



<https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en>

Strategic Research on Social Problems in Iran
E-ISSN: 2645-7539
Vol. 11, Issue 2, No.37, Summer 2022, pp. 93-122
Received: 27.10.2022 Accepted: 12.12.2022

Research Paper

Analyzing the Citizens' Lived Experience of Facing the COVID-19 Pandemic in Their Daily Life (Case Study: Isfahan City)

Zahra Zakeri Nasrabadi * 

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payam-e Noor University, Tehran, Iran
z_zakeri@pnu.ac.ir

Zahra Maher

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan, Isfahan, Iran
z.maher@ltr.ui.ac.ir

Azimeh Sadat Abdelahi

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payam-e Noor University, Tehran, Iran
a_abdelahi@pnu.ac.ir

Introduction

The current era has faced COVID-19 pandemic, also known as the coronavirus pandemic, with novel and far-reaching risks, such as experiencing risky jobs and livelihood situations. Iranian people have also experienced these conditions in a special way in their family, economic, and work conditions and have had different reactions accordingly. The experience of exposure to coronavirus disease (COVID-19) is one of the concepts related to the citizens' lived experiences of social vulnerability in the era of COVID-19. It is very important to examine these experiences because it determines the citizens' backgrounds and contexts of social vulnerability. After the discovery of the virus in Iran and its spread, each citizen has faced it in a special way and tried to manage it. Although there may be various and sometimes different forms of this encounter, it is possible to extract a common lived experience among the citizens in this field. This research examined their common lived experiences in the face of COVID-19. This study was conducted with the aim of studying and discovering the social activists' experiences of living with the conditions of the corona crisis and providing a thick description of their experiences. The main questions addressed in this study were as follows: "What were the citizens' lived experiences during the COVID-19 pandemic? What understanding and interpretation

did the citizens have about facing the COVID-19 pandemic? What strategies had citizens used to deal with and face the COVID-19 pandemic? And how had they adapted themselves to these conditions?

Material & Methods

The qualitative method of "phenomenology" was used in this study and an in-depth semi-structured interview was used to collect the data. The city of Isfahan was studied as the research field. In this study, the statistical population included all the young and middle-aged people, both men and women, who were preferably born in the city of Isfahan or had lived in this city for at least 20 years. 30 citizens were selected by using purposive sampling for the in-depth semi-structured interviews. The data were analyzed by using Colaizzi's 7-step method (1978). This analysis was done to reach descriptive, interpretative, and explanatory codes.

Discussion of Results & Conclusions

According to the participants, the spread of the coronavirus had suspended parts of social life and intensified the panic in the layers of the activists' minds. The crisis caused by the corona had been so widespread that a form of public panic and general fear had been formed in the society and challenged the citizens' initial contacts. Part of this public

*Corresponding author

Zakeri Nasrabadi, Z., Maher, Z., and Abdelahi, A. S. (2022). Analyzing the citizens' lived experience of facing the COVID-19 pandemic in their daily life (Case Study: Isfahan City). *Strategic Research on Social Problems in Iran*, 11(2), 93-122.

2645-7539 / © 2022



This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2022.135604.1856>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.26457539.1401.11.2.4.7>

fear originated from the ambiguity and mystery of Corona. Therefore, it could be claimed that its spread, like any other crisis, had caused a change in fundamental attitudes towards oneself, others, and the world. The participants of this research believed that Corona had reminded them of their vulnerabilities more than ever and in this way increased the media, as well as their economic and social fears. How do citizens try to manage their fears and anxieties in the face of COVID-19? Coping shows the state of social, cognitive, and emotional actions of a person in facing stressful elements and the resulting consequences. According to the analysis of the citizens' lived experiences, they used various techniques to deal with Covid-19 and manage their exposures to this disease.

These techniques included compliance with medical instructions, observance of health protocols, and "coronavirus protocol". It can be accompanied by "Normalization of COVID-19" or "Religionization of Exposure to COVID-19" for some citizens. The people had to know that they were forced to cope with the corona situation.

This result was consistent with the theory of Elrich Beck (1992) and Anthony Giddens (2015). The spread of corona virus was considered as a global risk and one of the consequences of modernity. It had certain psychological and sociological effects. The common concepts of safety and security are degraded from a sociological point of view and anxiety and insecurity become a complete part of modern conditions from the psychological point of view. In fact, according to the results of the research on the spread of the coronavirus, a high-risk society leads to the creation of a vulnerable society.

Keywords: COVID-19 pandemic, Exposure to COVID-19, Fear, Risk, Exposure management

References

- Aliabadi, Sh., Daneshwar, S., and Qasimpour, F. (2021). Phenomenological study of the lived experience of the Iranian family during the covid-19 quarantine. *Journal of Social Problems of Iran*, 12(1), 61-33. [In Persian]
- Arias-Maldonado, M. (2020). *COVID-19 as a global risk: Confronting the ambivalences of a socio-natural threat*. In C. M. Ferreira and S. Sepra (Eds.), *COVID-19 and Social Sciences*: MDPI.
- Askari, M., Chowdari, A., and Eskandari, H. (2021). Exploring the life experiences of people with corona virus disease in personal, family, and social relationships and strategies to prevent and control the psychological effects. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 12(45), 52-33. [In Persian]
- Associated Press (2020). *Schools scramble to feed students after corona virus closures*. U.S. News and World. Report.
- Bayat, A., Arabpoor, M., and Khatib, S. M. (2022). Stress coping styles based on the living experience of patients with Covid-19: Theme analysis. *Cultural Psychology*, 6(1), 115-95. [In Persian]
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. United States: Sage.
- Campbell, A.M. (2020). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International*, 2, 100089.
- Cannon, T., Krüger, F., Bankoff, G., Schipper, E.L.F., and Bamforth, T. (2014). Putting culture at the centre of risk reduction. In T. Cannon, E.L.F., Schipper, G. Bankoff, and F. Krüger (Eds.), *World Disasters Report 2014: Focus on Culture and Risk*, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 12-35.
- Collizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R.S. Valls and M. King (Eds.), *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*, New York: Oxford University Press, 48-71.
- Darvishi, N. (2020). Solutions to increase family vitality in home quarantine due to Corona. *Answer Quarterly*, 19, 79-94. [In Persian]
- Duncan, E. (2020). NSW domestic violence support groups warn coronavirus isolation is prompting surge in demand for services. *ABC News Australia*, 15, 1-3.
- Eftekhari, M., Kotobi, F., and Naghiloo, Z. (2021). The effect of sport on students' health and emotional adjustment in the corona virus pandemic. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine (SJR)*, 10(6), 1284-1295. [In Persian]
- Flick, U. (2011). *An introduction to qualitative research*. Translated by Hadi Jalili. Tehran: Ney Publishing. [In Persian]
- Flowers, P., Davis, M., Lohm, D., Waller, E., and Stephenson, N. (2016). Understanding pandemic influenza behaviour: An exploratory biopsychosocial study. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 759-769.
- Ford, J. (2002). *Vulnerability: Concepts and issues; A literature review of the concept of vulnerability, its definition and application in studies dealing with human-environment interactions*. The part of Ph.D. Scholarly Field Paper For course Geog*6100. Canada: University of Guelph.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., and Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231924.
- Giddens, A. (2006). *Modernity and self-Identity: Self and society in the late modern age*. Translated by Nasser Moafaqian, 4th edition. Tehran: Ney Publishing. [In Persian]
- Kausar, R., and Munir, R. (2004). Pakistan adolescents coping with stress: effect of loss of a parent and gender of adolescents. *Journal of Adolescence*, 27(6), 599-610.
- Kelman, I., Gaillard, J. C., and Mercer, J. (2015). Climate change's role in disaster risk reduction's future: Beyond vulnerability and resilience. *International Journal of Disaster Risk Science*, 6(1), 21-27.
- Koohboomi, Z., Ghamari, M., and Hosseinian, S. (2020). Predicting domestic violence against women during coronavirus quarantine based on cognitive flexibility: The mediating role of resilience. *Family Psychology*, 7(2), 33-46. [In Persian]
- Koohestani, S., and Alijani, M. (2021). Corona pandemic and violence against women in Rasht. *Iranian Journal of Social Studies*, 15(3), 3-25. [In Persian]
- Lovri'c, R., Far'ci'c, N., Mikšić, S., and V'cevic, A. (2020). Studying during the COVID-19 pandemic: A qualitative inductive content analysis of nursing students' perceptions and experiences. *Education Sciences*, 10(188), 1-18.
- Mansouri, F., and Sefidgarbaei, F. (2021). Risk society and



- COVID-19. *Canadian Journal of Public Health*, 112(1), 36–37.
- Mirzaei, H. (2020). *Essays on the social and cultural dimensions of the corona virus in Iran*. Tehran: Institute for Social and Cultural Studies. [In Persian]
- Mohammadpour, A. (2011). *Qualitative research method: Counter method 2*. 1st edition. Tehran: Sociologists Publications. [In Persian]
- Munawar, K.H., and Choudhry, F.R. (2021). Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing with Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. *American Journal of Infection Control*, 49(3), 286-292.
- Nobahari, A., Fathi, E., Malekshahi Beiranvand, F., and Hatami Varzaneh, A. (2022). The death awareness and spiritual experience of health care workers during COVID-19 outbreak. *Journal of Community Health Research*, 11(1), 31-35.
- Okati, N., and Abdekhodaie, Z. (2021). The lived experience of adolescents from covid-19 and quarantine during the first and second peak of the pandemic. *Journal of Clinical Psychology*, 13(2), 158-147. [In Persian]
- Oliver-Smith, A., Alcántara-Ayala, I., Burton, I., and Lavell, A. (2017). The social construction of disaster risk: Seeking root causes. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 22, 469-474.
- Pargament, K.I., and Brant, C.R. (1999). Religion and coping. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health*, Academic Press, 111-128.
- Rahmatinejad, P., Yazdi, M., Khosravi, Z., and Shahi Sadrabadi, F. (2020). Lived experience of patients with coronavirus (Covid-19): A phenomenological study. *Journal of Research in Psychological Health*, 14(1), 71-86. [In Persian]
- Raude, J., MCColl, K., Flamand, C., and Apostolidis, T. (2019). Understanding health behaviour changes in response to outbreaks: Findings from a longitudinal study of a large epidemic of mosquito-borne disease. *Social Science & Medicine*, Elsevier, 230(C), 184-193.
- Ritzer, G. (Ed.) (2004). *Encyclopedia of Social Theory*. London: Sage Publications.
- Rodríguez, H., and Barnshaw, J. (2006). The social construction of disasters: From heat waves to worst-case scenarios. *Contemporary Sociology*, 35(3), 218-223.
- Roknaddin Eftekhari, A., Ghadir, M., Parhizkar, A. and Shayan, S. (2009). An analysis on theoretical approaches of community vulnerability to natural hazards. *The Journal of Spatial Planning*, 13(1), 29-62. [In Persian]
- Smith, K. (2000). *Environmental hazards: Assessing risk and reducing disaster*. Routledge Physical Environment Series, 3rd Ed. New York: Routledge.
- Sun, L., and Faas, A.J. (2018). Social production of disasters and disaster social constructs: An exercise in disambiguation and reframing. *Disaster Prevention and Management*, 27(5), 623-635.
- Tamers, L.K., Janicki, D., and Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 1-30.
- Teti, M., Schatz, E., and Liebenberg, L. (2020). Methods in the time of COVID-19: The vital role of qualitative inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-5.
- Turner, B.S. (2002). *Orientalism, postmodernism, and globalism*. London: Routledge.
- Venkatesh, A., and Edirappuli, S. (2020). Social distancing in covid-19: What are the mental health implications? *Letters about social distancing in covid-19*, BMJ, 369. Published on 06 April 2020 from
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., and Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945-947.
- Wimmer, J., and Quandt, T. (2006). Living in the risk society. *Journalism Studies*, 7(2), 336–47.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی






پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال یازدهم، شماره پیاپی (۳۷)، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۱، ص ۹۳-۱۲۲
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

مقاله پژوهشی

واکاوی تجربه زیسته شهرنشینان از مواجهه با اپیدمی کرونا در زندگی روزمره (مورد مطالعه: شهر اصفهان)

زهرا ذاکری نصرآبادی* ، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

z_zakeri@pnu.ac.ir

زهرا ماهر، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

z.maher@ltr.ui.ac.ir

عظیمه السادات عبداللهی، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

a_abdelahi@pnu.ac.ir

چکیده

اپیدمی کروناویروس، عصر حاضر را با مخاطراتی جدید و دامن‌گستر مواجه کرده است. هدف از تحقیق حاضر، واکاوی تجربه زیسته شهروندان اصفهانی از مواجهه با شرایط کرونایی است. سؤال تحقیق این است که شهروندان چه تجربه‌ای از زندگی در این شرایط دارند؟ و چه راهبردها و استراتژی‌هایی را برای مقابله و مواجهه با آن به کار گرفته‌اند؟ تحقیق، کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است. ۳۰ نفر از شهروندان اصفهانی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه نیمه‌ساختاریافته قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد سه مقوله اصلی تجربه مواجهه کرونایی شامل «تجربه مواجهه، هراس مواجهه و مدیریت مواجهه»، فضای مفهومی تجارب زیسته شهروندان اصفهانی را از مواجهه کرونایی تشکیل می‌دهند. نتایج پژوهش، سوبه‌های مختلفی را از مواجهه شهروندان با بحران کرونا به تصویر کشید؛ از هراس رسانه‌ای، اقتصادی و اجتماعی تا شیوه‌های مختلف مدیریت مواجهه (مقابله) از جمله رفتارهای انطباق‌جویانه، تغییر در سبک زندگی و پروتکل‌مندی کرونایی، مذهبی کردن مواجهه، توطئه‌انگاری و عادی‌انگاری فاجعه برای تاب‌آوری بیشتر در طول بحران. اپیدمی کروناویروس هراس کنشگران را از یک مخاطره جهانی در وجوه مختلف آن برانگیخته است که همسو با نظریه ریش بک و آنتونی گیدنز، بیانگر اضطراب و ناامنی فراگیر در جهان مدرن است؛ اما برهم‌کنشی اجتماعی کنشگران با این مخاطره جهانی در بستر شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی محیط زندگی خود، به برساخت اشکال گوناگون فهم از این مخاطره و طرق متناقض رویارویی با آن منجر شده است که نیازمند سیاست‌گذاری اجتماعی وابسته به زمینه، برای کنترل نظام‌مند آسیب‌هاست.

واژه‌های کلیدی: اپیدمی کرونا، مواجهه کرونایی، هراس، مخاطره، مدیریت مواجهه.

* نویسنده مسئول

ذاکری نصرآبادی، ز؛ ماهر، ز. و عبداللهی، ع. (۱۴۰۱). «واکاوی تجربه زیسته شهرنشینان از مواجهه با اپیدمی کرونا در زندگی روزمره (مورد مطالعه: شهر اصفهان)». پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، ۱۱(۲)، ۹۳-۱۲۲.



2645-7539 / © 2022 University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2022.135604.1856>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.26457539.1401.11.2.4.7>

مقدمه و بیان مسئله

شیوع ویروس کرونا را نمی‌توان صرفاً یک پدیده پزشکی دانست. شیوع ویروس کرونا عملاً به یک بحران اجتماعی بدل شده است که نه تنها بدن‌ها و بهداشت ما را درگیر کرده است، پیامدهای بسیار جدی‌ای برای فرهنگ، دین و اقتصاد ایران و جهان داشته و دارد و باید آن را به‌مثابه یک بحران اجتماعی در معنای تام و حتی یک «ابریحان» در نظر گرفت؛ از این رو ضروری است که درباره ابعاد اجتماعی و فرهنگی این موقعیت پاندمیک جهانی بیشتر تأمل کنیم (میرزایی، ۱۳۹۹).

