



Women’s Narratives of Iranian Family’s Experience of Home Quarantine under Covid-19

Mohammad Taghi Karami Ghahi¹ | Tahereh Khazaei² | Parastoo Oujian³

1. Associate Professor of Women Studies, Allameh Tabataba’i University, Tehran, Iran, Email: mt.karami@yahoo.com
2. Assistant Professor, of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran, Email: tahereh.khazaei@ut.ac.ir
3. Department of Psychiatric Nursing and Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Email: p.oujian@sbmu.ac.ir

Article Info	ABSTRACT
<p>Article type: Research Article</p> <p>Article history: Received 28 June 2023 Received in revised form 20 September 2023 Accepted 20 September 2023 Published online 20 September 2023</p> <p>Keywords: family, medicine, Covid-19, home quarantine, Iran.</p>	<p>The chaos and rupture in everyday life caused by the corona virus and the home quarantine caused deep and intense changes in various realms of individual and public life. Taking the Covid-19 in its unique sociological sense as a window to understanding the social phenomena and taking the plurality and diversity of experiences into account, this article seeks to explore the experience of the Iranian family via the narratives of women. Applying a hermeneutic approach, we conduct content analysis to analyze the experience of the first home quarantine in 2020 of 23 married women aged 30 to 52 in two provinces of Tehran and Alborz, based on the data gathered using deep, semi-structured interviews. Formulating the meaning network of the Iranian family’s experience of dealing with the pandemic from a women’s perspective, we found four main meaning patterns: the feeling of abandonment and loneliness in the absence of the State; displacement and fusion of the family and the social everyday life spaces; women’s corporal devotion to home leading to the centralization of family; and the medical disempowerment in favor of family empowerment. Overall, findings show that dealing with the pandemic creates a rupture in the normal rhythm of life that exposes the individual to taking conscious actions, and while the disempowerment of the State, of stereotypes of the family, and of medication as a structure continue under the mortal pandemic, we witness the return of agency and the deconstruction of social and family life in a process of self-construction centered on family as a group.</p>

Cite this article: Karami Ghahi, M .T, Kazaei, T. & Oujian, P (2023) Women’s Narratives of Iranian Family’s Experience of Home Quarantine under Covid-19. *Sociological Review (Social Science Letter)*, 30 (1), 207- 228

DOI: <http://10.22059/JSR.2023.361250.1869>



روایت زنان از تجربه خانواده ایرانی از کرونا و قرنطینه خانگی^۱

محمدتقی کرمی قهی^۱ | طاهره خزایی^۲ | پرستو اوجیان

۱. دانشیار گروه مطالعات زنان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: mt.karami@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: tahereh.khazaei@ut.ac.ir

۳. استادیار گروه مدیریت و روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: p_oujian@sbmu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹</p> <p>کلیدواژه‌ها: خانواده، پزشکی، کرونا، قرنطینه خانگی، ایران.</p>	<p>تجربه کرونا و قرنطینه خانگی با به هم ریختگی و گسست در نظم زندگی روزمره، توانست تغییرات عمیق و گسترده‌ای در عرصه‌های گوناگون زندگی فردی و اجتماعی ایجاد کند. با ملاحظه کرونا به موقعیت جامعه‌شناختی منحصر به فرد برای فهم پدیده‌های اجتماعی و تاکید بر تنوع و تکثر تجربه، این پژوهش، به دنبال فهم تجربه خانواده ایرانی از خلال روایت‌های زنانه از این رخداد بود. از این رو، یافته‌های به دست آمده از گفت‌وگوهای عمیق نیم‌ساختاریافته با ۲۳ زن متأهل ۵۲-۳۰ ساله در دو استان تهران و البرز همزمان با اولین قرنطینه خانگی در سال ۱۳۹۹، با رویکرد تفسیری تفهیمی تحلیل مضمون شد. در صورت‌بندی شبکه معنایی خانواده ایرانی از رویارویی با این بیماری از منظر روایتی زنانه، چهار الگوی معنایی غالب، یعنی احساس رهاشدگی و بی‌پناهی خانواده در غیاب دولت؛ ازجاکندگی و درهم‌شدگی فضاهای زیست روزمره خانوادگی و اجتماعی؛ تعلق کالبدی به فضای خانه و مرکزیت‌یابی خانواده و در نهایت، اقتدارزدایی پزشکی به محوریت خانواده در آن بحران شناسایی و تحلیل شد. به‌طورکلی، رویارویی با بیماری با گسست در جریان عادی زندگی، فرد را در موقعیت کنش آگاهانه قرار داده و در حالی که در آن رخداد پاندمی کشنده، اقتدارزدایی از دولت، انگاره قالبی خانواده و پزشکی به مثابه ساختار تداوم می‌یابد؛ شاهد بازگشت کنش‌گر و ساخت‌شکنی از زیست خانوادگی و اجتماعی در فرایند ساخت خود و به محوریت خانواده به مثابه یک گروه هستیم.</p>

استناد: کرمی قهی، محمدتقی؛ خزایی، طاهره و اوجیان، پرستو (۱۴۰۲) روایت زنان از تجربه خانواده ایرانی از کرونا و قرنطینه خانگی؛ مطالعات جامعه‌شناختی (نامه علوم اجتماعی)، ۳۰ (۱)، ۲۰۷-۲۲۸.



© نویسندگان.

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.

DOI: <http://10.22059/JSR.2023.361250.1869>

^۱ این مقاله برگرفته از طرح پژوهش با عنوان « تجربه زیسته زنان در مواجهه با ویروس کرونا» متعلق به دانشگاه علامه طباطبائی است و بحری طرح آقای محمدتقی کرمی قهی می‌باشد.

۱. مقدمه و طرح مسأله

هر دوره تاریخی دارای بیماری و هر بیماری تاریخ اجتماعی خاص خود را دارد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵، ص. ۲۷). پاندمی کرونا یا کووید-۱۹ را شاید بتوان مهم‌ترین واقعه قرن ۲۱ به شمار آورد که زندگی افراد در سراسر جهان را در همه سطوح تحت تاثیر قرار داد. بیماری‌های واگیردار از منظر گستردگی و شیوع، تقسیم‌بندی‌های متفاوتی دارند و پاندمی^۱ گسترده‌ترین سطح شیوع یک بیماری واگیردار، یعنی سطح جهانی را دارا است. آخرین تجربه جهانی از بیماری‌های واگیر به آنفولانزای اسپانیایی باز می‌گردد که در سال ۱۹۱۸ و در ماه‌های آخر جنگ جهانی اول آغاز و با داشتن ۴ موج بیماری، بیش از دو سال به طول انجامید و ۲۰-۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان قربانی گرفت.^۲

در رویارویی با ناشناختگی بیماری کرونا، همه‌گیری و عدم دسترسی به واکسن و درمان و راه‌های انتقال آن، اقدامات پیشگیرانه و کنترلی در قالب «قرنطینه کردن»^۳ و ایجاد محدودیت حضور در حوزه‌های عمومی و نیمه عمومی، پرهیز از تماس‌های غیر ضروری و فاصله‌گذاری فیزیکی، از مهم‌ترین راهکارهای به‌کارگرفته شده بود که تغییراتی را در عملکردهای اساسی جامعه و افراد به همراه داشت. با تعریف قرنطینه خانگی به‌عنوان تنها روش پیشگیری از گسترش بیماری، در واقع، کالبد خانه و خانواده اصلی‌ترین نقطهٔ اتکاء دولت‌ها برای مقابله با بحران کرونا تعریف شد (Bessièrè et al, 2020). کرونا چالش‌های تجربه‌نشده و منحصر به فردی را برای افراد و خانواده‌ها ایجاد و متاثر از عوامل اجتماعی-اقتصادی، جمعیتی، نژادی و جغرافیایی، تاثیر نابرابری بر اقلیت‌ها و حاشیه‌ها گذارد و واقعیت شکاف و نابرابری‌های اجتماعی، نژادی، جنسیتی، سنی و طبقه‌ای را در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیش از پیش آشکار ساخت (CDC^۴ 2020; Price-Haywood et al. 2020; Roland, 2020)؛ به‌طوری‌که این تاثیر نابرابر بر اقلیت‌های قومی و نژادی تنها تا حدی توسط عوامل ساختاری قابل تبیین است (Rentsch et al. 2020; Van Bavel et al. 2020). فارغ از نشانه‌ها و علائم گوناگون، کرونا پدیده‌ای اجتماعی و دارای تعریف اجتماعی خاص خود است و از همین‌رو، در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون و نزد افراد متفاوت، می‌تواند به صورت‌های متفاوتی تجربه و فهم شود. در واقع، بحران کرونا فصل جدیدی از زندگی و تجربه‌های جدید را پیش‌روی افراد در جوامع گوناگون گشود. فارغ از تاثیرات ساختاری در سطوح سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی، کرونا تغییرات اجتماعی گسترده‌ای را در روابط میان افراد و نیز در ذهنیت افراد در رویارویی با جریان عادی زندگی روزمره ایجاد کرد. تجربه کرونا با گسست در جریان عادی و همیشگی زندگی هم، بستری برای تجربه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی جدید فراهم ساخت و هم دریچه‌ای جامعه‌شناختی رو به فهم پدیده‌ها و واقعیت‌های اجتماعی بدیهی انگاشته شده گشود.

فراگیری کرونا و ضرورت قرنطینه دو ویژگی بیماری کرونا است. اگرچه قرنطینه یک پدیده مرسوم در پزشکی پیشامدرن است، اما از آگاهی متاخر انسان مدرن در یک صد سال اخیر دور بوده است. در تعریف قرنطینه خانگی به‌عنوان مکانیسم کنترل بیماری، خانه به مهم‌ترین و محوری‌ترین فضای تجربه تبدیل شد. برجسته شدن فضای کالبدی خانه و اهمیت یافتن خانواده در قرنطینه خانگی در حالی قابل توجه است که با به‌هم ریختگی و درهم‌شدگی فضای زیست خانگی و اجتماعی، برخی از مناقشات میان از بین رفتن خانواده یا فقدان کارکردهای گذشته برای خانواده و اهمیت جدید آن در کانون توجه و پرسش قرار می‌گیرد. فرض این پژوهش آن است که هم‌زمان با بحران کرونا و قرنطینه خانگی، در غیاب یا تداوم فروپاشی اقتدار پیشینی نهادها و هنجارهای اجتماعی همچون دولت، انگاره قالبی خانواده و پزشکی، تجربه فرد در فرایند ساخت خود و به محوریت خانواده به‌مثابه گروه، ساخت‌شکنی از زیست

1. Pandemic

2. https://en.wikipedia.org/wiki/Spanish_flu

3. Quarantine

4. Center for Disease Control

خانوادگی و اجتماعی مبتنی بر نظم پیشاکروناوی است. بنابراین، این پژوهش هدف خود را فهم تجربه خانواده ایرانی در رویارویی با بیماری به‌واسطه مطالعه روایت‌های زنانه تعریف کرده است و به این پرسش پاسخ خواهد داد که تجربه خانواده ایرانی در رویارویی با بیماری کرونا و قرنطینه خانگی به روایت زنان چیست؟.

۲. مرور ادبیات تجربی

تجربه‌های کروناوی به محوریت خانواده موضوع پژوهش‌های داخلی و خارجی بسیاری بوده است. در دسته پژوهش‌های داخلی کرونا به‌عنوان عاملی تعریف می‌شود که بر زیست جنسی افراد در چارچوب خانواده و بیرون از آن^۱ و نیز، فهم از خود، روابط خانوادگی و خویشاوندی و نقش‌های جنسیتی در خانواده تاثیر گذاشته که با تجربه افزایش فشار ذهنی و روحی نزد افراد همراه بوده است (علوی‌پور رفسنجانی و همکاران، ۱۳۹۹). این در حالی است که تجربه تغییرات نقشی در خانواده^۲، افزایش فشارهای گوناگون اقتصادی و کار خانگی^۳ و نیز، افزایش انواع خشونت نسبت به زنان از سوی مردان^۴، بویژه خشونت کلامی (با تاکید بر خانواده‌های قشر ضعیف و متوسط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی و تحصیلات پایین مردان) (میرزایی و نظرزاده، ۱۳۹۹) ضرورت طرح ملی گفت‌وگوی خانواده با هدف کاهش پیامدهای قرنطینه خانگی و بویژه خشونت خانگی را به پیش کشید^۵. به‌طورکلی، با توجه به اهمیت و تاثیر تنوع و تکثر شکل‌های خانواده در رویارویی با بحران کرونا، تعامل و روابط گرم و صمیمانه در خانواده‌های طبقه بالا و مشکلات اقتصادی و خشونت‌های خانگی در خانواده‌های طبقه اقتصادی پایین و کم‌برخوردار جامعه^۶ مورد تاکید قرار گرفته است. در حالی که پیش از کرونا، خانه^۷ و فضای خانگی بیشتر به‌عنوان سرپناه/خوابگاه در نظر گرفته می‌شد؛ با اهمیت یافتن کالبد خانه^۸ و ضرورت قرنطینه خانگی، شکل جدیدی از فرهنگ مصرف ویدیویی کرونا محور برآمده است (حسینی، ۱۳۹۹) که با برجسته شدن اهمیت ارتباط صمیمانه و عاطفی در روابط متقابل افراد با یکدیگر و در مرتفع ساختن احساس اضطراب افراد در بحران کرونا خود را نشان می‌دهد^۹. همچنین، تغییر در سبک زندگی خانواده و الگوهای مصرف در خانواده، بویژه افزایش مصرف کالاهای فرهنگی دیداری و شنیداری (اسکندریان، ۱۳۹۹)؛ بازنگری و بازاندیشی در سبک زندگی و ظهور پنج سنخ سبک زندگی (سلامت‌محور، خانواده‌محور، رسانه‌محور، اجتماع‌محور، فرهنگ‌محور و فراغت‌محور) (تاج‌بخش، ۱۳۹۹)؛ تغییر در الگوهای ارتباطی درون خانوادگی در قالب سه سنخ (رضایت‌مدار یا توافق‌کننده، سهل‌انگار یا به‌حال خود واگذارنده و محافظتی) (ابراهیمی، ۱۳۹۹) و برآمدن سه گونه از خانواده در رویارویی با بحران کرونا (خانواده بازاندیش، انفعالی و تلفیقی) (علی‌آبادی، دانشور و قاسم‌پور، ۱۴۰۰) از تغییرات و تجربه‌های ایرانی در بحران کرونا، براساس پژوهش‌ها است.

