

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





وزارت کشور
استاندارداری اردبیل
پژوهش دفتر برنامه ریزی، نوسازی و تحول اداری

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

عنوان: طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه انگ اجتماعی کرونا ویروس در ایران
در سال 2020: یک مطالعه ترکیبی

مجری طرح:

علی رضایی شریف

همکار اول طرح:

زهرا خادمی آستانه

همکار دوم طرح:

مهدی نعیم

این طرح با تصویب و حمایت مالی استانداری اردبیل اجرا گردیده است.

1400 - 11

تقدیر و تشکر:

(افراد و مراکز قابل تقدیر: استاندار، معاون هماهنگی امور اقتصادی و منابع استانداری، دفتر برنامه‌ریزی، نوسازی و تحول اداری، مرکز مجری، همکاران طرح، ادارات و سازمان‌های همکاری کننده، اشخاص حقیقی همکاری کننده و ...)

فهرست مطالب

| شماره و عنوان مطالب | صفحه |
|--|------|
| چکیده | 2 |
| فصل اول: کلیات تحقیق | |
| 1-1- مقدمه | 3 |
| 2-1- بیان مساله | 6 |
| 3-1- اهداف تحقیق | 9 |
| 1-3-1- هدف اصلی | 9 |
| 2-3-1- اهداف فرعی | 9 |
| 4-1- فرضیه های تحقیق | 9 |
| 1-4-1- فرضیه اصلی | 9 |
| 2-4-1- فرضیه های فرعی | 9 |
| 5-1- تعاریف متغیرهای تحقیق | 9 |
| 6-1- روش تحقیق | 10 |
| فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق | |
| 1-2- مقدمه | 13 |
| 2-2- بدنامی (انگ) اجتماعی چیست؟ | 13 |
| 1-2-2- برچسب به بیماران نتیجه عدم احساس مسئولیت اجتماعی | 17 |
| 2-2-2- بایدها و نبایدها | 20 |
| 3-2- نظریه ها | 25 |
| 1-3-2- مکتب کارکردگرایی | 26 |
| 1-1-2-2- نقش بیمار از دیدگاه کارکرد گرایی | 27 |
| 2-1-2-2- پزشکی و کارکرد گرایی | 28 |
| 3-1-2-2- پزشکی و تکنیک کنترل اطلاعات داغ ننگ | 29 |
| 2-2-2- مکتب کنش متقابل اجتماعی | 30 |
| 1-2-2-2- تصور از خود در کنش متقابل نمادین | 31 |
| 2-2-2-2- کنش متقابل و بیماری (خودپنداره و هویت در تعامل با بیماری) | 33 |

- 35 دیدگاه برچسب زنی 3-2-2-2
- 37 سر چشمه انگ 1-3-2-2-2
- 38 تعاریف انگ 2-3-2-2-2
- 40 پیشینه تحقیق 3-2

فصل سوم: روش تحقیق

- 48 روش تحقیق 1-3
- 48 جامعه تحقیق 2-3
- 48 روش نمونه گیری 3-3
- 49 ابزار تحقیق 4-3
- 51 روش تجزیه و تحلیل 5-3

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

- 53 مقدمه 1-4
- 53 یافته ها دموگرافیک 2-4
- 58 یافته های توصیفی 3-4
- 59 یافته های استنباطی - تحلیل فرضیه های پژوهش 4-4
- 69 مقدمه 1-4

فصل پنجم: بحث و بررسی

- 70 نتایج 2-5
- 72 محدودیت های تحقیق 3-5
- 73 پیشنهادات تحقیق 4-5
- 74 فهرست منابع و مآخذ 74

چکیده

با توجه به شیوع بیماری کووید-۱۹ و ترس از انگ این بیماری، ویژگی‌های روان‌شناختی و به تبع آن امنیت روانی افراد می‌تواند بر سطح اضطراب کرونا و انگ اجتماعی آن تأثیرگذار باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ویژگی‌های روان‌شناختی و اجتماعی مرتبط با امنیت روانی در اضطراب کرونا و تجربه انگ اجتماعی پس از اپیدمی کووید-۱۹ در سطح افراد شهر اردبیل انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-تحلیلی است که با توجه به محدودیت تردد و تعطیلی دانشگاه‌ها هنگام جدی‌شدن خطر کرونا در ایران، به صورت پرسش‌نامه آنلاین انجام گرفت. با روش نمونه‌گیری مورگان، 384 نفر از مردم شهر اردبیل سال 1400 به صورت داوطلبانه به سئوالات و پرسش‌نامه محقق‌ساخته انگ اجتماعی کرونا به ترتیب با روایی و پایایی ۰/۸۹ و ۰/۸۴ پاسخ دادند. برای بررسی رابطه بین ویژگی‌های روان‌شناختی با اضطراب کرونا و میزان انگ اجتماعی کرونا از آزمون رگرسیون چندگانه به کمک نرم‌افزار SPSS ۱۶ استفاده شد. در پژوهش حاضر 281 نفر از نمونه (۰/۷۳/۲) خانم و 103 نفر (۰/۲۶/۸) آقا بودند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از مؤلفه‌های ویژگی‌های روان‌شناختی، پارانویا ($p=0/025$) و احساس سلامت ($p=0/009$) قادر بودند میزان اضطراب کرونا پس از اپیدمی را در میان شهروندان پیش‌بینی نمایند. همچنین مؤلفه‌های پارانویا ($p=0/025$) و افسردگی ($p=0/042$) قادر بودند میزان انگ اجتماعی کرونا را پیش‌بینی نمایند. بیشتر بودن میزان پارانویا و افسردگی در افراد و کمتر بودن میزان احساس سلامت، می‌تواند اضطراب کرونا و تجربه انگ اجتماعی ناشی از آن را بالا ببرد.

کلیدواژه‌ها: کرونا، انگ، اضطراب، کووید 19.

فصل اول:

کلیات پژوهش

1-1- مقدمه

بیماری‌های عفونی نو ظهور به عنوان بیماری‌هایی تعریف می‌شوند که برای اولین بار در میزبان‌های انسانی به رسمیت شناخته شده‌اند. این بیماری‌های واگیر در یک کشور سرچشمه می‌گیرد و به شدت بر جمعیت‌های مرتبط در سایر کشورها اثر می‌گذارد، و اغلب باعث اثرات مضر می‌شود (دیگروت و همکاران^۱، 2013). با افزایش سریع مسافرت‌های بین‌المللی و خارج از کشور و تحولات حمل و نقل، احتمال شیوع بیماری در سرتاسر جهان از بیماری‌های عفونی نو ظهور وجود دارد (وندرووک و همکاران^۲، 2014). یکی از بیماری‌های عفونی مشهور که به تازگی در حال ظهور بوده و تأثیر جهانی داشته است، ویروس کوید 19 می‌باشد. این بیماری در کشور چین آغاز شد، از آنجا به کشورهای مختلف انتقال داده شد و هم‌چنان در حال انتقال و مرگ در سراسر جهان می‌باشد (چینزای و همکاران^۳، 2020). نمونه‌های دیگر شامل آنفولانزای A(H1N1) با منشاء جدید خوکی بود که در سال 2009 در مکزیک، ابولا در سال 2013 در گینه، و سندرم Middle East respiratory (MERS) در سال 2012 منتشر شده بودند. کرونا ویروس‌ها خانواده بزرگی از ویروس‌ها هستند که از بیماری سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های شدیدتر مانند سندرم تنفسی مرس تا سندرم تنفسی سارس را شامل می‌شود (دویت و همکاران^۴، 2013). کرونا ویروس جدید (کوید 19) نوعی جدید از این خانواده است که قبلاً در انسان‌ها وجود نداشت. کرونو ویروس‌ها زونوتیک هستند، به این معنی که آن‌ها از حیوانات به انسان هم منتقل می‌شوند. تحقیقات دقیق نشان می‌دهد که سارس از گربه‌ها و مرس از شترهای تک کوهانه به انسان منتقل شده بود. چندین ویروس کرونا شناخته شده در حیوانات وجود دارند که هنوز انسان را آلوده نکرده‌اند. علائم شایع ویروس جدید شامل علائم تنفسی، تب، سرفه، تنگی نفس و مشکلات تنفسی است. در موارد شدیدتر، عفونت می‌تواند باعث ذات‌الریه، سندرم حاد شدید تنفسی، نارسایی کلیه و حتی مرگ شود (استاکلین^۵، 2020). کوید-19 برای نخستین بار 31 دسامبر 2019 در ووهان چین گزارش شد. به گزارش سازمان بهداشت جهانی، تا امروز که نزدیک به 2 ماه از مشاهده اولین نمونه آن می‌گذرد، کوید-19 به 30 کشور جهان منتقل شده است. کشورهای

¹ de Groot RJ, Baker SC, Baric RS, Brown CS, Drosten C, Enjuanes

² van der Hoek L, Pyrc K, Jebbink MF, Vermeulen-Oost W, Berkhout RJ, Wolthers KC

³ Chinazzi M, Davis JT, Ajelli M, Gioannini C, Litvinova M, Merler S

⁴ De Wit E, Rasmussen AL, Falzarano D, Bushmaker T, Feldmann F, Brining DL

⁵ Stoecklin SB, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A

که تا امروز کوید-19 در آنها مشاهده شده، به این ترتیب است: چین، کره، ژاپن، سنگاپور، استرالیا، مالزی، ویتنام، فیلیپین، کامبوج، تایلند، هند، نپال، سریلانکا، آمریکا، کانادا، ایتالیا، آلمان، فرانسه، انگلیس، روسیه، اسپانیا، بلژیک، فنلاند، سوئد، ایران، عربستان، کویت، مصر، لبنان. حدود 80 درصد مبتلایان به این بیماری، بدون نیاز به هیچ معالجه خاصی بهبود پیدا می کنند. از هر 6 نفر مبتلا به کوید-19 یک نفر به طور جدی بیمار می شود و در تنفس مشکل پیدا می کند. افراد مسن و افراد دارای مشکلات پزشکی اساسی مانند فشار خون بالا، مشکلات قلبی یا دیابت، با احتمال بیشتری به این بیماری مبتلا می شوند. تا کنون آمار نشان داده است تنها حدود 2 درصد از مبتلایان به این بیماری فوت کرده اند (استاکلین و همکاران، 2020؛ جیانگ و همکاران¹، 2020).

ابتلا به کرونا به معضلی با ابعاد جهانی تبدیل شده است. در حالی که کرونا از منظر پزشکی در مقایسه با سایر بیماری های تنفسی مانند آنفلوآنزا یا سارس یک بیماری با میزان سرایت بالاتر تلقی می شود و جهش ها و واریانت های مختلفی نیز داشته است، به نظر می رسد از لحاظ اجتماعی در حال تبدیل شدن به عنوان یک انگ اجتماعی است که شأن افراد مبتلا را مورد حمله خود قرار می دهد. به این معنی که فرد مبتلا به کرونا در کنار تحمل بار درد و استرس ناشی از بیماری و ترس از مرگ، ناچار است نگاه و احساسات منفی دیگران مانند طرد، انزوا و انواع تبعیض ها را از سوی جامعه تحمل کند؛ به طوری که به نظر می رسد پیامدها و مشکلات ناشی از انگ اجتماعی مرتبط با کرونا و مخفی کردن آن به شیوع بیشتر بیماری منجر می گردد. این موضوع موجب خواهد شد که این افراد بیماری خود را پنهان و معضلی جهت پیشگیری ایجاد کنند، بدین ترتیب که باعث کاهش رغبت این گروه از بیماران برای انجام آزمایش، مانعی در دسترسی به درمان و سایر خدمات مراقبت بهداشتی، عدم تعهد به درمان و فاش نکردن بیماری می شود.

گف من² (2009) معتقد است انگ اجتماعی محصول نگرش های منفی است که موجب می شود شخص برچسب خورده احساس متفاوت بودن با دیگران کند لذا آن را یک خصوصیت به شدت بی اعتبار ساز معرفی می کند که با پیامدهای مختلف جسمی و روانی-اجتماعی مانند احساس درماندگی، افسردگی، اضطراب، افزایش علائم جسمانی مرتبط با بیماری (کاون³، 2014)، مراقبت از خود (دلریو و همکاران⁴،

¹ Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM

²Goffman

³ Kwon O-Y, Park S-P

⁴ DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K,

2003) کاهش عزت نفس، احساس شرم، کاهش رضایت از زندگی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (جوزف و همکاران، 2013). محققان بر این باورند که یکی از موانع مهم در مراجعه به درمان و کاهش فرصت استفاده از مداخلات درمانی در بیماران مبتلا به کرونا ویروس^۱ انگ مرتبط با آن بیماری است. لذا، نیاز است ابعاد مختلف این مفهوم توسط سیاست گذاران حوزه سلامت جامعه، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی و محققان مورد بررسی و شناخت قرار گیرد. اگر چه شناخت دیدگاه و باورهای افراد جامعه در باره بیماری کرونا ویروس مهم است اما بررسی و شناخت دیدگاه، درک و باورهای بیماران در باره انگ مرتبط با بیماری از طریق ابزارهای معتبر می تواند به شناخت چالش های روانی و اجتماعی آنها و ارائه راهکارهای مداخله ای اثر بخش منجر شود.

1-2- بیان مساله

یکی از پیامدهای روانی و اجتماعی ابتلا به برخی بیماری ها | به خصوص بیماری های واگیردار در هر جامعه ای و در این روزهای سخت شیوع کروناویروس، ترس و وحشت بیمار از واکنش های اجتماعی، انگ بیماری و عامل انتقال بودن است که به خاطر حجمه سنگین این بیماری بر ابعاد مختلف جامعه، به این مهم توجه نشده است. شیوع فعلی بیماری کووید-۱۹ باعث استیگما و رفتارهای تبعیض آمیز اجتماعی علیه افراد ناقل و مبتلا شده است. همچنین، انگ اجتماعی می تواند موجب اختلالات رفتاری و روانی گردد و تاثیر منفی بر بیماران، پزشکان، پرستاران و خانواده بیمار داشته باشد.

این ویروس در تعداد بسیاری از کشورهای جهان گسترش یافته و افراد و خانواده های زیادی را نیز بصورت بالفعل تحت تاثیر قرار داده است. امروزه کمتر کسی در جهان وجود دارد که دستورالعمل ها و توصیه های بهداشتی مربوط به پیشگیری از این ویروس خطرناک را نشنیده و از آن بی خبر مانده باشد؛ اما کمتر رسانه و کارشناسی در خصوص وضعیت عمومی افرادی که یکی از اعضای خانواده خود را در اثر این بیماری از دست داده صحبتی به میان می آورد. این افراد ضمن قرار داشتن در وضعیت سوگ عظیم ناشی از فقدان عزیز شان با موارد نوظهوری از جمله نگرانی شدید در مورد ابتلای اعضای دیگر خانواده، نداشتن امکان برگزاری و اجرای مراسم و آداب تدفین و سوگواری برای عزیز خود به دلیل توصیه های بهداشتی از جمله ممنوعیت اجتماعات و به دنبال آن محرومیت از دریافت های عاطفی، همدردی، همدلی

و همراهی خویشاوندان، دوستان و آشنایان خود مواجه هستند. آنها حتی نگرانی زیادی از چگونگی برخورد اطرافیان در مورد وقوع این اتفاق را دارند زیرا در طول زندگانی با پدیده مشابهی روبرو نشده و لذا بدیع بودن این وضعیت نیز این افراد و اطرافیان را با کمبود تجربه واکنشی و الگوی رفتاری صحیح روبرو می کنند.

استیگما یا انگ اجتماعی، همچنین می تواند بعد از رها شدن فرد از قرنطینه نیز ایجاد شود، حتی اگر دیگر خطری برای انتشار ویروس به دیگران در نظر گرفته نشود. از این رو می توان گفت که برداشت جامعه از کووید-۱۹ صرفاً یک بیماری نیست و نسبت به فرد مبتلا تنها به عنوان یک بیمار محدود نمی شود، بلکه به عنوان معرف یا نشان دهنده فرد یا افرادی شناخته می شود که به احتمال زیاد دارای رفتارهای بهداشتی نبوده اند و در نتیجه این رفتارهای غیر بهداشتی و غیر مراقبتی به کرونا مبتلا شده اند.

تصورات اشتباه مردم، کاربرد کلمات با بار معنایی منفی، انتشار اطلاعات غلط و تفسیر نادرست به گفته کارشناسان از جمله علل و عوامل ایجاد کننده استیگمای اجتماعی است (قاضی، 2017). انگ اجتماعی در زمینه سلامت، عبارت است از ارتباط منفی افراد با یک شخص یا گروهی از مردم که در ویژگی های معین یک بیماری خاص شریک هستند و یا این بیماری را دارند (یانگ و همکاران، 2016). ترس از استیگمای اجتماعی و به تبع آن ترس از برچسب خوردن، مورد تبعیض قرار گرفتن، طرد شدن و مسائل دیگری از این قبیل به پنهان کاری (ماژور و همکاران، 2015)، اجتناب از ورود به غربالگری، تست، قرنطینه و درمان منجر می شود. در هنگام شیوع یک بیماری، استیگما ممکن است به معنای آن باشد که افراد مبتلا، برچسب خورده، کلیشه شوند و مورد تبعیض قرار بگیرند. این موضوع ممکن است به از دست دادن موقعیت اجتماعی، به دلیل ارتباط ادراک شده ای با یک بیماری خاص منجر شود (ویس و همکاران، 2016). درمان ایزوله محور می تواند بر افراد مبتلا به این بیماری و همچنین مراقبان، خانواده، دوستان و ارتباطات اجتماعی آنها تأثیر منفی بگذارد و حتی افرادی که به این بیماری مبتلا نیستند اما خصوصیات و علائم مشترک با این بیماری مانند سرفه و یا تب دارند، ممکن است از این استیگما رنج ببرند. گاهی این انگ زنی باعث می شود تا فرد دچار انزوا و محرومیت از حقوق اجتماعی و مدنی و حتی محرومیت از حمایت خانواده خود نیز شود. در این بین رسانه ها می توانند در بروز و تشدید استیگما تأثیر گذار باشند. بیماری کووید-۱۹ نوظهور بوده و در مورد این کروناویروس، ناشناخته های فراوانی وجود دارد و مردم اغلب از ناشناخته ها می ترسند و به

راحتی این ترس را به دیگران مرتبط می کنند. استیگما می تواند انسجام اجتماعی را تضعیف کند و احتمال انزوای اجتماعی گروه های اصلی را افزایش دهد، افراد را از درخواست مراقبت های فوریتی بهداشتی باز می دارد و آنها را نسبت به اتخاذ رفتارهای سالم و سلامت محور دلسرد و بی انگیزه می کند. استیگمای اجتماعی باعث بروز علائمی مانند ترس و اضطراب و افسردگی چه در مردم عادی و چه در کادر پزشکی و درمانی می شود و همین امر باعث تضعیف سیستم ایمنی این افراد در برابر ابتلا به بیماریهای ویروسی از جمله کووید-۱۹ می شود در این شرایط، ترس و نگرانی از ابتلا به این بیماری باعث بروز اختلالات روانی در بیماران اعصاب و روان می شود که باید مورد توجه قرار گیرد. اضطراب بیش از حد باعث می شود افراد شایعات را بیشتر بپذیرند و برای کاهش ترس و نگرانی خود به شایعات دامن بزنند. اولین گام در استیگمزدایی از بیماری کووید-۱۹، مراقبت اجتماعی است که به طور کلی، همه شکلهای مراقبتهای شخصی و سایر کمک های عملی برای افرادی که نیاز به حمایت اضافی دارند را توصیف می کند و در اینجا مستقیماً به بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و خانواده هایشان مربوط می شود. مانند گروههای مردمی که با تشکیل "قرارگاه جهادی مبارزه با کرونا"، پا به پای همه بخشهای بهداشتی و درمانی، با محوریت ستاد ملی مبارزه با کرونا وارد میدان شده اند تا با این ویروس مقابله کنند. مراقبت اجتماعی معمولاً بر عهده نهادهایی است که خدمات اجتماعی ارائه می دهند. این نهادها باید مراقبت های روانی مبتلایان به کووید-۱۹ و خانواده هایشان را مدنظر داشته و آنها را مورد حمایت های عاطفی و روانی قرار دهند. گام بعدی همدلی اجتماعی است. همدلی اجتماعی توانایی درک افراد از طریق درک یا تجربه موقعیت های زندگی آنان است و بینش و بصیرتی دلجویانه نسبت به دشواری های زندگی دیگران را به دست می دهد. همدلی اجتماعی با افراد بیمار و خانواده هایشان با ایجاد حس مشترک و رابطه عاطفی، مانع جدی برچسب زنی و انگزنی و منزوی سازی آنان می شود.

3-1- اهداف تحقیق

1-3-1- هدف اصلی

- بررسی انگ اجتماعی بیماران مبتلا به کوید 19 در جامعه

1-3-2- اهداف فرعی

1. بررسی برچسب نامناسب وارده به بیماران در جامعه
2. بررسی علل طرد اجتماعی افراد مبتلا به کوید 19
3. بررسی علل بی ارزشی افراد مبتلا به کوید 19 در بین افراد جامعه
4. بررسی علل حمایت کم افراد مبتلا به کوید 19 در جامعه

4-1- فرضیه های تحقیق

1-4-1- فرضیه اصلی

- به نظر می رسد بیماران مبتلا به کوید 19 در جامعه، از انگ اجتماعی بالایی برخوردار هستند

1-4-2- فرضیه های فرعی

1. به نظر می رسد برچسب نامناسبی به بیماران در جامعه وارد شده است.
2. به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 توسط افراد جامعه مورد طرد اجتماعی قرار می گیرند.
3. به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 در بین افراد جامعه بی ارزش هستند
4. به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 در جامعه حمایت نمی شوند.

5-1- تعاریف متغیرهای تحقیق

کووید 19: بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ که به آن بیماری تنفسی حاد ان کاو-۲۰۱۹ یا به شکل عمومی به آن کرونا نیز می گویند. بیماری ای عفونی است که بر اثر کروناویروس سندرم حاد تنفسی ۲ ایجاد می شود. این بیماری دلیل دنیاگیری کروناویروس است. علائم معمول آن تب، سرفه، تنگی نفس و نابویایی هستند. درد عضلانی، تولید خلط، گلودرد، ناچشایی و سرخی چشم از جمله نشانه های کمتر معمول آن هستند. با

این که اکثریت موارد این بیماری باعث علایم خفیف می‌شود، بعضی از موارد به سینه‌پهلو و نارسایی چند اندامی پیشرفت می‌کند. نرخ مرگ و میر بین ۰.۱٪ و ۰.۵٪ تخمین زده می‌شود ولی بر حسب سن و دیگر شرایط سلامتی تغییر می‌کند. این بیماری اساساً از طریق قطرات ریز تنفسی افراد مبتلا، وقتی سرفه یا عطسه می‌کنند، به سایر افراد سرایت می‌کند. زمان مابین در معرض بیماری قرار گرفتن و بروز نشانه‌ها، بین ۲ و ۱۴ روز است. ز طریق شستن دست‌ها و دیگر تدابیر بهداشتی، می‌توان از پخش آن جلوگیری کرد (World Health Organization. 2020).

انگ اجتماعی: مخالفت شدید یا ناخشنودی از یک فرد یا گروه به دلیل ویژگی‌های اجتماعی‌ای است که از ایشان تصوّر می‌شود و برای تمایز ایشان از دیگر اعضای یک جامعه به کار می‌رود. بدین‌گونه، چنین فرد یا گروهی که هنجارهایی متفاوت با جامعه دارند، ممکن است توسط آن جامعه بدنام شمرده شوند. بنابر نظر اروینگ گافمن، بدنامی اجتماعی بر سه نوع است:

1. از شکل‌افتادگی‌های آشکار و خارجی‌ای چون آثار زخم، نشانگان فیزیکی بی‌اشتهایی عصبی، جذام، یا معلولیتی جسمی یا اجتماعی مانند مرض چاقی؛
2. انحراف در ویژگی‌های فردی شامل بیماری روانی، اعتیاد به مواد مخدر، اعتیاد به الکل، و سابقهٔ بزهکاری؛
3. «بدنامی‌های قبیله‌ای» که ویژگی‌هایی واقعی یا غیر واقعی یک گروه قومی، ملیت، یا مذهب که انحراف از هنجارهای رایج و غالب آن قوم، ملیت، یا مذهب محسوب شود (گافمن، 1996).

