

Covid-19 Public Social Stigmatization and Related Factors in Iranian Population

Arashk, F., Dehnavi Rezaei, *S.

Abstract

Introduction: Stigmatization is a psychosocial phenomenon that begins with physical, psychological, or social labeling and leads to social exclusion and isolation.

Covid-19 is a contagious and deadly disease that severely puts patients at risk of social stigmatization and exclusion

Method: This research design was descriptive with survey type. The statistical population included adults in range of 18 to 60 years living in Isfahan-Iran from October to November 2020. A sample of 322 people was selected by the multi-stage cluster sampling method. The instruments of were the Public Stigma related to the Covid-19 Questionnaire, as well as, the demographic questionnaire of disease-related factors. The data were analyzed using variance analysis through SPSS software.

Results: The findings indicated that more than 80% of men and women of different ages and levels of education, and with medical and non-medical occupations, report high public stigma against Covid-19 patients. People who themselves or more than one person around them became infected with Covid or those who cared for patients were less likely to report stigma against infected people ($p < 0.05$).

Conclusion: Covid-19 Public stigmatization is highly prevalent in Iranian society. People with history of Covid-19, individuals around them and their carers reported less stigmatization against Covid-19 patients. Based on the results, experiencing the disease, and having a close interaction with stigmatized persons is associated with reducing stigmatization.

Keywords: public stigma, Covid-19, infectious diseases.

انگ‌زنی اجتماعی عمومی کووید-۱۹ و عوامل

مرتبط با آن در جمعیت ایرانی

فائزه ارشک^۱، صدیقه رضایی دهنوی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۲

چکیده

مقدمه: انگ‌زنی اجتماعی یک پدیده روانی اجتماعی است که با یک برچسب جسمی، روانی یا اجتماعی شروع می‌شود و به طرد و انزوای اجتماعی می‌انجامد. بیماری کووید-۱۹ به عنوان یک بیماری مسری و کشنده به شدت مبتلایان را در معرض خطر انگ زنی اجتماعی و طرد قرار می‌دهد.

روش: طرح این پژوهش توصیفی و از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد با رده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال شهر اصفهان در بازه زمانی مهر و آبان ۱۳۹۹ بود که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۲۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند. ابزار پژوهش حاضر، پرسشنامه انگ‌زنی اجتماعی عمومی کووید-۱۹، پرسشنامه جمعیت شناختی، و عوامل مرتبط با بیماری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از تحلیل واریانس از طریق نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بیش از ۸۰ درصد زنان و مردان سنین و سطوح تحصیلی مختلف، و با شغل‌های پزشکی و غیر پزشکی، در سطح زیاد، انگ‌زنی اجتماعی علیه بیماران کووید-۱۹ را گزارش می‌کنند. افرادی که خودشان یا بیش از یک نفر از اطرافیان‌شان به کرونا مبتلا شدند و یا از بیمار کرونایی مراقبت کردند، انگ‌زنی کمتری علیه افراد مبتلا گزارش کردند ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: انگ‌زنی اجتماعی مربوط به بیماری کرونا تا حد زیادی در جامعه ایرانی وجود دارد. افراد با سابقه ابتلای خود یا اطرافیان به بیماری و داشتن تجربه مراقبت از فرد بیمار انگ‌زنی اجتماعی کمتری گزارش کردند. بر اساس نتایج به دست آمده تجربه بیماری، و داشتن تعامل نزدیک با فرد انگ‌زده، با کاهش انگ‌زنی رابطه دارد.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

مقدمه

عفونت کرونا ویروس^۱ به عنوان یک ویروس بسیار پاتولوژیک و گسترده در انسان با میزان بالای مرگومیر، نگرانی جدی را در مورد بهداشت عمومی و جهانی به وجود آورده است (۱). شیوع نوع جدید ویروس کرونا در حال حاضر سومین عفونت ویروسی اپیدمیک است که در قرن ۲۱ ایجاد شده است. با توجه به اینکه خطر شیوع این ویروس به خصوصیات از قبیل میزان شیوع آن در بین افراد، شدت بیماری مربوطه، ابزارهای پزشکی قابل اعتماد برای تشخیص و همچنین واکسن یا داروهای موجود برای کنترل تأثیرات خطرناک ویروس بستگی دارد. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که خطر بالقوه بهداشت عمومی ویروس کرونا ویروس جدید بسیار زیاد است و منجر به مرگ تعداد زیادی از افراد در اقصی نقاط جهان خواهد شد. در این زمان برخی از افراد از جمله افراد مسن (سن ۶۵ سال)، بیماران مبتلا به نقص ایمنی یا نارسایی کبدی و کلیوی و همچنین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که از بیماران کووید ۱۹ مواظبت می‌کنند و سایر افرادی که از نزدیک در شرایط بالینی با این بیماران در تماس هستند، در گروه‌های آسیب پذیر قرار گرفتند (۲). آنچه که مسلم است، این است که در اکثر کشورها، این بیماری یکی از موضوعات مهم سلامت عمومی است. یکی دیگر از ویژگی‌های مهم کووید-۱۹، انگ‌زنی^۲ در مورد آن است. رییس سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که مهمترین دشمن ما در شرایط کنونی ویروس نیست، بلکه ترس، وحشت و انگ‌زنی است (۳). گروه‌های خاصی از افراد در سرتا سر جهان در معرض خطر انگ‌زنی اجتماعی کووید ۱۹ و تبعیض قرار دارند که به شدت نگران کننده است (۴). انگ یا انگ‌زنی اجتماعی به مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارها گفته می‌شود که با برچسب‌زنی فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی می‌انجامد (۲، ۵).

