مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: تطوير مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي
اسم الكاتب: د. ذياب البدانية
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/8811
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 23:56 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

تطوير مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي

د. ذياب البداينة

جامعة مؤتة - كلية العلوم الاجتماعية

الكرك - الأردن

د. عبد الله با دحدح رئيس قسم علم الاجتماع جامعة قطر	**د. حسين العثمان** جامعة الشارقة الإمارات العربية المتحدة	**د. هاني النوافلة** جامعة الحسين بن طلال الأردن	**د. فاطمة الكبيسي** جامعة قطر قطر
د. عارف خطار جامعة كاليفورنيا- بنسلفينيا الولايات المتحدة الأمريكية	**د. أحمد العموش** جامعة الشارقة الإمارات العربية المتحدة	**د. رسمية حنون** جامعة بير زيت فلسطين	**د. ليلى البيطار** جامعة بير زيت فلسطين
د. محمد عبد الرحمن الحنين جامعة الفاتح- ليبيا	**د. حاتم هلاوي** جامعة الخرطوم السودان	**د. عبد الرحمن الطحان** جامعة الموصل العراق	**د. علي حرب** جامعة بيروت العربية لبنان
د. غادة عبد التواب اليماني جامعة طنطا مصر	**د. فهد عبد الرحمن الناصر** جامعة الكويت الكويت	**د. عبد الله الالنجاوي** جامعة الكويت الكويت	**د. عبد الله الدراوشة** جامعة الحسين بن طلال الأردن
د. نجاة محمد صانم جامعة صنعاء اليمن	**د. حسن العوران** جامعة مؤتة الأردن	**نسرين البحري** جامعة مؤتة الأردن	**د. سليمان آل خطاب** جامعة الحسين بن طلال الأردن

تاريخ الاستلام: 15-06-2011 **تاريخ القبول: 13-10-2011**

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير مقياس عربي في الوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي، شارك في هذه الدراسة (3770) طالب وطالبة من جامعات من عشر دول عربية هي: مصر والعراق والأردن والكويت ولبنان وليبيا وفلسطين والسودان والإمارات العربية المتحدة، وقطر وذلك للحصول على عينة قومية. وتم سحب عينة عشوائية بسيطة من المواد العامة في الجامعات، بواقع (3) مواد من كل جامعة، وتم توزيع استبانة على الطلبة في تلك المواد. كانت غالبية الطلبة من الإناث (65%)، وبدخل متوسط (80%)، ومنهم (16%) يعرفون صديق مصاب بالإيدز، وأفاد (69%) منهم أنهم سيجرون فحص الإيدز إذا ما أتيح لهم ذلك.

تم تطبيق التحليل العاملي الأولي على فقرات المقياس الـ (43) فقرة التي وفت بمحكات الإدخال. واستبقيت (27) فقرة من أصل (43) فقرة. كشفت نتائج التحليل العاملي الأولية بطريقة تحليل المكونات الأساسية، وباستخدام معيار كيزر (Kaiser, 1990) في تحديد العوامل عن (8) عوامل تجاوزت جذورها الكامنة (1)، فسرت مجتمعة (52%) من التباين في فقرات المقياس.

وعند استخدام معيار كاتل (Catetll, 1966) الذي يعتمد شكل الانتشار، وعند تفحص شكل الانتشار تبين أن ثلاثة عوامل هي المناسبة للإبقاء، تم إجراء التحليل بتحديد (3) عوامل، سميت (الرفض، واللوم، والتجنب) وفسرت مجتمعة (51.5%) من التباين في فقرات المقياس، توزعت عليها (13) فقرة ممن وفت بمعيار معامل ارتباط ($r \geq o.40$) على عامل ما، وبمعامل ارتباط ($r = \leq o.15$) على العوامل الأخرى. كانت قيمة اجن للعامل الأول (الرفض) (2.694)، وللعامل الثاني (اللوم)(2. 517)، وللعامل الثالث (التجنب) (1.493). فسر عامل الرفض (20.7%)، وعامل اللوم(19.3%)، وعامل التجنب (11.481%) من التباين على المقياس. قدر معامل صدق البناء باستخدام فهرس المعرفة بالإيدز، وكان معامل الارتباط (0.17-) ذات دلالة إحصائية، أما الثبات فقدر باستخدام طريقة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) وبلغ (0.72) لفقرات المقياس.

الكلمات المفتاحية: مقياس الوصم الاجتماعي، الإيدز، طلبة الجامعات العربية، المجتمع العربي، مصر، العراق، والأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، فلسطين، السودان، الإمارات العربية المتحدة، قطر.

خلفية الدراسة ومشكلتها

يعد انتشار وباء الايدز في المنطقة العربية قليلًا مقارنة بمعدلات انتشاره العالمية، حيث تتراوح هذه المعدلات بين 1-2% بين شرائح الشباب في عمر 15-49 سنة. وقد يعزى ذلك إلى طبيعة البناء الاجتماعي والثقافي المحافظ للمنطقة العربية الذي لا يجيز الممارسات الجنسية قبل الزواج أو خارج إطار الأسرة، ويشجع على العفة والزواج (Roudi-Fahimi, 2007). وتجمع كافة التقديرات على ارتفاع نسبة انتشار الإيدز بين الشباب، وبمتوسط حوالي 45% من الحالات (Olimat & AL-Louzi, 2010) ,يشكل مرض (وباء) الإيدز تحديات متعددة للمجتمع الإنساني عامة (Gebbie, 1995)، ومن هذه التحديات الوقاية من المرض (Kalichman, 1998)، وظروف العمل للمصابين (Brooks & Lasinki, 1999)، والوصول إلى الخدمات الصحية (Mellins & Ryan, 1997)، وحماية حقوق الإنسان (Gray, Lyons, & Melton, 1955)، خاصة وأن هذه التحديات تتلازم في وجودها مع وباء آخر يفوق الآثار السلبية للأبعاد البيولوجية للمرض، ألا وهو الوصم (stigma) (Epstein, 1992). ولا تتوقف آثار الوصم السلبية على المستوى الشخصي، بل يصل إلى المستوى المجتمعي، ويعمم إلى المقربين من المصاب (Varas-Diaz, Serrano-Garcia, & Toro-Alfonso, 2008).

يُعد مرض الإيدز أكثر مرض فتك بالحياة البشرية على مدى التاريخ، حيث بلغ عدد المصابين بمرض الإيدز في العالم (33.1) مليون في العام (2009) منهم (15.7) مليون امرأة، (2.1) مليون طفل، نجم عن المرض (2) مليون وفاة، منهم (1.7) مليون، و(280) ألف طفل، (AIDS Epidemic Update 2010). وفي المنطقة العربية توفي (31600) طفل وبالغ في عام (2007) وهناك (90500) حالة ظهرت في الفترة (2007-2001). ولقد بلغ وضع المرض الوضع المعمم والمكثف [يكون الانتشار المعمم للوباء إذا كانت نسبة الانتشار أكثر من (1%) بين السكان، والانتشار المكثف للوباء إذا كانت نسبة الانتشار بين شريحة معينة من السكان أو في منطقة معينة أكثر من (5%) من السكان]. في السودان وجيبوتي. ويبين الجدول رقم (1) العدد التقديري للمصابين في الإيدز في (12) بلدًا عربيًا.

ومنذ ظهور أول حالة إيدز في الولايات المتحدة في عام (1981) والمصابين بالإيدز وفي كل العالم يعانون من وصمة الإيدز وآثارها السلبية على المصاب وأسرته ومحيطة. فبعض مرضى الإيدز طردوا من منازلهم (evicted)، وسرحوا من أعمالهم (fired) ويتم تجنبهم (shunned) من قبل أسرهم وزملائهم وأصدقائهم (Herek, 1999).

جدول رقم (1)

العدد التقديري للمصابين بالإيدز في العالم العربي 2007 (بالآلاف)

البلد	العدد التقديري 2007	تقديرات دنيا- عليا
الأردن	1	2>
البحرين	1	2>
الكويت	1	2>

لبنان	3	<7-7. 2
تونس	7 .3	<5.4-2.7
مصر	2 .9	<13-7.2
موريتانيا	14	<26-8.3
جيبوتي	16	<19-12
المغرب	21	<31-15
الجزائر	21	<43-11
الصومال	24	<45-13
السودان	320	<440-220

المصدر: تقرير التنمية البشرية العربية 2009، ص 160

وتحول الوصمة الاجتماعية دون معالجة المصابين بمرض الإيدز ووقايتهم، فعلى المستوى الاجتماعي، فان وصمة الإيدز تقلل من الدعم الاجتماعي للبرامج الاجتماعية لمكافحة الإيدز، ولمساعدة المصابين، كما أن وصمة الإيدز تحول دون الوقاية من الإيدز من مثل فحص الإيدز والوصول إلى خدمات الرعاية والعلاج (Bond, Chase, & Aggleton, 2002). ولذا يعمل صانعو السياسة من خلال استراتيجية تأقلم الانغماس (engagement coping)، على كسر الوصم (stigma busting)، والتركيز على خبرة الموصوم وتأقلمه، وأهمية الظهور العلني (الانكشاف) للمصاب في علاجه (Bagley & King, 2005). ومرض الإيدز مرض عال الوصم، وخاصة عندما يتم استدراج الوصم من قبل المصاب (Lee, Kochman, & Sikkema, 2002). ولا يتوقف الوصم عند الشخص المصاب بل يتجاوزه للأصدقاء وللأسرة، (Lichtenstein, 2003)، أي أن الوصم يتم تعميمه أو ما نسميه تعميم الوصم (stigma generalization)، وخاصة في المجتمعات العشائرية، ويلحق الوصم بالعشيرة، كونها تتسم بالتوحد في الهوية (identification) فالافتخار للجميع والعيب على الجميع (tribal stigma). كما أن الوصم يعيق كشف الشخص أنه مصاب بالإيدز، وبالتالي يعطل طلب المعالجة (Paxton, 2002). كما أن الخوف من الوصم، والوصم الشديد، وتعميم الوصم يحول دون كشف الأفراد أنهم مصابون بالإيدز (Lee, Kochman, & Sikkeman, 2002.).

