

پیامدهای داغ ننگ و برجسب در زنان مبتلا به اچ. آی. وی مثبت:

یک مطالعه کیفی

نازلی ملا اسمعیل شیرازی^۱

سید مرتضی نوربخش

مینو محرر

چکیده

مقدمه: اچ. آی. وی دستگاه ایمنی بدن را به شدت ضعیف کرده و بدن فرد آلوده به آن برای مبارزه با بیماری‌های عفونی ناتوان می‌شود. ویژگی‌های این بیماری از جمله سرعت انتقال و گسترش، ترس از افشا و تلاش برای پنهان نگه‌داشتن، آن را به مشکلی اجتماعی تبدیل کرده‌است. از ابتدای پیدایش ایدز زنان برجسب‌های زیادی را خورده و تبعیض‌های قابل توجهی را تجربه کرده‌اند.

روش: مطالعه حاضر با رویکردی کیفی پیامدهای اجتماعی داغ ننگ و برجسب در زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت را مورد بررسی قرار دهد. با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساخت یافته سعی شده است تا از طریق گفت‌وگو با پاسخگویان به توصیف جهان ذهنی آنها پردازیم. با ۱۰ نفر از زنان باشگاه یاران مثبت که ما بین ۲۰ تا ۵۰ سال سن داشته و ساکن تهران بوده‌اند و مایل به همکاری با محقق بوده و خوددرگیری ذهنی با این موضوع داشته‌اند صورت گرفته است.

یافته‌ها: زنان مبتلا به اچ. آی. وی مثبت عمدتاً از دو راه الف: ابتلای مستقیم و ب: ابتلای غیرمستقیم، به ویروس نقص ایمنی اکتسابی مبتلا شده بودند؛ که همگی پیامدهای بسیاری را از داغ ننگ و برجسب از سوی جامعه تحمل نموده‌اند.

۱. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

نتیجه‌گیری: نگاه مجرمانه برجسبی است که جامعه به دلیل عدم آگاهی بر زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی می‌زند که این خود باعث تحریم و طرد اجتماعی آنان می‌شود و آنان به دلیل تجربه شخصی سعی در پنهان‌نگه‌داشتن بیماری خود دارند.

واژگان کلیدی

ایدز، برجسب کجرو، تحریم اجتماعی، داغ‌ننگ، نگاه مجرمانه

پیامدهای داغ ننگ و برچسب در زنان مبتلا به اچ.آی.وی مثبت:

یک مطالعه کیفی

گفته می‌شود که اولین مورد ابتلا به ایدز در ایران چند سالی پس از کشف این ویروس اچ.آی.وی شناسایی شده است که از یک کودک مبتلا به هموفیلی در اثر تزریق خون آلوده بوده است (مرادی، ۱۳۸۵، ص ۲۳). اما در ۱۳۶۸ اولین مورد زن اچ.آی.وی مثبت در ایران شناسایی شد و در ۱۳۶۹ مرگ اولین زن در اثر ابتلا به ایدز ثبت گردید. زنان به علت وضعیت فیزیولوژیکی و اجتماعی نسبت به ایدز آسیب پذیرتر از مردان اند. بنابراین انتظار می‌رود تعداد زنان مبتلا به این ویروس در کشور افزایش یابد. بیشتر زنان مبتلا به ایدز از طریق رابطه جنسی غیرایمن آلوده شده‌اند. احتمال انتقال ویروس از مرد به زن ۲۰ برابر بیشتر از احتمال انتقال آن از زن به مرد است. بیش از ۷۰٪ زنان متأهل بوسیله همسرانشان مبتلا شده‌اند. درصد زیادی از زنان از طریق رابطه جنسی و درصد زیادی از مردان به وسیله استفاده از دارو و مواد مخدر مبتلا شده‌اند (میرحقانی، ۲۰۰۳).

انتشار آخرین آمار مبتلایان به ایدز در ایران، نشانگر آن است که موارد ابتلا به این بیماری در جریان رابطه جنسی رو به افزایش است. بیشترین تعداد افراد آلوده به گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال تعلق دارند. در سال‌های آغازین آن در ایران، آموزش وجود نداشته و افراد نیز شناخته شده نبودند (محرز، ۱۳۸۷، ص ۱۹). اکثر ابتلاهای کنونی مربوط به تماس‌های چهار و یا پنج سال گذشته می‌باشد که آگاهی‌ها کمتر بوده است. آمارهای مربوط به پیشرفت‌های کنونی در آینده خود را نشان خواهند داد. تا سه سال گذشته شصت و پنج درصد موارد ابتلا در ایران از راه تزریقی بود اما اینک آمارهای مربوط به بی‌احتیاطی جنسی دو تا سه درصد

افزایش یافته‌اند. با توجه به اینکه ناقل اصلی این ویروس مردان هستند، زنان دارای رفتارهای پرخطر شامل زنان و دختران خیابانی و یا زنان مناطق حاشیه مرزها که چندهمسری در آنجا رواج دارد نیز در معرض این خطر قرار دارند. تاکنون راه‌اندازی مراکزی همچون زنان در معرض خطر و یا آموزش همسران مردان معتاد، از سوی وزارت بهداشت برای این منظور صورت گرفته است (کمرئی، ۱۳۸۷).

در ایران طبق اطلاعات موجود، مبتلایان به ایدز تا پیش از دهه شصت بیشتر در اثر تزریق خون‌های وارداتی که آلوده بوده‌اند دچار این بیماری شده‌اند درحالی که در دهه هفتاد استفاده از سرنگ‌های مشترک در میان معتادان تزریقی و روابط جنسی غیرایمن عامل ابتلا به این بیماری بوده است. تا سال ۱۳۸۳ میزان مرگ و میر ناشی از ایدز رسماً ۸۹۴ نفر گزارش شده بود درحالی که هیچ آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به ایدز موجود نبود. اما هم‌اکنون سازمان ملل در بحران ایدز در ایران از رشد صد درصدی این بیماری سخن می‌گوید (مرادی، ۱۳۸۵، ص ۳۴). عفونت اچ. آی. وی در ایران در حال گسترش می‌باشد به طوری که تاکنون ۲۲۰۰۰ نفر در ایران آلوده به این عفونت می‌باشند. برطبق تخمین سازمان بهداشت جهانی حدود صد هزار نفر در ایران مبتلا به این عفونت هستند. حدود ۶۵٪ موارد انتقال، از راه تزریق مواد مخدر است و بقیه موارد شامل انتقال از طریق جنسی و انتقال از راه فرآورده‌های خونی و انتقال از مادر به کودک می‌باشد. برطبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا ابتدای تیر ۱۳۸۹، ۲۱۴۳۵ نفر در ایران به اچ. آی. وی/ ایدز مبتلا شده‌اند و ۳۷۶۳ نفر در اثر این بیماری جان باختند (مرکز تحقیقات ایدز ایران، ۱۳۸۹).

داغ ننگ مانع تلاش‌های مختلف برای برنامه‌ریزی می‌شود. تست، خودافشایی، پیشگیری و مراقبت و حمایت از مبتلایان به اچ. آی. وی همگی حمایت‌کننده هستند ولی داغ ننگ مانع بزرگی است. تست و خودافشایی پیشگیری را مختل می‌سازند. مراقبت و حمایت در دسترس با نگرش‌های قضاوت‌کننده و رفتارهای منزوی‌کننده همراه می‌شوند که می‌تواند منجر به تأخیر انداختن مراقبت از مبتلایان - که کاملاً ضروری است - شود.

