

مطالعه اکتشافی وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران مبتلا به ایدز در ایران (مورد مطالعه: بیماران بخش عفونی بیمارستان امام خمینی تهران)

علی شکوری^۱، محمد دارکش^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

چکیده

در چند سال اخیر شاهد روند رو به رشد بیماران مبتلا به ایدز در جامعه و خصوصاً در شهر تهران هستیم. بیماری ایدز برای شخص بیمار مسائل و مشکلات اجتماعی و اقتصادی به همراه می‌آورد. به طوری که به نظر می‌رسد شرایط و مسائل اجتماعی و اقتصادی حاکم و مرتبط با بیماری، کشنده‌تر از خود ویروس اچ.آی.وی و بیماری ناشی از آن باشد. در پژوهش حاضر به بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران مبتلا به ایدز در ایران پرداخته شده است. بدین منظور یکی از مراکز بیماران ایدزی در شهر تهران (بخش عفونی بیمارستان امام خمینی) به عنوان میدان پژوهش برگزیده شد. در این پژوهش از فنون مطالعه کیفی مانند مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز استفاده شده است تا به اهداف پژوهش خود دست یابیم. در همین راستا با ۱۵ بیمار مصاحبه و نیز در دو گروه شش نفره بحث گروهی متمرکز انجام شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که این بیماری به علت داغ ننگی که برای بیمار دارد به شدت بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد، به طوری که سبب می‌شود بیمار از حقوق طبیعی و عمومی خود محروم گردد.

کلیدواژگان

اچ.آی.وی/ایدز، انحراف، برچسب، تبعیض، داغ ننگ (استیگما)، طرد.

۱. نویسنده مسئول، دانشیار گروه برنامه‌ریزی اجتماعی دانشگاه تهران shakoori@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه دانشگاه تهران m.darkesh@ut.ac.ir

بیان مسئله

امروزه با گسترش حوزه‌های متأثر از مدرنیته و تسریع روند شتابان در تحولات و تغییرات شگرف در عرصه‌های مختلف حیات بشری، انسان دوره مدرن با مسائل و پدیده‌هایی برخورد کرده است که تا کنون آن‌ها را تجربه نکرده بود. یکی از این مسائل بیماری‌های خاصی است که مربوط به دوره جدید است. بیماری‌ها و امراضی که بعضاً کمتر از سه دهه از شناسایی انسان با آن‌ها می‌گذرد و شواهدی دال بر وجود این نوع امراض در قرون گذشته وجود ندارد؛ بیماری‌هایی چون هپاتیت و ایدز و در سالیان اخیر جنون گاوی، آنفلوآنزای پرندگان و... از جمله امراضی هستند که بی‌شک از ماهیتی متفاوت نسبت به ماهیت بیمارهای گریبانگیر بشر در اعصار گذشته برخوردارند.

ارتباطات و روابط اجتماعی بی‌شک قابل مقایسه با ادوار گذشته نیست. این ارتباطات وسیع و همه‌جانبه گذشته از مزایایی که برای بشر به ارمغان آورده است مخاطرات و ریسک‌های جدیدی نیز برای او داشته است. ایدز از جمله مخاطرات جدیدی است که در دنیا کمتر از سه دهه از شناسایی اولین مورد آلودگی به ویروس آن می‌گذرد. پژوهشگران اجتماعی یکی از عوامل زمینه‌ساز ایدز را وجود تعاملات و ارتباطات گسترده و به تعبیری وجود تحرکات، مسافرت‌ها، حمل‌ونقل و ترابری بیشتر افراد در حوزه‌های جغرافیای گسترده و وسیع می‌دانند. (گیدنز، ۱۳۷۹: ۳۸)

ایدز مهلک‌ترین و مخرب‌ترین بیماری از این گروه است که از اوایل دهه ۱۹۸۰- که اولین مورد آلوده به ویروس آن (اچ.آی.وی) در ایالات متحده شناسایی شد تا کنون سلامت میلیون‌ها انسان را تهدید کرده و بخش درخور توجهی از این تعداد را به کام مرگ کشانده است. آنچه ایدز را به بیماری اجتماعی تبدیل ساخته، این است که این بیماری شدیداً واکنش‌های هنجاری را از سوی جامعه سبب شده است. بدین ترتیب ایدز یک بیماری عادی از سوی جامعه تلقی نمی‌شود، بلکه یک بیماری کشنده با الزامات دور از دسترس برای افراد و خانواده‌ها، جوامع، مهیاکنندگان مراقبت سلامت در کشورهای مختلف جهان است (کوکرهام، ۲۰۰۳: ۳۰).

مطالعات نشان می‌دهد که تا کنون حدود ۴۰ میلیون نفر از مردم جهان به ویروس ایدز آلوده شده‌اند. می‌توان گفت تا کنون هیچ بیماری دیگری چنین یأس و اضطرابی ایجاد نکرده است. بیماری ایدز در وضع اقتصادی و اجتماعی تأثیر فراوان گذاشته است. ایدز از چنان اهمیتی برخوردار است که روزی را نمی‌توان یافت که روزنامه‌ها و مجلات به ابعاد مختلف آن توجه نشان نداده باشند؛ پدیده‌ای که برخی از آن به عنوان طاعون قرن یاد می‌کنند. به نظر می‌رسد ایدز نسبت به سایر بیماری‌ها و امراض صعب‌العلاج که در گذشته بشر به آن‌ها مبتلا می‌شده است از ویژگی‌های ممیزه و نیز مخرب‌تری برخوردار است، ویژگی‌هایی که سبب

شده افراد آلوده در بسیاری از جوامع در حال توسعه با توجه به وجود نگرش منفی به چنین افرادی از طرح کردن مشکلشان حتی به کادر درمانی مراکز بهداشتی و درمانی به علت جلوگیری از دسترسی به خدمات بهداشتی مربوطه امتناع ورزند. با این حال این پدیده جوانب ناشناخته و مرموز فراوانی دارد که هر روز آثار سوء عمیقی بر سطوح مختلف زندگی بشری بر جای می‌گذارد (سهیلی ارسی، ۱۳۸۶: ۴). در سال ۱۹۹۶ سازمان ملل متحد ایدز را نه تنها به عنوان یک مشکل سلامت مورد توجه قرار داد، بلکه آن را یک مسئله بر سر راه پیشرفت بشری برشمرد. همچنین در سند استراتژی امنیت ملی ایالات متحده آمریکا (۲۰۰۲) این کشور خود را متعهد به هدایت جهان برای کاهش تلفات هولناک ویروس اچ.آی.وی و بیماری ایدز دانسته است. بیش از ۹۰ درصد موارد ابتلا مربوط به کشورهای جهان سوم و در حال توسعه است. در ایران به گزارش سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۰، حدود ۲۴ هزار نفر بیمار مبتلا به ایدز وجود دارد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰).

ایدز پدیده‌ای پزشکی-بهداشتی است که ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن بسیار گسترده است. از حیث اجتماعی به عنوان یک برساخت اجتماعی و به طور مشخص تر یک ننگ اجتماعی، یا یک مسئله به ننگ تبدیل شده است (آلونزو^۱ و رینولدز^۲، ۱۹۹۵؛ ویتز^۳، ۲۰۰۰، ۱۹۹۱). ایدز شأن اجتماعی فرد مبتلا را در سطوح متفاوتی آماج خود قرار می‌دهد. بدین معنی که فرد مبتلا به ایدز، علاوه بر تحمل زندگی همراه با ترس، درد، بلاتکلیفی و ناامیدی از آینده بیماری و تصویری نزدیک از مرگ، یک نوع احساس طرد، تبعیض، تحقیر، اشمئزاز و دیگر انواع نگرانی‌ها و تحریم‌ها را از جانب جامعه دریافت می‌کند (استاین^۴، ۱۹۹۸؛ دواین^۵ و دیگران، ۱۹۹۹).

افراد و گروه‌های در معرض ویروس اچ.آی.وی افراد و گروه‌های خاصی را در بر نمی‌گیرند. پیامدهای آن تنها گریبانگیر افراد آلوده به آن نیست، بلکه آثاری بس عمیق و وسیع بر بدنه اجتماع و کل جامعه خواهد گذاشت. در مواردی سبب کاهش در کمیت و کیفیت ارتباطات، مراودات و پیوندهای میان خانواده‌ها و در نتیجه ترس ناشی از انتقال بیماری و همین‌طور بروز و وجود بدنامی درباره افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت می‌شود. به همین سبب پژوهشگران اجتماعی ایدز را همراه با آثار و پیامدهایی برای فرد مبتلا می‌دانند. ایدز صرفاً یک بیماری نیست که تأثیرات بالینی داشته باشد، بلکه می‌تواند به عنوان پدیده‌ای در نظر گرفته

-
1. Alonzo
 2. Reynolds
 3. Vitz
 4. Stine
 5. Devine

شود که آثار اجتماعی مختلفی (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و...) دارد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵). ایدز در جامعه ما به عنوان یک انگ (استیگما) نگریسته می‌شود. این نگرش می‌تواند نتیجه این فکر باشد که فرد آلوده به اچ.آی.وی به دلیل رفتارهای غیراخلاقی جنسی به بیماری مبتلا شده است. احتمال انتقال ویروس اچ.آی.وی در رفتارهای جنسی پرخطر مانند ارتباط خارج از خانواده یا ارتباط با همجنس یا تزریق مواد با سرنگ آلوده یا ارتباط جنسی با فرد اچ.آی.وی مثبت وجود دارد و این رفتارها از نظر عموم جامعه غیراخلاقی و مغایر با فرهنگ جامعه هاست (مجله نظام پزشکی، ۱۳۸۸: ۷۸). عامل دیگری که استیگمای ایدز را در جامعه تقویت می‌کند، اطلاعات ناکافی و غلط است که موجب می‌شود افراد بیمار را خطرناک‌تر و بیماری آن‌ها را مسری‌تر از آنچه به‌راستی هست بدانند و به دنبال آن به نادرستی تصور کنند یا احتمال دهند که ویروس اچ.آی.وی در روابط اجتماعی روزمره انسانی مثل دست دادن و با هم غذا خوردن هم منتقل می‌شود (همان).