مشكلة الدراسة

يمثل الاستثمار في الشباب عامة والشباب الجامعي على وجه الخصوص أفضل استثمار في العالم أجمع سواء في الدول النامية أو الدول غير النامية. فقد بلغ عدد من هم في سن (12-24) سنة في العالم (1.3) مليار شخص، وهم أكبر مجموعة من هذه الفئة العمرية في تاريخ العالم. ويصفهم بول وولفويتز بأنهم الأكثر عافية، وأفضل تعليمًا، ولهم قاعدة قوية يمكن البناء عليها في عالم يتطلب ما هو أكثر من المهارات الأساسية، والاستثمار فيهم هو الاستثمار في محاربة الفقر (البنك الدولي، 2006).

يمثل الشباب الجامعي شريحة هامة معرضة للخطر، وهم معرضون للخطر بالإصابة بمرض الإيدز نتيجة للخصائص الشخصية لمرحلة الشباب، وما تحويه هذه المرحلة من أزمات، وتغيرات أساسية في البناء الاجتماعي والثقافي، وقد ارتبطت مرحلة الشباب الحالية بعمليات التغير وبمرحلة الأزمات، فعلى سبيل المثال لا للحصر، تقلص الدور الرقابي والتربوي للأسرة، وانحسار الوازع الديني والأخلاقي، والتوسع في الإنفاق، إلى جانب انتشار الأسرة النواة وقلة الدعم الذي تقدمه الأسرة لأعضائها في حالات الأزمات وخاصة المرض مثل الإيدز. لقد زادت البحوث الاجتماعية في مجال الوصم، إلا أن هناك ندرة في الدراسات العربية في هذا الموضوع على الرغم من أهميته هذه البحوث في فهم بعض أنواع الجرائم مثل جرائم الشرف، والمشاجرات الطلابية، والعنف العشائري الجماعي، ووصم الأمراض النفسية والعقلية، وتأثير الوصم على شخصية الموصوم، وكذلك على وصول المرضى إلى خدمات الرعاية الصحية (البداينة، والدراوشة، والعوران، وآل خطاب، والتوايهة، 2011).

وتتلخص مشكلة الدراسة في تطوير مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي.

أهمية الدراسة

تبرز أهمية هذه الدراسة في إيجاد مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي. كما أن هناك ندرة الدراسات والبحوث التي تناولت الوصم الاجتماعي لمرضى الإيدز، وتكمن أهمية هذه الدراسة:

1. إيجاد مقياس يبين مدى شيوع الوصم الاجتماعي لمرضى الإيدز في المجتمع العربي.
2. إيجاد مقياس يُمكن من قياس اتجاهات الشباب نحو المصابين بالإيدز.
3. إيجاد أداة قياس صادقة وثابتة تمكن من دراسة مجالات الوصم الأخرى.
4. من المؤمل أن تسهم هذه الدراسة في إثراء الدراسات العربية عن الإيدز وخاصة في مجال المعرفة والوصم الاجتماعي والاتجاهات نحو المصابين.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تطوير مقياس عربي للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز، كما تهدف الدراسة إلى:

1. تطوير مقياس يبين مدى شيوع الوصم الاجتماعي لمرضى الإيدز في المجتمع العربي.
2. تطوير مقياس يُمكن من قياس اتجاهات الشباب الجامعي نحو المصابين بالإيدز.
3. من المؤمل أن تسهم نتائج هذه الدراسة رسم سياسيات اجتماعية وصحية تتعلق بالمصابين بالإيدز وبوسائل الوقاية.

الإطار النظري والدراسات السابقة

الوصم (Stigma)

تعريف الوصمة. تشكل إسهامات علم الاجتماع جفمان (Goffman) حجر الأساس في تحديد أبعاد مفهوم الوصم أو النظريات المفسرة له، أو في مجال قياس الوصم. كما أن غالبية تعاريف الوصم لم تخرج من مظلة تعريف جفمان في الوصم. لقد طور جفمان تعريفه للوصم من خلال تحديده ثلاثة أنواع من الوصم هي: (1) الشناعة الجسدية (abomination) والتي تتعلق بالتشوهات الجسدية أو الانحراف عن الأعراف الاجتماعية مثل الأفراد الذين يواجهون تحديات جسدية أو فاقدي الأطراف. (2) العيوب في الشخصية الفردية، التي ترتبط بصفات الأفراد وهوياتهم، أو باختصار بالطريقة التي يوجد فيها الفرد، وغالبا ما تلصق هذه العيوب بنزلاء السجون، ومصحات المخدرات، ومراكز التخلف العقلي. (3) الوصمة العشائرية، وترتبط بالتقييم السلبي للأفراد بناءً على انتمائهم العرقي أو الأثني أو العشائري. (Varas-Diaz, Serrano-Garcia, & Toro-Alfonso, 2008).

تعريف جفمان: يرى جفمان أن الوصمة هي الصفة التي تجعل الفرد مختلف عن الآخرين... ويتم تقويمه في عقولنا من (شخص) كامل وعادي إلى شخص ملوث وخصم. فالوصم عملية، يُعرف بموجبها المجتمع سلبًا العلامة (mark) المحددة كعرض أو مجموعة أعراض للمرض العقلي... وهي صفة تشوه السمعة (Goffman, 1963, p. 3)، وبالنسبة لجفمان فالوصمة تشمل مفاهيم سلبية متجذرة عن الأفراد الموصومين بناءً على المعاني الاجتماعية للعلامة (mark)، وأن العلامة والصور النمطية المقترنة تقود أفراد المجتمع لمعاملة الشخص الموصوم بأقل من إنسان (Goffman, 1963).

تعريف كوريجان وزملائه. يرى كوريجان وزملاؤه أن الوصم عملية إدراك معرفي موقفي. وهذه العملية تتكون من أربعة مكونات هي: (1) الإشارة (signal). (2) الصور النمطية (stereotypes)، (3) والتعصب (Prejudices)، (4) والتحيز(discrimination). (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Kleinlein, 2005). تُعد الإشارة أول خطوة في عملية الوصم (Corrigan, 2000)، وهي تماثل ما ذهب إليه جفمان بمصطلح العلامة (mark) التي تحدد الفرد كعضو في جماعة موصومة. الإشارات تؤدي إلى الصور النمطية والصور النمطية هي معتقدات اجتماعية أو معرفة اجتماعية يحملها جميعًا المجتمع بشكل جمعي (الشخص الفصامي خطير)، والتعصب هو الاتفاق الجمعي على الصور النمطية في سياق اجتماعي معين، والتحيز هو الصورة السلوكية للتعصب (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002;). لقد ميز كوريجان وواطسون بين الوصم الذاتي والوصم المجتمعي، والفرق بينهما يعتمد على من يحمل المدركات المعرفية وعمليات الوصم، فالوصم المجتمعي فيه عملية المدركات المعرفية حيث ينتقل العامة من الصور النمطية إلى سلوك التحيز الفعلي (مثل رفض تأجير مريض الإيدز شقة سكنية). أما الوصم الذاتي عندما يحمل الفرد صور نمطية سلبية عن ذاته ويوظفها في الواقع (عندما لا يتقدم مريض الإيدز بطلب استئجار شقة، لقناعته بأنه لا يتم تأجيره). وتستدمج الوصمة من قبل الموصومين وجماعاتهم وهو ما يعرف بالوصم الذاتي (self-stigma)، وهي عملية استدماج استجابات الوصم من العامة من قبل الأفراد المستهدفين بالوصم. أما الوصمة المتتبعة (affiliate stigma) وهي الاستجابات النفسية والمهددات للأفراد ذوي القربى للمصاب أو المرتبطين معه من الأفراد المستهدفين من مثل: أفراد الأسرة، والأصدقاء، والممرضات، والأطباء الذين يقومون على

العلاج. أن تبعية الوصمة لمثل هؤلاء الأفراد تؤثر في حياتهم (Carrigan & Watson, 2002). ويتم الوصم من خلال استدماج الوصم المبنية من الجماعات المستهدفة (الوصم الذاتي) والمقربين لهم (الوصمة المتتبعة)، من خلال مواقف وصم مختلفة.

