

## **HUBUNGAN DI ANTARA STIGMA DAN KESIHATAN MENTAL DALAM KALANGAN ORANG YANG HIDUP DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**

*(Relationship between Stigma and Mental Health among People Living with HIV/AIDS)*

N. Z. Abidin, N. Subhi, M. S. Mohamad & N. Sarnon

### **ABSTRAK**

Stigma dalam kalangan orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) memberi kesan kepada kesihatan mental seperti kebimbangan, kemurungan dan ketakutan. Kajian ini bertujuan untuk mengkaji perhubungan antara stigma dan kesihatan mental ODHA. Kaedah persampelan bertujuan digunakan dengan melibatkan *self-identified* ODHA yang berumur 18 tahun dan ke atas. Kajian ini menggunakan soal selidik yang menggabungkan Skala Stigma HIV dan Inventori Kesihatan Mental (MHI-18). Seramai 34 orang responden telah terlibat dalam kajian ini dan 52.9 peratus responden mempunyai tahap kemurungan dan kebimbangan yang tidak sihat. Kajian ini juga mendapati bahawa terdapat perhubungan yang signifikan antara stigma dan kesihatan mental ( $r = -0.405$ ), kebimbangan ( $r = -0.379$ ), positif afektif ( $r = -0.479$ ), imej sendiri negatif dengan kesihatan mental ( $r = -0.372$ ), kebimbangan ( $r = -0.400$ ), kemurungan ( $r = -0.349$ ), positif afektif ( $r = -0.476$ ), sikap masyarakat dengan kesihatan mental ( $r = -0.406$ ), kebimbangan ( $r = -0.397$ ), positif afektif ( $r = -0.488$ ), stigma peribadi dengan positif afektif ( $r = -0.445$ ) dan pendedahan sendiri dengan positif afektif ( $r = -0.400$ ). Justeru, isu stigma dalam kalangan ODHA perlu ditangani demi mengurangkan impak terhadap kesihatan mental ODHA. Usaha seperti meningkatkan kempen kesedaran tentang HIV/AIDS dan saringan kesihatan mental serta kaunseling perlu dilakukan bagi meningkatkan kualiti hidup ODHA. Hasil kajian turut memberi implikasi terhadap polisi melibatkan ODHA serta usaha ke arah peningkatan sokongan sosial agar kehidupan mereka menjadi lebih baik dan harmoni.

**Kata Kunci:** HIV/AIDS, ODHA, Stigma, Diskriminasi, Kesihatan Mental

### **ABSTRACT**

People living with HIV/AIDS (PLHIV) who are facing HIV-related stigma have poor mental health. This study aimed to investigate the relationship between stigma and mental health of PLHIV. Purposive sampling method was used involving self-identified PLHIV who are 18 years and older. This study used a questionnaire that incorporates HIV Stigma Scale and Mental Health Inventory (MHI-18). A total of 34 respondents were involved, and 52.9 percent of them have unhealthy level of depression and anxiety. In addition, there was a significant relationship between stigma and mental health ( $r = -0.405$ ), anxiety ( $r = -0.379$ ), positive affective ( $r = -0.479$ ), negative self-image and mental health ( $r = -0.372$ ), anxiety ( $r = -0.400$ ), depression ( $r = -0.349$ ), positive affective ( $r = -0.476$ ), public attitudes with mental health ( $r = -0.406$ ), anxiety ( $r = -0.397$ ), positive affective ( $r = -0.488$ ), personalized stigma with positive affective ( $r = -0.445$ ) and self-disclosure with positive affective ( $r = -0.400$ ). Thus, stigma among PLHIV needs to be addressed in order to reduce the impact on the mental health. Efforts such as increasing awareness about HIV/AIDS, mental health

screening and counseling should be done to improve the quality of life of PLHIV. The findings also have implications on policy involving PLHIV as well as effort toward increasing social support to make their lives better and more harmonious.

**Keywords:** HIV/AIDS, PLHIV, Stigma, Discrimination, Mental Health

## **PENGENALAN**

Kes jangkitan HIV/AIDS mula dikenal pasti seawal tahun 1980an. Epidemik HIV/AIDS menular ke negara Malaysia sekitar tahun 1986. Setelah memasuki 3 dekad epidemik ini berada di dunia, pola kes jangkitan baharu menunjukkan penurunan. Menurut UNAIDS (2014), pada tahun 2001 bilangan kes jangkitan baharu di seluruh dunia adalah sebanyak 3.4 juta dan bilangan ini menurun sebanyak 38 peratus kepada 2.1 juta pada tahun 2013. Manakala, di Malaysia statistik jangkitan baharu mencatat kes yang tertinggi pada tahun 2002 di mana sebanyak 6, 978 kes telah dicatatkan. Pada tahun 2013, kes jangkitan baharu telah menurun kepada 3,393 kes (Kementerian Kesihatan Malaysia 2014). Epidemik ini di awalnya tertumpu kepada golongan pengguna dadah secara suntikan (IDU) berbanding golongan berisiko yang lain. Pada tahun 90an sekitar 70 hingga 80 peratus kes jangkitan adalah disebabkan oleh perkongsian jarum suntikan (Kementerian Kesihatan Malaysia 2012). Namun, kes jangkitan melalui perkongsian jarum suntikan dalam kalangan IDU telah dapat dikawal dengan berlakunya penurunan kes jangkitan baharu. Walau bagaimanapun, apa yang menjadi kebimbangan mukhtahir ini ialah kes jangkitan pada sekitar tahun 2014 telah berubah dari perkongsian jarum suntikan kepada jangkitan melalui hubungan seksual. Penurunan kadar jangkitan HIV/AIDS dalam kalangan IDU adalah disebabkan oleh giatnya program-program *outreach* (temuseru) yang telah dijalankan oleh pihak kerajaan. Kajian oleh Sarnon et al. (2011) menunjukkan bahawa program pertukaran jarum dan kondom yang telah dijalankan merupakan agen sosial untuk IDU menggunakan jarum yang bersih sekaligus mencegah daripada penularan HIV/AIDS kepada orang lain. Kadar jangkitan melalui IDU:jangkitan seksual pada tahun 2000 ialah 3.9 menurun kepada 0.2 pada tahun 2014 (Kementerian Kesihatan Malaysia 2015a). Angka ini jelas menunjukkan bahawa pola jangkitan HIV pada tahun 2014 adalah lebih dominan menerusi jangkitan seksual berbanding IDU.