تاکنون در کشورهای در حال توسعه در مورد مسأله داغ ننگ^۱ و برجسب‌زنی^۲ مطالعات چندانی بر روی زنان مبتلا به عفونت^۳ اچ. آی. وی مثبت انجام نشده است. اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان به میزان دو برابر امکان دریافت ویروس از شریک جنسی آلوده خود را دارند. نابرابری اجتماعی نیز از دیگر دلایل گسترش این بیماری در میان زنان است. تبعیض علیه زنان چه به‌طور دائم یا موقت، آنان را به‌طور نامناسبی به سمت آسیب‌پذیر شدن در برابر ایدز^۴ سوق می‌دهد. زنان و دختران باید علاوه بر برخورداری از بالاترین استانداردهای بهداشت جسمی و روحی ممکن، آموزش، آزادی بیان، تحصیل و مشارکت آزادانه اطلاعات را داشته باشند (برنامه مشترک ملل متحد برای ایدز و دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد، ۱۳۸۹، ص ۱۲۶).

از مشکلات عمده بیماران مبتلا به ایدز، مشکلات اجتماعی است و عواملی که در ارتباط با این مشکل مطرح می‌باشد شامل سازگاری در رابطه با شغل و حرفه، وضعیت اقتصادی، فرهنگی، فکری و خانوادگی است. «کر» و لگراولینگ» (۲۰۰۴) معتقدند که مسأله عمده‌ای که در مورد مبتلایان به بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آنها از اجتماع و تبعیض علیه آنان است (مرادی، ۱۳۸۵، ص ۱۴).

پس انجام تلاشی تازه برای مبارزه با بدنامی و رسوایی بیماران مورد نیاز است. برخورد مؤثر با این مسأله آنچه را که هنوز به صورت مانعی بزرگ در مسیر اقدام هماهنگ اعم از سطوح ملی، اجتماعی، محلی یا جهانی خودنمایی می‌کند از پیش پا برخواهد داشت. برخورد با رسوایی بیماران ایدز به نوبه خود یک الزام حقوق‌بشری و همچنین دارای ارزش بسیار در کنار گذاشتن انکار و شرم بیماران است که از موانع مهم در شروع گفتگو درباره ایدز هستند (گزارش دبیر کل سازمان ملل متحد، ۱۳۸۸، ص ۲۲).

امروزه ایدز در بیشتر کشورهای جهان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح است. جامعه‌شناسان معتقدند یک مسأله اجتماعی مسأله‌ایست که بالقوه بر اکثریت افراد جامعه اثر می‌گذارد (پورکاظمی، ۱۳۸۶، ص ۶۵). اهمیت توجه به ایدز به عنوان یک مسأله اجتماعی خصوصاً در میان زنان مبتلا از آنجا ناشی می‌شود که این بیماری تنها به عنوان یک بیماری مطرح نیست و مبتلایان از نظر اجتماعی دچار مشکلات و معضلات فراوان می‌باشند. اگرچه در مقایسه با دهه گذشته پیشرفت‌های بیشتری در زمینه شناخت بیماری و روش‌های انتقال آن انجام گرفته است، ولی تلاش‌ها در زمینه کاهش برچسب زدن بر این افراد کافی نبوده است. داغ‌ننگ و برچسب‌زنی در سطوح مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی اتفاق می‌افتد که عدم پذیرش و طرد شدن از جمله موارد مهم آن می‌باشد. احساس تبعیض حاصل از ایدز به وسیله عوامل مختلفی به وجود می‌آید، این عوامل عبارتند از: عدم شناخت کافی بیماری، تصور غلط از شیوه‌های انتقال بیماری، عدم دسترسی راحت به خدمات درمانی، عدم اطلاع‌رسانی صحیح در مورد بیماری از طریق رسانه‌ها، احساس علاج‌ناپذیر بودن بیماری و پیش‌داوری و ترس‌های ناشی از موضوعات حساس

اجتماعی مثل روابط جنسی، بیماری و مصرف مواد مخدر. همچنین برچسب و داغ ننگ به‌عنوان یک مانع اساسی در استفاده از سرویس‌های مراقبتی و پیشگیری اولیه و ثانویه عمل می‌کند. چراکه عدم پذیرش جامعه باعث افزایش مقاومت فرد و کتمان بیماری در برابر انجام مشاوره و آزمایشات داوطلبانه شده که این امر خود منجر به افزایش شیوع بیماری و مرگ می‌گردد؛ زیرا زمانی می‌توان بیمار را تحت کنترل قرارداد که مورد پذیرش جامعه قرار گرفته و بیماری‌اش باعث تغییر رفتار مردم نسبت به او نشود و این موضوع از لحاظ جامعه‌شناسی یکی از آسیب‌های اجتماعی به حساب می‌آید. تجربه نشان داده است که بیماری‌های مخفی مانده پس از مدتی به همه‌گیرهای بزرگ تبدیل می‌شوند. کاهش ترس از کتمان بیماری، خود عاملی اساسی در توقف روند رشد ایدز می‌باشد.

تحقیقی در لیمپ^۵ در سال ۲۰۱۱ بر روی زنان باردار صورت گرفته است که اثر داغ ننگ در جذب تست اچ. آی. وی و ایدز را سنجیده است. در این تحقیق پژوهشگر به‌منظور ایجاد ارتباط بین اچ. آی. وی با داغ ننگ درونی و بیرونی بر وضعیت جذب تست اچ. آی. وی در میان زنان باردار در استان لیمپ در مجموع با ۴۵۷ زن باردار به‌صورت کمی و با استفاده از پرسشنامه مصاحبه کرد. زنان شرکت‌کننده در این تحقیق خواستار آن بودند که خود را از تأثیر داغ ننگ درونی دور نگه دارند. پس داغ ننگ درونی یک عامل مهم مؤثر بر روی زنان باردار برای جذب تست اچ. آی. وی بود که عوامل روانشناسی مانند: ترس از انگ، ترس از مورد تبعیض قرار گرفتن و نیز محرمانه نبودن نتایج آزمون و در نتیجه از دست دادن حمایت خانوادگی و شریک زندگی به‌عنوان عوامل مشترک نشان داده شده است (ویلسون، ۲۰۱۱).

تحقیق دیگری در مورد داغ ننگ در مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی و تن‌فروشان^۶ در پورتوریکو انجام گرفته است. در این تحقیق تجارب بسیاری از احساس ترس و نادیده گرفته شدن توسط حاشیه‌نشینان به‌عنوان مصرف‌کنندگان مواد تزریقی و تن‌فروشان مورد توجه قرار گرفت. این مطالعه بر روی ۳۴ نفر، ۱۷ مرد معتاد و ۱۷ زن تن‌فروش در معرض خطر ابتلا به عفونت اچ. آی. وی انجام گرفت. هدف از این تحقیق آن بود که چرا آنان رفتارهای ناسازگارانه را به‌عنوان راه مقابله با احساس داغ ننگ انتخاب می‌کنند. مفاهیم مرتبط با انگ و همچنین عکس‌العمل عاطفی به داغ ننگ در روشن کردن چگونگی درونی شدن احساس داغ ننگ که می‌تواند منجر به واکنش‌های عاطفی و رفتارهای مخرب شود کمک به‌سزایی کرده بود (کارمن، ۲۰۱۱).

تحقیقی در کیپ شمالی^۷ انگلستان ادراکات کارکنان اچ. آی. وی منفی از ایدز، ننگ و نگرش و رفتارشان در برخورد با همکاران مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت را در دفتر نخست‌وزیری وقت بررسی کرد. در این مطالعه از هر دو روش کمی و کیفی استفاده شد؛ که در نهایت نشان داده شد که کارکنان اچ. آی. وی مثبت معتقدند که داغ ننگ و تبعیض در شیوه برخورد کارمندان اچ. آی. وی منفی که در یک محل با هم کار می‌کنند وجود دارد. نتیجه حاصله نشان داد که این کارکنان طرد اجتماعی را تجربه کرده و در نهایت مجبور به رها کردن کار خود می‌شوند (لیزل، ۲۰۱۱).