1. <http://www.isa.org.ir/>(۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، منصوره موسوی، مناسبات جنسی و جنسیتی، منصوره موسوی، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، ۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴)
2. www.irma.ir/news/83745907/(۱۳۹۹ /۰۱ /۲۳، سایت خبرگزاری ایرنا، ۱۳۹۹ /۰۱ /۲۳)
3. <https://www.magiran.com/article/4029152>(۱۳۹۹ /۰۱ /۲۳، روزنامه شرق، شیرین احمدنیا، روزنامه شرق، ۱۳۹۹ /۰۱ /۲۳)
4. <http://www.isa.org.ir/>(۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، حسن امیدوار، چالش خشونت در قرنطینه خانگی، حسن امیدوار، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، ۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴)
5. <http://vaghayeostan.ir/>(۱۳۹۹ /۰۱ /۲۳، وقایع استان، طرح ملی گفت‌وگوی خانواده و بحران کرونا، سیامک زند رضوی، وقایع استان، ۱۳۹۹ /۰۱ /۲۳)
6. <http://www.isa.org.ir/>(۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، شیرین احمدنیا، شیرین احمدنیا، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، ۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴)
7. Home
8. House
9. <http://www.isa.org.ir/>(۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، حمزه نوذری، حمزه نوذری، سایت انجمن جامعه‌شناسی ایران، ۱۳۹۹ /۰۳ /۲۴)

در پژوهش‌های خارجی، با تاکید بر تنوع شرایط خانواده‌ها، تجربه ناملايمات نزد همه آن‌ها با درجات و به روش‌های مختلف تایید (Brock and Laifer, 2020) و سیاست‌های دولتی به دلیل عدم توجه به تنوع و تکثر خانواده و شرایط آن‌ها با تاکید بر قرنطینه خانگی و نادیده گرفتن پیامدهای آن بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر مورد انتقاد قرار گرفته است (Mendoza et al. 2021)؛ چرا که این سیاست‌ها با نادیده گرفتن نابرابری‌ها و تفاوت‌های اقتصادی و فرهنگی خانواده‌ها، به افزایش مرگ‌ومیر افراد در محله‌های حاشیه‌نشین و مهاجرنشین منتهی شده است (Bessière et al. 2020). تغییر در روابط اعضای خانواده (زن و شوهر و فرزندان) (Lee et al. 2020; Gilia, 2020; Lebow, 2020) و تجربه روابط همراه با تنش (Chin et al. 2020; Cluver et al. 2020)؛ افزایش خشونت خانگی (Humphreys, 2020; Usher et al. 2020; Lavergne et al. 2020) نقش‌های مراقبت سنتی (Power, 2020)؛ تعمیق نابرابری‌های جنسیتی در حوزه کار خانگی و افزایش فشار کار زنان (Ali and Ullah, 2020) در مدیریت وظایف مراقبتی از فرزندان و «فرسودگی همه‌گیر» (Hertz, Mattes and Shook, 2020)؛ تاکید بر تفاوت جنسیتی در نگرش و واکنش به پیامدهای مخاطره‌انگیز کووید-۱۹ برای خود و اطرافیان و تجربه رنج، ترس و اضطراب نزد زنان (بیش از مردان) (Umamaheswar and Tan, 2020) از مهم‌ترین نتایج به دست آمده در پژوهش‌های خارجی است.

در تمایز از دیگر پژوهش‌ها بویژه پژوهش‌های داخلی، این تحقیق در پارادایم تفسیری تفهیمی، تلاش خواهد کرد تا تجربه خانواده ایرانی را به روایت زنان در آن بحران پاندمی کرونا و تجربه قرنطینه خانگی از رویارویی با بیماری فهم کند. با تاکید بر تنوع و تکثر تجربه خانواده‌ها با توجه به تفاوت در موقعیت‌های تجربه، پژوهش پیش‌رو از صرف گونه‌شناسی از کنش و کنش‌گر فراتر رفته و با به کارگیری ابزار تحلیل مضمونی، به شناسایی الگوهای معنایی غالب در روایت‌های زنان از تجربه خانواده ایرانی در قرنطینه خانگی و بحران کرونا می‌پردازد.

۳. روش تحقیق

این پژوهش در پارادایم تفسیرگرایی تفهیمی صورت گرفته و بنابراین، افق فهم پدیده اجتماعی، فرد و فهم معنای واقعیت اجتماعی نزد او است. معرفت‌شناسی پژوهش برساخت‌گرایانه، روش تحقیق کیفی اساسی^۱ (Merriam, 2015: 46-48) و مصاحبه عمیق نیم‌ساختاریافته و تحلیل مضمون^۲، ابزار و روش گردآوری و تحلیل داده‌ها هستند. جمعیت مورد پژوهش به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و شامل ۲۳ زن متاهل ۵۲-۳۰ سال در دو استان تهران و البرز هستند که در سال ۱۳۹۹ و در زمان اولین قرنطینه خانگی مورد مصاحبه قرار گرفتند. به دلیل محدودیت‌های قرنطینه‌ای، گفت‌وگوها به صورت پرسش و پاسخ‌های شفاهی و در چارچوب راهنمای مصاحبه تنظیم شده بر اساس دو گروه از پرسش‌های زمینه‌ای و مضمونی، با برنامه واتس‌آپ انجام شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵-۵۰ دقیقه است. در نمونه‌گیری و انتخاب افراد مورد مصاحبه، حساسیت‌های نظری پژوهش مورد توجه قرار گرفت و بویژه تلاش شد زنانی که در مدیریت خانواده در بحران کرونا نقش بیشتری برعهده گرفته و تنش بیشتری تجربه کرده‌اند، مورد مصاحبه قرار گیرند. همچنین، بر اساس منطق نمونه‌گیری، در انتخاب افراد تنوع و تکثر مورد توجه قرار گرفت و تلاش شد با افرادی گفت‌وگو شود که علاوه بر داشتن غنای تجربه در بحران کرونا و قرنطینه خانگی، دارای ویژگی‌های سنی، ظاهری و تعلق طبقاتی متفاوت و متنوع باشند تا امکان انجام مطالعه‌ای عمیق و همه‌جانبه فراهم گردد. توجه به حداکثر گونه‌گونی در نمونه‌ها، این احتمال که یافته‌های پژوهشگر

1. Basic Qualitative Reaserch
2. Thematic Analysis

بازتاب‌دهنده تفاوت‌ها یا نگاه‌های متفاوت به یک پدیده باشد را افزایش می‌دهد که این امر یکی از هدف‌های آرمانی در پژوهش کیفی است (Creswell, 2012: 155). بنابر منطق نمونه‌گیری، رسیدن به اشباع نظری به معنای دریافت پاسخ‌ها و تفاسیر نزدیک بهم و مشابه از سوی افراد مورد مصاحبه در تجربه بحران کرونا و قرنطینه خانگی ملاک ادامه مرحله مصاحبه تعریف شد. در روش تحلیل مضمون، مصاحبه‌ها و روایت افراد با هدف شناسایی الگوهای معنایی غالب (Zokaei, 2020: 84) مورد مطالعه قرار گرفتند. در فرایند تحلیل مضمون، تکثر و تنوع معناها بر ساخت شده از پدیده اجتماعی توسط فرد به‌عنوان سوژه بازنمایش، در دیالکتیک میان ویژگی‌های فردی و شرایط اجتماعی و هنجارهای تاریخی و فرهنگی و در گفت‌وگو با پژوهشگر، در یک فرایند تعاملی و بازنمایشانه مورد توجه بوده (Blaikie, 2005: 153-154 & Creswell, 2012: 34-35) و در فرایند تحلیل و پژوهش، انتزاع و فهم ذات آن توسط محقق مورد تاکید قرار گرفته است.

۱. جدول مشخصات مصاحبه‌شوندگان

نام	سن	تحصیلات	شغل	تعداد فرزندان	شهر محل اقامت
۱ سیما	۳۶	لیسانس	خانه‌دار	۲	تهران
۲ مهری	۳۶	لیسانس	خانه‌دار	۱	دماوند
۳ فاطمه	۳۸	لیسانس	خانه‌دار (پخت شیرینی و کیک در خانه)	۱	تهران
۴ صبا	۳۶	لیسانس	خانه‌دار	۲	تهران
۵ هانیه	۵۲	فوق لیسانس	کارمند	۲	کرج
۶ فهیمه	۴۸	لیسانس	رئیس واحد مدیریت اطلاعات بیمارستان	۲	مهرشهر (البرز)
۷ ماهور	-	-	معلم	۲	کرج
۸ زینب	۴۴/بیوه	فوق لیسانس	آموزگار، مدرس دانشگاه	۲	تهران
۹ ثمره	۳۸	فوق لیسانس	کارمند	۱	کرج
۱۰ پریا	۳۰	لیسانس	خانه‌دار	۱	تهران
۱۱ شمیر سا	۳۸	دکتری داروسازی	داروساز	۱	کرج
۱۲ سحر	۳۶	لیسانس	خانه‌دار	۲	دماوند
۱۳ سوگل	۳۶	لیسانس	معلم، کارشناس محیط زیست	۱ فرزند + در حال حاضر باردار	کرج
۱۴ مینا	۳۵	لیسانس	کارشناس واحد IT	۲	تهران
۱۵ مهرانا	۳۸	فوق لیسانس	شغل سابق وکیل دادگستری (بعد از به دنیا آمدن فرزند خانه‌دار شده است)	۱	تهران
۱۶ آزاده	۴۰	کارشناسی	خانه‌دار	۲	تهران
۱۷ مهشاد	۴۰/مطلقه	کارشناسی ارشد	آموزگار	۱	تهران
۱۸ عسل	۴۱	کارشناسی	خانه‌دار	۲	مهرشهر (البرز)
۱۹ سهیلا	۲۹	کارشناسی	شاغل در شرکت خصوصی	-	رودهن
۲۰ مینو	۳۹	کارشناسی ارشد	پرستار	۲	تهران
۲۱ سمیرا	۳۷	کارشناسی	خانه‌دار	۱	کمال شهر (البرز)
۲۲ مژگان	۳۸	کارشناسی	آموزگار مدرسه غیرانتفاعی	۲	رودهن
۲۳ الهام	۳۷	کارشناسی	خانه‌دار	۲	رودهن

۴. یافته‌های پژوهش

در مطالعه روایت زنان از تجربه رویارویی خانواده ایرانی با بیماری در قرنطینه خانگی، چهار الگوی معنایی غالب با روش تحلیل مضمون شناخته شد که عبارتند از: احساس رهاشدگی و بی‌پناهی خانواده در غیاب دولت، ازجاکنندگی و درهم‌شدگی فضاهای زیست روزمره خانوادگی و اجتماعی، تعلق کالبدی به فضای خانه و مرکزیت‌یابی خانواده و اقتدارزدایی پزشکی به محوریت خانواده در آن بحران. این مضامین در ادامه نوشتار مورد بحث و گفت‌وگو قرار خواهد گرفت.

