

کرونا و داغ ننگ:

روایت بهبودیافتگان بیماری از تجربه طرد اجتماعی

حسین دانش مهر^۱، کمال خالق پناه^۲، پرویز سبحانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۸

چکیده

شیوع ویروس کووید ۱۹، توأم با پیامدهایی چون تمایزگذاری و فاصله اجتماعی در میان افراد جامعه بوده و فجایع روحی-روانی بسیاری را برای جامعه به میراث گذاشته که تا سالها شاهد اثرات ناخوشایند آن بر جسم و روان افراد خواهیم بود. هدف از پژوهش حاضر، روایت بهبودیافتگان مبتلا به بیماری کرونا از تجربه‌ی طرد اجتماعی است. این پژوهش با بهره‌مندی از افکار و آراء گافمن و تعداد دیگری از نظریه‌پردازان حوزه‌ی جامعه‌شناسی، داده‌های خود را به میانجی رویکرد کیفی و استفاده از روش تحلیل روایت مضمونی و انجام مصاحبه با ۱۶ نفر (۱۱ مرد و ۵ زن) از بهبودیافتگان بیماری به دست آورده است. نمونه‌ها به صورت هدف‌مند انتخاب شده‌اند. یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل مفاهیم، نشان‌دهنده‌ی ۱۱ تم اصلی شامل: اختلالات روحی-روانی، گسست روابط اجتماعی، فروکاست منزلت اجتماعی افراد، دگردیسی میدان دین و گزاره‌های دینی، تضعیف اعتماد اجتماعی، کاهش ارزش‌های اخلاقی-انسانی، شکل‌گیری هویت پنهان، بیکارشدن، رونق بازار دلالتی کالاهای بهداشتی، ترس از روایت بیماری، تبعیض در دریافت خدمات درمانی؛ ۲۲ مفهوم محوری و ۵۹ مقوله‌ی غمده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که تجربه‌ی طرد اجتماعی از جانب بیماران مبتلا به ویروس کووید ۱۹، با پیامدهای مخربی چون از دست دادن پایگاه اجتماعی، انزوای، اخراج از حلقه‌های گروهی و تشدید ترس و اضطراب درونی و در نهایت، رشد تنش و التهاب اجتماعی در سطح گسترده را به همراه دارد. از طرفی نیز وضعیت پیش‌آمده سبب سوءاستفاده برخی سودجویان و دامن‌زدن به بحران موجود به میانجی احتکار کالاهای بهداشتی-درمانی و متعاقباً گران‌فروشی این اجناس می‌شود. در نهایت یافته‌ها حاکی از نوعی خشونت نمادین در قبال مبتلاشدگان به کرونا و واپس‌زدن آنها از حلقه‌های گروهی و اجتماعی است.

واژگان کلیدی: کرونا، داغ ننگ، طرد اجتماعی، انزوا، بحران اجتماعی.

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان و پژوهشگر پژوهشکده کردستان‌شناسی (نویسنده مسئول مقاله):

Hdaneshmehr@yahoo.com

۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان؛ kkhaleghpanah@yahoo.com

۳. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان؛ psobhani63@gmail.com

مقدمه و بیان مسئله

برای قرن‌ها، ترس از ناشناخته‌ها توجیهی برای دفع و محروم‌سازی افرادی با شرایط پزشکی خاص از حلقه‌های جمعی بوده است. زمان و تجربه نشان داده که علی‌رغم پیشرفت‌های فراوانی که در حوزه‌های مختلف درمان بیماری‌های مختلف به وجود آمده، سایه‌ی ایجادشده‌ی مرتبط با داغ ننگ^۱ بیماری، به سهولت و به میانجی این فناوری‌های پزشکی از بین نرفته است و مدت‌های مدیدی به قوت خود باقی مانده است (یوان و همکاران^۲، ۲۰۱۱: ۵۸). رفتارهای مبتنی بر داغ ننگ جامعه، به مثابه‌ی ابزاری برای محافظت از توده‌ها در مقابل اندکی مشخص است. ایجاد پدیده‌ی «دیگری»^۳ یکی از مشخصه‌های اصلی داغ ننگ است (گیلمور و همکاران^۴، ۱۹۹۴: ۳۹-۱۳).

به زعم لینک و همکارانش (۲۰۰۱)، داغ ننگ‌زدن همواره از طرف گروه مسلط در جامعه صورت می‌گیرد، آنها ادعا می‌کنند که داغ ننگ بدون اعمال قدرت راه به جایی نمی‌برد. لذا باورشان بر این است که داغ ننگ در شرایطی وجود دارد که مؤلفه‌هایی چون برجسب‌زنی، تصور قالبی، تفرقه، فقدان منزلت و تبعیض باهم و در شرایطی که موقعیت قدرت به آنها این اجازه را می‌دهد، فراهم گردد (همان، ۳۷۷). با نگاه به گذشته درمی‌یابیم که جوامع از قدرت و اقتدار جمعی خود برای طرد بیماران و افراد رنجور به حواشی خود، از طریق دریافت انگ بیگانه اقدام نموده‌اند. بیماری‌های واگیردار یکی از رایج‌ترین شرایط مرتبط با داغ ننگ می‌باشند. کوگان و همکارانش^۵ بر این باورند که بیماری‌ها تحت چهار موقعیت منحصر به فرد، داغ ننگ دریافت می‌کنند: نخست، هنگامی که علت بیماری ناشی از نقص و اشتباه فرد آلوده باشد؛ دوم، هنگامی که بیماری به انحطاط و نابودی منجر شود؛ سوم، هنگامی که بیماری واگیردار و قابل انتقال به دیگران باشد و چهارم، هنگامی که بیماری به لحاظ جسمی نمایان باشد. هنگامی که این مشاهدات به رفتار اجتماعی اتصال می‌یابد، اعمال داغ ننگ مرتبط با بیماری برای حفظ سلامت جامعه، جنبه‌ای عقلانی و قابل توجیه پیدا می‌کند. بارال و همکارانش^۶ (۲۰۰۷) نیز دریافتند که بیماری‌های مسری به طور ویژه با داغ ننگ و تبعیض ارتباط دارند. اولویت جامعه

-
1. Stigma
 2. Joan et al.
 3. other
 4. Gilmore et al.
 5. Cogan et al.
 6. Baral et al.

در وهله‌ی اول، حفظ و بقای بخش بزرگ‌تر خود در مقابل هرآنچه یا هرآن کسی است که ممکن است منبع گسترش بیماری باشد. در غالب مواقع، افرادی که نشانه‌های ویروس یا بیماری را دارند (حتی اگرچه این نشانه‌ها مربوط به آن بیماری نبوده و به عنوان مثال، نتیجه‌ی یک آلرژی ساده باشند) داغ ننگ می‌خورند. از دیدگاه افراد آلوده و یا مشکوک به ناقل بودن بیماری، داغ ننگ در برگیرنده‌ی گریزان‌بودن، به حاشیه‌راندن و طرد از طرف جامعه است (لی و همکاران، ۲۰۰۵: ۳۸-۲۰).

شیوع کرونا ویروس^۱، طی دو سال گذشته اوضاع بغرنجی را برای جامعه‌ی بشریت رقم زده که از پیامدهای آن می‌توان به مرگ بیش از پنج میلیون و آلودگی میلیون‌ها نفر در جهان به صورت روزانه اشاره کرد. شدت این بیماری باعث شده که سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یک بیماری همه‌گیر جهانی اعلام کند. اگرچه کشورهای جهان از دستورالعمل‌های جهانی واحدی برای مقابله با کرونا پیروی می‌کنند، اما در تلاش برای مبارزه با شیوع همه‌گیری، اقدامات متفاوتی را اتخاذ کرده‌اند. در واقع، پاندمی کرونا مانند بسیاری از بلاهای انسانی و طبیعی، پدیده‌ای چندوجهی است، و تقریباً در تمام ابعاد زندگی انسان پیامدهایی جدی به همراه دارد، بنابراین، تحلیل انتخابی، یعنی تمرکز صرف بر وجه خاصی از پدیده (پزشکی-بالینی) ممکن است به غفلت از آسیب احتمالی در سایر بخش‌ها منجر شود. در این میان، خانواده و مناسبات آن یکی از کانون‌های اصلی بحران و مسأله‌ی در دوران این پاندمی است. همه‌گیری کووید-۱۹ از طریق انزوای اجتماعی به دلیل اقدامات فاصله‌گذاری فیزیکی، تعطیلی مراکزهای مدرسه/کودک، ناامنی مالی و شغلی، بی‌ثباتی مسکن و تغییر در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، تهدیدات جدیدی را برای خانواده‌ها ایجاد کرده است (براون و همکاران، ۲۰۲۰).

ایران همچون بسیاری از کشورهای دنیا، مقصد این ویروس ناخوانده بود که تاکنون ضمن تحت‌تأثیر قراردادن زندگی روزمره مردم در تمامی استان‌های کشور، سبب تعطیلی دانشگاه‌ها، مدارس، مکان‌های زیارتی و سیاحتی، مساجد و مراسمات مذهبی، محدودیت ترافیک بین شهری و داخل شهری و در نهایت اختلال در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی شهروندان شده است. تبلیغات گسترده‌ی رسانه‌های خبری اعم از شبکه‌های خبری و رسانه‌های مجازی علی‌رغم

اینکه نوعی اطلاع‌رسانی در خصوص پیشگیری از ابتلا به این ویروس محسوب می‌شود، اما باری روانی و اجتماعی را نیز بر اقشار مختلف مردم وارد کرده که تا حد زیادی، در کنار بالا بردن حساسیت‌ها و کنارگذاشتن سنت‌های پیشین سبب برچسب‌زدن به افراد به بهانه‌های مختلف احتمال انتقال ویروس (به سبب داشتن سرماخوردگی، عطسه‌کردن، سرفه‌کردن، تب-داشتن و غیره) می‌شود. برخی از افرادی که به ویروس کرونا مبتلا شده‌اند، و یا اینکه مشکوک به داشتن آن بوده‌اند ولی هم‌اکنون و بر اساس آزمایشات موثق پزشکی درمان شده و نشانه‌ای از بیماری در آنها نمانده است نیز کماکان آماج رفتارهای تبعیض‌گرایانه‌ی افراد پیرامون خود در محیط‌های جمعی قرار گرفته و پیوسته داغ ننگ می‌خورند. این افراد به جهت فرضیات دیگران مبنی بر احتمال انتقال ویروس، همواره از محیط‌های جمعی و حلقه‌های دوستان و همکاران رانده شده و نوعی رفتار تبعیض‌گرایانه در قبال آنها اعمال می‌شود که در نهایت پیامدهای روحی، روانی و اجتماعی خاصی برای آنها به همراه دارد.

