عوامل نادیده انگاشتن دستورالعمل‌های ایمنی در دوره قرنطینه خانگی (دهه دوم اسفند ۱۳۹۸ تا دهه سوم فروردین ۱۳۹۹)[۱]

دکتر محمود سعیدی رضوانی*

فاطمه غلامی**

ندا سعادت‌شاقی***

چکیده

پدیده ویروس کرونا در کشور ما و در تمام جهان، در قالب یک «بحران» بهداشتی و بلکه اجتماعی، ظاهر شد. گذر از این بحران، نوعی همکاری همه‌جانبه آحاد مردم را می‌طلبید. ازاین‌رو، از عمومِ مردم تقاضای همکاری برای رعایت اصول ایمنی و جلوگیری از گسترش تأثیر این ویروس شد. مطالعه حاضر به عوامل عدم رعایت اصول مذکور، ازجمله قرنطینه خانگی در دهه دوم اسفند ۱۳۹۸ تا دهه سوم فروردین ۱۳۹۹، از سوی افراد خاطی پرداخت. افراد مشارکت‌کننده در این پژوهشِ کیفی در قالب پرسش‌نامه بازپاسخ، به این سؤال محوری پاسخ دادند که چرا برخی افراد دستورالعمل‌های ایمنی و بهداشتی را نادیده می‌گیرند و به آن بی‌توجهی می‌کنند؟ یافته‌ها حاکی از آن بود که معضلات اخلاق اجتماعی، مشکلات روان‌شناختی، نقص ایمان، نقص دانش و آموزش، مسائل فرهنگی، اقتصادِ بیمار و ضعف فرماندهی، مضامینی بودند که توانستند از داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با ۲۲۲ مشارکت‌کننده انتزاع شوند.

واژگان کلیدی

کروناویروس، دستورالعمل ایمنی، قرنطینه خانگی.

۱. با حمایت گروه ارتباط علمی با جامعه معاونت پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد.

*. عضو هیئت علمی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول). saeedy@um.ac.ir

**. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه فردوسی مشهد.

***. دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی درسی دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه

بحران عمری به درازای تاریخ بشری دارد و بشریت همواره با انواع مختلفی از بحران‌ها روبه‌رو بوده است؛ از بحران‌هایی همچون قحطی، خشکسالی، سیل، زلزله، شیوع بیماری‌های واگیردار، تا جنگ‌ها و آلودگی‌های زیست‌محیطی. (روشندل اربطانی و صلواتیان، ۱۳۸۹: ۲)

برخی بحران را مترادف با ازهم‌گسیختگی، بی‌نظمی، شکنندگی بیش‌ازحد معمول، تهدید ارزش‌ها، بی‌ثباتی اجتماعی ـ سیاسی، مخاصمه نظامی دانسته (میرسمیعی و چشمه‌نور، ۱۳۹۵) و برخی دیگر این اصطلاح را معادل فشار، اضطراب، فاجعه، بلا یا خشونت می‌دانند. براساس تعریفی از سازمان بهداشت جهانی نیز، بحران‌ها پدیده‌های زیست‌محیطی ناگهانی هستند که به‌دلیل شدت بالا، کمک‌رسانی خارجی را طلب می‌کنند. (ربیعی و پورحسینی، ۱۳۹۳) اما وقتی اولین مورد رسمی ویروس جدید بیماری کووید ـ ۱۹ (COVID - 19) در دسامبر ۲۰۱۹ م. در ووهان چین ثبت شد، کسی گمان نمی‌کرد این موجود نانومتری طی چند ماه، نظم عالم نوین را مختل کند. طوری‌که هیچ جنگ فراملّیتی، یا بحران زیست‌محیطی، پیش‌تر نتوانسته بود چنین کند. به‌علاوه هراسی که از این بیماری در عالم فراگیر شده، در هیچ‌یک از جنگ‌ها و بحران‌ها، حتی جنگ‌ها و بحران‌های فرامنطقه‌ای احساس نشده بود. (صبوریان، ۱۳۹۹: ۲۰۹)

کرونا در حقیقت یک خانواده گسترده از ویروس‌هایی است که منجر به عفونت‌های تنفسی، از یک سرماخوردگی ساده تا اپیدمی سارس می‌شوند که در سال ۲۰۰۳ م. شیوع پیدا کرد و حالا کووید ـ ۱۹ جدیدترین عضو این خانواده می‌باشد. (مسگرپور امیری، شمس و نصیری، ۱۳۹۹: ۱۱۰) در حال حاضر، شیوع ناگهانی بیماری کرونا، یکی از معضلات مهم دنیا شده است؛ چراکه گسترش این بیماری، از نظر سرعت انتشار و تلفات جمعیتی و تبعات دیگر، قابل ملاحظه می‌باشد. (احمدی، ۱۳۹۹: ۱۲۵) کرونا با ماندگاری و گسترش سریع خود در جوامع جهانی و پیامدهای بزرگ و کوچک خود در سطوح مختلف اجتماعی، توانسته به سرعت از گردونه یک بیماری سیستم تنفسی و ایمنی بدن انسان، فراتر رود و به بزرگ‌ترین همه‌گیری جهانی تاریخ بشری، از حیث مطالعات اجتماعی تبدیل شود. (مطهری‌نژاد، ۱۳۹۹: ۵۹)

پدیده بحران‌آفرین ویروس کرونا، جهان پرطمطراق و مدعی هوشمندی بالای امروزی را چنان تحت‌تأثیر خویش قرار داد که در عمل، اکثرِ حوزه‌های موضوعی، عملکردی و نهادی، دچار تکانه و سردرگمی سنگینی بابت مواجهه با این مهمان ناخوانده، ناشناخته، مبهم و نادقیق شده‌اند. حقیقت امر آن است که جهان با یک ابرمسئله چندوجهی در ابعاد سلامت (جسم، روح، روان و رفتار)، رسانه، آموزش، حمل‌ونقل، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی، اقتصادی، روابط بین‌الملل، مدیریت، سیاست و حکمرانی روبه‌رو شده است که گریزی از آن نیست (حمزه‌پور،

۱۳۹۹: ۳۳۳) و این‌که این بحران در دنیا تا چه زمانی پایدار خواهد بود، سؤالی بی‌پاسخ است و نیاز به صبر و شکیبایی دارد. (شهیاد و محمدی، ۱۳۹۹: ۱۸۹)

تجربه تاریخی از بررسی علت و چگونگی شروع بحران، حاکی از آن است که بسیاری از بحران‌ها، درواقع شروعی کاملاً آرام داشته‌اند، اما با از دست دادن زمان، بر اثر برخوردها، واکنش‌ها و تصمیم‌گیری‌های نادرست، به بحرانی شدید در سطح داخلی و یا بین‌المللی تبدیل شده‌اند. به‌منظور شناخت بحران، شاخصه‌های مشترکی ازجمله: مورد آماج قرار گرفتن اهداف حیاتی، غافل‌گیری و استرس، تهدید منافع استراتژیک، بروز وضعیت خاص روان‌شناختی ـ رفتاری از سوی نخبگان تصمیم‌ساز، تغییر کارکرد تمامی عناصر نظام اجتماعی ـ سیاسی و شکل‌گیری نقش‌های جدید و ضرورت اتخاذ تصمیم برای پاسخ دادن، مطرح است. (میرسمیعی و چشمه‌نور، ۱۳۹۵) بنابراین دستگاه‌های مسئول در مقابله با بروز شرایط بحرانی در جامعه، پیش از هر کاری و به‌عنوان یک اقدام اساسی، می‌بایست نسبت به تعریف سطوح و مراحل مختلف بحران اقدام نموده و آنچه که موجب می‌شود یک وضعیت اضطراری با بروز یک بحران در جامعه به فاجعه منجر شود را، شناسایی نمایند. (درابگ و هواتمر، ۱۳۸۳) هر بحرانی، زمینه‌ای به نام تهدید و یا خطر بالقوه دارد و می‌بایست خطر بالقوه به خطر بالفعل، تبدیل شود تا بحران شکل بگیرد. در صورتی‌که مدیران جامعه به تهدیدات بالقوه توجهی نکنند با کوچک‌ترین تلنگری، تهدید بالقوه به تهدیدی بالفعل و متعاقباً تبدیل به بحران می‌شود. (میرسمیعی، درخشانی و چشمه‌نور، ۱۳۹۵)

از مهم‌ترین نشانه‌های بیماری کووید – ۱۹، علائم حاد تنفسی است که در دو درصد موارد منجر به مرگ بیمار می‌شود. بنابراین با توجه به قدرت شیوع و انتقال بیماری، سازمان بهداشت جهانی در ۴ فوریه ۲۰۲۰ (۱۵ بهمن ۱۳۹۸) وضعیت اضطراری اعلام و توصیه نمود تا کشورها انتقال فرد به فرد این بیماری را از طریق کاهش تماس افراد به‌خصوص افراد مبتلا، کاهش داده و گسترش جهانی آن را کنترل نمایند. متأسفانه این روش به تنهایی کارساز نبود و تعداد فزایندهٔ مبتلایان نشان داد که علاوه‌بر بیماران، تعداد زیادی از ناقلان بدون علامت نیز، در جامعه حضور دارند. این امر موجب شد تا برخی مناطق مجبور به انجام قرنطینه کامل (مانند چین و ایتالیا) و یا اجرای مراقبت‌های پیشگیری در سطح کلان و ملی (مانند ایران، امارات، کره‌جنوبی) در شهر، استان یا حتی کل کشور شوند. (علیزاده‌فرد و صفاری‌نیا، ۱۳۹۸: ۱۳۱) چراکه قرنطینه‌ها و ممنوعیت سفر، اغلب اولین پاسخ در برابر بیماری‌های عفونی جدید است. در بهداشت عمومی، «قرنطینه» به جدایی افراد (یا جوامع) که در معرض یک بیماری عفونی هستند، اشاره دارد. (Parmet & Sinha, 2020: 1) به‌باور روبین و وسلی (Rubin & Wessely) (۲۰۲۰ م)،

در طول انتشار بیماری کووید ـ ۱۹، قرنطینه رایج‌ترین و بهترین استراتژی ممانعت از انتشار بیماری به‌شمار می‌رود. (شهیاد و محمدی، ۱۳۹۹: ۱۸۷) ایجاد قرنطینه به‌عنوان راهی برای جلوگیری از سرایت بیماری شناخته می‌شود که می‌تواند تعداد مبتلایان و تلفات بیماری را به حداقل برساند. (کاشانی و بحرانی‌پور، ۱۳۹۸: ۳۹)

قرنطینه را می‌توان در سطح فردی یا اجتماعی به‌کار گرفت. همچنین قرنطینه می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد. به هرحال در دوران قرنطینه، تمام افراد باید پایش شوند، تا اگر علایم بیماری در آنها بروز کرد، سریعاً جداسازی انجام گیرد. معمولاً قرنطینه اختیاری و خانگی اولویت دارد. فاصله‌گذاری اجتماعی شکلی از قرنطینه است که برای کاهش تعاملات بین مردم در یک جامعه بزرگ انجام می‌شود. فاصله‌گذاری اجتماعی می‌تواند میزان عدد مولد پایه مؤثر را کاهش دهد و همچنین در مقیاس وسیع می‌تواند با به تعویق انداختن پیک اپیدمی، به سیستم خدمات درمانی فرصت دهد تا بتواند در برابر انبوه بیماران تاب‌آوری بیشتری داشته باشد. در مواقعی که قرنطینه اختیاری خانگی و فاصله‌گذاری اجتماعی مؤثر نباشد، از گزینه قرنطینه کل جامعه استفاده می‌شود. در این حالت محدودیت بر تمام افراد جامعه اعمال می‌گردد؛ جز در مواردی که جهت تأمین نیازهای حیاتی، مستثنی می‌شوند. (افراشته، علی‌محمدی و سپندی، ۱۳۹۹: ۲۱۱) البته در قرنطینه ماندن و در خانه نگهداشتن جمعیت زیادی از آحاد جامعه، بدون تأثیرات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی نخواهد بود. (خدابخشی‌کولایی، ۱۳۹۹: ۱۳۲) طبق پژوهش جانگ و جون (Jung & Jun) (۲۰۲۰ م)، مشکلات ناشی از شیوع کووید – ۱۹ را می‌توان در گروه مشکلات مربوط به حمایت اجتماعی و انگ اجتماعی جستجو کرد. نتایج پژوهش آشوین و شانتال (Ashwin & Shantal) (۲۰۲۰ م) نیز نشان داد، فاصله‌گذاری فیزیکی و قرنطینه، می‌تواند مشکلاتی از قبیل مشکلات خلقی به‌وجود آورد. (عسگری، قدمی، امینایی و رضازاده، ۱۳۹۹: ۱۷۳ – ۱۷۲) همچنین هانگ و رونگ (Huang & rong) (۲۰۲۰ م) معتقدند، شیوع کووید ـ ۱۹، تأثیرات روان‌شناختی زیادی بر مهارت‌های مقابله‌ای و پاسخ‌های هیجانی افراد داشته است. (همان: ۱۶۹)