تعريف لنك وزملائها: لقد قدمت لنك وزملاؤها تعريفًا للوصم بناءً على إسهامات جفمان يتكون من ستة أبعاد هي: (1) وصم الاختلافات (labeling differences)، فمن خلال العمليات الاجتماعية تفصل الاختلافات البشرية (الفروق) وتسمى، (2) أقران الوصمة مع الصور النمطية السلبية، حيث تربط العامة (public) الوصفات الاجتماعية والخصائص السلبية للأفراد المكونين للمجموعة الموصومة (Link, 1987)، وهذا مماثل لما قدمه جفمان حيث يرى أن الوصمة ترتبط بين الصفة (attribute) والعلامة (mark). (3). انفصال الأشخاص الموصومين عن بقية المجتمع (العزل). وهنا يوضع الأشخاص الموصومون في فئات مميزة لتحقيق الفصل بين (نحن) و(هم). (4). ردود الفعل العاطفية تجاه الواصم والموصوم وخاصة مشاعر الغضب، والقلق، والخوف، والخجل والعزلة (5). خبرة التحيز وفقدان المكانة (Status loss) من قبل الموصومين. (6). القوة (power)، تعتمد الوصمنة على مدى الوصول إلى القوة الاجتماعية والاقتصادية، والسياسية، التي تقود إلى تحديد الفروق وبناء الصور النمطية وعزل الأفراد الموصومين في فئات مميزة (distinct categories) ورفضهم وعدم قبولهم واستبعادهم. القوة أساسية لعملية الوصم، (Link, Yang, Link & Phelan, 2001) (Phelan, & Collins, 2004). ولذا فإن الوصم يكون عندما تكون عناصر الوصم والصور النمطية والفصل والعزل وفقدان المكانة والتحيز تحدث جنبًا إلى جنب في موقف قوة يمكنها من التفتح (Link & Phelan, 2001, p. 367).

تعريف جونز وزملائه. قدم جونز وزملاؤه (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, & Scott, 1984) في كتابهم (Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships) مصطلح العلامة (mark) لوصف الظروف التي تجعل من المجتمع ينشئ عمليات الوصم. وتحدث الوصمة عندما ترتبط العلامة بالشخص المعني من خلال عمليات العزو إلى الخصائص غير المرغوب فيها التي تحط من قيمة الفرد في عيون الناس. لقد حدد جونز وزملاؤه ستة أبعاد للوصمة هي:

1. قابلية الإخفاء (concealability) وتشير هذه الخاصية إلى مدى وضوح أو خفاء الصفة عن الآخرين، وهذا البعد متفاوت بين الأفراد، فالمرض العقلي يمكن إخفاؤه أكثر من الإعاقة الجسدية مثلًا.
2. المسار (course). وتشير هذه الخاصية إلى فيما إذا كانت ظروف الوصم يمكن عكسها زمنيًا، وأن الظروف غير القابلة للتراجع تثير مزيدًا من الصفات السلبية من الآخرين.
3. الفوضوية (disruptiveness). وتشير إلى مدى ضغوط الوسم (mark) أو إعاقة التفاعلات البين شخصية. مثلًا قد يعاق التفاعل مع المريض العقلي بسبب الخوف من سلوكهم غير المتوقع.
4. الجمالية (aesthetics)، وتعكس هذه الخاصية ما هو جذاب أو يسعد إدراك شخص ما، وما تسببه العلامة من إثارة رد الفعل الطبيعي للاشمئزاز.
5. الأصل (origin) ويشير إلى الكيفية التي ظهر فيها ظرف إدراك المسؤولية تجاه ظرف ما يحمل تأثير كبير حول استجابة الآخرين غير المحببة أو إزاء عقاب ما تجاه الفاعل المحدد.

6. الخطر (peril) ويشير إلى مشاعر الخطر، أو التهديدات التي تسببها العلامة في الآخرين، فالتهديد هنا يشير إلى الخوف من الخطر المادي الفعلي (الخوف من مرض الجذام).

وتتم عملية الوصم من خلال عزل الفرد عن المجتمع ومحيطه واستبعاده عن الآخرين، وإلصاق الصفات السلبية وغير المرغوبة اجتماعيًا، مما يؤدي إلى تجنب الناس له والابتعاد عنه (من مثل معرفة الناس بأن شخصًا مصاب بالإيدز، ووصمه وإلصاق صفات الكفر والدعارة وتعاطي المخدرات به) والنظر إليه على أنه خطير ومعدٍ (ومرتبط بالموت) (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, & Scott, 1984).

يمثل الوصم من منظور الصحة العامة مجموعة من الاتجاهات المتحيزة، والاستجابات العاطفية السلبية وسلوكيات التحيز في البناء الاجتماعي تجاه فرد أو مجموعة معينة (Corrigan, 2000). وهي تشمل الوصم (الوشم بالمعنى السلبي) (Labeling)، والصور النمطية (stereotyping) والفصل، (separation) وفقدان المكانة (Status lose)، والتحيز (discrimination) ضد الأفراد المصابين بالإيدز في مواقف القوة (power) (Link & Phelan, 2001). والوصم مفهوم متعدد الأبعاد (Zaho, Li, Fang, Hong, Zaho, Lin, zhang, & Stanton, 2009).

الدراسات السابقة:

على الرغم من قدم الحديث في موضوع الوصم نظريًا وأمبريقيًا، إلا أن زخم الدراسات والبحوث والنظريات قد تمت في فترة حديثة. فقد كشفت دراسة مارك وبون وبن وتشنج (Mark, Poon, Pun, & Cheung, 2007) في مراجعة الدراسات التي نشرت تحت مصطلح الوصم ومن خلال البحث في قاعدة البيانات (PsycINFO) وقاعدة (PubMed) عن وجود (4278) بحثًا أكثر من نصفها نشر في الفترة بين (2000-2005).

تعود جذور استخدام مصطلح الإيدز إلى اليونان حيث استخدمت الإشارات التي تمثلت في قطع أو حرق الأفراد الذين يُعد سلوكهم خاطئًا في المجتمع (Goffman, 1963). وغالبًا ما يكون الأفراد الذين يوصمون من خلال الإشارات (العلامة التي تميزه من غيره) من العبيد أو السجناء أو الخونة. وقد تكون الوصمة مؤلمة خاصة إذا كانت الوصمة: (1) لا يمكن إخفاؤها، (2) متقدمة في إلصاقها بالشخص، (3) لا تسر الناظرين، (4) وصمة عار، (5) لوم الشخص أو الجماعة مكان الوصم عن سبب الوصم (لوم الموصوم)، (7) إذا عطلت أو إعاقة التفاعل الاجتماعي، (8) إذا كانت مقترنة بالموت (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, & Scott , 1984; Murphy, 1995).

ويميل الأفراد الذين يشخصون بالإصابة بالإيدز إلى إخفاء تشخيصهم وإصابتهم؛ تجنبًا للوصم والتمييز المصاحب لوصمة الإيدز. وإن هذه السرية المصاحبة لوصم الإيدز تقود إلى عدد من الضغوط النفسية وإلى التردد في طلب المساعدة الاجتماعية والنفسية والصحية والعلاجية، وفي الوصول إلى الخدمات المتاحة. (Reece, 2003; Weiss & Ramakrishna, 2002) كما يحول كشف المريض عن إصابته (ردع) محاولات المريض في الوقاية والعلاج (Valdiserri, 2002). وللمجتمع المحلي دور في عملية وصم الإيدز، حيث إن الانغماس في نشاطات المجتمع المحلي

تحمي من الوصم والاكتئاب والوحدة (Ramierz-Valles, Fergus, Reisen, Poppen, & Cecillia Zea, 2005).

أظهرت الدراسات السابقة أن الآثار السلبية للوصم متعددة وتشمل وليس حصرًا: القلق، والإحباط، والاكتئاب، والشعور بالذنب، والعزلة والاستبعاد، واضطراب العلاقات الأسرية، والعنف الجسدي والعاطفي، وفقدان الدعم الاجتماعي (Perlick, Rosenheck, Clarkin, Sirey, Salahi, Struening, & Link, 2001)، وتدهور العلاقات عامة (Chesney & Smith, 1999)، والبطالة (Link, 1982). حيث تبين أن الوصم هو أهم العناصر التي تؤثر في نوعية الحياة للمصاب (Emlet, 2005; Rosenfield, 1997). ولقد ارتباط وصم الإيدز بعدد من القضايا الشخصية والنفس اجتماعية مثل الشعور بالعار والذنب (Bennett, 1990; Laryea & Gien, 1993)، والشعور بالخوف والغضب، (Bennett, 1990; Laryea & Gien, 1993)، والضغوط العقلية (Green & Platt, 1997)، والاكتئاب (Heckman, Kochman, & Sikkema, 2002; Link, 1997).

أظهرت دراسة فوجل، ووید، وهكلر (Vogel, Wade, & Hackler, 2007) أن المدركات العامة (الوصم المجتمعي)، والوصمة العامة تؤثر في تكوين الوصمة الذاتية واستدماج الوصم، وهذه بدورها تؤثر في طلب المساعدة النفسية لمريض الإيدز. كما تبين وجود علاقة بين الوصم العام والوصم الذاتي وكان معامل الارتباط (0.27)، وبين الوصم الذاتي والاتجاهات نحو الإيدز، وكان معامل الارتباط (0.79-)، وبين الاتجاهات نحو الإيدز وطلب المساعدة النفسية، وكان معامل الارتباط (0.66).

