



Children's image of covid 19: the trajectory of issues experienced from Those hospitalized in children's hospitals in Tehran

Ahdieh Asadpour¹ | Mahsa Larijani²

1. Assistant professor, department of social science education, Farhangian university, Tehran. Iran. Email: ahdiehasadpour@cfu.ac.ir

2. Corresponding Author, Assistant professor, department of social science, faculty of social sciences and economics, Alzahra university, Tehran. Iran Email: m.larijani@alzahra.ac.ir

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 1 - 1 – 2022

Received in revised form:
8 - 4 – 2024

Accepted: 13 - 4 - 2024

Published online:
14 - 5 - 2024

Keywords:

covid-19, child-patient,
phenomenology, disease
experience

The epidemic of Covid-19 has become a social-medical problem all over the world and has infected many people, including children. The current study was conducted with the aim of investigating the lived experience of children infected with Covid-19. Children who have experienced short-term or medium-term hospitalization due to the severity of the disease. In order to achieve the goal of the research, he used a qualitative method with an interpretative phenomenological approach. For this purpose, semi-structured and in-depth interviews were conducted with 14 affected children, and a purposeful sampling method was used to select them. The findings of the research in three main categories before infection (unrecognition of the virus and difference in importance), during infection (delayed hospitalization, experience of increasing pain, feeling of great fear and increasing discomfort) and after infection (intensification of isolationism, Mandatory observance of health points, social stigma, feeling of subjective powerlessness, feeling of psychological insecurity due to news-media coverage, mental breakdowns, centrality of maternal attention and doubting God's justice) were categorized and explained. According to the findings of the research, efficient models such as rehabilitation, especially physical and emotional-psychological rehabilitation, should be used to relieve, adjust, compensate and repair the adverse effects of covid-19 in infected children so that their lives can be improved. The normal state and the state before the experience of the disease will return..

Cite this article: Asadpour, A.& Larijani, M. (2024). Children's image of covid 19: the trajectory of issues experienced from Those hospitalized in children's hospitals in Tehran. *Journal of Social Problems of Iran*, 14 (2),167-191.



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.



تصویر کودکان از کووید ۱۹: خط سیر مسائل تجربه شده از بستری شدگان در بیمارستانهای کودکان تهران

عهديه اسديپور^۱ | مهسا لاريجاني^۲

۱. نویسنده مسئول؛ استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران، رایانامه: m.larijani@alzahra.ac.ir
 ۲. استادیار گروه آموزش علوم اجتماعی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران؛ رایانامه: ahdiehasadpour@cfu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۵</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴</p> <p>کلیدواژه‌ها: کووید-۱۹، کودک-بیمار، پدیدارشناسی، تجربه بیماری.</p>	<p>همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در سراسر جهان تبدیل به یک مسئله اجتماعی-پزشکی شده و افراد بسیاری از جمله کودکان را مبتلا کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته کودکان مبتلا شده به کووید-۱۹ انجام شده است. کودکانی که به دلیل وخامت و شدت بیماری، تجربه بستری کوتاه‌مدت یا میان‌مدت در بیمارستان را داشته‌اند. جهت دستیابی به هدف تحقیق از روش کیفی با رویکرد پدیدارشناسانه تفسیری استفاده کرده است. به این منظور با ۱۴ نفر از کودکان مبتلا شده مصاحبه‌هایی نیمه ساختاریافته و عمیق انجام شد، و برای گزینش آن‌ها روش نمونه‌گیری هدفمند به کار گرفته شد. یافته‌های حاصله از پژوهش در سه مقوله اصلی پیش از ابتلا (ناشناختگی ویروس و تفاوت در اهمیت‌دهی)، حین ابتلا (بستری با تأخیر، تجربه درد فزاینده، احساس ترس زیاد و ناراحتی فزاینده) و پس از ابتلا (تشدید انزوای، الزام‌آوری رعایت نکات بهداشتی، انگ اجتماعی، احساس بی‌قدرتی سوژکتیو، احساس ناامنی روانی در اثر پوشش خبری-رسانه‌ای، گسست‌های روانی، مرکزیت توجهات مادرانه و تشکیک در عدالت خداوندی) دسته‌بندی و تشریح شدند. با توجه به یافته‌های تحقیق، می‌بایست مدل‌های کارآمدی همچون بازتوانی به ویژه بازتوانی جسمانی و عاطفی-روانی جهت تسکین، تعدیل، جبران و ترمیم اثرات نامطلوب کووید-۱۹ در کودکان مبتلا شده را به کار بست تا زندگی آنان به حالت عادی و حالت ماقبل تجربه بیماری برگردد.</p>

استناد: اسديپور، عهديه و لاريجاني، مهسا. (۱۴۰۳). تصویر کودکان از کووید ۱۹: خط سیر مسائل تجربه شده از بستری‌شدگان در بیمارستانهای کودکان تهران؛ بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۴(۲)، ۱۶۷-۱۹۱.



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

مقدمه و بیان مسئله

سازمان بهداشت جهانی^۱ در تاریخ ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ وضعیت اضطراری سلامت عمومی را در اثر وقوع «کروناویروس^۲» اعلام کرد که بعدها به نام بیماری «کووید-۱۹^۳» به عنوان یک بیماری عفونی نوظهور شناخته شد.

این بیماری برای کودک و بزرگسال و نیز فارغ از جنسیت و به عبارتی برای کل جامعه خطرناک شناخته شد (مجی^۴، ۲۰۲۰: ۲۱۰) و اکنون با عبور از وضعیت اندمی^۵ و اپیدمی^۶ و رسیدن به وضعیت پاندمی^۷، تعداد زیادی از افراد را در سرتاسر جهان مبتلا ساخته و حتی به کام مرگ کشانیده است. کودکان به شکل‌های گوناگونی از بیماری متأثر شده‌اند تا جایی که می‌توان گفت آنان یکی از گروه‌های اصلی قربانی از این وضعیت هستند؛ چرا که زندگی آنان از راه‌های عمیق‌تری همچون تأثیرات اقتصادی-اجتماعی کرونا تحت تأثیر قرار گرفته است. برای مثال، تا پیش از بیماری کووید-۱۹ در سال ۲۰۱۹ حدود ۵۸۲ میلیون (معادل ۳۲/۲ درصد) کودک فقیر (در خانواده‌های فقیر) در سطح جهان زندگی می‌کردند. اما همزمان با شیوع بیماری مذکور، پیش‌بینی شد که این میزان در سال ۲۰۲۰ به ۷۲۵ میلیون (معادل ۳۸/۹ درصد) و در سال ۲۰۲۱ به ۷۳۴ میلیون (معادل ۳۸/۷ درصد) خواهد رسید (گزارش یونیسف از کودکان در خانواده‌های فقر پولی و کووید-۱۹، ۲۰۲۰: ۴). علاوه بر ابعاد مادی، کودکان از نظر آموزشی (تعطیلی مدارس و میزان دسترسی به ابزارهای آموزش از راه دور)، فاصله‌گذاری‌های اجتماعی و اجباری، تجربه بیشتر خشونت و سوء استفاده و استثمار نیز متأثر شده‌اند.

اما تهدیدات مربوط به حوزه سلامت و بهداشت کودکان در ایام کووید-۱۹ به دو شکل مستقیم^۸ و غیرمستقیم^۹ مورد بحث قرار گرفته است. از نظر تهدیدات غیرمستقیم همچون کاهش استفاده و ارائه خدمات بهداشتی، افزایش خطر سوء تغذیه، افزایش مرگ و میرهای جنینی به سبب کاهش مراقبت‌های دوران بارداری، کاهش استفاده از واکسن‌های نجات‌دهنده زندگی^{۱۰} در کودکان زیر یکسال، مورد تهدید واقع شدن پیشرفت‌های چند دهه گذشته در مبارزه با HIV و...^{۱۱} می‌توان گفت اتفاق آرا وجود دارد. اما در زمینه اثرات مستقیم، تفاوت‌ها و حتی تضادهایی در این زمینه وجود دارد. نظر عمومی بر این است که کودکان کمتر از بزرگسالان در اثر بیماری مذکور، حیات خود را از دست می‌دهند. حتی در روزهای اولیه شیوع این بیماری چنین اذعان شد که کودکان در برابر این ویروس ایمن هستند. با توجه به اینکه شروع این بیماری از شهر ووهان چین همزمان با تعطیلی مدارس بوده است و میزان ابتلای کودکان در این کشور بسیار پایین بوده است، این پیش‌فرض به وجود آمد. اما به تدریج سنین پایین نیز درگیر این بیماری همه‌گیر شدند و اظهارنظرها در این زمینه تغییر یافت و گفته شد که میزان ابتلای کودکان زیر ۱۸ سال کمتر از بالغین است. علاوه بر این کودکان کمتر از افراد بزرگسال علائم این بیماری را نشان می‌دهند و عوارض شدید بیماری و نیاز به بستری در آن‌ها کمتر است. به

1 . World Health Organization (WHO)

2 . Corona virus

3 . COVID 19

4 . Majhi

5 . Endemic

6 . Epidemic

7 . Pandemic

8 . Direct

9 . Indirect

10 . Life-saving vaccines

۱۱. جهت اطلاعات بیشتر و دسترسی به داده‌های آماری موجود در زمینه‌های مزبور ر.ک. به: <https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>

عبارت دیگر آنان اشکال خفیت‌تری از بیماری را نشان می‌دهند (زیمرمن^۱ و کریس^۲، ۲۰۲۰ به نقل از بیکو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱: ۲۳۹). به ویژه اینکه، میزان بستری کودکان در بخش مراقبت‌های ویژه بسیار کم است.

براساس تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از پایگاه داده COVERAGE می‌توان گفت، موارد گزارش شده از میان ۸۸ میلیون مورد ابتلا به کووید-۱۹ از صد کشور (۵۱ درصد از کل موارد جهانی گزارش شده)، ۱۳ درصد آن مربوط به گروه سنی ۱۹-۰ ساله بوده (معادل ۱۱/۷ میلیون نفر) که بیشترین موارد ابتلا و مرگ و میر در کشورهایی با سطح درآمد متوسط به پایین رخ داده است.^۴ داده‌های آماری فوق هرچند میزان ابتلای پایین‌تر کودکان به کووید-۱۹ را نسبت به بزرگسالان نشان می‌دهد اما همین میزان نیز فرض‌های اولیه مبنی بر ایمن کودکان در برابر ویروس مذکور را رد می‌کند و لزوم توجه بیشتر پژوهشگران حوزه‌های مختلف را نسبت بدین کودکان گوشزد می‌کند.

با این حال، توجه به اثرات همه‌گیری کووید-۱۹ بر کودکان از دیدگاه روان‌شناختی (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۹؛ چوبداری و همکاران، ۱۳۹۹)، از منظر آموزشی (پاک‌مهر، ۱۳۹۹)، از جنبه حقوقی (غنی‌زاده بافقی، ۱۳۹۹) و از نظر سلامت و بهداشت (معمدی، ۱۴۰۰؛ نوایی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹) واکاوی شده است. با تمام این اوصاف، آنچه در ادبیات پژوهشی حوزه مزبور کمتر مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است، نگرستن به تجربه کودکانی است که بدین بیماری مبتلا شده و در بیمارستان بستری شده‌اند. امری که مطالعه پیش‌رو مترصد انجام آن است. مسئله‌ای که از منظر جامعه‌شناختی دارای اهمیت بسیار است. اهمیت و ضرورت پرداختن بدین مسئله از چند منظر مورد توجه است که مهم‌ترین آن به تجربه متفاوت و حتی متمایز کودکان از پدیده‌های اجتماعی برمی‌گردد. به عبارت دیگر، درک و معنابخشی اعضای بزرگسال جامعه از بحران‌هایی همچون همه‌گیری کووید-۱۹ با کودکان متفاوت است که این امر بیش از پیش متأثر از عامل سن می‌باشد. بدین ترتیب، با وجود اینکه در باب تجربه افراد بزرگسال همچون سالمندان (زراعت حرفه و احمدیان رنجبر، ۱۴۰۰؛ خانی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)، جوانان (ابراهیمی و سخایی، ۱۴۰۰؛ شیردل و همکاران، ۱۴۰۰) و زنان (تاج‌بخش، ۱۴۰۰؛ کوهستانی و علیجانی، ۱۴۰۰) تحقیقاتی صورت پذیرفته است اما خلا پژوهشی در باب کودکان بیش از پیش احساس می‌شود. امری که شناخت جامع و عمیق نسبت بدان به برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه‌های بحران اجتماعی در میان گروه کودکان یاری می‌رساند.