شیوع بیماری‌های عفونی قبلی (به عنوان مثال آنفلوآنزای A (H1N1)، طاعون بوبونیک، آنفلوآنزای آسیایی، وبا، بیماری ویروس ابولا، ویروس زیکا، اچ‌آی‌وی، سل، سارس و مرس) با انگ‌زنی اجتماعیو تبعیض علیه برخی از جمعیت‌ها همراه بوده است (۶). جونز نمونه‌های تاریخی از چگونگی واکنش‌ها

به بیماری‌های همه‌گیر را نشان داد. در ابتدا، به علت عدم تشخیص جدیت بیماری توسط عموم، برداشت‌های مبتنی بر مسائل اخلاقی و کلیشه‌ای و خرافاتی به وجود می‌آید. باورهای کلیشه‌ای و تصورات قالبی اولیه، شروعی بر انگ زنی افراد مرتبط با بیماری است (۷). کووید ۱۹، کلیشه‌های موجود علیه گروه‌های مختلف را تقویت کرد. برای مثال در ایتالیا قبل از آغاز قرنطینه رسمی، وضعیت فوق‌العاده اعلام شد، تفکر افراد نسبت به جامعه چین تغییر کرد، رستوران‌های چینی خالی شدند، والدین دانش‌آموزانی که فرزندشان با دانش‌آموزان چینی هم‌کلاس بودند اجازه رفتن به مدرسه را ندادند و مقامات عالی‌رتبه سیاسی در تلویزیون اعلام داشتند: همه ما دیده‌ایم که آن‌ها موش زنده می‌خورند (۸). به موازات گسترش بیماری و هشدارهای بهداشتی، اعضای جامعه به شدت ترسیدند و نگران پیامدهای مبهم بیماری و افزایش تعداد مبتلایان و مرگ و میر ناشی از بیماری شدند. افزایش ترس و نگرانی در مورد کووید ۱۹ و گرایش به هیجانهای منفی نسبت به افراد مبتلا، می‌تواند به انگ زنی اجتماعی کووید-۱۹ که شامل نگرش‌های منفی و تبعیض علیه افراد با این ویژگی‌ها است، منجر شود (۹). تصورات اشتباه مردم، کاربرد کلمات با بار معنایی منفی، انتشار اطلاعات غلط و تفسیر نادرست از علل و عوامل، موجب انگ‌زنی اجتماعی و ترس از انگ زنی اجتماعی در این بیماران و افراد مرتبط با آن‌ها می‌شود (۸). با اینکه اطلاعات اشتباه یکی از عوامل ترس و انگ زنی اجتماعی است، اما عوامل زیربنایی دیگری نیز وجود دارد که باید در ایجاد انگ‌زنی اجتماعی در نظر گرفته شود. واکنش‌های بهداشتی عمومی به کووید-۱۹ که برای پیشگیری و محدودیت‌ها ضروری بود، در بدتر شدن انگ زنی اجتماعی مؤثر بود. تلاش‌هایی که برای کاهش شیوع بیماری انجام می‌گیرد در جهت تقویت انگ‌زنی اجتماعی عموم در کروناست. این تلاش‌ها شامل: رعایت فاصله اجتماعی، محدودیت‌های مسافرتی، اطلاعات غلط بود (۱۰). بر اساس مدل انگ‌زنی اجتماعی ارتباطی^۳، چهار مؤلفه نشان^۴، برچسب‌زنی^۵، گروهی، مسئولیت^۶ و خطر^۷ برای

3. communication stigma

4. mark

5. labeling

6. responsibility

7. peril

1. SARS-CoV-2

2. stigmatization

مؤلفه انگیزی اجتماعی ارتباطی شامل مارک، برچسب‌زنی، مسئولیت و خطر در بین کاربران وجود دارد. توثیتهایی در مورد نظریه‌های توطئه، به احتمال بیشتری مؤلفه برچسب زنی و مسئولیت و احتمال کمتر خطر را در بر داشته است. در مطالعه‌ای در پاکستان نشان داده شد بیماران، تجربه گسترده انگیزی اجتماعی و به خصوص نگرانی در مورد نگرش عمومی و فاش شدن بیماری را گزارش کردند. زمینه‌های اصلی طرد و انگیزی اجتماعی، مسخره شدن توسط دیگران، نقض حریم خصوصی، بی‌اعتمادی و بی‌احترامی و تأثیر کووید ۱۹ بر شرایط اقتصادی از جمله مهم‌ترین زمینه‌ها، عنوان شده بود (۱۳). راماسی و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ای، پیامدهای شغلی انگیزی اجتماعی کووید-۱۹ بر روی کارکنان کادر سلامت به عنوان "مدافعان خط مقدم سلامت" بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد که انگیزی اجتماعی تأثیر بسیار زیادی بر روی پیامدهای شغلی کارکنان سلامت از جمله کیفیت زندگی شغلی، سلامت جسمی و روانی و عزت‌نفس کارکنان دارد.

در مطالعه‌ای بر روی تجارب زندگی واقعی با نظرسنجی بر روی گروهی از روان‌پزشکان در ۱۳ کشور با استفاده از چهارچوب انگیزی اجتماعی سلامت و تبعیض^۱ به تبیین انگیزی اجتماعی کرونا پرداخته شد. در بسیاری از کشورها، عوامل برانگیزاننده (مثل ترس از ابتلا یا قرنطینه، از دست دادن شغل به خاطر قرنطینه یا مثبت بودن تست)، باورها (مثل اینکه افراد مبتلا، سیستم ایمنی ضعیفی پیدا می‌کنند و تماس با آن‌ها خطرناک است) و سرزنش خود یا دیگران برای گسترش بیماری و احساس گناه و شرم، عوامل تسهیل‌گر (مثل نابرابری‌های اجتماعی، باورهای مذهبی، فرهنگی و ماوراءالطبیعی در مورد کووید-۱۹، انتشار اطلاعات غیر دقیق در شبکه‌های اجتماعی) و نمود بیرونی (مثل تبعیض شغلی و از دست دادن جایگاه اجتماعی) شناسایی شد (۱۵). گردش بیش از حد اطلاعات نادرست^۲ هم به عنوان یک عامل محرک و هم عامل تسهیل‌کننده برای انگیزی اجتماعی مربوط به کرونا عمل می‌کند (۱۶). در موارد خاص، تقویت کلیشه‌های منفی و تعصب، به علاوه فرآیندهای اجتماعی برچسب‌گذاری، به نابرابری‌های