شیوع کروناویروس نشان می‌دهد مخاطرات اجتماعی به آسیب اجتماعی منجر می‌شود. یکی از مهم‌ترین عواقب شیوع ویروس کرونا، ایجاد اضطراب اجتماعی در سرتاسر جهان است. این امر نگرانی‌های جدی برای شهروندان در همه کشورهای حتی در جوامع بدون شیوع، ایجاد کرده است. احساس ناامیدی به‌ویژه در میان نسل جوان نشان می‌دهد چگونه جامعه ما در مواجهه با مخاطرات، آسیب‌پذیر است. از طرفی، در خانه ماندن اعضای خانواده در زمان شیوع ویروس کرونا به مهارتی نیاز داشت که برخی این مهارت را نداشتند؛ در نتیجه امروز شاهد افزایش روند صعودی خشونت‌های خانگی و خشونت علیه زنانیم که طبق بررسی‌های صورت گرفته، آمار آن افزایش یافته است (کوه بومی و همکاران، ۱۳۹۹).

انزوای بیماران و خانواده‌های آنها، اختلال در روابط اجتماعی، افزایش طلاق و خشونت‌های خانگی (کوه بومی و همکاران، ۱۳۹۹؛ کوهستانی و علیخانی، ۱۴۰۰)، ابهام و سرگردانی مردم درباره زمان این بیماری، سلب آزادی انسان‌ها، روزمرگی، تأثیر منفی بر روابط اجتماعی و عاطفی (عسگری و همکاران، ۱۴۰۰؛ افتخاری و همکاران، ۱۴۰۰)، به حاشیه رفتن دیگر مشکلات، جدایی بیمار از خانواده، طبیعی شدن مفهوم مرگ در جامعه (Nobahari et al., 2022)، امنیتی شدن جامعه، زوال شادی و نشاط از جامعه (درویشی، ۱۳۹۹)، زوال ارزش‌های اخلاقی در جامعه، ناامیدی مردم، پیشگویی و مراجعه به دعانویس و رمال، گسترش شکاف طبقاتی و افزایش

بی‌عدالتی در جامعه را می‌توان از دیگر آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی اپیدمی کرونا در جامعه دانست.

تمامی جوامع کم و بیش با معضلات اجتماعی ناشی از گسترش این ویروس دست و پنجه نرم می‌کنند؛ اما کم و کیف آسیب‌ها با توجه به میزان توسعه‌یافتگی و پیشینه تاریخی در هر جامعه متفاوت است و نوع حل مسئله نیز به میزان وجود و کیفیت عملکرد مؤسسات و نهادهای آموزشی و درمانی بستگی دارد. کشورهای که از برنامه‌ریزی و بسترسازی مناسبی برخوردار بودند، امروز با مشکلات کمتری روبه‌رویند و حتی با قرنطینه طولانی مدت نیز توانستند از مرگ و میر بالای مردم خود جلوگیری کنند و دیگر آسیب‌های اجتماعی را نیز در سطحی پذیرفتنی پایین نگه دارند؛ اما کشورهایی که بیشتر امورشان به اداره روزمرگی می‌گذرد و جامعه‌شناسان و سیاست‌گذاران اجتماعی جایگاه درخور توجهی ندارند، اکنون شاهد گسترش بحران‌های اجتماعی وسیع‌تر از کرونا هستند و آسیب‌های اجتماعی زیادی در آنها نمودار گشته است. بالا رفتن نزاع‌های خانوادگی، نمونه بارزی از این مشکلات است.

مسئله‌ای که بیشتر در این دوران جای تأمل دارد این است که درگیری ذهنی و عینی مردم با ویروس کرونا تجربه‌ای جدید و منحصر به فرد است. ابهام موجود در شرایط اجتماعی و اقتصادی فعلی، آشفتگی خبری، به هم خوردن نظم معمول امور روزمره و افت شدید ارتباطات رو در رو، احساس درماندگی و سردرگمی خاصی را موجب شده‌اند که افراد جامعه هرکدام به فراخور شرایط خانوادگی، اقتصادی و شغلی خویش، به شیوه خاصی آن را تجربه می‌کنند و به تبع آن، واکنش‌های متفاوتی نیز دارند. این واکنش‌ها طیف وسیعی از رفتارها، از انواع تکنیک‌های تاب‌آوری که افراد برحسب مهارت‌های زندگی خود به کار می‌گیرند و تا حدی شرایط را کنترل می‌کنند تا انواع و اقسام واکنش‌های منفی و یأس‌آلود را در بر می‌گیرد؛ بنابراین با واکاوی تجربه زیسته افراد در برهم‌کنشی اجتماعی با شرایط خاص ناشی از اپیدمی کروناویروس، بهتر می‌توان آسیب‌های اجتماعی زاینده این

از جمله مضامین مرتبط در میان تهیدستان در مواجهه با کروناست و مواجهه تهیدستان با بحران، زیست روزمره آنها را با ترومای تجربه و تحمل رنج اجتماعی مواجه کرده است.

فیروزجائیان و لطفی پور (۱۳۹۹) با انجام پژوهشی کیفی در شهر قائم شهر، یک گونه‌شناسی را از شیوه‌های مواجهه مردم جامعه مورد مطالعه در برابر ویروس کرونا ارائه داده‌اند. تحلیل مصاحبه‌ها نشان می‌دهد مشارکت‌کنندگان براساس شیوه مواجهه‌شان با ویروس کرونا در سه دسته کلی قرار می‌گیرند: کسانی که به دلایل مختلف نظیر خطرناک و کشنده بودن ویروس، حفظ سلامتی اطرافیان و دیگران، ترس و اضطراب فراگیر اجتماعی و جریمه، پایبند به رعایت پروتکل‌های بهداشتی‌اند؛ دسته دوم کسانی که توجهی به رعایت پروتکل‌های بهداشتی ندارند، به دلایلی از جمله، نترسیدن از بیماری و دست کم گرفتن آن، تقدیرگرایی، توهم سلامتی و ایمنی بالای بدن، خودنمایی و نمایش شجاعت و آگاهی نداشتن از مخاطرات ویروس. دسته سوم، افراد مرددند که کمابیش پروتکل‌های بهداشتی را رعایت می‌کنند. احساس ناامیدی از مؤثر بودن پروتکل‌های بهداشتی، فراموشی و سهل‌انگاری، خستگی از شرایط موجود، فقدان پشتوانه‌های مالی، اطمینان نداشتن به سیاست‌های بهداشتی و نارضایتی از پایبند نبودن مردم به پروتکل‌های بهداشتی، از جمله دلایل مردد بودن این افراد است.

اکاتی و عبدخدایی (۱۴۰۰)، در پژوهش خود تجربه زیسته نوجوانان را از شیوع بیماری کووید-۱۹ و قرنطینه خانگی در دو پیک اول و دوم بیماری توصیف و مقایسه کردند. مهم‌ترین مضامین مشترک در تجربه زیسته نوجوانان عبارت بود از: مواجهه با کرونا، نگرانی‌های تجربه‌شده، باورها درباره کرونا، تغییرات در روابط خانوادگی، آثار قرنطینه، راهبردهای مقابله‌ای در برخورد با کرونا و مکانیسم‌های دفاعی. یافته‌ها نشان داد نوجوانان در شرایط بروز یک بحران همه‌گیر مصرانه به دنبال سبک زندگی پیشین خود هستند و راهبردهای مقابله‌ای آنان به گونه‌ای است که تلاش اندکی در جهت ایجاد سبک زندگی جدید و منطبق با شرایط بحران

دوران خاص را شناسایی و تفسیر کرد. انجام این امر خطیر، امکان سیاست‌گذاری عمل‌گرایانه و ارائه راهبردهای پیشگیرانه و حمایتی را نیز برای کنترل این آسیب‌ها تسهیل می‌کند.

یکی از مفاهیم مرتبط با تجارب زیسته شهروندان از آسیب‌پذیری اجتماعی در دوران کرونا، تجربه مواجهه کرونایی است. در واقع، قبل از هرچیز، بررسی تجربه مواجهه شهروندان با این بحران اهمیت دارد. بررسی این تجارب از این جهت اهمیت دارد که پیش‌زمینه و بستر آسیب‌پذیری اجتماعی شهروندان را مشخص می‌کند. هنگامی که کرونا وارد جامعه ایرانی شد و گسترش پیدا کرد، شهروندان هرکدام به گونه‌ای با آن مواجه شدند، در مدیریت آن کوشیدند و با آن برخورد کردند. گرچه این مواجهه ممکن است فرم‌های گوناگون و بعضاً متفاوتی داشته باشد، نوعی تجربه زیسته مشترک را می‌توان بین شهروندان در این زمینه استخراج کرد. در واقع با «پوخه» کردن تجارب متمایز و منحصر به فرد، تجارب زیسته مشترک آشکار خواهد شد. در این پژوهش تجارب زیسته مشترک شهروندان در مواجهه با کرونا بررسی می‌شود. این مطالعه با هدف مطالعه و کشف تجربه کنشگران اجتماعی در زندگی با شرایط بحران کرونا و ارائه توصیفی ضخیم از این تجارب انجام شده است. مسئله اساسی تحقیق حاضر این است که تجربه زیسته شهروندان از زندگی در شرایط کرونایی چگونه است؟ شهروندان چه درک و تفسیری از مواجهه با شرایط کرونایی دارند؟ چه راهبردها و استراتژی‌هایی برای مقابله و مواجهه با آن به کار گرفته‌اند؟ و چگونه خود را با این شرایط سازگار کرده‌اند؟

پیشینه پژوهش

صفری (۱۳۹۹)، در پژوهشی کیفی مبتنی بر سنت اتنوگرافی، فریه تجربه فرهنگی تهیدستان شهری را در کشاکش با بحران کرونا مطالعه و توصیف می‌کند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد «تحمل رنج اجتماعی به صورت روزانه»، «رشد اقتصاد غیررسمی»، «افزایش خشونت»، گسترش فعالیت در خیابان، «رشد کودکان بازمانده از تحصیل» و «رشد احساس فقر»

می‌کنند.

علی‌آبادی و همکاران (۱۴۰۰) «تجربه زیسته خانواده ایرانی در دوران قرنطینه» را مطالعه کردند. تحلیل داده‌ها به شناسایی سه دسته خانواده منجر شد که کنش‌ها و واکنش‌هایشان، آنها را ذیل سه رویکرد کلی قرار می‌داد: «خانواده بازاندیش»، «خانواده انفعالی» و «خانواده تلفیقی». خانواده بازاندیش در دوران قرنطینه با استفاده از نظام‌های کارشناسی در پی شناخت ضعف‌ها، مسائل و مشکلات خود برمی‌آید و تا حد ممکن آنها را برطرف می‌کند؛ خانواده انفعالی در شرایط قرنطینه توان مواجهه با سختی‌ها و مشکلات پیش‌آمده را ندارد و خانواده‌ای که با الگوی تلفیقی اداره می‌شود، هرچند قادر به شناسایی برخی مسائل موجود در بستر خود است، توان حل و یا برطرف کردن مشکلات خود را ندارد.

رحمتی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود، درصد فهم تجربه زیسته بیماران مبتلا به کرونا برآمده‌اند. روش مطالعه به صورت کیفی با رویکرد پدیدارشناختی و با ابزار مصاحبه بود. اضطراب مرگ، تجربه انگ بیماری، تجربه ابهام، تجربه‌های هیجانی مثبت، هیجان‌های تجربه‌شده در رابطه با اعضای خانواده و هیجان‌های ناشی از قرنطینگی، مضمون‌های اصلی استخراج شده بودند. نتایج نشان داد تجارب هیجانی دردناک در این بیماران می‌تواند به تأخیر و دشواری در روند بهبودی این افراد منجر شود و علاوه بر درد بیماری، رنج روانی را نیز تحمیل کند.

دیگر پژوهش‌های داخلی نیز نشان می‌دهد شیوع ویروس کرونا در جامعه با تغییرات اجتماعی چشمگیری همراه بوده است، از جمله این تغییرات می‌توان به انزوای بیماران و خانواده‌های آنها، اختلال در روابط اجتماعی، افزایش طلاق و خشونت‌های خانگی (کوه بومی و همکاران، ۱۳۹۹؛ کوهستانی و علیجانی، ۱۴۰۰)، ابهام و سرگردانی مردم درباره زمان این بیماری، سلب آزادی انسان‌ها، روزمرگی، تأثیر منفی بر روابط اجتماعی و عاطفی (عسگری و همکاران، ۱۴۰۰؛ افتخاری و همکاران، ۱۴۰۰)، به حاشیه رفتن دیگر مشکلات، جدایی بیمار از

خانواده، طبیعی شدن مفهوم مرگ در جامعه (Nobahari et al., 2022)، امنیتی شدن جامعه، زوال شادی و نشاط از جامعه (درویشی، ۱۳۹۹) اشاره کرد.

در خارج از کشور نیز با توجه به گستردگی و آثار چندجانبه پدیده کرونا، در مدت کوتاهی که از شیوع این ویروس می‌گذرد، تحقیقات بسیاری در رابطه با آن انجام شده است؛ در استرالیا، خشونت خانگی و گزارش‌هایی مربوط به افزایش این خطر برای کودکانی گزارش شده است که در محیط خانواده‌اند (Duncan, 2020). کمپبل^۱ (2020) در تحقیق خود به این نتیجه رسیده است که فاصله‌گذاری اجتماعی احساس تنهایی را افزایش و احساس فعالیت روزانه معنادار و احساس حمایت اجتماعی و عاطفی را کاهش می‌دهد. براساس پژوهشی دیگر، در این دوران به علت تغییر در سبک زندگی و شرایط سخت ناشی از رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی، احتمال بروز مشکلاتی از قبیل ناراحتی‌های بین فردی، خشونت خانوادگی، نادیده گرفتن فرزندان، پرخاشگری بین اعضای خانواده وجود دارد. همچنین شیوع بیماری کرونا، روابط و مناسبات اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار داده است. روابط بین فردی در اثر این بیماری کاهش یافته و به کاهش سرمایه اجتماعی بین افراد منجر شده است (Venkatesh & Edirappuli, 2020). با وجود این مشکلات در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی، متخصصان حوزه سلامت روان تلاش کرده‌اند تا با به کارگیری مکانیسم‌های آموزشی، رفتاری و فرهنگی مثل آگاه کردن مردم از روند بیماری کرونا، قرنطینه کردن در مواقع بحرانی، ترغیب به استفاده از واکسن و آموزش روش‌های بهداشتی و روانی، امکان سازگاری و به حداقل رساندن پیامدهای این بیماری را کاهش دهند (Raude, Mccoll, Flamand & Apostolidis, 2019). به زعم وانگ^۲ و همکاران (2020)، دور بودن از محیط آشنایان، همسالان و دوستان، تحرک پایین و ساختار نامنظم خواب، تعطیلی طولانی مدارس و نیز فضاهای کاری می‌تواند صدمات

¹ Campbell

² Wang

از انزوای اجتماعی و گزینه‌های درمانی محدود، افراد به گزارش بیماری بی‌میل‌اند. همکاری نکردن با قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی در ایالات متحده، اهمیت مشارکت جامعه در دستیابی به مهار مؤثر کووید ۱۹ را برجسته می‌کند. لووری^۴ و همکاران (2020) در مطالعه‌ای کیفی، چگونگی درک دانشجویان را از بحران کووید ۱۹ و تجربیات شخصی آنها را در حین تحصیل در طول این همه‌گیری جهانی بررسی کرده‌اند. همه دانشجویان، انتشار اطلاعات نادرست در شبکه‌های اجتماعی و رفتار پرخطر مردم را تشریح کردند. بیشتر آنها از عفونت می‌ترسند و نگران رفاه خانواده خود هستند؛ بنابراین دائماً اقدامات محافظتی را اعمال می‌کنند. دانشجویان مسئولیت خود را در قبال جامعه و اهمیت و خطرات حرفه پرستاری را می‌شناسند. آنها همچنین تجربیات منفی با حمل و نقل عمومی و اقامت در خوابگاه دانشجویی را توصیف می‌کنند و از تنظیمات بالینی می‌ترسند. منور و چودری^۵ (2021)، با استفاده از رویکرد تحلیل موضوعی، نحوه برخورد کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اورژانس را با همه‌گیری کووید ۱۹، استراتژی‌های مقابله با استرس یا عوامل محافظتی در برابر استرس را که در نهایت به سلامت روان آنها کمک می‌کند و چالش‌هایی را بررسی کردند که در هنگام برخورد با بیماران کووید ۱۹ با آنها مواجه می‌شوند. بر طبق یافته‌های این تحقیق، شرکت‌کنندگان برای مقابله با استرس و اضطراب ناشی از بیماری همه‌گیر کووید-۱۹، راهبردهای مقابله‌ای مختلفی را تمرین و توصیه کردند. گزارش شده است که رسانه‌ها منبع اصلی افزایش استرس و اضطراب در بین مردم‌اند. مقابله مذهبی و نیز اشتیاق آنها برای خدمت به بشریت و کشور، راهبردهای مقابله‌ای رایج بود.