Kadar penurunan yang dicatatkan terhadap kes jangkitan baharu tersebut mungkin memberi sedikit harapan positif dalam usaha membendung penularan virus HIV dalam kalangan masyarakat Malaysia. Namun, itu tidak bermakna usaha-usaha melakukan advokasi dan penyebaran maklumat berkenaan HIV/AIDS perlu dipandang sebelah mata oleh pihak-pihak tertentu. Usaha perlu digembeling bagi mencapai matlamat kerajaan dalam mengakhiri AIDS di Malaysia. Menurut laporan Mengakhiri AIDS di Malaysia yang telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia, mereka mensasarkan penurunan jangkitan baharu HIV sebanyak 90 peratus dari 7, 936 kes pada tahun 2010 kepada 751 kes pada tahun 2021 (Kementerian Kesihatan Malaysia 2015b). Maka, dalam usaha untuk mencapai matlamat ini, isu-isu yang berkaitan dengan HIV/AIDS perlu diteliti bagi memastikan intervensi yang dilakukan adalah secara holistik.

Penurunan kadar jangkitan baharu ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antaranya program intervensi yang telah dilakukan sebelum ini seperti program pengurangan kemudaratan (harm reduction) yang telah mula dilaksanakan sekitar tahun 2005 bagi

mengurangkan jangkitan melalui perkongsian jarum suntikan. Selain itu, kemajuan dalam kaedah rawatan turut menyumbang kepada pengawalan epidemik ini. Sebagai contoh, pembangunan dalam rawatan *Highly Active Anti-Retroviral Therapy* (HAART) membantu dalam mengawal virus dalam tubuh badan orang yang hidup dengan HIV (ODHA). Ini bermakna ODHA mampu menghindarkan diri mereka dari jangkitan sekunder (Opportunistic Infection) dan kekal hidup sihat seperti individu yang tidak dijangkiti sehingga usia tua iaitu sekitar usia 50 tahun dan ke atas (Lyons et al. 2013). ODHA yang kekal dengan jumlah virus di bawah 20 bilangan/ml mampu untuk mengurangkan risiko menjangkiti orang lain (NAM Publication 2016). Hal ini dipanggil rawatan sebagai pencegahan.

Walaupun telah banyak kemajuan dalam usaha mengawal epidemik ini, namun isu stigma dan diskriminasi dalam kalangan ODHA masih lagi menjadi topik perbualan oleh golongan aktivis, *advocator* dan ODHA. Stigma boleh ditafsirkan sebagai satu bentuk pemikiran ataupun pertimbangan yang negatif oleh seseorang individu kepada individu yang lain (Attell 2013). Menurut Goffman (2009), stigma dibahagikan kepada dua iaitu *felt stigma* dan *enacted stigma*. *Felt stigma* merupakan persepsi dalaman seseorang individu. Kebiasaannya, mereka ini mempunyai perasaan takut diberikan layanan yang buruk dan dilabelkan oleh individu lain walaupun kadang-kala perilaku stigma yang difikirkannya itu belum pasti akan berlaku (Stunkel & Wong 2006). Manakala, *enacted stigma* boleh dianggap sebagai diskriminasi kerana stigma jenis ini boleh dilihat dengan mata kasar. Sebagai contoh, individu akan mengelak untuk bersalaman dengan ODHA kerana bimbang virus HIV akan dipindahkan kepadanya. Tambahan lagi, Goffman turut mengklasifikasikan stigma kepada 3 jenis iaitu kebencian terhadap kecacatan fizikal (physical deformity), mencela kepincangan karakter (character blemishes) dan identiti kesukuan (tribal in origin) (Attell 2013; Hermawati 2011; Stunkel & Wong 2006).

Stigma terhadap ODHA boleh terjadi kesan daripada persepsi negatif masyarakat terhadap ODHA. Masyarakat sering melabelkan ODHA sebagai golongan yang menyimpang moralnya daripada masyarakat normal. Majoriti individu yang dijangkiti HIV pasti akan hidup dalam persekitaran stigma yang tinggi, pengasingan dan kualiti hidup yang rendah kesan daripada konotasi negatif berkenaan HIV/AIDS terhadap nilai-nilai agama, sosial dan moral dalam Islam (Wan Zaidi et al. 2012). Dalam erti kata lain, masyarakat akan melihat masalah HIV/AIDS sebagai kesan daripada gaya hidup negatif individu. Sebagai contoh, masyarakat Afrika melihat HIV sebagai satu penyakit yang berpunca daripada masalah gaya hidup seseorang individu (Yuh et al. 2012). Oleh kerana HIV sering dikaitkan dengan seks bebas dan penyalahgunaan dadah, masyarakat beranggapan bahawa ODHA perlu bertanggungjawab terhadap perbuatannya dan berhak mendapat hukuman daripada tuhan atas tingkah laku yang melanggar norma agama (Visser et al. 2006; Hermawati 2011). Selain itu, HIV juga dikaitkan dengan kematian, balasan terhadap perbuatan yang tidak bermoral, ketakutan, memalukan dan keaiban sosial (Malcolm et al. 1998). Tambahan lagi, Nita et al. (2005) dalam kajiannya mendapati segelintir doktor sering membuat atribusi moral dan bukan klinikal berkenaan salah laku masa lampau pesakit HIV positif yang berjumpa dengannya. Ini adalah merupakan kesan negatif daripada rendahnya tahap pengetahuan HIV dalam kalangan masyarakat termasuk pengamal perubatan (Balfour et al. 2010). Perkara ini menunjukkan bahawa masyarakat mengeneralisasikan ODHA sebagai kelompok individu yang terpesong moral dan tingkah lakunya. Ini akan melahirkan perasaan menghakimi (Visser et al. 2006) dan menghukum dalam diri individu dan seterusnya mewujudkan diskriminasi dalam kalangan ODHA.