در ایران، روند همه‌گیری کرونا اگرچه با فراز و فرود همراه بوده است، اما همواره آمار مرگ‌ومیر بالایی را تجربه کرده است. در واقع این تنها گوشه‌ای از آسیب ناشی از گسترش کووید در ایران است. حجم بالای بیکاری، خشونت‌های خانوادگی، افسردگی و اضطراب فردی، تعلیق مناسبات دینی، اقتصادی و حتی سیاسی آسیب‌های قابل توجه گسترش همه‌گیری بر جامعه وارد کرده است که در این میان، خانواده با توجه به نقش مرکزی در کانون مقابله و مواجهه با پیامدهای جدی‌تری مواجهه شده است. در استان کردستان نیز همین روند به همان صورت و به واسطه فقدان امکانات مختلف بهداشتی و البته امکانات زیربنایی در حوزه درمان، چه بسا شدیدتر و زیان‌بارتر رقم خورده است. بخش عمده درآمد مردم در استان کردستان از مسیر فعالیت در بخش‌های خدماتی، گردشگری، کشاورزی، و بازرگانی است که پاندمی کرونا ۷۲,۷ درصد این فعالیت‌ها را تحت تاثیر خود قرار داد و بسیاری از بنگاه‌های خرد اقتصادی را به تعطیلی کشاند و صاحبان آنها را خانه‌نشین و ناگزیر از تجربه‌ی خسارات بسیار کرد، به طوری که به گفته‌ی ایسپا، ۴۱,۷ درصد جامعه آماری شرکت‌کننده در نظرسنجی اعلام داشته‌اند که در پی شیوع کرونا کسب‌وکارشان را تعطیل کرده‌اند و بسیاری نیز مشاغل‌شان را از دست داده‌اند (خبر جوان، به نقل از رییس اتاق بازرگانی شهر سنندج، ۱۳۹۹). از این رو، پژوهش

حاضر با هدف واکاوی این موضوع، در پی پاسخ به پرسش‌های ذیل است: بهبودیافتگان ویروس کرونا چه روایتی از داغ ننگ ناشی از ابتلا به این ویروس دارند؟ و اینکه آنان چگونه در این شرایط طرد اجتماعی را از محیط جامعه تجربه کردند؟

چهارچوب مفهومی پژوهش

واژه‌ی استیگما یا داغ ننگ در زبان یونانی به معنای داغ کردن یا سوزاندن است، و به زمانی اشاره می‌کند که در آن برده‌ها و جنایت‌کاران با یک داغ بر روی جایی از بدن‌شان که قابل رؤیت باشد، برچسب زده می‌شدند تا به دیگران نشان دهند که باید از آنها حذر کرد (بروورز^۱ به نقل از فینزن^۲، ۲۰۲۰: ۲). لینک و فیلان^۳ (۲۰۰۱) تعریفی پذیرفتنی‌تر از استیگما ارائه می‌دهند، آنها بر این باورند که استیگما نتیجه‌ی هم‌زمان چندین مؤلفه است: ۱. تمایز قایل شدن و برچسب زدن به تفاوت‌های میان افراد. ۲. پیوند دادن این تفاوت‌ها به کلیشه‌های منفی. ۳. جداسازی "ما"^۴ از "آنها"^۵. ۴. از دست دادن جایگاه و تبعیض^۶. بسیاری بر این باور هستند که برای وقوع داغ ننگ، باید تفاوتی میان داغ‌زننده و داغ‌خورده به لحاظ برخورداری از قدرت باشد. در واقع داغ ننگ در سطوح مختلف رخ می‌دهد: نخست، داغ ننگ فردی^۷ که به فرایندهای روانشناختی‌ای اشاره دارد که در آنها افراد درگیر پاسخ به داغ ننگ می‌شوند مثل خودداغ‌زنی. دوم، داغ ننگ بین‌فردی^۸. این نوع از داغ ننگ به تعاملاتی برمی‌گردد که میان داغ‌خورده و داغ‌نخورده روی داده است. سوم، داغ ننگ ساختاری^۹ که به محدودیت ساختاری فرصت‌های گروه‌های داغ‌خورده اشاره دارد. این محدودیت‌ها به عنوان مثال می‌تواند از جانب قانون یا سیاست‌های نهادی باشد (هاتزن‌بولر^{۱۰}، ۲۰۱۶: ۵۱-۷۴۲). در نهایت می‌توان ادعا کرد که داغ ننگ زدن، یک فرایند است و نتیجه‌ی شناختی ناکافی (تورنیکرافت و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۷: ۱۹۳-۱۹۲).

-
1. Brouwers
 2. Finzen
 3. Link & Phelan
 4. us
 5. them
 6. discrimination
 7. Individual Stigma
 8. Interpersonal Stigma
 9. Structural Stigma
 10. Hatzenbuehler
 11. Thornicroft et al

داغ ننگ به میانجی مراده ایجاد و گسترش پیدا می‌کند (اسمیت، ۲۰۰۷؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶). اندیشمندان متعددی به مقوله‌ی داغ ننگ پرداخته‌اند و آن را به پیش‌فرض‌ها و تعاریف متعددی پیوند داده‌اند. به زعم گافمن^۱ (۱۹۶۳: ۳)، داغ ننگ یک نسبت محسوب می‌شود که به شدت بدنام‌کننده^۲ است. او براین باور است که تعاملات کلامی و غیرکلامی در میان انسان‌ها، اهمیت بالایی در مواجهه‌های چهره‌به‌چهره‌ی اجتماعی دارد (گافمن، ۲۰۰۵). افراد در تعامل با دیگران، به صورت غیرنیت‌مندانه به دسته‌بندی^۳ دیگران براساس خصیصه‌ها و نسبت‌ها می‌پردازند. این دسته‌بندی‌ها به مرور به انتظاراتی هنجاری بدل گشته که از خلال آن به افراد یک هویت اجتماعی مجازی داده می‌شود که ممکن است متفاوت با هویت اجتماعی واقعی آنها باشد. برمبنای ویژگی‌های فرض‌انگاشته‌شده، انواعی از تبعیض اعمال شده و به همین منوال تئوری داغ ننگ برساخت می‌شود. به نظر گافمن سه نوع داغ ننگ وجود دارد: نخست، زشتی-های بدن که به بدشکلی‌های بدنی اشاره دارد. دوم، داغ ننگ قبیله‌ای که ناشی از نژاد، دین و ملیت است. و سوم، ویژگی فردی لکه‌دارشده از قبیل اعتیاد، بیکاری و بیماری. وقتی فردی یکی از این ویژگی‌های بدنام‌کننده را دارد، دیگر به مثابه‌ی انسانی کامل به وی نگاه نمی‌شود بلکه به صورت فردی لکه‌دار و متمایز از جمع در نظر گرفته می‌شود (گافمن، ۱۹۶۳: ۵-۳). گافمن افراد را به سه گروه متفاوت دسته‌بندی می‌کند: «خودی‌ها»، «آگاهان» و «افراد عادی»^۴. خودی‌ها به افرادی اشاره دارد که خود تجربه‌ی داغ ننگ را داشته‌اند، برخی از افراد با توجه به تجارب شخصی خودشان، معنای داشتن این داغ ننگ خاص را درک می‌کنند و بنابراین می‌توانند برای فرد تعالیمی در خصوص شیوه‌های برخورد در موقعیت‌های اجتماعی و همچنین حلقه‌ای برای ابراز همدردی فراهم کنند، به طوری که او بتواند برای جلب حمایت اخلاقی به آنها پناه آورده و احساس کند وقتی در میان آنهاست، در یک محل امن، در کمال آرامش قرار دارد و مثل هر انسان عادی دیگر در جامعه مورد پذیرش قرار گرفته است (همان، ۱۹۶۳: ۳۰). آگاهان افرادی هستند که خودشان از زمره‌ی آدم‌های عادی به حساب می‌آیند اما موقعیت خاص‌شان باعث شده است که از راز زندگی فرد داغ‌خورده بدون واسطه مطلع شوند و با او اظهار همدلی کنند؛

1 Goffman

2 Discrediting

3 Categorization

4 The "own", "wise" & "normal"

و توانسته‌اند خود را با معیار پذیرش و در نتیجه، عضویت افتخاری در یک جمع داغ‌خورده، منطبق سازند. افراد آگاه انسان‌های حاشیه‌نشینی هستند که فرد داغ‌خورده در مقابل‌شان نه نیاز به خجالت‌کشیدن دارد و نه اعمال کنترل بر روی خودش، زیرا بر این نکته واقف است که علی-رغم داشتن یک داغ ننگ، با او همانند یک دیگری عادی برخورد خواهد شد (همان، ۱۹۶۳: ۱۹). افراد عادی نیز آنهایی هستند که به طور منفی از انتظارات هنجاری جدا نمی‌گردند (گافمن، ۱۹۶۳؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶). داغ ننگ خصوصیتی است که فرد یا گروهی را از اکثریت جامعه جدا می‌کند و در نتیجه با این فرد یا گروه با بدگمانی یا دشمنی رفتار می‌شود. از دیدگاه روانی-اجتماعی، دو تعریف از داغ ننگ مورد اجماع است: تعریف اول شامل یک ویژگی یا مشخصه‌ای است که افراد خاص را داغ‌دار می‌کند و منجر به بی‌ارزش‌نمودن آنها می‌گردد. تعریف دیگر، داغ ننگ را به عنوان مفهومی که وابسته به روابط و زمینه است و به صورت اجتماعی برساخته می‌شود، توصیف می‌نماید (ماجور و همکاران^۱، ۲۰۰۵). رویکردهای جامعه-شناسی و انسان‌شناسی ما را به سوی درک داغ ننگ به عنوان یک فرایند اجتماعی با ابعاد چندگانه سوق می‌دهد. در اصطلاح روانشناسی اجتماعی، داغ ننگ به طور وسیعی در ارتباط با انحراف از هنجارهای غالب اجتماعی تعریف می‌شود (کاپلان و همکاران^۲، ۲۰۰۵: ۱۸۵).

لینک و فیلان^۳، مفهوم گافمن را بسط داده و بیان داشتند که داغ ننگ صرفاً به خاطر برخورداری از تفاوت قدرت در مناسبات اجتماعی است. آنها توضیح می‌دهند که به منظور داغ ننگ‌زدن، می‌بایست از قدرت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی بهره‌مند بود. افراد با داغ ننگ‌زدن به دیگران، آنها را به منظور ایجاد تمایزی میان «ما» و «آنها» در یک دسته‌ی جداگانه قرار می‌دهند (لینک و فیلان، ۲۰۰۱: ۳۶۷).

پس از گافمن، تعاریف جایگزین و بسط‌یافته‌ای از داغ ننگ ارایه شده است. به عنوان مثال، استافورد و اسکات^۴ (۱۹۸۶: ۸۰) گفته‌اند که داغ ننگ، مشخصه یا ویژگی‌ای از افراد است که در تقابل با هنجار یک واحد اجتماعی می‌باشد؛ جایی که یک هنجار به مثابه‌ی یک باور مشترک تعریف می‌شود که در آن شخص مجبور است در زمانی خاص، به شیوه‌ای خاص رفتار کند

1. Major et al
2. Kaplan et al
3. Link & Phelan
4. Stafford & Scott

همان: ۸۱). کراکر و همکاران^۱ (۱۹۹۸: ۵۰۵) نیز بر این باور بودند که افراد داغ‌خورده مشخصه‌هایی دارند یا گمان می‌شود که داشته باشند که همراه با هویتی اجتماعی که در یک شرایط اجتماعی خاص است که ارزش آن از میان رفته است. جونز و همکاران^۲ (۱۹۸۴) نیز تعریفی به مراتب تأثیرگذارتر از داغ‌ننگ ارائه دادند. او از مشاهده‌ی گافمن (۱۹۶۳: ۴) مبنی بر اینکه می‌توان داغ‌ننگ را به عنوان رابطه میان یک خصیصه یا نسبت و یک کلیشه دید، برای ارائه‌ی تعریفی از داغ‌ننگ به عنوان برچسبی که یک فرد را به شرایط ناخوشایند پیوند می‌دهد، استفاده کرد. فاین و آس^۳ (۱۹۸۸) با محوریت معلولیت، پنج فرضیه را در خصوص داغ‌ننگ ارائه دادند: نخست، معلولیت صرفاً در شرایط زیستی به وقوع می‌پیوندد. دوم، مسائل افراد معلول بیشتر به سبب بریدن آن از محیط پیرامون است. سوم، فرد معلول در واقع یک قربانی تلقی می‌شود. چهارم، معلولیت بخشی از خودپنداشت افراد داغ‌خورده محسوب می‌شود که افراد به میانجی آن خود را با سایر افراد و گروه‌های اجتماعی مقایسه می‌کنند. پنجم، داشتن یک معلولیت مساوی است با نیاز به کمک و حمایت اجتماعی.