به علت وجود تصورات غلط در جامعه، بیماران دارای اچ.آی.وی و مبتلا به ایدز در جامعه با مشکلات بسیاری روبه‌رو هستند. پژوهش حاضر سعی در تحلیل اکتشافی از وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران مبتلا به ایدز در جامعه مطالعه شده (بیمارستان امام خمینی) دارد. همچنین در راستای مسئله مذکور نکاتی را در باب آگاهی‌دهی به مردم در جهت شناخت بیشتر نسبت به این مسئله مطرح خواهیم کرد.

پیشینه پژوهش

در مطالعه‌ای که توسط حمیرا فلاحتی (۱۳۸۵) با عنوان «بررسی میزان بهره‌مندی افراد دارای اچ.آی.وی/ایدز از خدمات بهداشتی درمانی و عوامل مؤثر بر آن» انجام گرفت، شایع‌ترین علت بهره‌مندنبودن بیماران ایدزی متقاضی دریافت خدمات درمانی، عدم پذیرش کادر درمانی است و همچنین کم بودن پوشش بیمه و یا از دست دادن شغل بعد از اطلاع از بیماری در پایین بودن دسترسی این افراد به خدمات مورد نیاز حائز اهمیت است.

در پژوهش دیگری که توسط طاووسی و زعفرانی و... (۲۰۰۲) با عنوان «آگاهی و نگرش راجع به ایدز در میان دانش‌آموزان ایرانی» انجام پذیرفت، آورده شده است که «۴۶ درصد دانش‌آموزان معتقدند که دانش‌آموزان آلوده به ایدز نباید در مدارس عادی تحصیل کنند». پژوهش فوق چنین نتیجه می‌گیرد که «نگرشی متعصبانه و ریشه‌ای به ایدز و بیماران ایدزی در میان دانش‌آموزان وجود داشته است».

پژوهش دیگری که توسط حاجیان مطلق، فرشی، عبداللهی و دیگران (۱۳۸۳) با عنوان «بررسی آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دبیرستانی از بیماری بیماری ایدز در شهرستان

ساوجبلاغ» انجام گرفت، نشان می‌دهد که «۵۸ درصد دانش‌آموزان معتقد بودند بیماران مبتلا به ایدز باید در مکانی جدا از اجتماع نگهداری شوند». پژوهش دیگری توسط محمود قاضی طباطبایی، دروتی پاولاک و ودادهیر (۱۳۸۵) انجام گرفته است. این پژوهش مروری بر تحولات پارادایم‌های مرتبط با اچ.آی.وی داشته و بیان می‌دارد که در ربع قرن گذشته به‌ترتیب سه پارادایم ریسک رفتاری، برساخت‌گرایی اجتماعی و برساخت‌گرایی رادیکال در مطالعات ایدز حاکم بوده است. این پژوهش نسبت علم جمعیت‌شناسی را با این پارادایم‌های فکری بررسی کرده و به دنبال ارائه درآمدهای بر جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی اچ.آی.وی ایدز در ایران بوده است. این پژوهش نشان می‌دهد که نیل به موفقیت در مدیریت مسئله و یا جلوگیری از تبدیل آن به بحران در کشورهایی مثل ایران مستلزم توجه هم‌زمان با عوامل ساختاری و برساختی در جامعه و نهایتاً اتخاذ یک مداخله اجتماعی فراگیر مبتنی بر این عوامل است.

چن^۱ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که در مناطقی از چین که غالباً مبتلا به ویروس اچ.آی.وی با رفتارهای پرخطر تفسیر می‌شود، احساس منفی شدیدی نسبت به افرادی که با اچ.آی.وی/ایدز زندگی می‌کنند، وجود دارد.

کار و گراملینگ^۲ (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافتند که برچسب بیماری ایدز در زنان مبتلا مانعی برای دریافت مراقبت‌های درمانی در مراکز بهداشتی است. در مطالعه لی لی و شینگ^۳ (۲۰۰۵) چگونگی حمایت خانواده از افراد مبتلا به ایدز در یوننان چین بررسی شد و یافته‌ها نشان می‌دهند که همه شرکت‌کنندگان، منبع اصلی اولیه حمایت را خانواده می‌دانند. میکولاجچک و همکاران^۴ (۲۰۰۶) در مطالعه مردان همجنس‌گرا نشان دادند که این افراد هرگز مورد آزمایش ایدز قرار نگرفته‌اند، بررسی شوندگان ترس و ادراک خطر ننگ را به عنوان موانع عمده آزمایش مطرح کردند. کانینگهام^۵ و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که افزایش احساس انگ و کاهش احساسات مسئولیت‌پذیری تأثیر منفی در افشای وضعیت بیماری دارد.

چارچوب نظری

مبانی نظری این پژوهش ناظر بر تبیین ساخته‌شدن استیگمای ایدز توسط جامعه است و آن را

-
1. Chen and *et al*
 2. Carr and Gramling
 3. Lee Lee and Shing
 4. Mikolajczak and *et al*
 5. Cunningham

به عنوان یک اصل مسلم در ارتباط با این بیماری در نظر می‌گیرد. با توجه به چنین دیدگاهی، پژوهش حاضر در پی بررسی تأثیرات بیماری بر روی وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران اچ.آی.وی/ایدز است.

بنابر نظریه کنش متقابل نمادین^۱، ارتباط انسان‌ها از طریق کنش متقابل و به واسطه نمادها انجام می‌شود. در این پژوهش ارتباط بین بیمار و دیگر افراد به عنوان یک کنش متقابل در نظر گرفته شده است که توسط نمادها صورت می‌پذیرد و نمادها توسط فرهنگ هر جامعه تعریف می‌شوند و ممکن است شیوه‌های برخورد با بیماران اچ.آی.وی/ایدز در هر جامعه‌ای براساس شرایط اجتماعی و فرهنگی آن جامعه متفاوت باشد و به گونه‌ای متفاوت تعریف شود. تمام فرهنگ‌ها اعتقاداتی درباره بیماری و سلامتی دارند که از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد.

طرفداران نظریه کنش متقابل نمادین استدلال می‌کنند که عملاً همه کنش‌های متقابل میان افراد انسانی متضمن تبادل نمادهاست. هنگامی که ما در کنش متقابل با دیگران قرار می‌گیریم دائم در حال جست‌وجوی «سرنخ‌هایی» هستیم برای اینکه چه نوع رفتاری در آن زمینه مناسب است و اینکه چگونه آنچه را منظور دیگران است تعبیر کنیم. بنابراین، چارچوب کلی این طرح در در مکتب کنش متقابل نمادین جریان می‌یابد، بیشترین توجه این مکتب به کنش متقابل رو در روست البته کنش‌ها به شیوه دیگری هم می‌توانند انجام شوند. توجه اصلی ما نیز به کنش رو در روی بیماران اچ.آی.وی/ایدز با دیگران به عنوان نمونه‌ای از کنش متقابل نمادین خواهد بود.

نکته اساسی اینجاست که مردم مستقیماً به جهان خارج واکنش نشان نمی‌دهند، بلکه به دنیای خارج معنایی اجتماعی می‌دهند و نسبت با آن معنی واکنش نشان می‌دهند. در بسیاری از جوامع رفتارهای پرخطر شامل مصرف مواد مخدر، بی‌بندوباری جنسی، همجنس‌گرایی،... منفی ارزیابی شده است و واکنش منفی از طرف جامعه دارد. این موارد همگی نمادهایی از رفتار پرخطر هستند که توسط توافق مردمی که در ارتباطاتشان (کنش متقابلشان) از آن‌ها استفاده می‌کنند، حاصل می‌شود. درواقع نمادها همان معانی‌ای هستند که از طریق مفاهیم مشارکتی ساخته می‌شوند و جملگی آن‌ها بر ساخته شده‌اند^۲. رفتار پرخطر توسط جامعه و از طریق کنش متقابل افراد معنا شده و به عنوان انحراف از هنجارهای پذیرفته‌شده شناخته می‌شود.

وقتی ما درباره رفتار یا عملکردی که نرمال (بهنجار) است فکر می‌کنیم، ممکن است از لغاتی مانند نوعی، معمول، متعارف، عادی یا موزون استفاده کنیم. این لغات نیازی به دلالت داشتن بر قضاوت درباره ارزش رفتار ندارند، اما به سادگی به عنوان چیزی که ممکن

-
1. Symbolic Interaction
 2. Constructed

است پیشی بگیرد، شناخته می‌شود. گاهی اوقات، رفتار، عملکرد و تجربه‌ها از آنچه مورد انتظار است منحرف می‌شوند. در مکالمات روزانه لغت «منحرف»^۱ می‌تواند بازخورد معنای ضمنی منفی و نامطبوع باشد. اما با دیدی جامعه‌شناسانه می‌توان به‌سادگی از انحراف به عنوان رفتاری که هنجارهای پذیرفته‌شدهٔ عموم را شکسته صحبت کنیم (شیف، ۲۰۰۵: ۷۰).

