

## داغ‌ننگ؛ مروری سیستماتیک بر مطالعات انجام شده در ایران\*

مهلا محمدی،\* حسین اکبری،\*\* مجید فولادیان\*\*\*

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۵)

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف شناخت فرایند داغ‌ننگ در بستر جامعه ایران، به بررسی سیستماتیک ادبیات این حوزه پرداخته است. بنابراین پس از طی فرایند سه مرحله‌ای مرور سیستماتیک، ۶۶ مقاله جهت مطالعه شناسایی شد. براساس نتایج، داغ‌ننگ شامل سه مرحله برچسب، پاسخ و پیامد است که در جریان برهم‌کنشی‌ها در بستر اجتماعی، به‌صورت برچسب و اظهارات کنایه‌آمیز مانند توهین و تحقیر، رفتارهای نامناسب مانند خشونت کلامی و اشاره مانند نگاه‌های سنگین بروز می‌کند. در مرحله بعد فرد به‌اتخاذ تدابیر برهم‌کنشی مانند آگاه‌سازی یا غیربرهم‌کنشی مانند پنهان‌کردن و انزواطلبی، جهت مدیریت هویت خود می‌پردازد. آخرین مرحله، طیف وسیع پیامدهای منفی فردی مانند بروز احساسات منفی و اجتماعی مانند طرد و تبعیض است که با داشتن ظرفیت ایجاد چالش در هویت اجتماعی، افراد را از جریان طبیعی زندگی حذف و از حقوق انسانی و شهروندی محروم می‌کند.

مفاهیم اصلی: داغ‌ننگ، فرایند، مرور سیستماتیک.

<http://dx.doi.org/10.22034/jsi.2022.113167.1422>

\* مقاله علمی: پژوهشی

\*. دانشجوی کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

mahla.mohammadi@mail.um.ac.ir

\*\* دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. h-akbari@um.ac.ir

(نویسنده مسئول)

\*\*\* دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. fouladiyan@um.ac.ir

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره بیست و سوم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱، ص ۹۸-۱۳۰

## مقدمه و بیان مسئله

بر اساس دیدگاه کنش متقابل نمادین، انسان‌ها در جریان زندگی اجتماعی و از بطن برهم‌کنشی‌ها به تولید و بازتولید الگوها و هنجارهای رفتار اجتماعی پرداخته و پدیده‌های اجتماعی را بساخت می‌کنند. در این برهم‌کنشی‌ها که در چارچوب فرهنگی حاکم بر جامعه رخ می‌دهد، انسان‌ها تفاوت‌ها را تشخیص داده و مطابق با تفاوت‌ها برای طبقه‌بندی یک‌دیگر، از "برچسب‌های" اجتماعی استفاده می‌کنند (لینک و فلن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). این برچسب‌ها می‌تواند حامل بار منفی، مثبت و یا فاقد بار باشند؛ اما آن‌چه در این‌جا حائز اهمیت است، وجه منفی برچسب‌هاست. به این معنا که هر برچسب با توجه به باورهای مسلط جامعه، اگر به صفات نامطلوب اجتماعی اشاره کند، تبدیل به کلیشه‌ای برای دسته‌بندی افراد شده و آنان را به خصوصیات نامطلوب پیوند می‌دهد؛ سپس اشخاص با قرارگیری در دسته‌های مشخص و مرزبندی بین خود و دیگران، دچار انگ اجتماعی می‌شوند (بکر، ۱۹۶۳؛ لینک و فلن، ۲۰۰۱).

از دیدگاه گافمن هر جامعه‌ای مبتنی بر یک ایدئولوژی اجتماعی است که شامل انتظارات هنجاری است و مادامی که کنش افراد مطابق با نظام هنجاری باشد، فرد عادی نامیده می‌شود و در غیراین صورت، برچسب کم‌ارزش می‌خورد (گافمن، ۱۳۸۶:۹۲). بنابراین داغ‌ننگ یک ویژگی نامطلوب اجتماعی است همچون بی‌خانمانی، فقر، ابتلا به اچ‌ای‌وی و ساکن سکونت‌گاه‌های غیررسمی و حاشیه‌ای بودن (ریبورن و گیتار<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ انگلس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ اکبری و صفری، ۲۰۲۰؛ فاتاح و والترز<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰) که به شکل‌ها تبعیض‌آمیزی بروز می‌کند؛ این شکل‌ها شامل صدازدن نام به گونه‌ای متفاوت، اشاره کردن، سرزنش کردن، نادیده گرفتن، اعمال خشونت و سوء استفاده (نیل<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰) است که موجب تخریب هویت می‌گردد. پس از آن افراد پیامدهای چون بی‌اعتباری و کم‌ارزشی، طردشدگی و تبعیض، سرزنش و تحقیر، کاهش دسترسی به منابعی چون شغل، تحصیلات، بهداشت، محرومیت از مشارکت اجتماعی کامل، از دست دادن موقعیت و پایگاه و تفکر خودکشی را تجربه می‌کنند که موجب بروز خشم، دلخوری و تنهایی می‌شود (بلاک، ۲۰۰۹؛

<sup>۱</sup>. labeling

<sup>۲</sup>. Link & Phelan

<sup>۳</sup>. Rayburn & Guittar

<sup>۴</sup>. Inglis

<sup>۵</sup>. Fattah & Walters

<sup>۶</sup>. Neil

فال<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ پلان و همکاران، ۱۹۹۷؛ کارتی و سوسو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷؛ سیمون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ لینک و فلن، ۲۰۰۱؛ کین و پادیللا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

تجربه‌ی شکل‌گیری داغ ننگ در قالب یک فرایند اجتماعی در جامعه‌هایی که ساختارهای سنتی نفوذ بیشتری دارند، پتانسیل ظهور گسترده‌تری دارد. هرچند جامعه ایرانی جامعه‌ای سنتی به‌معنای ناب آن نیست و تغییرات بسیاری را تجربه کرده است، اما به‌علت وجود برخی دیدگاه‌های سنتی و روابط گرم و درهم‌تنیده میان افراد، در قیاس با جوامع فردگرا زمینه مساعدتری برای برپا ساختن برچسب و داغ اجتماعی در آن فراهم است. به‌عنوان نمونه ادراک انگ‌درونی و بیرونی در مبتلایان به اچ‌ای‌وی در شش استان ایران ۹۸ و ۶۲/۳ درصد است که میزان قابل توجهی است (علینقی و همکاران، ۲۰۱۳)، همچنین ۲۱،۵ درصد افراد دارای داغ ننگ درونی شده چاقی (قانع عزآبادی و قاسمی؛ ۱۳۹۶) و ۳۶،۸ درصد خانواده‌های زندانیان دارای داغ ننگ برهم‌کنشی زیاد می‌باشند (آزاده و مشتاقیان، ۱۳۹۶). حتی مشاهدات تجربی و عینی نشان می‌دهد که گروه‌های گوناگونی از افراد، حتی آنان که خصیصه منفی‌شان در کنترل خودشان نیست هدف داغ قرار می‌گیرند.

مطالعه موضوع‌های مرتبط با داغ ننگ صبغه نسبتاً طولانی در ادبیات خارج از کشور دارد. در ایران نیز در دو دهه اخیر مطالعات مختلفی در این حوزه صورت گرفته‌است. این مطالعات از زوایای گوناگون مانند تجربه و ادراک داغ، عوامل شکل‌گیری داغ، پیامدهای داغ، استراتژی‌های مقابله و ... با رویکردهای کمی و کیفی انجام شده‌است. به‌نظر می‌رسد در این حوزه ادبیاتی غنی وجود دارد اما آنچه به‌عنوان فقدان در ادبیات به‌نظر می‌آید، عدم وجود مطالعاتی از بعد تراکمی و انباشتی با هدف دسته‌بندی و خلق دانش منسجم در خصوص انواع داغ، پیامدها و استراتژی‌های مقابله افراد است. بنابراین تحقیق حاضر با رویکرد مرور نظامند به‌دنبال پاسخ به این پرسش اساسی است که فرایند شکل‌گیری داغ ننگ در جامعه ایران چگونه است؟ عمده گروه‌های هدف داغ کدامند؟ شیوه اعمال داغ چگونه است؟ چه گروه‌هایی به‌اعمال داغ می‌پردازند؟ دلایل اعمال داغ در این مطالعات چه مواردی است؟ افراد عموماً از چه استراتژی‌هایی برای مقابله با داغ استفاده می‌کنند و پیامدهای حاصل از انگ اجتماعی چیست؟

<sup>۱</sup>. Fall

<sup>۲</sup>. M'Carthy & Sossou

<sup>۳</sup>. Simons

<sup>۴</sup>. Keene & Padilla

## ادبیات نظری

اصطلاح داغ ننگ سابقه‌ای طولانی داشته و نخستین بار در یونان باستان استفاده شد که با ایجاد بریدگی و سوختگی بر روی پوست جنایتکاران، بردگان و خائنان (افرادی با خصیصه نامطلوب و برجسته از منظر اجتماعی) آن‌ها را به‌عنوان افراد آلوده یا غیر منطقی معرفی و از دیگران متمایز می‌کردند. اروین گافمن در سال ۱۹۶۳ در کتاب خود "داغ ننگ: تلاشی برای مدیریت هویت تخریب‌شده" به توصیف انگ به‌مثابه یک خصیصه کم‌ارزش‌کننده پرداخت. از منظر وی داغ ننگ ویژگی منفی است، که بین آن با ویژگی‌هایی که در جامعه مطلوب تعریف شده‌است، شکاف وجود دارد. این مفهوم دارای این ظرفیت است که اگر به‌فردی نسبت داده‌شود، هویت وی را متزلزل کند. جهت روشن‌شدن قدرت تضعیف‌کنندگی هویتی این مفهوم، باید اشاره کرد که نه تنها فرد داغ‌خورده بلکه حتی هویت افرادی که با وی در ارتباط هستند نیز تضعیف می‌شود. به این ترتیب این افراد نیز برخی پیامدها و محدودیت‌های داغ را فقط به صرف برهم‌کنشی با افراد دارای نشان، تجربه می‌کنند (گافمن، ۱۳۸۶: ۶۸).

فرد انگ خورده دارای صفاتی است که در جامعه ارزش زیادی ندارد؛ بنابراین نه به‌عنوان یک انسان کامل (همان)، بلکه به‌عنوان انسانی دارای نقص و کمتر از کامل (داویدو و همکاران، ۲۰۰۰) و نمادی از چیزهای منفی، بی‌نظم و منحرف از پدیده‌های "طبیعی" شناخته‌می‌شود (سیمونز و کامبر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ هاپر، ۲۰۰۳). این فرد ویژگی‌ها و شایستگی‌های اجتماعی را ندارد و از مقوله اجتماعی قابل قبول منع شده‌است و از حیث حقوق برابر و دسترسی به منابع اجتماعی شایسته نیست (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۴).

گافمن ننگ را ناشی از تفاوت‌های نامطلوب می‌داند که ظهور آن در برهم‌کنشی‌های اجتماعی است. اساساً انتظارات اجتماعی طی برهم‌کنشی‌های اجتماعی به‌فرد دیکته می‌کنند چگونه باید رفتار کند و چه چیزی باید بداند یا بتواند انجام‌دهد. این انتظارات ریشه در ارزش‌های فرهنگی مشترک داشته و در متن خاصی از فرهنگ و قدرت شکل می‌گیرد و ساختارهای قدرت و دسترسی به قدرت اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در ایجاد آن نقش اساسی دارند (لینک و فلن، ۲۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت انگ ذاتاً اجتماعی و رابطه‌ای است و از برهم‌کنشی با افراد عادی بوجود می‌آید، از قبل نبوده و فاقد اعتبار مستقل است؛ بلکه در فرایند اجتماعی، ناشی از کلیشه‌ها و عقاید منبسط از زمینه‌ها و ساختارهای فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ساخته و ثابت می‌شود (لینک و فلن، ۲۰۰۱: ۳۶۷؛ فارمر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ میجر و ابرین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). به‌این ترتیب یک داغ‌ننگ در یک متن

<sup>۱</sup>. Simmonds & Coomber

<sup>۲</sup>. Farmer

اجتماعی، ممکن است در متن اجتماعی دیگر فاقد این ویژگی باشد؛<sup>۲</sup> چراکه ذاتا ماهیتی پویا داشته و با تغییرات و فرایندهای اجتماعی تغییرمی‌کند (پارکر و آگلتون، ۳، ۲۰۰۳)؛ در عین حال داغ‌ننگ ممکن است زمان‌مند نیز باشد و در طول زمان نیز تغییر یابد. بر این اساس می‌توان گفت داغ‌ننگ امری مکان‌مند و زمان‌مند و متأثر از این دو است.