تشکیل باورهای انگیزی اجتماعی، وادار کردن افراد برای اشتراک‌گذاری پیام‌های با محتوای انگیزی اجتماعی و تشویق افراد برای تبعیض علیه گروه‌های انگ‌زده شده، لازم است. مارک، نشانه یا نشانه‌هایی است که برای تشخیص افراد انگ‌زنی اجتماعی شده به کار می‌رود. در زمینه کووید ۱۹، داشتن علائمی شبیه به سرماخوردگی، پوشیدن ماسک، سرفه‌های خشک به عنوان مارک‌هایی برای انگ‌زنی اجتماعی کووید ۱۹ درک می‌شود. برچسب‌ها، برای معرفی هویت افراد به عنوان یک گروه جدا شده از اجتماع عمل می‌کنند. برای مثال برچسب زدن به شخصی به عنوان "کرونا مثبت"، شروع انگ خوردن افرادی که با کووید ۱۹ زندگی می‌کنند، است. مسئولیت، به سرزنش فرد به علت داشتن نقش آگاهانه و اختیاری در به وجود آمدن بیماری، می‌پردازد. در زمینه کووید ۱۹ مسافرت کردن یک امر اختیاری است و می‌تواند باعث شیوع و گسترش بیماری شود و فرد مسافر مسئول گسترش بیماری محسوب می‌شود. خطر، اطلاعاتی است که افراد نشان‌دار، برچسب‌زده و مسئول را به خطر جسمی یا اجتماعی که رفاه اجتماعی را تهدید می‌کنند، متصل می‌کند. بیماری‌های واگیردار با بیمار کردن یا مرگ اعضای گروه، به طور خاصی برای عملکرد گروهی تهدیدآمیز است (۱۱). بنابراین، وقتی افراد در مورد تأثیر اجتماعی یا بهداشتی کووید ۱۹ بحث می‌کنند، به عمد یا غیر عمد، انگ‌زنی اجتماعی نسبت به افرادی که برای آن‌ها تشخیص کووید ۱۹ داده شده است یا مشکوک به آن هستند، ایجاد می‌کنند. در مجموع، پیام‌هایی با محتوای مارک، برچسب، مسئولیت و خطر در ایجاد و گسترش انگ‌زنی اجتماعی کووید ۱۹ تأثیرگذار است (۱۱).

علاوه بر این، اطلاعات اشتباه و تئوری توطئه در مورد کووید ۱۹، منجر به تسهیل شکل‌گیری انگ‌زنی اجتماعی کووید ۱۹ می‌شود، زیرا می‌تواند هم در مارک، برچسب‌گذاری، مسئولیت و خطر بیماری نقش داشته باشد. برای مثال، این برداشت غلط که افراد آسیایی به احتمال بیشتری کووید-۱۹ را انتقال می‌دهند، ویژگی‌های فیزیکی آسیایی بودن را به عنوان مارکی برای کووید ۱۹ ایجاد می‌کند (۱۱). لی و همکاران (۱۲) با تحلیل پیام‌های توییتر برای بررسی انگ‌زنی اجتماعی کووید-۱۹ بر روی ۷۰۰۰ توییتر از ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ تا ۱۳ مارس ۲۰۲۰ نشان دادند که هر چهار

1. health stigma and discrimination framework

2. Infodemic

۱۹ و گروه‌های پرخطر برای سلامت همگانی و ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی یک اولویت محسوب می‌شود (۲۳). رفتارهای ناشی از ترس از انگ‌زنی اجتماعی کرونا باعث افزایش شیوع و مانع جدی در توقف این بیماری است. انگ‌زنی اجتماعی می‌تواند انسجام اجتماعی را تضعیف کند و احتمال انزوای اجتماعی گروه‌ها را افزایش دهد. این موضوع می‌تواند به وضعیتی منجر شود که ویروس احتمالاً شیوع بیشتری پیدا کند و نه اینکه شیوع آن را کم‌تر کند. لذا می‌تواند منجر به مشکلات جدی سلامتی و چالش‌های بیشتری در کنترل شیوع بیماری شود (۸). با توجه به اینکه کووید ۱۹ مسری هست، ردیابی تماس برای سنجش شیوع اجتماعی، لازم است. اما انگ‌زنی اجتماعی کووید-۱۹، مانعی برای پیگیری تست کووید ۱۹ است و اگر جواب مثبت باشد مانعی برای افشاسازی تماس‌هاست. انگ‌زنی اجتماعی کووید-۱۹ همچنین می‌تواند افراد را از اتخاذ برخی اقدامات احتیاطی مانند استفاده از ماسک صورت و مراقبت‌های بهداشتی مناسب منصرف کند (۱۱). تلاش برای افزایش آگاهی عموم از ماهیت بیماری، و شناخت مکانیسم‌های دقیق ترس و اضطراب احتمالی ابزار مناسبی برای برخورد با انگ‌زنی اجتماعی است (۳). مطالعات بین فرهنگی نشان می‌دهد که هر فرهنگی، تبیین‌های خاصی برای سلامت و بیماری دارد (۱۸). در مطالعات سلامت، باورها و فرضیه‌های فرهنگی در مورد انگ خوردن بیماران کووید ۱۹ باید در نظر گرفته شود تا مداخله‌های آموزشی برای کاهش انگ‌زنی اجتماعی در چارچوب آن برنامه‌ریزی شود (۱۹). با توجه به اهمیت تبیین انگ‌زنی اجتماعی کووید ۱۹ در بافت فرهنگی آن جهت افزایش ارتقای سلامت هدف از پژوهش حاضر این است که سطح نگرش انگ‌زنی اجتماعی مردم نسبت به بیماری کرونا سنجیده شود و رابطه عوامل جمعیت شناختی، سابقه ابتلا به بیماری در شخص یا اطرافیان، و مراقبت از فرد مبتلابه بیماری کووید ۱۹ با انگ‌زنی اجتماعی کووید-۱۹ بررسی شود.