به زعم لینک و فیلان (۲۰۰۱: ۳۷۹)، در نهایت داغ‌ننگ می‌تواند سه پیامد مهم را به دنبال داشته باشد: ابتدا، اعمال داغ‌ننگ بر دیگران، از دست رفتن پایگاه اجتماعی افراد داغ‌خورده را به همراه دارد و در سلسله‌مراتب اجتماعی، جایگاه آنها را تنزل می‌بخشد به طوری که می‌تواند تمامی فرصت‌های اجتماعی آنها را اعم از انتخاب شغل، تعلق گروهی، انتخاب همسر، انتخاب دوست و بسیاری فرصت‌های دیگر را برای آنها از بین ببرد. دوم، تبعیض ساختاری است که می‌تواند پیامدهای منفی برای افراد داغ‌خورده به همراه داشته باشد، این تبعیض با باورهای قالبی همراه است که برای فرد در جامعه محدودیت زیاد ایجاد می‌کند. سوم، برخورد سایر افراد با افراد داغ‌خورده است که می‌تواند خارج از یک کلیشه‌ی ساده باشد و زندگی افراد را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

پیش‌داوری و تبعیض از آثار و پیامدهای داغ‌ننگ‌زدن به افراد هستند که دسترسی به منابعی چون اشتغال، فرصت‌های شغلی، درآمد، تحصیل، تهیه مکان اسکان و حتی مراقبت پزشکی را

1. Crocker et al
2. Jones et al
3. Fine & Asch

برای افراد داغ‌خورده محدود می‌سازد. ناتوانی در دسترسی به این منابع سبب از میان رفتن رفاه اجتماعی افراد داغ‌خورده در جامعه می‌شود. داغ ننگ‌خورده‌ها همچنین نادیده گرفته شده، طرد گشته و حتی امکان دارد مورد خشونت فیزیکی نیز قرار گیرند. این تهدیدهای میان‌فردی، تأثیراتی منفی بر روی حال و احوال روحی و جسمی افراد خواهد گذاشت. به زعم بسیاری از روان‌شناسان اجتماعی، داغ ننگ اجتماعی در غالب مواقع ممکن است به پاسخ‌های توأم با استرس، اضطراب و واکنش‌های قلبی-عروقی در این افراد منجر شود (لوین و ون‌لار، ۲۰۰۸: ۱۹۴-۱۹۳). از نقطه‌نظر بسیاری از نظریه‌پردازان، تأثیرات ناشی از داغ ننگ می‌تواند برای قربانی‌ها، نهادینه‌شدن احساس وخیمی از دون‌مایه‌گی به همراه داشته باشد. در معرض پیش-دآوری و تبعیض قرار گرفتن، برچسب افسردگی و سرکوب را برای شخصیت و عزت نفس افراد داغ‌خورده به همراه دارد (همان: ۱۹۴).

در دیدگاه جامعه مخاطره‌آمیز، مرزهایی که ادراک پدیده و حقیقت مربوط به خطرات را از هم تفکیک می‌کنند، مبهم می‌شوند. این به آن دلیل است که خطرات نوظهور توسط جامعه تولید می‌شوند. بنابراین، اعضای جامعه در قبال آنها مسئول هستند. این همان چیزی است که گیدنز آن را "مخاطرات مصنوعی یا تولید شده" تعریف می‌کند. گیدنز نشان می‌دهد که چهار حوزه اساسی وجود دارد که خطرات تولیدشده در آنها آشکار می‌شود. این چهار حوزه شامل محیط زیست، نابرابری اجتماعی، خشونت و سیاست است (گیدنز، ۱۳۹۵).

در دوران مخاطره پاندمی کووید-۱۹ به واسطه مجموعه عناصر و مولفه‌های آن، خانواده در کانون درمان، تعدیل و البته خطر قرار گرفته است. به عبارتی و در این شرایط اخیر، یکی از مباحث مهم در دوران مخاطره و ناپایداری نحوه مواجهه خانواده و به ویژه تاب‌آوری آن با کاربرد ابزارهای در دسترس است. در حقیقت، تاب‌آوری خانواده از جمله مفاهیم نوینی است که در حوزه روان‌شناسی اجتماعی در راستای شناسایی ارکان، ابعاد، منابع و موانع خانواده مواجهه با مسائل اجتماعی به ویژه مخاطرات جمعی معرفی شده است. به عبارتی، تاب‌آوری نوعی وضعیت قابل توسعه در خانواده (البته افراد) است که براساس آن خانواده می‌تواند در رویارویی با ناکامی‌ها و مصیبت‌ها و همچنین تعارضات زندگی تلاش مضاعف نموده و برای

نیل به موفقیت ظرفیت جمعی را بالا نگه دارد. والش (۲۰۱۵) در زمینه تاب‌آوری خانواده‌ها در دوران‌های مختلف، رفاه خانواده را با سه فرآیند کلی مفهوم‌سازی می‌کند: الف) ارتباطات (اطلاعات شفاف، پیوندهای عاطفی، حل مشکل به صورت مشارکتی، پیوندهای دوتایی و خانوادگی)؛ ب) سازمان (سازگاری، ارتباط، و دسترسی به منابع اجتماعی و اقتصادی)، و ج) سیستم‌های اعتقادی (معناسازی، امید و معنویت). به نظر والش، این فرآیندها در بسیاری از خانواده‌ها در موقعیت پاندمیک، مختل شده یا تغییر می‌کنند.

پیشینه‌ی تجربی پژوهش

سبحانی و احمدی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان "واکاوی نقش پاندمی کرونا بر مناسبات فردی و اجتماعی اعضای خانواده (مطالعه موردی؛ استان کردستان)" به این نتیجه دست یافتند که مقولاتی چون فروبستگی ارتباطات اجتماعی، دگردیسی فراغت و سرگرمی، تشدید حالات خودبیمارانگاران، تنزل مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تشدید خلاءهای عاطفی و تشدید تنش‌های بین فردی در کنار آسیب‌های چون خشونت، دعوای زناشویی، ضرب و شتم اعضای خانواده و طلاق سبب فروپاشی بسیاری از خانواده‌ها و تشدید بسیاری از آسیب‌های اجتماعی شده است.

تقی‌پور و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان "تبیین درک و تجربه افراد جامعه از استیگما در مواجهه با بیماری کرونا" به این نتیجه دست یافتند که انگ کرونایی به مراتب بدتر از ابتلا به خود بیماری است که به تدریج سبب می‌شود تا فرد از خوداستیگمایی به استیگمای اجتماعی برسد و دچار نوعی کرختی عاطفی گردد. نتایج همچنین نشان داد که مقولاتی چ.ن ترس از حضور در اجتماع، کناره‌گیری از جمع، واکنش‌های غیرهم‌دلانه و انگ‌زنی در حلقه‌ی برچسب کرونایی قرار دارند.

رماسی و همکاران^۱ (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان «داغ ننگ اجتماعی در جریان کووید ۱۹ و تاثیر آن بر کارکنان بخش خدمات پزشکی» به این نتیجه دست یافتند که داغ ننگ تأثیر زیادی بر شرایط شغلی این افراد و میزان پذیرش شغلی‌شان داشته و در نهایت بر استراتژی‌های مدیریت در این بیمارستان تأثیر زیادی داشته است.

علی اکبری و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی تحت عنوان «پیامدهای روانی اجتماعی مبتلایان به بیماری کرونا ویروس جدید (کوئید ۱۹): یک مطالعه کیفی» به این نتیجه دست یافتند که شایع ترین پیامدهای روانی کرونا ویروس جدید، شامل ترس از مرگ، افسردگی و اضطراب می باشد؛ همچنین کاهش فعالیت های اجتماعی، احساس طرد از سوی جامعه، کاهش ارتباط مؤثر با خانواده و اطرافیان و تجربه انگ توسط بیمار و خانواده اش از جمله پیامدهای اجتماعی این بیماری محسوب می شوند. در نتیجه مبتلایان به بیماری کوئید ۱۹ پیامدهای روانی-اجتماعی بسیاری را تجربه می کنند، که همین امر موجب کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی آنان می شود؛ لذا، بهره گیری از روان شناسان و مشاوران در محیط های درمانی می تواند در جهت کاهش این پیامدها مؤثر واقع شود.

گری^۱ (۲۰۱۱) نیز در مطالعه ای خود تحت عنوان «شرم، برچسب زنی و داغ ننگ: چالش های پیش روی مشاوره با مراجعین در مراکز ترک مشروبات الکلی و مواد مخدر» با تأکید بر تنش های ناشی از داغ ننگ به همراه حس بیگانگی و انزوای ناشی از احساس شرم، سه مضمون ۱. بکارگیری برچسب های معتاد و انسان بی ارزش ۲. بدنام سازی این مراکز ۳. و تأثیر انگ زنی و بدنام سازی بر ارائه خدمات به این افراد را در کانون بررسی های خود قرار داد که در نهایت یافته ها حاکی از آن بودند که موانع پیش روی درمان این گونه افراد و بازگرداندن آنها به روال زندگی عادی غالباً در نتیجه ای انگ است که آنها از طرف جامعه دریافت می کنند.

ویلیامز و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه ای خود با عنوان «بیماری های واگیردار و داغ ننگ اجتماعی» به این نتیجه دست یافتند که رابطه ای قابل ملاحظه ای میان بیماری واگیردار و داغ ننگ اجتماعی وجود دارد. یافته ها نشان داد که رسانه ها نقش مهمی در دامن زدن به این مسئله داشته و داغ ننگ مرتبط با بیماری، شکل به مراتب مخرب تری از داغ ننگ اجتماعی محسوب می شود و به لحاظ روانی نیز پیامدهای شدیدتری برای داغ خورده به همراه دارد.

لوین و ونلار^۲ (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود با عنوان «داغ ننگ و نابرابری گروهی: دیدگاه های روان شناسی اجتماعی» به این نتیجه دست یافتند که داغ ننگ می تواند تضييع هویت و از بین رفتن ارزش اجتماعی و شخصیتی را برای افراد داغ خورده به همراه داشته باشد. این

1. Gray
2. Levine and Vanlar

بی‌ارزشی و زایل شدن هویت افراد می‌تواند بر ضمیر آنها تأثیر داشته و عزت نفس آنها را از بین ببرد. در ادامه نیز به تدریج، احساساتی از شرم و تحقیر با این تهدید ضمیر به وجود خواهد آمد که سبب می‌گردد آنها به افرادی ضدمولد در جامعه بدل گردند.