1-6- روش تحقیق

روش تحقیق از نظر هدف انجام از نوع تحقیقات کاربردی، از نظر شیوه گردآوری اطلاعات از نوع تحقیقات پیمایشی و از نظر روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نوع تحقیقات تحلیلی توصیفی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، تمامی افراد مبتلا به بیماری کرونا در سطح شهرستان اردبیل بود. با توجه به بزرگ بودن حجم جامعه، از طریق جدول استاندارد مورگان، برای جوامع نامحدود، تعداد 384 نمونه از بیماران، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و بین آن‌ها پرسشنامه انگ اجتماعی کرونا توزیع شد.

فصل دوم:

مبانی نظری پژوهش

2-1- مقدمه

با همه گیری عالم گیر ویروس کرونا و گسترش روزافزون ترس و نگرانی مردم، موضوع بدنامی اجتماعی در ارتباط با فرد، افراد و یا مکانهایی که با کروناویروس ارتباط دارند به یک دغدغه مهم اجتماعی تبدیل شده است. در راستای این اهمیت راهنمای مشترک یونیسف و سازمان جهانی بهداشت برای اجتناب از بدنامی اجتماعی ناشی از کرونا تهیه شد که در ۲۴ فوریه ۲۰۲۰، توسط مرکز برنامه های ارتباطات دانشگاه جانز هاپ کینز منتشر گردید. مخاطب این راهنما دولت، رسانه ها و نهادهای محلی درگیر ویروس جدید کرونا (کووید-19) است.

2-2- بدنامی (انگ) اجتماعی چیست؟

در حوزه های مرتبط با مسائل سلامت و بهداشت، بدنامی اجتماعی به ارتباط منفی بین (با) فرد یا گروهی از افراد گفته میشود که ویژگیها یا بیماری خاصی دارند. در زمان شیوع بیماری، این بدنامی ممکن است به معنای برچسب خوردن افراد، رفتارهای کلیشه ای و تبعیض آمیز با آنها و یا تجربه از دست رفتن شأن اجتماعی شان به دلیل ارتباط با یک بیماری خاص باشد. این چنین رفتارهایی میتواند علاوه بر شخص بیمار، روی پرستاران، خانواده، دوستان و اجتماع آنها نیز تأثیر منفی بگذارد. حتی افرادی که بیمار نیستند اما خصوصیات مشترکی با افراد بیمار دارند نیز ممکن است دچار این بدنامی شوند. (ساتجیو و دوبلر^۱، 2020). انگ یک نیروی اجتماعی آزار دهنده است که با تعداد بیشماری از ویژگیها، شرایط و گروههای اجتماعی همراه است و متون عمدتاً متمرکز بر مواردی چون نژاد، جنسیت، بیماریهای روانی و ایدز و .. هستند (ساتجیو و دوبلر^۲، 2020).

ویز^۳ انگ مرتبط با سلامت را اینطور تعریف کرده است: "روند اجتماعی، پیشبینی یا تجربه شده، مشخص با محرومیت، طرد، سرزنش، و یا کاهش ارزش که از تجربه، ادراک و یا پیشبینی معقول از قضاوت منفی اجتماعی در مورد یک شخص و یا گروه حاصل شده است".

¹ SOTGIU

² SOTGIU

³ Weiss

یکی از پیامدهای اجتماعی ابتلا به کرونا، ترس و وحشت بیمار از واکنش های اجتماعی، انگ بیماری و ناقل بودن آنست که به آن استیگما می گویند، اضطرابی که موجب افزایش شیوع و مانع جدی توقف بیماری است. تصورات اشتباه مردم، کاربرد کلمات با بارمعنایی منفی، انتشار اطلاعات غلط و تفسیر نادرست به گفته کارشناسان از جمله علل و عوامل ایجاد کننده استیگمای اجتماعی و ترس از استیگما در این بیماران و افراد مرتبط با آنهاست. استیگما لغتی با ریشه یونانی است. این لغت در یونان باستان به داغی گفته می شد که بر بدن بردگان یا افراد خلافکار می زدند و بدین ترتیب آنان را از سایر افراد جامعه به سبب موقعیت اجتماعی پایین تر یا تخطی از قوانین اجتماعی متمایز می کردند. استیگما یا انگ در معنا نیز بیانگر رفتار و دیدگاه منفی ای است که نسبت به یک شخص یا شرایط خاص نشان می دهیم. با همه گیری ویروس کرونا در جهان گزارش مشترک یونیسف و سازمان بهداشت جهانی بر این موضوع تاکید می کند که کووید ۱۹ با توجه به ناشناختگی باعث استیگما و رفتارهای تبعیض آمیز اجتماعی علیه افراد با قومیت های خاص و همچنین هر کسی که تصور می شود با ویروس در ارتباط بوده، شده است. (3،4)

استیگمای اجتماعی باعث بروز علائمی مانند ترس و اضطراب و افسردگی چه در مردم عادی و چه کادر پزشکی و درمانی می شود و همین امر باعث تضعیف سیستم ایمنی این افراد در برابر ابتلا به بیماری های ویروسی از جمله کرونا می شود. (5)

ترس از مورد تبعیض، سرزنش یا حتی تمسخر واقع شدن از سوی دیگران، عواملی هستند که باعث می شود افراد مبتلا به یک بیماری یا نقص نتوانند خود را به درستی با آنچه که بدان دچار شده اند تطبیق دهند. آنها گاهی بی آنکه در به وجود آمدن شرایط موجود دخیل باشند خود را مدام سرزنش کرده و احساس گناه می کنند. همه این عوامل افراد برچسب خورده را به سمت منزوی شدن، برخوردهای مقابله ای، کاهش کیفیت زندگی، عدم پیگیری درمان و یا در مواردی محروم کردن خود از خدمات درمانی و به تبع آن تشدید بیماری سوق می دهد. (4)

به عنوان مثال بیماران اعصاب و روان همیشه در طول تاریخ مورد این برچسب یا استیگما واقع شده اند چرا که باور رایج در بین مردم چنین بوده است که اینان توسط ارواح خبیث شیطانی تسخیر شده اند. تحقیقات نیز نشان می دهد بیش از نیمی از افراد مبتلا به بیماری های روانی درباره مشکلات روانی خود احساس شرمندگی می کنند. این موضوع را در مورد افراد مبتلا به اعتیاد نیز می بینیم. رفتارهای سرزنش

آمیز، استفاده از واژگانی با بار منفی در مورد این افراد و آنان را جدای از جامعه عادی انسانی دیدن، باعث می شود فرد معتاد از اطرافیان خود گریزان باشد و تن به درمان ندهد. تمام معتادین کارتن خوابی که در گوشه و کنار این شهر روز خود را شب می کنند و گاهی در تنهایی خود جان می دهند، روزی خانواده ای داشته اند که با تبعیض و سرزنش و انگ زدن او را از خود رانده اند. مبتلایان به برخی بیماری های عفونی همچون ایدز یا انواع سرطان ها نیز هدف انگ اجتماعی بوده و هستند. به عنوان مثال بیماری ایدز از آنجایی که می تواند با مصرف مواد مخدر یا رابطه جنسی ناسالم در ارتباط مستقیم باشد این انگ را برای مبتلایان آن به همراه می آورد چرا که جامعه نگاه خوبی نسبت به دو موضوع ذکر شده ندارد. (6)

امروزه علامتی بر بدن کسی نمی زنند اما استیگما همچنان به حیات خود ادامه می دهد. این روانپزشک در توضیح فرق استیگمای کنونی با استیگمای پیشین می نویسد: «این استیگمای نامرئی بیشتر ریشه های اجتماعی - فرهنگی دارد، نه فردی. یکی از غیر عادلانه ترین اشکال استیگما، اعمال آن در مورد افرادی است که ناخواسته به بیماری مبتلا شده اند (برای مثال، سل، سرطان، ایدز، اختلال روانی و...). در این موارد، جامعه به گونه ای رفتار می کند که گویی این افراد عناصری نامطلوب، شرم آور یا غیرعادی هستند و زمینه ای را فراهم می آورد که به حاشیه رانده شوند. در اینجا دیگر اشکال در درون افراد انگ خورده نیست، بلکه اجتماع انگ زننده است.» وی جامعه انگ زننده را نیازمند بازنگری در چارچوب های ارزشی و نهادهای اجتماعی خود می داند. (5)

«سریع ترین تبعات گسترش بدنامی اجتماعی این است که مردم بیماری را پنهان و از مراجعه به مراکز درمانی امتناع می کنند. تعیین جریمه سنگین برای پنهان کردن بیماری ها در برخی کشورها، بروز برخی تنش های اجتماعی و حمله به بیمارستان ها و یا افراد مبتلا از نشانه های نگران کننده ای است که نشان دهنده بروز بدنامی اجتماعی در ارتباط با کروناویروس است.» (4)

در کنار توجه به مسائل مرتبط با شیوع این بیماری، تبعات اجتماعی کرونا نیز باید به فوریت و جدیت مورد توجه پژوهشگران، نهادهای علمی و سیاست گذاران قرار گیرد و مشخصا خلاقانه و ایده پردازانه تلاش شود ایجاد فاصله اجتماعی منجر به قطع ارتباطات اجتماعی نگردد و مسائلی نظیر بدنامی اجتماعی را دامن نزند. ویروس کرونا از لحاظ اجتماعی در حال تبدیل شدن به یک انگ اجتماعی است. «این به این معنی است که فرد مبتلا به کرونا در کنار تحمل بار درد و استرس ناشی از بیماری و ترس از مرگ، ناچار است

نگاه و احساسات منفی دیگران مانند طرد، تحقیر و انواع تبعیض‌ها را از سوی جامعه تحمل کند؛ به طوری که به نظر می‌رسد پیامدها و مشکلات ناشی از انگ اجتماعی مرتبط با کرونا از خود بیماری دردناک‌تر باشد. این موضوع موجب خواهد شد که این افراد بیماری خود را پنهان و معضلی جهت‌پیشگیری ایجاد کنند، بدین ترتیب که باعث کاهش رغبت این گروه از بیماران برای انجام آزمایش، مانعی در دسترسی به درمان و سایر خدمات مراقبت بهداشتی، عدم تعهد به درمان و فاش نکردن بیماری می‌شود. از پرسنل بهداشتی درمانی درخواست می‌کنم نگاه درستی در خصوص این بیماری را به جامعه انتقال دهند و صدا البته نقش رسانه‌ها بسیار مهم است.» (6)

«آنچه این روزها در خصوص ویروس کرونا و برچسب زنی‌های مربوط به آن اتفاق می‌افتد را می‌توان در تئوری برچسب زنی (labeling theory) جستجو کرد. اما این تئوری چه می‌گوید؟»

«وقتی افراد برای بار اول یا دفعات اول، انحراف یا خطایی انجام می‌دهند و دیده نمی‌شوند این امکان وجود دارد که دوباره برگردند و خطای خودشان را جبران کنند. اما اگر همین افراد برچسب بخورند به دلایل اجتماعی که حالا می‌شود تشریح کرد از امکان اصلاح خود باز می‌مانند یا نمی‌توانند این کار را انجام دهند که به آن انحراف ثانویه گفته می‌شود. یعنی وقتی رفتارشان دیده می‌شود و برچسب می‌خورد انحراف اولیه به انحراف ثانویه تبدیل می‌شود و در واقع امکان بازگشت شان به جامعه نیست.»

بسیاری از بیماری‌ها را می‌توان به این نظریه تعمیم داد: «به عنوان مثال اعتیاد. کسانی که مصرف مواد دارند و به این عنوان شناخته نشده‌اند یا در اصطلاح تابلو نشده‌اند، امکان بازگشت شان به جامعه وجود دارد اما وقتی برچسب خوردند دیگر نمی‌توانند برگردند. به این دلیل که مناسبات اجتماعی شان را از دست می‌دهند، شغل و خانواده شان را از دست می‌دهند، روابط اجتماعی شان تغییر می‌کند و به خرده فرهنگ منحرف می‌پیوندند و از آنجا که در این فضای اجتماعی جدید، رفتارشان پذیرفته است، دیگر امکان بازگشت به آن جامعه اولیه را ندارند. همچنین این نظریه را به برخی از معلولیت‌ها نیز تعمیم داده‌اند. مثلاً فرض کنید کسی که عضوی از بدنش را از دست داده حالا به هر دلیلی این را به شکل یک استیگما یا یک ضایعه بزرگ می‌بیند که دائماً مردم به آن توجه کرده و برچسب می‌زنند.» (7)

این برچسب یا ننگ، البته ننگ نه در معنای اخلاقی بلکه در معنای زیستی‌اش، باعث می‌شود فرد به مرور خودش را از جامعه جدا کند و این جدایی سبب می‌گردد ناراحتی اولیه به ناراحتی ثانویه تبدیل گردد و

در واقع شکل حادثی به خود بگیرد: «این قسمت این تئوری می تواند به موضوع کرونا ربط داشته باشد. شما دیدید که در طول همین یکی دو ماه گذشته کسانی به هر حال دچار این بیماری شدند. خب اینها اگر نتوانند مناسبات قبلی شان را احیا بکنند یا اگر منزوی شوند، دچار مشکلات روانی-اجتماعی بیشتری می شوند. چرا که آدمیزاد محتاج مناسبات اجتماعی و محتاج روابط گرم و صمیمانه با دیگران است. وقتی که فرد به دلیل اینکه این بیماری را دارد قرنطینه می شود و مناسباتش با اعضا خانواده، دوستان و دیگرانی که دوست دارد با آنها رابطه داشته باشد کم می شود و دایره مناسبات اجتماعی اش تغییر پیدا می کند خب فرد ممکن است دچار مشکلات روحی و روانی شود و تطبیق با این تغییر سبک زندگی و شرایط جدید ممکن است برایش سخت باشد. علاوه بر اینها مشکلاتی که به لحاظ اقتصادی ممکن است پیدا کند و هزینه هایی که بیماری برایش در بر دارد خود می تواند هزینه های روانی-اجتماعی سنگینی بر او تحمیل کند. بنابراین اینها می توانند این مشکل اولیه را به مشکل ثانویه تبدیل کنند» (5)

علم جامعه شناسی، بیماری را به شکل یک انحراف می بیند، البته نه یک انحراف اجتماعی بلکه انحراف از سلامت. به همین علت فرد مبتلا به کرونا دچار انحراف از سلامت شده است که خود می تواند به انحراف ثانویه مبدل گردد و ابعاد روحی و روانی شدیدتری را در بر داشته باشد. کم تحرکی فرد در این ایام، فشارهای روانی بالا و هزینه های بیشتر همه و همه می توانند مثل یک سندروم آنقدر به وی فشار وارد کنند که مشکل فرد را تشدید نماید.

« طبعاً کسانی که مناسبات اجتماعی کم تری دارند در این شرایط بیشتر آسیب می بینند. قبلاً فرد می توانست مسافرت برود، پارک برود، در خیابان قدم بزند و با چهار نفر دوستی که هزینه زیادی برایش نداشت ارتباطی داشته باشد ولی اینها هم کم کم از بین رفتند. بنابراین کسانی که آسیب پذیر بودند آسیب پذیر تر می شوند یعنی کسانی که آن گرمای مناسبات اجتماعی را به اندازه کافی نداشتند وقتی این شرایط برایشان پیش آمد، آن حداقلی هم که داشتند دچار خدشه شد و شرایط بدتری برایشان به وجود آمد.» (6)

2-2-1- برچسب به بیماران نتیجه عدم احساس مسئولیت اجتماعی

«برچسب هایی که به بیماران زده می شود طبیعتاً از نوع برچسب های منفی است چرا که نوعی نسبت دادن ایراد به افراد است. وی این اتفاق را نتیجه ناآگاهی و کمبود دانایی و احساس مسئولیت اجتماعی می داند.» بیشتر ما هم ایراد تربیتی، هم ایراد رفتاری و هم ایراد شخصیتی داریم و به همین خاطر است که در

بخش خصوصی و بخش اجتماعی زندگی مان، زیست راحت و دلپذیری را تجربه نمی کنیم. «ما در مدارس ریاضی، ادبیات و زبان را آموزش می دهیم و شاید دانشجویان ایرانی در درس ریاضی از بسیاری کشورها جلوتر باشند ولی هیچ گاه درست زندگی کردن را نه در خانه و جامعه و نه در مدرسه نیاموخته اند و اگر اکنون یک فرد مبتلا به این بیماری باشد معنی اش این نیست که فردا شما و دیگری مبتلا نخواهید بود. اگر من نوعی، چنین گرفتاری ندارم، فردا ممکن است، داشته باشم پس باید آن گونه که انتظار دارم در بلند مدت با من رفتار شود، امروز خودم باید با کسانی که رفتار چنین بیماری ای هستند رفتار کنم. در این شرایط است که جامعه به همدلی و مهربانی می رسد.» (7)

مشکلات این چنینی نرم افزاری هستند و موضوعات سخت افزاری موضوع مورد بحث باشگاه های ورزشی، سالن های زیبایی و کلینیک های کاشت مو هستند. جای تاسف است از اینکه به ویژه در بخش هایی از شهر پیوسته تابلوهای پرورش اندام دیده می شود اما تا به حال تابلویی به نام پرورش اندیشه دیده نشده است: «خیلی ها بازوها را قطور، سینه ها را پهن و ابعاد بدن را ماهیچه ای می کنند ولی جایی نیست که به مردم خردمندی و دانشمندی و انسان دوستی بیاموزد، اگر هم باشد بسیار کم است و این خلا ژرفی است در جامعه ما و امیدواریم روزی به ما فرصت بدهند که باشگاه پرورش اندیشه را بگشاییم. جامعه ای که دچار بیماری اندیشه شود، پسروری دارد و تنها در صورتی به پیشروی می رسد که اندیشه در آن درمان گردد. در موضوعات نرم افزاری آموزش ها باید اثر بخش و زیر بنایی باشد و از مهد کودک آغاز گردد. «فردی روان درستی دارد که با یک نگاه، با یک گفته و با یک رفتار به دیگران انرژی بدهد. هر کس که با گفته و نگاه و رفتارش از دیگران انرژی را گرفت، آن فرد، آدم روان درستی نیست. ما در ادبیات خیابانی هم می شنویم که می گویند فلان کس آدم باحالی است. آدم باحال یعنی انرژی می دهد و می گویند سراغ آن کس نرو حالت را می گیرد یعنی انرژی تو را می گیرد. مردم این را عملی حس کردند. در نهایت موضوع برچسب زنی بخشی به آموزش و بخشی به کیفیت روان درستی یا روان نادرستی آدم ها برمی گردد.» (4)

میزان بدنامی مرتبط با کووید- 19 بر پایه سه عامل اصلی م یباشد:

1) کووید- 19 یک بیماری جدید است که بسیاری از جنبه های آن هنوز ناشناخته است.

2) ما اغلب از چیزهای ناشناخته می ترسیم.

3) کار بسیار ساد های است که این ترس را به دیگران ارتباط دهیم.

این موضوع قابل درک است که سردرگمی، اضطراب و ترس در بین عموم مردم وجود دارد، اما متأسفانه این عوامل باعث تحریک رفتارهای نامناسب میشوند. (3)

این بدنامی م‌یتواند انسجام اجتماعی را تضعیف کرده و باعث انزوای اجتماعی احتمالی گروهی از افراد شود که ممکن است به وضعیتی منجر شوند که در آن حتی احتمال پخش ویروس بیشتر شود (و نه کمتر). این کار ممکن است به مشکلات بهداشتی شدیدتر و دشوار یهای عدید هتری در کنترل شیوع بیماری ختم شود. (1)

بدنامی میتواند:

- باعث شود افراد به دلیل ترس از رفتار تبعیض آمیز بیماریشان را مخفی کنند.
- مانع از تلاش سریع افراد برای مراقبت های بهداشتی شود.
- آنها را از اتخاذ رفتارهای سالم دلسرد کند.

چگونه با بدنامی (انگ) اجتماعی مقابله کنیم؟

شواهد به وضوح نشان م‌ی‌دهد که بدنامی و ترس از بیماریهای واگیردار مانع از پاسخگویی به این بیماری می‌شود. آنچه در این شرایط مفید است اعتماد به مراکز خدماتی و مشاور های قابل اطمینان، همدردی با مبتلایان، شناخت دقیق بیماری و به کارگیری اقدامات مؤثر و عملی است تا مردم بتوانند از خود و عزیزانشان مراقبت کنند.

نحوه صحبت کردن ما با افراد در مورد این بیماری در کمک به آنها در جهت اقدامات مؤثر و نبرد علیه بیماری و جلوگیری از دام زدن به ترس و بدنامی بسیار مهم است. لازم است محیط مناسبی به وجود آید که بتوان در آن به طور شفاف، صادقانه و مؤثر در مورد بیماری و تأثیر آن بحث کرد. (5)

در اینجا به چند نکته در مورد نحوه مقابله با این مشکل و جلوگیری از بدنامی اجتماعی اشاره میکنیم.

- **کلمات مهم هستند:** بایدها و نبایدها، هنگام صحبت تکرار در مورد ویروس کرونای جدید (کووید-

(19)

- **نقش خود را ایفا کنید:** ایده های ساده برای دور کردن این بدنامی

• نکات مهم در ارتباط و پیامها

هنگام صحبت نکردن در مورد بیماری کرونا، برخی کلمات (برای مثال موارد مشکوک به ابتلا، قرنطینه کردن و ...) و به طور کلی زبان مورد استفاده ممکن است معنایی منفی برای افراد داشته باشد و باعث بدتر شدن دیدگاهشان نسبت به بیماری شود. این کلمات میتوانند باعث تداوم کلیشه ها و فرضیه های منفی موجود در افراد شود، اطلاعات نادرست بین بیماری و عوامل دیگر را تحکیم کنند، موجب ایجاد ترس در افراد شوند و باعث شوند نسبت به مبتلایان دیدی منفی داشته باشیم. این کار میتواند باعث دور شدن مردم از آزمایشات و قرنطینه شد نشان شود. ما زبان انگیزشی را در تمامی کانالهای ارتباطی، شامل رسانه ها پیشنهاد می کنیم که به مردم احترام بگذارد و باعث قویتر شدن آنها شود. کلمات استفاده شده در رسانه ها بسیار مهم هستند زیرا این کلمات، زبان جامعه را در مورد ویروس جدید کرونا (کووید-19) شکل می دهند. الفاظ منفی میتواند بر روی نگرش و رفتار مردم نسبت به افراد مشکوک به ابتلا به ویروس جدید کرونا (کووید-19)، مبتلایان و خانواده هایشان و جوامع مبتلا تأثیر منفی بگذارد. مثالهای ملموس زیادی وجود دارد که نشان میدهد بهره گیری از زبان جمعی مناسب و اصطلاحات تخصصی مثبت چگونه میتواند به کنترل بیماریهای بومی گیر و فراگیر نظیر ویروس HIV، سل و آنفلوآنزای H1N1 کمک کند. برای مثال برنامه مشترک سازمان ملل علیه بیماری ایدز به جای عبارات "قربانیان ایدز" و "نبرد علیه ایدز" به ترتیب از عبارات افرادی که با ایدز زندگی میکنند" و "واکنش به ایدز" استفاده میکنند. (6،7)

2-2-2- بایدها و نبایدها

در زیر به چند نمونه از بایدها و نبایدها هنگام صحبت کردن در مورد ویروس جدید کرونا

(کووید-19) اشاره میشود:

باید- هنگام صحبت کردن در مورد این ویروس، آن را ویروس جدید کرونا (کووید-19) بنامید.

نباید- ویروس را به مکا نها یا نژادهای خاصی نسبت ندهید. این ویروس، "ویروس ووهان"، "ویروس

چینی" و

"ویروس آسیایی" نیست.

نام رسمی این ویروس (کووید-19) به طور عمده برای جلوگیری از بدنام شدن عده ای خاص انتخاب شد. "کو" یعنی کرونا، "وی" یعنی ویروس و "د" یعنی بیماری (disease) و عدد 19 به سال پیدایش ویروس (2019) اشاره دارد.

باید- از عباراتی مانند "افراد مبتلا به کووید-19"، "افراد تحت درمان بیماری کووید-19"، "افراد در حال بهبود از بیماری کووید-19" یا "افرادی که پس از ابتلا به کووید-19 فوت کردند" استفاده کنید. نباید- هنگام صحبت در مورد این افراد از اصطلاحاتی مانند "موارد کووید-19" و "قربانیان" استفاده نکنید.