Melihat kepada senario di Malaysia, tahap stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih wujud pada kadar yang membimbangkan. Masih kedapatan orang awam di Malaysia yang menolak untuk berkongsi satu kolam renang dengan ODHA, takut untuk membeli makanan daripada kedai yang dimiliki oleh ODHA dan makan makanan yang disediakan oleh ODHA (Tee & Huang 2009; Wong & Nur Syuhada (2011)). Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA boleh terjadi kesan daripada kurangnya maklumat dan pengetahuan berkenaan HIV/AIDS. Pengetahuan berkenaan HIV/AIDS sedikit sebanyak memainkan peranan dalam mengurangkan stigma terhadap ODHA (Tee & Huang 2009). Hal ini kerana program intervensi dan pendidikan dalam menyalurkan pengetahuan berkenaan HIV dan AIDS dapat mendidik masyarakat berkenaan isu ini sekaligus mengurangkan sikap prejudis masyarakat terhadap ODHA (Nita et al. 2005; Tee & Huang 2009). Ferrer et al. (2007) dalam kajiannya ke atas 45 pelajar siswazah di Chile mendapati kekurangan penerimaan maklumat dan pendidikan boleh menyumbang kepada risiko jangkitan HIV dan persepsi negatif terhadap ODHA. Sebaliknya, Balfour et al. (2010) turut mendapati tahap pengetahuan HIV/AIDS yang tinggi dalam kalangan 119 orang pelajar ijazah di Guyana, Amerika Selatan, membentuk tahap stigma yang rendah dalam kalangan mereka. Beliau juga mendapati sebanyak 83 peratus pelajar tersebut menunjukkan sikap positif terhadap ODHA. Media massa tidak lari dari memainkan peranan dalam penyebaran maklumat berkenaan HIV/AIDS kepada masyarakat umum. Media massa memainkan peranan yang penting dalam mempengaruhi pemikiran masyarakat yang menonton atau melihat iklan-iklan yang dipaparkan (Hermawati 2011). Perkara yang menjadi kebimbangan ialah maklumat yang cuba disampaikan oleh media massa seringkali bersifat mewujudkan ketakutan dan diskriminasi (Wong & Nur Syuhada 2011). Media massa harus peka dengan perkara ini, sebagai contoh, media massa perlu berhati-hati dan peka tentang stereotaip ODHA sebagai sakit dan memerlukan simpati (Tee & Huang 2009). Media massa perlu menyalurkan maklumat yang lebih positif seperti kepentingan rawatan dan sokongan sosial terhadap ODHA.

Stigma yang berlaku dalam kalangan ODHA secara tidak langsung memberi kesan negatif terhadap tahap kesihatan mental mereka (Courtenay-Quirk et al. 2006). ODHA sering mengalami tekanan psikologikal sehingga menyebabkan berlakunya kemurungan, kebimbangan, rasa bersalah, marah dan mempunyai niat serta cubaan untuk membunuh diri (Hermawati 2011). Kajian yang telah dilakukan oleh Adewuya et al. mendapati responden kajiannya yang terdiri daripada ODHA mempunyai kadar kecelaruan psikiatri yang tinggi (59.1%). Mereka juga turut mendapati ODHA mempunyai kadar kecelaruan afektif, kebimbangan dan psikotik yang tinggi berbanding mereka yang HIV negatif (Adewuya et al. 2007). Selain itu, perasaan takut turut menghantui diri ODHA. Mereka berasa takut untuk berada dalam kalangan individu yang HIV negatif dan cuba untuk mengelakkan menjalin hubungan intim kerana bimbang akan penolakan daripada orang yang HIV negatif (Courtenay-Quirk et al. 2006). Tambahan lagi, stigma yang berlaku dalam kalangan ODHA memberi kesan kepada tahap penghargaan sendiri mereka. Persepsi negatif masyarakat terhadap ODHA membuatkan mereka berasa rendah diri (Emlet 2007) dan menganggap diri mereka hina dan ini akan menimbulkan rasa bersalah dalam diri mereka. Hal ini berupaya meningkatkan kebarangkalian risiko untuk ODHA mempunyai perasaan untuk membunuh diri sekiranya telah patah hati. Courtenay-Quirk et al. (2006) mendapati 30 peratus responden yang terdiri daripada ODHA telah cuba untuk membunuh diri dalam hidup mereka kerana tidak mampu untuk berhadapan dengan stigma HIV/AIDS daripada masyarakat.

Kesan kemurungan yang dialami oleh ODHA bukan sahaja menjejaskan kesihatan mental mereka bahkan boleh menjejaskan kesihatan fizikal mereka. Kemurungan akan mempengaruhi ODHA dalam memulakan rawatan dan kepatuhan kepada ubat-ubatan (Bhatia et al. 2011; Ramirez-Avila et al. 2012; Mishra, Usha & Sipra 2013). Rawatan dan ubat-ubatan amat penting bagi ODHA dalam membendung mereka daripada risiko dijangkiti penyakit lain. Jadi, jika kemurungan ini membuatkan ODHA tidak patuh pada pengambilan ubat-ubatan dan menjalani rawatan secara disiplin, sudah pasti kesihatan fizikal mereka terganggu. Kemurungan turut didapati sebagai punca kepada peningkatan jumlah virus dan penurunan jumlah sel CD4 dalam badan pesakit (Bhatia et al. 2011). Sel CD4 atau *CD4-lymphocyte* adalah merupakan salah satu sel yang memainkan peranan penting dalam sistem pertahanan tubuh badan manusia (Bor, Miller & Goldman 2013).

Oleh yang demikian, kajian ini dijalankan adalah untuk mengkaji hubung kait stigma dengan tahap kesihatan mental ODHA. Ini adalah kerana kemurungan dan kebimbangan dalam diri ODHA adalah merupakan indikator kepada kesejahteraan psikologi mereka dan hubung kait antara kedua-dua aspek ini adalah tinggi (Sun et al. 2014).

## **METOD KAJIAN**

### **Instrumen Kajian**

Kajian ini berbentuk kuantitatif di mana set soal selidik telah digunakan bagi mendapatkan data kajian. Soal selidik yang digunakan telah menggabungkan dua alat ujian iaitu Skala Stigma HIV bagi mengukur tahap stigma dalam kalangan ODHA dan Inventori Kesihatan Mental (MHI-18) untuk mengukur tahap kesihatan mental ODHA. Skala Stigma HIV mempunyai nilai kebolehpercayaan,  $\alpha = 0.948$ , manakala nilai kebolehpercayaan MHI-18 adalah,  $\alpha = 0.778$ . Kedua-dua alat ujian ini telah diterjemahkan kepada Bahasa Melayu sebelum ditadbir kepada responden kajian.