حساسیت نظری

در نگاه جامعه‌شناختی به پدیده کرونا، نظریه جامعه مخاطره‌آمیز الیزبیت بک^۶ یکی از قریب‌ترین نظریه‌های معاصر

جبران‌ناپذیری را بر روان و جسم هریک از افراد جامعه به دنبال داشته باشد.

گائو^۱ و همکاران (2020) شیوع مشکلات روان را در شهروندان ووهان چین در جریان شیوع کووید ۱۹ ارزیابی و ارتباط آنها را با قرارگرفتن در معرض رسانه‌های اجتماعی بررسی کردند. پس از کنترل متغیرهای کمکی، نمره مواجهه رسانه‌ای^۲ بالا در مقایسه با نمره مواجهه رسانه‌ای پایین‌تر، با احتمال بالای اضطراب ارتباط بیشتری داشت. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد شیوع بالایی از مشکلات سلامت روان وجود دارد که بیشتر به‌طور مثبت، با مواجهه رسانه‌ای در طول شیوع کووید ۱۹ مرتبط است.

تتی^۳ و همکاران (2020) نقش روش‌های تحقیق کیفی را برای درک پیامدهای اجتماعی اپیدمی کووید ۱۹ تحلیل و به برخی دستاوردهای این تحقیقات برای اپیدمی کووید ۱۹ اشاره کرده‌اند. براساس پژوهش آنها، بسیاری از عوامل پیچیده روانی، فرهنگی و اجتماعی شامل بی‌اعتمادی به دولت و درک استفاده از قرنطینه به‌عنوان مکانیزم کنترل اجتماعی، انطباق با شرایط اپیدمی را محدود می‌کند. همچنین، گروه‌های آسیب‌پذیر تجربه‌ای متفاوت از مواجهه با اپیدمی دارند. روش‌های کیفی می‌توانند روش‌های آسیب‌رسانی اپیدمی را به افراد آسیب‌پذیر روشن کنند، مانند خانواده‌های فقیری که نمی‌توانند بدون وعده‌های غذایی مدرسه غذا بخورند و یا جمعیت‌های زندانی که نمی‌توانند از نظر اجتماعی فاصله بگیرند (Associated Press, 2020).

فلاورز و همکاران (2016) در یک کاوش کیفی از رفتار آنفلوآنزا در طول شیوع آنفلوآنزای H1N1 در سال ۲۰۰۹، دریافتند که بیشتر کارهای مربوط به بهداشت، محافظت شخصی و مراقبت در طول شیوع با نابرابری‌های جنسیتی در تضاد است و زنان را به‌طور ناعادلانه تحت فشار قرار می‌دهد و آسیب‌پذیری آنها را نیز افزایش می‌دهد. نتایج تحقیقات کیفی در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد با توجه به ترس

⁴ Lovri

⁵ Choudhry

⁶ Ulrich Beck

¹ Gao

² social media exposure (SME)

³ Teti

در مجموع جامعه مخاطره‌آمیز، صرفاً از این واقعیت پدید نمی‌آید که زندگی روزمره به‌طور کلی خطرناک‌تر شده است؛ مشکل بیشتر دربارهٔ محوکردن مرز مخاطرات کنترل‌نشده است (Ritzer, 2004). در زمینهٔ بیماری‌های فراگیر، به‌ویژه دربارهٔ کووید - ۱۹، که می‌تواند به‌عنوان یک بیماری جامعه خطر تعریف شود، این محوکردن مرزهای کنترل‌نشده، به‌طور درخور توجهی از کشورهای در حال توسعه گرفته تا کشورهای توسعه‌یافته مشهود است. این بدون مرز شدن (بی‌کرانگی مخاطره) دارای سه بعد است: «فاصله، زمان و جامعه». در رابطه با ویروس کرونا، هر سه بعد بی‌کرانگی مخاطره وجود دارد (Mansouri & Sefidgarbaei, 2021: 36)

جنبهٔ «فاصله» به این معناست که بیماری غیربومی است؛ بنابراین از سطح کشوری فاصله گرفته و در سطح جهانی گسترش یافته است. از نظر فاصله‌ای، ما خودمان را در مواجهه با خطری می‌یابیم که هیچ محدودیتی ندارد. در حقیقت، ویروس کرونا پدیدهٔ واقعی جهانی‌سازی است. بدون شک، زندگی در جهان بعد از کوید-۱۹ نیازمند تفکر مجدد دربارهٔ سیستمی هوشمند برای تمامی ملت‌هاست. از این دیدگاه، شیوع این بیماری باید یک فرصت برای ایجاد تغییرات چشمگیر در زندگی آینده در نظر گرفته شود. ویروس کرونا تهاجم حقیقی و نوعی سیلی بر صورت جهان فردگراست که نیازمند اتحاد و انسجام اجتماعی، دلسوزی، همکاری و اخلاق‌گرایی است (Mansouri & Sefidgarbaei, 2021: 37).

جنبهٔ «زمان»، اشاره به دوران بحرانی بیماری و عواقب متفاوت آن دارد که باید به‌طور جداگانه بررسی شود. از لحاظ زمانی، دورهٔ کمون (نهفته) بیماری و نیز طولانی شدن روند تولید واکسن ضد کووید - ۱۹ و روند کنترل شیوع، به یک معضل جهانی تبدیل شده است. این معضلات عواقب و پیامدهای طولانی مدت در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در تمامی دولت‌های سطح جهان داشته است. در بعد «اجتماعی (جامعه)» نیز، نمی‌توان به‌راحتی تعیین کرد که چه کسی مسئول ایجاد این مخاطره بوده است. از نظر بک، امروزه نظام ارزشی جامعه «نا برابر» جای خودش را به نظام ارزشی

است که می‌تواند در تحلیل شیوع کرونا و پیامدهای آن کمک‌کننده باشد. بک مفهوم جامعه مخاطره‌آمیز را برای بازتاب تغییرات اجتماعی اساسی ارائه داد که مشکلات محیطی را وارد زندگی سیاسی و اجتماعی کرده است.

جامعه مخاطره‌آمیز قسمتی از زندگی روزمره ماست. اولریش بک، آن را روشی سیستماتیک برای مقابله با خطرها و ناامنی‌های ناشی از مدرنیزاسیون خود تعریف می‌کند (Beck, 1992). او این امر را به یک تغییر گسترده نسبت می‌دهد و آن را «نوسازی بازتابی» می‌نامد که در آن آثار جانبی ناخواسته و پیش‌بینی‌نشده زندگی مدرن بر نوگرایی سایه می‌افکند و اساس تعریف آن را زیر سؤال می‌برد (Wimmer & Quandt, 2006). در جامعه مخاطره‌آمیز، توجه مردم از بلاهای طبیعی به سمت خطرات ناشی از فعالیت‌های بشری معطوف شده است که بیشتر گسترده و در سطح جهانی‌اند (Turner, 2002).

از دیدگاه بک (1992)، ستون‌های کلیدی که اصول جامعه مخاطره‌آمیز بر آن استوار است، شامل موارد پیش رو می‌شود: الف) توسعهٔ خطرپذیری‌های جدید، ساختهٔ دست بشر و بزرگی که وجود بشریت را در مقیاس جهانی تهدید می‌کند؛ ب) جهانی شدن همراه با جامعه‌ای که در معرض خطر جهانی قرار دارد؛ ج) محسوس‌ناپذیری و پیچیدگی خطرپذیری که هم سیاستمداران و هم افراد را به دانش علمی وابسته می‌کند؛ د) فردی‌سازی: ساختارهای اجتماعی قدیمی مانند طبقه اجتماعی با یک موضوع سیاسی جدید خودشکوفایی، جایگزین یا حداقل دفن می‌شوند؛ ذ) موقعیت‌های خطرپذیر: اگرچه طبقه اجتماعی و دیگر ساختارهای اجتماعی کاهش می‌یابد، نابرابری به شکل موقعیت‌های خطرپذیر، باقی می‌ماند؛ برای مثال، وضعیت سوئد، که در آن مسئولیت مدیریت همه‌گیری کووید-۱۹ با قضاوت‌های متخصص و مسئولیت فردی مشخص می‌شود، به نظر می‌رسد که بیانگر توصیف اولریش بک (1992) باشد که قبلاً در پایان دههٔ ۱۹۸۰، جامعه مخاطره‌آمیز را چنین توصیف کرد: «یک جامعه جهانی شدهٔ مدرن که از مدیریت خطرپذیری و عدم اطمینان حاصل می‌شود».

و همکاران (2014)؛ الیور- اسمیت^۵ و همکاران (2017) ارائه کردند. آنها با اتخاذ رویکرد برساخت اجتماعی در زمینه مطالعات بلایا اشاره می کنند که بلایا محصول اعمال انسانی اند و علل ریشه‌ای در ساختار اجتماعی و فرآیند اجتماعی (شامل ادراکات و اعمال) دارند. این در تضاد کامل با دیدگاه‌های واقع‌گرایانه و ساده‌لوحانه‌ای است که معتقدند فجایع ناشی از طبیعت اند و خارج از عاملیت انسانی و نظم اجتماعی وجود دارند. مردم بیشتر درباره بلایا فکر می کنند و نسبت به آن عمل می کنند؛ اما این ادراکات و اعمال توسط عوامل اجتماعی و فرهنگی مانند جهان بینی، تعاملات اجتماعی، علایق سیاسی و گفتمان‌های نهادی شکل می گیرد (Sun & Faas, 2018:623-624).

بنابراین می توان ساختار اجتماعی فاجعه را به عنوان «رویدادهای محرک در تعامل با جمعیت آسیب پذیر توصیف کرد و استدلال کرد که «ساخت اجتماعی» به این معنی است که بلایا به طور خودکار ناشی از خطرات نیست. مطابق با رویکردهای فرهنگی گرایانه و تفسیری که بر زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی ای تمرکز دارند که در آن خطرات درک می شوند، بلایا خطراتی واقعی اند که تحت تأثیر بازنمایی‌های فرهنگی و تخیلات اجتماعی اند؛ زیرا گروه‌های اجتماعی مختلف خواه براساس سن، طبقه اجتماعی یا وابستگی ایدئولوژیک تعریف شوند- ارزیابی متفاوتی، از اینکه تهدید چیست و چقدر پذیرفتنی است، دارند. زمینه‌های اجتماعی- فرهنگی است که در آن مخاطرات ساخته و درک می شوند (Arias-Maldonado, 2020:16).

این دیدگاه بر «ساخت اجتماعی آسیب پذیری»، یعنی وضعیتی ریشه دار در فرایندهای تاریخی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی دلالت دارد که توانایی رسیدگی به بحران‌ها و پاسخ کافی به آنها را محدود می کند. با این شناخت، درجه آسیب پذیری مردم در برابر مخاطرات، صرفاً به طبیعت یا نزدیکی به منبع خطر بستگی ندارد، به شرایط اجتماعی نیز

جامعه «نامن» داده است، در حالی که در گذشته، اهداف آرمانی جامعه حرکت به سمت تغییر اجتماعی مثبت و ایجاد برابری بود، در جامعه مخاطره آمیز، اهداف آرمانی جنبه تدافعی و سلبی یافته است و فرد بیشتر از اینکه به دنبال کسب خوبی باشد، به دنبال دفع بدی‌ها و مخاطرات است (Mansouri & Sefidgarbaei, 2021: 38).

به نظر گیدنز^۱ (۱۳۸۵)، جامعه مخاطره آمیز جامعه‌ای است که به نحو فزاینده‌ای درباره آینده (و بیشتر ایمنی) هراسناک است و این هراس و نگرانی مفهوم مخاطره را پدید می آورد. گیدنز معتقد است که دانش‌های مدرن نتوانسته و نمی توانند آگاهی کامل درباره شرایط و پیامدهای مخاطرات و قطعیت و آرامش مورد نیاز را برای افراد فراهم کنند. در این شرایط است که آگاهی از مخاطرات، مبتنی بر افزایش «نگرانی و هراس» است.

شیوع این بیماری به صورت پیش بینی ناپذیری در جهان ادامه دارد و هیچ کس از آینده آن خبر ندارد. همین قضیه زمینه نگرانی و هراس عمومی را ایجاد کرده است. هراسی که بخشی از آن ناشی از ماهیت پیش بینی ناشدنی این بیماری در جامعه و احساس ناامنی هستی شناختی ناشی از آن است؛ اینکه افراد دیگر در جامعه، در محل کار و حتی در میان خویشان نیز احساس امنیت ندارند و دائماً ترس از ابتلای به بیماری را دارند. بخشی دیگری از این احساس ناامنی و نگرانی، ناشی از شرایط بی ثبات و متغیر تصمیم گیری‌ها و سیاست‌های کلان دولتی است. نبود انسجام و هماهنگی میان نهادهایی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بدنه دولت و مواردی از این قبیل، به تصمیمات بعضاً متعارض و منافی منافع مردم منجر شده است.

همچنین رویکرد نظری «برساخت گرایی اجتماعی درباره فجایع» یکی از مهم ترین نظریه‌هایی است که می تواند در تحلیل شیوع و مواجهه شهروندان با کرونا استفاده شود. این رویکرد را افرادی چون رودریگز^۲ و بارنشاو^۳ (2006)؛ کانن^۴

¹ Anthony Giddens

² Rodríguez

³ Barnshaw

⁴ Cannon

⁵ Oliver - Smith

شهر اصفهان متولد شده‌اند یا حداقل بیست سال از سکونت آنها در این شهر می‌گذرد.

در این پژوهش، از نمونه‌گیری هدفمند^۱ یا معیارمحور استفاده شده است. نمونه‌گیری هدفمند عبارت است از گزینش واحدهایی خاص، مبتنی بر اهداف خاص، مبتنی بر پاسخ به سؤال‌های خاص تحقیق (محمدپور، ۱۳۹۰). از بین راهبردهای مختلف نمونه‌گیری هدفمند، از راهبرد نمونه‌گیری حاد استفاده شده است. به این ترتیب، افرادی انتخاب شدند که بیشترین تجربه را نسبت به موضوع مطالعه شده داشتند. در انتخاب مشارکت‌کنندگان، تأکید بر انتخاب کسانی بود که به اقتضای شرایط خویش، تجربه آسب‌دیدگی بیشتری از کروناویروس داشتند، به نحوی که درگیری با این شرایط به اختلال در روال معمول زندگی آنها منجر شده بود، از جمله پرسنل بیمارستان و کادر درمان که درگیری مستقیم با بیماران کرونایی داشتند، شاغلان در مشاغل بدون تعطیلی همچون بانک‌ها و قشرهای فقیر و آسب‌پذیر شهر که درگیر تعطیلی کسب و کار، بیکاری و افت شدید درآمد بودند. در تمام فرایند گردآوری داده‌ها رعایت تنوع بیشینه برای انتخاب نمونه‌هایی از پایگاه‌های اجتماعی-اقتصادی تفاوت، زنان و مردان و سنین مختلف جوانی و میان‌سالی مدنظر قرار گرفت؛ یعنی انتخاب مواردی اندک، اما با بیشترین تفاوت ممکن، تا به این وسیله دامنه نوسان و تفاوت در میدان آشکار شود (فلیک، ۱۳۹۰: ۱۴۳).

جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. پس از اشباع نظری، جمع‌آوری داده‌ها متوقف شد. مجموع شرکت‌کنندگان در این پژوهش حاضر ۳۰ نفر بودند.

