



Research Paper

Health communication and Iranian cinema: A critical discourse analysis of cancer portrayals in the 2000s and 2010s

Abbas Ghanbari Baghestan¹, Mehravch Taghizadeh^{2*}

Received: Dec. 6, 2025; Accepted: Apr. 30, 2026

ABSTRACT

Cinema, as an art–media form, can contribute to the consolidation, elimination, or reproduction of social discourses and stereotypes related to diseases, including cancer. Therefore, analyzing the ways cancer is portrayed in films—understood as a communicative phenomenon—is important and can illuminate how collective perceptions of stereotypes, patterns of illness experience, and modes of coping are shaped. This study aimed to identify and compare cancer-related discourses in cinema. Using multimodal critical discourse analysis and complete sampling, it analyzed eight Iranian films addressing cancer produced during the 2000s and 2010s. The findings show that the shared discourses across the two decades include “escape from illness,” and “treatment signs as illness signs”. Distinct discourses of the 2000s include “medical diagnosis,” “spiritual healing,” and “nuclear-family support,” while the distinct discourses of the 2010s include “deteriorating relationships,” “fatalism,” and “loneliness.”. Based on the findings, Iranian cinema in both decades demonstrates cancer in a negative and stereotypical manner, characterized by overgeneralization and the othering of patients through confining them to specific spaces and depicting them as passive subjects. Drawing on the EPPM Model, the categories of “disease without identity” and “incurability” can be extracted. Iranian cinema presents a fearful image of cancer in which no recommended responses grounded in self-efficacy or response efficacy are offered to viewers. This, in turn, leads audiences to maintain distance from cancer risk. Overall, Iran’s health system is treatment-oriented, and Iranian cinema likewise appears to adopt the same orientation in its portrayal of cancer.

Keywords: health communication, cancer, cinema, critical discourse analysis, Extended Parallel Process Model

1. Associate Professor, Department of Communication, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Iran

✉ ghanbari.abbas@ut.ac.ir

2. Master of Communication Studies, Department of Communication, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

✉ Taghizadeh.mehr@ut.ac.ir

*Corresponding author



INTRODUCTION

Health is one of the foundational domains within health communication studies, and many challenges in disease prevention and control stem from cultural, social, and communicative factors (Ghanbari Baghestan et al., 2018). Moreover, the patterns through which illnesses emerge, manifest, and are interpreted vary across societies and are shaped by cultural and social conditions; these patterns can reshape patients' experiences and the meanings attributed to illness (Khazaei, 2022). Cinema, as an art-media form, plays a crucial role in shaping, reproducing, or transforming health discourses and can reinforce, erase, or regenerate stereotypes. Health communication tools—including feature films—are also influential in reducing health disparities and enhancing health literacy (Chiong-Rivero et al., 2021). Within this context, the cinematic depiction of cancer—particularly when threat is intensified without providing efficacy cues—may trigger maladaptive audience responses such as stigmatization, denial, or avoidance (Miyose & Morel, 2022). According to the Extended Parallel Process Model (EPPM), threat-based messages that lack efficacy information drive individuals toward fear control rather than danger control, causing them to distance themselves from the risk (Birmingham et al., 2015, 1265). Therefore, studying how cancer is depicted in films—as a communicative and discursive phenomenon—is essential for understanding the mechanisms through which meanings are produced and collective interpretations of illness are shaped.

PURPOSE

Using a comparative approach, this study identifies and analyzes the discourses surrounding the depiction of cancer in Iranian cinema during the 2000s and 2010s, with the aim of understanding how these discourses construct patterns of illness experience, threat severity, treatability, and efficacy.

METHODOLOGY

This research employs Kress and van Leeuwen's multimodal critical discourse analysis and studies eight Iranian feature films focusing on cancer across the two decades studied.

FINDINGS

The analysis showed that three discourses, “escape from illness, and “treatment signs as illness signs”, are shared across both decades. Distinct discourses in the 2000s include “medical diagnosis,” “spiritual healing,” and “nuclear-family support,” while the 2010s are characterized by “relationship deterioration,” “fatalism,” and “loneliness.” In the discourse of medical diagnosis, illness is reduced to the body, physicians are depicted as ineffective actors, and pathways to self-efficacy are removed. The physician announces the illness based on diagnostic data, and laboratory tests or imaging consistently co-occur with the physician's judgment, illustrating dependence on instruments. However, the films omit why the

patient sought medical care, what symptoms were present, and what clinical reasoning led the physician to order diagnostic tests. In the discourse of spiritual healing, hope in supernatural or extra-medical forces replaces scientific treatment, and “tavakkol” (trust in God) is presented as the recommended response. The discourse of fatalism in the 2010s depicts cancer’s incurability as predetermined, while simultaneously offering no alternative form of treatment beyond biomedicine. The discourse of ‘escape from illness’ is marked by tabooing, omission of the illness name, avoidance of communication, and spatial confinement of the patient in homes, hospitals, or sacred spaces. Such confinement places the patient in restricted, low-mobility environments while active movement is reserved for healthy actors. In the 2010s, this discourse co-occurs with deteriorating relationships. Here, avoidance manifests through silence, whispered or muted conversations, trivialization of the illness, and deletion of illness-related discussions, patterns that coincide with worsening marital relationships. The discourse of nuclear-family support in the 2000s reduces the patient to a “passive other” and an object of care; in the 2010s this discourse shifts toward “loneliness.” Across both decades, hair loss and chemotherapy side effects are depicted not as treatment consequences but as signs of the illness itself, reinforcing perceptions of inefficacy and amplifying a darkened portrayal of cancer.

CONCLUSION

Findings indicate that despite the increasing complexity of social issues in the 2010s, the cinematic depiction of cancer remains one-dimensional, stereotypical, and grounded in othering. None of the films depict complete recovery, and the intense focus on onset and death reinforces the narrative of “cancer equals death.” The most prominent symbol identified was the face of the cancer patient, where the “sign of treatment” is equated with the “sign of disease” and effectively replaces the disease itself. In other words, chemotherapy and its consequences—such as hair loss—are represented not as outcomes of a therapeutic intervention, but as indicators of approaching death. The prevalence of the “identity-less illness” discourse and the absence of post-cancer narratives encourage audience distancing from health messages and heighten disengagement from risk. The omission of structural and social determinants of cancer also leads to individualization of the illness and obscures macro-level factors.

NOVELTY

By comparatively studying two decades of Iranian cinema, this study enables the identification of discursive shifts in the depiction of cancer. Moreover, by integrating the Extended Parallel Process Model with multimodal critical discourse analysis, it fills a gap in film studies, which have rarely engaged with frameworks from health and risk communication, and illuminates the semantic and visual mechanisms through which cancer discourses are constructed.



Iranian Cultural Research

Abstract

CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest declared by the authors.

FUNDING

This Article received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.



Iranian Cultural Research

Vol. 19
Issue 2
Summer 2026

BIBLIOGRAPHY

- Aqababae, E., & Lotfi Foroushani, Z. (2023). Alignment of Film and Society: Cancer in Iranian Cinema. *Comparative Art Studies*, 13(26), 79-89. doi:10.61186/mth.13.26.79 [In Persian]
- Bateman, J. (2018). Critical discourse analysis and film. In J. Flowerdew, & J. Richardson, *The Routledge Handbook of Critical Discourse Studies* (pp. 612-625). New York: Routledge.
- Birmingham, W., Hung, M., Boonyasiriwat, W., Kohlmann, W., Walters, S., Burt, R., Kinney, A. (2015). Effectiveness of the extended parallel process model in promoting colorectal cancer screening. *Psychooncology*, 1265-1278. doi:10.1002/pon.3899
- Boykoff, M. T., & Boykoff, J. M. (2004). Balance as bias: global warming and the US prestige press. *Global Environmental Change*, 125-136. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2003.10.001
- Carvalho, A., & Burgess, J. (2005). Cultural Circuits of Climate Change in U.K. Broadsheet Newspapers, 1985-2003. *Risk Analysis*, 1457-1469. doi:10.1111/j.1539-6924.2005.00692.x
- Chiong-Rivero, H., Robers, M., Martinez, A., Manrique, C., Diaz, A., Polito, K., & Amezcua, L. (2021). Effectiveness of film as a health communication tool to improve perceptions and attitudes in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal—Experimental, Translational and Clinical*, 1-9. doi:10.1177/ 2055217321995947
- Domaradzki, J. (2022). Can popular films instill carcinophobia? Images of cancer in popular Polish cinema. *Frontiers in Oncology*, 1-12. doi: 10.3389/fonc.2022.1062286
- Fazeli, M. (2004). Discourse and Critical Discourse Analysis. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 4(14), 81-107. [In Persian]
- Ghanbari Baghestan, A. (2019). (R. Nouri, interviewer), How to direct public opinion towards accurate news about Corona? IRNA, Retrieved from www.irna.ir/news/83716333/ [In Persian]
- Ghanbari Baghestan, A. (2019, 1 14). Corona; From communication failure in the "health ecosystem" to the "historical brake" against the thinking man. *IBNA News Agency*, retrieved from ibna.ir/x4tkH [In Persian]
- Ghanbari Baghestan, A., Akhtari-Zavare, M., & Ale Ebrahim, N. (2018). Research & Development in "Health Communication": A Meta Analysis. *Cultural Studies & Communication*, 14(52), 179-202. [In Persian]



