پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۶، شماره ۸۲، زمستان ۹۵ صفحات ۸۹ - ۸۰

# تأثیر استیگمای اجتماعی ادراک‌شده بر عزت نفس مبتلایان به سندروم نقص ایمنی اکتسابی

**پژوهشگران:** ابراهیم مسعودنیا[1*]؛ حسن چنانی نسب[2]

۱)گروه علوم اجتماعی، دانشیار، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۲)دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/٤/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۹

**چکیده:**

**مقدمه: پیامدهای روانی - اجتماعی ابتلای به سندروم نقص ایمنی اکتسابی ممکن است مشکلات بیشتری از خود بیماری برای افراد مبتلای به آن ایجاد کند. یکی از مهم‌ترین پیامدهای روانی - اجتماعی استیگمای اجتماعی ادراک‌شده در افراد با علائم سندروم نقص ایمنی اکتسابی، کاهش عزت نفس در بین این بیماران است، زیرا این بیماری با ایجاد تغییرات شناختی، روحی و روانی، تأثیر منفی زیادی بر عزت نفس بیماران به دنبال دارد.**

**هدف: این مطالعه با هدف تعیین تأثیر استیگمای اجتماعی ادراک‌شده در کاهش عزت نفس بیماران با علائم سندروم نقص ایمنی اکتسابی انجام شد.**

**روش کار: مطالعه حاضر در قالب یک طرح همبستگی و به صورت مقطعی انجام شد. داده‌های این مطالعه، از بین ۶۳ بیمار با علائم ایدز جمع‌آوری شد که جهت مشاوره و مداوا به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یزد در سال ۱۳۹۱ مراجعه کرده بودند. این بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول اصلاح شده کاکران استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از: مقیاس عزت نفس روزنبرگ (RSES) Rosenberg Self – Esteem Scale و پرسشنامه اصلاح‌شده استیگما در بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی. برای محاسبه پایایی ابزار اندازه‌گیری، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون مرتبه صفر پیرسون و رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تحلیل شدند.**

**نتایج: شصت و سه نفر (۴۸ مرد و ۱۵ زن) از بیماران با علائم سندروم نقص ایمنی مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۴ تا ۵۶ سال، با میانگین ۷/۷۷ ± ۳۶ سال بود. نحوه ابتلاء به بیماری در بین پاسخگویان به ترتیب اعتیاد تزریقی ۳۳ نفر (۵۲/۴٪)، آمیزش جنسی ۱۷ نفر (۲۷٪)، نامشخص ۹ نفر (۱۴/۳٪)، خون و فرآورده های خونی ۳ نفر (۴/۸٪) و انتقال از مادر به جنین ۱ نفر (۱/۶٪) بوده است. طول مدت ابتلاء به ایدز بین ۱ تا ۱۵ سال با میانگین ۷/۸۵ ± ۳/۱۵ بود. تفاوت معناداری میان مردان و زنان با علائم نقص ایمنی از نظر استیگمای اجتماعی ادراک-شده وجود نداشت. شیوه ابتلای به ویروس HIV نیز تفاوتی در میزان استیگمای اجتماعی ادراک شده بیماران ایجاد نکرده بود. همبستگی معنادار معکوسی بین استیگمای اجتماعی ادراک‌شده با متغیر عزت نفس (P <۰/۰۱) و مولفه پذیرش خود (P <۰/۰۱) وجود داشت. همچنین، همبستگی معکوس معناداری بین مولفه‌های استیگمای اجتماعی ادراک شده، یعنی استیگمای شخصی با عزت نفس (P <۰/۰۵)، و خودانگاره منفی با عزت نفس (P <۰/۰۱) وجود داشت. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که متغیرهای دسته اول (اجتماعی-جمعیت شناختی و ویژگی های بالینی بیمار) که در مرحله اول وارد شدند، سهمی در تبیین واریانس متغیر عزت نفس نداشتند. در مرحله دوم، و با ورود متغیر استیگمای اجتماعی ادراک‌شده در مدل، این متغیر توانست ۲۳/۴ درصد ($R^2$ Adj= ۰/۲۳۴) از واریانس عزت نفس را تبیین نماید.**

**بحث و نتیجه‌گیری: استیگمای اجتماعی ادراک‌شده یکی از عوامل خطر عمده، نارسایی عزت نفس در بیماران با علائم سندروم نقص ایمنی اکتسابی است. بنابراین، با ارائه مداخلات رفتاری ـ اجتماعی مناسب به بیماران، خانواده‌ها و مردم در جهت اصلاح باورها نسبت به اختلال نقص ایمنی، می‌توان به بهبود عزت نفس این بیماران کمک کرد.**

**کلید واژه: HIV، ایدز، استیگمای اجتماعی، خود پندار**

* نویسنده مسئول: ابراهیم مسعودنیا، رشت، دانشکده ادبیات و علوم انسانی Email: masoudnia@guilan.ac.ir

**مقدمه**

ایدز، یکی از مخرب‌ترین معضلات جوامع کنونی است که شیوع آن در حال افزایش است. مطابق آمار، ایدز بزرگ‌ترین بیماری عفونی کشنده و چهارمین علت مرگ در جهان (۱) و یک بیماری مزمن است که علیرغم وجود همه پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص و درمان همچنان یادآور درد، محدودیت‌های اجتماعی و مرگ می‌باشد. ایدز، از جمله بیماریهایی است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و انگ اجتماعی، نه تنها از جنبه سلامت جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌گردد(۲).

