



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

**Strategic Research on Social Problems in Iran**  
E-ISSN: 2645-7539  
Vol. 11, Issue 1, No.36, Spring 2022, pp. 109-136  
Received: 09.05.2021 Accepted: 28.06.2022

#### Research Paper

### Designing a Cognitive Model for Cancer Survivors with a Phenomenological Approach: A Case Study of Patients in Urmia

**Mohammad Abbaszadeh** \* 

Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran  
m.abbaszadeh2014@gmail.com

**Fateme Golabi**

Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran  
F.golabi@tabrizu.ac.ir

**Mohammad Bagher Alizadeh Aghdam**

Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran  
m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

**Tavakkol Aghayari Hir**

Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran  
t.aghayari@tabrizu.ac.ir

**Masoomeh Ghasemi**

Ph.D. Student in Economic Sociology and Development, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran  
Ma.ghasemi1395@gmail.com

#### Introduction

Today, compared to the past, more people are being survived despite diagnosed with cancer. Cancer survivors are considered an important community for being studied. Based on the survivors' lived experiences, cancer surviving can be defined as a life after cancer, which is a phenomenon beyond physical survival. The survivor's type of existence and life is a major turning point for the disease. Thus, cancer survival has important socio-cognitive aspects. However, in the previous studies conducted on cancer, social explanations have been very limited compared to micro- and psychological explanations. The aim of this study was to understand the cognitive model of cancer survivors in Urmia City, which is one of the high-risk provinces in terms of cancer prevalence. In this regard, this article addressed two basic questions as follows: (1) Is the transition from cancer disease to its recovery and survival associated with cognitive changes? (2) What cognitive experiences and lessons are learned about the phenomenon of cancer survival and what themes explain this phenomenon?

#### Materials & Methods

Considering the purpose and questions of the present study, which was to explore the meaning and nature of survival experience, an interpretive phenomenological method was used. In this study, the main data collection tool was an in-depth semi-structured interview. The interviews were conducted at medical centers (Omid Hospital and alternative treatment centers, including Homeopathy Center). The interviews were recorded and immediately transcribed verbatim. The collected data were analyzed using Colaizzi's

method. The inclusion criteria were having an experience of a total or partial recovery from cancer, having completed at least 5 years of recovery, and being over 20 years old. Totally, 19 survivors (9 male and 10 females) were studied. After the interviews, the data were saturated. Lincoln and Guba's criteria were used to ensure the accuracy and robustness of the research.

#### Discussion of Results & Conclusions

A society needs models to explain not only the diseases, but

\*Corresponding author

Abbaszadeh, M., Golabi, F., Alizadehaghdam, M.B., Aghayari Hir, T., and Ghasemi, M. (2022). Designing a cognitive model for cancer survivors with a phenomenological approach: a case study of patients in Urmia, *Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan*, 11(1), 109-136.

2645-7539 / © 2022 University of Isfahan

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



<https://doi.org/10.22108/srsp.2022.128527.1697>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.26457539.1401.11.1.5.2>

also the transition from them to recovery. To answer the first question of what the cognitive pattern is before experiencing the cancer, 6 main items, including “the first steps of socialization in chaotic transference”, “living in the struggle of mistake with perfection”, “bias”, “emotional strategies”, “obedience”, and “fate perceptions”, were recognized. To organize the 6 themes related to the initial cognitive reserves, an initial cognitive model was presented. As the survivors’ experiences showed, this early cognitive pattern was derived from the first experiences of socialization over the previous years. Therefore, to understand this pattern, one must understand the survivors’ socialization paths and their social actions resulting from the historical combination of past and present.

To answer the second question, the main theme of the new cognitive perception was obtained, which represented a secondary cognitive pattern that was affected by re-socialization due to the cancer. The new cognitive content was a kind of contemplative and rethinking pattern compared to the original pattern, which was often suggestive and unconscious.

Paying attention to the subjective and objective conditions affecting health and disease is the most concentrated solution, which can guide governments and policymakers to rethink the governing policies in addition to taking preventive actions at all the 3 levels of disease prevention in healthy people, disease prevention in the people at risk caused by misconceptions and dominated situations, and health restoration in sick people through socio-cognitive interventions. In other words, building a society with a healthy lifestyle through allocating resources and budgets to alleviate poverty, teaching the ways of changing perception, and problem-solving knowledge about health is more cost-effective than spending money on treatment.

**Keywords:** Cognitive Schema, Interpretive Phenomenology, Habitus, Survival, Lived Experience

## References

- Abad, M., Gangy, R., Sharifian, E., Nikdel, R., Jafarzadeh, M., and Jafarzadeh, F. (2015). Epidemiologic distribution of cancer in a 10-year study: retrospective review of hospital records and pathology centers of north khorasan province from 2003 to 2012. *JNKUMS*, 6 (4), 689-696. (In Persian)
- Abbaszadeh, M. (2012). Validity and reliability in qualitative researches. *Journal of Applied Sociology*, 23 (1), 19-34. (In Persian)
- Abedi, H. A. (2010). Applying phenomenological method of research in clinical sciences. *The Scientific Journal of Strategy*, 18 (54), 207-224. (In Persian)
- Abdollahian, H. (2015). Interpretive phenomenological analysis, advanced Ph.D. research course textbook. (In Persian)
- Akers, T. (2015). *Fall and redemption in the thought of Martin Heidegger and Jacques Lacan*. In partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy, the Faculty of the University of Denver, Electronic theses and dissertations, advisor: Carl Raschke.
- Angu, J., Kontos, P., Dyck, I., Mckeever, P., and Poland, B. (2005). The personal significance of the home: habitus and the experience of receiving long term home care. *sociology of Health and Illness*, 27 (2), 161-87.
- Béhague, D.P., Kanhonou, L.G., Veronique, F., Lègonou, S., and Ronsman, C. (2008). Pierre Bourdieu and transformative agency: a study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 489-510.
- Bourdieu, P. (1999). The contradictions of inheritance. In Bourdieu, P. Accardo, A. (Eds.), (1999) *The weight of the world: social suffering in contemporary society*. translated by Priscilla Parkhurst Ferguson, CA: Stanford. 507-513.
- Bourdieu, P. (2014). *Raisons pratiques: sur la theorie de l'action*. translated by Mardiha, M. Tehran: Naghsh Negar. (In Persian)
- Calderón, S. A. S., Becerra, B. F. V., and Riveros, E. E. R. (2020). Florence Nightingale’s body concept: a dialogue with Merleau-ponty’s existential phenomenology. *Escola Anna Nery*, 25 (2), 1-7.
- Carel, H. (2013). Illness, phenomenology, and phenomenological method. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34(4), 345-357.
- Crossley, N. (2001). The phenomenological habitus and its construction. *Theory and Society*, 30 (1), 81-120.
- Dehghan, M., Hasani, J., Moradi, A., and Mohamadkhani, Sh. (2021). Cancer-based contextual experiences: a phenomenological study of cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 10 (39), 51-66. (In Persian)
- Denney, R.M., Aten, J.D., and Leavell, K. (2011). Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(4), 371-391.
- Digestive Diseases Research Institute. (2020) *Results of the first ranking of 30 provinces in the most common cancers based on the second population-based cancer registration report*, ddri.ir (13.08.2020). (In Persian)
- Elpidorou, A., and Freeman, L. (2015). Affectivity in Heidegger I: moods and emotions in being and time. *Forthcoming in Philosophy Compass*, 10 (10), 661-671.
- Emami, S.M. H., and Pezeshki, M. Z. (2001). Holistic view in medicine. *Iranian Journal of Medical Education*, 1 (3), 7-15. (In Persian)
- Health Knowledge. (2020). Inequalities in health (e.g. by region, ethnicity, socio-economic position or gender) and in access to health care, including their causes, www.healthknowledge.org.uk, 2020/2/17.
- Heidegger, M. (1985). *History of the concept of time*. Bloomington: Indiana University Press.
- Hoffman, M. A., Lent, R. W., and Raque-Bogdan, T. L. (2013). A social cognitive perspective on coping with cancer: theory, research, and intervention. *The Counseling Psychologist*, 41(2), 240-267.
- Kanavos, P. (2006). The rising burden of cancer in the developing world. *Annals of Oncology*, 17, 15-23.
- Khaleghpanah, K. (2016). Chronic illness as way of life: a study of the multiple sclerosis’s lived realities. *Sociological Review*, 23(1), 65-89. (In Persian)
- Laranjeira, C. A., Leao, P. P., and leal, I. (2013). Meaning of life after cancer: an existential-phenomenological approach to female cancer survival. *Women's Studies International Forum*, 40, 132-143.
- Lizardo, O. (2004). The cognitive origins of Bourdieu’s habitus. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 34




- (4), 375–401.
- Lizardo, O. (2012). *Habitus-sociological-sources-and definitions*, University of Notre Dame. (In Press).
- Maderia, F.B., Filgueira, D.A., Bosi, M.L., and Nogueira, J.A.D. (2018). Lifestyle, habitus, and health promotion: some approaches. *Saúde Soc. São Paulo*, 27 (1), 106-115.
- Majadi Hezaveh, M., and Khademi, M. (2009). Breast cancer: a phenomenological study. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 12 (1), 29-39. (In Persian)
- Mayer, D.K., Nasso, S. F., and Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *The Lancet Oncology*, 18(1), 11-18.
- McQueen, D.V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J.M., Balbo, L. and Abel, T. (2007). *Health governance: the health society, health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York, NY: Springer.
- Moran, D. (2011). Edmund Husserl's phenomenology of habituality and habitus. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 42 (1), 53-77.
- National Cancer Institute. (2020). Dictionary of cancer terms, www.cancer.gov, (2022/6/10).
- Nikbakht Nasrabadi, A., Houshmand Bahabadi, A., Hashemi, F., and Valiee, S. (2011). Views of Iranian patients on life with cancer: a phenomenological study. *Nursing and Health Sciences*, 13(2), 216-20.
- Nielsen, K., and Skotnicki, T. (2019). Sociology towards death: Heidegger, time, and social theory. *Journal of Classical Sociology*, 19 (2), 111-137.
- Portugal, L. M. (2018). Applying social cognitive theory in a naturopathy healthcare educational program for parents and families. *Arch Gen Intern Med*, 2(1), 32-36.
- Raphael, M. W. (2017). *Cognitive sociology*. New York: City University of New York.
- Rahemi, S. H. (2006). A content analysis of concerns of cancer clients. *Iranian Journal of Nursing Research*, 1(1), 47-57. (In Persian)
- Reay, D. (2004). It's all becoming a habitus': beyond the habitual use of habitus in educational research. *British Journal of Sociology of Education*, 25(4), 431-444.
- Sadeghzadeh Oskouei, B., Sufiani, M., and Mehrabi, E. (2019). Phenomenology of depression of cancer-improved patients and reaching to philosophy-therapy as a caring approach. *Journal of Philosophical Investigations*, 13(27), 139-158. (In Persian)
- Sales, C. A., Almeida, C. S., Wakiuchi, J., Piolli, K.C., and Reticena, K.O. (2014). I survived cancer: phenomenological analysis of the survivors' language. *Enferm*, 23(4), 880-888.
- Sapiro, G. (2015). Habitus: history of a Concept. in James, D. W. (Ed.), (2015) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier. 484–489.
- Seidman, S. (2007). *Contested knowledge: Social theory today*. Translated by Jalili, H. Tehran: Ney (In Persian)
- Svenaues, F. (2011). Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14, 333–343.
- The Ministry of Health and Medical Education. (2017) *Iranian annual of national cancer registrarion report in 2015*. Tehran: Centers for Disease Control and Prevention. (In Persian)
- The Ministry of Health and Medical Education. (2010) *Iranian annual of national cancer registrarion report in 2008*. Tehran: Centers for Disease Control and Prevention. (In Persian)
- Throop, A., and Murphy, K.M. (2002). Bourdieu and phenomenology. *Anthropological Theory*, 2(2), 185-207.
- Waitzkin, H. (1981). The social origins of illness: a neglected history. *International Journal of Health Services*, 11(1), 77-103.
- Williams, F., and Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, *treatment* and beyond: qualitative study. *Health Expect*, 19(3), 631-642.
- Van Manen, M. (2017). But is it phenomenology?. *Qualitative Health Research*, 27(6), 775–779.
- Wronski, S.L. (2015). Defining cancer survivor and cancer survivorship: the who, what, and when, *Psicooncologia*, 12(1), 7.
- Zydzunat, V. (2019). *Phenomenology the best approach to health care research?* Vytautas Magnus University.



پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران  
سال یازدهم، شماره پیاپی (۳۶)، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، ص ۱۰۹-۱۳۶  
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۷

#### مقاله پژوهشی

## طراحی الگوی شناختی بازماندگان بیماری سرطان با رویکرد پدیدارشناسی: مطالعه موردی بیماران در شهر ارومیه

محمد عباس‌زاده\* ، استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

فاطمه گلابی، دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

F.golabi@tabrizu.ac.ir

محمدباقر علیزاده‌اقدام، استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز؛ تبریز، ایران

m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

توکل آقایی‌هیر، دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

t.aghayari@tabrizu.ac.ir

معصومه قاسمی، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی دانشگاه تبریز، تبریز،

ایران

ma.ghasemi1395@mail.com

#### چکیده

باتوجه به تجربه گسست‌ها و چالش‌های شناختی متعدّد در زیستن با بیماری مزمنی مانند سرطان پیش‌بینی می‌شود این بیماری توان زیادی در ایجاد تغییرات شناختی و تکوین طرح‌واره ذهنی جدید در بین بازماندگان بیماری سرطان داشته باشد. در مطالعات اجتماعی-شناختی دهه‌های اخیر، به سرطان به‌عنوان یک چالش شناختی توجه شده است که به‌طور مؤثری، امکان عامل‌بودن و چانه‌زنی برای تغییر را فراهم کرده است. در این پژوهش، برای فهم طرح‌واره شناختی بازماندگان از رویکرد کیفی با تأکید بر روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده شد. داده‌های میدانی با استفاده از تکنیک مصاحبه، مشاهده و معیار اشباع‌داده در بین بازماندگان بیماری سرطان شهر ارومیه گردآوری شده است. با ۱۰ زن و ۹ مرد مراجعه‌کننده به بیمارستان امید که بهبود یافته بودند، مصاحبه و داده‌ها به روش کلاسیکی تحلیل شد. از تحلیل و کدگذاری مصاحبه‌ها، ۷ مضمون اصلی استخراج شد که عبارت است از: اجتماعی‌شدن در گذاری آشفته، زیستن در کشاکش خطا و کمال، جانبداری، راهبردهای هیجانی، ادراک قضا-قدری، متابعت و ادراک شناختی جدید. یافته‌ها نشان می‌دهد تجربه زیستن با سرطان، منشأ گسست از طرح‌واره ذهنی پیشین بوده است و ساماندهی تجربه زیسته بازماندگان نشان می‌دهد بقا در بیماری، مستلزم عامل‌بودن برای پذیرش تجربه‌های شناختی جدید است.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره شناختی، بازماندگی، تجربه زیسته، پدیدارشناسی تفسیری، عادت‌واره.

\*نویسنده مسئول

عباس‌زاده، م.؛ گلابی، ف.؛ علیزاده‌اقدام، م.؛ آقایی‌هیر، ت. و قاسمی، م. (۱۴۰۱). «طراحی الگوی شناختی بازماندگان بیماری سرطان با رویکرد پدیدارشناسی: مطالعه موردی بیماران در شهر ارومیه». پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، ۳۶ (۱)، ۱۰۹-۱۳۶.



2645-7539 / © 2022 University of Isfahan

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



<http://dx.doi.org/10.22108/srsp.2022.129504.1720>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.26457539.1401.11.1.5.2>



## مقدمه و بیان مسئله

سرطان و بازماندگی از آن را نمی‌توان تنها، عارضه‌ای با کیفیت‌های ظاهری پدیدار شونده در کالبد فیزیکی، تهدید بقای آن و درنهایت، توقف تهدید یا بدخیمی جسمی توصیف کرد، کلیت زندگی بیمار در این رویارویی حضور می‌یابد. سرطان، تنها در ظرف جسم پدیدار نمی‌شود، در خود خویشتن نیز سکنی دارد. در کنار آثار بدنی شدید، پرسش از معنای زندگی و هستی، بخش مهم و مستمر از حالت‌هایی است که خویشتن در ابتلا به سرطان تجربه می‌کند.