به‌هر روی، نتایج مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که درک خطر، در جوامع و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و استراتژی‌های اتخاذ شده و نتایج کسب شده، به میزان زیادی نیازمند شناخت ادراک خطر مردم همان مناطق است و چگونگی رفتار مردم در یک موقعیت اورژانسی، بستگی به فهم و ارزشیابی آن‌ها از مخاطره و میزان آسیب‌پذیری آنها دارد. (صمدی‌پور و قارداشی، ۱۳۹۹: ۱۲۴)

در کشور ایران نیز روند ابتلا به ویروس کرونا شدت گرفت. ویروس مذکور، که در تاریخ ۳۰

بهمن ۱۳۹۸ شناسایی و اعلام گردیده بود و همچنین مرگ‌ومیر ناشی از آن، در حال گسترش نسبی در سطح کشور بود که تصمیماتی از سوی مسئولان امر، اتخاذ و اجرا گردید. در این راستا مهدهای کودک، مدارس و دانشگاه‌ها تعطیل شد و آموزش‌های مجازی، جایگزین کلاس‌های حضوری گردید. کاهش ساعت کاری و دورکاری ادارات، سازمان‌ها و بانک‌ها نیز، ازجمله اقدامات دیگر در راستای پیشگیری از شیوع گسترده‌تر کروناویروس بود. همچنین محدودیت‌هایی در ترددهای بین‌شهری و غربالگری در مبادی ورودی همه شهرها لحاظ گردید. در ادامه، تعطیلی کلیه کسب‌وکارهای غیرضرور و عدم خروج از منزل جز در مواقع ضرورت، پیشنهاد و طرح قرنطینه خانگی نیز، در بازه زمانی دهه دوم اسفند ماه ۱۳۹۸ تا دهه سوم فروردین ۱۳۹۹، مورد تأکید قرار گرفت. هم‌زمان با اجرای طرح قرنطینه خانگی، روند ابتلای روزانه به کروناویروس و فوتی‌های ناشی از آن، همچنان در حال پیشرفت بود، تا اینکه رشد ابتلا در اواخر دهۀ اول فروردین ۱۳۹۹، به اوج خود رسید. به‌طوری‌که آمار مبتلایان روزانه، که اوایل اسفند و ابتدای طرح قرنطینه خانگی، روزانه کمتر از ۱۰۰۰ نفر و آمار فوتی‌ها نیز، کمتر از ۲۰ نفر بود، تا تاریخ ۱۰ فروردین، به ابتلای روزانه حدود ۳۰۰۰ نفر و فوتی روزانه حدود ۱۵۰ نفر انجامید.[1] اما خوشبختانه با اجرای طرح قرنطینه خانگی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی توسط بخش قابل توجهی از افراد جامعه، از این تاریخ به بعد، روند افزایشی ابتلا به ویروس کرونا و مرگ‌ومیر ناشی از آن، متوقف گردید و آمارهای اعلام شده، روند نزولی به خود گرفتند و این روند کاهشی، تا نیمه اردیبهشت ۱۳۹۹ ادامه یافت. اما مجدداً و با اتمام موج اول شیوع ویروس کرونا، آمارها از ورود کشور، به موج دوم کرونا در خرداد ماه حکایت داشت.

به‌هر روی، با اجرای طرح قرنطینه خانگی، درصد قابل توجهی از افراد جامعه، نسبت به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و توصیۀ در خانه ماندن توجه نمودند و درصدی از افراد نیز، به‌دلایل متعددی این توصیه را جدی نگرفتند. این نکته قابل تأکید است که برای جلوگیری از تبدیل حوادث و سوانح بزرگ در سطح ملی و به‌ویژه اپیدمی‌ها به بحران و فاجعه‌های کاملاً فراگیر و پُردامنه، همکاری آحادِ اجتماع در رعایت اصول ایمنی (چه در پیشگیری و چه در مداخله)، در جلوگیری از پیچیده‌تر شدن اوضاع و افزوده شدن بر ابعادِ مسئله، بسیار اساسی است. بنابراین بررسی این امر (مسئله) که چرا برخی افراد جامعه برای خود و دیگران فاجعه‌آفرینی می‌کنند، موضوع بسیار بااهمیتی است. با نظر به مسئله مذکور، سؤال محوری در پژوهش پیش‌رو آن بوده است که «عوامل نادیده انگاشتن دستورالعمل‌های ایمنی در دوره یک ماهه قرنطینه خانگی چه بوده است»؟

1. https://www.tasnimnews.com/fa/news/1399/06/17/2343585

روش پژوهش

با توجه به ماهیت پدیده مورد بررسی، پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد، که با رویکرد کیفی و روش تحلیلِ مضمون، انجام شد. روش‌های کیفی بسیار متنوع و پیچیده هستند و تفاوت‌های بسیار جزئی و مختصری با هم دارند. برای کسب نتایج مفید و با معنا در تحقیقات کیفی، لازم است داده‌ها به‌صورت روشمند تحلیل شود و یکی از روش‌های کارآمد در این خصوص، تحلیل مضمون (Thematic analysis) است.

طبق تعریف براون و کلارک (Braun & Clarke) (۲۰۰۶ م)، تحلیل مضمون، روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است. این روش فرآیندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌های غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند. تحلیل مضمون، صرفاً روش تحلیل کیفی خاصی نیست، بلکه فرآیندی است که می‌تواند در بیشتر روش‌های کیفی به‌کار رود. (عابدی جعفری، تسلیمی، فقیهی و شیخ‌زاده، ۱۳۹۰: ۱۵۳)

گیون (Given) (۲۰۰۸ م)، تحلیل مضمون را، یک راهبرد تقلیل و تحلیل داده‌ها می‌داند که توسط آن، داده‌های کیفی تقسیم‌بندی، طبقه‌بندی، تلخیص و بازسازی می‌گردند. تحلیل مضمون اصولاً یک راهبرد توصیفی است که یافتن الگوها و مفاهیم مهم را از درون مجموعه‌داده‌های کیفی تسهیل می‌نماید. به‌زعم بویاتزیس (Boyatzis) (۱۹۹۸ م)، مضمون الگویی است که در داده‌ها یافت می‌شود و حداقل به توصیف و سازمان‌دهی مشاهدات و حداکثر به تفسیر جنبه‌هایی از پدیده می‌پردازد. (کمالی، ۱۳۹۷: ۱۹۱) بنابراین تحلیل مضمون، یک روش بنیادین برای تحلیل داده‌ها در تحقیقات کیفی است که دارای انعطاف‌پذیری زیادی بوده و هدف آن استخراج مضمون‌های ویژه از یک متن است. این روش، به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما توافق روشنی در مورد تحلیل موضوع و نحوه انجام آن وجود ندارد. (Braun & Clarke, 2006: 107)

بنابراین این مطالعه، با اتخاذ روش یاد شده، در صدد کشف، تبیین، تفسیر دیدگاه‌ها و تجارب مشارکت‌کنندگان درخصوص عوامل نادیده انگاشتن دستورالعمل‌های ایمنی صادره، درخصوص پیشگیری از شیوع گسترده کرونا، از سوی هم‌وطنان بوده است. لازم به یادآوری است که در مطالعه حاضر، درواقع ارزیابی افراد مشارکت‌کننده در مورد افرادی که دستورالعمل‌های ایمنی را نادیده می‌گیرند، بررسی گردید. پژوهش حاضر تقریباً هم‌زمان با اجرای قرنطینه خانگی در ایران دهه سوم اسفند ۱۳۹۸ تا دهه سوم فروردین ۱۳۹۹ انجام پذیرفت.[۱]

---

۱. کارگروه عفاف‌گرایی و تربیت جنسی وابسته به گروه تعلیم و تربیت اسلامی پژوهشکده مطالعات اسلامی

میدان این پژوهش دربردارنده تمامی افراد می‌باشد که از طریق فضای مجازی به لینک پرسش‌نامه دسترسی یافتند. پرسش‌نامه توسط ۲۳۶ نفر تکمیل گردید که ۲۲۲ مورد آن مورد استفاده قرار گرفت و مابقی به دلایلی ازجمله نقص در پاسخ‌دهی و تکراری بودن، کنار گذاشته شد. از مجموع ۲۲۲ مشارکت‌کننده، ۱۳۵ نفر خانم (۶۰.۸۱٪)، ۸۵ نفر آقا (۳۸.۲۸٪) و ۲ نفر اطلاعاتی ارائه نکرده بودند. همچنین ۷۵ نفر از مشارکت‌کنندگان مجرد (۳۳.۷۸٪)، ۱۴۴ نفر (۶۴.۸۶٪) متأهل و ۳ نفر از ارائه اطلاعات خودداری نموده بودند. ۸ نفر (۳.۶۰٪) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۱۳ نفر (۵.۸۵٪) دیپلم، ۵ نفر (۲.۲۵٪) کاردانی، ۸۰ نفر (۳۶.۰۳٪) کارشناسی، ۷۱ نفر (۳۱.۹۸٪) کارشناسی ارشد، ۳۶ نفر (۱۶.۲۱٪) دکتری، ۳ نفر (۱.۳۵٪) فوق دکتری و ۶ نفر اطلاعاتی ارائه نکرده بودند. بازه سنی مشارکت‌کنندگان نیز، بین ۱۶ تا ۶۷ سال بود. تعداد ۸ نفر (۳.۶۰٪) از مشارکت‌کنندگان زیر ۲۰ سال، ۷۴ نفر (۳۳.۳۳٪) بین ۲۹ – ۲۰ سال، ۶۹ نفر (۳۱.۰۸٪) بین ۳۹ ـ ۳۰ سال، ۳۹ نفر (۱۷.۵۶٪) بین ۴۹ ـ ۴۰ سال، ۲۸ نفر (۱۲.۶۱٪) بین ۵۹ ـ ۵۰ سال، ۱ نفر (۰.۴۵٪) ۶۰ سال به بالا و ۳ نفر نیز اطلاعاتی در این خصوص درج ننموده بودند. درخصوص شغل نیز، ۴ نفر (۱.۸۰٪) از مشارکت‌کنندگان محصل، ۴۱ نفر (۱۸.۴۶٪) دانشجو، ۱۶ نفر (۷.۲۰٪) کارمند، ۴۶ نفر (۲۰.۷۲٪) معلم، مربی و فرهنگی، ۴ نفر (۱.۸۰٪) مشاور و روان‌شناس، ۲۳ نفر (۱۰.۳۶٪) مدرس و استاد دانشگاه، ۹ نفر (۴.۰۵٪) حوزوی و مبلّغ، ۵ نفر (۲.۲۵٪) پژوهشگر، ۵ نفر (۲.۲۵٪) رسانه، خبر و هنر، ۲۳ نفر (۱۰.۳۶٪) خانه‌دار، ۱۲ نفر (۵.۴۰٪) شغل آزاد، ۷ نفر (۳.۱۵٪) بازنشسته، ۶ نفر (۲.۷۰٪) سایر مشاغل، ۴ نفر (۱.۸۰٪) بیکار و ۱۷ نفر نیز وضعیت شغلی خود را اعلام نکرده بودند. ۱۷۳ نفر (۷۷.۹۲٪) از

دانشگاه فردوسی مشهد، از بدو تأسیس در سال ۱۳۹۰، کارگروهی (https://eitaa.com/umefafgaraei) کاملاً تخصصی بوده است که فقط در زمینه یادشده فعالیت داشته است. در مسئله کرونا، با نظر به فرمان مقام معظم رهبری در مورد تلقی فعالیت در زمینه مقابله با کرونا، به‌عنوان رزمایش ملی، بر این کارگروه فرض گردید که گامی هرچند کوچک در راستای مقابله با این بحران بهداشتی و اجتماعی در ایران عزیز بردارد. لذا با تشکیل «کارگروه ویژه مقابله با بحران کرونا»، اقداماتی صورت پذیرفت. در این راستا هفت پادکست حدوداً یک دقیقه‌ای، درخصوص «ایمنی و پندارهای نادرست» و سه پادکست با عنوان «کرونا چیست»؟ و همچنین کلیپی کودکانه با عنوان «راه شکست کرونا»، تهیه و با همکاری روابط عمومی دانشگاه، در صدای مرکز خراسان رضوی و فضاهای مجازی منتشر گردید.

