

## داغ ننگ و تبعیض: دو مضیقه اجتماعی دخیل در افشای وضعیت ابتلا توسط

### افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز

مینا امیری<sup>۱</sup>، ابوعلی ودادهیر<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۲

#### چکیده

داغ ننگ و تبعیض دو مضیقه یا قیدوبند اجتماعی هستند که تمایل افراد برای فاش نمودن وضعیت ابتلا به اچ آی وی / ایدز را تقلیل داده و دسترسی افراد مبتلا به حمایت و مراقبت‌های بهداشتی را محدود می‌کنند. در مقام یک برساخته اجتماعی-فرهنگی، داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز، با تبعیض‌های ساختاری و نهادی همراه است. فرایند داغ ننگ در اثر تعامل سه عامل مشترک محیط، نظام مراقبت‌های بهداشتی و واسطه‌ها ایجاد می‌شوند و با پیامدهای فردی و اجتماعی متعددی همراه است. داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز ممکن است با ویژگی‌های فردی مانند سن، تحصیلات، جنسیت و پیشرفت بیماری ارتباط داشته باشد. افرادی که وضعیت ابتلای خود را به اچ آی وی / ایدز فاش می‌کنند، ممکن است با داغ ننگ و تبعیض مواجه شوند؛ بنابراین افشاسازی می‌تواند یک خطر یا تضییع هویت اجتماعی قابل توجه برای آنها باشد. اچ آی وی / ایدز به عنوان یک نابرابری اینترسکشنال جهانی در نظر گرفته شده است که تحت تاثیر مضیقه‌های اجتماعی نظیر تبعیض‌های نژادی-قومیتی، جنسیتی، طبقاتی و مرتبط با ناتوانی و کم‌توانی افراد قرار می‌گیرد. این مضیقه‌ها به طور همزمان و به شکلی نظام‌مند گسل‌ها، بی‌عدالتی‌ها و نابرابری‌های جامعه را تشدید می‌نمایند. یک چرخه نادرست بین داغ ننگ، تبعیض و نقض حقوق بشر وجود دارد. داغ ننگ و تبعیض هم در سطوح مختلف فردی، گروهی، اجتماعی و جهانی رخ می‌دهند. بنابراین، مداخله‌های لازم برای مدیریت آنها بایستی علاوه بر آموزش فردی، به اصلاح بسترهای جامعه نیز اختصاص یابد. عوامل ساختاری، اجتماعی-فرهنگی، سیاسی، و اقتصادی به شکل هم‌افزایانه‌ای (اینترسکشنال) تجربه اچ آی وی و ایدز را تحت تاثیر قرار می‌دهند و در شکل‌گیری تحولات اچ آی وی / ایدز نقش مهمی را ایفا می‌کنند. اصلاح این عوامل ساختاری و مناسبات هم‌افزایانه می‌تواند موجب افزایش اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای در افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز جامعه گردد.

**واژگان کلیدی:** داغ ننگ، تبعیض، مضیقه (قیدوبند) اجتماعی، هم‌افزایی (اینترسکشنالیتی)، افشاسازی، اچ آی وی / ایدز.

۱ دکترای سلامت باروری و جنسی، مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیکی: Mina\_amiri\_p@yahoo.com  
۲ نویسنده مسئول مقاله، دانشیار مردم‌شناسی و مطالعات سلامت، گروه مردم‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و عضو گروه سلامت اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران. پست الکترونیکی: vedadha@ut.ac.ir

## مقدمه

بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶) حدود ۳۶/۷ میلیون نفر در جهان با مسأله اچ آی وی / ایدز دست به گریبان هستند، که از این تعداد ۲/۱ میلیون نفر به تازگی مبتلا گردیده اند. شیوع این عفونت در منطقه خاورمیانه و شمال افریقا ۱۹۰ هزار نفر با ۲۱ هزار مورد ابتلا جدید است. به رغم اینکه تعداد مرگ‌های ناشی از اچ آی وی / ایدز نسبت به سال ۲۰۰۵ در جهان حدود ۳۷ درصد کاهش یافته است، اما در منطقه مدیترانه شرقی و شمال افریقا از جمله جمهوری اسلامی ایران، به دلیل خلاءهای موجود در شناسایی مبتلایان، مراقب و درمان، این رقم ۶۶ درصد بیشتر شده است (اچ آی وی / ایدز، ۲۰۱۶؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). جدول ۱ میزان برآورده شده یا تخمینی مبتلایان به اچ آی وی / ایدز و مرگ و میر مرتبط با آن را در جهان، مناطق شش گانه سازمان بهداشت جهانی و ایران نشان می‌دهد. بر اساس آخرین گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳، تعداد کل موارد ثبت شده مبتلا به اچ آی وی / ایدز در ایران ۲۸۶۶۳ نفر می‌باشد و تخمین زده می‌شود که ۸۵۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا باشند. همان طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، اعتیاد تزریقی به عنوان بیشترین راه انتقال این بیماری در کشور شناخته شده است، با این وجود روش انتقال جنسی نیز درصد قابل توجهی از موارد را به خود اختصاص داده است. با توجه به اینکه بسیاری از موارد اچ آی وی / ایدز تشخیص و یا گزارش داده نشده است و همچنین در میزان قابل توجهی از موارد ابتلا راه انتقال نامشخص است، به نظر می‌رسد شیوع واقعی انتقال از راه جنسی بیشتر از میزان گزارش شده آن باشد. در مقایسه بین زنان و مردان مشخص می‌شود که راه انتقال در اکثر مردان، اعتیاد تزریقی است، در حالی که زنان بیشتر از طریق تماس جنسی مبتلا شده اند. با توجه به شیوع بیشتر اعتیاد تزریقی در بین مردان این تفاوت منطقی است. اغلب زنانی که مبتلا به اچ آی وی / ایدز شده اند از طریق همسر خود ویروس را دریافت کرده اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<sup>۱</sup>، ۱۳۹۳). اچ آی وی / ایدز به عنوان یک مسأله زیست‌پزشکی و اجتماعی - فرهنگی شناخته شده است (ماوار<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵: ۴۷۱). عوامل ساختاری و اجتماعی نظیر داغ ننگ<sup>۳</sup> و تبعیض<sup>۴</sup> به ویژه تبعیض نژادی و جنسیتی، آسیب پذیری افراد را نسبت به اچ آی وی / ایدز افزایش داده و دسترسی آنها را به خدمات پیشگیری، درمان و مراقب از اچ آی وی کاهش می‌دهند (لوجی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). داغ ننگ و تبعیض موانع اصلی برای کنترل موفق بیماری هستند (گنبرگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ توران<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ سیمبایی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیسیسا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲: ۲) و فرد را از نظر

1 Ministry of Health and Medical Education

2 Mawar

3 Stigma

4 Discrimination

5 Logie

6 Genberg,

7 Turan

8 Simbayi

9 Feyissa

روانی، احساسی، مالی، اجتماعی و جسمانی در مضیقه قرار می‌دهند (اندرسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸: ۷۹۶؛ گالوان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸: ۲). اچ آی وی / ایدز یکی از بدنام‌کننده‌ترین وضعیت‌های پزشکی در جهان است (بونو و همکاران، ۲۰۰۹: ۹). در کشورهای آفریقایی و بسیاری از مناطق دیگر، به طور گسترده اچ آی وی / ایدز به عنوان یک پیامد بی‌بندوباری جنسی و رفتارهای غیراخلاقی تلقی می‌گردد، بنابراین افراد آلوده مسئول بیماری خویش در نظر گرفته می‌شوند (در واقع، قربانی شدن در بازی سرزنش<sup>۳</sup>). در برخی از جوامع جوامع عفونت اچ آی وی / ایدز به عنوان یک مجازات توسط خداوند در پاسخ به گناهانی مانند فحشاء، بی‌قیدی در امور اخلاقی و جنسی، مواد مخدر یا همجنس‌گرایی<sup>۴</sup> در نظر گرفته می‌شود (اولاسی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹: ۲). رفتارهای داغ ننگ زنده با احساس ترس از اچ آی وی / ایدز همراه هستند. یک نگرانی عمده افراد اچ آی وی مثبت محافظت از فرزندان خود در برابر تبعیض است (سائو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج یک مطالعه کیفی نشان داده است که بسیاری از زنان آفریقایی اچ آی وی مثبت، به دلیل ترس از انجام تست اچ آی وی و به دنبال آن افشاء<sup>۷</sup> داوطلبانه یا اجباری وضعیت اچ آی وی / ایدز برای دیگران به‌ویژه همسر و تجربه کردن داغ ننگ از انجام زایمان در مراکز درمانی رسمی امتناع می‌کنند (توران و همکاران، ۲۰۰۸).