در تحقیقی که به بررسی توسعه ابزاری برای سنجش داغ ننگ درونی در افراد مبتلا به اچ. آی. وی صورت گرفت مشخص شد که برچسب و داغ ننگ عواقب وخیمی برای افراد مبتلا به عفونت اچ. آی. وی دارد که با آن زندگی می‌کنند.

داغ ننگ مانع پیشگیری از انتقال اچ. آی. وی به شرکای جنسی شده، تشخیص و درمان زود هنگام را عقب می‌اندازد و اثرات منفی بر سلامت جسمی و روانی، کیفیت زندگی و رضایت زندگی دارد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۱).

یونانی‌ها اولین بار اصطلاح داغ ننگ را برای اشاره به علائم بدنی به کار بردند که برای بیان نکته‌ای غیرعادی و ناپسند در خصوص وضعیت اخلاقی فرد مطرح می‌شد. علائم را روی بدن افراد خاصی می‌بریدند و یا با سوزاندن روی پوست ایجاد می‌کردند. نشان مذکور اعلام می‌کرد که فرد حامل آن برده، مجرم و یا خیانتکار است. اما امروزه اصطلاح داغ ننگ به‌طور وسیعی به رسوایی و ننگ اشاره دارد تا علائم بدنی ناشی از آن. از نظر گافمن انسان‌ها دارای دو هویت اجتماعی بالقوه^۱ و هویت اجتماعی بالفعل^۲ می‌باشند. داغ ننگ تفاوت خاصی بین هویت اجتماعی بالفعل و بالقوه فرد به وجود می‌آورد. پس اصطلاح داغ ننگ برای اشاره به ویژگی یا صفتی به کار برده خواهد شد که شدیداً بدنام‌کننده یا ننگ‌آور است؛ اما باید توجه کرد که قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات خویش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد (گافمن، ۱۳۸۶، صص ۲۹-۳۲). وقتی که ناسازگاری میان هویت اجتماعی بالفعل و بالقوه یک فرد آشکار یا شناخته شده باشد، هویت اجتماعی او را تخریب می‌کند؛ حتی می‌تواند او را از جامعه و خودش جدا کند و یک انسان بدنام شده را در برابر یک دنیای ناپذیرنده قرار دهد. اصطلاح داغ ننگ رویکرد دوگانه‌ای را با خود دارد: ۱. فرد با داغ ننگی که قطعاً بدنام‌کننده است روبروست، یعنی داغ بی‌اعتباری و ۲. فرد با داغ ننگی که احتمال دارد بدنام‌کننده باشد، یعنی داغ احتمال بی‌اعتباری مواجه است. تفاوت این دو بسیار مهم است؛ از آن جهت که نگرش‌هایی که آدم‌های عادی نسبت به فرد

داغ‌خورده دارند و کنش‌هایی که در مقابلشان انجام می‌دهند، به نظر درست و طبیعی است، چراکه تصور می‌شود یک فرد داغ‌خورده انسان کاملی نیست و براساس همین تصور فرصت‌های زیستی‌اش کاهش می‌یابد؛ اما باید توجه داشت که فرد داغ‌خورده خود را متفاوت از افراد عادی جامعه نمی‌داند و تعریف او از خود معادل یک انسان عادی است. نکته مهم در این بین مسأله «تماس‌های مختلط»^{۱۰} است، یعنی لحظاتی که آدم‌های عادی و فرد داغ‌خورده در یک موقعیت اجتماعی مشترک قرار می‌گیرند. فردی که به دلیل عدم دریافت بازخورد مناسب و محترمانه از آمیزش اجتماعی روزانه با دیگران در انزوای خودخواسته فرو رفته می‌تواند مشکوک، افسرده، تندخو، مضطرب و سرگردان شود. فرد داغ‌خورده در طول تماس‌های مختلط احساس می‌کند که در مرکز توجه دیگران قرار دارد و مجبور است نسبت به تأثیری که می‌گذارد هوشیار باشد.

نظریه برچسب‌زنی^{۱۱} که در واقع صورتی است از نظریه کنش متقابل نمادین، در تعریف اینکه چه رفتاری نابهنجار است و ننگ‌آور از دو ایده اصلی مطرح در کنش متقابل نمادین بهره گرفته است: ۱. کنش متقابل: کج‌رفتاری مثل هر نوع رفتار انسانی دیگر، یک کنش جمعی است و بیش از یک نفر در آن دخالت دارد. بر این اساس، نباید تنها بر شخص کج‌رفتار تأکید کرد، بلکه باید به کنش متقابل آن شخص به اصطلاح کج‌رفتار و آدم‌های عادی توجه کرد. در واقع این دو پیوسته باهم‌اند و یکی بدون دیگری وجود ندارد (بکر، ۱۹۷۴). ۲. نمادین: کنش متقابل بین شخص به اصطلاح کج‌رفتار و آدم‌های عادی تحت فرمان معنایی است که آنها به کنش‌ها و واکنش‌های یکدیگر نسبت می‌دهند. این معناها همان نمادها یعنی ژست‌ها، تفسیرها، تعریف‌ها یا انگ‌هایی است که مردم به یک کنش

نسبت می‌دهند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۸، ص ۳۲). داغ ننگ متضمن وجود مجموعه مشخصی از افراد نیست که بتوان آنها را به دو قطب تقسیم کرد. افراد داغ‌خورده و عادی یک فرآیند اجتماعیِ دو نقشیِ فراگیر را به جریان می‌اندازند که انسان در هر دو نقش آن مشارکت می‌کند. افراد داغ‌خورده و عادی نه شخص بلکه بیشتر زاویه دید هستند. آنها در موقعیت‌های اجتماعی در خلال تماس‌های مختلط و به‌وسیله آن هنجارهای تحقق‌نیافته‌ای خلق می‌شوند که احتمالاً بر روی مواجهات مردم تأثیر می‌گذارند (گافمن، ۱۳۸۶، ص ۲۳۰). پس انحراف مفهومی ساخته جامعه می‌باشد، که گروهی در جامعه با تصویب قوانینی که تخطی از آنها کج‌رفتاری محسوب می‌شود، داغ ننگ و برجسب را اعمال می‌کنند (بکر، ۱۹۷۳). اگر برجسبی در درون فهم فرد از خود متجسم شود، فرد آن رفتار را درونی کرده و می‌پذیرد (استگز، ۲۰۰۷).

افراد غالباً از قواعد یا هنجارهای اجتماعی پیروی می‌کنند که با ضمانت‌های اجرایی همراه هستند. ضمانت اجرایی هر واکنشی از سوی دیگران نسبت به رفتار یک فرد یا گروه است که هدفش تأمین اطاعت از هنجار معینی باشد. ضمانت‌های اجرایی ممکن است مثبت (دادن پاداش برای هم‌نوایی) و یا منفی (تنبیه برای رفتاری که هم‌نوایی نمی‌کند) و نیز می‌توانند رسمی یا غیررسمی باشند. ضمانت‌های اجرایی رسمی^{۱۲} در جایی وجود دارند که گروه معینی از مردم یا سازمانی که وظیفه‌اش تأمین اطاعت از مجموعه هنجارهای خاصی است وجود داشته باشد. ضمانت‌های اجرایی غیررسمی^{۱۳} واکنش‌های کمتر سازمان‌یافته و بیشتر خود به خودی نسبت به ناهم‌نوایی هستند. ضمانت‌های اجرایی غیررسمی، مثبت یا منفی، از ویژگی‌های معمولی همه زمینه‌های فعالیت اجتماعی است.