یکی از نکات مهم در بررسی، تشخیص و درمان سندروم نقص ایمنی، استیگمای ناشی از این بیماری است. استیگما، نوعی وضعیت اخلاقی درباره رابطه خصوصیات فردی و جهان اجتماعی است(۳) و می‌تواند به عنوان یک تهدید برای بشریت عمل کند(۴). فرد دارای استیگما، دارای یک صفت یا مجموعه‌ای از صفات با علامت‌هایی است که او را از سایرین متمایز می‌سازد. این صفات، از طریق ارزیابی‌ها و نگرش‌های منفی و کلیشه‌ای دیگران، به بی ارزش شدن فرد منجر می‌شود(۵).

استیگما، فرایند ارزیابی درونی است که به موجب آن، افراد خودشان را مورد قضاوت قرار داده و این قضاوت منجر به کاهش عزت نفس و خودکارآمدی آنان می‌شود به نحوی که آنها به این نتیجه می‌رسند که با انتظاراتی که دیگران آنان دارند هماهنگی ندارند(۶). به عبارت دیگر، فردی که داغ‌خورده، دارای یک "نشان" است که او را از افراد "بهنجار" جامعه متمایز می‌کند به طوری که شخص، پست‌تر از یک انسان دیده می‌شود(۴). استیگما زمانی روی می‌دهد که به فرد قبولانده شده دارای چیزی است که او را به عنوان یک خصیصه یا مشخصه " اغلب عینی " که دلالت بر هویت اجتماعی بی ارزش شده در یک زمینه اجتماعی دارد، توصیف می‌کند(۶). برای استیگمای اجتماعی ادراک شده، ابعاد مختلفی برشمرده شده است. Berger و همکاران چهار بعد برای استیگمای ادراک شده در بیماران با علائم نقص ایمنی گزارش کرده‌اند. بُعد اول شامل استیگمای شخصی شده، برآیندها و نتایج ادراک شده استیگمای اجتماعی برای فرد و اینکه آیا دیگران از ابتلای فرد به سندروم نقص ایمنی آگاهی دارند یا خیر؛ بُعد دوم دغدغه افشاء، ترس فرد مبتلا از آشکار شدن وضعیت نقص ایمنی از سوی دیگری و نیز هراس از اینکه آن شخص به افراد دیگر نیز اطلاع دهد؛ بُعد سوم خودانگاره منفی، تجربه فرد مبتلا به نقص ایمنی بعنوان فردی آلوده و فردی نه به خوبی دیگران به خاطر ابتلای به ویروس ایدز؛ و بُعد آخر نگرانی فرد از نگرش عموم مردمی در مورد افراد مبتلا به سندروم نقص ایمنی، نگرانی فرد مبتلا از باورهای منفی مردم راجع به نقص ایمنی می‌باشد(۷).

پیشرفت سندروم نقص ایمنی، زندگی شخصی افراد و عزت نفس آنان را تحت تأثیر قرار خواهد داد چرا که این بیماری با ایجاد تغییرات شناختی و روحی روانی، تأثیر منفی زیادی روی عزت نفس بیماران دارد. از طرف دیگر تظاهرات و عوارض این بیماری ممکن است بر تصور فرد از خود و عزت نفس او تأثیر داشته باشد. ارزشیابی شخصی از خویشتن، قطعی‌ترین عامل در رشد روانی اوست. بنابراین تصوری که یک فرد از خویشتن دارد به طور ضمنی در همه واکنش‌های ارزشی او تجلی می کند(۸). موارد بی شماری از هویت‌های لکه دار شده می‌توان ذکر کرد که تصور از خود، عزت نفس و اعتماد به نفس افراد دارای آسیب‌دیدگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب پیامدهای پر دامنه‌ای در تمام زمینه‌های زندگی آنها دارند(۹).

اعتماد به نفس و عزت نفس به عنوان ذخیره‌ای درونی در برقراری عملکرد درست اجتماعی در شرایط حمایت - تنش زا و حفظ سلامت اهمیت دارد(۱۰). محققان نشان دادند که کاهش عزت نفس در نوجوانان، به عنوان یک عامل خطر برای برآیندهای عمده زندگی عمل کرده و سلامت فیزیکی و روانی ضعیف در بزرگسالی، رفاه

اقتصادی نامطلوب، و سطوح بالای فعالیت مجرمانه در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کند(۱۱).

عزت نفس آسیب‌دیده، تحمل شرایط دشواری را که افراد در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شوند، غیرممکن می‌سازد و برای آن‌ها پیامدهای روانی و جسمانی زیان آوری به بار می آورد(۱۲). از آن جایی که عزت نفس پایین در بیماری‌های مزمن تأثیر منفی در برقراری روابط بین فردی، تفکر، احساس و عملکرد بیماران دارد بررسی آن به عنوان یک نکته کلیدی حائز اهمیت است(۱۳). عزت نفس در بهداشت و سلامت روانی افرادنیز نقش محوری و مؤثری بازی می‌کند و می تواند بعنوان یک حائل در مقابل اثرات عوامل آسیب‌زا عمل کند(۱۴).

آنچه Link و همکاران (۱۵) در مطالعه خود نشان دادند این بود که استیگما و عزت نفس رابطه معنادار و معکوسی با هم دارند. Okhakhume (۱۶) در مطالعه خود تأثیر معنادار عزت نفس و خودکارآمدی بر استیگمای اجتماعی را نشان داد. در یک مطالعه نشان داده شد که افراد با علائم سندروم نقص ایمنی اکتسابی، از سوی آزادی که بیماری آنها را واگیردار تلقی می‌کنند، ناخوشایند توصیف شوند و این باعث می‌شود آنها از دیگران کناره‌گیری کنند، احساسات خودشان را برملا نکنند، از نظر اجتماعی منزوی شده و عزت نفس‌شان آسیب ببیند(۱۷). همچنین، نشان داده شد که افرادی با سندروم نقص ایمنی اکتسابی، نوعی استیگما را تجربه کرده و این امر باعث می‌شود تا آنها دارای یک خودپنداره منفی کسب نمایند(۱۸).