Iranian Cultural Research

Abstract



- Gholami, F. (2019). Internet and Environmental Communication: A Study on the Construction of Iran's Water problem in social media. Ph.D. Thesis. University of Tehran. [In Persian]
- Goffman, A. (1963). *Stigma: notes on the management of Spoiled identity*. Tehran: Markaz Publishing. [In Persian]
- Ghorbani, H. (Director). (2019). *Bone Marrow* [Film]. [In Persian]
- Habib Zadeh Khyaban, S., & Sabbar, S. (2026). Artificial intelligence in banking: Opportunities, risks, and ethical imperatives. *Code, Cognition and Society*, 1(2), 1–12. doi:10.22034/ccsr.2025.548684.1017
- Hadi, M. (Director). (2007). *Quarantine* [film]. [In Persian]
- Jorgensen, M., and Phillips, L. (2010). *Theory and Method in Discourse Analysis*. (H. Jalili, translator) Tehran: Ney Publishing. [In Persian]
- Kaptein, A. A., & Melissa, T. (2018). Portraying a grim illness: lung cancer in novels, poems, films, music, and paintings. *Supportive Care in Cancer*, 3681–3689. doi:10.1007/s00520-018-4222-1
- Karimi, A. (Director). (2014). *Profiles* [Film]. [In Persian]
- Karimi, N. (director). (2019). *Atabai* [film]. [In Persian]
- Khazaei, T. (2022). Cancer Patients' Experience Concerning the Rupture of Life worlds and the Continuity of Social Intersubjectivity. *Social Sciences*, 29(96), 77-118. doi:10.22054/qjss.2022.59723.2369 [In Persian]
- Kheradmandan, M. (Director). (2017). *Twenty-One Days Later* [Film]. [In Persian]
- Kress, G., & van Leeuwen, T. (2021). *Reading Images: The grammar of Visual Design*. Oxon: Routledge.
- LaVoie, N., & Quick, B. (2013). What Is the Truth? An Application of the Extended Parallel Process Model to Televised Truth® Ads. *Health Communication*, 28(1), 53-62. doi:10.1080/10410236.2012.728467
- Lederer, S. (2007). Dark victory: Cancer and popular hollywood film. *Bulletin of the History of Medicine*, 81(1), P-p. doi:10.1353/bhm.2007.0005
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage.
- Machin, D., & Mayr, A. (2012). *How to Do Critical Discourse Analysis*. London: Sage.
- Malekzadeh, Reza, (1402, November 17), 55,000 Iranians die annually from cancer/ Adopt a healthy lifestyle. IRNA, taken from <https://irna.ir/xjNWYP> [In Persian]
- Mirkarimi, M. (Director). (2008). *Emshab Shabe Mahtabe* [Film]. [In Persian]
- Mirkarimi, R. (Director). (2004). *So Close, So Far* [Film]. [In Persian]

- Miyose, C. Y., & Morel, R. K. (2022). In Love with Cancer: Netflix Portrayals of the Cancer Experience. *New Horizons in English Studies*, 7(7), 131-152. doi:10.17951/nh.2022.7.131-152
- Mukhida, K., Sedighi, S., & Hart, C. (2022). "Give My Daughter the Shot!": A Content Analysis of the Depiction of Patients with Cancer Pain and Their Management in Hollywood Films. *Current Oncology*, 8207-8221. doi:10.3390/curroncol29110648
- Ravadrad, A. (2012). *Sociology of Cinema and Iranian Cinema*. Tehran: University of Tehran Press. [In Persian]
- Sadr Ameli, R. (Director). (2007). *Every Night Loneliness* [Film]. [In Persian]
- Salehi, K., Habib Zadeh Khiyaban, S., & Sabbar, S. (2026). Artificial intelligence and crime detection: A critical review. *Cyberspace Studies*, 10(1), 1-17. doi:10.22059/jcss.2025.402206.1179
- Staham, S. (2022). *Critical Discourse Analysis a Practical Introduction to Power in Language*. New York: Routledge.
- WHO (2000-2019). *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59.(4), 329-349. doi:10.1080/03637759209376276
- Witte, K., Meyer, G., & Martell, D. (2012). *Effective health risk messages; a step-by-step guide*. London: Sage.
- Wright, K., and Sparks, L. (2019). *Health Communication in the 21st Century*. (D. Mehrabi, & A. Ghanbari Baghestan, translators) Tehran: University of Tehran Press. [In Persian]
- Zwickle, A., & Wilson, R. S. (2014). construing risk Implications for risk communication. In J. Árva, & L. Rivers, *Effective Risk Communication* (pp. 190-203). Oxon: Routledge.



Iranian Cultural Research

Abstract



مقاله پژوهشی

ارتباطات سلامت و سینمای ایران: تحلیل گفتمان انتقادی تصویر سرطان در دهه ۸۰ و ۹۰

عباس قنبری باغستان^۱، مهراوه تقی‌زاده^{۲*}

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵؛ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۰

چکیده

سینما به‌عنوان یک هنر-رسانه می‌تواند به تثبیت، زدودن یا بازتولید گفتمان‌های اجتماعی مرتبط با سرطان منجر شود. از این‌رو، تحلیل شیوه‌های به‌تصویرکشیدن سرطان در فیلم‌ها، به‌مثابه پدیده‌ای ارتباطی، اهمیت دارد و می‌تواند در فهم چگونگی شکل‌گیری برداشت جمعی از کلیشه‌ها، الگوهای بروز بیماری و شیوه‌های مدرن مواجهه با آن نقش‌آفرین باشد. این مقاله با هدف شناسایی و مقایسه گفتمان‌های سرطان در سینمای ایران، با روش تحلیل گفتمان انتقادی چندوجهی، به تحلیل ۸ فیلم با موضوع سرطان در دهه‌های ۸۰ و ۹۰ پرداخت. گفتمان‌های مشترک این دو دهه «فرار از بیماری» و «نشانه درمان مساوی نشانه بیماری» است. گفتمان‌های متمایز دهه ۸۰ «تشخیص پزشکی»، «درمان معنوی» و «حمایت هسته‌ای» است. گفتمان‌های متمایز دهه ۹۰ نیز شامل «تیره‌شدن روابط» «تقدیرگرایی و تسلیم»، و «تنهایی» است. با توجه به یافته‌ها، در سینمای دهه ۸۰ و ۹۰ ایران، از سرطان‌ها تصویرسازی منفی شده است که در آن از سرطان «کلیت‌سازی» و با قرار دادن بیماران در حصار مکان‌های ویژه و بی‌کنشی، از آن‌ها «دیگری‌سازی» شده است. بر اساس مدل فرایندهای موازی توسعه‌یافته می‌توان مقوله بیماری «بدون هویت» و «غیرقابل درمان» را استخراج کرد. سینمای ایران تصویر ترسناکی از سرطان نمایش می‌دهد که در آن هیچ پاسخ توصیه‌شده‌ای از طریق «خودکارآمدی» و «اثربخشی پاسخ» به‌عنوان رویکردهای جدید در گفتمان‌های ارتباطات سلامت به بینندگان ارائه نمی‌شود. این موضوع منجر به حفظ فاصله مخاطبان با «ریسک سرطان» می‌شود. به صورت کلی، نظام سلامت ایران درمان‌محور است و به نظر می‌رسد سینمای ایران نیز در به تصویر کشیدن سرطان، همین جهت‌گیری را دنبال می‌کند.

کلیدواژه‌ها: ارتباطات سلامت، سرطان، سینما، تحلیل گفتمان انتقادی، فرایندهای موازی توسعه‌یافته

۱. دانشیار علوم ارتباطات اجتماعی، گروه علوم ارتباطات اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ghanbari.abbas@ut.ac.ir ✉

۲. کارشناسی ارشد علوم ارتباطات اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

taghizadeh.mehr@ut.ac.ir ✉

* نویسنده مسؤؤل

۱. مقدمه و بیان مسئله

سلامت به‌عنوان یکی از پایه‌ای‌ترین مقولات در مطالعات «ارتباطات سلامت» یک دغدغه جهانی است (قنبری باغستان، اختری‌زوار، و آل‌ابراهیم، ۱۳۹۷). براساس آمار سازمان بهداشت جهانی در دهه ۸۰، سرطان معده، نهمین عامل مرگ‌ومیر در دهه ۹۰ و هشتمین عامل مرگ‌ومیر در بین مردان ایرانی بوده است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۰؛ ۲۰۱۹). گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز حاکی از این است که وقوع بیش از ۵۵ هزار مرگ سالانه ناشی از سرطان‌ها، نخستین عامل مرگ زودرس در کشور است به طوری که ۳۴ هزار مرگ از مجموع ۱۲۲ هزار مرگ سالانه زودرس (زیر ۷۰ سال) و ۱۱ هزار مرگ از مجموع ۸۵ هزار مرگ خیلی زودرس (زیر ۵۰ سال) به دلیل ابتلا به انواع سرطان‌ها رخ می‌دهد (ایرنا، ۱۴۰۲). ۱۰ سرطان نخست شایع در ایران شامل سرطان پستان، پروستات، روده بزرگ، معده، ریه، مثانه، تیروئید، رحم، مغز و سیستم عصبی بوده و شایع‌ترین آن‌ها در زنان ایرانی شامل سرطان پستان، روده بزرگ، تیروئید، معده، رحم، لوسمی، مغز و سیستم عصبی، ریه و مری است (ایرنا، ۱۴۰۲).