امروزه در مقایسه با گذشته، افراد بیشتری با وجود تشخیص سرطان، زنده می‌مانند. تعداد بازماندگان این بیماری از اواسط دهه ۱۹۸۰، روند روبه رشدی را نشان می‌دهد (Mayer et al., 2017: 11). با افزایش تعداد بازماندگان سرطان، اکنون بسیاری از افراد، سرطان را به‌عنوان یک بیماری مزمن همراه با انطباق با یک واقعیت جدید از آنچه در زندگی آنها عادی است، تجربه می‌کنند (Hoffman et al., 2013: 240). تأملی بر مفهوم بازماندگی، نشان می‌دهد که در تعریف این مفهوم اتفاق نظر وجود ندارد؛ با این حال، بازمانده کسی است که در طول بیماری و پس از غلبه بر آن، زنده مانده و به فعالیت خود ادامه می‌دهد (National Cancer Institute, 2020). در رایج‌ترین تعریف نیز، بازماندگان سرطان افرادی هستند که تجربه مستقیم و منحصر به فردی از ابتلا به سرطان داشته‌اند؛ در نتیجه، فرد از لحظه تشخیص این بیماری تا پایان عمر بازمانده محسوب می‌شود. این پهنه زمانی دربرگیرنده مراحل درمان و پس‌درمان نیز است (Wronski, 2015: 14).

بر مبنای چنین تعریفی بازماندگان، طیف متفاوتی از افرادی را در بر می‌گیرند که سرطان را تجربه کرده‌اند. از جمله کسانی که بیماری آنان به‌تازگی تشخیص داده شده است: ۱- بیمارانی که در مرحله درمان قرار دارند؛ ۲- بیمارانی که درمان‌های فعال خود را پشت‌سر گذاشته‌اند و در وضعیت آنها بهبودی حاصل نشده است؛ ۳- بازماندگانی که سال‌ها بدون تهدید جدی سرطان در وضعیت تثبیت‌شده‌ای قرار داشته‌اند و

با اندکی اغماض آنها جزء بازماندگان بهبودیافته محسوب می‌شوند. با تمرکز بر گروه آخر، پدیده بازماندگی از سرطان، بقا و زندگی پس از سرطان تعریف شده است که در تجربه زیسته بازماندگان، پدیده‌ای فراتر از بقای جسمی است. برای این افراد، گذار از بیماری به مرحله پس‌سرطان، دوران بازاجتماعی شدن در اثر سرطان و پدیدار شدن تعادلی متفاوت در زندگی است که با نوع متفاوتی از بودن، یعنی زندگی بر لبه مرگ و در سایه سرطان مشخص می‌شود. بدخیمی در حال حاضر ناپدید شده است؛ اما امکان بازگشت آن وجود دارد.

درنهایت، این نوع بیماری برای فرد بیمار، نزدیکان و حتی فراتر از این محدوده، نوعی منبع تربیتی، رشد و یادگیری است؛ اما جنبه‌های منفی بیماری اغلب اثر مثبت بالقوه آن را که شامل رشد درک و دانش به خود است، پنهان می‌کند. بیماری، ما را مجبور می‌کند که نه تنها به دنیا نگاه کنیم، با آن کنار بیاییم. با محیط مذاکره و در محدودیت‌های جدید به بهترین شکل ممکن زندگی کنیم (Carel, 2013).

بدین ترتیب، نوع بودن و زیستن بازمانده، در امتداد نقطه عطفی بزرگ، یعنی بیماری قرار می‌گیرد. زندگی پس از سرطان ادامه می‌یابد؛ اما تداوم حیات بازمانده را که با گسست از زندگی و شیوه‌های آشنا همراه بوده نمی‌توان تنها گذار از بیماری به بهبودی فیزیولوژیکی تعریف نمود. چه بسا بیماری‌های فیزیولوژیک، نشانه‌ای از زندگی‌های بیمار باشند. افراد در بیماری‌های مزمن، بیماری خود را نه یک امر اتفاقی و بیولوژیک که امری اجتماعی (شناختی) ناشی از شیوه و تاریخ زندگی خود پیش از ابتلا به بیماری می‌دانند. زندگی زیسته، از سوی نهادهای اجتماعی مانند خانواده و آموزش محصور شده است که افراد را به شکل‌های گوناگون به سمت بیماری سوق می‌دهند (خالق‌پناه، ۱۳۹۵: ۸۰)؛ بنابراین سلامت و بیماری، واقعیت‌های فیزیکی و درعین حال، سازه‌های اجتماعی هستند که به‌طور مداوم بازتعریف می‌شوند (Kichbusch, 2007 in: McQueen et al., 2007: 145).

بازاندیشی و بازتعریف بیماری در شیوه‌های درمان نیز مطرح شده است؛ به طوری که فلسفه زیست‌شناختی در تعریف سلامتی و بیماری و برخورد با انسان جای خود را به فلسفه کل‌نگری یا جامع‌نگری<sup>1</sup> داده است. در این فلسفه، نگاه به انسان در ابعاد زیست‌شناختی، ذهنی، اجتماعی، روحی-دینی (معنوی) و تعامل‌های انسان با مجموعه جهان خلقت به‌عنوان محیط زندگی او توجه شده است (امامی و پزشکی، 1380: 12-13). پذیرش تعریف بیماری به‌عنوان فرآیندهای خودکار بدنی، گسست و بی‌معنی‌کردن ارتباط جامعه‌شناسی با بیماری را در پی داشته است؛ بنابراین این بازاندیشی از آن رو حائز اهمیت است که بیماری را پدیده‌ای با ابعاد اجتماعی-شناختی بازمی‌شناسد که در ارتباط فرد و جامعه شکل گرفته است. این بازتعریف، مطالعات جامعه‌شناختی را درباره موضوع بیماری در یک نقطه و برش زمانی برجسته قرار داده و حوزه گسترده‌ای را به روی مطالعات اجتماعی گشوده است. مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد علاقه به ریشه‌های اجتماعی بیماری، به‌تازگی روبه افزایش است (Waitzkin, 1981: 77)؛ اما همچنان در منابع پیشین درباره سرطان، توضیح‌های اجتماعی در مقایسه با توضیح‌های خرد و روان‌شناختی بسیار اندک است. در مطالعات داخلی نیز، با توجه به تقسیم کار قدیمی که بیماری را در انحصار پزشکی قرار داده است، توجه به موضوع‌هایی از این دست در حوزه جامعه‌شناسی را با دشواری مواجه کرده و مطالعه بیماری‌هایی مانند سرطان از رویکرد جامعه‌شناختی، همچنان تابوست.

در هر حال، ادراک نظری درصد نزدیک‌کردن خود به ادراک بیماران است و مطالعه تجربه این گروه باعث روشن‌شدن ادراک مبهم آنان می‌شود. در این راستا، پرسش از تجربه شناختی متحول بازماندگان با اتخاذ سنت پدیدارشناختی در مطالعه، ادراک ناشناخته آنان از سرطان به‌عنوان یک چالش شناختی با ابعاد ذهنی-عینی در هم‌تنیده را به کانون بحث وارد کرده که در نهایت، کمک‌کننده به تولید

دانش اجتماعی در این زمینه است. با ارائه الگوی شناختی حاصل از مطالعه پدیدارشناختی تجربه بازماندگان در فرآیند بهبودی از سرطان، از تقلیل بیماری و بهبودی آن به ظهور و توقف بدخیمی اجتناب شده است و همچنین از نگاه بازمانده‌ای توصیف‌شده که تجربه‌اش، ضمن اینکه بیانگر درهم‌تیدگی بدن و معنا در گذار از بیماری به بهبودی است، سرطان را فرصتی برای کشف، یادگیری (چگونگی مواجهه با ترس‌ها، ساماندهی مجدد زندگی و ...)، بازاندیشی و تعریف مجدد خویشتن و جهان می‌داند. با وجود این، مطالعات اندکی با دیدی متفاوت، سرطان را به‌عنوان یک فرصت شناختی جدید برای بیماران در نظر گرفته‌اند و به‌تازگی، بازماندگان سرطان، جامعه مطالعاتی جدیدی را تشکیل داده‌اند که توجه محققان را به خود جلب کرده است (Hoffman et al., 2013: 240). در مطالعات داخلی، توجه محققان بیشتر بر بیماران مبتلا به سرطان معطوف بوده است. این در حالی است که با گسترش آمار مبتلایان به سرطان در کشورهای در حال توسعه، ما به الگوهایی نیاز داریم که نه تنها چگونگی گذار از سلامتی به بیماری که چگونگی گذار از بیماری به بهبودی را نیز توضیح دهد. مطالعه تجربه بازماندگان، ضمن ارزشمند بودن شناخت تجربه بهبودی از سرطان برای محققان، بیماران، خانواده‌ها و سیاست‌گذاران حوزه سلامت، به این دلیل حائز اهمیت است که این پدیده و نیز گروه بازماندگان به‌عنوان جامعه مطالعاتی چندان شناخته شده نیست. با توجه به افزایش شمار بازماندگان از سرطان، مطالعه تجربه‌های بازماندگی نیازمند توجه بیشتری است. با این حال، تعداد نجات‌یافتگان از سرطان، در کشورهای در حال توسعه اغلب یک سوم کسانی است که در کشورهای توسعه‌یافته زندگی می‌کنند (فارمر و لارنسون، 2004، به نقل از آباد و همکاران، 1393: 460). بیشترین بار بروز سرطان و مرگ‌ومیرهای ناشی از آن در آینده نیز، در کشورهای در حال توسعه خواهد بود و این بخشی از یک گذار اپیدمیولوژیک بزرگ‌تری است که طی آن بار بیماری غیرواگیر و مزمن که زمانی به جوامع صنعتی محدود بود، در

<sup>1</sup> Holistic View

### پیشینه پژوهش

به‌تازگی مطالعه ادراک و تجربه‌های زیسته بازماندگان از سرطان، توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است. اگرچه مطالعات موجود در دو دسته کمی و کیفی انجام شده، توجه به مطالعه کیفی بیماران مبتلا به سرطان، اقبال روبه رشدی را داشته است و حجم چشمگیری از بدنه پیشینه موجود را دارد. در این مطالعات، بیشتر رویکرد پدیدارشناختی در مطالعه مشارکت‌کنندگان به کار گرفته شده است.

### منابع داخلی

صادق‌زاده اسکویی و همکاران (۱۳۹۸) در این پژوهش از منظر فلسفه به‌مثابه درمان و مراقبت، وضعیت بحرانی بیماران بهبودیافته را واکاوی پدیدارشناسانه و توصیفی کردند. نویسندگان با تمایز بین بیماری و ناخوشی بر لزوم توجه به مراقبت‌هایی تأکید کرده‌اند که توجه خاصی به ارتباط جسم و روان دارد. فلسفه‌درمانی، با نگاه انسان‌گرایانه و کل‌گرایانه که هویت، سلامتی و تمامیت انسان را در بافت کلی‌تری در نظر می‌گیرد، می‌تواند در درمان ناخوشی که ناشی از ایجاد رخنه در این کل یکپارچه است مورد استفاده قرار گیرد.

خالق‌پناه (۱۳۹۵) فضای تعامل بین بیماری و معالجه آن، موقعیت ساختاری (از ایجاد بیماری تا داغ ننگ) مربوط به بیماری و بازنمایی آن در جامعه بررسی نموده است. نویسنده در این مطالعه، بیماری را از مواجهه‌های تنها فردی به موقعیت زندگی اجتماعی بسط داده و نتیجه می‌گیرد، بیماری مزمن اتفاقی نبوده و بخشی از گسست وسیع‌تر در شیوه زندگی فرد است.

نیک‌بخت نصرآبادی<sup>۱</sup> و همکاران (2011) در مطالعه‌ای، مضامین سرطان به‌عنوان نوعی آزمایش الهی، تجربه تلخ و ناتوان‌کننده و شیمی‌درمانی دشوارترین تجربه سرطان و مبارزه مداوم را از تجربه‌های ۲۳ بیمار در زندگی با سرطان بررسی کردند.

کشورهای در حال توسعه بیشتر خواهد شد (Kanavos, 2006).  
15)

باتوجه به کاستی‌های پیشینه موجود، هدف از انجام‌دادن این مطالعه، فهم الگوی شناختی بازماندگان بیماری سرطان در شهر ارومیه است. براساس گزارش‌ها از موارد نهایی سرطان در سال ۱۳۸۷، در استان آذربایجان غربی، ۱۸۳۸ نمونه سرطان گزارش شده است که درمقایسه با نمونه‌های ثبت شده برای سایر استان‌های کشور، چشمگیر است. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹: ۲۶). تعداد موارد جدید سرطان در سال ۱۳۹۴، در استان آذربایجان غربی نیز، ۵۰۰۲ نمونه است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۶: ۳۳ و ۸۱) که در بازه زمانی کمتر از یک دهه، افزایش بیش از دو برابری را نشان می‌دهد. همچنین، این استان با فرارگرفتن در رتبه اول و دوم در ۳ سرطان (سرطان مثانه، ریه و سیستم عصبی) از ۱۰ سرطان شایع در ایران، در فهرست استان‌های پرخطر قرار دارد (پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، ۱۳۹۹).

یادآور می‌شود باتوجه به اینکه مطالعه حاضر درصدد فهم چگونگی انتقال از بیماری سرطان به بهبودی نسبی است، بازماندگانی که در مرحله تشخیص یا درمان قرار داشته‌اند و وضعیت ادراکی-شناختی آنان حاکی از تجربه عواطف و نوسان‌های شدید مانند خشم، ترس و اضطراب بوده است، برای تأمین هدف مطالعه حاضر چندان مناسب نبوده‌اند و بازماندگانی که تعادل احساسی و سلامتی نسبی خود را بازیافته‌اند، به‌عنوان گروه مطالعه شده انتخاب شدند. بر این اساس، در پژوهش حاضر بازمانده کسی است که درمان‌های فعال خود را پشت‌سرگذاشته و حداقل ۵ سال از بهبودی نسبی وی سپری شده است.

در پژوهش حاضر دو پرسش اساسی بدین شرح مطرح شده است: ۱- آیا گذار از بیماری سرطان به بهبودی و بازماندگی از آن، با تغییرات شناختی همراه است؟ ۲- تجربه‌ها و آموخته‌های شناختی حول پدیده بازماندگی از سرطان چیست؟ و چه مضامینی این پدیده را توضیح می‌دهد؟

<sup>1</sup> Nikbakht Nasrabadi et al.



می‌سازند. تجربه‌های آنها بیانگر روابط متفاوت سوژه با خود، جهان و سوژه‌های دیگر و مداخله در این روابط است. ویلیام و جانیتا<sup>۳</sup> (2016) در این پژوهش نتایج مطالعه تجربه زیسته زنان بهبودیافته از سرطان سینه نشان می‌دهد که بیماران طی کنارآمدن با فرآیند پرتنش تشخیص و درمان سرطان، تکنیک‌های مختلفی مانند ثبت روزانه فعالیت‌ها را ایجاد می‌کنند؛ در نتیجه، بیان دقیق معنای بقا و زنده ماندن برایشان دشوار می‌شود. از این مطالعه، مضامین اثر تشخیص و مدیریت درمان بر بقا، روابط و سیستم حمایتی، معنا و پیامدهای بقا به دست آمد.

دینی و همکاران<sup>۴</sup> (2011) در این پژوهش، مضامین به دست آمده در فهم تجربه‌های زیسته تعدادی از مبتلایان به سرطان حاکی از آن است که سرطان اثر مثبتی بر رشد معنوی مشارکت‌کنندگان دارد و مضامین بشارت<sup>۵</sup> و معنویت تقویت شده خانواده / دوستان<sup>۶</sup> نیز، فراتر از الگوی نظری است.

در راستای ارتقای چارچوب نظری سلامت و مدل‌سازی شناختی-اجتماعی از پدیده بیماری، پرتاقال<sup>۷</sup> (2018) به آموزش تغییرات رفتاری-شناختی در راستای سلامتی تأکید کرده است و تغییر با شناخت اسطوره‌ها و اطلاعات غلط را عاملی معرفی می‌کند که برای فعالانه‌تر عمل کردن در موقعیت محیطی استرس‌زا کمک‌کننده است.