ضمانت‌های اجرایی غیررسمی مثبت شامل: آفرین گفتن و یا لبخندی حاکی از قدردانی نسبت به شخصی است. نمونه‌های ضمانت‌های اجرایی غیررسمی منفی، سخن گفتن به شیوه‌ای توهین‌آمیز، سرزنش کردن و دوری جستن از فرد معینی است (گیدنز، ۱۳۸۸، صص ۱۵۱-۱۵۲). براساس نظریات ارائه شده توسط لمرت و بکر ضمانت‌های غیررسمی منفی که به صورت تحقیر، تمسخر، سرزنش و بدنامی علیه کج‌رفتاران به کار برده می‌شود، گرایش آنان را به جرایم و انحرافات بیشتر کرده و همچنین به عنوان ملاک و مبنای تعریف مفهوم برجسب‌زنی استفاده می‌شود (بلالی، ۱۳۸۴). به نظر لیسکا و مسنر برجسب‌خورده بیش از برجسب‌نخورده به سوی انحراف و کج‌رفتاری سوق پیدا می‌کند، زیرا پس از برجسب خوردن امکان شرکت فرد در فعالیت‌های معمول اجتماعی کم می‌شود؛ فرد در این شرایط و به شکل نمادین نقش خود را مجدداً تعریف می‌کند و هویت کجرو در او تقویت می‌شود. در مورد فرصت‌های اجتماعی باید گفت که امکان استخدام فرد در حرفه‌های نرمال با برجسب خوردن کاهش می‌یابد. از نظر روابط شخصی افراد علاقه‌ای به معاشرت با افرادی که داغ‌ننگ خورده‌اند را ندارند و حتی نگرانند که برجسب این افراد به آنها تعمیم داده شود (ممتاز، ۱۳۸۱، صص ۱۱۱-۱۱۵). برجسب انحراف پیامدهای منفی زیادی بر افراد می‌تواند داشته باشد که از این نظر افراد در معرض این برجسب‌ها دچار تحریم اجتماعی^۴ و طرد اجتماعی^۵ می‌شوند که از دسترسی عادلانه، برابر و بدون تبعیض آنها به حقوق شهروندی جلوگیری به عمل می‌آورد. بنابراین برجسب انحراف نه تنها به صورت مستقیم منجر به تشدید و تکرار جرم می‌شود بلکه باعث تحریم اجتماعی در ابعاد وسیع برای مجرم می‌باشد که از این طریق نیز به صورت غیرمستقیم نقش ویژه‌ای در گرایش افراد

به تکرار جرم دارد. به نظر سوزان کنیون عدم پذیرش یک فرد در مشارکت‌های اجتماعی و سیاسی جامعه نه تنها به کیفیت مادی و غیرمادی نامناسب زندگی، بلکه به فرصت‌ها و گزینه‌های زندگی نامناسب و شهروندی تنزل یافته منجر می‌شود. از نظر جولیا، گراند، بوشارت و همکارانش فرد وقتی به لحاظ اجتماعی تحریم می‌شود که:

۱. به لحاظ جغرافیایی ساکن یک جامعه است.

۲. در فعالیت‌های معمول شهروندان در آن جامعه نمی‌تواند شرکت کند.

۳. تمایل به مشارکت دارد اما به خاطر عواملی که ورای کنترل اوست از آن

ممانعت می‌شود (پاتریک، ۲۰۰۵).

تحریم اجتماعی حقوق انسانی افراد را انکار می‌کند و در پیوند با بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی به حاشیه راندن افراد و تعمیق نابرابری‌ها منجر می‌شود، که خود ثبات دموکراسی را تهدید می‌کند (بلالی، ۱۳۸۴).

روش

برخورد با زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت و آگاهی یافتن از خواسته‌ها و نظراتشان مسیری ساده به نظر نمی‌آید. تجربه این زنان در زندگی نشان می‌دهد که به دلیل داغ ننگ و برجستگی که از سوی جامعه خورده‌اند، دچار نوعی طرد اجتماعی شده‌اند؛ تجربه‌ای که باعث مخفی نگه‌داشتن بیماریشان شده است. بر این اساس ما در این تحقیق با به کارگیری روش کیفی و مصاحبه نیمه‌ساخت یافته به توصیف پیامدهای داغ ننگ و برجستگی بر روی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی پرداختیم. در این پژوهش زنان بیمار همان گروهی هستند که روش تحقیق کیفی

بر آگاه شدن از احساسات، نظرات، نگرش و ذهنیت شان تأکید می‌کند. فلیک معتقد است که تحقیق کمی بر دیدگاه خود محقق مبتنی است، حال آنکه در تحقیق کیفی با تأکید بر دیدگاه‌های افراد مورد مطالعه قصد بر آن است که پدیده یا رویداد مورد مطالعه را از درون و زاویه دید افرادی بشناسد که در تحقیق مشارکت داده شده‌اند (فلیک، ۱۳۸۷، صص ۳۷-۸۳). سؤال‌های مصاحبه کیفی غالباً باز و یا نیمه‌بسته هستند و در نتیجه مصاحبه نیمه‌ساخت یافته می‌باشد. مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده به‌طور مشترک مسیر و گام‌های مصاحبه را طی و کنترل می‌کنند، به علاوه مصاحبه‌گر در جریان مصاحبه خود را با هنجارها و کاربردهای مصاحبه‌شونده سازگار می‌کند. از منظر پست‌مدرن‌ها در مسیر مصاحبه معرفتی تولید می‌شود که از نظر اجتماعی ساخته و بازسازی شده و معانی جهان اجتماعی را مورد مذاکره قرار می‌دهد. کوال و برینکمن ارزش بسیاری برای مصاحبه/ مکالمه میان افراد قائل‌اند و معتقدند اگر می‌خواهید بدانید که انسان‌ها چگونه چطور جهان و زندگی خود را درک می‌کنند با آنها صحبت کنید؛ مکالمه شیوه بنیادی انسانی است (محمدپور، ۱۳۸۹، ص ۱۴۹). مصاحبه‌گر مصاحبه را با اتخاذ رویکرد بازاندیشانه نسبت به معرفتی که در جستجوی آن می‌باشد و روابط بین شخصی با مصاحبه‌شونده انجام داد. پس باید اشراف کافی بر روش مصاحبه داشته و هدف پژوهش را به خوبی به خاطر داشته، سؤال‌های واضح، ساده و کوتاه با زبانی قابل فهم از مصاحبه‌شونده پرسید و از زبان آکادمیک یا لهجه حرفه‌ای استفاده نکرده است.

شرکت کنندگان

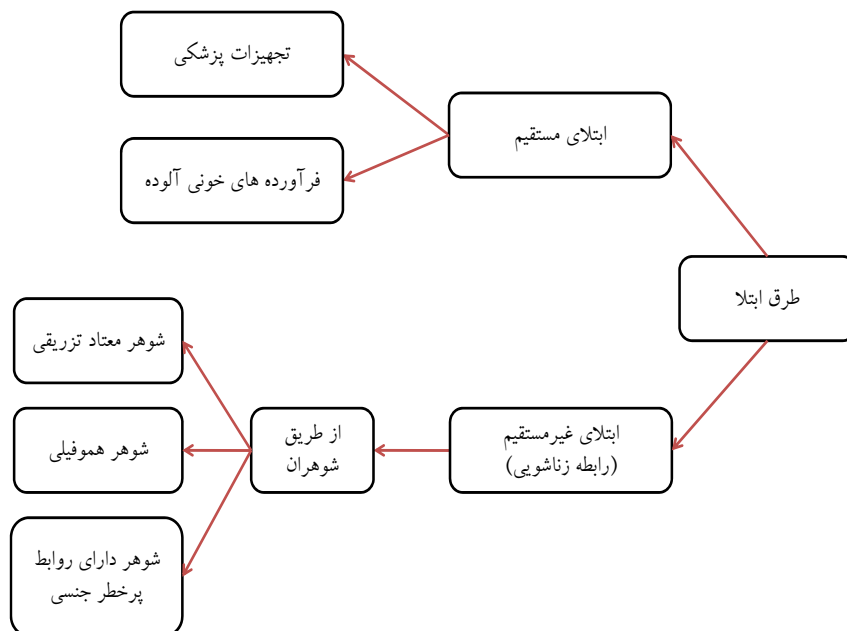
در روش‌های کیفی مناسب بودن نمونه از طریق تصادفی بودن تضمین نمی‌شود، چراکه نمونه‌های مورد مطالعه در بیشتر موارد تصادفی نیستند. محقق در روش‌های کیفی نمونه خویش را براساس «میزان روشنایی بخشی» روندی انتخاب می‌نماید که پژوهش تا آن مرحله طی نموده است. با توجه به این شیوه نمونه‌گیری به نظر می‌رسد که محقق به قاعده‌ای نیاز دارد تا براساس آن زمانی را برای توقف روند نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات در نظر گیرد، این قاعده را اشباع نظری در اختیار قرار می‌دهد (فیلیک، ۱۳۸۸، ص ۱۳۹). بر این اساس نمونه‌گیری زمانی پایان می‌یابد که اشباع نظری حاصل شود، اشباع نظری بدین معناست که افزودن بر نمونه‌ها چیز جدیدی به یافته‌های محقق اضافه نکند.