باید- از اصطلاحاتی مانند "افرادی که احتمالاً کووید-19 دارند" یا "مبتلایان احتمالی کووید-19" استفاده کنید

نبايد- از عبارات "افراد مشکوک به کووید-19" و "موارد مشکوک" استفاده نکنید.

باید- در مورد افراد، از واژه هایی مانند "ابتلا" به کووید-19 استفاده کنید.

نبايد- در مورد افراد از عباراتی نظیر "پخش کردن کووید-19"، "اشخاص مبتلا کننده"، "پخش کننده ویروس" و "انتقال دهنده ویروس" استفاده نکنید، چون این عبارات به طور ضمنی معنای انتشار عمدی ویروس را به شنونده منتقل میکند و موجب سرزنش افراد میشود.

استفاده از اصطلاحاتی که افراد مبتلا را مقصر تلقی میکند و ارزش انسانی آنها را پایین می آورد، این حس را در بقیه به وجود می آورد که اشخاص مبتلا مرتکب کار اشتباهی شده اند و جایگاه انسانی پایین تری نسبت به بقیه دارند. این حس به نوبه خود باعث تشدید بدنامی مبتلایان، کم شدن حس همدردی و بی تفاوتی نسبت به درمان بیماران و اقدام به تست و قرنطینه کردن افراد میشود.

باید- در مورد خطر ابتلا به بیماری کووید-19 بر اساس داده های علمی و آخرین توصیه های نهادهای بهداشتی صحبت کنید.

نبايد- شایعات ناموثق را به اشتراک نگذارید و از اصطلاحات اغرا قآميز مانند "بیماری فاجع هبار" و "کشتار جمعی" که باعث ایجاد ترس میشوند اجتناب کنید.

باید - در مورد بیماری، مثبت صحبت کنید و در مورد تأثیر اقدامات پیشگیرانه و درمان تأکید کنید. بسیاری از افراد میتوانند بر این بیماری غلبه کنند. اقدامات ساده ای وجود دارند که با انجام آنها خود، عزیزانمان و افراد آسیب پذیر را امن نگه داریم.

نباید - روی جنبه های منفی و پیامهای تهدیدآمیز تأکید نکنیم. ما بایستی با همدیگر تلاش کنیم و افراد آسیب پذیر را امن نگه داریم.

باید - در مورد تأثیر اقدامات پیشگیرانه به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری جدید کرونا و همچنین تست و درمان آن تأکید کنید. (4-7)

نقش خود را ایفا کنید:

دولتها، شهروندان، رسانه ها، افراد با نفوذ و جوامع نقشی بسیار مهمی در جلوگیری از بدنامی مردم چین و به طور کلی آسیا دارند. همه ما باید هنگام صحبت کردن در رسان های اجتماعی و سایر تریبونهای ارتباطی آگاهانه و مدبرانه صحبت کنیم و رفتاری حامیانه در برابر ویروس کرونا از خود نشان دهیم. در اینجا چند مثال و نکته را در مورد اقدامات احتمالی در مقابله با عقاید بدبینانه ذکر میکنیم:

انتشار حقایق: بدنامی م میتواند با دانش ناکافی در مورد نحوه گسترش و درمان ویروس کرونا و نحوه پیشگیری از ابتلای سایرین افزایش پیدا کند. در پاسخ به ای نگونه رفتارها، اطلاعات دقیقی را از کشورها و مناطق آلوده، آسی پذیری افراد و گروهها در برابر کووید- ۱۹، راههای درمان آن و نهادهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی جمع آوری، یکپارچه و ارائه دهید. با زبان ساده مسائل را توضیح دهید و از اصطلاحات تخصصی و پزشکی پرهیز کنید. رسانه های اجتماعی مکان مناسبی هستند که شما با هزینه ای کم به تعداد زیادی از افراد دسترسی دارید. (برای مثال کشور نیجریه در هنگام انتشار بیماری ابولا در سال 2014 که 3 کشور دیگر را نیز در غرب آفریقا درگیر کرد، افرادی را مأمور کرد تا اطلاعات صحیح را در فیسبوک و توئیتر به اشتراک بگذارند و در این کار بسیار هم موفق بود. (2)

درگیر کردن افراد بانفوذ در جامعه: از شخصیت های پرنفوذ مانند رهبران مذهبی بخواهید تا در مورد افراد بدنام و نحوه حمایت از آنها صحبت کنند، و از بازیگران، هنرمندان و ورزشکاران قابل احترام جامعه بخواهید تا پیامهایی را منتشر کنند که این بدنامی را کاهش میدهد. مخاطبان مورد نظر این پیامها باید با

دقت بررسی شوند و افراد معروفی که برای انتشار این اطلاعات انتخاب میشوند باید شخصاً درگیر مسئله باشند و از لحاظ جغرافیایی و فرهنگی با مخاطبان تناسب داشته باشند. یک مثال خوب میتواند شهردار (یا شخص با نفوذ دیگری) باشد که به طور زنده در شبکه های اجتماعی حضور یابد و با رهبر چین دست بدهد. (5)

صدا، داستان و تصاویر افرادی از محل زندگی خودتان را پخش کنید که ویروس جدید کرونا را تجربه کرده اند و شرایطشان بهبود پیدا کرده اند و یا عزیزانشان را تا بهبودی کامل حمایت کرده اند و تأکید کنید که اکثر افراد مبتلا به کووید-19 بهبود می یابند. علاوه بر این یک "کمپین قهرمان" برای قدردانی از پرستاران و کارکنان بخش بهداشت تشکیل دهید که ممکن است جامعه به دلیل تماسشان با مبتلایان، از آنها هراس داشته باشد. نیروهای داوطلب جامعه نیز نقش مهمی در کم کردن این برنامه بدنمایی ایفا میکنند. (7)

اطمینان پیدا کنید که از نژادهای متفاوت مواردی را نشان میدهید. تمامی مطالب باید نشان دهند که جوامع مختلف تحت تأثیر این ویروس هستند و همگی با هم برای جلوگیری از انتشار کووید-19 همکاری میکنند. اطمینان حاصل کنید که فونتها، نمادها و اشکال خنثی هستند و به طور ضمنی به گروه خاصی اشاره نمی کنند. (4)

روزنامه نگاری اخلاقی: گزارشهای ژورنالی که بیش از حد روی رفتار افراد و مسئولیت بیماران در انتشار ویروس کووید-19 تمرکز میکنند میتواند منجر به افزایش بدنمایی افراد مبتلا شود. برای مثال برخی از رسانه ها روی محل اولیه به وجود آمدن کووید-19 تمرکز کردند و سعی کردند اولین بیمار در هر کشور را شناسایی کنند. تأکید بر تلاشها برای پیدا کردن واکسن و درمان این بیماری نیز م میتواند ترس از بیماری را افزایش دهد و این حس را منتقل کند که ما در متوق فکر کردن آن ناتوان هستیم. در عوض روی محتواهایی تمرکز کنید که اقدامات اولیه برای جلوگیری از سرایت بیماری را نشان میدهد، در مورد علایم کووید-19 بحث میکند و زمان مناسب برای مراجعه به نهادهای درمانی را به شما اعلام میکند. (6)

به گروهها و کمپینها ملحق شوید: کارهای خلاقانه زیادی برای مقابله با بدنمایی (انگ) کرونا انجام میشود. خیلی مهم است که به این فعالیتها بپیوندید تا یک جنبش و فضای مثبت به وجود آید که نشانگر توجه و همدردی با جامعه است. (5،6).

نکات مهم در ارتباط و پیامها

انبوه اطلاعات و شایعات نادرست سریعتر از خود بیماری کرونا ویروس جدید در حال انتشار است. این کار به تأثیرات منفی، شامل بدنامی و رفتار تبعیض آمیز نسبت به ساکنان نواحی آلوده منجر میشود. ما به اطلاعات یکپارچه و شفاف برای حمایت از جوامع و افراد آلوده به این بیماری نیاز داریم. (4)

انبوه اطلاعات و شایعات نادرست به بدنامی و رفتار تبعیض آمیز کمک میکنند که باعث جلوگیری از اقدامات مؤثر میشود.

-اطلاعات نادرست را تصحیح کنید و در عین حال تأیید کنید که احساسات و رفتارهای بعدی افراد واقعی هستند، اگرچه فرضیه ی بنیادی اشتباه است.

-اهمیت پیشگیری، اقدامات نجات بخش و تست و درمان فوری را برجسته کنید

اتحاد جمعی و همکاری جهانی برای جلوگیری از انتشار بیشتر ویروس لازم است و نگرانیهای جوامع را کاهش خواهد داد.

-روایت‌های همدردانه یا داستان‌هایی از تجربه های انسان دوستانه و جنگ افراد درگیر با ویروس جدید کرونا را به اشتراک بگذارید.

-حمایت خود را از کسانی که در خط مقدم مبارزه با شیوع کرونا مشغول خدمت رسانی هستند نشان دهید (کارکنان بخش بهداشت، نیروهای داوطلب، رهبران کشورها و...) ..

حقایق (و نه ترس) مانع انتشار ویروس جدید کرونا (کووید- 19) خواهد شد.

-حقایق و اطلاعات دقیق در مورد بیماری را به اشتراک بگذارید.

-با داستانهای ساختگی مخالفت کنید.

-در انتخاب کلمات دقت کنید. شیوه بیان میتواند بر دیدگاه افراد تأثیر بگذارد. (4-7).

2-3- نظریه ها

کووید 19 یک پدیده پیچیده پزشکی، روانی و اجتماعی است و به همین جهت مورد توجه محققین رشته های مختلف همچون پزشکان، روان شناسان و جامعه شناسان قرار گرفته است و هر کدام با عنایت به ملزومات رشته ها به بررسی تجربی آثار و پیامدها و همچنین زمینه های موجه آن پرداخته اند. در این فصل ابتدا مروری بر تعدادی از نظریات مرتبط با موضوع تحقیق آورده شده است. نهایتاً با یک جمع بندی در قالب چارچوب نظری، ارائه شده است. در پایان نیز گزاره های اصلی مورد بررسی در این تحقیق فهرست شده اند.

در این تحقیق به دنبال بررسی علل انگ بیماری کووید 19 و پیامد اجتماعی آن هستیم. نظریه انگ زنی در پارادایم بر ساخت گرا مطرح می شود. پاره ایم بر ساخت گرا فرضیه های اصلی خود را بر نسبت گرایی، ذهن گرایی و اختیار گرایی استوار کرده است. در این مجموعه نظری کجرفتاری، در جامعه ساخته و پرداخته و به وسیله جامعه و در جامعه تعریف می شود. تاکنون چهار نظریه جامعه شناختی در مورد انحراف ارائه شده است و نظریه بر چسب به عنوان یکی از آنها انحراف را فرآیندی می داند که توسط آن برخی مردم موفق می شوند برخی دیگر را منحرف تعریف نمایند و بر نسبی بودن انحراف تاکید و ادعا دارد که یک شخص، یا یک عمل تنها زمانی انحرافی محسوب می شود که "برچسب" انحراف توسط دیگران بر آن زده شده باشد. به همین مناسبت طرفداران نظریه مزبور معتقدند که روش برچسب خوردن به عنوان منحرف، ونه عمل انحرافی مردم، باید مورد توجه قرار گیرد. این نظریه در فهم فرآیند برچسب خوردن به بینش دیدگاه کنش متقابل گرا نزدیک می شود. این پیوند نیز آن قدر نزدیک است که اغلب جامعه شناسی انحراف را گفتاری کاملاً منطقی با دیدگاه کنش متقابل می دانند. نظریه ی مزبور نیز از برخی جنبه های نظریه تضاد و برای تبیین اینکه چرا عده ای از مردم و بعضی از رفتارها، نسبت به بعضی دیگر انحرافی نامیده می شوند، استفاده کرده است. بنابر این نظریه برچسب زنی یک نظریه "فرآیندی" مسلط است که هم به عنوان یک معلول وهم علت در نظر آورده می شود واکنش اجتماعی و انحراف ثانویه) و بر تاثیرات واکنش اجتماعی بر روی رفتار فرد متمرکز می شود. این رویکرد، کجرفتاری را مفهومی ساخته جامعه می داند و کجرفتاری، ویژگی رفتاری که انجام شده نیست بلکه نتیجه اعمال قوانین و مجازاتهای مربوط در مورد فردی است که آن رفتار را انجام داده است. کجرفتار کسی است که این انگ کجرفتاری به طور

موفقیت آمیزی در مورد او به کار رفته و کج رفتاری عملی است که دیگران آن را چنین تعریف کرده باشند. با پزشکی شدن انحراف بسیاری رفتارهایی که زمانی بزهکارانه و غیر اخلاقی محسوب می شد اکنون از مسائل پزشکی شده و در تفکر جامعه شناختی دو شیوه مهم برای فهم تجربه بیماری وجود داشته است. شیوه نخست که به مکتب کارکردگرایی مربوط می شود، هنجارهای رفتاری را که افراد به هنگام بیماری باید رعایت کنند، مد نظر قرار می دهد. شیوه دوم که مورد حمایت مکتب کنش متقابل نمادین است، تلاش وسیع تری را برای آشکار ساختن تفسیرهایی در پیش می گیرد که به بیماری مربوط می شوند و همچنین به چگونگی اثر گذاری این معناها بر کنش ها و رفتار مردم می پردازد (گیدنز، ۱۳۸۹: ۲۳۲). در این تحقیق تلاش می شود با توجه به برچسب زنی سوالات ذیل بررسی شود ا

1- چه کسانی برچسب انحراف را به چه کسانی می زنند؟

۲- پیامدهای برچسب زدن برای کسانی (مبتلایان) که به آنها بر چسب زده می شود چیست؟

2-3-1- مکتب کارکردگرایی

یکی از نگرشهای بدیل به تالکوت پارسونز، جامعه شناس کارکردگرا، تعلق دارد. وی کمتر علاقمند به تعریف تندرستی و بیماری و بیشتر دلبسته اهمیت بیماری به عنوان یکی از کارکرد های جامعه و چگونگی برخورد جامعه با بیماری است. به نظر پارسونز، بیماری عملاً نوعی کژروی است که جریان آرام زندگی اجتماعی را تهدید می کند و نمی تواند نقشی را که جامعه از او انتظار دارد انجام دهد و کار کرد جامعه به مخاطره می افتد. بنابر این جامعه برای روشن کردن بیماری، جداکردن کسانی که به عنوان بیمار تعریف شده اند و سپس متقاعد ساختن آنها که هر چه زودتر سلامتی خود را باز یابند، مکانیسم هایی در درون خود پرورده است. پارسونز عقیده دارد که این مکانیسم نقش بیمار است که به فرد اجازه می دهد نقش اجتماعی متداولی را که از آنها انتظار می رفته تا مدتی که تحت مراقبت پزشکان قرار دارند انجام ندهند (مور و سینکلر، ۱۳۸۶: ۳۱۳). او مدعی است که کجروی فعالیتی است که از یک همبستگی ناقص ناشی می گردد و می تواند به نوعی همنوایی جدید بدل گردد و به عنوان یک منبع فشار در درون نظام اجتماعی به حیات خود ادامه دهد و یا همراه با انسجامی که به جامعه باز می گردد، از بین برود. پارسونز هم چنین درباره «نقش افراد بیمار» به شکلی کاملاً خاص از کجروی توجه کرد. او بیماری را جایگاه کسانی قلمداد کرد که نباید به جهت قرار گرفتن در وضعی که می تواند به نوعی خطرناک، اغوا کننده و بی فایده باشد،

به آنان پاداش داد. به نظر او بیماران ناز پرورده بار می آیند و در صورت ممانعت نکردن از این رفتار، مردم نیز ممکن است تمارض کردن را بیاموزند، پس بیماری باید توسط قرار گرفتن در معرض خطر بدنام شدن مهار گردد (راک ، ۲۷۲-۱۳۷۹:۲۷۶). از نظر پارسونز اهداف در هر جامعه ای متأثر از شرایط اجتماعی، فرهنگی و طبیعی تعریف می شوند و آزادی کنشگر به واسطه شرایط محیطی و فرهنگی محدود تعریف می شود. مفهوم نقش بیمار آن دسته از الگوهای رفتار را توصیف می کند که فرد بیمار آنها را در پیش می گیرد تا تاثیر مخرب بیماری را به حداقل برساند. از این دیدگاه، ناخوشی صرفاً یک وضعیت زیستی نیست، بلکه یک نقش اجتماعی نهادی شده و یک «سمت» است. بنابراین می توان کنشهای یک فرد مبتلا به اچ ای وی ایدز را بر اساس باورها و ارزشهای جاری تحلیل نمود. چرا که نقش عوامل محیطی و ساختاری را بر کنش فرد مبتلا موثر دانسته می شود.

3-2-1- نقش بیمار از دیدگاه کار کرد گرایي

فرید سن (۱۹۷۰) سه شکل از نقش بیمار را شناسایی کرده است ۱ - نقش بیمار مشروط در مورد افرادی بکار می رود که از بیماری زودگذری رنج می برند که می توانند از آن بهبود یابند. ۲- نقش بیمار مشروط بی قید و شرط" به کسانی اشاره دارد که از بیماریهای درمان ناپذیر رنج می برند(سرطان و پارکینسون) که به امتیاز های مهم و حق دست کشیدن از اکثر وظایف منجر می شود. ۳- آخرین نقش بیمار نقش نامشروع است. نقش نامشروع هنگامی اتخاذ می شود که فردی از بیماری یا وضعیتی رنج ببرد که دیگران داغ ننگ بر آن می زنند. در چنین مواردی، این تلقی وجود دارد که شاید خود فرد تا حدی مسئول بیماری اش باشد، شاید ایدز بارزترین مثال بیماری داغ ننگ خورده ای باشد که بر اتخاذ نقش بیمار از طرف فرد مبتلا تاثیر می گذارد (گیدنز، ۱۳۸۹:۲۳۵ - ۲۳۶). به عقیده فریدسون پزشک از یک طرف بیمار و نیازهای او را بنا بر قالب های دانش تخصصی خود ادراک می کند، چون به خود مختاری حرفه ای خویش پای بند است، و بیمار از طرف دیگر، بیماری خود را با توجه به مشکلات زندگی روزمره و در چارچوب شرایط فرهنگی محیط زیست خود ادراک می کند او می خواهد پزشک مسئله او را آن طوری که او می بیند، ببیند. باید دانست که تعیین کسی به عنوان "بیمار" خالی از معنا نیست. قضاوت پزشکی علی القاعده برای بیماری نقش مشروعیت بخش را بازی می کند. این موضوع در مورد تعدادی از بیماریها به ویژه اگر فرد مبتلا به نحوی مسئول بیماری خود فرض شود، به بدنامی می کشد و این فرآیند همان برچسب زنی

است (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵:۱۲ - ۱۲۰). هنگامی که شخص ناخوش تحت مراقبت های پزشکی حرفه ای قرار می گیرد، نقش مریض تبدیل به نقش بیمار می شود. شخصی که ناخوش به حساب می آید نیز با مجموعه مشخصی از انتظارات مواجه است که «نقش مریض» را، که او باید ایفا کند، تعریف می نماید. نقش مریض، او را از برخی تکالیف عادی معاف می سازد. البته شخص مریض نیز وظایف جدیدی را بر عهده می گیرد، که مهمترینش همکاری در معالجات پزشکی ای است (لوپز و اسکات، ۱۳۸۵: 6۷-65). رابطه پزشک با بیمار مبتلا به اج ای وی رابطه ای مبتنی بر همکاری و اعتماد فرض می شود و این مبنای اقتدار پزشک است. به همین جهت عدم اعتماد به پزشک بخصوص برای افراد مبتلا در عدم پای بندی به درمان موثر است. پزشک باید بی طرفی عاطفی خود را ثابت کند، به ویژه که به اسرار شخصی و روانی بیمار، بیماری که به خاطر ناتوانی و ناراحتی خویش آسیب پذیر است نیز دسترسی دارد. تنها چنین رفتاری ممکن است عینیت رابطه ای را که پزشک با بیمار خود دارد تضمین کند.

3-2-1-2- کارکرد گرای

به نظر پارسونز نقش پزشک از ویژگی های کارکردی برخوردار است، رابطه او با بیمار بر پایه قواعد ذهنی پیریزی شده که به توانمندی فنی او بر می گردد. پزشکی ثبات اجتماعی را با تشخیص بیماری و مداوای آن تضمین می کند و انحراف بالقوه ای را که ممکن است بیماری ایجاد کند، مهار می نماید (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱۵-۱۱۶). پزشکی نه تنها دانش انسان سالم را نیز در بر می گیرد بلکه استانداردهایی را برای روابط اخلاقی و فیزیکی فرد و جامعه ای را که در آن زندگی می کند اعمال می کند. بیماری واقعه ای فردی است که خانواده باید با تضمین اینکه مراقبت های لازم از بیمار انجام می شود، به آن واکنش نشان دهد (فوکو، ۱۳۸۵: ۸۸-۷). به نظر براین ترنر بدن در برخی مواقع خارج از کنترل ماست (مانند سرطان). اینجا اندیشه «داشتن» یعنی اجازه دخالت خارجی را دادن مطرح می شود. پس پزشک برای معالجه بدن باید بدن را به مثابه یک ابژه ببیند. این که مردم در موقع بیماری حس می کنند متخصصان پزشکی به مثابه یک تکه گوشت با آنها رفتار می کنند، از همین جا سرچشمه می گیرد که ممکن است یکی از دلایل رشد طب یا پزشکی مکمل باشد (سعیدی، ۱۳۸۹: ۳۵). در عصر پست مدرنیته استراتژی های انضباطی کنترل اجتماعی، از مراقبت گرفته تا پزشکی شدن رفتار اجتماعی، توجه شان را از جریان غالب گروه های جمعیتی به گروه های حاشیه ای که خارج از دسترس بازار قرار دارند، مانند فقر او کجروها، معطوف می

کنند(سید من، ۱۳۸۹:۲۵۹). با جدایی ناپذیری انسان از شرایط مادی وجود، پزشکی نشان خواهد داد که چگونه می توان زندگی فرد مبتلا را از پیشرفت بیماری مصون نگه داشت و تا چه مدت فرداچ ای وی مثبت می تواند با خردمندی انتظار زندگی داشته باشد.

3-1-2-3- پزشکی و تکنیک کنترل اطلاعات داغ ننگ

کنترل اطلاعات مهمترین ویژگی بیماریهای بدنام کننده است. بدنامی احساس منفی از تمایز با دیگران به دلیل شرایط با وضعیت خاص است (آربولیدا - فلوریز ۳، ۲۰۰۳: 146). یکی از راهبرد هایی که مورد استفاده فردی که داغ تنگ بدنام کننده دارد، این است که برای مقابله با مخاطراتش جهان را به دو گروه تقسیم می کند. یک گروه بزرگ که به آنها هیچ نمی گوید و یک گروه کوچک که به آنها گفته و سپس روی کمکشان حساب باز می کند. او برای نقاب زدن خود کسانی را جهت همکاری انتخاب می کند که قاعدتا بیشترین خطر را برایش می آفرینند. در مورد روابط صمیمانه که وی از گذشته حفظ کرده است ممکن است بعد داغ ننگ خوردن بلافاصله آن روابط را از طریق یک صحبت کاملا محرمانه "به روز رسانی کند تا طرد نشود. اما جایگاهش را به عنوان کسی که وضعیتش را به شکلی آبرومندانه توضیح داده حفظ می کند. این نوع مدیریت اطلاعات اغلب از جانب پزشکان توصیه می شود، به ویژه زمانی که آنها باید اولین کسانی باشند که فرد را از وجود داغ ننگش مطلع می سازند. از این رو به فرد مربوطه پیشنهاد می کنند که راز جدید تنها بین پزشکان، بیمار و بستگان درجه اول وی باقی بماند. نزدیکان نه تنها به فردی که احتمال بدنام شدنش می رود، در نقاب زدن کمک می کنند، بلکه آنها می توانند مانند یک حلقه حفاظتی عمل کنند و باعث شوند فرد داغ خورده تصور کند بیش از آنچه در واقعیت مصداق دارد به عنوان یک فرد عادی پذیرفته شده است (گافمن، ۱۳۸۹: ۱۹۵-۱۹۲ و آرچر، ۱۳۸۰). در مورد اچ ای وی ایدز تکنیک کنترل آنگ بسیار اهمیت دارد، چنان که کمپل و همکاران (۲۰۰۵) پیشنهاد می کنند که در بین اعضای خانواده، آنگ زدن اغلب به عنوان مضر ترین استناد و مسئله مخرب در بازدارندگی جوانان به ویژه در زمینه های مشاوره و بهداشت مربوط به اچ ای وی ایدز مطرح شده است. به طور قطع مبتلایان از این که چگونه دریافت و تفسیر می شوند در وضع نامساعدی به سر می برند.