هافمن و همکاران (2013)<sup>۸</sup> از مرور و تحلیل پیشینه یک دهه، الگویی از استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثر بر بقا استخراج کردند که شامل باورهای کارآمدی، عوامل شخصیتی و دریافت حمایت از محیط است که در تلاش برای بقا در برابر سرطان دیده شده است.

خادمی و سجادی‌هزاوه (۱۳۸۸) در این پژوهش نتایج نشان داد، تجربه‌های افراد مبتلا به سرطان پستان در چهار مفهوم محوری تأخیر در تشخیص و درمان، پذیرش نشدن درمان، غوطه‌وری در رنج (واکنش‌های عاطفی به بیماری، مواجهه با پیامدهای درمان، مواجهه با سیستم درمان و مراقبت ناکارآمد و اختلال در زندگی روزانه خانواده) و حرکت به سوی زندگی طبیعی منعکس شده است.

راحی (۱۳۸۵) در یک مطالعه کیفی شناخت خواسته‌های بیماران سرطانی را بررسی کرده و همچنین مفاهیم و خواسته‌های مددجویان مبتلا به سرطان را بی‌اطمینانی به آینده (اشکال در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری)، تضاد در هویت (نداشتن انرژی و توانمندی کافی به صورت تضاد در احساس و رفتار)، ایزوله شدن (احساس مبهم از خود، اعتماد به نفس نداشتن و نداشتن کنترل کافی بر فعالیت‌های زندگی) شناسایی کرده است.

## منابع خارجی

مرور بر منابع خارجی مرتبط نشان داد که می‌توان آنها را در دو دسته کلی قرار داد: دسته اول، منابعی که در آن تجربه‌های زیسته بهبودیافتگان از سرطان مطالعه شده و دسته دوم منابعی که الگوهای اجتماعی-شناختی بیماری در آن تدوین شده است مطالعه سالس<sup>۱</sup> و همکاران (2014) نشان می‌دهد، زندگی با ترس از عود در دوران بهبودی، بیماران را قادر می‌کند، معنای جدیدی از زندگی پیدا کنند. از مطالعه بازماندگان مضامینی چون دوباره به خاطر آوردن قدرت و توانایی، بازگشت به معنویت، ترس از عود بیماری، فراموش کردن زودگذر بودن زندگی به دست آمد.

لرنجریا و همکاران<sup>۲</sup> (2013) در این پژوهش نشان دادند که بازماندگان سرطان، فعالانه زندگی خود و معنای سرطان را

<sup>3</sup> Williams & Jeanetta

<sup>4</sup> Denney et al.

<sup>5</sup> Evangelism

<sup>6</sup> Enhanced Spirituality of Family/Friends

<sup>7</sup> Portugal

<sup>8</sup> Hoffman et al.

<sup>1</sup> Sales et al.

<sup>2</sup> Laranjeria et al.

تبیین بیماری مزمن در چارچوب نظریه‌های اجتماعی-شناختی، مدخل منحصر به فردی به جامعه‌شناسی سلامت است. در مبحث‌های شناختی معاصر، بر اهمیت نقش بورديو و پدیدارشناسان تأکید شده است (Raphael, 2017). عادت‌واره، عنصر شناختی مشترک در اندیشه این متفکران است. مفهوم عادت<sup>۴</sup> (هکسیس یونانی/ هبیتوس لاتین<sup>۵</sup>) که توسط فلاسفه ابداع شد، در اعمال نیت‌مند انسان، حصول و تثبیت دانش عملی و شکل‌دادن به ویژگی‌های خود، نقش مرکزی دارد. مفهوم هوسرل<sup>۶</sup> از عادت در پدیدارشناسی تکوینی‌اش<sup>۷</sup> ظاهر شده که عامل ساختاری کلیدی در ساخت تکوینی خود است (Moran, 2011: 53). ادراک از فرآیندهایی استفاده می‌کند که هوسرل (1991) از آنها با عنوان سنخ‌بندی<sup>۸</sup> و جفت‌شدن<sup>۹</sup> یاد می‌کند. سنخ‌بندی، مستلزم تشکیل طرح‌واره‌های ادراکی عادی است. اشیا تازه سنخ‌بندی شده نیز با اشیا مشابه تجربه شده در گذشته جفت می‌شوند. از این حیث، تجربه ادراکی با زندگی‌نامه افراد و به‌طور خاص با عادت‌های به‌دست‌آمده با تاریخ زندگی ساختار یافته است. آنچه من اکنون تجربه می‌کنم، رسوباتی به‌شکل عادت‌واره است که تجربه‌های آینده من را شکل می‌دهد (Crossley, 2001: 107-108). هوسرل بر بُعد دوگانه منفعل و فعال عادت‌واره تأکید می‌کند. از یک سو، فعالیت‌های پیش‌تأملی روزمره وجود دارد و از سوی دیگر، اعمال تأملی انتقادی که به اولی ضربه می‌زند؛ برای مثال، ممکن است کسی بخواهد باور خود را تغییر دهد (Sapiro, 2015: 485).

طرح‌واره جسمانی، معنای مرلپونتی درباره عادت را دربردارد. عادت شامل اصلاح و بزرگ‌شدن طرح‌واره جسمانی و اصول اولیه عمل و دانش به چگونگی است که شیوه‌های جدید عمل و درک را میسر می‌کند. این رسوبی از

در مطالعه مادریا<sup>۱</sup> و همکاران (2018) استفاده از مفهوم عادت‌واره در راستای نقد تفسیرهای بیولوژیکی از سلامت و راهکاری برای ارتقای چارچوب نظری سلامت مطرح شده است. بر این اساس، سبک زندگی سالم، محصول عادت‌واره است و این مفهوم فرصت تأمل درباره موقعیت اجتماعی و کنش فردی مؤثر بر سلامت را فراهم می‌کند که از نظر تاریخی ایجاد شده است.

نتایج مطالعه بهاگیو و همکاران<sup>۲</sup> (2008) نشان می‌دهد درمیدان بهداشت و درمان، تعامل مبتنی بر قدرت و سرزنش بین بیمار و کادر درمان جریان دارد که باعث سکوت و انفعال بیمار می‌شود؛ اما این تعامل‌ها گاه از سوی بیمار و خانواده‌اش به‌صورت خلافانه، به فرصتی برای اصلاح ارزش‌ها و روش‌های موجود تبدیل می‌شود که پتانسیل تعدیل ساختار میدان قدرت را دارد.

باتوجه به ابهام‌ها و نقدهای صورت‌گرفته از مفهوم عادت‌واره، آنگوس<sup>۳</sup> و همکاران (2005) در مطالعه خود، بر بهبود این تئوری با توضیح چگونگی تغییر عاملان و موقعیت‌های اجتماعی در اثر بحران‌های بیولوژیکی مانند بیماری تأکید کرده‌اند.

مرور منابع تجربی حاکی از آن است، تنها پاره‌ای از مطالعات اجتماعی، مباحث اجتماعی-شناختی مرتبط با سرطان را مطرح کرده‌اند و خروجی این مطالعات به‌دلیل غلبه رویکردهای روان‌شناختی و پرستاری در فهم سرطان، بر تجربه اختلال‌ها و احساس‌های ذهنی بیماران متمرکز شده است؛ در نتیجه، بافت و متن اجتماعی تجربه‌های شناختی مستتر در پدیده بازماندگی در پیشینه موجود چندان شناخته شده نیست.

### چارچوب مفهومی

<sup>4</sup> Habit

<sup>5</sup> Greek hexis; Latin habitus

<sup>6</sup> Husserl

<sup>7</sup> Genetic Phenomenology

<sup>8</sup> Typification

<sup>9</sup> Pairing

<sup>1</sup> Maderia et al.

<sup>2</sup> Béhague et al.

<sup>3</sup> Angus et al.

که از قبل برای ما اهمیت داشته است و از نظر احساسی بر ما اثر می‌گذارد (Elpidorou & Freeman, 2015).

عادت‌واره چالش‌برانگیزترین مفهوم بورديو است که ضمن سودمندی و جلب توجه مفسران، انتقادهایی به آن شده است. محققان بر امکان تصحیح و عمق‌بخشیدن به مفهوم عادت‌واره بورديو با تجزیه تحلیل پدیدارشناسی آن تأکید دارند (Angus et al., 2005; Crossley, 2001). بیشتر مفسران رویکرد بورديو را بسط تفکر مرلوپونتی از آگاهی تجسمی<sup>۲</sup> می‌دانند (Lizardo, 2004: 9). ازدیدگاه بورديو، عادت‌واره باری از جبر و سکون<sup>۳</sup> با ظرفیتی از مهارت‌هایی که از پیش انباشته شده است، حمل و تنها زمانی تغییر می‌کند که موقعیت بیرونی به طرز چشمگیری تغییر کند تا جایی که موقعیت‌های بیرونی ظرفیت عادت‌واره را برای اجرای استراتژی‌هایی مختل کند که در گذشته کار می‌کردند. روند سازگاری و مهارت‌یابی مجدد، دشوار و همراه با اختلال است (Lizardo, 2012: 4-5). استدلال بورديو این است که به احتمال، تحت تأثیر تجربه میدان‌های ناآشنا و جدید، عادت‌واره مجزایی بر علیه عادت‌واره اولیه شکل بگیرد و یا به عبارت دیگر، عادت‌واره بر علیه خود تقسیم شود<sup>۴</sup> (Bourdieu, 1999). همچنین، هرطبقه‌ای عادت‌واره خود را به وجود می‌آورد که شامل شیوه‌های تفسیر و داوری درباره پدیده‌ها و رویدادهای مشترک میان اعضای هرطبقه است (سیدمن، ۱۳۸۶: ۲۰۰).

### جمع‌بندی

بحث درباره عادت بیشتر باعث بحث درباره ماهیت تعیین‌کننده یا قطعی آن می‌شود؛ مانند عامل تفسیر یا ساختار اجتماعی که این عاملان در آن فعالیت می‌کنند، کدام باید اولویت داشته باشد؟ این به‌طور دقیق، همان مناظره‌ای است که هایدگر و دیگر پدیدارشناسان (برای مثال مرلوپونتی) در پی فیصله‌دادن به آن بودند (Nilson & Skotnicki, 2019).

فعالیت‌های گذشته است که در حال حاضر به‌شکل ساختارهای طرح‌واره جسمانی ادامه یافته است که به ادراک، تصورها، تأمل‌ها، احساسات و عمل شکل می‌دهد. مرلوپونتی معتقد است که عادت برخلاف تصور رفتارگرایان یک واکنش مکانیکی نیست، بلکه نوعی درک یا دانش مجسم و عملی است که خود را به‌عنوان اقدامی شایسته و هدفمند نشان می‌دهد و با معنایی که در جهان ایجاد می‌کند به جهان می‌چسبد. به‌دست‌آوردن یک عادت به‌معنای درک و گنجاندن یک اصل ضمنی و عملی، در طرح‌واره بدن است (Crossley, 2001: 104-107).

دریفوس و رابینو<sup>۱</sup> (1993) در ارزیابی خود، هابیتوس را خلف مشخصی از توصیف هایدگر درباره در جهان‌بودن، تحلیل وجودی-تجربی یا شرح ویژگی اجتماعی ضروری واقعیت انسان می‌دانند (Nilson & Skotnicki, 2019: 35). هستی و زمان در اندیشه هایدگر، اشاره به درجهان‌بودن غیرفیزیکی و موقت انسان دارد. این فضا، فضای هستی و بودن دازاین است. فضای تصویری مکاشفه حقیقت و درگیری دازاین با خود و کلیت جهانی که به روی دازاین گشوده شده و دازاین به آن پرتاب شده است. درجهان‌بودن روان آدمی، نه تنها با فضای وسیع تصویری، با ماهیت عادت‌مندی مشخص می‌شود که دلستگی‌های سوژه را توجیه و روابط و اختلال‌های روانی او را تشدید می‌کند. این فضای دوگانه سوژه‌بودن و عادت‌کردن است (Akers, 2015: 288-311).

این فضا، حقیقت سوژه را آشکار می‌کند (Akers, 2015: 288-311). از نظر هایدگر ما به اینگونه‌بودن خود و جهانمان عادت کرده‌ایم و با آگاهی از مرگ و محدودیت می‌توانیم موقتی‌بودن خود و حقیقت (واقعیت‌های اجتماعی) را بفهمیم (Heidegger, 1985). به نظر هایدگر نوع‌بودن ما، به اثرگذار بودن و تجربه حالات روحی ما مربوط است. به این دلیل است که ما احساس می‌کنیم، جهان برای ما گشوده می‌شود و ما خود را در میان پروژه‌های دنیوی و موقعیت‌های اجتماعی می‌بینیم

<sup>2</sup> Embodied Consciousness

<sup>3</sup> Inertia

<sup>4</sup> a Habitus Divided Against Itself

<sup>1</sup> Dreyfus & Rabinow

زندگی که درشرف ظاهرشدن به خود است (Setton, 2002 in: Maderia et al., 2018: 113). درکنار پدیدارشناسان ازنگاه بوردیویی، عادت‌واره افراد به‌عنوان مولد کنش و انتخاب افراد درزمینه سلامت و بیماری، درتعامل با موقعیت بیرونی است (Setton, 2002 in: Maderia et al., 2018: 113). در این مطالعه هم درهم‌تیدگی ادراک‌های شناختی بازماندگان با بستر اجتماعی و موقعیت بازماندگان در ابتلا به سرطان مورد توجه است که بیشتر مورد تاکید بودیه است و هم معنا و سامان‌بخشی عواملان به فرآیندهای شناختی طی تلاش برای بقا که بیانگر رویکرد پدیدارشناسان به عادت‌واره است.

### روش مطالعه

پرسش اصلی مطالعه حاضر از کم‌بودن شناخت درباره چگونگی گذار از بیماری به بهبودی در تجربه زیسته اول شخص ناشی‌شده که باعث بهبودی نسبی شده است. در این مطالعه، باتوجه به اینکه هدف و سؤال مطالعه حاضر در راستای کاوش معنا و ماهیت تجربه مذکور است، از روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده می‌شود؛ زیرا در پدیدارشناسی، بر جنبه‌های ذهنی و سوژکتیو اندیشه انسانی تأکید می‌شود (عباس‌زاده، ۱۳۹۱: ۲۱). پدیدارشناسی، مطالعه معنای اولیه، زیسته، پیشاتأملی و پیش‌بینی‌کننده یک تجربه است. مطالعه پدیدارشناختی دراصل، مطالعه‌ای است که از شیوهٔ اپوخه<sup>۲</sup> و تقلیل<sup>۳</sup> پدیدارشناختی استفاده می‌کند (Van Manen, 2017: 777-778).