پژوهشگران طی یک مطالعه مقطعی بر روی ۲۰۳۵ بیمار اچ آی وی مثبت دریافتند که ۳۷ درصد از آنها انزوا و تنهایی را نتیجه آشکار نمودن وضعیت اچ آی وی / ایدز خود ذکر کردند، همچنین ۲۷ درصد از آنها به دنبال آشکار شدن وضعیت بیماریشان احساس افسردگی و درماندگی می‌کردند (ناچگا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

در مقام یک برساخته یا هم‌ساخته اجتماعی<sup>۹</sup>، داغ ننگ موجب تبعیض و رفتارهای تبعیض‌آمیز نسبت به افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز می‌شود. هم داغ ننگ و هم تبعیض با پیامدهای منفی سلامت برای افراد مبتلا از جمله تبعیت ضعیف نسبت به درمان ضد رتروویروسی، داشتن روابط جنسی محافظت نشده، افسردگی، استرس و تشدید علایم بیماری همراه هستند (لوجی و همکاران، ۲۰۱۳: زوکسکی و ثوربورن ۲۰۰۹: ۲۶۷). بر ساخت گرایان اجتماعی معتقدند که آنچه فرد در مورد اچ آی وی / ایدز می‌داند، عمدتاً برگرفته از معانی مرتبط با طبیعت جنجالی انتقال اچ آی وی / ایدز نظیر بی‌بندوباری جنسی و مصرف مواد مخدر است، در نتیجه دانش و معانی مرتبط با اچ آی وی / ایدز از حیث اجتماعی و فرهنگی برساخته شده

1 Anderson  
2 Galvan  
3 The Blame Game  
4 Homosexuality  
5 Ulasi  
6 Cao  
7 Disclosure  
8 Nachega  
9 Social construction  
10 Zukoski & Thorburn

است (هاریس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰: ۲۳). اچ آی وی / ایدز به عنوان یک بر ساخته اجتماعی، شأن اجتماعی افراد مبتلا مبتلا را در سطوح متفاوتی مورد آماج خود قرار می‌دهد. برای فرد مبتلا شرایط و مسائل و به طور مشخص تر مضیقه‌ها و تحریم‌های اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی مرتبط با اچ آی وی / ایدز خطرناک تر یا کشنده تر از خود ویروس اچ آی وی و مرحله بیماری است. از سوی دیگر و در سطح کلان تر اچ آی وی / ایدز یک مسئله سیاسی - اقتصادی است که با اقتصاد سیاسی و ساختار اجتماعی و سیاسی روابط قدرت در جوامع مرتبط است. ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز به مثابه یک مفهوم وسیع و چند بعدی برساخته اجتماعی - فرهنگی، از جامعه و فرهنگ به فرهنگ دیگر متغیر است (قاضی طباطبایی و همکاران، ۲۰۰۶).

فرد مبتلا به اچ آی وی / ایدز نسبت به داغ ننگ و داغ تبعیض، واکنش‌های احساسی و رفتاری نظیر عصبانیت، احساس شرمندگی، انزوای اجتماعی<sup>۲</sup> و دفاع از خود را نشان می‌دهد (سیمبای و همکاران، ۲۰۰۷؛ زوکسکی و همکاران، ۲۰۰۹: ۲۶۷). یافته‌های رایج داغ ننگ و تبعیض در بیمارستان‌ها شامل ارجاع‌های غیرقابل توجه به سایر مراکز، رفتارهای قضاوت کننده میان کارکنان بهداشتی، تفکیک یا تبعیض و برچسب زدن به بیماران، احتیاط‌های بیش از حد برای پیشگیری از انتقال عفونت توسط کارکنان بهداشتی، انجام تست اچ آی وی / ایدز بدون رضایت بیمار، مشاوره ناکافی قبل و بعد از انجام تست اچ آی وی، پنهان کردن نتایج تست اچ آی وی، از بیماران و فاش نمودن نتایج تست بدون اجازه و رضایت از بیماری خانواده و کارکنان بهداشتی دیگر می‌باشد (ماهندرا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

اثرات مخرب داغ ننگ بر روی سلامتی و انتقال بیماری می‌تواند به دلیل ناتوانی در فاش نمودن وضعیت ابتلا برای دیگران به دنبال ترس از انزوا یا طرد شدن باشد (گنبرگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). ترس از شناخته شدن به عنوان فرد مبتلا به اچ آی وی / ایدز ممکن است مانع از آشکار نمودن وضعیت بیماری برای خانواده و دوستان گردد (سایلس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷: ۸۱۴). ترس از درمان اشتباه در مراکز بهداشتی، از دست دادن موقعیت اجتماعی برای خود و خانواده، از دست دادن شغل و جدایی از همسر از دیگر نیز ممکن است روی تصمیم بیماران برای آشکار نمودن وضعیت اچ آی وی / ایدز مؤثر باشد (هارات<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱: ۱۴۲).

جدول ۱. برآورد تعداد مبتلایان به اچ آی وی / ایدز و مرگ و میر مرتبط با آن به تفکیک مناطق مختلف

.WHO

میزان تخمین زده شده		منطقه WHO
مرگ به دلیل اچ آی وی / ایدز	مبتلایان به اچ آی وی	

1 Harris

2 Social isolation

3 Mahendra

4 Genberg

5 Sayles

6 Bharat

امیری، ودادهیر / داغ ننگ و تبعیض: دو مضيقه اجتماعی دخیل در افشای وضعیت ابتلا توسط ... ۹

۱۱۰۰۰۰۰ (۹۴۰۰۰۰۰-۱۳۰۰۰۰۰)	۳۶۷۰۰۰۰۰ (۳۴۰۰۰۰۰۰-۳۹۸۰۰۰۰۰)	جهان
۸۰۰۰۰۰۰ (۶۵۰۰۰۰۰-۹۸۰۰۰۰۰)	۲۵۵۰۰۰۰۰ (۲۳۰۰۰۰۰۰-۲۸۴۰۰۰۰۰)	أفريقا

Archive of SID

ادامه جدول ۱. برآورد تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز و مرگ و میر مرتبط با آن به تفکیک مناطق مختلف WHO.

میزان تخمین زده شده		منطقه WHO
مرگ به دلیل اچ‌آی‌وی / ایدز	مبتلایان به اچ‌آی‌وی	
۶۲۰۰۰ (۵۴۰۰۰-۷۲۰۰۰)	۳۴۰۰۰۰۰ (۳۰۰۰۰۰۰-۳۹۰۰۰۰۰)	آمریکا
۱۳۰۰۰۰ (۱۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰)	۳۵۰۰۰۰۰ (۳۰۰۰۰۰۰-۴۱۰۰۰۰۰)	آسیای جنوب شرقی
۵۶۰۰۰ (۴۸۰۰۰-۶۴۰۰۰)	۲۵۰۰۰۰۰ (۲۳۰۰۰۰۰-۲۷۰۰۰۰۰)	اروپا
۱۵۰۰۰ (۱۱۰۰۰-۲۳۰۰۰)	۳۳۰۰۰۰۰ (۲۴۰۰۰۰۰-۴۹۰۰۰۰۰)	منطقه مدیترانه شرقی
۴۴۰۰۰ (۳۱۰۰۰-۶۹۰۰۰)	۱۴۰۰۰۰۰ (۱۱۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰)	پاسیفیک غربی
۴۰۰۰ (۲۷۰۰-۶۰۰۰)	۷۳۰۰۰ (۵۰۰۰۰-۱۳۰۰۰۰)	کشور ایران

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷.