۲. جدول مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها

مضمون‌های اصلی	خرده مضمون‌ها
احساس رهاشدگی و بی‌سرپرستی خانواده در غیاب دولت	احساس تبعیض در دریافت حمایت‌های دولت، دوگانه حقوق‌بگیر/مردم عادی، فقدان حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، بی‌اعتمادی، فقدان دانش تخصصی مدیریت بحران نزد دولت
ازجاکنندگی و درهم‌شدگی فضاهای زیست روزمره خانوادگی و اجتماعی	تهی شدن محتوای زندگی از رخداد واقعیت، گسست جریان عادی زندگی، اصالت فضاها و روابط واقعی، محرومیت از ساحت‌های زندگی واقعی اجتماعی، زندگی در جزیره‌های جدا از هم، سرریز فضاهای زیست اجتماعی به خانه و خانواده
تعلق کالبدی به فضای خانه و مرکزیت‌یابی خانواده	پررنگ شدن روندها و فرایندهای زندگی خانوادگی، بازاندیشی و ساخت‌شکنی از خودبیگانگی
اقتدارزدایی پزشکی به محوریت خانواده در آن بحران	اقتدارزدایی از پزشکی در آن بحران، پزشکی عامیانه، توده‌ای شدن گفتمان پزشکی، مصرف انبوه گفتمان پزشکی، تضاد دوگانه طب سنتی اسلامی و پزشکی مدرن

۴-۱. احساس رهاشدگی و بی‌پناهی خانواده در غیاب دولت

دولت نهادی مدرن و ثمره مدرنیته است. نهاد مدرن دولت با داشتن تمامیتی کاملاً ساخته و پرداخته شده، تنها در صورت ادغام فرد امکان بهره‌مندی از مواهب و مزایای خود را به او می‌دهد. به عبارتی، از فرد انتظار می‌رود که با پیروی از مجموعه‌ای از سازوکارهای ویژه، تمامیت دولت مدرن را به رسمیت شناخته و در آن ادغام شود (فوکو ۱۳۸۹). البته دولت و جامعه مدرن فردگرا، در رویارویی با فرد دارای تناقضی درونی و بنیادی است؛ چرا که از فرد انتظار می‌رود تا با حذف همه مولفه‌های تحمیل شده از بیرون (سنت و دین به‌عنوان نهادهای پیشامدرن) «عقلانیت^۱ سوژه مدرن» را بازنمایاند (Göle, 2005) و فردیتی متفاوت از دیگران برساند؛ این در حالی است که در جامعه مدرن فردگرا، متاثر از بازار، نسخه‌هایی توده‌وار برای فردیت‌یابی به فرد ارائه می‌شود (Bauman, 2013).

در رابطه فرد با دولت، از منظر فرد و کنش‌گر، همچون دیگر نهادهای مدرن، اعتماد^۲ به شیوه‌ای بنیادی نقش دارد. اعتماد به دولت به قابلیت‌های انتزاعی آن نسبت داده می‌شود. اعتماد در ارتباط با مفهوم ازجاکنندگی^۳ به معنای «اطمینان به اعتمادپذیری به شخص یا نظام... [در] صحت اصول انتزاعی (دانش فنی)» و در رابطه با «کارکرد شایسته این نظام‌ها و نه عملکرد واقعی‌شان» تعریف می‌شود که با «غیبت در زمان و فضا» و «نه با فقدان قدرت بلکه کمبود اطلاعات کامل» ارتباط دارد (گیدنز، ۱۳۷۸). در رابطه میان دولت و مردم، اعتماد مردم به نهاد دولت، در واقع، اعتماد به بهره‌مندی دولت از تخصص و دانش کافی برای مدیریت امور شهروندان است؛ چرا که مردم در سطوح مدیریتی و تصمیم‌گیری غایب بوده و دولت به نمایندگی از ایشان امور زندگی ایشان را در

1. Rationality
2. Trust
3. Disemdedment

سطوح کلان مدیریت و کنترل می‌کند. اما در تجربه کرونا، اعتماد بخشی از مردم و جامعه ایرانی به نهاد دولت و حاکمیت مورد خدشه و تردید واقع شد.

بحران کرونا، فارغ از میزان توسعه‌یافتگی، تقریباً سیستم بهداشت و درمان همه کشورها را برای ماه‌ها به شدت درگیر و غافل‌گیر ساخت. هرچند ناشناختگی بیماری و راه‌های انتقال آن و در نتیجه، سرگردانی در کنترل گسترش بیماری، تعداد بالای مرگ‌ومیر و کمبودهای درمانی و بهداشتی در بیمارستان‌ها، مشکلات مربوط به دفن فوت‌شده‌ها و... در ماه‌ها ابتدایی از مشکلات همه کشورهای با درگیری بالا با این همه‌گیری بود؛ اما با بیش از گذشت یک‌سال از بحران کرونا و بویژه به دنبال تاخیر در برنامه ایمن‌سازی و واکسیناسیون در ایران، در مقایسه با دیگر کشورها و حتی کشورهای همسایه، نارضایتی افراد از دولت و مدیریت بحران افزایش یافت (معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، ۱۳۹۸). نبود یکپارچگی و انسجام در تصمیم‌گیری‌ها در سیستم مدیریتی کشور و کمبودها و فقدان‌ها در حوزه‌های اقتصادی، پزشکی و درمان و نیز آموزش و پرورش از نگرانی‌های افراد در رویارویی در بحران کرونا است که در سطحی انتزاعی و نظری بازنمایاننده احساس بی‌دولتی و رهاشدگی است.

«... یکپارچگی وجود ندارد. هرکسی یک چیزی می‌گوید و یک نظری می‌دهد، حتی جاهایی که به بهداشت و درمان ربطی ندارند. هر روز یک تصمیمی می‌گیرند. حتی الان هم (بعد از گذشت بیش از یک سال) مردم سرگردان و بی‌اعتماد شدند. تعطیلات قرنطینه نمی‌کنند که مردم به مسافرت نروند، بعد که آمار بالا می‌رود قرنطینه می‌کنند. چقدر هم جک ساختند در مورد این مدیریت دولتی! مردم خسته و سرگردان شدند. [وقتی] به آینده فکر می‌کنم، می‌ترسم!...» (مهری، ۳۶ ساله، متاهل، دارای یک فرزند، کارشناسی، خانه‌دار).

در روایت‌ها، مدیریت دولت و نهادهای دولتی در بحران کرونا فاقد انسجام و هماهنگی توصیف می‌شود؛ چرا که با مداخله دیگر نهادهای حاکمیتی در حوزه سلامت، مسأله بهداشت و سلامت به حاشیه می‌رود. بی‌اعتمادی به دولت و حاکمیت بویژه با تاکید افراد بر «عدم آگاه ساختن به موقع مردم از همه‌گیری کرونا به علت انتخابات»، امنیتی ساختن مسائلی همچون «واردات واکسن و دارو» و «عدم لغو طرح ترافیک در شهر تهران به علت درآمدزایی برای دولت» افراد را به این نتیجه می‌رساند که سلامت جامعه در اولویت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری‌های دولتی قرار ندارد. رویکرد منفعل و بحران‌گریز رسانه‌های دولتی تا چند روز از آغاز بحران (حقگو و سلیمانی، ۱۳۹۹) و نگرش انتقادی نسبت به عملکرد دولت در فضای مجازی (عبداللهی و رحیمی، ۱۳۹۹) همچنین، از دست رفتن اعتماد به نهاد دولت و حاکمیت را تایید می‌کند.

فقدان یکپارچگی در دولت و هماهنگی نهادهای گوناگون دولتی با یکدیگر، از یک سو و نیز نارضایتی‌های سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و به‌ویژه اقتصادی آن‌ها از سوی دیگر، بی‌اعتمادی به دولت و در معنای وسیع‌تر حاکمیت، مردم را در موقعیت پیچیده‌تر و بغرنج‌تری در بحران کرونا قرار می‌دهد. در فقدان دولت کارآمد، دورنمای آینده مبهم و حتی «ترسناک» توصیف و بیشترین فشار مدیریت بیماری و بحران بر دوش افراد و خانواده‌ها گذارده می‌شود. این در حالی است که بی‌اعتمادی و احساس رهاشدگی و تنها ماندن در بحبوحه بحران، بویژه نزد قشرهای آسیب‌پذیر که در مواقع بحران نیاز به حمایت بیشتری دارند روایت برجسته‌تری است. «من از اینکه درآمد کم شد هراس داشتم و این در شش ماه اول بحران کرونا اتفاق افتاد. از مرگ نمی‌ترسم اما از اینکه مریض شویم (خودم و فرزندم) و پول و هزینه‌های بیمارستان را نداشته باشم می‌ترسم... برای مردم دیگر هیچ چیزی مهم نیست. پر از غم هستند. دولت مستأصل و کاملاً بدون برنامه است. اگر هم حمایتی باشد کم و از حقوق‌بگیرهای دولت است... جهان اول خیلی با برنامه عمل کرد و برای مردمش امنیت مالی ایجاد کرد» (مهشاد، ۴۰ ساله، مطلقه، دارای یک فرزند، کارشناسی ارشد، معلم).

از رکود اقتصادی تجربه شده در جهان به دنبال بحران کرونا به عنوان شدیدترین رکود در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم یاد شده است (UNDESA, 2020). هرچند بحران اقتصادی در جامعه ایرانی امری برآمده از بحران کرونا نیست و مسأله جامعه ما در دهه‌های اخیر است؛ اما همه‌گیری کرونا نیز تاثیر تشدیدکننده‌ای بر آن داشته است. شرایط زندگی قشر کم برخوردار جامعه یا با وضعیت ناپایدار شغلی، مانند زنان سرپرست خانوار^۱، گروه‌های فاقد بیمه، کارگران روزمزد و شاغل در بخش غیررسمی اقتصاد و حتی افراد دارای خرده مشاغل آزاد سخت‌تر شده است و تنها کارمندان و مستخدمین دولت از حمایت‌های اندک دولت بهره‌مند می‌شوند که در قالب دوگانه «حقوق‌بگیر» و «بقیه مردم» در روایت‌ها به آن اشاره شده است. بی‌ثباتی اقتصادی و کاهش درآمد، از دست دادن شغل و بیکاری همه‌گیری بیماری کرونا را به بحرانی مضاعف برای قشرهای کم‌درآمد کرده است که در همراهی با بی‌اعتمادی نسبت به دولت و ضعف مدیریتی، نقش مهمی در تشدید فقر و احساس فقیرتر شدن افراد بویژه گروه‌های آسیب‌پذیر دارد. به گفته دیگر، گروه‌های آسیب‌پذیر به‌طور خاص در شرایط بحران بدون کمک و به‌تنهایی توانایی حفاظت از خود را ندارند و بار اقتصادی و سلامتی سنگین‌تر و رنج بیشتری را در دوران کرونا تجربه می‌کنند. از سویی نیز، این افراد معمولاً در مکان‌هایی با تراکم بالای جمعیتی زندگی می‌کنند و دسترسی کمتری به خدمات بهداشتی داشته و بیشتر دچار بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای هستند.

نابرابری‌های ساختاری و تبعیض‌های از پیش موجود در حالی است که کرونا واقعیت شکاف و نابرابری‌های اجتماعی، نژادی، جنسیتی، سنی و طبقه‌ای را به‌ویژه در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی آشکار ساخت (CDC 2020; Price-Haywood et al. 2020; Rolland, 2020) و با ایجاد چالش‌های منحصر به فرد و متاثر از عوامل اجتماعی-اقتصادی، جمعیتی، نژادی و جغرافیایی، تاثیر نابرابری بر اقلیت‌ها و حاشیه‌ها گذارد (Caulkins et al. 2020; Kirby. 2020). اما انجام سیاست قرنطینه خانگی و تاکید بر رعایت فاصله اجتماعی میان افراد، بدون در نظر گرفتن مسائل معیشتی گروه‌های آسیب‌پذیر و فقرا، در حالی صورت گرفت که اجرای این دسته از سیاست‌های بهداشتی نیازمند حمایت اجتماعی جامع از گروه‌های آسیب‌پذیر است.

علاوه بر حوزه اقتصاد و بهداشت، حوزه آموزش پرورش و آموزش عالی دیگر حوزه‌ای بود که در بحران کرونا و مجازی شدن آموزش، به‌ویژه به آسیب دانش‌آموزان و دانشجویان متعلق به طبقات کم‌برخوردار جامعه شد. «متاسفانه آموزش مجازی بسیار ضعیف هست و اگر این بیماری ادامه‌دار باشد زیرساخت آن به شدت ضعیف هست. به شدت بچه‌ها از آموزش مجازی دور هستند و مسئولین باید قبل از اینکه ترم جدید شروع شود یک تصمیم درستی در این مورد بگیرند» (هانیه، ۵۲ ساله، متاهل، دارای دو فرزند، کارشناسی ارشد، کارمند).