سرطان تنها یک پدیده زیستی پزشکی نیست. بسیاری از مشکلات حوزه سلامت مانند مسائل و چالش‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌ها ریشه در ابعاد فرهنگی، اجتماعی و رفتار ارتباطی جامعه دارند که با توسعه ارتباطات سلامت، کاهش می‌یابند (قنبری باغستان و همکاران، ۱۳۹۷، ۱۸۰). افزون بر اینکه الگوی ظهور و نشانه‌های بیماری می‌تواند از یک جامعه به جامعه دیگر متفاوت باشد، تفسیر و فهم یک بیماری یکسان در جوامع و فرهنگ‌های متفاوت، امری متکثر و متنوع و برآمده از شرایط اجتماعی و فرهنگی آن جامعه است که بر فهم تجربه فرد بیمار و همچنین افراد و گروه‌های درگیر با بیماری متمرکز است (خزائی، ۱۴۰۱، ۷۹).

فناوری‌های رسانه‌ای همیشه روابط اجتماعی را دگرگون و بازتعریف می‌کنند (صالحی و همکاران، ۲۰۲۶) و سینما به‌عنوان هنر-رسانه در ایجاد، بازتولید یا تغییر



گفتمان‌ها در جامعه می‌تواند روابط قدرت را بازتولید و کلیشه‌ها را تثبیت، کلیشه‌زدایی یا کلیشه‌سازی کند. ابزارهای ارتباط سلامت مانند فیلم قادر به کاهش نابرابری‌های سلامت هستند و می‌توانند در پرداختن به برداشت‌های منفی از بیماری و سواد سلامت مؤثر باشند (چیونگ-ریورو و همکاران^۱، ۲۰۲۱).

یکی از حوزه‌های تخصصی در صنعت فیلم، فیلم‌هایی با مضامین پزشکی هستند و نحوه به تصویر کشیدن تجربه پزشکی و روابط پزشک و بیمار در فیلم‌ها می‌تواند بر بیننده تأثیر بگذارد و برداشت‌های مختلفی از آن تجربه ایجاد کند (میوس و مورل^۲، ۲۰۲۲، ۱۳۲). برخلاف مطالب چاپی و ویدیوهای آموزشی سنتی سلامت، فیلم برای افرادی با سطح سواد پایین قابل دسترسی است و می‌تواند با هنجارها و ارزش‌های اجتماعی یک جمعیت خاص متناسب‌سازی شود و استفاده از پیام‌های متناسب با فرهنگ با شخصیت‌های مرتبط و روایت‌های زمینه‌ای که منعکس‌کننده نگرانی‌ها و باورهای متنوع جمعیت است، می‌تواند وسیله‌ای مؤثر برای ترویج غربالگری، و تغییرات نگرشی و رفتاری باشد (چیونگ-ریورو و همکاران، ۲۰۲۱، ۲).

فیلم‌ها نقش بزرگی در شکل‌گیری باورهای مربوط به سرطان دارند که ممکن است بر نحوه نگاه به این بیماری تأثیر بگذارد (میوس و مورل، ۲۰۲۲، ۱۳۳). مدل فرایند موازی توسعه‌یافته در حوزه ارتباطات ریسک و سلامت، بر این ایده استوار است که وقتی افراد از یک تهدید می‌ترسند، برای اقدام در کاهش حالت ناخوشایند انگیزه پیدا می‌کنند (بیرمینگام^۳ و همکاران، ۲۰۱۵، ۱۲۶۵). این مدل فرض می‌کند که وقتی به فردی پیامی ترس‌آور ارائه می‌شود، دو فرایند ارزیابی شناختی ارزیابی تهدید و ارزیابی اثربخشی آغاز می‌شود و اگر تهدید درک‌شده بالا باشد، فرد وارد مرحله اثربخشی می‌شود تا اثربخشی پاسخ و خودکارآمدی را ارزیابی کند (بیرمینگام و همکاران، ۲۰۱۵، ۱۲۶۵).

1. Chiong-Rivero, et al.
2. Miyose & Morel
3. Birmingham



تأکید بر تهدید سلامتی در فیلم‌ها، بدون گنجاندن راهکارها، با احتمال تحریک پاسخ‌های ناسازگارانه مانند ایجاد داغ ننگ برای سرطان‌ها، انکار و اجتناب از قرار گرفتن در معرض پیام‌ها درباره سرطان را موجب می‌شود (میوس و مورل، ۲۰۲۲). بنابراین شیوه به تصویر کشیدن سرطان‌ها در فیلم‌ها، پدیده‌ای ارتباطی است که در پیشگیری و کنترل سرطان با روایت راهکار یا ابعاد منفی، و الگوی ظهور و نشانه‌های بیماری، در تفسیر و فهم آن نقش دارد.

یکی از راه‌های مطالعه فیلم‌ها، تحلیل متنی است تا اطلاعاتی در مورد چگونگی درک از سرطان در جوامع گوناگون جمع‌آوری کنند (میوس و مورل، ۲۰۲۲، ۱۳۵). پیشرفت‌های نوین رسانه‌ها باعث شده‌اند نسبت انسان و رسانه به شدت تغییر کند (حبیب‌زاده خیابان و صبار، ۲۰۲۶). پژوهشگران مطالعات رسانه به بررسی این موضوع می‌پردازند که چگونه روش‌های معینی از برساخت هویت و تعلق اجتماعی در فضاهای رسانه‌ای عادی می‌شود؛ پرسش‌هایی درباره اینکه چه کسی می‌تواند صحبت کند، چه گفتمان‌هایی دارای امتیاز هستند و چه گفتمان‌هایی غایب هستند و همچنین اینکه چگونه تصاویر رسانه‌ای بر ساختار گفتمانی پدیده‌های اجتماعی مختلف تأثیر می‌گذارند پیش‌زمینه هستند (بیتمن^۱، ۲۰۱۸). آن‌ها بدین‌منظور از تحلیل گفتمان انتقادی، برای تجزیه و تحلیل متون رسانه‌ای، ویژگی‌های معنایی و دستوری ژانرهای مختلف رسانه و عملکرد ایدئولوژیک انواع متن خاص استفاده می‌کنند (بیتمن، ۲۰۱۸، ۶۱۳). همچنین تجربه شخصی پژوهشگران در تعامل با بیماران سرطانی و مشاهده فیلم‌های مرتبط با سرطان در ایران، نشانگر تفاوت روایت سینمایی از سرطان و واقعیت تجربه بیماران و علم پزشکی بود. با توجه به مدل فرایندهای موازی توسعه‌یافته در ارتباطات سلامت، تمرکز بر رنج بیماری، انکار بیماری و پیامدهای آن مانند درد و مرگ‌ومیر، می‌تواند منجر به ترس از مواجهه با بیماری، انکار بیماری و ریسک ابتلای شخصی، پرهیز از غربالگری و شکل‌گیری باورهای ناقص و نادرست فرهنگی از سرطان‌ها شود. بنابراین،



با توجه به آنچه گفته شد، پرسش‌های اصلی پژوهش این است که سرطان در سینمای دهه ۸۰ و ۹۰ ایران از منظر گفتمانی چگونه به تصویر کشیده شده است؟ گفتمان‌ها چه تصویری از سرطان را بر اساس فرایند موازی توسعه یافته ارائه می‌دهند؟ بدین منظور، با استفاده از تحلیل گفتمان انتقادی چندوجهی کرس و ون لیوون، گفتمان‌های سرطان در سینمای دهه ۸۰ و ۹۰ ایران مقایسه می‌شود.

۲. پیشینه پژوهش

پژوهش‌های مرتبط با بازنمایی سرطان در سینما، چه در ایران و چه در خارج از کشور، محدود است. در ایران تنها یک پژوهش نظام‌مند در این حوزه انجام شده و پژوهش‌های خارجی نیز عمدتاً به سینمای هالیوود یا نمونه‌های پراکنده ملی اختصاص دارند. در ادامه مهم‌ترین مطالعات مرور می‌شود.

مقاله آقابابایی و لطفی‌فروشانی (۱۴۰۲) با استفاده از تحلیل محتوا و مبتنی بر نظریه‌های برجسته‌سازی و پزشکی شدن، به بررسی بازنمایی سرطان در ده فیلم سینمای پس انقلابی ایران پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهد سینمای ایران تصویری هراس‌انگیز، مرگ‌محور و ناامیدکننده از سرطان ارائه می‌کند؛ بیماران عمدتاً از طبقات فرودست و سنتی هستند و مضامین فقر، توسل معنوی، رنج و مرگ برای ایجاد درام به کار گرفته شده است. این مطالعه تأکید می‌کند که سینمای ایران نقشی در آموزش و اطلاع‌رسانی درباره سرطان ایفا نکرده است.

در سطح بین‌المللی، موخیدا، صدیقی و هارت^۱ (۲۰۲۲) با تحلیل کیفی فیلم‌های هالیوود نشان می‌دهند که بیماران سرطانی اغلب با دلسوزی بازنمایی می‌شوند، اما مدیریت درد به‌طور اغراق‌آمیز بر مصرف مواد افیونی متمرکز است. این تصویر موجب برجسته‌سازی رنج و کاهش کیفیت زندگی شخصیت‌ها می‌شود.