پژوهش‌های انجام شده درباره سبب‌شناسی یا برآیندهای استیگمای ادراک‌شده در ایران، بسیار محدود است. غالب این پژوهشها، بر استیگما بعنوان یک برآیند ناشی از نقائص یا آسیب‌ها تمرکز داشتند. برای مثال، استیگما و ناباروری (۱۹)، استیگما و نشانگان سندروم داون در فرزندان (۲۰)، استیگما و بیماریهای اعصاب و روان (۲۱)، استیگما و رابطه بیمار ـ پزشک (۲۲). تاکنون هیچ پژوهشی درباره اثرات و برآیندهای استیگمای ادراک شده، به ویژه در بیماران با علائم نقص ایمنی در ایران انجام نشده است. بنابراین، از این رو پژوهش حاضر برآیندهای روانی ـ اجتماعی استیگمای ادراک‌شده در بیماران با سندروم نقص ایمنی اکتسابی را مورد بررسی قرار داده است.

## روش کار

این مطالعه در قالب یک طرح توصیفی از نوع همبستگی و به صورت مقطعی انجام شد. داده‌های این مطالعه، از ۶۳ بیمار با سندروم نقص ایمنی اکتسابی جمع-آوری شدند. این بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیمارانی که در مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری یزد دارای پرونده بوده‌اند و در فاصله خرداد ماه تا دی ماه ۱۳۹۱ به این مرکز مراجعه کرده‌اند، انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه لازم، از فرمول نمونه‌گیری کاکران استفاده شد. به دلیل فقدان در دسترس بودن واریانس متغیر عزت نفس در افراد مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی، نخست یک پیش‌آزمون بر روی ۲۰ نفر از بیماران مذکور انجام شد. سطح اطمینان در این مطالعه، ۹۵ درصد با حد اشتباه برآورد ۵ درصد بود. معیار ورود به مطالعه، تشخیص قطعی سندروم نقص ایمنی اکتسابی، دارا بودن پرونده پزشکی در مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری یزد، و موافقت بیمار برای شرکت در مطالعه بود. بنابراین، افرادی که وجود علائم HIV در آنها از سوی پزشک تأیید نشده بود و رضایت خود را در خصوص مشارکت در تکمیل پرسشنامه اعلام نکرده بودند از مطالعه خارج شدند.

تعداد نمونه‌هایی که فاقد شرایط ورود به مطالعه بودند، ۲۴ نفر بود. محققان، پس از دریافت موافقت شفاهی از مسئول مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری یزد و هماهنگی با دو تن از مشاوران مرکز، ۶۳ نفر از بیماران با علائم اختلال نقص ایمنی را انتخاب کردند. پس از چند ساعت گفتگو با مشاوران مرکز درباره اهداف مطالعه، ویژگیهای ابزار سنجش و چگونگی تکمیل پرسشنامه، رضایتنامه‌ای در مورد شرکت در مطالعه در اختیاز نمونه ها قرار گرفت. سپس، بیمارانی که موافقت خود را برای شرکت در مصاحبه اعلام کرده بودند از سوی مصاحبه‌کنندگان برای تکمیل پرسشنامه دعوت شدند. در این مطالعه از ابزار زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

۱- پرسشنامه مشخصه‌های اجتماعی- جمعیت شناختی: این مشخصه‌ها شامل متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شیوه ابتلاء، مدت زمان ابتلاء و سابقه ابتلاء به HIV در خانواده و خویشاوندان بود.

۲- مقیاس استیگما در بیماران با علائم HIV: برای سنجش استیگمای ادراک‌شده از مقیاس اصلاح شده استیگما در بیماران با علائم نقص ایمنی (۷) استفاده شد. این مقیاس مرکب از ۲۰ ماده بود که براساس یک طیف چهار درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری شده بود. ماده‌های این مقیاس، از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) بارم‌بندی شده بود. دامنه نمره این مقیاس، ۲۰ الی ۱۰۰ بود. نمرات بالاتر، نشانگر استیگمای ادارک شده بالاتر بود. این ابزار پیش از این در مطالعات متعددی در سایر کشورها بکار گرفته شده است(۷،۲۳).

با توجه به اینکه این مقیاس تاکنون در ایران مورد استفاده قرار گرفته قرار نگرفته بود، بنابراین، پس از برگرداندن این مقیاس به زبان فارسی توسط محقق، در اختیار یک مترجم قرار گرفت تا پرسشنامه را به زبان انگلیسی برگرداند. سپس بار دیگر این پرسشنامه را به زبان فارسی ترجمه و دو پرسشنامه با یکدیگر تطبیق داده شدند.

با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، بر روی ۲۰ آیتم، ۴ عامل شناسایی شدند. این عوامل عبارتند از استیگمای شخصی شده، دغدغه افشاء، خودانگاره منفی، و نگرانی درباره نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به سندروم نقص ایمنی. میزان پایایی درونی مقیاس استیگمای ادراک‌شده با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به طور کلی برابر با ۰/۸۵و برای خرده مقیاس‌های استیگمای شخصی شده، دغدغه افشاء، خودانگاره منفی، نگرانی درباره نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به سندروم نقص ایمنی به ترتیب برابر با ۰/۸۳۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶و ۰/۷۱ بدست آمد. این مقادیر در سطح آلفای کرونباخ ۰/۰۵ معنادار هستند.