وابسته است. در این صورت، جمعیت‌های مختلفی که تحت شرایط متفاوت اجتماعی، اقتصادی و نهادی زندگی می‌کنند، از سطوح متفاوتی از آسب‌پذیری برخوردارند (رکن‌الدین افتخاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۹).

در مقابل اقتصاد سیاسی که بر عوامل ساختاری تأکید دارد، نظریه‌های ساخت‌گرا با توجه به عوامل ساختی، بیشتر بر نقش عامل انسانی و فرهنگ در توضیح افتراق آسب‌پذیری تمرکز می‌کند؛ دیدگاه‌های اجتماعی/ فرهنگی ساخت‌گرا تأکید دارند که سیاست‌گذاران و دانشمندی که آسب‌پذیری را مطالعه می‌کنند، موقعیت درخور ممتازی ندارند، بلکه در مقابل آنها عناصر پیوسته‌ای از الگوهای فرایندهای اجتماعی‌اند که می‌توانند آسب‌پذیری را ایجاد یا از آن پیشگیری کنند. مطابق نظر آنها، به اصطلاح «قربانیان» بحران نیز به‌طور فعال به وقایع و وضعیت‌ها رسیدگی می‌کنند و پاسخ می‌دهند و به این سبب از آنها انتقاد می‌شود که ساختار اجتماعی را نادیده می‌گیرند و محیط زیستی- فیزیکی را به‌عنوان عامل یا نیروی مستقل تأثیرگذار بر جامعه انسانی در نظر می‌گیرند (Smith, 2000; Ford, 2002:17).

درمجموع با توجه به مطالعه تحقیقات پیشین و پژوهش‌های نظری، چنین می‌توان گفت که شیوع ویروس کرونا، باید به‌عنوان یکی از مهم‌ترین رخداد‌های اجتماعی قرن بیست و یکم لحاظ شود که موجب ایجاد مخاطرات، نگرانی‌ها، هراس عمومی و ناامنی هستی‌شناختی شده است و ما شاهد ادغام استرس و اضطراب اجتماعی ناشی از ناآشنایی و ابهام این پدیده، اختلال در نظم و عملکرد مؤسسات و کاهش تعاملات اجتماعی هستیم.

روش‌شناسی

در این پژوهش از روش کیفی «پدیدارشناسی» استفاده شده و از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته به‌منظور گردآوری داده‌ها استفاده شده است. میدان تحقیق مطالعه‌شده در این پژوهش، شهر اصفهان بوده است. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد جوان و میان‌سال، اعم از زنان و مردان‌اند که ترجیحاً در

¹ Purposive sampling

جدول ۱- مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش

Table 1- Characteristics of research participants

ردیف	اسم مستعار	سن	جنسیت	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل
۱	م.غ	۳۱	مرد	لیسانس روان‌شناسی	دانشجو و کار خرید و فروش موبایل	مجرد
۲	م.م	۲۴	زن	لیسانس روان‌شناسی	انجام کار صنایع دستی در منزل و همکاری با مرکز مشاوره	مجرد
۳	ش.ت	۴۴	مرد	لیسانس موسیقی	مربی موسیقی	متأهل
۴	ش.ه	۳۲	مرد	مهندسی کامپیوتر	کافه‌دار	مجرد
۵	ب.ه	۴۰	زن	لیسانس روابط عمومی	مربی باشگاه ورزشی	مجرد
۶	م.ح	۳۰	مرد	لیسانس روان‌شناسی	کار با بچه‌های اتیسم	مجرد
۷	ز.ا	۹	مرد	دکتری مدیریت جهانگردی	استاد دانشگاه و فعال در حوزه گردشگری	متأهل
۸	خ.ا	۲۸	مرد	کارشناسی	مدیر مؤسسه رسانه‌ای (کار در حوزه تبلیغات رسانه‌ای)	متأهل
۹	س.ی	۲۳	مرد	دانشجو	فروشنده لباس	مجرد
۱۰	ک.پ	۴۶	مرد	کارشناسی	کار در حوزه خدمات الکترونیک	متأهل
۱۱	گ.ر	۴۵	مرد	کارشناسی ارشد	ریاست هیئت شنی استان اصفهان	متأهل
۱۲	ز.خ	۵۵	زن	بی‌سواد	کارگر	متأهل
۱۳	م.ر	۴۵	زن	کارشناسی	خانه‌دار	متأهل
۱۴	ع.ر	۵۳	مرد	کارشناسی ارشد علوم و قرآن	مدیر مدرسه	متأهل
۱۵	پ.ر	۴۲	زن	کارشناسی	معلم	متأهل
۱۶	م.الف	۴۱	زن	دیپلم	خانه‌دار (سرپرست خانواده)	بدون همسر در اثر فوت
۱۷	ص.د	۴۸	زن	کارشناسی (مامایی)	پرستار بخش مامایی بیمارستان	متأهل
۱۸	ک.ر	۳۵	مرد	کارشناسی ارشد (مدیریت بازاریابی)	مدیرعامل شرکت توزیع دارو	متأهل
۱۹	ب.ق	۳۴	زن	کارشناسی بیوشیمی	آتلیه فیلم و عکس	متأهل
۲۰	ح.س	۵۰	مرد	دیپلم	بازاریاب و مربی ژیمناستیک	متأهل
۲۱	ح.س.ی	۴۰	مرد	کارشناسی ارشد (مهندسی نرم‌افزار)	مؤسسه تعمیرات انحصاری سیستم‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری	متأهل
۲۲	س.ع	۳۷	زن	دیپلم	خانه‌دار	متأهل
۲۳	ش.ف	۴۲	زن	کارشناسی (مهندسی برق)	مربی سالن بدن‌سازی	متأهل
۲۴	م.ر	۴۴	زن	دیپلم	کارگر فروشگاه زنجیره‌ای	متأهل
۲۵	د.د	۳۰	مرد	دانشجو	کار در دفتر فنی تایپ و تکثیر	مجرد
۲۶	د.ص	۶۰	مرد	پزشکی	متخصص بیهوشی در بیمارستان	متأهل
۲۷	د.ع	۴۴	مرد	پزشکی	متخصص اورولوژی کودکان	متأهل
۲۸	ر	۲۷	مرد	تحصیلات حوزوی (طلبه)	تدریس و فعالیت‌های فرهنگی	مجرد
۲۹	ع.ن	۲۱	زن	دانشجوی مامایی	دانشجو	مجرد
۳۰	ح.ق	۴۶	مرد	کارشناسی حسابداری	کارمند بانک	متأهل
۱۸	ک.ر	۳۵	مرد	کارشناسی ارشد (مدیریت بازاریابی)	مدیرعامل شرکت توزیع دارو	متأهل
۱۹	ب.ق	۳۴	زن	کارشناسی بیوشیمی	آتلیه فیلم و عکس	متأهل
۲۰	ح.س	۵۰	مرد	دیپلم	بازاریاب و مربی ژیمناستیک	متأهل
۲۱	ح.س.ی	۴۰	مرد	کارشناسی ارشد (مهندسی نرم‌افزار)	تعمیر سیستم‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری	متأهل
۲۲	س.ع	۳۷	زن	دیپلم	خانه‌دار	متأهل
۲۳	ش.ف	۴۲	زن	کارشناسی (مهندسی برق)	مربی سالن بدن‌سازی	متأهل
۲۴	م.ر	۴۴	زن	دیپلم	کارگر فروشگاه زنجیره‌ای	متأهل
۲۵	د.د	۳۰	مرد	دانشجو	کار در دفتر فنی تایپ و تکثیر	مجرد
۲۶	د.ص	۶۰	مرد	پزشکی	متخصص بیهوشی در بیمارستان	متأهل
۲۷	د.ع	۴۴	مرد	پزشکی	متخصص اورولوژی کودکان	متأهل
۲۸	ر	۲۷	مرد	تحصیلات حوزوی (طلبه)	تدریس و فعالیت‌های فرهنگی	مجرد
۲۹	ع.ن	۲۱	زن	دانشجوی مامایی	دانشجو	مجرد
۳۰	ح.ق	۴۶	مرد	کارشناسی حسابداری	کارمند بانک	متأهل

داده‌ها با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی (1978) کدهای توصیفی، کدهای تفسیری و کدهای تبیینی صورت تجزیه و تحلیل شد. این تجزیه و تحلیل برای رسیدن به

جدول ۲- صورت‌بندی مقولات خرد و پدیدارشدن مقولات اصلی

Table 2- The formulation of micro categories and the emergence of main categories

مفاهیم (کدگذاری توصیفی)	مقولات فرعی (تفسیری)	مقولات اصلی (تبیینی)	مقوله کلان (هسته)
احساس وحشت در اولین مواجهه با کرونا/ احساس وقوع قحطی در ابتدای کرونا/ باورناپذیری ورود کرونا به ایران/ هراس تب‌داشتن/ حس ابهام و سردرگمی/ غافلگیری و شوکه‌شدن/ ناشناختگی اولیه و مشخص‌نبودن ماهیت کرونا/ ابهام جمعی/ احساس ترس در مواجهه اولیه/ استرس روانی زیاد به سبب مواجهه اولیه با کرونا/ فشار عصبی و پرخاشگری مردم پس از مواجهه اولیه با کرونا/ گرانی مواد بهداشتی و ماسک در ابتدای کرونا	ابهام و وحشت مواجهه		
مرگ پدر در اثر کرونا/ مرگ پدربزرگ در اثر کرونا/ تجربه مرگ همکار به سبب کرونا/ دلنا/ به هم ریختن نظم زندگی بر اثر کرونا و مرگ پدر/ دردناک بودن مرگ عزیزان/ تجربه مرگ همسایه کروناگرفتن همسر با وجود رعایت کامل/ کروناگرفتن همسر برای بار سوم/ کروناگرفتن همه اعضای خانواده و فشار روانی بیمارستان / تجربه کرونا و خانه‌نشینی/ تجربه بیمارستانی شدن پدربزرگ/ تجربه بیماری کرونا و آسیب جسمی و روانی جدی/ تجربه کروناگرفتن برادر در بیمارستان/ تجربه کروناگرفتن خواهر/ تجربه کروناگرفتن شدید و درگیری ریه‌ها و استرس‌های روانی و ذهنی/ تجربه کروناگرفتن همه کارمندان اقامتگاه گردشگری/ تجربه انتقال کرونا به والدین و ناراحتی بسیار زیاد/ تجربه بستری شدن اطرافیان در بیمارستان و هزینه‌های زیاد اقتصادی/ کروناگرفتن در دو مرحله و مشکلات جسمانی/ درگیر شدن مادر و پر بودن فضای خانه از ویروس/ تحمل درد شدید به سبب کرونا و درگیری شدید/ حضور در مهمانی خانوادگی و کروناگرفتن همه	تجربه مرگ نزدیک تجربه برخورد نزدیک	تجربه مواجهه	
نقش رسانه‌ها در اطلاع‌رسانی دقیق و منسجم هم‌زمان با جلوگیری از ایجاد استرس رسانه‌ای/ اطلاع‌رسانی مبهم رسانه‌ای و تولید استرس/ پروپاگاندای رسانه‌ای و ایجاد ابهام و ترس در جامعه/ نقش منفی رسانه‌ها در بازنمایی حقوق کادر درمان و تأثیر آن در برخورد زنده مردم نگرانی بچه‌ها از فقر و بیکاری و بی‌پولی/ هراس از شدیدتر شدن بحران اقتصادی در دوران کرونا/ نگرانی از ریکآوری بسیار سخت گردشگری ایران بعد از کرونا/ نگرانی از کاهش شدید سفر و گردشگری پس از اتمام کرونا به دلیل تغییر سبک زندگی/ تعطیلی‌های مداوم به سبب کرونا و سردرگمی اقتصادی	هراس رسانه‌ای	هراس مواجهه	تجربه مواجهه کرونایی
هراس اجتماعی شدید در ابتدای کرونا و ترس همه/ هراس از پیامدهای بهداشتی رعایت پروتکل‌هایی مانند ماسک و الکل/ هراس پزشکان و اطرافیان از فرد به سبب کروناگرفتن در روزهای اول شیوع/ هراس کرونایی و ترس از انتقال به دیگران/ هراس کرونایی و مرگ ناشی از آن/ ترس همه‌گیر و هراس اجتماعی در برخورد اولیه با کرونا/ ترس و فوبیای اجتماعی کرونا/ شکل‌گیری نگرانی و فوبیای کرونایی/ ترس از فشار اقتصادی و بیکاری به سبب کرونا/ ترس از کرونا به سبب پیری والدین و مشکلات پزشکی آنها/ ترس شدید پس از مثبت شدن تست و نداشتن هیچ ترسی قبل از دریافت پیام/ ترس هم‌کلاسی‌ها در دانشگاه از گرفتن واحد و رفتن به بیمارستان برای کارورزی/ ترس و دلهره از کروناگرفتن اطرافیان و خانواده/ افزایش ترس و وحشت پس از رسیدن کرونا به ایران/ وحشت و ترس از همه‌گیری جهانی کرونا/ دوری کردن مردم از کادر پزشکی و درمانی به سبب ترس از انتقال کرونا	هراس اجتماعی		

مفاهیم (کدگذاری توصیفی)	مقولات فرعی (تفسیری)	مقولات اصلی (تبیینی)	مقوله کلان (هسته)
وسواس و حساسیت زیاد مادر در رعایت پروتکل‌ها/ مجبورشدن به رعایت شدید پروتکل‌ها در دوران کرونا در سر کار/ شناخت بیشتر از کرونا و رعایت بهتر پروتکل‌ها/ افراط و تفریط نکردن در رعایت پروتکل‌های بهداشتی/ رعایت پروتکل‌ها در خانه/ رعایت شدید پروتکل‌ها به سبب ترس از کروناگرفتن خانواده/ سعی در رعایت پروتکل‌ها در محیط کار/ رعایت شدید پروتکل‌ها در خانواده و ایجاد بار روانی مثبت	پروتکل مندی کرونایی	مدیریت مواجهه	
عادی شدن کرونا و مرگ و میر کرونایی در جامعه/ قانون رهایی ذهنی و درگیر نشدن ذهنی با کرونا/ عادی شدن زیست با کرونا/ عادی شدن کرونا و کاهش میزان استرس در جامعه/ عادی شدن مواجهه با کرونا و رعایت کمتر پروتکل‌ها/ کم اهمیت شدن پیامدهای کرونا پس از مرگ پدر بزرگ/ کمتر شدن استرس کروناگرفتن بعد از دیدن وضعیت کروناگرفتن دیگران/ احساس عادی شدن ویروس در جامعه و کاهش اثرگذاری آن/ کاهش ترس از کرونا و تلاش برای بیرون آمدن از خانه/ کاهش ترس کرونایی مردم به مرور زمان و رعایت نکردن پروتکل‌ها/ طاقت نیاوردن فشارهای خانه نشینی و بیرون رفتن و کروناگرفتن/ عادی شدن کرونا پس از تجربه کروناگرفتن/ احساس عادی شدن کاهش روابط و فاصله اجتماعی برای مردم و ماندگاری آن	عادی انگاری فاجعه		
اعتقاد به قضا و قدر در مرگ/ اعتقاد به قضا و قدر درباره مرگ با کرونا/ خرافات مذهبی و ترویج داورهای بیهوده برای کرونا/ نگاه اعتقادی به کرونا/ تلقی کرونا به عنوان کفاره گناهان/ تجربه مصرف داروی امام کاظم و کروناگرفتن/ احساس تأثیر داشتن داروی امام کاظم	مذهبی کردن مواجهه		
اجبار به گرفتن نزول با وجود آگاهی از نامطلوب بودن به عنوان استراتژی/ احساس اجبار در سازگاری با کرونا/ وام گرفتن و قرض گرفتن برای پاس کردن چک‌ها در اوضاع کرونایی/ مجبور به پیدا کردن شغل دوم به سبب فشار اقتصادی/ مجبور بودن به باز کردن مغازه‌ها به صورت مخفیانه به دلیل نیاز مالی/ مجبور بودن به کار کردن در وضعیت کرونایی/ گرفتن نزول به عنوان یک استراتژی برای پاس کردن چک و وام در اوضاع کرونایی/ فروش ماشین برای پاس کردن چک‌ها/ انطباق برخی کسب و کارهای گردشگری با وضعیت کرونایی/ آموزش مخفیانه در آموزشگاه‌ها به صورت حضوری در دوران کرونا/ مجبور شدن به استفاده از مشاور روان پزشکی به سبب پیامدهای کرونایی مرگ پدر/ گرایش به تغییر شغل به مشاغل سازگار با کرونا/ دور زدن اجبار در تعطیلی‌ها به هر طریق ممکن/ سالن رفتن مخفیانه جمعی و درگیر شدن خانواده همه افراد	انطباق پذیری هنجار شکنانه جبری		
احساس برنامه ریزی بودن کرونا برای از بین بردن نسل سن بالای جوامع/ تلقی آزمایشگاهی و دست ساز بودن کرونا/ کرونا به عنوان دست ساز بشر برای کاهش جمعیت/ کرونا به عنوان نفرین طبیعت علیه بشریت/ احساس موش آزمایشگاهی شدن سیستم دارویی/ احساس کارخانه ای بودن کرونا/ احتمال بیوتورستی بودن کرونا و نابودی هستی در آینده نزدیک/ احتمال بیولوژیکی و سیاسی بودن ویروس/ احساس آزمایش کردن داورها روی بیمار برای سنجش میزان اثرگذاری	توطئه انگاری کرونایی		

ارزیابی اعتبار و قابلیت اعتماد یافته‌های کیفی

باید در بسیاری موارد در فرایندی گفت و گو محور با سوژه‌های مورد بررسی قرار گیرد؛ از این رو، کلایزی اعتباریابی توصیف‌های جامع از پدیده مطالعه از سوی خود مشارکت کنندگان را مهم ترین معیار ارزیابی یافته‌های تحقیق

کلایزی (1978) از اعتبار پایانی یا نهایی - که با مراجعه به هریک از مطلعان صورت می‌گیرد - صحبت می‌کند. او بر ماهیت گفت و گویی تحقیق تأکید دارد و معتقد است که محقق

ابهاماتی وجود داشت که در مقوله‌بندی نهایی اصلاح شد. همچنین، متن نهایی تدوین‌شده حاصل از یافته‌های کیفی به دو تن از پژوهشگران معتبر در حوزه روش تحقیق کیفی ارسال شد، توسط آنها مورد مطالعه و ارزیابی انتقادی قرار گرفت و اعتبار و قابلیت اعتماد کار تأیید شد.