همه‌گیری ویروس کووید ۱۹ طی چند ماه اخیر سبب ایجاد محیطی استرس‌زا و پرتلاطم در سراسر جهان شده، به طوری که بار روانی ناشی از تبلیغات رسانه‌ای، موج‌سواری‌های سیاسی و اجتماعی، پوشش‌های خبری و بهره‌برداری‌های سودگرایانه از آن طی چند دهه‌ی اخیر بی‌سابقه بوده است. گرچه تحقیقات و پژوهش‌های متعددی در حوزه‌ی داغ‌ننگ‌خوردن افراد و گروه‌های اجتماعی مختلف انجام شده است، اما داغ‌خوردن به خاطر ابتلا به ویروس کرونا، آن هم در زمانه‌ای که تقریباً تکنولوژی همه چیز را تحت تسلط خود درآورده است، می‌تواند پدیده‌ای منحصر به فرد باشد. پرداختن به موضوعی که حتی ابتدایی‌ترین واحد اجتماعی را تحت تأثیر خود قرار داده، سبب از میان رفتن بسیاری سنت‌های آداب و معاشرت اجتماعی شده و بسیاری پیامدهای دیگر اجتماعی را به همراه داشته، می‌تواند در نوع خود کاری متمایز از پژوهش‌های پیشین در حوزه داغ‌ننگ افراد و گروه‌های اجتماعی باشد.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر، به منظور دستیابی به درک عمیق پیرامون موضوع مطرح‌شده، رویکرد کیفی اتخاذ شده است. پژوهش کیفی با کشف معنا، به واسطه‌ی غوطه‌ورشدن پژوهشگر در داده، مفاهیم را به شکل مضمون‌هایی مورد بررسی قرار می‌دهد. روش مورد استفاده نیز، تحلیل روایت و استفاده از ابزار مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با افرادی بوده که تجربه‌ی ابتلا به بیماری کرونا را داشته‌اند. تحلیل روایت شاخه‌ای از پژوهش کیفی است که مجموعه‌ای از داستان‌ها را به عنوان منبع داده‌های خود برمی‌گزیند. این داستان‌ها، روایتی از تجربه زندگی مردم است که توسط آنها در مورد خودشان و یا به واسطه دیگران در مورد افراد دیگر نقل می‌شود (مانهال^۱، ۲۰۱۰: ۲۰۹-۱۸۶). در تحلیل روایت، تکنیک مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها معمولاً مصاحبه و بالاحص مصاحبه‌ی روایی یا روایتی تا رسیدن به اشباع نظری است. در این نوع

مصاحبه، از فرد خواسته می‌شود، سرگذشت موضوعی را که خود در آن شرکت داشته است، فی‌البداهه روایت کند و موضوع مورد نظر را در قالب داستان بهم‌پیوسته‌ای از رویدادها، از ابتدا تا به انتهای آن بازگو کند (هرمانس^۱، ۱۹۹۵: ۱۸۵-۱۸۲). میدان مورد مطالعه در این پژوهش، شهر سنندج، و نمونه‌ها به صورت هدف‌مند از میان افرادی برگزیده شده‌اند که از ابتدای شیوع ویروس کرونا، بدان مبتلا شده و هم‌اینک بنابر ادعای نامبردگان، بهبود یافته‌اند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

| مدت بستری | مکان بستری | شغل | تحصیلات | جنس | سن | ردیف |
|-----------|-----------------------------|-----------|-----------|------|----|-----------------|
| ۳ هفته | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | کارمند | کارشناسی | مذکر | ۴۳ | مشارکت‌کننده ۱ |
| ۲۱ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | مغازه‌دار | کارشناسی | مذکر | ۳۰ | مشارکت‌کننده ۲ |
| ۱۹ روز | قرنطینه خانگی | شغل آزاد | دیپلم | مذکر | ۴۲ | مشارکت‌کننده ۳ |
| ۱۷ روز | قرنطینه خانگی | دانشجو | دیپلم | مذکر | ۳۰ | مشارکت‌کننده ۴ |
| ۲۲ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | خانه‌دار | دیپلم | مونث | ۴۸ | مشارکت‌کننده ۵ |
| ۲۰ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | بازنشسته | سیکل | مذکر | ۵۳ | مشارکت‌کننده ۶ |
| ۱۸ روز | قرنطینه خانگی | شغل آزاد | کاردانی | مذکر | ۲۸ | مشارکت‌کننده ۷ |
| ۲۳ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | شغل آزاد | دیپلم | مذکر | ۴۹ | مشارکت‌کننده ۸ |
| ۳ هفته | قرنطینه خانگی | منشی | کارشناسی | مونث | ۳۳ | مشارکت‌کننده ۹ |
| ۱۹ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | بازنشسته | دیپلم | مونث | ۵۱ | مشارکت‌کننده ۱۰ |
| ۱۹ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | خانه‌دار | فوق دیپلم | مونث | ۴۰ | مشارکت‌کننده ۱۱ |

| مدت بستری | مکان بستری | شغل | تحصیلات | جنس | سن | ردیف |
|-----------|----------------------------------|----------|-----------|------|----|--------------------|
| ۲۲ روز | بیمارستان و قرنطینه‌ی خانگی | شغل آزاد | سیکل | مذکر | ۴۵ | مشارکت‌کننده ۱۲ |
| ۱۷ روز | قرنطینه خانگی | دانشجو | کارشناسی | مذکر | ۳۱ | مشارکت‌کننده ۱۳ |
| ۱۰ روز | مشکوک به ابتلا و قرنطینه‌ی خانگی | خانه‌دار | فوق دیپلم | مونث | ۳۶ | مشارکت‌کننده ۱۴ |
| ۹ روز | مشکوک به ابتلا و قرنطینه‌ی خانگی | دانشجو | دیپلم | مذکر | ۲۳ | مشارکت‌کننده ۱۵ |
| ۱۸ روز | قرنطینه خانگی | کارمند | ارشد | مذکر | ۴۴ | مشارکت‌کننده ۱۶ |

یافته‌های پژوهش

پس از مطالعه‌ی دقیق داده‌ها و با استفاده از رویه‌ی طرح پرسش و مقایسه‌کردن و مراجعه‌ی مکرر به داده‌ها، داده‌های خام به مفاهیم تبدیل شدند. سرانجام، در این مرحله تعداد ۱۱ مفهوم اصلی، ۲۲ مقوله‌ی محوری، ۵۹ مقوله‌ی عمده استخراج گردید.

جدول ۲. مفاهیم اصلی، مقولات محوری و مفاهیم عمده

| مفاهیم اصلی | مفاهیم محوری | مفاهیم عمده |
|---------------------|---------------------------------|--|
| اختلالات روحی-روانی | تشدید استرس در جامعه | بالارفتن اضطراب عمومی، افزایش وسواس افراد، از دست دادن روحیه، بروز و تشدید افسردگی در میان افراد، بالا رفتن احتمال آسیب رساندن به خود تحت فشار عمومی |
| | شکل‌گیری خودانگاره-ی ترس | بالارفتن بیم و ترس ناشب از آینده‌ای مبهم، احتمال ارتکاب خودکشی، انتقال ترس و اضطراب به اطرافیان، |
| گسست روابط اجتماعی | انزوا طلبی خودخواسته | تمایل به حبس نمودن خود، پنهان شدن از چشم دیگران، روی آوردن به ارتباطات مجازی، تجربه‌ی تنهایی |
| | واپس‌زدگی اجتماعی در سطح گسترده | کاهش صمیمیت رفتاری با افراد پیرامون، تشدید حس تنهایی مفرط، تجربه‌ی بی‌کسی و درماندگی، |

| مفاهیم اصلی | مفاهیم محوری | مفاهیم عمده |
|---|-----------------------------------|---|
| فروکاست منزلت اجتماعی افراد | تخریب وجهی اجتماعی افراد | تنزل جایگاه اجتماعی افراد مبتلا در انظار عموم، دوری از گروه- های اجتماعی |
| | از دست دادن محبوبیت اجتماعی | از دست رفتن احترام و اعتبار در میان افراد، انگ خوردن از جانب دیگران، تزییع هیبتاس افراد، بدنامی اجتماعی |
| دگردیسی میدان دین و گزاره‌های فرهنگی-دینی | سنت‌زدایی از آداب و سنن | پرهیز از برخی آداب و رسوم چند صد ساله در معاشرت‌ها، تأکید بر حفظ فاصله در برخوردهای اجتماعی، شکل‌گیری رویه‌های جدید معاشرت با تأکید بر حفظ فاصله |
| | انقیاد آداب و رویه‌های معاشرتی | ایجاد شکاف تعاملی میان افراد، کنار گذاشتن رویه‌های نهادینه در تعامل با افراد، تشدید نوعی بیگانگی رفتاری |
| تضعیف اعتماد اجتماعی | ایجاد شکاکیت اجتماعی | ایجاد شک و تردید در دل مردم به طور گسترده، سلب اعتماد عمومی، تشدید ظن و گمان‌های منفی در مورد همدیگر، شکل- گیری ارتباط بر پایه تردید و احتیاط فزاینده |
| | شایعه‌پراکنی گسترده | ترویج و اشاعه‌ی اخبار ضد و نقیض در سطح گسترده، شک فراگیر به منابع خبری، کسب اخبار از شبکه‌های مجازی، ایجاد هرج و مرج اجتماعی به میانجی از دست رفتن اعتماد افراد به پایگاه‌های خبری و شبکه‌های رسمی |
| کاهش ارزش‌های اخلاقی-انسانی | تنزل اخلاقیات و شأن انسانی | کاهش محوریت اخلاق در برخورد با همدیگر حین بحران، پایین آمدن جایگاه معنوی انسان، تنزل رحم و شفقت اجتماعی |
| | رشد منفعت طلبی | سوءاستفاده از موقعیت موجود، روی آوردن برخی‌ها به اعمالی چون احتکار و گران‌فروشی، تشدید التهاب اجتماعی |
| شکل‌گیری هویت پنهان | پنهان کردن بیماری | تمایل به سالم بودن در انظار مردم، تلاش در جهت مخفی نگه داشتن نشانه‌های بیماری |
| | تمایل به انکار وضعیت مبتلا به | اصرار بر نشان دادن رفتار طبیعی، تلاش جهت اتصال مجدد به حلقه‌های گروهی |
| بیکار شدن | رانده شدن از محل کار | از دست دادن کار و حرفه، زایل شدن فرصت‌های شغلی |
| | انزوا و مرخصی اجباری | تنها شدن در محل کار، ممانعت از ورود به محل کار، اجبار به استفاده از مرخصی اداری |

| مفاهیم اصلی | مفاهیم محوری | مفاهیم عمده |
|--------------------------------------|---|--|
| رونق بازار دلالتی کالاهاى بهداشتی | رشد بازار سیاه پخش دارو و کالاهاى بهداشتی-پزشکی | احتکار کالاهاى بهداشتی و پزشکی، بالا بردن قیمت مواد بهداشتی-درمانی، توزیع نامتوازن کالاهاى بهداشتی در جامعه |
| | هزینه‌های بالای بهبود و مراقبت از بیماران | فروش مواد بهداشتی به قیمت گزاف به علت کمیابی در بازار، بالارفتن سرسام‌آور قیمت مواد ضدعفونی کننده و ماسک‌های صورت و نبود نظارت بر آن |
| ترس از روایت بیماری | بیم رسوایی در جمع | ترس از اینکه مورد اتهام دیگران قرار گیرند، پیشگیری از حرف و حدیث‌های اطرافیان |
| | تنها شدن و پس‌زدگی | ترس از به حال خود رها شدن، منزوی شدن در بین دوستان و اقوام |
| تبعیض در دریافت خدمات درمانی | رابطه‌بازی در ارائه خدمات درمانی به بیماران | تخطی از رسیدگی برابر به بیماران، توجه به روابط خانوادگی و خویشاوندی در معاینه و رسیدگی به حال بیماران |
| | نگاه به بیمار به مثابه منبع آسیب | ترس از بیمار به سبب ناقل بودن ویروس، حس تنفر از بیمار به سبب اینکه در ابتلا به بیماری مقصر بوده است |

تحلیل و تفسیر یافته‌های میدانی

اختلالات روحی-روانی

بار روانی ناشی از احتمال ابتلا به ویروس کرونا برای افرادی که هنوز مبتلا نشده‌اند از یک طرف و احتمال قریب‌الوقوع مرگی دردناک برای آنهایی که بدان مبتلا شده‌اند، سبب ایجاد محیطی پرتلاطم و استرس‌زا در جامعه شده است. زندگی با احتمال‌هایی از این دست سبب شکل‌گیری خودنگاره‌ای وسواس در میان غالب مردم شده است، به طوری‌که در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۹ می‌گوید:

«خیلی برای خرید اسپری و محلول ضدعفونی کننده هزینه می‌کنم. چند ماه به اسپری تو
کیفمه هر جا میرم اول سعی می‌کنم کاملاً با اسپری ضدعفونی‌اش کنم بعد بهش دست بزنم.
از این شیوه زندگی کردن خسته شدم.»