بر اساس پژوهش‌ها، بحران کرونا به بازماندن دست‌کم ۲۱۰ هزار دانش‌آموز از تحصیل و افت تحصیلی ۳۰-۶۰ درصدی آن‌ها منجر شده است.^۲ نبود زیرساخت‌های فنی و تکنولوژیک مانند دسترسی به اینترنت مناسب، عدم آمادگی معلمان^۳ و دانش‌آموزان برای آموزش مجازی، غیبت از کلاس‌ها به دلیل نداشتن وسایل ارتباطی و مشکلات نرم‌افزاری و افزایش حذف درس، بویژه در مناطق محروم که این مشکلات بیشتر است؛ منجر به بازماندن از تحصیل ۳۵ درصد از دانش‌آموزان عشایر به‌علت نداشتن اینترنت و ۳۷

۱. کرونا زنان سرپرست خانوار را فقیرتر کرد، مهسا قوی قلب، ۱۳۹۹/۰۲/۰۳، <http://www.irannewspaper.ir/newspaper/page/7329/5/541268/0>

روزنامه ایران

۲. Center for Disease Control

۳. <https://www.isna.ir/news/1400030503692>

۴. اطلاعات نشان می‌دهد تنها حدود ۳۰ درصد معلمان در کشورهای در حال توسعه توانایی ورود به عرصه‌ی آموزش‌های مجازی را دارا هستند (OECD

(Policy Responses to Coronavirus, 2020)

درصد به‌علت نداشتن ابزارهای مناسب ارتباطی گردیده است.^۱ این گزارش‌ها در حالی است که سامانه‌های وزارت آموزش و پرورش^۲ و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری^۳ فاقد پایش معیارها و شاخص‌های کیفیت و عدالت آموزشی هستند و در نتیجه، اطلاعات دقیق و شفافی از وضعیت آموزش در کشور وجود ندارد.

بنابر آن چه گفته شد، اقتصاد، بهداشت و آموزش حوزه‌هایی هستند که بیشترین آشفتگی را در بحران کرونا تجربه می‌کنند و زنان مورد گفت‌وگو بیشترین ابراز نارضایتی از مدیریت دولت در این حوزه‌ها را ابراز می‌کنند. فقدان انسجام و یکپارچگی در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و امنیتی دیدن موضوع سلامت، در قالب مضمون و الگوی معنایی غالب احساس رهاشدگی و بی‌پناهی در غیاب دولت یا دولت ضعیف در روایت‌ها قابل شناسایی است.

۴-۲. از جاکندگی و درهم‌شدگی فضاهای زیست روزمره خانوادگی و اجتماعی

از جاکندگی^۴ به معنای «کنده شدن روابط اجتماعی از محیط‌های محلی هم‌کنش و تجدید ساختار این محیط‌ها در راستای پهنه‌های نامحدود زمانی-فضا» است که با «مسأله مرز» در ارتباط است (گیدنز، ۱۳۷۸). از جاکندگی به معنای فروریختن یا کمرنگ شدن مرزها و از جاکندگی فضا^۵-زمان کنش‌های اجتماعی و در تجربه بحران و قرنطینه خانگی کرونایی در قالب کنده شدن کار، آموزش و فراغت از فضای خود و وارد شدن آن‌ها به فضای خانه و خانواده عینیت یافت. تجربه کرونا نزد فرد، تجربه گسست در جریان زندگی عادی و محرومیت از اصالت روزمرگی‌های زندگی اجتماعی و لذت‌های روزمره است. بحران کرونا و قرنطینه خانگی، به‌عنوان یک گسست در جریان زندگی روزمره و عادت‌ها با تغییر نگرش بدیهی و ساده‌انگارانه فرد به زندگی روزمره و تغییر نقش فرد به نیمه‌مشاهده‌گر-نیمه‌کنش‌گر و ایجاد شرایط کنش آگاهانه (Schütz, 2003) نگاه فرد به زندگی پیشاکرونایی و روزمرگی‌ها را تغییر داد.

تجربه مدرنیته جداسازی فضاهای زندگی اجتماعی فرد به خصوصی و عمومی (Ariès, 1960) یا غیررسمی/رسمی یا پیشامدرن/مدرن و تحقق فردگرایی و فردیت انسان مدرن در ارتباط با فضای عمومی، رسمی و مدرن یا فضای کار و فراغت است. با پذیرش مسأله‌برانگیز شدن پرسش من کیستم؟ در مدرنیته (Dubar, 2023) و تبدیل زندگی شخصی فرد به یک پروژه باز به انتظارات و آزادی‌ها و اضطراب‌ها و نگرانی‌های جدید (Giddens, 2004) و با پررنگ شدن فضاهای رسمی و مدرن، به‌نظر می‌رسد فضای خصوصی خانه و خانواده بیش از همه به نفع کار و فراغت به حاشیه رفته و نقش کمتری در فردیت‌یابی فرد دارد. کوچک شدن کالبد خانه و فضای زیست خانواده نیز در همین راستا قابل فهم است؛ چرا که پیامد حاشیه‌گی و سرکوب فضای خانه و خانواده در برابر فضای کار و فراغت به‌عنوان دو نهاد مدرن است. به گفته دیگر، دو قلمرو اصلی ساخت خود فردی در عصر کنونی فراغت و کار دانسته شده‌اند و خانواده به‌عنوان نهادی همچنان باقی‌مانده از دوران پیشامدرن، نقش کمتری در فردیت‌یابی افراد دارد. این در حالی است که از نخستین پیامدهای قرنطینه خانگی به‌عنوان راه کنترل همه‌گیری کرونا، کمرنگ شدن مرزها و به‌هم‌ریختگی مرزبندی‌های گذشته میان فضاها، به‌ویژه فضای خانه و زندگی خصوصی با فضای کار، فراغت و آموزش و درهم‌شدگی آن‌ها است.

«تجربه قرنطینه کرونایی برای من خیلی خوب بود. من و شوهرم و بچه‌ها هیچ‌وقت پیش نیامده بود که این‌همه باهم باشیم و با هم وقت بگذرانیم. خصوصاً مدت زمانی که تست کرونا شوهرم مثبت شد و در خانه قرنطینه شد. شده بود باهم به مسافرت برویم یا

1. <http://www.pana.ir/news/1174937>

2. <https://www.medu.ir/fa/>

3. <https://www.msrt.ir/fa>

4. Disembedding

5. Space

آخر هفته باهم غذا بخوریم، اما اینکه یک مدت طولانی همه وعده‌های غذایی با هم باشیم را تجربه نکرده بودیم...» (آزاده، ۴۰ ساله، متاهل، دارای دو فرزند، کارشناسی، خانه‌دار).

قرنطینه خانگی و به‌دنبال آن دورکاری، تعطیلی مراکز تفریحی و فضاهای مدرن گذران فراغت مانند باشگاه‌های ورزشی، سالن‌های سینما و تئاتر، پارک‌ها، موزه‌ها و ...، محدودیت‌های مسافرتی، تعطیلی مدارس، دانشگاه‌ها و آموزشگاه‌ها، تغییراتی را در تجربه افراد و به تبع خانواده و زندگی خانوادگی ایجاد کرد. محتوای زندگی افراد تغییر یافت و این محتوا از تجربه‌های زیست اجتماعی، به‌عنوان مهم‌ترین بخش محتوای تجربه زندگی اجتماعی، تهی شد. در این میان دو تغییر برجسته‌تر به‌نظر می‌رسند؛ نخست، محدود شدن یا متمرکز شدن فضای زندگی به کالبد خانه و تجربه بیشترین باهم‌بودگی اعضای خانواده و دوم، درهم‌شدگی فضاهای رسمی زندگی فرد با کالبد خانه به‌عنوان یک فضای غیررسمی. درواقع، کالبد خانه برای هر یک از اعضای خانواده علاوه بر فضایی برای زندگی خصوصی، بسته به نقش‌های اجتماعی و تعلق‌های گروهی ایشان در دوران پیشاکرونا، تبدیل به فضایی برای یادگیری و آموزش، فراغت و تفریح و انجام نقش‌های شغلی گردید که در صورت‌بندی متنوع و متکثری در تلاقی ویژگی‌های فردی و فردیت افراد با موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی و خانوادگی تجربه می‌شود.

«ماندن شوهرم در خانه و قرنطینه باعث شد ما تنش‌هایی را تجربه کنیم. خصوصاً که کار شوهرم آزاد است و عملاً درآمد خانواده کم شد و تنها درآمد خانواده شد حقوق من. به‌علاوه اینکه خانه‌ها الان کوچک است و تفریح و سینما و ... همه تعطیل است. عملاً من و شوهرم و بچه‌ها تمام مدت در خانه بودیم. خب این ناخودآگاه تنش را زیاد می‌کند. حالا ما خیلی تنش جدی نداشتیم اما گاهی صدای دعوای همسایه بالایی همیشه شنیده می‌شود. فکر می‌کنم دعوای‌شان در دوران قرنطینه بیشتر شده است... من خودم دوست ندارم شوهرم در مدیریت خانه مداخله کند. دوست دارم خودم همه امور را تنظیم کنم مثل قبل، اما گاهی به او بر می‌خورم...» (مینا، ۳۵ ساله، متاهل، دارای دو فرزند، کارشناسی، کارمند).

ثمره قرنطینه خانگی در بحران کرونا، برهم‌خوردن نظم زندگی روزمره و گسست در جریان عادی زندگی است. وجهی از برهم خوردن نظم زندگی روزمره با به‌هم‌ریختگی مرزهای درون/بیرون خانه و سرریز شدن یا به گفته دیگر، هجوم فضاهای پیش از این تفکیک و مستقل شده، به‌عنوان عمومی و نیمه‌عمومی، به خانه و فضای زندگی خانوادگی است. به‌دنبال درهم‌شدن فضاهای زیست اجتماعی فرد با خانه و خانواده، خانواده دیگر فضایی مقید به کالبد خود، یعنی خانه نیست و دیگر فضاهای زیست اجتماعی اعضای خود را در برمی‌گیرد. در سبک زندگی شهری و به‌دلیل کمبود فضا، در حالی که کالبد خانه، یعنی ابعاد، طراحی، شکل و جدایی فضاهای درونی خانه به سمت فشرده شدن و کم‌اهمیتی پیش می‌رود؛ تجربه کرونا بازگشت به اهمیت فضا و کالبد خانه بود؛ چرا که خانه و خانواده تبدیل به فضایی برای تجربه‌های باهم بودن بیشتر اعضای خانواده و انجام کارهای خانگی به‌صورت مشترک و به شکلی فراغتی، مانند پختن شیرینی و نان و غذا و نیز سرگرمی‌ها و فعالیت‌های دسته‌جمعی مانند بازی و ورزش و تماشای فیلم و سریال و همچنین، دورکاری حرفه‌ای و شغلی و آموزش رسمی افراد گردید. به‌نظر می‌رسد تجربه قرنطینه خانگی اهمیت فضا و کالبد خانه را نیز برجسته ساخت؛ چرا که نبود فضای کافی و ناسازگاری این کالبد با انتظارات جدید از فضای خانه، تبدیل به یکی از علل تنش‌های خانوادگی شده که دغدغه و درخواست برای داشتن فضای کافی و متناسب با زیست در شرایط بحران‌هایی همچون کرونا را به همراه داشته است.

در کلان‌روایت‌های علوم اجتماعی که دارای طرفدارانی نیز هست، پایان خانواده (گیدنز، ۱۳۷۸)، یعنی تبدیل کالبد خانه به فضایی برای خواب و پس‌روی خانواده در برابر دیگر فضاهای زندگی انسان مدرن مورد تأکید است. اما تجربه بحران کرونا نشان داد که خانواده امر و واقعیتی پویا و سازگار با شرایط گوناگون است و در شرایط بحران و فجایع خود را بازسازی کرده و با سازگاری با شرایط

جدید تا حد ممکن، اعضای خانواده را در پناه حمایت خود می‌گیرد. قرنطینه‌های کرونایی و تجربه زندگی روزمره در درون بحران و گسست جریان عادی زندگی این اندیشه را به ذهن متبادر ساخت که در رابطه با قابلیت‌ها و ظرفیت‌های خانواده به‌عنوان یک گروه اجتماعی کوچک و اهمیت و جایگاه آن در زندگی فرد و حتی اهمیت کالبد و فیزیکی خانه می‌بایست بازاندیشی کرد؛ چرا که با فهم دنیا و جامعه مدرن به‌مثابه جامعه پرمخاطره (ریتزر، ۱۳۸۴) و روابط رسمی و غیرعاطفی، خانه و خانواده امن‌ترین مکان و پناه‌گاه فرد است (یک-گرینسهایم، ۱۳۸۸).

«شرایطی بوجود آمده که خیلی از تفریحاتی که در گذشته داشتیم را نداریم. قبلاً کمترین توجه را به معاشرت با دیگران داشتیم و یا در مترو و اتوبوس یک چند دقیقه ای با یک نفر یک معاشرتی می‌کردیم. مثلاً یک تجربه مادرانه‌ای بود و یا هر چیز کوچکی مثل آب و هوا... بزرگ‌ترین نعمتی که داشتیم و کم‌ترین توجه را به آن داشتیم معاشرت با دیگران بود که الان آن را نداریم.» (پریا، ۳۰ ساله، دارای یک فرزند، کارشناسی، خانه‌دار).