قام بادحدح، وسايم، وفوت (Badahdah, Sayem, & Foot,(2009)) بدراسة الجوانب الاجتماعية والسلوكية لوصمة العار والتمييز لمرضى الإيدز، وتطوير مقياس بذلك تكون من (10) فقرة. وكانت البيانات قد تم جمعها من طلاب الجامعات في إحدى الجامعات الحكومية في اليمن، وأوضح أن (35%) يؤكدون وجود وصمة العار لمرضى الإيدز في اليمن. وباستخدام التحليل العاملي على عينة مكونة من (318) من الطلبة. وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي ثلاثة عوامل هي: الصور النمطية السلبية والمعتقدات حول الأشخاص المصابين بالإيدز، والعامل الثاني جانب المشاعر الخاصة بالوصمة، والعامل الثالث وهو التحيز، والتجنب والرفض للمصابين بمرض الإيدز. أما العليمات واللوزي فقد درسا المعرفة والاتجاهات لدى طلبة التوجيهي عن الإيدز في الأردن، حيث تبين أن غالبية الطلبة (97.6) لديهم المعرفة عن مرض الإيدز (Olimat & Al-Louzi, 2010).

وبينت دراسة كوريجان (Corrigan, 2004) أن من أكثر الأسباب الدافعة للعزوف عن طلب المساعدة النفسية هو الوصم. حيث تجعل الوصمة من الشخص الذي يسعى لطلب المساعدة النفسية شخص غير مقبول اجتماعيا، وغير مرغوب فيه (Vogel, Wade, & Hackler, 2007). كما أظهرت دراسة زيادة تعرض الأيتام والمعرضين للخطر (OVC) وخاصة في أفريقيا، حيث وصف المشكلة من كوفي عنان بأنها قنبلة مؤقتة، وقدر العدد في عام 2010 بأنه 10 ملايين وهذا يؤثر في البناء الديموغرافي، وأنماط الأسرة، ومستوى الفقر، والأداء الاقتصادي، والتطور الاقتصادي الثقافي (Lund & Agyei-Mensah, 2008).

كما أظهرت دراسة بن، وجاينان، وويلي، وسبولدنج، وجاربن، وسوليفان، (Penn, Guynan, Daily, Spaulding, Garbin, & Sullivan, (1994).) الصور النمطية والوصم للمرضى تشمل صفات عدم الثقة، وعدم الثبات، وتحملهم مسؤولية مرضهم. كما توصلت لنتائج مشابهة دراسة كريسب، وجلدر، وريكس، وملتزر، ورولاندز (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000). كما وينظر للمرضى على أنهم غرباء، ومخيفون، ولا يمكن التنبؤ بسلوكياتهم، وعدوانيون، وضعاف في الضبط الذاتي (Farina & Felner, 1973 ; Page, 1977; Piner & Kahle, 1984).

أظهرت دراسة مارك وبون وبن وتشنج (Mark, Poon, Pun, & Cheung, 2007) التي اعتمدت على مراجعة (49) دراسة امبريقية في موضوع وصمة الإيدز، وجود علاقة سلبية بين وصم الإيدز والصحة العقلية. (0.28-)، وتوصلت الدراسة إلى أن الوصم الاجتماعي لمرضى الإيدز من أهم العوامل المحددة للخدمات الصحية التي يتلقاها المرضى. وأن وصم الإيدز يشكل هوية عفنة (المهشمة) (spoiled identity) لمريض الإيدز تؤدى إلى التقليل من قيمة المصاب وتحقيره في المجتمع.

وفي دراسة مونيتو وميل (Mwintuo & Mill, 2006) التي أجريت على (15) حالة من حالات الإيدز لمعرفة مدى تأثر مقدمي الخدمة غير الرسميين (الأسرة، والأصدقاء، والممرضين... إلخ) في وصمة الإيدز. وشملت المقابلات الزوجات والأمهات، والأصدقاء، والخلان، والبنات، والأولاد، والإخوة لمريض الإيدز. أظهرت نتائج الدراسة أن تأثيرات وصمة الإيدز قد طالت مقدمي الخدمة غير الرسمية، وأن مقدمي الخدمة يخفون المريض، ويخفون نشاطاتهم في مساعدته (العمل مكتوم وسري)، وبعضهم يعيش في سرية مطلقة ولا يشاركون أسرهم الممتدة تطورات المرض عند المصاب، وتتمثل الوصمة بالاتجاهات السلبية للجيران، والأقارب، ومقدمي الخدمة الرسميين.

وفي مجال قياس الوصم راجعت املت (13) دراسة في قياس وصم الإيدز، وخلصت إلى ثلاثة عوامل للوصم هي: المسافة واللوم، والتحيز، وغاليًا ما يوصم المصابون بالإيدز بهذه الوصوم جميعها (Emlet, 2005) وتتصف وصمة الإيدز بالتحيز، والتكذيب، والتحيز (Herek, Mitnick, Burris, Chesney, Devine, Fullilov, Fullilove, Gunther, Levi, Michaels, Novic, Pryo, Snyder, Sweeney, Sweeney, 1998).

ولقد توصل لينك، وفيلان(Link & Phelan, 2001) إلى خمسة مكونات للوصم هي: (1) التمييز بين الأفراد وتسمية الفروق، (2) المعتقدات الثقافية المسيطرة التي تربط بالأفراد (3) وصم الأفراد في فئات مميزة لتحقيق المزيد من العزلة (نحن وهم)، (4) خبرة العزلة وفقدان المنزلة والتمييز من الموصومتين وهذا يقود إلى مخرجات غير متساوية، و(5) اعتماد قوة الوصم على الحصول على القوة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تقود إلى تحديد الاختلافات وبناء الصور النمطية، وفصل الفئات الموصومة في فئات مميزة تمنعهم القبول الاجتماعي، وتؤدي إلى الرفض والاستبعاد والتمييز.

عينة الدراسة

كان الهدف من الدراسة سحب عينات من جميع الدول العربية، إلا أنه تم الحصول على بيانات من 11 دولة، هي الدول التي وافق باحثون منها على المشاركة في الدراسة، وهي: مصر والعراق والأردن والكويت ولبنان وليبيا وفلسطين والسودان والإمارات العربية المتحدة، واليمن وقطر. ولم يكن هناك أي محدد أو اعتبار لاختيار هذه الدول. تم سحب عينة عشوائية بسيطة من المواد العامة في الجامعات، بواقع (3) مواد عامة من كل جامعة، وتم توزيع استبانة الدراسة على جميع الطلبة، وبلغ مجموع الطلبة المستجيبين (3770) طالبًا من تلك الجامعات، والجدول التالي يبين توزيع العينة.

جدول رقم(2)
جدول توزيع العينة حسب الدولة

الدولة	التكرارات	%	الدولة	التكرارات	%
مصر	233	5.4	ليبيا	314	7.3
العراق	203	4.7	فلسطين	402	9.4
الأردن	683	15.9	السودان	135	3.1
الكويت	543	12.6	الإمارات	400	9.3
لبنان	244	5.7	اليمن	613	14.3
المجموع	3770	%100	قطر	526	12.2

كانت غالبية المشاركين من الإناث (56%)، ومن العزاب (48%) ولا يوجد لديهم أطفال (84%)، أما وفق الدخل فكانت الغالبية من الدخل المتوسط (80%). أفاد (69%) منهم أنهم يمكن أن يجروا فحص للإيدز إذا ما أتيحت لهم فرصة ذلك. كما أفاد (16%) بأنه يعرف صديق مصاب بالإيدز.

تطوير المقياس

كان الاهتمام في هذه الدراسة منصبًا على تطوير مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز، ولتحقيق هذا الهدف كان لا بد من سحب عينة متشابهة الخصائص (العمر)، وهذا يلتقي مع ما نادى به الفار(1987)، والتحليل العاملي المستخدم في هذه الدراسة هو التحليل العاملي الاستطلاعي أو الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis (EFA)) وهو النوع الذي يهدف إلى الاقتصاد في المتغيرات.

تم جمع (60) فقرة تم جمعها من الدراسات السابقة والنظريات ذات الصلة وهي: الفقرات التي استخدمها عبد الله بادحدح، وسايم، وفوت (Badahdah, Sayem, & Foot, 2009) في تطوير مقياسهم في اليمن، الاطلاع على بعض مقاييس وصم الإيدز مثل مقياس جالوويس (Jalowiec, 1988 موثق في Julawong, 2009) والخاص بالوصم والإيدز، ومقياس سويل، ولوينستاين، وموني هام، وديمي، وسيل في وصمة الإيدز (Sowell. , Lowenstein, Moneyham, Demi, 1997. Mizuno, & Seals) ومقياس البداينة (1996) في الوصم والإعاقة، ومقياس البداينة (2001) في الاتجاهات نحو كبار السن، وعمليات القياس لمفهوم الوصم (operationalization)

مثل براستيلي (Priestley, 2003)، واملت (Emlet, 2005)، وفيرهيجن ووبريك، وبرانوج (Verhaeghe, Bracke, & Bruynooghe, 2007)، هولزمير، ويس، وماكوي، وستيارت، فيثو، ودلاميني، وجرييف، وكوي، كريوا، كوكا، ونيدو(Holzemer, Uys, Makoae, Stewart, Phetlhu, Dlamini, Greeff, Kohi, Chirwa, Cuca, & Naidoo (2007))، وجونز، وفارينا، وهاستورف، وماركوس، وميللر، وسكوت (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, & Scott, 1994)، ولينك، وفيلان (Link & Phelan, 2001). ودراسة نظريات الوصم مثل نظرية شف (Scheff , 1966)، وجفمان (Goffman, 1963)، ونظرية ميد (Mead)، ليمرت (Lemert , 1975)، وبيكر (Becker, 1963).