سیر اخبار کرونا از رسانه‌های رسمی و غیررسمی و اعلام لحظه‌ای آمار مبتلایان و تلفات انسانی و همچنین نبود امکانات و تجهیزات درمانی به حد کفایت، پیامدهای روحی-روانی شدیدی را برای کلیه اقشار جامعه به ویژه قشر میان‌سال به بالا به همراه داشته است. از طرفی، تنهایی و خودقرنطینه‌گی خود و خانواده در محیطی بسته‌ی شهری به دور از هرگونه امیدی به رهایی از آن سبب نوعی اعتیاد به فضای مجازی شده که این نیز به نوبه‌ی خود پیامدهای روانی خاص خود را برای افراد به ویژه افراد کم‌سن‌وسال به همراه دارد. رشد شکاکیت نسبت به همدیگر منجر به دوری گزیدن از هم شده و افرادی که پیش از کرونا همواره همدیگر را در آغوش می‌کشیدند و برای دیدن هم سر از پا نمی‌شناختند، اینک با شکافی عمیق، مملو از شک و ظن نسبت به همدیگر مواجه هستند که می‌خواهند به گمان خود آن را با ارتباطات مجازی پُر کنند. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۲ می‌گوید:

«دلم برای دیدن خواهرزاده‌هام لک زده، الان دو ماهه فقط از طریق این گوشی می‌بینمشون.

همش می‌ترسم اگه برم بینمشون و فردا مشکلی پیش بیاد، بگن تقصیر من بوده.»

التهاب و استرس موجود در بخش‌های بستری بیماران کرونایی در بیمارستان، آنچنان فشار روحی و روانی‌ای را بر بیماران وارد کرده که حتی پس از بهبودی نیز پیامدهای آن با افراد باقی خواهد بود. گاه مشاهده‌ی اینکه بخش بستری بیمارستان مملو از بیمار بوده و هر روز تعدادی جلوی چشم دیگران، جان خود را از دست می‌دهند و علی‌رغم این همه پیشرفت در پزشکی، کاری از دست کسی بر نمی‌آید، شوک روانی بزرگی را بر سایرین وارد می‌کند. در این باره، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۵ می‌گوید:

«پات که برسه به داخل بیمارستان، دیگه بیرون آمدنت با خداست، ارتباطم با همه جا قطع

شده بود، اطرافم همه بیمار بودند، یه سری حالشون خراب بود، یک سری کم‌تر و فقط تنها

چیزی که اونجا احساس می‌کنی، تنهایی و بی‌کسی و یه حس ناامیدی سنگینه.»

فاکتور ترس در زندگی هر فردی می‌تواند توأم با احتیاط در رفتارها و عملکردهای او باشد، اما در صورت نهادینه شدن آن در فرد، اثرات روحی و روانی جبران‌ناپذیری برای مبتلا به خواهد داشت. ترس ناشی از ابتلا به ویروس کرونا می‌تواند بسیار الزامات و محدودیت‌ها را برای افراد یک جامعه به دنبال داشته باشد. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۳ می‌گوید:

«میشه گفت ترس از ابتلا به کرونا و شاید مرگ ناشی از آن، از خود کرونا نیز بدتر باشه. هر وقت از جلوی قبرستان بهشت محمدی رد می‌شدم و می‌دیدم یه عده پشت درب قبرستان ایستاده‌اند و بهشون اجازه ورود به داخل قبرستان داده نمی‌شه و اون جسد فقط توسط سه یا چهار نفر تشییع و دفن می‌شه، احساس ترس بهم دست می‌داد. وقتی تست کرونا مثبت شد، تنها چیزی که ازش می‌ترسیدم این بود.»

کاهش تعاملات و مناسبات اجتماعی

اولین چیزی که شاید به طور کاملاً جدی شرایط افراد مبتلا به هر بیماری‌ای را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، روابط اجتماعی و تعاملات‌شان با افراد پیرامون است. حال در صورتی که بیماری فرد از نوع واگیردارش باشد، شرایط برای او حادث‌تر شده و آشکارا با طردی جدی از سوی نزدیکان و سایر افراد پیرامون خود مواجه می‌شود. شرایط برای افراد مبتلا به ویروس کرونا به گونه‌ای است که حتی اگر بیمار قلبی راضی به این طردشدن نباشد، اما چاره‌ای جز آن ندارد و ناگزیر باید آن را بپذیرد. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱ می‌گوید:

«خودم هم راضی بودم که کسی دور و برم نیاد، دلم برای بچه‌ام لک زده بود و خیلی دوس داشتم بغلش کنم و ببوسمش، ولی الان هم حتی بعد از تأیید بیمارستان در خصوص اینکه بهبود پیدا کرده‌ام، ولی باز نمی‌ذارم بچه‌ام بهم نزدیک شه، می‌ترسم اونم کرونا بگیره.»

شرایط ایجاد شده به میانجی شیوع ویروس کرونا و توصیه‌ها در خصوص ماندن در خانه و عدم حضور در مجالس و مهمانی‌ها، تقریباً تعاملات افراد را با محیط و افراد پیرامون‌شان به طور جدی تحت تأثیر قرار داده است، به طوری که نوعی عنصر شک و تردید را نسبت به همدیگر، به این روابط تزریق نموده و تا میزان قابل توجهی، این گونه دورهمی‌ها را تقلیل داده است که البته می‌توان به صراحت اذعان داشت که این روابط و تعاملات به فضای مجازی کشیده شده و نوعی وابستگی به این فضا را بیش از پیش به وجود آورده است. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۷ می‌گوید:

«باز جای شکرش باقیه که از طریق موبایلم و اینترنت با بقیه در تماس بودم. اگه این نبود، واقعاً دیوونه می‌شدم. من اگرچه جواب آزمایشم مثبت بود ولی به غیر از چند روز، بقیه‌ی روزها وضعیتم تقریباً عادی بود. اگه این گوشیم باهام نبود، روانی می‌شدم، چون همش تک و تنها توی خونه زندانی شده بودم.»

نباید از این موضوع غافل ماند که وابستگی افراد به دیدن، ملاقات و هم‌نشینی با اعضای خانواده، اقوام و بستگان و دوستان در جامعه‌ای مثل جامعه‌ی مردم ایران، موضوعی فرهنگی بوده و از ابتدا در ذات ایرانیان و به ویژه کردها که قومی شاد و پر جنب‌وجوش هستند، بوده است. حال با این شرایط، دست برداشتن از این گونه روابط و دورهمی‌ها دشوار به نظر می‌آید، گرچه مصلحت افراد حکم می‌کند که پایبند به توصیه‌های پزشکان و بیانیه‌های رسمی مراکز بهداشتی-درمانی باشند. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۴ می‌گوید:

«قبل از اینکه کرونا بگیرم، همش با دوستانم این ور و اون ور می‌رفتیم، راستش اصلاً حرف کسی رو گوش نمی‌دادیم. آخه اصلاً نمی‌تونستم تو خونه بند بشم.»

فروکاست منزلت اجتماعی افراد

در جامعه‌ای که منزلت اجتماعی افراد در حد قابل توجهی با وضعیت ظاهری آنها اعم از سلامت جسمی و روحی، جایگاه اقتصادی و روابط اجتماعی گره خورده است، هرگونه عیب و نقص بدنی، خواه بیماری باشد یا معلولیت جسمی، می‌تواند در منزلت اجتماعی افراد خلل ایجاد کرده و جایگاه اجتماعی افراد را به میزان قابل تأملی تحت تأثیر خود قرار دهد. افرادی که به سبب ابتلا به بیماری‌های واگیردار نظیر مبتلایان به ویروس کرونا از جمع خانواده، دوستان، خویشاوندان، و دیگر حلقه‌های اجتماعی رانده می‌شوند، در واقع تا مدتی در این گروه‌های اجتماعی جایگاهی ندارند و همواره از این گروه‌ها پس زده می‌شوند. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۱ می‌گوید:

«اون چند روز که شدیداً با بیماری دست و پنجه نرم می‌کنی از یک طرف، و حرف و حدیث‌های پس از بهبودی از طرف دیگر. خیلی‌ها الان هم باور نمی‌کنند که من حالم بهتر شده، این واقعاً من رو اذیت می‌کنه که همه ازم گریزان شده‌اند.»

در مصاحبه با افراد مبتلا به ویروس کووید ۱۹، به صراحت می‌توان به این واقعیت پی برد که فرد مبتلا ولو اینکه صاحب جاه و مال و وجهی فرهنگی-اجتماعی باشد، اما باز هنگامی که بخواهد به گروه‌های اجتماعی بازگردد با نیروی دافعه مواجه می‌گردد که تا مدت‌ها علی‌رغم بهبودی نیز نمی‌تواند با گروه‌های دلخواه پیوند برقرار کند. می‌توان گفت که در موقعیت بحران

که هرکس سلامتی خود را در معرض تهدید می‌بیند، بسیاری از معیارهای تعلق گروهی و احترام متقابل در گروه رنگ می‌بازد. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۸ می‌گوید:

«وقتی روی تخت بیمارستان قرار می‌گیری و به نگاه به اطراف می‌کنی، می‌بینی که دیگه اونجا

این به درد نمی‌خوره که کی بودی یا چی داشتی. اونجا خودت هستی و خدای خودت.»

هنگامی که از منزلت اجتماعی سخن گفته می‌شود، این مؤلفه دارای پیش‌شرطی برای تحقق است و آن هم تعامل و برقراری روابط اجتماعی است. ابتلا به بیماری آن هم از نوع واگیردارش، به شدت سبب کاهش این تعاملات و مراودات با افراد پیرامون شده که همین شرایط، تقلیل منزلت اجتماعی را برای مبتلاشدگان در پی دارد. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۰ می‌گوید:

«تازه فهمیدم، کافیه بفهمن که علایم کرونا رو داری، دیگه کاملاً کنارت میذارن. دیگه کسی

بهت محل هم نمیداره، می‌مونی خودت و چند نفر اعضای خانواده‌ات، اونم آگه دوست

داشته باشن.»