3-2-2- مکتب کنش متقابل اجتماعی

کنش متقابل سنگ بنای جامعه است و هسته اصلی سازمان اجتماعی را تشکیل می دهد. مید ریشه کنش متقابل نمادین را وضعیت های اجتماعی - روانی "ای می دانست که به افراد اجازه می دهد از طریق میانجی شدن دیگران از وجود خویش آگاه شوند و رفتارشان را مطابق آن تعدیل و تنظیم کنند و باور داشت که انسانها در ساختارهای اجتماعی که خود نیافریده اند، زاده می شوند و تحت فشار محدودیتها، آداب و رسوم و قوانین عمل می کنند. به نظر مید، روابط سازمان یافته اجتماعی هم جنبه ذهنی و هم عینی یا مادی دارند (لوپز واسکات، ۱۹:۱۹۹۹ و حاجیانی، ۱۳۸۸: ۱۰۹۱۱۰). تعامل گرایان نمادین به شیوه های تفسیر مردم از دنیای اجتماعی و معناهایی که آنها به این دنیا می دهند، علاقه مندند. جامعه شناسان زیادی این رهیافت را در حوزه تندرستی و بیماری به کار بسته اند تا در یابند که مردم بیمار بودن را چگونه تجربه می کنند یا چه درک و برداشتی از بیماری دیگران دارند (گیدنز، ۲۳۹:۱۳۸۱). گیدنز سه بعد از کنش متقابل اجتماعی را از هم تمییز می دهد که عبارتند از: ارتباط یا تفاهم، قدرت، و اصول اخلاقی. تفاهم، یا درک متقابل کنشگران از طریق ساختن و تبادل کردن معناها، ناظر به نظم های نمادین است و به وسیله طرح ها و نقشه های تفسیری مشترکی ساخته می شود که گیدنز آنها را "ساخت های معنایی" یا "موازن معنایی" می نامد. به همین ترتیب، داوری اخلاقی کردن طی کنش های متقابل نیز مربوط به آداب رسوم و قوانین است که به وسیله قواعد اخلاقی و مقبولیت بخش ساخته می شود و دست آخر، قدرت هم وسیله ای است که افراد دخیل در کنش متقابل با استفاده از آن قادر می شوند بر کردار دیگری تاثیر بگذارند. قدرت، به این ترتیب، وابسته به نهادهای اقتصادی و سیاسی است که از طریق قواعد اقتدار بخش و تخصیصی در توزیع منابع ساخته می شود (گیدنز، ۱۹۸۱، به نقل از لوپز و اسکات، ۱۳۸۵: ۱۰۶-۱۵۳). تئوریهای کنش متقابل نمادین رفتار انحرافی، از تاکید بر ارزشها به تاکید بر معناها و تعاریف برای تبیین رفتار انحرافی تغییر جهت داده اند و در مواردی برخی از آنها، از این امر پا فراتر گذاشته و توجه اصلی شان را از تاکید بر تعاریف کسب شده جهت انجام رفتارهای انحرافی توسط منحرفان به طرف تمرکز بر نقش هایی که عاملان رسمی کنترل اجتماعی در تحمیل معانی و تعاریف نمادین رفتار انحرافی بر افراد بازی می کنند، تغییر داده اند. (هاگان، "، ۱۰:۱۹۹۴؛ به نقل از گلچین، ۱۳۸۵: ۱۲۸-۱۲۷). ادوین شور (۱۹۷۱) اشاره می کند که سه نوع "مخاطب" وجود دارد که نسبت به انحراف واکنش نشان می دهد. نخست مخاطب "دیگر - مهم" که

یک گروه غیررسمی بسیار مهم است. زیرا اعضای آنها مؤثر ترین افراد می باشند. دومین نوع، مخاطب «آژانس کنترل اجتماعی» است که اساساً از صاحب منصبان تشکیل شده است. این افراد نه تنها دارای قدرت برجسته رسمی هستند بلکه بر روی زندگی فرد نیز می توانند تأثیر گذار باشند.

آخرین گروه، مخاطب جامعه به طور کلی» است. این افراد اساساً به عنوان گروهی که دارای توان توصیف خوب و بد هستند و مسئولان را تحریک کرده و به فعالیت وا می دارند، دارای اهمیت هستند (فرانک پی و لین دی، ۱۳۸۹: ۱۹۶). جامعه بافت پیچیده ای از روابط گوناگون افراد است که پیوسته در کنش متقابل با یکدیگر هستند. از نظر طرفداران کنش متقابل نمادین، جامعه پذیری تنها یک فرآیند یک بعدی نیست که فرد مبتلا اطلاعات را دریافت کند، بلکه فرآیند پویایی است که وی اطلاعات مورد نیاز خود را تطبیق و تغییر می دهد. همه ی مبتلایان به اچ آی وی/ایدز خود انگاره ای از خودشان را به عنوان انواع معینی از شناخته ها آشکار می کنند. آنها خود انگاره ها و احساساتی از کنش متقابل شان با دیگران را بسط می دهند، اما همچنان که ترنر و همه ی نظریه پردازان نقش تأکید می کنند، مبتلایان تلاش می کنند خودشان را به گونه ای عرضه کنند که خود انگاره شان را تقویت کند.

3-2-1- تصور از خود در کنش متقابل نمادین

نظریه پردازان کنش متقابل نمادی تأکید بر اهمیت هویت یا خودپنداره به عنوان پیش بینی کننده مهم رفتار دارند که از طریق کنش متقابل با دیگران مهم" حاصل می شود (بروانفیلد و تامپسون ۲۰۰۵: ۳۳). بنا به نظر کولی تصویر فرد مبتلا به اچ آی وی دربارهی برداشت دیگران از او بر نوع نگاه و احساس او دربارهی خودش تأثیری تعیین کننده دارد و در نتیجه نگرشها، رفتارها و هنجارهای او را جهت خواهد داد. قدرت هم وسیله ای است که افراد دخیل در کنش متقابل با استفاده از آن قادر می شوند بر کردار دیگری تأثیر بگذارند. کولی این فرآیند را خود آئینه سان ترجمه کرد (کاپمن و دیگران، ۲۰۰۰). منظور کولی از "خود" آن چیزی است که فقط جزیی از آن خصوصی است. جزء دیگر آن نمایش درونی خواست ها و ارزیابی های دیگران است که به یاری آن "خود" عمل کند. وی بر آن بود که انسان و جامعه، خود و دیگری چنان در هم تافته اند که کیفیت زندگی اجتماعی یک فرد، یعنی روابط او با انسانهای دیگر باید عنصر سازنده شخصیت او به شمار آید (کوزر، ۱۳۷۸: ۴۱۹). مفهوم خود اجتماعی جیمز مشخص کرد که احساس مردم نسبت به خود از کنش متقابل با دیگران بوجود می آید و یک فرد به تعداد افرادی که او را می شناسند

دارای خود اجتماعی است. دویی نشان داد که ذهن از طریق کنش متقابل در دنیای اجتماعی بوجود می آید و تقویت می شود. مید معتقد است که جامعه نشان دهنده آن الگوهای ساختار یافته ای از رفتار مشترک است که توسط کنش متقابل نمادین میان کنش گران نگه داشته شده و تغییر می یابند. بنابر این هم نگهداری و هم تغییر جامعه از طریق فرآیندهای ذهن و فرد اتفاق می افتد (ترنز: ۳۶۵- 34 4). از نظر استرایکر، افراد به تعداد گروههایی که با آنها کنش متقابل دارند، دارای "خود" هستند. بنابر این استرایکر "خود" را مجموعه ای متشکل از هویت های مجزا تعریف می کند. این هویت ها هر یک معرف پایگاهی درونی شده اند که در تعامل اجتماعی ادعا و تایید گردیده اند و منجر به دسته بندی های اجتماعی خاصی از اشخاص می گردند که در هر جامعه ای یافت می شوند (حاجیان، ۱۳۸۸: ۱۲۹). تصور از خود آرمانی فریمن، مجموعه کاملی است از تصاویر آرمانی که در ذهن فرد شکل داده شده است و تمایل دارد که به آنها نزدیک شود و تصور از خود ادراک شده از مشاهدات فرد از آنچه تصور می کند، در واقعیت به آن شباهت دارد نشات می گیرد.

شرم و گناه در اثر فاصله بین تصور از خود آرمانی و تصور از خود ادراک شده پدید می آید. در واقع برای فردی که دارای این قبیل اشتغالات ذهنی است، هر دو نوع تصور از خود به صورت نادرست شکل گرفته است به این نحو که تصور از خود آرمانی بسیار کمال گراست و تصور از خود ادراک شده بسیار منفی است. هر چه این فاصله بیشتر باشد، پریشانی و مشکلات فرد بیشتر خواهد بود (فریمن، ۲۰۰۱: ۱۲). سالیوان می گوید: "از آنجا که عدم تایید اهمیت شخص انکار کننده رضایت (ساختار روانی) و موجد اضطراب شخص است، به همین جهت خویشتن شخص بی نهایت دارای اهمیت است. از این رو است که نیچه مدعی است انسان با خود بیگانه ترین است" (گرث و میلز، ۱۳۸۰: ۱۳۷-۱۲۹). بلومر این ایده را | توسعه داد که من اجتماعی تحت تاثیر هنجارهای فرهنگی، موقعیت ها و توقعات اجتماعی (هنجارهای کلان) به وجود می آید (توسلی، ۱۳۸۰: 4۸۳). شات "معتقد است بخش اعظم نقش پذیری فکورانه است، چرا | که فرد یک گفتگوی درونی با خود به عنوان یک موضوع بیرونی دارد و از دیدگاه دیگران عمومیت یافته خود را | مورد ارزیابی قرار می دهد. در این ارزیابی است که فرایند احساسات برانگیخته می شود و بر چسب می خورد. | شات به خصوص چند احساس را در کنترل افراد مهم می داند که عبارتند از: احساس گناه، شرم، غرور، بیهودگی و همدلی. این پنج دسته احساس نسبت به خود و دیگران بر انگیخته می شوند و پاسخ های فرد

را سبب می شوند (ترنر: ۹۰۹). در مجموع نکات اساسی مستخرج از نظریه کنش متقابل نمادین در باره خود یاهویت اجتماعی آن است که ایستارهای خود محصول افکار دیگران در مورد ماست. خود در فرد مبتلا عبارت از مجموعه ویژگیهایی است که تفاوت با دیگران را موجب می شوند. ترکیب نگرشها و رفتارهای معمول در محیط اجتماعی، با تفسیر شخص اچ ای وی مثبت از واکنشهای دیگران در باره خودش، می تواند خود او را تشکیل داده و به تداوم یا تغییر وی منجر گردد. به این ترتیب، هویت او همان خودی است که تحت تاثیر تلقی های تعمیم یافته و دیگران مهم عمومیت می یابد و با آن تغییر می کند. بدین ترتیب خود به منزله تصویری بازتابی از خویشتن است که فرد مبتلا مسئولیت آنرا به عهده دارد. ممکن است تفاوت بسیار میان تصویر خویشتن، تصویر ارائه شده و تصویر مورد اشتیاق فرد وجود داشته باشد.

3-2-2-2- کنش متقابل و بیماری (خودپنداره و هویت در تعامل با بیماری)

الگوی اجتماعی معلولیت به محیط پیرامون افراد توجه می نماید و خاطر نشان می کند، که برخی انگها نتیجه تعامل با محیط و موقعیت اجتماعی است. معلولیت اساسا به عنوان مشکلی که به طور اجتماعی ایجاد شده است به نظر آمده و به عنوان الحاق و جذب کامل افراد با واقعیت های بیولوژیکی و تواناییهای متفاوت در داخل جامعه مورد ملاحظه قرار می گیرد. معلولیت به عنوان خصیصه و ویژگی یا نقص فردی دیده نمی شود، بلکه از عکس العمل جامعه نسبت به واقعیت بیولوژیکی افراد حاصل می شود (ولبرینی ۲۰۰۹: ۳). خودپنداره در نوع نگرش بیمار نسبت به سلامت، روابط با دیگران، امید به زندگی و قابلیت سازگاری بسیار تاثیر گذار است. خودپنداره را می توان به عنوان شاخصی قابل توجه در تغییراتی ناشی از بیماریهای مزمن در نظر گرفت. همچنین خودپنداره می تواند به عنوان عامل تعیین کننده مهم در کیفیت زندگی ارزیابی شود و شامل چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و زیستی است (دیویس ۱۹۹۷، به نقل از یغمایی، ۱۳۸۵: ۳۰۵). فرد معلول در تعامل اجتماعی اش همیشه بالقوه تهدید می شود. دیویس انکار داغ معلولیت را در سه مرحله پیشنهاد می کند. در مرحله اول فرد معلول شیوه های معمول رفتار را که به نفع وی عمل می کنند، به کار می گیرد. در مراحل اولیه تعامل، معمول است که افراد را به همان گونه که خود را وانمود می کنند بپذیریم و به موارد انحراف از آن هیچ اشاره ای نکنیم. این "پذیرش دروغین" می تواند موجد تعامل شود. مرحله دوم ظریف تر است. اگر تعامل به امواج همدردی ختم نشود، فرد معلول باید تعامل را به نحوی اداره کند که گرفتن نقش مربوط به وجوه بهنجار "خود" را تسهیل کند و در عین حال،

محدودیت‌هایی ناشی از معلولیت خود را مشخص نماید. دیویس می‌گوید اگر این مرحله موفقیت‌آمیز باشد، تاثیر روان‌شناختی آن بر فرد معمولی کاهش اهمیت معلولیت فرد معلول تا به میزانی است که به منظور تعامل بهنجار (معمولی) اثر آن از آگاهی محو می‌شود. این مرحله را "راه باز کردن" نامیده است که پذیرش تعریف موجه خود است. مرحله‌نهایی این فرآیند، نهادی کردن تعریف مطلوب از "خود" به منظور تسهیل تعامل و باز شناخت هنجاری شده محدودیت‌هایی است که معلولیت بر رابطه تحمیل می‌نماید. هنگامی که این فرآیند تکمیل شود، انکار تعریف "خود کجرو" به انجام رسیده است و جای آن را تعریف "خود بهنجار" گرفته است (اسکیدمور، ۱۳۸۵: ۳۱۱-۳۱۰ و آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۱۸۱-۱۷۵).

تئوری یادگیری اجتماعی که ارتباط بین شناخت درونی و رفتار را ثابت می‌کند بر این امر تاکید دارد که فاکتورهای شخصیتی مانند خود پنداره، خود کنترلی، خودکارآمدی، و اعتماد به نفس بر کلیه رفتارها، از جمله بر رفتارهای بهداشتی تاثیر می‌گذارند (بالدوین، ۱۹۹۵: ۱۳۱۹). در اینجا سه دسته هویت مطرح می‌شوند، هویت‌های قانونمند و مشروعه که به وسیله گروه غالب و سلطه‌جو مطرح می‌شوند، هویت‌های مقاوم که به وسیله طبقات برتر جامعه ارزشمند شده و یا بدنام می‌شوند و هویت‌های طرح‌ریزی شده که به منظور تثبیت جایگاه اجتماعی توسط گروه‌های برتر جامعه ساخته می‌شوند. هویت شخصی مانند هویت اجتماعی، دنیای فرد را برای او در وهله نخست بین آگاهان و ناآگاهان تقسیم می‌کند (کاستلز، ۱۹۹۷ به نقل از پارکر و آگلتونه ۱۹۹۷: ۲۰۰۳ و گافمن، ۱۲۶-۱۳۸۹: ۱۲۲). فرد مبتلا عملاً هیچ وسیله دفاع ذهنی در مقابل هویت ننگ‌آلودی که به او نسبت داده شده است ندارد. هم در نظر خودش و هم در نزد مربیان صاحب نفوذش و هم در نظر جامعه به طور کلی، همان چیزی است که تصور می‌رود باشد. او ممکن است با رنجش و خشم در برابر این سرنوشت واکنش کند. رنجش و خشم او ممکن است حتی به عنوان تایید قاطع هویتی باشد که جامعه برای وی به منزله موجودی حقیر قائل است، زیرا از او بهتر آن، بنا بر تعریف در سطحی برتر از این عواطف حیوانی قرار دارند. او در زندان واقعیت عینی جامعه اش اسیر است. اگر چه آن واقعیت برای وی از لحاظ ذهنی به صورتی بیگانه موجود باشد. از آنجا که فرد در آگاهی خود به تعریف‌هایی که اجتماع محل از واقعیت و از خود او کرده است پایگاهی ممتاز می‌بخشد، میان رفتار "مرئی" او در اجتماع بزرگتر و عمل نامرئی «تعیین هویت خود به عنوان کسی کاملاً متفاوت نوعی گسیختگی پدید می‌آید. به عبارت دیگر، میان نموده و "واقعیت" در درکی که فرد از خویشتن دارد شکافی به ظهور می

رسد (برگر و لو کمان، ۱۳۸۵: ۲۲۷-۲۲۵). از نگاه جامعه شناسان معمولاً هویت در نگرش‌ها و احساسات افراد آشکار می‌شود، اما به طور ضمنی معتقدند که بستر شکل‌گیری آن، زندگی جمعی است (تاونسند، ۲۰۰۰: ۲۰۱). می‌توان نتیجه‌گیری کرد بالاخره معلولیت اچ‌ای وی می‌تواند مانع از این شود که فرد معلول از سایر لحاظ به عنوان فردی بهنجار تعریف شود. داغ‌ننگ و تلاش برای مخفی کردن یا ترمیم آن تبدیل به جزیی "ثابت" از هویت شخصی او می‌شود. به همین دلیل است که برخی افراد مبتلا به سمت چاپ مطالب فاش‌کننده فاقد نام‌گرایش پیدا می‌کنند، تا خودشان را تنها در مقابل تعداد اندکی مخاطب خصوصی فاش‌کنند، با این تصور که افشا در حوزه عمومی به شخص آنها ارتباط داده نخواهد شد. بر اساس نظریات فوق، در خلال فرایند جامعه‌پذیری، باورها، ارزشها و ... به شکل تدریجی و در عین حال مستمر و بدون وقفه به فرد منتقل و در ذهن وی جایگزین می‌شود. همین تجارب فرهنگی و گروهی در نهایت به عینک‌هایی بدل می‌شوند که فرد عادی جهان پیرامون خود را از پشت آنها مشاهده می‌کند و بدین شکل قضاوت‌های اخلاقی او در مورد اچ‌ای وی / ایدز بر اساس همین پندارهای القایی شکل می‌گیرد و بی‌گمان اعمال او هم متأثر از آنها خواهد بود. در نظریه کنش متقابل نمادین دو رویکرد وجود دارند که عبارتند از:

1- نظریه برچسب‌زنی: نظریه پردازان برچسب‌زنی کجروی را نه به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های افراد یا گروهها بلکه به منزله کنش متقابل میان کجروها و غیر کجروها تفسیر می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۹: ۳۰۵).

۲- نظریه خنثی‌سازی: هر قدر افراد بهتر و بیشتر از همنشینان خود بیاموزند و تحت تاثیر شدت دلهره و نیاز به بازسازی شخصیت و خلاقیت انسانی، اراده ارتکاب بزهکاری بیشتری را دارا باشند احتمال بروز رفتارهای انحرافی از آنها بیشتر خواهد بود (گلچین، ۱۳۸۵: ۱۳۱).

3-2-3 دیدگاه برچسب‌زنی

ادوین لمرت مفهوم انحراف اولیه و انحراف ثانویه را مطرح کرد که این مفاهیم عناصر اصلی رشد نظام مند نظریه‌ای را تشکیل دادند که بعداً نظریه برچسب‌شناخته شد. این مفاهیم، همگی تأکید بر اهمیت تعامل اجتماعی در ایجاد خودتصوری و هویت‌های اجتماعی دارند. اصل مهم نظریه برچسب بسیار ساده است: اینکه انحراف و کنترل اجتماعی همیشه در بر دارنده فرایند تعریف اجتماعی است (کهن، ۲۰۰۲: ۵۲). تئوری برچسب می‌کوشد تأثیر دو جانبه بازیگر و تماشاگر را تبیین کند. این تئوری هم به بازیگر و

واکنشگر می پردازد و هم به این که چگونه عمل یکی بر دیگری اثر می گذارد (شومیکر، ۱۹۹۹ : ۱۹۵). بعضی از جامعه شناسان انحراف را با الهام از دیدگاه پزشکی از بیماری و سلامت تعریف نموده اند. از این رو آنها اموری را که موجب بی نظمی و عدم ثبات در جامعه می شود، را انحراف دانسته اند (آزاد ارمکی، ۱۳۸۱:۳۱۷). سنت بر چسب اجتماعی به طور معمول بر افراد و جوامع تمرکز می کند و به کسانی توجه می کند که بر چسب "جنایتکار" را خورده و با چنین بر چسب هایی بد نام می شوند. همانند بر چسب زدن نگرانی نظریه پردازان برای حقیقت در پشت بر چسب ها است که نشان می دهد برداشت مشترک از فساد ممکن نیست (لوفر، ۲۰۰۹:۲۰). ما به طور فرهنگی دیگران را طبقه بندی کرده و نسبت به آنها رفتار می کنیم. به عقیده و بر ما در جهانی از معنا زندگی می کنیم و برای درک کنش انسانی باید در یابیم مردم چگونه دنیای خود را تعریف می کنند. تفکر آنان با فرهنگی که به طور اجتماعی خلق شده است پیوند دارد (شارون، ۱۳۸۲: 67-61). موضوع اصلی نظریه بر چسب، ارتباط بین رفتار و واکنش اجتماعی در مقابل آن است. موضوع دیگر در رابطه با نظریه بر چسب، بر خورد بر چسب خورده با برچسب است. هوارد بر (۱۹۷۳) می اندیشید که گام نهائی در عمل شخص منحرف شناسائی وی از طرف "گروه سازمان یافته منحرف" است. وی می گوید که حمایت گروه از منحرف برچسب خورده ممکن است یا او را در شناخت او به عنوان شخص منحرف جلو ببرد یا به عنوان تسریع کننده در تبدیل وی از یک فرد جامعه گریز به یک چهره مثبت اجتماعی عمل کند (کهن، ۲۰۰۲:۵۲). بریثویت (۱۹۸۹) می نویسد: "گام نخست در نظریه پردازی در موضوع جنایت، اندیشیدن در باره این چالش است که برچسب زدن به خطا کاران کار را بدتر می کند. این چالش هم درست است هم نادرست. نظریه شرم سازنده تلاش می کند مشخص کند که چه موقع درست است و چه موقع نادرست. بین شرمی که منجر می شود به انگ زدن - برای طرد کردن و تثبیت موقعیت مسلط شخص منحرف - با شرمی که سازنده است و شرمی است که در عین این که رشته های احترام و عشق را حفظ می کند، بجای بیشتر کردن شکاف انحراف از طریق طرد شخص منحرف، با عفو و بخشش قاطع، محکومیت را خاتمه میدهد. شرم سازنده جنایت را کنترل می کند در حالی که انگ زدن، خطا کار را به سمت خرده فرهنگ جنایتکاران سوق می دهد" (کهن، ۲۰۰۲: ۵۳). بریثویت و ماگفورد (۱۹۹۵) برای اصلاح موفقیت آمیز خاطی، شرایطی را پیش بینی کردند.

1- بجای این که عمل و خاطی هردو غیر هنجاری تلقی شوند، فقط عمل غیر هنجاری تلقی می شود.

۲- خا طی بوسیله عمل تعریف نمی شود و از عمل هم چشم پوشی نمی گردد. از گناه متنفر باش و خطا کار را دوست داشته باش).

۳- سرزنشگر به عنوان عضوی از جامعه ای از روابط تلقی می شود که خا طی، قربانی، و دیگران نیز عضو آن هستند.

۴- از طریق فرایند مصالحه که در آن خا طی اظهار پشیمانی نموده و متعهد به جبران می شود، جامعه با بخشش رد برچسب انحراف پاسخ داده، و فاصله بین خا طی و جامعه کوتاه تر می شود (کارپ"، ۱۹۹۸: ۲۸۰).