پیشینه تجربی پژوهش

چوبداری و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای به «پیامدهای روان‌شناختی کرونا ویروس جدید (کووید ۱۹) در کودکان: مطالعه مروری نظام‌مند» پرداختند. ارزیابی حاصل از مقالات مورد بررسی نشان داد افزایش مشکلات رفتاری، مشکلات مربوط به خودتنظیمی، اضطراب و ترس، مشکلات مربوط به سازگاری و راهبردهای مقابله‌ای، تجربه بدرفتاری و آزار هیجانی، افزایش شدت اختلال‌های روانی و افسردگی و استرس پس از آسیب از پیامدهای روان‌شناختی شیوع بیماری کووید ۱۹ برای کودکان به‌شمار می‌رود.

لوینیا^۵ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان «ایمنی، حفاظت کودکان در طول دوران کووید-۱۹ در بریتانیای کبیر: پیشنهاد یک چارچوب مفهومی» اذعان کرده‌اند که پاسخ‌ها و اقدامات خدماتی-بهداشتی در طول بحران کووید-۱۹ در انگلستان تغییر

1. Zimmerman
2. Curtis
3. Biko

۴. جهت دسترسی به داده‌های آماری بیشتر در این زمینه ر.ک. به:

<https://data.unicef.org/resources/covid-19-confirmed-cases-and-deaths-dashboard/>

5. Levinea

کرده است. این اقدامات عمدتاً به فناوری وابسته بوده و هزینه‌های مالی وافر برای سیستم بهداشتی در پی دارد. این امر مشکلاتی را نه تنها برای اعضای بزرگسال جامعه برای کودکان نیز بروز داده است. حال کودکانی که در خانواده‌های آسیب‌پذیر حضور دارند، بیشتر با مشکلات برخاسته از آن دست و پنجه نرم می‌کنند. پیامدهای سلامت جسمی و روانی کودکان در دوران همه‌گیری در درازمدت نگران‌کننده خواهد بود و از آنجایی که به نظر می‌رسد این بیماری دامنه مشکلات را پیچیده و گسترش دهد، کودکان آسیب‌پذیر می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. بر این مبنای نیاز است که سیستم‌های حمایت از کودکان در انگلستان که تا کنون، بر خانواده‌های آسیب‌پذیر و مسئله‌دار تأکید داشته و به واسطه آن از فرزندان آنان به عنوان کودکان نیازمند حمایت، مورد توجه قرار می‌گرفتند، می‌بایست تغییر رویکرد داده و به خود کودکان تا حدودی فارغ از سیستم خانوادگی آسیب‌پذیر توجه نمایند.

سینها^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای با عنوان «کودکان به دلیل کووید-۱۹ به حاشیه رانده شده‌اند» نشان دادند کودکانی که پیش از همه‌گیری تحت تأثیر شرایط بد زندگی، فقر و سایر مقتضیاتی هستند که تأثیرات منفی دارند، افزایش حاشیه‌نشینی ناشی از بیماری همه‌گیری را می‌توان به عنوان یک شوک سیستماتیک اضافی برای آنان تصور کرد. کودکانی که با مسائلی مانند فقر و سوء استفاده از مواد مخدر یا الکلیسم مواجه بودند، اگر اکنون در معرض پیامدهای نامطلوب همه‌گیری مانند از دست دادن حمایت اجتماعی، داغ‌دیدگی و مرگ عزیزان، بروز چالش‌های خانوادگیو مختل شدن روال تحصیلی قرار گیرند، بیش از دیگران آسیب خواهند دید. هم‌چنین ترس از احتمال افزایش نرخ خودکشی یا عوامل خطر برای خودآزاری یا افکار خودکشی در آنها افزایش خواهد یافت.

در برخی از مطالعات نیز رفاه کودکان^۲ در زمان همه‌گیری به ویژه در خانواده‌های آسیب‌پذیر (برای نمونه هرنکوهل^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) و پاسخ‌های مبتنی بر حقوق کودکان به کووید-۱۹ (لون^۴، ۲۰۲۱) مورد توجه قرار گرفت.

نگاهی به مطالعات تجربی پیشین نشان می‌دهد: ۱. مطالعات صورت پذیرفته بیش از توجه به محورهای مطالعاتی چرایی و تبیین به پیامدهای حاصله از بیماری کووید-۱۹ توجه نشان داده‌اند؛ ۲. از میان پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، روان‌شناختی، آموزشی و... حاصله از بیماری مزبور، غالباً به پیامدهای روحی و روانی آن پرداخته شد و ۳. در مطالعات خارجی تلاش‌های جهت تغییر در سیاست-گذاری‌های ملی در حوزه‌های رفاهی و بهداشتی برای حمایت و حفاظت از کودکان صورت گرفت. با این حال، خلا تحقیقاتی عمیقی در باب مطالعه کودکانی که ابتلا به ویروس کرونا را تجربه کرده باشند، به وضوح قابل مشاهده است. به نحوی که مطالعه‌ای یافت نشد که بدین پدیده توجه کرده باشد.

ملاحظات نظری

در این مطالعه دو دسته از مباحث نظری مرتبط با مسئله پژوهش شامل ۱. جامعه‌شناسی پزشکی [سلامت و بهداشت] و ۲. جامعه‌شناسی دوران کودکی مورد مذاقه و تشریح مختصر قرار خواهند گرفت که جهت ورود به بحث امری است گریزناپذیر. یکی از زمینه‌های مطالعاتی در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی [بهداشت و سلامت]، مطالعه و بررسی در مورد بیمار است^۵. بیمار فارغ از ملاحظات سنی، جنسی، قومیتی و نژادی قابل مطالعه است که در اینجا هدف ما مطالعه دربارهٔ کودک-بیماران است. در بین

1 . Sinha

2 . Child Welfare

3 . HerrenkohI

4 . Lonne

۵. زمینه‌های تحقیقاتی دیگر شامل مطالعه در مورد کارکنان و پرسنل سلامت، ساختار سازمان ارائه خدمات پزشکی-سلامت، شق‌های درمان و مواجهه با بیماری در جامعه، میزان آگاهی عمومی سلامت مردم و راه‌های ارتقای آن و در نهایت هزینه درمان می‌شود.

نظریه پردازان کلاسیک جامعه‌شناسی، به مفاهیم و مضامینی برمی‌خوریم که مستقیماً در مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی کاربرد داشته و دارند اما در حوزه مطالعات مربوط به «بیمار» چندان قابل تعریف نیستند. برای مثال بحث تضاد منافع طبقاتی و گروهی^۱ مارکس^۲ (۱۹۷۵) در تحلیل اشکال خدمات درمانی و مسأله دولت و بیمه‌ها، بحث‌های دورکیم در باب تقسیم کار اجتماعی^۳ (۱۸۹۳) و خودکشی (۱۸۹۷) در زمینه نقش بیماری و تحلیل عوامل اجتماعی خودکشی، بحث‌های وبر (۱۹۲۲) در باب دیوان‌سالاری^۴، عقلانیت صوری^۵ [در زمینه ساختار بیمارستانی و سازمان طبابت] و شیوه زندگی^۶ [در زمینه جامعه‌شناسی بیماری] از آن جمله‌اند. اما در دهه پنجاه مفهوم «نقش بیمار»^۷ که توسط پارسونز^۸ (۱۹۵۱) در کتاب نظام اجتماعی^۹ ارائه شد و نیز کار رابرت مرتون^{۱۰} (۱۹۵۷)، اورت هیوز^{۱۱} و انسلم استروس^{۱۲} (۱۹۶۱) موج وسیعی از مطالعات نظری و تجربی را ایجاد کرد که در رویکرد کارکردگرایی ساختاری مطرح هستند. پس از آن، با استفاده از رویکرد کنش متقابل نمادین، تحقیقات شخصیت‌های برجسته‌ای مانند گافمن^{۱۳} (۱۹۶۱) را در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی صورت پذیرفت. وی با روش مشارکتی-مشاهده‌ای مطالعه خود روی بیماران بیمارستان روانی انجام داده و اثری تحت عنوان «نوانخانه»^{۱۴} را به چاپ رساند. همچنین، مطالعه ارزشمند دیگری در حوزه بیمار و بیماری در مورد برچسب‌زنی^{۱۵} انجام داد که در قالب کتاب داغ ننگ^{۱۶} (۱۹۶۷) به چاپ رسید. استراوس نیز با همراه گلیسر^{۱۷} (۱۹۶۷) مطالعه‌ای بر فرایند مرگ و مردن با استفاده از رویکرد نظری مزبور به انجام رساندند. بعدها نیز از این رویکرد برای مطالعه روابط بین پزشک و بیمار و نیز سایر دست‌اندرکاران نظام خدمات بهداشتی به احاط کنش‌ها، رفتارها، معانی، کج‌فهمی‌ها و سوءتعبیرات و نیز مطالعه تعاریف و برداشت‌ها از بیماری و معالجه و خدمات بهداشتی است (ماچا^{۱۸}، ۲۰۰۰: ۱۹). در رویکرد مابعدساختارگرایی^{۱۹} نیز می‌توان از فوکو^{۲۰} (۱۹۸۰) نام برد که با ارتباط دادن بین قدرت و معرفت، آن را به دانش پزشکی و نیز به نهادها، حرفه‌ها و رفتارهای مرتبط با آن کشانده است.

علاوه بر دیدگاه‌های نظری در باب بیمار، می‌بایست به «مراجعه به پزشک» از سوی بیمار و فرایند آن سخن گفت. انگاره سنتی پزشکی آن است که بیماری^{۲۱} ضایعه‌ای^۱ در درون بدن انسان است که دو گونه شاخص ۱. نشانه‌ها^۲ و ۲. علائم^۳ پدید می‌آورد.

- 1 . Class Interest
- 2 . Marx
- 3 . Division of Labour
- 4 . Bureaucracy
- 5 . Formal Rationality
- 6 . Lifestyle
- 7 . Sick-Role
- 8 . Parsons
- 9 . The Social System
- 10 . Robert Merton
- 11 . Everette Hughes
- 12 . Anselm Strauss
- 13 . Goffman
- 14 . Asylum
- 15 . Labeling
- 16 . Stigma
- 17 . Glaser
- 18 . Matcha
- 19 . Post- structuralism
- 20 . Foucault
- 21 . Disease

نشانه‌ها حالت‌های احساسی است که بیمار به آن دچار می‌شود. این حالت‌ها به بیمار هشدار می‌دهند که وضع بسامان و بهنجار نیست. علائم نشانگرهایی هستند که پزشک تشخیص می‌دهد. این نشانگرها بیانگر وجود ضایعهٔ آسیب‌شناسانهٔ نهفته‌ای هستند. از همین رو، پزشک نوعی کارگاه است که از شواهد بیرونی پی به وجود بیماری می‌برد. در این مدل از بیمار خواسته می‌شود نقشی خاص ایفا کند، یعنی نشانه را نزد پزشک ببرد و آن را به او گزارش کند تا کارگاه بتواند کارش را پیش ببرد. اما از آنجا که اشخاص از نشانه‌ها همچون محرک‌های بیبرای کمک گرفتن بهره نمی‌جویند، آنچنان که انتظار می‌رود عمل نمی‌کنند. این امر تأثیر بدی بر عملکرد مؤثر این مدل دارد (آرمسترانگ، ۱۳۷۸: ۵۷). برای مثال افرادی هستند که با وجود مبتلا بودن به نشانه‌های بیماری شدید یا نزد پزشک نمی‌روند و یا خیلی دیر نزد پزشک می‌روند. این افراد تشکیل‌دهندهٔ گروهی هستند که «کوه یخ نشانه‌ها» نامیده می‌شوند؛ زیرا چنین می‌نماید که شمار آن‌هایی که دچار بیماری نشانه‌دار شدید هستند اما تحت مراقبت‌های پزشکی نیستند بیش از آن‌هایی است که تحت مراقبت پزشکی‌اند (هنی^۶، ۱۹۷۹).

