
۳	مرد	۳۶	متأهل	لیسانس	دندانپزشکی
۴	زن	۳۴	متأهل	دیپلم	انتقال از طریق همسر
۵	زن	۴۳	مجرد	زیر دیپلم	رابطه جنسی محافظت‌نشده
۶	مرد	۵۰	مجرد	زیر دیپلم	تزریق مشترک
۷	مرد	۳۲	متأهل	دیپلم	تزریق مشترک
۸	زن	۲۸	مجرد	لیسانس	رابطه جنسی محافظت‌نشده
۹	زن	۳۲	متأهل	دیپلم	انتقال از طریق همسر

کد	جنسیت	سن	وضع تأهل	سطح تحصیلات	نحوه ابتلا
۱۰	زن	۴۳	متاهل	زیر دیپلم	انتقال از طریق همسر
۱۱	زن	۵۸	متاهل	زیر دیپلم	انتقال از طریق همسر
۱۲	مرد	۴۹	متاهل	زیر دیپلم	تزریق مشترک
۱۳	زن	۳۴	متاهل	زیر دیپلم	انتقال از طریق همسر
۱۴	مرد	۴۲	مجرد	زیر دیپلم	رابطه جنسی محافظت نشده
۱۵	مرد	۳۱	متاهل	زیر دیپلم	تزریق مشترک
۱۶	مرد	۴۴	متاهل	زیر دیپلم	تزریق مشترک
۱۷	زن	۳۶	متاهل	زیر دیپلم	انتقال از طریق همسر
۱۸	زن	۴۳	متاهل	زیر دیپلم	انتقال از طریق همسر
۱۹	زن	۴۰	متاهل	زیر دیپلم	انتقال از طریق همسر
۲۰	مرد	۳۸	متاهل	زیر دیپلم	تزریق مشترک
۲۱	مرد	۳۹	مجرد	زیر دیپلم	استفاده مشترک از وسایل نوک تیز

یافته‌های پژوهش

براساس یافته‌های پژوهش بسیاری از شرکت‌کنندگان، بیماری ایدز را یک برچسب و انگ اجتماعی می‌دانند و معتقدند از سوی سایر افراد جامعه مورد تبعیض قرار می‌گیرند و به نگاه‌های طعنه‌آمیز اطرافیان اشاره می‌کنند. برخی از آن‌ها این پدیده را بدترین تجربه زندگی خود می‌دانند.

مرد ۳۲ ساله متأهل دلیل عدم استخدامش را در محلی که جهت کار مراجعه کرده بود بیماری‌اش می‌داند که باعث شد عذر او را بخواهند و شانس کاری خود را از دست بدهد: قرار بود در یک هتل کار کنم. تمام کارهای اولیه استخدام را انجام داده بودم تا این که یک روز با من تماس گرفتند و جواب منفی دادند. بعد از این که دلایل آن را بررسی کردم و سؤال کردم بیماری‌ام را علت آن مطرح کردند. نمی‌دانم چطوری به گوش آن‌ها رسیده بود. این بدترین تجربه زندگی من بود.

وی بدترین و سخت‌ترین ضربه‌ای را که از ابتلای به بیماری ایدز خورده است ازدست دادن فرصت شغلی و کسب درآمد بیان کرده است که در واقع تحت تأثیر انگ اجتماعی ناشی از این بیماری این موقعیت را ازدست داده است، چرا که مدیریت آن هتل حضور یک فرد مبتلا به بیماری ایدز را مانع پیشرفت اقتصادی هتل دانسته است.

براساس داده‌هایی که از طریق مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته و یادداشت‌های در حین اجرا به دست آمده و تجارب زیسته هریک از مصاحبه‌شوندگان درمورد انگ اجتماعی، مضامین و تم‌های زیر استخراج شدند:

۱. ترس از افشا شدن

با بررسی صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان، مهم‌ترین بُعد و مؤلفه انگ اجتماعی مرتبط با بیماری ایدز که بسیاری از آن‌ها بدان اشاره کردند، پنهان کردن این بیماری بود. این پنهان‌کاری نتیجه ترس از پیش‌داوری‌ها و قضاوت‌های ناعادلانه اطرافیان است. عدم افشاگری و پنهان‌کاری در دو سطح خانواده و جامعه انجام می‌گیرد که البته در سطح خانواده میزان پنهان‌کاری کم‌تر است، چراکه حداقل یکی از اعضای خانواده از بیماری فرد اطلاع دارد. خانم ۳۴ ساله متأهل که از راه انتقال از طریق همسر مبتلا شده بود این‌گونه تجربه خود را بیان می‌کند:

فقط به دوتا از خواهرانم گفتم. اول با آنها در مورد بیماری HIV حرف زدم و بعد از چند روز به آنها گفتم من هم دارم. آنها خیلی ناراحت بودند و بعد کم‌کم آرام شدند. رفتارشان خوب بود. اما به هیچ‌یک از دوستانم نگفتم و نمی‌خواهم بگویم، چراکه آنها نمی‌توانند درک کنند.

مهم‌ترین دلایلی که باعث می‌شود مصاحبه‌شوندگان بیماری خود را پنهان کنند و ترجیح دهند درمورد آن با دیگران صحبت نکنند عبارت‌اند از: عدم پذیرفته شدن توسط دیگران، احساس طرد شدن، ترس از آینده دیگر اعضای خانواده و رفتارهای اجتنابی دیگران. خانم ۳۴ ساله متأهل که او نیز از طریق همسر خود مبتلا شده بود، انجام رفتارهای اجتنابی از طرف دیگران و عدم پذیرفته شدن توسط دیگران را عامل تمایل به پنهان کردن بیماری خود می‌داند:

«می‌ترسم کسی از بیماری من خبردار شود. بقیه نمی‌توانند درک کنند. حرف دهن‌به‌دهن می‌شود و از ما دوری می‌کنند. مردم از بیماری ما می‌ترسند».

مرد ۴۴ ساله متأهل که از راه تزریق مشترک مبتلا شده بود به ترس از افشا شدن و پذیرفته نشدن توسط دیگران و نوع رفتار دیگر افراد جامعه اشاره می‌کند:

ترس باعث می‌شود که آن را فاش نکنم. ترس از این‌که دیگران به یکدیگر خبر دهند. دیگران فکر بدی می‌کنند و ما را نمی‌پذیرند. من چون به کسی نگفتم در فعالیت‌های اجتماعی‌ام مشکلی ندارم و داروها را پنهانی می‌خورم. به دوستانم نگفتم. تجربه بدی از صحبت کردن درمورد آن دارم. به پسر خواهرم گفتم، اما او آبروی من را همه‌جا برده است

و درمورد بیماری من صحبت می‌کند. مردم به چشم دیگری به ما بیماران مبتلا به ایدز نگاه می‌کنند. با بیمار HIV رابطه برقرار نمی‌کنند. حتی خدا شفا دهد هم نمی‌گویند. مرد ۳۱ ساله متأهل که به واسطه تزریق مشترک مبتلا شده بود به مسئله ترس از آینده فرزندان خود اشاره می‌کند:

ترس از سرزنش شدن و آبروی خانواده دارم و به خاطر آینده فرزندم که هم در مدرسه و هم برای ازدواج به مشکل برمی‌خورد نگران و مضطربم؛ بنابراین ترجیح می‌دهم بیماری‌ام را فاش نکنم و درمورد آن به خصوص با دوستانم صحبتی نکنم.

در واقع این فرد ترس از این مسئله دارد که انگ اجتماعی ناشی از این بیماری دامان فرزندان و اعضای خانواده‌اش را بگیرد و این مسئله نشان می‌دهد که انگ اجتماعی ناشی از این بیماری تنها متوجه فرد بیمار نیست، بلکه به سطح خانواده نیز کشیده می‌شود و به خصوص ترس از این دارند که آینده شغلی و خانوادگی فرزندان‌شان تحت تأثیر قرار گیرد.