تحقیقات پدیدارشناسی تفسیری<sup>۴</sup> (IPA) با درک تجربه‌های افراد و با اکتشاف رابطه و درگیری آنها با یک حادثه یا یک روند (پدیده) خاص سروکار دارد. تحقیقات IPA، تحقیقاتی است که سه سطح هرمنوتیک را شامل می‌شود و مشارکت‌کننده، محقق و خواننده سه وجه این مثلث را تشکیل می‌دهند. درواقع، خواننده سعی می‌کند تلقی محقق را

تحلیل نهایی، بوردیو اولویت بیشتری به عادت‌واره می‌دهد و درمقابل، اعمال پیشاتأملی عاملی است که عادت‌های خود را شکل می‌دهد و درنهایت، برای پدیدارشناسان اولویت بیشتری نیز دارد. پدیده‌شناسی نیز به دلیل تمرکز بر تجربه فوری و ذهنی و نادیده‌گرفتن موقعیت ساختاری نقد شده است (Throop & Murphy, 2002)؛ اما بین رویکرد بوردیو و پدیدارشناسان شباهت‌هایی نیز وجود دارد. ازجمله: تأکید بر بُعد بدنی، تاریخی و بیوگرافیک بودن عادت‌واره. همچنین، بوردیو ظرفیت‌های خلاقانه عادت‌واره و تغییر آن را نیز می‌پذیرد. همان‌گونه که در صف پدیدارشناسان، ساختارگرفتن تدریجی عادت‌ها، پذیرش شده است. موضع پدیدارشناسان نیز متفاوت است. تمرکز هوسرل بر تجربه ذهنی جدا از جسم است و اینکه چطور ادراک با عادت‌های احساسی ما شکل می‌گیرد. مرلوپونتی، طرح بدنی را برجسته می‌کند و هایدگر درجهان‌بودن دازاین را به سوژه‌بودن و درعین حال عادت‌کردن تفسیر می‌کند. اگر روایت بازماندگی و برگشت به مسیر بهبودی از بیماری سرطان برای اول شخص، متضمن بازاندیشی و دوباره شکل‌دادن به خود و عادت‌ها از راه حصول دانش عملی باشد، طرح‌واره شناختی بازماندگان را به کانون بحث وارد می‌کند. تجربه‌های بازماندگان از بیماری سرطان، به‌عنوان روایت‌های اول شخص زیرسایه سترگ دانش پزشکی پنهان مانده است که رویکردهای پدیدارشناختی مذکور، قابلیت طرح این مسئله را از دید بازماندگان دارد؛ درنتیجه، به شنیده‌شدن صدای آنان کمک می‌کند. گسستن از فهم بدیهی پزشکی از بیماری و استفاده از هسته تجربی به‌عنوان نقطه شروع فهم، اقتباسی از پیش هوسرل است. سوناس (2000) با الهام از مفهوم درجهان‌بودن هایدگر، بیماری را وضعیتی می‌داند که در آن بودن در جهان فرد با کم‌شدن ریتم، تعادل و آهنگ زندگی روزمره مشخص می‌شود (Svenaeus, 2000 in: Zydziunat, 2019). برای مرلوپونتی، بدن بیمار، زندگی همزمان بخش ارگانیکی با خود<sup>۱</sup> و موقعیت

<sup>2</sup> Epoche

<sup>3</sup> Reduction Implicitly or Explicitly

<sup>4</sup> Interpretative phenomenological Analysis

<sup>1</sup> Ego

از تلقی مشارکت‌کننده به یک پدیده خاص درک کند. مناسب‌ترین روش برای این تحقیقات روشی است که شرکت‌کنندگان را به ارائه تجربه‌های غنی، دست اول و با جزئیات دعوت کند. مصاحبه عمیق و مطالعه خاطره‌های روزانه بهترین ابزار برای دسترسی به افکار، احساسات و داستان‌های مشارکت‌کنندگان درباره پدیده هدفمند است؛ البته گروه متمرکز و مشاهده مشارکتی نیز می‌تواند به عنوان روش‌های کاربردی مطرح شوند (عبداللهیان، ۱۳۹۴: ۵-۲). در این مطالعه، ابزار اصلی جمع‌آوری داده، مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته بود. گردآوری داده‌ها، با سؤال‌هایی شروع شد که به شرح ذیل است: آیا گذار از بیماری به بازماندگی و بهبودی، با تغییر افکار و عادت‌های شما نیز همراه بوده است؟ اگر تغییری در شناخته‌های پیشین صورت گرفته است، این تغییرات شناختی درباره پدیده بازماندگی چیست؟ مشارکت‌کنندگان، این گذار را با استفاده از ادراک و عادت‌های قبل و بعد از ابتلا به سرطان، توضیح می‌دادند. پس از اخذ معرفی‌نامه انجام‌دادن پژوهش از دانشگاه تبریز و ارائه آن به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و مراکز درمانی مرتبط، محقق در مکان‌هایی حاضر شد که امکان دسترسی به بازماندگان وجود داشت (بیمارستان امید و مراکز مربوط به درمان‌های جایگزین مانند همیوپاتی). سپس هدف‌های مطالعه به تیم درمانگر (پرستار، پزشک و ...) توضیح داده شد تا بازماندگانی را معرفی کنند که بهبودی نسبی یافتند. با توضیح هدف مطالعه و ارزشمندی تجربه بازمانده، رضایت آگاهانه آنان برای شرکت در مصاحبه کسب شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مصاحبه تنها با هدف شناخت تجربه بهبودی انجام گرفته است و گمنامی آنها، یعنی اطلاعات شخصی محرمانه خواهد ماند. مصاحبه‌های صورت‌گرفته در مراکز درمانی مذکور ابتدا ضبط و بلافاصله پس از آن دستنویس شد. با پایان هر مصاحبه که حداقل یک ساعت طول می‌کشید، کدگذاری انجام شد. برای کسب توضیحات بیشتر یا پاسخ به سؤال‌های جدید برآمده از اظهارنظرهای

مشارکت‌کننده، مصاحبه مجدد صورت گرفت و در نهایت، دستنوشته‌ها و کدهای استخراج‌شده از مصاحبه، برای تأیید یا رد اطلاعات کسب‌شده و رسیدن به مفاهیم همسان با تجربه بازماندگان، در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش کلایزی تجزیه و تحلیل شد. این روش شامل ۷ مرحله به ترتیب ذیل است:

مطالعه توصیف‌های ارائه‌شده برای مأنوس شدن با بازماندگان (خلاصه جدول‌های مصاحبه‌ها)، استخراج جمله‌ها و عبارات‌های مهم با پدیده بازماندگی (مرحله استخراج جمله‌های مهم)، فرموله کردن معانی با تأمل بر معانی جمله‌ها و توصیف‌های مهم بازماندگان، ارائه توصیف جامع براساس تلفیق روش‌های به دست آمده از مشارکت‌کنندگان، ارائه ساختار ذاتی پدیده بازماندگی و اعتبارسنجی یافته‌ها با مراجعه به شرکت‌کنندگان (عابدی، ۱۳۸۸: ۲۱۷-۲۱۶).

### مشارکت‌کنندگان، روش نمونه‌گیری، درستی و استحکام داده‌ها

جامعه مطالعاتی شامل بازماندگان بیماری سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید و برخی مراکز درمانی همیوپاتی در شهر ارومیه است. با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، در انتخاب نمونه‌ها از شیوه نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تجربه بهبودی کلی یا نسبی از سرطان، سپری شدن دست کم پنج سال از بهبودی و سن بالای بیست سال بوده است. انفعال در درمان (وضعیتی که بیمار در آن تنها درمان‌های رایج را گذرانده و نقش فعالی نداشته است) و تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه از معیارهای خروج از مطالعه بود. سعی شد از زیرگروه‌های جمعیتی مختلف با در نظر گرفتن سن، جنسیت و وضعیت شغلی و تحصیلی در مطالعه استفاده شود. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به این معنا که ادامه مصاحبه، کسب داده و درون‌مایه جدید نداشت.



و متخصصان تأمین شد. برای انتقال‌پذیری داده‌ها، توصیف جامعی از موقعیت شرکت‌کنندگان شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت شغلی ارائه شد. برای اطمینان‌پذیری، از روش کفایت ارجاعی استفاده شد. بدین صورت که درباره مفاهیم به‌دست‌آمده، نقل‌قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان ارائه شد.

با انجام‌دادن ۱۹ مصاحبه، داده‌ها به اشباع رسید. برای اطمینان از صحت و استحکام تحقیق از معیارهای لینکلن و گوبا استفاده شد. بدین منظور، باورپذیری پژوهش با استفاده از راهبردهایی مانند خودبازبینی محقق (بازبینی‌های لازم در داده‌ها در مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت رفت‌وبرگشتی)، بازبینی از سوی اعضا (تحلیل‌ها و نتایج برای اصلاح و تأیید در اختیار تمامی مشارکت‌کنندگان قرار گرفت)

#### جدول ۱- مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش

Table 1- Profile of research participants

| نوع سرطان     | وضعیت اشتغال      | وضعیت تأهل           | تحصیلات           | سن | جنسیت | کد |
|---------------|-------------------|----------------------|-------------------|----|-------|----|
| سرطان روده    | بازنشسته          | متأهل                | بی‌سواد           | ۸۲ | مرد   | ۱  |
| سرطان رحم     | شاغل بخش دولتی    | متأهل                | لیسانس            | ۴۵ | زن    | ۲  |
| سرطان کبد     | شاغل بخش دولتی    | متأهل                | فوق‌لیسانس        | ۳۰ | زن    | ۳  |
| تومور مغزی    | نگهبان            | متأهل                | ابتدایی           | ۶۹ | مرد   | ۴  |
| —             | معالج طب همیوپاتی | متأهل                | دکتری             | ۵۶ | مرد   | ۵  |
| سرطان غدد     | هیئت علمی دانشگاه | متأهل                | دکتری             | ۶۸ | مرد   | ۶  |
| تومور مغزی    | خانه‌دار          | مجرد در اثر فوت همسر | بی‌سواد           | ۷۳ | زن    | ۷  |
| سرطان رحم     | خانه‌دار          | متأهل                | ابتدایی           | ۵۴ | زن    | ۸  |
| سرطان خون     | خانه‌دار          | متأهل                | دیپلم             | ۳۴ | زن    | ۹  |
| سرطان ریه     | کارگر ساختمان     | متأهل                | دیپلم             | ۶۲ | مرد   | ۱۰ |
| سرطان استخوان | بازاری            | مجرد                 | لیسانس            | ۴۱ | مرد   | ۱۱ |
| سرطان حنجره   | خانه‌دار          | متأهل                | سواد خواندن نوشتن | ۵۷ | زن    | ۱۲ |
| سرطان معده    | معلم              | متأهل                | فوق‌لیسانس        | ۴۲ | مرد   | ۱۳ |
| سرطان حنجره   | خانه‌دار          | متأهل                | دیپلم             | ۵۵ | زن    | ۱۴ |
| سرطان خون     | پرستار            | متأهل                | لیسانس            | ۳۸ | زن    | ۱۵ |
| سرطان استخوان | پاسدار            | متأهل                | لیسانس            | ۴۵ | مرد   | ۱۶ |
| تومور مغزی    | کارمند            | متأهل                | فوق‌لیسانس        | ۳۶ | مرد   | ۱۷ |
| سرطان غدد     | بیکار             | مجرد                 | فوق‌لیسانس        | ۳۸ | زن    | ۱۸ |
| سرطان معده    | خانه‌دار          | متأهل                | دیپلم             | ۳۲ | زن    | ۱۹ |

#### یافته‌ها

بازماندگان پیش از ابتلا به سرطان چیست؟ همچنین، تجربه زیستن با سرطان و گذار از آن به بهبودی چه اثری بر شناخته‌های پیشین بازمانده داشته است؟ در مجموع، ۱۸ بازمانده مطالعه شدند که ۹ نفر از آنها زن و ۹ نفر مرد بودند. بازه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۸۲ سال و تحصیلات

هدف مطالعه حاضر، فهم ادراک‌های شناختی بازماندگان پیش از ابتلا به سرطان و تغییرات احتمالی آن طی فرآیند بهبودی است. گردآوری داده‌های پژوهش حاضر در راستای دستیابی به پاسخ پرسش‌های ذیل است: عادت‌های ادراکی-شناختی

آنها از بی سواد تا مقطع دکترا متغیر است. در این مطالعه از تحلیل داده‌ها، تعداد ۷ کد تبیینی و ۲۳ کد تفسیری استخراج شد که در ادامه، هریک از کدهای تبیینی این پژوهش و اظهارنظرهای مشارکت‌کنندگان تشریح شده است.

### جدول ۲- مضامین به دست آمده از تحلیل داده‌ها

Table 2- Themes obtained from data analysis

| کد تبیینی                                | کد تفسیری                            |
|--|--------------------------------------|
| گام‌های اولیه جامعه‌پذیری در گذاری آشفته | کار سخت در دوران کودکی               |
| زیستن در کشاکش خطا و کمال                | تحمل خشونت و ستم در دوران کودکی      |
| جانبداری                                 | پارادوکس تمایل به انکار و افشای خطا  |
| راهبردهای هیجانی                         | بی‌اخلاقی و وسواس کمال               |
| ادراک قضا-قدری                           | احساس گناه و تعذیب خود               |
| متابعت                                   | نفوذناپذیری                          |
| ادراک شناختی جدید                        | دسترسی آسان                          |
|  | تعصب به افکار خود                    |
|  | پنهان کردن خشم                       |
|  | رها کردن خشم                         |
|  | رنج دوستی                            |
|  | استناد به شانس                       |
|  | خواست خدا دانستن و به خدا سپردن امور |
|  | عقب‌نشینی و احساس بی‌قدرتی           |
|  | دعوت به تسلیم‌شدن                    |
|  | عادی‌سازی بخت بد                     |
|  | زیر فشار بودن برای اطاعت از دیگری    |
|  | ترغیب مردان به اقتدارطلبی            |
|  | تربیت خانوادگی دیگرخواهانه           |
|  | خونسردی و منطق در رفتار              |
|  | نه گفتن و تعدیل متابعت               |
|  | فهم و تعدیل قواعد بازی               |
|  | دریافت پیام بیماری و تقویت معنویت    |

بنابراین برای فهم چگونگی گذار از بیماری به بهبودی در تجربه بازماندگان، به تأمل در چگونگی ساخته شدن ادراک، عواطف و عادت‌های آنان در مراحل زندگی پیش از ابتلا به بیماری و به‌ویژه چگونگی اجتماعی شدن آنان در دوران کودکی نیاز داریم. در اظهارنظرهای بازماندگان اشاره‌های متعددی به سال‌های اولیه زندگی و رویدادهای ناخوشایند آن وجود دارد که اولین عواطف و ادراک‌های بازماندگان را در

**کد تبیینی ۱: گام‌های اولیه جامعه‌پذیری در گذاری آشفته**  
در این مطالعه، ابتدا از بازماندگان پرسیده شد: آیا فرآیند گذار از بیماری به سلامتی، با تغییراتی در عادت‌ها و افکار شما همراه بوده است؟ اگر چنین است، این تغییرات شامل چیست؟ اظهارنظرهای بازماندگان نشان می‌دهد، بخش مهمی از تمایل‌ها و ادراک شناختی آنان پیش از ابتلا به سرطان، در جامعه‌پذیری اولیه و دوران کودکی آنان ریشه داشته است؛

است.

کد ۱۹، زن، ۳۲ ساله، دیپلم، متأهل و خانه‌دار می‌گوید:

«پدر و مادرم سرم داد می‌زدن، تو سرم می‌زدن. عصبانی می‌شدم، تپش قلب می‌گرفتم. عصبانیت برای همیشه توی وجودم موند. چندبار با خوردن وایتکس دست به خودکشی زدم. از ۱۲ سالگی سوزش معده داشتم که بعد هم شد سرطان».

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، متأهل و کارگر ساختمان می‌گوید:

«دایم رحم نداشت. با هیکل و دست‌های کوچیکم با سطل از پله‌ها برآش آب بالا می‌کشیدم. دستمزم را درست نمی‌داد. چقدر به من ظلم کرد».

### کد تبیینی ۲: زیستن در کشاکش خطا و کمال

اظهارنظرهای بازماندگان حاکی از تأمل آنان بر ریشه و منشأ درد و رنج خود به‌عنوان راهی برای کنترل فعالانه بیماری و تداوم بقای خود بوده است. آنها در جریان این مکاشفه و مقابله با سرطان، عادت‌ها و افکاری را آشکار کردند که به باورشان، ناسازگاری این الگوهای شناختی با موقعیت عینی زندگی اجتماعی، منشأ رنج و آسیب آنان بوده است. از این اظهارنظرها، ۳ کد تفسیری شامل: بی‌اخلاقی و وسواس کمال، پارادوکس تمایل به انکار و افشای خطا و احساس گناه و تعذیب خود برشمرده شد که از دسته‌بندی آنها در یک خوشه، کد تبیینی زیستن در کشاکش خطا و کمال به دست آمد.

### کد تفسیری ۱: بی‌اخلاقی و وسواس کمال

پاسخ برخی از بازماندگان نشان می‌دهد، آنها وسواس و کشمکش مستمر و بی‌حاصل بین خوب و بی‌نقص بودن و بی‌تفاوتی به آن را تجربه کرده‌اند که یکی از ریشه‌های شناختی اضطراب و ناآرامی آنها بوده است. بازماندگان، براساس هنجارهای درونی‌شده خود در گذشته، اعتقاد و باور عمیقی به کردار درست داشتند؛ اما به تجربه دریافته بودند که چنین قواعدی کاربرد پیش‌بینی‌شده را ندارد؛ در نتیجه، به دلیل ناهمخوانی تربیت آرمان‌گرایانه و بی‌اخلاقی فزاینده در جامعه، دچار ناراحتی، خشم و فشار مزمن می‌شوند.