فاش نمودن وضعیت ابتلا ممکن است با مدت زمان تشخیص، ساختار جامعه، قومیت، استفاده از خدمات برای بیماران اچ‌آی‌وی مثبت و رازداری ارتباط داشته باشد (املت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶: ۳۵۰). فاش نمودن وضعیت ابتلا به عنوان نماینده ای از داغ ننگ و تبعیض در نظر گرفته می‌شود. یعنی، در جاهایی که اغلب افراد وضعیت خود را فاش می‌کنند، داغ ننگ و تبعیض مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز رایج نیست (نیبلاد و مک‌کوئری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). فاش نمودن وضعیت ابتلا، انتقال عفونت به شریک جنسی کاهش می‌یابد. فاش نمودن فرصتی را برای کسب حمایت‌های اجتماعی، مدیریت و سازگاری با بیماری فراهم می‌کند. در مقابل، با آشکار شدن اچ‌آی‌وی فرد مبتلا ممکن است دچار داغ ننگ، احساس شرمندگی و کاهش حمایت اجتماعی گردد (املت، ۲۰۰۶، ۳۵۱). با توجه به اهمیت آشکار نمودن وضعیت بیماری در روند پیشگیری، دریافت مراقبت‌ها، حمایت‌های اجتماعی و درمان مناسب، این مقاله تأملی است به پیامدهای افشاء نمودن وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز و مداخله‌های ضروری با هدف پیشگیری و مدیریت پیامدهای منفی و مخرب آن.

جدول ۲. الگوی انتقال اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران بر اساس موارد ثبت شده در سال ۱۳۹۳.

جنس		راه انتقال
زن (%)	مرد (%)	
۸/۹	۷۴/۸	اعتیاد تزریقی
۷۰/۸	۶/۴	آمیزشی
۰/۷	۰/۹	خون و فراورده‌های خونی
۵/۱	۰/۹	مادر به کودک
۱۴/۵	۱۷/۰	نامشخص
%۱۰۰	%۱۰۰	کل

منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳.

1 Emlet

2 Nyblade & MacQuarrie

## داغ ننگ

ریشه کلمه داغ ننگ یا ننگ اجتماعی از یونان باستان گرفته شده است، جایی که این اصطلاح برای توصیف بدنامی یا انگ گروه‌ها یا از افراد طرد شده که به خاطر مسائلی نظیر بیماری‌های ذهنی، نقایص جسمی و مشکلات رفتاری داغ خورده اند، استفاده می‌شد. بر اساس نظریه اروینگ گافمن<sup>۱</sup>، داغ ننگ به این صورت زیر تعریف شده است: "پدیده‌ای که به موجب آن یک فرد با یک ویژگی که عمیقاً توسط جامعه‌اش بی‌اعتبار یا بدنام می‌شود و به واسطه آن ویژگی از اجتماع طرد می‌شود. داغ ننگ فرایندی است که طی و به واسطه آن، واکنش دیگران هویت طبیعی فرد یا گروهی را از بین می‌برد" (گافمن، ۱۹۶۳). داغ ننگ با بیماری‌های علاج‌ناپذیر و شدید و نیز با راه‌های انتقال بیماری‌هایی که با رفتار فرد مرتبط است به ویژه رفتارهایی که ممکن است مطابق با هنجارهای اجتماعی نباشد، همراه است (گنبرگ و همکاران، ۲۰۰۸).

برای مثال، داغ ننگ اچ آی وی / ایدز در واقع یک برداشت منفی و بی‌ارزش شدن همه جانبه فرد مبتلا است. داغ ننگ خصوصیتی است که فرد یا گروهی را از اکثریت جامعه جدا می‌کند و در نتیجه با این فرد یا گروه با بدگمانی یا دشمنی رفتار می‌شوند. از دیدگاه روانی - اجتماعی دو تعریف از داغ ننگ مورد اجماع است: تعریف اول شامل یک ویژگی یا مشخصه‌ای است که افراد خاص را داغ‌دار می‌کند و منجر به بی‌ارزش نمودن آنها می‌گردد. تعریف دیگر، داغ ننگ را به عنوان مفهومی که وابسته به روابط و زمینه است و به صورت اجتماعی برساخته می‌شود<sup>۲</sup>، توصیف می‌نماید (ماجور<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). رویکردهای جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی ما را به سوی درک داغ ننگ به عنوان یک فرایند اجتماعی با ابعاد چند گانه سوق می‌دهد (یانگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷: ۱۵۲۷). در اصطلاح روانشناسی اجتماعی، داغ ننگ به طور وسیعی در ارتباط با انحراف از هنجارهای غالب اجتماعی تعریف می‌شود (کاپلان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۸۵).

داغ ننگ نشان‌دهنده تفاوت چشمگیر بین افرادی است که متفاوت بودنشان یک "ما"ی جدید ضعیف را برای آنها فراهم می‌کند و کسانی که خود را عضو یک اجتماع سازمان یافته قوی با سنت‌های ریشه دار حس می‌کنند (بادر و همکاران، ۲۰۰۶). به همین دلیل، بسیاری از مبتلایان به اچ آی وی / ایدز وضعیت خود را از دوستان و خویشاوندان و حتی همسر خود پنهان نگه می‌دارند، با این حال این بیماران باز هم لکه ننگ را احساس می‌کنند، چرا که به لحاظ حفظ آبرو و شخصیت خود را پست تر از دیگران احساس می‌کنند (اباچی و بهروان، ۲۰۱۳). لایه‌های داغ ننگ ایدز در سراسر جهان متأثر از عواملی مانند فحشا و مصرف داروهای مخدر تریقی و ویژگی‌های فردی مانند نژاد، مذهب، قومیت و جنسیت هستند که خود آنها عواملی هستند که به ایجاد ننگ اجتماعی کمک می‌کنند (ریدپات و چان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵: ۴۲۹).

1 Erving Goffman  
2 Socially Constructed  
3 Major  
4 Yang  
5 Kaplan  
6 Reidpath & Chan

میل و همکارانش (۲۰۱۰) در کشور کانادا یک مطالعه کیفی داغ ننگ را به عنوان مکانیسم کنترل اجتماعی در نظر گرفتند و مکانیسم‌های کنترل اجتماعی را به صورت دوری و محروم کردن از حقوق اجتماعی - سیاسی، برچسب گذاری و محروم نمودن فرد از مراقبت بهداشتی توصیف نمودند (میل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۴۶۹). محیط مراقب‌های بهداشتی به عنوان یکی از محیط‌هایی که موجب بروز داغ ننگ می‌شود، باید مورد توجه قرار گیرد (آندروین و چین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸: ۸۹۷).

در یک مطالعه کیفی در ایران درباره داغ ننگ، دو درون مایه عمده شامل مفاهیم بیرونی (ایجاد سرزنش و شرمندگی و مورد تبعیض قرار گرفتن) و مفاهیم درونی (طرد و دوری‌گزینی و ناامیدی) ارائه گردید. در قالب مفهوم سرزنش و شرمندگی مفاهیمی نظیر نگاه سرزنش‌آمیز به بیماران، قضاوت نادرست و برچسب زنی، کنجکاوی در مورد روش ابتلا و رفتارهای اجتنابی استحصال شد. همچنین درون مایه احساس تبعیض به چند زیر طبقه تقسیم گردید که شامل رفتارهای دفاعی و محتاطانه پرسنل درمانی، عدم درمان بیماران مبتلا و بی‌کاری و اخراج شدن می‌باشد. مفاهیم درونی داغ ننگ نیز شامل احساس طرد دوری‌گزینی و احساس ناامیدی است. احساس دوری‌گزینی با رفتارهایی نظیر خودداری از مراجعه به مراکز پزشکی - درمانی، پنهان نگه داشتن بیماری و احساس انزوا و تنهایی مشخص می‌گردد. همچنین، احساس ناامیدی با رفتارهایی همچون ناامیدی نسبت به زندگی، خودداری از ازدواج، انتظار مردن و اقدام به خودکشی همراه است (رحمتی و همکاران، ۲۰۱۲: ۷۳).