لمرت" در ۱۹۹۷ این چنین بیان می کند:

"جامعه شناسی قدیم تکیه بر این ایده داشت که انحراف منجر به کنترل اجتماعی می شود. ولی من به عکس آن اعتقاد پیدا کرده ام یعنی کنترل اجتماعی منجر به انحراف می شود. که این باور هم بهمان میزان پذیرفتنی است و هم فرضیه ای قوی است برای مطالعه انحراف در جامعه مدرن است" (چن، ۲۰۰۲: ۵۲) در نتیجه کجروی ناشی از خصوصیات عملی که یک شخص مرتکب می شود نیست، بلکه پیامد کاربست قواعد است. رفتار کجروانه یا انحرافی رفتاری است که اشخاص چنین برچسبی را بر آن می زنند. تعیین فرد به عنوان مجرم بوسیله یک جریان رسمی ممکن است درگیری او را در جرم شدیدتر و عمیق تر نماید.

3-2-3-1- سر چشمه انگ

گام نخست در بروز انگ و محور بروز طرد شدگی اجتماعی، امر "تفاوت است، یعنی همسان نبودن با گروه یا گروه های جمعیتی مسلط، غالب و صاحب قدرت. متفاوت بودن در موارد بسیار، به گروههایی از جامعه جایگاه فرودستی را می دهد (اسمیت، ۲۰۰۲: ۳۱۷). معروفترین تعریف برچسب توسط جامعه شناسی بنام گافمن صورت گرفته و در اثر معروفش بنام "انگ: یادداشت هائی در موضوع مدیریت هویت تباه شده" آورده است. او انگ را صفتی اساسا قبیح تعریف می کند که می تواند منجر به این شود که شخص تقریبا غیر انسان تلقی شود. و سه نوع انگ را شناسایی می کند: زشتی قیافه، نقص در شخصیت فرد، و انگ قبیله ای (ورسد از"، ۲۰۰۵: ۱۷۰). گافمن تایید کرد که تنوع برچسبهای انحراف بوسیله جامعه خلق می شود و پیامد منفی لکه دار شدن را ایجاد می کند و ملاحظه کرد که چطور قربانی داغ ممکن است

با وضعیت تباه شده، کنار آید. گافمن منتقد این پیشنهاد بود که افراد داغ خورده، نهایتاً وضعیت شان را می پذیرند (وایت ۱۳۸۳: ۱۹۳ سیگل، لون و مایر، ۱۹۹۸، به نقل از پوهل و برونلله ۲۰۰۳: ۵۵-۵۶). استیگما در اصطلاح روانشناسی اجتماعی به طور وسیعی در ارتباط با انحراف از هنجارهای غالب اجتماعی تعریف می شود (کاپلان و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۸۵). چند ابزار برای اندازه گیری انگ در سطح جمعیت در کشور های توسعه یافته موجود هستند که به ویژه برای ارزیابی اثرات برنامه های کاهش استیگما در این کشورها کاربرد دارند، ابزارهای موجود اغلب برای چهار چوب های تک فرهنگی تدوین شده است (کالیچمن و سیم بای ۲۰۰۵: ۵۷۴). بعضی محققان پیشنهاد کرده اند که مفاهیم اساسی انگ به اندازه کافی در سراسر جوامع بشری از توسعه یافته و در حال توسعه، چنان مشابه است که با مقیاس های معتبر و قابل اعتماد در اثبات مفاهیم چند گانه مفید است (ون براکل، ۲۰۰۹: ۳۱۲). با این حال تلاش ها نتایج متناقضی را نشان داده اند که ممکن است دلیل بخشی از تمرکز بر سطح فردی باشد، که بر بهبود دانش مربوط به اچ آی وی/ایدز"، به جای پرداختن به ریشه های علل نگرشهای بدنام سازی تاکید می کند. پیاده سازی برنامه های کاهش انگ در درجه اول بر خطاب مبتنی بر مدرسه جوانان و آگاهی جمعیت کشور های توسعه یافته است (براون، مکینتیر و ترو جیللو، ۲۰۰۳: ۵۳). سه مولفه مفهومی فرآیند استیگما شامل برچسب زدن، کلیشه و تبعیض باهم مرتبطند (متهیس، ۲۰۰۵: ۳۹۲). برای تحقق انگ این گونه تفاوت ها" باید با خصلت های نامطلوب مرتبط باشد.

3-2-2-2-3- تعاریف انگ

لینک و فلان (۲۰۰۹) تعریفی از داغ ننگ مرتبط با اچ ای وی را ارائه دادند که در آن پنج مولفه همگرا برای تولید داغ ننگ عبارتند از: (۱) شناسایی و برچسب زدن تفاوت های انسان (۲) باورهای غالب فرهنگی است که شخص برچسب خورده را به خصوصیات نامطلوب و ایجاد کلیشه های منفی، پیوند میدهد. (۳) طبقه بندی افراد بر چسب خورده بر جدا کردن "ما" در مقابل آنها" (۴) افراد با برچسب، از دست دادن موقعیت و تبعیض را که منجر به نتایج نابرابر می شود تجربه می کنند. (۵) دسترسی اجتماعی، اقتصادی و قدرت سیاسی توسط گروه مسلط به اجازه برای اجرای کامل از عدم تصویب، نفی، طرد و تبعیض بر علیه گروهی که برچسب دارد. این تعریف که بر تحقیقات زمینه ایدز چهار چوب فرهنگی و نابرابری های اجتماعی که در استیگما ریشه دارد به عنوان یک مولفه انتقادی در هر مطالعه مرتبط با ننگ اچ ای وی است.

گافمن (۱۹۹۳) داغ ننگ را به عنوان یک ویژگی که عمیقا بی اعتبار کننده است که منجر به هویت و جایگاه بی اعتبار و لکه دار شده فرد در جامعه می شود، تعریف کرد. انگ با بیماریهایی که علاج ناپذیر و شدید هستند همراه است و با راههای انتقال بیماریهایی که با رفتار فرد مرتبط است، به ویژه رفتارهایی که ممکن است مطابق با هنجارهای اجتماعی نباشد (کراندال و موریارتی، ۱۹۹۰، به نقل از بککیل و گنبرگ ۲۰۰۷). گافمن نوشت که انگ اشاره به ویژگیهای نامطلوب است که متجانس با کلیشه های ما از آنچه که نوع معین از افراد باید باشند، انگ ریشه های عمیق در ساختار اجتماعی جامعه به عنوان یک کل، و در ارزشها و هنجارهایی که در زندگی روزمره حکومت می کنند، دارد (نی بلید، ۲۰۰۳ به نقل از ماکوا، گریف ، فتلهو ، ۲۰۰۸:۱۳۸). از نظر تیلورانگ یک سازه اجتماعی است که به منزله یک چالش عمده، تلاشهای کنترل موثر بیماری مطرح شده و نقض حقوق بشر در افراد و گروهها را بنیان می نهد (تیلور، ۲۰۰۱:۷۹۳). گیدنز داغ ننگ را خصوصیتی می داند که فرد یا گروهی را از اکثریت جامعه جدا می کند و در نتیجه با این فرد یا گروه با بدگمانی یا دشمنی رفتار می شود (گیدنز، ۱۳۸۷:۲۳۵). برای دیاکون و همکاران (۲۰۰۵) انگ یک ایدئولوژی است که بیماری را به رفتار منفی در گروه یا جامعه پیوند می دهد. نتایج انگ ترس و سرزنش است و نه جهل و می تواند با مداخله آموزشی فائق آید دیاکون و همکاران، ۲۰۰۵ به نقل از ایر هیهنبو واکر و همکاران، ۲۰۰۹). ویس و راماکریشنا (۲۰۰۹:۵۳۶) استیگمای مربوط به بهداشت و درمان را به عنوان یک فرایند اجتماعی و با تجربه های شخصی مرتبط با مشخصات طرد، رد، سرزنش و یا تنزل ارزش تعریف می کند که نتایج آن از تجربه پیش بینی معقول جانبی و قضاوت های اجتماعی مربوط به شخص و یا گروه مشخص با مشکل خاص سلامت است.

به نظر ویلکینز (۱۹۹۵) وقتی اعمالی بزهکارانه تعریف می شوند، داغی بر پیشانی بزهکاران می نشیند و آنها با جریان کلی جامعه قطع رابطه می کنند. آنها می فهمند که به ایشان به نظر بزهکار نگریسته می شود و حاصل این آگاهی آن است که شروع به پرورش خرده فرهنگ خاص خویش می کنند. این امر به افزایش فشار به آنها و جدا افتادگی بیشتر آنها می انجامد که آنها را بیشتر به سوی بزهکاری می راند (مور، سینکلر، ۲۰۰۹:۲۸۹). آگلتون و پار کر داغ ننگ را به عنوان کیفیت بی اعتباری قابل توجه یک فرد از نگاه دیگران تعریف می کنند و تبعیض زمانی اتفاق می افتد که مردم تنها در راهی هستند که نتایجش برای

آنها، رفتار ناعادلانه و غیر منصفانه بر اساس تعلق شان یا ادراک تعلق آنها به گروه ویژه است (پارکر و آگلتون"، ۲۰۰۲ به نقل از کوهی ۲۰۰۹: 40 5).

3-3- پیشینه تحقیق

در مطالعه ساتگیو و همکاران (2020) با عنوان " انگ اجتماعی در زمان ویروس کرونا و ویروس 2019" نتایج نشان داد که آموزش ، ارتباط شفاف و صادقانه و استفاده از زبان غیر تبعیض آمیز می تواند دانش ، نگرش و رفتارهای مربوط به COVID-19 را به طور قابل توجهی بهبود بخشد و انگ اجتماعی را کاهش دهد. (1)

در مطالعه رامچی و همکاران (2020) با عنوان " انگ اجتماعی در طول COVID-19 و تأثیر آن بر نتایج HCWS" یافته ها نشان داد که انگ اجتماعی تأثیر زیادی بر نتایج کارکنان دارد. انگ ممکن است بر انطباق کارکنان با شرایط تأثیر بگذارد و می تواند استراتژی های ارتباطی مدیریت مربوط به خطر همه گیری را تغییر دهد. (2)

در مطالعه ساتگیو و همکاران (2020) با عنوان " چگونه می توان انگ اجتماعی ناشی از کووید-19 را کاهش داد" نتایج نشان داد که انگ اجتماعی معمولاً با تبعیض و محرومیت همراه است و معمولاً با سطح پایین تحصیلات نیز همراه است. بیماری همه گیر COVID-19 باعث ایجاد ترس در جمعیت عمومی شده است ، عمدتاً به دلیل عدم اطمینان زیاد در ویروس کرونا ، از جمله میزان مسری بودن آن ، نقش موارد بدون علامت در انتقال و روند بسیار متغیر بیماری. اطلاعات غلط از طریق رسانه های سنتی - و به ویژه از طریق رسانه های اجتماعی - می تواند خطر انگ زدن و رفتارهای نامطلوب (به عنوان مثال ، خشونت جسمی و روانی) را افزایش دهد. (3)

در مطالعه صادقی و همکاران (1399) با عنوان "پیش بینی اضطراب کووید-19 و تجربه انگ اجتماعی آن بر اساس ابعاد اعتیاد اینترنتی پس از موج اول اپیدمی در دانشجویان" نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از ابعاد اعتیاد اینترنتی تأثیر بر عملکرد با ضریب معنی داری و فقدان کنترل با ضریب معنی داری ($P=0.005$) قادر هستند تغییرات میزان اضطراب کرونا را پیش بینی کنند. همچنین ابعاد فقدان کنترل با سطح معنی داری ($P=0.001$) و بی توجهی به وظایف شغلی و تحصیلی با سطح

معنی داری ($P=0.01$) و نمره کل اعتیاد اینترنتی با سطح معنی‌داری ($P=0.002$) قادر هستند

تغییرات میزان استیگمای کرونا در دانشجویان را پس از موج اول اپیدمی کرونا پیش‌بینی نمایند. (4)

فتحی و همکاران (1399) در مطالعه‌ای با هدف " نقش ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با امنیت روانی در اضطراب کرونا و تجربه‌انگ اجتماعی پس از موج اول اپیدمی کووید-19 در دانشجویان " که ۲۵۲ نفر از دانشجویان رشته علوم انسانی در مقطع کارشناسی از دانشگاه آزاد اسلامی تبریز شرکت داشتند که ۲۰۸ نفر آنها (۸۲٪/۵) دختر و ۴۴ نفر (۱۷٪/۵) پسر بودند و میانگین سنی آنها $27/43 \pm 7/42$ سال بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از مؤلفه‌های ویژگی‌های روان‌شناختی، پارانویا و احساس سلامت قادر بودند میزان اضطراب کرونا پس از موج اول اپیدمی را در دانشجویان پیش‌بینی نمایند. همچنین مؤلفه‌های پارانویا و افسردگی قادر بودند میزان انگ اجتماعی کرونا را پیش‌بینی نمایند. (5)

شهشهبانی (1399) در مطالعه‌ای با عنوان "اهمیت توجه به انگ اجتماعی پس از ابتلا به کرونا ویروس (کووید-19) " نشان داد با توجه به تعداد مبتلایان به کرونا ویروس (کووید-19) که به سرعت در حال افزایش است، ترس و نگرانی‌هایی به علت عدم آگاهی ایجاد شده و به دنبال آن منجر به چالش‌هایی از جمله انگ اجتماعی گردیده است. لذا مطلب حاضر با هدف توجه به انگ اجتماعی افراد با سابقه ابتلاء به کووید-19 میباشد. با توجه به نوپدید بودن بیماری کووید-19 اطلاعات دقیق و کاملی در ارتباط با مشکلات روانی-اجتماعی آن در دسترس نمیباشد. با توجه به دستورالعملها و راه‌کارهایی که سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها اعلام کرده است، اهمیت بررسی و ارائه برنامه‌های جامع براساس فرهنگ جامعه امری ضروری است.(6).

جهانگشت (1399) در مطالعه‌ای با عنوان "انگ اجتماعی: از پیامدهای اجتماعی ابتلا به کووید-19 " نشان داد که یکی از پیامدهای روانی و اجتماعی ابتلا به برخی بیماریها به خصوص بیماری‌های واگیردار در هر جامعه‌ای و در این روزهای سخت شیوع کرونا ویروس، ترس و وحشت بیمار از واکنشهای اجتماعی، انگ بیماری و عامل انتقال بودن است که به خاطر حجمه سنگین این بیماری بر ابعاد مختلف جامعه، به این مهم توجه نشده است. شیوع فعلی بیماری کووید-19 باعث استیگما و رفتارهای تبعیض آمیز اجتماعی علیه افراد ناقل و مبتلا شده است. همچنین، انگ اجتماعی میتواند موجب اختلالات رفتاری و روانی گردد و تاثیر منفی بر بیماران، پزشکان، پرستاران و خانواده بیمار داشته باشد. (7)

موبا و همکاران¹ (2012) مطالعه ای را با هدف "توسعه و روایی ابزار انگ صرع" در کشور کنیا انجام داد. این محققان ابتدا توسط مرور بر متون و یک مطالعه کیفی به بررسی نگرانی ها و مشکلات مربوط به صرع در کیلیفی² انجام دادند. نتایج حاصل از مطالعه کیفی یک ابزار 18 گویه ای را تشکیل داد که در مرحله بعد روایی و پایایی ابزار در یک مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی 673 نفر (280 مراقبین کودکان مبتلا به صرع و 393 کودک مبتلا به صرع) بررسی شده است. نتایج نشان داد که ثبات درونی ابزار بالفای کرونباخ معادل 0/91 و همبستگی بین گویه ای $r = 0/92$ بوده است. نتایج فاکتور آنالیز نشان داد که این ابزار تک عاملی بوده و در کل 45/8 درصد از واریانس کل ازمون را تبیین می کند. پس از بررسی روایی و پایایی ابزار در نهایت ابزار 15 گویه ای باقی ماند که تعداد موارد انگ صرع را در یک لیکرت سه نقطه ای (همیشه=2 تا هیچ وقت=0) اندازه گیری می کند. موبا در مقاله خود بیان می کند این ابزار برای سنجش انگ صرع در کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلالات شناختی قابل استفاده است (8). اگر چه این ابزار مطابق با اصول ابزار سازی پیش رفته است اما، درک و تجربه بزرگسالان مبتلا به صرع با کودکان متفاوت است و ما می توانیم از این پرسشنامه برای طراحی گویه ها استفاده کنیم.

مطالعه ای توسط پاولا و همکاران³ (2007) با هدف "تعیین روایی ابزار انگ اجتماعی صرع" در کشور برزیل انجام شده است. این ابزار شامل 5 سوال است که تعداد موارد انگ اجتماعی صرع را مورد سنجش قرار می دهد. 5 سوال این ابزار عبارتند از: توانایی بیمار در کنترل صرع، احساس بیمار در باره تشنج در جمع، مشکلاتی که بخاطر بیماری در طی روز با آن مواجه است، عوامل موثر در قضاوت در باره صرع و اینکه مردم در باره بیماری آنها چه فکری می کنند. هر سوال دارای چند ایتیم می باشد. در کل پرسشنامه 24 ایتیم دارد. مشارکت کننده به هر سوال در لیکرت 4 نقطه ای (هرگز=1 تا همیشه=4) پاسخ دادند. داده ها از طریق مصاحبه با 40 نفر بیمار مبتلا به صرع و 40 نفر از افراد جامعه جمع آوری شده است. در این مطالعه از پرسشنامه 65 گویه ای کیفیت زندگی در بیماران صرعی نیز استفاده شده است. این پرسشنامه فقط توسط بیماران تکمیل شده است. سپس همبستگی بین نمرات کیفیت زندگی با نمرات ابزار طراحی شده انگ اجتماعی صرع مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داد که این ابزار از روایی

¹ Mbuba etal

² Kilifi

³ Paula etal

محتوای صوری و ملاکی قابل قبولی برخوردار است. ثبات درونی ابزار برای بیماران صرعی با آلفای کرونباخ معادل 0/88 و برای افراد ساکن جامعه معادل 0/81 گزارش شده است. نتایج نشان داد که ابزار انگ اجتماعی صرع همبستگی قابل قبولی با پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع داشته است. در نهایت محققین مطالعات در فرهنگ های مختلف در زمینه طراحی یا توسعه پرسشنامه های مرتبط با انگ اجتماعی صرع را پیشنهاد کردند (9). در این مطالعه ابزار طراحی شده از نظر روایی محتوا و روایی سازه مورد بررسی قرار نگرفته است. ابزار حاوی سوالاتی است که تعداد موارد احساسات و افکار بیمار را در باره ابتلاء به صرع و عقاید وی در باره پیامد ابتلاء به بیماری را مورد بررسی قرار می دهد. این در حالی است که در مطالعه ما هدف طراحی و روانسنجی پرسشنامه ای است که دیدگاه، عقاید و احساس بیمار را نسبت به واکنش های گفتاری و رفتاری دیگران در مواجهه با وی به عنوان یک بیمار مبتلا به صرع مورد سنجش قرار خواهد داد. از ابزار پاولا و همکاران در ساخت گویه ها استفاده خواهد شد.

آستین و همکاران¹ (1998) مطالعه ای با هدف " توسعه ابزار 5 گویه ای انگ صرع " انجام دادند. ابزار جدید 10 گویه ای است و ویژه بزرگسالان بوده که اعتقادات فرد در باره صرع به عنوان یک بیماری که بر روابط با دیگران تاثیر منفی می گذارد را در یک مقیاس هفت نقطه ای (از کاملا مخالف=1 تا کاملا موافق=7) مورد بررسی قرار می دهد. روایی محتوای این ابزار و ثبات درونی آن با الفای معادل 0/78 مورد تایید قرار گرفته است. در این مطالعه ابزار طراحی شده از نظر روایی محتوا و روایی سازه مورد بررسی قرار نگرفته است. این در حالی است که در مطالعه ما هدف طراحی و روانسنجی پرسشنامه ای است که دیدگاه، عقاید و احساس بیمار را نسبت به واکنش های گفتاری و رفتاری دیگران در مواجهه با وی به عنوان یک بیمار مبتلا به صرع مورد سنجش قرار خواهد داد.

در تحقیق که توسط کارول و همکاران در سال ۲۰۰۰ با عنوان بررسی نگرانی والدین و فرزندان در مورد ابتلا نوجوانان به ایدز انجام شد و ۶۵۷ نفر نوجوان مبتلا به ایدز و والدین شان مورد بررسی قرار گرفتند، نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین نگرانی واحدهای مورد پژوهش با طرد شدن از طرف والدین و نیز سرزنش شدن توسط والدین و پرسش از والدین در مورد ابتلا فرزندشان به بیماری مقاربتی وجود دارد و فقط 46 درصد از والدین (۲۱۰ نفر) موافقت کردند که در مورد ابتلا فرزندشان به این بیماری مصاحبه

¹ Austin etal

کنند که این افراد بیشتر والدینی بودند که ارتباط بهتری با فرزندشان داشتند. همچنین آزمونهای آماری نشان داد که نظر و دیدگاه خانواده در مورد این کودکان برای آنها بسیار حساس و مهم بوده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتارهای جنسی ناایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شوند (برگمن و اسکات، ۲۰۰۱).

هاشمیان (۱۳۸۱) در مطالعه خود نشان داد که سبک زندگی پرخطر در خانواده با فرار از خانه نوجوانان دختر و ابتلا به بیماری‌های جنسی رابطه معنی‌دار و مثبت داشته است. همچنین برخی از رفتارهای پرخطر جوانان مصرف‌نوشابه‌های الکلی و مواد با فرار از خانه دارای رابطه می‌باشد.

در تحقیق مامن و همکاران (۲۰۰۹) در تایلند و آفریقای جنوبی، شرکت‌کنندگان به تبلیغات ضد استگمای رسانه‌ها که به اهمیت رفتار محترمانه و محبت‌آمیز با مبتلایان تأکید دارند اشاره می‌کردند.

در مطالعه اسماعیل و همکاران (۲۰۰۱) در بین دانشجویان پزشکی اتیوپی در مورد آیدز بین آگاهی و نگرش ارتباط معنی‌داری مشاهده شد، اما بین آگاهی بالا و نگرش مثبت با رفتار دانشجویان ارتباط معنی‌داری ملاحظه نشد (سعید آکا، ۲۰۰۱: ۹۱۱). در مطالعه ای دیگر در آفریقای جنوبی بین سطح آگاهی بالا و نگرش مطلوب معلمان در مورد آیدز ارتباط معنی‌داری وجود داشت (پلتر ۲، ۲۰۰۰: ۱۰۱۹). مجید پور و همکاران (۱۳۸۵) مطالعه ای را با عنوان نقش وسایل ارتباط جمعی در آگاهی و نگرش دانش‌آموزان در مورد بیماری آیدز در اردبیل انجام دادند. در این مطالعه توصیفی-مقطعی پس از ارزشیابی اعتبار یافته‌ها نشان داد از ۸۰۰ دانش‌آموز ۳۷۸ نفر (۶۷،۲ درصد) دختر و بقیه پسر بودند. ۸۹ درصد دختران در مقایسه با ۱۷ درصد پسران از تلویزیون استفاده می‌کردند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود تنها ۳،۴۶ درصد دانش‌آموزان نگرش درستی در برخورد با بیماران فرضی داشتند. ۳۵۲ نفر (۴ درصد) شرکت‌کنندگان آگاهی ضعیف و ۴۴۸ نفر (۵۶ درصد) آگاهی متوسطی از راههای انتقال ویروس داشتند و موردی از آگاهی در سطح خوب وجود نداشت. بین جنس، سن و میزان آگاهی ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد. در بررسی ارتباط بین میزان آگاهی با منابع مورد استفاده، تنها تلویزیون ارتباط معنی‌داری با آگاهی نشان داد. نتایج حاصله بر ضرورت توجه متولیان سلامت به امر آموزش با استفاده بهینه از تلویزیون تأکید دارد. فیلم و عکس، معلمان و روحانیون، رادیو، کتاب و جزوه جایگاه موثری در ایفای نقش معرف در مورد آیدز نداشتند.