نمونه‌گیری بر مبنای شناخت قبلی از مرکز تحقیقات ایدز ایران به عنوان بزرگترین و اولین مرکز مشاوره درمانی و رفتاری در ایران صورت گرفته است و باشگاه یاران مثبت به عنوان میدان تحقیق در نظر گرفته شده است. بر مبنای معیارهای بیان شده در انتخاب منابع اطلاعاتی خوب و از آنجا که نمونه‌گیری تا جایی ادامه دارد که به اشباع نظری دست یابیم، یافته‌های پژوهشی این مطالعه که براساس آن تدوین شده است، بر مبنای تحلیل مصاحبه با ۱۰ نفر از زنان باشگاه یاران مثبت که ساکن تهران بوده‌اند و مایل به همکاری با محقق بوده و خود درگیری ذهنی با این موضوع داشته‌اند صورت گرفته است. دو نفر از زنان مبتلا که خود همکاران باشگاه بودند به عنوان نماینده از دیگر زنان مراجعه‌کننده می‌خواستند تا با محقق همکاری‌های لازم را بنمایند و آنان نیز با سعه صدر با محقق همکاری‌های لازم را مبذول داشتند. در این تحقیق زنان بین ۲۰ تا ۵۰ سال،

که همگی متأهل (ازدواج رسمی یا عقد دائم) بوده و از نظر سطح سواد ۳ نفر دیپلمه و ۷ تن دیگر زیر دیپلم (سیکل، پنجم ابتدایی) بودند. همگی آنان بین ۲ تا ۹ سال بود که نسبت به بیماری خود آگاهی یافته بودند. محقق خواستار مصاحبه با زنانی بود که حتی المقدور بیش از یک سال باشد که از بیماری خود مطلع شده‌اند، چرا که اکثر کسانی که تازه متوجه وضعیت خود شده بودند به دلیل شوک شدید قادر و مایل به همکاری نبودند. علاوه بر آن به دلیل آنکه بر محقق معلوم شد که همه موارد از طبقات پایین جامعه بوده‌اند، متغیرهای سرمایه‌های اقتصادی و سطح طبقاتی زنان و خانواده‌هایشان در انتخاب نمونه‌ها مورد توجه قرار نگرفته است. برای انجام کار و دستیابی به اهداف تحقیق، محقق سؤالاتی را تدوین کرده و از مصاحبه‌شوندگان پرسیدیم. لازم به یادآوری است که سؤالات غالباً راه‌گشای کار محقق بوده و گاهی لازم بود تغییراتی در نحوه مطرح کردن سؤالات ایجاد شود.

یافته‌ها

مصاحبه‌شوندگان عمدتاً از دو راه به ویروس نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) مبتلا شده بودند: الف. ابتلای مستقیم و ب: ابتلای غیرمستقیم. لازم به ذکر است که این دو اصطلاح را محقق خود برای بیان موارد ابتلا به کار برده است.



همان گونه که بیان شد همگی زنان مصاحبه شونده متأهل (ازدواج رسمی یا عقد دائم) بودند که از این بین ۶ نفر از طریق ابتلای غیرمستقیم یا همان رابطه زناشویی از همسر معتاد تزریقی، ۱ نفر از همسر دارای روابط پرخطرجنسی و ۱ نفر دیگر از شوهر بیمار هموفیلی خود مبتلا گشته بودند. ۲ نفر دیگر شرکت کننده در تحقیق که به طور مستقیم مبتلا شده بودند، یکی از آنان از طریق تجهیزات پزشکی آلوده و دیگری از طریق فرآورده های خونی آلوده به بیماری ایدز مبتلا گشته بودند. نکته قابل تأمل آن است که همگی آنان با داغ ننگ و برجسب انحراف و کج رفتار در جامعه روبرو شده اند.

گافمن بیان می‌دارد داغ‌زنی صفتی است که نه در ذات خویش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. زنان شرکت‌کننده در مصاحبه بیان داشتند نگرش‌هایی که دیگران نسبت به فرد داغ‌خورده دارند و کنش‌هایی که در مقابلشان انجام می‌دهند، برای آنها کاملاً شناخته شده است؛ چرا که تصور می‌شود یک فرد داغ‌خورده انسان کاملی نیست و براساس همین تصور انواع تبعیض‌ها علیه وی به کار برده می‌شود که در نتیجه فرصت‌های زیستی‌شان کاهش می‌یابد. این نگرش داغ‌خوردگی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی را حتی پزشکان در برخورد با این بیماران داشته، و برای آنان هویتی جدای از دیگران قائل می‌شوند. اما زن داغ‌خورده اغلب همان عقایدی را درباره هویت در ذهن خود دارد که افراد عادی جامعه دارند. او مشاهده می‌کند که دیگران علی‌رغم آنچه در ظاهر به زبان می‌آورند او را به معنای واقعی مورد پذیرش قرار نمی‌دهند و برای برقراری ارتباط با وی در زمینه‌های برابر آمادگی ندارند. علاوه بر این معیارهایی که او از جامعه وسیع‌تر پذیرفته است به گونه‌ای او را تجهیز می‌کنند که به‌طور کامل در برابر چیزی که دیگران به‌عنوان عیب او می‌بینند هوشیار باشد؛ این معیارها به شکلی گریزناپذیر او را مجاب می‌کند که واقعیت کمتر از آن سطحی است که واقعاً باید باشد. در نتیجه احتمال بروز شرم افزایش می‌یابد، زیرا فرد می‌بیند صاحب صفتی بدنام‌کننده است که نباید آن را داشته باشد. همان‌گونه که به نظر می‌رسد رسانه‌ها نیز افراد مبتلا به عفونت اچ. آی. وی را با القاب و صفاتی ننگ‌آور به تصویر می‌کشند و او خجالت‌زده، شرم‌منده و عصبی شده و پی می‌برد که میان هویت اجتماعی بالقوه و هویت اجتماعی بالفعل او ناسازگاری وجود دارد و زمانی که این ناسازگاری بر فردی آشکار و شناخته شود هویت اجتماعی او تخریب می‌شود. در