کوس^۷ (۱۹۵۴) بر این باور است که بیشتر نشانه‌ها به مراجعه به پزشک نمی‌انجامد و چیزی بیش از یک نشانه یا احساس لازم است تا افراد به پزشک مراجعه کنند. در راستای ناکارآمدی مدل سنتی، مفهوم «رفتار بیماری»^۸ در سال ۱۹۶۰ برای تبیین فرایند رسیدن بیماران به پزشک مطرح شد که به «شیوه‌های مختلف درک نشانه، ارزیابی و عمل در مورد آن‌ها (یا عمل نکردن در موردشان) از سوی افراد گوناگون» اطلاق شده (مکانیک^۹، ۱۹۶۲). مکانیک خاطر نشان می‌کند که پزشکی وظیفه دارد رسیدن اشخاص بیمار به محیط‌های پزشکی را عملی کند تا بتوان معالجه را به شیوه‌ای مؤثر انجام داد. راه عملی کردن این کار حذف عوامل مانع مراجعه از طریق آموزش بیمار با برنامه‌های بهداشت همگانی است. اما لازم است مسیر و فرایندی که در طی آن شخص از سالم بودن به بیمار بودن تغییر حالت می‌دهد - با کمک پرسش‌های بالقوه‌ای از سوی بیمار - بهتر درک شود. از جمله اینکه پرسیده شود، «آیا نشانه‌های من عادی^{۱۰} است یا غیرعادی^{۱۱}؟». باید گفت نشانه‌های سابقه‌دار^{۱۲}، شیوع وسیع در سطح کل جامعه [مانند آنفولانزا در فصل پاییز] و در گروه‌بندی‌های کوچک در درون اجتماع [مانند سرماخوردگی در میان کودکان] به عنوان نشانه‌های عادی پنداشته می‌شوند که مانع از مراجعه به پزشک می‌شوند. یا اینکه با مشاهدهٔ نشانه‌ها بیمار از خود بپرسد «چه کار دیگری می‌توانم بکنم؟» باید در نظر داشت که انواع و اقسام استراتژی‌ها در دسترس بیماران دچار نشانه‌ها هستند. نظیر ۱. چشم بستن بر نشانه‌ها؛ ۲. مشورت با خویشاوندان و دوستان به عنوان نظام ارجاع عامیانه^{۱۳} و غیرتخصصی؛ ۳. خوددرمانی^{۱۴} یا خودیاری و ۴. مراجعه به کارکنان خدمات سلامت نظیر پزشکان عمومی. در صورت طی شدن مسیر چهارم، بیمار سود و هزینه‌های مراجعه به پزشک را می‌سنجد. در بسیاری از

- 1 . Lesion
- 2 . Symptoms
- 3 . Signs
- 4 . Pathological
- 5 . The Symptom Iceberg
- 6 . Hannay
- 7 . Koos
- 8 . Illness Behavior
- 9 . Mechanic
- 10 . Normal
- 11 . Abnormal
- 12 . Background
- 13 . Lay Referral System
- 14 . Self- Medication

کشورها، مراجعه به پزشک علاوه بر هزینه‌های مالی مستقیم دربردارنده هزینه‌های مالی، زحمات و ددرسرها و هزینه‌های اجتماعی است که توسط فرد بیمار مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (آرمسترانگ، ۱۳۷۸: ۶۵-۵۷). بدین ترتیب، این نه خود نشانه‌ها بلکه ارزیابی فرد از نشانه‌هاست که آنان را به سوی مراجعه به پزشک سوق می‌دهد. حال باید دید که کودک-بیمار یا خانواده وی، با دیدن نشانه‌های ابتلا به بیماری کووید-۱۹ چه استراتژی‌ای از خود بروز و چگونه به آن پاسخ می‌دهند.

علاوه بر مباحث نظری حوزه جامعه‌شناختی پزشکی - که در اینجا کودک در نقش بیمار موردنظر قرار گرفت - می‌بایست به مباحث حوزه جامعه‌شناسی دوران کودکی و معنای کودکی را نیز در نظر گرفت. به طور کلی، از آنجایی که در این مطالعه به دنبال مطالعه تجربه کودکان مبتلا شده به این ویروس هستیم، باید گفت که به طور ضمنی معنایی از «کودکی» مدنظر ماست که آنان را به مثابه موجوداتی فعال و عامل درنظر می‌گیرد. تعبیری که در پارادایم سازه‌انگاره جامعه‌شناسی دوران کودکی قابل فهم و درک است. به طور کلی، پس از منسوخ شدن اندیشه‌ورزی در باب کودکان در «پارادایم‌های پیش جامعه‌شناختی^۱»، کودکی در سه پارادایم «رشد طبیعی کودک^۲» (جیمز و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۹) متأثر از رشته روان‌شناسی رشد^۳ و «رشد اجتماعی کودک^۴» متأثر از جامعه‌شناسان کارکردگرا و در نهایت پارادایم «برساخت‌گرایی اجتماعی^۵» مورد مطالعه و توجه قرار گرفت. در پارادایم جدید کودکی [برساخت‌گرایی اجتماعی] است که کودکان به مثابه عاملان و کودکی به مثابه برساختی اجتماعی نظاره شد که هدفش نشان دادن تجارب بچه‌ها از زبان کودکان حال است تا بزرگسالان آینده‌ای که قرار است به آن تبدیل شوند. به عبارتی، رسیدن کودک به جایگاه «عامل» فعال و کنشگر محور جامعه‌شناسی جدید دوران کودکی به شمار می‌آید. بدین ترتیب پارادایم جدید جامعه‌شناسی کودکی، مفهوم کودک «طبیعی^۶» یا «جهانی^۷» را به چالش کشید (لئونارد، ۱۳۹۶: ۶۱) و بر «عاملیت» تأکید ویژه‌ای کرده است. در این رویکرد، کودک از طرق گفتگو، درک خود از موقعیت‌های مختلف (مانند ابتلا به کووید-۱۹) را بیان می‌کند. سخن گفتن و روایت و شرح داستان ابتلا به بیماری توسط کنشگران [کودکان مبتلاشده] نشان‌دهنده درک آنان از موقعیت‌ها و روابطی است که داشته‌اند. بدین ترتیب، شناخت درک و تجربه کودکان «کنشگر» و «عامل» از موقعیت‌های مختلف (مانند شرایط بحران کرونا) شناخت ما را از انگاره‌ها و تجربه زیسته آنان غنی‌تر خواهد کرد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر به روش کیفی و مطالعات پدیدارشناسانه تفسیری^۸ صورت پذیرفته است. این روش، هرمنوتیکی است، زیرا مبتنی بر تفسیر و روایت مشارکت‌کننده است؛ پدیدارشناختی است زیرا مرجع مطالعه، ابژه‌های خارج از معنا نیستند بلکه خود، «معنا» هستند؛ معنایی که هر مشارکت‌کننده به موقعیت‌های مختلف می‌دهد. تمرکز بر معنای ادراک‌شده تجربه‌هاست نه لزوماً خود تجربه‌ها. بنابراین درک مشارکت‌کننده از این موقعیت‌ها استخراج می‌شود (لیندست^۹ و نوربرگ^{۱۰}، ۲۰۰۴: ۱۴۶). از این رو، برپایه رویکرد مذکور، با ۱۳

- 1 . The pre sociological child
- 2 . The naturally developing child
- 3 . Developmental Psychology
- 4 . The Socially Developing Child
- 5 . Social Constructivism
- 6 . Natural
- 7 . Universal
- 8 . Hermeneutic Phenomenology
- 9 . Lindseth
- 10 . Norberg

نفر از کودکانی که تجربه ابتلا به کرونا را داشته‌اند، مصاحبه‌های عمیق کیفی بر پایه گفت‌وگویی همدلانه شده است. هدف این مصاحبه‌ها، واکاوی تجربه مشارکت‌کنندگان پیش از ابتلا تا زمان بهبود نسبی و فهم تجربه زیسته آنان در طول این دوران بوده است. در پژوهش‌های پدیدارشناسی توصیفی و تفسیری، مشارکت‌کنندگان تجربه زیسته مشترکی دارند که مورد توجه است و علی‌رغم این تجربه زیسته مشترک، باید حداکثر گوناگونی در میان مشارکت‌کنندگان نیز وجود داشته باشد تا امکان دستیابی به روایت‌های غنی و تجربه‌های فردی فراهم شود. بنابراین، نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بوده و حداکثر تنوع میان مشارکت‌کنندگان رعایت شده (مانند تنوع در مدت زمان بستری، تنوع در خفیف یا شدید بودن ابتلا به ویروس، محل سکونت، تنوع در قومیت و نیز داشتن یا نداشتن بیماری زمینه‌ای) است. قابل ذکر است که محقق ابتدا با رجوع به بیمارستان شهید مفید [واقع در تهران] که کودکان کرونایی در آن بستری بوده‌اند، مشخصات و شماره‌های تماس خانواده‌های کودکان مبتلا شده را دریافت کرد و با برقراری تماس با والدین-شان، هدف از تحقیق و نحوه دسترسی به آنان را توضیح داد. قابل ذکر است که تمامی والدینی که با آن تماس حاصل شد، بدون هیچ گونه تردیدی با انجام مصاحبه موافقت کردند و اذعان داشتند که انجام یک گفت‌وگوی صمیمی و صحبت کردن کودکانشان در باب این تجربه می‌تواند برای کودکانشان مفید باشد. والدین پس از صحبت با کودکانشان و در صورت موافقت آنان، روز و ساعت و مکان دیدار با کودکان را با محقق در میان گذاشتند.

مصاحبه‌ها در منزل کودکان (منزل شخصی کودکان تهرانی و منزل اقوام یا استیجاری کودکان غیرتهرانی) با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی به ویژه داشتن ماسک و حفظ فاصله یک و نیم متری انجام شده است. اما پیش از مصاحبه اصلی، دیداری با کودکان و والدین‌شان ترتیب داده شد که در طی آن در باب مسئله تحقیق و ابعاد و جزئیات دقیق آن توضیح داده شد. سپس، زمان مصاحبه اصلی تعیین شد که زمان آن‌ها بین ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است. مصاحبه‌ها با سؤالات زمینه‌ای برای فرصت برقراری ارتباط بین مصاحبه‌کننده و مشارکت‌کننده آغاز شد (مانند سن و سال تحصیلی و...) و براساس سؤالات محوری و با توجه به ویژگی هر مشارکت‌کننده پرسیده شده‌اند که این ویژگی‌ها شامل مواردی همچون سابقه بیماری، مدت زمان بیماری، مدت زمان بستری در بیمارستان، زمان ترخیص، چرایی ابتلا، روند بهبود و درمان، تفاوت تجربه مشارکت‌کننده در پیش و پس از ابتلا و... بوده است. در طول مصاحبه، سعی شد تا با به کارگیری تکنیک «راه‌اندازی مجدد» مداخلاتی به موقع صورت بگیرد تا مصاحبه‌ها به شکلی هرچه کامل‌تر انجام پذیرد.

همچنین، تلاش بر آن بوده است تا در فضای صمیمی، جزئیات و محتوای تجربه ابتلا به کووید-۱۹ با رضایت مشارکت‌کنندگان واکاوی شود و با ذکر محرمانه‌بودن یافته‌های این پژوهش و استفاده نکردن از نتایج آن برای اهداف دیگر، اصول اخلاق مرتبط با پژوهش کیفی رعایت شده است. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها نیز، داده‌های متنی با استفاده از تحلیل روایت تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان تحقیق

کد مشارکت‌کننده	نام	سن	جنسیت	مدت درگیری با بیماری	مدت زمان بستری در بیمارستان	قومیت	محل سکونت
۱	مرسانا	۹	دختر	سه ماه	۳۶ روز	کرد	همدان
۲	آرتین	۸	پسر	دو ماه	۲۱ روز	فارس	تهران
۳	آنیسا	۹	دختر	دو ماه	۱۹ روز	فارس	تهران
۴	تینا	۱۰	دختر	سه هفته	۸ روز	کرد	کرمانشاه

کد مشارکت‌کننده	نام	سن	جنسیت	مدت درگیری با بیماری	مدت زمان بستری در بیمارستان	قومیت	محل سکونت
۵	ایلیا	۱۲	پسر	یک ماه و نیم	۱۸ روز	ترک	خوی
۶	امیرحسین	۹	پسر	دو ماه	۲۷ روز	فارس	نکا
۷	نیوشا	۱۱	دختر	سه ماه	۳۹ روز	ترک	تبریز
۸	آرتا	۱۳	پسر	یک ماه	۹ روز	فارس	تهران
۹	پریمیا	۱۱	دختر	یک ماه	۶ روز	کرد	سبزوار
۱۰	آریا	۱۲	پسر	سه هفته	۴ روز	فارس	تهران
۱۱	تینوش	۱۰	پسر	سه ماه	۳۱ روز	فارس	تهران
۱۲	بردیا	۱۰	پسر	یک ماه و نیم	۱۳ روز	فارس	تهران
۱۳	حلمیا	۹	دختر	سه ماه	۲۸ روز	فارس	تهران

یافته‌های تحقیق

ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که از نظر جنسیت، ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان دختر و ۸ نفر پسر بوده‌اند که دامنه سنی بین ۸-۱۴ سال داشته‌اند. از نظر مدت زمان بیماری، حداقل سه هفته و حداکثر سه ماه با بیماری دست و پنجه نرم کرده‌اند که حداقل ۴ روز و حداکثر ۳۹ روز در بیمارستان بستری شدند. غالب مشارکت‌کنندگان از قومیت فارس و ساکن تهران بوده‌اند. با تجزیه و تحلیل داده‌های منتهی، ۳ مقوله اصلی استخراج شد که شامل پیش از ابتلا، حین ابتلا و پس از ابتلا می‌شود. هر یک از این مقولات در ذیل خود ابعاد و خصایصی دارند که پس از مرور آن‌ها به بحث خواهند آمد. در جدول زیر، مقولات اصلی و زیرمقولات حاصله از پژوهش به تفکیک ارائه شده است:

جدول ۲. مفاهیم و مقولات حاصله از تجربه کودکان مبتلا به کرونا

مفهوم	زیرمقولات	مقوله اصلی
رعایت بیشتر پروتکل‌های بهداشتی، ماسک زدن، از خانه بیرون نرفتن.	جدی انگاری، خطرآفرین دانستن ویروس، مرگ‌آور دانستن ویروس	پیش از ابتلا
رعایت کمتر دستورالعمل‌های بهداشتی	ساده‌انگاری، کم‌اهمیت بودن ویروس، در حد سرماخوردگی دانستن	
تردید در ابتلا به ویروس، تصور سرماخورده بودن، اقدام به خوددرمانی، شناسایی دیر هنگام بیماری، تمایز قائل نشدن بین سرماخوردگی و کرونا، ترس والدین از رجوع کودک به بیمارستان و آزمایشگاه، ترس والدین از بیمار شدن کودک سالم در فضاهای آلوده	-	بستری با تأخیر
احساس درد جسمانی، درد زیاد و غیرقابل تحمل، بدن درد	-	تجربه درد فزاینده
دین خواب ویروس به شکل هیولا، کابوس‌های شبانه، ناآرام بودن خواب در اثر ترس از ویروس، تصویرسازی ذهنی ویروس با فیلم‌های ترسناک یا صحنه‌های ترسناک فیلم‌ها	ترس از ویروس	حین ابتلا
ترس از پرستاران و پزشکان با لباس سرتاسر سفید و چهره نامشخص، پوشش پرستاران مانند روح سفید، ملاقات طولانی مدت پرستاران سفیدپوش	ترس از کادر درمانی سفیدپوش	
ترس از ابتلای پدر و مادر، ترس از ابتلای خواهر و برادر، ترس از ابتلای بستگانی همچون پدر بزرگ و مادر بزرگ و...	ترس از مبتلا شدن خانواده و بستگان	
مشغولیت ذهنی ترس از مرگ خود، ترس از خواب و بیدار نشدن و فوت کردن، ترس از دست دادن اعضای خانواده به ویژه پدر و مادر، هراس از دست دادن خانواده	ترس از مرگ خود و اعضای خانواده	

مفهوم	زیرمقولات	مقوله اصلی	
ترس از بیمارستان و بخش‌هایی همچون ICU و CCU، ترس از سیم‌ها و لوله‌های متصل شده به آنها	ترس از فضای بیمارستانی		
مرگ عزیزان، از دست دادن پدر، از دست دادن مادر، از دست دادن مادر بزرگ	-	ناراحتی فزاینده	
روابط اجتماعی محدود با همسایگان	کاهش فزاینده سطح روابط اجتماعی	تشدید انزواگرایی	پس از ابتلا
روابط اجتماعی محدود با خویشاوندان			
روابط اجتماعی محدود با اقوام نزدیک			
حذف دیدارها، قطع گشت و گذارها، افزایش فاصله با دوستان، حذف مهمانی‌ها، حذف یا کاهش بیش از اندازه رفت و آمدها و تردد			
رعایت فردی نکات بهداشتی مثل زدن ماسک، گذاشتن دستکش، شستشوی دست با الکل و ضدعفونی‌کننده‌ها، شست و شوی مداوم، ضدعفونی کردن پی در پی، ارتقای خودمراقبتی	الزام‌آوری شخصی	الزام‌آوری رعایت نکات بهداشتی	
رعایت نکات بهداشتی در میان اعضای خانواده، شستشوی فضای خانه و سطوح مسطح، بازگذاشتن پنجره، حذف خروج‌های غیرضروری از منزل	الزام‌آوری خانوادگی		
نگرانی دیگران از بیماری کودک	-	انگ اجتماعی	
نگرانی از ارتباط‌گیری با ناقلان بالقوه			
بی‌ادراکی دیگران، تمایل به پنهان‌سازی بیماری برای برچسب‌نخوردن			
خروج اوضاع از کنترل فردی	فقدان کنترل بر امور زندگی	احساس بی‌قدرتی سوپرکتیو	
کنترل شدگی به واسطه والدین به ویژه مادر و پزشکان			
نامنی یا شنیدن اخبار جانباختگان و اخبار بستری، پخش بیش از اندازه اخبار مربوط به کرونا، دریافت اخبار و آمارهای ناگوار، همه‌گیری اخبار منفی و بد	نامنیتی روانی	احساس ناامنی روانی در اثر پوشش خبری-رسانه‌ای	
استرس، اضطراب، افسردگی، گریه‌های زیاد، کابوس‌های شبانه، خواب‌های ترسناک	ابتلا به اختلالات روان‌شناختی	گسست‌های روانی	
توجه ویژه مادران به سلامتی کودک، توجه مادر به تغییرات کنشی و رفتاری کودک، بیدار شدن‌های شبانه مادر، غذا درست کردن، ضدعفونی کردن محیط	مراقبت‌کنندگی و تیمارداری مادران	مرکزیت توجهات مادرانه	
خداوند ناعادل، تأکید بر بی‌عدالتی خداوند	-	تشکیک در عدالت خداوندی	

الف) پیش از ابتلا

ناشناختگی و ویروس و تفاوت در اهمیت‌دهی

یافته‌های حاصله از تحقیق نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان تحقیق پیش از ابتلا به بیماری کووید-۱۹، اطلاعات چندانی از ویروس نداشته و این امر بر میزان اهمیت‌دهی به بیماری مداخله کرده است. به نحوی که برخی از کودکان آن را بسیار مهم و خطرآفرین [به ویژه برای سلامتی جسمی] دانسته و برخی دیگر درجه اهمیت کمتری برای آن قائل بوده‌اند.

«من از همون اول برامون جدی بود. مامانم پرستار بود و از همون اول میگفت بدون ماسک نباید جایی بریم. خیلی جدی با من و داداشم صحبت کرده بود. ما هم گفتیم این تو بیمارستانه. میدونه چه خبره. الکی که نمیخواد مارو تو خونه زندانی کنه. حتماً یه چیزی هست» (پسر، ۱۰ ساله، ۳۱ روز بستری).

«من که خودم واقعاً فکر نمی‌کردم اینقد دیگه هیولا باشه. اینجوری آدمو از پا بندازه. من خودمو از دیوار راست بالا می‌رفتم. حتی تو خونه هم توپ از پام جدا نمیشد. ولی اونجوری افتادم» (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری).

درجه اهمیت دادن به ویروس و جدی گرفتن آن، در رعایت یا عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی مداخله می‌کند. به عبارتی، کسانی که ویروس را جدی نگرفته بوده‌اند، الزام و پایبندی کمتری به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در خود احساس می‌کردند. آنان چنین کنشی را متأثر از عوامل مختلف معرفی کرده‌اند. از جمله اینکه، مسئولان در باب شیوع و موج‌های ویروس دروغ می‌گویند. البته باید گفت توهم دروغ‌گویی مسئولان مبنی بر شیوع ویروس یا موج‌های آن، خطر انحراف از واقعیت را -که همون شیوع کروناس- دربردارد. هم‌چنین، به باور آنان تعطیل نکردن یا تعطیل نشدن سراسری کشور خود به معنای عدم جدی بودن بیماری است. چرا که اگر با موج کرونایی و در نتیجه پر شدگی ظرفیت بیمارستان‌ها مواجه بوده‌ایم، کشور را تعطیل می‌کردند. داوطلبانه بودن سیاست فاصله‌گذاری اجتماعی نیز مزید بر علت شده و در صورت جدی بودن بیماری می‌بایست به شکل اجباری و غیرقابل اجتناب اعمال می‌شد. علاوه بر این، تأکیدات و تأییدات ابتدایی مبنی بر عدم درگیر شدن کودکان به این بیماری یا به بیان دقیق‌تر آسیب‌پذیری کمتر کودکان در برابر ویروس نسبت به بزرگسالان، نوعی احساس آرامش در والدین و نیز کودکان به وجود آورد که آنان از ویروس در امان هستند.

«اگه اینقد وضع خراب بود چرا تعطیل نکردن؟ دولت گفت نیاین بیرون ولی نگفت نباید بیاین بیرون. اگر وضع خراب بود باید اجباری می‌کرد» (پسر، ۱۳ ساله، ۹ روز بستری).

«خودشون [مسئولین] می‌گفتن بچه‌هارو نمی‌گیره» (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری).

هرچند که کسانی که به «جدی نگرفتن» بیماری اذعان کرده‌اند، بعد از تجربه بیماری آن را بسیار جدی می‌گرفتند (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری). البته نباید از این موضوع غفلت کرد که شرایط برای کودکانی که دارای بیماری زمینه‌ای بوده‌اند، متفاوت بوده است. این دسته از کودکان از همان ابتدا با رعایت سفت و سخت پروتکل‌های بهداشتی و خودمراقبتی^۱ مواجه بوده‌اند و احتمال خطر ساز بودن بیماری را برای خودشان پیش‌بینی می‌کردند. امری که به شدت متأثر از اظهاراتی ابتدایی مسئولین مبنی بر در خطر بودن افراد دارای بیماری زمینه‌ای بوده است.

«من چون مشکل قلبی داشتم، میدونستیم که باید رعایت کنیم و از خونه بیرون نریم» (پسر، ۱۰ ساله، ۳۱ روز بستری).

در واقع، کودکان دارای بیماری‌های زمینه‌ای (مانند آسم، بیماری قلبی، بیماری‌های ریوی) خود را در برابر ویروس آسیب‌پذیر دانسته و به همین سبب میزان رعایت دستورالعمل‌های محافظتی در میان آنان بیشتر بوده است.

ب) حین ابتلا

بستری با تأخیر

برخی از مشارکت‌کنندگان اذعان داشته‌اند که در ابتدای شروع بیماری و بروز علائم و نشانه‌های آن (مانند تب^۲، سرفه خشک^۳، درد عضلانی^۴ و تنگی نفس^۱ و...) به دکترا مراجعه نکرده‌اند. این گروه، معمولاً شامل کسانی می‌شود که بیماری زمینه‌ای نداشته و

1 . Self-care
2 . Fever
3 . Dry cough
4 . Muscular pain

بزرگسالان بر این باور بوده‌اند که بیماری آنان کرونا نبوده بلکه یک سرماخوردگی ساده است که خوددرمانی برطرف می‌شود. اما بعد از گذشت چند روز و عدم مشاهده روند بهبودی به پزشک مراجعه می‌کنند که دیر هنگام بوده است.

«اولش که نرفتم دکتر. من فقط آبریزش بینی داشتم. از چشمم اشک می‌آمد. می‌گفتن سرماخوردگیه. چیزی نیست. ولی سه چهار روز گذشت و خوب نشدم. بعدش رفتم دکتر و اونجوری شد» (دختر، ۱۱ ساله، ۶ روز بستری).

همان طوری که از گفته فوق برمیآید، شناسایی نشدن به موقع بیماری در کودکان از سوی والدین یکی از دلایل اصلی پیشروی بیماری و رسیدن به شرایط وخیم و غیرقابل کنترل از نظر مشارکت کنندگان بوده است. امری که منجر به تأخیر در مراجعه به پزشک و شروع فرایند درمان شده است. مشارکت کنندگان یکی از دلایل عدم مراجعه به موقع به پزشک را، ترس والدین اعلام کرده‌اند. از نظر آنان، والدین از حضور در آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌هایی که بیماران کرونایی در آن بستری هستند، احساس ترس داشتند و بر این باور بودند که چنین فضاهای آلوده‌ای، منجر به بیمار شدن انسان سالم می‌شود؛

«می‌گفتن الان آزمایشگاه‌ها پر کروناییه. سوزن‌هاشون کشیفن. آدم سالم بره اونجا مریض برمی‌گرده. چرا بچه خودمونو ببریم دستی دستی مریض کنیم» (دختر، ۹ ساله، ۱۹ روز بستری).