۳- مقیاس عزت نفس: برای سنجش عزت نفس، از مقیاس عزت نفس Rosenberg Self – Esteem Scale (RSES) (۲۴) استفاده شد. این مقیاس مرکب از ۱۰ ماده است. همه عبارات این مقیاس براساس یک طیف ۵ درجه‌ای (خیلی موافق تا خیلی مخالف) نمره‌گذاری می شوند. دامنه نمره این مقیاس، ۱۰ الی ۵۰ می‌باشد. مقدار همسانی درونی مقیاس عزت نفس، در مطالعه Kendler, Myers & Neale (۲۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شد. در مطالعه Tafarodi & Sawan (۲۶) ضریب پایایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد، ۰/۸۰ محاسبه شد که در سطح مطلوبی قرار داشت. در ایران، پایایی و اعتبار مقیاس عزت نفس در مطالعات متعدد تایید شده است. در مطالعه مسعودنیا (۲۷)، بر روی دانشجویان دوره کارشناسی، ابتدا با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، با روش چرخش واریماکس بر روی ۱۰ آیتم، ۲ عامل مشخص شدند.

این عوامل عبارتند از: ارزیابی از خود ( ارزیابی فرد از ویژگی‌های خود، بویژه توانایی‌های خود) و پذیرش خود (میزانی که فرد از خود شادمان می‌شود و خودش را قبول دارد). ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس های ارزیابی خود و پذیرش خود به ترتیب برابر با ۰/۷۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد که در سطح مطلوبی قرار داشتند. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی مقیاس عزت نفس برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۱ و برای مؤلفه‌های ارزیابی از خود و پذیرش خود به ترتیب برابر با ۰/۷۷ و ۰/۷۵ محاسبه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفتند. با استفاده از آزمون مرتبه صفر پیرسون، همبستگی بین متغیرهای عزت نفس و استیگمای ادراک‌شده سنجیده شد. همچنین، از آزمون های تی و انالیز واریانس یکطرفه برای مقایسه میانگین‌های آزمودنی‌ها با توجه به ویژگی‌های دموگرافیک استفاده شد. از روش تحلیل رگرسیون چندگانه با روش سلسله مراتبی برای تعیین سهم متغیر عزت نفس در بروز استیگمای

ادراک‌شده در بیماران با علائم سندروم نقص ایمنی استفاده گردید.

**نتایج**

تعداد ۶۳ نفر (۴۸ مرد و ۱۵ زن) از افراد بیمار با علائم سندروم نقص ایمنی مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۴ تا ۵۶ سال با میانگین ۷/۷۷ ± ۳۶ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۲۸/۶ درصد از پاسخگویان، مجرد، ۶۰/۳ درصد متأهل و ۱۱/۱ درصد، بی همسر بر اثر فوت یا طلاق بوده‌اند. میانگین تحصیلات پاسخگویان ۸ کلاس بوده است. نحوه ابتلاء به بیماری در بین پاسخگویان به ترتیب اعتیاد تزریقی ۳۳ نفر (۵۲/۴)، آمیزش جنسی ۱۷ نفر (۲۷٪)، نامشخص ۹ نفر (۱۴/۳)، خون و فرآورده‌های خونی ۳ نفر (۴/۸٪) و انتقال از مادر به جنین ۱ نفر (۱/۶٪) بوده است. طول مدت ابتلاء به ایدز بین ۱ تا ۱۵ سال با میانگین ۷/۸۵ ± ۳/۱۵ بود. مدت زمان آگاهی یافتن پاسخگویان از بیماریشان بین ۱ تا ۱۵ سال با میانگین ۷/۰۸ ± ۳/۲۶ سال بود. سابقه ابتلاء به بیماری در بین خانواده و خویشاوندان بیماران به ترتیب ۵۸ نفر (۹۲/۱٪) سابقه‌ای ابتلا به ایدز در بین خانواده و خویشاوندان خود نداشته‌اند و تنها ۵ نفر (۸/۹٪) سابقه ابتلا به ایدز در بین خانواده و خویشاوندان خود را گزارش کردند.

نتایج نشان داد (جدول ۱) که تفاوت معناداری بین بیماران با ویژگیهای اجتماعی ـ جمعیت‌شناختی مختلف از نظر استیگمای ادراک‌شده وجود نداشت.