گافمن از سه منشا متفاوت داغ نام می‌برد: «نخست، معایب جسمانی، دوم نقص‌های مربوط به شخصیت و دسته سوم، داغ‌های قومی- قبیله‌ای یا داغ‌هایی که به‌نژاد، ملیت و مذهب تعلق دارد» (۱۳۸۶: ۳۳-۳۴). او داغ را در دو دسته کلی "بی‌اعتباری" و "احتمال بی‌اعتباری" قرار می‌دهد. «داغ بی‌اعتباری یک ویژگی بی‌اعتبارکننده آشکار بوده و عملاً از ظاهر فرد و نمادهای ظاهری می‌توان آن را دریافت؛ داغ/احتمال بی‌اعتباری نیز پنهان بوده و به‌راحتی فاش نمی‌شود و با آشکار شدن می‌تواند فرد را بی‌اعتبار کند؛ در این حالت فرد تلاش می‌کند تا به‌مدیریت برهم‌کنشی‌های خود با کنش‌گران بپردازد تا داغ وی آشکار نشود» (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۳).

دسته‌بندی‌های دیگری نیز برای داغ ارائه شده‌است، مانند ساختاری<sup>۴</sup>، عمومی (اجتماعی) و درونی (پیش‌بینی شده). ننگ‌ساختاری که در سطح کلان رخ می‌دهد و به تدریج می‌تواند تبدیل به ننگ قانونی شود (سورتنس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱: ۲). ننگ عمومی یا اجتماعی زمانی است که نگرش‌های منفی در بین عموم مردم نسبت به افراد حامل خصیصه منفی شکل می‌گیرد (کارینگان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). ننگ درونی<sup>۷</sup> زمانی است که فرد کلیشه‌های رایج اجتماعی را درونی کرده و پذیرفته‌باشد (همان). انگ درونی خاصیت تداومی دارد و در غیاب عاملان انگ نیز هم‌چنان وجود دارد و فروکش نمی‌کند (فراست<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). لوینگستون<sup>۹</sup> و بوید (۲۰۱۰) نیز از دو نوع داغ‌ننگ نام می‌برند: داغ‌ننگ ادراک شده که آگاهی فرد از ادراکات منفی جامعه نسبت به خود است و داغ‌ننگ معطوف به خود که ارزیابی منفی فرد از خودش را شامل می‌شود. اسکامبلر (۱۹۸۴) هم دو نوع

۱. Major and O'Brien

۲. در این خصوص می‌توان به جامعه آمریکا اشاره داشت که بی‌خانمانی خصیصه‌ای است که با داغ بسیار روبرو می‌شود (فال، ۲۰۱۴)، در حالیکه امکان دارد در بستر کشوری دیگر به عنوان داغ تلقی نشود.

۳. Parker & Appleton

۴. Structural Stigma

۵. Syvertsen

۶. Corrigan

۷. Internalized Stigma

۸. Frost

۹. Livingston

داغ ننگ مطرح می‌کند: «داغ ننگ احساس شده<sup>۱</sup> که همان انتظار در مورد احتمال ایجاد انگ و رفتارهای منفی در صورت آشکار شدن خصیصه منفی است» (یونین و ارنشاو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳)؛ و «داغ ننگ تثبیت شده<sup>۳</sup> که ناشی از مشاهده اقدام‌ها و قضاوت‌های آشکار دیگران است» (اسکامبلر، ۱۹۸۴).

افرادی که داغ می‌زنند، به دنبال توجیه آن هستند، بنابراین در پشت صحنه اعمال داغ سه دلیل اساسی وجود دارد: استثمار و تسلط<sup>۴</sup>، که در این زمینه پاتون (۲۰۱۸) بیان می‌کند دو منبع ارزشمند قدرت و سود می‌تواند محرکی مهم در ایجاد انگیزه انگ زدن به افراد باشد (تیلور و اسلاتر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸)؛ دوم آن که در هر جامعه‌ای، اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، هنجارهایی برای پدیده‌های مختلف وجود دارد که در صورت رعایت نکردن آن‌ها، انگ در قالب مکانیسم اصلاح رفتار با هدف اجرای هنجارها<sup>۶</sup> عمل می‌کند (لینک و فلن، ۲۰۱۳)؛ و دلیل سوم ناشی از این است که برخی خصیصه‌ها تهدید برای سلامت محسوب می‌شوند بنابراین اعمال داغ جهت اجتناب از بیماری<sup>۷</sup> انجام می‌شود (لینک و فلن، ۲۰۱۳: ۵۳۳؛ نبرگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). در واقع مادام که یک توافق جمعی مشترک مبنی بر تهدید بودن گروه بیرونی برای گروه درونی وجود داشته باشد، و گروهی برای سلامت عمومی تهدید تلقی شوند، انگ تسهیل می‌شود، زیرا از این طریق می‌توان افراد را به راحتی شناسایی کرد و تهدید آن‌ها را برطرف کرد (بلچر و دفورگ، ۲۰۱۲).

پس از اعمال داغ بحث مدیریت هویت اهمیت پیدا می‌کند. مباحث مربوط به مدیریت انگ بستگی به نوع انگ، آشکار یا شناخته شده (یک فرد بدنام) در مقابل غیر آشکار یا ناشناخته (یک فرد با احتمال بدنامی) دارد. اگر شخص بدنام شده باشد، مسائل حول مدیریت تنش‌ها است. اما وقتی فردی در موقعیت احتمال بدنامی است، مسائل در درجه اول حول محور مدیریت اطلاعات در مورد نقص است (گافمن، ۱۳۸۶: ۹۲)؛ آیا فرد در مورد نقصش حرف بزند یا خیر، آن را نشان دهد یا خیر، اعتراف کند یا دروغ بگوید؛ و در هر مورد به چه کسی، کجا، چگونه و چه موقع. بنابراین افراد با توجه

۱. Felt stigma

۲. Quinn & Earnshaw

۳. Enacted stigma

۴. Exploitation & domination

۵. Tyler & Slater

۶. Norm enforcement

۷. Disease avoidance

۸. Neuberger

به‌موقعیتی که در آن قرار می‌گیرند و افرادی که با آن‌ها در برهم‌کنشی هستند، از شیوه‌های گوناگونی برای مدیریت استفاده می‌کنند (همان).

براساس دیدگاه برچسب و داغ، پس از اعمال داغ، باورهای کلیشه‌ای درمورد خطرناک بودن شکل می‌گیرد که منجر به فاصله اجتماعی می‌شود (لینک و همکاران، ۱۹۸۷) و افراد صرف‌نظر از ویژگی‌های مثبت، فقط به صرف برچسب زده‌شده، مورد واکنش قرار می‌گیرند (حسینی و متولی زاده نائینی، ۱۳۹۰)؛ این واکنش‌ها افراد را با پیامدهای عاطفی مواجه می‌کند و موجب می‌شود اشخاص خود را سرزنش کنند (بویل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) که این برای آن‌ها با میزان بالایی از استرس و اضطراب همراه است (لینک و فلن، ۲۰۰۶؛ داویدو و همکاران، ۲۰۰۰). هولمن<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) و لینک و فلن (۲۰۰۱) اذعان می‌دارند زمانی که به‌گروهی انگ زده شود، کمتر از انسان عادی و به‌عنوان فردی ناقص تلقی می‌شوند و همین امر، برخورد انسانی با آن‌ها را دشوار می‌سازد، در موقعیت‌های مختلف جامعه نادیده گرفته می‌شوند و به‌طور غیر عمدی از جامعه طرد می‌شوند. بر این اساس نوعی نادیده گرفتن آنها و نیازهای آنها بوجود می‌آید و این واقعیت که این افراد وجود دارند و نیازهایی دارند، در نظر گرفته نمی‌شود. بنابراین، شانس کمی از برخورداری از شغل، تحصیل، بهداشت روانی و جسمی، مسکن و مراقبت پزشکی خواهند داشت (لینک، ۱۹۸۷) و به‌سرعت در سلسله‌مراتب فرومایه اجتماعی قرار می‌گیرند. این فرایند مانع مشارکت اجتماعی آن‌ها در جامعه می‌شود (بویل ۲۰۱۳) که خود به‌تشدید انگ و کاهش یکپارچگی اجتماعی منجر می‌شود.

### روش پژوهش

در این مطالعه از مرور سیستماتیک برای بررسی ادبیات داغ‌نگ استفاده شده است. مرور سیستماتیک بر روی یک سوال یا موضوع فرمول‌بندی شده به‌آنالیز نتایج تحقیقات می‌پردازد و یافته‌ها را منطقی و ساختارمند ارائه می‌دهد (مهر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ ماراسکو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). مرور سیستماتیک در مرتبه دوم تحلیل بوده و با گردآوری یافته‌های پژوهشی، نقاط متفاوت و مغفول مانده را نشان داده و زمینه‌ای برای مطالعات جدید فراهم می‌کند (گوگ و همکاران، ۱۳۹۸: ۵-۶) به‌این ترتیب پژوهش حاضر با بهره‌مندی از مرور سیستماتیک و مطابق با رویکرد تلفیقی<sup>۵</sup>، به‌بررسی

<sup>۱</sup>. Boyle

<sup>۲</sup>. Holleman

<sup>۳</sup>. Moher

<sup>۴</sup>. Marasco

<sup>۵</sup>. Integrative

پژوهش‌های داغ‌نگ پرداخته‌است. رویکرد تلفیقی همزمان هر دو دسته تحقیقات کمی و کیفی را دربرمی‌گیرد تا درک کامل‌تری از پدیده ارائه‌کند (ویت‌مور و نافل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). پروتکل مرور سیستماتیک از سه مرحله تشکیل شده‌است. ابتدا شناسایی کلمات کلیدی مرتبط با موضوع تحقیق در انواع پایگاه داده (پیکرینگ و بایرام<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴)، مرحله دوم ایجاد ساختار پایگاه داده‌ها که شامل معیارهای انتخاب و بازنگری است و مرحله سوم ورود داده‌ها به تحقیق و تهیه جدول خلاصه و تحلیل داده‌هاست (رزالینا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

### معیارهای جست‌وجو، انتخاب و ورود

با توجه به هدف مقاله، محققان تلاش کردند با طی مراحل گوناگون به این مقصود نائل شوند. ابتدا با مطالعه ادبیات، طیف وسیعی از واژگان مرتبط، استخراج و جهت جست‌وجو انتخاب شد. سپس پایگاه‌های معتبر نمایه مقالات شناسایی شدند. بنابراین با استفاده از کلید واژگانی چون داغ ننگ، استیگما، برچسب، انگ، انگ اجتماعی، برچسب اجتماعی، *Stigma of Iranian*، *Stigma in Iran* جست‌وجو در پایگاه‌های نمایه مقالات معتبر شامل مگیران، مرکز مطالعات علمی جهاد دانشگاهی و گوگل اسکالر انجام شد. هیچ محدودیتی جهت بازه زمانی انتشار مقالات اعمال نشد. سپس با توجه به معیارهایی چون منتشرشده در مجلات معتبر، تمرکز بر روی داغ و برچسب و میدان مطالعه کشور ایران، مقالات در مرحله اول انتخاب شدند.

**معیارهای ورود:** به‌طور کلی ۳۴۲ مقاله از چهار پایگاه داده شناسایی و ثبت شد. سپس محققان مقالاتی را که در چند پایگاه نمایه شده بود، به‌صورت دستی از فهرست حذف کردند؛ سپس به‌بررسی مقالات بر اساس عنوان پرداخته شد و مقالاتی که عنوان آن‌ها مرتبط با موضوع مطالعه نبودند حذف شدند، در پایان این مرحله ۱۸۴ مقاله باقی‌ماند که چکیده آن‌ها مطالعه شد و از این تعداد، ۶۴ مقاله که در حوزه مطالعه نبودند حذف شدند و ۱۲۰ مقاله باقی‌ماند. سپس با مطالعه دقیق یافته‌های ۱۲۰ مقاله، ۶۶ مقاله که در خصوص پاسخ به‌سوالات تحقیق بودند انتخاب و سایر مقاله‌ها از مطالعه حذف شدند. محققان محدودیتی در بازه زمانی وارد نکردند و سعی شد تمامی مقاله‌های منتشرشده در مطالعه وارد شوند. جهت استخراج اطلاعات مقاله‌ها مواردی مانند نام نویسندگان، سال انتشار، روش مطالعه، ابزار پژوهش، مکان پژوهش، میدان مطالعه، گروه‌های هدف و یافته‌ها مشخص شدند.