یافته‌ها

سؤال اصلی پژوهش این است که ادراک و تجربه زیسته شهروندان از کرونا و زندگی در شرایط کرونایی چیست؟ و شهروندان چه درک و تفسیری از مواجهه‌گری خود با این شرایط دارند؟

در پاسخ به این سؤال، پس از کدگذاری توصیفی، تفسیری و تبیینی فایل‌های صوتی، چهار دسته کد تبیینی شناسایی شد که در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۳- مدل استخراج‌شده از بخش کیفی

Table 3- Model extracted from the research

کدهای تفسیری	کدهای تبیینی	
تجربه برخورد نزدیک	تجربه مواجهه	
تجربه مرگ نزدیک		
ابهام در مواجهه		
هراس رسانه‌ای	هراس مواجهه	
هراس اقتصادی		
هراس اجتماعی		
پروتکل مندی کرونایی	مدیریت مواجهه	مواجهه کرونایی
انطباق‌پذیری هنجارشکنانه		
مذهبی کردن مواجهه		
توطئه‌انگاری		
عادی‌انگاری فاجعه		

تجربه مواجهه، هراس مواجهه و مدیریت مواجهه. در ادامه درباره هرکدام از این مقولات اصلی به‌طور مفصل بحث و بررسی می‌شود.

پدیدارشناختی تلقی می‌کند. در پژوهش حاضر نیز مطابق با رویکرد کلایزی در تحلیل داده‌ها، از این مسئله به دو شیوه استفاده شده است. در شیوه اول، پس از انجام مصاحبه و پیاده‌سازی آن، متن مصاحبه به شهروندانی بازگردانده شده است که مصاحبه از آنان صورت گرفته شده بود تا صحت گفته‌های خودشان را تأیید کنند. علاوه بر این، در مورد نکاتی که درباره آنها ابهام وجود داشت، با مشارکت‌کنندگان بحث و این ابهامات برطرف شد.

شیوه دوم، مرتبط با بررسی صحت نتایج و مدل پدیدار شده است. پس از انجام کدگذاری‌های نهایی و پدیدار شدن مدل پدیدارشناختی، این مدل به برخی از شهروندان ارائه شد تا موثق بودن یافته‌های نهایی پژوهش را تأیید کنند. فرآیند پدیدار شدن مدل برای آنان شرح داده شد و خود مدل هم تشریح شد. در نهایت، شهروندان مورد بررسی، کلیت مدل و کدگذاری‌ها را تأیید کردند. تنها درباره برخی مقولات

بر مبنای تحلیل‌های پدیدارشناختی از تجربه زیسته شهروندان اصفهانی در بحران کرونا در پژوهش حاضر، تجربه مواجهه کرونایی آنها دارای سه بعد اصلی است که عبارتند از:

تجربه مواجهه

را باور نمی‌کردند که کرونا وارد ایران خواهد شد. در واقع آنان فکر می‌کردند که کرونا در چین باقی خواهد ماند و وارد جامعه ایرانی نمی‌شود. به همین دلیل ورود کرونا به ایران و اعلام رسمی آن، آنها را دچار نوعی غافلگیری و شوک کرد که از باورناپذیری ورود کرونا نشأت می‌گرفت. یکی از شهروندانی که با او مصاحبه شده است، در این زمینه چنین اظهار نظر کرده است:

«اصلاً باورم نمی‌شد که به این حد برسد. یعنی این قدر زود بیاد توی ایران. من فکر می‌کردم مثل بیماری‌های قدیمی مثل سارس و این چیزها اصلاً به مرزها نرسیده جلوش بسته میشه. چون ۲۰ سالی هست می‌شنویم فلان بیماری. اصلاً باورمون نمی‌شد تا اینکه خود من توی اون پله‌ها افتادم باز هم پنادول و پنیسلین زدم گفتم مثل همیشه. بعد که دیگه اسکن گرفتند و تست گرفتند و دیدند مثبت است تازه فهمیدم که واقعی است.....».

ناباوری از ورود کرونا و وحشت اولیه از مواجهه و برخورد با آن سبب رفتارها و کنشگری‌های اجتماعی- احساسی از سوی برخی مردم و فروشنندگان شد. گران شدن یک‌باره برخی از مواد بهداشتی مورد نیاز برای رعایت پروتکل‌های بهداشتی مانند ماسک، دستکش و مواد ضدعفونی در همین راستا تفسیر شدنی است. در واقع برخی از شهروندان مورد بررسی در مواجهه اولیه با کرونا نوعی احساس قحطی را تجربه کرده‌اند. این مسئله سبب ایجاد استرس روانی و فشار عصبی و شکل‌دهی به پرخاشگری جمعی در میان شهروندان در ابتدای کرونا شده بود. شهروندان در این باره می‌گویند:

«ماسک نبود، ما دنبال این می‌گشتیم. یادمه من از طریق یکی از دوستان خیلی معروف تونستم یک بسته ماسک پیدا کنم با قیمت خیلی گزاف. یا آمدم ۷-۸ تا بسته کارتون از این مواد شوینده دپو کردم که اگر یک روزی نباشه، ما ماسک نداشته باشیم، لنگ نشیم.»

«خب خیلی وحشتناک بود. اولین باری بود که با همچنین چیزی مواجه می‌شدیم که خیلی باید مراقبش باشیم. بعد وقتی خبرهای فوتی‌های خیلی زیاد را می‌شنیدیم خیلی ترسیدیم و همش خونه بودیم.»

اولین مقوله اصلی مرتبط با تجربه مواجهه شهروندان اصفهانی، تجربه نزدیک مواجهه با بحران کرونا از سوی آنان است. بخشی از این مسئله به اولین برخورد آنان با کرونا بازمی‌گردد و وحشت و ترس است که از این مواجهه اولیه به آنان دست داده است. این تجربه عموماً تجربه‌ای ابهام‌آمیز و وحشت‌آلود است. بخشی دیگر از این مواجهه به تجربه مرگ نزدیکان شهروندان مورد بررسی و بخش دیگر به تجارب نزدیک خودشان از کرونا بازمی‌گردد. این تجارب مواجهه‌ای مستقیم در مفصل‌بندی با یکدیگر، فرمی از تجربه مواجهه مشترک زیست‌شده میان شهروندان اصفهانی را شکل می‌دهد.

ابهام در مواجهه

اولین مقوله خرد مرتبط با تجربه مواجهه، ابهام در مواجهه است. بحران کرونا به حدی گسترده و همه‌گیر بوده است که در برخورد اولیه شهروندان با آن، فرمی از وحشت همگانی و ترس عمومی در جامعه شکل گرفته است. بخشی از این وحشت همگانی از ابهام و رمزآلودی کرونا نشأت گرفته است. کرونا در ابتدا ویروسی شناخته می‌شد که شناخت چندانی از ماهیت آن و حتی شیوه دقیق انتقال آن در دسترس نبود و همین امر سبب شده بود که شهروندان دچار نوعی سردرگمی و ابهام در برخورد و مواجهه با این ویروس شوند. یکی از شهروندانی که با او مصاحبه شده است، در این زمینه چنین اظهار نظر کرده است:

«من معتقدم خیلی وقت‌ها این رعایت هم دچار ابهام بود. من کلاً اگر بخوام یک صفت بگم بعد از اون بیماری نحس، میگم مبهم. یعنی این بیماری واقعاً مبهم و ناشناخته است. این ویروس ناشناخته است. این ابهام واقعاً نمی‌دانیم که ماسک جلوی این را می‌گیرد یا نمی‌گیرد.»

این حس ابهام و سردرگمی با نوعی احساس غافلگیری و شوکه شدن در هم آمیخته و وضعیت ترس و وحشت همگانی را تشدید کرده است. بسیاری از شهروندان ایرانی این مسئله

تجربه برخورد نزدیک

پیامدهای آن عادت کنند.

دومین مقوله خرد مرتبط با تجربه مواجهه، تجربه برخورد نزدیک است. کشور ایران یکی از بالاترین آمارها را در ابتلای شهروندان به کرونا در جهان دارد. بسیاری از شهروندانی که با آنها مصاحبه انجام شده است، به نوعی تجربه برخورد و مواجهه نزدیک را با کرونا داشته‌اند. برخی از آنان خودشان به کرونا مبتلا شده‌اند و برخی دیگر یکی از اعضای خانواده و یا اطرافیانشان به کرونا مبتلا شده و آنها تجربه مواجهه و برخورد با این افراد را داشته‌اند. برخی از این افراد مجبور به بستری در بیمارستان شده‌اند و برخی دیگر خودمراقبتی در خانه را ترجیح داده‌اند. به هر حال تجربه برخورد و مواجهه نزدیک با کرونا سبب شده است که درک و تجربه این افراد از کرونا، فرآیند و پیامدهای آن کامل‌تر شکل بگیرد:

«بله من خانواده‌ام همه‌شون گرفتند. یعنی پیک چهارم که بعد از عید اومد همه خانواده گرفتند، ولی خوشبختانه من و بچه‌ام خواست خدا بود که نگیریم..... ما قیر در رفتیم. یک روز شاید حالت ضعف داشتم ولی دیگه نه. شانس بود به هر حال. خدا یارمون بود که بله.»

برخی دیگر از شهروندان مورد بررسی، تجربه ابتلا به کرونا را برای دو یا چند بار توسط خانواده، خودشان یا اطرافیانشان دارند. این مسئله از یک طرف سبب افزایش فشار روانی و اقتصادی بر این افراد شده است، اما از طرف دیگر، به دلیل تجارب آنان در ابتلای اولیه نزدیکان به کرونا، راحت‌تر توانسته‌اند پیامدهای آن را کنترل کنند. درواقع، برخورد نزدیک با کرونا برای چندمین بار، وحشت و ترس و فشار برخورد اولیه با آن را کاهش می‌دهد:

«سه مرتبه گرفتند {همسر}. فروردین گذشته گرفتند بعد مه‌ماه. اول دو هفته خوابید فروردین گذشته، بعد مه‌ماه گذشته گرفت خیلی سخت و سه هفته خوابید و بعد در اواخر فروردین که من گرفتم، ایشون هم از من گرفت و بچه‌ها هم از من گرفتند. این دفعه شدتش برای ایشون کمتر بود.»

این تجربه مواجهه چندگانه در برخی موارد ممکن است سبب عادی‌انگاری فاجعه شود و شهروندان به کرونا، فرآیند و

تجربه مرگ نزدیک

مقوله سوم مرتبط با تجربه مواجهه، تجربه مرگ نزدیک است. بیشتر شهروندانی که با آنها مصاحبه شده است، تجربه مرگ یکی از اعضای خانواده، دوستان، همکاران و نزدیکان خودشان را داشته‌اند. این مسئله را می‌توان به نوعی به جامعه نیز تعمیم داد. تجربه برخورد نزدیک با مرگ سبب شده است که افراد دچار بحران‌ها و مشکلات روانی و عصبی شوند؛ اما از سوی دیگر آنها را به مرگ‌اندیشی بیشتر و تفکر در زمینه مرگ و زندگی کشانده است. یکی از شهروندان اصفهانی که با او مصاحبه شده است، تجربه ابتلا به کرونا و مرگ پدرش را در اثر کرونا چنین روایت کرده است:

«من پدرم ۴۰ روز بیمارستان بودند. روزی که پدر من شروع کرد به سردردهای شدید، ما مراسم که گرفتیم خودمون بودیم و اون خانواده. پدر بزرگ و مادر بزرگامون بودند. بعد اونجا مراسم را گرفتیم. من می‌دیدم که حال خواهر من بده، بعد احساس کردم پدرم حالش خیلی چیزه، خوب نیس. من اصلاً این قدر این مسئله برای من کوچیک بود که من فکرش را نمی‌کردم به این جاها برسه. کرونا خیلی برای من معنی نداشت. بزرگ نبود، خب مسلماً ما هیچ کدومون ماسک نزنه بودیم. یه نفر انتقال داد به پدرم و یکی یکی کل اعضای اون خانواده که اونجا بودند همه درگیر شدند..... بعد چندجا دکتر بردشون، چون ما سر اینکه پدرم را بستری کنند یا نکنند با هم خیلی درگیر بودیم که بستری بشه یا نشه. بعد چنتا از دکترا در اومدند گفتند که آره باید بستری بشه. من احساس می‌کنم که پدرم خیلی خفیف گرفته بود کرونا رو و تو بیمارستان شدت گرفت. نمی‌دونم چرا چنین حسی دارم.»

روایت فوق تنها یکی از روایت‌های بی‌شماری است که افراد و شهروندان از ابتلا و مرگ نزدیکان خود به کرونا ارائه می‌دهند. وجه مشترک بیشتر این روایت‌ها، نگرانی، فشار، ترس، استرس و دلهره اقتصادی و روانی در افراد است.

هراس مواجهه

درباره کرونا افزوده‌اند. بازنمایی و نمایش آموزه‌های غیرعلمی یا شبه‌علمی درباره کنترل و درمان کرونا نیز به این ترس و هراس همگانی افزوده است؛ زیرا بسیاری از افراد را از درمان علمی و پزشکی منع کرده و همین امر سبب گسترش میزان ابتلا و مرگ‌ومیر در جامعه شده است. یکی از شهروندان اصفهانی که با او مصاحبه شده است، در این زمینه چنین اظهار نظر کرده است:

«خب دیدیم که دستگاه‌های مختلف رسانه‌ای شروع کردند به آگاه‌سازی درباره کرونا کارکردن و کلاً می‌خواستند مردم را مطلع کنند. متها یک اتفاق دیگری در پس این اتفاق افتاد و اون این بود که تکرار این اتفاق و این تذکرات، خودش یک معضل جدیدی را ایجاد کرد که در صحبت‌ها هم بهش اشاره کردم که اون بحث استرس و نگرانی بود که این را کمتر دیدیم توی رسانه راجع بهش صحبت شود که این اضطرابی که شما دارید، خیلی خطرناک است واسه زندگی‌ات».