دگرذیسی میدان دین و گزاره‌های دینی-فرهنگی

مناسبات و روابط اجتماعی در جوامع نسبتاً سنتی، تا حد قابل ملاحظه‌ای در چهارچوب سنت‌ها و ارزش‌های دینی و فرهنگی آن جامعه پیش می‌رود. همین ارزش‌ها و سنت‌ها هستند که سند هویت یک قوم یا ملت محسوب می‌شوند و به میانجی آنهاست که به موجودیت مان معنا می‌بخشیم. در شیوع یک اپیدمی، نخستین موضوعی که شدیداً از آن متأثر می‌شود، محدودشدن همین سنت‌ها و ارزش‌های دینی و آیینی است، به طوری که حفظ سلامتی شرایطی را به گونه‌ای رقم می‌زند که می‌بایست از بسیاری از این سنت‌ها و ارزش‌ها چشم‌پوشی کرد. نکته‌ی قابل توجه اینجاست که حتی پس از بهبودی نیز، این زوال ارزش‌ها و سنت‌ها تا مدت‌ها با آن ملت باقی خواهد ماند. در این خصوص، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۶ می‌گوید:

«کی فکرش رو می‌کرد که روزی بیاد تو این جامعه نماز جماعت تعطیل بشه؟! من که باورم

نمی‌شه یک رسانه رسمی علناً اعلام کنه که اماکن مذهبی تعطیله.»

از فاکتورهایی که باعث می‌شود یک جامعه را «جامعه» بنامیم، وجود ارتباطات متقابل میان اعضای آن جامعه در قالب گروه‌های مختلف اجتماعی است. حال، محدود شدن شدید ارتباطات

که به میانجی فراموش کردن و یا کنار گذاشتن عادات و رسوم ارتباطی رُخ می‌دهد، می‌تواند سبب ازهم‌گسیختگی آن جامعه شده و حس تعلق گروهی را در دراز مدت با مشکل مواجه سازد. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۶ می‌گوید:

«خیلی از این دست‌نادرها و فاصله‌ها حین سلام و احوال‌پرسی، بعدها خودش به یک فرهنگ تبدیل می‌شه. دیگه کسی راغب نمی‌شه مثل قبل با نزدیکان خودش رفتار و برخورد داشته باشه.»

تضعیف اعتماد اجتماعی

شک و بدبینی نسبت به همدیگر، نخستین احساسی است که حین بروز یک اپیدمی خطرناک در میان اعضای یک جامعه شایع می‌شود. فراگیر شدن ابتلا به ویروس کرونا در جامعه سبب شده تا افراد نسبت به ارتباط با همدیگر، محتاطانه عمل کرده و نوعی سایه‌ی ترس و اضطراب بر روابط و مناسبات‌شان سایه افکند. اعضای گروه‌های مختلف اجتماعی اعم از خانواده، هم‌سالان، دوستان، اقوام و هم‌کاران در چنین شرایطی، برای حفظ خود از احتمال ابتلا به ویروس، سعی می‌کنند تا روابط پیش‌تر صمیمی خود را محدود ساخته و با نوعی بی‌اعتمادی به هم نزدیک شوند. در این خصوص، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۳ می‌گوید:

«هیچ وقت فکرش رو نمی‌کردم اوضاع این طوری بشه، زمانی کلی دوست و آشنا داشتیم، بهم زنگ می‌زدن، دعوت‌م می‌کرن، الان کارم به جایی رسیده که گرچه آزمایشاتم نشون میده، حالم خوب شده؛ ولی بازم دوستام به احتیاط بهم نزدیک میشن. البته بهشون هم حق می‌دم.»

در بحران‌هایی اینچنینی، تعدد شبکه‌های خبررسانی و پخش اخبار ضدونقیض از سایت‌های خبری و تناقض آشکار در اشاره به آمار مبتلایان، فوتی‌ها و همچنین شرایط حاکم بر جامعه اوضاع را به گونه‌ای رقم می‌زند که بستر برای شایعه‌پراکنی برخی افراد فراهم شده تا از این طریق بتوانند بر اضطراب و آشفتگی جامعه بیفزایند. اینجاست که خبر درست از دروغ تشخیص داده نمی‌شود. در این شرایط، هر کس به خود اجازه می‌دهد نسخه‌ای بیچند و راهکاری ارایه دهد که غالب اینها نیز بحران را بیشتر تشدید می‌کند. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۵ می‌گوید:

«مادرم هیچ مشکلی نداشت و شدیداً هم از خودش مراقبت می‌کرد. اینقدر به اخبار شبکه‌های مختلف گوش می‌داد و متأسفانه ما هم اخبار شبکه‌های اجتماعی رو پیش هم می‌گفتیم و اونم گوش می‌داد. بی‌خبر از این بودیم که اضطراب مادرم داره بالا می‌ره.»

کاهش ارزش‌های اخلاقی-انسانی

بحران‌های اجتماعی ایجادشده به سبب وقوع بلایای طبیعی، بروز جنگ‌ها، بیماری‌ها و دیگر رویدادهای داخلی و خارجی همواره عرصه‌ی به تصویرکشیدن همبستگی‌های افراد در جوامع مختلف بوده است. در این شرایط افراد همواره کوشیده‌اند تا به کمک هم شتافته و با همتی جمعی بر بحران غلبه نمایند. فراگیری ویروس کرونا و ابتلای روزافزون افراد بدان، گرچه در خلق برخی صحنه‌های نوع‌دوستانه چون کمک معیشتی به افراد بی‌بضاعت نقش به‌سزایی داشت، اما عرصه را برای تقویت نوعی خودمحموری و سودجویی در جامعه نیز هموار ساخت. بسیاری با سوءاستفاده از این وضعیت، عرصه را برای سودآزایی و مال‌اندوزی خود فراهم دیدند به طوری که کم نیستند افرادی که به طُرق مختلف دست به احتکار، گران‌فروشی و قاچاق محصولات ضدعفونی زدند و هم‌وطنان خود را با مشکلات عدیده مواجه ساختند. در این خصوص، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۴ می‌گوید:

«یه بسته دستکش گرفتم ۱۴۰۰، همین دستکش رو یک ماه پیش می‌شد با ۲۵۰۰ تومان گرفت، هیچ چیزی سر جای خود نمانده و هرکسی داره از شرایط به وجود آمده به نفع خودش استفاده می‌کنه.»

شیوع گسترده‌ی ویروس کرونا در جامعه و ابتلای شمار زیادی از هم‌وطنان به آن سبب مراجعه‌ی حداکثری آنان به بیمارستان‌ها شد به طوری که در مواقعی، جا برای پذیرش بیماران نبود و از دیگر مکان‌ها نظیر سالن‌های سرپوشیده‌ی ورزشی برای نگهداری بیماران استفاده می‌شد. وقوع چنین شرایطی که در نوع خود و در این زمانه، منحصر به فرد بود، صحنه‌ی مَحکِ جدی کادر درمانی اعم از پزشکان و به ویژه جامعه‌ی پرستاری گشت. بسیاری از این افراد در خدمت به بیماران درخشیدند و تعدادی نیز در این راه جان سپردند. در این باره، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۲ می‌گوید:

«خدایش این پرستارها خیلی تاب و تحمل داشتند، آخه تو اون هوای گرم داخل بخش با اون شرایط، اینها ساعت‌ها اون لباس مخصوص رو به تن داشتند.»

روایات و اخبار دیگر، حاکی از برخورد عاری از حس نوع‌دوستی برخی از اعضای کادر درمانی با بیماران است. به طوری که مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۵ می‌گوید: «با گوش خودم شنیدم

که دو نفرشون به هم می‌گفتند، اینا حقشونه هر بلایی سرشون بیاد، می‌خواستند رعایت کنند تا به این وضع گرفتار نشوند.»

شکل‌گیری هویت پنهان

ابتلا به بیماری یا هر عارضه دیگری سبب می‌شود تا افراد مبتلا شده در روابط خود با محیط پیرامون، احتیاط بیشتری به خرج داده و همواره در پی آن باشند که وضعیت مبتلا به را پنهان ساخته تا از عواقب و پیامدهای اجتماعی متعاقب آن در امان باشند. مبتلا شدگان به ویروس کرونا، چنین وضعیتی را تجربه می‌کنند و سعی دارند با پنهان ساختن این وضعیت، هویتی جدید گرچه موقت را برای خود ایجاد نمایند. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۹ می‌گوید:

«اگه همکارام پی می‌بردند که من به کرونا مبتلا شدم، دیگه باهام ترک رابطه می‌کردند، از این رو ابتدا به بهانه دیگری از محل کارم مرخصی گرفتم ولی وقتی روند درمان و قرنطینه طولانی شد، اونا هم همه چیز رو فهمیدند. اگرچه بهم زنگ زدند و احوالم رو پرسیدند، اما نمی‌دونم وقتی برگردم، رفتارشون با من چطوری خواهد بود.»

بسیاری بر این باور هستند که سبک زندگی پساکرونایی بسیار متفاوت از قبل خواهد بود، بطوری‌که با نمایش هویت‌های چندگانه از افراد مواجه خواهیم شد. ترس از عواقب اجتماعی برملا شدن ابتلا به کرونا باعث می‌شود تا مبتلا شدگان برای خود هویت جعل کنند، هویتی اجتماعی و همچنین هویتی مجازی. در این باره مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۳ می‌گوید:

«گرچه تو خونه قرنطینه بودم و جایی رفت‌وآمد نداشتم، اما توی فضای مجازی ژست به آدم سالم رو به خودم می‌گرفتم و درباره بیماران کرونایی نظر می‌دادم. واقعاً نمی‌خواستم کسی بفهمه مبتلا شدم.»

بیکار شدن

از نخستین پیامدهای ابتلا به ویروس کووید ۱۹، قرنطینه کردن افراد در خانه و بیمارستان و ممانعت از حضور آنها در محل کار، به سبب احتمال شیوع بیماری به سایر همکاران است. اما در موارد متعدد مشاهده می‌شود که حتی پس از بهبود این افراد نیز، جامعه و به ویژه محیط کار زیاد پذیرای این افراد نبوده و با دیدی توأم با شک و تردید به آنها می‌نگرد. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۶ می‌گوید:

«من وقتی حالم خوب شد و بهم اطمینان دادند که مشکلی برای خودم و اطرافیانم پیش نیاید، ولی برای اطمینان باید بیشتر از دیگران رعایت کنم، همه فکر می‌کردند که من نمی‌بایست به سرکار برمی‌گشتم. حتی پشت سرم گفته بودند که این چرا برگشته؟ خطرناکه.»

افراد مبتلا به کرونا اگر به دنبال کار باشند، و شرایط آنها برای کارفرما محرز باشد، به هیچ عنوان فرصت کاری را به دست نمی‌آورند. در چنین شرایطی که کرونا نخستین تهدید جامعه‌ی جهانی محسوب می‌شود، کنارزدن و تبری جستن از افراد کرونایی و قرنطینه کردن آنها، ابتدایی‌ترین و دردست‌رس‌ترین راهکار به حساب می‌آید. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۷ می‌گوید:

«وای به حال کسی که تو این شرایط بیکار باشه، اصلاً کارگیرش نیاید. تازه بفهمن و بیروس رو داری که اصلاً اجازه نمیدن وارد اون جا بشی.»