تحديد الأبعاد: تم الأخذ بالحسبان أخذ مكونات المقياس الثلاثة (المعرفي والسلوكي والانفعالي) لكي تتسق الاتجاهات في علاقتها بالسلوك والتنبؤ به.

1- بعد الصور النمطية السلبية عن مرض الإيدز.

2- بعد المشاعر السلبية نحو المصابين بالإيدز

3- بعد السلوكيات الفعلية تجاه المصابين بمرض الإيدز

بعد عملية المراجعة والتمحيص من حيث تفردها، وعدم تكرار معناها في فقرة أخرى، وصلتها بالموضوع، أبقي على (43) فقرة وفت بمعايير الإدخال في الصورة الأولية للمقياس. لقد تمت كتابة فقرات المقياس بفقرات مبسط وواضحة، وشملت فقرات إيجابية (12 فقرة) وأخرى سلبية (31) تجاه المصابين بمرض الإيدز. وقد توزعت الفقرات على أبعاد السلوك (27) فقرة، والصور النمطية (12) فقرة والعاطفة (5) فقرات. كان مستوى الإجابات وفق مقياس ليكرت وحدد بست إجابات وهي (موافق بشدة(1)، موافق(2)، موافق نوعًا ما(3)، غير موافق نوعًا ما(4)، غير موافق (5)، غير موافق بشده(6)، يختار المستجيب منها وفق ما يراه مناسبًا.

وصم المصابين بالإيدز: بناءً على ما قدمه [البورت، اوسكمب، وفشبن (Allport,1935, Oskamp, 1977, Fishbein, 1967) وخليل الخليلي، 1989، وطلعت منصور، 1987، وأبو جابر والبداينة، 1993 والبداينة، 2001] في موضوع الاتجاهات وتكوينها، وقياسها، وما جاء في الإطار النظري من دراسات (وخاصة دراسة بادحدح، وسايم، وفوت) (Badahdah, Sayem, & Foot, (2009)) وما شمله المقياس من فقرات فإنه قد تم تحديد وصم المصابين بالإيدز بـــ [مجموعة السلوكيات والأفعال والمشاعر والصور النمطية السلبية نحو المصابين بالإيدز بما في ذلك مشاعر قلة الاحترام نحوهم، وتجنبهم ورفضهم، وازدراءهم، والخجل منهم، والشعور بالعار جراء إصابتهم).

فهرس مستوى المعرفة

وقد استخدم فهرس بادحدح (Badahdah, 2005) لغايات تقدير صدق البناء للمقياس يتعلق بالفقرات التي تقيس مستوى المعرفة عند طلبة الجامعات لمرض الإيدز، وقيست بالأسئلة من (-13 1) وفق ثلاث إجابات وهي(1. صح، 2. خطأ، 3. لا أعرف)، بحيث يختار المستجيب واحدة منها وفق ما يراه وكان الإجابات الصحيحة في الواقع تحت رقم (1) صح هي الفقرات ذات الأرقام التالية

(1، 4، 5، 8، 11، 12، 13)، أما الإجابات الخاطئة في الواقع التي تقع تحت الإجابة خطأ رقم (2) هي الفقرات ذات الأرقام التالية (2، 3، 6، 7، 9، 10) حيث تم تحليل الاستجابات للمبحوثين في ضوء الإجابة الصحيحة في الواقع والإجابات الخاطئة في الواقع التي تمت الإجابة عليها. كان معامل ثبات الفهرس (0.450). شمل الفهرس الأسئلة التالية:

جدول رقم (3)
فهرس المعرفة بمرض الإيدز

الإجابات الصحيحة / الفقرات	صح	خطأ	لا أعرف
1. يمكن لفيروس الإيدز أن يعيش في جسم الإنسان لعدة سنوات دون ظهور أعراض عليه/ عليها.	1	2	3
2. يمكن معرفة الشخص المصاب بالإيدز بمجرد النظر إليه/ إليها.	1	2	3
3. معظم الأشخاص المصابين بالإيدز حول العالم مثليون.	1	2	3
4. هناك أدوية يمكنها إطالة عمر الأشخاص المصابين بالإيدز.	1	2	3
5. استخدام الواقي الذكري يقلل من إمكانية الإصابة بالإيدز.	1	2	3
6. من الممكن الإصابة بالإيدز عن طريق قرص البعوض.	1	2	3
7. يمكن للمصاب بالإيدز أن ينقل الفيروس عن طريق اللعاب.	1	2	3
8. نصف المصابين بالإيدز حول العالم هن من النساء تقريبا.	1	2	3
9. لا يمكن لفيروس الإيدز أن ينتقل عن طريق الرضاعة.	1	2	3
10. هناك مصل واقٍ وفعال ضد الإصابة بفيروس الإيدز.	1	2	3
11. يمكن للمرأة المصابة بالإيدز أن تلد أطفالاً غير مصابين بالإيدز.	1	2	3
12. معظم المصابين بالإيدز حول العالم لا يعرفون أنهم مصابون.	1	2	3

التحليل العاملي

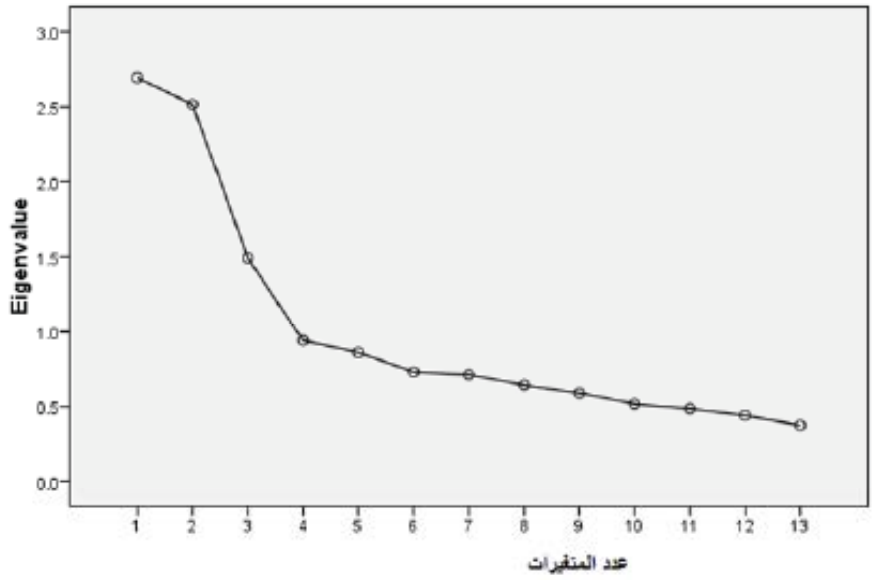
(أ) اختبار مصفوفة معاملات الارتباط

تم احتساب معاملات الارتباط بين فقرات المقياس، تبين أن جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية ($\alpha \geq 0.05$) ومُحدد مصفوفة الارتباط لا يساوي الصفر (cd=2.8)، وغير منفردة (non-singular) ودالة إحصائيا باستخدام اختبار بارتليت (Bartlett's test) ($\alpha \geq 0.000$)، و (قيمة اختبار بارتليت= 11294. 8).

(ب) درجة تجانس العينة

لفحص مدى تجانس العينة، طبق اختبار كايزر-ماير-أولكن (KMO) حيث تبين أن العينة متجانسة، وأن مقدار تجانسها ككل طبقًا لاختبار كايزر-ماير- أولكن (KMO=0.777) وهو أكبر من (الصفر). كما أن جميع القيم للفقرات الـ (43) فقرة لاختبار كايزر لقياس توافق العينة (MSA) عن طريق مصفوفة الارتباط الصورية (Anti-Image correlation (AIC)) والمشتملة على قيم (MSA) وجميعها أكبر من (الصفر)، وهي تستحق التقدير وفقًا لمحكان كايزر.

الإحصاءات الأولية (Initial Statistics): باستخدام طريقة المكونات الأساسية (Principle Components) تبين الإحصاءات الأولية أرقام المتغيرات، والاشتراكيات أو الشيوع (Communality) وهي نسبة تباين المتغيرات المفسرة بالعوامل (ماعدا في طريقة المكونات الأساسية =1، أما في الإحصاءات النهائية فتحسب على أنها نسبة تباين المتغيرات المفسرة بالعوامل)، كما وتشمل على المتغيرات (43) متغير، وتشتمل على الجذور الكامنة (eignvalues) التي تبين التباين الكلي المُفسر لكل عامل، كما يشتمل على نسبة مشاركة كل عامل للتباين الكلي (Pct of Var) Percentage of Variance)) وأخيرًا النسبة المتجمعة الصاعدة لنسبة مشاركة العوامل للتباين الكلي (Cum Pct) Cumulative Percentage of Variance))، ويلاحظ أن العوامل الثلاثة الأولى قد فسرت أكثر من ثلث التباين في المقياس (51.5%)، وفسرت العوامل الـ (8) التي وفت بمحكات التحليل (قيمة اجن فيها أكبر من 1) أكثر من نصف التباين(52%).