هراس اقتصادی

علاوه بر ترس رسانه‌ای، نوعی ترس اقتصادی همه‌گیر نیز در میان شهروندان مورد بررسی مشاهده شدنی است. وضعیت اقتصادی بسیاری از شهروندان قبل از دوران کرونا نیز چندان مناسب نبوده است؛ اما پس از وقوع کرونا، تعطیلی بازار و کسب و کارها، بیکاری و فشار اقتصادی سبب شده است که بسیاری از شهروندان فرمی از ترس و هراس اقتصادی را درباره آینده خودشان در صورت تداوم کرونا تجربه کنند. این افراد نگران تداوم کرونا و از دست دادن دائمی کسب و کارهای خودشان و ناتوانی از مدیریت اقتصادی خانواده در آینده‌اند. برخی دیگر از این افراد معتقدند که با تغییرات سبک زندگی در اثر کرونا، ممکن است آینده اقتصادی کسب و کار آنها به‌طور کامل دچار دگرگونی شود و ضرر اقتصادی زیادی را در این زمینه تجربه کنند. یکی از شهروندان مورد بررسی از تجربه خودش در زمینه ترس اقتصادی چنین اظهار نظر کرده است:

«خودم حاضر بودم کرونا را بگیرم ولی زن و بچه‌ام نگیرند».

دومین مقوله عمده مرتبط با تجربه مواجهه کرونایی، هراس مواجهه است. بخشی از این هراس، مرتبط با نقش رسانه‌های ارتباطی و به‌ویژه شبکه‌های اجتماعی مجازی است که در تولید و بازتولید ترس و وحشت کرونایی نقش داشته‌اند. بخشی دیگر از این ترس، اقتصادی است. شهروندان نگران آینده اقتصادی خودشان در شرایط کرونایی‌اند و به همین جهت فرمی از هراس اقتصادی در آنان شکل می‌گیرد. بخشی دیگر از این ترس و هراس، اجتماعی است. شهروندان نگران انتقال کرونا به دیگران‌اند. از طرف دیگر هراس و ترس از مبتلا شدن به کرونا سبب شده است که آنها خود را از ارتباط با دیگران محروم کنند و نوعی ترس از آنها داشته باشند. به هر حال به نظر می‌رسد که این سه فرم از هراس کرونایی، فرمی از هراس مواجهه شهروندان را با کرونا شکل داده است.

هراس رسانه‌ای

رسانه‌های ارتباطی می‌توانند نقشی مهم در مدیریت و کنترل کرونا داشته باشند. آنها می‌توانند بستری برای اطلاع‌رسانی دقیق و منسجم درباره کرونا، علائم، شیوه‌های پیشگیری و مدیریت پیامدهای آن باشند؛ اما آنچه تجربه کرونا نشان داده است این است که رسانه‌های ارتباطی نه تنها نقش مثبت چندان در این زمینه ایفا نکرده‌اند، در بسیاری موارد به ترس و وحشت همگانی نیز افزوده‌اند. اول اینکه این رسانه‌ها درباره کرونا و مسائل مرتبط با آن اطلاع‌رسانی نادقیق و مبهمی داشته‌اند که بخشی از آن به ناشناختگی کرونا بازمی‌گردد؛ اما بخش عمده‌تری از آن به فقدان سیاست‌های رسانه‌ای دقیق و مدیریت‌شده بازمی‌گردد. رسانه‌های ارتباطی رسمی مانند صداوسیما با ارائه اطلاعات نادرست و غیرشفاف درباره کرونا و ارائه رویکردی ایدئولوژیک به این مسئله نقشی منفی ایفا کرده‌اند. همچنین، شبکه‌های اجتماعی مجازی نیز با انتشار گسترده اخبار و اطلاعات جعلی و کلیپ‌ها و تصاویر غیرواقعی از مرگ‌ومیر کرونایی، به وحشت و ترس همگانی

برای ما که پزشک بودیم و در خط مقدم بودیم اول اینکه همهٔ مهمانی‌ها و دورهمی‌ها منسوخ شد. تقریباً از همان سال اول که همهٔ فامیل به ما به‌عنوان ناقل بیماری نگاه می‌کنند و سراغمان نمی‌آیند. هر جا هم که بخواهیم برویم باید رعایت بکنیم. خودمان که خیلی رعایت می‌کنیم و اصلاً جایی نمی‌رویم. یا توی بیمارستان سر کار هستیم و یا توی خانه استراحت می‌کنیم و خستگی‌مان را در می‌کنیم. اعضای خانواده هم که در واقع فاصلهٔ اجتماعی مون خیلی بیشتر شده. روابط عاطفی مون خیلی کمتر شده».

مدیریت مواجهه

شهروندان چگونه سعی می‌کنند که ترس‌ها و هراس‌های خود را در مواجهه با کرونا مدیریت کنند؟ این مسئله می‌تواند شامل رعایت دستورالعمل‌های پزشکی و رعایت پروتکل‌های بهداشتی باشد، می‌تواند با عادی‌انگاری فاجعهٔ کرونا توسط برخی شهروندان یا با مذهبی‌کردن مواجههٔ کرونایی همراه باشد و یا اینکه افراد خود را مجبور به کنار آمدن و تطبیق با وضعیت کرونایی بدانند. به هر حال شهروندان هر کدام به نوعی سعی می‌کنند که با کرونا و پیامدهای آن مواجه شوند و با آن برخورد کنند.

پروتکل‌مندی کرونایی

اولین فرم مدیریت مواجهه با کرونا که شایع‌ترین فرم آن نیز است، پروتکل‌مندی کرونایی است. براساس این مقوله، شهروندان سعی می‌کنند با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی از ابتلای خود و دیگران به کرونا جلوگیری کنند. این مسئله هم توانسته است فضای روانی مثبتی را در برخی خانواده‌ها به وجود بیاورد (به دلیل کاهش طبیعی ترس از ابتلا به کرونا با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی) و هم به برخی از افراد کمک کرده است که کسب و کارهای خودشان را ادامه بدهند. در واقع، این شهروندان رعایت کامل، دقیق و بعضاً وسواس‌گونهٔ پروتکل‌های بهداشتی را یک استراتژی برای تداوم فعالیت‌های اقتصادی خودشان قلمداد می‌کنند. یکی از شهروندانی که با او مصاحبه شده است، تجربهٔ خودش را در

خب بچه ضعیفه اگه بگیره نمی‌تونه طاقت بیاره، ولی اینا رو حاضر شدم به جون بخرم، ولی بعد که اومد پیش من و مادرش ول کرد و رفت، من نگرانی‌ام بیشتر بود. گفتم اگه من کرونا بگیرم و بیفتم تو خونه کی می‌خواد از مازیار مراقبت کنه. مریض بشم بیفتم توی خونه مثلاً یکی دوتا شاگرد الان دارم ۵۰ تومن یا ۶۰ تومن کار می‌کنم، اگه همین هم از بین بره دیگه اوضاع خیلی بدتر میشه. قوز بالا قوزه. خب نگرانی داشتم. اگه من کرونا بگیرم این بچه کرونا بگیره، کی می‌خواد ازش مراقبت کنه و دوا و درمان هم که گرون. ترس و وحشت خیلی همراه ما بود».

هراس اجتماعی

علاوه بر هراس اقتصادی و رسانه‌ای، بسیاری از شهروندان فرمی از هراس اجتماعی را نیز تجربه می‌کنند. برخی از شهروندان از مواجهه با کرونا به دلایل مختلف دچار هراس‌اند و هنگامی که این مسئله در جامعه فراگیر می‌شود، هراس اجتماعی شکل می‌گیرد. هر کدام از شهروندان مسئله‌ای را به‌عنوان منبع ترس اجتماعی خودشان ذکر می‌کنند. برخی از آنان از پیامدهای بهداشتی استفاده از الکل و ماسک در آینده برای جامعه نگران‌اند، برخی از افراد از انتقال کرونا به خانواده و افراد دیگر ترس و واهمه دارند و برخی از فشارهای روانی و اقتصادی ناشی از کرونا ترس دارند. به هر حال وقتی این فرم‌های مختلف ترس و هراس کرونایی در جامعه فراگیر می‌شود، نوعی «فوبیای اجتماعی» دربارهٔ کرونا شکل می‌گیرد که خودش می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری برای زیست اجتماعی به دنبال داشته باشد. با وجود منابع مختلف ترس و هراس اجتماعی، تحلیل‌پدیدارشناختی مصاحبه‌های انجام‌شده با شهروندان بیانگر این است که بیشتر افراد از انتقال کرونا به خانواده و افراد نزدیک خودشان و یا کروناگرفتن در اثر تعامل با این افراد واهمه دارند. در واقع ارتباط با نزدیکان و به بیان کلی‌تر «دیگری»، به منبع اصلی ترس و هراس اجتماعی تبدیل شده است. یکی از پزشکانی که با او مصاحبه شده است، از ترس دیگران از مواجهه با خود چنین می‌گوید:

«خب واقعاً همهٔ زندگی آدم را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

این زمینه چنین بیان کرده است:

«خب توی فضای دفتر من الان فاصله‌ام با شما رعایت است و خب توی فضای دفتر بچه‌ها ماسک می‌زنند. اگر جلسه‌ای باشد که مجبور باشند به هم نزدیک‌تر باشند ماسک می‌زنند. اینجا هم ماسک اجباری هست و انواع و اقسام ماسک را داریم. اگر کسی نداشته باشه بهش ماسک می‌دهیم و سعی می‌کنیم رعایت کنیم».

برخی دیگر از شهروندان که عموماً کارمند و یا فروشنده‌اند، مجبور به رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی می‌شوند. درواقع اینجا دیگر ما با یک استراتژی خودخواسته از سوی شهروندان مواجه نیستیم، بلکه فرمی از اجبار استراتژیک را برای تداوم فعالیت اقتصادی شاهد هستیم. یکی از شهروندان مورد بررسی که فروشنده است، تجربه خودش را در این زمینه چنین بیان کرده است:

«توجه به اینکه من این همه رعایت می‌کردم سر کار. ما مجبور بودیم که شیلد بگذاریم، ماسک بگذاریم و دستکش بگذاریم. یعنی جوری بودیم که من به شخصه سر اینکه یک لحظه شیلد را برداشتم جریمه شدم از طرف بهره‌برداری فروشگاه. تا این حد من رعایت می‌کردم، نه من، همه بچه‌ها ملزم بودیم که رعایت کنیم».

عادی‌انگاری فاجعه

فرم دیگر مدیریت مواجهه شهروندان اصفهانی با کرونا، «عادی‌انگاری فاجعه» است. هرچند این مسئله طبیعی به نظر می‌رسد که به مرور زمان شهروندان کمتر پروتکل‌های بهداشتی و فاصله اجتماعی را رعایت کنند و نوعی خستگی روحی و روانی را در این زمینه تجربه کنند، اما تجربه نشان داده است که عادی‌انگاری کرونا و پیامدهای آن می‌تواند برای جامعه خطرناک باشد. بخشی از این عادی‌انگاری که مرتبط با کاهش استرس و فشار روانی و اقتصادی است، می‌تواند پیامدهای مثبتی داشته باشد؛ اما عادی‌شدن رعایت نکردن پروتکل‌های بهداشتی، عادی‌شدن مرگ و میر کرونایی و کم‌اهمیت شدن پیامدهای کرونا برای جامعه می‌تواند خطرناک باشد.

برخی از شهروندان معتقدند که در هر صورت (حتی در صورت وجود پیک‌های کرونایی هم) باید ذهن را رها و از درگیر شدن ذهنی و روانی با کرونا پرهیز کنند. آنان معتقدند که باید با کرونا زندگی کرد. به نظر آنها جهان به مسئله زیستن با کرونا عادت خواهد کرد. به هر حال، آنچه می‌تواند خطرناک باشد این است که شهروندان از رعایت پروتکل‌های بهداشتی خسته می‌شوند و احساس می‌کنند که کرونا به مسئله‌ای عادی، همانند دیگر مسائل تبدیل شده است. این مسئله مشخصاً با واقعیت‌های موجود و آمارهای رسمی و غیررسمی در زمینه ابتلا و مرگ و میر کرونایی سازگار نیست:

«یک قانونی وجود دارد به نام قانون جذب. فکر می‌کنم خیلی‌ها آگاه‌اند خیلی‌ها ناآگاه‌اند نسبت به این موضوع و خیلی‌ها نمی‌خوان که باورش بکنند؛ اما این وجود دارد. این بخواهیم یا نخواهیم وجود دارد که ما به هر چیزی که فکر کنیم و ذهنمون را درگیر هر چیزی که بکنیم، چون ذهن انسان به شدت قدرتمند است و اتفاقات زیادی را ذهن انسان می‌تواند رقم بزند و جذب بسیار زیادی را داشته باشد. من فکر می‌کنم اکثریت این اتفاقاتی که می‌افتد با توجه به همون قانون جذب است. هرچی پیام روی کاری که نمی‌خوام اتفاق بیفتد تمرکز کنم، بیشتر جذبش می‌کنم. مثلاً می‌گم من نمی‌خوام ویروس کرونا را بگیرم یا من نمی‌خوام این اتفاق بیفتد. اون چیزی را که نمی‌خوام دارم جذبش می‌کنم. پس سعی می‌کنم اصلاً توجهی بهش نداشته باشم. ذهنم را درگیرش نکنم و در راستای کار خودم تمرکز بکنم، به جای اینکه پیام روی این تمرکز بکنم که تعداد فوتی‌ها این قدر است، فلانی درگیر شد و خودم را از راستای اهداف کاری‌ام دورکنم، اون را رهاش کردم. قانون رهایی. اصلاً برام مهم نیست. اون را رها کردم و مسیر خودم را دارم پیش می‌رم و سعی می‌کنم رعایت کنم که منتقل نکنم».

مذهبی کردن مواجهه

یکی دیگر از استراتژی‌هایی که برخی از شهروندان برای مدیریت مواجهه با کرونا به کار می‌بردند، تفسیر مذهبی و دینی از کرونا و تلاش برای مدیریت پیامدها از این طریق است. این افراد عموماً نگاهی دینی و مذهبی به بیماری کرونا

توطئه‌انگاری کرونایی

علاوه بر نگاه و تفسیر مذهبی درباره کرونا، برخی از شهروندان نیز در زمینه کرونا «توطئه‌انگاری» می‌کنند. آنان با این کار نمی‌توانند چندان پیامدهای کرونا را مدیریت کنند؛ اما از لحاظ ذهنی خودشان را برای مواجهه آماده می‌کنند. آنها بر این باورند که کرونا یک ویروس دست‌ساز بشر است که اهداف شوم و پلیدی پس‌پشت آن است. آنان به آزمایشگاهی بودن کرونا اعتقاد دارند و بر این دیدگاه‌اند که سیاست‌مداران در سطح جهانی برای کاهش جمعیت جهان و کشتار انسان‌ها توافق کرده‌اند و هنگامی که به چنین هدفی دست پیدا کنند، خودشان کرونا را از بین خواهند برد؛ بنابراین کنترل و مدیریت کرونا از دیدگاه این افراد چندان فایده‌ای ندارد؛ زیرا بدون نیل به اهداف سیاسی نمی‌توان به ریشه‌کنی آن باور داشت. برخی دیگر از این افراد به بیوتروستی بودن کرونا باور دارند. یکی از شهروندانی که چنین اعتقادی دارد، در این زمینه چنین اظهار نظر کرده است:

«یکی از اساتید اتاق فکر آمریکا گفته بود یک‌سوم جمعیت جهان اضافه هستند. قبل از اینکه این ویروس بخواد بیاد من این موضوع را توی مصاحبه این قضیه را شنیده بودم. بعد این قضیه به ذهنم خورد. خب پس قطعاً اگر قرار باشه، چون تعبیرهای مختلفی ازش می‌شد، اگر قرار باشه این ویروس همه‌گیر باشه، حالا یا همین ویروس قرار است یک‌سوم جمعیت را کاهش بدهد یا از طرق دیگه مثل حالا واکسن یا داروهای خاص یا از طریق مافیای دارو که در سراسر دنیا هستند. اون حس ترس بود. اینکه یک عده می‌خواهند به اهداف خودشان برسند».