سیمبای و کالیچمن» همکاران (۲۰۰۷) انگ درونی، تبعیض و افسردگی را در مبتلایان به اچ ای وی در کیپ تاون، آفریقای جنوبی تحقیق کردند. در کیپ تاون، تجربه تبعیض در میان مبتلایان به ایدز و انگ درونی شده ایدز رایج است. تقریباً یک چهارم شرکت کننده های در تحقیق، درباره وضعیت ایدزشان هرگز با دوستانشان صحبت نکرده بودند و یک سوم آن ها می گفتند که به سبب مثبت بودن ایدز شان، رفتار دوستان و فامیل ها تغییر کرده است. بیش از 40 درصد آن ها به خاطر آلودگی به ایدز تبعیض را تجربه کرده بودند. یک پنجم مبتلایان به ایدز موقعیت و شغلشان را از دست داده بودند. علیرغم این که دوره تشخیص ایدز کمتر از ۳ سال بوده تجربه تبعیض هنوز در آفریقای جنوبی ادامه دارد. در گروه نمونه ما که مبتلا به ایدز بودند انگ درونی شده رایج بود. بیش از یک سوم مردان و زنان مبتلا به خود تحقیق مرتب با ایدز بودند. در حقیقت انگ درونی شده در مبتلایان به ایدز بیشتر از آن چیزی است که در جامعه وسیع تر باور شده است. بعنوان مثال در یک مطالعه ۲۳۰۹ بزرگسال در کیپ تاون (کالی چمن و دیگران، ۲۰۰۵ به نقل از سیمبای، ۲۰۰۷) ده درصد مردم اعتقاد داشتند مبتلایان به ایدز کثیف هستند در مقایسه با بیست و هفت درصد باور مبتلایان به ایدز. 16 درصد اعتقاد داشتند که مبتلایان به ایدز باید از وضعیتی که دارند شرمند باشند. در حالی که ۳۸ درصد مبتلایان به ایدز می گفتند که شرمند بودند. ۱۳ درصد مردم اعتقاد داشتند که مبتلایان به ایدز خطائی کرده اند که مستحق چنین شرایطی شده اند. در حالی که 41 درصد مبتلایان به ایدز خود را در ابتلا به ایدز مقصر می دانستند. در دیگر مطالعات در آفریقای جنوبی میزان قابل توجهی اضطراب در مبتلایان به ایدز گزارش شده که تا حدی با انگ درونی شده همراه بود. آثار افسردگی ایدز در این گروه نمونه ریشه دار تر و وسیعتر از جامعه عمومی آفریقای جنوبی است (اللی، سیدت و ستین، ۲۰۰۵، اللی، زیر، سیدت و ستین، ۲۰۰۵، به نقل از سیمبای، ۲۰۰۷: ۱۸۲۹).

شیسانا و دیگران (۲۰۰۵) دریافتند که ۲۹ درصد جامعه عمومی آفریقای جنوبی احساس افسردگی می کردند در مقایسه با مبتلایان به ایدز که ۲ درصد بودند. یافته های ما در هفته گذشته ۳۰ درصد را نشان می دهد که با این نتیجه همخوانی دارد. ما همچنین دریافتیم که انگ درونی شده با علائم افسردگی شناختی تأثیری همراه است. انگ درونی شده ارتباطی با سیاه بودن از نظر نژادی، با حمایت اجتماعی کمتر و استفاده بیشتر از مواد که نمونه نتایج که منعکس کننده منشأ افسردگی شناختی تأثیری هستند، نداشته (سیمبای، ۲۰۰۷: ۱۸۲۹). در تحقیقی توسط ورس ناز و همکاران (۲۰۰۵) انگ ایدز و پیامد های آن در

تعاملات اجتماعی مختلف شامل اعضای خانواده، دوستان، شریک جنسی، همکاران و متخصصین بهداشت
وسلامتی در مبتلایان به اچ آی وی ایدز در پورتوریکو به شرح ذیل بررسی شد.

فصل سوم:

مواد و روش پژوهش

3-1- روش تحقیق

روش پژوهش حاضر از نظر نوع داده ها هم در زمره روش های کیفی¹ و هم روش های کمی² قرار دارد و به صورت توأمان از هر دو روش استفاده گردید، لذا روش تحقیق مورد استفاده از نظر نوع داده ها روش تحقیق مختلط³ بود. همچنین پژوهش از حیث هدف از نوع کاربردی⁴ بود.

3-2- جامعه تحقیق

جامعه آماری این پژوهش را کودکان و نوجوانان تحت پوشش دفتر شبه خانواده بهزیستی استان اردبیل تشکیل دادند که دامنه سنی آنها بین 6 تا 18 سال بود. حجم نمونه در مرحله کیفی، تا رسیدن به حد اشباع بود که به تعداد 40 نفر (20 دختر و 20 پسر) انتخاب گردید. در بخش کیفی با افراد تحت پوشش دفتر شبه خانواده بهزیستی استان اردبیل مصاحبه انجام گردید. معیار رسیدن به اشباع، تکرار داده های قبلی بود

3-3- روش نمونه گیری

روش انتخاب مشارکت کنندگان هدفمند و در دسترس بود و جهت کنترل بی رغبتی کودکان دارای انگ اجتماعی کرونا ویروس به مشارکت در پژوهش از مصاحبه انگیزشی استفاده شد. در مرحله کمی از دو نمونه پژوهش استفاده شد. نمونه مقدماتی شامل 45 نفر از کودکان و نوجوانان تحت پوشش دفتر شبه خانواده بهزیستی بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند و در مرحله نهایی 120 نفر به روش سرشماری انتخاب شدند و به پرسشنامه انگ اجتماعی کرونا ویروس جهت انجام تحلیل عاملی پاسخ دادند.

¹. Qualitative

². Quantitative

³. Mixed Method

⁴. Applied Study

3-4- ابزار تحقیق

برای سنجش میزان انگ اجتماعی کرونا از نظر بیماران مبتلا به کرونا، از پرسشنامه محقق ساخته انگ اجتماعی که به اقتباس از پرسشنامه انگ اجتماعی بیماری ایدز در پژوهش (ساسانی و همکاران، 1392)، استفاده شد. این پرسشنامه شامل 21 گویه می باشد که نمره کلی این پرسشنامه میزان انگ اجتماعی بیماری کرونا را مورد سنجش قرار می دهد. برای نمره گذاری پرسشنامه از طیف پنج گزینه ای لیکرت با نمره های کاملاً موافق (5)، موافق (4)، نظری ندارم (3)، مخالف (2)، کاملاً مخالف (1) نمره گذاری شده است. پرسشنامه مورد نظر شامل 4 بعد برجسپ نامناسب، طرد شدن، بی ارزشی و عدم حمایت را مورد بررسی قرار می دهد.

| متغیرها | سوالات |
|---------------|-------------------|
| برجسپ نامناسب | 1+2+3+4 |
| طرد شدن | 5+6+7+8+9+10 |
| بی ارزشی | 11+12+13+14+15+16 |
| عدم حمایت | 17+18+19+20+21 |

این ابزار از نظر روایی مورد بررسی استاد راهنما قرار گرفت و پس از تغییرات جزئی، مورد تایید قرار گرفت. به منظور بررسی میزان پایایی پرسشنامه ابتدا تعداد 11 مورد از این ابزار در مرحله اول در اختیار بیماران مبتلا به کرونا قرار گرفت و پس از فاصله یک هفته مجدداً در اختیار آنان قرار گرفت و میزان ضریب پایایی با اختلاف ناچیز در حد بالای 0/70 محاسبه شد. همچنین پس از جمع آوری داده ها از کل نمونه ها، با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. میزان ضریب آلفای کرونباخ در جدول ذیل قابل مشاهده است.

ابزار مورد استفاده در بخش کیفی

در این بخش با توجه به استفاده محققان از روش کیفی، از ابزار مصاحبه نیمه ساختار یافته ستفاده شد. در این بخش با توجه به هدف تحقیق که کشف مولفه های تشکیل دهنده متغیرهای مورد بررسی می باشد، به تدوین چارچوب اولیه مصاحبه با کودکان و نوجوانان تحت پوشش دفتر شبه خانواده بهزیستی استان اردبیل که دامنه سنی آنها بین 6 تا 18 سال بود پرداخته شد. مدت مصاحبه با هر فرد ۵۰ دقیقه طول

کشید. کار جمع آوری داده ها تا رسیدن به اشباع نظری دنبال شد. سپس کار کدگذاری داده ها تا رسیدن به اشباع انجام شد.

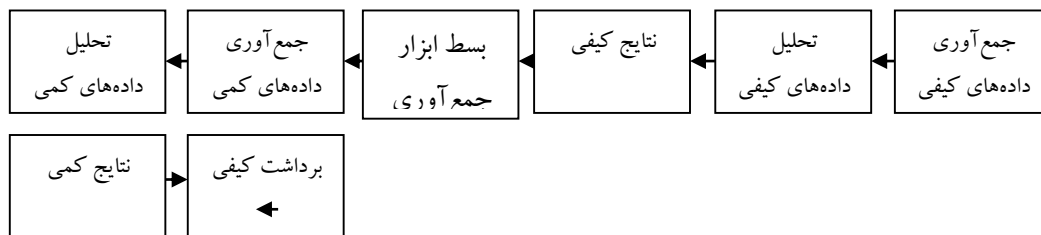
برای سنجش انگ اجتماعی کرونا ویروس به ساخت ابزار محقق ساخته پرسشنامه انگ اجتماعی کرونا ویروس اقدام شد. این ابزار بر اساس بخش کیفی و تحلیل کیفی مصاحبه های انجام گرفته ساخته شد و شامل سه مولفه رفتار پرخاشگری، رفتار قانون شکنانه و مشکلات اجتماعی می باشد. درباره هر یک از مولفه های انگ اجتماعی کرونا ویروس سوالات اولیه طراحی شد. در مورد رفتارهای پرخاشگری، 11 سوال؛ قانون شکنانه، 13 سوال و مشکلات اجتماعی، 15 سوال و در کل 30 سوال طراحی شد. بعد از طراحی فرم اولیه پرسشنامه برای بررسی روایی محتوایی و منطقی سوالات، انتخاب سوالات مناسب و حذف سوالات ضعیف قبل از بررسی ساختار عاملی پرسشنامه، از نظر متخصصان استفاده شد. بدین صورت که از نظرات پنج نفر از اساتید متخصص در زمینه روانشناسی بهره گرفته شد. شایان ذکر است از اساتید خواسته شده بود درباره روایی محتوایی سوال، روشن بودن سوال، نداشتن محتوای یکسان با سایر سوالات و تناسب فرهنگی محتوای سوال با فرهنگ ایرانی اظهار نظر نمایند. بعد از اعمال نظرات اساتید، از بین 11 سوال مربوط به مولفه رفتار پرخاشگری، 9 سوال؛ از 13 سوال مربوط به رفتار قانون شکنانه، 9 سوال و از 15 سوال مشکلات اجتماعی، 13 سوال (جمعا 31 سوال) برای اجرای مقدماتی پرسشنامه انتخاب شدند. سوالات دیگر به دلیل مبهم بودن و داشتن محتوای نزدیک و مشابه با دیگر سوالات حذف شدند. بعد از طراحی فرم اولیه، پرسشنامه روی یک نمونه مقدماتی 45 نفری از کودکان و نوجوانان اجرا شد. بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، فرم نهایی پرسشنامه تهیه شد که شامل 22 سوال برای شناسایی انگ اجتماعی کرونا ویروس کودکان و نوجوانان 6 تا 18 سال بود. گویه 13 این پرسشنامه بصورت معکوس نمره گذاری می شود. بعد از تهیه فرم نهایی، پرسشنامه در میان 120 نفر اجرا شد. سپس ساختار عاملی پرسشنامه از طریق تحلیل عامل اکتشافی بررسی شد. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآمایی محاسبه گردید.

روند کلی روش تحقیق مورد استفاده در مطالعه حاضر را به صورت شماتیک زیر می توان نمایش داد:

شکل ۱. روش تحقیق آمیخته از نوع اکتشافی: مدل ساختن ابزار جمع آوری داده ها (کرسول و پلانوکلاک^۱،

1387)

¹. Creswell & Plano Clark



3-5- روش تجزیه و تحلیل

برای بررسی رابطه بین ویژگی‌های روان‌شناختی با میزان استیگمای کرونا از آزمون رگرسیون چندگانه

به کمک نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد.

فصل چهارم:

یافته‌های پژوهش

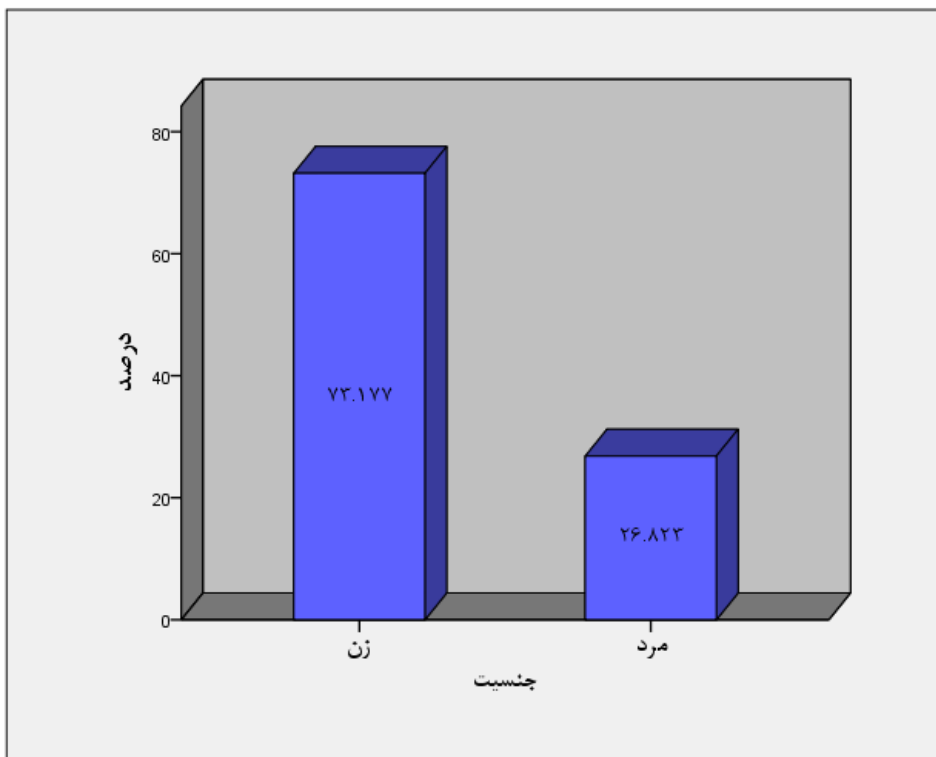
4-1- مقدمه

در این فصل به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شده است. داده های جمع آوری شده از طریق پرسشنامه انگ اجتماعی بیماران کوید 19 در این فصل با انجام آزمون های آماری تحلیل شده است. انگ اجتماعی بیماری کرونا شامل 4 بعد برچسپ نامناسب، طرد شدن، بی ارزشی، و عدم حمایت فرد کرونایی از طرف افراد جامعه می باشد که در این قسمت به بررسی میزان هر یک از این ابعاد در جامعه پرداخته شده است. این فصل شامل سه بخش آمار جمعیت شناسی، آمار توصیفی و آمار استنباطی می باشد.

4-2- یافته ها دموگرافیک

| درصد | فراوانی | | |
|------|---------|-----|-----------|
| 73/2 | 281 | زن | جنسی ت |
| 26/8 | 103 | مرد | |
| 100 | 384 | کل | |

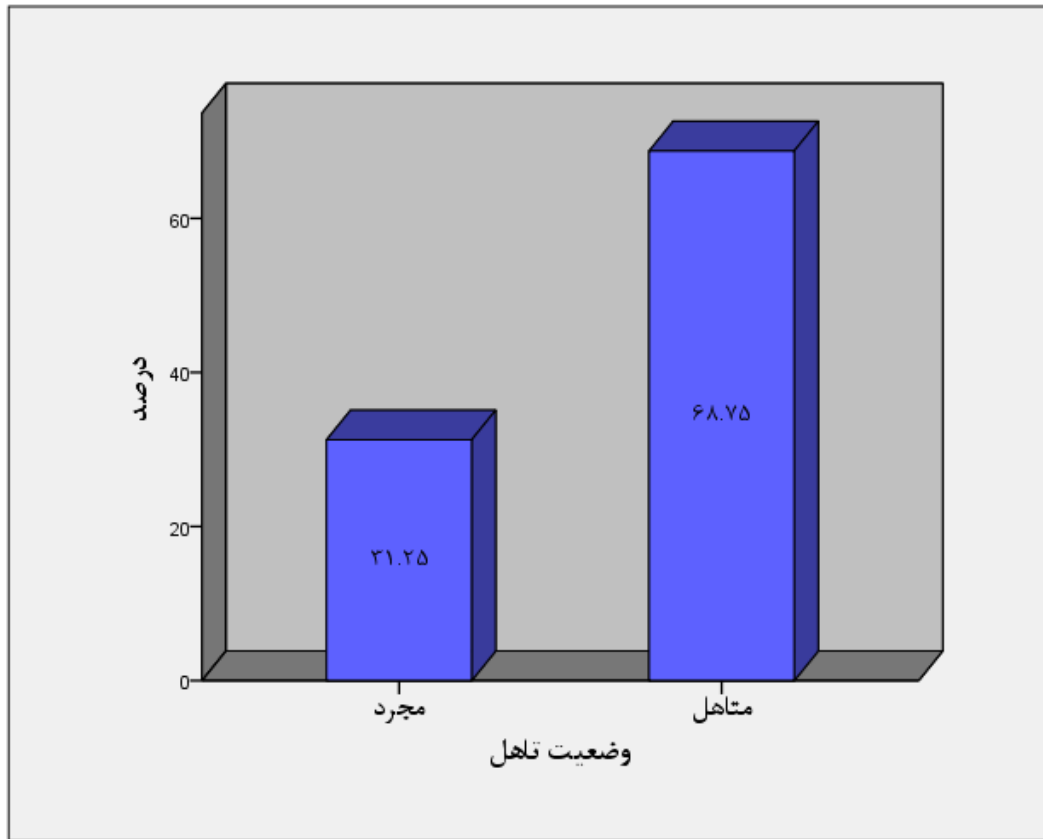
نتایج به دست آمده از بررسی ویژگی جنسیت در نمونه های بیماران، نشان می دهد از بین نمونه های انتخاب شده ، بیشترین میزان فراوانی به نمونه های بیمار زن و کمترین مقدار به بیماران مرد اختصاص داشته است.



نمودار 1-4، نشان می دهد 73/17٪ نمونه ها زن و 26/82٪ مرد بوده اند.

| وضعیت تاهل | | | |
|------------|---------|-------|------|
| درصد | فراوانی | | |
| 31.3 | 120 | مجرد | تاهل |
| 68.8 | 264 | متاهل | |
| 100 | 384 | کل | |

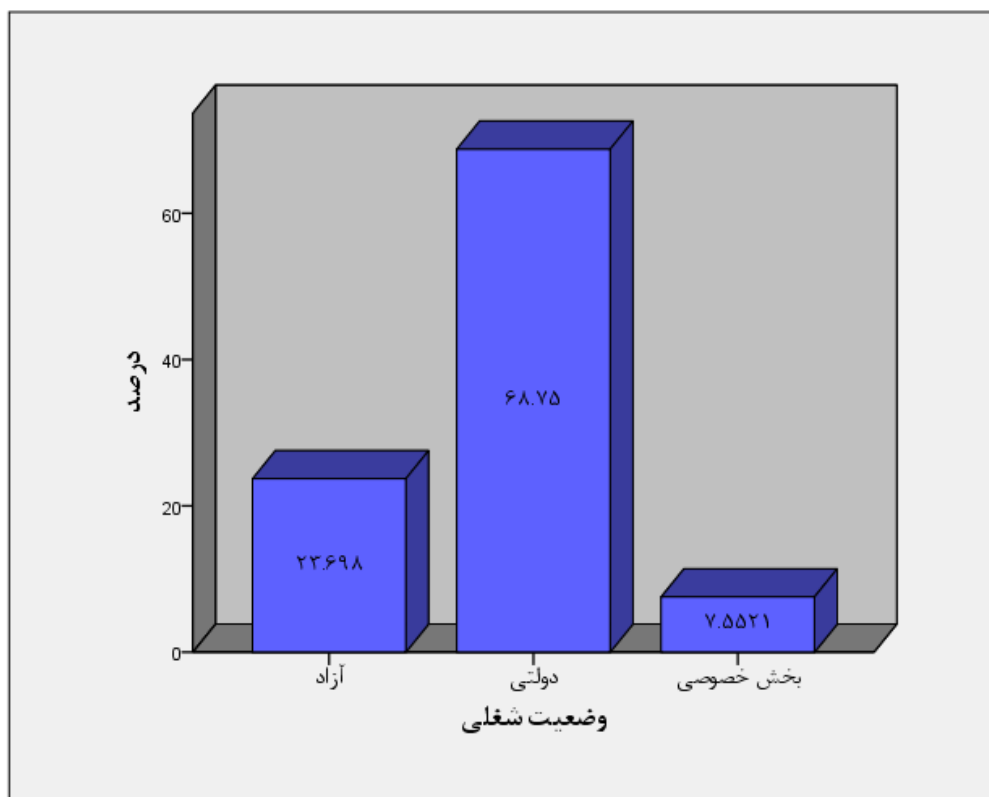
بررسی وضعیت تاهل در بین نمونه ها نشان می دهد که از بین نمونه های کل، فراوانی افراد متاهل بیشتر از بیماران مجرد بوده است به طوری از 384 نمونه، 264 نفر متاهل و 120 نفر مجرد بوده اند.



نمودار 2-4 نشان از بین تمام نمونه ها، 68/75٪ آن ها متاهل و 31/25٪ مجرد بوده اند این نشان می دهد در بین نمونه های انتخاب شده، فراوانی بیماران متاهل بیشتر از مجرد بوده است.

| شغل | | | |
|------|---------|-----------|-------------|
| درصد | فراوانی | | |
| 23.7 | 91 | آزاد | عناوین شغلی |
| 68.8 | 264 | دولتی | |
| 7.6 | 29 | بخش خصوصی | |
| 100 | 384 | کل | |

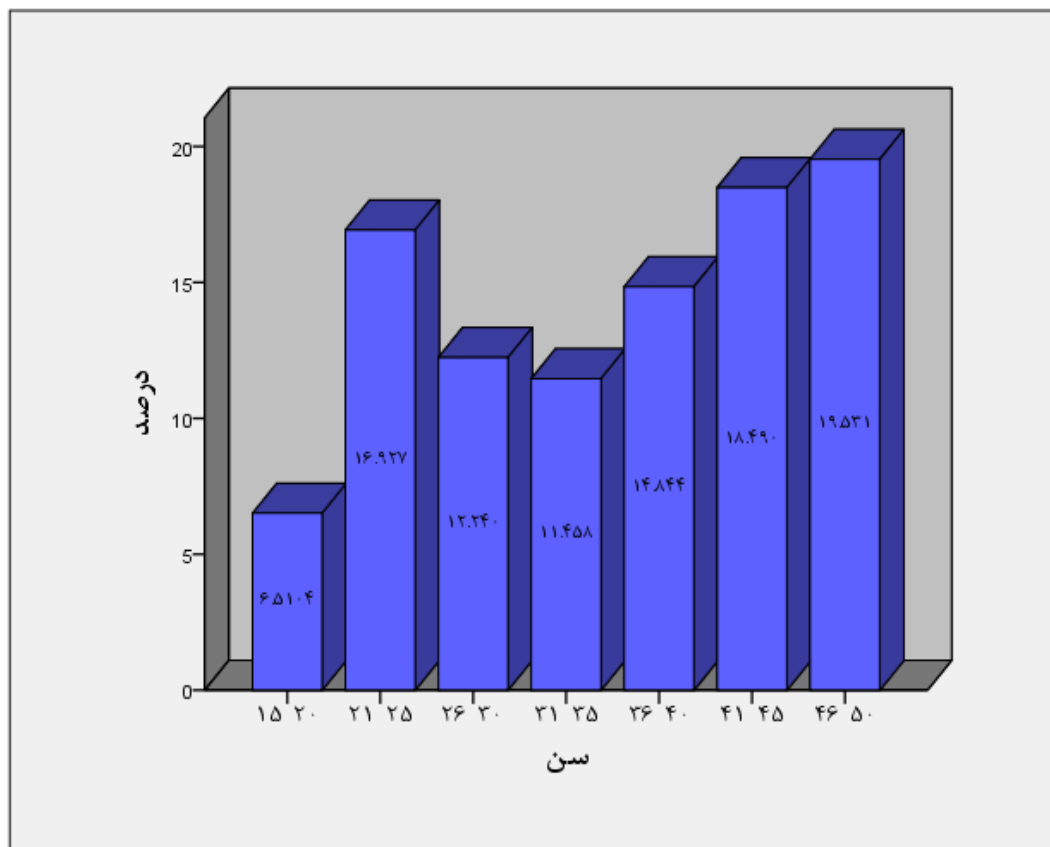
بررسی فراوانی عناوین شغلی بیماران نشان می دهد از بین نمونه های انتخاب شده ، شغل بخش خصوصی با کمترین فراوانی 29 نفر و شغل بخش آزاد پس از آن با 91 نفر و شغل دولتی با 264 نفر به ترتیبی بیشتری فراوانی را نسبت به هم داشته اند.