همبستگی منفی معناداری بین استیگمای ادراک-شده با متغیر عزت نفس ($r = -۰/۲۸۴$ ، $P<۰/۰۵$) به طور کلی وجود داشت. همچنین، همبستگی منفی معناداری بین استیگمای ادراک‌شده با نخستین مؤلفه‌ی عزت نفس، یعنی، پذیرش خود ($r = -۰/۵۰۰$، $P <۰/۰۱$)، وجود داشت. اما بین استیگمای ادراک‌شده و دومین مؤلفه‌ی عزت نفس، یعنی ارزیابی از خود رابطه معناداری مشاهده نشد ($r = ۰/۰۴۲$، $P >۰/۰۵$). در خصوص رابطه مؤلفه‌های استیگمای ادراک‌شده و عزت نفس نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای اجتماعی- جمعیت شناختی استیگمای ادراک‌شده در تبیین واریانس عزت نفس بیماران مبتلاء به ایدز، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه سلسله مراتبی در دو مرحله انجام شد. نتایج جدول شماره ۳ نشان داد که متغیرهای دسته اول (اجتماعی- جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های بیماری) که در مرحله اول وارد شدند، با مقدار ($R^2Adj = -۰/۰۰۳$، $P >۰/۰۵$، $F = ۰/۹۷۹$) سهمی قابل توجهی در پیش‌بینی و تبیین واریانس عزت نفس نداشتند. با نگاه به ضریب بتای متغیرهای جنس ($P > ۰/۰۵$، $\beta = -۰/۰۷۱$)، سن ($P > ۰/۰۵$، $\beta = -۰/۲۶۱$)، وضعیت تأهل ($P > ۰/۰۵$، $\beta = ۰/۲۲۲$)، میزان تحصیلات ($P < ۰/۰۵$، $\beta = -۰/۲۸۹$)، مدت زمان آلودگی به ویروس HIV ($P > ۰/۰۵$، $\beta = ۰/۲۰۶$) و سابقه ابتلاء به ایدز در خانواده و خویشاوندان ($P > ۰/۰۵$، $\beta = ۰/۰۹۰$) و نحوه آلودگی به ویروس HIV ($P > ۰/۰۵$، $\beta = ۰/۱۰۵$) مشخص می‌شود که از میان متغیرهای اجتماعی- جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های بیماری، تنها متغیر تحصیلات از بتای مناسبی برخوردار بوده و سایر متغیرها، فاقد توان پیش-بینی استیگمای ادراک‌شده در بین بیماران مبتلاء به ایدز بودند. در مرحله دوم، متغیر اصلی تحقیق، یعنی استیگمای ادراک شده وارد مدل شد. این متغیر، با مقدار ($Adj.\ R^2 = ۰/۲۳۱$، $P <۰/۰۱$، $F = ۸/۷۸۰$)، ۲۳/۱ درصد از واریانس عزت نفس را تبیین کرد. در مجموع، مدل موفق شد با مقدار: ($R^2Adj = ۰/۲۳۱$؛ $R^2 = ۰/۳۷۲$؛ $P <۰/۰۱$، $F = ۸/۷۸۰$) ۲۳/۴ درصد از واریانس عزت نفس را تبیین نماید. نتایج تحلیل واریانس یکطرفه ($P <۰/۰۱$، $F = ۲/۶۴۲$) نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنادار است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معناداری میان مردان و زنان با علائم نقص ایمنی از نظر استیگمای ادراک‌شده وجود نداشت. همچنین، بیماران با وضعیت‌های مختلف تأهل، تفاوتی با یکدیگر از نظر استیگمای ادراک

شده نداشتند. شیوه ابتلای به ویروس ایدز نیز تفاوتی در میزان استیگمای ادراک شده بیماران ایجاد نکرده بود.

نتایج در خصوص رابطه میان استیگمای ادراک شده ناشی از سندروم نقص ایمنی و عزت نفس نشان داد که همبستگی منفی معناداری میان استیگمای ادراک شده با متغیر عزت نفس وجود داشت. بیمارانی که به برچسب منتج به ننگ یا استیگما را باور داشتند از عزت نفس پایین‌تری برخوردار بودند. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که متغیر استیگمای ادراک‌شده تنها با مؤلفه‌ی پذیرش خود همبستگی منفی معناداری داشت.

از سوی دیگر برای رابطه مؤلفه‌های استیگمای شخصی با مؤلفه‌های متغیر عزت نفس نتایج نشان داد که همبستگی منفی معناداری میان مؤلفه استیگمای شخصی با متغیر عزت نفس و با مؤلفه‌های ارزیابی خود و پذیرش خود وجود داشت. به عبارتی در بیمارانی که دارای تجارب شخصی منفی بوده و ترس این بیماران از طرد شدن به علت آلودگی به HIV و همچنین با ترس از تبعات آگاهی مردم به آلودگی این افراد به HIV مانند از دست دادن دوستان، احساس خودداری مردم از رویارویی با آن‌ها و غیره مواجه بودند، از عزت نفس پایین‌تری برخوردار بوده‌اند.

همچنین همبستگی منفی معناداری میان مؤلفه خودانگاره منفی با متغیر عزت نفس وجود داشت. به علاوه مؤلفه خودانگاره منفی تنها با مؤلفه‌ی پذیرش خود همبستگی منفی معنی‌داری داشت. به عبارتی بیمارانی که به دلیل ابتلا به سندروم نقص ایمنی، احساسی شرم و گناه دارند و اینکه به خوبی دیگران نیستند، از عزت نفس پایینی برخوردارند. معمولاً این افراد باورهای مثبت کمتری نسبت به خود دارند و کمتر خود را می‌پذیرند. عزت نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد میگردد و متقابلاً، تصویر ذهنی که به هر صورتی دستخوش تغییر شده باشد منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی می‌شود(۲۸). همچنین مؤلفه نگرانی از افشاء تنها با مؤلفه‌ی پذیرش خود همبستگی منفی معنی‌داری داشت. افرادی که در رابطه با بیماری خود کمتر با دیگران صحبت می‌کنند و همیشه نگران افشای وضعیت خود هستند نیز باورهای مثبت کمی نسبت به خود دارند.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی نیز نشان داد که ضمن کنترل متغیرهای اجتماعی – جمعیت‌شناختی، مانند: جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت زمان آلودگی به ویروس HIV ، سابقه ابتلاء به ایدز در خانواده و خویشاوندان و نحوه آلودگی به ویروس اچ. آی. وی، متغیر استیگمای ادراک‌شده و مؤلفه‌های آن، توانستند درصد بالایی از میزان واریانس عزت نفس را تبیین نمایند.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیقات متعددی در یک راستا بوده و آن‌ها را تأیید می‌کند (۱۷،۲۹) اما با یافته‌های یونسی و همکاران(۱۹) همخوانی نداشت.پژوهش‌های متعددی رابطه میان استیگمای ادراک شده و کاهش عزت نفس را تأیید کردند(۳۰،۳۲). این پژوهش‌ها نشان دادند که استیگمای ناشی از ایدز، بعنوان یکی از مهمترین شرایط ایجاد کننده استیگما، خطر کاهش عزت نفس را افزایش داده و حتی می‌تواند خطر ایدز را نیز افزایش دهد.