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر از نوع کمی توصیفی، از نوع پیمایشی است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر افراد رده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال شهر اصفهان در بازه زمانی مهر تا دی ماه سال

اجتماعی موجود دامن می‌زند که بعداً با برخی اقدامات اجرایی بهداشت عمومی (به عنوان مثال، دستگیری افراد به دلیل نقض قرنطینه) تقویت شد (۱۷). اکثر پژوهشگران شرکت‌کننده گزارش کردند که افراد با بیماری کووید ۱۹ چه در زمان حال و چه گذشته و وابستگان آن‌ها و کارکنان خدمات سلامت تجربه انگ‌زنی اجتماعی کووید-۱۹ را داشته‌اند. این افراد تبعیضاتی مانند اجتناب افراد ازهم خانه شدن با آن‌ها، ناسزاگویی یا شایعه‌سازی و کاهش ارزش اجتماعی را تجربه کرده و می‌کنند. همچنین، اعضای خانواده یا دوستانشان دچار انگ زنی "ثانویه" یا "وابستگان" می‌شوند. به همین ترتیب، افراد مسن، افراد مبتلا به بیماری‌های پیش از بارداری و افراد حاشیه‌نشین از تجربیات انگ زنی اجتماعی رنج می‌برند و ممکن است به دلیل کمبود منابع پزشکی در اولویت درمان قرار نگیرند (۱۶). علاوه بر این، ممکن است منجر به کاهش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و دادن آزمایش، تأخیر در درمان و پایبندی ضعیف به درمان، کاهش تبعیت از دستورات بهداشتی شود و همین سلامت و رفاه افراد را بیشتر به خطر می‌اندازد (۱۶). تحقیقات نشان داده‌اند که انگ‌زنی اجتماعی منجر به کاهش کمک رسانی، سیر طولانی‌تر مراقبت، دوره طولانی‌تر درمان و ناتوان‌تر شدن در وقایع می‌شود. در طول گسترش بیماری‌های واگیردار توصیه‌های خاصی برای جلوگیری از سرایت و کاهش انتقال بیماری، مثل قرنطینه‌سازی خود، پیگیری درمان پزشکی و گزارش به مراکز بهداشتی، به افراد توصیه می‌شود. اما انگ‌زنی اجتماعی می‌تواند مانع افراد برای سازگار شدن با این‌گونه رفتارها باشد (۶). برای مثال، انگ زنی اجتماعی مربوط به ایدز به طور معکوس با افشاسازی ویروس اچ‌آی‌وی و پایبندی به درمان که برای درمان و جلوگیری از اچ‌آی‌وی ضروری است، رابطه داشت (۱۱). بیماران که از انگ‌زنی ناشی از بیماری می‌ترسند ممکن است درمان خود را به تعویق بیندازد، افراد سالم از بیماران می‌ترسند، کل جامعه در برابر این افراد جبهه می‌گیرد و در برخی موارد انگ‌زنی به خشونت علیه افراد یا گروه‌ها منجر شده است. مداخلات بهداشتی عمومی باید علاوه بر مراقبت از افراد، خانواده‌ها و جوامع، با انگ‌زنی اجتماعی مقابله کند. شناسایی انگ‌زنی اجتماعی و تبعیض بیماران مبتلا به کووید

موجود در زمینه اسکیزوفرنی و صرع، و نظریه انگ‌زنی اجتماعی فلان و لینک شاخص‌های اصلی برای انگ‌زنی اجتماعی کرونا استخراج گردید. تعداد گویه‌های اولیه ۱۹ عبارت بود که بر روی ۳۰ نفر به صورت پایلوت اجرا شد. و بعد از تحلیل مقدماتی با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی بین سؤالات تعداد گویه‌ها در نهایت به ۱۲ مورد رسید. نسخه نهایی شامل ۱۲ گویه با سه زیرمقیاس تصورات قالبی^۲ از سؤالات یک تا ۶ (مثل افراد مبتلا به کرونا مسئولیت‌پذیر نیستند، بی‌خیال و بی‌فکر هستند و...) زیرمقیاس احساسات منفی^۳، گویه‌های ۷ تا ۱۰ (مثل از افراد کرونایی می‌ترسم) و زیرمقیاس رفتارهای اجتنابی^۴ گویه ۱۱ و ۱۲ (مثل، از بیمار کرونایی، حتی بعد از بهبودی دوری می‌کنم) شد. نمره‌گذاری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نظری ندارم = ۳، موافقم = ۴، کاملاً موافقم = ۵) نمره گذاری می‌شود. بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۱۲ تا ۶۰ است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از انگ‌زنی اجتماعی نسبت به بیماری کرونا است. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳۵ دست آمد. محتوای پرسشنامه بر اساس نظر ۵ تن از متخصصان روانشناسی مورد ارزیابی قرار گرفت که پایایی بین ارزیابان ۰/۸۵ به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه از روایی سازه بر اساس تحلیل عاملی تأییدی در نرم‌افزار ایموس-۱۸ استفاده شد. نتایج برازش مدل در شاخص‌های جزئی و کلی در نمودار ۱ آورده شده است.

۱۳۹۹ بوده است. شهر اصفهان با جمعیت ۱۹۹۶۴۴۳ نفر طبق برآورد سال ۱۳۹۸ (آمار نامه شهرداری اصفهان) می‌باشد. جمعیت شهر اصفهان در ۱۵ منطقه شهرداری دسته بندی شده است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد به این ترتیب که از میان این ۱۵ منطقه، سه منطقه ۶، ۳ و ۱۴ و از هر منطقه دو محله به عنوان نمونه انتخاب شدند. طبق آمارنامه شهرداری اصفهان برآورد سال ۱۳۹۸ منطقه ۶ با ۱۱۲۴۱۶ نفر، منطقه ۳ با ۱۱۰۶۰۹ نفر و منطقه ۱۴ با ۱۶۳۱۴۹ نفر معرفی شد و با توجه به شرایط کنونی از لحاظ همه‌گیری کووید ۱۹ پرسشنامه مذکور از طریق فضای مجازی در اختیار افراد ساکن داوطلب در این مناطق، قرار گرفت، در این پژوهش برای بدست آوردن حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است که حجم نمونه برابر ۳۲۲ نفر به دست آمد و پرسشنامه مذکور توسط ۳۲۲ شرکت‌کننده پر شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن بالای ۱۸ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن (یعنی توانایی به کار بردن زبان برای خواندن، نوشتن، گوش دادن و سخن گفتن را داشته باشد)، ساکن در شهر اصفهان، و تمایل به پرکردن پرسشنامه به صورت آنلاین و ملاک‌های خروج شامل افراد با مشکلات حسی، حرکتی و افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند بود.