زندگی‌شان شکل داده است. دو کد تفسیری شامل کار سخت در دوران کودکی و تجربه خشونت و ستم در دوران کودکی، معنای تجربه‌های تربیتی دوران کودکی و چگونگی ساخته‌شدن الگوی شناختی اولیه بازماندگان را می‌سازد.

### کد تفسیری ۱: کار سخت در دوران کودکی

یادآوری بازمانده از چگونگی آغاز تاریخ فردی-خانوادگی در دوران کودکی نشان می‌دهد که جبرها و اوضاع سخت زندگی باعث شروع پیش از موعد کار و به دوش گرفتن مسئولیت برای کودک شده است. آثار این وضعیت با حذف مرحله کودکی، تحمل سختی و انباشت عواطف و احساسات منفی در درون کودک توصیف شده است. استمرار تجربه این عواطف اولیه، به‌صورت الگوی شناختی-عاطفی اولیه در بازمانده تثبیت می‌شود. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جمله‌های مصاحبه‌شوندگان این مقوله به شرح ذیل است:

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، متأهل و کارگر ساختمان می‌گوید:

«از بچگی افتادیم به نون درآوردن. با دایم کار می‌کردم. کاشی‌کاری، سیم‌کشی، سفیدکاری. هم‌سن‌های من بازی می‌کردن و من هم حسرت می‌خوردم».

کد ۸، زن، ۵۴ ساله، سواد ابتدایی، متأهل و خانه‌دار می‌گوید:

«پدر و مادرم فوت‌کرده‌بودن. از ۵ سالگی با برادر ناتنی‌ام زندگی می‌کردم. من را فرستادن کارگاه قالی. خرج خونه دربیاد ... بعد از ازدواج هم بار زندگی روی دوش من بود. هرکی میخواست برآش کاری بکنم، نه نمی‌گفتم».

### کد تفسیری ۲: تجربه خشونت و ستم در دوران کودکی

اظهارنظرهای بازماندگان نشان می‌دهد، شیوه‌های تربیتی و رفتارهای نامناسبی که نزدیکان در دوران کودکی با آنها داشته‌اند، ذهن آنها را از ابتدا به افکار و حالت‌های ناخوشایند آلوده کرده است؛ برای مثال، قرارگیری مستمر در معرض خشونت و لمس و تجربه آن با ذهن و بدن، شناخت آنان را برای همیشه مختل کرده؛ به‌طوری که فراوانی تجربه‌های نامطلوب و زیستن با عواطف منفی بدون یادگیری واکنش مناسب به رویدادهای زندگی و تثبیت حالاتی چون ترس، عصبانی‌بودن، ضعف، انفعال و پریشانی در آنها ختم شده

آنکه مبنای عمل کنشگران باشد، بیشتر به صورت لفظی و ابزاری برای تطهیر خود و انگ زدن و بی اعتبار کردن دیگری استفاده می شود که این فرآیند، بیشتر با تنش های مستمر و تخریب روابط نزدیک همراه است.

نمونه هایی از کدهای توصیفی مربوط به این مقوله به شرح ذیل است:

کد ۱۱، مرد، ۴۱ ساله، لیسانس و مجرد می گوید:

«خونه ما همیشه دعواست؛ چون کسی خطای خودش را نمی پذیرد و روی خطای دیگری حساس میشه و به روش میاره. این جنگ همیشگی خیلی مخرب بوده».

کد ۲، زن، ۴۵ ساله، لیسانس و متأهل می گوید:

«همسرم کرده هایش را همیشه انکار می کرد. برای همین مجبور بودم زیر نظر بگیرمش تا بفهمم داره چکار میکنه. همیشه کارهاش لو می رفت. بدنم خودبه خود مثل کتری می جوشید؛ چون همیشه منتظر یک گندکاری بودم».

### کد تبیینی ۳: جانبداری

اظهارنظرهای بازماندگان حاوی عبارتهای مهمی است که نشان می دهد، تعصب در اندیشه و رفتار به ویژه در روابط نزدیک، عامل مهمی در سلب آرامش آنها، تجربه هیجانها و عواطف منفی مستمر در زندگیشان بوده است. سه کد تفسیری شامل نفوذناپذیری، دسترسی آسان و تعصب به افکار خود سازنده کد تبیینی جانبداری است.

### کد تفسیری ۱ و ۲: نفوذناپذیری و دسترسی آسان

اظهارنظرهای بازماندگان حاکی از آن است که وجود تعصب های شدید خانوادگی به همراه تعصب های جنسیتی در رفتار همسرشان، تعادل زندگی آنان را برهم زده. به همین خاطر، این درون گروهی افراطی بین همسر و خانواده همسر باعث شده است که آنان بار مالی و روانی چشمگیری را تحمل کنند؛ زیرا سلامت آنان را به خطر انداخته است.

کد ۲، زن، ۴۵ ساله، لیسانس و متأهل می گوید:

«شوهرم روی خانواده اش خیلی تعصب داشت. همه کاری براشون می کرد. خانواده اش هم زرنگی می کردن و بار مالی زندگی خودشون را گذاشته بودن روی دوش ما. طوری که به مشکل مالی شدید برخوردیم و فشار زیادی

نمونه هایی از کدهای توصیفی و جمله های مصاحبه شوندهگان این مقوله به شرح ذیل است:

کد ۱۲، زن، ۵۷ ساله، متأهل و خانه دار می گوید:

«زن دوم شوهرم، با زرنگی و حقه، کاری کرد که شوهرم من و بچه هام را ول کرد. هر روز از غصه جون می دادم. دخترم می گفت: تو هم زرنگ باش. مثل این فیلم بازی کن؛ اما من نمی تونستم اونطوری باشم».

کد ۵، مرد، ۵۶ ساله، فوق لیسانس و متأهل می گوید:

«آنچه که همیشه جلوی چشمم و توی ذهنم بوده و خیلی آزارم می داد، این بوده که چیزی که ما با ضابطه و زحمت هم به دست نیاوردیم، بقیه با پول و دروغ و رابطه به دست آوردن. من نه می تونم این شرایط را عوض کنم و نه خودم جور دیگه ای باشم».

### کد تفسیری ۲: احساس گناه و تعذیب خود

گروه دیگری از بازماندگان وضعیت خود را با حالتی از نوسان بین تمایل به کردار درست و همنوایی با بی اخلاقی فزاینده در جامعه توصیف می کنند. زیستن در فضایی که در آن به طور مستمر بر اخلاقیات تأکید شده، اما در عین حال، اعمال به طرز فاحشی، غیر اخلاقی است با آمیزه ای از احساسات متناقض از جمله: احساس گناه و تعذیب خود همراه است. نمونه هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه شوندهگان این مقوله به شرح زیر است:

کد ۹، زن، ۳۴ ساله، متأهل و خانه دار می گوید:

«دوازده ساله با مادر شوهرم زندگی می کنم. از یک طرف بهم می گفتن ثوابه، از یک طرف می گفتن مستقل باشی بهتره. هر روز دعوا می کردم و به همه چی اش گیر می دادم؛ اما بعد عذاب وجدان می گرفتم و می گفتم: آه این زن یه روزی دامن من را می گیره که گرفت».

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، دیپلم، متأهل و کارگر می گوید:

«این روزها هم غریبه سرت کلاه می ذاره، هم خودی. عادت میکنی راه درست را بذاری هم رنگ جماعت شی؛ اما با هر دروغ و گناهی، عذاب وجدان هم میاد».

### کد تفسیری ۳: تمایل به انکار و افشای خطا

افشا و انکار خطا و تظاهر به اخلاق، بخشی از جامعه پذیری افراد در وضعیت متناقضی است که طی آن اخلاقیات بیش از

زندگی از جمله: پدیده بیماری در نگاه بازماندگان براساس تقدیر و شانس مربوط می‌شود. پنج کد تفسیری استناد به شانس، خواست خدا دانستن و به خدا سپردن امور، عقب‌نشینی و احساس بی‌قدرتی، عادی‌سازی بخت بد و دعوت به تسلیم‌شدن، کد تبیینی ادراک قضا-قدری را بیان می‌کنند.

### کد تفسیری ۱ و ۲: استناد به شانس / خواست خدا دانستن و به خدا سپردن امور

به خدا و شانس نسبت‌دادن امور، یکی از شایع‌ترین تفسیرهای استفاده‌شده بازماندگان در مواجهه با پیشامدهای ناخوشایند زندگی و توضیح چرایی رخدادهاست که بیماری نیز از این امر مستثنی نیست. آنها زندگی خود را در احاطه بدشانسی می‌بینند و وقوع رویدادهای نامطلوب را امری طبیعی در زندگی خود می‌دانند. بازمانده، در خانه‌نایمن زندگی و با خودروی نامطمئن رفت‌وآمد می‌کند و جد و جهد را بیهوده می‌داند. بدین ترتیب، خود را بیمه ابوالفضل می‌داند یا در برابر ظلم و ستم، خود و مسائلش با دیگران را به خدا می‌سپارد و به امید انتقام الهی، آرام می‌گیرد. به‌ظاهر، این باور ریشه در فقر بازمانده دارد و به‌احتمال، طبقات فقیر، بیشتر از اغنیا ناچاراند چنین تن به تقدیر دهند؛ برای مثال، بی‌پولی باعث می‌شود پیشگیری‌های فعالانه مانند غربالگری بی‌فایده یا غیرضروری به نظر آید. این دست از تمایل‌ها، جایگزینی برای اقدام‌های پیشگیرانه در برابر خطرناک‌هاست؛ بنابراین باورها انسان را در معرض خطرها و مخاطره‌های مربوط به سلامت قرار می‌دهد. ابتلا به بیماری صعب‌العلاجی مانند سرطان، بار دیگر حضور باورهای قضا و قدری را برجسته می‌کند. بیماری نیز تکرار همین بخت بد است و گریزی از این سرنوشت شوم وجود ندارد. بازمانده زبان به شکوه از خدا و چرخ گردون باز می‌کند. امید و آرزو برای بهبودی نیز از جنس همین باورهاست و بازمانده در بیماری نیز مانند سایر مشکلات، خود را به خدا می‌سپارد؛

برای مثال، کد ۱۲، زن، ۵۷ ساله، سواد خواندن و نوشتن،

تحمل کردیم. هر جایی که مادر عادت کرده از پسر بخوره، زندگی اون پسر از بین رفته. وقتی فهمیدم سرطان دارم، تعجب نکردم. من بیشتر وقتم را صرف تغییر دادن عادت‌های همسر کرده بودم که چون نتیجه نمی‌داد، باعث شد یکسال تمام، هر لحظه برای من با خودخوری و خشم بگذره».

کد ۳، زن، ۳۰ ساله، فوق‌لیسانس و متأهل می‌گوید: «شوهرم به حرف خانواده‌اش باور کرده بود که عروس، حسود و دشمنه. در برابر من مثل سد بود؛ اما خانواده‌اش راحت بهش نفوذ می‌کردن و خواسته‌شان را عملی می‌کردن. هیچ‌وقت نشد به فکر من توجهی بکنه. انگار اینجوری می‌خواست حیثیت خودش را ثابت کنه».

### کد تفسیری ۳: تعصب به افکار خود

تعصب و تمایل‌های جانبدارانه، بخشی از ساختار اولیه سیستم باور خودبازمانده پیش از ابتلا به سرطان نیز بوده است. این تمایل‌ها با باورها و عقاید انتقاداتناپذیر مشخص شده است که نوعی مسئله و تحریف شناختی محسوب می‌شود. ازدید بازمانده، نگاه متعصبانه و اغراق‌آمیز در رویارویی با ویژگی‌های مثبت و منفی افراد و رویدادها، واقع‌بینی و تعامل بازمانده با دیگران را دشوار می‌کند؛ زیرا منشأ تنش‌های مکرر همراه با عوارض جسمی، روانی و اجتماعی بوده است؛ برای مثال، کد ۲، زن، ۴۵ ساله، لیسانس و متأهل می‌گوید:

«من اون موقع آدم‌ها را با خواسته‌های خودم می‌سنجیدم. آگه با فکر و سلیقه من جور نبودن، شدیداً ناراحت می‌شدم و از اونها دوری می‌کردم. این باعث نفرت و دعوی همیشگی بین من با بقیه می‌شد».

کد ۱۷، مرد، ۳۶ ساله، فوق‌لیسانس، متأهل و کارمند می‌گوید:

«من کترلی روی افکارم نداشتم. آگه کسی از رفتارم گله می‌کرد، خیلی سخت باهاش برخورد می‌کردم. نمی‌شد راحت با کسی حرف بزنم».

### کد تبیینی ۴: ادراک قضا-قدری

باورها نقش مؤثری در ادراک افراد از امور و ریسک‌ها و نحوه رویارویی با آنها دارد. از اظهارنظرهای بازماندگان، عبارت‌های معنی‌داری استخراج شد که به تفسیر پدیده‌ها و رویدادهای



متأهل و خانه‌دار می‌گوید:

«می‌دونستم غربالگری می‌کنن و اگه سرطان زود معلوم بشه، درمان میشه؛ اما می‌گفتم: ای بابا مگه میشه از مرگ فرار کرد. کلی هم هزینه‌ش. ترجیح می‌دادم پولم را خرج نکنم. وقتی فهمیدم سرطان دارم، خیلی ترسیدم. گفتم ای خدا چرا من؟ کم کشیده بودم؟ این را هم اضافه کردی؟ این از بخت بدمنه.»

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، دیپلم، متأهل و کارگر ساختمان

می‌گوید:

«سقف خونه من از چوبه. ماشینم هم شانسی کار می‌کنه. بیمه ابوالفضل. به حق ابوالفضل طوری نمیشه.»

کد ۱۷، مرد، ۳۶ ساله، فوق‌لیسانس، متأهل و کارمند

می‌گوید:

«اگر حکمان را هم خوردند، بخوردند. خدا که نمی‌ذاره از حلقومشون بره پایین. همه زیر خاک خواهیم خوابید و جوابش را از خدا خواهند گرفت.»

### کد تفسیری ۳: عقب‌نشینی و احساس بی‌قدرتی

اظهارنظرهای بازماندگان حاکی از لحظاتی است که در آن احساس درماندگی داشتند. امور را خارج از کنترل خود تلقی می‌کردند و با انفعال و عقب‌نشینی سریع واکنش نشان می‌دادند. چنین باورهایی در تاریخ و چارچوب کلی زندگی بازمانده و در توضیح چرایی پیشامدهای ناخوشایند شکل گرفته است.

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«من آدم خیلی سالمی بودم. اوادم اختیار کار را دادم به پسر. عوض پسر مال و منالم را بالا کشید. چکار می‌شه کرد؟ خودش انصاف داشته باشه. من بهش بگم چی می‌شه؟ خیلی ناراحت بودم. اول فشارم بالا رفت. بعد هم برام سرطان تشخیص دادن.»

کد ۹، زن، ۳۴ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«شوهرم با همه سر جنگ و دعوا داشت. آبرویم را برده بود. جلوش کوتاه اوادم که بیشتر از این آبرویمان نرود. هرچی خواست، همون شد.»

### کد تفسیری ۴: عادی‌سازی بخت بد

در تعامل بازماندگان با نزدیکان، معانی با وضعیت زندگی

منتقل شده و حاکی از آن است که چگونه ناکامی و شکست در زندگی با مقایسه و مثال آوردن از سوی نزدیکان به‌عنوان امری طبیعی و سرنوشت تغییرناپذیر برساخته می‌شود. به بیان بهتر، در خرده‌فرهنگ بی‌چاره‌گی و بی‌چاره‌زیستن، کنشگران با مقایسه بخت و اقبال بد خود و دیگران، واکنش نشان می‌دهند. بروز آسیب‌های جسمی و روحی، پیامد چنین تسکینی با پایداری اوضاع نامطلوب است.

کد ۱۵، زن، ۳۸ ساله، لیسانس و متأهل می‌گوید:

«من از زندگیم راضی نبودم. خیلی اذیت می‌شدم. مادرم خودش خیلی سختی کشیده بود. می‌گفت: بین منم همیطوری بودم، خیلی کشیدم. اینا عادیه. زندگی همینه. اینجوری می‌گفتن که مجبور شدم به‌جای اینکه بدبختی‌هام را ول کنم، تا حد مرگ تحمل کنم.»