مقادیر نمودار 3-4 مربوط به نوع شغل بیماران، نشان می‌دهد شغل دولتی با بیشترین درصد (68/75٪) بیشترین فراوانی و شغل بخش خصوصی کمترین درصد (7/55٪) را به خود اختصاص داده است.

| درصد | فراوانی | | |
|------|---------|-------|----------|
| 6.5 | 25 | 15-20 | بازه سنی |
| 16.9 | 65 | 21-25 | |
| 12.2 | 47 | 30-26 | |
| 11.5 | 44 | 35-31 | |
| 14.8 | 57 | 40-36 | |
| 18.5 | 71 | 45-41 | |
| 19.5 | 75 | 50-46 | |
| 100 | 384 | کل | |

جدول 4-4- به بررسی بازه های سنی نمونه ها پرداخته است در این جدول مشاهده می شود بازه سنی 41-45 سال و 50-46 سال، بیشترین فراوانی را نسبت به دیگر گروه های سنی به خود اختصاص داده اند. همچنین مشاهده می شود بازه سنی 15-20 سال کمترین فراوانی را در بین نمونه ها داشته است. مشاهده می شود که با افزایش میزان سن، میزان بیماران کرونا نیز روند افزایشی داشته است.



در نمودار فوق مشاهده می شود بازه سنی 46-50 سال بیشترین درصد فراوانی را داشته است به طوری که 19/53٪ مربوط به این بازه بوده است و بازه سنی 15-20 سال 6/51٪ را داشته که کمترین فراوانی در بین گروه های سنی می باشد.

3-4- یافته های توصیفی

| ضریب پایایی | تعداد گویه | متغیرها |
|-------------|------------|---------------|
| 0/94 | 21 | انگ اجتماعی |
| 0/78 | 4 | برچسپ نامناسب |
| 0/86 | 6 | طرد شدن |
| 0/90 | 6 | بی ارزشی |
| 0/83 | 5 | عدم حمایت |

مقادیر ضریب پایایی ابزار مورد نظر نشان می دهد میزان ضریب آلفای کرونباخ برای انگ اجتماعی کرونا، در حد 0/94 می باشد این نشان می دهد ابزار مورد نظر از نظر پایایی وضعیت مطلوبی داشته باشد. همچنین مشاهده می شود میزان ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه های انگ اجتماعی در حد بالای 0/70 به دست آمده است. بنابراین می توان بیان کرد پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش پایا بوده و از میزان ضریب اطمینان بالایی برخوردار است.

| آزمون کلموگروف اسمیرنف | | |
|------------------------|---------------------------|-----------|
| انگ اجتماعی کرونا | | |
| 384 | تعداد | |
| 48.255 | میانگین | پارامترها |
| 17.870 | انحراف معیار | |
| 1.34 | ضریب کلموگروف اسمیرنف (Z) | |
| 0.060 | سطح معناداری | |

بررسی وضعیت توزیع داده ها نشان می دهد سطح معناداری به دست آمده برای متغیر فوق، بالای 0/05 می باشد این نشان می دهد فرض نرمال بودن توزیع داده ها پذیرفته شود بنابراین با توجه به برقراری شرط فوق، می توان گروه آزمون های پارامتریک استفاده کرد. در صورتی که داده ها از توزیع نرمال برخوردار نباشند، باید از معادل ناپارامتریک آزمون استفاده کرد.

4-4- یافته های استنباطی - تحلیل فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی: به نظر می رسد بیماران مبتلا به کوید 19 در جامعه، از انگ اجتماعی بالایی برخوردار

هستند

| آمار توصیفی | | | | |
|--------------|--------------|---------|-------|----------------------|
| خطای میانگین | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| 0/043 | 0/850 | 2/29 | 384 | انگ اجتماعی کرونا |

| آزمون t تک متغیره | | | | | | |
|-----------------------------|------------|----------------|--------------|------------|--------|-------------------|
| نمره معیار آزمون = 3 | | | | | | انگ اجتماعی کرونا |
| فاصله اطمینان در سطح %95 | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | درجه آزادی | ضریب t | |
| کران بالا | کران پایین | | | | | |
| -0/616 | -0/787 | -0/702 | 0/000 | 383 | -16/16 | |

آزمون t برای انگ اجتماعی، نشان می دهد مقدار سطح معناداری آزمون در حد 0/000 می باشد. این نشان می دهد اختلاف بین نمره کسب شده برای انگ اجتماعی و نمره میانگین شاخص، مورد تایید است. از طرفی مقدار ضریب t بالای 1/96 محاسبه شده است و دلیل دیگری بر این مساله می باشد. از انجایی که نمره میانگین به دست آمده برای انگ اجتماعی کرونا، در حد 2/29 به دست آمده است و با توجه به این که مقدار نمره متوسط در حد 3 می باشد، بنابراین فرض H_0 تایید می شود و فرضیه پژوهش مورد تایید نمی باشد و می توان بیان کرد که در جامعه کنونی شهر اردبیل از نظر اجتماعی، انگي به افراد مبتلا به کرونا وجود ندارد و دید افراد جامعه به بیماران مبتلا به کوید 19 نمی تواند از نوع انگ اجتماعی باشد.

فرضیه های فرعی

1- به نظر می رسد برچسب نامناسبی به بیماران در جامعه وارد شده است

| آمار توصیفی | | | | |
|--------------|--------------|---------|-------|---------------|
| خطای میانگین | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| 0/050 | 0/982 | 2/43 | 384 | برچسب نامناسب |

| آزمون t تک متغیره | | | | | | |
|-----------------------------|------------|----------------|--------------|------------|--------|---------------|
| نمره معیار آزمون = 3 | | | | | | برچسب نامناسب |
| فاصله اطمینان در سطح 95% | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | درجه آزادی | ضریب t | |
| کران بالا | کران پایین | | | | | |
| -0/462 | -0/659 | -0/560 | 0/000 | 383 | 11/179 | - |

نتایج تحلیل فرضیه اول نشان می دهد سطح معناداری به دست آمده برای متغیر برچسب نامناسب در حد 0/000 می باشد که این مقدار از سطح 0/05 کمتر می باشد بنابراین می توان نتیجه گرفت بین نمره میانگین کسب شده و نمره شاخص تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار ضریب T بالای 1/96 می باشد که دلیل دیگری بر این مساله می باشد. نمره میانگین به دست آمده کمتر از حد متوسط می باشد. این نشان می دهد فرد مبتلا به بیماری کرونا در جامعه تحت انگ برچسب نامناسب قرار نگرفته است.

2- به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 توسط افراد جامعه مورد طرد اجتماعی قرار می

گیرند

| آمار توصیفی | | | | |
|--------------|--------------|---------|-------|-------------|
| خطای میانگین | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| 0/050 | 0/984 | 2/56 | 384 | طرد اجتماعی |

| آزمون t تک متغیره | | | | | | |
|--------------------------|------------|----------------|--------------|------------|--------|-------------|
| نمره معیار آزمون = 3 | | | | | | |
| فاصله اطمینان در سطح 95٪ | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | درجه آزادی | ضریب t | طرد اجتماعی |
| کران پایین | کران پایین | | | | | |
| -0/332 | -/530 | -0/431 | 0/000 | 383 | -8/58 | |

تحلیل فرضیه دوم نشان می دهد مقدار سطح معناداری به دست آمده در حد 0/000 می باشد که از مقدار 0/05 کمتر می باشد این نشان می دهد بین نمره به دست آمده برای طرد اجتماعی و نمره معیار شاخص، تفاوت معناداری وجود دارد. مشاهده می شود مقدار ضریب t بالای 1/96 است که این نیز دلیل دیگری برای این مساله است. نتایج نمره به دست آمده نشان می دهد این مقدار در حد 2/56 می باشد که از حد متوسط خود (3) کمتر است. بنابراین فرض H_0 پذیرفته می شود و فرضیه پژوهشی رد می شود و می توان بیان کرد افراد مبتلا به بیماری کرونا، در جامعه مورد طرد قرار نگرفته اند یا به عبارت دیگر، جامعه این افراد را طرد نمی کند.

3- به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 در بین افراد جامعه بی ارزش هستند

| آمار توصیفی | | | | |
|--------------|--------------|---------|-------|----------|
| خطای میانگین | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| 0/046 | 0/909 | 1/99 | 384 | بی ارزشی |

| آزمون t تک متغیره | |
|----------------------|--|
| نمره معیار آزمون = 3 | |
| | |

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|----------------|--------------|------------|------------|----------|
| فاصله اطمینان در سطح 95٪ | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | درجه آزادی | ضریب t | بی ارزشی |
| کران پایین | کران پایین | | | | | |
| -/910 | -1/09 | -1/00 | 0/000 | 383 | 2/58 -1 | |

نتایج به دست آمده از تحلیل فرضیه سوم نشان می دهد سطح معناداری به دست آمده کمتر از 05/ می باشد و مقدار ضریب T بالای 1/96 می باشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت بین نمره به دست آمده و نمره شاخص تفاوت معناداری وجود دارد. مقادیر نمره به دست آمده برای بی ارزشی در حد 1/99 می باشد که از مقدار متوسط خود (3) کمتر می باشد. بنابراین فرض H_0 پذیرفته می شود و فرضیه پژوهشی رد می شود. و می توان بیان کرد افراد مبتلا به بیماری کوید 19 در جامعه بی ارزش نیستند و جامعه به این افراد به عنوان یک فرد بی ارزش نگاه نمی کنند.

4- به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 در جامعه حمایت نمی شوند

| آمار توصیفی | | | | |
|--------------|--------------|---------|-------|-----------|
| خطای میانگین | انحراف معیار | میانگین | تعداد | |
| 0/049 | /960 | 2/21 | 384 | عدم حمایت |

| آزمون t تک متغیره | | | | | | |
|--------------------------|------------|----------------|--------------|------------|------------|-----------|
| نمره معیار آزمون = 3 | | | | | | |
| فاصله اطمینان در سطح 95٪ | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | درجه آزادی | ضریب t | عدم حمایت |
| کران پایین | کران پایین | | | | | |
| -0/684 | -0/877 | 0/781 | 0/000 | 383 | 1/94 -5 | |

تحلیل فرضیه چهارم نشان می‌دهد مقدار سطح معناداری به دست آمده برای عدم حمایت، در حد $0/000$ می‌باشد که این مقدار از سطح $0/05$ کمتر می‌باشد بنابراین می‌توان بیان کرد بین نمره کسب شده و نمره شاخص تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار ضریب T نیز بالاتر از حد بحرانی خود ($1/96$) است که این نیز دلیل دیگری می‌باشد. بررسی نمره میانگین به دست آمده نشان می‌دهد این مقدار نمره در حد $2/21$ می‌باشد که از حد متوسط خود کمتر است. بنابراین فرض H_0 پذیرفته می‌شود و فرضیه پژوهشی رد می‌شود و می‌توان بیان کرد که عدم حمایت برای افراد مبتلا به کوید 19 صادق نمی‌باشد.

نتایج:

بعد از انجام تجزیه و تحلیل و طبقه بندی داده ها و پایان مرحله کد گذاری، یافته های حاصل از این پژوهش حول 31 مفهوم کد گذاری شد. کدهای اولیه به دست آمده در جدول یک نمایش داده شده است.

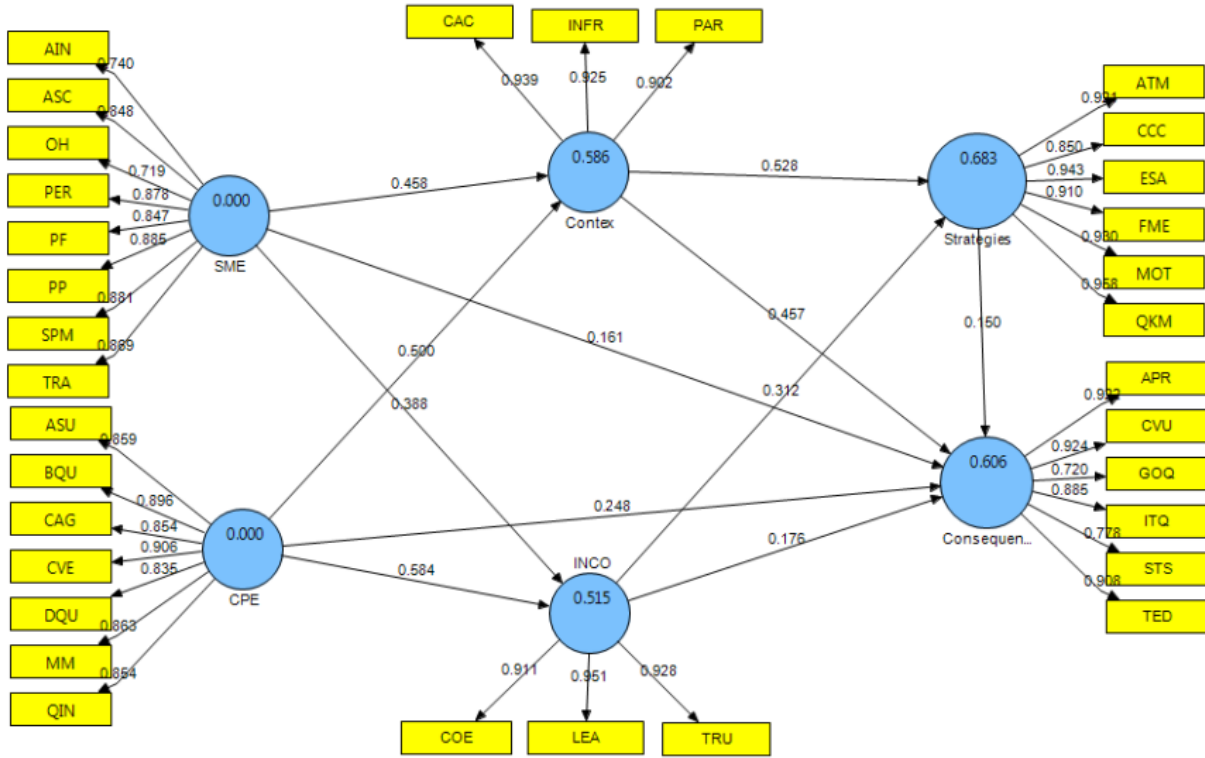
جدول ۱. کدبندی باز از داده های استخراج شده

| کد محوری | کد آزاد | کد محوری | کد آزاد | کد محوری | کد آزاد |
|-------------|---------------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------------------|
| الف | برچسب نامناسب | الف | تغییر نگاه افراد | الف | بی میلی و بی رغبتی |
| د | عدم حمایت | ب | رفتار غیر عادی | الف | اجتناب از برقراری رابطه |
| ب | عدم توجه | ج | بی احترامی | ب | نگاه تبعیض آمیز |
| د | عدم تعامل با دیگران | ج | بی ارزشی | الف | غیر بهداشتی بودن |
| ج | عدم تحمل مشکلات | الف | کاهش عزت نفس | ب | عدم حضور در جمع |
| ج | سرزنش دیگران | الف | عدم اعتماد به نفس | ب | فاصله گیری |
| ب | حسرت | ج | احساس گناه | ب | طرد شدن |
| ب | از دست دادن | ب | از دست دادن جایگاه اجتماعی | ب | انزوا |
| ج | دلسردی | ج | افسردگی | ب | عدم پذیرش |
| ج | ناامیدی | ب | اجتناب بیش از حد | ج | اجتناب از کمک |
| د | اضطراب | | | | |

مقوله برچسب های نامناسب (الف)، مقوله طرد شدن (ب)، مقوله بی ارزشی (ج)، مقوله ی عدم حمایت (د) کدهای محوری شامل 4 مقوله عمده می باشند و عبارتند از الف) برچسب های نامناسب، ب) طرد شدن (ج) بی ارزشی و د) عدم حمایت

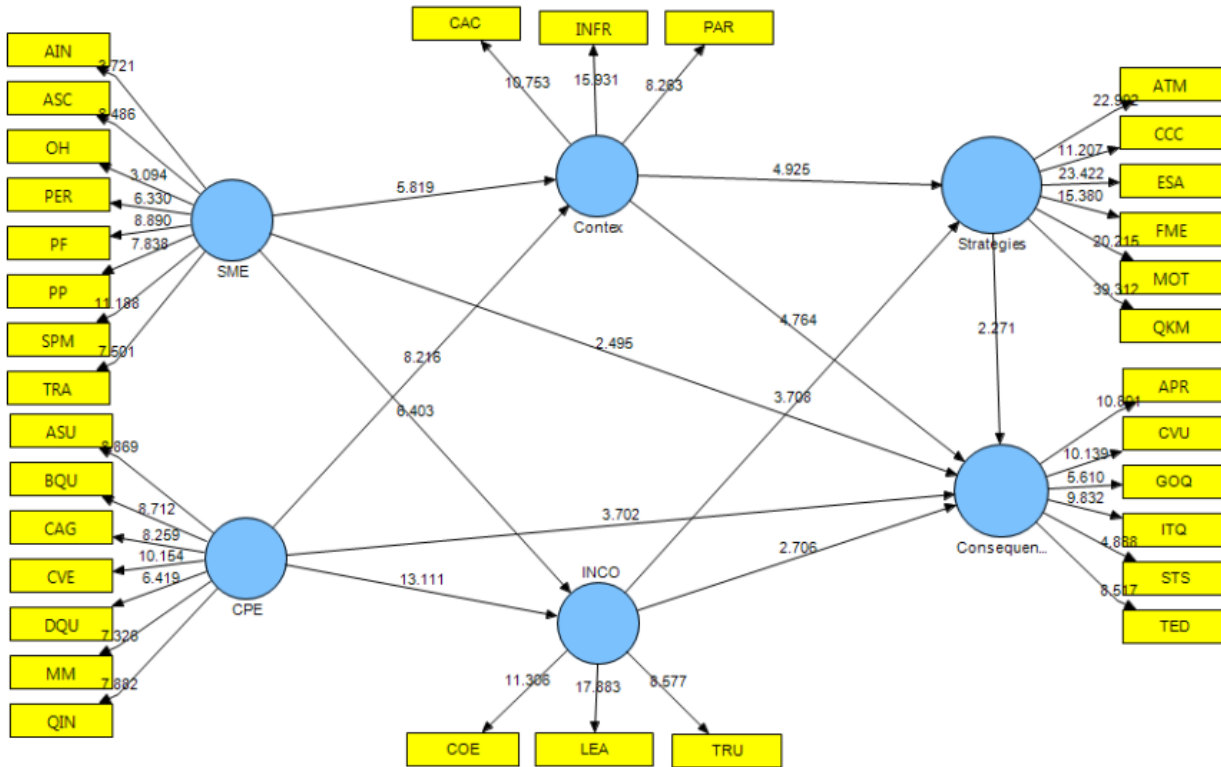
به منظور بررسی روایی ابزار تحقیق از طریق روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. نتایج آزمون تی بیان کننده ی آن است که همبستگی معنادار کافی بین سوالات بود ($P < 0/001$) = ()² X). در نمودار زیر بارهای عاملی سوالات ارائه شده است.

نمودار نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه محقق ساخته ی انگ های اجتماعی ناشی از کرونا



نمودار 1: آزمون مدل کلی پژوهش (بارهای عاملی)

نمودار نتایج تحلیل عاملی آزمون تی پژوهش



نمودار 2: نمرات تی مربوط به آزمون مدل کلی پژوهش

فصل پنجم:

نتیجه گیری و بحث

4-1- مقدمه

در این فصل به بحث و نتیجه‌گیری در راستای یافته‌های به دست آمده از تحلیل فرضیه‌های تحقیق پرداخته شده است. نتایج به دست آمده از تحلیل فرضیه‌های تحقیق در این فصل تفسیر و تبیین و نتیجه‌گیری شده است. همچنین محدودیت‌ها و پیشنهادات در راستای یافته‌های حاصل از فرضیه‌های تحقیق ارایه شده است.

یافته‌های فرضیه اصلی: به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به کوید 19 در جامعه، از انگ اجتماعی بالایی برخوردار هستند

نتایج به دست آمده از تحلیل فرضیه اصلی نشان داد مقدار نمره میانگین کسب شده برای انگ اجتماعی برای مبتلایان به کوید 19 در شهرستان اردبیل، کمتر از حد متوسط بوده است و این نشان داد که بیماران به طور معناداری تحت انگ اجتماعی افراد جامعه قرار نگرفته‌اند. با توجه به نتیجه به دست آمده از یافته فوق می‌توان نتیجه گرفت، انگ اجتماعی به عنوان یک رویکرد منفی نتوانسته از طرف افراد جامعه، مشمول حال افراد مبتلا به بیماری کرونا باشد. دلیل این مساله را می‌توان به ماهیت بیماری و همچنین اثرات آن بر جامعه دانست. زیرا این بیماری به دلیل همه‌گیری و شیوع بالا در جامعه و به دلیل این که نسبت به برخی از بیماری‌های خاص مثلا بیماری ایدز، با مسائل مختلفی پیوند نخورده است، بنابراین نمی‌توان انتظار انگ اجتماعی برای این بیماری قائل شد. عموماً انگ اجتماعی زمانی در افکار عمومی ایجاد می‌شود، که بیماری مورد نظر در جامعه با مسائل آبرویی و حیثیتی همراه باشد برخی از بیماری‌ها این ماهیت را دارند از جمله بیماری ایدز و بیماری‌های مقاربتی جنسی. هر چند در پژوهشی نتایج نشان داد ترس از انگ اجتماعی ناشی از ابتلا به ویروس کرونا با تضعیف انسجام اجتماعی، بازداری افراد از درخواست مراقبت‌های بهداشتی و همچنین انزوای اجتماعی در نتیجه ترس از برچسب زنی و تبعیض بر مبتلایان و ناقلین ویروس کرونا تاثیر دارد (یوسفی و همکاران، 1399). شیوع فعلی بیماری کووید 19 باعث استیگما و رفتارهای تبعیض آمیز اجتماعی علیه افراد ناقل و مبتلایان شده است (جهانگشت، 1399).

استیگما یا انگ اجتماعی، همچنین می‌تواند بعد از رها شدن فرد از قرنطینه نیز ایجاد شود، حتی اگر دیگر خطری برای انتشار ویروس به دیگران در نظر گرفته نشود. از این رو می‌توان گفت که برداشت جامعه از کووید 19 صرفاً یک بیماری نیست و نسبت به فرد مبتلا تنها به عنوان یک بیمار محدود نمی‌شود، بلکه به

عنوان معرف یا نشان دهنده فرد یا افرادی شناخته می‌شود که به احتمال زیاد دارای رفتارهای بهداشتی نبوده‌اند و در نتیجه این رفتارهای غیربهداشتی و غیرمراقبتی به کرونا مبتلا شده‌اند. انگ اجتماعی ناشی از بیماری کرونا می‌تواند به دلیل غیربهداشتی بودن فرد مبتلا و تصور و برداشتی که افراد جامعه از این افراد دارند می‌تواند باعث انگ اجتماعی شود. اما در این پژوهش و در جامعه مورد مطالعه در شهرستان اردبیل، از نظر افراد مبتلا، انگ اجتماعی به صورت معنادار در این گروه مشاهده نشد.