Skala Stigma HIV menggunakan skala Likert di mana terdapat empat skala pengukuran iaitu (1) Sangat Tidak Setuju, (2) Tidak Setuju, (3) Setuju dan (4) Sangat Setuju. Soal selidik ini mempunyai 40 soalan dan terbahagi kepada empat sub-skala iaitu (i) Stigma Peribadi (Personalized Stigma), (ii) Pendedahan (Disclosure), (iii) Imej Kendiri Negatif (Negative Self-Image) dan (iv) Sikap Orang Awam (Public Attitudes). Jumlah skor yang tinggi menunjukkan tahap stigma yang tinggi dalam kalangan ODHA. MHI-18 juga menggunakan skala Likert di mana terdapat 18 item kesemuanya. Alat ujian ini mempunyai empat sub-skala pengukuran iaitu (i) Kebimbangan, (ii) Kemurungan, (iii) Kawalan Tingkah Laku dan (iv) Afektif Positif. Jumlah skor yang tinggi menunjukkan tahap kesihatan mental yang baik. Dalam kajian ini, tahap kesihatan mental dibahagikan kepada dua iaitu tinggi dan rendah. Pengkaji telah mengambil nilai 52 sebagai nilai skor pemisah antara tinggi dan rendah. Ini adalah berdasarkan kepada kajian yang telah dilakukan oleh Van den Beukel et al. (2012) dan Holmes (1998). Skor yang tinggi (skor  $\geq 52$ ) menunjukkan tahap kesihatan mental yang baik manakala skor rendah (skor  $\leq 52$ ) menunjukkan tahap kesihatan mental yang kurang baik atau tidak sihat. Dalam kajian ini, responden yang memperoleh skor  $\leq 52$  dikategorikan sebagai mempunyai tahap kesihatan mental yang tidak sihat.

## **Peserta Kajian**

Responden kajian ini terdiri daripada *self-identified* ODHA yang berumur tidak kurang dari 18 tahun. Responden adalah terdiri daripada mereka yang tinggal di sekitar Lembah Klang. Saiz sampel ditentukan berdasarkan anggaran jumlah ODHA di sekitar kawasan kajian. Ini merupakan sedikit cabaran kepada pengkaji bagi mendapatkan sasaran responden kajian. Hal ini adalah kerana status kesihatan mereka adalah sesuatu yang sulit. Tidak ramai dalam kalangan ODHA yang bersifat terbuka untuk menyertai kajian ini dan mendedahkan status HIV mereka kepada orang lain. Pengkaji telah mengiklankan tentang pengambilan peserta kajian secara terbuka sama ada melalui Facebook dan mulut ke mulut, namun tidak ramai yang memberi maklum balas positif untuk menyertai kajian ini. Seramai 34 orang responden telah menyertai kajian ini secara sukarela. Kaedah persampelan bertujuan telah digunakan. Responden kajian telah dipilih daripada empat pertubuhan bukan kerajaan (NGO) yang berkaitan dengan HIV/AIDS.

## **Proses Pengumpulan Data**

Soal selidik ini dijawab menggunakan dua kaedah iaitu secara pertemuan bersemuka dan juga atas talian. Pengkaji telah bertemu dengan responden kajian di rumah perlindungan dibawah pengurusan NGO yang telah dikenal pasti. Manakala, bagi kaedah atas talian, pengkaji telah menghantar soal selidik tersebut menerusi emel dan juga soal selidik menerusi aplikasi *Google Form*. Alamat emel responden kajian diperoleh dengan menghubungi responden secara peribadi samada menerusi telefon ataupun laman Facebook.

Persetujuan daripada NGO yang terpilih diperoleh terlebih dahulu sebelum mengedar soal selidik kepada penghuni-penghuni ataupun klien-klien mereka. Setelah semua persetujuan diperoleh, calon-calon responden dikenal pasti dan proses saringan responden dilakukan. Setelah proses itu selesai, persetujuan daripada calon diperoleh dan satu masa telah ditetapkan untuk mengedarkan soal selidik kepada responden. Responden dikehendaki untuk menjawab soal selidik tersebut dengan lengkap dan dikembalikan semula kepada pengkaji.

## **Analisis Data**

Data yang diperoleh telah dianalisis menggunakan perisian *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versi 22. Data dianalisis menggunakan ujian statistik deskriptif dan inferensi. Data kajian adalah berbentuk ordinal, maka ujian korelasi Spearman's Rho telah digunakan bagi melihat perhubungan antara stigma dan tahap kesihatan mental ODHA. Selain daripada itu, data kajian tidak mempunyai taburan yang normal, maka, Spearman's Rho lebih sesuai digunakan untuk mencari perhubungan antara kedua-dua pemboleh ubah.

## **KEPUTUSAN**

### **Latarbelakang Demografi**

Majoriti responden kajian merupakan lelaki iaitu seramai 31 orang daripada 34 orang keseluruhan responden kajian. Selain itu, majoriti responden yang menyertai kajian ini

berbangsa Melayu iaitu seramai 30 orang dan hanya empat orang responden terdiri daripada lain-lain bangsa. Seramai 18 orang responden berumur dalam lingkungan 30an, diikuti oleh responden yang berumur dalam lingkungan 20an (n= 13) dan seterusnya, hanya dua orang responden yang berumur dalam lingkungan 40an. Majoriti responden kajian adalah merupakan golongan yang berkerjaya, iaitu seramai 21 orang responden bekerja dan selebihnya (n=13) tidak bekerja. Ini termasuk responden yang masih belajar.

Tambahan lagi, majoriti responden kajian adalah mereka yang belum berkahwin atau bujang (n= 30), tiga orang responden sudah berkahwin dan hanya seorang responden mempunyai pasangan. Responden yang mempunyai pasangan membawa maksud responden mempunyai pasangan hidup sama jantina. Dalam erti kata lain, mereka adalah golongan Lesbian, Gay, Bisexual dan Transgender (LGBT). Akhir sekali, majoriti responden mempunyai tahap pendidikan di peringkat PMR/SPM dan Ijazah Sarjana Muda. Seramai 13 orang responden mempunyai tahap pendidikan di peringkat PMR/SPM dan 12 orang responden mempunyai tahap pendidikan di peringkat Ijazah Sarjana Muda. Tujuh orang responden mempunyai tahap pendidikan di peringkat Sijil/Diploma dan hanya dua orang responden merupakan graduan di peringkat Sarjana/PhD. Maklumat keseluruhan demografi para responden adalah seperti di dalam Jadual 1.

### **Tahap Stigma dan Kesihatan Mental dalam Kalangan ODHA**

Berdasarkan Jadual 2, purata skor tahap stigma dalam kalangan responden adalah 97.44. Selain itu, skor purata bagi *personalized stigma* ialah 40.71, pendedahan sendiri ialah 27.94, imej sendiri negatif ialah 29.59 dan sikap masyarakat ialah 50.09.