<sup>۱</sup>. Whitemore & Knafel

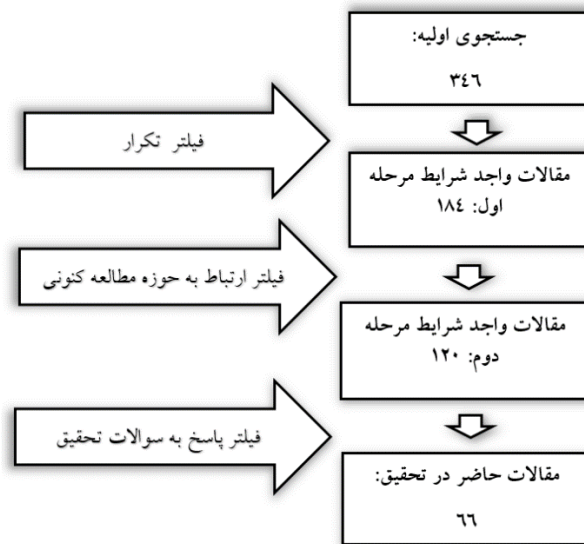
<sup>۲</sup>. Pickering & Byrne

<sup>۳</sup>. Rosalina



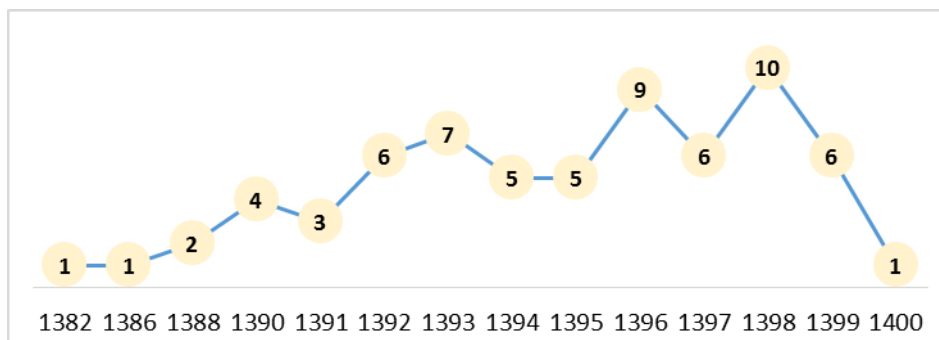
جدول ۱. مقاله‌های شناسایی‌شده از پایگاه‌های نمایه

گوگل اسکالر	نورمگز	مرکز مطالعات علمی جهاد دانشگاهی	مگیران
۶۴	۸۷	۷۱	۱۲۰



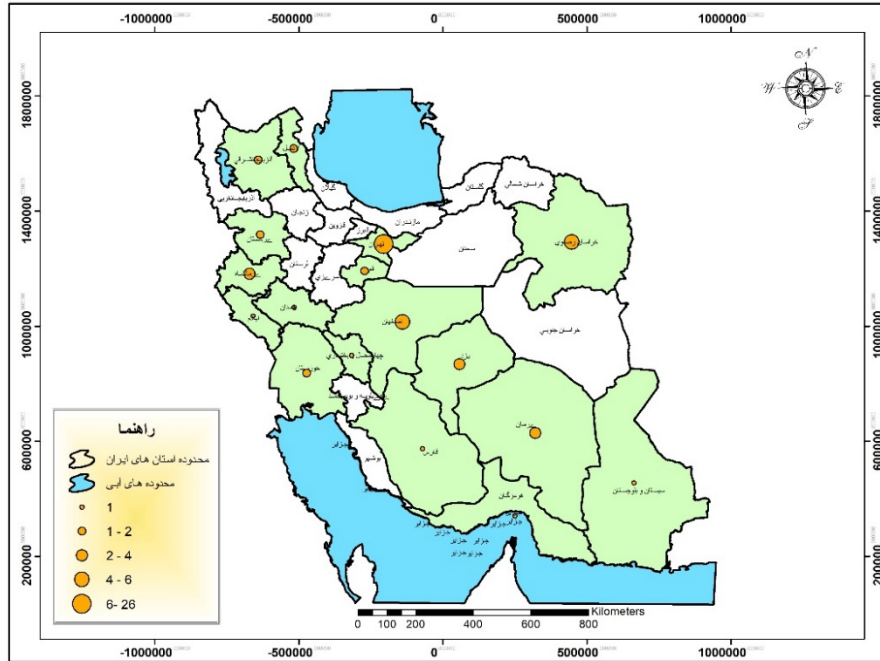
نمودار ۱. نمودار جریان

سال انتشار: مطالعات از ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸ رشدی تدریجی توأم با نوسان داشته که در سال ۱۳۹۸ به اوج خود می‌رسد، اما از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ شیب نزولی گرفته‌اند.



نمودار ۲. سری زمانی مقاله‌های منتشر شده (مجموع مقالات منتشر شده به فارسی و لاتین)

پراکندگی جغرافیایی: تمرکز مطالعات در استان‌های تهران ۲۶ مورد (۳۹/۳ درصد)، خراسان-رضوی و اصفهان با ۶ مورد (۹/۰ درصد) بوده‌است.



تصویر ۱. توزیع پراکندگی جغرافیایی محل انجام تحقیقات

جدول ۲. سیمای مطالعات

درصد	فراوانی	متغیر	حوزه
۵۰/۰	۳۳	پزشکی	مجلات
۴۰/۹	۲۷	جامعه‌شناسی	
۹/۱	۶	روانشناسی	
۳۸/۳	۲۵	بیمارستان، مراکز درمانی (مرکز درمان بیماری عفونی، ناباروری، کمپ ترک اعتیاد)	میدان مطالعه
۱۹/۶	۱۳	سطح شهر	
۱۳/۵	۹	مراکز تحقیقی و مشاوره (مشاوره بیماری رفتاری، مرکز آموزشی اتیسم و تحقیقات ایدز)	
۹/۰	۶	انجمن‌های گوناگون (ایدز، صرع، دیابت، معلولان، نوروفیبروماتوز؛ حمایت از زندانیان و آسیب‌دیدگان	

اجتماعی)		
۶/۰	۴	شامل نمی‌شود
۱۳/۶	۹	ذکر نشده
<b>روش تحقیق</b>		
۶۲/۱	۴۱	کیفی (گرندد، پدیدارشناسی، تحلیل گفتمان، تحلیل - مفهوم)
۳۷/۹	۲۵	کمی (پیمایش و تحلیل محتوای کمی)
<b>ابزار گردآوری داده</b>		
۵۱/۵	۳۴	مصاحبه نامه
۴۲/۴	۲۸	پرسش نامه
۶/۱	۴	ترکیبی (مصاحبه نامه، مشاهده نامه)
<b>روش نمونه‌گیری</b>		
۶۶/۷	۴۴	غیراحتمالی (هدفمند، دسترس، گلوله‌برفی)
۹/۰	۶	احتمالی (تصادفی ساده، طبقه‌ای، خوشه‌ای، سیستماتیک)
۲۴/۳	۱۶	ذکر نشده

نیمی از پژوهش‌های انجام شده در مجلات علوم پزشکی چاپ شده است. مقالات منتشر شده در مجلات علوم اجتماعی با ۴۰/۹ درصد در رتبه دوم قرار دارند.

باتوجه به این که اکثر مطالعات در حوزه بیماری‌ها بوده است و افراد برای دریافت خدمات درمانی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، بنابراین بهترین راه دسترسی به آن‌ها چنین محیط‌هایی است؛ بر همین اساس ۲۱/۲ درصد مطالعات در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بوده است.

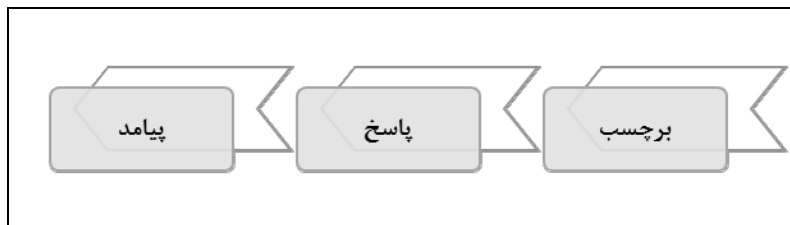
از حیث روشی بیشتر مقالات (۶۲/۱ درصد) با استفاده از روش‌های گوناگون کیفی انجام شده است که این می‌تواند ناشی از ماهیت تحقیق‌ها و توجه به لایه‌های پنهان موضوع باشد. در عین حال مقالات انجام شده به روش کمی نیز با ۳۷/۹ درصد سهم خوبی را به خود اختصاص داده‌اند.

ابزار گردآوری داده‌ها در ۵۱/۵ درصد مطالعات مصاحبه‌نامه بوده است، پرسش‌نامه با ۴۲/۴ درصد ابزار گردآوری داده در تحقیقات کمی بوده است. ۶/۱ درصد مقالات نیز از روش‌های ترکیبی برای گردآوری داده استفاده نموده‌اند.

باتوجه به این که بیشتر مطالعات با استفاده از روش‌های کیفی انجام شده است، بنابراین جهت‌گیری بیشتر روش‌های نمونه‌گیری نیز بر همین اساس بوده و نمونه‌گیری غیراحتمالی با ۴۴ مورد (۲۴/۳ درصد) بیشترین فراوانی را داشته است. در ۱۷ مورد از مقالات (۲۴/۳ درصد) نیز شیوه نمونه‌گیری ذکر نشده است.

## یافته‌های تحقیق

دسته بندی‌های گوناگونی از فرایند داغ ارائه شده‌است. لینک و همکاران (۱۹۹۷) سه فرایند ایجاد داغ را به این صورت بیان کرده‌اند: داغ‌ننگ از نظر فرهنگی (۱) انتظار طرد شدن را القا می‌کند و (۲) با تجربه طرد و (۳) تلاش برای مقابله با انگ همراه است. لینک و فلن (۲۰۰۱) نیز انگ را فرایند چهار مرحله‌ای می‌دانند که با برچسب‌زدن به تفاوت‌ها آغاز می‌گردد؛ سپس تفاوت‌های کلیشه‌سازی می‌شوند، یعنی باورهای مسلط فرهنگی، افراد دارای برچسب را با ویژگی‌های نامطلوب مرتبط می‌کند؛ در مرحله بعد جدا شدن آن‌هایی که دارای برچسب هستند از دیگران صورت می‌گیرد و افراد دارای برچسب در دسته متمایزی قرار می‌گیرند و تفاوت‌ها نوعی مرز بین "ما" و "آن‌ها" ایجاد می‌کند؛ سپس افراد پاسخ‌های عاطفی مانند اضطراب، ترس و ... به‌انگ نشان می‌دهند که این واکنش‌ها رفتارهای بعدی نسبت به این گروه را شکل دهند؛ آخرین مرحله این فرایند با پیامدهایی مانند تبعیض و از دست دادن موقعیت همراه است. بنابراین به‌طور کلی می‌توان دریافت که فرایند انگ زنی از سه مرحله برچسب، پاسخ و پیامد تشکیل شده است.



تصویر ۱. فرایند داغ اجتماعی

### برچسب‌زنی

در این مرحله به‌گروه‌های هدف‌داغ، شیوه اعمال‌داغ، منابع اعمال‌داغ و هدف از اعمال‌داغ پرداخته خواهد شد.

**گروه‌های هدف داغ اجتماعی:** به‌پیروی از گافمن، اولین نوع داغ‌های جسمانی مربوط به‌زشتی‌ها، بدشکلی‌ها و معایب بدن است. این داغ در ارتباط با ویژگی‌های فیزیکی و جسمانی است که ۷۲/۷ درصد از تحقیقات در این دسته قرار می‌گیرند؛ بیشترین فراوانی گروه‌های حاضر در این دسته به‌مبتلایان اچ‌ای‌وی (۲۲/۷ درصد) و صرع (۶/۱ درصد) اختصاص دارد. نوع دوم نقایص و کمبودهای شخصیتی افراد را دربر می‌گیرد و فاقد نشانه‌ی فیزیکی است. سهم این دسته در مقالات ۲۴/۲ درصد بوده است که بیشترین فراوانی آن مبتلایان به‌اختلال روانی با ۱۵/۲ درصد و مصرف‌کنندگان مواد مخدر با ۶/۱ درصد است. نوع سوم مربوط به‌داغ‌های قومی، قبیله‌ای و هرآن‌چه

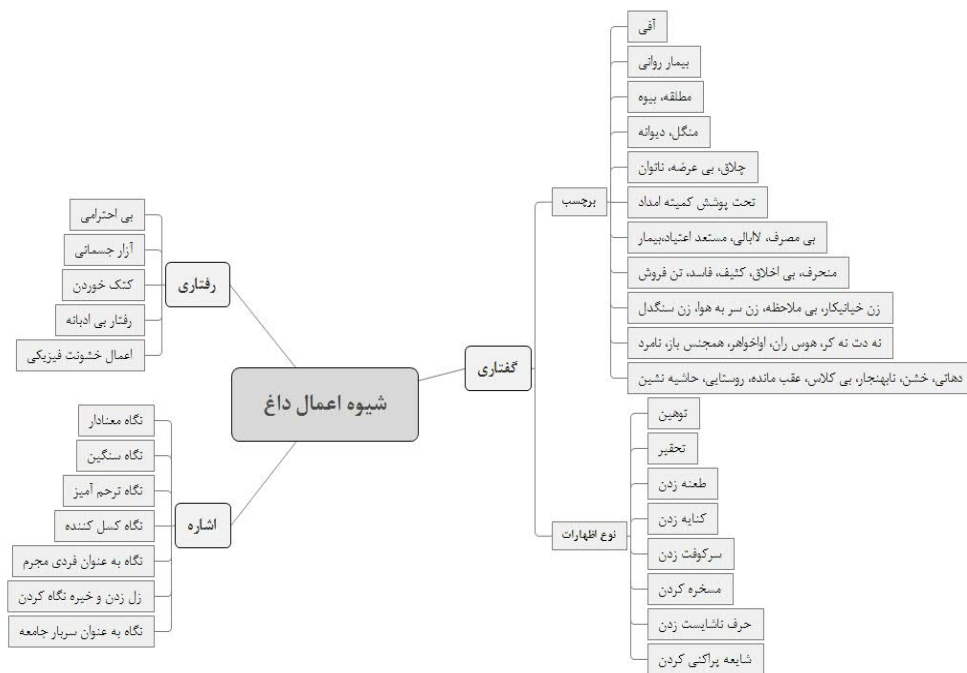
مربوط به نژاد و ملیت و مذهب است که خارج از کنترل و اختیار فرد بوده و فرد در آن‌ها نقشی ندارد، این دسته با ۳/۰ درصد کمترین تعداد مقالات را به خود اختصاص داده است و در این دسته می‌توان به افغانستانی‌های ساکن ایران اشاره داشت.