تحقیق حاضر آنچه بیش از همه در طول مصاحبه مشاهده گردید درک زنان بیمار از «داغ احتمال بی‌اعتباری» بود که با خود داشتند، بنابراین سعی می‌کردند تا «داغ احتمال بی‌اعتباری» به «داغ بی‌اعتباری» تبدیل نشده و ناسازگاری میان هویت اجتماعی‌شان به‌وجود نیاید. همان‌گونه که گافمن بیان می‌دارد مسأله تماس‌های مختلط برای یک فرد داغ‌خورده بسیار با اهمیت است، در واقع منظور لحظاتی است که دیگران و زنان داغ‌خورده در یک موقعیت اجتماعی مشترک قرار می‌گیرند. زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی ممکن است در این‌باره که آدم‌های عادی او را چگونه تعریف و ادراک می‌کنند اطمینان خاطر نداشته باشد. جدای از آن او ممکن است در طول تماس‌های مختلط احساس کند که در مرکز توجه دیگران قرار دارد و مجبور است نسبت به تأثیری که می‌گذارد هوشیار باشد. پس زنان شرکت‌کننده در مصاحبه به دلیل داغ و برجستگی که از سوی دیگران می‌خورند خواستار مخفی باقی ماندن بیماری‌شان در جامعه و یا صحیح‌تر عدم تبدیل داغ احتمال بی‌اعتباری به داغ بی‌اعتباری می‌باشند چراکه از برخورد دیگران که بر آنان داغ ننگ بزنند نگران هستند. هنگامی که تفاوت او بلافاصله آشکار نشود و دیگران از قبل اطلاعی در مورد بیماری آنها نداشته باشند و او مواجه با بدنام شدن باشد، در این زمان با دو مسأله روبرو هستیم یکی چاره‌اندیشی برای تنش‌هایی است که برای فرد داغ‌خورده در برقراری روابط اجتماعی‌اش ایجاد می‌شود، تا احتمال بدنام شدن به بدنامی واقعی و آشکار تسری پیدا نکند و دیگری مسأله سر و سامان دادن به اطلاعات فرد در مورد نقصش می‌باشد. اگر موضوع بدنام‌کننده‌ای در مورد گذشته یا حال فرد وجود داشته باشد، به نظر می‌رسد موقعیت سخت او به تعداد کسانی که از آن مسأله اطلاع دارند ارتباط پیدا می‌کند.

مصاحبه‌شوندگان ترجیح می‌دادند کسی از ابتلای آنان به ایدز مطلع نشود. تقسیم‌بندی آنها خانواده، دوستان، همسایگان و دیگر اعضای جامعه را دربر می‌گیرد. آنان معتقدند هرچه تعداد افرادی که از راز زندگی آنها باخبرند بیشتر باشد، موقعیتشان سخت‌تر می‌شود؛ و تا آن هنگام که تفاوت نسبتاً نامرئی باشد فرد یاد می‌گیرد که می‌تواند به رازداری خویش اتکا کند. چراکه آدم‌های عادی زمانی که از بیماری آنان مطلع شوند دیگر علاقه‌ای به معاشرت با آنان که داغ ننگ خورده‌اند ندارند و حتی بیم دارند که داغ ننگ و برچسب این افراد به آنها تعمیم داده شود، بنابراین کسانی که داغ ننگ خورده‌اند فقط می‌توانند با یکدیگر کار و معاشرت داشته باشند.

ماهیت و محتوای رفتار کجروانه از گذشته تاکنون و نیز از یک جامعه تا جامعه‌ای دیگر بسیار متفاوت است. جامعه‌شناسی معتقد است که ماهیت جرم به نهادهای اجتماعی جامعه بستگی دارد. همان‌گونه که بکر بیان می‌دارد کجرفتاری مفهومی ساخته جامعه است. پس کجرفتاری ویژگی رفتاری که انجام شده نیست، بلکه نتیجه اعمال قوانین و مجازات‌های مربوط به جامعه است. زنان شرکت‌کننده در تحقیق همگی معتقد بودند که اطلاع‌رسانی غلط و ضعیف رسانه‌ها بالاخص صدا و سیما در به تصویر کشیدن بیماران مبتلا به ایدز باعث گردیده است که آنان به عنوان مجرمین در جامعه شناخته شوند. پس انگ کجرفتاری در واقع نگاه مجرمانه را به‌طور موفقیت‌آمیزی در مورد آنان به کار برده است. در اینجا می‌بایست یادآور شویم نظریه‌پردازان انگ‌زنی در پی علت انحراف و کجرفتاری نیستند، بلکه خواستار بررسی پیامدهای کجرفتاری می‌باشند و نیز براساس نظریه کنش

متقابل نمادین با بررسی کج رفتاری می‌توان نگاه مجرمانه بر روی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی را مورد بررسی قرار داد.

همان‌طور که گیدنز بیان می‌دارد ضمانت‌های اجرایی غیررسمی، مثبت یا منفی، از ویژگی‌های معمولی همه زمینه‌های فعالیت اجتماعی است. مصاحبه‌شوندگان از ضمانت‌های اجرایی غیررسمی منفی مانند سخن گفتن به شیوه‌ای توهین‌آمیز، سرزنش کردن و دوری جستن از آنان به دلیل داغ ننگ سخن گفتند. اگرچه ضمانت‌های اجرایی رسمی از ضمانت‌های اجرایی غیررسمی برجسته‌تر هستند، ضمانت‌های اجرایی غیررسمی در تأمین همنوایی با هنجارها از اهمیت زیادی برخوردارند. به دست آوردن تأیید خانواده، دوستان و همکاران یا تمایل به دوری از مورد تمسخر واقع شدن، اغلب بیش از پاداش‌ها یا تنبیه‌های رسمی بر رفتار مردم تأثیر می‌گذارد و این دقیقاً همان چیزی است که زنان شرکت‌کننده به‌طور محسوس در زیست‌جهانشان با آن روبرو شده و کاملاً نسبت به آن شناخت داشتند.

زنان مصاحبه‌شونده به دلیل برجسب انحرافی که از سوی جامعه خورده‌اند تحریم و طرد شده‌اند، در نتیجه دوستان و همسایگان اندکی دارند که در مواقع لزوم بتوانند از آنها کمک بگیرند. از حمایت خانوادگی اندکی برخوردارند، در ترس فاش شدن بیماری خود زندگی می‌کنند. تحریم اجتماعی در واقع بخش مهمی از تجربه گروه‌های مشخصی چون گروه هدف در این تحقیق - زنان مبتلا - را مطالعه می‌کند که متمایز و محصور شده از مشارکت در زندگی اجتماعی‌اند. تحریم‌شدگان به عنوان جزئی از جامعه در نظر گرفته نمی‌شوند؛ همان‌گونه که بوشارت و همکارانش بیان می‌دارند یک فرد وقتی به لحاظ اجتماعی تحریم

می‌شود که به لحاظ جغرافیایی ساکن یک جامعه است. در فعالیت‌های طبیعی شهروندان در آن جامعه شرکت نمی‌کند یا نمی‌تواند شرکت کند. تمایل به چنان مشارکتی دارد اما به دلیل عواملی که ورای کنترل اوست از آن ممانعت می‌شود. همان‌گونه که در تحقیق حاضر بیان شد همگی زنان مورد مصاحبه ساکن شهر تهران بودند که تمایل به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی داشتند، اما به دلیل برچسب و داغ‌نگی که از سوی دیگران خورده و در نتیجه آن طرد شده بودند از انجام این فعالیت‌ها باز مانده بودند و به سمت حاشیه‌های جامعه کشانده شده یا در آن حاشیه‌ها نگه داشته می‌شوند. پس این فرآیند نه تنها دربرگیرنده محرومیت‌های مادی است، بلکه در معنایی وسیع‌تر به انکار فرصت‌ها برای مشارکت کامل در زندگی اجتماعی و سیاسی مرتبط می‌شود. بدین معنا که درحالی که به لحاظ جغرافیایی ساکن در آن جامعه‌اند اما به دلایلی که برای هر گروه از تحریم‌شدگان ممکن است متفاوت باشد عملاً از مشارکت، حضور و ایفای نقش در جامعه کنار گذاشته شده‌اند. در مسأله تحریم اجتماعی مشکل زمانی حاد و جدی می‌شود که فرد یا گروهی از افراد به صورتی مداوم مورد تحریم قرار می‌گیرند. تکرار تحریم برای زنان شرکت‌کننده در تحقیق در طول زندگیشان بسیار آشکار بود. یکی از مشکلات آنان در مراجعه به پزشک برای درمان خصوصاً دندانپزشکی بود، که به دلیل درگیر شدن با وجدانشان بیماری خود را بیان می‌داشتند هرچند که بر این نکته واقف بودند که با بیان بیماری خود طرد شده و از مزایای بهداشتی و درمانی که جزء حقوق شهروندی آنهاست بهره‌مند نخواهند شد. پس به دلیل عدم درگیری با وجدان بعضی از آنان ترجیح می‌دهند از مراجعه به پزشک خودداری کنند. دو راهی بین مخفی‌نگه‌داشتن بیماری برای برخورداری از مزایای اجتماعی و یا افشای

بیماری با توجه به طرد اجتماعی که در پی آن می‌آید مسأله‌ای قابل تأمل می‌باشد. مطالعه تحریم و طرد اجتماعی در واقع بخش مهمی از تجربه گروه‌های مشخصی چون زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت است که متمایز و محصور شده از مشارکت در زندگی اجتماعی‌اند.