مطالعه حاضر تحت‌عنوان «عوامل نادیده انگاشتن دستورالعمل‌های ایمنی در دوره قرنطینه خانگی» و مطالعات دیگری با عنوان «تجربه مردم از زیست در بحران: کرونا از واکنش دیرهنگام تا تصمیم درست و اجرای ضعیف بحران» و «دو رویه تعامل ایرانیان با کرونا و قرنطینه خانگی»، بخش‌های دیگری از این دست فعالیت‌ها بوده است. علاوه بر آن، امکانات این کارگروه، در اختیار «کارگروه عمومی‌سازی راه‌کارهای روان‌شناختی پیشگیرانه مقابله با کرونا دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد» در ارائه و اجرای طرح‌هایی ازجمله «تحلیل محتوای پیام‌های مردمی تلفن ۱۹۱ به تفکیک مناطق به منظور ارائه راه‌کارهای بهینه‌سازی اطلاع‌رسانی مرتبط با بیماری کرونا»، «حساس‌سازی مردم نسبت به عواقب بیماری کرونا و لزوم رعایت ایمنی« و «معنویت پساکرونایی» نیز قرار گرفت. برخی از این اقدامات و فعالیت‌ها اکنون نیز ادامه دارد.

مشارکت‌کنندگان ساکن استان خراسان رضوی[1] بودند که ۱۲۸ نفر (۵۷.۶۵٪) ایشان از شهر مقدس مشهد بودند. ۳۷ نفر (۱۶.۶۶٪) نیز از سایر استان‌ها[2] بودند و همچنین ۱۲ نفر، شهر محل سکونت خود را قید ننموده بودند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه بازپاسخ، بر اساس روش تحلیل مضمون انجام گرفت. بدین‌ترتیب پس از دریافتِ فرم پرسش‌نامه‌ها، پاسخ‌های نگاشته‌شده مطالعه و با توجه به محتوای هر خط و گاهی هر چند خط، یک و یا چند کد (Code) شکل گرفت و نزدیک‌ترین کد، به کوچک‌ترین جزء با معنا هر عبارتی که مشارکت‌کنندگان ذکر کرده بودند، اختصاص داده شد. با اتمام این مرحله که فرآیندی تحلیلی است، در مجموع ۲۷۶ کد شناسایی و نام‌گذاری شد.

در ادامه و در مرحله بعدی تحلیل، کدهایی که از لحاظ ماهیت به‌هم نزدیک، یا از لحاظ معنا با یکدیگر مرتبط بودند، ذیل کدهای انتزاعی‌تری که مفهوم (Concept) نامیده می‌شوند، قرار گرفتند. در این مرحله جهت دستیابی به یک محور مشترک، تلاش گردید تا کدهای ایجاد شده در مرحله قبل، در قالب ۱۵ مفهوم، طبقه‌بندی گردند. بدین‌ترتیب با ایجاد مجموعه‌ای از مفاهیم، زمینه برای یکپارچه کردن اطلاعات و ورود به مرحله بعدی مهیا شد. با مشخص شدن مفاهیم، فراگرد ساخت مضمون (Theme) با رفت‌وبرگشت مستمر بین داده‌ها و بررسی، دسته‌بندی و تحلیل مفاهیم موجود، آغاز گردید و مفاهیم به‌دست آمده ذیل هفت مضمون جای داده شدند که قدری انتزاعی‌تر از کدها و مفاهیم ایجاد شده در مراحل قبل بودند. در نهایت مضامین به‌دست آمده در قالب دو محور فردی (درونی) و اجتماعی (بیرونی) گنجانده شدند.

در ضمن این توضیح ضروری است که برای این بخش مطالعه، از سه سؤال که مربوط به بررسی عوامل عدم توجه به رعایت دستورالعمل‌های ایمنی بود، با ترکیب زیر استفاده شد:

۱. «فکر می‌کنید چرا برخی توجه نمی‌کنند»؟؛

۲. «چه توجیهاتی را بیان می‌کنند»؟؛

۳. «ارزیابی شما چیست»؟

به‌دلیل فراوانی زیاد کدهای استخراج‌شده (۲۷۶ مورد) از ذکر آنها خودداری گردید. در ادامه، مفاهیم به‌دست آمده به‌همراه گزیده‌ای از اظهارات مشارکت‌کنندگان ارائه شده است.

---

۱. به ترتیب تعداد مشارکت‌کنندگان: فریمان، تربت‌جام، نیشابور، قوچان، درود، کلات، صالح‌آباد، سرخس، سفیدسنگ، چناران، درگز، سبزوار، گناباد، گلبهار و فرهادگرد.

۲. به ترتیب تعداد مشارکت‌کنندگان: تهران، اصفهان، قم، آذربایجان شرقی، یزد، خراسان شمالی، خراسان جنوبی، گیلان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، سمنان، فارس، لرستان، سیستان و بلوچستان و همچنین کشور افغانستان.

۱. خودمحوری و عدم مسئولیت‌پذیری اجتماعی

یکی از عوامل مورد توجهٔ مشارکت‌کنندگان، ویژگی «خودمحوری و عدم مسئولیت‌پذیری اجتماعی» برخی از افراد جامعه بیان شده بود. با عبارت‌هایی نظیر: «عمده علت، حس بی‌تفاوتی و عدم درک نسبت به این است که همه یک جامعه هستیم و تصمیمات و رفتارمان بر سرنوشت هم تأثیر می‌گذارد»؛ «سهم و نقش دگرخواهی برایشان کم‌رنگ است»؛ «حس خودخواهی و بی‌توجهی دارند»؛ «به‌دلیل خودخواهی و خود را تافته جدا بافته دیدن»؛ «به جهت بیگانگی و عدم احساس مسئولیت‌پذیری اجتماعی»؛ «برخی خود را برتر و بالاتر از سایرین می‌بینند و بر این عقیده هستند که خدا ما را دوست دارد و محافظ ما است»؛ «معتقدند به من ربطی ندارد و اگر جایگاه افراد دیگر برای ما قابل احترام بود، اکنون در غیبت به‌سر نمی‌بردیم»؛ «بی‌مسئولیتی و بی‌تعهدی نسبت به سلامت دیگران»؛ «در این افراد احساس مسئولیت وجود ندارد و نسبت به شیوع و پخش ویروس بی‌توجه هستند»؛ «به‌دلیل خودپسندی و غرور»؛ «متأسفانه مولتی میلیاردهایی هستند که هنوز غرق در افکار پوچ خود هستند و فکر می‌کنند چون پولدارند و بهترین تغذیه را دارند مقاوم‌ترند و راحت پلاک می‌خرند و نصب می‌کنند و می‌روند شهرهای مختلف برای تفریح»؛ «به دلیل لجاجت»؛ «خودشان را از مردم نمی‌دانند و تصور می‌کنند در سرایت و گسترش این بیماری نقشی ندارند»؛ «حس نوع‌دوستی پایینی دارند»؛ «عده‌ای سخت به دنیا چسبیده‌اند. انسانیت و انصاف هم برای عده‌ای دیگر کم‌رنگ شده و همه به منافع خود فکر می‌کنند»؛ «تعدادی از افراد جامعه ما که کم هم نیستند، قانون‌پذیر نیستند و با توجه به این‌که برای مسائل کوچک از کودکی جریمه‌ای در نظر گرفته نمی‌شود و آموزش‌های کودکی تماماً افراد را به سمت خودخواهی و تأمین منافع خود پیش می‌برد (مثل تمام بازی‌های کودکی که همیشه یک نفر باید برنده شود) نمی‌توان انتظار داشت که این فرد در بزرگسالی قانون‌پذیر شود و در تصمیم‌گیری‌ها منافع جمع را در نظر بگیرد»؛ «مردم باید تا حد زیادی متحد باشند که متأسفانه عده‌ای این موضوع را نادیده گرفتند»؛ «برخی کلاً روحیه اطاعت‌پذیری و رعایت‌های اجتماعی را ندارند»؛ «هوش اجتماعی پایین است»؛ «شعور اجتماعی برخی افراد کافی نیست»؛ «برای جلوگیری از رفت و آمدهای غیرضروری، باید قوانین و سخت‌گیری بیشتری وضع کنند. چون برای برخی‌ها فقط باید اجبار و قانون باشد».

۲. تمایل به کسب لذت و خوشگذرانی

تمایل به کسب لذت و خوشگذرانی نیز، عامل دیگری در جهت نادیده انگاشتن دستورالعمل‌های ایمنی در دوره قرنطینه خانگی بود که با عبارت‌های مختلفی مورد اشاره قرار

گرفت: «برخی تحمل سختی‌ها را ندارند و اساساً دنبال خوشی هستند»؛ «به‌دلیل استفاده از برخی لذت‌ها و ادامه عادت‌های گذشته زندگی»؛ «بعضی از افراد در زندگی عادی خود فقط خویشتن را می‌بینند و تنها به فکر خوشگذرانی هستند»؛ «مردم برای فرار از کرونا، روزهای تعطیلی، هر روز در مناطق زیبا و پر آب و علف، به تفریح و مطالعه و بازی‌های گرگم به هوا، قایم باشک، هفت‌سنگ و کریکت که ورزش محلی ماست مشغول هستند»؛ «اشتیاق به خروج از قرنطینه در آنها وجود دارد»؛ «لبریزشدن صبر ناشی از تخلیه هیجان‌های درونی»؛ «چون یا خوش خیالند یا خیلی مثبت فکر می‌کنند»؛ «می‌گویند جایی نمی‌رویم که کسی بیمار باشد»؛ «ضعف تفکر عقلانی و منطقی، به‌خصوص در سنین بالا که دیگران را مجبور به پیروی از امیال و نفسانیت خود می‌کنند»؛ «معتقدند اهمیت ندارد، به قول خواهر شوهرم آخرش که روزی می‌میریم؛ او روز اول عید من را بوسید»؛ «برخی می‌گویند دَم غنیمت است»؛ «می‌گویند ما اعتقادی به این حرف‌ها نداریم»؛ «راحت‌طلبی»؛ «بی‌خیال بودن»؛ «غفلت از برخی واقعیت‌های زندگی»؛ «به‌دلیل جوانی و مستی بی‌توجه‌اند»؛ «سهل‌انگاری و توجه به شهوات».

۳. مسائل روحی و روانی

عوامل روحی و روانی نیز از پاسخ‌های پرتکرار این پژوهش بود. مشارکت‌کنندگان ضمن با اهمیت دانستن مسائل مربوط به روح و روان افراد جامعه، برخی از دلایل بی‌توجهی و نادیده انگاشتن دستورالعمل‌ها را، به این موضوع مرتبط نمودند. آنها اظهار نمودند: «روح خیلی‌ها مرده است و مسئله مهم ما هنوز، چگونگی دست شستن بقیه است. کاش کسی به فکر روحیه ما هم بود»؛ «قرنطینه را رعایت می‌کردم، اما قول نمی‌دهم از این به بعد توجه کنم؛ چون سلامت روحیه‌ام در اولویت قرار دارد»؛ «دلمون پوسید از بس تو خونه موندیم»؛ «معتقدند ماندن در خانه خسته‌کننده است»؛ «خانه‌نشین شدن دل ما را گرفته است»؛ «می‌گویند تنهایی و بی‌حوصلگی اذیت‌مون می‌کنه»؛ «به‌دلیل ترس از تنهایی نمی‌توانند در خانه قرنطینه شوند و عادت ندارند و برایشان سخت است»؛ «نداشتن سلامت روان»؛ «حوصله‌شون از قرنطینه خانگی سر می‌ره»؛ «از ماندن در خانه خسته شدند»؛ «تحمل خانه را ندارند و فقط می‌روند یک هوایی بخورند»؛ «شاید زندگی برای‌شان خیلی اهمیت نداشته باشد»؛ «شاید دیگر از زندگی بریده‌اند»؛ «شاید برای خود ارزش قائل نیستند»؛ «جان خود برایشان اهمیتی ندارد»؛ «گروهی که به‌شدت وابسته به برنامه‌های اجتماعی، تفریحی، دید و بازدیدها و سفر هستند و دلیل وابستگی ایشان نیز حس نیاز به دیده‌شدن، حضور در جمع یا دل‌بستگی‌های اختلال‌گونه به اعضای خانواده است، به‌طور ناخودآگاه مانع از پذیرش واقعیت می‌شوند. زیرا در صورت قبول آن، دچار محدودیت‌هایی خواهند شد که حتی تصورش برای ایشان وحشتناک است»؛ «در شاخص درک آن‌ها از شرایط، باید شک کرد».