دومین مؤلفه و زمینه مهمی که برخی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه به آن اشاره کردند و آن را نتیجه فقدان آگاهی و باورهای عمومی غلط درمورد بیماری ایدز و راه‌های انتقال آن می‌دانند پیش‌داوری و قضاوت نادرست و غیرمنطقی افراد جامعه است. قضاوت و پیش‌داوری از مشکلات رایج بیماران در تعامل با دیگر افراد جامعه است. ناآگاهی مردم جامعه، راه‌های ابتلای عفونت HIV و همچنین برجسته بودن دو راه انتقال این بیماری یعنی انتقال از طریق ارتباط جنسی غیرمتعارف و تزریق مواد مخدر باعث می‌شود که بیماران مبتلا ترجیح دهند در اجتماع درمورد بیماری خود صحبت نکنند. اکثر بیماران از این که دیگر افراد به نحوی از نوع بیماری آن‌ها مطلع شوند، نگران بودند و می‌گفتند وقتی کسی متوجه بیماری آن‌ها شود، ناراحت می‌شوند و زجر می‌کشند، چرا که از قضاوت‌های ناعادلانه آن‌ها می‌ترسند.

خانم ۳۶ ساله متأهل که بر اثر انتقال از طریق همسر مبتلا شده بود بیان می‌کند که از مورد قضاوت قرار گرفتن می‌ترسد، وی کنجکاو دیگر افراد را درمورد نحوه ابتلایش به بیماری، حاصل پیش‌داوری دیگران می‌داند:

«خیلی زجر می‌کشم. اگر کسی بفهمد؛ اگر کسی بفهمد که من این بیماری را دارم؛ اولین سؤالی که می‌پرسد این است که چطوری مبتلا شدی، اگر بگویم از طریق همسر، باور نمی‌کنند».

پیش‌داوری و قضاوت نادرست درمورد بیماران مبتلا به عفونت HIV که نتیجه عدم آگاهی است نیز باعث رفتارهای اجتنابی از سوی دیگران و طرد کردن این بیماران می‌شود. از جمله رفتارهای اجتنابی شایع از سوی اعضای خانواده و دیگران و حتی در مکان‌های درمانی و بیمارستان‌ها، جدا کردن وسایلی چون قاشق، لیوان و ظرف غذا و امتناع از خوردن دستپخت

فرد مبتلا، ضد عفونی کردن دستشویی بعد از استفاده، دست ندادن و یا شستن بلافاصله دست‌ها بعد از دست دادن با فرد مبتلا و ... است.

مرد ۴۹ ساله متأهل که از راه تزریق مشترک مبتلا شده بود بیان می‌کند:

می‌ترسم هر جا بروم بقیه فرار کنند. مردم آشنایی ندارند. فکر می‌کنند زود مبتلا می‌شوند. حتی از دست دادن می‌ترسند. حتی از صحبت کردن می‌ترسند. تاکنون به محیط‌های اجتماعی خاصی نرفتم و اگر رفتم در مورد بیماری‌ام صحبت نکردم. حتی الان هم از بیان کردن بیماری در موقعیت‌های ناآشنا وحشت دارم. برخی افراد خیلی سخت می‌پذیرند و به همین خاطر با بیماران مبتلا به راحتی نمی‌توانند رابطه برقرار کنند و فکر می‌کنند که فوراً مبتلا می‌شوند.

مرد ۳۲ ساله متأهل که از راه تزریق مشترک مبتلا شده بود می‌گوید:

مردم در مورد این بیماری اطلاعی ندارند. در شهر ما اگر اسم این بیماری را بشنوند، از ما می‌ترسند و حتی دیگر دست هم نمی‌دهند. به هیچ‌کس از دوستانم نگفتم. رفتار مردم افتضاح است. حتی یک معتاد کثیف را به اسم ایدز حساب می‌کنند. مردم فقط به ظاهر قضیه نگاه می‌کنند.