انطباق‌پذیری هنجارشکنانه جبری

یکی دیگر از استراتژی‌هایی که برخی شهروندان برای مدیریت مواجهه با کرونا به کار می‌برند، «انطباق‌پذیری هنجارشکنانه جبری» است. در اینجا درک و تفسیر افراد از استراتژی‌هایی که برای تاب‌آوری بیشتر در شرایط سخت کرونایی در پیش می‌گیرند، رفتارهایی خلاف هنجار است؛ اما در واقع این مسئله را دیگر نمی‌توان یک استراتژی

دارند، آن را کفاره گناهان انسان می‌پندارند و معتقدند که قضا و قدر از همه چیز اهمیت بیشتری دارد و مرگ قضا و قدر الهی است و کرونا تنها ابزاری در این زمینه است؛ بنابراین برخی از آنان اعتقادی به رعایت پروتکل‌های بهداشتی ندارند و معتقدند که در صورتی که قضا و قدر بخواهد، آنان بدون کرونا گرفتن می‌میرند. مشخص است که این مسئله چندان درست و منطقی نیست؛ زیرا این افراد با رعایت نکردن پروتکل‌های بهداشتی تنها خودشان را در خطر ابتلا و مرگ قرار نمی‌دهند، اطرافیان‌شان را نیز در معرض خطر قرار می‌دهند. یکی از شهروندانی که با او مصاحبه شده است، در این زمینه چنین اظهار نظر کرده است:

«ما قبلش یک جریاناتی داشتیم، حالا اون را نمی‌تونم بگم، بعد که این را گرفتم یک مقدار من را توی فکر فرو برد و به خودم گفتم این اتفاقی که افتاد، اتفاق میمون و خوبی بود؛ چون یک‌سری حرف‌ها و اتفاقاتی قبلش افتاده بود، من گفتم این کرونا کفاره اون است. می‌گند خدا بعضی از بیماری‌ها که می‌دهد، کفاره برخی از گناهان است».

علاوه بر این، برخی دیگر از این شهروندان داروها و واکسن‌های موجود در زمینه کرونا را استفاده نمی‌کنند و معتقد به داروهای سنتی و طب سنتی‌اند. آنان معتقدند که چنین داورهایی اثرگذاری بیشتری نسبت به داروهای شیمیایی دارد. به‌طور مشخص بسیاری از این افراد داروی امام کاظم (ع) را مصرف می‌کنند و به اثرگذاری آن باور دارند؛ هرچند با مصرف آن هم کرونا گرفته باشند:

«من از همون اول که شروع شد اگر یادتون باشه گروه‌های طب اسلامی آمدند و گفتند اینها همه‌اش بازی است و ماسک نمی‌خواد و داروی امام کاظم و یک‌سری چیزهایی گفتند. اون اوایل ماسک می‌زدیم و این چیزها را هم گوش می‌دادیم. بعد اون کرونا قبلی دیدم رفیق‌هامون نمی‌زنند، من کم‌کم باور کردم و ماسک را نزد. وقتی کرونا گرفتم بعد از ۹ روز رفتم پیش دکتر. توی این ۹ روز، سه چهار روز اول داروی امام کاظم را روزی دوبار می‌خوردم. بخور جوش شیرین می‌دادم که البته اینها بی‌تأثیر نبود. خودم حس می‌کنم اگر اینها نبود بدتر می‌شدم».

تو خونه شون، هم از بیماری مصون بود هم از این خلافا. ولی اونی که وضعیتش تو تنگنا بود یا باید کرایه مغازه می داد یا وضعیت اقتصادی خودش و خونوادش و معیشتش را باید تأمین می کرد. اینا با هر سابقه‌ای که بودند مجبور بودند که اون دوره، اون خلاف اجتماعی و هرچی اسمش را بگذاریم انجام بدهد.

به طور کلی، مقوله مرکزی «تجربه مواجهه کرونایی» را برحسب مقوله‌هایی که فضای مفهومی این مقوله را تشکیل می دهند، می توان در قالب شکل (۱) ترسیم کرد. این شکل یک «توصیف زمینه‌ای»^۱ را از تجارب افراد از کرونا - یعنی آنچه افراد از مواجهه با کرونا، هم به عنوان یک بیماری و هم به عنوان یک اپیدمی هراسناک، تجربه کرده‌اند - به دست می دهد.

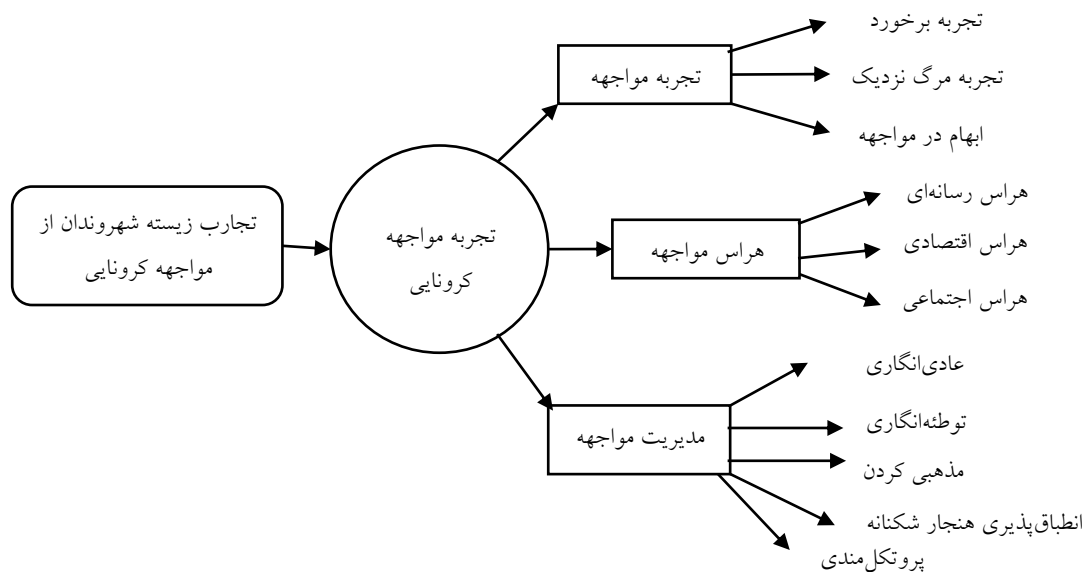
خودخواسته قلمداد کرد، بلکه دارای فرمی از جبر اقتصادی و روانی است. افراد و شهروندان زیادی در اثر کرونا دچار ضرر و زیان اقتصادی شده‌اند و همین مسئله به آنان فشار روانی و اقتصادی زیادی وارد کرده است. این افراد برای مدیریت چنین فشارهایی مجبور به انجام فعالیت‌ها و کارهایی اند که در حالت عادی آنها را انجام نمی دادند. برخی از این افراد مجبور شده‌اند که به نزول و قرض گرفتن با بهره زیاد اقدام کنند تا بتوانند فشارهای اقتصادی وارد شده بر خودشان را مدیریت کنند؛ مسئله‌ای که خودشان شدیداً بر غیراخلاقی و نادرست بودن آن تأکید دارند؛ اما جبر و فشار اقتصادی آنها را مجبور کرده است تا برای انطباق با شرایط جدید چنین کاری را انجام بدهند. یکی از شهروندان مورد بررسی در این زمینه تجربه خودش را چنین بیان کرده است:

«خب از لحاظ مالی واقعاً داشتم اذیت می شدم. جاهایی بود داشتم تا مرز ورشکستگی می رفتم. چک‌ها همه‌اش داشتم پشت سر هم می رسید. حالا ما حالتمون جوریه است که همه چک‌هامون را می دهیم برای بعد از عید. مبلغ‌ها سنگین و خب اگر فروش نداشته باشی، چک‌ها هم پاس نمی شه. نمی گی حالا مردم هم چکشون پاس نشده، نمی شود. وام خیلی گرفتم. پول حتی مجبور شدم نزول کنم یک جاهایی، فقط و فقط برای اینکه چک‌ها پاس بشه و شرمندۀ مردم نشم و این نزول کردن‌ها واقعاً اذیت می کند آدم را. یعنی روزبه‌روز و ثانیه به ثانیه شما استرس دارید که الان امشب اگر ۲۴ ساعت ازش گذشت باید کلی سود بدهی، ولی خب چاره‌ای هم نبود و دوست نداشتم شرمندۀ کسی بشوم».

به هر حال هرکدام از افراد به نوعی مجبور شده‌اند خودشان را با شرایط نوین کرونایی تطبیق بدهند؛ اما آنچه این مسئله را با دیگر فرم‌های سازگاری با کرونا متمایز می کند، فرم اجبارگونه آن است. یکی از شهروندانی که با او مصاحبه شده است، در زمینه فشار اقتصادی و تلاش برای انطباق خود با این شرایط نوین چنین اظهار نظر کرده است:

«کسایی که نیاز داشتند. اونی که نیاز نداشت خب می بست مغازه شو، می گفتم من اون قدری دارم که الان احتیاج نداشتم باشم کار کنم. می بست با خیال راحت می نشست

¹ Textural description



شکل ۱- دیاگرام پدیدارشناختی تجربه مواجهه کرونایی شهروندان بر مبنای تجارب زیسته

Fig 1- Phenomenological diagram of citizens' corona exposure experience based on lived experience

بحث و نتیجه

رسانه‌ای» بود. رسانه‌های ارتباطی نه تنها نقش مثبت چندانی در این زمینه ایفا نکرده‌اند، در بسیاری موارد به ترس و وحشت همگانی نیز افزوده‌اند. براساس تجربه زیسته شهروندان، رسانه‌های ارتباطی رسمی مانند صدا و سیما با ارائه اطلاعات نادرست و غیرشفاف درباره کرونا و ارائه رویکردی ایدئولوژیک به این مسئله نقشی منفی ایفا کرده‌اند. در کنار این، شبکه‌های اجتماعی مجازی نیز با انتشار گسترده اخبار و اطلاعات جعلی و کلیپ‌ها و تصاویر غیرواقعی از مرگ و میر کرونایی، به وحشت و ترس همگانی درباره کرونا افزوده‌اند. علاوه بر این، بازنمایی و نمایش آموزه‌های غیرعلمی یا شبه‌علمی درباره کنترل و درمان کرونا نیز به این ترس و هراس همگانی افزوده است؛ زیرا بسیاری از افراد را از درمان علمی و پزشکی منع کرده و همین امر سبب گسترش میزان ابتلا و مرگ و میر در جامعه شده است.

علاوه بر هراس رسانه‌ای، نوعی «هراس اقتصادی» همه‌گیر نیز در میان شهروندان مورد بررسی مشاهده شدنی است. وضعیت اقتصادی بسیاری از شهروندان قبل از دوران کرونا نیز چندان مناسب نبوده است؛ اما پس از وقوع کرونا،

شیوع ویروس کرونا، آن‌گونه که مشارکت‌کنندگان ما درک کردند، بخش‌هایی از زندگی اجتماعی را به تعلیق برد و هراس را در لایه‌های ذهن کنشگران تشدید کرد. بحران کرونا به حدی گسترده و همه‌گیر بوده است که در برخورد اولیه شهروندان با آن، فرمی از وحشت همگانی و ترس عمومی در جامعه شکل گرفته است. بخشی از این وحشت همگانی از ابهام و رمزآلودی کرونا نشأت گرفته است. کرونا در ابتدا ویروسی شناخته می‌شد که شناخت چندانی از ماهیت آن و حتی شیوه دقیق انتقال آن در دسترس نبود و همین امر سبب شده بود که شهروندان دچار نوعی سردرگمی و ابهام در برخورد و مواجهه با این ویروس شوند.

از این رو شاید بتوان ادعا کرد شیوع کرونا، مانند هر بحران دیگری، زمینه‌ساز تغییر در نگرش‌های بنیادی به خود، دیگران و جهان شده است. به تعبیر مشارکت‌کنندگان این پژوهش، کرونا آسیب‌پذیری ما را بیش از پیش یادآوری کرد و از این طریق بر هراس ما افزود.

یکی از انواع هراس تجربه‌شده توسط شهروندان، «هراس

کنار آمدن با آن است؛ زیرا مقابله نشان دهنده وضعیت کنش‌های اجتماعی، شناختی و عاطفی فرد در رویارویی با عناصر تنیدگی‌زا و پیامدهای ناشی از آن است و به مهار انتظارات درونی و بیرونی خارج از کنترل فرد ناظر است (Kausar & Munir, 2004). به عبارت دیگر، تلاش‌های اجتماعی، شناختی و رفتاری افراد برای پیشگیری، مدیریت مواجهه، کاهش تنیدگی و افزایش تاب‌آوری در مفهوم مقابله خلاصه می‌شود (Tamers et al., 2002). واکاوی تجربه زیسته شهروندان نشان می‌دهد آنها از تکنیک‌های متنوعی برای مقابله با کرونا و مدیریت مواجهه خود با این بیماری بهره می‌گیرند.

این تکنیک‌ها می‌تواند شامل رعایت دستورالعمل‌های پزشکی، رعایت پروتکل‌های بهداشتی و «پروتکل مندی کرونایی» باشد، می‌تواند با «عادی‌انگاری فاجعه» کرونا توسط برخی شهروندان و یا با «مذهبی کردن مواجهه کرونایی» همراه باشد و یا اینکه افراد خود را مجبور به کنار آمدن و تطبیق با وضعیت کرونایی بدانند. به هر حال شهروندان هرکدام به نوعی سعی می‌کنند که با کرونا و پیامدهای آن مواجه شوند و با آن برخورد کنند.

یکی دیگر از استراتژی‌هایی که برخی از شهروندان برای مدیریت مواجهه با کرونا به کار می‌بردند، «مذهبی کردن مواجهه» و تفسیر مذهبی و دینی از کرونا و تلاش برای مدیریت پیامدها از این طریق است. این نتیجه مؤید پژوهش بیات و همکاران (۱۴۰۱) نیز است. به این ترتیب، برخی افراد عموماً نگاهی دینی و مذهبی به بیماری کرونا دارند، آن را کفاره گناهان انسان می‌پندارند و معتقدند که قضا و قدر از همه چیز اهمیت بیشتری دارد و مرگ قضا و قدر، الهی است و کرونا تنها ابزاری در این زمینه است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت مقابله مذهبی به‌عنوان یک عامل تاب‌آوری عمل می‌کند. افراد با مقابله مذهبی مثبت تنش کمتری را تجربه می‌کنند. افرادی که دارای مواجهه مذهبی مثبت‌اند؛ یعنی هنگام مواجهه با مشکلاتی همچون درد و بیماری با انجام اعمال مذهبی، اضطراب خود را کاهش می‌دهند، در مقایسه با افرادی

تعطیلی بازار و کسب و کارها، بیکاری و فشار اقتصادی سبب شده است که بسیاری از شهروندان فرمی از ترس و هراس اقتصادی را درباره آینده خودشان در صورت تداوم کرونا تجربه کنند.

همچنین، بسیاری از شهروندان فرمی از «هراس اجتماعی» را نیز تجربه می‌کنند. هرکدام از شهروندان مسئله‌ای را به‌عنوان منبع ترس اجتماعی خودشان ذکر می‌کنند. برخی از آنان از پیامدهای بهداشتی استفاده از الکل و ماسک در آینده برای جامعه نگران‌اند، برخی از افراد از انتقال کرونا به خانواده و افراد دیگر ترس و واهمه دارند و برخی از فشارهای روانی و اقتصادی ناشی از کرونا ترس دارند. به هر حال وقتی این فرم‌های مختلف ترس و هراس کرونایی در جامعه فراگیر می‌شود، نوعی فویبای اجتماعی درباره کرونا شکل می‌گیرد که خودش می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری برای زیست اجتماعی به دنبال داشته باشد. با وجود منابع مختلف ترس و هراس اجتماعی، تحلیل پدیدارشناختی مصاحبه‌های انجام شده با شهروندان بیانگر این است که بیشتر افراد از انتقال کرونا به خانواده و افراد نزدیک خودشان و یا کروناگرفتن در اثر تعامل با این افراد واهمه دارند. در واقع، ارتباط با نزدیکان و به بیان کلی‌تر، «دیگری»، به منبع ترس و وحشت همگانی تبدیل می‌شود.