**Jadual 1.** Maklumat Demografi Responden Kajian

<b>Demografi Responden</b>	<b>Frekuensi (n=34)</b>	<b>Peratus (%)</b>
<i>Jantina</i>		
Lelaki	31	91.18
Perempuan	3	8.82
<i>Bangsa</i>		
Melayu	30	88.24
Lain-lain	4	11.76
<i>Umur</i>		
18 - 29 Tahun	13	38.24
30 - 41 Tahun	18	52.94
42 - 53 Tahun	2	5.88
<i>Status Pekerjaan</i>		
Bekerja	21	61.76
Tidak Bekerja	13	38.24
<i>Status Perkahwinan</i>		
Berkahwin	3	8.82
Bujang	30	88.24
Pasangan	1	2.94

<i>Status Pendidikan</i>		
PMR/SPM	13	38.24
Sijil/Diploma	7	20.59
Ijazah Sarjana Muda	12	35.29
Sarjana/PhD	2	5.88

**Jadual 2.** Tahap Stigma Responden (N = 34)

	<b>Skala Stigma</b>	<b>Personalized Stigma</b>	<b>Pendedahan Kendiri</b>	<b>Imej Kendiri Negatif</b>	<b>Sikap Masyarakat</b>
Min	97.44	40.71	27.94	29.59	50.09
Minimum	54	20	15	14	23
Maksimum	138	60	38	45	69

Jadual 3 menunjukkan tahap kesihatan mental responden kajian, Berdasarkan Jadual 3, seramai 52.9 peratus responden kajian (n = 18) mempunyai tahap kemurungan dan kebimbangan yang kurang baik. Manakala, bagi sub-skala afektif positif pula, 20 orang (58.8%) responden mempunyai emosi atau perasaan positif yang tinggi. Tambahan lagi, lebih daripada separuh responden (61.8%) mempunyai kawalan tingkah laku yang baik.

**Jadual 3:** Tahap Kesihatan Mental Responden (N = 34)

<b>Kategori Kesihatan Mental</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Peratus (%)</b>
<i>Kesihatan Mental</i>		
Rendah	14	41.2
Tinggi	20	58.8
<i>Kemurungan</i>		
Rendah	18	52.9
Tinggi	16	47.1
<i>Kebimbangan</i>		
Rendah	18	52.9
Tinggi	16	47.1
<i>Afektif Positif</i>		
Rendah	14	41.2
Tinggi	20	58.8
<i>Kawalan Tingkah Laku</i>		
Rendah	13	38.2
Tinggi	21	61.8



## **Hubung kait Stigma dan Tahap Kesihatan Mental ODHA**

Jadual 4 menunjukkan hubungan antara stigma dan kesihatan mental dalam kalangan ODHA. Berdasarkan jadual tersebut, terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dan kesihatan mental dengan nilai  $r = -0.405$ ,  $p < 0.05$ . Selain daripada itu, imej sendiri negatif dan sikap masyarakat turut mempunyai hubungan yang signifikan dengan kesihatan mental. Imej sendiri negatif mempunyai nilai pekali  $r = -0.372$ ,  $p < 0.05$ , manakala, sikap masyarakat mempunyai nilai pekali korelasi,  $r = -0.406$ ,  $k < 0.01$ . Tambahan lagi, kemurungan turut mempunyai hubungan yang signifikan dengan imej sendiri yang negatif dengan nilai  $r = -0.349$ ,  $p < 0.05$ . Stigma, imej sendiri negatif dan sikap masyarakat juga turut menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap kebimbangan. Masing-masing mempunyai nilai pekali korelasi  $r = -0.379$ ,  $p < 0.05$ ,  $r = -0.400$ ,  $p < 0.05$ ,  $r = -0.397$ ,  $p < 0.01$ . Selain daripada itu, kajian ini turut mendapati positif afektif mempunyai hubungan yang signifikan dengan stigma ( $r = -0.479$ ,  $p < 0.01$ ), *personalized stigma* ( $r = -0.445$ ,  $p < 0.01$ ), pendedahan sendiri ( $r = -0.400$ ,  $p < 0.05$ ), imej sendiri negatif ( $-0.476$ ,  $p < 0.01$ ) dan sikap masyarakat ( $r = -0.488$ ,  $p < 0.01$ ).

## **PERBINCANGAN**

Dewasa ini, tidak dapat dinafikan bahawa stigma dan diskriminasi dalam kalangan ODHA masih lagi berlaku walaupun epidemik ini telah berada di Malaysia hampir tiga dekad lamanya. Kajian ini telah mendapati skor purata skala stigma dalam kalangan responden ialah 97.44. Selain daripada itu, lebih daripada separuh responden (52.9%) mempunyai tahap kemurungan dan kebimbangan yang kurang baik. Mereka ini terdedah kepada risiko gangguan atau kecelaruan mental yang lebih serius seperti membunuh diri atau mencederakan diri sendiri sekiranya tidak terdapat program intervensi yang dilakukan di peringkat awal. Stigma dan kesihatan mental mempunyai kaitan antara satu sama lain. Seperti yang diperoleh daripada hasil kajian ini, stigma mempunyai hubungan yang signifikan dengan tahap kesihatan mental ODHA dengan nilai pekali korelasi  $r = -0.405$ . Ini menunjukkan ODHA yang berhadapan dengan stigma akan terdedah kepada risiko gejala kesihatan mental yang rendah seperti kemurungan, kebimbangan dan rendah penghargaan sendiri. Kajian ini selari dengan dapatan yang diperoleh daripada kajian yang dilakukan oleh Logie et al. (2013), dimana satu per tiga daripada responden kajiannya mengalami tahap kemurungan yang sederhana/teruk. Mereka juga mendapati stigma berkaitan HIV mempunyai hubungan dengan peningkatan tahap kemurungan (Logie et al. 2013). Ini turut disokong oleh Yi et al. (2015), yang mendapati tahap kecelaruan mental yang tinggi dalam kalangan ODHA berhubung kait dengan pengalaman stigma dan diskriminasi yang tinggi yang dialami oleh mereka.

Dalam masa yang sama, stigma peribadi mempunyai hubungan yang signifikan dengan positif afektif (emosi positif). Tidak dapat dinafikan stigma peribadi memberi kesan kepada perasaan positif ODHA. Ini kerana ODHA yang berhadapan dengan stigma akan mengalami kebimbangan, kerap mempunyai perasaan yang negatif, kesunyian dan simptom kemurungan (Courtenay-Quirk et al. 2006). Perasaan negatif yang timbul dalam diri ODHA sedikit sebanyak dipengaruhi oleh stereotaip negatif daripada masyarakat. Sebagai contoh, masyarakat akan melabelkan ODHA sebagai seorang yang hina, jijik dan tidak bermoral. Stereotaip ini menjadikan ODHA takut untuk berhadapan dengan masyarakat kerana takut

akan dipulaukan, dihina dan diserang secara fizikal dan menjadi bahan umpatan oleh masyarakat sekeliling (Yi et al. 2015). Perasaan ini secara tidak langsung akan memberi kesan kepada kesihatan mental ODHA. Yi et al. (2015) turut mendapati ODHA yang mempunyai tahap kesihatan mental yang teruk mempunyai perasaan-perasaan yang berbentuk negatif seperti takut, malu, bersalah dan ingin membunuh diri.