۲. تبعیض

در پاسخ به این سؤال که به نظر شما رفتار مردم در مورد بیماری ایدز چه فرقی با دیگر بیماران دارد، بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به مسئله تبعیض که باعث دوری و پرهیز سایر افراد جامعه از آن‌ها می‌شود، اشاره کردند. این کنش‌های تبعیض آمیز در سطح کادرها و پرسنل درمانی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و سایر افراد جامعه وجود داشت، که باعث انجام رفتارهای دفعی، نگاه‌های سرزنش‌گر و حرف‌های طعنه‌آمیز می‌شد. نگرانی پرسنل و کادر درمانی از احتمال ابتلا به بیماری ایدز، اقدامات احتیاطی آن‌ها را بالاتر برده بود. به طوری که به جز راه‌های شناخته‌شده انتقال بیماری، در مورد دست دادن، لمس کردن یا حتی مواجه شدن نیز احتیاط می‌کردند که این نوع رفتارها تأثیرات منفی زیادی روی بیماران مبتلا به HIV می‌گذاشت. مرد ۵۰ ساله مجرد که از طریق تزریق مشترک مبتلا شده بود تجربه خود را این‌گونه ذکر می‌کند:

«حتی در بیمارستان پرستاران آگاهی ندارند. حتی یکی از پرستاران به من گفت مواظب باش بیماری که کنارت هست مریض نشود. یا می‌گویند در لیوانش آب نخور. اطلاعات کمی دارند». بسیاری از شرکت‌کنندگان در مصاحبه، به نگاه‌های تبعیض آمیز و سرزنش‌گر مردم نسبت به دیگر بیماران اشاره می‌کنند و آن را حاصل عدم آگاهی جامعه در مورد نحوه ابتلای به این بیماری

می‌دانند و بیان می‌کنند که این بیماری هم مثل سایر بیماری‌هاست، ولی آنچه که آن را متفاوت کرده نحوه مبتلا شدن است، که همه فکر می‌کنند، اقدام غیرمعارفی را انجام داده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

انگ اجتماعی ناشی از بیماری HIV بدون شک برجسته‌ترین مشکل اجتماعی مبتلایان به این بیماری می‌باشد، چرا که با واکنش‌های منفی اقشار مختلف جامعه‌ای که شخص بیمار در آن زندگی می‌کند مرتبط است و از همه مهم‌تر این که با آشفتگی‌های اجتماعی و روان‌شناختی آنان ارتباط تنگاتنگی دارد. یافته‌های این پژوهش در ارتباط با مضمون انگ اجتماعی حاصل از تجربه بیماران این مطالعه، سه ریزمضمون ترس از افشا شدن، پیش‌داوری و قضاوت نادرست و تبعیض را نشان دادند.

آنچه از این مطالعه استنباط می‌شود این است که شخص بیمار در زندگی خود دچار ترس‌ها و نگرانی‌هایی می‌شود و مهم‌ترین آن ترس از افشا شدن بیماری است که باعث می‌شود فرد، بیماری خود را پنهان کند. این پنهان‌کاری و عدم خودافشایی، ناشی از ترس‌ها و نگرانی‌های دیگری از قبیل ترس از طرد شدن و پذیرفته نشدن، ترس از انجام رفتارهای اجتنابی توسط دیگران، ترس از پیش‌داوری‌ها و قضاوت‌های ناعادلانه و ترس از آینده خود و اعضای خانواده است. این ترس‌ها و نگرانی‌ها باعث به‌وجود آمدن استرس و فشار روانی زیادی بر روی فرد و خانواده می‌شود. کورنیا پوتوری و همکاران (۲۰۱۹) و توران و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به مسئله ارتباط انگ اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی و تأثیرات متقابل آن‌ها بر روی یکدیگر اشاره داشته‌اند و با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

مسعودنیا و چنانی‌نسب (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود به این نکته اشاره داشتند که یکی از مهم‌ترین پیامدهای روانی - اجتماعی استیگمای اجتماعی ادراک‌شده در افراد با علائم سندرم نقص ایمنی اکتسابی، کاهش عزت نفس در بین بیماران است، زیرا این بیماری با ایجاد تغییرات شناختی، روحی و روانی تأثیر منفی زیادی بر عزت نفس بیماران، به دنبال دارد.

براساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، پنهان‌کاری و ترس از افشا شدن بیماری در دو سطح خانواده و اجتماع انجام می‌پذیرد، که البته در سطح خانواده بسیار کم‌تر است، چراکه بسیاری از مصاحبه‌شوندگان حداقل به یکی از اعضای خانواده خود اطلاع‌رسانی کرده‌اند که این امر برای آن‌ها عمدتاً پیامدهای مثبتی داشته است؛ به‌خصوص این‌که اگر اعضای خانواده در این زمینه، اطلاعات و آگاهی‌هایی داشته‌اند شخص بیمار را مورد حمایت قرار داده و باعث شده‌اند که بیمار جهت انجام درمان مناسب به مراکز درمانی مراجعه کند. پنهان‌کاری نه‌تنها می‌تواند باعث عدم

دریافت حمایت‌های لازم از سوی خانواده و نهادهای اجتماعی شود، بلکه عامل بسیار مهمی در شیوع بیماری نیز هست که این امر نتیجه تأثیر منفی انگ اجتماعی ناشی از بیماری ایدز است. عمر و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود به مسئله ترس بیماران به مراجعه به پزشک برای گرفتن خدمات اشاره داشته‌اند.

براساس یافته‌های تحقیق، گروه مورد مطالعه دو عامل را در زمینه انگ اجتماعی ناشی از عفونت HIV که باعث می‌شوند مردم و حتی گاهی اوقات کادر مراقبان سلامت، رفتار نامناسبی با این بیماران داشته باشند، دخیل می‌دانند که البته این دو عامل با یکدیگر در ارتباطند و هم‌پوشانی دارند: الف) عدم آگاهی و اطلاع کافی در مورد بیماری ایدز؛ ب) نحوه انتقال بیماری. در جامعه ما به خصوص شهر جهرم که همه به نحوی یکدیگر را می‌شناسند دو راه انتقال برای افراد جامعه برجسته‌تر است که عبارت‌اند از: راه انتقال جنسی و تزریق مواد مخدر؛ که زنان بیشتر از طریق همسرشان مبتلا شدند و مردان بیشتر از راه تزریق مشترک.

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که مردم به محض اطلاع از بیماری می‌گویند چه کار کردی که ایدز گرفتی؟ پس محیط اجتماعی کوچک می‌تواند به این مسئله بیشتر دامن بزند و همین امر نیز باعث خواهد شد بیماران مورد قضاوت‌های ناعادلانه افراد جامعه و پیش‌داوری‌های غیرمنطقی قرار بگیرند. رحمتی نجارکلایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود به مسئله قضاوت و پیش‌داوری نادرست، رفتارهای اجتنابی و همچنین رفتارهای دفعی و احتیاطی پرسنل درمان که برای مثال در مورد دست دادن، لمس کردن و یا حتی مواجه شدن نیز احتیاط می‌کردند، اشاره داشتند. احمدنیا و همکاران (۱۳۹۶) نیز در تحقیق خود به مسئله تأثیر راه‌های خاص انتقال بیماری و نفوذ دانش عمومی درباره راه‌های سرایت بیماری بر روی حساسیت بیماران به انگ اجتماعی اشاره کردند.

یکی دیگر از مفاهیم مرتبط با انگ اجتماعی که در پژوهش حاضر بدان اشاره شده است تبعیض است. بیماران معتقدند نسبت به سایر بیماری‌های دیگر که کشنده و خطرناک هستند، مردم جامعه رفتارهای متفاوت دارند. آن‌ها بیان می‌دارند که افراد جامعه نسبت به سایر بیماری‌ها احساس ترحم و دلسوزی دارند اما در مورد مبتلایان به بیماری ایدز این‌گونه نیستند و رفتارهای تبعیض‌آمیز و دفعی و اجتنابی را دارند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که بیماران به خصوص در زمینه کادر درمان و مراقبان سلامت به این رفتارهای تبعیض‌آمیز اشاره کردند و نسبت به این مسئله شاکی بودند. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش رحمتی نجارکلایی و همکاران (۱۳۹۱) همسو بوده است.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر انگ اجتماعی ناشی از بیماری ایدز تأثیرات مخرب زیادی بر روی سلامت روانی و سلامت اجتماعی بیمار دارد که باعث می‌شود بسیاری از حقوق خود در جامعه محروم شوند و سبب انزوای آن‌ها می‌شود، به طوری که جهت آزمایش و تشخیص به مراکز مربوطه مراجعه نمی‌کنند و یا این‌که نمی‌توانند به صورت مفید و مناسب از خدمات حمایتی از قبیل دارودرمانی و روان‌درمانی و خدمات حمایتی اجتماعی استفاده کنند. لذا پیشنهاد می‌شود در راستای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، با ارائه آموزش‌های لازم و ضروری به افراد جامعه در مورد این بیماری و نحوه انتقال آن سطح آگاهی‌های افراد جامعه را ارتقا داد که این امر باعث خواهد شد نگرش افراد جامعه به نحوه ارتباط با بیماران تغییر کند و تا حدی این امر می‌تواند سنگینی بار انگ اجتماعی این بیماری را برای بیماران کاهش دهد. متعاقباً این امر باعث خواهد شد که بیماران از آن حالت انزوا بیرون بیایند و جهت گرفتن حمایت‌های لازم مراجعه کنند و سطح سلامت روانی و اجتماعی خود را بالا ببرند که نتیجه آن بهبود کیفیت زندگی بیماران است.