۴. توهم خود ایمن پنداری

اظهار نظرات متعددی نشان می‌دهد که متأسفانه افرادی در جامعه وجود دارند که خود را از ابتلا به بیماری کرونا مبرّا دانسته و به نوعی، بیماری را مربوط به دیگران می‌دانند و بنابراین توجه و ایمنی لازم را ندارند. آنها این‌چنین اذعان نمودند: «به خاطر این است که فکر می‌کنند بیماری برای دیگران است نه ما»؛ «فکر می‌کنند نسبت به این ویروس حفاظت‌شده هستند»؛ «چون خطر و بیماری و مرگ را فقط برای دیگران می‌دانند و فکر نمی‌کنند برای خودشان هم اتفاق بیفتد»؛ «فکر می‌کنند بیماری سراغ آنها نخواهد آمد»؛ «چون فکر می‌کنند همه اتفاقات فقط برای بقیه رخ می‌دهد»؛ «چون فکر می‌کنند بقیه دچار می‌شوند و سراغ آنها نمی‌آید»؛ «مرگ را جدی نگرفته و آن را برای همسایه می‌پندارند»؛ «این‌که چرا بعضی نمی‌ترسند، شاید چون فکر می‌کنند مصون هستند و این اتفاقات فقط برای دیگران می‌افتد و توهم خودایمن‌انگاری دارند».

اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد، از توجیهات افراد سهل‌انگار در ایمنی و بهداشت مربوط به کرونا، استدلال به مواردی نظیر جوان و قوی بودن و یا نداشتن بیماری‌های مستعد ابتلا یا سالم بودن است. شاید یعنی این افراد معتقدند به این دلایل به بیماری مبتلا نخواهند شد. نمونه‌ای از عبارت‌ها این‌چنین ذکر شده است: «اکثراً فکر می‌کنند که این بیماری مثل یک سرماخوردگی ساده است و بدن ما قوی است و بیماری را رد می‌کند»؛ «برخی سن و سال و سلامت و گروه خونی و شغل و مرتبه خانوادگی خود را بهانه قرار می‌دهند»؛ «معتقدند بیماری برای کسانی است که ضعیف هستند»؛ «می‌گویند این ویروس افراد پیر را درگیر می‌کند و یا کسانی که بیماری زمینه‌ای دارند و ما این ویژگی‌ها را نداریم»؛ «معتقدند که کرونا یک بیماری فراگیر مانند بقیه بیماری‌هاست که مشکل اصلی‌اش با افراد مسن جامعه است»؛ «متأسفانه برخی افراد با جملاتی مانند سیستم ایمنی قوی دارم، بیماری زمینه‌ای مانند قند یا چربی یا... ندارم، می‌گویند دچار این ویروس نمی‌شوم»؛ «به‌بهانه جوانی و نیرومند بودن خود از قرنطینه خارج می‌شوند»؛ «به‌دلیل جوانی‌ام از کرونا نمی‌ترسم»؛ «می‌گویند بیمار نیستیم و بیمار نمی‌شویم؛ چون بیماری زمینه‌ای نداریم»؛ «اعتماد به نفس بی‌جا دارند».

۵. انکار ذهنی کرونا

طبق اذعان برخی مشارکت‌کنندگان، متأسفانه درصد محدودی از افراد جامعه، اساساً ویروس کرونا را باور ندارند؛ خطر آن را به‌شدت تقلیل می‌دهند؛ وجود آن را در جامعه انکار می‌نمایند و یا به قیاس مع‌الفارق آن با سایر سوانح و بیماری‌ها می‌پردازند. با عبارت‌هایی نظیر: «چنین ویروسی وجود ندارد و دروغ است»؛ «متأسفانه تعداد کمی از افراد، به برنامه‌های جمعی خود ادامه داده و

به سفر رفته‌اند و دیگران را نیز مورد تمسخر قرار می‌دهند»؛ «دوم عید رفتم بیرون برای خرید مایحتاج؛ وقتی دیدم دو تا گروه خانم که تعدادشون ۱۰ به بالا بود شروع به روبوسی کردند واقعاً قلبم درد گرفت. من ۴۰ روز بود که رنگ آفتاب رو ندیده بودم، اما این‌ها کاملاً بی‌خیال، عید رو طبق روال سابق به یکدیگر تبریک می‌گفتند»؛ «عده‌ای تلفات ناشی از کرونا را در مقایسه با مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات رانندگی و فشار خون و... کمتر می‌دانند»؛ «معتقدند آن‌قدر هم که می‌گویند ویروس خطرناک نیست»؛ «بلاهایی بدتر از این بوده، مثل وبا و طاعون که این سخت‌گیری‌ها را نداشته و ما توانسته‌ایم آنها را حل کنیم»؛ «می‌گویند ما که کرونا نداریم، دیگران را آلوده کنیم»؛ «توجیه آنها این است که ما سالم هستیم و علائمی هم نداریم».

۶. ضعف در ایمان و معادباوری

درصدی از مشارکت‌کنندگان، ایمان، تقوا، درجه اعتقادات و میزان تعهد به قیودات دینی را عاملی مهم در رعایت پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بهداشتی و ایمنی بیان نمودند. با عباراتی نظیر: «نداشتن ایمان و تقوا باعث کم‌توجهی است»؛ «برخی غفلت و نادانی‌شان، دیگر از حد گذشته و همه‌چیز را کتمان می‌کنند و دیگر به هیچ چیز باور ندارند»؛ «متأسفانه «بی‌بصیرتی» خصلت رایجی است و چیز جدیدی نیست! البته عمدتاً کسانی که تقوای بیشتری داشته‌اند، انتخاب‌ها و اقدامات‌شان هم در عرصه‌های مختلف، صحیح‌تر بوده است»؛ «برخی نه پایبند شرع هستند که حرف علمای دین را قبول کنند و نه پایبند قانون»؛ «دور شدن از قیودات دینی»؛ «عدم باور عمیق به حق‌الناس»؛ «برخی افراد مذهبی را می‌شناسم که با وجود تبعیت کلی از رهبری، موارد ایمنی را در سطح مطلوب رعایت نمی‌کنند که آزاردهنده است»؛ «بی‌توجهی برخی از افراد معتقدنما به هشدارها و دستورالعمل‌ها و نقض مسائل بهداشتی دیگران، ذیل عنوان توکل به خدا، جالب توجه است»؛ «آنها پایه اعتقادی ضعیفی دارند».

۷. برداشت غلط از قضا و قدر الهی

برخی اظهارات مشارکت‌کنندگان دال بر آن است که بعضی از نزدیکان این افراد، توکل بر خدا و غلبه خواست الهی بر همه چیز را، جوازی برای عمل نکردن به اصول ایمنی تلقی می‌کنند. عبارت‌های ذکر شده گویای این ادعا می‌باشد: «مرگ، دست خداوند است و اگر او نخواهد ما نمی‌میریم»؛ «حتی افرادی بی‌نماز و ملحد نیز معتقدند عمر دست خداست و ازاین‌رو که کرونا خطرش کشتن است، این جماعت معتقدند ما را نمی‌کشد تا خدا بخواهد پس زندگی خود را می‌کنیم»؛ «کرونا را اصلاً جدی نگرفتم و برایم اهمیتی نداشت. فقط بهداشت رو رعایت می‌کنم؛ چراکه معتقدم به اذن خدا برگی از درخت نمی‌افتد؛ پس اگر خدا خواست سالم می‌مانم و اگر نه

هم که، راضی‌ام به رضای او»؛ «بعضی‌ها بدون رعایت بهداشت و نکات ایمنی، در شهر چرخ می‌زنند و شعار می‌دهند که خدا مراقب و محافظ ماست»؛ «برخی افرادی که قرنطینه خانگی را رعایت نمی‌کنند، توجیه‌شان این است که همه چیز دست خداست و تا خدا نخواهد هیچ اتفاقی نمی‌افتد؛ چه ما رعایت کنیم چه رعایت نکنیم»؛ «اگر قرار باشد کرونا بگیریم، راه فراری نیست و این مسائل بهداشتی تنها ۲۰٪ پیشگیری می‌کند»؛ «معتقدند ویروس محترم کرونا، مأمور الهی بوده و رسالتی بر دوش دارد که وقتی مأموریتش تمام شود، ان‌شاءالله تشریف می‌برند»؛ «می‌گویند هر کس قرار است بگیرد می‌گیرد».

۸. عدم آگاهی و باور

از نظر مشارکت‌کنندگان، کد «عدم آگاهی و باور» یکی از پربسامدترین پاسخ‌ها و یکی از عوامل عمدهٔ مؤثر در نادیده انگاشتن دستورالعمل‌ها از سوی هم‌وطنان است که در قالب عبارت‌های ارائه شده کاملاً محسوس است: «چون آن‌دسته از افراد شناخت کافی نسبت به خطرناک بودن بیماری ندارند»؛ «عدم آگاهی از عواقب توجه نکردن به این موضوع است»؛ «کسانی که توجه نمی‌کنند علم کافی ندارند»؛ «فکر می‌کنم چون اخبار را دنبال نمی‌کنند و از آن مطلع نیستند»؛ «شاید متوجه اهمیت آن نیستند»؛ «نادانی و تحجر یکی از علل اصلی بی‌توجهی»؛ «ساده‌لوحی»؛ «سهل‌انگاری»؛ «عدم درک صحیح از شرایط بحران»؛ «آنها همان‌هایی هستند که برای خیلی از مسائل بی‌توجه هستند؛ چون تعقل نمی‌کنند و باید قوه تعقل‌شان را با مثال، مطلب علمی یا نمونه عینی بیدار کرد»؛ «شاید هنوز به این باور نرسیده‌اند که یک بیماری می‌تواند به‌صورت اپیدمی، همه‌گیر و فراگیر شود»؛ «افرادی که توجه نمی‌کنند، یا علم کافی ندارند یا نمی‌خواهند که باور کنند».

۹. ملموس نبودن خطر بیماری

اظهارات متعددی نشان‌دهنده آن است که برخی افراد، تنها وقتی به ایمنی و بهداشت اهمیت می‌دهند که از نزدیک و به‌طور کاملاً ملموس، مسئله برای‌شان عینی شود: «شاید کامل برای‌شان شفاف‌سازی نشده است»؛ «انسان تا وقتی مشکلات را لمس نکند، به آن کمتر توجه نشان می‌دهد»؛ «چون به‌طور عینی اثرات ویروس را در خودشان و نزدیکانشان ندیده‌اند، جدی نمی‌گیرند. برخی حتماً باید درگیر یک موضوع بشوند تا آن را به‌طور کامل درک کنند»؛ «در اطراف خود فرد مبتلا و یا فوت شده‌ای را ندارند»؛ «هر نوع توجیهی هم که داشته باشند، چنان‌چه در نزدیکان خود با مورد فوت شده یا مبتلا شده مواجه شوند، هرگز دیگر بر توجیه خود اصرار نخواهند کرد»؛ «چون فکرش را نمی‌کنند که شیوع این بیماری این‌قدر وحشتناک باشد.

اگر خودشان دچار تنگی نفس بشوند، صد در صد متوجه سختی آن می‌شوند»؛ «بیشتر کسانی که از نزدیک بیمارستان رفتند، می‌توانند درک کنند که اوضاع چه‌قدر وخیمه و چه‌قدر این سختی‌ها ارزش دارد»؛ «چون مبتلا نیستند، باور ندارند که خطر است»؛ «متأسفانه ما عادت کردیم که همه چیز را تجربه کنیم که گاهی به قیمت جان‌مان تمام می‌شود»؛ «بعضی از افراد به علت اینکه مرگ‌ومیر افراد را از نزدیک ندیدند، قضیه را جدی نگرفتند و رعایت نمی‌کنند»؛ «متأسفانه جدی نمی‌گیرند تا وقتی خدای ناکرده یکی در اطراف‌شان مبتلا شده و فوت کند»؛ «معتقدند کرونا مثل هزار تا بیماری خطرناک دیگه است که آدم ممکنه بگیره»؛ «یک عده تا نترسند رعایت نمی‌کنند».