1. Mukhida, Sedighi & Hart





دومارادزکی^۱ (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای بر فیلم‌های لهستانی (۲۰۰۰-۲۰۲۱) گزارش می‌کند که سینما این کلیشه را تقویت می‌کند که سرطان به‌ندرت قابل درمان است. بیماران معمولاً در قالب افرادی ضعیف، و فاقد امکان زندگی عادی نمایش داده می‌شوند. همچنین درد به‌عنوان شایع‌ترین و برجسته‌ترین علامت در بیشتر فیلم‌ها بازنمایی شده است. این پژوهش نشان می‌دهد که فیلم‌های محبوب لهستانی اطلاعات پزشکی قابل‌اتکایی درباره علائم، روند تشخیص یا درمان سرطان ارائه نمی‌دهند؛ از این رو، سرطان اغلب به‌عنوان یک بیماری مبهم، تیره و کنترل‌ناپذیر تصویر می‌شود. در حوزه ارتباطات سلامت، پژوهش لاوئی و کوئیک^۲ (۲۰۱۳) با تحلیل ۸۰ آگهی تلویزیونی کمپین حقیقت^۳ و با بهره‌گیری از مدل فرایند موازی توسعه‌یافته نشان می‌دهد که این پیام‌ها به‌طور افراطی بر «شدت تهدید» تکیه دارند و در مقابل، به «حساسیت» و «پاسخ‌های کارآمد»، به‌ویژه خودکارآمدی و اثربخشی پاسخ، توجه کافی نشده است. این مقاله برای فهم چگونگی تصویرسازی در تهدید سلامت و پیامدهای آن اهمیت نظری دارد. مقاله حاضر چند تمایز دارد. نخست تمرکز بر سینمای ایران با رویکرد مقایسه‌ای میان دو دهه سینمای ایران که امکان مشاهده تغییرات گفتمانی در تصویرسازی از سرطان را فراهم می‌سازد. همچنین این مقاله از ادبیات ارتباطات سلامت، به‌ویژه مدل فرایند موازی توسعه‌یافته برای تحلیل مضامین تهدید، شدت، حساسیت، و کارآمدی که در مطالعات سینمایی به‌ندرت به‌کار رفته، استفاده کرده است. افزون بر این، روش تحلیل گفتمان انتقادی با هدف شناسایی سازوکارهای معنایی و بصری که روابط قدرت، ساخت‌های هنجاری و گفتمان‌های مرتبط با سرطان را آشکار می‌کند، به‌کار گرفته شد تا به درک عمیق‌تری از تصویر سرطان و گفتمان‌های سلامت در سینمای ایران بینجامد.

1. Domaradzki
2. LaVoie & Quick
3. Truth

۳. چارچوب نظری

۳-۱. تحلیل گفتمان انتقادی

محتوای گفتمان به ماهیت گفتمان مورد مطالعه بستگی دارد. اما اساساً هدف این است که دریابیم چگونه به نحو گفتمانی معنایی به جهان نسبت داده شده و پیامدهای اجتماعی آن چیست. نقطه بررسی و تحلیل اینجاست که گفتمان‌ها سوژه‌ها و ابره‌ها را به نحو خاصی می‌سازند، مرزهایی بین حقیقت و خطا ترسیم می‌کنند، و گونه‌های خاصی از کنش‌ها را مربوط و معنادار و سایرین را نامربوط و خارج از موضوع قرار می‌دهند. به این معنا که گفتمان برسازنده امر اجتماعی است. اگرچه فرکلاف معتقد است گفتمان‌ها به همراه سایر پویش‌های غیرگفتمانی دست‌اندرکار بر ساختن امر اجتماعی اند (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۸۹، ۲۳۵).

اگر نقطه شروع تحلیل خود را نظم گفتمان، و نه یک گفتمان واحد، قرار دهیم، برخورد میان گفتمان‌های موجود در آن نظم گفتمانی به کانون تحلیل بدل خواهد شد. این امر یک مزیت محسوب می‌شود چون در این برخورد پیامدهای اجتماعی آشکارتر می‌شوند. هنگامی که قلمرو واحدی دو یا چند گفتمان برداشت‌های متفاوتی از جهان ارائه می‌کنند پرسشگر می‌تواند این سؤال را مطرح کند که اگر برداشتی به جای دیگری برگزیده شود، چه پیامدهایی به همراه خواهد داشت (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۸۹، ۲۳۶).

تحلیل گفتمان انتقادی نظریه‌ها و روش‌هایی برای مطالعه روابط میان گفتمان و تحولات اجتماعی و فرهنگی قلمروهای مختلف اجتماعی و کنش‌های افراد را در اختیارمان قرار می‌دهد. در تحلیل گفتمان انتقادی، گفتمان صرفاً یک پدیده سازنده نیست بلکه درعین حال محصول سایر پدیده‌ها نیز به شمار می‌آید (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۸۹، ۱۱۷). تحلیل گفتمان انتقادی به این معنا انتقادی است که قصد دارد نقش رویه‌های گفتمانی در حفظ و بقای جهان اجتماعی از جمله آن دسته از روابط اجتماعی که توأم با مناسبات قدرت نابرابرند، آشکار کند (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۸۹، ۱۱۴).



تحلیل گفتمان انتقادی در دهه‌های اخیر در حال توسعه ابزارهایی برای تجزیه و تحلیل ظرفیت معنایی حالت‌های غیر از نوشتار و گفتار بوده است. در این رویکردها، گفتمان «چندوجهی» شناخته می‌شود و بر روی تصاویر و سایر روش‌های ارتباطی در کنار متن نوشتاری و گفتاری تمرکز دارد (استاهام^۱، ۲۰۲۲، ۱۶۷). تحلیل گفتمان انتقادی چندوجهی به این موضوع علاقه دارد که چگونه جنبه‌های بصری یک متن در ارتباطات روابط قدرت نقش دارند (ماچین و مایر^۲، ۲۰۱۲، ۱۰). پژوهشگران مطالعات رسانه به بررسی این موضوع می‌پردازند که چگونه روش‌های معینی از برساخت جهان، هویت و تعلق اجتماعی در فضاهای رسانه‌ای عادی می‌شود (بیتمن، ۲۰۱۸، ۶۱۳). بنابراین، شناسایی گفتمان‌های بیماری سرطان در سینما به ما کمک می‌کند تا تأثیرگذاری و تأثیرپذیری سینما از واقعیت‌های زیستی و فرهنگی را مطالعه کنیم.

۲-۳. مدل فرایندهای موازی توسعه یافته

مدل فرایند موازی توسعه یافته^۳ توسل به ترس را به عنوان انگیزه‌ای برای تغییر رفتار سلامت ارزیابی می‌کند (رایت و اسپارکز، ۱۳۹۹، ۳۵۶). این مدل بر هدایت ترس در جهت محافظت از خود تمرکز دارد و بر این ایده استوار است که وقتی افراد از یک تهدید می‌ترسند، انگیزه پیدا می‌کنند تا برای کاهش حالت ناخوشایند اقدام کنند (بیرمینگام و همکاران، ۲۰۱۵). مدل فرایند موازی پیشنهاد می‌کند که پیام‌های مربوط به خطرات سلامتی، دو ارزیابی شناختی تهدید و ارزیابی اثربخشی پاسخ توصیه شده را دارا هستند (ویت، مایر، و مارتل، ۲۰۱۲^۴، ۲۶). این ارزیابی‌ها، منجر به یکی از سه نتیجه زیر می‌شوند:

عدم پاسخ: در زمانی که تهدید درک شده پایین است.

فرایندهای کنترل ریسک شناختی اولیه: که زمانی که تهدید درک شده و اثربخشی درک شده بالا هستند منجر به پذیرش پیام‌های ترس آور می‌شوند.



1. Staham
2. Machin & Mayr
3. Extended Parallel process Model (EPPM)
4. Witte, Meyer, & Martell



فرایندهای کنترل ترس عاطفی اولیه: که زمانی که تهدید درک شده بالا اما اثربخشی درک شده پایین است منجر به رد پیام‌های ترس آور می‌شوند (ویت و همکاران، ۲۰۱۲، ۲۸). در این مدل، کنترل ریسک، به معنای ارزیابی تهدید و چگونگی برخورد با آن است و کنترل ترس مستلزم ارزیابی نحوه سازش با واکنش عاطفی نسبت به تهدید است (رایت و اسپارکز، ۱۳۹۹، ۳۵۶). در مرحله اول، فرد دو جنبه شدت و حساسیت از تهدید درک شده را در نظر می‌گیرد. ارزیابی شدت شامل تعیین میزان آسیب مورد انتظار از تهدید است (مثلاً «سرطان روده بزرگ می‌تواند مرا بکشد.») درحالی‌که ارزیابی حساسیت شامل تعیین میزان احتمال تأثیر تهدید بر فرد است (مثلاً «من سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ دارم، بنابراین می‌توانم به این بیماری مبتلا شوم.») و اگر تهدید درک شده بالا باشد، فرد وارد مرحله ارزیابی اثربخشی می‌شود تا اثربخشی پاسخ و خودکارآمدی را ارزیابی کند (بیرمینگام و همکاران، ۲۰۱۵، ۱۲۶۵). هرچه افراد ریسک را به خود نزدیک‌تر احساس کنند، نگرانی و توجهشان نسبت به ریسک بیشتر می‌شود. درحالی‌که هر یک از ما تحت تأثیر نیروها، روندها، و رویدادهای بی‌شماری قرار می‌گیریم، تنها آنچه مستقیماً در حال حاضر برای ما اتفاق می‌افتد و به‌طور شخصی با ما تعامل دارد، می‌تواند تجربه شود (زوئیکل و ویلسون^۱، ۲۰۱۴، ۱۹۲).