انحراف بسته به اینکه تا چه حد از تأییدنشدن برخوردار باشد با واکنش جامعه روبه‌رو می‌شود. گروه‌های جامعه ممکن است از این طریق نسبت به منحرفانی که رفتار غیرعادی‌شان مورد تأیید جامعه قرار نمی‌گیرد واکنش نشان دهند: «اظهار تنفر، خشم، طرد، محروم‌کردن از حقوق اجتماعی و نکوهش زبانی یا تنبیه بدنی، بازداشت، جریمه، حبس» (قائم‌مقامی، ۱۳۵۳: ۹۸-۱۰۱). بیماری نیز در جامعه نوعی انحراف است، زمانی که نقش بیمار در امتداد با روش‌های جامعه برای بازخورد با بیماران ملاحظه شود، مفهوم بیماری به عنوان انحراف به‌خوبی کاربرد دارد. زیرا هنجار رایج سلامت و سالم‌بودن است و شخص بیمار به‌علت اینکه رفتاری برخلاف نُرم رایج داشته، منحرف شناخته می‌شود. اما شرایط برای بیماری ایدز به اینجا ختم نمی‌شود. ایدز نه‌تنها به عنوان بیماری یک انحراف شناخته می‌شود و شخص مبتلا به آن برچسب می‌خورد، به‌علت صرف بیماربودن، علاوه بر آن به‌علت اینکه بیماری ایدز با رفتار پرخطر پیوند خورده است (برای مثال ابتلا از طریق اعتیاد تزریقی) استفاده از مواد اغلب به عنوان مشکل اصلی جامعه که اخلاقیات جامعه را تخریب می‌کند و بسیاری از افراد نسل جوان را از بین می‌برد شناخته شده است (ویلیام^۲، ۱۹۷۶: ۱۷۵). فرد مبتلا به‌گونه‌ای مضاعف برچسب منحرف را دریافت می‌کند. شخص مبتلا به ایدز یک بیمار است که گاهی به او به چشم مجرمی که مجازاتی جز مرگ در انتظار او نیست، نگریسته می‌شود.

نگاه مجرم‌گونه به این بیماران بر اثر شیوه‌های ابتلا آن‌هاست که در جامعه به عنوان رفتار انحرافی شناخته شده است. اعتیاد تزریقی و رابطه‌های غیراخلاقی در جامعه ما برخلاف ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه است و همان‌گونه که نظریهٔ انحراف اجتماعی بیان می‌کند، هنجارهای حاکم بر جامعه تعریف‌کنندهٔ رفتار انحرافی هستند. بنابراین، این افراد علاوه بر بیماربودن و شناخته‌شدن به عنوان بیمار که خود نوعی انحراف محسوب می‌شود به‌علت نوع بیماری‌شان و پیوندخوردن این بیماری با رفتار انحرافی برچسب منحرف را دریافت می‌کنند. به دنبال طرح مباحث مربوط انحراف اجتماعی نظریهٔ برچسب نیز می‌تواند مورد نظر قرار گیرد. درواقع با مرور این نظریه مقدمهٔ لازم جهت طرح این بحث که «مبتلایان به ایدز نیز برچسب منحرف می‌خورند یا نه؟» فراهم خواهد آمد.

-
1. Deviant
 2. William

نظریه برچسب^۱ نوعی نظریه کنش متقابل نمادین است و چون در محدوده این سنت نظری قرار می‌گیرد عمدتاً چشم‌انداز آن با کنش متقابل بین منحرفان و سازشکاران سروکار پیدا می‌کند. به علاوه چون کنش متقابل نمادین است، این نظریه با مفاهیمی که اعضای سازمان یا اعضای گروه از اعمال و عکس‌العمل‌های دیگران می‌گیرند، سروکار دارد. نظریه برچسب تأکید می‌کند که نفس رفتار، منحرفان را از غیرمنحرفان جدا نمی‌سازد، بلکه اعمال اعضای سازشکار جامعه است که این تمایز را فراهم می‌سازد. این اعضا برخی از رفتارهای انحرافی را تفسیر کرده، برچسب انحرافی را به افراد نسبت می‌دهند.

از آنجا که هنجارها عبارت‌اند از عقاید و باورهای همه مردم در زمینه‌ای که چه رفتاری باید وجود داشته باشد، عملی که مخالف با چنین باورهایی باشد احتمالاً منتج به واکنش‌های مشخصی خواهد شد، ولی مطلب قابل توجه این است عمل مزبور انحراف است و نه برعکس (قائم‌مقامی، ۱۳۵۳: ۱۲۲). ایدز ارتباط تنگاتنگی با اعتیاد و آسیب‌های دیگر اجتماعی و عدم پای‌بندی اخلاقی دارد و این عامل با ارزش‌های مذهبی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از جوامع در تضاد است به همین دلیل است که افراد مبتلا یا مشکوک، طردشده و گناهکار شناخته می‌شوند و علاوه بر محرومیت از تحصیل و اشتغال، از تشکیل خانواده و یا برخورداری از یک زندگی زناشویی سالم هم باز می‌مانند.

وقتی رفتار انسانی به حدی برسد که از نظر گروه‌ها به عنوان انحراف فردی ناپسندی انتظارات هنجاری آن‌ها محسوب گردد، انحراف شناخته می‌شود و موجب ظهور واکنش‌های جمعی یا متقابل می‌شود که به «طرد»، «تهدید» و تأدیب افرادی منجر می‌شود که مرتکب چنین رفتاری شده‌اند (قائم‌مقامی، ۱۳۵۳: ۱۲۰). به علت راه‌های انتقال این بیماری که بیشتر از طریق وسایل تزریق مشترک و همچنین رابطه جنسی خارج از چارچوب اخلاقی و قانونی آن است، این رابطه و بیماران و اطرافیان او را با چالش مواجه خواهد کرد. به علت این نوع نگاه به بیماری ایدز به صورت انحراف ناشی از هنجارها و قوانین و موازین پذیرفته‌شده در جامعه ما و دیگر جوامع است که بیماران را برچسب می‌زنند، این برچسب‌زنی نتیجه مهم‌تری دارد که تحت عنوان انگ یا استیگما^۲ مطرح شده است.

استیگما که توسط اروین گافمن تعریف شده است یک نشان بی‌اعتبارکننده است. گافمن علاقه‌مند بود که شکاف میان آنچه یک شخص باید باشد، یعنی همان «هویت بالقوه» و آنچه یک شخص واقعاً هست، «هویت اجتماعی بالفعل» را بررسی کند. هر کسی که شکافی میان این دو هویتش باشد، داغ خورده است (نقل از ریتزر، ۱۳۷۴: ۲۸۶).

1. Labeling theory

2. Stigma

اصطلاح داغ ننگ برای اشاره به ویژگی یا صفتی به کار می‌رود که به شدت بدنام‌کننده یا ننگ‌آور است. اما باید توجه کرد که قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات خودش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. به عبارت دیگر صفتی که داغ ننگ بر پیشانی فرد دارای آن می‌زند، می‌تواند به عادی جلوه‌دادن دیگر افراد کمک کند و بنابراین فی‌نفسه نه خوش‌نام‌کننده باشد و نه بدنام‌کننده. برای مثال در آمریکا شغل‌هایی وجود دارند که شاغلان فاقد تحصیلات دانشگاهی آن‌ها، «کم‌سواد» بودن خود را در محیط کار مخفی نگه می‌دارند، اما در مقابل شغل‌های دیگری هم یافت می‌شوند که اگر فرد دانشگاه‌رفته‌ای مشغول آن‌ها باشد، «تحصیل کرده» بودنش را همچون رازی مخفی می‌کند، تا مبادا برچسب ناشی و ناروا بخورد (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۲).

نگرش‌هایی که ما آدم‌های عادی نسبت به فرد داغ‌خورده داریم و کنش‌هایی که در مقابلش انجام می‌دهیم کاملاً شناخته‌شده‌اند زیرا این پاسخ‌ها چیزی هستند که کنش‌های اجتماعی خیرخواهانه برای تلطیف و اصلاحشان طراحی شده‌اند. ما تصور می‌کنیم که یک فرد داغ‌خورده انسان کاملی نیست و براساس همین تصور انواع تبعیض‌های مختلف را علیه وی اعمال می‌کنیم و به شکلی کارآمد، شاید هم اغلب از روی بی‌فکری، فرصت‌های زیستی‌اش را کاهش می‌دهیم. درواقع یک نوع نظریه داغ ننگ می‌سازیم. یک ایدئولوژی که پست بودن وی را تبیین کند و دلیلی برای خطرناک تلقی کردنش در اختیار ما بگذارد (همان: ۳۴).