جدول ۳. گروه‌های هدف داغ

نوع داغ	افراد هدف داغ	فراوانی	درصد	فراوانی کل	درصد کل
جسمانی	مبتلایان به اچ ای وی	۱۵	۲۲/۷	۴۸	۷۲/۷
	مبتلایان به صرع	۴	۶/۱		
	مبتلایان به تالاسمی	۳	۴/۵		
	والدین دارای فرزند مبتلا به اتیسم	۳	۴/۵		
	زنان چاق	۲	۳/۰		
	مبتلایان به دیابت	۲	۳/۰		
	والدین دارای فرزند مبتلا به سندروم داون	۲	۳/۰		
	مبتلایان به معلولیت جسمانی	۱	۱/۵		
	مبتلایان به ناباروری	۱	۱/۵		
	مبتلایان به ام‌اس	۱	۱/۵		
	مبتلایان به کویید ۱۹	۱	۱/۵		
	مبتلایان به سرطان	۱	۱/۵		
	والدین دارای نوزاد نارس	۱	۱/۵		
	خانواده دارای عضو مبتلا به آلزایمر	۱	۱/۵		
مبتلایان به نوروفیبروماتوز	۱	۱/۵			
شخصیتی	مبتلایان به اختلالات روانی	۱۰	۱۵/۲	۱۶	۲۴/۲
	مصرف‌کنندگان مواد و خانواده آنان	۴	۶/۱		
	دختران مجرد	۲	۳/۰		
	زندانیان و خانواده آنان	۲	۳/۰		
	مبتلایان به اختلال هویت جنسیتی	۲	۳/۰		
	افراد بیکار و فاقد شغل	۱	۱/۵		
	زنان مدرن غیر سنتی	۱	۱/۵		
	اقدام‌کنندگان به خودکشی	۱	۱/۵		

		۱/۵	۱	زنان مطلقه	
		۱/۵	۱	افراد عضو کمیته امداد	
۳/۰	۲	۱/۵	۱	افغانستانی‌ها	قومی
		۱/۵	۱	ساکنان سکونت‌گاه غیررسمی	

**شیوه اعمال داغ:** داغ‌ننگ طی فرایند شناخت حاصل می‌شود و استفاده از برچسب به این منظور است که افراد بدانند فرد نشان خورده، خصوصیات نامطلوب را در تصاحب دارد (لینک و همکاران، ۱۹۹۷). بنابراین پس از شناخت تفاوت‌ها، برچسب‌زنی شکل می‌گیرد و با توجه به این‌که به ویژگی‌های منفی اشاره دارند، باعث داغ‌ننگ می‌شوند (بکر، ۱۹۶۳؛ لینک و فلن، ۲۰۰۱). اما همیشه داغ به صورت کلامی و از طریق برچسب صورت نمی‌گیرد؛ بلکه از طریق شیوه‌های دیگر چون تبعیض و نگاه‌های متفاوت نیز انجام می‌شود. برای مثال نیل (۲۰۲۰) بیان کرد که داغ‌ننگ با شکل‌هایی مانند تمسخر، اعمال خشونت، سوءاستفاده و ... آشکار می‌شود. در ۲۴ مطالعه (۳۶/۳۶ درصد) شیوه‌های گوناگون اعمال داغ بیان شده‌است که در سه دسته گفتاری، رفتاری و اشاره قرار می‌گیرند:



تصویر ۲. شیوه‌های اعمال داغ. استخراج‌شده از یافته‌ها و طراحی شده توسط محققان

رایج‌ترین شیوه، گفتاری است که به دو دسته برجسب و انواع اظهارات تقسیم می‌شود. برجسب‌ها واژه‌هایی هستند که بین مردم رایج شده و استفاده از آن اشاره به گروه‌های خاصی دارد. برخی از این برجسب‌ها شامل چلاق، بی‌عرضه، خیانتکار، بی‌مصرف، دهاتی، کثیف و منگل است که در تحقیقات بر روی معلولان جسمانی، زنان مدرن غیرسنتی، افراد معتاد، ساکنان سکونت‌گاه‌های غیررسمی، مبتلایان به‌ایدز و اختلال روانی بیان شده‌است (عباداللهی و همکاران، ۱۳۹۰؛ ساسانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خادم‌الفرقایی و کیانپور، ۱۳۹۵؛ آسمانی‌کناری و همکاران، ۱۳۹۸؛ قلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷؛ همتی و همکاران، ۲۰۱۰). نوع دیگر در همین دسته، اظهارات تحقیرآمیز و توهین‌کننده، مسخره‌کردن و کنایه‌زدن است (قانع‌عزآبادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶). شیوه دوم، رفتارکردن است که از جمله این رفتارها می‌توان از بی‌احترامی و اعمال خشونت نام برد (صادقی‌فسایی و نظری، ۱۳۹۹). در دسته سوم داغ از طریق اشاره صورت‌می‌گیرد؛ اشاره‌ها عموماً نگاه‌های گوناگون مانند زل‌زدن و خیره‌شدن، نگاه‌های ترحم‌آمیز و سنگین را شامل می‌شود (ملاسماعیلی‌شیرازی و همکاران، ۱۳۹۱؛ احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ آقای، ۱۳۹۸؛ عزیزپور و همکاران، ۲۰۱۳).

جامعه به‌افرادی که با فرد داغ‌خورده ارتباط دارند، همان واکنشی را نشان می‌دهد که به فرد حامل داغ نشان می‌دهد (گافمن، ۱۳۸۶: ۶۸). بنابراین اعضای خانواده نیز داغ می‌خورند. خانواده شامل افرادی است که ویژگی منفی ندارند، اما به‌دلیل این‌که عضوی از خانواده دارای ویژگی منفی است، داغ می‌خورند (صادقی و همکاران، ۱۳۸۲؛ شاه‌ویسی و همکاران، ۱۳۸۶؛ طبسی‌درمیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ دهنوی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کرملو و همکاران، ۱۳۹۴؛ احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ شمسایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ آسمانی‌کناری و همکاران، ۱۳۹۸؛ میرحسینی و ابراهیمی، ۱۳۹۸؛ همتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ حیدری و همکاران، ۲۰۱۲؛ نواب و همکاران، ۲۰۱۲؛ نبی‌امجد و همکاران، ۲۰۱۷؛ محبت‌بهار و بیگدلی، ۲۰۲۰).

**منابع داغ اجتماعی.** در ۱۷ مقاله (۲۵/۸ درصد) منبع اعمال داغ ذکر شده است. غریبه‌ها و افراد جامعه با ۲۶/۴ درصد بیشترین منبع اعمال داغ بوده‌اند. سپس خانواده با ۲۰/۵ درصد دومین منبع اعمال داغ است؛ ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که در مطالعات بر روی گروه‌های دارای نقص جسمانی ملاحظه شد، منبع بعدی اعمال داغ با ۱۴/۷ درصد هستند؛ درواقع هرچند انتظار می‌رود کنش‌گران حوزه درمان، آگاهی بیشتری نسبت به‌وضعیت جسمی و روانی افراد داشته باشند، اما خود یکی از منابع اعمال داغ محسوب می‌شوند.

جدول ۴. منابع اعمال داغ

منبع داغ	فراوانی	درصد
غریبه‌ها	۹	۲۶/۴
خانواده	۷	۲۰/۵
پزشک و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی	۵	۱۴/۷
اقوام، اطرافیان	۵	۱۴/۷
همسالان و دوستان	۳	۸/۸
رسانه	۳	۸/۸
شهرداری، آموزش و پرورش، نیروی انتظامی	۱	۲/۹
محیط‌کار	۱	۲/۹

داغ ننگ توسط منابع گوناگون مانند رسانه‌ها، نهادهای اجتماعی و کنش‌گران، تولید و بازتولید شده و به تجربه افراد درمی‌آید (چن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱: ۲۲)؛ در بیشتر مطالعات افراد به‌داغی که از سوی افراد جامعه زده‌شده‌است اشاره کرده‌اند؛ مانند افراد با اختلال هویت‌جنسیتی، ساکنان در سکونت‌گاه‌های غیررسمی و مبتلایان به اچ‌ای‌وی که تجربه نگاه‌ها، گفتارها و اعمال انگ‌زنی از سوی افراد جامعه داشتند. شکل دیگر داغ با عنوان داغ‌ساختاری از سوی رسانه‌ها انجام می‌شود (گایاپرساد<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۰)؛ به این صورت که بازنمایی خصیصه‌ای در آن به‌طور برجسته و غیرواقعی، موجب تولید و قانونی شدن داغ می‌شود (انگلس و همکاران، ۲۰۱۹) که در مطالعه بر روی معلولان جسمانی و زنان چاق، به‌نقش رسانه در اعمال داغ اشاره شده‌است.

در مطالعاتی که در حوزه داغ‌های مرتبط با بیماری انجام شده، یافته‌ها نشان می‌دهد که این افراد از سوی پزشکان و مسئولان ارائه خدمات‌درمانی و بهداشتی داغ دریافت کردند؛ بنابراین نوعی از داغ ساختاری از طریق اقدامات پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اعمال می‌شود. نهادهای مختلف دیگری نیز می‌توانند انگ را تولید کرده و تداوم بخشند (میتچل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، مانند ماموران یا سایر موسساتی که این قدرت را دارند که با اعمال داغ، افراد را از حوزه‌های مختلف زندگی خارج کنند (اتکینسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). به این نکته از جمله در مطالعه قلی‌پور و همکاران (۱۳۹۷)

<sup>۱</sup>. Chen

<sup>۲</sup>. Gayapersad

<sup>۳</sup>. Mitchell

<sup>۴</sup>. Atkinson



اشاره شده که شهرداری، نیروی انتظامی و آموزش‌پرورش در ایجاد داغ و نگاه منفی به ساکنان سکونت‌گاه‌های غیررسمی نقش مهمی دارند.

واکنش‌های منفی و اعمال داغ از سوی خانواده، دوستان، همکاران و اطرافیان نیز می‌تواند وجود داشته‌باشد و افراد از سوی این گروه‌ها داغ دریافت کرده‌اند (قانع‌آبادی و قاسمی، ۱۳۹۶؛ محمدی و سبحانی، ۱۳۹۹؛ سیدعلینقی و همکاران، ۲۰۱۸). اساساً خانواده که انتظار می‌رود منبع حمایتی باشد و افراد نیز انتظار دریافت حمایت از خانواده را دارند، منبع داغ بوده و هر چه افراد بیشتر به نظرات خانواده متکی باشند، داغ بیشتری را نیز تجربه می‌کنند (قانع‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین، خانواده فارغ از نوع خصیصه منفی فرد، به شکل‌هایی مختلف به اعمال داغ می‌پردازد (پورابولی و همکاران، ۱۳۹۳؛ خلجی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷؛ کاراموزیان و همکاران، ۲۰۱۴) که موجب می‌شود افراد خانواده را "لانه رنج" ادراک کنند (حیدری و همکاران، ۱۳۹۹).