فرایند داغ ننگ در اثر تعامل سه عامل مشترک محیط، سیستم مراقبت‌های بهداشتی و عوامل یا واسطه‌ها<sup>۳</sup> ایجاد می‌شود. محیط‌های قانونی و حکومتی اغلب با واسطه اثرات اقتصادی، سیاسی و فرهنگی موجب واکنش به بیماری می‌گردند. سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی در بر دارنده بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز ارائه مراقب در منزل و کارکنان بهداشتی از جمله پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی می‌باشد. عوامل یا واسطه‌ها کسانی هستند که دیگران را دچار داغ ننگ می‌کنند. این افراد شامل اعضای خانواده، همکاران و افراد جامعه هستند. فرایند داغ ننگ داری چهار جزء محرک‌های داغ ننگ، رفتارهای داغ ننگ زنده، پیامدهای داغ ننگ و انواع داغ ننگ است. محرک عملی است که به افراد اجازه می‌دهد به خود یا دیگران برچسب بزنند. محرک‌ها موجب ایجاد رفتارهای انگ زدن می‌گردند و در نتیجه جدایی فرد مبتلا از دیگران می‌شوند. در شکل ۱ مدل پویای داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز نشان داده شده است (هلزمر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷: ۶).

1 Mill

2 Andrewin & Chien

3 Agents

4 Holzemer





شکل ۱. مدل پویای داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز (هلزمر، ۲۰۰۷: ۶).

### انواع داغ ننگ

سه نوع داغ ننگ در ارتباط با اچ آی وی / ایدز شامل داغ ننگ دریافت شده<sup>۱</sup>، داغ ننگ درونی<sup>۲</sup> و داغ ننگ همراه<sup>۳</sup> می‌باشد. داغ ننگ دریافت شده به همه رفتارهای انگ زنده نسبت به فردی که مبتلا به اچ آی وی / ایدز است، اطلاق می‌گردد که افراد مبتلا و یا دیگران تجربه می‌کنند (فیسبا و همکاران، ۲۰۱۲؛ هلزمر و همکاران، ۲۰۰۷: ۷). زیر گروه‌های داغ ننگ شامل غفلت کردن<sup>۴</sup>، ترس از آلوده شدن با اچ آی وی، دوری کردن از فرد، طرد نمودن، برچسب زدن، اذیت کردن، انکار، سوء استفاده، بد رفتاری و شایعه پراکنی می‌باشد. داغ ننگ درونی افکار و رفتارهایی است که حاصل ادراک‌ها و احساسات منفی خود شخص نسبت به وضعیت اچ آی وی مثبت خودش است. زیر گروه‌های این نوع داغ ننگ شامل ادراک فرد، کناره

1 Received Stigma  
2 Internal Stigma  
3 Associated Stigma  
4 Neglecting

گیری اجتماعی، خودتحریمی و ترس از فاش نمودن وضعیت اچ آی وی می باشد. داغ ننگ همراه نیز، نوعی ننگ اجتماعی است که در اثر همراهی فرد با هر کسی که با وی زندگی می کند ایجاد می شود. این افراد ممکن است با فرد اچ آی وی مثبت همکار و یا عضوی از خانواده وی باشند (هلزمر و همکاران، ۲۰۰۷).

### پی‌آیندها و پیامدهای داغ ننگ

داغ ننگ ممکن است جنبه‌های مختلف زندگی افراد مبتلا به اچ آی وی را تحت تأثیر قرار دهد. پیامدهای اصلی داغ ننگ شامل فقدان حمایت اجتماعی، آزار و اذیت، انزوا، از دست دادن شغل و مشکلات دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی می باشد (هلزمر و همکاران، ۲۰۰۷: ۷). افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز بخاطر بیماری خود دچار داغ ننگ می شوند. داغ ننگ اچ آی وی / ایدز منجر به ایجاد پیامدهای اجتماعی شدیدی در ارتباط با حقوق افراد، هویت و تعاملات اجتماعی آنها می گردد (ماوار<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵: ۴۷۴). فرد مبتلا به اچ آی وی، ممکن است مجبور باشد تا حدودی در تمام موقعیت‌های اجتماعی خود، نقش داغ خورده را بازی کند، یعنی فردی که موقعیت زندگی او در تضاد با افراد عادی قرار دارد. این تضاد بر کیفیت زندگی وی اثر می‌گذارد (فیبیس و همکاران، ۲۰۱۲، ۲؛ اباچی و بهروان، ۲۰۱۳؛ ولیتسکی و همکاران، ۲۰۰۹). افراد مبتلا اغلب احساسات خود را به صورت طرد شدن از اجتماع، پذیرش اجباری نقش‌های اجتماعی متفاوت و همچنین پذیرفتن رفتارهای متفاوت از سوی دیگران توصیف می‌نمایند (زوکسکی و ثوربورن، ۲۰۰۹: ۲۶۷).

افراد مبتلا اغلب در پاسخ به داغ دیدگی از کاهش حمایت‌های اجتماعی شکایت دارند (ماوار و همکاران، ۲۰۱۳). عباچی و بهروان طی یک مطالعه کیفی چنین گزارش نمودند که کمبود حمایت از فرد مبتلا که وضعیت بیماری وی فاش شده است، اثرات روانی منفی نظیر اضطراب، افسردگی، غم، احساس گناه، انزوا، کاهش امید به زندگی، محدودیت بیشتر شبکه‌های اجتماعی، بیکاری و از دست رفتن درآمد و سوء تفاهم درباره تماس‌های اجتماعی را به همراه داشته است (اباچی و بهروان، ۲۰۱۳). گالوان و همکاران (۲۰۰۸) نیز طی یک مطالعه توصیفی - مقطعی دریافتند که دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از طرف دوستان با داغ ننگ کمتر مرتبط است. عوامل دیگری که با داغ ننگ کمتری همراه هستند شامل عدم وجود علائم افسردگی شدید، گذشت زمان طولانی از تشخیص اچ آی وی و تحصیلات بالاتر است (گالوان و همکاران، ۲۰۰۸: ۱). داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز در برگیرنده امکان بالقوه برای ایجاد موقعیت‌هایی است که دارای اثرات منفی بر سلامت روانی فرد مبتلا نظیر از دست دادن بیمه درمانی، تبعیض‌های اجتماعی، بیکاری، دسترسی به بهداشت و مشکلات مربوط به خدمات است (واراس-دیزاز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۷۱). در واقع، فرایند داغ ننگ روی توزیع شانس‌های زندگی از جمله فرصت‌های شغلی، خانه دار شدن، شرایط زندگی و دسترسی به مراقبت‌های طبی تأثیر می‌گذارد (لینک و فلان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶، ۲۸).

1 Mawar

2 Varas-Díaz

3 Link & Phelan

## مناسبات داغ ننگ

داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز با سطح دانش پایه در خصوص اچ آی وی ارتباط دارد. همچنین، داغ ننگ با وضعیت ضعیف سلامت روان به ویژه بیماری افسردگی ارتباط دارد. در یک مطالعه دیده شد که پرستارانی که در خانواده خود یک عضو مبتلا به اچ آی وی دارند، کمتر افراد اچ آی وی مثبت را دچار انزوا و داغ ننگ می‌کنند (هلزمر و همکاران، ۲۰۰۷: ۲). داغ ننگ در گروه‌های سنی مختلف تفاوت چندانی ندارد ولیکن افراد جوانتر بخاطر وضعیت بیماری خود ترس از، از دست دادن شغل را تجربه می‌کنند. داغ ننگ با قومیت، داشتن یک راز و برخورداری از حمایت اجتماعی ارتباط دارد (املت، ۲۰۰۶: ۳۵۰). داغ ننگ اچ آی وی بیشتر توسط گروه‌های خاص از افراد نظیر زنان، افراد بی‌خانمان، افرادی که به تازگی تشخیص داده شده‌اند و افراد کم سواد تجربه می‌شود (ولیتسکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین نتایج یک مطالعه کمی در سال ۲۰۰۶ حاکی از آن بود که داغ ننگ با جنسیت مؤنث، علامت دار بودن اچ آی وی / ایدز و تن فروشی ارتباط دارد (اسوندمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶: ۱).

## تبعیض

یک مفهوم مرتبط در متون داغ ننگ، تبعیض است که تحت عنوان رفتارها، کردارها یا فعالیت‌هایی که متعاقب داغ ننگ رخ می‌دهند و افراد را در شرایط نامساعدی قرار می‌دهند، توصیف می‌گردد (دیکن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶: ۴۱۸). تبعیض عملی است که از روی غرض ورزی مشارکت اجتماعی یا حقوق بشر را برای عده‌ای از افراد نقض می‌کند. این عمل می‌تواند شامل رفتار کردن با افراد بر اساس عضویت آنها در گروه معین یا زیر گروه خاص اجتماعی است. تبعیض اغلب به عنوان رفتارهای غیر قانونی تحریم یا تضييع حقوق افراد (از جمله اخراج از شغل یا خودداری از مراقبت بهداشتی) توصیف می‌گردد که در محیط‌های سازمانی رسمی اتفاق می‌افتد (نیبلاد و مکوتری، ۲۰۰۶). در واقع، رفتار تبعیض آمیز به عنوان داغ ننگی که به صورت قانونی شده است، توصیف می‌شود (آندروین و چین، ۲۰۰۸: ۸۹۷). تبعیض زمانی اتفاق می‌افتد که تمایز در مقابل یک فرد ایجاد شود و باعث می‌شود فرد نسبت به سایر افراد درمان غیرمنصفانه‌ای دریافت نماید (آگلتن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳: دنگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). افراد مبتلا اغلب چنین ابراز می‌دارند که مراقبین بهداشتی از رویارویی با آنها هراسان بوده و از انجام درمان امتناع می‌نمایند، در نتیجه افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز در مقایسه با سایر بیماران بیشتر دچار تبعیض می‌گردند (زوکسکی و ثوریورن، ۲۰۰۹، ۲۷۱). برخی از کارکنان بهداشتی روش‌های متمایزی را برای مراقبت از بیماران آلوده به اچ آی وی در نظر می‌گیرند. برای مثال، در بسیاری از بیمارستان‌ها، بیماران اچ آی وی مثبت از سایر بیماران جداسازی شده و خارج از بخش، یا در گوشه بخش و یا در دورترین فاصله از تخت‌های بیماران دیگر قرار داده می‌شوند (ماهندرا و همکاران،

1 Wolitski

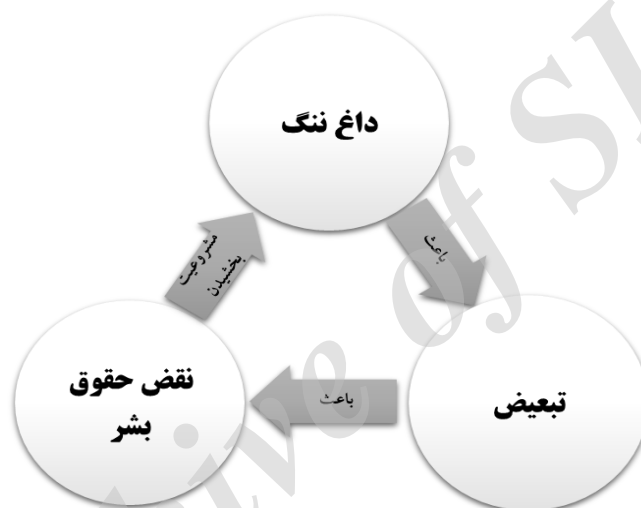
2 Swendeman

3 Deacon

4 Aggleton

5 Deng

۲۰۰۶). ریشه اصلی طرد شدگی اجتماعی و تهدید کیفیت زندگی مبتلایان در ارتباط با توزیع نابرابر منابع و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات است (جونز و سیدل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ گافمن، ۲۰۰۹). تبعیض می‌تواند در سطوح مختلف فردی یا جامعه رخ دهد. در سطح فردی تبعیض می‌تواند باعث اضطراب و نگرانی شود و در سطح جامعه تبعیض علیه افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مثبت و تجاوز به حقوق آنها این باور غلط را تقویت می‌کند که افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز باید از حقوق اجتماعی خود محروم شوند و مورد سرزنش قرار گیرند. همان‌گونه که در شکل ۲ نشان داده شده است، یک چرخه نادرست بین داغ‌نگ، تبعیض و نقض حقوق بشر وجود دارد (آگلتون و همکاران، ۲۰۰۳).



شکل ۲. چرخه نادرست بین داغ‌نگ، تبعیض و نقض حقوق بشر (آگلتون و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی از اصول بنیادین حقوق بشر رهایی از تبعیض و برقراری عدالت برای همه افراد است. این قانون بشر را از هرگونه تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، عقاید سیاسی یا دیگر عقاید، ملیت یا خاستگاه اجتماعی، وضعیت اقتصادی یا هرگونه وضعیت اجتماعی منع می‌کند (آگلتون و همکاران، ۲۰۰۳). پاکستون و همکاران (۲۰۰۵) در طی یک مطالعه بر روی افراد اچ‌آی‌وی مثبت آسیایی، حوزه اصلی تبعیض در هر کشور را مربوط به بخش سلامت و بهداشت دانستند. آنها همچنین دریافتند که قانون شکنی محرمانه در بین کارکنان بهداشتی رایج می‌باشد. تعداد قابل توجهی از افراد اچ‌آی‌وی مثبت از دریافت درمان امتناع می‌نمودند و بسیاری از آنها درمان را با تاخیر دریافت می‌کردند. در مطالعه فوق تبعیض در میان زنان بیشتر از مردان بود و نتایج تبعیض در سطح خانواده و اجتماع شامل آزار و اذیت، آزار بدنی و مجبور کردن به تغییر مکان به خاطر وضعیت ابتلا به بیماری بود (پاکستون<sup>۲</sup> و

1 Jones & Sidell

2 Paxton

همکاران، ۲۰۰۵). حکومت‌ها مسئول رفع تبعیض علیه افراد هستند و باید شرایطی را فراهم نمایند که همه افراد حقوق خود را به طور کامل درک نمایند. برای از بین بردن هرگونه تبعیض کشورها باید ابتدا هرگونه تبعیض را در قوانین، سیاست‌ها و در عمل از بین ببرند تا سایر افراد مجبور به تبعیت از قانون گردند (آگلتون و همکاران، ۲۰۰۳).