منابع

- احمدنیا، شیرین؛ زاهدی، جواد؛ کاظمی‌نژاد، سیده‌زهرا (۱۳۹۶) «جامعه‌شناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به ایدز»، نشریه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، شماره ۴: ۶۳۳-۶۶۰.
- اسماعیلی، رضا؛ قدر بند فرد شیرازی، زینب (۱۳۹۹) «مطالعه پدیدارشناختی تجربه سالمندان ۶۰ تا ۹۰ ساله شیرازی از کرونا»، مجله مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۲: ۳۶-۵۸.
- اصفهانی، زهرا؛ رضازاده، مجید؛ فرهودی، بهنام؛ سیگاری، سپیده؛ احترامی، مهرداد (۱۳۸۸) آموزش پیشگیری از ایدز برای افراد در معرض خطر (به روش آموزش همتایان)، تهران: انتشارات رسانه.
- راودراد، اعظم؛ آقایی، عاطفه (۱۳۹۵) «تحلیل گفتمان بازنمایی ایدز در سینمای ایران مطالعه موردی فیلم پابرهنه در بهشت»، فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، شماره ۴۵: ۶۹-۹۴.
- رحمانیان، وحید؛ شاکری، حشمت‌اله؛ باهنر، علیرضا؛ شاکری، مسیح‌اله؛ شریفی، حمید (۱۳۹۷) «پیدمیولوژی راه‌های انتقال ویروس HIV در چهارم-۱۳۹۶»، فصلنامه بیماری‌های عفونی و گرمسیری وابسته به انجمن متخصصین بیماری‌های عفونی و گرمسیری، شماره ۸۰: ۳۹-۴۶.
- رحمتی نجارکلائی، فاطمه؛ نیکنامی، شمس‌الدین‌الدین؛ امین شکوری، فرخنده؛ راوری، علی (۱۳۹۱) «تجربیات بیماران مبتلا به HIV/AIDS از ننگ اجتماعی: یک مطالعه کیفی»، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، شماره ۲: ۷۱-۸۰.
- رسولی‌نژاد، مهرناز؛ عابدی‌نیا، نسرين؛ نوربالا، احمدعلی؛ محرز، مینو؛ مرادمنند بدیع، بنفشه (۱۳۹۶) «بررسی تأثیر سلامت روان، مکانیزم‌های سازگاری و استیگما بر رفتارهای پرخطر در بیماران HIV مثبت در ایران»، مجله علوم پزشکی رازی، شماره ۱۵۹: ۸۷-۹۶.