Selain daripada itu, pemikiran atau perasaan negatif juga mempengaruhi imej sendiri ODHA. Mereka yang kerap berfikiran negatif akan membentuk imej sendiri yang negatif. Sebagai contoh, jika ODHA memikirkan diri mereka ini kotor, mereka akan mengambil keputusan untuk mengasingkan diri daripada masyarakat. Ini menunjukkan mereka mempunyai penghargaan sendiri yang rendah. Mereka merasa rendah diri dan malu dengan diri sendiri setelah mengetahui mereka telah dijangkiti oleh HIV. Kajian ini berjaya membuktikan imej sendiri negatif berhubung secara signifikan dengan kebimbangan, kemurungan dan perasaan positif. Dapatan ini disokong oleh Eller et al. (2014), dimana mereka mendapati peramal yang paling kuat kepada gejala kemurungan adalah penghakiman sendiri (self-judgment). Penghakiman sendiri dalam konteks ini boleh diterjemahkan kepada stigma dalaman (internal stigma) dalam diri ODHA. Stigma dalaman adalah merupakan anggapan-anggapan negatif ODHA terhadap diri mereka sendiri seperti menyalahkan diri sendiri, malu dan sebagainya. Oleh itu, dapat dinyatakan di sini imej sendiri dan perasaan negatif memberi kesan yang kurang baik kepada kesihatan mental ODHA.

**Jadual 4:** Hubungan Stigma dan Keihatan Mental dalam Kalangan ODHA (N = 34)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Jumlah Stigma	1.000	<b>0.824**</b>	<b>0.835**</b>	<b>0.911**</b>	<b>0.935**</b>	<b>0.405*</b>	-0.331	<b>0.379*</b>	<b>0.479**</b>	-0.250
2. Personalized Stigma		1.000	<b>0.494**</b>	<b>0.706**</b>	<b>0.892**</b>	0.296	-0.177	-0.331	<b>0.445**</b>	-0.281
3. Pendedahan Kendiri			1.000	<b>0.797**</b>	<b>0.710**</b>	0.226	-0.211	-0.187	<b>0.400*</b>	-0.164
4. Imej Kendiri Negatif				1.000	<b>0.796**</b>	<b>0.372*</b>	<b>0.349*</b>	<b>0.400*</b>	<b>0.476**</b>	-0.291
5. Sikap Masyarakat					1.000	<b>0.406*</b>	-0.265	<b>0.397*</b>	<b>0.488**</b>	-0.281
6. Indeks Kesihatan Mental						1.000	<b>0.669**</b>	<b>0.669**</b>	<b>0.514**</b>	<b>0.571**</b>
7. Kemurungan							1.000	<b>0.764**</b>	0.310	0.257
8. Kebimbangan								1.000	0.310	<b>0.378*</b>
9. Positif Afektif									1.000	<b>0.448**</b>
10. Kawalan Tingkah Laku										1.000

\*Aras kesnifikanan pada  $k < 0.05$ ; \*\*Aras kesnifikanan pada  $k < 0.01$

Tambahan lagi, sikap masyarakat turut mampu mempengaruhi tahap kesihatan menatal ODHA. Dalam kajian ini, sikap masyarakat mempunyai perhubungan yang signifikan dengan kebimbangan, dan perasaan positif. Tidak dinafikan masih lagi terdapat segelintir masyarakat di Malaysia yang mempunyai sikap negatif terhadap golongan ODHA. Ini mungkin kerana kurangnya pengetahuan dan pendedahan berkenaan isu HIV dan AIDS

kepada mereka. Pengetahuan berkenaan HIV/AIDS adalah penting kerana pengetahuan yang tinggi boleh melahirkan sikap positif kepada proses pembersihan stigma dalam kalangan masyarakat, di samping menjelaskan fakta sebenar penularan virus HIV itu berlaku (Abd Razak & Subhi 2016). Satu kajian yang telah dijalankan oleh Naing et al. (2010) berkenaan pengetahuan dan sikap terhadap HIV/AIDS dalam kalangan komuniti pinggir bandar di Malaysia mendapati terdapat salah faham tentang cara penularan HIV dalam kalangan responden kajian, di mana 44.8 peratus responden percaya yang HIV dijangkiti melalui air liur, 40.9 peratus melalui gigitan nyamuk dan 37.1 peratus melalui sentuhan kasual. Selain itu, Rahnama et al. turut mendapati bahawa tahap pengetahuan HIV dalam kalangan 1773 pelajar Universiti Putra Malaysia adalah tidak memuaskan. Kajian beliau mendapati 26.5 peratus pelajar beranggapan bahawa berkongsi kolam renang dengan ODHA adalah berisiko untuk dijangkiti HIV dan 36.1 peratus beranggapan HIV boleh disebarkan melalui bersin dan batuk. Ini menunjukkan tahap pengetahuan rakyat Malaysia berkenaan HIV masih belum boleh dibanggakan. Kesannya, mereka akan takut untuk mendampingi ODHA kerana bimbang akan dijangkiti. Hal ini menyebabkan individu atau ahli keluarga tidak mahu menjaga ODHA di dalam rumah mereka (Rahnama et al. 2009). Ini akan menjadikan ODHA dipulaukan atau diasingkan dalam komuniti. Perkara ini akan memberi kesan kepada kesihatan mental ODHA seperti kemurungan dan sebagainya. Hubung kait antara sikap manusia dengan kemurungan turut disokong oleh Emlet (Emlet 2007), di mana kajian mendapati terdapat perhubungan yang signifikan antara kedua-dua pemboleh ubah tersebut. Masyarakat mahupun ahli keluarga perlu menunjukkan sikap yang positif seperti memberi sokongan dan dorongan kepada mereka untuk meneruskan kehidupan mereka dengan lebih berkualiti.