**دلایل اعمال داغ اجتماعی:** سه انگیزه اساسی به‌عنوان مشوق‌های اصلی در اعمال داغ عبارتند از: وجود گروهی برخوردار از منابع ارزشمند که جهت تداوم حاکمیت بر منابع ارزشمند با کنش استثماری خود، به اعمال داغ می‌پردازند؛ وجود قواعد الزام‌آور هنجاری که تبعیت از آن‌ها زمینه نظم را ایجاد می‌کند و بنابراین اعمال داغ افراد را ملزم به رعایت هنجار و بنابراین ساخت و برساخت نظم می‌کند؛ و دلیل سوم حضور خصیصه‌های مخاطره‌انگیزه با خاصیت انتشار که جهت جلوگیری از انتشار آن، داغ اعمال می‌شود تا سلامت عمومی از مخاطره حفظ گردد. بنابراین باتوجه به این‌که داغ‌ها در سه دسته اجتماعی، پزشکی و روانشناسی قرار گرفتند، می‌توان داغ‌های حوزه اجتماعی را در ذیل انگیزه استثمار و اجرای هنجار و داغ‌های حوزه پزشکی و روانشناسی را در ذیل دوری از مخاطره قرار داد.

جدول ۵. دلایل اعمال داغ

ردیف	دلایل اعمال داغ	نوع داغ
۱	استثمار و پایین نگهداشتن عده‌ای	افغانستانی بودن/ تحت حمایت کمیته امداد بودن/ زندگی در سکونت‌گاه غیررسمی
۲	اجرای هنجار و الزام به اجرای هنجار	دختران مجرد/ چاقی/ حبس در زندان/ افراد بیکار و فاقد شغل/ افراد مدرن غیرسنتی/ اقدام‌کنندگان به خودکشی/ مطلقه/ مصرف‌کنندگان مواد
۳	اجتناب از خطر، تهدید، بیماری، ترس	مبتلایان به اچ‌ای وی/ مبتلایان به کووید ۱۹/ مبتلایان به نوروفیبروماتوز

در اغلب مطالعات ترس از ابتلای بیماری عامل مهمی برای اعمال داغ یا دوری از فرد مبتلا به اچ-ای وی بوده و عامل دیگر ارتباط دادن شیوه ابتلا به رفتارهای غیراخلاقی است. اساساً اتخاذ رفتارهای

اجتنابی، به دلیل ترس از مبتلا شدن به بیماری است (رحمتی نجارکلائی و همکاران، ۱۳۹۱؛ طبسی درمیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ کاراموزیان و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین در این شرایط افراد نه جهت کنترل مستقیم رفتار، بلکه برای اجتناب از خطر و کاهش هزینه‌های احتمالی، داغ می‌زنند (لینک و فلن، ۲۰۱۳)؛ به این ترتیب ریشه برخوردها و اعمال داغ، نداشتن آگاهی در مورد بیماری و نحوه ابتلا می‌باشد (شکوری و دارکش، ۱۳۹۲؛ احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ راودراد و آقای، ۱۳۹۷؛ آقای، ۱۳۹۸) و ارتقا آگاهی می‌تواند نقش اساسی در کاهش انگ داشته‌باشد (نواب و همکاران، ۲۰۲۰).

### پاسخ

دومین مرحله از فرایند داغ اجتماعی، پاسخ به داغ است که طیف گوناگونی از واکنش‌ها را دربرمی‌گیرد. میجر و ابرین بیان کردند «نگ و تبعیض تجربه شده می‌تواند مشکلات گوناگونی در حوزه سلامت روان ایجاد کند، و عاملی برای تهدید هویت اجتماعی فرد باشد، بنابراین داغ اجتماعی در قالب پدیده‌های پیچیده هویت فرد را از بین می‌برد و موجب نادیده گرفته شدن وی می‌شود؛ از این رو افراد جهت جلوگیری از قرار گرفتن در چنین بحرانی، به اتخاذ استراتژی‌های گوناگون می‌پردازند تا بتوانند خود را از چنین شرایطی حفظ نمایند» (میجر و ابرین، ۲۰۰۵). اتخاذ استراتژی مناسب تحت تاثیر عوامل گوناگونی مانند نوع خصیصه و موقعیت فرد است؛ بنابراین افراد باید اقدامی آگاهانه داشته باشند.

مطابق با نظریه گافمن (۱۳۸۶: ۹۲) افراد با توجه به نوع داغ، به انتخاب استراتژی خواهند پرداخت. مادامی که هویت آشکار نشده باشد، از استراتژی‌های پنهان سازی برای پنهان ماندن هویت استفاده می‌شود و زمانی که هویت آشکار باشد، پنهان سازی کارآمد نخواهد بود و فرد به اقداماتی متوسل می‌شود تا بتواند تنش‌های منفی موجود در برهم کنشی‌ها را کاهش دهد. ایساکسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) نیز ادعان کردند غالباً افراد نه فقط یک استراتژی، بلکه ترکیبی از استراتژی‌های گوناگون را به کار می‌بندند.

در مطالعه حاضر استراتژی‌های استخراج شده بر اساس الگوی میلر و کایسر<sup>۲</sup> (۲۰۰۱: ۸۰) به دو دسته برهم کنشی و غیر برهم کنشی تقسیم شدند. از جمله استراتژی‌های دسته اول آموزش و به چالش کشیدن دیگران است که زمانی که داغ آشکار باشد اتخاذ می‌شود. از استراتژی‌های دسته دوم می‌توان به سکوت، پنهان کردن و انزوا اشاره کرد که در دو حالت آشکار و پنهان بودن داغ قابل

<sup>۱</sup>. Isaksson

<sup>۲</sup>. Miller & Kaiser

استفاده‌است. استراتژی‌های غیر برهم‌کنشی با ۹۰/۶ درصد بیشترین نوع مواجه می‌باشند که در ذیل این دسته پنهان‌سازی (۴۶/۸ درصد) و انزوا از برهم‌کنشی (۲۵ درصد) بیشترین فراوانی را دارند.

جدول شماره ۶. استراتژی‌های مواجه با داغ

استراتژی	نوع	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
برهم‌کنشی	آگاه‌سازی، تلاش برای تغییر نگرش افراد	۲	۶/۳	۳	۹/۴
	تبدیل موقعیت به طنز	۱	۳/۱		
غیر برهم‌کنشی	پنهان کردن و مخفی ماندن	۱۵	۴۶/۹	۲۹	۹۰/۶
	انزوا (گوشه‌نشینی، فاصله‌گیری، دوری از برهم‌کنشی)	۸	۲۵/۰		
	سکوت کردن	۲	۶/۳		
	رشوه‌دادن	۱	۳/۱		
	فرار از موقعیت	۱	۳/۱		
	پذیرش	۱	۳/۱		
	انکار	۱	۳/۱		

**استراتژی برهم‌کنشی:** زمانی که انگ آشکار باشد، در برخی موقعیت‌ها افراد به برهم‌کنشی روی آورده و با بکارگیری رویکرد برهم‌کنشی، سعی در کاهش واکنش‌های منفی دیگران دارند (میلر و کایسر، ۲۰۰۱). یکی از این اقدام‌ها، تلاش برای تغییر نگرش افراد جامعه و آگاهی‌بخشی است (لینک و همکاران، ۲۰۰۴)؛ هر چند که افراد حتی با داشتن آگاهی، بازهم انگ می‌زنند (گایاپرساد و همکاران، ۲۰۲۰)، اما حاملان انگ تلاش می‌کنند با آگاهی‌بخشی، نگرش منفی را کاهش دهند (احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶)؛ زیرا که مطالعات مختلف نبود آگاهی را موثر بر انگ‌زدن دانسته‌اند (شکوری و دارکش، ۱۳۹۲؛ پورابولی و همکاران، ۱۳۹۳؛ دهنوی و همکاران، ۱۳۹۴؛ علیخواه و همکاران، ۱۳۹۶؛ شمسایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ راودراد و آقای، ۱۳۹۷؛ آقای، ۱۳۹۸؛ نواب و همکاران، ۲۰۱۲)؛ استراتژی تبدیل کردن موقعیت به طنز و خنده (احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶) به این معناست که افراد تلاش می‌کنند همسو با دیگران شده و تا حدی از واکنش‌های منفی و دردناک بودن موقعیت بکاهند.

**استراتژی غیر برهم‌کنشی:** لینک و همکاران (۱۹۹۷) بیان می‌کنند انتظار یا تجربه طرد باعث می‌شود افراد به صورت پنهان‌کاری، به‌مقابله با داغ بپردازند؛ بنابراین پنهان‌سازی هویت و خصیصه منفی به‌عنوان یک راهکار اساسی است که استفاده و موفقیت در استفاده از آن منوط به این است که به چه میزان ویژگی مورد نظر برای دیگران قابل تشخیص باشد؛ برای مثال حاشیه‌نشینی

نشانه ظاهری نداشته و قابلیت پنهان‌سازی دارد، اما مادامی که با نشانه ظاهری همراه باشد، دیگر پنهان‌سازی کارآمد نخواهد بود (لینک و فلن، ۲۰۱۳). گافمن استدلال کرد که این استراتژی هنگامی استفاده می‌شود که هویت پنهان بوده و افراد بتوانند به‌مدیریت اطلاعات بپردازند (۱۳۸۶). بنابراین در میان مبتلایان به اچ‌ای‌وی، اقدام‌کنندگان به خودکشی و معتادان که نماد ظاهری ندارند و خصیصه آنها آشکار نیست، این روش بسیار استفاده شده‌است (رحمتی نجار کلائی و همکاران، ۱۳۹۱؛ شکوری و دارکش، ۱۳۹۲؛ رامشگر و همکاران، ۱۳۹۶؛ بابایی فرد و حبیبی راد، ۱۳۹۷؛ میرحسینی و ابراهیمی، ۱۳۹۸؛ عزیز پور و همکاران، ۲۰۱۳). ظرفیت قابل توجه این شیوه به‌گونه‌ای است که از تخریب هویت و بروز احساسات منفی جلوگیری کرده و تضمین‌کننده فرصت‌های تحصیل، اشتغال و حقوق عمومی افراد است (شی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین سکوت کردن هنگام برهم‌کنشی با دیگران و ترجیح سکوت، بهترین استراتژی است که از سوی مبتلایان به اچ‌ای‌وی ذکر شده‌است (عباچی و بهروان، ۱۳۹۲؛ کارآموزیان و همکاران، ۲۰۱۴). در این میان افرادی که خصیصه منفی آنان با حرکات غیرمعمول همراه است، تلاش دارند هنگام مواجهه با دیگران جهت جلوگیری از بروز رفتاری غیرمتعارف، نوعی مشغولیت کنشی به‌وجود آورند (احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶). اما باید توجه داشت این استراتژی هرچند که ظرفیت بالا در حفظ هویت دارد، اما ترس از افشاشدن آن همیشه با فرد خواهد بود و در صورت افشاشدن، پیامدهای منفی تری خواهد داشت (فراست، ۲۰۰۱).

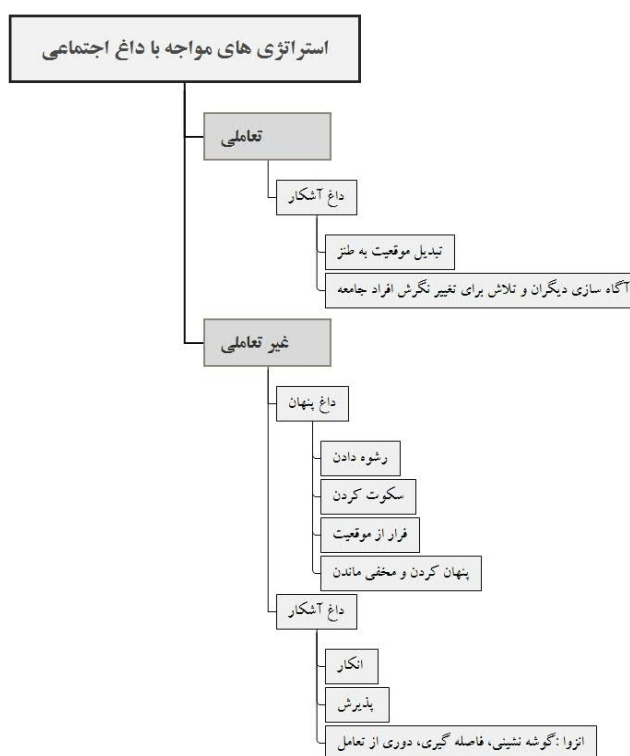
علاوه‌بر پنهان‌سازی، می‌توان به پنهان‌کردن خود، گوشه‌گیری و انزوا اشاره داشت که زمانی استفاده می‌شود که داغ آشکار بوده و افراد به‌پنهان‌کردن خود و دوری از برهم‌کنشی‌ها روی می‌آورند (قانع‌عزآبادی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ برای مثال از جمع‌هایی که در آن‌ها به‌دلیل رفتار و گفتار غیرمعمول تمسخر می‌شوند، دوری می‌کنند و رفتن به‌انزوا را ترجیح می‌دهند (نبی‌امجد و همکاران، ۲۰۱۷؛ نواب و همکاران، ۲۰۱۲). این گروه برای اجتناب از پیامدهای منفی داغ از برهم‌کنش نزدیک با دیگران خودداری می‌کنند، بنابراین می‌توان آنرا یک اقدام محافظتی جهت کنترل موقعیت دانست (احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ الفانسو، ۲۰۰۵؛ شی و همکاران، ۲۰۲۱) اما در عین حال می‌تواند با از دست‌دادن حمایت و تشدید انزوا همراه باشد (روترا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). تمایل به‌انزوا در برخی موقعیت‌ها به‌حدی است که به‌صورت ترک محل‌زندگی نمود می‌یابد و افراد با مهاجرت از شهر محل زندگی، درصد حفظ آبرو بر می‌آیند (کارآموزیان و همکاران، ۲۰۱۴). همین

<sup>۱</sup>. Shi

<sup>۲</sup>. Reutter

جنبه انزوا است که موجب حذف تدریجی از زندگی عمومی می‌شود (متیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این استراتژی احساس حقارت را قوی‌تر کرده و با تشدید انگ درونی همراه است (میچ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

گروهی دیگر به‌جای صرف انرژی زیاد برای انزوای خود یا پنهان کردن خصیصه منفی، واکنش انفعالی داشته و هویت خود را می‌پذیرند. پذیرش که تنها در یک مطالعه اشاره شد در میان بیماران اچ‌ای‌وی بود که با رفتن به کلاس‌های مشاوره، بیماری را پذیرفته و پس از آن زندگی آرامی تجربه می‌کنند (احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶). در ادامه گروه‌هایی نیز هستند که هویت خود را انکار می‌کنند (احمدنیا و همکاران، ۱۳۹۶) تا بدین ترتیب تعصب و پیش‌داوری را به‌حد اقل برسانند (ژانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶).