۱۰. مسائل مربوط به عادات و فرهنگ مردم ایران

تعداد قابل توجهی از مشارکت‌کنندگان، مسئله عادات و فرهنگ افراد جامعه را با مصداق‌ها و اظهارات خود مورد تأکید قرار دادند: «یکی از دلایل، عادت‌های اجتماعی و مرام ایرانی‌ها و رفت‌وآمدها است»؛ «برخی مثل من، در شهر محل سکونت‌شان غریب هستند و چشم می‌کشیدند تا کی عید شود تا یک دیداری تازه کنند و چند روزی بروند سفر و دلتنگی‌هایشان کم شود. به آنها حق می‌دهم؛ هر چند که خودم نرفتم و در خانه ماندم»؛ «بسیاری از مردم ترک عادت‌های روتین برای‌شان دشوار است»؛ «ما مجبور بودیم بعد از فوت پدرم، کنار مادرم باشیم، با اینکه نگران آلودگی‌ها هم بودیم»؛ «ضعف تربیت‌های گذشته در مردم»؛ «برخی مردم ما نیز اصولاً تربیت درستی نشده‌اند»؛ «تثبیت و رسوب عادت‌های غلط و تلقی‌های نادرست از زندگی، از خود، از دیگران، از نظام اجتماعی، از هستی و از خداوند»؛ «کلاً ایرانی‌ها بی‌مبالات شده‌اند»؛ «در بسیاری موارد تعارفات و عادات و ناآگاهی‌ها باعث شد که صد در صد این مراعات صورت نگیرد»؛ «برخی به دلیل عادت در سبک زندگی قبلی و سخت بودن تغییر در روش زندگی، اصول ایمنی را انجام نمی‌دهند»؛ «فکر می‌کنم عدم توجه آنها، به فرهنگ و تربیت آن‌ها برمی‌گردد»؛ «ما و بهتر است بگویم فرهنگ جامعه ما در مواجه شدن با مسائل، جدی عمل نمی‌کنیم و شاید اگر از ابتدا معقولانه برخورد کنیم، اکثر مشکلات اصلاً بوجود نیایند»؛ «اثر تبلیغات سوءخرافی در اجتماع»؛ «فقر فرهنگی»؛ «مادی شدن افکار مردم ایران و شهوت مال‌اندوزی از هر راهی»؛ «معتقدند کار را که نمی‌شود تعطیل کرد»؛ «سطح پایین فرهنگ خانوادگی برخی افراد».

۱۱. مشکل اقتصادی مردم (وابستگی اشتغال و معیشت به خروج از خانه)

از دیگر عوامل عمده مورد توجه مشارکت‌کنندگان، عامل اقتصاد مردم بود. براساس این اظهارات، برخی افراد، به لحاظ ضرورت اقتصادی، واقعاً نمی‌توانستند در خانه بمانند و در این عامل، برخلاف عوامل دیگر، مشخص است که افراد پاسخ‌دهنده به شکنندگان قرنطینه خانگی

به‌دلیل اقتصادی، به اصطلاح «حق» می‌دهند. عبارت‌های بیان شده این ادعا را اثبات می‌نماید: «مسئله ضعف اقتصادی مردم جامعه، که تقریباً دو سوم جامعه را تشکیل می‌دهد، واقعاً قابل تأمل است. چون به این دلیل هم که شده، قرنطینه شدن اصلاً عملی نمی‌شود و شاید مطلوب هم نباشد»؛ «مردم باید احتیاجات خود را برطرف کنند»؛ «پدرم مجبور است به‌خاطر مشکلات مالی به سرکار برود و نمی‌تواند در خانه بماند»؛ «بخش بزرگی از این بی‌توجهی‌ها، در وهله اول ناشی از مشکلات اقتصادی مردم و طبیعتاً نیازمندی به آمدوشد در محیط است»؛ «این‌دسته از آدم‌ها شاید مجبورند برای ادامه معاش زندگی، بیرون بروند»؛ «واقعاً جای نگرانی وجود دارد. سر سفره قشر کم‌درآمد چه خبر است؟»؛ «با اولین خبر قرنطینه خانگی، اولین چیزی که به ذهنم رسید این بود که قشر کم درآمد چگونه در خانه بمانند؟»؛ «مردم به‌دلیل مشکلات مالی و به‌دلایل معیشتی و مادی از خانه خارج می‌شوند و در این قضیه، باید نیازهای مازلو را هم در نظر گرفت»؛ «کارگران روزمزد بندگان خدا از کجا بیاورند تا در خانه بخورند؟»؛ «برخی چاره‌ای ندارند و باید به‌دلیل وضعیت اقتصادی خود، در جامعه حضور داشته باشند»؛ «به‌دلیل اضطرار اقتصادی و شرایط بد اقتصادی بسیاری از خانواده‌های مستضعف»؛ «خروج از قرنطینه، به‌دلیل مشکلات مالی و اقتصادی ایجاد شده»؛ «بعضی به‌علت نیاز مالی جهت امرار معاش، به ناچار بایستی در بیرون از خانه فعالیت داشته باشند»؛ «برخی می‌گویند ما به نون شب‌مان هم نیاز داریم و مجبوریم بیرون برویم»؛ «برای اشخاصی که درآمد ثابت ندارند، محدودیت‌ها مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند»؛ «می‌گویند چون پول زیادی نداریم مجبوریم کم‌کم خرید کنیم و باید بیشتر بیرون برویم»؛ «درآمدم صفر شده همین. آدم بدون پول، چی داره برای از دست دادن؟».

۱۲. فقدان سیستم‌های حمایتی

به‌زعم مشارکت‌کنندگان، فقدان سیستم‌های حمایتی ازجمله مواردی به‌شمار می‌آید که خروج از منزل را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد: «کسی که در خانه بماند، چه ارگانی حمایتش می‌کند؟ واقعاً سیستم بیمه ما در این موارد کشک است!»؛ «اگر بخواهی در خانه بمانی و خانواده‌ات از گرسنگی بمیرند، همان بهتر که بروی بیرون»؛ «برخی از افراد تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند و دارای هیچ پس‌اندازی هم نیستند و به اجبار، توصیه قرنطینه خانگی را جدی نمی‌گیرند»؛ «متأسفانه دولت حمایت‌های لازم را برای قشر ضعیف اعمال نکرده است»؛ «برای اقشار آسیب‌پذیر، که باید برای نان شب‌شان هرروز کار کنند، هیچ تمهیداتی اندیشیده نشده است»؛ «چون حمایتی از طرف دولت واسه مشاغل نمی‌شه، پدرها و کلاً افراد شاغل مجبورند سرکار بروند که این می‌تونه خطرناک باشه»؛ «برخی از افراد کارگری ساده و یا دست‌فروشی خیابانی هستند که مایحتاج همسر و فرزندان‌شان را تأمین می‌کنند و فاقد هر نوع حمایت دولتی هستند»؛

«ای کاش دولت از تمامی اصناف که مشکل مالی دارند حمایت می‌کرد، که هیچ‌کس مجبور به کار در بیرون نبود»؛ «فقط تا زمان پایان عید نوروز خوب بود و بعد از آن مردم دوباره به خیابان‌ها آمدند و خیلی از مغازه‌ها به‌صورت مخفی کارشان را شروع کردند که البته من به آنها حق می‌دهم؛ چون باید هزینه‌های زندگی‌شان را پرداخت کنند و دولت باید اهمیت بیشتری به جامعه بدهد»؛ «عدم ایجاد شرایط لازم برای خانوارها از سوی دولت، تا در منزل بمانند و مجبور به خروج از قرنطینه نباشند»؛ «چون ۸۰٪ مردم به لحاظ تأمین مایحتاج زندگی بایستی فعالیت اقتصادی داشته باشند، با رکود مواجه شدند و می‌طلبید که دولت به حساب خانوارها مبلغ دو تا چهار میلیون واریز می‌کرد تا مردم در خانه‌هایشان می‌ماندند تا شاهد این سیر صعودی مبتلایان نباشیم»؛ «باید دولت تمام وام‌ها، چک‌ها و... را برای‌شان گره‌گشایی می‌کرد و خانواری یک واریزی مکفی پرداخت می‌کرد که مردم دغدغه هیچ چیزی را نداشته باشند»؛ «قرنطینه ضروری است، اما با توجه به توجیهات اقتصادی، این محدودیت‌ها اعمال نمی‌شود».

۱۳. عملکرد ضعیف دولت در مواجهه اولیه

عملکرد ضعیف دولت در مواجهه اولیه با ویروس کرونا نیز مورد تأکید برخی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. با عبارت‌هایی نظیر: «اگر دولت مرزها را در دو هفته آخر اسفند و تعطیلات عید قرنطینه کامل می‌کرد و به‌صورت استریلیزه بسته‌های معیشتی را به خانه‌های مردم می‌فرستاد و با توجه با اینکه دوره کمون این ویروس ۱۴ روز است، قطعاً همه جا طی این یک ماه پاک‌سازی شده بود»؛ «عدم اعتماد به دولتمردان باعث عدم رعایت افراد می‌شود»؛ «عدم اقتدار دولت در جلوگیری از قرنطینه‌شکنی»؛ «عدم‌قاطعیت در برخود با خاطیان در طرح فاصله‌گذاری اجتماعی»؛ «عدم برنامه مشخص دولت و تغییرات مکرر استراتژی»؛ «دستورها بیشتر از این‌که جنبه قهری داشته باشد، جنبه درخواست و خواهش دارد؛ با این توجیه که مردم ما از فرهنگ بالایی برخوردارند و خود رعایت می‌کنند؛ در صورتی‌که می‌دانیم چنین چیزی حداقل با این شدت صحت ندارد، نمونه آن هم سفرهای نوروزی است»؛ «قانون‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور، خود به قوانین احترام نمی‌گذارند و رعایت نمی‌کنند»؛ «دولت اول جدی برخورد نکرد و در ادامه هم منفعل بود؛ تا موقعی که احساس خطر بالا رفت»؛ «برخوردهای سلیقه‌ای انجام شد. به‌جای خیراندیشی براساس زیست‌بوم ایران، برنامه‌ها به‌صورت کورکورانه از اروپا و آمریکا اجرا شد»؛ «اینکه منتظر باشیم تا کشورهای اروپایی چه می‌کنند، بعد ما هم نسخه آن‌ها را پیاده کنیم، این یک خطای فاحش و نابخشودنی است»؛ «بیشتر اطلاع‌رسانی نادرست و عدم مدیریت صحیح نهادهای بالادستی، موجب شد که مردم رعایت نکنند. مثلاً اقوام به سفر رفتند با پرواز قیمت مناسب! و مساجد نیز چندین روز، علی‌رغم خطر برای شیوع کرونا، مورد استفاده بود»؛

«عدم اطلاع‌رسانی به موقع جهت قرنطینه»؛ «اطلاع‌رسانی و آموزش‌های عمومی باید زودتر و مؤثرتر انجام می‌شد»؛ «کاش مسئول اول خودشان جدی بگیرند تا مردم از آنها پیروی کنند».