شكل رقم (1) انتشار العوامل مع قيم اجن

تبين من خلال تفحص شكل الانتشار رقم (1) والخاص بعدد العوامل أن ثلاثة عوامل هي المناسبة للاعتماد. تم إجراء التحليل بتحديد (3) عوامل فقط فسرت مجتمعة (51.1%) من التباين في فقرات المقياس. اعتمدت البنود التي ارتبطت بمعامل ارتباط (r≥o.40) على عامل ما و وبمعامل ارتباط (r=≤o.15) على العوامل الأخرى.

مصفوفة العوامل (Factor Matrix): تعرف مصفوفة معاملات العوامل بتشبعات العوامل (Factor Loading) وتبين مقدار التشبعات بغض النظر عن الإشارة (+، -) فالعامل ذي التشبع الأكبر أكثر تأثيرًا في المتغير. وباستخدام معيار كيزر (Kaiser, 1966) والذي يعتمد قيم اجن تساوي أو أكبر من قيمة (1)، أظهرت نتائج التحليل لمصفوفة العوامل وجود (8) عوامل قد تشبعت عليها فقرات المقياس، ممن وفت بمحك التحديد (وهو الجذر الكامن أكبر من 1). لقد فسرت العوامل مجتمعة (ال 8) عامل ما نسبته (52٪) من التباين الكلي للمقياس.

الإحصاءات النهائية (Final statistics): باستخدام معيار كاتيل (Cattell, 1966) المعتمد على شكل الانتشار في تحديد العوامل، لقد فسرت هذه العامل (51. 5%) من التباين على المقياس. يبين الجدول رقم (4) العوامل وتشبعات الفقرات (البنود) عل كل منها ونسبة التباين المفسر بواسطة كل عامل.

الصيغة النهائية للمقياس: تم تحديد فقرات المقياس بصورته النهائية (9) فقرة. شملت (6) فقرات إيجابية و (3) فقرات سلبية.

توزيع الفقرات وفق العوامل: توزعت فقرات المقياس على نحو غير متساوٍ على (3) عوامل حيث استوعب العامل الأول (20.7%) من التباين وتشبع عليه (3) فقرات وسمي عامل الرفض. العامل الثاني وفسر (19.4%) من التباين وتشبع عليه (3) فقرات وسمي اللوم. العامل الثالث وفسر (11.5%) من التباين وتشبع عليه (3) فقرات وسمي التجنب.

الجدول رقم (4)

الفقرات والعوامل بالتدوير بطريقة فاريماكس (Varimax) مع (Kaiser Normalization)

العامل/ البند	العامل		
العامل الأول: الرفض	**الرفض**	**اللوم**	**التجنب**
1. يجب السماح للأمهات المصابات بالإيدز بإرضاع أطفالهن.	.843		
2. لا مانع لدي من السماح للرجال المصابين بالإيدز بالزواج.	.789		
3. يجب السماح للنساء المصابات بالإيدز أن ينجبن أطفالاً.	.774		
العامل الثاني: اللوم			
4. يجب أن يخجل الأشخاص المصابون بالإيدز من أنفسهم.		.703	
5. الأشخاص المصابون بالإيدز هم المسؤولون عن إصابتهم.		-.651	
6. يجب إبعاد الأطفال الصغار عن منازلهم إذا كانت أمهاتهم مصابات بالإيدز.		-.622	

العامل/ البند	العامل		
العامل الثالث: التجنب			
7. لا مانع من السماح للأشخاص المصابين بالإيدز من تبني الأطفال.			-.759
8. سأسمح لطفلي أن يلعب مع طفل أمه مصابه بالإيدز.			.756
9. يجب إجبار النساء المصابات بالإيدز على الإجهاض.			.532

صدق المقياس

تم التحقق من صدق الأداة بدلالة الصدق الظاهري من خلال عرضها على (10) محكمين، من أعضاء هيئة التدريس، والمختصين الأكاديميين، في الدول المشاركة، لغرض تحكيمها، والتحقق من مدى صدق محتواها، وحيث تم الأخذ بآراء المحكمين وتعديلاتهم ضمن المعايير التالية:

1. الدقة والوضوح في صياغة الفقرات.
2. مراعاة اشتمال الفقرة على فكرة واحدة محددة يستطيع الفرد الإجابة عنها بدقة.

وقد حازت الفقرات جميعها (100%)على موافقة المحكمين.

صدق البناء: يعتمد هذا النوع من الصدق على مدى ارتباط مقياس معين مع مقياس آخر متسق معه نظريًا فيما يتعلق بالمفهوم محط القياس (Carmines & Zeller, 1979). تم استخدام مقياس المعرفة المختصر لتقدير صدق البناء للأداة، حيث من المتوقع إن ترتبط المعرفة سلبيا بالاتجاهات السلبية نحو مرضى الإيدز. كان معامل الارتباط بين مقياس المعرفة ومقياس الوصم (**17.-) كان ذا دلالة إحصائية، وهو مؤشر على صدق المقياس.

ثبات المقياس:

تم التأكد من أداة الدراسة من خلال استخراج معامل ثباتها باستخدام طريقة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لفقرات الدراسة ككل وبلغ (0.72). وكانت معاملات الارتباط بين العلامة الكلية للمقياس وكل من بعد التجنب، واللوم، والتباعد (0.416, 0.806, 0.569) على التوالي، وكلها ذات دلالة إحصائية.

المناقشة

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير مقياس عربي في الوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في المجتمع العربي، وذلك باستخدام فقرات مقاييس عالمية ذات صدق وثبات عال وطبقت في بيئات مختلفة، وذلك بناءً على مراجعة الدراسات السابقة. شارك في هذه الدراسة (3770) طالب وطالبة من جامعات من إحدى عشرة دولة عربية هي: مصر والعراق والأردن والكويت ولبنان وليبيا وفلسطين والسودان والإمارات العربية المتحدة، واليمن وقطر وذلك للحصول على عينة قومية. تم تطوير المقياس الحالي والمكون من (9) فقرة، حيث توزعت فقرات هذا المقياس على ثلاثة عوامل، سميت (الرفض، واللوم، والتجنب) وفسرت مجتمعة (51.5%) من التباين في المقياس.

كانت قيمة اجن لعامل االرفض (2.69)، ولعامل اللوم (2.51)، ولعامل التجنب (1.49). فسر العامل الرفض (20.7%)، وفسر عامل اللوم (19.4%)، وفسر عامل التجنب (11.48%) من التباين على المقياس. قدر معامل صدق البناء باستخدام فهرس المعرفة بالإيدز، وكانت العلاقة (**17.-) ذات دلالة إحصائية، أما الثبات فقدر باستخدام طريقة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) وبلغ (0.72) لفقرات المقياس. شملت بنود عامل الرفض، الرفض وعدم السماح، وشملت بنود عامل اللوم، الخجل، والغضب، والفصل، والإبعاد، وشملت بنود عامل التجنب، المنع والعقاب. يلتقي هذا المقياس في بعض بنوده مع المقاييس ذات العلاقة بوصم الإيدز مثل مقياس بادحدح،

وسايم، وفوت (Badahdah, Sayem, & Foot, (2009))، لينك، وفيلان (Link & Phelan, 2001)، مثل مقياس جولوونج (Julawong, 2009) والخاص بالوصم والإيدز، ومقياس سويل، ولوينستاين، وموني هام، وديمي، وسيل في وصمة الإيدز (Sowell. , Lowenstein, Moneyham, Demi, Mizuno, & Seals. 1997). شملت بنود المقياس المشاعر السلبية نحو المصابين، وتجنبهم، والابتعاد عنهم، ودعم السياسات التي تطالب بعقوبات قاسية للمصابين، ولومهم على الإصابة بالإيدز. ويمكن رد هذا الوضع إلى الصور النمطية عن المصابين بمرض الإيدز، التي ترتكز على أن الإصابة بهذا المرض ناتجة عن ممارسات الرذيلة، وهذه الممارسات مرفوضة اجتماعيا وثقافيا، وتمثل محرمات اجتماعية (taboo) وخرق للمعتقدات الصفرية عند الناس (zero-order-belief) التي تؤخذ كمسلمات، وخرقها يثير ردة فعل اجتماعية سلبية تتمثل في الوصم الشديد للمصابين، وهذه سلوكيات تلحق الشعور بالعار ليس لدى الفرد وإنما يعمم الوصم إلى أفراد العائلة والعشيرة.

إن وجود أبنية اجتماعية وثقافية محافظة في الوطن العربي تجعل من الاتجاهات والمشاعر سلبية إزاء المصابين بهذا المرض، وذلك لشيوع الصور النمطية عن مرض الإيدز، وإنه ناجم عن ممارسات الجنسية خارج نطاق الأسرة، وناجم عن الرذيلة والمخدرات، وهذا يجعل ردة الفعل الاجتماعية سلبية جدًا تجاه المصابين والنظر إليه كخوارج عن المعتقدات الأساسية للمجتمع، خاصة وأن هذه المجتمعات تشجع على الفضيلة، والابتعاد عن الرذيلة، ولا تجيز الممارسة الجنسية قبل الزواج، أو خارج الأسرة، وتلتقي هذه النتيجة مع توصلت إليه دراسات ((Olimat & Al-Louzi 2010))، ودراسة رودي (Roudi-Fahimi, 2007.)، ودراسة بادحدح (Badahdah, 2005)، والبداينة وآخرون (2011).