### مناسبات داغ ننگ و تبعیض از منظر اینترسکشنالیتی<sup>۱</sup>

اینترسکشنالیتی یا نظریه اینترسکشنال، چگونگی تعامل همزمان طبقات بیولوژیکی، فرهنگی و اجتماعی مختلف نظیر سن، جنسیت، نژاد، طبقه اجتماعی، توانایی، جهت‌گیری جنسی، مذهب، قبیله، ملیت و سایر ابعاد هویت اجتماعی<sup>۲</sup> را توضیح می‌دهد. چهارچوب فوق می‌تواند برای درک این مساله که چگونه بی‌عدالتی<sup>۳</sup> و نابرابری اجتماعی<sup>۴</sup> به صورت چند بعدی رخ می‌دهد، مورد استفاده قرار گیرد. بر اساس نظریه اینترسکشنالیتی قید و بندهای اجتماعی<sup>۵</sup> از قبیل نژاد پرستی<sup>۶</sup>، تبعیض جنسی<sup>۷</sup> و جنسیتی<sup>۸</sup>، تبعیض طبقاتی<sup>۹</sup>، تبعیض علیه افراد دارای ناتوانی<sup>۱۰</sup> اغلب به طور همزمان و وابسته به یکدیگر عمل می‌کنند و هم افزایی اشکال چندگانه تبعیض را منعکس می‌نمایند. رویکرد اینترسکشنالیتی چنین بیان می‌نماید که چگونه قید و بندهای اجتماعی در رابطه با هم، در سطوح مختلف و به شکل نظام مند در ایجاد بی‌عدالتی‌های اجتماعی و نابرابری‌های سلامت مشارکت می‌نمایند. این نظریه نشان می‌دهد که چگونه طبقه‌هایی که ساخته و پرداخته بشر است مانند نژاد، قومیت، جنسیت، اقلیت، طبقه یا کلاس اجتماعی و... در تعامل با یکدیگر و در سطوح مختلف به نابرابری‌ها دامن می‌زنند. این الگو به دنبال از بین بردن تفکر خطی و درک هم افزایی بین بخشی چند محوری عوامل بر یکدیگر می‌باشد (دفرانسیسکو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

اچ‌آی‌وی ایدز یک نابرابری اینترسکشنالیتی جهانی است که تحت تاثیر تبعیض‌های نژادی، جنسیتی، جنسی و طبقه اجتماعی در سطوح مختلف فردی، اجتماعی و ساختاری قرار می‌گیرد. این تبعیض‌ها نه تنها خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی / ایدز را افزایش می‌دهد بلکه زندگی افراد مبتلا و دسترسی آنها به خدمات بهداشتی را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد و در نتیجه شانس ابتلا و گسترش بیماری را افزایش می‌دهد (واتکینس-هایس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴، ۴۴۷).

- 1 Intersectionality
- 2 Social identity
- 3 Injustice
- 4 Social inequality
- 5 Social oppressions
- 6 Racism
- 7 Gender discrimination
- 8 Sexism
- 9 Classism
- 10 Ableism
- 11 DeFrancisco
- 12 Watkins-Hayes

یک مطالعه بر روی زنان حاشیه نشین کانادایی نشان داد که مناسبات و همبستگی ساختاری بین هویت اجتماعی، حاشیه نشینی و نابرابری‌هایی از قبیل داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز، تبعیض جنسیتی و نژادی وجود دارد. در واقع این عوامل و هویت‌ها در تعامل با هم قرار دارند و اثر هم افزایی بر یکدیگر دارند. این تعامل‌ها یا اشکال چند محوری داغ ننگ و تبعیض بیانگر یک مدل اینترسکشنالیته از داغ ننگ و تبعیض است. داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز نه تنها با اشکال دیگر داغ ننگ پیچیده شده است و در تعامل با آنها قرار دارد، بلکه همچنین سطوح مختلفی از داغ ننگ وجود دارد. این سطوح تحت عنوان میکرو (ویژگی‌های بین فردی مانند عقاید و رفتارهای فردی)، مزو (شبکه‌های و هنجارهای اجتماعی) و ماکرو (فاکتورهای ساختاری مانند قدرت سیاسی و سازمانی، سیاست‌ها، قوانین، شبکه‌های اجتماعی و سلامت) طبقه بندی شده اند. سطح میکرو خود شامل دو سطح درون فردی<sup>۱</sup> (ویژگی‌های فردی مانند دانش، عقاید و نگرش) و در سطح میان فردی<sup>۲</sup> (روابط با خانواده و دوستان) می‌باشد (لوجی و همکاران، ۲۰۱۳).

یک مطالعه کیفی در زامبیا از رویکرد اینترسکشنالیته برای تبیین تجربیات افرادی مبتلا به اچ آی وی / ایدز استفاده نموده است. مطالعه فوق تجربیات اچ آی وی / ایدز در بیماران را در سه جنبه مفهوم سازی کرده است: ابتدا بیماران در مورد مفاهیم اچ آی وی و ناتوانی مرتبط با زمان، سیر و مرحله بیماری گفتگو نمودند. زمان کسب اچ آی وی / ایدز و ناتوانی حاصل از آن عامل مهمی در درک مفاهیم بیماری از نظر بیماران مبتلا بود. تجربیات بیمارانی که در زمان تولد و یا دوران کودکی به اچ آی وی مبتلا شده بودند تا حدودی متفاوت از تجربیات افرادی که مدت زمان کمتری از ابتلایشان گذشته بود، به نظر رسید. بیمارانی که در ابتدای زندگی به اچ آی وی مبتلا بودند، اغلب داغ ننگ، تبعیض و ناتوانی جسمی بیشتری را تجربه می‌کردند، با این حال آنها نسبت به سایر بیماران بیشتر با وضعیت خود سازگاری یافتند. سپس بیماران در مورد قید و بندهای اجتماعی بویژه تبعیض‌هایی در دریافت مراقبت‌های بهداشتی گفتگو کردند. برخی از عوامل فردی از قبیل مدت زمان ابتلا به اچ آی وی و ناتوانی ناشی از آن با جستجوی مراقبت بهداشتی مرتبط بود. بیمارانی که ناتوانی آنها آشکارتر بود با داغ ننگ و تبعیض بیشتری در دریافت خدمات بهداشتی از سوی مراقبین سلامت روبرو شدند. برخی از بیماران تبعیض، داغ ننگ و اثرات جانبی داروها را موانعی در آشکار سازی وضعیت ابتلا به اچ آی وی / ایدز توسط بیماران برشمردند. در نهایت بیماران در ارتباط با نقش جنسیت در تجربه اچ آی وی / ایدز به گفتگو پرداختند. تجربیات بیماران حاکی از آن بود که زنان مبتلا در مقایسه با مردان از حمایت کمتری برخوردار بودند. مردان مبتلا اغلب توسط یک زن از جمله همسر، شریک جنسی و یا یکی از سایر اعضای خانواده مورد حمایت واقع می‌شدند، در حالی که اکثر زنان مبتلا در تنهایی و انزوا بوده، از سوی همسرانشان طرد می‌شدند. برخی از زنانی مبتلا نیز با همسرانشان زندگی می‌کردند، ولی مسئولیت مراقبت از فرزندان به دلیل شرایط بیماری از آنان گرفته می‌شد. بنابراین زنان مبتلا به اچ آی وی / ایدز بیشتر داغ ننگ و تبعیض بیشتری را تجربه می‌کردند. مطالعه فوق چنین نتیجه گیری نمود که

1 Intrapersonal

2 Interpersonal

اینترسکشنالیتی رویکردی برای بررسی مناسبات مشترک پیچیده میان اچ آی وی / ایدز، ناتوانی، جنسیت و زمان در بیمارانی است که به این بیماری مبتلا هستند. در واقع محدودیت‌هایی که افراد اچ آی وی مثبت تجربه می‌کنند، ممکن است بر اساس اینترسکشن با جنسیت، وضعیت اجتماعی اقتصادی، زمان ابتلا به اچ آی وی و سیر ابتلا به اچ آی وی افزایش یا کاهش یابد (یوشیدا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴، ۲۱۶۱).