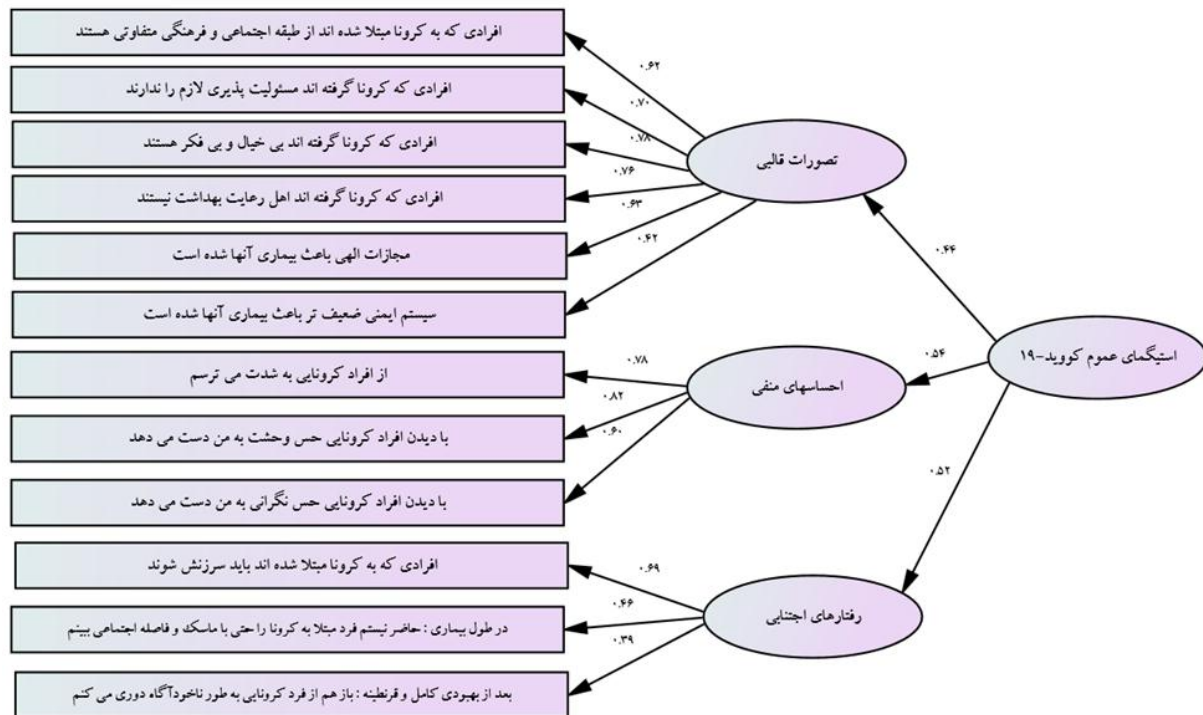
ابزار

۱. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، نوع شغل: پزشکی، پیراپزشکی، غیرپزشکی)، وضع مالی، و پرسش در مورد ابتلای خود، ابتلا و فوت وابستگان، مراقبت مستقیم از بیمار کرونایی در منزل بود.

۲. پرسشنامه انگ زنی اجتماعی کووید-۱۹: این ابزار جهت سنجش سطح انگ زنی اجتماعی عموم ناشی از شیوع کرونا و بیروس تهیه و اعتباریابی شد. برای ساخت این پرسشنامه ابتدا مصاحبه‌های عمیقی با هدف دست‌یابی به تصورات قالبی، احساسها و رفتارهای اجتنابی در مورد مبتلایان به بیماری کووید-۱۹، با ۲۰ نفر از افراد عادی غیر مبتلا به کرونا و همچنین، ۲۰ نفر از افراد مبتلا به کرونا انجام گرفت و سپس بر اساس پرسشنامه بین‌المللی ایدز، پرسشنامه‌های

2. stereotypes
3. negative emotions
4. behavioral avoidance

1. Covid-19 Public Stigma Questionnaire



برآزش کلی مدل

CMIN:189.3

DF:52

P:0.001

TLI:0.85

CFI:0.88

CMIN/DF:3.64

PNFI:0.66

PCFI:00.69

RMSEA:0.09

نمودار ۱) نتایج بررسی مدل ساختار عاملی پرسشنامه استیگمای عموم کووید ۱۹

پژوهشگر، آزمودنی‌ها را از محرمانه بودن اطلاعات مطمئن نمود و اطلاعات کسب شده نیز به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نمره پرسشنامه استیگمای عموم کووید در گستره ۱۲ تا ۶۰ قرار دارد. فاصله حداقل و حداکثر به چهار چارک تقسیم شد. چارک اول، از نمره ۱۲ تا ۲۴ در محدوده نگرش استیگمایی پایین، چارک دوم از نمره ۲۵ تا ۳۶ در محدوده متوسط، چارک سوم: از نمره ۳۷ تا ۴۸ در محدوده زیاد و چارک چهارم از نمرات ۴۹ تا ۶۰ استیگمای خیلی زیاد را نشان می‌دهد.

بر اساس نمودار ۱، مدل مفهومی استیگمای کووید ۱۹ هم در شاخص‌های جزئی و هم شاخص‌های کلی از برازش مناسبی برخوردار است، بنابراین روایی سازه پرسشنامه مورد تأیید است.