رونق بازار دلای کالاهای بهداشتی

از دیگر پیامدهای شیوع اپیدمی در یک جامعه می‌تواند احتکار کالاهای بهداشتی و درمانی در داروخانه‌ها و شرکت‌های توزیع این گونه اقلام برای بالا بردن قیمت آنها است، به طوری که در روزهای اولیه شیوع کرونا، اقلامی چون ماسک و مواد ضدعفونی به شدت کمیاب شد و متعاقباً قیمت آنها چند برابر گشت. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۶ می‌گوید:

«بعد به هفته رفتم داروخانه برای ژل ضدعفونی کننده، وقتی پرسیدم قیمت‌اش چنده؟ رقمی گفت که واقعاً تعجب کردم، آخه همین رو ماه پیش با یک پنجم قیمت کنونی گرفته بودم.»

دلال‌ها و واسطه‌ها در چنین شرایطی که نوعی بحران بر جامعه سایه می‌افکند، فرصت را غنیمت شمرده و از ضعف‌های نظارتی استفاده کرده و بازار فروش و توزیع این گونه اقلام را که بسیار متقاضی نیز دارد در دست می‌گیرند و آنها را با هر قیمتی که بخواهند به فروش می‌رسانند. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۳ می‌گوید:

«هیچ نظارتی بر این داروخانه‌ها نیست، آخه مگه میشه به داروخانه که تا دیروز کارتن کارتن ماسک و دستکش داشت، حالا بیاد بگه هیچی ندارم! تازه از هرکسی میپرسی میگه از داروخانه چیزی نگرفتم.»

بروز و تشدید چنین شرایطی در بسیاری مواقع نتیجه ضعف بر نظارت توزیع اقلام مورد نیاز است که سبب می‌شود افرادی سودجو و منفعت‌طلب از وضعیت بهره برده و بازار را در دست بگیرند.

ترس از روایت بیماری

پیامدهای ناشی از برملا شدن وضعیت فرد مبتلا به بیماری نظیر تنهایی، منزوی شدن، محدود شدن دایره ارتباطات اجتماعی، به حاشیه رانده شدن، در معرض اتهام قرار گرفتن و بسیاری موارد دیگر سبب می‌شود تا افراد درگیر این بیماری از روایت بیماری برای دیگران بیم داشته باشند، لذا می‌کوشند آن را پنهان نگه دارند تا از این طریق کم‌تر آسیب ببینند. در این خصوص، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۴ می‌گوید:

«این مرض مثل مرض‌های دیگه نیست که بیای در موردش با کسی درد دل کنی، به محض اینکه حتی نزدیک‌ترین دوستت هم بفهمه که کرونا داری، فوراً سعی می‌کنه فاصله‌اش رو باهات دوچندان کنه.»

روایت این گونه بیماری‌ها پیش افراد دیگر، نه تنها دردی از فرد دوا نمی‌کند بلکه بر آلام او نیز می‌افزاید، زیرا در غالب مواقع افراد در جامعه‌ی کنونی، اولویت را برای سلامت خود قایل هستند و می‌کوشند که خود مبتلا نشوند. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۱۰ می‌گوید:

«حدود یک ماه میشه که یکی از دخترام پاش رو توی این خونه نذاشته، از وقتی فهمید کرونا دارم، حتی نیومد از پشت در بهم غذایی بده. این وقت‌ها دیگه خیلی‌ها به فکر خودشان هستند، حتی نزدیک‌ترین افراد بهت محل نمی‌گذارند، نهایتاً به زنگی بزنند و جویای احوالت بشن، فقط همین.»

تبعیض در دریافت خدمات درمانی

ارائه خدماتی درمانی در شرایط وقوع بیماری‌های واگیردار در سطح گسترده با کُندی و محدودیت‌های بسیار همراه می‌گردد. در این شرایط، کادر درمانی نیز برای حفاظت از خود در مقابل بیماری و ابتلا به آن، مجبور به رعایت بسیاری از الزامات می‌شوند. این الزامات شامل رعایت برخی پروتکل‌های مخصوص شرایط حاد، سبب می‌شود تا رسیدگی به بیماران با وسواسی و محدودیت‌های بیشتری همراه باشد. در این خصوص، مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۲ می‌گوید:

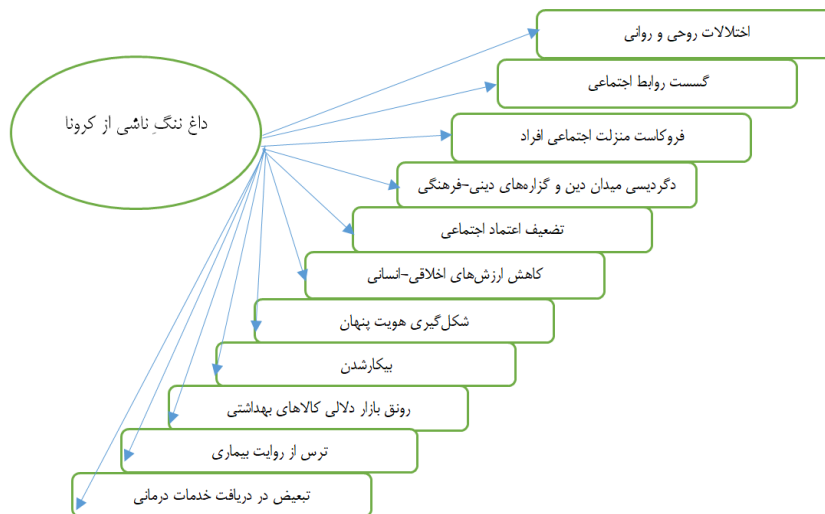
«تو اون شرایط بسته‌ی بیمارستان که آدم بدون ماسک هم به زحمت می‌تونست نفس بکشه، این افراد لباس‌های مخصوص پوشیده بودند و ساعت‌ها داخل بخش بودند و علائم بیماران را چک می‌کردند. به نظرم خیلی سخته.»

در چنین شرایطی نیز برخی، به سوگندنامه تعهد به امورات اخلاقی در پزشکی و پرستاری پایبند نبوده و سعی می‌کنند در چنین مواقعی فقط خود را از ابتلا به این بیماری دور نگه داشته و در پی این نیستند که وظیفه‌ی خود را به نحو احسن انجام دهند. گاه پیش می‌آید که برخی از این کادر درمانی، عرصه را بر خود ناامن ببینند و فرار از آن را بر ماندن ترجیح دهد. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ی شماره ۵ می‌گوید:

«دو نفر از پرستارها اصلاً جرأت نداشتند به ما نزدیک بشن، بعضی وقت‌ها که می‌گفتیم، گرسنه یا تشنه‌ایم، مدتی طولانی باید صبر می‌کردیم تا بهمون آب یا غذا بدن. حتی شنیدم که می‌گفتن اینا حقشونه هر بلایی سرشون بیاد، چون خودشون اصول بهداشتی را رعایت نکردند.»

با توجه به داده‌های به دست آمده از مصاحبه با افرادی که خود بیماری و شرایط ناشی از آن را تجربه کرده بودند، می‌توان گفت وقوع اینچنین اپیدمی‌هایی در سطح گسترده، جامعه و روابط اجتماعی بین افراد آن را تا حد زیادی تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و پیامدهای ناگواری برای مبتلایان حتی مدت‌ها پس از درمان آنها نیز به همراه دارد. بسیاری از مبتلشدگان با نوعی دیوار بازدارنده‌ی اجتماعی در روابط اجتماعی‌شان مواجه می‌شوند که انزوا و سرخوردگی و بسیاری از آسیب‌های روانی و اجتماعی را برای آنها به همراه دارد. این شرایط می‌تواند یادآور مفهوم بورديو تحت عنوان خشونت نمادین باشد که طی آن، خشونت جامعه در قبال مبتلشدگان به بیماری، به صورتی صریح و مستقیم اعمال نمی‌شود، بلکه کاملاً غیرمستقیم بوده و در برخوردها و رفتارهای اجتماعی با این افراد بروز می‌یابد. یکی از وجوه قابل توجه این نوع از خشونت آن است که از جانب کنشگران حاکم اعمال نمی‌شود، بلکه این کنشگران اجتماعی در لایه‌های پایین جامعه هستند که این نوع خشونت را در حق مبتلشدگان به بیماری روا می‌دانند. ابزار اعمال این نوع خشونت، قدرت نمادین است که اکثریت مبتلانشده در جامعه بدان دسترسی داشته و آن را به عنوان ابزاری برای طرد افراد مبتلشدده به کار می‌گیرند. این نوع قدرت به ندرت خود را در چهارچوب برخورد فیزیکی نشان می‌دهد، بلکه می‌کوشد به شیوه‌ای نرم برای

خود مشروعیت فراهم نموده و همگان را با خود همراه سازد. رهایی از سلطه‌ی ناشی از چنین خشونت و قدرتی تقریباً غیرممکن است. بدین خاطر است که گرچه برخوردی مستقیم و فیزیکی با مبتلاشدگان صورت نمی‌گیرد، اما تجربه‌ی بی‌تفاوتی، بی‌مهری و بی‌توجهی دیگران نسبت به بیماران کرونایی و راندن آنها از حلقه‌های گروهی و در نهایت به انزواکشاندن آنها در جامعه، در نوع خود خشونت‌ی به مراتب حادث‌تر نسبت به این افراد است که پیامدهای آن بر آنها می‌تواند بسیار وخیم و جبران‌ناپذیر باشد. این افراد به میانجی این مفهوم بوردیو دچار نوعی واپس‌زدگی در عرصه جامعه می‌شوند که برای رهایی از آن می‌کوشند یا هویت خود را پنهان نگه دارند، یا در خصوص بیماری خود حرفی نزده و آن را حاشا نمایند.



مدل پارادایمی پژوهش

نتیجه‌گیری

اپیدمی‌ها همواره توأم با تنش‌ها و کشمکش‌های حادی در جامعه بوده و گاه پیامدهای جبران‌ناپذیری به همراه داشته‌اند. شیوع همه‌گیر ویروس کرونا در اواخر ۲۰۱۹ و اوایل ۲۰۲۰ پدیده‌ای جدید در عصر حاضر بود که زندگی غالب مردم را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داد. بحران‌های اجتماعی ناشی از فراگیرشدن ویروس کووید ۱۹ به گونه‌ای بوده که سرتیتر خبرهای جهانی را در حد قابل توجهی به خود اختصاص داده است. بار روانی ناشی از ابتلا به

این ویروس و یا احتمال ابتلا به آن، سبب ایجاد تمایزگذاری‌های اجتماعی فراوانی میان افراد و گروه‌های اجتماعی شده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف تحلیل روایت بهبودیافتگان ویروس کرونا از تجربه‌ی طرد اجتماعی به میانجی رویکرد کیفی و روش تحلیل روایت، به واکاوی داده‌های حاصل از مصاحبه با تعداد ۱۶ نفر (۱۱ مرد و ۵ زن) از افرادی پرداخته که تجربه‌ی تلخ ابتلا به این ویروس را داشته و از پیامدهای اجتماعی آن متأثر گشته‌اند.

نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها و گذرانداری مفاهیم، حاکی از ۱۱ مفهوم اصلی، ۲۲ مفهوم محوری و ۵۹ مفهوم اولیه است. مفاهیم به دست آمده در قالب تم‌های اصلی پژوهش به ترتیب شامل اختلالات روحی-روانی، گسست روابط اجتماعی، فروکاست منزلت اجتماعی افراد، دگردیسی میدان دین و گزاره‌های دینی، تضعیف اعتماد اجتماعی، کاهش ارزش‌های اخلاقی-انسانی، شکل‌گیری هویت پنهان، بیکارشدن، رونق بازار دلالتی کالاهای بهداشتی، ترس از روایت بیماری، تبعیض در دریافت خدمات درمانی می‌شود.