از وجوه دیگر از جاکندگی و درهم‌شدگی فضاهای زندگی روزمره، اهمیت یافتن فضاها و روابط واقعی زندگی و بازگشت اصالت فضاهای زندگی مدرن به روابط واقعی اجتماعی است. جامعه مدرن، جامعه‌ای شبکه‌ای توصیف می‌شود که به‌دنبال تغییر و دگرگونی همه نهادهای جامعه، در سیطره فضای مجازی و رسانه‌های جدید ساخته می‌شود (کاستلز، ۱۳۸۰)؛ از همین رو، اصلی‌ترین فضای زندگی انسان مدرن و شکل‌گیری فردیت فردی، فضای مجازی تعریف شده است. این در حالی است که تجربه کرونا نشان داد اصالت فضاهای زندگی، همچنان با فضاهای واقعی و روابط اجتماعی واقعی است و فضای مجازی نه جایگزین فضا و روابط واقعی که دنیایی بر ساخت شده در حاشیه آن است. در واقع، تجربه کرونا و گسست زندگی عادی و فاصله‌گذاری فیزیکی و به‌تبع اجتماعی میان افراد، تاییدی بر اهمیت و اصالت روابط و مناسک زندگی اجتماعی در زندگی فرد است.

بنابراین، در پرتو چنین فهمی از اهمیت بر ساخت واقعیت در فضای واقعی و ساحت‌های زیست اجتماعی و روابط اجتماعی با دیگری‌ها، افراد در بحران کرونا و قرنطینه خانگی، به بازاندیشی در چیستی و چگونگی زندگی در فضاهای زیست اجتماعی خود پرداختند. گسست کرونایی فرد را با خلاء رخداد واقعیت در فضای واقعی روبه‌رو ساخت. این تجربه در قالب ادبیاتی مانند «زندانی بودن» یا «زندگی در جزیره‌های جدا از هم» از سوی افراد روایت شد. فضای زندان، نماد محروم شدن از واقعیت روزمره و جریان زندگی عادی است و زندگی در جزیره‌های جدا از هم بازنمایاننده محرومیت فرد از رخداد و تجربه واقعیت در فضای واقعی زیست اجتماعی است. قوام زندگی اجتماعی به داشتن کنش و تعامل اجتماعی با دیگری‌ها است و در این معنا، واقعیت امری است که نه تنها در فضای واقعی، بلکه در روابط و تعاملات اجتماعی با دیگری‌ها بر ساخت شده و در فضایی بین‌الذهانی معنا یافته و تفسیر می‌شود. بنابراین، تجربه قرنطینه کرونایی با محروم کردن افراد از حضور در فضاهای واقعی زندگی اجتماعی، بویژه ساحت حیات و زیست شهری، به‌عنوان محلی که واقعیت در آن در ارتباط با دیگری‌ها بر ساخت و تفسیر می‌شود، فرد را از تجربه زندگی واقعی و لذت‌های روزمرگی زندگی اجتماعی محروم می‌سازد که در قالب تجربه ناخوشایند و دشوار از آن یاد می‌شود.

۳-۴. تعلق کالبدی به فضای خانه و مرکزیت یابی خانواده

در غرب از نیمه قرن هجدهم «خصوصی شدن خانواده» و اختصاص کالبد خانه به خانواده هسته‌ای^۱ جدایی خانواده از جامعه، محل کار، همسایه‌ها، کارگران خانگی و خانواده جهت‌یاب (Ariès, 1960) تجربه شد. همچنین، در ادامه این فرایند، از اواخر قرن نوزدهم،

۱. ادعای هسته‌ای شدن خانواده در غرب به‌عنوان پدیده‌ای برآمده از مدرنیته و صنعتی شدن جامعه، مورد تردید است. ن.گ: جان برناردز (۱۴۰۰)، درآمدی به مطالعات خانواده، ترجمه: حسین قاضیان، تهران: نشر نی.

جداسازی و اختصاصی شدن فضاها در خانه، یعنی تفکیک فضاهای درونی در حوزه خصوصی، بویژه با تعریف اتاق خواب برای زن و شوهر و فرزندان تحقق یافت (De singly, 2003). از فرایند این تغییرات در کالبد خانه و فضای خصوصی به‌عنوان روند «دموکراتیک شدن» و «افقی شدن» روابط در خانواده هسته‌ای یاد شده است (گیدنز ۱۳۷۸؛ Giddens, 2004). در ایران تغییرات اجتماعی و تبدیل شدن کالبد خانه به فضایی مختص اعضای خانواده و جداسازی فضاهای درون خانه، تقریباً قدمتی ۷۰ ساله دارد؛ هرچند که در مورد شکل هسته‌ای خانواده ایرانی تردیدهایی وجود دارد و به‌دلیل وجود پیوندها و شبکه خویشاوندی، از خانواده ایرانی به‌عنوان «شبه‌هسته‌ای» نام برده می‌شود (آزاد ارمکی، ۱۳۸۶) یا شاید بتوان آن را نوعی *خانواده خویشاوندی* یا *خاندانی* به‌شمار آورد.

فضا^۱ کلیتی اجتماعی است و در پیوند با ساخت و کنش اجتماعی شکل می‌گیرد. جاگیری اشیاء و افراد به شکل تاریخی در بنیان فضا موثر است و فضای زیست در یکی از سه تعریف خود، به‌مثابه فضای ساخت‌یافته به‌وسیله کنش متمایز شده است (Stroker, 1987). شوتس (۲۰۰۳) نیز تجربه و شناخت انسان از زیست جهان را به‌مثابه فضایی تعریف می‌کند که امکان کنش‌های موثر را فراهم می‌کند. با فهم کنش به‌عنوان عنصر برسازنده فضا و مفهومی رابطه‌ای میان اشیاء و بدن‌ها، فضا دارای کلیتی اجتماعی است که ناشی از رابطه سوژه با پیرامون خود است و بنابراین، فضا مانند هر مفهومی در متنی درک می‌شود که به آن وابسته است؛ در نتیجه نسبت‌های بین‌الذهانی^۲ برای درک فضا مهم می‌شود؛ چرا که نیاز است تا در این متن فضا از منظر سوژه و نزد او صورت‌بندی شود (Löw, 2016). در فهمی پدیدارشناسانه کنش عنصر برسازنده فضا است و مکان^۳ و فضا در آفرینش حس تعلق خاطر و ریشه دواندن نقش برجسته‌ای داشته و در واقع، فضا بستر شبکه‌ای از کنش‌های بهم پیوسته افراد و بر ساخت معنا توسط آنها است (Relph, 1976). در این معنا خانه و کالبد آن را می‌توان نخستین و حتی مهم‌ترین فضایی فهمید که احساس تعلق خاطر فرد در رابطه با خانواده در آن رشد یافته و ریشه می‌دواند. کالبد خانه و فضای خصوصی خانواده در نسبت با فضای عمومی در دوگانه صمیمیت^۴ / ناشناسی^۵ و نزدیکی/ دوری تعریف می‌شود. در خانواده به‌عنوان گروه نخستین، شناخت افراد از یکدیگر به‌مثابه یک شخصیت منحصر به فرد و یگانه^۶ فهم شده و بیوگرافی هر فرد جزئی از بیوگرافی دیگری می‌شود و در ساخت و کامل کردن بیوگرافی فرد، این دیگری -خانوادگی- نقش مهمی دارد. همچنین، برخورداری از تجربه‌ها و تفسیرها و معناهای پنهان و ضمنی مشترک از ویژگی‌های روابط مبتنی بر صمیمیت و نزدیکی -با تاکید بر روابط خانوادگی- است (Schütz, 2003).

« (این دوره را دوست دارم) برای اینکه با بچه‌ها بیشتر بتوانم حرف بزنم و یا کاری که دوست دارم (را انجام دهم) و یا اصلاً هیچ کاری هم نکنم. فقط در خانه بچرخم چون همیشه بیرون بودم. الان تازه آن آرامش را پیدا کردم. به یخچال فریزر برسم. خیلی از خریدهای اضافه از بیرون را کم کردیم چون دیگر در خانه هستیم و یک سری از کارها را خودم انجام می‌دهم. حتی بعضی وقت‌ها دلم می‌خواهد سبزی می‌خرم و خودم پاک می‌کنم و خرد می‌کنم یا سبزی خوردن می‌خرم و می‌شویم و آماده می‌کنم. هیچ وقت فرصت انجام این کارها را نداشتم و همیشه آماده می‌خریدم» (زینب، ۴۴ ساله، متأهل، دارای دو فرزند، کارشناسی ارشد، دارای دو فرزند).

بحران کرونا با محروم ساختن فرد از زیست اجتماعی، کانون زندگی را به فضای خانه و درون خانواده منتقل ساخت و در حالی که با توقف زندگی اجتماعی، فرد از برخی لذت‌های روابط و تعاملات اجتماعی محروم گردید، در گسست از جریان عادی، فرد به

1. Space
2. Intersubjective
3. Place
4. Intimité
5. Anonymat
6. Unique

بازاندیشی پیرامون این بخش حذف شده از زندگی‌اش پرداخت و تجربه‌های جدیدی در زندگی و روابط خانوادگی پیش‌روی‌اش گشوده شد. هرچند در پیوند با شرایط خانواده‌ها، تجربه قرنطینه کرونایی بر طیفی از تنش و فروپاشی خانواده تا تجربه خوشایند باهم بودن‌های مضاعف خانوادگی، متنوع و متکثر است؛ اما وجه مشترک زیست کرونایی خانوادگی برجسته و پررنگ شدن روندها و فرایندهای زندگی خانوادگی است. این در حالی است که در تجربه پیشاکرونایی، پیچیدگی‌های زندگی مدرن و تراکم و ازدحام زیست اجتماعی، به‌ویژه زندگی خانوادگی را به امری عادی و روزمره تبدیل کرده و آن را در حاشیه زندگی اجتماعی در فازهای عمومی و نیمه‌عمومی قرار داده بود.

«در آن شرایط که استرس و در خانه بودن زیاد بود، کارهای آشپزخانه راهی شده بود برای فرار و یا شاد کردن خانه. مثل پختن شیرینی و یا کیک که همسر و پسر را مشارکت می‌دادم و تاثیرگذار بود. کارهایی بود که آنها هم تا پیش از این انجام نداده بودند» (فاطمه، ۳۸ ساله، متاهل، دارای یک فرزند، کارشناسی، خانه‌دار (پخت شیرینی و کیک در خانه)).

فراهم آوردن لوازم و مقدمات پخت غذاهای ایرانی، مانند آماده کردن سبزی خورش‌ها، انواع ترشی، مربا و ... تا بیش از یک دهه پیش بخش مهمی از خانه‌داری‌های زنانه ایرانی و حتی دارای وجوه فراغتی بود که در همراهی با زنان شبکه خانوادگی و خویشاوندی در قالب دوره‌های زنانه انجام می‌شد. اما کاهش روابط خانوادگی و خویشاوندی به دلایلی گوناگون، این بخش از روزمرگی‌های خانگی زنانه و دارای وجه ذوقی و فراغتی، حذف یا به حاشیه رانده شده و به تجربه‌ای دشوار و طاقت‌فرسا تبدیل گردید. در این بین، با ورود بازار و تجاری شدن روندهای کار خانگی و نیز اشتغال زنان، فاصله‌گیری از فرایندها و روندهای تولید کالاهای خانگی افزایش یافته و بنابر اقتضای نظام سرمایه‌داری، با تبدیل تولید کالاهای خانگی به یک صنعت تجاری، مصرف و خرید، جایگزین تولید خانگی این کالاها و لوازم زندگی گردید. اما در دوران کرونا با «بیش پزشکی شدن» جامعه ایرانی به‌عنوان سبکی از زندگی با نقش فعال زنان (حاجیانی، ۱۳۹۹) و با هدف پیش‌گیری از انتقال بیماری، استفاده از فرآورده‌های غذایی آماده و نیمه آماده صنعتی و نیمه‌صنعتی، حتی نان و شیرینی برای مدتی از سوی برخی از خانواده‌ها متوقف و زنان خود اقدام به فراهم آوردن آن کردند.

با وجود تغییرات گسترده در زندگی زنان، کار خانگی همچنان امری زنانه است. این در حالی است که با ورود بازار و تجاری شدن روندهای زندگی خانگی ذیل نظم سرمایه‌داری جامعه صنعتی و مردسالاری مدرن، از کارخانگی زنان ارزش‌زدایی شده و وجوه لذت‌گونه و فراغتی کار خانگی زنان حذف و تجربه خودبیگانگی، پیش‌روی آن‌ها قرار داده شده است. خودبیگانگی نزد هابرماس (بودون و بوریگو، ۱۳۸۵) به‌عنوان برجسته شدن نقش ساختارهای اجتماعی، پرداختن به امیال دیگری و بازداشته شدن از تحقق امیال فردی و نزد فروم (Hérichon, 1969) به‌صورت پایان خود بودن، زندانی شدن در فضا و اتمسفر تقلیل دهنده همه‌چیز به امور کمی و انتزاعی و قرار دادن فرد تحت اقتدار ناشناس یک «ما بزرگ» و غایب تعریف می‌شود. اما در حالی سرکوب پیچیدگی و اصالت کار خانگی و درهم‌پیچیدگی‌های سبک زندگی مدرن به خودبیگانگی زنانه منتهی شده که بحران کرونا و قرنطینه خانگی، موقعیتی برای بازاندیشی پیرامون این بخش از زندگی زنانه فراهم ساخته است.