تجربه درد فزاینده

یکی دیگر از مضامین بدست‌آمده درد فزاینده‌ای است که کودکان مبتلا شده به کووید-۱۹ تجربه کرده‌اند. این درد بیشتر در بعد فیزیولوژیکی به ویژه دردهای مربوط به دستگاه تنفسی منظور است. براساس داده‌های علم پزشکی، ویروس کووید-۱۹ همانند سایر ویروس‌های خانواده کرونا به طور جدی به دستگاه تنفسی اثر می‌گذارد و یکی از مهم‌ترین بخش‌هایی از بدن که به شدت درگیر می‌شود، ریه‌ها هستند که در برخی از موارد لطمه حادث شده برگشت‌ناپذیر است. این تجربه در میان کودکانی که بیماری‌های زمینیه-ای مربوط به دستگاه تنفسی را داشته‌اند، شدیدتر نیز بوده است. همان طوری که مشارکت‌کننده نخست تحقیق، به دلیل ابتلا به آسم، با یادآوری دردهای جسمانی خود نمی‌تواند جلوی اشک‌های خود را بگیرد و به دلیل بستری نسبتاً طولانی مدت (۳۶ روز) در بیمارستان این تجربه را وحشت‌انگیز توصیف می‌کند؛

درد کشیدم. وقتی سرفه میکردم دوست داشتم بمیرم ولی سرفه نگیره. هیچ وقت همچین دردی نداشتم. اینجوری درد نکشیدم (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری).

احساس ترس زیاد

دو مفهوم «زیاد» احساس ترس کردن و احساس «ترس» زیاد تفاوت وجود دارد. برای نمونه وقتی کودکی فقط یک بار احساس ترس زیادی نسبت به چیزی [در اینجا ویروس کرونا و شرایط برخاسته از آن] داشته باشد، فرد ترسویی نیست اما اگر خیلی زیاد و مکرر بترسد به گونه‌ای که لحظه‌ای از آن رهایی نیابد، خود را به شکل بیماری نشان می‌دهد. در اینجا باید گفت، کودکان مبتلا شده به کرونا احساس ترس زیادی را تجربه کرده‌اند. یکی از جنبه‌های این تجربه، ترس از «خود ویروس» است. تجربه مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد، ترس از خود ویروس اجتناب‌ناپذیر و خارج از کنترل اراده و اختیار آنان است. ویروسی که توانسته آنان را بدین مرحله از ناسلامتی برساند. این ترس حتی در هنگام خواب نیز آنان را رها نمی‌کند و دچار کابوس‌های شبانه می‌شوند. آنان ویروس را به شکل

هیولاهایی به خواب می‌بیند که هر یک از شاخک‌های آن به شکل اژدهایی چندسر بیرون زده و در پی بلعیدن و از بین بردن‌شان است (دختر، ۹ ساله، ۱۹ روز بستری).

مثل فیلم هی آر نولد که یک عروسک استخوانی میاد و فکش می‌افته. من شبا اونو خواب می‌دیدم که می‌گفت من کرونام. فکتو خورد می‌کنم (دختر، ۱۱ ساله، ۶ روز بستری).

جنبه دیگر به ترس از «لباس سفیدها» برمی‌گردد. بدین معنا که آنان از کادر درمانی که لباس ویژه زمان کرونا را به تن دارند (لباسی که کاملاً آنان را می‌پوشاند و حتی کودکان قادر به دیدن اجزای صورت کادر درمانی نیستند) نیز احساس ترس می‌کنند. در واقع، کودکان به سبب تجربه بستری شدن در بیمارستان و در طی مدت زمان بستری، با کادر درمانی در ارتباط قرار می‌گیرند و شاید بتوان گفت آنان کادر درمان را بیشتر از اعضای خانواده خود در مدت مذکور ملاقات می‌کنند. اما این روال «غیرطبیعی» در ذهن کودکان، ترسی را در آنان ریشه می‌دواند که ناشی از طرز پوشش کادر درمانی است.

من خودم از پرستار و دکتر می‌ترسیدم. همه شبیه هم بودن. یه شکل. ولی خیلی وحشتناک. مثل فیلم روح میمونه (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری).

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز مشغولیت ذهنی زیادی در باب مرگ خود داشته‌اند. این مشغولیت به اندازه‌ای زیاد بوده است که در برخی از لحظاتی که در بیمارستان بستری بوده‌اند، بر این تصور بوده‌اند که از دنیا رفته‌اند و این امر ترس زیادی را در آنان به وجود می‌آورد؛

همش می‌ترسیدم بمیرم. یه شب فکر کنم گوشام یه ذره سنگین شده بود و صداها رو مبهم می‌شنیدم. اصلاً یادم رفته بود که تو بیمارستان بستری هستم. چشممو که باز کردم فکر کردم مُردم و دیگه زنده نیستم! وحشتناک بود (دختر، ۹ ساله، ۶ روز بستری).

این ترس تنها محدود به خود کودک نبوده است و وی از مرگ و از دست دادن اعضای خانواده و بستگان خود نیز هراس داشت (غالب مشارکت‌کنندگان). یا در درجه‌ای خفیف‌تر از مبتلا شدن آن به بیماری کووید ۱۹ می‌ترسیدند (غالب مشارکت‌کنندگان). ترس از فضای بیمارستانی که در آن بستری شده‌اند (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری؛ دختر، ۹ ساله، ۲۱ روز بستری) و انواع سیم‌ها و لوله‌هایی که برای تنفس و کنترل‌های پزشکی به آنان متصل بوده (پسر، ۸ ساله، ۲۱ روز بستری؛ دختر، ۹ ساله، ۲۸ روز بستری) و درمان‌های پزشکی (پسر، ۱۲ ساله، ۴ روز بستری؛ دختر، ۹ ساله، ۲۸ روز بستری) نیز از دیگر جنبه‌ها بوده است. با توجه به جنبه‌های متکثر احساس ترس زیاد کردن کودکان نمی‌توان اینگونه پنداشت که این ترس برای جلوگیری از عادی‌انگاری و بیروس. در نتیجه افزایش خودمراقبتی منطقی، امری مطلوب است بلکه باید گفت چنین تجربه‌ای امنیت هستی‌شناختی آنان را از میان می‌برد.

ج) پس از ابتلا

تشدید انزواگرایی

انزواگرایی به معنای ایجاد گسست یا کاستی در روابط اجتماعی افراد است. از آنجایی که انسان ذاتاً موجودی اجتماعی است، قطع روابط اجتماعی می‌تواند منشأ و منبع انواع آسیب‌ها مشکلات باشد (هولت-لونسداد^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).^۲ براساس گفته‌های مشارکت-

1. Holt-Lunstad

۲. شاید به همین خاطر است که بسیاری از متخصصان با اصطلاح رایج فاصله‌گذاری اجتماعی مخالفند و فاصله‌گذاری فیزیکی را اصطلاح مناسب‌تری می‌دانند (فتیچر و همکاران، ۲۰۲۰؛ ون بیول و همکاران، ۲۰۲۰).

کنندگان، آنان سطح روابط اجتماعی [حضور] خود را در عرصه‌های برون-خانوادگی کاسته و روابط فیزیکی-حضور با همسایگان، خویشاوندان و اقوام نزدیک را تقریباً به حد صفر رسانده است. سعی بر این است که از شیوع این بیماری و گسترش آن در بین شبکه خویشاوندی و همسایگی جلوگیری شود و بیماری را در نظام خانوادگی خود محدود سازند. در واقع، با توجه به پاندمی این نوع بیماری و لزوم فاصله‌گذاری بین افراد، عشق به «دیگری» و مسئولیت در قبال او و منفعت رساندن به وی باعث می‌شود که انزوا را برگزینند تا دیگران به این بیماری دچار نشوند. این «دیگری» در قالب همسایگان، خویشاوندان و اقوام نزدیک تعریف می‌شود. اما روی دیگر این گزینش، گریز از «دیگری» برای حفظ جان و سلامت خویش باشد. هرچند که چنین گزینی از دیگری نیز در راستای عشق به دیگری است. بدین ترتیب، کاهش فزاینده سطح روابط اجتماعی (چه به شکل خودگروی یا به صورت دیگرگروی) شرایطی را به وجود آورد که می‌توان از آن به «مرگ روابط اجتماعی چهره به چهره» یا «اضمحلال نزدیکی به بیولوژی دیگری» یاد که انزوای بیشتر را در پی دارد. هرچند که از روش‌های دیگری همچون برقراری تماس‌های تصویری و تلفنی در جهت کاهش اثر این انفصالات اجتماعی استفاده شده است نشانگر رشد روابط اجتماعی مجازی و الکترونیکی بوده است. اما از نظر مشارکت‌کنندگان امکان برقراری تعاملات اجتماعی مجازی هرگز جای تعاملات رو در رو و چهره به چهره را نمی‌گیرد.

«من همش با پسرخاله‌م بازی می‌کردم. الان چند ماهه که اصلاً نمی‌بینمش. بعضی وقتا تصویری حرف می‌زنیم ولی تو تصویری همیشه زد تو سرو کله هم؟! من نمیرم چون میترسم خودمم دوباره مریض بشم یا اینکه اون از من بگیره. این» (پسر، ۱۳ ساله، ۹ روز بستری).

بنابراین، با تشدید انزوای کودکان بعد از ابتلا، آنان تنهایی فزاینده‌ای را تجربه می‌نمایند. تنهایی‌ای که برای کودکان آزاردهنده است.

الزام آوری رعایت نکات بهداشتی

بعد از درمان و طی شدن روند بهبودی، در سطح خانواده و نیز خود فرد [کودک]، اصول مورد توافق نانوشته‌ای را برای خود در نظر می‌گیرند که نه تنها فردی که بیماری را از سر گذارنده بلکه سایر اعضای خانواده نیز ملزم به رعایت آن هستند. کنش‌های احتیاطی و تمهیداتی که مقصود از آن تنها و تنها «پیشگیری^۱» و ترس از ابتلای مجدد است. به عبارت دقیق‌تر، آنان بدین نتیجه قطعی و یقینی می‌رسند که «علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد». آنان به شدت ترس از آلوده شدن، تماس با اشیاء یا سطوح آلوده و تماس با افراد آلوده یا ناقل را تجربه می‌کنند. چرا که، آنان به خوبی درک می‌کنند که در صورت رعایت نکردن اصول بهداشتی و خودمراقبتی، ممکن است دوباره درگیر بیماری و در نتیجه حضور در بیمارستان شوند. یعنی فضایی که نه کودک-بیمار و نه خانواده کودک خاطره-ای خوش از آن در ذهن ندارند. بدین ترتیب، عادت‌واره‌های فردی و خانوادگی مشارکت‌کنندگان به شدت تغییر می‌کند. حتی کودکانی که پیش از ابتلا، اهمیت چندانی به بیماری نداده و به نوعی درگیر ساده‌انگاری و ساده‌پنداری بیماری بودند، آن را بسیار جدی گرفته و درصدد رعایت اصول و نکات بهداشتی و ارتقای خودمراقبتی برمی‌آیند. در واقع، دیگر برخلاف زمان پیش از ابتلا به علائم و نشانه‌های جسمانی هوشیارتر هستند تا حدی که می‌توان گفت حساسیت مضاعف‌تری را از خود بروز می‌دهند. قبلاً فکر نمی‌کردم اینقدر دیگه جدی باشه. ولی الان واقعا رعایت میکنیم. همش ماسک همش الکل. خونه که یکسره داره شششو همیشه. در پنجره همیشه یه ذره بازه. خیلی رعایت میکنیم (دختر، ۹ ساله، ۳۶ روز بستری).

انگ اجتماعی

در همه‌گیری‌ها من جمله کووید-۱۹، انگ اجتماعی به مفهوم برچسب‌زدن و برخورد تبعیض‌آمیز افراد در مواجهه یا مبتلاست. چنین موقعیتی می‌تواند علاوه بر خود فرد مبتلا، بر مراقبین، خانواده و دوستان نیز اثرات منفی برجای گذارد. سازمان جهانی بهداشت^۱ (۲۰۲۰) انگ اجتماعی در ارتباط با کووید-۱۹ را مبتنی بر سه علت اصلی ۱. یک بیماری جدید که برای آن هنوز ناشناخته‌های زیادی وجود دارد؛ ۲. ترس از ناشناخته‌ها و ۳. مرتبط کردن ترس خود به دیگران معرفی می‌کند. بنا به دلایل فوق، اختلال در ادراک از موارد مربوط به بیماری با خود انگ اجتماعی را در پی دارد. در این میان، برخی از گروه‌های سنی همچون کودکان ممکن است نسبت به سایرین آسیب‌پذیرتر باشند. بدین جهت که براساس اطلاعات منتشره کودکان ممکن است در اثر ابتلا به بیماری، نشانه‌های بیولوژیکی از خود بروز ندهند اما می‌توانند انتقال‌دهنده آن باشند به حدی که آنان را «ابریخش‌کننده‌های» بیماری‌های عفونی همچون آنفولانزا معرفی می‌کنند.

به ماها [کودکان] میگن شما ناقل‌های خوبی هستین (دختر، ۱۱ ساله، ۶ روز بستری).

به ما میگن ناقل! خب اگه مریض باشیم که پنهون نمی‌کنیم. الان من مریض شدم مگه من و خانواده‌م گفتیم که نه ما خیلی خوبیم (دختر، ۹ ساله، ۲۸ روز بستری).