۱۴. احساس تناقض در پیام‌های بهداشتی

متأسفانه عامل احساس تناقض در پیام‌های بهداشتی، با مشاهده برخی رفتارهای نادرست و تناقض‌گونه در سطوح مدیریتی بالای کشور، راجع به بحران کرونا، در برخی از افراد جامعه به‌وجود آمده است. در مورد مفهوم مذکور، نکته جالب توجهی وجود دارد و آن این است که، به‌نظر می‌رسد برخلاف موارد پیشین که عبارت‌ها تقریباً ناظر بر اعمال و رفتار اظهارنظرهای دیگران بود، این مورد مربوط به نقطه‌نظرات خود پاسخ‌دهندگان است که به‌عبارتی کاملاً با ادبیات و مکنونات شخص مشارکت‌کننده منطبق است. اظهاراتی نظیر: «با توصیه‌های ضد و نقیض و ناشناخته بودن این ویروس سردرگم شده‌ایم»؛ «اطلاعات پزشکان و به‌خصوص وزارت بهداشت، از ابتدا تاکنون خیلی ضد و نقیض بوده است. طب مدرن و طب سنتی می‌توانستند خیلی خوب در کنار هم باشند، ولی این اتفاق نیفتاد»؛ «خود دکترها هر روز یک چیز می‌گویند. یک روز می‌گویند ماسک نزنید. یک روز می‌گویند ماسک بزنید»؛ «یک زمان می‌گویند به‌دلیل کمبود ماسک، ماسک را فقط کسی که بیمار است بزند. بعد می‌گویند نخیر، نیم ساعت ویروسش در هواست و باید همیشه در محل‌های عمومی بزنید»؛ «اطلاعات وزارت بهداشت درباره این ویروس کافی نیست»؛ «اوایل ورود کرونا به کشور، مجموعه حاکمیت سعی در عادی جلوه دادن موضوع و تلقین عدم حساسیت آن برای مردم داشت که نمونه مصاحبه صداوسیما، از افرادی که قصد سفر به شمال را داشتند نیز گویای این مسئله بود. در این مصاحبه، افرادی بیان می‌کردند که خودتان گفتید که کرونا مثل یک سرماخوردگی معمولی است»؛ «تناقضات در صداوسیما که از یک طرف توصیه به در خانه ماندن می‌کند و از طرفی تبلیغ تخفیف فروشگاه رفاه و... هم مؤثر است».

۱۵. عدم تمهیدات گذران فراغت در منزل

به‌زعم برخی مشارکت‌کنندگان برای قرنطینه خانگی و در خانه ماندن نیاز به ایجاد شرایطی از سوی نهادهای مختلف دولتی ازجمله صداوسیما احساس شده است. عبارت‌های بیان شده ناظر به این موضوع می‌باشند: «مردم سرگرمی و آرامش لازم در خانه را ندارند»؛ «نداشتن تفریح و سرگرمی در منزل در این اوقات قرنطینه»؛ «برای پویش در خانه ماندن، دولت لازم است که بعضی سازوکارها را فراهم نماید»؛ «عدم تعریف ظرفیت‌های دیگر مانند استفاده بهینه و بهنگام از فضای مجازی و شبکه‌سازی‌ها»؛ «عدم برنامه‌های جامع وزارت علوم و عدم آمادگی در بحران‌ها برای آموزش و تدریس»؛ «اگر از شیوه‌های تشویق برای ماندن در قرنطینه استفاده

می‌شد، به مراتب از جریمه توقیف خودرو و... بهتر فایده داشت»؛ «اگر قرار قرنطینه است، باید تمام شرایط برای افراد یکسان باشد نه به‌صورت گزینشی»؛ «در زمان تعطیلی و با وجود فرصت یک ماهه‌ای که سپری شد، بهتر بود که زیرساخت‌های بهتر و جامع‌تر برای خرید و فروش اینترنتی فراهم شود»؛ «عدم فرهنگ‌سازی لازم در این خصوص».

جدول مفاهیم، مضامین و محورها

ردیف	مفاهیم	مضامین	محور
۱	خودمحوری و عدم مسئولیت‌پذیری اجتماعی	معضلات اخلاق اجتماعی	فردی (درونی)
۲	تمایل به کسب لذت و خوشگذرانی		
۳	مسائل روحی و روانی	مشکلات روان‌شناختی	
۴	توهم خود ایمن پنداری		
۵	انکار ذهنی کرونا		
۶	ضعف در ایمان و معادباوری	نقص ایمان	
۷	برداشت غلط از قضا و قدر الهی		
۸	عدم آگاهی و باور	نقص دانش و آموزش	
۹	ملموس نبودن خطر بیماری		
۱۰	مسائل مربوط به عادات و فرهنگ مردم ایران	مسائل فرهنگی	اجتماعی (بیرونی)
۱۱	مشکل اقتصادی مردم	اقتصادِ بیمار	
۱۲	فقدان سیستم‌های حمایتی		
۱۳	عملکرد ضعیف دولت در مواجهه اولیه	ضعف فرماندهی	
۱۴	احساس تناقض در پیام‌های بهداشتی		
۱۵	عدم تمهیدات گذران فراغت در منزل		

تفسیر یافته‌ها

برحسب سنت آکادمیک، در گزارش‌های مربوط به پژوهش‌های کیفی، کدها، مفاهیم و مضامینی ارائه و استخراج می‌شوند؛ در این پژوهش نیز از مجموع داده‌ها، ۲۷۶ کد، ۱۵ مفهوم و هفت مضمون در دو محور انتزاع شد. باید اذعان نمود که همه موارد مذکور، اجزای سیستمی به نام حیات اجتماعی مردم ما هستند که با یکدیگر کاملاً مرتبطند.

آیا می‌توان نیاز مبرم مالی بسیاری از آحاد اجتماع به‌ویژه افراد روزمزد را، خارج از ضعف‌های ساختاری ـ حاکمیتی، نظیر عدم پوشش بیمه‌ای، تورم، گرانی خارج از هر استانداردی و آمارهای

نادقیق از وضعیت معیشتی خانواده‌ها، تصور نمود؟

آیا ضعف در آگاه‌سازی مردم فارغ از مسائل انبوه اجتماعی ـ اقتصادی قابل تحلیل و بررسی است؟

آیا ضعف در تربیتِ افراد و بروز رفتارهای ضدایمنی، در خانواده و آموزش و پرورش و ساختارهای اجتماعی حاکم و حتی بی‌عدالتی‌های اجتماعی ریشه ندارد؟

آیا ضعف در اقتدار دولت، تناقض‌ها در اقوال دولتمردان و صداوسیما و عدم توجه کافی مسئولان در روزها و هفته‌های ابتدایی کرونا و در نتیجه شیوع وحشتناک اولیه، خود، حاصلِ عدم تربیتِ صحیح نیروی انسانی شاغل برای پست‌های حساس نیست؟

باید تصریح نمود هر مسئله اجتماعی، برهم کنش‌های عاملی پیچیدهٔ خاصِ خود را دارد و نباید انتزاعِ عوامل و متغیرهای تأثیرگذار، پژوهشگران و سیاست‌گذاران را از روابط پیچیدهٔ آن‌ها غافل کند. در راستای مطالب فوق ناظر بر پیچیدگی واقعیت‌های اجتماعی، یافته‌ها نشان داد که اگرچه مردم به‌شدت از افراد شکننده دوران قرنطینه خانگی، منزجر و عصبانی بوده‌اند؛ اما همین افراد به قشر نیازمند، حق داده‌اند که قرنطینه خانگی را بشکنند. واقعاً این سؤال اساسی مطرح است که به کدام دلیل منطقی، می‌توان از افراد روزمزد انتظار داشت که گرسنه، به‌همراه خانواده در منزل بمانند؟

براساس بخشی از یافته‌های این پژوهش، از تأثیراتِ تناقض در گفتار و رفتار دولت و صداوسیما در رفتار مردم، نباید غافل بود. از نظر مشارکت‌کنندگان، عدم هماهنگی در سطوح بالای دولت، در اوایل امر واقعاً آثار وحشتناکی به‌وجود آورد که در گفته‌های افراد کاملاً مشخص بود. این مطالعه اثبات کرد، اگرچه اراده تک‌تک افراد جامعه در سعادت و شقاوت آن جامعه مؤثر است، اما به‌ویژه در بحران‌ها، قدرت و وحدت فرماندهی و ساختارهای حاکم بر اجتماع، اهمیت بسیار اساسی دارد. باید پذیرفت مسئله کرونا بیش از آنکه یک بحران بهداشتی باشد، یک بحران اجتماعی بوده و هست. به‌نظر می‌رسد غفلت از نقش پدافند غیرعامل[1] در عدم انسجام اولیه کشور مؤثر بوده است.

یافته‌های این پژوهش کاملاً حاکی از آن است که با انجام تعارف و بدون کاربرد عنصر اقتدار و الزام، نمی‌توان با برخی بحران‌ها ـ به‌ویژه بحران‌هایی که رفتار تک‌تک آحاد اجتماع در تشدید آن مؤثرند ـ مقابله نمود. اصرار و تأکید دولت محترم به قرنطینه اختیاری نمی‌توانست و نتوانست راهبرد مؤثری برای جلوگیری از سرایت ویروس باشد.

این پژوهش نشان داد که همواره افرادی در جامعه وجود دارند که به لحاظ شخصیتی و خُلقی و شاید حاصل از مسائل و اختلالات ژنتیکی عمیق، دارای روحیات ضداجتماعی شدید و

۱. سازمان پدافند غیرعامل اساساً برای مداخله در این‌گونه بحران‌ها، تعریف شده است.

پندارهای خود ایمن پنداری و انکارهای ذهنی عمیق نسبت به واقعیت‌ها و بلایا هستند و حتی تظاهر به عدم رعایت ایمنی را نوعی شاهکار تلقی می‌کنند. نگارندگان حاضر به مانند بسیاری از مردم ایران، شاهد قلیلی از افراد اجتماع بوده و هستند که حتی به زور با افراد دیگر دست می‌دهند و روبوسی می‌کنند! چه برسد به رعایت‌های بیشتر!.

از سوی دیگر، متأسفانه تجارب عموم مردم ایران نشان می‌دهد که رفتارهای نادرست و نازیبا در بسیاری موارد با سرعت بیشتری شیوع می‌یابند و گویا مکانیسم «یادگیری اجتماعی» در عمل، بیشتر برای تقلید رفتار زشت، به کاربست دلخواه خود می‌رسد! تجارب بعد از دوران قرنطینه نشان داد که حتی برخی رعایت‌کنندگان دوران قرنطینهٔ خانگی، چقدر سریع و بدون تأمل، حافظه اجتماعی خود را در مسئله کرونا از دست دادند و از افراد بی‌مبالات تقلید کردند!

این امر به‌رغم آن است که سیاست‌های کشورهای موفق در مدیریت اپیدمی کرونا، معطوف به پیشگیری جدی از زنجیره انتقال بیماری، کاهش انتشار ویروس از طریق کاهش تماس و افزایش فاصله فیزیکی بین افراد مشکوک و سالم بوده است. اما به‌نظر می‌رسد در ایران ـ هرچند از طریق زیرساخت نظام شبکه، غربالگری بیماران به‌صورت خوداظهاری در حال انجام است ـ اما در بخش مدیریت بحران، موضوع ردیابی تماس‌ها و کنترل زنجیره انتقال بیماری، هنوز مغفول مانده است. (مسگرپور امیری، شمس و نصیری، ۱۳۹۹: ۱۱۳)

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی حاضر نشان داد که از تأثیرات فرهنگ مسلط جهانی و برخی رگه‌های فرهنگ ملی و چه فرهنگ دینی در رعایت و یا عدم رعایت دستورالعمل‌ها، نمی‌توان غفلت نمود. با نگاه جهانی باید اذعان داشت در دنیای سرمایه‌مدار کنونی، مصرف‌کنندگی جزئی لاینفک از هویت انسان است. از آن‌جایی‌که شأن مصرف‌کنندگی، هویت ما را می‌سازد و محصور شدن در خانه عملاً اجازه بروز این هویت را نمی‌دهد؛ عملاً قرنطینه اختیاری ممکن نیست. وقتی فرد در خانه محصور باشد، نمی‌تواند متقاضی کالا و تقاضاکننده باشد و همچنین نمی‌تواند تقاضا کردن خود را به افراد جامعه بنمایاند. (سلیمانی، ۱۳۹۹: ۲۱۸) بنابراین، افراد نوعی مقاومت در برابر قرنطینه‌های خانگی نشان می‌دهند.

از نقطه‌نظر فرهنگ ملی، به‌نظر می‌رسد برای برخی اقشار، انجام دید و بازدیدها و مراسم ملی، امری واجب و به‌اصطلاح از نماز و نان شب واجب‌تر است! و از نظر فرهنگ دینی نیز، مسئله خواست خدا و قضا و قدر الهی برای برخی ـ چه دین‌مدار و چه لاابالی! ـ ابزاری برای توجیه عدم رعایت بوده است. اگرچه برخی یافته‌های این مطالعه نشان داد حداقل، گروهی بوده‌اند که از سرِ رعایت شرع و عمل به واجبات دینی، در موضوع توجه به دستورالعمل‌های ایمنی، سخت کوشیده‌اند. اما همسو با یافته‌های این پژوهش، مطالعه سعیدی رضوانی، بینقی و سلطانی (۱۳۸۸) نیز نشان داد که استناد نادرست به قضا و قدر الهی، متأسفانه در بی‌توجهی به

علامت پیش‌لرزه و عدم خروج برخی شهروندان از منازل‌شان و در نتیجه کشته شدن حدود ۴۰۰۰۰ انسان در بم، مؤثر بود.