همکاری یک فرد داغ‌خورده با آدم‌های عادی در عمل کردن به گونه‌ای که انگار تفاوت آشکار او امری نامربوط و غیرواقعی است، یک حادثه عمده در زندگی چنین فردی را شکل می‌دهد. اما وقتی تفاوت او بلافاصله آشکار نشود و از قبل اطلاعی در مورد آن وجود نداشته باشد یا حداقل خود وی تصور کند که کسی به سرعت آن را تشخیص نمی‌دهد وقتی درحقیقت او فردی مواجه با احتمال بدنام‌شدن باشد نه اینکه بدنام شده باشد، آن گاه باید دومین حادثه عمده در زندگی او را جست‌وجو کنیم و در این حالت مسئله چاره‌اندیشی برای تنش‌هایی که در برقراری روابط اجتماعی ایجاد می‌شوند نیست بلکه بیشتر مسئله سروسامان دادن به اطلاعات فرد درباره توحش مطرح می‌شود اینکه آیا آن را نشان بدهد یا نه؟ درباره آن حرف بزند یا نه؟ اعتراف بکند یا نه؟ دروغ بگوید یا نه؟ و در هر مورد به چه کسی، چگونه، چه موقع و کجا (همان: ۳۹) ؟

اگر بیماری را یک انحراف در نظر بگیریم که هنجار موجود را، که همان سلامت است، نقض کرده است، پس می‌توان گفت بیماری ایدز نیز هنجار سلامت را نقض کرده و ناقض هنجارهای اخلاقی و اصول قانونی پذیرفته (به‌ویژه درباره روابط جنسی، همجنس‌بازی، اعتیاد به مواد و...) جامعه بوده، ازاین‌رو همراه بودنش با انگ مسلم خواهد بود.

هرک و همکاران^۱ (هرک و همکاران، ۱۹۸۸: ۳۶؛ به نقل از هولزمر^۲، ۲۰۰۴) از اصطلاح «استیگمای مرتبط با ایدز» استفاده می‌کنند، که به معنای تعصب، تنزل، بی‌اعتباری و تبعیض است که متوجه مردمی است که با داشتن اچ.آی.وی/ایدز در فردیت‌ها، گروه‌ها و جوامعی که در آن شرکت دارند، شناخته می‌شوند.

وقتی اچ.آی.وی/ایدز اولین توجهات عمومی را دریافت کرد، به‌رغم داشتن ریشه‌های مشابه انتقال هپاتیت بی، به‌طور خیلی متفاوتی قضاوت شد. از آنجایی که هپاتیت بی، از طریق خون انتقال می‌یابد، کارکنان مراقبت سلامت را با خطرات ویژه‌ای روبه‌رو می‌کند، اچ.آی.وی/ایدز به‌طور قابل توجهی مربوط به رابطه جنسی است. با وجود اینکه بعضی گروه‌های دیگر به عنوان دارندگان نرخ‌های بالای بیماری شناخته می‌شوند مانند معتادان تزریقی، اچ.آی.وی/ایدز عمدتاً به عنوان بیماری جنسی ساخته و فهمیده شده است (هرک، کاپیتانو^۳، ویدامن^۴، ۲۰۰۲؛ به نقل از هولزمر، ۲۰۰۴).

مطابق با نظر «آلونزو و رینولدز»^۵ افراد آلوده به اچ.آی.وی/ایدز داغ می‌خورند، برای اینکه مسئله بیماری آن‌ها:

۱. با رفتار انحرافی آن‌ها مرتبط است؛ خواه به عنوان نتیجه آن یا به عنوان موجد رفتار انحرافی.
 ۲. مسئولیت فردی آنان تلقی می‌شود.
 ۳. براساس یک باور مذهبی و فرهنگ و با تلقی کردن آن به عنوان رفتاری غیراخلاقی و قابل مجازات، از حیث اخلاقی زیر سؤال می‌رود.
 ۴. یک بیماری واگیردار است و برای جامعه تهدید تلقی می‌شود.
 ۵. به یک نوع مرگ ناخواسته و ناخوشایند منجر می‌شود.
 ۶. توسط اجتماع محلی و افراد عادی جامعه درک نمی‌شود و با نگاه منفی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و پزشکی همراه است (آلونزو و رینولدز، ۱۹۹۵؛ به نقل از قاضی طباطبایی، پاولاک و ودادهیر).
- این توضیحات به‌روشنی ساختار حاکم بر این پژوهش را تشریح کرده است. چالشی که در اینجا مطرح می‌شود و این پژوهش به دنبال آن است، تأثیر این انگ (استیگما) بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران اچ.آی.وی/ایدز و به‌طور مشخص در پی پاسخ به سؤالات زیر است.

1. Herek et al
2. Holzmer
3. Capitano
4. Wideman
5. Alonzo and Reynolds

- فرآیند داغ ننگ خوردن بیماران اچ.آی.وی چگونه صورت می گیرد؟
- داغ ننگ چه معنایی برای بیماران دارد و چگونه هویت آنان را لکه دار می کند؟
- نقش داغ ننگ خوردن این بیماران در تعاملات اجتماعی با دیگر افراد چگونه است؟
- داغ ننگ خوردن بیماران اچ.آی.وی چه تأثیری بر شرایط اقتصادی آن ها می تواند داشته باشد؟

روش شناسی

روش استفاده شده در این پژوهش مطالعه کیفی است. از آنجا که موضوع بررسی شده از حساسیت خاصی هم در نزد جامعه و هم در نزد مبتلایان به ایدز برخوردار است در نتیجه دشواری خاصی دارد. یکی از دلایل انتخاب روش کیفی به عنوان روش استفاده شده در این مطالعه در رابطه با «خاص بودن» موضوع بررسی شده است. یکی از مشخصه های بیماری ایدز این است که ایدز پدیده ای است که برخلاف سایر بیماری های خاص دیگر زوایا و جنبه های پنهانی دارد که در نتیجه در اغلب موارد افراد و خانواده های مبتلا سعی در پنهان کردن موضوع بیماریشان از سایر افراد جامعه می کنند.

علاوه بر مطالب فوق در توجیه استفاده از روش کیفی به عنوان روش مناسب در مطالعه آسیب های ایدز نظر پژوهشگران و متخصصان بررسی آسیب های ایدز نیز می تواند مفید واقع شود. در زمینه استفاده از روش های کیفی در بررسی آسیب های ایدز همان طور که بارنت^۱ و وایتساید^۲ (۲۰۰۰: ۲۵) عنوان می کنند روش پیمایش نمی تواند آسیب های ناشی از مواجهات بلندمدت با ایدز را در میان خانوارهای مبتلا مشخص سازد. شیوه انتخاب نمونه گیری، مبتنی بر هدف یا مبتنی بر نمونه گیری نظری است. پژوهشگر در این نوع نمونه گیری به طور هم زمان داده هایش را گردآوری، کدگذاری و تحلیل می کند و تصمیم می گیرد که چه داده هایی را در مرحله بعدی گردآوری و آن ها را در کجا پیدا کند، تا بدین وسیله نظریه اش را در زمان شکل گیری اش تدوین کند (فلیک، ۱۳۸۸: ۸۷).

در این پژوهش از تکنیک های روش تحقیق کیفی از جمله مصاحبه عمیق، و همچنین بحث گروهی متمرکز^۳ (فلیک، ۱۳۸۸) استفاده شده است. از طریق ضبط و پیاده کردن مصاحبه ها تفسیر انجام می شد. پس از کدگذاری باز و فرایند شناسایی مفاهیم، انتخاب مقوله و تعمیق

1. Barnett

2. Whiteside

3. Focus Group Discussion

پیوند بین مقوله‌ها انجام می‌گرفت. در نهایت کدگذاری تحلیلی بر پایه ماهیت تفسیری پژوهش کیفی و تأمل پژوهشگر کیفی بر معانی، مباحث، و وقایع و تجربه‌ها انجام شد.

نمونه‌ها

تعداد نمونه‌ها ۲۷ نفر بود که ۷ نفر مرد بودند و ۵ نفر متأهل و ۲ نفر مجرد بودند و سطح تحصیلات آن‌ها بین دیپلم و لیسانس بوده است. ۲۰ نفر دیگر خانم بودند که ۱۱ نفر آن‌ها بیوه، ۷ نفر متأهل، و ۲ نفر نیز مجرد بودند. با ۱۵ بیمار مصاحبه عمیق و همچنین در دو گروه شش نفره نیز بحث‌های گروهی متمرکز انجام شد.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت به ارائه یافته‌هایی که از طریق مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز انجام شد می‌پردازم.

طرد

انحرافات در مواردی سبب طرد آشکار اجتماعی می‌شود و مرتکبان جرم را به دنیای انزوا سوق می‌دهد که این به نوبه خود سبب پیدایش و یا افزایش اختلافاتی دیگر است. طرد «به استراتژی‌هایی اطلاق می‌شود که گروه‌ها برای جداکردن بیگانه‌ها از خودشان و ممانعت از دسترسی آن‌ها به منابع ارزشمند اتخاذ می‌کنند» (کیدنز، ۱۳۷۶: ۲۲۸). در زمینه ارتباط با مبتلایان زنی ۴۲ ساله می‌گفت: «همین که فهمیدن دخترم ایدز داره کلاً ما رو ول کردن و تنها گذاشتن، حتی منی که ایدز نداشتم رو هم تنها گذاشتن و اصلاً به ما سر نمی‌زدن.»