از سوی دیگر، افراد مبتلا به این بیماری به طور کلی و کودکان به طور خاص نیز به شکلی بسیار شدیدتر در معرض این آسیب قرار می‌گیرند و فراتر از مسائل ذاتی برآمده از بیماری، تجارب منفی خویش در مورد نحوه واکنش‌های فردی و اجتماعی در برابر خود را نیز بازگو کرده‌اند.

در نظر گرفتن کودکان به عنوان ناقلان و شاید ترس و دوری از آنان، بعد از بیمار شدن آنان بسیار شدیدتر خود را نشان می‌دهد. آنها پس از ترخیص از بیمارستان و طی نمودن دوران بهبودی و نقاهت و منفی شدن تست‌های پسینی نیز با این انگ اجتماعی روبرو شده و تعاملات‌شان با اطرافیان به خواسته یا ناخواسته محذوف یا محدود می‌گشت.

من حالم خوب شده بود و دوره قرنطینه‌مون تموم شد. چون دکتر گفته بود که روزانه باید یه کم پیاده‌روی سبک داشته باشم با مامانم داشتیم می‌رفتیم از خونه بیرون. همسایه پایین‌مون تا مارو دید سریع رفت تو خونه و درو بست (پسر، ۱۲ ساله، ۴ روز بستری). از نظر مشارکت‌کنندگان، ترس بیش از اندازه «دیگران» و در عین حال «بی‌اساس» از سرایت بیماری حتی اگر مشخص شده باشد که سرایت‌دهنده نیستند، خود نوعی انگ اجتماعی است. این انگ نه تنها از سوی کودکان بلکه از سوی خانواده‌های آنان نیز تجربه می‌شود. از آنجایی که مشارکت‌کنندگان تجربه بستری شدن در بیمارستان را داشته‌اند، امکان پنهان‌سازی و در نتیجه گریز از داغ‌ننگ وجود ندارد. هرچند که به سبب «بی‌ادراکی دیگران» ترجیح می‌دادند که بیماری‌شان پنهان بماند.

احساس بی‌قدرتی سوژکتیو

بی‌قدرتی به معنای «انتظار یا احتمال مدنظر فرد که رفتار او نمی‌تواند وقوع نتایجی را که او به دنبال آن است تعیین یا تقویت کند» یا به عبارت دیگر «شکاف بین انتظار و آنچه رخ می‌دهد» (سیمن^۲، ۱۹۵۹: ۷۸۴) می‌باشد. زمانی که کودک از شکاف بین آنچه او می‌خواهد انجام دهد - برای مثال بهبود هرچه سریع‌تر و برگشت روال زندگی به شرایط پیشاکرونا یا پیشابیماری - و آنچه او قادر به

1 .World Health Organization

2 . Seeman

انجام است - برای نمونه رعایت افراطی بهداشت و کاهش فزاینده روابط اجتماعی - آگاه می‌شود، احساس بی‌قدرتی می‌کند و از این موقعیت ناراحت می‌شود. بدین ترتیب، بی‌قدرتی پدیده‌ای ذهنی (سوژکتیو) و هم‌معنا با فقدان کنترل درونی بر امور زندگی است. برخی از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که شرایط بحران کرونا و بیماری‌های ایجاد شده در اثر آن خارج از کنترل آنهاست. وقتی که مریض میشی حتی اگه بهتر هم بشی، دیگه خودت نیستی که بگی کی چیکار کنی کی نکنی. کی غذا بخوری، کی بخوابی، چی بخوری و اینا. هیچی دست تو نیست (پسر، ۱۳ ساله، ۹ روز بستری).

از نظر آنان، شرایط منتج شده از ویروس کرونا، به وجود آورنده چنین احساسی است و اینکه در چنین شرایط، کسانی همچون والدین (به ویژه مادر)، پزشک و دیگران کنترل اوضاع و امور زندگی را برعهده دارند.

احساس ناامنی روانی در اثر پوشش خبری - رسانه‌ای

تغییر یا به عبارت دقیق‌تر تحول اشاعه اخبار بحران‌های جمعی از روابط چهره به چهره در گذشته به استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی در دوران کنونی، سرعت اشاعه اخبار مربوطه را فوق‌العاده گسترش داده است. علاوه بر این، خانه‌مانی و رعایت فاصله فیزیکی و اجتماعی به طور کلی و رعایت فزاینده آن توسط خانواده‌های کودکان مبتلا شده به طور خاص، منجر به افزایش چشمگیر مصرف رسانه‌ای شده است. رسانه‌ای که در آن در باب مسائل روز [من جمله کووید-۱۹] سخن‌ها گفته می‌شود. کودکان با استفاده از این رسانه‌ها به شکل مستقیم یا غیرمستقیم دچار آسیب می‌شوند. در واقع، پس از طی دوران بهبودی، در نتیجه پوشش رسانه‌ای خبری و در برخی موارد همراه با اغراق از وقایع مرتبط با همه‌گیری کووید-۱۹، بار روانی زیادی بر آنان تحمیل می‌شود و باعث ایجاد ناامنی روانی در آنان می‌گردد.

اصلاً دوس ندارم خبر بشنوم یا خبر بخونم. ولی الان دیگه هر شبکه ای میزنی می‌گه چند نفر مردن چند نفری بستری شدن. با گوشی هم که هر جا بری همش همیناست. مثل اینکه از دست کرونا آرامش نداریم دیگه (دختر، ۱۱ ساله، ۹ روز بستری).

با توجه به چنین شرایطی محدود کردن پیگیری اخبارهای مربوط به ویروس کرونا می‌تواند به مدیریت بهتر و مناسب‌تر و در نتیجه حفظ آرامش و ایجاد امنیت روانی کمک کند.

گسست‌های روانی

یکی دیگر از مقولات حاصله، «گسست‌های روانی» است که شامل بیماری‌هایی چون افسردگی، استرس و اضطراب می‌شود. افسردگی^۱ یکی از بیماری‌های شایع در میان مشارکت‌کنندگان است که با علایمی هم‌چون گریستن همراه است. افسردگی، احساس غم و ناراحتی مداوم در فرد را نشان می‌دهد. ممکن است در شرایط افسردگی، چنین احساس شود که با وجود ابتلا به کووید-۱۹، زندگی دیگر به روال عادی و طبیعی خود برنمی‌گردد و خلاصی از آن به صورت کامل وجود ندارد. کودکانی که پیش از این، سوژه‌های فعال و پر جنب و جوش بودند، تبدیل به سوژه‌های کم‌سخن یا به عبارت دقیق‌تر بی‌سخن و غیرفعال شده‌اند.

من خیلی زود گریه م میگیره. تا یکی بهم بگه خوبی؟ من اشکم درمیاد. نمیتونم حرف بزنم. وقتی می‌گه خوبی یعنی خوب نبودم. خوب نیستم (پسر، ۹ ساله، ۲۷ روز بستری).

اختلال استرس و اضطراب پس از آسیب واکنش شایعی است که کودکان در مقابل رویدادهای بسیار استرس‌زا یا آسیب‌زا همچون کووید-۱۹ از خود نشان می‌دهند. این کودکان تمایل دارند که تجربه آسیبی خود را به شکل کابوس‌های شبانه، خاطرات نگران‌کننده و مرور خاطرات گذشته در طی ساعت‌های بیداری نشان دهند. غرق شدن در خاطرات گذشته [در برخی موارد به شکل ناخواسته] ممکن است موجب شود که ارتباط کودک با واقعیت‌های عینی زندگی برای ساعت‌ها قطع شود. گاه در مرور خاطرات آنان، تصاویر، صداها و اشکال مربوط به تجربه بیماری و دردهای آن به قدری واقعی و طبیعی هستند که کودک احساس می‌کند واقعه آسیب‌زا مجدداً در حال وقوع است. این کودکان در طی چند هفته کابوس‌های فراگیر مربوط به موجودات عجیب و شیطانی را تجربه می‌کنند که درصد صدمه رساندن به آنان یا دیگران نزدیک بدن‌ها (والدین یا دوستان صمیمی) است. در واقع رویاهایی تکرارشونده که محتوای آن مرتبط با حادثه اتفاق افتاده یعنی کووید-۱۹ است.

خواب می‌بینم که یه هیولا داره بهم حمله میکنه. چندتا سر داره. تو خواب فکر میکنم اون کرونائه. یه بار خواب دیدم مامانمو خورد. با گریه از خواب بلند شدم (دختر، ۹ ساله، ۱۹ روز بستری).

مرکزیت توجهات مادرانه

براساس گفته‌های مشارکت‌کنندگان باید گفت که وضعیت توجه والدین به کودک پس از ابتلای به بیماری با تغییراتی مواجه شده است به نحوی که می‌توان از دگردیسی تعاملات اعضای خانواده با کودک سخن راند. امری که نشانگر زیر ذره بین رفتن رفتارهای و کنش‌های کودک توسط اعضای خانواده و قرارگیری در مرکزیت توجهات است. بخشی از این توجهات به بحث «مراقبت و نگاه‌داری» از کودک بیمار شده در خانه برمی‌گردد. نکته جالب توجه در فرایند مراقبتی این است که مادر نقش بیشتری نسبت به پدر در امر مراقبت از کودک دارد. مادرانی که شرایط سختی را چه در ایام بستری در بیمارستان و چه در زمان پس از ترخیص پشت سر می‌گذارند. شاید بتوان اینگونه گفت که حضور طولانی‌مدت اعضای خانواده در منزل در یک جامعه‌ای با الگوی زندگی مردسالار (همچون جامعه ایرانی) یقیناً فشار مضاعفی را در زمینه انجام وظایف خانگی بر زن خانوار (مادر و دختران بزرگتر) وارد می‌کند. این شرایط، در زمانی که یکی از اعضای خانواده به ویژه فرزند خانواده بیمار باشد، سخت‌تر نیز خواهد شد. امری که از یکسو «احساس دلسوزی» و رویکردی همدلانه کودک نسبت به شرایط سخت مادرانشان را در پی داشته و از سوی دیگر کیفیت تعاملات مادر-کودک بالاتر برده و آنان را به هم نزدیک کرده است.

دلم برای مامانم می‌سوزه. همش بیمارستان بود. این مدت خیلی لاغر شده. خونه هم که اومدیم دائم در حال غذا درست کردن و ضدعفونی کردن (پسر، ۱۰ ساله، ۳۱ روز بستری).

مامان بیچاره من طول روز چند جور غذا درست میکنه. سوپ و آش و ناهار و شام و اینا. خودشم مریض شده بود ولی تو این همه کار اصلاً به روی خودش نمیاره (دختر، ۱۱ ساله، ۳۹ روز بستری).

گفته‌های مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که میزان همیاری و همکاری سایر اعضای خانواده (برای نمونه پدر/شوهر) بسیار پایین است. به حدی که کودک با دیدن میزان کارها و مسئولیت‌های مادر در درون خانواده، احساس ترحم و دلسوزی نسبت به وی را ابراز می‌کند. علاوه بر این، به دلیل شدت خستگی مادر در انجام امور خانگی و نیز مشاهده ناراحتی‌های مادر از بیماری فرزندش، آنان سعی می‌کنند که در دوران بهبودی وضعیت جسمانی و روحی خود را خوب و مساعد جلوه دهند و از بازگو کردن دردها و آلام خود با مادر اجتناب می‌ورزند. رویه‌ای که برای حفاظت از مادر در پیش گرفته می‌شود؛

من که مامانمو اینجوری می‌بینم دلم نمیخوام که بفهمه دردی دارم یا نه. همیشه میگم خوبم (پسر، ۱۰ ساله، ۱۳ روز بستری).

پنهان‌سازی دردها منجر می‌شود که مشارکت‌کنندگان به تنهایی با شرایط سخت و احساسات دشوار خود کنار بیایند. هرچند که خود از اتخاذ چنین شیوه‌ای رضایت‌خاطر دارند. اما بنا بر اظهارات خودشان، مادران، خودشان از وضعیت مساعد یا نامساعد فرزند خود آگاه هستند؛

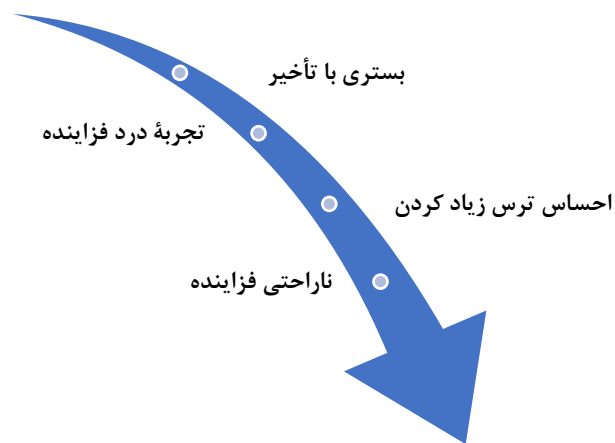
مامانا خودشون میدونن که تو الان خوبی یا بد (پسر، ۱۰ ساله، ۱۳ روز بستری). نکته جالب توجه دیگر این است که برخی از مشارکت‌کنندگان به دلیل فشارهای زیادی که در بیمارستان تحمل کرده‌اند و حتی به این فکر افتاده‌اند که رفتارهای خودمخربی همچون خودکشی با قطع کردن لوله‌ها و امکانات پزشکی انجام دهند، با آمدن به خانه و دیدن کنشگری‌های مادر برای حفظ و بهبود سلامتی فرزند، حتی از داشتن چنین افکاری هم احساس پشیمانی و احساس گناه می‌کردند.