- ساسانی، لیدا؛ ناجی، سیدعلی؛ عابدی، حیدرعلی (۱۳۹۲) «تجربه زیسته بیماران مبتلا به ایدز از انگ اجتماعی (مطالعه پدیدارشناسی)»، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، شماره ۴: ۴۸۷-۴۹۵.
- شکوری، علی؛ دارکش، محمد (۱۳۹۲) «مطالعه اکتشافی وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران مبتلا به ایدز در ایران (مورد مطالعه: بیماران بخش عفونی بیمارستان امام خمینی (ره) تهران)»، نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران، شماره ۱: ۲۱-۴۳.
- فلاحی، حمیرا؛ طوافیان، صدیقه‌سادات؛ یغمایی، فریده؛ حاجی‌زاده، ابراهیم (۱۳۹۲) «پیامدهای زندگی با HIV: پژوهش کیفی»، فصلنامه پایش، شماره ۳: ۲۴۳-۲۵۳.
- قراچه، مریم؛ رنجبر، فهیمه (۱۳۹۷) «(نامه سردبیری) انگ اجتماعی مرتبط با HIV معضلی برای پیشگیری از گسترش HIV»، نشریه پرستاری ایران، شماره ۱۱۴: ۱-۵.
- محمدی، محمدعلی؛ موسوی، سیده‌ادی (۱۳۹۸) «انگ و استیگما، بستر رویش آسیب‌های اجتماعی در عصر فضای مجازی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۷۵: ۲۵۱-۲۸۰.
- مسعودنیا، ابراهیم؛ چنانی‌نسب، حسن (۱۳۹۵) «تأثیر استیگمای اجتماعی ادراک‌شده بر عزت نفس مبتلایان به سندرم نقص ایمنی اکتسابی»، نشریه پرستاری و مامایی، شماره ۸۲: ۸۰-۸۹.
- مشرفی، امیرحسین؛ حسینی، سیدمحمد؛ امانی، رضا؛ رضوی مهر، سیدوحید؛ آقاجانی خواه، محمدحسن؛ محمودی، پیام (۱۳۹۵) «بررسی اپیدمیولوژی بیماران ایدز در استان مازندران طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۶۵: یک گزارش کوتاه»، نشریه دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، شماره ۶: ۵۷۵-۵۸۲.
- گافمن، اروینگ (۱۳۸۶) *داغ ننگ (چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده)*، ترجمه مسعود کیانپور، تهران: نشر مرکز.
- Andrioni, F.; Petrica, I. (2017) "Representative characteristics of the HIV/AIDS-infected young persons in romania in terms of their personal and professional values", Needs and Resources, No. 46(8): 1141-1142.
- Bukenya, D.; Nsubuga M.; Billy., Nakamanya, S.; Muhumuza, R.; Seeley, J. (2019) "What causes non-adherence among some individuals on long term antiretroviral therapy? Experiences of individuals with poor viral suppression in Uganda", AIDS Research and Therapy, No.16(2): 2-9.
- Kurnia Putri, D.; Malini, H.; Basmanelly, H. (2019) "Living with HIV/AIDS: Stigma and social discrimination", Journal the Messenger, No.11(1): 10-17.
- Kose, S.; Mandiracioglu, A.; Mermut, G.; Kaptan, F.; Ozbel, Y. (2012) "The social and health problems of people living with HIV/AIDS in ismir, turkey", Eurasian Journal Med, No.44(1): 32-39.
- Marni, R.; Nurtanti, S.; Hunsayani, S.; Yuniarti Ratnasari, N.; Susanto, T. (2018) "The lived experience of women with HIV/AIDS: A qualitative study", International Journal of Caring Sciences, No.11(3):1475-1482.

- Omar, T.; Lovering, S.; Al shomrani, M. (2014) "The lived experience of living with HIV/AIDS in the western region of Saudi Arabia", *Diversity and Equality in Health and Care*, No.12(2): 215-223.
- Turan, B.; Budhwani, H.; Fazeli, P.L.; Browning, W.R.; Raper, J.L.; Mugavero, M.J.; Turan, J.M. (2017) "How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes", *AIDS Behave*, No.21(1): 283-291.
- Snyder, M. (2015) "Changing the tide stigma school youth, and mental illness", *NASN Sch Nurse*, No.30:130-2.
- Beatty, J. (2018) "Chronic illness stigma and its relevance in the work-place. Stigmas, Work and Organizations, Palgrave Explorations in Work-place Stigma", Palgrave Macmillan, New York, 35-54.
- Darlington, C. K.; Hutson, S. P. (2017) "Understanding HIV-related stigma among women in the Southern United States: A literature review", *AIDS and Behavior*, No.21(1): 12-26.
- Nyblade, L. et al. (2018) "HIV stigma reduction for health facility staff: development of a blended-learning intervention", *Frontiers in Public Health*, No.6(165): 1-13.