### راهکارهایی برای مدیریت یا مقابله با داغ ننگ و تبعیض مرتبط با اچ آی وی / ایدز

داغ ننگ و تبعیض هم در سطح فردی و هم اجتماعی وجود دارند و استراتژی‌هایی که در جهت ریشه کنی این دو پیامد هستند بایستی هر دو سطح را مورد هدف قرار دهند. اصلاح سیاست‌های کلی جامعه و برقرار نمودن هنجارها و قوانین اجتماعی حفظ حقوق بشر بر اساس پذیرفتن افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز و احترام به آنها برای اجرای دقیق و موثر برنامه‌های پیشگیری و درمان اچ آی وی / ایدز ضروری به نظر می‌رسد (ماوار و همکاران، ۲۰۰۵، ۴۸۰). با درک بهتر اثرات مخرب داغ ننگ و تبعیض روی ریسک اچ آی وی، سلامت روان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی میان زنان مبتلا، می‌توان مقدمات لازم را برای مطلع نمودن کارکنان بهداشتی، مداخلات کاهش‌دهنده داغ ننگ و بهبود سیاست‌های کلی سلامت فراهم نمود (لوجی و همکاران، ۲۰۱۳). ایجاد تغییراتی در نگرش کارکنان بهداشتی از طریق ارتقاء دانش و سیاست‌ها به عنوان مهم‌ترین رویکرد برای مقابله با داغ ننگ و تبعیض در مرکز ارائه خدمات بهداشتی و در سطح جامعه در نظر گرفته شده است (ماوار و همکاران، ۲۰۰۵، ۴۷۹؛ آندروین و چین، ۲۰۰۸، ۹۰۵). حذف داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز نیاز به انجام اقدامات زیر دارد:

- ۱- وضعیت بیماران مبتلا باید محرمانه باقی بماند و بدون اجازه آنها فاش نگردد.
- ۲- هرگونه تبعیض به علت وضعیت بیماری باید منع شود.
- ۳- آموزش‌های عمومی در ارتباط با داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز، اصلاح هنجارهای اجتماعی و در نتیجه افزایش پذیرش افراد مبتلا، مسئولیت‌پذیری افراد به ویژه کارکنان تیم بهداشتی در برابر حقوق بیماران، همدردی و احترام به آنها مورد توجه قرار گیرد.
- ۴- اصلاح سیاست‌های بیمارستانی، مهارت‌های بالینی و مشاوره با بیماران مبتلا (ماوار و همکاران، ۲۰۰۵، ۴۷۹؛ هارات، ۲۰۱۱، ۱۴۵).

اصلاح بسترهای فرهنگی - اجتماعی برای پیشگیری از داغ ننگ ضروری بوده و انجام مداخلات فرهنگی - اجتماعی بیشتر از آموزش باید مورد توجه قرار گیرد (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۸، ۷۹۰). هم رسانه‌ها و هم شبکه‌های اجتماعی غیررسمی روی نگرش و دانش افراد نسبت به اچ آی وی موثر هستند و با ایجاد تغییراتی در سطح دانش و داغ ننگ، می‌توانند باعث تغییرات رفتار شوند. نهایتاً این تغییرات می‌توانند منجر به آشکار سازی وضعیت اچ آی وی و استفاده هر چه بیشتر از رفتارهای پیشگیرانه و بهداشتی مانند استفاده از کاندوم گردد (هوتچینسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

1 Yoshida  
2 Hutchinson

تبعیض علیه افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز یا افرادی که تصور می‌شود که به آن مبتلا هستند یک نقض حقوق بشر است. بایستی در هر کشور قانون گزاران، امور مربوط به بودجه، قوه قضائیه و سایر افراد، قانون رفع تبعیض را بپذیرند تا بتوان استراتژی‌های مناسب را برای رفع تبعیض اتخاذ نمود. در چارچوب قانون ضد تبعیض افرادی که مبتلا به اچ آی وی / ایدز هستند و مورد تعرض و نقض قانون حقوق بشر قرار گرفته اند، می‌توانند به مراجع قانونی مراجعه نموده و جبران خسارت گردند (آگلتون و همکاران، ۲۰۰۳).

از دیگر مداخلات کاهش دهنده داغ ننگ می‌توان به رویکردهایی نظیر درگیر نمودن افراد مبتلا در روند مراقبت‌ها، آموزش توسط هم‌تایان، حمایت از زنان مبتلا و اطمینان بخشیدن به آنها در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات و رویکردهای مبتنی بر اجتماع اشاره نمود (هارات، ۲۰۱۱، ۱۴۵).

### نتیجه گیری

داغ ننگ و تبعیض مرتبط با اچ آی وی / ایدز ممکن است بر روی سلامت، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی افراد مبتلا به آن اثرات منفی داشته باشند (لوجی و همکاران، ۲۰۱۳). تلاش برای کاهش داغ ننگ و تبعیض ناشی از اچ آی وی / ایدز به کشورهای دنیا از جمله ایران کمک می‌کند تا به هدف ششم هزاره و همچنین کاهش انتقال اچ آی وی / ایدز دست یابند. ترس از داغ ننگ و تبعیض موجب تأخیر در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز در افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز می‌شود. داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز، بر روی آشکار نمودن وضعیت ابتلا اثر گذار است، علاوه بر آن مسائل فرهنگی نیز به عنوان عوامل فرعی ممکن است نقش مهمی در فاش نمودن وضعیت ابتلا داشته باشد. همچنین تصمیم گیری برای آشکار نمودن وضعیت ابتلا تحت تاثیر عواملی نظیر جنسیت، جهت گیری جنسی و زمینه‌های فرهنگی قرار می‌گیرد (کورنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). عوامل ساختاری فرهنگی، سیاسی و اجتماعی و اقتصادی نه فقط بر تجربه اچ آی وی / ایدز و رفتارهای جنسی افراد بلکه حتی در شکل گیری تحولات، سرعت و دامنه شیوع اپیدمی نیز موثرند و می‌توانند نقش‌های متفاوتی را در برنامه‌های مداخله کارآمد در اچ آی وی / ایدز ایفا نمایند (قاضی طباطبایی و همکاران، ۲۰۰۶).

ارتقاء دانش و نگرش کارکنان بهداشتی در مورد اچ آی وی / ایدز و نحوه برخورد و انجام مراقبت از بیماران مبتلا بیشترین اهمیت را در کاهش داغ ننگ و تبعیض ایفا می‌کند. دستورالعمل‌های مرتبط با اچ آی وی / ایدز بایستی به شکل جامع برای کارکنان بهداشتی فراهم گردد و جزئیات سیاست‌های مربوط به اچ آی وی در اختیار آنها قرار داده شود (فیبسا و همکاران، ۲۰۱۲، ۱۰). سازمان‌هایی که در ارتباط با بیماری اچ آی وی / ایدز فعالیت می‌کنند، نظیر مرکز ملی پیشگیری از ایدز در ایران، مراکز تحقیقات ایدز در کشور، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، باید مداخلات و راه کارهایی در زمینه پیشگیری از ایجاد داغ ننگ و تبعیض، داغ ننگ زدایی و تبعیض زدایی اتخاذ نمایند. در



این راستا مراجع مذهبی نیز بهتر است در ارائه خدمات و سیاستگذاری درگیر شوند. همچنین کارکنان بهداشتی باید دانش خود را در مورد اچ آی وی / ایدز به روز نمایند تا مراقبت از بیماران به بهترین نحو انجام پذیرد.

من حیت المجموع، پژوهشگران، کارکنان بهداشتی و سیاستگذاران باید مداخله‌های جامعی را در سطوح مختلف و با در نظر گرفتن ماهیت اینترسکشانالیتهی داغ ننگ و تبعیض اتخاذ نمایند. مداخلات فردی و اجتماعی برای رویارویی با داغ ننگ می‌تواند شامل آموزش، مشاوره و اطلاع‌رسانی‌های گسترده به ویژه از طریق رسانه‌های جمعی باشد. مداخله‌های ساختارمند برای مقابله با داغ ننگ مرتبط با اچ آی وی / ایدز، نژاد پرستی، تبعیض جنسی و جنسیتی، تبعیض علیه افراد ناتوان می‌تواند شامل آموزش‌های ضد تبعیض با استفاده از رویکرد اینترسکشنال برای کارکنان مراقبت بهداشتی باشد. بنابراین با توجه به ماهیت اینترسکشنالیتهی داغ ننگ و تبعیض مرتبط با اچ آی وی / ایدز، تدوین و اجرای استراتژی‌های چندجانبه برای ارتقاء سلامت افراد مبتلا ضروری به نظر می‌رسد. از جمله این اقدامات می‌توان به تهیه دستورالعمل‌های حمایتی، مراقبتی و درمانی برای کارکنان بهداشتی، طراحی برنامه‌های برای آموزش همگانی به ویژه گروه‌های پرخطر در مورد جنسیت و هویت جنسیت، نژاد، قومیت، نیازهای کارگران جنسی و افراد ناتوان اشاره نمود. در نهایت استراتژی‌هایی که علاوه بر تامین حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز، قید و بندهای اجتماعی نظیر داغ ننگ، تبعیض و تابرابری‌های ساختاری را به چالش می‌کشند، موجب ارتقاء سلامت و برقراری عدالت اجتماعی در جامعه می‌گردد (لوجی و همکاران، ۲۰۱۳).