شدت^۲ پیام به هزینه‌های سلامتی مرتبط با انجام یک رفتار خاص اشاره دارد و حساسیت پیام^۳، احتمال این است که یک فرد هزینه‌های سلامتی ناشی از انجام یک رفتار خاص را تجربه کند (ویت^۴، ۱۹۹۲). پاسخ توصیه‌شده شامل خودکارآمدی و اثربخشی پاسخ است. خودکارآمدی^۵، تصاویر و متونی را ثبت می‌کند که نحوه انجام یک رفتار توصیه‌شده را تقویت می‌کنند، به این امید که انگیزه انجام عمل توصیه‌شده افزایش یابد (ویت، ۱۹۹۲) و اثربخشی پاسخ^۶ نشان می‌دهد که با انجام رفتار

1. Zwickle & Wilson
2. Severity
3. Susceptibility
4. Witte
5. Self-efficacy
6. Response efficacy



توصیه شده، فرد از وقوع هزینه‌های سلامتی جلوگیری می‌کند (ویت، ۱۹۹۲). اگر افراد باور داشته باشند که می‌توانند پاسخ توصیه شده را انجام دهند (خودکارآمدی ادراک شده بالا)، و باور داشته باشند که پاسخ توصیه شده در جلوگیری از تهدید مؤثر است (اثربخشی ادراک شده بالای پاسخ)، به کنترل خطر ترغیب می‌شوند (ویت و همکاران، ۲۰۱۲، ۲۶). بنابراین پیام بدون ادراک کارآمدی و ارائه راهکار، ناکافی است.

چون معمولاً بسیاری از این ریسک‌ها از جمله سرطان‌ها را متوجه نمی‌شویم یا به‌طور مستقیم تجربه نمی‌کنیم، برای کسب اطلاعات درباره آن‌ها به رسانه‌ها به‌عنوان منبع اصلی اطلاعات خود متکی هستیم (آلن^۱، ۲۰۰۳؛ به‌نقل از: بویکوف و بویکوف^۲، ۲۰۰۴، ۱۲۶). در حالی که رسانه‌ها ممکن است درک ریسک عمومی را شکل دهند، افکار عمومی را بیان می‌کنند و در نتیجه نقش مهمی در سیاستگذاری، به ویژه در موضوعات مرتبط با علم ایفا می‌کنند (نلکین، ۱۹۸۷؛ به‌نقل از: کاروالهو و برگس^۳، ۲۰۰۵، ۱۴۵۷). در نتیجه شیوه به تصویر کشیدن سرطان در سینما از منظر بیان روایی گفتمانی تشخیص، پیشگیری و درمان آن اهمیت دارد.

۳-۳. داغ ننگ

جامعه ابزارهایی را برای دسته‌بندی افراد و مجموعه صفاتی که طبیعی و عادی تصور می‌شود تثبیت می‌کند و این روال‌های معمول آمیزش اجتماعی اجازه می‌دهند بدون توجه خاصی، با دیگران از پیش معلوم مواجه شویم (گافمن، ۱۴۰۰، ۱۷). در هر فرهنگ، رویه‌های تثبیت شده‌ای برای به تصویر کشیدن دیگری وجود دارد (استاهام، ۲۰۲۲، ۱۲۲)؛ بر اساس این دسته‌بندی‌ها ما پیش‌بینی می‌کنیم و افراد را در دسته‌بندی‌های از پیش تعیین شده قرار می‌دهیم.

کلیشه‌سازی در شرایط روابط نابرابر قدرت بین گروه‌های اجتماعی برقرار است و اغلب علیه گروه فرودست اعمال می‌شود (راوودراد، ۱۳۹۱، ۲۰). این فرایند از خلال

1. Allan
2. Boykoff & Boykoff
3. Carvalho & Burgess

ساده‌سازی، تفاوت میان اعضای گروه‌ها را یکدست کرده و جهان مادی و جهان ایده‌ها را در راستای باورهای ایدئولوژیک طبقه‌بندی می‌کند (زاودراد، ۱۳۹۱).

داغ ننگ بخشی از کلیشه‌سازی است که تفاوت میان هویت اجتماعی بالفعل و بالقوه فرد ایجاد می‌کند. داغ ننگ به ویژگی‌هایی اشاره دارد که بدنام‌کننده یا ننگ‌آور است و قدرت داغ‌زنی آن نه در ذات، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد (گافمن، ۱۴۰۰، ۱۸). گافمن سه نوع متفاوت داغ ننگ را می‌توان نام می‌برد: ۱) زشتی‌ها و معایب بدن؛ ۲) نواقص و کمبودهای شخصیت فرد؛ و ۳) داغ ننگ قومی و قبیله‌ای مربوط به نژاد، ملیت و مذهب (گافمن، ۱۴۰۰، ۱۹).

بیماری سرطان در دسته معایب بدنی قرار می‌گیرد و می‌تواند موضوع کلیشه‌سازی شود. کریستوا (۱۹۹۳) مفهوم بینامتنیت را مطرح می‌کند که نشان می‌دهد هر متن بخشی از شبکه‌ای بزرگ‌تر از متون است و معانی در رابطه‌ای گفت‌وگویی با یکدیگر شکل می‌گیرند (استاهام، ۲۰۲۲، ۱۲۲). فیلم‌های سینمایی نیز هر یک برساخت خود را از واقعیت باز می‌نمایانند. زمانی که افراد عادی و داغ‌خورده در حضور و گفت‌وگو با یکدیگر قرار می‌گیرند، یکی از صحنه‌های اساسی جامعه‌شناسی برای مشاهده پیامدهای داغ ننگ ایجاد می‌شود (گافمن، ۱۴۰۰، ۲۹-۳۰). در این مقاله، این موضوع را می‌توان در گفت‌وگوی بیماران سرطانی و افراد دیگر مطالعه کرد که اطلاعات اجتماعی محسوب می‌شوند.

رسانه‌های جمعی، با برساخت موضوعات مختلف، از جمله بیماری سرطان در تصویرسازی آنان، نقش ایفا می‌کنند. سینما به‌عنوان هنر رسانه در ایجاد، بازتولید یا تغییر گفتمان‌ها در جامعه می‌تواند روابط قدرت را بازتولید و کلیشه‌ها را تثبیت، یا کلیشه‌زدایی و یا کلیشه‌سازی کند.

۴. روش‌شناسی

این مطالعه، با روش کیفی و با مدل پساساختارگرایانه کرس و ون‌لیوون انجام شده است.



۴-۱. تحلیل گفتمان انتقادی چندوجهی

در تحلیل گفتمان انتقادی چندوجهی^۱، عملکرد معانی را به صورت تصویری در نظر می‌گیریم (استاهام، ۲۰۲۲، ۱۷۰). کرس و ون لیوون برای تحلیل گفتمان انتقادی مدل فرانش‌های سه‌گانه (جدول ۱) را پیشنهاد کرده‌اند (کرس و ون لیوون^۲، ۲۰۲۱؛ غلامی، ۱۳۹۸):

جدول ۱. فرانش‌های سه‌گانه تحلیل گفتمان کرس و ون لیوون

فرانش	اجزای فرانش
<p>فرانش بازنمودی^۳: به این مسئله می‌پردازد که تصویر درباره چیست و معنا از طریق شرکت‌کنندگان در تصویر منتقل می‌شود.</p>	<p>ساختار روایی: در الگوی روایی شرکت‌کنندگان از طریق بردار^۴ به هم متصل می‌شوند، یعنی عملی بر روی یکدیگر یا برای یکدیگر انجام می‌دهند که شامل دو بخش است: الف) فرایند کنشی: کنشگر برداری را از خود منشعب یا خود نقش بردار را بازی می‌کند و اغلب بارزترین شرکت‌کننده است. این برجستگی می‌تواند از راه اندازه، جایگاه در ترکیب‌بندی، کنتراست، یا اشباع رنگ باشد.</p> <p>ب) فرایند واکنشی: هنگامی که بردار از مسیر نگاه شرکت‌کنندگان بازنمودشده شکل گیرد، فرایندی واکنشی است. در این صورت به جای کنشگر از واکنش‌گر و به جای هدف از پدیده استفاده می‌کنیم.</p>
	<p>ساختار مفهومی: شرکت‌کنندگان را در ابعاد کلی‌شان و نسبتاً پایدار بازنمود می‌کنند و سه نوع‌اند:</p> <p>الف) فرایندهای دسته‌بندی: بخشی از شرکت‌کنندگان نقش «پرو» یا عنصر مادون را دارند و بخشی هم نقش «پایه». اگر مقوله کلی که شرکت‌کنندگان را در خود قرار می‌دهد به وضوح مشخص نباشد، رده‌بندی «پنهان» است.</p> <p>ب) فرایندهای تحلیلی: شرکت‌کنندگان با توجه به ساختاری کلی/جزیی به یکدیگر مرتبط می‌شوند. در این نوع فرایندها دو شرکت‌کننده وجود دارد: یک حامل (کلی) و مجموعه‌ای (ویژگی یا عناصر کوچکتر (اجزاء)) که هویت حامل را شکل می‌دهند.</p> <p>ج) فرایندهای نمادین: به توصیف ماهیت و معنی شرکت‌کنندگان می‌پردازند. یا یک شرکت‌کننده حامل وجود دارد که به آن فرایندهای القایی نمادین می‌گویند یا دو شرکت‌کننده وجود دارد که یکی حامل است و دیگری ویژگی نمادین که به آنها فرایندهای توصیفی نمادین می‌گویند.</p>