کد ۱۹، زن، ۳۲ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«دوروبر ما پر از آدم‌های بدبخت بیچاره است. تا میگی من دردم اینه، میگن مگه بقیه پیشون از تو کمتره؟ تو برو شکر کن، فلانی از تو سرتره. اونم بدبخت شده. مردها همیطورین. آنقدر از بدبختی دوروبر مثال می‌زنن که درد خودت فراموش میشه.»

### کد تفسیری ۵: دعوت به تسلیم شدن

موقعیت فرودست و انتظارهای پیوسته با این فرودستی از جمله انتظار تسلیم و گسترش آستانه تحمل با صبر و سکوت، عمل بازمانده را در موقعیت‌های متعددی بازتولید کرده است. حتی اگر موقعیت ظالمانه باشد، اطرافیان ناخودآگاه بیش از مقابله و مقاومت، از بازمانده توقع عقب‌نشینی دارند. اگر بازماندگان به‌ویژه زنان بازمانده، انگیزه مقابله با موقعیت‌های تعریف و تسلیم خود را هم در سر داشته باشند، اطرافیان آنان را به مدارا و تسلیم ترغیب می‌کنند.

کد ۹، زن، ۳۴ ساله، دیپلم، متأهل و خانه‌دار می‌گوید:

«من نمی‌تونستم با شوهرم بسازم. از اول کلی عذابم داده بود. بعد هم فهمیدم، اعتیاد داره. می‌خواستم طلاق بگیرم. دوروبری‌هام گفتن طلاق بگیر بی‌چهارهات سرگردان میشن. خودت تنها می‌مونی. باز مرد، معتاد هم باشه، مرده. زندگی همینه باید بسوزی و بسازی.»

کد ۲، زن، ۴۵ ساله، لیسانس، متأهل و شاغل می‌گوید:

آرامش ندارند؛ زیرا خود را در دام خشمی فروخورده در درون می‌یافتند؛ انباشت مستمر رنج و خشمی که انتظار می‌رود در درون پنهان و حبس گردد، از کنترل خارج شده و گاه به شدت رها می‌گردد.

کد ۹، زن، ۳۴ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«آدم را می‌ذارن لای منگنه. میگن داد نزن. خیلی پیش می‌آمد که از عصبانیت نفسم بند می‌آمد. یه وقت‌هایی هم دیگه نمی‌تونستم جلوی خودم را بگیرم. دادوبیداد می‌کردم. بعد کلی سرزنش می‌شدم که حالا خوب شد آبروی خودت را بردی».

### کد تفسیری ۳: رنج دوستی

احساس غم و درد، یکی از حالت‌های آشنایی است که بازماندگان به صورت واکنش به نسبت خودکار و مستمر تجربه کرده و به آن انس گرفته بودند. موقعیت عینی، عادت‌ها و باورهای ناخودآگاه بازمانده، او را برای تغییر و فراتر رفتن از وضعیت خود، حیران و ناتوان می‌کند و درد و رنج، یار مأنوس و درونی بازمانده‌ای است که درون او را متناسب با وضعیت بیرونی می‌پروراند. در زندگی بازمانده، تحمل زندگی فقیرانه یا تحمیل بی‌قدرتی در زندگی، با تکریم رنج و تقبیح شادی به طور موازی پیش می‌رود. رنج، گریه و اندوه، نشانه ایمان و انسان‌ساز است. کسی که غم ندارد، انگ بیعاری می‌خورد. مقابله و مطالبه به‌ویژه برای زنان شایسته نیست و رنج و مرارت باید با عظمت درک و یاد و در درون به این خصلت آراسته شود. از نگاه بازمانده، سرطان، تداوم درد و رنجی تفسیر می‌شود که افراد از درون به آن انس گرفته‌اند. این هیجان‌های آموخته و مأنوس در مواجهه با سرطان نیز پدیدار می‌شود. مواجهه پیشاتأملی و اولیه با سرطان نیز دراصل، امتداد همین راهبردهای هیجانی در قالب ناله، غم، ترس و خشم است.

کد ۹، زن، ۳۴ ساله، دیپلم، متأهل و خانه‌دار می‌گوید:

«دنیا برای مؤمن پر از غم و عذاب است. انسان برای هر رنجی که می‌کشد، ثوابی برایش ثبت می‌شه. قهقه مال آدم بی‌عاره که نمی‌فهمه غم چیه».

کد ۳، زن، ۳۰ ساله، فوق‌لیسانس، متأهل و کارمند

«بعد از ازدواج، شوهرم کارت بانکیم را خواست. اول مقاومت کردم؛ اما باهم به مشکل خوردیم. مادرم گفت: حالا کارت تو جیب خودت نباشه، خرج خونه خودت می‌کنه دیگه؟! تسلیم شدم و کارتم را بهش دادم. گفتم بعداً خودش بهم برمی‌گردونه؛ اما برنگردوند. طوری شد که انگار این پول مال من نبوده. همیشه دیگه راجع بهش حرف زد. برای خودم هم عادی شد؛ اما همیشه در درونم عذابمیده».

### کد تبیینی ۵: راهبردهای هیجانی

بازماندگان به‌ویژه زنان معانی را به نوع پاسخ‌های عاطفی و حالت‌های احساسی خود آشکار کردند که نشان می‌دهد چگونگی بروز عواطف و احساسات، تنها پایه بیولوژیکی ندارد و در بازتولید آن، قدرت و هنجارهای فرهنگی نقش دارد. سه کد تفسیری پنهان‌کردن خشم، رهاشدن خشم و رنج‌دوستی، سازنده کد تبیینی راهبردهای هیجانی است.

### کد تفسیری ۱: پنهان‌کردن خشم

آشکارکردن احساسات در واکنش به دیگران، به‌ویژه برای زنان به‌عنوان عملی ناپسند است و ناتوانی از پنهان‌کردن خشم، با انگ مواجهه می‌شود. تحت تأثیر این واکنش عاطفی - فرهنگی، خودخوری و فروخوردن خشم، بخشی از راهبردهای هیجانی بازمانده زن به سیاق زنان اقوامش است. این باور و الگوی تربیتی که در همسویی با انتظارات از زن بودن قرار دارد، درمقایسه با تحصیلات و آموزش‌های ثانوی توان اثرگذاری بیشتری دارد.

کد ۱۹، زن، ۳۲ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«قبل از مریضی‌ام، فکر می‌کردم باید دردها و خشمم از بقیه را بریزم تو خودم که برام حرف درنیارن و آبروم نره. می‌گفتن عیب زن صداس دربیاد».

کد ۲، زن، ۴۵ ساله، لیسانس و متأهل می‌گوید:

«اینکه اینجور مریضی‌ای میاد سراغ یکی تصادفی نیست. نتیجه یک عمر دم‌زدن و تحمل کردن همین میشه».

### کد تفسیری ۲: رهاشدن خشم

اظهارنظرهای بازماندگان در این پژوهش نشان داد که آنها

می‌گوید:

«من همیشه آدم ناراحت، ضعیف و عصبی‌ای بودم. به آدم‌های شاد به دیده تحقیر نگاه می‌کردیم. مادر و خاله‌هایم بیشتر مراسم مرثیه می‌رفتند. جمع می‌شدند، مصیب‌هایشان را برای هم می‌شمرند. منم به اونا رفتم. مثل اونا در برابر مشکلات کارم گریه و خودزنی. تحصیل کرده هم که باشم، کار دیگه‌ای ازم برنمیداد.»

### کد تبیینی ۶: متابعت

اظهارنظرهای بازماندگان، حاوی اشاره‌هایی است که نشان می‌دهد، بازماندگان به صورت آموخته، جبری و خودبه‌خود با خواسته‌ها و علایق دیگری همراهی کرده‌اند. سه کد تفسیری شامل زیر فشار بودن برای اطاعت از دیگری، ترغیب مردان به اقتدارطلبی و تربیت خانوادگی دیگرخواهانه، ذیل کد تبیینی متابعت دسته‌بندی شد.

### کد تفسیری ۱: زیر فشار بودن برای اطاعت از دیگری

تجربه‌های بازماندگان نشان می‌دهد که آنها در تمام مراحل و دوره‌های زندگی، هم در حوزه عمومی و هم در زندگی خانوادگی برای اطاعت کردن و هماهنگی با دیگران تربیت شده و زیر فشار بوده‌اند. داشتن تحصیلات و استقال مالی نیز مانع انتظارات اقتدارگرایانه از زنان نشده است؛ برای مثال، کد ۱۴، زن، ۵۵ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«شوهرم میگفت: وقتی من میگم این درسته، این کار را بکن، قبول کن، نموم شه، بره بحث نکن. کلاً آدم زورگویی بود. همیشه حرص می‌داد.»

کد ۱۸، زن، ۳۸ ساله، فوق‌لیسانس و مجرد می‌گوید: «همه زن‌های اطرافم و مادرم یک ضرب‌المثل معروف داشتند که می‌گفت: اگه دخترت را نزن، باید بعداً خودت را بزنی. اگه از آنها اطاعت نمی‌کردیم، انگار اینها در تربیت فرزند شکست خورده بودند. برای همین بچه‌هاشون را باید تنبیه می‌کردند که تکرار نشه.»

### کد تفسیری ۲: ترغیب مردان به اقتدارطلبی

در این مطالعه، درون‌گروهی افراطی موجود بین همسر و خانواده‌اش که مرد را ترغیب به اقتدارگرایی در مقابل همسر می‌کند، مانعی بوده است که زن نتواند جایگاه واقعی خود را

به‌عنوان شریک زندگی به دست آورد. سلامت جسمی و روحی بازماندگان زن در این مطالعه، تحت تأثیر غلبه حس ناکامی در زندگی، توافق نکردن، نارضایتی و تنش‌های مکرر در روابط نزدیک قرار داشته است.

کد ۳، زن، ۳۰ ساله، فوق‌لیسانس و کارمند می‌گوید:

«مادرشوهرم با همسر و برادرش پنهانی برای همه تصمیم می‌گرفتند. من به توصیه مادرشوهرم هیچ‌وقت داخل تصمیمات همسر نبودم. مادرشوهرم میخواست بچه‌های خودش، حرف اول و آخر را در زندگی با همسرانشان بزنند. قانونشون این بود.»

کد ۹، زن، ۳۴ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«خواهرشوهرم ابتدای زندگی کلی در گوش همسر خوندم که باید جلوی زنت وایسی. شوهرم اجازه نمی‌داد من حتی خونه پدرم رفت‌وآمد کنم. زندگی باهاش خیلی سخته.»

### کد تفسیری ۳: تربیت خانوادگی دیگرخواهانه

یکی از گرایش‌های مخرب در زندگی بازماندگان، تمایل‌های آموخته دیگرخواهانه همسر است که ناشی از تربیت و اجتماعی شدن اولیه خانوادگی است. بازماندگان، دیگرخواهی افراطی و بی‌چون و چرا را نوعی قاعده محکم خانوادگی توصیف می‌کردند که به شدت از سوی ذی‌نفعان، حراست می‌شد.

کد ۲، زن، ۴۵ ساله، لیسانس، متأهل و کارمند می‌گوید:

«انگار مادرشوهرم، پسرش را برای خدمت به خودش تربیت کرده بود با دخترش، شوهرم را می‌کشیدن طرف خودشون و ازش استفاده می‌کردن. این باعث جنگ و دعوای همیشگی با همسر بود. چون به حرف‌ها اعتنا نمی‌کرد. ریختم تو خودم. آخرش مریض شدم.»

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، دیپلم و متأهل می‌گوید:

«مادرم من را خادم برادر کوچکم تربیت کرده بود. من کار کردم، مال‌ومنال را یکجا به برادرم داد. مجبور شدم تا آخر عمرم کار کنم؛ چون هیچی نداشتم.»

### کد تبیینی ۷: ادراک شناختی جدید

سرطان و رویارویی با مرگ، بازماندگان را وادار کرده بود تا برای شناخت و کنترل موقعیت جدید، بسیاری از عادت‌ها و رفتارهای پیشاتأملی خود را مورد چون و چرا و سوال قرار

کنیم، بتونیم نه بگیم».

برای مثال، کد ۱۵، زن، ۳۸ ساله، لیسانس، متأهل و پرستار می‌گوید:

«همیشه از نه گفتن می‌ترسیدم و خجالت می‌کشیدم؛ یعنی عادت نداشتم، نه بگم؛ چون هیچ‌کس انتظار نه شنیدن از آدم را نداره. این جنگ، درون من را بهم ریخته بود. مریض که شدم، خواستم بذارمش کنار. گفتم: فلانی نمی‌تونم همیشه اینطوری که می‌خواهی باشم. اذیت میشم. اول شوکه شدن. بهم گفتن: دیگه اصلاً رودرواسی نداری».

### کد تفسیری ۲: خونسردی و منطق در رفتار

دستیابی به آگاهی از احوال، هیجان‌های شخصی و توان کنترل آن، عادتی است که به سادگی درونی نمی‌شود. تأمل بر تجربه بازماندگان نشان می‌دهد، نداشتن چنین امکانی، ارتباط ناگسستگی با بیماری آنان داشته است. افکار و عادت‌های خود، انتظارات دیگران و موقعیت بیرونی، مهم‌ترین منابع بروز نوسان‌های مخرب شناختی-عاطفی در بازمانده‌بوده؛ اما افکار، عادت‌ها و احوال شخصی در دسترس‌ترین گزینه برای کنترل و تغییر ازسوی بازمانده است. در این راستا، بخش مهمی از تلاش‌های بازمانده، به‌جای رنج و تعذیب خود و فروخوردن خشم یا نشان‌دادن واکنش با هیجان‌های شدید، صرف مواجهه توأم با منطق و خونسردی بیشتر شده است.

کد ۱۰، مرد، ۶۲ ساله، دیپلم، متأهل و کارگر ساختمان می‌گوید:

«به‌نظر دیگران احترام می‌گذارم با آنها بحث بی‌فایده نمی‌کنم. اگر نظرشان را منطقی نبینم، خودم را متعهد به قبولش نمی‌بینم. از عقل خودم استفاده می‌کنم».

کد ۱۵، زن، ۳۸ ساله، لیسانس، متأهل و پرستار می‌گوید:

«من قبلاً روی همه‌چیز خیلی حساس بودم. زودرنج بودم. با خودم گفتم: باید یک مقدار خونسرد و بی‌تفاوت بشم که حرص نخورم. طول کشید؛ اما خیلی راحت شدم».

### کد تفسیری ۳: بازاندیشی و تعدیل قواعد بازی

پاسخ‌ها و واکنش بازماندگان به افراد و رویدادها، با نوسان‌های شدید و مستمر احساسی مشخص می‌شود. آنها به‌صورت ناخودآگاه و پاندولی از ناراحتی و خشم به

دهند و درباره آنها بازاندیشی کنند. به‌گونه‌ای که می‌توان از این سیر درونی سؤال از خود، بازبینی و تغییر سیستم شناختی مألوف، با عنوان یک فرآیند و گذار شناختی و به بیان بهتر بازاجتماعی شدن تحت‌تأثیر سرطان یاد کرد. این معانی درگام فرموله‌کردن این معانی، چهار کد تفسیری شامل نه گفتن و تعدیل متابعت، خونسردی و منطق در رفتار، دریافت پیام بیماری و تقویت معنویت و فهم و تعدیل قواعد بازی به دست آمد که از تلفیق این کدها، کد تبیینی ادراک شناختی جدید حاصل شد.