دیگر چالش آنکه، آیا واقعاً می‌توان انتظار داشت ملتی، بعد از وقوع یک بحران عظیم، به ناگاه مسئولت‌پذیر اجتماعی و قانون‌گرایی شوند؟! متأسفانه آنچه هرروز در کشورمان مشاهده می‌کنیم عدم توجه بخش قابل توجهی از مردم به مقررات و قوانین عرصه اجتماع نظیر مقررات ترافیک و قوانین مربوط به حجاب است. باید بپذیریم که گاهی حتی تحصیل‌کردگان جامعه ما، تنها در صورت احساسِ نظارت و کنترل شدید به قوانین سر می‌نهند. نمونه کاملاً ملموس و مشهود آن، انبوه بازیگران و حتی برخی اطبای این کشورند که در محیط‌های رسمی‌تر، حداقلِ حجاب را رعایت می‌کنند؛ اما در فضای مجازی و مطب خصوصی خود، تا حد امکان! از پوشش‌های کاملاً مخالف قانون استفاده می‌کنند. نمونه دیگر آن، عدم احترام و بلکه توهین به قانون، در رفتار برخی از سلبریتی‌ها و جناح منسوب به روشنفکری در این کشور است که به‌طور فزاینده به‌ویژه پس از دوران طلایی دفاع مقدس، انواع اهانت‌ها را در حوزه مقررات حجاب و عفاف انجام دادند و با جادوی رسانه، ملت ایران را به انواع هنجارشکنی و ایستادگی مقابل قانون و سرسپردگی به دشمنان ترغیب می‌نمایند. احترام به قانون به خاطر وجود پلیس، نه به‌دلیل احترام به ذاتِ حقوق اجتماعی، از همان دوران طفولیت، توسط خودِ ما به فرزندانِ ما آموزش داده می‌شود.[۱] افرادی که با امور اداری و مالی و نظام هزینه‌کرد کشورمان آشنا هستند به خوبی گواهند که در کشور ما، مدیر خوب و شجاع، مدیری است که بتواند برای منافع اجتماعی در خرج‌کردها، خلاف قانون عمل کند.

یافته‌های این مطالعه، حداقل این ره‌آورد را در برداشت که تنها با اتکاء به راه‌کار خوشنام آموزش و فرهنگ‌سازی، نمی‌توان به مقابله با مسائل اجتماعی به‌ویژه بحران‌ها برخاست.[۲]

---

۱. یادداشتی از نویسنده اول مقاله: دوست راننده‌ای داشتم که در سفر از تهران به مشهد همراهم بود. اینجانب پشت رول نشسته بودم و او من را نصیحت می‌کرد و می‌گفت: «وقتی خواستی سبقت بگیری، به اتومبیل روبه‌رو فکر نکن! به باریکی جاده نگاه نکن! به خط ممتد وسط جاده کاری نداشته باش! فقط مواظب پلیس باش!!». نصیحت دیگری را از قول یکی از دوستانم که اخیراً در مشهد ما اقامت افکنده است، عرض می‌کنم. «وقتی به مشهد آمدم به من گفتند: اگر می‌خواهی در بزرگراه‌ها به سرعت به مقصد برسی، حرکت از مسیر منتها اِلیه سمت راست، در اختیار توست!»

۲. این گزارهٔ اساسی، در طی چندین سال تلاش نگارندگان حاضر و سایر اعضای کارگروه عفاف‌گرایی و تربیت جنسی گروه پژوهشی تعلیم و تربیت اسلامی پژوهشکده مطالعات اسلامی در علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد متشکل از اعضای هیئت علمی، صاحب‌نظران و متخصصان امور تربیتی، مدیران و مسئولان آموزش و پرورش، روان‌شناسان و مشاوران، فعالان و کارشناسان فرهنگی در حوزه عفاف‌گرایی و تربیت جنسی که در آن به ارائه نظرات خود می‌پردازند، تبدیل به نوعی گفتمان تحت‌عنوان «تربیت حداکثری در امر جنسی» شد. بر این اساس در مدل مقابله با فساد جنسی، تلاش شد عوامل گوناگون و حاکمیتی، اقتصادی، اجتماعی، تربیتی و

از سوی دیگر، متأسفانه آموزش‌های رسانه‌ای (مربوط به کرونا) به‌علت اصرار بر پرهیز از ایجاد رُعب در آحاد مردم، از اثربخشی لازم برخوردار نبوده‌اند. جالب توجه آنکه طرحی با عنوان «حساس‌سازی مردم نسبت به عواقب بیماری کرونا» از سوی «کارگروه عمومی‌سازی راه‌کارهای روان‌شناختی پیشگیرانه مقابله با کرونا دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد»، مبنی بر ضرورت حساسیت‌زایی، به مسئولان امر پیشنهاد و با امضای پنج صاحب‌نظر روان‌شناسی ارائه شد و تصریح گردید در صورتی‌که راه‌حل رهایی از بحران، بیان روشن و رعب‌آور خطرات باشد، به‌منظور افزایش اثربخشی آموزش، این‌گونه مواجهه، مانعی نخواهد داشت و بلکه توصیه می‌شود و طرح مذکور، توسط ریاست محترم دانشگاه فردوسی مشهد، به استاندار محترم استان خراسان رضوی ارسال گردید؛ اما متأسفانه این طرح پیشنهادی مورد توجه واقع نشد.[1]

نهایتاً با نگاهی جامع به‌نظر می‌رسد، بحران‌های اجتماعی از عدم توجه به اپیدمی‌هایی نظیر کرونا گرفته تا اعتیاد و فساد جنسی و تجمل‌پرستی، اگرچه ماهیتاً تفاوت‌های بارزی دارند، اما به لحاظ مقوله‌بندی عوامل ایجاد و تشدید، اشتراک‌های زیادی دارند. به‌گونه‌ای که همه بحران‌ها کم‌وبیش ریشه در عدم توجه جدی جامعه به آموزش اثربخش و تربیت صحیح افراد، ساختارهای معیوب اجتماعی و اقتصادی، نیازهای برآورده نشده، تقلید از سبک‌های زندگی نامتناسب با فرهنگ اصیل ایرانی و اسلامی، وجود باندهای فاسد قدرت‌طلب و فزونی‌خواه، بی‌عدالتی‌ها در سطح اجتماع و محرومیت‌های شدید اقتصادی و... دارند.

با نگاهی کلان‌تر می‌توان چنین استنباط نمود که دو عنصر فرد و اجتماع، در سازندگی و تخریب زندگی سعادتمندانه انسان‌ها مؤثر است. بنابراین همچنان‌که در مطالعه حاضر نِمود یافته است، عوامل مقابله و همچنین فروکاستن از بحران‌های جوامع انسانی در درون انسان‌ها و در جامعه انسانی وجود دارد و با غفلت از یکی از آن دو، نمی‌توان چیزی را اصلاح نمود. بنابراین پیشنهادهای مطالعه حاضر موارد زیر است:

۱. شناسایی افراد دارای روحیات و شخصیت‌های ضداجتماعی و تلاش در راستای کاهش اختلالات شخصیتی و نیز کنترل رفتار ایشان؛

۲. تربیت صحیح و اصولی نسل نو در خانه و مدرسه و توجه به مدل‌های مربوط به کارکرد آموزش و پرورش در بحران‌ها؛[2]

آموزشی لحاظ شوند و ان‌شاءالله حاصل این تلاش‌ها در قالبِ کتاب ***چالش میان تربیت حداقلی و حداکثری در امر جنسی***، به‌زودی به جامعه علمی ارائه می‌شود.

۱. این طرح در «پیوست» ارائه شده است.

۲. نظیر پژوهش قادری، مهرام، سعیدی رضوانی، نوغانی دخت بهمنی و کرمی با عنوان «واکاوی نظریه‌های برنامه درسی بر مبنای طبقه‌بندی میلر به‌منظور شناسایی بستر نظری مناسب برای طراحی برنامه‌های درسی مبتنی بر

۳. طبقه‌بندی پندارهای فرهنگی نادرست درخصوص ایمنی در سطح جامعه و تلاش در راه اصلاح آنها؛[1]

۴. تلاش در جهت تقویت اوضاع اقتصادی به‌ویژه در جهت ثبات شغلی و امنیت‌پذیری مشاغل مختلف؛

۵. تحکیم ساختارهای مطلوب و اصلاح ساختارهای قانونی، تشکیلاتی و سیاسی مانعِ مقابله با بحران‌ها و مسائل خطیر فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی؛

۶. مشخص کردن پیشاپیش وضعیت فرماندهی بحران‌ها، به‌ویژه تثبیت جایگاه سازمان پدافند غیرعامل با توجه به انفعال کارکردی عجیب این سازمانِ مسئول در اداره بحران کرونا.

شکل عوامل نادیده انگاشتن دستورالعمل‌های ایمنی و قرنطینه خانگی منجر به تشدید بحران

پیوست: طرح: «حساس‌سازی مردم نسبت به عواقب بیماری کرونا»[2]

منظور از حساس‌سازی (Sensitization)، هم در فرهنگ لغت و هم در اصطلاح تخصصی آن عبارتند از: نوعی یادگیری که مبتنی بر تداعی نیست و در آن موجود زنده به‌دنبال تحریک

شرایط بحران» که در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت.

۱. هفت پندار ناصحیح در خصوص مسائل ایمنی و بهداشتی، به‌صورت پادکست، توسط کارگروه مقابله با بحران کرونا، در اسفند ۱۳۹۸ تهیه شده است که در سایت پژوهشکده مطالعات اسلامی در علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد بارگذاری شده است.

۲. دکتر سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی، دکتر محمدسعید عبدخدائی، دکتر محمود سعیدی رضوانی، دکتر مجید معینی‌زاده، دکتر حسین باقری.

بسیار شدید یا دردناک، وادار به پاسخ می‌شود. به‌عبارت دیگر، تأثیر فزاینده یک محرک فراخوان، در پی ارائه مکرر آن است. همان‌گونه که شواهد تجربی و نتایج مصاحبه‌های رسانه‌ها با مردم در روزهای اخیر نشان می‌دهد، چنین استنباط می‌شود که برخی مردم، بیماری واگیردار کرونا را جدی نگرفته و به‌تدریج تقریباً برای برخی، امری عادی شده است و بی‌توجه به مصوبات ستاد ملی مبارزه با کرونا، روانه خیابان‌ها و حتی سفر شده‌اند. البته دلایل مختلفی برای این عادی شدن وجود دارد که اهم آنها به شرح زیر است:

۱. کم اهمیت جلوه دادن این بیماری در همان روزهای اولیه شروع بیماری، توسط مسئولان نظام سلامت کشور در رسانه‌ها. مثلاً «این ویروس شبیه آنفولانزا است. درصد مرگ‌ومیر پائینی نسبت به سایر آنفولانزاها دارد. افراد مسن با پیش‌زمینه‌های بیماری را درگیر می‌کند و...» که البته این رویکرد در ابتدای شروع بحران، برای این‌که مردم دفعتاً دچار بحران، شوک، استرس و اضطراب نشوند، لازم بود؛ اما سبب گردید که اولاً بیشتر کودکان، نوجوانان و حتی افراد زیر ۴۰ سال مدعی شوند که ما به این بیماری مبتلا نمی‌شویم. ثانیاً بعضی از افراد با سن بالا هم معتقدند که ما هم چون بیماری زمینه‌ای خاصی نداریم یا مبتلا نمی‌شویم یا اگر هم شدیم درمان می‌شویم.

۲. بعضی از افراد هم که از لحاظ سطح فرهنگی پایین هستند و معمولاً این پیام‌ها و اطلاعات را جدی نمی‌گیرند.

۳. عده‌ای هم به‌دلیل لجاجت با نظام، با دستورات ایمنی مخالفت می‌کنند.

۴. گروهی هم که براساس برداشت نادرست و اعتقادات مذهبی، معتقدند بدون هیچ‌گونه رعایت نکات بهداشتی و پیشگیرانه، ان‌شاءالله بیمار نمی‌شویم، خدا کمک‌مان می‌کند و... .