نتیجه

مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند نگرش‌هایی که دیگران نسبت به فرد داغ‌خورده دارند و کنش‌هایی که در مقابلشان انجام می‌دهند، برای آنها کاملاً شناخته شده است؛ در مصاحبه‌های انجام شده زنان به کرات به بیان تبعیض‌های اعمال شده در تجربه زندگی‌شان پرداختند که در نتیجه فرصت‌های زیستی‌شان را کاهش داده بود. این نگرش داغ‌خوردگی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت را حتی پزشکان نسبت به مصاحبه‌شوندگان داشته، و برای آنان هویتی جدای از دیگران قائل می‌شوند و این دیدگاه را در عمل و هنگام مراجعه زنان به آنان برای درمان نشان داده بودند. همان‌گونه که به نظر می‌رسید رسانه‌ها نیز افراد مبتلا به عفونت اچ. آی. وی را با القاب و صفاتی ننگ‌آور به تصویر می‌کشند و او خجالت‌زده شرمگین گشته و پی می‌برد که مخفی کردن بیماری بهترین شیوه‌ای است که می‌تواند به زندگی خود با داغی همیشگی ادامه دهد. پس زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت به دلیل داغ و برجسبی که از سوی دیگران خورده بودند خواستار مخفی باقی ماندن بیماری‌شان در جامعه و یا درست‌تر عدم تبدیل داغ احتمال بی‌اعتباری به داغ بی‌اعتباری بودند. آنان از برخورد دیگران که بر آنان داغ ننگ بزنند ابراز نگرانی می‌کردند. مصاحبه‌شوندگان ترجیح می‌دادند تا آنجا که امکان دارد کسی از ابتلای آنان به ایدز مطلع نشود. پس وقتی تفاوت نسبتاً نامرئی باشد، مانند بیماری ایدز زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، فرد باید یاد بگیرد که در واقع می‌تواند به رازداری خودش اتکا کند و به دنبال احتمالاتی بگردد که در مدیریت اطلاعاتش از آنها سود ببرد. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که از نظر روابط شخصی افراد علاقه‌ای به معاشرت با آنان که داغ ننگ خورده‌اند ندارند و حتی نگرانند که داغ و برجسب این افراد به آنها تعمیم داده شود بدون آنکه خود مبتلا

باشند، بنابراین کسانی که داغ ننگ خورده‌اند فقط می‌توانند با یکدیگر کار و معاشرت داشته باشند.

زنان شرکت‌کننده در تحقیق حاضر معتقد بودند که اطلاع‌رسانی غلط و ضعیف رسانه‌ها بالاخص صدا و سیما در به تصویر کشیدن بیماران مبتلا به عفونت اچ. آی. وی باعث گردیده است که آنان به‌عنوان مجرمین در جامعه شناخته شوند. پس انگ کجرفتاری و در واقع نگاه مجرمانه را کاملاً احساس می‌کردند. اما آیا به‌واقع زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی جرمی مرتکب شده‌اند که از سوی جامعه مجرم شناخته می‌شوند؟ در پژوهش حاضر آنچه زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت بیان می‌کردند کجرو خوانده شدن آنان از سوی دیگران و در نتیجه نگاه مجرمانه جامعه نسبت به آنان بود. آن‌گونه که گویی آنان کجروانی هستند که با رفتار کجروانه و نابهنجار خود در زمینه‌های اجتماعی دچار تخلف شده بودند.

در یک نگاه کلی می‌توان گفت تمامی عوامل یا مفاهیم مطرح شده همانند زنجیر به یکدیگر متصل هستند و محقق در روند کار بیشتر به این موضوع پی‌برد. هیچ‌کدام از مفاهیم به‌صورت مستقل قابل قبول نبودند و نفس پژوهش به‌گونه‌ای بود که تمامی مصادیق زنجیره‌وار در کنار یکدیگر قرار می‌گرفتند. آنچه حائز اهمیت است آن است که همگی این مفاهیم بار معنایی منفی دارند به‌طوری‌که زنان مبتلا به اچ. آی. وی مثبت طرد می‌شوند به دلیل برچسب کجرویی که از سوی دیگران و جامعه بر آنان زده می‌شود. آنجایی که صحبت از برچسب و داغ ننگ بود، عدم آگاهی و در نتیجه طرد اجتماعی بروز می‌کرد. زنان مبتلا به اچ. آی. وی مثبت در تمام دنیا بیشتر از مردان در مضمّن اتهام به آلودگی می‌باشند. آنان منحرفانی هستند که بدون توجه به طرق ابتلا داغ ننگ شرم را می‌خورند. پس آنان قربانیانی هستند که تا آخر عمر با داغی که خورده‌اند می‌بایست زندگی

کنند. پس آنچنان که شاهدیم با توجه به تمامی آنچه گذشت آنان سعی در مخفی نگه داشتن بیماری خود دارند و هراس از آشکار شدن آن نزد افراد عادی جامعه. اما نکته‌ای که محقق در طول انجام کار به آن رسید آن بود که زنان مبتلا به ایدز برچسب و داغ ننگ را پیش از پافشاری بیشتر از سوی دیگران، خود درونی می‌کنند و به نظر می‌رسد آنها نقش افراد داغ‌زده شده را پیش از آنکه افراد عادی بتوانند نقشی به آنها واگذار کنند می‌پذیرند. همگی زنان مبتلا بر این نکته واقف بودند که داغی که آنان دارند، داغ احتمال بی‌اعتباری است، در نتیجه ترجیح می‌دهند دیگران کمتری از بیماریشان اطلاع داشته باشند و بعضاً از خانواده، دوستان و همسایگانشان بیماری خود را مخفی کرده‌اند تا داغی که دارند، مخفی بماند و آشکار نشود.

پس زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت تا آنجا که امکان دارد آلوده شدن خود به یک بیماری اجتماعی را مخفی کرده تا داغ ننگ و برچسب نابهنجاری نخورده و از سوی جامعه و دیگران تحریم و طرد نشوند؛ چراکه به تجربه به آنان ثابت شده است افشای بیماری باعث طرد شدن آنان از سوی اجتماع خواهد شد و در آن صورت مجبور خواهند بود انزوایی را برگزینند.

محقق در بررسی خود به این مهم دست یافت که همگی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی که گروه هدف پژوهشگر را دربر می‌گیرند، خود را قربانیانی می‌دانند که به بیماری‌ای مبتلا گشتند که بارمعنایی منفی زیادی دارد و با آنکه از برخورد و نگرش مردم، خصوصاً پزشکان ناراضی بودند اما هیچ‌گاه در مراجعه به پزشکان بیماری خود را مخفی نکرده و معتقدند که با افشای بیماری خود می‌توانند امکان خطر آلوده شدن دیگر اعضای جامعه را پایین بیاورند. در اینجا محقق به نتیجه بزرگی رسید و آن این که هرچند که همگی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی مثبت

وی مثبت خود را قربانی می‌دانند اما با بیان بیماری خود سعی در نجات دیگران دارند؛ در نتیجه محقق آنان را «قربانیان نجات‌دهنده» خطاب خواهد کرد.