### کد تفسیری ۱: نه گفتن و تعدیل متابعت

زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی که بازمانده در بافت آن قرار داشته است، با سیستم فکری وابسته تناسب بیشتری دارد. قاعده بدیهی متابعت، سال‌ها به‌صورت متقابل با حس شرم بازمانده و انتظارات دیگران استمرار یافته است. ازدید بازماندگان، این وضعیت بیرونی و درونی که با متابعت تناسب دارد، انرژی زیادی از آنها گرفته و باعث ساییدگی جسم و روح آنها شده است؛ اما سرطان، باعث شک‌کردن به حس شرم و انتظارات دیگران و نیز تغییر اولویت‌های بازمانده شده است. بقا در اولویت بازمانده قرار گرفته است که برای تأمین آرامش و تسکین بیماری‌اش، با قدری بی‌تفاوتی، خود را درحد وسطی از استقلال و وابستگی قرار می‌دهد تا کمتر آسیب ببیند. دیگران همچنان تا حدودی برای او مهم‌اند؛ اما این به‌معنای متابعت از آنان و یا هماهنگی کامل با آنان نیست. کسب استقلال نسبی و رهایی از وابستگی به دیگران برای بازماندگان زن سخت‌تر از بازماندگان مرد است؛ زیرا برای رسیدن به حدودی از استقلال با موانع شناختی و ساختاری متعددی مواجه هستند؛ بنابراین بازمانده زن به حدودی از جرئت‌مندی و صراحت نیاز دارد که تا پیش از این از آن منع می‌شده است.

کد ۶، مرد، ۶۸ ساله، تحصیلات دکتری، متأهل، هیئت‌علمی دانشگاه می‌گوید:

«به ما یاد دادند هرچی گفتند بگیم: چشم. یاد ندادند که از خودمان دفاع کنیم. خودمان باید دوباره خودمان را تربیت

نمی‌دونن، همه‌چی دست خداست. خدا این بیماری را فرستاده. حتما هدفی داشته».

کد ۶، مرد، ۶۸ ساله، با مدرک دکتری، متأهل و مدرس دانشگاه می‌گوید:

«خدا هر وقت بخواهد دنیا را وامی‌گذارد؛ اما زندگی نعمت الهی است. خودم را از نعمت الهی محروم نمی‌کنم. بیماری را خدا برای من نخواست. هرچه بر سر انسان آمده، خودش کرده».

### الگوی شناختی گذار از بیماری به بهبودی

در این مطالعه، هفت کد تبیینی با تغییرات شناختی در پدیده بازماندگی و انتقال از بیماری به بهبودی در بین بازماندگان مطالعه شده تشریح شده است. در این گذار، ساماندهی تجربه‌های شناختی بازماندگان، دو نظم شناختی متفاوت شامل ادراک مرحله قبل و بعد از سرطان را آشکار می‌کند. مضمون‌های تمایل به انکار و افشای خطا، ادراک‌های جانبدارانه، راهبردهای هیجانی، ادراک قضا-قدری و متابعت که با اجتماعی‌شدن در گذار زندگی آشفته بازمانده تجسم یافته، مشخصه نظم شناختی اولیه یا پیش از سرطان است. این ادراک شناختی، سیستم توضیحی و نظم کنشی بازمانده را در برابر پدیده‌ها و همچنین ابتلا به سرطان نشان می‌دهد. اظهارنظرهای بازماندگان، نشان‌دهنده اشاره‌های مستقیم و غیرمستقیم به کاربردها و پیامدهای این سیستم شناختی است. بازماندگان با استفاده از این سیستم روال زندگی و دلایل بیماری خود را توضیح می‌دادند. بدین ترتیب، ادراک مشارکت‌کنندگان از سرطان و بازماندگی، در ارتباط ناگسستگی با این سیستم شناختی قرار داشته و درعین حال آن را به چالش کشیده است. فهم این فرآیندهای شناختی-هیجانی پیوسته با موقعیت عینی به زندگی بازمانده کمک می‌کند تا بفهمیم ادراک و تمایل‌ها چگونه در بیماری و بهبودی نقش دارند. تجربه‌های عاطفی و احساسی همزمان با رویدادهای مهم، تماس با افراد و نیز جزئیات زندگی روزمره، برانگیخته شده و بر خواسته‌ها و تصمیم‌های آنها اثر گذاشته است. تجربه‌های ادراکی-احساسی نامطلوب، ضمن اثر مستقیم بر عملکرد بدنی، از راه ایجاد اختلال شناختی و

فروکش شدن و بازگشت مجدد به ارتباط مسئله‌دار و عمل براساس قواعد آن در رفت و برگشت بودند. اهمیت زندگی و بقا برای بیمار سرطانی، باعث آشکارشدن قواعد این روابط مسئله‌دار و تعدیل آن شد. مهم‌ترین قاعده، تسلط بر افراد و منابع خانواده با برانگیختن عواطف، تحریک تعصب‌ها و تأکید بر اخلاقیات مانند صبر و تحمل است. بازمانده در عمل، براساس این قاعده مشارکت داشته که اقدام به تعدیل آن کرده است.

کد ۱۳، مرد، ۴۲ ساله، فوق‌لیسانس، متأهل و معلم می‌گوید:

«من قبلاً به نظر و مشکلات اطرافیانم توجه افراطی داشتم.

سعی می‌کردم همه را راضی کنم. الان هم کمک می‌کنم؛ اما دیگه اولویت با سلامتی و منافع خودم هست».

کد ۳، زن، ۳۰ ساله، فوق‌لیسانس، متأهل و کارمند

می‌گوید:

«هم سکوت و هم خشم هر دو آفت سلامتی. من به مرور فهمیدم که همیشه به امید انصاف دیگران نشستم. با خشم هم نباید واکنش نشون داد. مریضی باعث شد، یکباره از فداکاری‌های بی‌حدومرز گذشته که همه بهش عادت داشتن، فاصله بگیرم و تصمیمم را آرام و آهسته عملی کردم».

### کد تفسیری ۴: دریافت پیام بیماری و تقویت معنویت

تأمل بر احوالات بازمانده، حاکی از آن است که یک گذار شناختی در فهم و ادراک آنها از بیماری نیز صورت گرفته است. بازماندگان، بیماری را ابتدا به‌عنوان مصیبتی الهی و ناگوار که ظالمانه گریبانشان را گرفته درک و سپس آن را پدیده‌ای تفسیر کرده‌اند که حاوی پیامی است و سپس درصدد دریافت و کشف معنای این پیام برآمدند. تفسیر بازمانده از بیماری در هر دو نمونه، در بافت و بستر مذهبی صورت گرفته است.

کد ۳، زن، ۳۰ ساله، فوق‌لیسانس، متأهل و کارمند

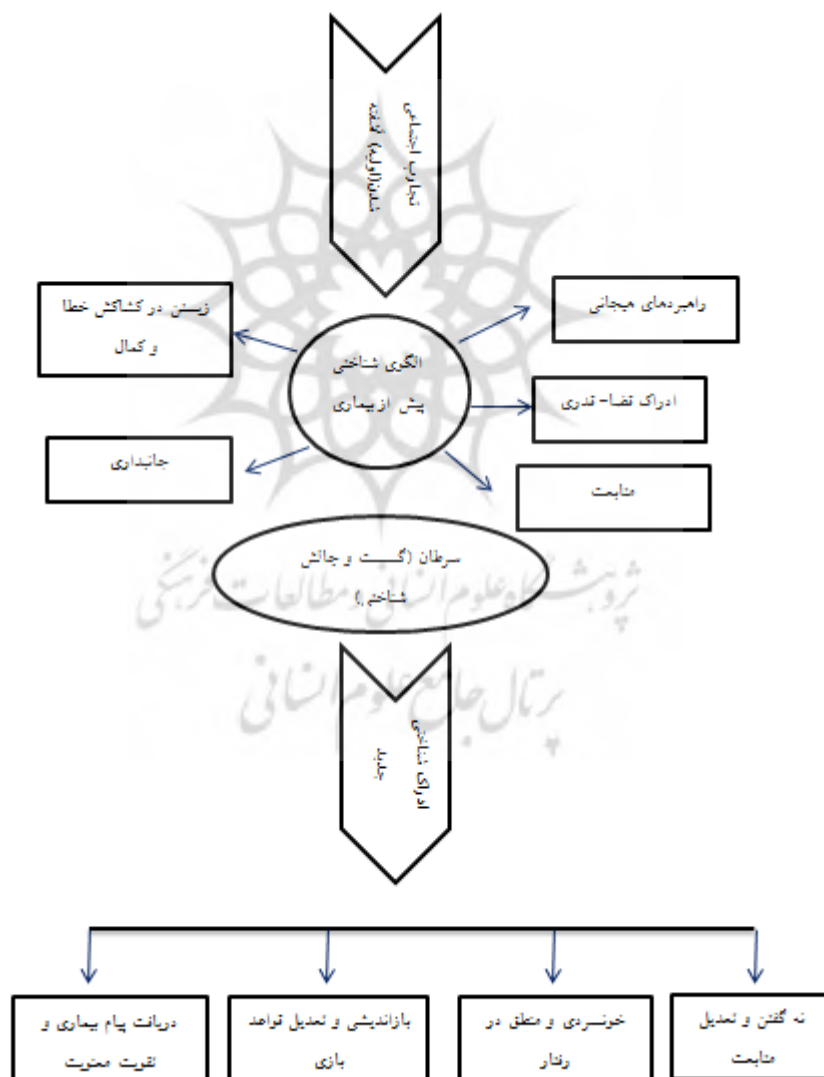
می‌گوید:

«اول خیلی ترسیده بودم. فکر می‌کردم خدا به من ظلم کرده. با چندبیمار که خوب شده‌بودن، حرف زدم تا از تجربیاتشون استفاده کنم. می‌گفتن دکترها همه چیز را که



گذار شناختی است که با عامل بودن و تغییر عادت‌ها و طرح‌های شناختی میسر می‌شود. با تفصیل دو نظم شناختی مذکور، الگوی شناختی حاصل از فرآیند گذار از بیماری به بازماندگی در تشریح ساختار پدیده بازماندگی ارائه شده است. الگوی شناختی اولیه و ثانوی، ضمن تشریح ساختار پدیده بازماندگی، مفاهیم اصلی این مطالعه را با پیشینه نظری درباره عادت‌واره قرار می‌دهد که در اندیشه‌های پدیدارشناسان و دیدگاه بوردیو به آن توجه شده است.

تصمیم‌های ناصحیح نیز بر سلامتی جسمی و روحی آنها، اثر مستقیمی داشته است. بیمار باتوجه به تهدید حیات خود، گزینه‌ای جزء زیستن با آشفتگی یا تعدیل باورها و عادت‌های پیشین خود با آموختن مجدد ندارد. این مطالعه، دراصل تجربه بازماندگانی را نشان می‌دهد که برای بقای خود، اقدام به تأمل بر عادت‌ها و افکار خود و جایگزینی آن با اندوخته‌های جدید کردند. حاصل این جابه‌جایی، یک نظم شناختی جدید است. به عبارت دیگر، انتقال از تهدید سرطان به بقا و استمرار زندگی در تجربه بازماندگان، علاوه بر درمان بدخیمی، نوعی



شکل ۱- طرح‌واره شناختی بازماندگان

Fig 1- Cognitive schemas of survivors

## نتیجه

جامعه، تنها به الگوهایی نیاز ندارد که بیماری را توضیح می‌دهد و دراصل به الگوهایی نیاز دارد که گذار از بیماری به بهبودی را نشان می‌دهد و بسیار ارزشمند است. بهبودی از سرطان در تجربه زیسته بازمانده شکل گرفته و دسترسی به آن نیز با مطالعه تجربه‌های این گروه ممکن است. در پژوهش حاضر باتوجه به ناشناخته بودن پدیده بازماندگی، به موضوع بازماندگی از سرطان توجه و به همراه آن دو پرسش اساسی نیز مطرح شده است. پرسش اول: آیا بازماندگی و گذار از بیماری به بهبودی نسبی با تغییرات شناختی در بین بازماندگان همراه است؟ در این صورت، الگوی شناختی پیش از تجربه سرطان چیست؟ در پاسخ به این سؤال، شش محور اصلی «گام‌های اولیه جامعه‌پذیری در گذاری آشفته»، «زیستن در کشاکش خطا و کمال»، «جانبداری»، «راهبردهای هیجانی»، «ادراک قضا-قدری» و «متابعت» به دست آمد که الگوی شناختی اولیه در سامان‌بخشیدن به این شش مضمون مربوط به ذخائر شناختی اولیه، در الگو ارائه شد. پرسش دوم: آموخته‌ها و الگوی شناختی در تجربه زیستن با سرطان و بازماندگی چیست؟ در پاسخ به این سؤال، مضمون اصلی ادراک شناختی جدید به دست آمد که بیانگر نوعی الگوی شناختی ثانوی و تحت‌تأثیر بازاجتماعی‌شدن در اثر سرطان شکل گرفته است. محتوای شناختی جدید، در مقایسه با الگوی اولیه که بیشتر تلقینی و ناخودآگاه بود، تأملی و بازانديشانه است.

همانطور که تجربه‌های بازماندگان نشان می‌دهد، این الگوی شناختی اولیه، با اولین تجربه‌های اجتماعی‌شدن طی سال‌های دور به دست آمده است؛ بنابراین برای درک این الگوی شناختی، باید مسیر جامعه‌پذیری بازماندگان در طول زندگی و اعمال اجتماعی حاصل از ترکیب تاریخی گذشته و حال را درک کرد. موقعیت عینی سختی که الگوی شناختی بازمانده در آن تکوین یافته، نگاه او به خود و پدیده‌ها را شکل داده است. این موقعیت سخت علاوه بر اینکه به طور مستقیم بر سلامتی اثر می‌گذارد، با اینکه بافت و بستر تکوین الگوی کنشی و شناختی افراد است، از دیدگاه هوسرل، تجربه ادراکی

با زندگی‌نامه افراد و به‌طور خاص با عادت‌های به‌دست‌آمده با تاریخ زندگی ساختار یافته است (Crossley, 2001). هوسرل و مرلوپونتی بیشتر بر جنبه پیشاتأملی شکل‌گیری عادت‌ها از سوی عاملان تأکید دارند؛ بنابراین توجه چندانی به بافت و بستر آن نمی‌کنند؛ اما هایدگر، فضا و زمان را بستر عادت‌ها می‌داند. از دیدگاه بورديو نیز، الگوهای ذهنی از تاریخ زندگی فرد ناشی می‌شود (Reay, 2004: 434). خانواده با به کارگیری راهبردهای اقتصادی-تربیتی .... در ساخت این الگوها در نسل‌های بعد نقش فعالی دارند (بورديو، ۱۳۹۳: ۵۴). این یافته تا حدودی با نتایج مطالعه خالق‌پناه (۱۳۹۵) همسویی دارد که با کاوش در جایگاه بیماری در تاریخ زندگی فرد بیمار نشان می‌دهد، بیماری اتفاقی نبوده و در اساس، فرد در زندگی خود قبل از بیماری مستعد ابتلا به آن شده است؛ اما مطالعه خالقی به دلیل اینکه درصدد به چالش کشیدن رویکردهای برساخت‌گرا و تمرکز آنها بر تجربه ذهنی بیمار در مطالعه بیماری مزمن بوده است، تفاوت‌هایی با مطالعه حاضر دارد. مطالعه حاضر بر اساس روش پدیدارشناسی تفسیری، درصدد فهم ارتباط دیالکتیکی بین عادت‌ها و سیستم شناختی با موقعیت بازماندگان است و به همین دلیل با پیشینه تجربی موجود متفاوت است؛ زیرا مطالعه خالقی بیشتر به دنبال فهم معانی ذهنی خارج از بافت و موقعیت عینی فرهنگی زندگی بیمار است.