در مطالعه Okhakhume (۱۶)، در رابطه با تأثیر عوامل روانی بر خود و استیگمای ادراک‌شده و اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم در بیماران مبتلا به بیماری روانی، نتیجه این بود که عزت نفس و خودکارآمدی تأثیر معناداری بر خودانگ‌زنی دارند. همچنین، Zea و همکاران (۳۳) در مطالعه خود دریافتند که کیفیت حمایت اجتماعی، عزت نفس افراد مبتلا به ایدز را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

این که چرا افراد مبتلا به سندروم نقص ایمنی در مطالعه حاضر از عزت نفس پایینی برخوردارند، تبیین‌های متعددی وجود دارد. یک تبیین آن می‌تواند این نکته باشد که عزت نفس تا حد زیادی برآیند برخورد دیگر افراد اجتماع با فرد است. متأسفانه به دلیل باور غلطی که در جامعه ما در مورد این که تنها راههای انتقال ایدز را از

طریق تماس جنسی، همجنس‌گرایی و اعتیاد تزریقی می‌داند، بیماران با علائم ایدز را در ردیف منحرفان اجتماعی قرار می‌دهند. این برداشت غلط منجر به رفتارهای غلط با این بیماران می‌گردد که عزت‌نفس این افراد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از پیامدهای بیماری یا معلولیت بلندمدت برای فرد آن است که احساس هویت فرد، یعنی تصور وی درمورد اینکه چه کسی است و چگونه نگریسته می‌شود، را تغییر می‌دهد. شکل‌گیری این هویت، از راه کنش متقابل اجتماعی اتفاق می‌افتد. داغ یا استیگما، حاصل ایجاد شکاف میان هویت اجتماعی بالقوه، یعنی آن چیزی‌که ما دربارهٔ خود و دیگران فکر می‌کنیم و هویت اجتماعی بالفعل است. افرادی که میان دو نوع هویت آنها، شکاف ایجاد شود، هویت آنها به اصطلاح «ضایع» می‌شود. افرادی که بدنام می‌شوند، هم هویت اجتماعی آنها، یعنی تعامل آنها با دیگران، و هم هویت شخصی آنها، یعنی خودپندارهٔ آنان، ضایع می‌شوند.

ضایع شدن و تباهی هویت اجتماعی افراد، منجر به کاهش احترام و عزت نفس آنها می‌شود. به دلایل مختلف، ابتلای به ایدز در بیشتر فرهنگ‌ها و از جمله فرهنگ ایرانی، بدنام‌کننده‌تر از سایر بیماری‌ها هستند.

بنابراین اگر بیماری نشانهٔ انحراف است، پس بدیهی است که برخی از بیماری‌ها، نشانهٔ انحراف‌های بزرگ‌تر هستند و افرادی که به چنین بیماری‌هایی مبتلا می‌شوند، به‌عنوان کسانی‌که غیرعادی و نابهنجار هستند، بدنام می‌شوند(۳۴). به لحاظ اجتماعی، افراد زمانی بدنام می‌شوند که از سوی دیگران، از برخی جهات، فرومایه یا پست شمرده شوند. این امر سبب می‌شود که آنها، از پذیرش اجتماعی کامل، محروم شوند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌های بوده است که در نتیجه آن، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت پذیرد. یکی از محدودیت‌های آن، تعداد نسبتاً اندک نمونه مطالعه و غیر تصادفی بودن نحوه انتخاب آنها بوده است که کار تخمین و ارزیابی دقیق واریانس را اندکی دشوار می‌کند.

**تقدیر و تشکر**

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند تا مراتب سپاس خود را از کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده‌های مطالعه به ما یاری رساندند، به ویژه مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی و پرسنل مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری و بیماران مبتلا به HIV یزد اعلام دارند.

جدول شماره (۱): ویژگی های جمعیت شناختی بیماران با علائم سندروم نقص ایمنی و رابطه آنها با استیگمای ادراک‌شده

| متغیر و زیر گروه ها | | تعداد (درصد) | میانگین ± انحراف معیار | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|
| جنس | مرد | (۷۶/۲)۴۸ | ۷۵/۰۶ ±۱۴/۳۳ | ۰/۴۷۷* |
| | زن | (۲۳/۸)۱۵ | ۷۱/۹۱ ±۱۱/۵۴ | |
| وضعیت تأهل | مجرد | (۲۸/۶)۱۸ | ۶۷/۸۳ ±۱۱/۲۳ | ۰/۳۱۸** |
| | متأهل | (۶۰/۳)۳۸ | ۷۴/۰۵ ±۱۱/۶۹ | |
| | سایر | (۱۱/۱)۷ | ۸۳ ±۱۴/۶۹ | |
| نحوه ابتلا به بیماری | اعتیاد تزریقی | (۵۲/۴)۳۳ | ۷۲/۰۳ ±۱۱/۵۹ | |
| | آمیزش جنسی | (۲۷)۱۷ | ۷۳/۶۴ ±۱۲/۰۴ | ۰/۹۰۴** |
| | سایر | (۷۳)۱۳ | ۷۳ ±۱۴/۷۰ | |