إن كشف النتائج السلبية للوصم التي تلحق بالمصابين على المستوى الفردي، والأسري، والمجتمعي، على المستوى الفردي قد يحول الوصم دون وصول المصاب للخدمات المتاحة أو كشف حالته للآخرين، وبالتالي حرمانه من العلاج والخدمات، بالإضافة إلى أنه يمكن أن يستدمج الشعور بالخجل، والعار مما يؤثر سلبيًا في تفاعلاته مع الآخرين، وعلى المستوى الأسري يتجنب المصاب بالإيدز كشف حالته لكي لا يعمم الوصم على أفراد الأسرة أو لا تشوه صورة الشخص أو صورة الأسرة أو الجماعة خاصة وأن الفرد في المجتمع العربي متوحد مع الجماعة فالإنجاز للجميع والعار على الجميع، أما على المستوى المجتمعي فقد يفقد المصاب عمله أو يفقد التواصل مع الأصدقاء، وقد يتجنبه الأصدقاء خوفا من انتقال السمعة السيئة إليهم أو انتقال المرض إليهم (صورة نمطية). كما يساهم بحرمانهم من الوصول إلى الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية. وهذا يلتقي مع ما توصل إليه: (Anderson, M. , Anderson, S. , Martin, A. , Salam, F. , & Wahlstrom, J. (2004); Badahdah, A. (2005)) كما يفيد توفير مثل هذا المقياس المختصر في بيان مستوى شيوع الوصم الاجتماعي، واتجاهات طلبة الجامعات العربية نحو المصابين بمرض الإيدز، وفي استثارة تطوير مقاييس في بيئات عربية أخرى، ولدى فئات اجتماعية أخرى (مثل الممرضات).

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة والمتعلقة بتطوير مقياس للوصم الاجتماعي للمصابين بمرض الإيدز في

الوطن العربي فإنه يمكن التوصية بـ:

1. إجراء دراسات عربية على موضوع الوصم الاجتماعي على عينات مجتمعة أخرى من مثل العاملين في القطاع الصحي، وطلبة الطب والتمريض.
2. التوعية المجتمعية بالصور النمطية الخاطئة عن مرض الإيدز، وتقديم المعرفة الصحيحة عن المرض.
3. الابتعاد عن لوم ضحايا مرض الإيدز واحترام حقوقهم بالحرية وبالعيش وبالوصول للخدمات.
4. دعم البحوث التي تتناول موضوع الوصم الاجتماعي وخاصة في المجالات الصحية والاجتماعية.
5. إجراء دراسات على المقياس في بيئات عربية وعلى شرائح منوعة.

المراجع

- الفار، ابراهيم عبد الوكيل (1995) التحليل العاملي باستخدام الـ SPSS-x-الدوحة: دار قطري بن الفجاءة.
- البداينة، ذياب (1991). المرشد إلى كتابة الرسائل الجامعية. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية.
- البداينة، ذياب، والدراوشة عبد الله، والعوران حسن، وآل خطاب سليمان، والتوايهة عباطة، (2010). الوصم الاجتماعي واتجاهات طلبة بعض الجامعات الأردنية نحو المصابين بمرض الإيدز. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية. م 4 ع 1 ص ص 48-70
- البداينة، ذياب، (1996). الوصم والإعاقة، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد الحادي عشر، العدد الثالث، الأردن. 311-325
- البنك الدولي (2007) تقرير عن التنمية في العالم: التنمية والجيل القادم. المؤلف: واشنطن
- تقرير التنمية البشرية العربية (2009). مكتب الأمم المتحدة الإنمائي. بيروت.
- الخليلي، خليل (1989) الاتجاهات نحو الفيزياء بنيتها وقياسها. أبحاث أليرموك. المجلد الخامس، العدد الأول.
- شريغلي، روبرت(1987) خليل الخليلي (مترجم) مفهوم الاتجاه وتعليم العلوم، منشورات مركز البحث والتطوير التربوي، جامعة اليرموك إربد، الأردن، (٧٨٩١م).
- منصور، طلعت، (1987). دراسة في الاتجاهات النفسية نحو المسنين لدى بعض الفئات العمرية في المجتمع الكويتي: استخدام الأمثال الشعبية الكويتية. مجلة العلوم الاجتماعية، م (51) (1) ص ص 96-102.

- Adresseavisen, Trondheim, Norway (2005). Interview with Kofi Annan, Wednesday 26 October 2005.
- AIDS epidemic update (2010)WHO http://data. unaids. org/pub/ Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en. pdf
- Allport,G. W. (1935). Attitudes P (810) in C. Murchison (ed.). A handbook of social psychology Worcester, Mass.: Clark University Press.
- Anderson, M. , Anderson, S. , Martin, A. , Salam, F. , & Wahlstrom, J. (2004). HIV/AIDS anti-stigma initiative: Selected literature: 2000_2004. Washington, DC: Center on AIDS & Community Health.
- Available at: http://www. stigmaconference. nih. gov/WeissPaper. htm
- Badahdah, A. (2005). Saudi attitudes towards people living with HIV/ AIDS. International Journal of STD and AIDS, 16(12), 837-838
- Badahdah, A. (2005). Saudi attitudes towards people living with HIV/

AIDS. International Journal of STD and AIDS, 16(12), 837_838.
- Badahdah, A. ,Sayem, N. , Foot, C. , (2009). Development of a Yemeni AIDS Stigma Scale. AIDS Care. Vol 21,Issue 6, P 1-6.
- Bagley, C. , & King, M. , (2005). Exploration of three stigma scales in 83 users of mental health services: Implications for campaigns to reduce stigma. Journal of Mental Health, 14(4): 343 – 355
- Bem, D. J. (l967). An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena Psychological Review, 74, 182-200
- Bond, V. , Chase, E. , & Aggleton, P. , (2002). Added Stigma, HIV/Aids and StigmaHYPERLINK Evaluation Program Planning, , Vol. 25 Issue 4, p347, 10.
- Brooks, R. A. ,&Klasinski, L. E. (1999). Assisting persons living with HIV/ AIDS to return to work: Pragmatic steps for AIDS service organizations. AIDS Education and Prevention, 11, 212-223.
- Chesney, M. A. , & Smith, A. W. (1999). Critical delays in HIV testing and care. American Behavioral Scientists, 42, 1162-1174.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. Clinical Psychology: Science and Practice, 7, 48–67.
- Corrigan, P. W. , & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change (pp. 11–44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. , & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: Science and Practice, 9, 35–53.
- Crisp, A. H. , Gelder, M. G. , Rix, S. , Meltzer, H. I. , & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. British Journal of Psychiatry, 177, 4–7.
- Emlet, C. A. (2003, November). Social support and stigma in the lives of older adults living with HIV/AIDS. Paper presented at the 56th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Diego, CA.
- Epstein, J. (1992). AIDS, stigma, and narratives of containment. American Imago, 49, 293-310.
- Farina A, & Felner R. D. , (1973) Employment interviewer reactions to

former mental patients. J Abnorm Psychol 82: 268–272
- Fishbein, M. (1967). Readings in Attitude Theory and measurement. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gebbie, K. M. (1995). AIDS-related service and research, evolving federal policy, and psychological practice. Professional Psychology: Research and Practice, 25, 227-228.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster.
- Gray, J. N. , Lyons, P. M. , & Melton, G. B. (1995). Ethical and legal issues in AIDS research. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Havens, J. F. , Mellins, C. A. ,& Ryan, S. (1997). Mental health treatment for children and families affected with HIV/AIDS. In L. Wicks (Ed.), Psychotherapy and AIDS: The human dimension (pp. 101-114). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Heckman, T. G. , Kochman, A. , & Sikkema, K. J. (2002). Depressive symptoms in older adults living with HIV disease: Application of the chronic illness quality of life model. Journal of Mental Health and Aging, 8(4), 267-279.
- Herek G. M. , (1999). Aids and stigma. American Behavioral Scientist 42; 1106-1116. Available at: http://abs. sagepub. com/cgi/content/ abstract/42/7/1106
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. American Behavioral Scientist, 42(7), 1106-1116.
- Herek, G. M. , Mitnick, L. , Burris, S. , Chesney, M. , Devine, P. , Fullilove, M. , T. , Fullilove, R. , Gunther, H. C. , Levi, J. , Michaels, S. , Novic, A. , Pryor, J. , Snyder, M. , Sweeney, T. , Sweeney, T. (1998). Workshop report. AIDS and stigma: A conceptual framework and research agenda. AIDS and Public Policy Journal, 13(1), 36-47.
- Hmoud S Olimat Salah H. Al-Louzi (2010) A National Study on the Knowledge and Awareness of Jordanian High School Students toward HIV/AIDS. European Journal of Social Sciences – Volume 14, Number 3, 427-441
- Holzemer W. L. , Uysl, L. , L. , Makoael , Stewart A. , Phetlhu, R. , Dlamini, P. . S. , Greeff M. , Kohi. , T. W. , Chirwa, M. , Cuca, Y. & Naidoo, J. (2007) A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five