زنی ۳۰ ساله اظهار داشت: «همسرم مریض و بستری شد و بیماریش مشخص شد، دیگه خیلی به ندرت می‌ومدن خونه ما. پدر شوهر و مادر شوهرم وقتی هم می‌ومدن نیم‌ساعت - سه ربع بیشتر نمی‌نشستن. نیم‌ساعت - یک ساعت می‌نشستن، می‌رفتند. همشون می‌دونستن، خودشون رو زده بودن به اون راه یعنی که ماها نمی‌دونیم. در صورتی که همسرم گفته بود که به همشون گفتم.»

مردی ۳۳ ساله می‌گفت: «همین که دوستان و فامیل فهمیدن که من ایدز دارم کم‌کم از من فاصله گرفتن ولی می‌خواستن جوری وانمود کنن که علتش بیماری من نیست.» یکی از خط مشی‌هایی که گافمن معتقد است که بیماران «نشان‌شده» به کار می‌برند تا تنش‌هایی را که در تماس با «اشخاص عادی» برای آن‌ها پیش می‌آید، برطرف سازند چنین

است که فرد تصمیم می‌گیرد که خود را از صحنه زندگی اجتماعی کنار بکشد و دیگر در فعالیت‌هایی که نیاز به تماس با اشخاص سالم داشته باشد شرکت نکند (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۱۵۷)

مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که انگ (استیگما) ناشی از ایدز بر روابط اطرافیان با بیمار تأثیر گذاشته و سبب شده است که بیمار از اطرافیان طرد شود و به نوعی دچار حس انزوا و گوشه‌گیری بشود.

سردرگمی

آدام و هرتسلیک^۱ معتقدند مبتلایان به ایدز علاوه بر مشکلات فراوان ایدز، دچار نوعی احساس سردرگمی به علت ماهیت خاص ایدزشان هستند که به ایدز ماهیتی اجتماعی می‌بخشد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۴۱). به نظر آدام و هرتسلیک «سردرگمی» در قلب تجربه تعداد زیادی از بیماری‌های مزمن لانه دارد و به جریان زندگی افراد مبتلا برمی‌گردد. بیماران همیشه از وخیم شدن حالشان بیم دارند... حتی سیر بیماری، درباره پدیده‌ای همچون ایدز نامطمئن است. مثلاً اشخاصی که حامل میکروب هستند باید در نظر داشته باشند که ممکن است هر لحظه به بیماری دچار شوند. این وضعیت آثاز بسیار ملموسی بر زندگی آنها می‌گذارد. اشخاصی که به وجهی شدید دچار ایدز شده‌اند، چون نمی‌توانند برنامه‌های درازمدت برای زندگیشان بریزند (همان: ۱۵۴ و ۱۵۵).

زنی ۲۹ ساله که از طریق شوهرش به ایدز مبتلا شده بود می‌گفت: «رفتار اطرافیان و صاحب‌خونه مخصوصاً، به شدت روی روحیه‌ام تأثیر می‌داشت و از ادامه زندگی ناامید می‌شدم»
مرد ۴۲ ساله‌ای می‌گفت: «همش استرس اینو داشتم که اگه بفهمن چی کار می‌کنن؟ چطوری باهام برخورد می‌کنن؟ فکر کردن به این چیزا بیشتر ضعیف می‌کرد.»

یکی از مصاحبه‌شوندگان زن متأهلی بود که علاوه بر وی همسرش نیز به اچ.آی.وی آلوده شده بود می‌گفت: «این بیماری اصلاً معلوم نیست. اصلاً آدم هیچ امیدی نداره... من بعضی موقع‌ها می‌خوام برم کاری بکنم می‌گم برای چی بکنم؟ من مگه تا کی زنده‌ام؟ یه بچه می‌خوام بیارم، پیش خودم می‌گم من تا کی زنده‌ام؟ خیلی زندگی برام یکنواخت شده.»

بیماری به این علت که به شخص یک برچسب می‌زند و نیز به این علت که بیماران از وضعیت بیماریشان عمدتاً بی‌اطلاع‌اند و مشخص نیست که چه زمانی وارد مرحله بیماری ایدز می‌شوند به شدت بر روحیه آنها تأثیر گذاشته و روحیه بیمار را پایین آورده است.

پنهان کردن بیماری ایدز

گافمن یکی از خط مشی‌هایی را که بیماران نشان‌شده به کار می‌برند تا تنش‌هایی را که در تماس با «اشخاص عادی» برای آن‌ها پیش می‌آید، برطرف سازند چنین می‌داند که فرد برای آنکه مانند هر فرد سالم مورد پذیرش همگانی قرار بگیرد بیماری خود را پنهان می‌کند... وقتی وضعیت به زیان شخص مبتلاست، کوشش اصلی فرد بر آن است که در خبری که به بی‌اعتبار شدن او می‌انجامد دست ببرد. این پدیده به‌ویژه در مورد بیماری ایدز کاملاً به چشم می‌خورد. اشخاص بیمار یا با پنهان کردن بیماری خود یا با انتخاب دقیق اشخاص و یا شرایطی که به آن‌ها امکان دهد راز خود را فاش نکنند، نشان را از خود دور می‌سازند (آدام و هرتسلیک ۱۳۸۵: ۸ و ۱۵۷)

در برخی موارد نیز مصاحبه‌شوندگان اظهار کرده‌اند که به دلیل وجود نگرشی منفی نسبت با ایدز و مبتلایان بدان تحت فشار شدیدی از سوی اطرافیان قرار داشته‌اند. این فشارها و استرس‌ها گاه سبب می‌شد که آنان از بازگ کردن موضوع اچ.آی.وی مثبت بودنشان به عنوان دلیل انجام و یا عدم انجام موضوعی امتناع ورزند. به عنوان مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان زن می‌گفت: «اگر بقیه بفهمن همشون باهام قطع رابطه می‌کنن، از بیست متریم رد می‌شن، مامان بابام فوق‌العاده غصه می‌خورن، افراد دورتر احتمالاً فکر می‌کنن من روابط جنسی متعدد داشتم که دچار شدم. قطع رابطه می‌شه. سعی می‌کنم که نفهمن.»

یکی از مصاحبه‌شوندگان که زن بیوه‌ای بود می‌گفت: «خوب من فقط خونواده‌ام می‌دونن که بیمارم. کس دیگه‌ای نمی‌دونه. ولی بارها بوده که مثلاً فک و فامیل او مدن نشستن، به مامانم گفتن چرا دخترت ازدواج نمی‌کنه؟ خوب من با این شرایطی که دارم؛ ظاهراً جوونم. فقط یه دونه بچه دارم. او مدن نشستن علت اینکه چرا ازدواج نمی‌کنه رو پرسیدن. یه خورده برام سنگین بوده که اگه بفهمن من بیمارم شاید یه جور دیگه بهم نگاه کنن. این جور رفتار اذیتم کرده.»

مردی ۳۳ ساله می‌گفت: «خوب آدما وقتی بفهمن یه بیماری به این وحشتناکی هستش، کسی مبتلا به این بیماریه، همش استرس دارن و اضطراب دارن که نکنه ما هم بگیریم. بنابراین، دهنم همیشه بسته است، حرفمو با هیچ کس نمی‌زنم. حالا تا واسه جامعه جا بیفته، واسه خود مریض جا بیفته هیاته.»

به نظر می‌رسد یکی از عواملی که موجب پنهان کردن بیماری می‌شود این است که افراد بر اثر ناآگاهی در مورد بیماری ایدز از بیماران اچ.آی.وی می‌ترسند و بیماران هم که به‌خوبی از ترس دیگران آگاهند بیماری خود را پنهان نگه می‌دارند. پنهان کردن موضوع بیماری پیامدهای

بسیاری برای جامعه دارد. افشانکردن آن به علت انگ بیماری ممکن است منجر به طولانی شدن رفتارهای پرخطر و در نتیجه کمک به شدت انتقال آن شود (کینگ و دیگران، ۲۰۰۸). براساس مطالعات انجام شده در دنیا رفتارهای مخاطره آمیز جنسی در افراد مبتلا به ایدز همچنان ادامه دارد و شرکای جنسی آن‌ها و خود این افراد را در معرض ایدز و دیگر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌دهد (کلیچمن و دیگران، ۲۰۰۱)

تبعیض^۱

تبعیض «به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که حق اعضای یک گروه را برای استفاده از فرصت‌هایی که در برابر دیگران گشوده است سلب می‌کند» (گیدنز، ۱۳۷۶: ۲۳۶). تبعیض رابطه بسیار نزدیکی با «تعصب» دارد. تعصب به عقاید یا نگرش‌های یک گروه درباره گروهی دیگر اطلاق می‌شود، در صورتی که تبعیض به رفتار واقعی نسبت به آن‌ها اشاره دارد. برخی گروه‌ها از آن روی که توسط دیگران مورد تبعیض واقع می‌شوند، در وضع نامساعدی قرار دارند. تبعیض هنگامی وجود دارد که فرصت‌هایی که یک دسته از مردم از آن بهره‌مندند به گروه دیگری داده نمی‌شود (گیدنز، ۱۳۷۶: ۲۶۱).