1. Multi-modal critical discourse analysis
2. Kress & van Leeuwen
3. Representational Meta-function
4. Vector

فرانقش	اجزای فرانقش
فرانقش تعاملی ^۱ : رابطه‌ای را توضیح می‌دهد که تصویر میان تولیدکننده و بیننده ایجاد می‌کند.	تماس چشمی: اگر شرکت‌کننده مستقیم به بیننده (مفعول نگاه فرد) نگاه کند، تصویر «تقاضا» ست؛ در غیر این صورت «عرضه» و بیننده فاعل است و او را به تفکر دعوت می‌کند. فاصله اجتماعی: نما (بسته، متوسط، باز) فاصله میان بیننده و شرکت‌کنندگان را تعیین می‌کند. نگرش: زاویه دوربین (رو به پایین، بالا یا مستقیم) نوع رابطه را شکل می‌دهد.
فرانقش ترکیبی ^۲ : چیدمان عناصر تصویر ساختاری ایجاد می‌کند که الگوهای بازمودی و تعاملی را در یک کل منسجم ترکیب می‌کند. این انسجام از سه طریق شکل می‌گیرد.	ارزش‌های اطلاعاتی: جایگاه عناصر با توجه به محل آن ارزش معنایی متفاوت تولید می‌کند. چارچوب‌بندی: وجود یا نبود عناصر چارچوب‌بندی و خطوط یا مرزها، عناصر درون تصویر را متصل یا جدا می‌کند یا این عمل می‌گوید عناصر به یک گروه تعلق دارند یا خیر. برجستگی: عناصر درون تصویر بسته به اندازه، کنتراست، وضوح یا پیش‌زمینه/پس‌زمینه میزان توجه متفاوتی را جلب می‌کنند.

۴-۲. جامعه هدف و نمونه پژوهش

جامعه هدف در این پژوهش سینمای ایران در دهه ۸۰ و ۹۰ بوده است از مجموع ۱۲ فیلم تولید شده مرتبط با موضوع تحقیق، ۴ فیلم برای دهه ۸۰ و ۴ فیلم در دهه ۹۰ مورد تحلیل قرار گرفته‌اند که مشخصات آن‌ها در جدول شماره (۲) بیان شده است.

جدول ۲. مشخصات و ویژگی‌های فیلم‌های شناسایی شده در ارتباط با سرطان در دهه ۸۰ و ۹۰ سینمای ایران

عنوان فیلم	کارگردان	سال تولید	نوع سرطان	جنسیت	تأهل	رده سنی بیمار	شغل
خیلی دور، خیلی نزدیک	رضا میرکریمی	۱۳۸۳	تومور مغزی	مرد	نامزد	جوان	دانشجوی نجوم
قرنطینه	منوچهر هادی	۱۳۸۶	سرطان خون	زن	نامزد	جوان	دانشجو
هر شب تنهایی	رسول صدرعاملی	۱۳۸۶	تعریف نشده	زن	متاهل	جوان	نویسنده و گوینده رادیو
امشب شب مهتابه	محمد هادی کریمی	۱۳۸۷	تعریف نشده	مرد	متاهل	جوان	خواننده و آهنگساز
نیمرخ‌ها	ایرج کریمی	۱۳۹۳	تعریف نشده	پ	متاهل	جوان	شاعر
بیست و یک روز بعد	محمد رضا خردمندان	۱۳۹۶	تعریف نشده	زن	بیوه	جوان	شوینده لباس
مغز استخوان	حمیدرضا قربانی	۱۳۹۸	لوسمی	مرد	-	کودک	-
آتابای	نیکی کریمی	۱۳۹۸	سرطان پستان	زن	مطلقه	جوان	-

1. Interactional meta-function
2. Compositional meta-functionality



۳-۴. اعتبار پژوهش

برای تعیین اعتبار بخش کیفی پژوهش، از معیارهای لینکون و گوبا (۱۹۸۵) که در آن «اعتبار^۱» و «انتقال‌پذیری^۲» برابر با روایی و قابلیت اطمینان^۳ و «تأییدپذیری^۴» برابر پایایی در روش کمی هستند و معیارهای اعتبار تحلیل گفتمان گی (فاضلی، ۱۳۸۳، ۹۸-۹۹) استفاده شد. برای اعتبار پژوهش، «تعامل طولانی مدت^۵» با داده‌ها، «مثلث‌سازی (منابع، روش‌ها و پژوهشگران) و مرور هم‌تراز^۶» از طریق ثبت فرایند کدگذاری، استفاده از مصداق برای همه مقوله‌ها، استفاده از جدول برای خلاصه‌سازی و فرایند کدگذاری رفت و برگشتی همراه با تکرار کدگذاری انجام شد. و با توجه به معیارهای گی، «توافق» کدگذاری با کدگذاری دو پژوهشگر و ارزیابی پژوهشگر بیرونی، «پوشش» بیشتر با نمونه‌گیری کامل برای تعمیم و «ارائه جزئیات زبان شناختی» با ذکر مصداق گوناگون فراهم شد. برای انتقال‌پذیری، منبع دقیق برای مصداق‌ها ذکر شد، همه مراحل کدگذاری ثبت شد، نمونه‌های مهم توضیح داده شد، و از نمونه‌گیری کامل استفاده شد. برای تأییدپذیری نیز کدها و بخش‌های کدگذاری شده برای رجوع پژوهشگران دیگر ثبت شد و قابلیت بازبینی و امکان در دسترس گذاشتن نمونه‌ها و فرایند کدگذاری برای پژوهشگران دیگر فراهم شد.

۵. یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش مربوط به دهه ۸۰ و دهه ۹۰ تشریح شده است. جدول شماره (۳) گفتمان‌های شناسایی شده از تصویرسازی سرطان در فیلم‌های سینمایی را نشان می‌دهد.

1. Credibility
2. Transferability
3. Dependability
4. Confirmability
5. prolonged engagement
6. peer debriefing



جدول ۳. گفتمان‌های سرطان در فیلم‌های سینمایی دهه ۸۰ و ۹۰

گفتمان‌های دهه ۹۰	گفتمان‌های دهه ۸۰
-	تشخیص پزشکی
تقدیرگرایی	درمان معنوی
تنهایی	حمایت هسته‌ای
تیره شدن روابط	فرار از بیماری
نشانه درمان، نشانه بیماری	نشانه درمان، نشانه بیماری

۵-۱. گفتمان‌های دهه ۸۰

یافته‌ها نشان می‌دهد گفتمان‌های «تشخیص پزشکی»، «درمان معنوی»، «فرار از بیماری»، «نشانه درمان، نشانه بیماری»، و «حمایت هسته‌ای» است که در ادامه توضیح هر یک بیان می‌شود.

۵-۱-۱. تشخیص پزشکی

بیماری در گفتمان پزشکی تشخیص داده می‌شود و نشانه‌های تشخیصی پزشکی، نقش «حامل» بیماری را دارند. در فیلم «امشب شب مهتابه» علائم بیماری پس از انجام آزمایش‌ها بروز می‌کند. در فیلم «هر شب تنهایی» پس از گفت‌وگو درباره داروها، سردرد بیمار نشان داده می‌شود. در فیلم «خیلی دور، خیلی نزدیک» پس از تشخیص پزشکی بر اساس سی‌تی‌اسکن، علائم بیماری در فیلم بیان می‌شود. علائم توسط پزشک بیان می‌شود و بعد آن‌ها اتفاق می‌افتند و اعلام‌کننده بیماری همواره پزشک است. بیماری سرطان به درد، سرگیجه و تهوع و سردرد و دوینی برای بیماران داری تومور، و دریافت دارو تقلیل پیدا کرده است و نقش ساختار مفهومی القایی نمادین را دارند. از بیماری سرطان کلی‌سازی شده است؛ زیرا گونه‌های سرطان علائم خاصی به جز درد آن‌ها در ناحیه غیر مشخص ندارند و با وجود آنکه نام بیماری‌ها اعلام می‌شود، از ویژگی‌های آنان کلی‌سازی شده است و درمانی غیر از شیمی‌درمانی نشان داده نمی‌شود که ارزیابی حساسیت و کارآمدی را با شکست مواجه می‌کند.



در گفتمان تشخیص پزشکی (تصویر شماره ۱)، در فرانقش بازنمودی، نورپردازی پرتضاد و قرارگیری عکس سی‌تی‌اسکن و بازتاب آن در شیشه عینک، تمرکز روی تصویر مغز را ایجاد می‌کند. فرایند، واکنشی است و جهت بردار از تصویر به پدر بیمار است. در فرانقش تعاملی و ترکیبی، تنالیده آبی، نورپردازی پرتضاد و رفتن برق حس بدبینی و ترس از بیماری را القا می‌کند. رده‌بندی «پنهان» در اینجا «بیماری سخت‌درمان» است که معنای فرایند واکنشی به آن معطوف است اما در صحنه غایب است. فرایند نمادین، بیماری و ترس را القا می‌کند. بنابراین در این گفتمان ارزیابی تهدید با توصیف بصری شدت خطر همراه است. در فرانقش تعاملی نمای لانگ شات برای نشان دادن بافت و زمینه است که فضایی تاریک و ناامیدانه از بیماری را ترسیم می‌کند.



تصویر ۱. تشخیص پزشکی. فیلم خیلی دور، خیلی نزدیک

در تصویر شماره (۲) فرانقش بازنمودی، برای نشان دادن بیمار، دارو و آزمایش و عکس با تکرار بیشتر و تأکید بیشتری نسبت به خود بیمار نشان داده می‌شوند. در این تصاویر، رنگ‌مایه آبی نشان‌دهنده بدبینی است. وضوح انتخابی، تمرکز را روی آزمایش خون می‌گذارد و در فرانقش ترکیبی آن را برجسته می‌کند و گویی فرد در حال محو شدن است. ساختار روایی واکنشی است و آزمایش روی فرد انجام می‌شود و جهت بردار نه از سوی بیمار، که از سوی سرنگ است. در اینجا سرنگ، حامل معنای بیماری است. نمای کلوزآپ و زاویه دوربین هم‌سطح چشم برای هم‌ذات‌پنداری با بیمار است. در اینجا ارزش اطلاعاتی به سرنگ داده شده است که حامل معنای بیماری سرطان است و بیمار را از سوژه به ابژه تبدیل می‌کند.