۵. بخشی از مردم هم که به‌دلیل مشکلات اقتصادی، مجبور به بیرون رفتن هستند تا معیشت خود را بگذرانند و ...

با توجه به این شواهد تجربی، که نشان‌دهنده عادی شدن مردم نسبت به بیماری و جدی نگرفتن آن است، جهت حساس‌سازی مردم به نظر می‌رسد که هم‌زمان باید دو رویکرد زیر را اجرا کرد.

رویکرد اول: برخورد قاطع، سخت‌گیرانه، قرنطینه‌سازی و کنترل ورودی و خروجی‌های شهرها که چند روزی است شروع شده و امیدواریم با جدیت ادامه یابد.

رویکرد دوم: هم‌زمان با اجرای قرنطینه‌سازی، تغییر محتوای برنامه‌های اطلاع‌رسانی توسط رسانه‌های عمومی و رسمی از مثبت‌نگری به هشدار و ترس‌گونه. به‌نظر می‌رسد که با توجه به نظریه‌های حساس‌سازی و با رعایت اصول اثربخشی پیام‌ها در مخاطب، محتوای پیام‌ها از جنبه مثبت به محتوای منفی و رعب‌انگیز تغییر جهت دهد. این‌گونه پیام‌ها می‌تواند حساسیت مردم را نسبت به جدی گرفتن بیماری بالا برده و اجرای برنامه‌های مرتبط با قرنطینه‌سازی را تضمین

نماید؛ لذا چند مورد از این محتواها پیشنهاد می‌شود:

۱. پخش پُررنگ‌تر آمارهای روزانه مرگ‌ومیر ناشی از کرونا از صداوسیما به تفکیک استان، جنس، سن، با سابقه بیماری و بدون سابقه و تأکید بر این‌که چند نفر از متوفی‌ها در سنین غیرسالمندی و یا فاقد بیماری زمینه‌ای بوده‌اند که نتیجه آن، این تفکر را به مردم القا کنند که هر فردی ممکن است درگیر این بیماری شده و حتی تا مرگ هم پیش رود.

۲. تبدیل آمارهای خام به سرانه‌های جمعیتی به تفکیک استان، جنس، منطقه و... و پخش مداوم آن از رسانه‌های عمومی ملی و استانی که حساسیت مردم را در مناطق مختلف بالا برده و بدون این‌که عوارض منفی ایجاد کند، منجر به یک حالت رعب در مردم شود.

۳. مصاحبه با خانواده‌های افراد متوفی در اثر بیماری کرونا و نشان‌دادن مراسم حداقلی سوگواری این خانواده‌ها.

۴. مصاحبه با افراد مبتلا به بیماری که در آستانه تشدید بیماری و احیاناً مرگ قرار دارند و بلافاصله پخش علت و نحوه مبتلا شدن فرد به این بیماری.

۵. نشان دادن اثر فقدان و مرگ بیماران مبتلا در خانواده آنان و بیان جملاتی یا شرایطی که می‌توانست در صورت وجود شرایط، این وضعیت به‌وجود نمی‌آمد یا از بروز آن پیشگیری می‌شد.

۶. پخش صحنه‌های گریه و ناله بیماران در بیمارستان‌ها و خانواده‌های آنان.

۷. نشان دادن مراسم کفن‌ودفن متوفیان ناشی از کرونا، که در شرایط حداقلی انجام می‌شود؛ همراه با پیام‌های پیشگیرانه.

۸. گزارش مستمر از بیمارستان‌ها و نشان‌دادن صحنه‌های وخیم بیماران در بیمارستان‌ها و مراکز بستری و نگهداری آنان همراه با آمارهای روزانه و وخیم جلوه دادن روزهای در پیش‌رو، که اگر این آمارها متوقف یا کاهش نیابد، چه خواهد شد.

تذکر مهم ۱: البته در کنار این محتواها و برنامه‌ها، بیان نکات و محتواهایی که قابلیت پیشگیری از بروز این موارد را دارد، حتماً لازم است تا مردم متوجه شوند جلوگیری از موارد خطر، راه‌حل‌های ساده‌ای دارد که نباید به آن بی‌توجهی نمود.

تذکر مهم ۲: اولویت و تمرکز اجرای طرح در مناطقی است که عملاً به مسائل ایمنی بی‌اعتنایی می‌شود. نظیر بوستان‌ها، پارک‌ها، محل‌های تفریحی، فضاهای سرسبز بین‌شهری و درون برخی شهرها، بازارها و جاده‌های مواصلاتی. بنابراین در این مناطق باید با شدت بیشتری طرح اجرایی شود. حتی استفاده از پخش صدا توسط اتومبیل‌های سیار و بیلبوردهای حاوی عکس‌ها و فیلم‌های دارای محتوای کاملاً انذار دهنده در جاده‌ها، قابل توصیه است.

منابع

- احمدی، علی، ۱۳۹۹، «زمینه‌های انسانی بحران کرونا»، ***آزمون کرونا؛ دیدگاه‌ها و راهبردها (۱)***، تهران، دانشگاه امام صادق‌علیه‌السلام، ص ۱۳۷ – ۱۲۵.
- افراشته، سیما، یوسف علی‌محمدی و مجتبی سپندی، ۱۳۹۹، «نقش جداسازی، قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی در مهار اپیدمی کووید ـ ۱۹»، ***مجله طب نظامی***، دوره ۲۲، شماره ۲، ص ۲۱۱ ـ ۲۱۰.
- حمزه‌پور، مهدی، ۱۳۹۹، «مدل‌سازی نرم مسئله غیرساختارمند کرونا»، ***آزمون کرونا؛ دیدگاه‌ها و راهبردها (۱)***، تهران، دانشگاه امام صادق‌علیه‌السلام، ص ۳۳۹ – ۳۳۳.
- خدابخشی‌کولایی، آناهیتا، ۱۳۹۹، «زندگی در قرنطینه خانگی: واکاوی تجارب روان‌شناختی دانشجویان در همه‌گیری کووید ـ ۱۹»، ***مجله طب نظامی***، سال بیست و دوم، شماره ۲، پیاپی ۹۰، ص ۱۳۸ ـ ۱۳۰.
- درابک، توماس و جرالد هواتمر، ۱۳۸۳، ***مدیریت بحران: اصول و راهنمای عملی دولت‌های محلی***، ترجمه رضا پورخردمند، تهران، شرکت پردازش و برنامه‌ریزی شهری.
- ربیعی، علی و سمیرا سادات پورحسینی، ۱۳۹۳، ***مدیریت بحران؛ مفاهیم، الگوها و شیوه‌های برنامه‌ریزی در بحران‌های طبیعی***، تهران، تیسا.
- روشندل اربطانی، طاهره و سیاوش صلواتیان، ۱۳۸۹، «طراحی مدل نقش رسانه‌های جمعی در مدیریت مرحله پیش از بحران»، ***فصلنامه علوم مدیریت بحران***، سال پنجم، شماره ۱۷، ص ۱۱۱ ـ ۸۹
- سعیدی رضوانی، محمود، تقی بینقی و مریم سلطانی، ۱۳۸۸، «زلزله و برنامه‌ریزی آموزشی: تجربه‌های واقعه سال ۱۳۸۲ بم»، ***اولین همایش زلزله‌شناسی و ژئو دینامیک زلزله***، کرمان، ۱۳۸۸/۱۲/۲.
- سلیمانی، محمد، ۱۳۹۹، «مسئله هویت و ناکامی قرنطینه اختیاری»، ***آزمون کرونا؛ دیدگاه‌ها و راهبردها (۱)***، تهران، دانشگاه امام صادق‌علیه‌السلام، ص ۲۲۲ – ۲۱۷.
- شهیاد، شیما و محمدتقی محمدی، ۱۳۹۹، «آثار روان‌شناختی گسترش بیماری

کووید ـ ۱۹ بر وضیعت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری»، ***مجله طب نظامی***، سال بیست و دوم، شماره ۲، پیاپی ۹۰، ص ۱۹۲ ـ ۱۸٤.
- صبوریان، محسن، ۱۳۹۹، «کرونا و اعاده حیثیت از واقعیت اجتماعی»، ***آزمون کرونا؛ دیدگاه‌ها و راهبردها (۱)***، تهران، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، ص ۲۱۵ – ۲۰۹.
- صمدی‌پور، عزت و فاطمه قارداشی، ۱۳۹۹، «عوامل مؤثر بر درک خطر ایرانیان از بیماری کووید ـ ۱۹»، ***مجله طب نظامی***، دوره ۲۲، شماره ۲، ص ۱۲۹ ـ ۱۲۲.
- عابدی جعفری، حسن، محمدسعید تسلیمی، ابوالحسن فقیهی و محمد شیخ‌زاده، ۱۳۹۰، «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی»، ***اندیشه مدیریت راهبردی***، سال پنجم، دوره دوم، شماره پیاپی ۱۰، ص ۱۹۸ ـ ۱۵۱.
- عسگری، محمد و ابوالفضل قدمی، ریحانه امینایی، ریحانه رضازاده، ۱۳۹۹، «ابعاد روان‌شناختی بیماری کووید – ۱۹ و آسیب‌های روانی ناشی از آن: مطالعه مروری نظام‌مند»، ***فصلنامه روان‌شناسی تربیتی***، سال شانزدهم، شماره ٥٦، ص ۱۷۷ ـ ۱٦۷.
- علیزاده فرد، سوسن و مجید صفاری‌نیا، ۱۳۹۸، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و هم‌بستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا»، ***فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی***، پیاپی ۳۶، ص ۱٤۱ ـ ۱۲۹.
- قادری، سیدعلی؛ بهروز مهرام؛ محمود سعیدی رضوانی؛ محسن نوغانی دخت‌بهمنی و مرتضی کرمی، ۱۳۹۸، «واکاوی نظریه‌های برنامه درسی بر مبنای طبقه‌بندی میلر به‌منظور شناسایی بستر نظری مناسب برای طراحی برنامه‌های درسی مبتنی بر شرایط بحران»، ***نشریه نظریه و عمل در برنامه درسی***، سال هفتم، شماره ۱۳، ص ۲۹۸ – ۲٦۱.
- کاشانی، سکینه و علی بحرانی‌پور، ۱۳۹۸، «بیماری‌های مسری، نخستین چالش پزشکی در صنعت نفت ایران»، ***مجله طب سنتی اسلام و ایران***، شماره ۴، ص ٤٦ ـ ۳۷.
- کمالی، یحیی، ۱۳۹۷، «روش‌شناسی تحلیل مضمون و کاربرد آن در مطالعات سیاست‌گذاری عمومی»، ***فصلنامه علمی سیاستگذاری عمومی***، دوره ٤، شماره ۲، ص

۲۰۸ ـ ۱۸۹.
- مطهری‌نژاد، سید مجید، ۱۳۹۹، «بازخوانی جایگاه کرونا در فراگردهای فرهنگی، تمدنی و حکمرانی آینده»، ***آزمون کرونا؛ دیدگاه‌ها و راهبردها (۱)***، تهران، دانشگاه امام صادق‌علیه‌السلام، ص ۹۲ ـ ۵۹.
- مسگرپور امیری، محمد، لیدا شمس و طه نصیری، ۱۳۹۹، «شناسایی و دسته‌بندی ابعاد واکنش نظام سلامت ایران در مقابله با پاندمی کووید ـ ۱۹»، ***مجله طب نظامی***، سال بیست و دوم، شماره ۲، پیاپی ۹۰، ص ۱۱٤ ـ ۱۰۸.
- میرسمیعی، سید محسن و مرتضی چشمه‌نور، ۱۳۹۵، ***مدیریت بحران و مقابله با بلیات***، تهران، پشتیبان.
- میرسمیعی، سید محمد، کمال درخشانی و مرتضی چشمه‌نور، ۱۳۹۵، ***اصول و مبانی مدیریت بحران***، تهران، پشتیبان.
- Braun, V. and Clarke, V., 2006, "Using thematic analysis in psychol-ogy", ***Qualitative Research in Psychology***, 3 (2). p. 77-101. ISSN1478-0887 Available from: http: / / eprints.uwe.ac.uk / 11735.
- Parmet, Wendy E. & Sinha, Michael S., 2020, "Covid-19-The Law and Limits of Quarantine", ***The New England Journal of Medicine***.
- https: / / www.tasnimnews.com / fa / news / 2343585 / 17 / 06 / 1399.