«در این چهار ماه که در خانه هستیم تلویزیون خیلی استفاده نشد. سعی کردیم فیلم‌هایی را پیدا کنیم که شاد باشد و بتوانیم با هم خانوادگی ببینیم و یک لذتی برای چند ساعت ببریم. سلیقه‌های همدیگر را بشناسیم و بپذیریم. این‌ها باعث شد رابطه‌ها بیشتر شود و نکات مثبت هر چیزی را ببینیم و این‌طوری راحت‌تر می‌توانیم زندگی کنیم و مشکلات را پشت سر بگذاریم» (سوگل، ۳۶ ساله، دارای یک فرزند (باردار در حال حاضر)، کارشناسی، معلم).

بنابراین، در حالی که در دوران پیشاکرونایی با غلبه فضای رسمی کار و فراغت، نقش خانواده در فرایند فردیت‌یابی به حاشیه رفته بود؛ با محوریت یافتن خانواده در قرنطینه کرونایی، موقعیتی فراهم شد تا خانواده و دیگری‌های صمیمی و نزدیک، نقش برجسته‌تری

در ساخت خود و فردیت فردی بیابند. گذراندن زمان بیشتر و پیوسته اعضای خانواده با یکدیگر در دوران قرنطینه خانگی، به شکل‌گیری و غنی شدن ذخیره معنایی شناخت مشترک و داشتن تجربه‌ها، تفسیرها و معناهای پنهان و ضمنی نزد اعضای خانواده منجر شد که از ویژگی‌های روابط صمیمی است و در نهایت، به نزدیکی بیشتر اعضای خانواده کمک کرد. بنابراین، در گسست از زیست اجتماعی و در غیاب ازدحام زندگی اجتماعی، هم دیگری‌های نزدیک و صمیمی و هم روندها و فرایندهای منتهی شونده به روزمرگی‌های زیست خانوادگی پررنگ شده و اهمیت یافتند و کار خانگی روزمره و فرایندهای خرد آن با حضور اعضای خانواده، وجه فراغتی خود را بازیافت. به گفته دیگر، در حالی که اصالت و پیچیدگی روزمرگی‌های خانگی زنانه، در دوران پیشاکرونایی، سرکوب و با درهم‌پیچیدگی‌های سبک زندگی مدرن، آن‌ها را به خودبیگانگی دچار ساخته بود؛ بحران و قرنطینه خانگی، موقعیتی بازاندیشانه پیرامون این بخش از زندگی خانوادگی زنانه و خودبیگانگی برآمده از آن را فراهم کرد. قرنطینه خانگی به تحقق موقعیتی بازاندیشانه با فاصله‌گیری انتقادی و داوری نسبت به زندگی فردی و اجتماعی انجامید و با بازگشت سوژگی زنانه، زندگی خانوادگی معنای جدیدی را تجربه کرد.

۴-۴. اقتدارزدایی پزشکی به محوریت خانواده در آن بحران

اوج‌گیری اقتدار پزشکی به‌مثابه علم از نیمه دوم قرن ۱۹، به‌ویژه با کشف میکروب به‌عنوان عامل بیماری‌زا آغاز شد که از آن با نام «پزشکی تاثیرگذار» و «مدرن» یاد شده است (باینوم، ۱۳۹۷). بدن در مدرنیته یکی از مهم‌ترین ابژه‌های کنترل و نظارت فرد به‌واسطه ورزش، رژیم غذایی، مد و لباس، پزشکی و سلامت و سکسوالیته است (Duret and Roussel, 2003؛ تومبز، ۱۳۹۷). در مدرنیته فرد و بدن او ابژه شناخت علمی شده و رابطه علم پزشکی و فرد مبتنی بر نگاه نظارت‌کننده و خیره^۱ بر بدن است (فوکو، ۱۳۹۰)؛ از همین‌رو، شکل‌گیری نظام سلامت و پزشکی نوین با هدف ارائه خدمات سلامت در امتداد کنترل و نظارت ساحت‌های وجودی انسان در جامعه مدرن قابل فهم است.

در پارادایم یا الگوی پزشکی زیستی یا نظریه کل‌گرا، پزشکی نمودی از نهادینه شدن و فردیت‌زدایی دانسته شده است که در آن پزشکی از علمی معطوف به بیمار به‌عنوان کل و فردیتی یکپارچه، بر جسم و بیماری به‌مثابه یک گونه و دسته متمرکز شده است که خودبیگانگی بیمار را در پی داشته است (مارکم، ۱۳۹۹؛ اسفنايوس، ۱۴۰۰). این در حالی است که «پزشکی‌زدگی» با پزشکی‌شدن^۲ جامعه، به گسترش نظارت و کنترل پزشکی و پزشکان بر حوزه‌هایی از زندگی فردی و اجتماعی انسان شده است که پیش از این دور از اختیار سنتی پزشکان بوده است (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱؛ تورن، ۱۴۰۰). پزشکی شدن جامعه هم مسائل اجتماعی و روانی و انحرافی و ناپهنجار مانند اعتیاد، نازایی، افسردگی و پرخاشگری را در بر گرفته است و هم بر فرایندها و تجربه‌های طبیعی زندگی همچون یائسگی، مرگ، پیری و ریزش و سپیدی مو سیطره یافته است (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶). دست‌اندازی پزشکی به حوزه‌های غیر پزشکی، حتی دوره‌ها و رویدادهای خاص اجتماعی زندگی افراد مانند ازدواج، رفتن به مدرسه و سربازی و نیز زندگی روزمره و معمول مانند تغذیه روزانه، انجام مناسک دینی، فراغت و سفرهای تفریحی و زیارتی را شامل می‌شود. به گفته دیگر، پزشکی همه ساحت‌های وجودی انسان مدرن و موقعیت‌ها و تجربه‌های غیرپزشکی را تحت نفوذ و قیومیت یا به‌عبارتی، تحت استیلای خود درآورده است.

1. Gage
2. Medicalization

اقتدار پزشکی به‌مثابه یک علم از عوامل زمینه‌ساز پزشکی‌شدگی جوامع است. در اختیار داشتن دانش تخصصی و مورد نیاز جامعه و بهره‌گیری از یک نظام رفتاری و الگویی با سازوکارهای کنترل‌کننده خاص خود، از مهم‌ترین دلایل استقلال و اقتدار پزشکی است (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱). این در حالی است که با گذر از تعریف پزشکی به‌مثابه دانشی فرازمینی، جادویی و اسطوره‌ای به علمی دارای سازوکارهای مادی، زمینی و همچون یک مهارت و نیز، تعریف بدن مادی به‌عنوان ابژه پزشکی و مقاوم در برابر اندیشه انتزاعی، اقتدار پزشکی به‌عنوان اقتداری یک‌سویه و جبری فرو ریخت (صالحی، ۱۳۹۸). فرو ریختن اقتدار یک سویه پزشک و پزشکی در حالی است که با پیشرفت علم پزشکی، توانایی علم پزشکی در بیماری‌زدایی از جامعه انسانی متفی شد یا دست‌کم با پرسش‌های جدی روبه‌رو شد.

بر اساس تجربه‌های تاریخی در ایران و در جهان، به‌ویژه در اواخر قرن ۱۹ و قرن ۲۰، بروز و شیوع اپیدمی‌ها، به‌عنوان فرصتی برای ارائه نظریه‌ها و دستاوردهای جدید دارویی و پزشکی، عامل مهمی نه‌تنها در پزشکی شدن جامعه که در استقلال پزشکی و هژمونی پزشکان و همچنین، افزایش اعتماد جامعه به آن‌ها دانسته شده است (ابراهیم‌نژاد، ۱۴۰۱؛ قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶)؛ اما به‌نظر می‌رسد پاندمی کرونا تجربه‌ای متفاوت و در نقطه مقابل این وضعیت است. در حالی که پیش از این و در شرایط همه‌گیری بیمارهای عفونی و قرار گرفتن فرد در تجربه بحران، بیش از پیش به علم پزشکی و تخصص پزشک احساس نیاز می‌شده است؛ در غیاب ایده روشن و آرام‌بخش پزشکی مقتدر، کرونا با سردرگمی خانواده‌ها همراه گردیده و ایده قرنطینه‌خانی که دست‌کم در حافظه کوتاه مدت جهانیان امری ناآشناست تبدیل به کانون کنترل و مدیریت بیماری شده است.

«ابتدای شروع بیماری هراس زیاد بود و بیماری و راه‌های انتقالش ناشناخته بود. من خودم چون جزء گروه‌های پر خطر هستم نگران بودم بیمار شوم و از مرگ می‌ترسیدم ... انجام دستورالعمل‌های بهداشتی و تغذیه‌ای و قرنطینه هم واقعاً فشار زیادی ایجاد می‌کرد ... طبق سفارش‌هایی که در طب سنتی هست از غذاها و دمنوش‌های با طبع گرم مثل دارچین و زنجبیل زیاد استفاده می‌کنیم...» (عسل، ۴۱ ساله، متاهل، دارای دو فرزند، کارشناسی، خانه‌دار).

و این در حالی است که این هراس در غیاب اقتدار پزشکی در تعارض منابع گفتمانی و آگاهی بخش تشدید می‌شود. «یکی از پیام‌ها آنقدر من را بهم ریخت که از فردا دیگه هیچ خبری را پیگیری نکردم. بیشتر خبرهای شبکه جهانی بهداشت و اخبار علمی را دنبال می‌کردم. چیزهای کلی که از ژورنال‌های علمی می‌خواندم مثل خوردن زینک و ویتامین دی را برای بقیه می‌فرستادم. یک متخصص ژنتیک ملکولی در سوئد در اینستا هست خیلی چیزهای جالبی می‌گفت. تمام تنش‌های آدم را کم می‌کرد. این که باید چه کار بکنی.» (مهرانا، ۳۸ ساله، دارای یک فرزند، کارشناسی ارشد، خانه‌دار (وکیل دادگستری سابق)).

تا جایی که افراد و خانواده‌ها به منابع ماورایی و معنوی و گفتمان‌های رقیب پزشکی علمی پناه می‌برند. «به نظرم استرس و وسواس خاص نباید داشت. باید نکات و پروتکل‌های بهداشتی را رعایت کنیم. بخشی از آن را می‌سپارم به خدا... باید باهاش سازگار شویم نه اینکه باهاش بجنگیم چون فکر می‌کنم این‌طوری انرژی منفی بیشتری دریافت می‌کنی...» (سیما، ۳۶ ساله، متاهل، دارای دو فرزند، کارشناسی، خانه‌دار).

همچنین روایتی که نشان می‌دهد اولویت اصلی مردم خوددرمانی در بحران کرونا است و به دلایل متفاوت مانند اقتصادی، بی‌اعتمادی به علم پزشکی و خفیف بودن بیماری ترجیح می‌دهند مراجعه به پزشک را تا حد ممکن به تاخیر اندازند.

« مردم می‌ترسند به دکتر بروند و تا مشکل‌شان حاد نباشد خوددرمانی می‌کنند. این در نسخه‌های پزشکان خیلی تاثیر گذاشته است و تعداد نسخه‌ها کمتر شده است. نهایت مردم از دکتر داروخانه مشاوره می‌گیرند و داروهای‌شان را تهیه می‌کنند» (شمیسا، ۳۸ ساله، دکتری، دارای یک فرزند، داروساز).

هرچند روند اقتدارزدایی از علم پزشکی و پزشکی حرفه‌ای یا «شیوه نوین / متاخر پزشکی شدن» که از اواخر قرن ۲۰ و اوایل قرن ۲۱ آغاز شده بود (Starr, 1982) به روایت قاضی طباطبایی و همکاران، (۱۳۸۶) در تجربه پاندمی کرونا، به‌طور کلی، تأیید شد؛ اما نکته مهم تداوم این اقتدارزدایی در موقعیت بحران بر خلاف دیگر تجربه‌های تاریخی است. به عبارت دیگر، در حالی که به‌دلیل ناشناختگی بیماری و هراس برآمده از آن از یک‌سو و کشندگی و فراگیری بیماری عفونی، از سوی دیگر، انتظار می‌رود که فرد و جامعه در آن بحران به پزشک و پزشکی علمی روی آورند؛ اما فرد با «مخاطره‌ای حساب شده» (گیدنز، ۱۳۷۸) نظام دانشی خود را در ترکیبی از نظام‌های معرفتی عامیانه، علمی و معرفت‌های رقیب پزشکی علمی و «ناراست آیین»^۱ (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱) صورت‌بندی و با حمایت خانواده عملیاتی می‌کند. در واقع، نکته قابل‌توجه آن است که اقتدارزدایی از پزشکی در آن بحران کرونا و گسست از شرایط عادی زندگی هم‌زمان با استیصال علم پزشکی از شناخت عامل بیماری و یافتن راه‌های پیشگیری، انتقال و درمان تحقق می‌یابد. درماندگی علم پزشکی از شناخت کرونا در حالی است که در هراس ناشناخته بودن و کشندگی بیماری، فرد در شرایط استیصال‌گونه با تبدیل شدن به سوژه‌ای بازاندیش در جایگاه پزشک تشخیص‌دهنده و درمان‌گر قرار گرفته و به خود درمانی می‌پردازد. بنابراین، آنچه تجربه پاندمی کرونا را تبدیل به تجربه‌ای منحصر به فرد ساخته تداوم اقتدارزدایی از علم پزشکی به‌دنبال استیصال علم از شناخت بیماری در آن بحران همه‌گیری یک بیماری ناشناخته و کشنده است که به درماندگی فرد و روی‌آوری به گفتمان‌های رقیب پزشکی به محوریت خانواده منتهی می‌شود.