* آزمون t مستقل؛ ** آنالیز واریانس یکطرفه

جدول شماره (۲): ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین استیگمای ادراک‌شده و عزت نفس

| | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی از خود | ۱ | | | | | | | |
| پذیرش خود | ۰/۱۴۷ | ۱ | | | | | | |
| عزت نفس (کل) | ۰/۷۸۵GG | ۰/۷۲۸GG | ۱ | | | | | |
| استیگمای شخصی‌شده | -۰/۰۴۷ | -۰/۴۶۷** | -۰/۳۲۵GG | ۱ | | | | |
| خودانگاره منفی | ۰/۰۸۵ | -۰/۵۴۷GG | -۰/۴۰۱GG | ۰/۴۹۵GG | ۱ | | | |
| نگرانی از افشاء | ۰/۱۸۸ | -۰/۲۹۰G | -۰/۰۵۲ | ۰/۴۹۰GG | ۰/۳۸۵GG | ۱ | | |
| نگرانی از نگرش درمورد افراد با HIV | ۰/۱۰۳ | -۰/۰۶۶ | ۰/۰۳۰ | ۰/۱۷۵ | ۰/۳۰۸G | ۰/۲۸۵G | ۱ | |
| استیگمای ادراک‌شده (کل) | ۰/۰۴۲ | -۰/۵۰۰GG | -۰/۲۸۴G | ۰/۸۴۲GG | ۰/۷۰۸GG | ۰/۷۶۵GG | ۰/۵۰۳GG | ۱ |

GP<۰/۰۵ ،GGP<۰/۱

جدول شماره (۳): رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر عزت نفس با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی و استیگمای ادراک‌شده

| مرحله | متغیر | بتا | آزمون تی | سطح معناداری | مجذور آر | مجذور آر تنظیم شده | F تغییریافته | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | متغیرهای اجتماعی- جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های بیماری | | | | ۰/۱۴۷ | ۰/۰۰۳ | ۰/۹۷۹ | ۰/۴۷۵ |
| | جنس | -۰/۰۷۱ | ۰/۴۱۹ | ۰/۶۷۷ | | | | |
| | سن | -۰/۲۶۱ | -۱/۵۳۱ | ۰/۱۳۲ | | | | |
| | وضعیت تأهل | ۰/۲۲۲ | ۱/۴۴۲ | ۰/۱۵۵ | | | | |
| | تحصیلات | -۰/۲۸۹ | -۲/۰۸۱ | ۰/۰۴۲* | | | | |
| | نحوه آلودگی به HIV | ۰/۱۰۵ | ۰/۵۹۴ | ۰/۵۵۵ | | | | |
| | مدت زمان آلودگی به ویروس اچ. آی. وی | -۰/۲۰۶ | -۰/۷۶۳ | ۰/۴۴۹ | | | | |
| | سابقه ابتلاء به ایدز در خانواده و خویشاوندان | ۰/۰۹۰ | ۰/۶۵۰ | ۰/۵۱۹ | | | | |
| ۲ | استیگمای ادراک‌شده | | | | ۰/۳۷۲ | ۰/۲۳۱ | ۸/۷۸۰ | ۰/۰۰۰۱** |

$R^2Adj$ =۰/۲۳۴؛ F(۸،۲۰) = ۲/۶۴۲ ،P >۰/۰۱۵ * p<۰/۰۵ ؛** P <۰/۰۱ Total $R^2$ = ۰/۵۱۹ ؛

## Rererences:


1-Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F, Jabari H, Abdollahi M. A efficacy of AIDS prevention training program on knowledge, attitude and practice of Chabahar sailors, Iran. Tabib-E-Shargh. 2006; 1(8): 29-36. Persian.

2-Aranda A, Naranjo B. Quality of life in HIV positive patient. J Assoc Nurses AIDS care. 2004; 15: 265-273.

3-Yang LH, Kleinman A, Linka BG. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Soc Sci Med. 2007; 64(7): 1524-1535 .

4-Dovidio JF, Major B, Crocker J. Stigma: Introduction and overview. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, Editors. The social psychology of stigma. New York: Guilford Press; 2005. p. 1-28.

5-Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. Annual Rev Psychol. 2005; 56: 393-421.

6-Overton SL, Medina SL. The stigma of mental illness. J Counsel Develop. 2008; 86: 143-151.

7-Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. Res Nurs Health. 2001; 24: 518-529.

8-Branden N. The psychology of self-esteem. Translated by: Hashemi J. Tehran: Free Press; 1389. Persian.

9-Ablon J. The nature of stigma and medical condition. Epilepsy Behav. 2002 Dec;3(6S2):2-9.

10-Ruth L. A longitudinat study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: An Australian case study. J Advan Nurs. 2002; 39(2):119-126.

11-Erol RY, Orth U. Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. J Personal Soc Psychol. 2011; 101(3): 607– 619.

12-Grossman R, Wirt R. Stress, self-esteem, and mental health: How does gender make a difference? J clin psychol. 2004; 68(8): 57-68.

13-Samochowiec J. Self-perception among patients with multiple sclerosis. Arch Psychiat Psychotherapy. 2010; 3:63-8.

14-Orth U, Robins RW, Meier LL. Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. Personal Process Individual Differ. 2009; 97, 307- 321.

15-Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiat Serv. 2001; 52(12): 53-62.

16-Okhakhume AS. Influence of Psychological Factors on Self and Perceived Stigma and the Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Symptoms Reduction among Mentally Ill Patients. LPsychol. 2012; 20(2): 32-45.

17-Bezuidenhoudt C, Elago H, Kalenga E, Klazen S, Nghipondoka K, Ashton D. The Psychological impact of HIV/AIDS: People are more than statistics. Namibia: Future Leaders Summit, University of Namibia; 2015.p. 18-23.

18-Yang HJ, Lee HK, Kim MR. The Concept Analysis of Body Image of People Living with HIV/AIDS. Int J Bio-Sci Bio-Tech. 2015; .7 (4): 315-324.

19-Younesi SJ, Akbari Zardkhane S, Behjati Ardekani Z. Evaluating stigma among infertile men and women in Iran. J Reproduc Infertil. 2005; 4(3): 531-545. Persian.