تصویر ۲. تشخیص پزشکی در فیلم «امشب شب مهتابه»

همه چیز به بدن بیمار نسبت داده می شود. یعنی پزشکی برای نوع خاصی از بیماری نمی تواند کاری انجام دهد. در نتیجه ادراک خودکار آمدی رخ نمی دهد. پزشک بر اساس داده های تشخیصی، بیماری را اعلام می کند. آزمایش و عکس با تشخیص پزشک همراه است؛ یعنی پزشک همواره به ابزار وابسته است. اما پیش از آن را نشان نمی دهد که چرا بیمار و با چه علائمی به پزشک مراجعه می کند و بر اساس چه علائم و معاینه ای پزشک انجام آزمایش را تجویز می کند.

۵-۱-۲. درمان معنوی

در فیلم های دهه ۸۰، همه بیماران سرطان بدخیم دارند. بیمار در فیلم «خیلی دور، خیلی نزدیک» دو ماه، در فیلم «قرنطینه» ۶ ماه، در فیلم «هر شب تنهایی» ۴ ماه، و در فیلم «امشب شب مهتابه» ۴ ماه فرصت زندگی دارد. در این فیلم ها میان متنیت و پیوند زندگی و معنویت به وجود می آید و معنویت گرایی با مداوا همراه است. در ساختار مفهومی، افراد به نذر و دعا متوسل می شوند و مرگ با ناتوانی پزشکان و توکل همراه است. پیش فرض این گفتمان، ناامیدی از پزشکی و امید به خداست؛ شدت بیماری در بالاترین سطح یعنی ناامیدی از درمان و انتظار مرگ و پاسخ توصیه شده کارآمد، «توکل» است.



تصویر ۳. مداوای معنوی در فیلم «هر شب تنهایی»



در فیلم «هر شب تنهایی» نزدیک شدن به خدا با بهبود همراه است. در این فیلم‌ها جهت بردار واکنشی از ایمان، به سوی مداواست. برای نمونه در تصویر شماره (۳)، ترکیب‌بندی ایستا و رنگ‌های گرم روشن و عناصر مذهبی در مرکز معنویت و آرامش را القا می‌کنند. ارزش اطلاعاتی در فرانش ترکیبی با عناصر معنوی است. با توجه به عنصر برجستگی، بیمار پشت به دوربین است تا هدف اصلی یعنی دعوت به ایمان باشد.



تصویر ۴. مداوای معنوی در فیلم «خیلی دور، خیلی نزدیک»

در تصویر شماره (۴) رنگ سفید نشان معنویت، پاکی و امید است. در فرانش تعاملی، خط مورب یعنی دست پدر که در خودرویش گرفتار است، مایل به سمت راست است که در فرهنگ مذهبی نشان مسیر هدایت است. در بسیاری سکانس‌ها بیمار غایب است و پیام اصلی دعوت به ایمان است. این موضوع ایمان و توکل را به‌عنوان حامل راه نجات نشان می‌دهد. پزشک، بزرگی خدا را اسطوره‌سازی و مبالغه می‌داند، اما فیلم همان ایدئولوژی را بازتولید می‌کند؛ جایی که در ناتوانی پزشکان، ایمان فرزندش نجات‌بخش است.

در این فیلم‌ها، توکل باید از سوی خود بیمار باشد؛ چنان‌که در فیلم «امشب شب مهتابه» بیمار توسل نمی‌کند و فوت می‌کند. این یعنی ارزیابی حساسیت و باور به تأثیر درمان معنوی باید رخ دهد. بدخیمی با ناتوانی پزشکان همراه و خداوند مداواکننده دردهای بی‌درمان است. تضاد میان پزشک و درمان و هم‌نشینی درمان و خدا برقرار است: پزشک تشخیص می‌دهد اما درمان واقعی از خداست. در فرانش ترکیبی و ارزش اطلاعاتی، به صورت تحلیل جانشینی، یعنی در بیماری‌هایی که پزشک کاری انجام



می‌دهد و بیمار مداوا می‌شود، خدا شافی نیست و پزشک شافی است. در نتیجه، شافی بودن خدا هنگامی است که بیماری غیرقابل درمان است. بیمار در حاشیه و وسیله‌ای برای دعوت به ایمان است. این گفتمان بازتولیدکننده بافتار مذهبی و سینمای معناگراست، هرچند پاساظران و سلامت به تصویر کشیده نمی‌شود و غایب است که نشان تصویرسازی ناقص کارآمدی درمان معنوی است.

۵-۱-۳. فرار از بیماری

در همه فیلم‌ها، بیماری توسط غیربیماران انکار می‌شود و همچنین در فیلم «قرنطینه»، بیمار نیز از قبول بیماری سر باز می‌زند. ساختار روایی در تصویر شماره (۵) واکنشی است اما رده‌بندی پنهان وجود دارد. یعنی بیمار، از بیمارستان به بیرون فرار می‌کند و بردار از اعلام خبر به بیمار که واکنش آن فرار است جهت‌مند است.



تصویر ۵. فرار از بیماری در فیلم «قرنطینه»

در تصویر شماره (۶) عناصر اصلی در یک سوم تصویر قرار دارند. بردار از تخصص آنکولوژی به بیمار است و ارزش اطلاعاتی با شیوه ترکیب بندی یک سوم به بیمار و تابلو داده می‌شود. حامل، تخصص آنکولوژی است که با بیمار با موهای ریخته، روی ویلچر و ناتوان با رنگ بندی مایه تیره معنا پیدا می‌کند و مرگ و ناامیدی را تداعی می‌کند. در نمای مدیوم شات، بیمار در چارچوب اتاق پزشک به مثابه یک حصار قرار گرفته که گفتمان مکان‌مندی بیمار را نیز دربر می‌گیرد. در فیلم‌ها از سرطان بدین‌گونه نمادسازی هراسناک می‌شود که ارزیابی تهدید را با شدت زیاد و ناکارآمدی درمان همراه می‌کند. بدین طریق از حساسیت درک‌شده دیگری‌سازی می‌شود.



تصویر ۶. فرار از بیماری در فیلم «امشب شب مهتابه»

۵-۱-۴. نشانه درمان، نشانه بیماری

ریزش مو، از پیامدهای شیمی درمانی است که بر اثر ضعیف کردن تعمدی بدن و دریافت دارو رخ می دهد اما در همه فیلم ها، ریزش مو به جای نشانه و نماد و بخشی از پیامدهای فرایند درمان، در گفتمان بیماری ساختار بندی شده است. در نتیجه پاسخ توصیه شده بی اثر و خودکار آمدی نفی می شود. همچنین هنگامی فرد موهای خود را از دست داده، که در انتظار مرگ و یا بی جان است. هنگامی موهای ریخته شده پیام نشان داده می شود که فوت کرده است و ساختار مفهومی، فرایند القایی نمادین را به ریزش مو به عنوان حامل مرگ نشان می دهد. حالت او مانند یک نوزاد است که با تولد دوباره او هم معناست و روح او در پسر تازه متولد شده اش یعنی یحیی (نام قبلی خود) ادامه پیدا می کند. در اینجا خود بیمار بردار است و با مرگ یکی شده است. رنگ بندی تنالیتة سبز و آبی و مایه تیره است و مرگ و حالتی معنوی را القا می کند. در فرایندهای نمادین، چهره بدون مو نماد مرگ سرطانی است (تصویر شماره ۷).



تصویر ۷. نشانه درمان، نشانه بیماری در فیلم «امشب شب مهتابه»

در فیلم «قرنطینه» مونولوگ «برو پیش سمیه، حالش خیلی بده» با تصویر سمیه پیوند می خورد. چهره رنگ پریده سر بدون مو حامل حال بد و چهره رنگ پریده و سر بدون مو است (تصویر شماره ۸).





تصویر ۸. نشانه درمان، نشانه بیماری در فیلم «قرنطینه»

بیمار با تالیته آبی و خاکستری نشان داده شده که نشان بدبینی، بی انگیزگی و نزدیک شدن به مرگ است. همچنین در فرانش ترکیبی، مرزگذاری میان فرد سالم و بیمار از طریق چارچوب پنجره و با نورپردازی پرتضاد نشان داده شده است که فاصله اجتماعی میان فرد بیمار و سالم را در فرانش تعاملی نشان می دهد.

۵-۱-۵. حمایت هسته‌ای

با توجه به پرسش چه کسانی درگیر ماجرا هستند، در فیلم‌های دهه ۸۰، تصویر کنشگران نشان می دهد که بیمار از جایگاه کنشگری حذف و به «دیگری منفعل» تبدیل شده و صرفاً دریافت‌کننده مراقبت است؛ درحالی که کنشگران فعال عمدتاً اعضای خانواده هسته‌ای اند (مادر، پدر، همسر). به بیان دیگر، از بیمار دیگری سازی رخ می دهد و خودکارآمدی ارزیابی نمی شود. این گفتمان در نمونه‌ها آشکار است: در فیلم «قرنطینه»، مادر کلیه خود را می فروشد و نامزد سمیه به دزدی روی می آورد؛ در فیلم «امشب شب مهتابه»، همسر بیمار می خواهد پیام را با پدرش آشتی بدهد و مراقبت دارویی را برعهده دارد؛ در فیلم «خیلی دور خیلی نزدیک»، پدر در غیاب فیزیکی بیمار راهی سفر می شود تا او را معالجه کند؛ و در فیلم «هر شب تنهایی»، همسر مسئولیت درمان و سفر را بر دوش دارد.