هرچند الگوی مراقبت از خود یا مراقبت خانوادگی، همچنان از الگوهای رایج و مورد تشویق نظام سلامت و بهداشت کشورها با هدف کاهش هزینه‌های دولت است؛ اما در ناشناختگی و هراس کشنده بودن بیماری، این خودآیینی از سوی بسیاری از افراد امری مورد پرسش است. اقتدارزدایی از پزشکی در بحران کرونا در حالی تداوم می‌یابد که از یک سو، «بیش پزشکی شدن» به‌عنوان سبکی از زندگی با نقش فعال زنان برجسته شده و از سوی دیگر، با تبدیل شدن پزشکی به معرفتی عامیانه و مصرف انبوه گفتمان پزشکی، گفتمان زندگی و گفتمان پزشکی به‌واسطه اینفلوئنسرهای اینستاگرامی در هم تنیده شده است. بنابراین، زیست پزشکی کروناپی در تناقض میان نیاز به اقتدار علمی پزشک و ایده تجربی هرکس پزشک خود و در تضاد دوگانه طب سنتی اسلامی و پزشکی مدرن تجربه می‌شود که به‌ویژه با گستردگی شبکه‌های مجازی، فرد را در موقعیت متعارضی از نسخه‌های پیشگیری، درمانی و مراقبتی قرار می‌دهد.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

در قرنطینه خانگی به‌عنوان مکانیسم مدیریت و کنترل کرونا، کالبد خانه و خانواده تبدیل به کانونی‌ترین فضای تجربه در رخداد بیماری کرونا شد. قرنطینه خانگی با ایجاد گسست و وقفه در جریان عادی زندگی روزمره به درهم‌شدگی فضاهای زیست خانوادگی و اجتماعی فرد و خانواده منتهی گردید. پژوهش پیش‌رو، بر این فرض بنا شده است که هم‌زمان با پاندمی کرونا و قرنطینه خانگی، در تداوم اقتدارزدایی و اعتبارزدایی معنایی از ساختارهای اجتماعی همچون دولت، انگاره قالبی خانواده و پزشکی، فرد به محوریت خانواده به‌مثابه گروه و در فرایند فردیت‌یابی، به ساخت‌شکنی از زیست خانوادگی و اجتماعی می‌پردازد. مطالعه تفسیری تفهیمی روایت‌های زنانه از صورت‌بندی شبکه معنایی خانواده ایرانی از رویارویی با این بیماری، چهار الگوی معنایی غالب، یعنی احساس رهاشدگی و بی‌پناهی خانواده در غیاب دولت، ازجاکندگی و درهم‌شدگی فضاهای زیست خانوادگی و اجتماعی، تعلق کالبدی به فضای خانه و مرکزیت‌یابی خانواده و درنهایت، اقتدارزدایی پزشکی به محوریت خانواده در آن بحران را نشان داد که مورد تحلیل قرار گرفت.

در تجربه کرونا و در مواجهه با دولت، فهم کنش‌گر فارغ از واقعیت یا بر ساخت آن، احساس رها شدن، بی‌پناه ماندن و بی‌اعتمادی است. در حالی که به‌ویژه در بحران‌ها و فجایع اجتماعی، از دولت انتظار حمایت بیشتری از افسار آسب‌پذیر می‌رود. وجهی دیگر از تجربه کرونا درهم‌شدگی فضاها و ساحت‌های زیست خانوادگی و اجتماعی است. در زندگی پیشاکرونا با استیلا نهادهای مدنی همچون کار و فراغت و با برجسته شدن دوگانه فضای رسمی/غیررسمی، عمومی/خصوصی، از یک‌سو، فضاها رسمی و عمومی نقش مهم‌تری در ساخت فردیت یافته‌اند و از سوی دیگر، فضای خانه و خانواده، دیگری‌های خانوادگی و تعاملات، روندها و فرایندهای زیست خانوادگی سرکوب و به حاشیه رفته است. این در حالی است که هم‌زمان و به‌دنبال محدودیت‌ها، فرد از رخداد و تجربه واقعیت در فضای واقعی زیست اجتماعی محروم شده و خانواده و فضای خانه به مهم‌ترین فضای تجربه او تبدیل و به آن احساس تعلق خاطر می‌یابد. اما در حوزه زیست پزشکی، فرایند اقتدارزدایی از پزشکی به‌مثابه علم، وجهی دیگر از تجربه کرونا بی‌فرد است که هر چند دهه‌ها از آغاز آن می‌گذرد، اما تداوم آن در آن بحران یک پاندمی ناشناخته و کشنده، برخلاف تجربه‌های تاریخی پیشینی از اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها به‌عنوان نقطه اوج اقتداربایی پزشکی تجربه می‌شود.

به‌طور کلی، بحران کرونا و قرنطینه خانگی، تجربه‌ای متناقض از نیاز به پیوستگی و پذیرش استیلا ساختارهای اجتماعی همچون دولت، انگاره قالبی خانواده و پزشکی از یک‌سو و ساخت‌شکنی خودبیگانگی برآمده از این ساختارها و میل به رهایی از استیلا آن‌ها، از سوی دیگر است. در تجربه خودبیگانگی، فرد ذیل اقتدار ساختارها به‌مثابه یک «ما»ی غایب و بزرگ از تحقق خواسته‌هایش بازداشته می‌شود و این در حالی است که در بحران به‌هم ریختگی ساحت‌های زندگی مدرن در پاندمی کرونا، فرد در موقعیتی متناقض قرار می‌گیرد. از یک‌سو، فرد در بحران، نیاز به حمایت‌گری بیشتری از سوی ساختارها دارد و از سوی دیگر، در تداوم اقتدارزدایی و اعتبارزدایی از معناها بر ساخت شده از سوی ساختارها، فرد موقعیتی متناقض از تجربه کنش‌گری در پناه بردن به خانواده به‌مثابه گروه را تجربه می‌کند.

در ساخت‌شکنی خودبیگانگی و بازگشت به خود به‌مثابه کنش‌گر، فرد فضاها و ساحت‌هایی را زندگی می‌کند که یا تجربه نکرده یا در آگاهی متاخر انسان مدرن، دور و حتی نوستالژیک می‌نمایند. در تجربه پیشاکرونا بی‌فردی و هویت‌یابی چندپاره و بر ساخت شده در ساحت‌هایی چندپاره و مجزا است، در حالی که در تجربه بحران کرونا با درهم‌شدگی ساحت‌های زندگی فرد، نوعی یکپارچگی میان این ساحت‌ها و فضاها تجربه و در نتیجه، فرد فردیتی یک‌پارچه می‌یابد. بنا بر آن چه گفته شد، بحران کرونا تجربه پارادوکسی از نیاز به ساختار و ساخت‌شکنی از خودبیگانگی برآمده از آن است که در قالب بازگشت کنش‌گر و روی‌آوری به خانواده به‌مثابه گروه تحقق می‌یابد و خانواده و تعاملات خانوادگی نقش مهمی در فردیت‌یابی فرد می‌یابد. اهمیت یافتن خانواده و تغییر در روابط و تعاملات خانوادگی و همچنین، بازاندیشی و ظهور سبک‌های جدید زندگی، به‌ویژه از یافته‌های پژوهش‌های داخلی نیز هست (اسکندریان، ۱۳۹۹؛ تاج‌بخش، ۱۳۹۹؛ ابراهیمی، ۱۳۹۹؛ علی‌آبادی، دانشور و قاسم‌پور، ۱۴۰۰). اما نکته قابل توجه در تجربه بحران کرونا و قرنطینه خانگی آن است که هر چند بازگشت کنش‌گر در غیاب ساختارها، به خودترمیمی و تاب‌آوری خانواده و جلوگیری از فروپاشی و ضعیف شدن آن کمک کرده و امکان بازاندیشی و تأمل در موقعیت‌های ناپایدار و پیچیده زندگی، همچون بحران کرونا را فراهم می‌کند؛ اما اقتضائات و نظم زندگی و جهان مدرن امکان ثبات یافتن و تداوم شالوده‌شکنی را برای همیشه به فرد نخواهد داد و پس از یک دوره زمانی نظم آهنین زندگی مدرن باز خواهد گشت.

منابع

- ابراهیم‌نژاد، هرمز (۱۴۰۱). پزشکی در ایران: حرفه، تخصص و سیاست (۱۳۴۳ - ۱۱۹۳ق)، ترجمه: محمد کریمی و مرتضی ویسی، تهران: شیرازه کتاب ما
- ابراهیمی، مرضیه (۱۳۹۹). سنخ‌شناسی مواجهه خانواده ایرانی با بحران کرونا، فصل‌نامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۱۱، شماره ۱، ص ۲۲۵-۲۴۹.
- آدام، فلیپ و هر تسلیک، کلودین (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه: لورانس-دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- آرمسترانگ دیوید و توکل کوثری، محمدعلی (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه: محمدعلی توکل کوثری، تهران: حقوقی.
- آزاد ارمکی، تقی (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی خانواده ایرانی. تهران: سمت.
- اسکندریان، غلامرضا (۱۳۹۹). ارزیابی پیامدهای ویروس کرونا بر سبک زندگی (با تاکید بر الگوی مصرف فرهنگی). ارزیابی تأثیرات اجتماعی، (۲) (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا- کووید ۱۹)، ۸۵-۶۵. <https://sid.ir/paper/524156/fa> SID.
- اسفناویوس، فردریک (۱۴۰۰). هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت: گام‌هایی به سوی فلسفه کار پزشکی، ترجمه: محمدرضا اخلاقی‌منش، تهران: فرهامه.
- بادامچی، محمدحسین و البرزی، فاطمه (۱۳۹۹). کرونا، بازگشت به خانه و برآمدن الگوی نوظهور زنان خانه‌دار مجازی، مطالعات میان رشته‌ای در علوم انسانی، شماره ۴۷، ص ۱۸۳-۲۱۷.
- باقرزاده، علی (۱۴۰۰). ابراز نگرانی از کاهش نرخ برگشت‌ناپذیری دانش‌آموزان به مدارس. خبرگزاری ایسنا، ۵ خرداد، بازیابی شده از: <https://www.isna.ir/news/1400030503692>
- باینوم، ویلیام (۱۳۹۷). تاریخ پزشکی، ترجمه: فهمیه مخبر دزفولی، تهران: نشر سینا.
- برناردز، جان (۱۴۰۰). درآمدی به مطالعات خانواده، ترجمه: حسین قاضیان، تهران: نشر نی.
- بک‌گرینسهایم، الیزابت (۱۳۸۸). خانواده در جهان امروز، ترجمه: افسر افشار نادری و بیتا مدنی، تهران: افسرافشار نادری.
- بلیکی، نورمن (۱۳۸۴). طراحی پژوهش‌های اجتماعی، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
- بودون، ریموند و بوریکو، فرانسوا (۱۳۸۵). فرهنگ جامعه‌شناسی انتقادی. ترجمه: عبدالحسین نیک‌گهر. تهران: فرهنگ معاصر.
- تاج بخش، غلامرضا (۱۳۹۹). واکاوی سبک نوین زندگی عصر پسا کرونا. مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، ۱۰(۳۵)، ۳۴۰-۳۶۰. https://sspp.iranjournals.ir/article_48015.html
- تورن، آلن (۱۴۰۰). بازگشت کنش‌گر: نظریه اجتماعی در جامعه‌پسا صنعتی، ترجمه: سلمان صادقی زاده، تهران: ثالث.
- تومبز، اس‌کی (۱۳۹۸). معنای بیماری: شرحی پدیدارشناختی از دیدگاه‌های متفاوت پزشکی و بیمار، ترجمه: محمدرضا اخلاقی‌منش، تهران: فرهامه.
- حاجیانی، ابراهیم (۱۳۹۹). بیش پزشکی شدن جامعه در دوره پسا کرونا، در فاطمه صادق ثابت (ویراستار)، مجموعه مقالات کرونا و جامعه ایران، سوبه‌های فرهنگی اجتماعی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- حسینی، حسین (۱۳۹۹). کرونا، فاصله‌گذاری اجتماعی و فرهنگ ویدیویی پلتفرمی، در کرونا و جامعه ایران، سوبه‌های فرهنگی و اجتماعی، به کوشش محمد سلگی، داریوش مطلبی و اسماعیل غلامی‌پور، تهران: پژوهشگاه فرهنگ و هنر و ارتباطات.
- حقگو، جواد و سلیمانی، غلامعلی (۱۳۹۹). چگونگی رویارویی رسانه‌های دولتی ایران با بحران کرونا. پژوهشنامه علوم سیاسی، ۱۵(۴) (۶۰)، ۷۳-۹۶. <https://sid.ir/paper/389716/fa> (SID).
- ریتزر، جورج (۱۳۸۴). نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: علمی
- سیفی، محمدرضا (۱۴۰۰). هرچه از آموزش حضوری فاصله بگیریم کیفیت آموزش پایین می‌آید. مصاحبه پانا با مدیرکل دفتر توسعه عدالت آموزشی و آموزش عشایر وزارت آموزش و پرورش در مورد آموزش عشایر در دوره کرونا، ۶ اردیبهشت، بازیابی شده از: <http://www.pana.ir/news/1174937>