تشکیک در عدالت خداوندی

برخی از مشارکت‌کنندگانی که بیماری‌های زمینه‌ای همچون آسم یا مشکلات قلبی داشته و پیش از ایام کرونا نیز درگیر فرایند درمان و سلامت بوده‌اند با مبتلا شدن به کووید-۱۹ و وخیم‌تر شدن اوضاع سلامتی‌شان باور به دنیای عادلانه و خالقی عادل را از دست می‌دهند یا در آن شک می‌کنند.

من که همیشه درگیر بیمارستان و دکتر و دارو قرص و اینا بودم. باز حالا حتماً باید کرونا هم می‌گرفتم. کم بیمارستان می‌رفتم که الانم باز باید می‌رفتم. والا خدا دیگه مارو ول کرده. یکی که سالمه همیشه سالمه. مایی که مریضیم همیشه مریض (پسر، ۱۳ ساله، ۹ روز بستری).

ناشناختگی ویروس و تفاوت در اهمیت دهی



تشدید انزوای، الزام آوری رعایت نکات بهداشتی، انگ اجتماعی، احساس بی‌قدرتی سوژکتیو، احساس ناامنی روانی، گسست روانی، مرکزیت توجهات مادرانه، تشکیک در عدالت خداوندی

شکل ۱: تجربه کودکان از بیماری کووید-۱۹ از پیش از ابتلا تا پس از آن

بحث و نتیجه‌گیری

با همه‌گیری کووید-۱۹ در اندک زمانی در سراسر جهان که با فرایند «فشرده شدن زمان و مکان» (رنه شورت، ۱۳۸۱: ۷۳) و نزدیکی زمانی و مکانی جوامع مختلف به یکدیگر توجیه‌پذیر است، اقبال مختلف جامعه در معرض ابتلای بدان قرار گرفتند. پژوهش پیش‌رو، به مطالعه تجربه ابتلای یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه یعنی کودکان با استفاده از روش پدیدارشناختی پرداخته است.

تجزیه و تحلیل داده‌های متنی حاصل از مصاحبه‌های عمیق با کودکان مبتلا شده به کووید-۱۹ نشان داد که مشارکت‌کنندگان تجارب خود را در سه وضعیت یا مرحله متوالی و به هم پیوسته پیش از ابتلا، حین ابتلا و پس از آن بیان می‌کنند. در مرحله پیش از ابتلا، گفته‌های مشارکت‌کنندگان نمایانگر ناشناختگی این ویروس نوظهور بوده است که براساس چنین درکی میزان رعایت پروتکل-های بهداشتی نیز در بین آنان متفاوت از یکدیگر بوده است. در این میان، کودکانی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای بوده‌اند، الزام بیشتری به رعایت نکات بهداشتی داشته‌اند. در مطالعات محققانی همچون تانچگنج^۱ و همکاران (۲۰۲۰)، دونیس^۲ و همکاران (۲۰۲۰)، ریگر^۳، عبدالرحمان (۲۰۲۰)، فراگاکاکی^۴ و همکاران (۲۰۲۰)، وایز^۵ و همکاران (۲۰۲۰)، دوله^۶ و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داده شد آسیب‌پذیر دانستن خود یا حلقه نزدیکان پیش‌بینی کننده میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی افراد است.

در مرحله حین ابتلا، نخست آنان از بستری همراه با تأخیر خود سخن گفته‌اند. همان‌طور که در مباحث نظری مربوط به «مراجعه به پزشک» از سوی بیمار و فرایند آن سخن گفته شد، کودک-بیماران با وجود مبتلا بودن به نشانه‌های بیماری کووید-۱۹ خیلی دیر و همراه با تأخیر به پزشک مراجعه کرده‌اند. با توجه به اینکه این امر از سوی تمامی مشارکت‌کنندگان عنوان شد، می‌توان دیدگاه‌های (۱۹۷۹) در باب کوه‌یخ نشانه‌ها را صحیح برشمرد که بر مبنای آن تعداد کودکان مبتلای بیشتر در سطح جامعه حضور دارند تا به دلیل بدخیم و شدید نشدن اثرات بیماری کووید-۱۹، به مراکز خدمات درمانی رجوع نکرده‌اند. ارزیابی کودک-بیماران به ویژه خانواده-هایشان از نشانه‌های بروز داده شده، در حد یک سرماخوردگی بوده است و به همین سبب آن را غیرعادی و نابهنجار ارزیابی و تفسیر نمی‌کردند و استراتژی‌های خوددرمانی و نظام ارجاع عامیانه -که بنا بر گفته آرمسترانگ (۱۳۸۷: ۵۴) در شرایط عادی‌پنداری^۷ بیماری به کار می‌رود- بهره‌مند می‌شدند تا سرماخوردگی خود-تشخیص داده شده را درمان کنند. عدم این مراجعه، به احتمال زیاد به هزینه-هایی همچون آلودگی محیط‌های بیمارستانی و آزمایشگاه‌ها و احتمال بستری شدن کودکان و نیز هزینه‌های اجتماعی مانند انگ اجتماعی مرتبط است که خانواده‌های کودک-بیماران متصور می‌شدند. اما زمانی که میزان ناخوش‌حالی کودکان زیاد می‌شد، هزینه-های تصور شده کم‌رنگ شده و حفظ حیات کودک به عنوان سود حاصله در اولولویت قرار می‌گرفت. نکته دیگر، عاملیت والدین و اعضای بزرگسال خانواده در تصمیم‌گیری بر رجوع به نظام خدمات پزشکی تخصصی و در نتیجه فقدان عاملیت و کنشگری کودکان است که این امر برخلاف پارادایم سازه‌انگاران جامعه‌شناسی دوران کودکی (جیمز و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۳) قابل فهم است. در واقع تصمیم‌گیری‌های مهم حیات کودک در باب لزوم یا عدم لزوم مراجعه به پزشک توسط بزرگسالانی اتخاذ می‌شود که زیست وی را تحت سیطره قدرت خویش دارند.

- 1 . Tuncgenc
- 2 . De Neys
- 3 . Rieger
- 4 . Fragkaki
- 5 . Wise
- 6 . Dohle
- 7 . normalization

با این حال، پس از بستری و در حین دوران ابتلا، گفته‌های مشارکت‌کنندگان بیشتر دربردارنده تجربیاتی است که آنان در فضای بیمارستانی همراه با دردهای جسمانی سپری نموده‌اند. دردی که از نظر آن‌ها بسیار شدید و غیرقابل تصور بوده است. اما دوران پس از ابتلا، نشانگر یک سبک و شیوه زندگی متفاوت با دوران پیشاکروناپی است. در واقع، با توجه بازبینی و تغییر در اولویت‌های زندگی که در حول بهبود و حفظ سلامت می‌چرخد، شیوه زندگی کودکان به همراه خانواده تغییر می‌کند. به نحوی که در این دوران شاهد تشدید انزوای، رعایت پروتکل‌های بهداشتی به صورت افراطی در سطح فردی و خانوادگی هستیم. علاوه بر این، احساس بی‌قدرتی سوبژکتیو و گسست‌های روانی نیز از جمله شرایط این دوران است. آنان در این مرحله، در مرکز توجه اعضای خانواده به ویژه مادرانشان قرار می‌گیرند. البته در مطالعات پیشین نیز با وجود تأیید نقش هر دو والد در پرورش و مراقبت از کودک بر نقش پررنگ مادران تأکید شده است (برای مطالعه بیشتر ر.ک به: حسین، ۲۰۱۴). کودکان در این مرحله عدالت خداوندی را نیز مورد شک و تردید قرار می‌دهند. همچنین، انگ اجتماعی ناشی از ابتلا نیز در این مرحله تجربه می‌شود. لذا، با توجه به انگ اجتماعی تجربه شده از سوی کودکان مبتلا، لازم است که رویکردی همه‌جانبه در تمامی سطوح فردی، اجتماعی و سازمانی برای مقابله با این چالش اتخاذ گردد. بالابردن آگاهی افراد در نحوه انتقال، مراقبت و پیشگیری از آلودگی از طریق رسانه‌های ملی و اجتماعی ضروری است.

نگاهی به یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ابتلای به بیماری کووید-۱۹ کودکان را از نظر جسمی (تجربه درد زیاد و بستری شدن در بیمارستان)، اجتماعی (کاهش روابط اجتماعی و قرنطینه مضاعف پس از درمان) و روانی (احساس ترس زیاد و گسست‌های روانی همچون استرس، اضطراب و وسواس) متأثر ساخته است و شرایط مبهم، ناشناخته و غیرمطمئن را برای آنان به وجود آورده است. به نحوی که می‌توان گفت که تجربه این دوره بیماری برای آنان برهه‌ای از زندگی است که از تعداد زیادی تجربه‌های به یاد ماندگی تلخ - صرفاً تلخ - ساخته شده است و تأثیرات آن تا پایان عمر باقی خواهد ماند. همان‌طوری که یافته‌های تحقیق نشان داد، کودکان از تجارب پس از بهبودی اولیه خود بیشتر سخن می‌گویند و این امر نشانگر تأثیرات به سزای ابتلا به بیماری بر زندگی روزمره آنان است. پس از ابتلا بیش به شکل یه نوستالژی در ذهن‌شان تداعی می‌شود که صرفاً درگیر اهمیت یا بی‌اهمیتی این بیماری بودند و در حین ابتلا نیز بیشتر ترس و دردهای ناشی از بیماری را بازگو کرده‌اند. از منظر دیگر، می‌توان گفت اثرات و پیامدهای ابتلا به کووید-۱۹ در مراحل گفته شده، براساس سن نقش مهمی در برساخت‌شدن پدیده داشته است به حدی که می‌توان از «کرونای کودکی» سخن راند.

در چنین شرایطی، شاید کودکان آسیب‌دیده از بیماری کووید-۱۹ به وضعیت حدوداً طبیعی سخت و دشوار باشد. همان‌گونه که پیران اذعان می‌کند: «اجتماع [و افراد] حادثه‌دیده، هرگز به شکل کامل به شرایط طبیعی بازمی‌گردد. حتی با گذشت سالیانی دراز، حادثه در وجدان و در خاطره جمعی افراد باقی خواهد ماند. گرچه نقش و نشان آن کم‌رنگ و کم‌رنگ‌تر می‌شود، لیکن هرگز محو نمی‌شود» (۱۳۸۲: ۱۴). با این حال، کودکان خود درصدد بازگرداندن وضعیت خویش به ماقبل حادثه هستند. به همین سبب، در اینجا استراتژی «تعدیل تصورات» می‌تواند کارساز باشد. به بیان دیگر، با توجه به تجربه دردناک و ترسناکی که کودکان از کووید-۱۹ داشته‌اند می‌بایست راهی را در پیش گرفت که به دستکاری تصویر ذهنی هر یک از این سوژه‌ها و متعادل‌سازی آن بیانجامد. بنابراین باید مدل‌های کارآمدی را جهت تسکین، تعدیل، جبران و ترمیم اثرات نامطلوب کووید-۱۹ در کودکان مبتلاشده، تهیه و اجرا نمود. این امر، به محافظت از کودکان در برابر آسیب‌های وارده می‌انجامد (لون و همکاران، ۲۰۱۹، به نقل از هرنکوهل و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا، یکی از اقدامات می‌تواند در قالب بازخوانی^۱ مورد توجه قرارگیرد. در واقع، کودکان مبتلاشده‌ای که پس از تحمل