موضوعی که در اینجا به ذهن می‌رسد این سؤال است که تبعیض درباره چه چیزی؟ پاسخ بدین پرسش می‌تواند هر نوع منابع، امکانات، خدمات و به‌طور کلی، هر نوع حق عمومی و همگانی باشد که فرد و یا گروه در جامعه از آن برخوردار است. این حقوق در معنای کلی آن «حقوق اجتماعی» (سیاسی، اقتصادی، اجتماعی به معنای خاص آن و...) است. حقوق اجتماعی از نظر گیدنز (۱۳۷۶: ۸۱۵) «حقوق استفاده از خدمات اجتماعی و رفاهی که شهروندان در اجتماع ملی معینی دارند» است.

بزرگ‌ترین فرایند تبعیض آمیز از طریق ننگ مرتبط با ایدز پیامد منفی در اشکال نقض حقوق اجتماعی، اقتصادی و حقوق سیاسی از جمله دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. همچنین انگ ایدز در برگیرنده امکان بالقوه برای تولید دیگر موقعیت‌هایی است که اثرات منفی بر سلامت روانی فرد مبتلا، نظیر از دست دادن بیمه درمانی، تبعیض‌های اجتماعی، دسترسی به بهداشت و مشکلات مربوط به خدمات دارد (پارکر و اگلتن، ۲۰۰۳).

نقل قول‌هایی که در این مقوله جای می‌گیرند درواقع اشاره به برخوردها و رفتارهای غالباً نامناسبی دارد که سایرین نسبت به افراد مبتلا به ایدز دارند. وی از خود نشان می‌دهند. این برخوردها و نگرش‌های منفی به اعمال تبعیض‌ها و محرومیت از خدمات و حقوق عمومی

-
1. Prejudice
 2. Parker and Aggelton

نسبت به این گروه از افراد است. برخی گفته‌اند وقتی موضوع بیماری خود را به افراد می‌گفتند با آن‌ها برخورد بدی کردند در صورتی که شاید برای آن‌ها خطری نداشته باشد.

یکی از مصاحبه‌شوندگان زن می‌گفت: «برای انجام کار دندون پزشکی به دکتر مراجعه کردم، همین که گفتم من ایدز دارم، گفت بیرون باش تا مریضا که تموم شد تو رو صدا بزنم بیای. من رو ۸ ساعت اونجا کاشت بعدش هم گفت نه متأسفانه وسایل انجام کار شما رو نداریم. خیلی ناراحت شدم گریه‌ام گرفته بود. برای همین دفعه بعد که رفتم دندونپزشکی نگفتم.»

یکی از مصاحبه‌شوندگان که زن بیوه‌ای بود می‌گفت: «تقریباً سه چهار سال پیش که نمی‌دونستم بیماریم چیه... که بخوام حرفش رو بزنم... رفتم با همسایمون صحبت کردم. هی دم به دقیقه زنگ می‌زدن به صاحب‌خونم که بیا اینا رو جواب کن ما می‌ترسیم اینا اینجا زندگی می‌کنن با ما. یعنی چه جوری بگم هر دقیقه زنگ می‌زدن می‌گفتن بهش. نشسته بودم اونجا دیگه صدای صاحب‌خونه در اومده بود که... صاحب‌خونم جوابم کرد بلند شدم از اونجا در صورتی که من هیچ خطری برای اونا نداشتم. می‌دونین چیه اطلاعات در مورد این بیماری خیلی کمه. الان اینجا (محل سکونت جدید) کسی نمی‌دونه راستش اگه بگم جوابم می‌کنن.»

خانمی ۳۲ ساله می‌گفت: «رفتم آرایشگاه به خانمه گفتم که من ایدز دارم تا اینو شنید بهم گفت خانم بفرمایید بیرون ما واسه شما کاری نمی‌کنیم. از اون به بعد هر وقت می‌خواستم برم آرایشگاه دیگه نمی‌گفتم، ولی در عوض تمام وسایل رو همراه خودم می‌بردم.»

یکی از مصاحبه‌شوندگان که زن بیوه ۳۵ ساله‌ای بود، درخصوص رفتار کادر آموزشی محل تحصیل فرزندانش پس از اطلاع از موضوع اچ.آی.وی خود، همسر فوت‌شده و یکی از دو فرزندش که آنجا تحصیل می‌کرد گفت: «برای چهل همسرم که رفتم مدرسه پسر که اجازه بگیرم و هم اینکه دعوتشون کنم برای ختم، به من گفتن که بیا بریم تو یه اتاق! منو بردن تو یه اتاق در بسته، شروع کردن به سؤال کردن؛ همسرتون از چه بیماری‌ای فوت کرد؟ منم همش می‌گفتم عفونت روده و... بعد گفتن نه، ما خبر داریم که همسرتون ایدز داشتن. گفتن ما از مرکز بهداشت پرسیدیم، گفتن که هم همسرتون ایدز داشته هم شما، هم دو تا بچه‌هاتون. خوب اون موقع پسر بزرگم اونجا کلاس پنجم درس می‌خوند. برای اینکه رفع اتهام کنم از پسر بزرگم، فوری گفتم نه اون سالمه. یعنی یه جوری بهم گفتن که خودم پذیرفتم. بعد دیدم که خیلی یه دفعه اخلاقشون تند شد و گفتن که شما می‌دونید باعث خون این همه بچه هستید و چه جوری می‌خواین جواب خدا رو بدین و از این حرفا. بعد هم گفتن شما بچه‌تون رو ببرید خونه، باهاش کار کنید برای امتحان بیارید. یعنی به حساب اخراجش کردن.»

حتی در مراکز خدمات بهداشتی نیز نسبت به بیماران اچ.آی.وی/ایدز نوعی تبعیض وجود داشت.

یکی از زنان مبتلا که همسرش نیز آلوده به اچ.آی.وی است می‌گفت: «بیمارستان به‌خاطر تصادف شوهرم رفته بودیم، که اصلاً رفتار خوبی نداشتن. از پرستارا چیزی می‌خواستیم می‌گفتن خودت برو انجام بده! همه از من فراری بودن.... من یه بار سقط کردم، دکتر اصلاً رفتارشون خوب نبود. کار انجام نمی‌دادن. فراری بودن، اصلاً اهمیت نمی‌دادن. دکترم اول به من گفت بیمارستان بستری بشو. رفتم بیمارستان سه چهار روز اونجا حالم اون قدر بد بود، خونریزی داشتم و... اصلاً هیچ‌کدوم از پرستارا بالای سرم نمی‌اومدن... یعنی تو دکتر خودت می‌گی آگاهی دارم. حالا از دیگران آدم توقع نداره.»

مردی ۴۵ ساله می‌گفت: «چند روزی بیمارستان بستری بودم. از روز اول که اومدم پرستاره فهمید اچ.آی.وی مثبت هستم خیلی از من فاصله می‌گرفت. دور تختم رو پوشونده بود. سرم رو که می‌خواست عوض کنه با بی‌میلی و ترس انجام می‌داد.»

از مصاحبه‌های بالا می‌توان فهمید که بدبینی نسبت به بیماران آلوده به اچ.آی.وی در بین کادر پزشکی بیمارستان‌ها و خدمات درمانی هم دیده می‌شود. این مسئله گویای این است که هنجارها و رفتارهای پزشکان و کادر درمانی بیمارستان‌ها هم تحت تأثیر ارزش‌ها و نگرش‌های جامعه است.

ناآگاهی

یکی از مسائلی که بیشتر بیماران در لابه‌لای صحبت‌هایشان به آن اشاره می‌کردند، نبود آگاهی در ارتباط با این بیماری بود و به‌دلیل این مسئله بیماران با مسائل بسیاری در جامعه روبه‌رو می‌شوند. براساس صحبت‌های خودشان این ناآگاهی در میان تمام اقشار جامعه مانند معلم، پزشک، کادر درمانی.... وجود دارد و به استیگمای موجود دامن می‌زند. در ذیل نمونه‌هایی از آن‌ها ذکر شده است:

زن ۳۲ ساله‌ای می‌گفت: «از این در که پایت را بیرون می‌گذاری، نگاه‌ها فرق می‌کند. فرد خاصی مقصر نیست، آگاهی نیست (چندین بار تکرار شد).»

خانم دیگری اظهار داشت: «معلم پسر من توی کلاس بهش گفته بود که از روبوسی و عرق دست منتقل می‌شه. بهش گفته بود که خیلی بیماری خطرناکه. پسر من ترسیده بود و اضطراب شدید گرفته بود. وقتی بیماریم رو فهمیدم تا یه سال حالت عجیبی بهم دست داده بود. وحشت داشتم، چون تو مرکز بهداشت هم رفتم عکسایی بود مثلاً روی تابلوی اعلانات زده بود صورتاشون تاول زده بود. خیلی وحشت داشتم. هر روز مثلاً جلوی آینه می‌ایستادم ببینم یه جاییم تاول نمی‌زنه. اطلاع‌رسانی خیلی ناجور بود. قبل از اینکه به این بیماری مبتلا بشم تو بیمارستان کار می‌کردم، یه مریض ایدزی تو بخش ارتوپدی بود. بچه‌ها گفتن بریم ببینیمش فکر می‌کردیم یه غولیه، اصلاً بیمارستان وحشت کرده بودند وقتی فهمیدند که مثبته. مرخصش

کرده بودن، اون هم نامادری داشت، نامادریش هم وحشت کرده بود که ببرتش خونه. خود من هم تا قبل از اینکه مبتلا بشم نمی‌دونستم راه‌های انتقالش چیه و اصلاً باید چی کار کرد.» خانمی ۳۶ ساله نیز درباره تجربه بیماری‌اش می‌گفت: «یه بار که تو بیمارستان بستری بودم خانم روبه‌رومون سزارین کرده بود. می‌اومد که بره تو دستشویی ما، پرستار بلندبلند به اون می‌گفت که اینجا اتاق عفونیه برای چی می‌آی تو این اتاق بری دستشویی، یه مریضی هم بگیری. اون قدر احمق بود نمی‌دونست که از طریق دستشویی مشترک هیچ اتفاقی نمی‌افته. می‌دونی اطلاعات ندارن، ای کاش روزی برسه که یه واحد درسی برای پزشکا و پرستارا بذارن که یه اچ.آی.وی مثبت بره با اونا صحبت کنه.»