روند اجرای پژوهش: پس از تنظیم نهایی پرسشنامه، با توجه به شرایط و محدودیت‌های خاص کرونایی، پرسشنامه از طریق شبکه‌های مجازی بین افراد با رده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، سپس نتایج خروجی اطلاعات حاصل از پرسشنامه وارد نرم‌افزار اسپاس‌اس‌اس شد، آمار توصیفی و استنباطی استخراج گردید و نتیجه‌گیری حاصل از یافته‌ها به دست آمد. به منظور احترام گذاشتن به حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین به جهت رعایت موازین اخلاقی،

جدول ۱) فراوانی، درصد و درصد تجمعی بر اساس سطوح انگزنی اجتماعی

درصد	تعداد	سطح انگزنی اجتماعی
۴/۰۳	۱۳	یک (نمرات ۱۲ تا ۲۴)
۱۳/۴۰	۴۳	دو (متوسط، نمرات ۲۵-۳۶)
۶۵/۸۰	۲۱۲	سه (زیاد، نمرات ۳۷-۴۸)
۱۶/۷۷	۵۴	چهار (خیلی زیاد، نمرات ۴۹-۶۰)
۱۰۰	۳۲۲	کل

بر اساس جدول ۱، حدود ۸۶ درصد افراد شرکت‌کننده در سطح ۳ و ۴ قرار دارند و به میزان زیاد و بسیار زیاد انگ‌زنی اجتماعی علیه بیماران کووید ۱۹ را گزارش می‌کنند. در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، و نتایج تحلیل واریانس یک راهه انگ‌زنی اجتماعی عموم کووید ۱۹ با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی آورده شده است.

جدول ۲) فراوانی، فراوانی درصدی، میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس انگ‌زنی اجتماعی عموم کووید-۱۹ با توجه به

متغیرهای جمعیت شناختی

Sig	F	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی درصدی	فراوانی	متغیرها	
.۰/۳۵	.۰/۸۷	۶/۴۶	۳۱/۳۰	۷۵/۵	۲۴۳	زن	جنسیت
		۶/۰۲	۳۲/۸	۲۴/۵	۷۹	مرد	
.۰/۰۹	۲/۱	۷/۴	۳۲	۱۵/۲	۴۹	۱۸-۳۰	سن
		۶/۴	۳۰/۵	۴۸/۴	۱۵۶	۳۰-۴۰	
		۶/۳	۳۲/۴	۲۲/۳	۷۵	۴۰-۵۰	
		۵/۲	۳۲/۶	۱۳	۴۲	۵۰-۶۰	
.۰/۱۶	۱/۶۹	۸/۲۵	۳۳/۱۴	۲/۲	۷	پزشکی	رشته تحصیلی
		۶/۹۶	۲۹/۱۸	۱۰/۲	۳۳	پیراپزشکی	
		۶/۳۹	۳۱/۷۲	۸۷/۶	۲۸۲	غیرپزشکی	
.۰/۰۶	۱/۶۳	۷/۲۱	۲۹	۹	۳	سواد خواندن و نوشتن	سطح تحصیلات
		۳/۳۷	۳۴/۵۲	۵/۳	۱۷	زیردیپلم	
		۷/۴۲	۳۱/۸۷	۱۹/۳	۶۲	دیپلم	
		۵/۹۰	۳۳/۶۴	۷/۸	۲۸	فوق دیپلم	
		۶/۰۴	۳۰/۷۰	۴۰/۴	۱۳۰	لیسانس	
		۷/۰۳	۳۰/۹	۲۰/۸	۶۷	فوق لیسانس	
		۶/۲۸	۳۱/۹	۴/۷	۱۵	دکتر	
.۰/۱۱	۲	۸/۷	۳۲/۵	۱/۹	۶	پزشکی	شغل
		۷/۳	۲۹/۶	۱۰/۶	۳۴	پیراپزشکی	
		۶/۷	۳۱/۷	۸۷/۶	۲۸۲	غیرپزشکی	
.۰/۱۹	۱/۵	۶/۰۸	۳۰/۸۴	۴	۱۳	ضعیف	وضع مالی
		۶/۷۲	۳۱/۹	۲۵/۲	۸۱	متوسط رو به پایین	
		۶/۱۰	۳۰/۷۴	۳۷/۹	۱۲۲	متوسط رو به بالا	
		۶/۷۳	۳۲/۳۳	۳۱/۴	۱۰۱	خوب	
		۶/۹۴	۲۷/۲۰	۱/۶	۵	خیلی خوب	

طبق جدول ۳، میانگین انگ‌زنی اجتماعی عموم در گروه کسانی که هیچ‌کدام از اطرافیان مبتلا به کرونا نبوده است از همه بیشتر بوده است. افرادی که از فرد کرونایی مراقبت کردند، به طور معناداری انگ‌زنی اجتماعی کمتری گزارش کردند.

طبق جدول ۱ میانگین انگ‌زنی اجتماعی عمومی در مردان، گروه پزشکان، افراد با سطح سواد زیر دیپلم، افراد با وضع مالی خوب بالاتر از بقیه گروه‌ها بوده است. ولی تفاوت معنادار به دست نیامده است.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد انگ‌زنی کووید ۱۹ با توجه به ابتلای فرد یا اطرافیان وی، فوت اطرافیان و مراقبت از فرد مبتلا ارائه شده است و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی معناداری آماری تفاوت بین افراد با توجه به این مشخصات آمده است.