- با توجه به آنچه در این مقاله بیان شد پیشنهاد می‌گردد که در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و مطالعات زنان هرچه بیشتر به مسأله داغ ننگ و برچسب بر روی زنان مبتلا به عفونت اچ. آی. وی پرداخته شود.

- انجمن جامعه‌شناسی ایران با مرکز تحقیقات ایدز ایران برای برگزاری جلسات بیشتر در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی برای کاهش طرد اجتماعی مبتلایان به اچ. آی. وی / ایدز همکاری‌های لازم را داشته باشند.

- اطلاع‌رسانی صحیح و مناسب رسانه‌ها، خصوصاً صدا و سیما در بیان ایدز به عنوان یک بیماری اجتماعی، راه‌های انتقال آن و استفاده از وسایل پیشگیری مانند کاندوم بیشتر شود.

- با توجه به جوان بودن جامعه ایران، اهمیت آموزش نوجوانان و جوانان در مدارس و دانشگاه‌ها پیرامون بیماری‌های مقاربتی من جمله ایدز که به‌طور روزافزونی شاهد گسترش آن از طریق رابطه جنسی غیرایمن در میان جوانان هستیم بیشتر شود.

- با آگاهی بر این امر که حق مصونیت از افشاء جزء حقوق مبتلایان به ایدز می‌باشد و آن در منشور حقوق بیماران مبتلا به ایدز سازمان ملل (UNAIDS) ثبت گردیده است، اما به دلیل ترس از انگ و تبعیض خصوصاً برای زنان مبتلا، شرایط اجتماعی فراهم شود برای فاش کردن بیماری ایدز.

قدردانی

از همراهی کارکنان مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، اعضای باشگاه یاران مثبت و پژوهشگران مرکز تحقیقات ایدز بیمارستان امام خمینی تهران به ویژه سعیده مؤیدی نیا که هر یک در برخی مراحل اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

* مقاله حاضر از پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی نازلی ملا اسمعیل شیرازی تحت عنوان «بررسی پیامدهای داغ‌ننگ و برچسب بر روی زنان مبتلا به اچ. آی. وی مثبت» به راهنمایی دکتر سید مرتضی نوربخش در گروه جامعه‌شناسی دانشگاه البرز قزوین استخراج شده است.

1. Stigma
2. Labeling
3. Humman Immuno Deficiency Virus
4. Acquired Immuno Deficiency Syndrom
5. Limpopo
6. Sex Worker
7. North Cape
8. Virtual Social Identity
9. Actual Social Identity
10. Mixed Contacts
11. Labeling Theory
12. Formal Sanctions
13. Informal Sanctions
14. Social Exclusion
15. Social Reject

فهرست منابع

- بلالی، اسماعیل، افروغ، عماد. (۱۳۸۴). تحریم اجتماعی: به سوی ارائه مدلی نظری، نشریه علوم انسانی جغرافیا و برنامه‌ریزی دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه تبریز، شماره ۱۸.
- پورکاظمی، لطفعلی. (۱۳۸۶). ایدز در ایران و جهان، تهران، ناهید.
- صدیق‌سروستانی، رحمت‌اله. (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)، تهران، انتشارات آن.
- برنامه مشترک ملل متحد برای ایدز و دفتر کمیسیون عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد. (۱۳۸۹). ترجمه محمود عباسی، لادن عباسیان و کمیسیون حقوق بشر اسلامی، تهران، موسسه فرهنگی و حقوقی سینا.
- فلیک، اووه. (۱۳۸۷). درآمدی بر تحقیق کیفی، ترجمه هادی جلیلی، تهران، نشر نی.
- کمرئی، نفیسه. (۱۳۸۶). آینده ایدز در ایران، تهران، اندیشه.
- گافمن، اروینگ. (۱۳۸۶). داغ‌ننگ (چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده)، ترجمه مسعود کیانپور، تهران، نشر مرکز.
- گروه تحقیقاتی مرکز ایدز ایران. (۱۳۸۹). بررسی و محاسبه شاخص انگ در افرادی که با اچ. آی. وی زندگی می‌کنند در شش استان مختلف کشور، مرکز تحقیقات ایدز ایران.

- گزارش دبیر کل سازمان ملل متحد. (۱۳۸۸). اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد درباره اچ. آی. وی، تهران، انتشارات مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران، نشر نی.
- محمدپور، احمد. (۱۳۸۹). ضد روش (منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی)، تهران، جامعه‌شناسان.
- ممتاز، فریده. (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی (نظریه‌ها و دیدگاه‌ها)، تهران، شرکت سهامی انتشار.
- ویزه، اورزولا، مرادی، شهرام. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به ایدز شهر تهران، خانواده پژوهی، شماره ۸.
- Carr, R L, Gramling, L F. (2004). Stigma: A health barrier for women with HIV/AIDS, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 15 (5): 30-32.
- Phillips, kenneth D., Moneyham, Linda., Tavakoli, Abbas. (2011). Development of an instrument to measure internalized stigma in those with HIV/AIDS. University of Tennessee-knoxville, College of Nursing, Knoxville, Tennessee USA, University of Alabama-Birmingham, School of Nursing.
- Nyblade, Laura., Pande, Rohini., Mathur, Sanyukta., Macquarria, Kerry., Kidd, Ross., Banteyerga, Hailom., Kidanu, Aklilu., Kilonzo, Gad., Mbwambo, Jessie. (2003). Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia, International Center of Research on Women (ICRW).
- Liezl, Elona Anthony. (2011). An investigation into employees perceptions of HIV/AIDS stigma and their attitudes and behavior towards HIV positive colleagues.
- Mirhaghani, L. (2003). HIV/AIDS & IDU's education and counseling services, *International Journal of Mental Health & Addiction*.
- Rosa R D., Pineda, J A., Delgado J., Macias J., and et al. (2002). Incidence of and risk factors for symptomatic Visceral Leishmaniasis among Human Immunodeficiency Virus Type 1, infected patients from Spain in the era of highly active antiretroviral therapy, *Journal of Clinical Microbiology*.
- Staggs Kristin. (2007). Understanding HIV/AIDS through sociological theory: An application of symbolic interactionism and labeling theory
- Wilson, Makgahlela Mpsanyana. (2011). The effect of stigma on HIV and AIDS testing uptake among pregnant women in Limpopo, University of Limpopo.
- Y R Gaitand Center for AIDS Research and Education (YRG CARE). (2011). Measuring perceived stigma in female sexworkers in Chennai, India. Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA.

Zorrill, Carmen., Santiago, Lydia, and et al. (2011). Felt stigma in injection drug users and sexworkers: focus group research with HIV-RISK population in PuertoRico.

یادداشت شناسه مؤلفان

نازلی ملاسمعیل شیرازی: دانش‌آموخته کارشناسی پژوهشگری علوم اجتماعی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی از دانشگاه البرز قزوین و پژوهشگر گروه جامعه‌شناسی پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. از مهمترین علایق پژوهشی وی جامعه‌شناسی اچ. آی. وی/ایدز است.

نشانی الکترونیک: nazli.shirazi@yahoo.com

سید مرتضی نوربخش: دانش‌آموخته دکترای جامعه‌شناسی نظری فرهنگی، استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه البرز قزوین و عضو هیئت علمی سازمان سنجش آموزش کشور. از جمله مهمترین علایق پژوهشی وی بررسی مسائل اجتماعی است.

مینو محرز: دانش‌آموخته تخصصی بیماری‌های عفونی، استاد بیماری‌های عفونی و گرمسیری دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس مرکز تحقیقات ایدز بیمارستان امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی تهران. از مهمترین علایق پژوهشی وی مطالعات اچ. آی. وی/ایدز است.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۷