5-2- نتایج

یافته های فرضیه اول: به نظر می‌رسد برچسب نامناسبی به بیماران در جامعه وارد شده است. نتایج به دست آمده از تحلیل این فرضیه نشان داد برچسپ زنی به بیماران مبتلا به کرونا، نمره کمتر از حد متوسط را کسب کرده است. به عبارتی افراد مبتلا به بیماری کرونا، در این پژوهش و در جامعه مورد نظر، نمره کمتری را برای این متغیر به دست آورده‌اند. نتایج به دست آمده از این فرضیه با تحقیقات همه‌گیری‌ها، انگ اجتماعی به مفهوم برچسب زدن، نگاه تبعیض آمیز و یا از دست دادن امکانات مراقبتی برای افراد در مواجهه یا مبتلا است. چنین موقعیتی می‌تواند علاوه بر خود فرد مبتلا، بر مراقبین، خانواده و دوستان آنها نیز تأثیر منفی بگذارد. حتی منجر به از دست دادن فرصت بررسی بیماری و یا درمان می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، 2020). با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که بیماران کرونا از دیدگاه افراد جامعه، برچسب نامناسبی را دریافت نکرده‌اند. با این که فرد بیمار به عنوان ناقل و انتقال دهنده بیماری در جامعه، می‌تواند تصویر ذهنی منفی از دید عموم مردم را تداعی کند، اما دلیل این مساله نمی‌تواند در حالت کلی تمام افراد بیمار را زیر سوال ببرد چرا که ماهیت بیماری، سرانجام بیماری، مسایل ارتباطی فرد بیمار با دیگر افراد جامعه از جمله مسایلی است که می‌تواند زمینه برچسپ خوردن فرد بیمار را فراهم کند. فرد بیمار به دلیل مسائلی نظیر ناقل بودن، و انتقال بیماری به دیگر افراد و در نتیجه سرانجام مرگ برای این افراد می‌تواند با واکنش افراد جامعه و در نتیجه برچسپ زنی را به دنبال داشته باشد. اما در حالت کلی نتایج سنجش میدانی مساله در بین نمونه های بیماران مبتلا نشان دهنده عدم پذیرش برچسپ زنی از دید افراد مبتلا بوده است. این نتایج مختص به جامعه مورد نظر بوده و قابل تعمیم به کل جامعه بیماران مبتلا به کوید 19 نمی‌توان باشد.

یافته های فرضیه دوم: به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 توسط افراد جامعه مورد طرد اجتماعی

قرار می گیرند

نتایج به دست آمده از تحلیل فرضیه دوم نشان داد نمره میانگین به دست آمده برای طرد اجتماعی برای بیماران مبتلا به کوید 19 در حد کمتر از میانگین بوده است. نتایج فوق نشان داد که بیماران مبتلا به کوید 19 در این پژوهش مشمول طرد اجتماعی نشده اند. طرد اجتماعی، از هم گسیختگی پیوندهای اجتماعی میان فرد و جامعه است. طرد اجتماعی بیانگر روش‌هایی است که طی آن‌ها افراد از مشارکت کامل در جامعه بزرگتر محروم می شوند (فرضی زاده، 1393). مفهوم طرد اجتماعی توجه ما را به طیف وسیعی از عواملی جلب می کند که افراد و گروه‌ها را از داشتن فرصت‌هایی که پیش روی اکثر جمعیت است، باز می دارد. طرد اجتماعی می تواند چندین شکل داشته باشد. با توجه به این مساله انتظار می رود بیماران مبتلا به کرونا به دلیل شرایط بد بیماری انتقال دهنده و خطر بیماری، از طریق افراد سالم در جامعه طرد شوند. اما نتایج یافته های این فرضیه نشان داد این افراد در جامعه طرد نمی شوند چرا که وجود اقدامات حمایتی مردمی و دولتی در خصوص کنترل بیماری و پیشگیری از اثرات آن و جلوگیری از گسترش بیماری از طریق تزریق واکسن برای این گروه از افراد می تواند با مساله طرد اجتماعی منافات داشته باشد از طرفی تعداد اندکی از پژوهش‌ها نیز طرد اجتماعی این بیماران را تایید کرده اند (جهانگشت، 1399)؛ (مرکز کنترل بیماری های کوید 19، 2020) اما نتایج این پژوهش‌ها نیز معطوف به جامعه خاصی بوده و نمی تواند کل جامعه بیماران را در پی داشته باشد و نتایج این تحقیقات نیز قابل تعمیم به کل جامعه نمی تواند باشد. با این حساب با توجه به نتیجه به دست آمده از این یافته می توان نتیجه گرفت افراد مبتلا به بیماری کوید 19 در شرایط این پژوهش از اجتماع مورد زندگی خود توسط افراد دیگر طرد نشده اند.

یافته های فرضیه سوم: به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 در بین افراد جامعه بی ارزش هستند

نتایج به دست آمده از تحلیل این فرضیه نشان داد نمره میانگین بی ارزشی در حد کمتر از حد متوسط بوده است و این نشان داد افراد مبتلا به بیماری کوید 19 از نظر دیگر افراد جامعه بی ارزش نبوده و ارزش و جایگاه اجتماعی خود را کماکان حفظ کرده اند این نشان می دهد که ارزش و اهمیت انسان تنها منوط به بیماری نمی تواند باشد هر چند بی ارزشی در این قست صرفاً از دیدگاه و دریچه ابتلای فرد به بیماری مورد بررسی است اما نتیجه به دست آمده برای بی ارزش بودن فرد از دیدگاه افراد جامعه در این پژوهش

و در بین نمونه مورد مطالعه بررسی و بیان شده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت بسیاری از افراد مبتلا به بیماری کوید 19 شرایطی دارند که به دلیل این شرایط نیازمند کمک و همیاری هستند و این مساله می تواند با بی ارزشی فرد بیمار در تضاد باشد. این امکان وجود دارد که بی ارزشی به صورت مقطعی و مربوط به برخی بیماری های خاص در اذهان عمومی افراد جامعه شکل گیرد اما بیماری کوید 19 به دلیل همه گیری بالا و به عنوان یک بیماری عمومی در جامعه و به دلیل اینکه در بسیاری از موارد تحت کنترل نبوده و می تواند از راه های غیر قابل کنترل بر فرد غالب شود، که این عوامل می تواند بر مردود شدن بی ارزشی فرد بیمار، منجر شود. چرا که افراد جامعه بر این باور رسیده اند که بیماری کوید 19 حتی توانسته ارزشمندترین انسان ها را به کام مرگ فرو برد.

یافته های فرضیه چهارم: به نظر می رسد افراد مبتلا به کوید 19 در جامعه حمایت نمی شوند

نتایج به دست آمده از تحلیل این فرضیه نشان داد نمره میانگین به دست آمده برای بی حمایتی در حد کمتر از حد متوسط می باشد که این نشان می دهد افراد مبتلا به بیماری کوید 19 تحت بی حمایتی قرار نگرفته اند. چرا که وجود تمامی شرایط و امکانات کم و بیش در جامعه گویای این مطلب است که بیماران مبتلا به کوید 19 چه در مراکز دولتی و چه در مراکز خصوصی و چه در محیط خانه ولو با رعایت نکات ایمنی و قرنطینه ای تحت حمایت و مراقبت های مختلف بهداشتی و درمانی بوده اند که مشاهدات میدانی در جامعه این مساله را تایید می کند. خانواده به عنوان حمایت کنندگان عاطفی و روانی و مراکز دولتی به عنوان حمایت کنندگان بهداشتی درمانی در این زمینه سهم قابل توجهی داشته اند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به کوید 19 حداقل در این پژوهش از بعد بی حمایتی محروم بوده اند. در این زمینه باید اقدامات بیشتری در حوزه های بهداشتی و درمانی در جهت حمایت بیشتر از بیماران مبتلا به کوید 19 انجام داد. دولت باید از نظر تولید و توزیع و واردات واکسن، زود تر از موعد اقدام می نمود. هر چند اقدامات حمایتی قابل توجهی نیز اخیراً در زمینه حمایت مراقبتی از طریق تزریق واکسن صورت گرفته است اما نیاز به حمایت زودهنگام برای کنترل بیماری کوید 19 از طریق واکسیناسیون لازم می باشد.

3-5- محدودیت های تحقیق

- 1- محدود بودن به قلمرو شهرستان اردبیل و عدم تعمیم نتایج به کل جامعه
- 2- استفاده از ابزار پرسشنامه، و عدم امکان استفاده از روش های دیگر گردآوری اطلاعات مانند مصاحبه که دلیل این مساله به خاطر خطر انتقال بیماری بین فرد بیمار و مصاحبه کننده بود

5-4- پیشنهادات تحقیق

- 1- بیماری کوید 19 به عنوان یک بیماری همه گیر و انتقال سریع می باشد، با توجه به نتیجه به دست آمده از تحلیل فرضیه اصلی، که نشان داد انگ اجتماعی برای این بیماران مورد تایید نبوده است، پیشنهاد می شود در سطح آماری وسیعتری این مساله مورد بررسی قرار گیرد.
- 2- با توجه به شرایط و ماهیت بیماری کرونا و عدم امکان مصاحبه با افراد بیمار، پیشنهاد می شود به دلیل کاهش روند بیماری بهبود شرایط جامعه، پژوهشگران آتی، از روش مصاحبه برای جمع آوری اطلاعات و داده ها استفاده نمایند.
- 3- از آنجایی که فرضیه های این پژوهش نشان داد که هیچ یک از مولفه های انگ اجتماعی در این پژوهش مورد تایید نبوده است، پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی، سطح آماری وسیعتری برای مطالعه انتخاب شود.
- 4- بیماری کوید 19 یکی از بیماری های خطرناک بوده که میزان استرس و بار روانی عاطفی بالایی را برای افراد مبتلا داشته است، پیشنهاد می شود محققان آتی، به بررسی این مساله در بین افراد مبتلا بپردازند.
- 5- پیشنهادها می شود ابزار بهتر و دقیق تری برای سنجش انگ اجتماعی بیماری کرونا همراه با مولفه ها و ابعاد وسیع تری از طریق روش مصاحبه از بین بیماران تهیه و تدوین شود و در پژوهش های دیگری مورد استفاده قرار گیرد.

فهرست منابع و مآخذ

- ابادری، یوسف و صادقی، سهیلا (۱۳۸۷). در تحقیقی با عنوان احساس ناامنی در تجربه زنانگی در زندگی روزمره در فضاهای شهری فصلنامه پژوهش زنان، دوره 6، شماره ۲۰: زمستان ۸۷.
- احمد نژاد، احمد، کرمی یار محمد عرفانی ربه کا (۱۳۸۵). بررسی باورها و رفتارهای رایج دختران (ساله ۱۱-۱۸) در مورد ایدز در شهر ارومیه فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، پاییز و زمستان (۱۳۸۵) شماره سی یکم و سی و دوم، صفحه ۸۱
- احمدی، حبیب (۱۳۸۵). جامعه شناسی انحرافات. تهران، نشر سمت: چاپ اول. : اختر محقق، مهدی (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی، بی جا: نشر مولف.
- ارونسون، الیوت (۱۳۸۹). روانشناسی اجتماعی، مترجم حسین شکر کن، تهران: رشد. اسکیدمور، ویلیام (۱۳۸۵). تفکر نظری در جامعه شناسی مترجمان: أحمد رجب زاده، محمد حاضری، سعید معیدفر، محمد مقدس و علی هاشمی، قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی.
- آبر کر امبی، نیکلاس، استفن هیل، برایان اس ترنر (۱۳۹۷). فرهنگ جامعه شناسی، ترجمه: حسن پویان، تهران: انتشارات چاپخش.
- آدام، فیلیپ و هر تسلیک، کلودین (۱۳۸۵). جامعه شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس - دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- آرچر، دین و استفان. جی، اسنایدر، مارک (۱۳۸۰). روانشناسی اجتماعی، روابط میان گروهی انحراف اجتماعی شخصیت و رفتار اجتماعی، ترجمه احمد رضوانی، مشهد: شرکت به نشر.
- پناهنده، زهرا. طارمیان، ستبل (۱۳۸۳) آگاهی و نگرش دانشجویان گیلان در مورد ایدز در سال ۱۳۸۱، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. سال سیزدهم شماره 49/ بهار ۸۳. ۲۲. پوراسلامی، محمد سرمست، حمیده، موسویان پور، میر کبیر (۱۳۷۹). اعتیاد: علل، عوارض و پیشگیری، ماهنامه جهانگشت خدیجه. انگ اجتماعی: از پیامدهای اجتماعی ابتلا به کووید-۱۹. مجله طب دریا. ۱۳۹۹؛ ۲ (۱) ۵۹-۶۰:
- شهشهانی مریم سادات. اهمیت توجه به انگ اجتماعی پس از ابتلا به کرونا ویروس (کووید-۱۹). مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳۹۹؛ ۱۹ (۶) ۶۴۱-۶۴۴.

صادقی سولماز، شریفی رهنمو سعید، فتحی آیت اله، محمدی شروین. پیش بینی اضطراب کووید-۱۹ و تجربه انگ اجتماعی آن بر اساس ابعاد اعتیاد اینترنتی پس از موج اول اپیدمی در دانشجویان. مجله پژوهش سلامت. ۱۳۹۹؛ ۵ (۴): ۲۶۸-۲۷۸

فتحی آیت اله، صادقی سولماز، رستمی حسین، جعفرپور نادر. نقش ویژگی های روان شناختی مرتبط با امنیت روانی در اضطراب کرونا و تجربه انگ اجتماعی پس از موج اول اپیدمی کووید-۱۹ در دانشجویان، فصلنامه طب انتظامی. ۱۳۹۹؛ ۹(۴)، ۲۰۳-۲۱۰.

یوسفی، فاطمه و موسوی فرد، زینب السادات و عزیزی، شیلان و بیرامی، اشرف، ۱۳۹۹، ترس از انگ اجتماعی در ناقلین و مبتلایان به کرونا ویروس، اولین کنگره ملی دانشگاه و کووید-۱۹، تهران،

<https://civilica.com/doc/1223413>

Austin J, Dunn D, Huster G, Rose D. Development of scales to measure psychosocial care needs of children with seizures and their parents. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1998;30(3):155-61.

Baker GA, Brooks J, Buck D, Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European perspective. *Epilepsia*. 2000;41(1):98-104.

Center for Diseases Control and Prevention(CDC). Coronavirus disease 2019(Covid-19:(reduction stigma;June 11,2020; Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/dailylife-coping/reducing-stigma>.

Chinazzi M, Davis JT, Ajelli M, Gioannini C, Litvinova M, Merler S, et al. The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science (New York, NY)*. 2020.

Choi JS, Kim KM. Crisis prevention and management by infection control nurses during the Middle East respiratory coronavirus outbreak in Korea. *American Journal of infection control*. 2016;44(4):480-1.

Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*: Sage publications; 2017.

Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications; 2017.

de Groot RJ, Baker SC, Baric RS, Brown CS, Drosten C, Enjuanes L, et al. Commentary: Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): announcement of the Coronavirus Study Group. *Journal of virology*. 2013;87(14):7790-2.

de Wit E, Rasmussen AL, Falzarano D, Bushmaker T, Feldmann F, Brining DL, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) causes transient lower respiratory tract

infection in rhesus macaques. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2013;110(41):16598-603.

DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K, et al. The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(3):259-67.

Fernandes PT, Salgado PC, Noronha AL, Sander JW, Li LM. Stigma Scale of Epilepsy: validation process. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2007;65:35-42.

Fernandes PT, Salgado PC, Noronha AL, Sander JW, Li LM. Stigma Scale of Epilepsy: validation process. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2007;65:35-42.

Gholami Jam F, Eghlima M, Arshi M, Rahgozar M. The relationship between social stigma and life-style in people with epilepsy. *Quarterly journal of social work*. 2014;3(3):10-5.

Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster; 2009.

Goffman Erving (1996). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall. [ISBN](#) 0-671-62244-7.

Hosseini N, Sharif F, Ahmadi F, Zare M. Patients' perception of epilepsy and threat to self-identity: a qualitative approach. *Epilepsy & Behavior*. 2013;29(1):228-33.

Hosseiny M, Kooraki S, Gholamrezanezhad A, Reddy S, Myers L. Radiology Perspective of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Lessons From Severe Acute Respiratory Syndrome and Middle East Respiratory Syndrome. *American Journal of Roentgenology*. 2020:1-5.

Joseph N, Ray A, Bhat S, Herady M, Kumar A. Assessment of quality of life, stigma associated and self-management practices among patients suffering from epileptic seizures: A cross sectional study. *Journal of Neuroscience and Behavioural Health*. 2011;3(7):91-8.

Kwon O-Y, Park S-P. Depression and anxiety in people with epilepsy. *Journal of clinical neurology*. 2014;10(3):175-88.

Mbuba CK, Abubakar A, Odermatt P, Newton CR, Carter JA. Development and validation of the Kilifi Stigma Scale for Epilepsy in Kenya. *Epilepsy & behavior*. 2012;24(1):81-5.

Oh N, Hong N, Ryu DH, Bae SG, Kam S, Kim K-Y. Exploring Nursing Intention, Stress, and Professionalism in Response to Infectious Disease Emergencies: The Experience of Local Public Hospital Nurses During the 2015 MERS Outbreak in South Korea. *Asian nursing research*. 2017;11(3):230-6.

Polit DF, Beck CT, Hungler B. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. 2006;6.

RAMACI, Tiziana, et al. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*, 2020, 12.9: 3834

Schwandt TA, Lincoln YS, Guba EG. Judging interpretations: But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for evaluation*. 2007;2007(114):11-25.

SOTGIU, G., et al. How to demystify COVID-19 and reduce social stigma. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2020, 24.6: 640-2.

SOTGIU, Giovanni; DOBLER, Claudia C. Social stigma in the time of coronavirus. *Eur Respir J*, 2020, 56: 2002461.

Stoecklin SB, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(6).

Thomas SV, Nair A. Confronting the stigma of epilepsy. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2011;14(3):158.

van der Hoek L, Pyrc K, Jebbink MF, Vermeulen-Oost W, Berkhout RJ, Wolthers KC, et al. Identification of a new human coronavirus. *Nature medicine*. 2004;10(4):368-73.

World Health Organization. A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19, Update 24 February 2020; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19>.

Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China. *Radiology*. 2020:200490.

پیوست‌ها و ضمایم (در صورت لزوم)

پاسخ دهنده گرامی، پرسشنامه ای که پیش رو دارید به منظور انجام پژوهش در زمینه بیماری کرونا تنظیم شده است. مسلماً پاسخ دهی درست شما به این پرسشنامه می‌تواند گامی مثبت در جهت تحقق اهداف پژوهشی و کمک به محقق باشد. از این که با ما همکاری می‌نمایید صمیمانه سپاسگزارم.

جنسیت: زن 0 مرد 0 تاهل: مجرد 0 متاهل 0 شغل: آزاد 0 دولتی 0

بخش خصوصی 0

سن: 0 15-20 0 21-25 0 26-30 0 31-35 0 36-40 0 41-45 0 500-

0 46 بالای 50 سال

| ردیف | سوالات | کاملاً موافق | موافق | نظری ندارم | مخالف | کاملاً مخالف |
|------|---|--------------|-------|------------|-------|--------------|
| | پس از ابتلا به بیماری کرونا، اطرافیان و دوستان هیچ میل و رغبتی به حضور من در جمع آنان را نداشتند. | | | | | |
| | افراد جامعه بعد از بیماری هم همچنان از من دوری می‌کردند و در نظر آنان فرد غیر بهداشتی بودم. | | | | | |
| | نگاه افراد جامعه برای من نگاه تبعیض آمیز در مقابل افراد عادی است. | | | | | |
| | افراد جامعه اعتقاد دارند من از امکانات موجود در اماکن عمومی، به هیچ عنوان استفاده نکنم. | | | | | |
| | در زمان مبتلا بودن به بیماری کرونا، همسر و فرزند و یا دیگر اعضای خانواده من از من دوری می‌کردند. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | در زمان ابتلای به بیماری کرونا، همسر و فرزندم، خانه را ترک کرده و به خانه ی مادرم رفته بودند و غذای من را در ظرف های یکبار مصرف پشت در گذاشته وزنگ در را زده و می رفتند، تا مبدا آن ها هم بیمار شوند. | |
| | | | | در زمان بیماری، پس از ورود به جمع دوستان و خانواده، فوراً از من فاصله می گرفتند و مکان را ترک می کردند. | |
| | | | | در مهمانی ها از پذیرش من شرم حضور داشتند. | |
| | | | | در انجام کارهای شخصی و کمک از دوستان و آشنایان، پاسخ منفی دریافت می کردم. | |
| | | | | زمانی که افراد در یک جمع، به طور ناگهانی و غافل گیرانه خبر ابتلای من به بیماری کرونا را می شنود، سریع فاصله می گیرند. | 0 |
| | | | | رفتار دوستان و اعضای خانواده بامن غیر عادی بوده و دید آنان نسبت به من عوض شده است. | 1 |
| | | | | احترام قبلی را در بین دوستان آشنایان و خانواده ندارم. | 2 |
| | | | | جایگاه خود را در بین دوستان، آشنایان ، جامعه و خانواده از دست داده ام. | 3 |
| | | | | در زمان مراجعه به مراکز درمانی و کمک از دوستان، جدیت و رغبتی برای احترام از طرف آنان مشاهده نمی کنم. | 4 |
| | | | | به خاطر ابتلا به بیماری کرونا، مدام از طرف خانواده سرزنش می شوم. | 5 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | 6 | در زمان ابتلاء به بیماری کرونا، اعضای خانواده و دوستانم از تماس دست من با وسایلشان خودداری میکردند، حتی از تماس وسایلشان با لباس هایم نیز اجتناب می کردند. |
| | | | | 7 | بعد از باخبر شدن همسایگان از ابتلاء من به بیماری، معتقد بودند باید خانه ی ما ضد عفونی شود و دستگیره ها و زنگ های در ساختمان و هر مکانی که ممکن بوده است، دست من با آنها تماس داشته باشد، باید ضد عفونی شود. |
| | | | | 8 | در زمان ابتلاء به بیماری گوشی خود را خاموش کرده بودم تا دوستانم از بیماری من آگاه نشوند و به خانواده ی همسر و خودم گفته بودم، به مسافرت رفتیم تا مبدا از ابتلای من به بیماری کرونا آگاه شوند، چون تا ابد با من قطع رابطه می کردند. |
| | | | | 9 | در زمان ابتلاء به بیماری، همه حتی از همسر و فرزندم هم دوری می کردند و معتقد بودند آنها هم ناقل هستند. |
| | | | | 0 | احساس می کنم از مردم و جامعه طرد شده ام. |
| | | | | 1 | حتی بعد از دو هفته از گذشت ابتلاء به بیماری کرونا که با اجازه ی پزشک در محل کارم حاضر شده بودم، همه ی همکاران از من دوری می کردند و از من فاصله می گرفتند. |

Abstract:

Due to the prevalence of Covid-19 disease and the fear of stigma of this disease, psychological characteristics and consequently psychological security of individuals can affect the level of coronary anxiety and its social stigma. The aim of this study was to investigate the role of psychological and social characteristics related to psychological security in coronary anxiety and the experience of social stigma after the Covid-19 epidemic in Ardabil. The present study is an applied questionnaire in terms of purpose and descriptive-analytical in terms of method. Using Morgan sampling method, 384 people of Ardabil city in 1400 voluntarily answered the questions and questionnaire of the researcher-made social stigma of Corona with validity and reliability of 0.89 and 0.84, respectively. Multiple regression test using SPSS 16 software was used to investigate the relationship between psychological characteristics and coronary anxiety and the degree of coronary social stigma. In the present study, 281 of the sample (73.2%) were female and 103 (26.8%) were male. The results of regression analysis showed that among the components of psychological characteristics, paranoia ($p = 0.025$) and feeling of health ($p = 0.009$) were able to predict the degree of post-epidemic coronary anxiety among citizens. Components of paranoia ($p = 0.025$) and depression ($p = 0.042$) were also able to predict the degree of coronary social stigma. Having more paranoia and depression in people and less feeling of health can increase coronary anxiety and the resulting social stigma experience.

Keywords: Corona, Stigma, Anxiety, Covid 19.



جمهوری اسلامی ایران

وزارت کشور

استاندارداری اردبیل

پژوهش دفتر برنامه ریزی، نوسازی و تحول اداری

فرم ب

آرم مرکز مجری

Final Report of Research Project

Title:

Title: Design and Validation of Corona Virus Social Stigma Questionnaire in Iran in 2020: A Combined Study

By:

Ali Rezaie Sharif

Zahra khademi Astaneh

Mehdi Naeem

This research project has been financially supported by the Ardabil governor general-offices for research

January– 2020