African countries. Journal of Advanced Nursing 58(6), 541–551
- Jones, E. , Farina, A. , Hastorf, A. H. , Markus, H. , Miller, D. T, & Scott, R. A. (1984). Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman.
- Jones, E. E. ; Farina, A. ; Hastorf, A. H. ; Marcus, H. ; Miller, D. T. ; and Scott, R. A. Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships. New York, NY: Freeman and Company, 1984.
- Julawong, O. , (2009). The Relationship between Social Support, Stigma, and Coping Strategies in Thai Women With HIV/AIDS. A dissertation submitted to the School of Nursing of the catholic University of America. Washington, D. D.
- Kalichman, S. C. (1998a). Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kalichman, S. C. (1998b). Understanding AIDS: Advances in research and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lee, R. S. , Kochman, A. , & Sikkeman, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. AIDS and Behavior, 6(4), 309-319.
- Lemert, E, (1975). Primary and Secondary Deviation, New York, Mcgrouw, Hill
- Lichtenstein, B. (2003). Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American Deep South: Issues of race, gender and poverty. Social Science and Medicine, 57(12) 2435-2445.
- Link B. G, Rahav M, Phelan, J. (1999). Labeling and Stigma pp 481-494 in Handbook of the Sociology of Mental Health, edited by Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York,
- Link B. G. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. American Sociological Review 47: 202-215, 1982
- Link B. G. , & Phelan J. C. (2001) Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology 27: 363-385, 2001
- Link BG (2004). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. American Sociological Review 52: 96-112, 1987
- Link Q. , Yang L. H. , Phelan J. C. , & Collins P. Y. (2004). Measuring

Mental Illness Stigma. Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3, 511-542
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. American Sociological Review, 52, 96–112.
- Link, B. G. , & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363–385.
- Link, B. G. , & Phelan, J. C. , (2006). Stigma and its public health implications. Essay Focus Lancet, 367: 528–29 www. thelancet. com
- Link, B. G. , Cullen F. T. , Struening, E. , L. , Shrout, Dohrenwend, B. , P. , (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders; An empirical assessment. American Sociological Review 54: 100-123
- Link, B. G. , Struening, E. L. , Neese-Todd, S. , Asmussen, S. , & Phelan,J. C. , (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. Psychiatr Serv 52: 1621-1626, http://psychservices. psychiatryonline. org/cgi/content/full/52/12/162 1
- Link, B. G. , Yang, L. H. , Phelan, J. C. , & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. Schizophrenia Bulletin, 30(3), 511–541.
- Link, B. , Cullen, F. , Frank, J. , & Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients – understanding why labels matter. American Journal of Sociology, 92, 1461 – 1500.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. American Sociological Review, 52: 96-112
- Link, B. G. , and Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27: 363-385
- Link, B. G. ; Cullen, F. T. ; Struening, E. L. ; Shrout, P. E. ; and Dohrenwend, B. P. A(1989). Modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. American Sociological Review, 54: 100-123
- Link, B. G. ; Cullen, FT; Frank, J. ; and Wozniak, J. (1987). The social rejection of ex-mental patients: Understanding why labels matter. American Journal of Sociology, 92: 1461-1500
- Link, B. G. ; Struening, E. L. ; Neese-Todd, S. ; Asmussen, S. ; and Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience

of stigma. Psychiatric Rehabilitation Skills, 6(2): 20l-231
- Link, B. G. ; Struening, E. L. ; Neese-Todd, S. ; Asmussen, S. ; and Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatric Services, 52(12): 1621-1626
- Link, B. G. ; Struening, E. L. ; Rahav, M. ; Phelan, J. C; and 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
- Link, B. G. ;, Mirotznik, J. ; and, Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? Journal of Health and Social Behavior, 32: 302-320
- Maka, W. W. S, Poon, C. Y. M. , Puna, L. Y. K. , & Cheung, S. F. , (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. Social Science & Medicine 65, 245–261.
- Ministry of Health/Jordanian National AIDS Program (NAP). (2009). Cumulative HIV/AIDS cases in Jordan at 31/8/2009. Unpublished Tables. Amman; NAP.
- Oskamp, S. (1977). Attitudes and Opinions. New Jersey: prentice-Hall, Inc
- Page, S. (1977) Effects of the mental illness in attempts to obtain accommodation. Can J Behav Sci 9: 193–199
- Paxton, S. (2002). The paradox of public HIV disclosure. AIDS Care, 14(4), 559-567.
- Penn, D. , Guynan, K. , Daily, T. , Spaulding, W. , Garbin, C. , & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? Schizophrenia Bulletin, 20, 567 – 577.
- Perlick, D. A. ; Rosenheck, R. A. ; Clarkin, J. F. ; Sirey, J. A. ; Salahi, J. ; Struening, E. L. ; and Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. Psychiatric Services, 52(12): 1627-1632
- Phelan, J. , Link, B. G. , Moore, R. , Stueve, A. (1997). The Stigma of homelessness: The Impact of the Label “Homeless” on Attitudes Toward Poor Persons. Social Psychology Quarterly, Vol. 60, No. 4, 323-337

- Piner K. E, & Kahle LR. (1984). Adapting to the stigmatizing label of mental illness: Forgone but not forgotten. J Pers Soc Psychol 47: 805–811
- Priestley, M. (2003) Disability: A Life Course Approach Polity: Cambridge (UK).
- Prudence P. Mwinituo and Judy E. Mill (2006). Stigma Associated With Ghanaian Caregivers of AIDS Patients. West J Nurs Res 2006; 28; 369-382. Available at: http://wjn. sagepub. com/cgi/content/abstract/28/4/369
- Ragnhild Lund and Samuel Agyei-Mensah (2008) Queens as Mothers: the role of the traditional safety net of care and support for HIV/AIDS orphans and vulnerable children in Ghana. Geo Journal (2008) 71: 93–106
- Ramirez-Valles J. , Fergus S. , Reisen C. A. , Poppen P. J. , & Cecilia Zea M. , (2005). Confronting Stigma: Community Involvement and Psychological Well-Being Among HIV-Positive Latino Gay Men. Hispanic Journal of Behavioral Sciences 27; 101-119. Available at: http://hjb. sagepub. com/cgi/content/abstract/27/1/101
- Reece, M. (2003). HIV-related mental health care: Factors influencing dropout among low income, HIV-positive individuals. AIDS Care, 15, 707-716.
- Riggs S. A. , Mark Vosvick M. , and Stallings S. , (2007). Attachment Style, Stigma and Psychological Distress among HIV+ Adults. J Health Psychol 2007; 12; 922-936. Available at: http://hpq. sagepub. com/cgi/content/abstract/12/6/922
- Roudi-Fahimi, Farzaneh. (2007). Time to intervene: preventing the spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa. Washington, D. C.: Population Reference Bureau
– Scheff, T. (1966). Being mentally ill: A sociological theory. Chicago: Aldine.
- Sowell, R. , Lowenstein, A. , Moneyham, L. , Demi, A. , Mizuno, Y. , & Seals, B. (1997). Resources, stigma and patterns of disclosure in rural women with HIV infection. Public Health Nursing, 14(5), 302-312.
- UNICEF. (2001). Care and support for orphans and children made vulnerable by HIV/AIDS. http://www. unicef. org/aids/children. htm.
- Valdiserri, R. O. (2002). HIV/AIDS stigma: An impediment to public health. American Journal of Public Health, 92, 341-342.
- Varas-Diaz N. , Serrano-Garcia I. & Toro-Alfonso J. (2005) AIDS related

stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. Qualitative Health Research 15(2), 169–187.
- Verhaeghe,M. , Bracke, P. , & Bruynooghe, K. , (2007). Stigmatization in different mental health services: A Comparison of Psychiatric and General Hospitals. The Journal of Behavioral Health Services & Research 34: 2, 20-34
- Vogel D. L. , Wade N. G. , & Hackler A. H. , (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. Journal of Counseling Psychology. Vol. 54, No. 1, 40–50
- Weiss, M. G. ,&Ramakrishna, J. (2001). Interventions: Research on reducing stigma.
- Zhao, J. , Li, X. , Fang, X. , Hong, Y. , Zhao, G. , Lin, X. , Zhang, L. , Stanton, B. , (2009). Stigma Against Children Affected by AIDS (SACAA): Psychometric Evaluation of a Brief Measurement Scale AIDS Behav. DOI 10. 1007/s10461-009-9629-8

Developing an Arab AIDS Stigma Scale

Prof. Diab M. Al-Badayneh
Department of Sociology
Mutah University, Jordan

Dr. Abduallah Badahdah Qatar Univertsity Qatar	Dr. Hussien AL-Othman Al-Sharjeh University UAE	Dr. Hani Nawafleh AHU, Jordan	Dr. Fatima AlKubaisi Qatar University Qatar
Prof. Aref Al-Khattar Cal U, USA	Prof. Ahmed Alomosh Al-Sharjeh University UAE	Dr. Rasmeah Hannoon Berzet University Palestine	Dr. Laila Al-Betar Berzet University Palestine
Mohamed Al-haneen Al-Fateh University Libya	Prof. Hatem Hellawi Kartom University Sudan	M Prof. Abdulrahman Al-Tahan Almousel University, Iraq	Prof. Ali Harb Arab Beirut University Lebanon
Dr. Ghada A. Al-Yamani Tanta University Egypt	Dr. Fahd Al-Nasser Kuwait University Kuwait	Abdullah Al-Langawi Kuwait University Kuwait	Dr. Abdullah Al-Darawsheh Al-Hussein bin Tala University l-Jordan
Dr. Najat Saaem Yemen	Dr. Hassan Al-Oran MU, Jordan	Nesreen Al-Bahri MU, Jordan	Dr. Sulyman Al Khattab AHU University Jordan