با توجه به مصاحبه‌های انجام‌شده در این مورد، به نظر می‌رسد که نبود و یا کمبود آگاهی در ارتباط با بیماری ایدز خود یکی از عواملی است که سبب می‌شود بیمار ایدز به عنوان یک داغ (استیگما) در جامعه شناخته شود.

تأثیر بر وضعیت مالی افراد

یکی از تأثیرات بسیار مهم ایدز، تأثیر آن بر وضعیت اقتصادی افراد است. این تأثیر به چند صورت خود را نشان می‌دهد:

۱. به صورت ناتوانایی در کارکردن به علت تأثیر بیماری بر توانایی جسمانی بیمار؛
 ۲. پرداخت هزینه دارو و درمان؛
 ۳. برخورد بد با بیماران در محیط کار که گاه منجر به اخراج فرد می‌شود و گاه خود فرد ناچار به ترک کارش می‌شود.
- در مصاحبه‌ها نیز افراد به این موارد اشاره کردند. مردی ۳۷ ساله می‌گفت: «نمی‌دونم چطوری فهمیدن، ولی همین که متوجه شدن، عذرم رو خواستن و گفتن که بهتره از اینجا برم. دیگه کاری برام نیست.»
- زنی ۲۸ ساله می‌گفت: «دیدم می‌خوان از همه آزمایش بگیرن، اون موقع خوب کارم رو ول کردم و به یه بهونه‌ای اومدم بیرون. نتونستم بمونم. کارش خیلی راحت بود، حداقل برای من. دیگه از روی ناچار می‌گفتم حداقل تو خونه بشینم کار کنم دیگه این باز خواست‌ها رو ندارم.»
- ایدز علاوه بر تأثیر بر از دست دادن شغل افراد مبتلا یا ممانعت از کسب موقعیت شغلی دیگر می‌تواند موجب کاهش ساعات کاری افراد مبتلا شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان که زن بیوه‌ای بوده و خود نیز مبتلاست، درباره وضعیت اشتغال همسرش می‌گفت: «ساعات کارش رو تو اداره کم کرده بود. تدریسش رو هم توی دانشگاه کم کرد. حس و حال نداشت. یک سال قبل از اینکه فوت کنه هیچ کاری نمی‌کرد.»

یکی از مصاحبه‌شوندگان، زن مبتلایی بود که همسر و یک فرزند داشت. وی درباره وضعیت اشغال پس از ابتلایش می‌گفت: «وقتی که ریه‌هام به‌شدت عفونت می‌کنه، اصلاً می‌افتم، یعنی صدام کیپ کیپ می‌شه. بعد تب می‌کنم، هیچ فعالیتی نمی‌تونم داشته باشم... کارایی که مربوط به شغلمه رو نمی‌تونم انجام بدم.»

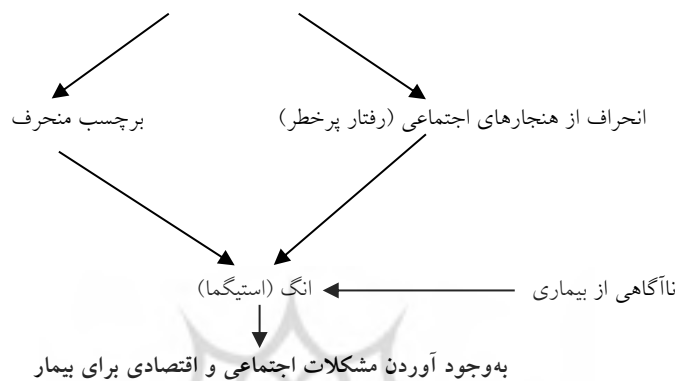
درباره هزینه‌های دارویی یکی از مصاحبه‌شوندگان که زن بیوه‌ای بود که علاوه بر اینکه همسرش را بر اثر ایدز از دست داده بود خود و یکی از دو فرزندش نیز مبتلا بودند، می‌گفت: «الان دو ماه یک بار هزینه داروی پسر که مقاومت دارویی پیدا کرده حدوداً ۱۵۰ هزار تومان می‌شه که دارم می‌دم. چند ماه یک‌بار هم باید آزمایش بده که هزینه‌ش ۱۳۰ هزار تومان می‌شه.» یکی از مصاحبه‌شوندگان مرد می‌گفت: «بیماری هزینه ایجاد کرده. یه‌خورده هزینه دارو بالاست. مثلاً هر روز باید ویتامین بخورم. تأکید هم می‌کنن که باید خارجیش رو بخوری!»

حمایت‌های اجتماعی

یک‌دسته از واکنش‌ها و سازوکارهایی که در جهت مقابله با آثار مخرب ایدز از سوی افراد استفاده می‌شود تحت پوشش قرار گرفتن و یا استفاده از کمک‌ها و حمایت‌های مختلف است. منظور ما از حمایت به عنوان یکی از مکانیزم‌های مقابله افراد با وضعیت ناگوار معیشتی و خاصه آثار سوء ایدز غالباً حمایت‌های مالی است. ما در این بخش حمایت‌ها را به دو دسته حمایت‌های غیررسمی و حمایت‌های رسمی بررسی خواهیم کرد. منظور از حمایت‌های غیررسمی حمایت از طریق «پیوندهای خویشاوندی» است. با توجه به اینکه شاهد بودیم اکثر بیماران ایدزی بررسی‌شده از سوی اطرافیان خود طرد شده بودند بنابراین، این بیماران حمایت‌های غیررسمی خود را نیز از دست داده‌اند. پس در این قسمت عمده‌ترین توجه ما معطوف به حمایت‌های رسمی است. حمایت‌های رسمی نیز شامل کمک‌ها و مساعدت‌هایی می‌شود که نهادهای رسمی نظیر خیریه‌ها، نهادهای عمومی، دولتی و... در اختیار افراد قرار می‌دهند. در اینجا منظور از کمک‌ها و مساعدت‌های این نهادها و مراکز حمایت‌کننده، برخورداری افراد از حمایت‌های درمانی، پرداخت مستمری، بن خرید اجناس و... است. در اینجا ما خیریه‌ها، کمیته امداد و بیمه‌ها را به عنوان نهادهای رسمی بررسی کرده‌ایم. تمامی مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که هیچ‌گونه کمکی از جانب هیچ مؤسسه خیریه‌ای دریافت نکردند. از تعداد کل مصاحبه‌شوندگان فقط ۵ نفر تحت پوشش کمیته امداد بودند که همگی بیان داشتند که میزان کمکی که از کمیته امداد دریافت می‌کنند بسیار ناچیز است و دردی از آن‌ها دوا نمی‌کند. بیمه‌ها هم در شکل مستمری و هم در شکل بیمه درمانی از مهم‌ترین سازوکارهای استفاده‌شده افراد به‌منظور مقابله با تکانه‌های ناشی از مسائل و مشکلات مختلف

محسوب می‌شوند. اما از کل موارد مطالعه‌شده فقط ۳ نفر بیمه داشتند. بر این اساس می‌توان بیان داشت که در صورت مواجهه افراد مطالعه‌شده که از این مکانیزم برخوردار نیستند با تکانه‌ها و نوسانات ناشی از آثار مخرب و ناگوار بیماری از جمله ایجاد هزینه‌های درمانی تبعاً با دشواری و محدودیت‌های بسیاری مواجه خواهند شد.

بیماری به عنوان انحراف



منبع: یافته‌های پژوهش

نتیجه‌گیری

پژوهش نشان داد که همانند خیلی از جوامع، جامعه ما نیز بیماران اچ.آی.وی را به عنوان افرادی منحرف که هنجارهای اجتماعی را نقض کرده‌اند طبقه‌بندی کرده است و براساس نظریه انحرافات اجتماعی این افراد به عنوان منحرفان شناخته می‌شوند. اچ.آی.وی/ایدز در جامعه ما یک استیگما است که در نتیجه برچسب خوردن مبتلایان به عنوان منحرفان اجتماعی ایجاد شده است. استیگما، داغ، ننگ که همگی بیانگر مفهومی واحدند، مشکلات بسیاری را برای این بیماران ایجاد کرده است.