Seterusnya, pendedahan sendiri dan perasaan positif ODHA turut mempunyai perhubungan yang signifikan. Pendedahan sendiri bukan sesuatu perkara yang mudah untuk dilakukan oleh ODHA. Ini ditunjukkan dalam kajian yang dilakukan oleh Rahnama et al. (2007), di mana hanya 19.5 peratus daripada 1773 pelajar akan memberi tahu ahli keluarga atau pasangan mereka sekiranya mereka dijangkiti HIV. Pelbagai faktor dan kesan yang perlu dipertimbangkan terlebih dahulu. Pendedahan sendiri mungkin akan memberi kesan yang negatif atau positif kepada ODHA. Stigma merupakan salah satu penyumbang kepada kesukaran ODHA untuk melakukan pendedahan sendiri. Mereka lebih rela untuk tidak mendedahkan status HIV mereka kerana tidak mahu berhadapan dengan stigma masyarakat (Sun et al. 2014). Selain itu, pendedahan sendiri akan memberi kesan yang positif terhadap ODHA seperti meningkatkan penghargaan sendiri dan keyakinan diri (Paxton 2002). Tambahan lagi, dengan melakukan pendedahan sendiri, ODHA akan berpeluang untuk mendapat sokongan emosi dan sosial daripada orang terdekat seperti keluarga dan rakan-rakan (Derlega et al. 2004). Hal ini akan mengurangkan bebanan psikologi yang ditanggung oleh ODHA kerana mereka akan mempunyai akses kepada perkhidmatan psikososial, seterusnya dapat meningkatkan kualiti hidup mereka (Wan Zaidi et al. 2012). Ini dapat dilihat sekiranya stigma, sikap dan tingkah laku negatif masyarakat terhadap ODHA dapat dihapuskan, ini akan membuka ruang kepada ODHA untuk melakukan pendedahan sendiri status HIV mereka kepada orang sekeliling mereka. Ini akan membantu dalam proses meningkatkan kesejahteraan psikologi ODHA seperti mendapat sokongan dan rawatan yang sewajarnya. Oleh yang demikian, stigma secara tidak langsung mempengaruhi kesihatan mental dan kualiti hidup ODHA.

## **KESIMPULAN**

Berhadapan dengan stigma dan diskriminasi bukan merupakan sesuatu yang mudah bagi ODHA. Ini pasti memberi kesan kepada kesihatan mental mereka seperti kemurungan, kebimbangan dan rasa takut. Isu ini tidak seharusnya dipandang remeh kerana ia memberi kesan kepada kesejahteraan psikologi ODHA. Kajian perlu dilakukan bagi menelusuri isu ini dalam usaha mengurangkan kesan negatif kepada ODHA. Berdasarkan hasil yang diperolehi daripada kajian ini, didapati ODHA masih lagi berhadapan dengan stigma berkaitan HIV dan ia mempengaruhi tahap kesihatan mental mereka. Lebih daripada separuh responden mempunyai tahap kemurungan dan kebimbangan yang kurang baik. Oleh yang demikian, usaha mengurangkan stigma dalam kalangan ODHA perlu terus dilakukan dan dikaji semula. Usaha dalam menyalurkan pendidikan dan kesedaran kepada orang umum mahupun ODHA perlu diperluas dan dipelbagai. Mungkin pihak-pihak berkaitan seperti Kementerian Kesihatan Malaysia, Kementerian Belia dan Sukan, Kementerian Pendidikan Malaysia dan lain-lain perlu berkolaborasi dalam meluaskan capaian golongan sasaran.

Tambahan lagi, pendekatan yang lebih santai dan diterima umum seperti kesenian mungkin boleh dipraktikkan selain menggunakan kaedah konvensional dalam menyampaikan maklumat kepada umum. Selain itu, polisi-polisi di Malaysia yang berkaitan dengan ODHA perlu disemak dan dikaji semula seperti polisi di tempat kerja dan peluang mendapatkan pendidikan. Hal ini kerana masih terdapat kes-kes ODHA dinafikan hak mereka untuk mendapatkan pekerjaan dan pendidikan. Sikap prejudis terhadap ODHA perlu diketepikan kerana mereka ini memerlukan sokongan sosial daripada masyarakat sekeliling seperti keluarga, rakan-rakan, dan masyarakat setempat. Sokongan sosial dan penerimaan ODHA di dalam komuniti amat membantu mengurangkan ketakutan, kebimbangan dan tekanan sosial dalam diri mereka. Penjagaan kesihatan mental ODHA perlu diintegrasikan di dalam pelan penjagaan berterusan (continuum care) ODHA seperti melakukan saringan kesihatan mental dan kaunseling sama ada di peringkat rawatan primer, sekunder ataupun tertiar. Ini secara tidak langsung akan meningkatkan kualiti hidup ODHA. Untuk penambahbaikan di masa hadapan, para penyelidik boleh melihat dengan lebih mendalam perkaitan antara stigma dengan tahap kemurungan dan kebimbangan ODHA, faktor penyumbang kepada kualiti kesihatan mental serta kesan sokongan positif yang diberikan kepada ODHA. Diharap satu pendekatan yang holistik dapat diambil dalam menangani isu ini.

## **RUJUKAN**

- Abd Razak, M. A. & Subhi, N. 2016. Faktor perbezaan tahap pengetahuan HIV/AIDS dan stigma pelajar GMI dan UKM mengikut tahap pendidikan (Different levels of HIV/AIDS knowledge factor and stigma of GMI and UKM students based on levels of education). *Jurnal Psikologi Malaysia*, 30 (1), 61-68.
- Adewuya, A. O., Afolabi, M. O., Ola, B. A., Ajibare, A. O., & Oladipo, B. F. 2007. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (2), 203-206.
- Attell, B. K. 2013. Social contact theory: A framework for understanding AIDS-related stigma. *The Journal of Public and Professional Sociology*, 5 (1), 1-23.