20-Rezaee Dehna S, Nori A, Jafari M, Faramarzi S. Investigating stigma phenomenon among mothers with Down syndrome children in Isfahan: A psycho-social approach. J Fam Res. 2008; 5(3): 401-416. Persian.

21-Nojomi M, Malakouti SK, Ghanean H, Joghataei MT, Jacobson L. Mental illness stigma in city of Tehran, 2009. Razi J Med Sci. 2010; 17(78 & 79): 45-52. Persian.

22-Tavakol M, Nikayin D. Stigmatization, doctor-patient relationship, and curing HIV/AIDS patients. J Bioeth. 2012; 2(5):11-43. Persian.

23-Barbara E. Berger, Carol Estwing Ferrans, Felissa R. Lashley. Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. Res Nurs Health. 2001; 24: 518-529.

24-Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

25-Kendler KS, Myers JM, Neale MC. A multidimensional twin study of mental health in women. Am J Psychiat. 2000; 157:506-513.

26-Tafarodi RW, Sawan WB. Two dimensional self-esteem: Theory and measurement. Personal Ind Dif. 2001; 31: 653-675.

27-Masoudnia EA. Survey of Relationship between Self-esteem and Social Anxiety among Undergraduate Students. Daneshvar (Raftar) Clin Psy & Personal. 2009, 1(37): 49-58. Persian.

28-Castrighini CC, Reis RK, Neves LADS, Brunini S, Canini SRMS, Gir E. Evaluatuion of self-esteem in people living with HIV/AIDS in the city of Ribeirao Preto, state of Sao Paulo, Brazil. Text Cont Nurs Florianópolis. 2013; 22(4): 1049-55.

29-Fraser C. The relationship between self-efficacy, self-esteem, hope, and disability in individuals with multiple sclerosis. Sigma Theta Tau Int. 2005; 12(3):150-7.

30-Jimenez J, Puig M, Sala A, Ramos J, Castro E, Morales M, et al. Felt Stigma in injection drug users and sex workers: focus group research with HIV-risk populations in Puerto Rico. Qual Res Psychol. 2011; 8: 26 – 39.

31-Latkin C, Srikrishnan AK, Yang C, Johnson S, Solomon SS, Kumar S. The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. Drug Alc Dep. 2010; 110: 221 – 227.

32-Simmonds L, Coomber R. Injecting drug users: a stigmatized and stigmatizing population. Int J Drug Policy. 2009; 20: 121 – 130. 24.

33-Zea MC, Reisen CA, Poppen PJ, Bianchi FT, Echeverry JJ. Disclosure of HIV status and psychological well-being among Latino gay and bisexual men. AIDS Behav. 2005; 9:15–26.

34-Masoudnia E. Medical sociology. Tehran: Tehran University Press; 2011. Persian.

# Impact of Perceived Social Stigma on Self-esteem in Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome

**By:** Masoudnia E[1*], Chenani Nasab H[2]

1-Department of Social Sciences, Associate Professor, School of Litrature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
2-PhD Candidate in Sociology, School of Litrature and Humanities, Mazandaran University, Babolsar, Iran

Received: 2014/07/14 Accepted: 2014/10/01

**Abstract:**

**Introduction:** Psychosocial consequences of Humanity Immunity Virus infection may create more problems than disease itself. One of the psychosocial consequences of perceived social stigma in patients with acquired immunodeficiency syndrome is decrease of self-esteem, because this disease has numerous negative effects on self-esteem of patients through cognitive and psychological changes.

**Objectives**: The aim of this study was to determine the relationship between perceived social stigma and self-esteem among patients with AIDS.

**Methods:** This study was conducted with correlation and cross-sectional design. Data were collected from 63 patients with HIV symptoms who referred to Yazd behavioral disease clinic in 2012. These patients were chosen by convenience sampling method. Sample size was determined using Cochran formula. Measuring tools included Rosenberg Self-esteem Scale and Perceived Stigma Questionnaire and reliability of tools was calculated using Alpha Cronbach. Data were analyzed using zero-order Pearson correlation, independent t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and the hierarchical multiple regression methods.

**Results:** Sixty-three patients (48 men and 15 women) with symptoms of immune deficiency syndrome were studied. Participants aged between 14 and 56 years with an average of 36±7.77 years. Mode and number of HIV infection included: drug injection 33 (52.4 percent), sexual intercourse, 17 (27%), unknown 9 (14.3%), blood and blood products 3 (4.8%) and transmission from mother to fetus 1 patients (1.6%). Also, the duration of HIV infection was between 1 and 15 years with an average of 3.15 ± 7.85. There was no significant difference between men and women with symptoms of immunodeficiency in terms of perceived social stigma. Also, way of contracting the HIV virus did not make a difference in patients' perceived stigma. There was reversed significant correlation between perceived social stigma and self-esteem ($P<0.01$) and component self – acceptance ($p<0.01$). Also, there was reversed significant correlation between components of perceived stigma, personal stigma and self-esteem ($P<0.05$), and negative self-image and self-esteem ($P<0.01$). Hierarchical multiple regression analysis showed that the first group of variables (socio-demographic and clinical characteristics of patients) included in the first stage, did not share in explaining the variance in self-esteem. In the second stage, and with the arrival of perceived social stigma variables in the model, this variable could explain for 23.4% of variance in self-esteem (Adj. $R^2 = 0.234$).

**Conclusion:** Perceived social stigma acts as a risk factor for decease of self-esteem in patients with HIV/AIDS. Therefore, presenting proper socio-cultural interventions to these patients, families and people to correct their beliefs regarding HIV can help promote patients' self-esteems.

**Key words: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Social Stigma, Self Concept**

***** Corresponding Author: Ebrahim Masoudnia, Rasht, School of Litrature and Humanities
Email: masoudnia@guilan.ac.ir