بیماری فرایند زندگی‌شان از حالت عادی خارج شده و توان جسمی، عاطفی و روانی خود را از دست داده‌اند، باید مورد بازتوانی قرار گیرند. بازتوانی به معنای بازگرداندن توانایی‌های کودک به حالت حداکثر و شکل‌دهی مجدد به زندگی اطلاق می‌شود. این بازتوانی برای کودکان مبتلا شده به کووید-۱۹ در دو بعد بیش از سایرین مورد تأکید بوده است: ۱. بازتوانی جسمانی و ۲. بازتوانی عاطفی-روانی. چرا که اختلالات به وجود آمده در روح و روان کودک و نیز اختلالات جسمانی از جمله آسیب‌های وارد شده بر وی هستند. در بعد جسمانی، کودکان مبتلا شده به شدت توانایی‌های جسمی و انرژی بدن خود را از دست می‌دهند و تا مدت‌ها بعد نیز احساس خستگی و درد بدنی می‌کنند. این امر نیازمندی آنان به بازتوانی جسمانی با انجام تغذیه مناسب و مغذی است تا کودک سلامتی کامل خود را بدست آورد. علاوه بر این، کودکان به بازتوانی عاطفی-روانی نیز نیازمند هستند تا تجربه بیماری برای آنان عادی‌سازی شده و با دریافت حمایت‌های عاطفی و اجتماعی بایسته از سوی دیگران به ویژه اعضای خانواده، آرامش عاطفی-روانی خود را مجدداً بدست آورند. هرچند که باید در خاطر داشت که بازسازی و بازتوانی جسمانی و به ویژه عاطفی-روانی فرایندهای زمان-بری هستند که به سرعت و به سادگی قابل ترمیم نیست. در صورت در نظر داشتن اقدامات فوق و عمل کردن در راستای آن است که امکان تکوین مقدمات شرایط پسابحران برای کودکان فراهم می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، مرضیه؛ سخائی، الهام (۱۴۰۱)، واکاوی تجربه زیسته گذران اوقات فراغت جوانان، پیش و پس از شیوع کرونا، مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، ۱۱ (۱)، صص: ۲۲۲-۱۹۳.
- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۷۸)، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد توکل، تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
- آریان‌پور کاشانی، منوچهر (۲۰۰۰)، فرهنگ پیشرو انگلیسی به فارسی، تهران: امیرکبیر.
- برقی، رسول (۱۳۹۹) تحلیل اثرات آموزشی، فرهنگی و روانی-اجتماعی مبتلایان به بیماری کرونا و ویروس جدید (کووید ۱۹)، نخستین کنگره ملی دانشگاه و کووید-۱۹ (ابعاد روانی-اجتماعی، بهداشتی و آموزشی)، ۱ و ۲ بهمن ماه ۱۳۹۹.
- شبیر، حسن (۱۳۸۷)، رسانه‌ها و معناشناسی بحران، پژوهش‌های ارتباطی، (۱۵)، ۵۵، صص: ۲۹-۹.
- پاک مهر، فاطمه (۱۳۹۹)، مهارت‌های زندگی در مواجهه با همه‌گیری کووید-۱۹ (مقایسه دو گروه از کودکان)، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س).
- پیران، پرویز (۱۳۸۲)، جامعه‌شناسی مصایب جمعی و نقش آن در مدیریت بحران ناشی از حادثه، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۱، دوره ۳، صص: ۴۸-۱۳.
- تاج‌بخش، غلامرضا (۱۴۰۰)، تحلیل داده بنیاد احساس ناامنی زنان در پاندمی کرونا، *مطالعات زن و خانواده*، ۹ (۱)، صص: ۱۸۸-۱۶۲.
- جیمز، آلیوس؛ جنکس، کریس؛ پروت، آلن (۱۳۹۳)، جامعه‌شناسی دوران کودکی (نظریه‌پردازی درباره‌ی دوران کودکی)، ترجمه علیرضا کرمانی و علیرضا ابراهیم آبادی، تهران: نشر ثالث.
- چوبداری، عسگر؛ نیک‌خو، فاطمه؛ فولادی، فاطمه (۱۳۹۹)، پیامدهای روان‌شناختی کرونا و ویروس جدید (کووید ۱۹) در کودکان: مطالعه مروری نظام‌مند، *روان‌شناسی تربیتی*، دوره ۱۶، شماره ۵۵، صص: ۶۸-۵۵.
- خانی‌زاده، توکل؛ عمرانی‌فرد، ویکتوریا؛ خانی‌زاده، صیاد (۱۴۰۰)، تأثیر بحران همه‌گیری کرونا و ویروس بر سالمندان: یک مطالعه مروری، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، دوره ۳۹، شماره ۶۲۲، صص: ۳۰۲-۲۹۲.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۹)، خودکشی ترجمه ن. سالرزاده امیری. تهران: انتشارات دانشگاه عالمه طباطبایی.

- زراعت حرفه، فهیمه؛ احمدیان رنجبر، رضوان (۱۴۰۰)، پیامدهای منفی شیوع ویروس کرونا بر زندگی سالمندان؛ یک مطالعه کیفی، روانشناسی پیری، دوره ۷، شماره ۲، صص: ۱۰۶-۹۴.
- شیردل، الهام؛ حامی کارگر، فاطمه؛ سهراب زاده، مهران (۱۴۰۰)، کرونا و چالش‌های خانواده: مطالعه پدیدارشناسی تجربه زیسته جوانان سیستان و بلوچستان، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۶ (۵۵)، صص: ۱۵۴-۱۳۳.
- شیرزادی، پرستو؛ امینی شیرازی، نرگس؛ اصغریور لشکامی، زهرا (۱۳۹۹)، رابطه اضطراب کرونا در مادران با تعامل والد-کودک و پرخاشگری کودکان در ایام قرنطینه، خانواده‌پژوهی، دوره ۱۶، شماره ۲، شماره پیاپی ۲، صص: ۱۵۴-۱۳۹.
- غنی‌زاده بافقی، مریم (۱۳۹۹)، آسیب‌شناسی تأثیر کووید ۱۹ بر حقوق کودکان و راهکارهای حمایتی: با تأکید بر کنوانسیون حقوق کودک، فصلنامه تحقیقات حقوقی، دوره ۲۳، شماره ۹۱، صص: ۳۵۰-۳۳۱.
- کوهستانی، سمانه؛ علیجانی، محبوبه (۱۴۰۰)، پاندمی کرونا و خشونت علیه زنان (مطالعه‌ای موردی در بین زنان شهر رشت)، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۱۵ (۳)، صص: ۲۵-۳.
- معمودی، معصومه (۱۴۰۰)، ایمن‌سازی کودکان در شرایط بحران ویروس کرونا، افق توسعه آموزش علوم پزشکی، دوره ۱۲، شماره ۱، صص: ۵-۱.
- نوایی‌فر، محمدرضا؛ حقیقی اسکی، بهزاد؛ توحیدی‌راد، بهاره؛ رضایی، محمدصادق (۱۳۹۹)، تهویه مکانیکی تهاجمی و غیرتهاجمی در کودکان مبتلا به کووید ۱۹، مطالعه مروری ساختارمند، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۹، شماره ۱۷۸.
- Abdelrahman, M. (2020). Personality traits, risk perception, and protective behaviors of Arab residents of Qatar during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12.
- Biko, D. M., Ramirez-Suarez, K. I., Barrera, C. A., Banerjee, A., Matsubara, D., Kaplan, S. L., ... Rapp, J. B. (2020). Imaging of children with COVID-19: experience from a tertiary children's hospital in the United States. *Pediatric Radiology*, 51(2), 239-247. doi:10.1007/s00247-020-04830-x
- De Neys, W., Raoulison, M., Boissin, E., Voudouri, A., Bago, B., & Bialek, M. (2020, May 4). MORAL OUTRAGE AND SOCIAL DISTANCING: BAD OR BADLY INFORMED CITIZENS?.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/j9h76>
- Dohle, S., Wingen, T., & Schreiber, M. (2020). Acceptance and adoption of protective measures during the Covid-19 pandemic: The role of trust in politics and trust in science.
- Durkheim, Emile (1893), *the division of labor in society*, New York: Free Press.
- Durkheim, Emile (1897), *suicide: a study in sociology*, Glencoe, IL: Free Press.
- Foucault, Michel (1980), *power/knowledge: selected interviews and other writings 1972- 1977*, Ed. Colin Gordon, New York: Pantheon Books.
- Fragkaki, I., Maciejewski, D. F., Weijman, E., Feltes, J., & Cima, M. (2020). Human Responses to Covid-19: The Role of Optimism Bias, Perceived Severity, and Anxiety.
- Glaser, Barney G.; Anselm M. Strauss (1965), *awareness of dying*, Chicago: Adine, 1967. *Discovery of grounded theory*, Chicago: Adine.
- Glaser, Barney; Strauss, Anselm, M. (1967), *the discovery of grounded theory*, Chicago: Adine.
- Goffman, Erving (1961), *asylums*, Anchor.
- Goffman, Erving (1961), *asylums*, Anchor.
- Goffman, Erving (1967), *stigma: notes on the management of spoiled identity*, Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goffman, Erving (1967), *stigma: notes on the management of spoiled identity*, Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Hannay, DR. (1979), *the symptom iceberg: a study of community health*, Routledge Kegan Paul, London.
- Hermann. Charles (1969), *Threat, time and surprise: a simulation of international crisis*, New York: Free Press.
- Herrenkohl, T. I., Scott, D., Higgins, D. J., Klika, J. B., & Lonne, B. (2020). How COVID-19 Is Placing Vulnerable Children at Risk and Why We Need a Different Approach to Child Welfare. *Child Maltreatment*, 107755952096391. doi:10.1177/1077559520963916
- Herrenkohl, Todd I.; Scott, Debbie; Higgins, Daryl J.; Klika, J. Bart; Lonne, Bob (2020), How COVID-19 Is Placing Vulnerable Children at Risk and Why We Need a Different Approach to Child Welfare, *Child Maltreatment*, mvVol. 26(1) 9-16
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2020). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Hossain, Z. (2014). Parental Beliefs and Fathers' and Mothers' Roles in Malaysian Families. In H. Selin (Ed.), *Parenting Across Cultures: Child Rearing, Motherhood and Fatherhood in Non-Western cultures*. (pp. 77-90). Netherlands: Springer.
- <https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>
- Hughes, Evert; Strauss, Anselm, M. (1961), *boys in white: student culture in medical school*, Chicago: University of Chicago Press.
- Koos, E. (1954), *the health of regions ville: what the people felt and did about it*, Colombia University Press, New York.
- Levine, Diane T.; Mortonb, Julie; O'Reillyc, Michelle (2020), Child safety, protection, and safeguarding in the time of COVID-19 in Great Britain: Proposing a conceptual framework, *Child Abuse & Neglect*, Dec; 110: 104668. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104668.
- Lindseth, Anders, & Norberg, Astrid (2004). "A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience". *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 18, 145–153.
- Lonne, B. (2020). Where do we go from here? A child rights-based response to COVID-19. *British Medical Journal Paediatrics Open*, 4, e000714. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000714>
- Lonne, B., Higgins, D. J., Herrenkohl, T. I., Scott, D. (2019). Reconstructing the workforce within public health protective systems: Improving resilience, retention, service responsiveness and outcomes. *Child Abuse & Neglect. Special Issue—Workforce resilience: Research to promote a healthy and resilient child abuse and neglect workforce*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104191>
- Majhi, N. (2020). The Sociology of COVID-19 Pandemic. *Tathapi (UGC Care Journal)*, 19: 210-216.
- Marx, K. (1975), (T. Bottomore, ed & intr.). *Karl Marx on sociology and social philosophy*, Middlesex.
- Matcha, Duane A. (2000), *medical sociology*, Allyn and Bacon, Boston.
- Matcha, Duane A. (2000), *medical sociology*, Allyn and Bacon, Boston.
- Mechanic, D. (1962), the concept of illness behavior and medical diagnosis, *Journal of Health and Human Behavior*, 1: 86- 94.
- Merton, Robert K.; George G. Reader and Patricia Kendall (1957), *the student physician*, Cambridge, M.A: Harvard University Press.
- Parsons, Talcott (1951), *the social system*, New York: Free Press.

- Rieger, M. O. (2020). To wear or not to wear? Factors influencing wearing face masks in Germany during the COVID-19 pandemic. *Social Health and Behavior*, 3(2), 50.
- Seeman, Melvin (1959). "On The Meaning of Alienation". *American Sociological Review*, 24(6), 783-791.
- Sinha, I., Bennett, D., & Taylor-Robinson, D. C. (2020). Children are being sidelined by covid-19. *BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2061>.
- Tuncgenc, B., El Zein, M., Sulik, J., Newson, M., Zhao, Y., Dezechache, G., & Deroy, O. (2020, August 5). We distance most when we believe our social circle does. <https://doi.org/10.31234/osf.io/u74wc>
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Druckman, J. N. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 1–12.
- Weber, Max (1922), *economy and society*, 2 Vols. Edited and translated by G. Roth and C. Wittich. Berkely: University of California Press.
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., & Hagan, C. C. (2020). Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States
- World Health Organization. (2020), A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19, Update 24 February 2020; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/aguide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19>
- Zimmerman P, Curtis N (2020) Coronavirus infections in children including COVID-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children. *Pediatr Infect Dis J* 39:355–368