## منابع

- Abachi, A. and H. Behravan (2013). "The analysis of stigma impact on quality of life in patients with HIV/AIDS: A phenomenological".
- Aggleton, P., R. G. Parker and M. Maluwa (2003). Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, Citeseer.
- Anderson, M., G. Elam, S. Gerver, I. Solarin, K. Fenton and P. Easterbrook (2008). "HIV/AIDS-related stigma and discrimination: Accounts of HIV-positive Caribbean people in the United Kingdom." *Social Science & Medicine* 67(5): 790-798.
- Andrewin, A. and L.-Y. Chien (2008). "Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize." *AIDS patient care and STDs* 22(11): 897-906.
- Bader, A., H. Kremer, I. Erlich-Trungenberger, R. Rojas, M. Lohmann, O. Deobald, R. Lochmann, P. Altmeyer and N. Brockmeyer (2006). "An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment." *Medical Science Monitor* 12(12): CR493-CR500.
- Bharat, S. (2011). "A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs." *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 8(3): 138-149.
- Cao, X., S. G. Sullivan, J. Xu and Z. Wu (2006). "Understanding HIV-related stigma and discrimination in a "blameless" population." *AIDS Education and Prevention* 18(6): 518.

- Deacon, H. (2006). "Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature." *Journal of community & applied social psychology* 16(6): 418-425.
- DeFrancisco, V. P., C. H. Palczewski and D. D. McGeough (2013). *Gender in communication: A critical introduction*, SAGE Publications.
- Deng, R., J. Li, L. Stringnyuang and K. Zhang (2007). "Drug abuse, HIV/AIDS and stigmatisation in a Dai community in Yunnan, China." *Social science & medicine* 64(8): 1560-1571.
- Emler, C. A. (2006). "A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS." *AIDS Patient Care & STDs* 20(5): 350-358.
- Feyissa, G. T., L. Abebe, E. Girma and M. Woldie (2012). "Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia." *BMC Public Health* 12(1): 1.
- Galvan, F. H., E. M. Davis, D. Banks and E. G. Bing (2008). "HIV stigma and social support among African Americans." *AIDS patient care and STDs* 22(5): 423-436.
- Genberg, B. L., S. Kawichai, A. Chingono, M. Sendah, S. Chariyalertsak, K. A. Konda and D. D. Celentano (2008). "Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries." *AIDS and Behavior* 12(5): 772-780.
- Ghazi Tabatabaei, M., P. Darooti and A. Vedadhir (2006). "Introduction to Social- critical of HIV-AIDS in Iran." *The letter of demography society* 2: 136-170.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Shuster, Inc.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Simon and Schuster.
- Harris, A. C. (2010). "Sex, stigma, and the Holy Ghost: The Black church and the construction of AIDS in New York City." *Journal of African American Studies* 14(1): 21-43.
- HIV/AIDS, J. U. N. P. o. (2016). *Global AIDS Update 2016*. Switzerland: 1-13.
- Holzemer, W. L., L. Uys, L. Makoae, A. Stewart, R. Phetlhu, P. S. Dlamini, M. Greeff, T. W. Kohi, M. Chirwa and Y. Cuca (2007). "A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries." *Journal of advanced nursing* 58(6): 541-551.
- Hutchinson, P., X. Mahlalela and J. Yukich (2007). "Mass media, stigma, and disclosure of HIV test results: multilevel analysis in the Eastern Cape, South Africa." *AIDS Education & Prevention* 19(6): 489-510.
- Jones, L. and M. Sidell (1997). *The challenge of promoting health: Exploration and action*, Palgrave Macmillan.
- Kaplan, A. H., A. Scheyett and C. E. Golin (2005). "HIV and stigma: analysis and research program." *Current HIV/AIDS Reports* 2(4): 184-188.
- Körner, H. (2007). "Negotiating cultures: Disclosure of HIV-positive status among people from minority ethnic communities in Sydney." *Culture, Health & Sexuality* 9(2): 137-152.
- Link, B. G. and J. C. Phelan (2006). "Stigma and its public health implications." *The Lancet* 367(9509): 528-529.

- Logie, C., L. James, W. Tharao and M. Loutfy (2013). "Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada." *AIDS patient care and STDs* 27(2): 114-122.
- Mahendra, V. S., L. Gilborn, B. George, L. Samson and R. Mudozi (2006). "Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals".
- Major, B. and L. T. O'Brien (2005). "The social psychology of stigma." *Annu. Rev. Psychol.* 56: 393-421.
- Mawar, N., S. Sahay, A. Pandit and U. Mahajan (2005). "The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs." *Indian Journal of Medical Research* 122(6): 471.
- Mbonu, N. C., B. van den Borne and N. K. De Vries (2009). "Stigma of people with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: a literature review." *Journal of tropical medicine* 2009.
- Mill, J. E., N. Edwards, R. C. Jackson, L. MacLean and J. Chaw-Kant (2010). "Stigmatization as a social control mechanism for persons living with HIV and AIDS." *Qualitative Health Research* 20(11): 1469-1483.
- Ministry of Health and Medical Education, Center for Disease Control (2014). The latest statistics on HIV infection and AIDS in Iran.
- Nachega, J. B., C. Morroni, J. M. Zuniga, R. Sherer, C. Beyrer, S. Solomon, M. Schechter and J. Rockstroh (2012). "HIV-Related Stigma, Isolation, Discrimination, and Serostatus Disclosure A Global Survey of 2035 HIV-Infected Adults." *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC)* 11(3): 172-178.
- Nyblade, L. and K. MacQuarrie (2006). "Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries".
- Paxton, S., G. Gonzales, K. Uppakaew, K. Abraham, S. Okta, C. Green, K. Nair, T. Parwati Merati, B. Thephtien and M. Marin (2005). "AIDS-related discrimination in Asia." *AIDS care* 17(4): 413-424.
- Rahmati, F., S. Niknami, F. Amin and A. Ravari (2012). "HIV/AIDS Patients' Experiences about Stigma: a Qualitative Study." *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 1(2): 71-80.
- Reidpath, D. D. and K. Chan (2005). "A method for the quantitative analysis of the layering of HIV-related stigma." *AIDS care* 17(4): 425-432.
- Sayles, J. N., G. W. Ryan, J. S. Silver, C. A. Sarkisian and W. E. Cunningham (2007). "Experiences of social stigma and implications for healthcare among a diverse population of HIV positive adults." *Journal of Urban Health* 84(6): 814-828.
- Simbayi, L. C., S. Kalichman, A. Strebel, A. Cloete, N. Henda and A. Mqeketo (2007). "Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa." *Social science & medicine* 64(9): 1823-1831.
- Swendeman, D., M. J. Rotheram-Borus, S. Comulada, R. Weiss and M. E. Ramos (2006). "Predictors of HIV-related stigma among young people living with HIV." *Health Psychology* 25(4): 501.
- Turan, J. M., S. Miller, E. Bukusi, J. Sande and C. Cohen (2008). "HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services." *AIDS care* 20(8): 938-945.