از طرفی تجربه «برخورد و مواجهه نزدیک» با کرونا سبب شده است که درک و تجربه این افراد از کرونا، فرآیند و پیامدهای آن کامل‌تر شکل بگیرد. تجربه «مرگ نزدیک» مربوط به یکی از اعضای خانواده، دوستان، همکاران و نزدیکان سبب شده است که افراد دچار بحران‌ها و مشکلات روانی و عصبی شوند؛ اما از سوی دیگر آنها را به مرگ‌اندیشی بیشتر و تفکر در زمینه مرگ و زندگی کشانده است.

و اما شهروندان چگونه سعی می‌کنند که ترس‌ها و هراس‌های خود را در مواجهه با کرونا مدیریت کنند؟ به نظر می‌آید روش‌های مدیریت مواجهه (مقابله) و کنترل موقعیت و

خودخواسته قلمداد کرد، بلکه دارای فرمی از جبر اقتصادی و روانی است. افراد و شهروندان زیادی در اثر کرونا دچار ضرر و زیان اقتصادی شده‌اند و همین مسئله به آنان فشار روانی و اقتصادی زیادی وارد کرده است. این افراد برای مدیریت چنین فشارهایی مجبور به انجام فعالیت‌ها و کارهایی‌اند که در حالت عادی آنها را انجام نمی‌دادند.

نتایج این پژوهش با نظریه‌ی ریش بک و آنتونی گیدنز پیرامون جامعه پر مخاطره همخوانی دارد. به اعتقاد بک (1992) مخاطرات جهانی به شناخت گسترده‌ای از پیامدهای نامطلوب مدرنیته بر محیط زندگی منجر می‌شود و آثار روان‌شناختی و جامعه‌شناختی خاصی دارد. به لحاظ جامعه‌شناختی، مفاهیم مشترک ایمنی و امنیت تنزل پیدا می‌کند و به لحاظ روان‌شناختی، اضطراب و ناامنی بخش کاملی از شرایط مدرن می‌شوند. در واقع گسترش ویروس کرونا نشان می‌دهد جامعه پرخطر باعث ایجاد یک جامعه آسیب‌پذیر می‌شود. اگرچه زنان باردار، خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان و افراد کم‌درآمد آسیب‌های نامتناسبی را در شیوع و بلایا متحمل می‌شوند، به هر حال درباره همه‌گیری کرونا، همه گروه‌ها در جوامع احساس خطر، هراس و نگرانی می‌کنند. به همین دلیل است که در جامعه مخاطره‌آمیز، باید سرمایه‌گذاری‌های عظیمی برای مطالعه درک مخاطره و ارتباطات، عمدتاً با هدف «مدیریت» نظریات متناقض درباره بزرگی خطرات و فرونشاندن پارانویای جامعه درباره مسائل بهداشت عمومی و امنیت شخصی انجام شود.

از نظر «تولید تاریخی پدیده‌ها» در رویکرد برساخت‌گرایانه می‌توان گفت عاملیت اصفهانی‌ها در مقابله با شرایط اپیدمی و اقدامات بازاندیشانه آنها در بستر فرهنگ اصفهانی، توأم با روحیه تاب‌آورانه تاریخی نیز سهم درخور توجهی در برساخت آنها از مواجهه کرونایی خود داشته است. چون تاریخ‌ها و/یا فرآیندهایند که به‌طور تجمعی پدیده‌هایی را تولید می‌کنند که ما درک و تجربه می‌کنیم. کلمن و همکاران (2018: 627 in Sun & Faas, 2015) نیز اشاره کرده‌اند

که مواجهه مذهبی منفی دارند، شرایط روانی مساعدتری دارند و تاب‌آوری بالاتری را تجربه می‌کنند. گاهی بیماری‌های مزمن و شرایط سخت بیماری، موجب بحران‌های معنوی و مذهبی در افراد می‌شود که ممکن است به کاهش مکانیسم‌های سازگاری در مددجو و افزایش سطح اضطراب آنها بینجامد و روند مراقبت و درمان را مختل کند. پارگمنت و همکاران (1999: 178) نیز نقش مذهب را در دستیابی به حس کنترل شخصی در موقعیت‌هایی تأیید کردند که افراد احساس درماندگی می‌کنند. براساس نظر آنها، سبک‌های مواجهه مذهبی برای مقابله با استرس‌های زندگی شامل تکنیک‌های متعددی از جمله مقابله همیارانه^۱، مقابله تسلیمی^۲، مقابله پناه‌جویانه^۳، ارزیابی خیرباورانه^۴، ارزیابی شیطانی‌مآبانه^۵، ارزیابی قدرت الهی^۶، طلب حمایت معنوی^۷، نارضایتی مذهبی^۸، بخشش دینی^۹ و مناسک‌گذر^{۱۰} می‌شود.

برخی از شهروندان نیز در زمینه کرونا «توطئه‌انگاری» می‌کنند. آنان با این کار نمی‌توانند چندان پیامدهای کرونا را مدیریت کنند، اما از لحاظ ذهنی خودشان را برای مواجهه آماده می‌کنند. آنها بر این باورند که کرونا یک ویروس دست‌ساز بشر است که اهداف شوم و پلیدی پس‌پشت آن است.

یکی دیگر از استراتژی‌هایی که برخی شهروندان برای مدیریت مواجهه با کرونا به کار می‌برند، «انطباق‌پذیری هنجارشکنانه جبری» است. در اینجا درک و تفسیر افراد از استراتژی‌هایی که برای تاب‌آوری بیشتر در شرایط سخت کرونایی در پیش می‌گیرند، رفتارهایی خلاف هنجار است؛ اما در واقع این مسئله را دیگر نمی‌توان یک استراتژی

¹ collaborative coping

² deferring coping

³ pleading coping

⁴ benevolent reappraisal

⁵ demonic reappraisal

⁶ reappraisal of God's powers

⁷ seeking spiritual support

⁸ spiritual discontent

⁹ religious forgiving

¹⁰ rites of passage

قرنطینه خانگی ناشی از کرونا»، فصلنامه پاسخ، ۱۹، ۷۹-۹۴.

رحمتی نژاد، پ. یزدی، م. خسروی، ز. شاهی صدرآبادی، ف. (۱۳۹۹). «تجربه زیسته بیماران مبتلا به کرونا ویروس (کووید-۱۹): یک مطالعه پدیدارشناسی»، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۴(۱) (ویژه‌نامه کووید ۱۹ و سلامت روانی)، ۸۶-۷۱.

رکن‌الدین افتخاری، ع. قدیری، م. پرهیزکار، ا و شایان، س. (۱۳۸۸). «تحلیلی بر دیدگاه‌های نظری آسیب‌پذیری جامعه نسبت به مخاطرات طبیعی»، فصلنامه مدرس علوم انسانی، ۱۳(۱)، ۶۲-۲۹.

صفری، ک. (۱۳۹۹). «حیات تهیدستان شهری در کشاکش با بحران: مورد مطالعه بحران کرونا»، پنجمین همایش ملی پژوهش اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران (پایداری و ناپایداری در جامعه معاصر ایران)، بخش ویژه همایش: جامعه ایران و کووید ۱۹، ششم و هفتم اسفندماه، ۴۵۳-۴۵۱.

عسگری، م. چوبداری، ع. اسکندری، ح. (۱۴۰۰). «واکاوی تجارب زیسته افراد مبتلا به بیماری کرونا در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی و راهکارهای پیشگیری و کنترل آسیب‌های روانی ناشی از آن»، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۵)، ۴۶-۲۹.

علی‌آبادی، ش. دانشور، س. قاسم‌پور، ف. (۱۴۰۰). «مطالعه پدیدارشناختی تجربه زیسته خانواده ایرانی در دوران قرنطینه کرونا»، مسائل اجتماعی ایران (دانشگاه خوارزمی)، ۱۲(۱)، ۶۱-۳۳.

فلیک، ا. (۱۳۹۰). درآمدی بر تحقیق کیفی، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.

فیروزجائیان، ع. لطفی‌پور، ف. (۱۳۹۹). «تحلیل کیفی شیوه‌های مواجهه مردم با ویروس کرونا (با تأکید بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی)»، چکیده مقالات پنجمین همایش ملی پژوهش اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران

که «آسیب‌پذیری و انعطاف‌پذیری در برابر بلایا» می‌تواند ذهنی باشد. اینکه چیزها (مثلاً پدیده‌های محیطی) به‌عنوان آسیب‌پذیری یا انعطاف‌پذیری در نظر گرفته می‌شوند، به دیدگاه فرد بستگی دارد.

آنچه این شیوع را متفاوت کرده است، حس شکنندگی زندگی بیولوژیکی انسان در سراسر جهان و نیاز آنها به جامعه‌ای است که از هر خطری در امان باشد. رؤیای «جامعه عقیم» چنین جامعه‌ای، اساساً بر تقاضای انسان برای ابدیت بنا شده است.

قدردانی و تشکر

این مقاله مستخرج از طرحی پژوهشی است که طی انعقاد قرارداد همکاری با صندوق «حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور» معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و با تأمین اعتبار پژوهشی از سوی صندوق انجام شده است. به این ترتیب نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از آن صندوق اعلام می‌کنند.

منابع

افتخاری، م. کتبی، ف. و تلی لو، ز. (۱۴۰۰). «اثر ورزش بر سازگاری بهداشتی و عاطفی دانشجویان در پاندمی ویروس کرونا»، دو ماهنامه علمی-پژوهشی طب توان‌بخشی، ۱۰(۶)، ۱۲۹۵-۱۲۸۴.

اکاتی، ن. عبدخدایی، ز. (۱۴۰۰). «تجربه زیسته نوجوانان از شیوع بیماری کووید-۱۹ و قرنطینه خانگی در پیک اول و دوم بیماری»، مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۲)، ۱۵۸-۱۴۷.

بیات، ع. عرب‌پور، م. خطیب، س.م. (۱۴۰۱). «سبک مقابله با تنیدگی براساس تجربه زیسته بیماران مبتلا به کووید ۱۹»، دو فصلنامه علمی روان‌شناسی فرهنگی، ۶(۱)، ۹۵-۱۱۵.

درویشی، ن. (۱۳۹۹). «راهکارهای افزایش نشاط خانواده در

- alternatives for psychology*. New York: oxford University press, 48-71.
- Duncan, E. (2020). NSW domestic violence support groups warn coronavirus isolation is prompting surge in demand for services. *ABC News Australia* 15, 1-3.
- Flowers, P., Davis, M., Lohm, D., Waller, E., and Stephenson, N. (2016). Understanding pandemic influenza behaviour: An exploratory biopsychosocial study. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 759-769.
- Ford, J. (2002). *Vulnerability: Concepts and issues; A literature review of the concept of vulnerability, its definition and application in studies dealing with human-environment interactions*. The part of PhD Scholarly Field Paper For course Geog*6100, Canada: University of Guelph.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., and Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231924.
- Kausar, R., and Munir, R. (2004). Pakistan adolescents coping with stress: effect of loss of a parent and gender of adolescents. *Journal of Adolescence*, 27(6), 599-610.
- Kelman, I., Gaillard, J.C., and Mercer, J. (2015). Climate change's role in disaster risk reduction's future: beyond vulnerability and resilience. *International Journal of Disaster Risk Science*, 6 (1), 21-27.
- Lovrić, R., Farčić, N., Mikšić, S., and Včev, A. (2020). Studying during the COVID-19 pandemic: a qualitative inductive content analysis of nursing students' perceptions and experiences. *Education Sciences*, 10(188), 1-18.
- Mansouri, F., and Sefidgarbaei, F. (2021). Risk society and COVID-19. *Canadian Journal of Public Health*, 112(1), 36-37.
- Munawar, KH., and Choudhry, F. R. (2021). Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. *American Journal of Infection Control*, 49(3), 286-292.
- Nobahari, A., Fathi, E., Malekshahi Beiranvand, F., and Hatami Varzaneh, A. (2022). The death awareness and spiritual experience of health care workers during COVID-19 Outbreak. *Journal of Community Health Research*, 11(1), 31-35.
- Oliver-Smith, A., Alcántara-Ayala, I., Burton, I., and Lavell, A. (2017). The social construction of disaster risk: seeking root causes. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 22, 469-474.
- Pargament, K. I., and Brant, C.R. (1999). Religion and coping. In H.G. Koenig (Ed.), *Handbook of* (پایبنداری و ناپایبنداری در جامعه معاصر ایران)، بخش ویژه همایش: جامعه ایران و کووید ۱۹، ششم و هفتم اسفندماه، ۴۶۶-۴۶۴.
- کوه بومی، ژ. قمری، م. حسینیان، س. (۱۳۹۹). «پیش‌بینی خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کروناویروس براساس انعطاف‌پذیری شناختی: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری»، دو فصلنامه روان‌شناسی خانواده، ۷(۲)، ۳۳-۴۶.
- کوهستانی، س. علیخانی، م. (۱۴۰۰). «پاندمی کرونا و خشونت علیه زنان (مطالعه موردی در بین زنان شهر رشت)»، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۱۵(۳)، ۲۵-۳۰.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۵). تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه ناصر موفقیان، چاپ چهارم، تهران: نشر نی.
- محمدپور، ا. (۱۳۹۰). روش تحقیق کیفی ضد روش ۲، چاپ اول، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- میرزایی، ح. (۱۳۹۹). جستارهایی در ابعاد اجتماعی و فرهنگی ویروس کرونا در ایران، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- Arias-Maldonado, M. (2020). COVID-19 as a global risk: Confronting the ambivalences of a socio natural threat. *Societies*, 10(4), 1-18.
- Associated Press. (2020). *Schools scramble to feed students after corona virus closures*, U.S. News and World. Report.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. United States: Sage.
- Campbell, A. M. (2020). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic science international*, 2, 100089.
- Cannon, T., Krüger, F., Bankoff, G., Schipper, E.L.F. and Bamforth., T. (2014). Putting culture at the centre of risk reduction, In T. Cannon, E.L.F, Schipper, G. Bankoff, and F. Krüger (Eds.), *World Disasters Report 2014: Focus on Culture and Risk, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*: Geneva, 12-35.
- Collizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it, In R.S. Valls and M. King (Eds.), *Existential phenomenological*

- Tamers, L. K., Janicki, D., and Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30.
- Teti, M., Schatz, E., and Liebenberg, L. (2020). Methods in the Time of COVID-19: The vital role of qualitative inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-5.
- Turner, B.S. (2002). *Orientalism, postmodernism, and globalism*. London: Routledge.
- Venkatesh, A., and Edirappuli, S. (2020). Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *Letters about social distancing in covid-19, Bmj*, 369.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., and Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945-947.
- Wimmer, J., and Quandt, T. (2006). Living in the risk society. *Journalism Stud*, 7(2), 336-47.
- religion and mental health*, Academic Press, 111-128.
- Raude, J., MCColl, K., Flamand, C., and Apostolidis, T. (2019). Understanding health behaviour changes in response to outbreaks: Findings from a longitudinal study of a large epidemic of mosquito-borne disease. *Social Science & Medicine*, Elsevier, 230(C), 184-193.
- Ritzer, G. (Ed.). (2004). *Encyclopedia of social theory*. London: Sage Publications.
- Rodríguez, H., and Barnshaw, J. (2006). The social construction of disasters: from heat waves to worst-case scenarios, *Contemporary Sociology*, 35(3), 218-223.
- Smith, K. (2000). *Environmental hazards: Assessing risk and reducing disaster (routledge physical environment series)* (3th Ed), Routledge, New York.
- Sun, L., and Faas, A.J. (2018). Social production of disasters and disasters social constructs: An exercise in disambiguation and reframing. *Disaster Prevention and Management*, 27(5), 623-635.