- Balfour, L., Corace, K., Tasca, G. A., Best-Plummer, W., MacPherson, P. A. & Cameron, D.W. 2010. High HIV knowledge relates to low stigma in pharmacists and university health science students in Guyana, South America. *International Journal of Infectious Diseases*, 14 (10), 881-887.
- Bhatia, R., Hartman, C., Kallen, M. A., Graham, J. & Giordano, T. P. 2011. Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: results from the Steps Study. *AIDS and Behavior*, 15 (6), 1161-1170.
- Bor, R., Miller, R. & Goldman, E. 2013. *Theory and practice of HIV counselling: a systemic approach*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Courtenay-Quirk, C., Wolitski, R. J., Parsons, J. T. & Gomez, C. A. 2006. Is HIV/AIDS stigma dividing the gay community? Perceptions of HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 18 (1), 56-67.
- Derlega, V. J., Winstead, B. A., Greene, K., Serovich, J. & Elwood, W. N. 2004. Reasons for HIV disclosure/nondisclosure in close relationships: testing a model of HIV-disclosure decision making. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (6), 747-767.
- Eller, L. S., Rivero-Mendez, M., Voss, J., Chen, W. T., Chaiphibalsarisdi, P., Ipinge, C. S., ... Brion J. M. 2014. Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self-compassion in people living with HIV. *AIDS Care*, 26 (7), 795-803.
- Emler, C. A. 2007. Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: A mixed-methods analysis." *AIDS Patient Care and STDs*, 21 (10), 740-752.
- Ferrer, L., Cianelli, R., Guzman, E., Cabieses, B., Irrarázabal, L., Bernales, M. & Araya, A. 2007. Chilean university students: knowledge and concern about HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (5), 51-56.
- Goffman, E. 2009. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- Hermawati, P. 2011. *Hubungan persepsi ODHA terhadap stigma HIV/AIDS masyarakat dengan interaksi sosial pada ODHA*. Tesis Sarjana, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Holmes, W. C. 1998. A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatients: performance characteristics of the 5-item mental health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. *Medical Care*, 36 (2), 237-243.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2014). *The Gap Report*. Geneva: UNAIDS.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2012). *Annual Report Ministry of Health 2012*. Putrajaya: Ministry of Health publication.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2014). *The Global AIDS Response Progress Report 2014*. Putrajaya: Ministry of Health publication.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015a). *The Global AIDS Response Progress Report 2015*. Putrajaya: Ministry of Health publication.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015b). *Ending AIDS in Malaysia: Myth or Reality?* Putrajaya: Ministry of Health publication.
- Logie, C., James, L., Tharao, W. & Loutfy, M. 2013. Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-

- positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, 27 (2), 114-122.
- Lyons, A., Pitts, M. & Grierson, J. 2012. Exploring the psychological impact of HIV: Health comparisons of older Australian HIV-positive and HIV-negative gay men. *AIDS and Behavior*, 16 (8), 2340-2349.
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P. & Verrall, J. 1998. HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8 (4), 347-370.
- Mishra, S. K., Behera, U. K. & Jena, S. K. 2013. Assessment and evaluation of depression and loneliness among people living with HIV in selected places of coastal Andhra Pradesh. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 4 (3), 261-266.
- Naing, C. M., Hakim, M., Yee, D. A., Mun, K. R., Yung, T. C., Jian, K. K. & Kuan, S. S. 2010. HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and perceptions: A cross-sectional household survey. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 41 (4), 952-960.
- NAM Publication. (2016). *CD4, Viral Load & Other Test*. Accessed September 14, 2016. <http://www.aidsmap.com/Viral-load/page/1327496/>
- Nita, M., Sahay, S., Pandit, A. & Mahajan, U. 2005. The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs. *Indian Journal of Medical Research*, 122 (6), 471-484.
- Paxton, S. 2002. The paradox of public HIV disclosure. *AIDS Care*, 14 (4), 559-567.
- Rahnama, R., Rampal, L., Lye, M. & Abd Rahman, H. 2009. Knowledge, attitude and practice related to HIV/AIDS among students in a local university (2007). *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 5 (2), 27-41.
- Ramirez-Avila, L., Regan, S., Giddy, J., Chetty, S., Ross, D., Katz, J. N... Bassett. I. V. 2012. Depressive symptoms and their impact on health-seeking behaviors in newly-diagnosed HIV-infected patients in Durban, South Africa. *AIDS and Behavior*, 16 (8), 2226-2235.
- Sarnon, N., Baba, I., Jusoff, K., Chong, S. T., Wan Azreena, W. J., Salina, N... Alavi, K. 2011. Psychosocial reactions of injecting drug users'(IDU) towards needle syringe exchange program in Malaysia. *World Applied Sciences Journal 12 (Special Issue of Social and Psychological Sciences for Human Development)*, 80-84.
- Stunkel, D. L., & Wong V. K. 2006. Stigma. In Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. *Chronic illness: Impact and intervention*. Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Sun, W., Wu, M., Qu, P., Lu, C. & Wang, L. 2014. Psychological well-being of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the risk factors: a population-based study. *International Journal of Infectious Diseases*, 28, 147-152.
- Tee, Y. & Huang, M. 2009. Knowledge of HIV/AIDS and attitudes towards people living with HIV among the general staff of a public university in Malaysia. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 6 (4), 179-187.
- Van den Beukel, T. O., Siegert, C. E. H., van Dijk, S., Wee, P. M.T., Dekker, F. W. & Honig, A. 2012. Comparison of the SF-36 Five-item Mental Health Inventory and Beck Depression Inventory for the screening of depressive symptoms in chronic dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27 (12), 4453-4457.

- Visser, M. J., Makin, J. D. & Lehoby, K. 2006. Stigmatizing attitudes of the community towards people living with HIV/AIDS. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16 (1), 42-58.
- Wong, L. P., & Nur Syuhada, A. R. 2011. Stigmatization and discrimination towards people living with or affected by HIV/AIDS by the general public in Malaysia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 42 (5), 1119-1129.
- Yi, S., Chhoun, P., Suong, S., Thin, K., Brody, C. & Tuot, S. 2015. AIDS-related stigma and mental disorders among people living with HIV: a cross-sectional study in Cambodia. *PLoS One*, 10 (3).
- Yuh, J. N., Ellwanger, K., Potts, L. & Ssenyonga, J. 2014. Stigma among HIV/AIDS patients in Africa: a critical review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 581-585.
- Wan Zaidi, W. A. A., Baharudin, A., Jamalut, Y., Mohd Nor, B., Zulkapli, F. H. and Hanapiah, F. A. 2012. Quality of life amongst HIV positive patients in Malaysian HIV shelter homes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 35, 213-220.

N. Z. Abidin, N. Subhi\*, M. S. Mohamad & N. Sarnon

Pusat Psikologi dan Kesejahteraan Manusia, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan, Universiti Kebangsaan Malaysia, 43600 Bangi, Selangor, Malaysia.

E-mel: [naszzainal@gmail.com](mailto:naszzainal@gmail.com),  
[nas2572@ukm.edu.my](mailto:nas2572@ukm.edu.my),  
[msuhaimi@ukm.edu.my](mailto:msuhaimi@ukm.edu.my);  
[norul@ukm.edu.my](mailto:norul@ukm.edu.my)