بیماران اچ.آی.وی طردشده دچار انزوا و گوشه‌گیری شده‌اند و این نتیجه برخورد بد اطرافیان و جامعه با آن‌هاست که به آن‌ها به عنوان افراد منحرف نگاه می‌کنند. این مورد مخصوصاً برای خانم‌ها بیشتر است. همچنین به این علت که به بیمار برچسب می‌زنند و هم به این علت که بیماران از وضعیت بیماریشان بی‌اطلاع بوده‌اند و مشخص نیست که چه زمانی وارد مرحله بیماری می‌شوند، بیمار دچار نوعی سردرگمی می‌شود. بیماران اغلب بیماری خود را پنهان می‌کردند و این امر به دلیل وجود نگرش منفی نسبت به ایدز و همچنین آگاهی‌نداشتن

کافی درباره بیماری است و پنهان کردن بیماری اثرات بدی برای جامعه دارد و ممکن است سبب گسترش بیماری ایدز در جامعه شود. همچنین آگاهی نداشتن درباره بیماری ایدز سبب می شود که بر شدت خطرناکی بیماری افزوده شود و این خود عاملی برای این است که استیگمای این بیماری بیشتر شود. همچنین تبعیض زیادی علیه بیماران اچ.آی.وی وجود دارد که سبب می شود بیماران نتوانند از حقوق عمومی و همگانی خود بهره مند باشند و حتی در مراکز بهداشتی و درمانی نیز نسبت به این بیماران تبعیض وجود دارد به گونه ای که در بعضی مراکز به مسائل درمانی بیماران توجهی نمی شود و از پذیرش آن ها صرف نظر می کنند. مثلاً خیلی از بیماران اچ.آی.وی در زمینه خدمات دندانپزشکی با مشکل مواجه شده بودند. بیماری همچنین به سه شکل بر وضعیت مالی بیمار تأثیر می گذارد:

۱. به صورت ناتوانی کارکردن به علت تأثیر بیماری بر توانایی جسمانی بیمار

۲. پرداخت هزینه دارو و درمان

۳. برخورد بد با بیماران در محیط کار که گاه منجر به اخراج فرد می شود و گاه خود فرد ناچار به ترک کارش می شود

تأثیر موارد ۱ و ۳ بیشتر از مورد ۲ نیست و این عوامل سبب می شود که بیماران از نظر اقتصادی هم در وضعیت بدی باشند. بیماران اغلب تحت حمایت های رسمی خاصی از جمله خیریه ها و بیمه های اجتماعی نبودند و این امر وضعیت زندگی را برای آن ها سخت و دشوار کرده بود. یکی از نتایج بارزی که این پژوهش به آن دست یافته، کمبود برنامه های اطلاع رسانی برای عموم مردم و گروه های در معرض خطر و داشتن عقاید قالبی در مورد اچ.آی.وی است و به نظر می رسد ما نیاز به تعدیل و اصلاح نگرش جامعه نسبت به موضوع ایدز و مبتلایان با آن از طریق انتقال آگاهی و ارائه صحیح در رابطه با ایدز هستیم و باید گفتمانی درباره آثار اجتماعی ایدز در جامعه به وجود بیاوریم.

منابع

۱. آدام، فلیپ؛ هر تسلیک، کلودین (۱۳۸۵)، *جامعه شناسی بیمار و پزشکی*، ترجمه لورانس و دنیا کتبی، تهران، نشر نی.
۲. توکل، محمد؛ دیوید، آرمسترانگ (۱۳۸۶)، *جامعه شناسی پزشکی* (چاپ دوم با تجدید نظر و اصلاحات و اضافات)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، تهران، مؤسسه حقوقی فرهنگی سینا.
۳. ریتزر، جرج (۱۳۷۴)، *نظریه های جامعه شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، انتشارات علمی.

۴. سهیلی ارسی، سجاد (خرداد ۱۳۸۶)، «بررسی آسیب‌های اقتصادی اجتماعی اچ.آی.وی/ایدز بر خانواده‌های مبتلا به ایدز و واکنش‌های آنان (مطالعه موردی مرکز بهداشت غرب تهران)»، پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی گرایش برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشگاه تهران.
۵. فرهادیان، حسین (۱۳۶۹)، «بررسی‌های انجام‌شده در مورد بیماری ایدز تا سال ۱۹۹۰»، تهران، کوبه.
۶. فلاحی، حمیرا (۱۳۸۵) بررسی میزان بهره‌مندی افراد HIV مثبت از خدمات بهداشتی درمانی و عوامل مؤثر بر آن. پایان‌نامه گواهی‌نامه عالی بهداشت MPH، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۷. فلیک، اووه (۱۳۸۸). درآمدی بر تحقیق کیفی، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
۸. قاضی طباطبایی، محمود؛ پاولاک، دروتی؛ ودادهیر، ابوعلی (زمستان ۱۳۸۵)، «برساخت یک مسئله اجتماعی- جمعیتی: درآمدی بر جمعیت‌شناسی- اجتماعی- انتقادی اچ.آی.وی/ایدز در ایران»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، سال یکم، شماره ۲.
۹. قائم‌مقامی، فرهنگ (۱۳۵۳)، «نظام‌گسیختگی و انحرافات اجتماعی (مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی رفتار انحرافی)»، انتشارات روشنفکر، چاپ نیلوفر، تهران.
۱۰. گافمن، اروینگ (۱۳۸۶)، داغ‌نگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده، ترجمه مسعود کیانپور، تهران، نشر مرکز.
۱۱. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۶) جامعه‌شناسی، ترجمه منوچهر صبوری کاشانی، تهران، نی، چاپ ششم.
۱۲. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۹) جهان رهاشده: گفتارهایی درباره یکپارچگی جهانی، ترجمه علی‌اصغر سعیدی و یوسف حاجی عبدالوهاب، تهران: علم و ادب، چاپ اول.
۱۳. مجله نظام پزشکی (شهریور و مهر ۱۳۸۸)، نشریه سراسری سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره جدید، شماره ۵۳ و ۵۲، پیاپی ۱۱۸ و ۱۱۷.
۱۴. محسنی، منوچهر (بهمن ۱۳۷۶)، جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، طهوری.
۱۵. مینگ، فلیپ (۱۳۸۰)، اروین گافمن و جامعه‌شناسی نوین، ترجمه ثریا کامیار، چاپ شه، تهران.
16. Alonzo, a. a. Reynolds, N. R. (1995), Stigm, HIV and AIDS: an Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory, Social Sience and Medicine, 41 (3) (345-398).
17. Barnett, Tony. Whiteside, Alan Decosas, Josef. (2000, November) 'The Jaipur Paradigm: A Conceptual Framework for Underestanding Social Susceptibility and Vulnerability to HIV' South Africa Medical Journal 90(11) (1098-1101)..
18. Cockerham, William (2003), Medical sociology, [9th ed]. Blackwell publishing, Ltd.
19. Esfandiari. F. (2003) Iran: Tehran Being to Confront the Time Bomb of HIV/AIDS, at: <http://www. payvand. com/news/03/nov/1073. html>
20. Green Gill. Platt, Stephen (2004), Fear and Loathing in Health Care Setting Reported by People With HIV. Blackwell Publishing Ltd..
21. Holzemer, Wl. Uys, LR. (2004, November), Managing AIDS Stigma. Journal des aspects Sociaux du VIH/SIDA [Vol 1 No 3]..

22. Ingstad. B. (1990) The Cultural Construction of AIDS and its Consequence for Prevention in Botsowana, medical anthropology quarterly, new series, vol. 4, No, No- 1, pp. 28-40
23. King, R. Katuntu, D. Lifshay, J. Packel. Batamnita, R, Nakayiwa, S. (2008) Processes and Outcomes of HIV Erostatus Disclosure to Sexual Partners among People Living with HIV in Uganda. Sprinner AIDS and Behavior, 12(2). 232-243
24. Klichman SC, Rompa, D. Cage, M. Difonzok, Simpson, D. Austin, J. et al. Effectiveness of an Intervention to Reduce HIV Transmission Risks in HIV-Positive People. Am j prev med. 21(2), 84-92
25. Parker, R and Aggelton, P. (2003) HIV and AIDS-related and Discrimination: a Conceptual Framework and Implications for Action. Social Science and Medicine, 57 13-24
26. Sheaf, Micheal (2005), Sociology and Health care: an introduction for Nurses, Midwives and Health professionals. Open University Press, London, England
27. Singer, m. et al. (1990) SIDA. Social, and Cultural Context of AIDS among lations, Medical Anthropology Quarterly, new series, Vol. 4, No. 1, (march), pp. 72-114..
28. Tavoosi, A. zaferani, a. Enzevaei, a. Tajik, p. and Ahmadinezhad, z. (2004). Knowledge and Atitude towards HIV/AIDS among Iranian students. BMC Public Health, Vol. 4, No. 17, pp. 1-6
29. Wright, Kevin B. Spark, Lisa. O'Hair, H. Dan (2008) Health Communication in 21st Century. Blackwell publishing..
30. Carr, R. I. , Gramling, L. F. (2004), *Stigma: a Health Barrier for Women with HIV/AIDS*. Journal of Association Nurses AIDS Care, 15 (5), 30-39 .
31. Chen, J. , Choe, M. K. , Chen, S. , & Zhang, S. (2005), *Community Environment and HIV/AIDS Related Stigma in China*. AIDS Education and Prevention, 17, 1-11
32. Cunningham, S. D. , Tschann, J. , Gurvey, J. E. , Fortenberry, J. D. , and Ellen, J. M. (2002). *Attitudes about Sexual Disclosure and Perceptions of Stigma and Shame*. Sexually Transmitted Infections, 78 (5): 334-339..
33. Mikolajczak, J. , Hospers, H. J. , and Kok, G. (2006), *Reasons for not Taking an HIV-test among Untested Men Who Have Sex with Men: An internet study*. AIDS and Behavior, 10 (4): 431-43.