- صالحی علیرضا (۱۳۹۸). *اقتدار پزشکی از خشونت تا دگر فهمی*، تهران: آگاه.
- عبدالهی، عادل، و رحیمی، علی (۱۳۹۹). برساخت اجتماعی کرونا و سیاست‌های مقابله با آن مطالعه موردی: کاربران فضای مجازی. ارزیابی تأثیرات اجتماعی، ۱ (۲) (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا- کووید ۱۹)، ۴۳-۶۳. SID. <https://sid.ir/paper/376410/fa>
- علوی‌پور رفسنجانی، آریتا؛ عبدی، رقیه و غزنوی، عصمت (۱۳۹۹). بررسی سلامت روان و شیوع اختلالات روان‌شناختی در مادران دارای فرزند مدرسه‌ای در بحران کرونا. *دستاورد های نوین در مطالعات علوم انسانی*، سال سوم، شماره ۲۹، ص ۳۴-۳۹.
- فوکو میشل (۱۳۹۰). *تولد پزشکی بالینی*، ترجمه: فاطمه ولیانی، تهران: نشر ماهی.
- فوکو، میشل، (۱۳۸۹). *تئاتر فلسفه، گزیده‌ای از درس گفتارها، کوتاه نوشت‌ها، گفت‌وگوها و...*، ترجمه: افشین جهان‌دیده و نیکو سرخوش، تهران: نشر نی.
- قاضی طباطبایی، سید محمود؛ و داد‌هیر، ابوعلی و محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۶). پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر ساخت اجتماعی مسایل انسانی. *پژوهش‌نامه علوم انسانی*، (۵۳) (ویژه‌نامه جامعه‌شناسی)، ۲۸۹-۳۳۴. SID. <https://sid.ir/paper/66745/fa>
- کاستلز، امانوئل (۱۳۸۰). *عصر اطلاعات: اقتصاد، جامعه و فرهنگ: ظهور جامعه شبکه‌ای* (جلد ۱)، ترجمه: افشین خاکباز، احد علیقلیان، تهران: طرح نو.
- کرسول، جان (۱۳۹۱). *پویای کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد (روایت‌پژوهی، پدیدارشناسی، نظریه داده بنیاد، قوم‌نگاری، مطالعه موردی)*، ترجمه: حسن دانایی‌فرد و حسین کاظمی، (ویرایش دوم)، تهران: انتشارات اشراقی، صفار.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). *پیامدهای مدرنیته*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). *راه سوم: بازسازی سوسیال دموکراسی*، ترجمه: منوچهر صبوری کاشانی. تهران: شیرازه.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی*، ترجمه: منوچهر صبوری کاشانی، تهران: نشر نی.
- مارکم، جیمز ا. (۱۳۹۹). *فلسفه پزشکی مقدماتی: انسانی کردن پزشکی مدرن*، ترجمه: پیروزه شهباز و دیگران، تهران: لوح فکر.
- میرزایی، مهدی و نظرزاده، مسعود (۱۴۰۰). بررسی علل افزایش خشونت خانگی علیه زنان در ایام قرنطینه خانگی شیوع همه‌گیری کرونا و ارایه راهکارهایی در جهت دستیابی به حقوق شهروندی زنان در ایام پسا کرونا (مورد مطالعه: زنان شهر ایلام)، *نشریه مطالعات حقوق شهروندی*، (۱۹) ۵، ۲۴۳. magiran.com/p2277290
- نظرسنجی از مردم تهران دربارهٔ آیدمی کرونا- موج اول، (۱۳۹۸)، معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی،

Ali, R., & Ullah, H. (2021). Lived experiences of women academics during the COVID-19 pandemic in Pakistan. *Asian Journal of Social Science*, 49(3), 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.ajss.2021.03.003>

Ariès Philippe (1960), *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Plon, Paris.

Bauman Zygmunt (2013), *La vie liquide*, traduction par Rosson Christophe, Pluriel, Paris

Bertucci, Marie-Madeleine (2009), *Place de la réflexivité dans les sciences humaines et sociales : quelques jalons*, Presses universitaires de Rennes | « Cahiers de sociolinguistique », 2009/1 n° 14 | pages 43 à 55.

Bessière, C., Biland, E., Gollac, S., Marichalar, P., & Minoc, J. (2020). Penser la famille aux temps du Covid-19. *Mouvements*, 8. & Clair, A. Homes, Health, and COVID-19: How Poor Housing Adds to the Hardship of the Coronavirus Crisis—Social Market Foundation. (<http://mouvements.info/penser-la-famille-aux-temps-du-covid-19/rss2>)

Brock, R. L., & Laifer, L. M. (2020). Family science in the context of the COVID-19 pandemic: Solutions and new directions. *Family Process*, 59(3), 1007-1017. <https://doi.org/10.1111/famp.12582>

Caulkins, J., Grass, D., Feichtinger, G., Hartl, R., Kort, P. M., Prskawetz, A., ... & Wrzaczek, S. (2020). How long should the COVID-19 lockdown continue?. *Plos one*, 15(12), e0243413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243413>

- Center for Disease Control and Prevention. Characteristics of persons who died with COVID-19 -United States, February 12 - May 18, 2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6928e1.htm>
- Claude DUBAR, « SOCIOLOGIE - Les grands courants », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 24 mai 2023. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sociologie-les-grands-courants/>
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., ... & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *Lancet*, 395(10231).
- Creswell, John W., Cheryl N. Poth. 2016. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- De Singly, François (2003), « Intimité conjugale et intimité personnelle : à la recherche d'un équilibre entre deux exigences dans les sociétés modernes avancées ». *Sociologie et sociétés*, 35(2), p79-96. <https://doi.org/10.7202/008524ar>
- Duret Pascal, Roussel Peggy (2003), *Le corps et ses sociologies*, Nathan, Paris.
- Flaherty, C. (2020). No room of one's own. Available at: <https://www.insidehighered.com/news/2020/04/21/early-journal-submissiondata>.
- Gao, G., & Sai, L. (2020). Towards a 'virtual' world: Social isolation and struggles during the COVID-19 pandemic as single women living alone. *Gender, Work & Organization*, 27(5), 754-762. <https://doi.org/10.1111/gwao.12468>
- Giddens, A. (2004). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. John Wiley & Sons.
- Gilia, C. (2020). Covid-19 Pandemic-A Determining Factor in the Increase of Violence Against Women. Case study: France. *Journal for Ethics in Social Studies*, 4(1), 70-82. <https://doi.org/10.18662/jess/4.1/29>
- Göle Nilüfer (2005), *Interpénétrations : l'Islam et l'Europe*, Galaade, Paris
- Hérichon, E. (1969). Erich Fromm, Société aliénée et société saine: du capitalisme au socialisme humaniste: psychanalyse de la société contemporaine, Paris, le Courrier du livre, 1956. *L'Homme et la société*, 11(1), 230-233. http://www.persee.fr/doc/homso_00184306_1969_num_11_1_1196
- Hertz, R., Mattes, J., & Shook, A. (2021). When paid work invades the family: Single mothers in the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Issues*, 42(9), 2019-2045.
- Humphreys, K. L., Myint, M. T., & Zeanah, C. H. (2020). Increased risk for family violence during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 146(1). DOI: 10.1542/peds.2020-0982
- Kirby, T. (2020). Evidence mounts on the disproportionate effect of COVID-19 on ethnic minorities. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 547-548. [https://doi.org/10.1016%2FS2213-2600\(20\)30228-9](https://doi.org/10.1016%2FS2213-2600(20)30228-9)
- Lavergne, C., Diaz, R. V., Lessard, G., Dubé, M., Beaulieu, C., Kate-Jolin, S., & Paquet, C. (2020). La COVID-19 et ses impacts sur la violence conjugale et la violence envers les enfants: ce que nous disent la recherche et la pratique. *Intervention*, 1, 27-35.
- Lebow, J. L. (2020). Family in the age of COVID-19. *Family process*.
- Lee, J., Chin, M., & Sung, M. (2020). How has COVID-19 changed family life and well-being in Korea?. *Journal of Comparative Family Studies*, 51(3-4), 301-313. <https://doi.org/10.3138/jcfs.51.3-4.006>
- Löw, Martina., 2016. *The sociology of space: Materiality, social structures, and action* (Springer).
- Malisch, J. L., Harris, B. N., Sherrer, S. M., Lewis, K. A., Shepherd, S. L., McCarthy, P. C., ... & Deitloff, J. (2020). In the wake of COVID-19, academia needs new solutions to ensure gender equity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(27), 15378-15381. <https://doi.org/10.1073/pnas.2010636117>
- Martuccelli, Danilo, De Singly, François. (2012). *Les sociologies de l'individu*. Paris : Armand colin.

- Mendoza, D. L., Benney, T. M., Ganguli, R., Pothina, R., Pirozzi, C. S., Quackenbush, C., ... & Zhang, Y. (2021). The role of structural inequality on COVID-19 incidence rates at the neighborhood scale in urban areas. *COVID, 1*(1), 186-202.
- Merriam, Sharan. B., Elizabeth J. Tisdell. 2015. *Qualitative research: A guide to design and implementation*. John Wiley & Sons.
- Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy, 16*(1), 67-73.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15487733.2020.1776561%40tsus20.2020.17.issue-S1>
- Price-Haywood, E., Burton, J., Fort, D., & Seoane, L. (2020). Hospitalization and mortality among black patients and white patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine, 382*(26), 2534–2543.
- Relph, Edward, (1976). *Place and placelessness*, London: Pion.
- Rentsch, C. T., Kidwai-Khan, F., Tate, J. P., Park, L. S., King Jr, J. T., Skanderson, M., ... & Justice, A. C. (2020). Covid-19 testing, hospital admission, and intensive care among 2,026,227 United States veterans aged 54–75 years. *MedRxiv*.
- Roland, J. S. 2020, COVID-19 Pandemic: Applying a Multisystemic Lens, *Family Process, Vol. 59, No. 3*(922-936). doi: 10.1111/famp.12584
- Schütz Alfred (2003), *L'étranger*, traduit par Bruce Bégout, Paris : Alina.
- Stroker, Elisabeth., Elisabeth Ströker., and Algis Mickunas., 1987. *Investigations in philosophy of space* (Ohio University Press). <https://philpapers.org/rec/STRIIP>
- Umamaheswar, J., & Tan, C. (2020). “Dad, wash your hands”: gender, care work, and attitudes toward risk during the COVID-19 pandemic. *Socius, 6*, 2378023120964376.
- UN Department of Economic and Social Affairs (2020). 65th UN/DESA Policy Brief: Response to the COVID-19 Catastrophe Could Turn the Tide on Inequality. Available at: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-65-responses-to-the-covid-19-catastrophe-could-turn-the-tide-on-inequality/>
- UN Department of Economic and Social Affairs (2021). Everyone Included: Social Impact of COVID-19. Available at: <https://www.un.org/development/desa/dspd/everyone-included-covid-19.html>
- UN Development Programme (2020). Putting the UN Framework for Socio-Economic Response to COVID-19 into Action: Insights (2th Brief). Available at: <https://reliefweb.int/report/world/brief-2-putting-un-framework-socio-economic-response-covid-19-action-insights-june-2020>
- United Nations (2020). Policy Brief: Education during Covid-19 and beyond. Available at: https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International journal of mental health nursing, 29*(4), 549. <https://doi.org/10.1111%2Finm.12726>
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M. et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour, 4*, 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Zamarro, G., Perez-Arce, F., & Prados, M. J. (2020). Gender Differences in the Impact of COVID-19. *KTLA. Accessed on July, 16, 2021*.
- Zokaei MS. (2020). *The Art of Conducting Qualitative Research, from Problematization to Authoring*. Tehran: Agah Publication.