تأمل بر موقعیت عینی بازماندگان در این مطالعه نشان می‌دهد، آنها در حال حاضر یا به طبقات پایین تعلق دارند و یا طبقه متوسطی هستند که از طبقه پایین به طبقه متوسط جابه‌جاشده و به لحاظ پیشینه طبقاتی، مدت چشمگیری از زندگی خود را با فقر سپری کرده‌اند. درون‌مایه‌های شمرده‌شده با عنوان الگوی شناختی اولیه نشان می‌دهد، این گروه به لحاظ ذهنی نیز به طبقه پایین تعلق بیشتری دارند. خوگرفتن و عادت کردن به سرنوشت و بیچارگی، رضایت‌دادن به حداقل‌ها تحت‌تأثیر تجربه تنش‌ها و ناآرامی‌های همیشگی در زندگی بازماندگان در این طبقه و نیز طبقه جنسی، تعبیر شده است. در این موقعیت، شناختی تلقینی و غیراستدلالی اولیه، پتانسیل لازم را برای ایجاد آسیب‌های اجتماعی-روانی

تقسیم می‌شود<sup>۲</sup> (Bourdieu, 1999). در مطالعه حاضر نیز الگوی شناختی ثانوی از الگوی اولیه متمایز است؛ اما بوردیو تغییر عادت‌واره را بیشتر ناشی از مواجهه با میدان‌های ناآشنا می‌داند و به اثر بحران‌های بیولوژیکی مانند سرطان در تغییر عادت‌واره توجه نکرده است. مطالعات محدودی سرطان را به عنوان یک چالش شناختی مثبت معرفی و اغلب آنها به‌ویژه مطالعات داخلی، بر آشفتگی و نوسان‌های شناختی تحت تأثیر سرطان توجه کرده‌اند و به همین دلیل است که در مطالعه حاضر احتمال شکل‌گیری نظم شناختی جدید در مواجهه با بحران مطرح شده و با مطالعات حاضر متفاوت است. این یافته با نتایج مطالعه لرنجریا و همکاران (2013)، پرتقال (2018) و هافمن و همکاران (2013) همسوست که به تلاش برای دستیابی به سلامت و بهبود با تغییر ادراک، شناخته‌ها و کنش‌های فعالانه بیماران سرطانی تأکید می‌کنند.

آشنایی با تجربه بازماندگان نشان می‌دهد، تبعیض‌های جنسی، سنی و طبقاتی با راهبردهای تربیتی خانواده‌ها درونی شده است. بازتولید این تبعیض‌ها با قواعد حاکم بر جایگاه‌های عینی و نیز الگوهای شناختی، بر سلامتی افراد اثر می‌گذارد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و محققان به راهکارهای رفع فقر و تبعیض با تمرکز بر شناخت و بازسازی الگوی شناختی افراد و همچنین به تعدیل و اصلاح بافت عینی تکوین آن توجه کنند. عطف توجه به موقعیت عینی و ذهنی مؤثر بر سلامتی و بیماری، متراکم‌ترین و کانونی‌ترین نقطه‌ای است که علاوه بر اینکه اقدام‌های پیشگیرانه در هر سه سطح (پیشگیری از بیماری افراد سالم، پیشگیری از بیماری افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری در اثر شناخته‌های غلط و نیز موقعیت‌های زیرسلطه و درنهایت، احیای سلامتی افراد بیمار با مداخله‌های اجتماعی-شناختی) را دربرمی‌گیرد، بر راهنمای دولت‌ها و سیاست‌گذاران برای بازاندیشی در سیاست‌ها حاکم است. به بیان بهتر، ایجاد جامعه و سبک زندگی سالم با تخصیص منابع و بودجه برای رفع فقر، آموزش تغییر ادراک و شناخته‌های مسئله‌ساز برای سلامتی، مقرون به صرفه‌تر از صرف هزینه برای درمان است.

و جسمی دارد. به این معنا که فقر و محرومیت، هم به‌طور مستقیم بر سلامت افراد اثر می‌گذارد و هم به‌طور غیرمستقیم و با الگوی شناختی همبسته با فقر، بر سلامتی اثر دارد. این یافته با نتایج گزارش دانش سلامت<sup>۱</sup> (2020)، همسوست؛ زیرا نشان می‌دهد فقر طبقاتی، توزیع سلامت را تعیین کرده است و مردم را در معرض خطر بیماری قرار می‌دهد؛ اما یافته‌های این مطالعه از آنجایی که بر بُعد ادراکی-شناختی طبقه متمرکز شده، با طبقه تأکیدشده گزارش مزبور متفاوت است.

درباره الگوی شناختی ثانوی، پدیده‌های خونسردی و منطق در رفتار، نه گفتن و تعدیل متابعت، فهم و تعدیل قواعد بازی، دریافت پیام بیماری و تقویت معنویت در تجربه‌های بازماندگان دیده شد. بدهت الگوی شناختی اولیه بازماندگان تحت تأثیر زوال بدن، مواجهه با مرگ و ازمیان رفتن امنیت هستی‌شناختی، فروریخته و در نتیجه، الگوی جدیدی جایگزین آن شده است. مسائل بدنی-شناختی که بیماری جدی مانند سرطان را ایجاد می‌کند، بازمانده را در مسیر بی‌بازگشت بازنگری جدی در نگاهش به خود و جهان قرار می‌دهد. این به این معناست که بدن سالم و بدن بیمار، حامل الگوهای شناختی متفاوتی است. بدن بیمار به گنجاندن اصول جدیدی در ادراک و عمل فرد بیمار کمک می‌کند. براساس چارچوب مفهومی مطالعه حاضر و دیدگاه هوسرل نیز، بُعد فعال عادت‌واره به بُعد منفعل آن ضربه می‌زند و در نتیجه، به تغییر ادراک فرد منجر می‌شود (Sapiro, 2015: 485). مرلوپونتی نیز، به نقش تعاملی اعمال بدنی و ادراک در ساخت عادت‌واره تأکید داشته است و به دست آوردن یک عادت را به معنای درک و گنجاندن یک اصل ضمنی و عملی در طرح‌واره بدن تلقی می‌کند؛ اما جنبه بدنی این فرآیند برای مرلوپونتی اولویت دارد. هایدگر (1985) آگاهی از مرگ و محدودیت را عاملی می‌داند که کمک می‌کند تا موقتی‌بودن خود و عادت‌هایمان را درک کنیم. برای بوردیو نیز، تغییر عادت‌واره همراه با تجربه میدان‌های ناآشنا و جدید است. عادت‌واره مجزا بر عادت‌واره اولیه شکل می‌گیرد و یا به عبارت دیگر، عادت‌واره بر خود

<sup>2</sup> A Habitus Divided Against Itself

<sup>1</sup> Health Knowledge

## منابع

- آباد، م.؛ گنجی، ر.؛ شریفیان، ا.؛ نیکدل، ر.؛ جعفرزاده-حصاری، م. و جعفرزاده حصاری، ف. (۱۳۹۳). «توزیع اپیدمیولوژیک انواع سرطان در یک بررسی ده ساله: مطالعه گذشته‌نگر موارد ثبت‌شده در بیمارستان‌ها و مراکز پاتولوژی استان خراسان شمالی»، *دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۶ (۴)، ۶۸۹-۶۹۶.
- آقایی، ع. و خلیلی، م. (۱۳۹۶). «مؤلفه‌های اجتماعی مرتبط با گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین»، *فصلنامه علمی پژوهشی طب مکمل*، ۷ (۴)، ۲۰۷۶-۲۰۸۹.
- امامی، م. و پزشکی، م. (۱۳۸۰). «جامع‌نگری در پزشکی»، *ایرانی آموزش در پزشکی*، ۱ (۳)، ۹-۱۵.
- بورديو، پ. (۱۳۹۳). *نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی*، ترجمه مرتضی مردیها، تهران: نقش و نگار، چاپ پنجم.
- خادمی، م. و سجادی‌هزازه، م. (۱۳۸۸). «سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی»، *علمی پژوهشی علوم پزشکی اراک*، ۱۲ (۱)، ۲۹-۳۹.
- خالق‌پناه، ک. (۱۳۹۵). «بیماری مزمن به‌عنوان شیوه‌ای از زندگی: مطالعه‌ای در واقعیت‌های زیسته بیماری ام‌اس»، *مطالعات جامعه‌شناختی*، ۳ (۱)، ۶۵-۸۹.
- راحی، ش. (۱۳۸۵). «آنچه برای بیماران سرطانی مهم است: گزارشی از یک مطالعه کیفی»، *پژوهش پرستاری*، ۱ (۱)، ۴۷-۵۷.
- سفیری، خ. و ایمانیان، س. (۱۳۸۸). «مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجویان»، *دانشنامه علوم اجتماعی*، ۱ (۱)، ۱۴۵-۱۶۶.
- سیدمن، ا. (۱۳۸۶). *کشاکش آرا در جامعه‌شناسی*، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشرنی.
- شیرازی‌زاده، پ. (۱۳۹۷). *پدیدارشناسی ادراک مبتلایان به سرطان از بیماری، درمان و منشأ رنج*، یک مطالعه کیفی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شهیدبهشتی.
- شیربگی، ن.؛ فاتحی، ر. و بلندهمتان، ک. (۱۳۹۵). «رابطه جزم‌اندیشی مدیران مدارس با میزان قانون‌مداری و درک
- معلمان از بوروکراسی سازمان‌یافته»، *مدیریت بر آموزش سازمان‌ها*، ۵ (۲)، ۱۲۹-۱۶۶.
- صادق‌زاده اسکوتی، ب.؛ صوفیانی، م. و مهربانی، ع. (۱۳۹۸). «پدیدارشناسی افسردگی بیماران نجات‌یافته از سرطان و راهیابی به فلسفه درمانی به‌عنوان رویکرد مراقبتی»، *پژوهش‌های فلسفی دانشگاه تبریز*، ۱۳ (۲۷)، ۱۳۹-۱۵۸.
- عابدی، ح.ع. (۱۳۸۸). «کاربرد روش تحقیق پدیدارشناسی در علوم بالینی»، *فصلنامه راهبرد*، ۵۴ (۳)، ۲۰۷-۲۲۴.
- عباسی‌زاده، ک. و کرامتی‌نیا، ع. (۱۳۹۴). «روندهای اجتماعی و پیش‌بینی سرطان در ایران تا سال ۲۰۲۵»، *مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، ۳ (۱)، ۶۶-۷۳.
- عباس‌زاده، م. (۱۳۹۱). «تأملی بر اعتبار و پایایی در تحقیقات کیفی»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳ (۱)، ۱۹-۳۴.
- عبدالهپان، ح. (۱۳۹۴). *تحلیل پدیدارشناسی تفسیری، دوره دکتری*، تهران: دانشگاه تهران.
- موسوی، ل. و توسلی‌رکن‌آبادی، م. (۱۳۹۵). «فرهنگ سیاسی، فردیت و بازتولید اقتدارگرایی در ایران»، *فصلنامه تخصصی علوم سیاسی*، ۱۲ (۳۷)، ۱۸۳-۲۰۴.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۹). *گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۷*، تهران: مرکز مدیریت بیماری‌ها.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۶). *گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۹۴*، تهران: مرکز مدیریت بیماری‌ها.
- پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد. (۱۳۹۹). *نتایج نخستین رتبه‌بندی ۳۰ استان در شاخص‌ترین سرطان‌ها براساس دومین گزارش ثبت سرطان مبتنی بر کل جمعیت*، [ddri.ir](http://ddri.ir)، (۲۳/۵/۱۳۹۹).
- Akers, T. (2015). *Fall and redemption in the thought of martin heidegger and jacques lacan. in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy, the faculty of the university of denver, electronic theses and dissertations*, Advisor: Carl raschke.
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., Mckeever, P., & Poland, B. (2005). The personal significance of the home: habitus and the experience of receiving long term home care, *Sociology of Health and Illness*, 27 (2), 161-87.
- Béhague, D.P., Kanhonou, L.G., Veronique, F.,

- USA, *The Lancet Oncology*, 18 (1), 11-18.
- McQueen, D.V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J.M., Balbo, L., & Abel, T. (2007). *Health governance: the health society health and modernity: the role of theory in health promotion*, New York: NY.
- Moran, D. (2011). Edmund husserl's phenomenology of habituality and habitus, *Journal of the British Society for Phenomenology*, 42 (1), 53-77.
- Morling, B., & Masuda, T. k. (2012). *Social cognition in real worlds: cultural psychology and social cognition*, London: SAGE Publications
- National Cancer Institute. (2020). Dictionary of cancer terms, www.cancer.gov, (2022/6/10).
- Nikbakht Nasrabadi, A., Houshmand Bahabadi, A., Hashemi, F., & Valiee, S. (2011). Views of iranian patients on life with cancer: a phenomenological study, *Nursing and Health Sciences*, 13 (2), 216-220.
- Nielsen, K., & Skotnicki, T. (2019). Sociology towards death: heidegger, Time, and Social theory, *Journal of Classical Sociology*, 19 (2), 111-137.
- Portugal, L. M. (2018). Applying social cognitive theory in a naturopathy healthcare educational program for parents and families, *Arch Gen Intern Med*, 2 (1), 32-36.
- Raphael, M. W. (2017). *Cognitive Sociology*, New York: City University of New York.
- Reay, D. (2004). It's all becoming a habitus: beyond the habitual use of habitus in educational research, *British Journal of Sociology of Education*, 25 (4), 431-444.
- Sales, C. A., Almeida, C. S., Wakiuchi, J., Piolli, K.C., & Reticensa, K.O. (2014). I survived cancer: phenomenological analysis of the survivors language, *Enferm*, 23 (4), 880-888.
- Sapiro, G. (2015). *Habitus: history of a concept. in James international encyclopedia of the social & behavioral sciences*, Oxford: Elsevier.
- Svenaues, F. (2011). Illness as unhomelike being-in-the-world: heidegger and the phenomenology of medicine, *Medicine Health Care and Philosophy*, 14 (3), 333-343.
- Throop, A., & Murphy, K.M. (2002). Bourdieu and phenomenology, *Anthropological Theory*, 2 (2), 185-207.
- Waitzkin, H. (1981). The social origins of illness: a neglected history, *International Journal of Health Services*, 11 (1), 77-103.
- Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis treatment and beyond: qualitative study, *Health Expect*, 19 (3), 631-642.
- Van Manen, M. (2017). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27 (6), 775-779.
- Wronski, S. L. (2015). Defining cancer survivor and cancer survivorship: the who, what, and when, *Psicooncologia*, 12 (1), 7-18.
- Zydzianate, V. (2019) *Phenomenology the best approach to health care research?* Vytautas Magnus University.
- Lègonou, S., & Ronsman, C. (2008). Pierre bourdieu and transformative agency: a study of how patients in benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events, *Sociology of Health & Illness*, 30 (4), 489-510.
- Bourdieu, P. (1999). *The contradictions of inheritance. in bourdieu the weight of the world: social suffering in contemporary society*, Translated by priscilla parkhurst ferguson, CA: Stanf .
- Burawoy, M. (2018). Making sense of bourdieu, *Catalyst*, 2(1), 51-87.
- Carel, H. (2013). Illness phenomenology and phenomenological method, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34(4), 345-357.
- Crossley, N. (2001). The phenomenological habitus and its construction, *Theory and Society*, 30(1), 81-120.
- Denney, R.M., Aten, J.D., & Leavell, K. (2011). Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors, *Mental Health Religion & Culture*, 14 (4), 371-391.
- Elpidorou, A., & Freeman, L. (2015). Affectivity in Heidegger I: Moods and Emotions in Being and Time. *Forthcoming in Philosophy Compass*, 10 (10), 661-671.
- Health Knowledge. (2020). Inequalities in health (e.g. by region, ethnicity, socio-economic position or gender) and in access to health care including their causes, www.healthknowledge.org.uk, (2020/2/17).
- Heidegger, M. (1985). *History of the concept of time*, Bloomington: Indiana University Press.
- Hoffman, M. A., Lent, R. W., & Raque-Bogdan, T. L. (2013). A social cognitive perspective on coping with cancer: theory research, and intervention, *The Counseling Psychologist*, 41 (2), 240-267.
- Kanavos, P. (2006). The rising burden of cancer in the developing world, *Annals of Oncology*, 17 (8), 15-23.
- Laranjeira, C., Ponce Leao, P., & leal, I. (2013). Meaning of life after cancer: an existential-phenomenological approach of female cancer survival, *Women's Studies International Forum*, 40, 132-143.
- Lizardo, O. (2004). The cognitive origins of bourdieu's habitus, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 34 (4), 375-401.
- Lizardo, O. (2012). *Habitus-sociological-sources-anddefinitions*, University of Notre Dame in press.
- Lizardo, O. (2004). The cognitive origins of bourdieu's habitus, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 34 (4), 375-401.
- Maderia, F.B., Filgueira, D.A., Bosi, M.L., Nogueira, J.A.D. (2018). Lifestyle, habitus and health promotion: some approaches, *Saúde Soc. São Paulo*, 27 (1), 106-115.
- Markus, H.R., & Kitayama, S. (2010). Cultures and selves: a cycle of mutual constitution, *Perspectives on Psychological Science*, 5 (4), 420-430.
- Mayer, D.K., Nasso, S. F., & Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs and perspectives on survivorship health care in the