تصویر ۳. استراتژی‌های مواجهه با داغ

<sup>۱</sup>. Matthews

<sup>۲</sup>. Meij

<sup>۳</sup>. Zhuang

### پیامد

آخرین مرحله از فرایند داغ اجتماعی، پیامدها را شامل می‌شود؛ در بررسی‌های انجام‌شده افراد پیامدهای گوناگونی چون بروز عواطف منفی، طرد اجتماعی، بی‌احترامی، کاهش کیفیت زندگی، تبعیض و ... را تجربه کردند که در دو دسته فردی و اجتماعی جای می‌گیرند. پیامدهای فردی (۷۰ درصد) بیشترین فراوانی را داشته و سپس پیامدهای اجتماعی (۴۵/۵ درصد) قرار دارند. در ذیل پیامد فردی احساسات منفی با ۲۴/۵ درصد و در ذیل پیامدهای اجتماعی، طرد اجتماعی با ۲۳/۰ درصد پرتکرارترین بوده‌اند.

جدول ۷. توزیع فراوانی پیامدهای داغ ننگ

مضامین اصلی	مضامین فرعی	واحد‌های معنایی	فراوانی درصد	فراوانی درصد	درصد
توسعه فردی	بروز احساسات منفی	تنهایی، خجالت، ناامنی، گناه، سرخوردگی، سرزنش، عصبانیت، حقارت، وابستگی، بی‌ارزشی، بیهودگی، ندامت، شرمندگی، بی‌کفایتی، متفاوت بودن، ترس، ناامیدی به- زندگی و درمان، تفکرات خودکشی، بدبینی و بی‌اعتمادی به اطرافیان	۴۹	۲۴/۵	۷۰/۰
	طرد خود خواسته	خودداری از ازدواج، عدم پیگیری درمان، کناره گیری از جامعه، تحصیل و اشتغال، دوری‌گزینی و گوشه‌گیری	۱۸	۹/۰	
	از دست دادن سلامتی	سلامتی جسمی و روانی	۱۱	۵/۵	
	کاهش کیفیت زندگی	کاهش کیفیت زندگی و روابط اعضا خانواده با یکدیگر	۸	۴/۰	
	بروز رفتارهای پرخطر	اقدام به خودکشی، روی آوردن به انحرافات مانند مصرف مواد مخدر	۵	۲/۵	
توسعه اجتماعی	طرد اجتماعی	طرد، نادیده گرفته شدن، عدم یافتن کار، عدم امکان مشارکت، عدم ادغام در گروه، نبود فرصت ادغام مجدد در جامعه، از دست دادن دوستان، کوچک شدن شبکه روابط اجتماعی، تحت الشعاع قرار گرفتن سایر خصوصیات فرد، کاهش مناسبات با دوستان، خانواده و ... طلاق گرفتن همسر،	۴۶	۲۳/۰	۵۴/۵

			عدم برقراری رابطه جنسی، محدودیت در تشکیل خانواده و برقراری ارتباط با جنس مخالف، کاهش احتمال ازدواج فرزند خانواده دارای عضو خصیصه منفی		
		۲۸	۱۴/۰	عدم احترام و از دست دادن احترام، تمسخر، بی‌ارزشی، تحقیر و توهین، سرزنش و کنایه، آزار و اذیت فیزیکی و کلامی، از بین رفتن حریم خصوصی فرد در برهم‌کنش‌ها	مورد بی‌احترامی
		۲۱	۱۰/۵	انواع تبعیض‌ها، از دست دادن شغل، تنزل پایگاه اقتصادی و اجتماعی	تبعیض
		۹	۴/۵	فضاوت‌شدن، نگاه به‌عنوان فردی بزهکار، بدبینی و بی‌اعتمادی، کانون توجه قرارگرفتن و زیر ذره‌بین رفتن	تغییر نگاه به فرد
		۵	۲/۵	از دست دادن حمایت از سوی خانواده و اجتماع	از دست دادن حمایت

برخی افراد با توجه به‌نوع تمایز خود و داغی که می‌خورند، با طیف وسیعی از واکنش‌ها و پیامدهای عاطفی و اجتماعی، کلامی، غیرکلامی و رفتاری روبه‌رو می‌شوند؛ برخی از این پیامدها تاجایی پیش‌می‌روند که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را هدف قرار می‌دهند (طبسی‌درمیان و همکاران، ۱۳۹۲).

در ذیل پیامدهای اجتماعی می‌توان به‌بدبینی و نگاه به‌عنوان فردی بزهکار (محمدی و سبحانی، ۱۳۹۹) اشاره‌داشت که ناشی از وجود دیدگاهی منفی در بین عموم مردم و توافق ذهنی بر سر آن است و بر همین‌اساس بدبینی اجتماعی شکل می‌گیرد. طیفی از انواع بی‌احترامی‌ها مانند تحقیر، توهین (بهروان و همکاران، ۱۳۹۰؛ عباچی و بهروان، ۱۳۹۲) که در دل برچسب جای دارند، تمسخر و جدی گرفته‌نشدن (آقایی، ۱۳۹۸؛ قلی‌پور و ولدینیا، ۱۴۰۰)، سرزنش و کنایه، تهمت و بی‌آبرویی، بد رفتاری، آزار و اذیت که بعضاً به‌صورت آزار فیزیکی است و از بین‌بردن حریم خصوصی فرد در برهم‌کنش‌های اجتماعی که در نهایت منجر به‌پیامدهای درونی مانند بی‌ارزشی و خودخوارانگاری می‌شود در میان گروه‌های گوناگون تجربه شده است (ساسانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ خلجی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷؛ میرحسینی و ابراهیمی، ۱۳۹۸؛ محمدی و سبحانی، ۱۳۹۹؛ سیدعلینقی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارآموزیان و همکاران، ۲۰۱۴). عموم این برخوردهای فارغ

از فکر و آگاهی (بلاک، ۲۰۰۹) می‌تواند تا جایی پیامدها را گسترش دهد که فرد به‌عنوان نمادی از مجموعه صفات نامطلوب شناخته شود (هوپر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

اساساً زمانی که به گروهی انگ زده می‌شود، تصور این که افراد ناقصی هستند شکل می‌گیرد که موجب طبقه‌بندی آنان توسط جامعه، قرارگرفتن در رده‌های پایین و طرد غیر عمدی از جامعه می‌شود (هولمن، ۲۰۲۰). این شرایط به‌عنوان یکی از پیامدهای زود هنگام داغ به صورت مانعی در کاهش دسترسی فرد به هدف‌ها عمل می‌کند (پورابولی و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع داغ‌ننگ فرایندی است که با طرد اجتماعی و نادیده‌گرفته‌شدن همراه است (روتز و همکاران، ۲۰۰۹) و با به حاشیه‌کشاندن قربانیان از جامعه، آنان را از حمایت اطلاعاتی، اجتماعی و منابع گوناگون محروم می‌کند (فیگاردو و دهن آ، ۱۹۸۸؛ لینک و فلن، ۲۰۱۳). در این میان احساس بی‌ثمیری ناشی از ناتوانی در مشارکت اجتماعی در آنان شکل می‌گیرد که موجب کم‌رنگ‌کردن تمایل این افراد به برقراری ارتباط با دیگران می‌شود (واکوانت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳) و بر این اساس تغییراتی در حالات روحی و روانی آنان ایجاد می‌شود که نمود آن گسست از برهم‌کنشی‌های اجتماعی است (محمدی و سبحانی، ۱۳۹۹)؛ شدت این انزوا می‌تواند کناره‌گیری فرد از تحصیل و اشتغال را دربرگیرد (سیدعلینقی و همکاران، ۲۰۱۳). اما باید توجه داشت این انزوایی منجر به طرد بیشتر و محرومیت بیشتر از حمایت اجتماعی می‌شود (روتز و همکاران، ۲۰۰۹).

علاوه بر موارد بیان‌شده، احساسات عاطفی منفی چون شرم، خجالت، حقارت، بی‌ارزشی بروز می‌کند (صادقی و همکاران، ۱۳۸۲؛ حیدری و همکاران، ۲۰۱۲) که ناشی از این است که یا فرد در موقعیتی است که ویژگی‌اش برای دیگران آشکار شده و احساس می‌کند مورد قضاوت است (انگلس و همکاران، ۲۰۱۹) و یا می‌داند مطابق با معیارهای غیرقابل قبول اجتماعی است و همین آگاهی از عدم تطابق باعث بروز این احساسات می‌شود (گافمن، ۱۳۸۶). علاوه بر این می‌توان به بی‌کفایتی، بیهودگی و وابستگی (عباداللهی و همکاران، ۱۳۹۰) اشاره داشت که موجب می‌شود افراد خود را سرزنش کنند، کیفیت زندگی آنان کاهش یابد (زهراپی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بهبهانی‌مندنی‌زاده و همائی، ۱۳۹۹؛ محبت‌بهار و بیگدلی، ۲۰۲۰)، سلامت جسمانی و روانی خود را از دست دهند (ساسانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ دهنوی و همکاران، ۱۳۹۴؛ اعظم‌آزاده و مشتاقان، ۱۳۹۶؛ فاتح و همکاران، ۱۳۹۸) و دچار گوشه‌گیری، افسردگی و کاهش عزت‌نفس شوند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۸) و تفکرات خودکشی و آرزوی مرگ در آن‌ها شکل گیرد (رحمتی‌نجار کلائی و همکاران، ۱۳۹۱).

<sup>۱</sup>. Hopper

<sup>۲</sup>. Figueiredo & DeHaan

<sup>۳</sup>. Wacquant



افرادی که با گروه هدف انگ در ارتباط هستند واکنشی همانند دریافت می‌کنند؛ مانند خانواده بیماران با اختلال روانی (صادقی و همکاران، ۱۳۸۲؛ کرملو و همکاران، ۱۳۹۴؛ شمسایی و همکاران، ۱۳۹۷) و فرد مصرف کننده مواد (آسمانی‌کناری و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین داغ‌ننگ فارغ از این‌که معطوف به خود فرد باشد یا خانواده وی، آسیب به‌همراه دارد (داویدو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر حاصل یافته‌های ۶۶ مقاله داخلی منتشرشده به‌زبان فارسی و انگلیسی به‌روشنی مرور سیستماتیک جهت ارائه فرایند داغ‌ننگ است.

داغ‌ننگ مفهومی است متشکل از سه مرحله اساسی که حاصل ارتباط میان کنش‌گران است. در واقع از ویژگی‌های اصلی برهم‌کنشی‌های اجتماعی، آشکار شدگی و در معرض شناخت قرار گرفتن است. به‌سختی دیگر طی مناسبات اجتماعی، کنش‌گران بر یک‌دیگر آشکار می‌شوند و هر کنش‌گر با توجه به ادراک خود از ارزش‌های فرهنگی مسط بستر ارتباطی، اقدام به‌دسته‌بندی و قضاوت دیگران می‌کند. داغ‌ننگ نیز پدیده‌ای است که از بطن این برهم‌کنشی‌ها نمود می‌یابد و افرادی که در ادراک موجود، حامل خصیصه با بار ارزشی منفی باشند، برچسب و داغ می‌خورند.