بیماری‌ها از زمان‌های بسیار دور و بهتر است بگوییم از ابتدای خلقت انسان، عاملی موثر در فاصله‌گذاری میان بیماران و افراد سالم بوده، به گونه‌ای که افراد بیمار گاه برای مدت‌های مدیدی از سایر افراد جدا گشته و در انزوا و یا به معنای امروزی آن، قرنطینه نگهداشته شده‌اند. کووید ۱۹، نوع قرن بیست و یکمی این پدیده بوده که مبتلایان به خود را شدیداً منزوی ساخته و شکاف عمیقی میان مبتلایان با سایر افراد جامعه پدید آورده است. این بحران که حدود ۸ ماه از فراگیری جهان‌شمول‌اش می‌گذرد، آنچنان در جامعه تاخت و تاز کرده که تقریباً می‌توان ادعا کرد که کسی از آن در امان نیست. اثرات ابتلا به این ویروس از یک طرف و پیامدهای اجتماعی آن از طرف دیگر، زندگی را برای مبتلایان به گونه‌ای رقم زده که چیزی جز انزوا، تنهایی، ترس، ناامیدی و رنج در آن دیده نمی‌شود. بسیاری از مبتلاشدگان به این ویروس، در انزوای کامل به سر برده و حتی ارتباطی با اعضای خانواده‌ی خود ندارند. البته ناگفته نماند که یکی از پیامدهای نخستین ابتلا به این بیماری و پی بردن بدن از طرف مبتلا و اطرافیان، نوعی انزوا و جدایی خودخواسته به خاطر دور کردن اطرافیان از ابتلا بدن است. به زعم بسیاری از روان‌شناسان و متخصصان روان‌کاوی، اثرات روحی و روانی شکاف میان افراد مبتلا با سایر نزدیکان به گونه‌ای بوده که حتی پس از بهبودی این افراد نیز، مدت‌ها با آنها خواهد ماند.

شیوع این ویروس در سطح جهان به گونه‌ای بود که علی‌رغم پیشرفت‌های فراوان در عرصه‌ی پزشکی، باز توأم با نوعی شوک اجتماعی بود، چنانچه بسیاری از متخصصان اینچنین وضعیت پیش‌آمده را پیش‌بینی نمی‌کردند. حال شرایط دوران کرونا سبب بروز نوعی شک و ظن افراد به همدیگر شده، به طوری که بسیاری از عادت‌هایی که پیش‌تر در معاشرت‌هایمان با دیگران داشته‌ایم را ترک نموده‌ایم. این شکاکیت نسبت به یکدیگر سبب گشته تا در بسیاری موارد، رسوم و عادات چند صدساله را فراموش کرده و همواره به همدیگر به عنوان یک عامل انتقال بیماری بنگریم. زندگی در چنین شرایطی که بسیاری از ما پیش‌تر به هیچ عنوان آن را تجربه نکرده بودیم، بسیار دشوار است.

از طرفی، شیوع این بیماری سبب شد تا اعتماد اجتماعی در بسیاری از جهات کاهش قابل توجهی را داشته باشد. پخش اخبار ضدونقیض از آمار افراد مبتلا به کرونا و فوتی‌های ناشی از آن و از طرف دیگر، اخبار و شایعاتی در خصوص نحوه‌ی درمان که غالباً نیز دروغ از آب در می‌آمد، علتی برای از بین رفتن اعتماد مردم به شبکه‌های اطلاع‌رسانی و متعاقباً عدم اعتماد به همدیگر شد. برخی نیز در این دوران، کرونا را بستری برای منعت‌طلبی و سودافزایی خود قرار دادند و با احتکار و گران‌فروشی کالاهای پزشکی مورد نیاز جامعه، سود هنگفتی به جیب زدند و ننگ را برای خود به همراه آوردند. در این میان طرد اجتماعی مبتلایان به این ویروس، از مهم‌ترین پیامدهای آن به شمار می‌آید که تا مدت‌ها داغ ننگی بر پیکر مبتلایان وارد کرده و نوعی دافعه در روابط و مناسبات اجتماعی آنان در جامعه ایجاد کرده است. حال گرچه برخی اخبار حاکی از کنترل وضعیت بحران توسط برخی از دولت‌ها است، اما باید دید در صورت صحت این موضوع، دوران پساکرونا چگونه خواهد بود. به زعم بسیاری از کارشناسان، این دوران بسیار متأثر از دوران کرونا خواهد بود، به طوری که شکاکیت در برخوردهای اجتماعی کماکان تا مدت‌ها بر روابط اجتماعی افراد سایه می‌افکند و در قالب نوعی احتیاط و ترس سبب می‌شود که گام‌های افراد در جامعه با نوعی بیم و مخاطره‌ی درونی توأم باشد.

منابع

- تقی‌پور، علی؛ کریمی، فاطمه‌زهرا؛ آقایی، منورافضل؛ لطیف‌نژاد رودسری، رباب؛ صالحیان، مریم. (۱۴۰۰). تبیین درک و تجربه افراد جامعه از استیگما در مواجهه با بیماری کرونا، مجله دانشگاه علوم پزشکی تربیت حیدریه، ۹(۴)، زمستان ۱۴۰۰، ص ۲۵-۳۵.
https://jms.thums.ac.ir/browse.php?a_id1056&si
- سبحانی، پرویز؛ احمدی، یعقوب (۱۴۰۰). واکاوای نقش پاندمی کرونا بر مناسبات فردی و اجتماعی اعضای خانواده (مطالعه موردی؛ استان کردستان)، بیستمین همایش ملی انجمن مشاوره ایران (سالم-زیستی و تعالی بخشی سبک زندگی در دوران کرونا و پس از کرونا)، تهران، آذر ۱۴۰۰.
- علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز؛ عیسی‌زاده، فاطمه؛ آقاجان‌بگلو، سوسن (۲۰۱۹). پیامدهای روانی اجتماعی مبتلایان به بیماری کرونا و ویروس جدید (کوئید ۱۹): یک مطالعه کیفی، مجله روانشناسی سلامت، دوره ۲، شماره ۲ (۴)، ۹-۲۰.
- <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=528509>
- گیدنز، آنتونی. (۲۰۱۱). جهان لغزنده است. ترجمه علی عطاران (۱۳۹۵)، چاپ اول، تهران: بنگاه ترجمه و چاپ و نشر پارسه.
- Baral, S., Karki, D., Newell, J. (2007). Causes of Stigma and Discrimination Associated with Tuberculosis in Nepal: A Qualitative Study, *BMC Public Health*, Vol 7, p 211
- Brown S. M., Doom J. R., Lechuga-Peña S., Watamura S. E., Koppels T. (2020). Stress and Parenting during the Global COVID-19 Pandemic. *Child. Abuse Negl.* 110 (2), 104699. 10.1016/j.chiabu.2020.104699 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Cogan, J., Herek, G. (1998). Stigma [Online]. [Cited 2010 December 4]; Available from: URL.: <http://www.thebody.com/content/art14039.html>
- Crocker J, Major B, Steele C. (1998). Social Stigma. In *The Handbook of Social Psychology*, ed. DT Gilbert, ST Fiske, 2:504-53. Boston, MA: McGraw-Hill
- Fine M, Asch A. (1988). Disability beyond Stigma: Social Interaction, Discrimination, and Activism. *J. Soc. Issues* 44:3-22
- Finzen A. (2017). Stigma and Stigmatization Within and Beyond Psychiatry. In: Gaebel W., Rossler W., Sartorius N. (eds) *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?*. Cham: Springer.
- Gilmore, N., Somerville, M. (1994). Stigmatization, Scapegoating and discrimination in Sexually Transmitted Diseases: Overcoming them and us, *Social Science and Medicine*, Vol.39, pp.13-39
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (2005). *Interaction Ritual: Essays in Face-to-Face Behavior*. American Sociological Review, New Brunswick: Transaction Publishers.
- Gray, Rebecca. (2011), "Shame, Labelling and Stigma: Challenges to counseling clients in alcohol and other drug settings", Federal Legal Publication Inc.

- Hatzenbuehler Ml. (2016). Structural Stigma: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *Am Psychol*. 71(8): 742-751.
- Hermanns, H. (1995). "Narrative Interview in U. Flik, E.V Kardorf, H. Keupp, L.V. Rosenstiel and Handbuch Qualitative Sozialfoeschung" (2nd edn). Munich: Psychologie Verlage Union
- <https://www.google.com/amp/s/www.radiofarda.com/amp/30627258.html>
- <https://www.ilna.news/991756>
- <https://www.mehrnews.com/news/4928610/>
- Joan, W., Gonzalez-Medina, D., Le, Q. (2011). Infectious diseases and Social Stigma, *ATI-Applied Technologies & Innovations*, Vol 4, Issue 1, April 2011, pp. 58-70, <https://www.researchgate.net/publication/236212491>
- Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, Scott R. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman
- Kaplan, A. H., A. Scheyett and C. E. Golin. (2005). HIV and Stigma: Analysis and Research Program. *Current HIV/AIDS Reports* 2(4): 184-188
- Lee, S., Chan, L., Chau, A., Kwok, K. (2005). The Experience of SARS Related Stigma at Amoy Gardens, *Social Science and Medicine*, Vol 61, p. 20-38
- Levin, Sh & Van Laar, C. (2008). *Stigma and Group Inequality: Social Psychological Perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey, USA
- Link BG, Phelan JC. (2001). Conceptualizing Stigma. *Ann Rev Sociol*. <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B., Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma, *Annual Review of Sociology*, Vol 27, pp. 263-385
- Major, B. and L, T, O Brien. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annu. Rev. Psychol*. 56: 393-421
- Munhall, P. (2001). "Nursing Research: A Qualitative perspective, Jones and Bartlett Publisher in *Qualitative Research Methods*", Thousand Oaks, CA: Sage
- P.M. Brouwers E. (2020). Social Stigma is an Underestimated Contributing Factor to Unemployment in People with Mental Illness or Mental Health Issues: Position Paper and Future Directions, 1-7. <https://www.researchgate.net/publication/340828617>
- Ramaci, T.; Barattucci, M.; Ledda, C. & Rapisarda, V. (2020). Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. *Sustainability*, 2020, 12, 3834. <https://www.researchgate.net/publication/341251054>
- Smith, R. A. (2007). Language of the Lost: An Explication of Stigma Communication, *Communication Theory*, 17, 462-485. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2007.00307.x>
- Smith, R. A., Quesnell, M., & Zhu, X. (2016). *Stigma and Health/Risk Communication*. *Oxford Res. Encycl. Commun.*, Oxford: Oxford University Press.
- Stafford MC, Scott RR. (1986). Stigma Deviance and Social Control: some conceptual issues. In *The Dilemma of Difference*, ed. SC Ainlay, G Becker, LM Coleman. New York: Plenum
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. (2007). Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination? *Br J Psychiatry*, 190, 192-193
- Wang, C., Horby, PW, Hayden, FG, Gao, GF. (2020). A Novel Coronavirus Outbreak of Global Health Concern, *Lancet*. 2020; 395: 470-473
- Xiang, YT. Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. (2019). Timely Mental Health Care for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak is urgently needed, *Lancet Psychiatry*, 2020; 7: 228-229.

- Walsh, F. (2015). *Strengthening Family Resilience* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
[https://www.scrip.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)reference/Referencepapers.aspx?Reference](https://www.scrip.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))reference/Referencepapers.aspx?Reference)