جدول ۳) میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس انگ‌زنی اجتماعی عموم کووید-۱۹ با توجه به ابتلای فرد یا اطرافیان به کرونا و مراقبت از فرد مبتلا

متغیر	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	آماره	sig
ابتلای شخص	بله	۲۸/۴	۸/۷	t	۰/۰۱
	خیر	۳۲/۵	۶/۵	۳/۸۷	
ابتلای شخص یا اطرافیان به بیماری	هیچ‌کدام از اطرافیان	۳۵/۱۲	۶/۲۴	F	۰/۰۱
	خود فرد	۲۸/۴	۸/۷		
	یک نفر	۳۲/۱۵	۶/۵		
	دو نفر	۳۰/۴۸	۸۹/۶		
	سه نفر و بیشتر	۲۸/۶۶	۲۰/۶		
فوت اطرافیان به علت کرونا	بله	۳۱/۲۶	۶/۵	t	۰/۶۲
	خیر	۳۲/۰۳	۶/۵	۰/۴۷	
مراقبت از فرد مبتلا	بله	۳۲/۳	۶/۹	t	۰/۰۰۱
	خیر	۲۸/۷	۶/۱	۱۸/۵	

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نگرش انگ‌زنی اجتماعی عموم نسبت به بیماری کرونا در جمعیت ایرانی بود. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که حدود ۸۵ درصد افراد به میزان زیادی انگ‌زنی اجتماعی علیه بیماران کرونایی را گزارش می‌کنند. عوامل جمعیت شناختی از جمله جنسیت، سن، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی و شغل و نیز فوت حداقل یکی از بستگان رابطه معناداری با سطح انگ‌زنی اجتماعی نداشت. به عبارتی دیگر افراد از هر دو جنس، سطوح تحصیلی، وضعیت اقتصادی و شغل‌های مختلف (پزشکی، پیراپزشکی و غیرپزشکی) درجات بالای انگ‌زنی اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ را گزارش می‌کنند. از طرفی افرادی که خودشان یا حداقل دو نفر از اطرافیان نزدیکشان به بیماری مبتلا شدند یا از فرد بیمار در منزل مراقبت می‌کردند سطح پایین‌تر انگ‌زنی اجتماعی را گزارش کردند. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته‌های دیگر در سراسر دنیا همخوانی دارد (۴، ۶، ۷ و ۹). همان‌طور که عمران و همکارانش (۱۳) دریافتند که بیماران مبتلا به کووید ۱۹ تجربه گسترده انگ‌زنی اجتماعی و به خصوص نگرانی در مورد نگرش عمومی و افشا را گزارش کردند. بر طبق داده‌های سازمان بهداشت جهانی در مورد بیماری کووید ۱۹ نیز همین وضعیت ایجاد شده است. شیوع این بیماری باعث برانگیختن انگ‌زنی اجتماعی اجتماعی و رفتارهای تبعیض‌آمیز اجتماعی علیه

افراد با قومیت‌های خاص و همچنین اغلب کسانی که تصور می‌شود با ویروس در تماس بوده‌اند، شده است. فرآیند انگ‌زنی اجتماعی با علائم بیماری کرونا (تب، سرفه‌های خشک و...) شروع شده و با مثبت شدن تست کرونا، برچسب بیماری کرونا به فرد زده می‌شود. برچسب کرونا، راه‌انداز کلیشه‌ها و تصورات قالبی است که تحت شرایط به وجود آمده به شدت شکل گرفته و نفوذ دارد. کلیشه‌هایی از قبیل بی‌مسئولیتی، رعایت نکردن بهداشت شخصی، بی‌خیالی و بی‌فکری فرد مبتلا و احتمال سرایت حتی با رعایت همه اصول بهداشتی و بعد از گذراندن دوره قرنطینه و بهبودی رفتارهای سرزنش‌آمیز، اجتناب و تبعیض علیه افراد مبتلا را برمی‌انگیزاند و فرآیند انگ‌زنی اجتماعی‌سازی به طور کامل در مورد افراد مبتلا به کووید ۱۹ شکل می‌گیرد. انگ‌زنی اجتماعی همچنین می‌تواند بعد از رها شدن فرد از قرنطینه بیماری نیز ایجاد شود، حتی اگر دیگر خطری برای انتشار ویروس به دیگران در نظر گرفته نشود. از این‌رو می‌توان گفت که برداشت جامعه از کرونا صرفاً یک بیماری و نسبت به فرد مبتلا به کرونا تنها به عنوان یک بیمار محدود نمی‌شود بلکه به عنوان معرف یا نشان‌دهنده 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 (۴). رفتارهای انگ‌زنی تحت تأثیر عوامل زیر بارز و تشدید می‌شود: ۱. با توجه به نوظهور بودن بیماری و وجود ناشناخته‌های بسیار زیاد در مورد آن و ترس ذاتی انسان‌ها از ناشناخته‌ها که منجر به اضطراب، سردرگمی

گیری در زمینه ارتقای سلامت فردی و اجتماعی، در گسترش نظریه انگ‌زنی اجتماعی مربوط به سلامت در فرهنگ غیر غربی نقش داشته باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن جامعه به شهر اصفهان در محدوده زمانی مهر تا دی‌ماه ۹۹ یعنی در زمان پیک سوم کرونا بود، که با توجه به افت‌وخیزهای این بیماری و شفاف و قطعی شدن اطلاعات علمی در این زمینه نتایج متفاوتی به دست بیاید. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود بعد از فروکش شدن بیماری و کاسته شدن التهابات روانی ناشی از بیماری، پژوهش‌های دیگری در این راستا انجام شود. پیشنهاد می‌شود تأثیر انگ‌زنی اجتماعی بر پیگیری درمان بیماران و پنهان‌سازی آن و به تعویق انداختن تشخیص و درمان بیماری بررسی شود. همچنین تأثیر طولانی مدت انگ‌زنی اجتماعی بر روی جوانب مختلف زندگی فرد از جمله روابط اجتماعی و شغلی بررسی شود. پیشنهاد می‌شود انگ‌زنی اجتماعی بیماری کووید ۱۹ به عنوان یک بیماری که دوره کوتاه مدتی دارد با بیماری‌های واگیردار دیگر مثل اچ‌آی‌وی مقایسه شود. علاوه بر این، بررسی عوامل تأثیرگذار در انگ‌زنی اجتماعی‌سازی بیماری کووید ۱۹ مثل باورهای فرهنگی و مذهبی به طور خاص بررسی شود.

تشکر و قدردانی: در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌گردد.

منابع

1. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Assiri AY, Alzahrani NA, Alanazi AA, Memish ZA. Clinical predictors of mortality of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection: A cohort study. *Travel medicine and infectious disease*. 2019;29:48-50.
2. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*. 2020;395(10223):507-13.
3. Badrfam R, Zandifar A. Stigma over COVID-19; new conception beyond individual sense. *Archives of Medical Research*. 2020;593-594.
4. Bagcchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020;20(7):782.
5. Goffman E. Stigma and social identity. *Understanding deviance: Connecting classical and contemporary perspectives*. 1963;256:265.

و کلیشه‌سازی‌ها در افراد می‌شود، ۲. علاوه بر این اقدامات بهداشتی برای پیشگیری از شیوع بیماری از جمله فاصله گذاری اجتماعی، قرنطینه‌سازی بیماران، و تبلیغات گسترده رسانه‌ها برای شدت سرایت و مرگ‌آور بودن بیماری منجر به تشدید رفتارهای انگ‌زنی اجتماعی به صورت نظام‌مند شد. تا جایی که سازمان بهداشت جهانی نگرانی اصلی خود از این بیماری را ترس و اضطراب و انگ‌زنی اجتماعی بیاری اعلام کرد و برای کاهش آن پیشنهاد داد به جای استفاده از فاصله گذاری اجتماعی، از فاصله‌گذاری فیزیکی استفاده شود (۱۴). ۳. از طرفی شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های جمعی مختلف و در دسترس بودن آن‌ها در اختیار اکثریت مردم باعث تشدید نگرش‌های انگ‌زنی اجتماعی می‌شود (۱۲). وجود همه این عوامل در کنار یکدیگر منجر به شکل‌گیری انگ‌زنی اجتماعی کووید-۱۹ در مردم می‌شود. نتایج این پژوهش نشان داد که اگر فردی خودش مبتلا شده باشد یا از یکی از نزدیکان مبتلای خود مراقبت کرده باشد، نگرش انگ‌زنی اجتماعی کمتری تجربه می‌کند. بر طبق نظریه‌های بنیادین در زمینه انگ‌زنی اجتماعی هر چه تعاملات اجتماعی با افراد مارک‌زده بیشتر باشد، تصورات قالبی کم‌رنگ‌تر می‌شود و برداشت‌های مبتنی بر واقعیت بیشتر شکل می‌گیرد. وقتی فردی درگیر مراقبت از یکی از نزدیکان خود می‌شود، کمتر به سرزنش فرد و طرد کردن وی می‌پردازد و البته مؤلفه شفقت به نزدیکان نیز می‌تواند دیدگاه فرد را معتدل‌تر کند. بر طبق نظریه اسناد وقتی هم که خود فرد مبتلا می‌شود، فرد به عنوان عامل در نظر گرفته می‌شود و نه ناظر (۲۰). بنابراین، مسئولیت بیماری به عوامل بیرون از خود فرد داده می‌شود و در نتیجه خود فرد کمتر سرزنش می‌شود. در صورتی که خود فرد مبتلا به کرونا این اعتقاد یعنی رعایت نکردن بهداشت را نسبت به خود ندارد یعنی کسی که خودش یا اطرافیانش مبتلا به بیماری کرونا شده است کمتر به داغ‌ننگ یا انگ‌زنی اجتماعی می‌پردازد.

از نقاط قوت این پژوهش این بود که برای اولین بار به موضوع انگ‌زنی اجتماعی بر روی جمعیت ایرانی پرداخته شد و حتی در مقیاس جهانی نیز مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است و مطالعاتی هم که موجود است بیشتر به صورت کیفی و بر اساس نظریه متخصصان بوده است. لذا این پژوهش علاوه بر جنبه کاربردی بودن آن برای بهره

- Considerations, and Risk of Stigmatization. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020;31(4):326-32.
20. DelGreco M, Denes A, Davis S, Webber KT. Revisiting Attribution Theory: Toward a Critical Feminist Approach for Understanding Attributions of Blame. *Communication Theory*. 2021.
6. Fischer LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. Addressing disease-related stigma during infectious disease outbreaks. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2019;13(5-6):989-94.
7. Jones DS. History in a crisis—lessons for Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1681-3.
8. Chopra K, Arora V. Covid-19 and social stigma: Role of scientific community. *The Indian Journal of Tuberculosis*. 2020.
9. Budhwani H, Sun R. Creating COVID-19 stigma by referencing the novel coronavirus as the “Chinese virus” on Twitter: quantitative analysis of social media data. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(5):e19301.
10. Logie CH, Turan JM. How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS and Behavior*. 2020;24(7):2003-6.
11. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS care*. 2008;20(10):1266-75.
12. Li Y, Twersky S, Ignace K, Zhao M, Purandare R, Bennett-Jones B, et al. Constructing and Communicating COVID-19 Stigma on Twitter: A Content Analysis of Tweets during the Early Stage of the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(18):6847.
13. Imran N, Afzal H, Aamer I, Hashmi A, Shabbir B, Asif A, et al. Scarlett Letter: A study based on experience of stigma by COVID-19 patients in quarantine. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2020;36(7):1471.
14. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*. 2020;12(9):3834.
15. Ransing R, Ramalho R, de Filippis R, Ojeahere MI, Karaliuniene R, Orsolini L, et al. Infectious disease outbreak related stigma and discrimination during the COVID-19 pandemic: drivers, facilitators, manifestations, and outcomes across the world. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020.
16. Ransing R, Nagendrappa S, Patil A, Shoib S, Sarkar D. Potential role of artificial intelligence to address the COVID-19 outbreak-related mental health issues in India. *Psychiatry research*. 2020;290:113176.-
17. Clissold E, Nylander D, Watson C, Ventriglio A. *Pandemics and prejudice*. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2020.
18. Workneh T, Emirie G, Kaba M, Mekonnen Y, Kloos H. Perceptions of health and illness among the Konso people of southwestern Ethiopia: persistence and change. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*. 2018;14(1):1-9.
19. Bruns DP, Kraguljac NV, Bruns TR. <? covid19?> COVID-19: Facts, Cultural