آن‌چه از ارکان اساسی نمود داغ‌ننگ در برهم‌کنشی‌ها است، ساختارهای رایج اجتماعی، فرهنگی و ارزشی جامعه است که برخی خصوصیات را پسندیده و برخی را ناپسند تلقی می‌کند. در اینجا است که می‌توان به‌ماهیت قدرتمند ساختارها اشاره داشت که فارغ از نوع خصیصه منفی و اکتسابی یا انتسابی بودن آن، فرد را داغ زده و وی را فاقد قدرت کنش‌گری می‌سازد. در واقع ساختارهای مسلط ارزشی همانند عاملی فارغ از ماهیت عینی، با رخنه در اذهان کنش‌گران و نفوذ در تصورات اجتماعی، جوهره اعمال داغ خود را تولید و بازتولید می‌کند. در این میان هرچند که به خصوصیت‌های منفی داغ زده می‌شود، اما از خصوصیت‌های مثبت نیز تجلیل شده و بنابراین شکاف بین این دو گروه تثبیت و تداوم می‌یابد.

باید توجه داشت داغ‌ننگ ماهیتی متأثر از بستر زمانی و مکانی دارد، بنابراین خصوصیت‌های منفی نیز ثابت نبوده و تغییر می‌کنند. برای مثال در جامعه ایران پدیده طلاق در گذشته بسیار ناپسند پنداشته می‌شد اما امروز به‌دلایل گوناگون از جمله نرخ صعودی شیوع آن، بار منفی آن کمرنگ شده است. در این میان خصوصیت‌هایی نیز وجود دارند که فارغ از زمان و مکان، همواره با داغ همراه هستند و می‌توان آن‌ها را خصوصیت‌های مقاوم در برابر تغییرات زمانی و مکانی و به-عبارتی *انگ پایدار* دانست.

<sup>۱</sup>. Dovidio

داغ ننگ پس از نمود یافتن، از طریق کنش‌های گوناگون گفتاری و رفتاری اعمال می‌شود. عموماً کنش‌های گفتاری که از طریق برجسب و انواع گوناگون اظهارات آشکار می‌شود از سوی افرادی صورت می‌گیرد که در شبکه ارتباطی هستند و فرد با آن‌ها پیوند دارد؛ در این دسته می‌توان به خانواده، دوستان، همکاران و پزشکان اشاره داشت که به دلیل ارتباط با فرد حامل خصیصه منفی، انواع برجسب‌ها و اظهارات نامناسب را به وی نسبت می‌دهند تا جایی که در برخی مواضع نقش توهین به خود می‌گیرند.

پس از اعمال، تجربه و ادراک داغ، مدیریت هویت و تلاش برای مقابله با چالش‌ها فرامی‌رسد. کنش‌گران هدف داغ، هر چند در مرحله اعمال داغ عاملیت ایستادگی و مقابله را ندارند، اما در این مرحله قادرند تا حد ممکن از تخریب هویت خویش جلوگیری کرده و چالش‌ها و پیامدها را تا حد ممکن کاهش دهند. بنابراین با در نظر گرفتن معیارهای گوناگون مانند نوع داغ، بستر زمانی و مکانی و کنش‌گران مورد برهم‌کنشی تلاش می‌کنند تا در صحنه نمایش اجتماعی، هویت خود را آنگونه که ترجیح اجتماعی است آشکار سازند و فرصتی برای بروز مجدد خود فراهم کنند.

از ارکان مرور سیستماتیک، شناسایی شکاف‌های دانشی و ارائه پیشنهادها برای پژوهش‌های آتی است. پراکندگی جغرافیایی مقاله‌ها بیشتر متمرکز بر کلان‌شهرها است، با توجه به این‌که داغ ننگ پیوند عمیقی با بافت فرهنگی به خصوص خرده‌فرهنگ‌های سنتی دارد، مطالعه آن در سایر شهرها خصوصاً شهرهای با فشارهای هنجاری شدیدتر لازم به توجه است. نکته دیگر مطالعه انواع داغ ننگ است؛ در ادبیات نظری به‌دسته‌بندی‌های گوناگونی از داغ اشاره شده است، اما معدودی از تحقیق‌ها به مطالعه شکل‌های داغ پرداخته و از بنیان‌های نظری برخوردار بوده‌اند (قانع عزآبادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ اکبری و صفری، ۲۰۲۰). بنابراین انجام پژوهش‌هایی در زمینه مذکور، و همچنین پرداختن به مطالعه ترکیب‌های عاطفی بروز انواع داغ احساس می‌شود (رجوع شود به مطالعه اکبری و صفری، ۲۰۲۰). بیشتر مطالعه‌ها در حوزه پزشکی بوده است، در حالی که داغ ننگ مفهومی اجتماعی است؛ بنابراین توجه بیشتر محققان اجتماعی و مطالعه انواع داغ‌های اجتماعی اهمیت دارد. همچنین هویت اجتماعی افراد متشکل از لایه‌های گوناگونی چون دین، ملیت، قومیت، شهر، محله، خانواده و جنسیت است (اکبری، ۱۳۹۵: ۳۸)؛ و از آن جایی که داغ ننگ مستقیماً هویت افراد را نشانه می‌گیرد، می‌توان به مطالعه داغ با تمرکز بر لایه‌های هویتی پرداخت. همچنین با توجه به چندوجهی بودن این پدیده می‌توان از روش‌های ترکیبی و روش‌های چون آزمایش‌های اجتماعی جهت مطالعه این پدیده بهره گرفت.

## منابع

- احمدنیا، شیرین؛ زاهدی‌مازندرانی، محمدجواد و کاظمی‌نژاد، سیده‌زهرا (۱۳۹۶)، «جامعه‌شناسی تجربه‌زیسته‌ی زنان مبتلا به ایدز»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۶(۴)، ۶۳۳-۶۶۰.
- احمدنیا، شیرین؛ شرافت، شمیم؛ تقی‌خان، کیانا و توکلی، سینا (۱۳۹۶)، «تجربه استیگما و هویت مخدوش مادران دارای فرزند اتیسم»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۸(۱)، ۱۰۳-۱۱۷.
- اعظم‌آزاده، منصوره و مشتاقیان، مرضیه (۱۳۹۶)، «داغ ننگ، کیفیت روابط اعضای خانواده و سلامت روان خانواده زندانیان»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸(۲)، ۴۴-۶۹.
- اکبری، حسین (۱۳۹۵)، *هویت اجتماعی در شهر تهران، بررسی تجربی لایه‌های هویت اجتماعی در شهر تهران*، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.
- آسمانی‌کناری، مجتبی؛ چنگی‌آشتیانی، جواد و جلالی‌مقدم، عادل‌السادات (۱۳۹۸)، «تجربه‌زیسته خانواده‌های معتادان از انگ بیماری: یک مطالعه کیفی»، *علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، ۲۶(۶)، ۱۲۷-۱۳۶.
- آقایی، عاطفه (۱۳۹۸)، «مطالعه تجربه‌زیسته بیماران نوروفیبروماتوز ایرانی در سال ۱۳۹۸ و مقایسه آن با نمونه سینمایی»، *جهانی‌رسانه*، ۱۴(۱) (پیاپی ۲۷)، ۱-۲۸.
- بابایی‌فرد، اسدالله و حبیبی‌راد، لیلی (۱۳۹۷)، «تجربه زنان معتاد بهبودیافته از طرد اجتماعی در شهر قم»، *فصلنامه مطالعات راهبردی زنان*، ۲۱(۸۱)، ۱۸۹-۱۶۷.
- بهبهانی‌مندی‌زاده، آناهید و همایی، رضوان (۱۳۹۹)، «رابطه علی‌انگ ناباروری و پریشانی روانشناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی‌گری فراهیجان در زنان نابارور»، *خانواده پژوهی*، ۱۶(۱)، ۵۵-۷۶.
- بهروان، حسین؛ نوغانی، محسن و عباچی، اعظم (۱۳۹۰)، «بررسی فرآیند برچسب‌زنی به بیماران اچ‌ای‌وی (ایدز) و پیامدهای آن (مطالعه موردی)»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۲(۳)، ۱۴۳-۱۶۶.
- پورابولی، بتول؛ عابدی، حیدرعلی؛ عباس‌زاده، عباس و کاظمی، مجید (۱۳۹۳)، «کتمان بیماری: تجارب بیماران مبتلا به تالاسمی و مراقبین آن‌ها»، *پرستاری داخلی و جراحی*، ۳(۳)، ۱۲۱-۱۲۸.
- پورابولی، بتول؛ عابدی، حیدرعلی؛ عباس‌زاده، عباس و کاظمی، مجید (۱۳۹۳)، «فریاد خاموش: تجربه رنج مراقبتی والدین کودکان تالاسمی: یک مطالعه کیفی»، *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۳(۳)، ۲۸۱-۲۹۱.
- حسینی، محمدرضا؛ خزایی، سارا و غلامی، فاطمه (۲۰۱۹)، «تجربه‌زیسته زنان مطلقه از احساس ناامنی در زندگی روزمره»، *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۰(۳۰)، ۲۵-۵۲.
- حیدری، عباس؛ مشکین‌یزد، علی و سودمند، پروانه (۱۳۹۹)، «خانواده، آشیانه‌رنج: شرح تجارب زندگی مراجعین با اختلال روان‌پزشکی از انگ خانواده»، *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۲(۶)، ۳۹۱-۳۹۷.
- خادم‌الفقرایی، مهوش و کیانپور، مسعود (۱۳۹۵)، «تحلیل‌گفتمان فیلم زندگی مشترک آقای محمودی و بانو با تمرکز بر داغ ننگ ناشی از تقابل سنت و مدرنیته»، *فصلنامه زن در فرهنگ و هنر (پژوهش زنان)*، ۸(۴)، ۴۴۳-۴۵۲.

- خلجی‌نیا، زهره؛ بهبودی‌مقدم، زهرا و نیک‌بخت‌نصرآبادی، علیرضا (۱۳۹۷)، «تجدید انگ، تجربه زیسته بارداری در زنان اچ‌آی‌وی مثبت: یک مطالعه پدیده‌شناسی»، *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۷(۲)، ۱۱۹-۱۲۹.
- رامشگر، حسین؛ نایی، هوشنگ و محسنی‌تبریزی، علیرضا (۱۳۹۶)، «بررسی اثر داغ‌نگ بیکاری بر سلامت- روان بیکاران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۷(۶۷)، ۲۰۳-۲۳۱.
- راودراد، اعظم و آقایی، عاطفه (۱۳۹۷)، «تحلیل‌گفتمان برساخت‌معنایی بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز در تلویزیون ایران مطالعه موردی: سریال «پریا»»، *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۱۴(۵۲)، ۱۲۱-۱۴۵.
- رحمتی‌نجارکلائی، فاطمه؛ نیک‌نامی، شمس‌الدین؛ امین‌شکروی، فرخنده و راوری، علی (۱۳۹۱)، «تجربیات بیماران مبتلا به HIV/AIDS از ننگ اجتماعی: یک مطالعه کیفی»، *فصلنامه تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱(۲)، ۷۱.
- زهراپی، شقایق؛ امینی، شکوفه و صائی، سوسن (۱۳۹۷)، «رابطه ادراک بیماری، تجربه انگ و همجوشی- شناختی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس»، *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۲)، ۲۵-۴۰.
- شاه‌ویسی، بهمن؛ شجاع‌شفتی، سعید؛ فدایی، فرید و دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۸۶)، «مقایسه انگ بیماری‌روانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی عمده بدون خصایص روان‌پریشی»، *آرشیو توانبخشی (توانبخشی)*، ۸ (ویژه نامه (مسلسل ۲۹))، ۲۱-۲۷.
- شکوری، علی و دارکش، محمد (۱۳۹۲)، «مطالعه اکتشافی وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران مبتلا به ایدز در ایران (مورد مطالعه: بیماران بخش عفونی بیمارستان امام‌خمینی تهران)»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۴(۱)، ۲۱-۴۳.
- شمسایی، فرشید؛ صادقیان، عفت و نظری، فاطمه (۱۳۹۷)، «بررسی انگ در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به- اختلالات روان‌پزشکی در بیمارستان فرشچیان همدان، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۳(۴)، ۴۲۸-۴۲۲.
- صادقی، مجید؛ کاویانی، حسین و رضایی، رضا (۱۳۸۲)، «بررسی مقایسه‌ای انگ بیماری روانی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی»، *تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۲)، ۱۶-۲۵.
- صادقی‌فسایی، سهیلا و نظری، حامد (۱۳۹۵)، «بچه افغانی: شکل‌گیری تصور از خود و دیگری در تجربه زندگی روزمره نوجوانان افغان»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۵(۳)، ۴۳۷-۴۵۶.
- طیبی‌درمیان، عبدالرحیم؛ ضاربان، ایرج؛ مسعودی، غلامرضا و شهرکی‌پور، مهناز (۱۳۹۲)، «تبیین احساسات درک‌شده مبتلایان به ایدز از بیماری و ننگ مرتبط با آن»، *فصلنامه تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲(۴)، ۳۵۷-۳۴۶.

- عابدی، حیدرعلی؛ قویمی، سمیرا؛ کریم‌اللهی، منصوره و قویمی، احسان (۱۳۹۳)، «تجربه عدم وجود حامی در زندگی والدین کودکان مبتلا به تالاسمی»، *فصلنامه سلامت و مراقبت*، ۱۶(۱)، ۴۸-۴۰.
- عباچی، اعظم و بهروان، حسین (۱۳۹۲)، «بررسی تاثیر انگ بر کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز (یک مطالعه پدیدارشناسی)»، *فصلنامه تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲(۲)، ۱۵۸-۱۷۲.
- عبداللهی، حمید؛ پیری، اکبر و موقرنبین، منصور (۱۳۹۰)، «داغ ننگ و هویت اجتماعی: بررسی موردی عوامل اجتماعی داغ‌ننگ‌زنده بر افراد دارای معلولیت جسمانی آشکار در شهر رشت»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۲(۱).
- علیخواه، فردین؛ نادمی، محمد و ضیاء‌ناصرانی، محدثه (۱۳۹۴)، «تجربه انگ‌زنی و اختلال هویت‌جنسیتی؛ آثار و پیامدها»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۳(۱): ۴۳-۵۶.
- قانع‌آبادی، فرزانه و قاسمی، وحید (۱۳۹۶)، «پدیده داغ‌ننگ چاقی در زنان ۱۵-۴۴ ساله در شهر یزد»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۸(۳)، ۴۱-۶۰.
- قانع‌آبادی، فرزانه؛ قاسمی، وحید و کیانپور، مسعود (۱۳۹۴)، «نگرش اجتماعی نسبت به مجرد دختران ۳۰ سال و بالاتر (مورد مطالعه: شهر یزد)»، *پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، ۴(۷)، ۹۹-۱۲۷.
- قانع‌آبادی، فرزانه؛ کیانپور، مسعود و قاسمی، وحید (۱۳۹۲)، «تجارب زیسته دختران ۳۰ سال به بالا در زمینه داغ‌ننگ ناشی از مجرد (مورد مطالعه: شهرهای اصفهان و یزد)»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۴(۲)، ۳۰۵-۳۳۱.
- قلی‌پور، سیاوش و ولدی‌نیا، زهرا. (۱۴۰۰)، «تجربه‌زیسته افراد با هویت جنسی متفاوت در شهر کرمانشاه»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۲(۱)، ۴۵-۶۵.
- قلی‌پور، سیاوش؛ امیری، نادر و کرانی، سارا (۱۳۹۷)، «انگ‌خوردگی سکونت‌گاه غیررسمی نوکان در کرمانشاه»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۲۵(۸۳)، ۱-۲۶.
- کرم‌لو، سمیرا؛ برجعلی، احمد؛ متقی‌پور، یاسمن و صادقی، منصوره‌السادات (۱۳۹۴)، «مؤلفه‌های تجربه انگ بیماری در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی: یک مطالعه کیفی»، *خانواده پژوهی*، ۱۱(۲)، ۱۸۷-۲۰۲.
- گافمن، اروین (۱۳۸۶). *داغ ننگ؛ چاره‌اندیشی برای هویت ضایع شده*، ترجمه مسعود کیانپور، چاپ دوم، تهران: نشر مرکز.
- گوگ، دیوید؛ الیور، سندی، و توماس، جیمز (۱۳۹۸)، مقدمه‌ای بر مرور سیستماتیک، ترجمه عادل آذر، سعید جهانیان، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تربیت‌مدرس.
- محمدی، جمال و سبحانی، پرویز (۱۳۹۹)، «فرهنگ انگ‌زنی و روایت‌های سوء‌مصرف‌کنندگان مواد مخدر از پذیرش تدریجی انگ معتاد»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۱(۲)، ۱۱۱-۱۴۰.
- ملاسمعیل‌شیرازی، نازلی؛ نوربخش، مرتضی و محرز، مینو (۲۰۱۶)، «پیامدهای داغ‌ننگ و برچسب در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی مثبت: یک مطالعه کیفی»، *مجله اخلاق زیستی*، ۲(۵)، ۹۹-۱۲۸.

میرحسینی، زهرا و ابراهیمی، مرضیه (۱۳۹۸)، «مطالعه تجربی زیسته کودکان و نوجوانان در خانواده‌هایی با والد زندانی»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۳(۱)، ۱۳۳-۱۵۳.

- Akbari, H. & Safari, S. (2020), Conditions of experienced stigma in people living with HIV in Iran: a qualitative comparative analysis. *Sociology of health & illness*, 42, 5, 1060-1076
- Amjad, R. N., Nasrabadi, A. N., & Navab, E. (2017), Family stigma associated with epilepsy: a qualitative study. *Journal of caring sciences*, 6(1), 59.
- Atkinson, A. B. (1998), Social exclusion, poverty and unemployment. In A. B. Atkinson & J. Hills (eds.), *Exclusion, employment and opportunity*. Case Paper no. 4. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics.
- Azizpour, M., Taghizadeh, Z., Mohammadi, N., & Vedadhir, A. (2018), Fear of stigma: The lived experiences of Iranian women after suicide attempt. *Perspectives in psychiatric care*, 54(2), 293-299.
- Becker, H. S. (1963), *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Belcher, J. R., & DeForge, B. R. (2012), Social stigma and homelessness: The limits of social change. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(8), 929-946.
- Block, R. G. (2009), Is It Just Me? Experiences of HIV-Related Stigma, *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 8:1, 1-19.
- Boyle, M. P. (2013), Assessment of stigma associated with stuttering: Development and evaluation of the self-stigma of stuttering scale (4S). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 1517-1529.
- Chen, X., Stanton, B., Kaljee, L. M., Fang, X., Xiong, Q., Lin, D., Zhang, L., & Li, X. (2011), Social Stigma, Social Capital Reconstruction and Rural Migrants in Urban China: A Population Health Perspective. *Human organization*, 70(1), 22-32.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsich, N. (2011), Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189, 339-343.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000), Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebel, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. (pp. 1-30). New York, NY: The Guilford Press.
- Fall, K. L. (2014), *Homeless men: exploring the experience of shame* (Doctoral dissertation, University of Iowa).
- Farmer, P. (2006), *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. University of California Press, Berkeley.

- Fattah, K.N., & Walters, P. (2020), "A Good Place for the Poor!" Counternarratives to Territorial Stigmatisation from Two Informal Settlements in Dhaka. *Social Inclusion*, 8, 55-65.
- Frost, D.M. (2011), Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 824-839.
- Gayapersad, A., Embleton, L., Shah, P., Kiptui, R., Ayuku, D., & Braitstein, P. (2020), Using a sociological conceptualization of stigma to explore the social processes of stigma and discrimination of children in street situations in western Kenya. *Child abuse & neglect*, 104803. Advance online publication.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Hasan Shiri, F., Mohtashami, J., Nasiri, M., Manoochehri, H., & Rohani, C. (2018), Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(8), 2285–2290.
- Heidari, H. and Hasanpour, M. and Fooladi, M. (2012), The Iranian Parents of Premature Infants in NICU Experience Stigma of Shame. *Medical Archives*, 66 (1).
- Hemmati, S., Soleimani, F., Seyednour, R., & Dadkhah, A. (2010), Stigma in Iranian down Syndrome. *Iranian Rehabilitation Journal*, 8(1), 13-18.
- Holleman, M. (2020), Introducing a novel approach to the cross-cultural measurement of stigma versus social integration using methods from the field of cognitive anthropology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 50(4), 534-552.
- Hopper, K. (2003), *Reckoning with homelessness*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Inglis, G., McHardy, F., Sosu, E., McAteer, J., & Biggs, H. (2019), Health inequality implications from a qualitative study of experiences of poverty stigma in Scotland. *Social science & medicine* (1982), 232, 43–49.
- Isaksson, A., Corker, E., Cotney, J., Hamilton, S., Pinfold, V., Rose, D., & Evans-Lacko, S. (2018), Coping with stigma and discrimination: evidence from mental health service users in England. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(6), 577-588
- Link, B. G., Cullen, F.T., Frank, J., Wozniak, J. (1987). The social rejection of ex-mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461–1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). Labeling and stigma. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 525–541). Springer Science + Business Media.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997), On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men

- with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38(2), 177–190.
- Livingston, D. and Boyd, E. (2010), Correlates and Consequences of Internalized Stigma for People Living with Mental Illness: A Systematic Review and Metaanalysis. *Journal of Social Science & Medicine*, 71:2150-216.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005), the social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393– 421.
- Marasco, A., De Martino, M., Magnotti, F., & Morvillo, A. (2018), Collaborative innovation in tourism and hospitality: A systematic review of the literature. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(6), 2364–2395.
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017), Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Journal of bioethical inquiry*, 14(2), 275–286.
- Meij, E., Haartsen, T., & Meijering, L. (2020), Enduring rural poverty: Stigma, class practices and social networks in a town in the Groninger Veenkoloniën. *Journal of rural studies*, 79, 226-234.
- Miller, C. T., & Kaiser, C. R. (2001), a theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57, 73-92. <http://refhub.elsevier.com>
- Mitchell, U. A., Nishida, A., Fletcher, F. E., & Molina, Y. (2021), The Long Arm of Oppression: How Structural Stigma Against Marginalized Communities Perpetuates Within-Group Health Disparities. *Health Education & Behavior*, 48(3), 342–351.
- Mohabbat Bahar, S., & Bigdeli, I. (2020), Stigma phenomenon to dementia in Iranian population: A phenomenological study. *Dementia*, 19(2), 319-329.
- Navab, E., Negarandeh, R., Peyrovi, H., & Navab, P. (2013), Stigma among Iranian family caregivers of patients with Alzheimer's disease: A hermeneutic study. *Nursing & health sciences*, 15(2), 201-206.
- Neil, A. (2020), *Social stigma: universal and culturally specific*, Indira Gandhi National Open University, New Delhi
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2000), why people stigmatize: Toward a bio-cultural framework. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebel, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. (pp. 31–61). New York, NY: The Guilford Press.
- Parker, R., & Appleton, P. (2003), HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, 13–24.
- Pickering, C., & Byrne, J. (2014), the benefits of publishing systematic quantitative literature reviews for PhD candidates and other early-career researchers. *Higher Education Research and Development*, 33(3), 534–548.
- Reutter, L. I., Stewart, M. J., Veenstra, G., Love, R., Raphael, D., & Makwarimba, E. (2009), "Who do they think we are, anyway?": perceptions



- of and responses to poverty stigma. *Qualitative health research*, 19(3), 297–311.
- Rosalina, P. D., Dupre, K., & Wang, Y. (2021), rural tourism: A systematic literature review on definitions and challenges. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 47, 134-149.
- SeyedAlinaghi, S., Paydary, K., Afsar Kazerooni, P., Hosseini, M., Sedaghat, A., Emamzadeh-Fard, S., & Mohraz, M. (2013), Evaluation of stigma index among people living with HIV/AIDS (PLWHA) in six cities in Iran. *Thrita*, 2(4), 69-75.
- Shi, Y., Liu, S., Wang, J., Li, C., & Zhang, J. (2021), Stigma experienced by patients with epilepsy: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Epilepsy & Behavior*, 118, 107926.
- Simons, A.M.W., Houkes, I., Koster, A. et al. (2018), the silent burden of stigmatisation: a qualitative study among Dutch people with a low socioeconomic position. *BMC Public Health* 18, 443.
- Syvetsen, J. L., Toneff, H., Howard, H., Spadola, C., Madden, D., & Clapp, J. (2021), Conceptualizing stigma in contexts of pregnancy and opioid misuse: A qualitative study with women and healthcare providers in Ohio. *Drug and alcohol dependence*, 222, 108677. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108677>
- Tyler, I., & Slater, T. (2018), Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review*, 66, 721 - 743.
- Wacquant, L.J. (1993), Urban Outcasts: Stigma and Division in the Black American Ghetto and the French Urban Periphery. *International Journal of Urban and Regional Research*, 17, 366-383.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005), The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.
- Zhuang, J., Cox, J., Cruz, S., Dearing, J. W., Hamm, J. A., & Upham, B. (2016), Environmental Stigma: Resident Responses to Living in a Contaminated Area. *The American behavioral scientist*, 60(11), 1322–1341.