اگر پرسش چه کسانی درگیر ماجرا هستند را، به چه مکان‌هایی درگیر ماجرا هستند، تسری بدهیم، می توانیم «دیگری سازی فضایی» را نیز شناسایی کنیم. در سطح مکان‌مندی بیمار عموماً در سه مکان محصور می شود: خانه، بیمارستان و مکان‌های زیارتی. در فرانش ترکیبی این محصورسازی بیمار را در فضاهایی کم‌تحرک و ازپیش تعریف شده قرار می دهد و در ارزش اطلاعاتی حرکت را به کنشگران سالم واگذار



می‌کند. در همه نمونه‌ها، بیمار به «ابژه درمان» تقلیل یافته است. در فیلم «قرنطینه» بیمار در فضای بسته بیمارستان می‌ماند؛ در فیلم «امشب شب مهتابه» پیام میان بیمارستان و خانه در نوسان است و تنها سفر او، سفری درمان‌جویانه به شوشتر است؛ در فیلم «هر شب تنهایی» نیز سفر به مشهد به‌عنوان «فضای شفابخش» تصویر می‌شود؛ در نتیجه، مکان‌های معنوی نیز در گفتمان فیلم‌ها به «فضاهای درمان» بدل می‌شوند.



تصویر ۹. حمایت هسته‌ای در فیلم «امشب شب مهتابه»

در سطح فرانش تعاملی (تصویر شماره ۹)، استفاده مکرر از خط افقی، بدن بی‌تحرك، نگاه واکنشی، قاب‌های ایستا و رنگ‌مایه‌های آبی و خاکستری دلالت‌های معنایی ناتوانی، انفعال و فرسودگی را برجسته می‌کند و بردارهای واکنشی از دیگران به‌سوی بیمار است. در تصویر شماره (۱۰) پزشک و همسرش عمود بر بیمار هستند و جهت بردار از گفتمان پزشکی به بیمار است.

۵-۲. گفتمان‌های دهه ۹۰

گفتمان‌های دهه ۹۰ شامل «تقدیرگرایی و تسلیم»، «فرار از بیماری»، «تیره‌شدن روابط»، «نشانه درمان، نشانه بیماری»، «تنهایی»، و است که در ادامه تشریح می‌شوند.

۵-۲-۱. تقدیرگرایی و تسلیم

اگر در دهه ۸۰ معنویت‌گرایی برای امید به مداوا وجود داشت، پزشک ناامید بود و بیماری را می‌پذیرفت، در دهه ۹۰، گفتمان تسلیم و پذیرش تقدیر از جانب بیمار و خانواده او وجود دارد. همچنین، جایگزینی برای درمان غیر از پزشکی وجود ندارد و



بدین طریق فرایندهای کنترل ترس عاطفی اولیه رخ می دهد که در آن تهدید درک شده بالا اما اثربخشی درک شده پایین است که منجر به رد پیام می شود.

در فیلم «نیمرخ‌ها»، در فرانش بازنمودی، دو حامل وجود دارد: بیمار و همراهان بیمار که هر یک مستقل از دیگری است و بدین ترتیب انفعال و تسلیم در برابر سرطان را نشان می دهد (تصویر شماره ۱۰). در فرانش تعاملی، همراهان بیمار در پس زمینه قرار دارند و کمکی به بیمار نمی کنند و همراه با تناژ خاکستری، نوعی خنثی بودگی (انفعال) را نشان می دهند و وضوح انتخابی رنج بیماری متمرکز است. این موضوع ارزش اطلاعاتی را به پذیرش رنج و تماشای بیماری و بیمار می دهد.



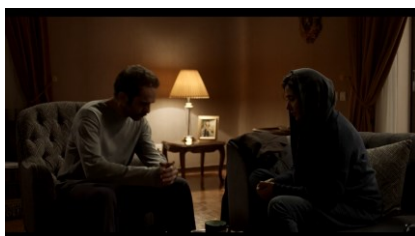
تصویر ۱۰. تقدیرگرایی در فیلم «نیمرخ‌ها»

۲-۲-۵. «فرار از بیماری» و «تیره شدن روابط»

گفتمان فرار از بیماری با تیره شدن روابط در فیلم‌های دهه ۹۰ همراه است. گفتمان فرار از بیماری در دهه ۹۰ شامل سکوت، گفت‌وگو در خاموشی، کوچک‌بینی بیماری، و حذف گفت‌وگوها درباره بیماری است. این گفتمان با پرتضاد شدن و روبه پایان رفتن روابط همسران همراه است.

در فرانش ترکیبی فیلم «مغز استخوان»، آگاهی از بیماری، با نورپردازی پرتضاد و رنگ‌بندی مایه تیره همراه است (تصویر ۱۱). بردارها واکنشی و با رده‌بندی پنهان از سوی آگاهی از بیماری به سوی تیره‌شدن روابط میان همسران است. در این فیلم‌ها، بردارها جداگانه و از هم متمایز و تفکیک می‌شوند زیرا ساختار روایی کنشی بیماری بین آن‌ها فاصله می‌اندازد. پایه، بیماری و پیرو، روابط آدم‌هاست.





تصویر ۱۱. فرار از بیماری و تیره شدن روابط در فیلم «مغز استخوان»

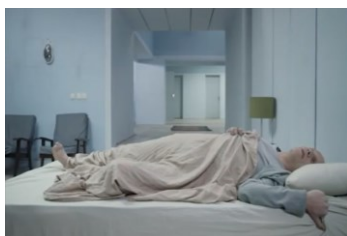
۵-۲-۳. نشانه درمان، نشانه بیماری

ریزش مو از پیامدهای شیمی درمانی است که بر اثر ضعیف کردن تعمدی بدن و دریافت دارو رخ می‌دهد؛ اما در همه فیلم‌ها، در فرانتش بازنمودی، ریزش مو به جای حمل کردن معنای درمان، در گفتمان بیماری ساختار بندی شده است. برای نمونه، در فیلم «آتابای» که سیما از سرطان بهبود یافته است، با چشمانی کبود و صورتی زرد و بیمار به تصویر کشیده شده است که کارآمدی درمان را از تصویر حذف می‌کند. به عبارت دیگر، این گفتمان با غیبت سلامتی همراه است که در آن، القا می‌شود که بیماران سرطانی هیچ‌گاه سلامتی کامل خود را باز نمی‌یابند (تصویر شماره ۱۲).



تصویر ۱۲. نشانه درمان، نشانه بیماری در فیلم «آتابای»

همچنین تصویر بیمار هنگام مرگ نیز تصویر فردی بدون مو و مژه، رنگ‌پریده و با تنالپته آبی و طوسی است (تصویر شماره ۱۳).



تصویر ۱۳. نشانه درمان، نشانه بیماری در فیلم «نیمرخ‌ها»



ریشش مو برابر با پایان زندگی است و نه پایان دوره شیمی درمانی. به دنبال آن از سرطان به عنوان بیماری بی درمان نمادسازی می شود که ارزیابی تهدید را با شدت زیاد و ناکارآمدی درمان همراه می کند.

۴-۲-۵. تنهایی

گفتمان حمایت هسته‌ای در دهه ۹۰، به گفتمان «تنهایی» گذار می کند. یعنی افزون بر آنکه همچنان خانواده هسته‌ای برای بیمار کنشگر هستند، اما این گفتمان به شکل تنهایی نشان داده می شود. بنابراین، بیمار در سطح بازنمایی، دیگری سازی می شود؛ فردی بی کنش که تنها «ابژه مراقبت» است. در سطح فرانش باز نمودی، بیمار معمولاً در خط افقی یا موقعیت نشسته و ثابت قرار دارد؛ نشانه‌ای از ایستایی، ناتوانی و توقف کنش. در فیلم «نیمرخ‌ها»، بیمار مرگ خود را پذیرفته و فقط در خانه است. در فیلم «۲۱ روز بعد»، با وجود آنکه بیمار کار می کند، کار او باز هم شستن لباس و در حصار خانه است. در فیلم «مغز استخوان» نیز کودک دارای سرطان خون در بیمارستان بستری است.

در این فیلم‌ها، بردارها جداگانه و از هم متمایز و تفکیک می شوند زیرا ساختار روایی کنشی بیماری بین آن‌ها فاصله می اندازد. پایه، بیماری و پیرو، روابط آدم‌هاست. در تصویر شماره ۱۴، بردار واکنشی است و یک سو، نیاز مادر و برادر به کمک مرتضی است و سوی دیگر بردار، مرتضی است که چشم نیاز به اوست. بیمار منفعل و ایستاست و ارزش اطلاعاتی با ناتوانی اوست.



تصویر ۱۴. تنهایی در فیلم «۲۱ روز بعد»

در فیلم «مغز استخوان» رنگ مایه غالب خاکستری و آبی، «ناامیدی» و «تنهایی» را تثبیت می کند. در فرانش نمادین، پدر حامل مراقبت و تنهایی و بیمار تحت حمایت او



قرار دارد. در اینجا ارزش اطلاعاتی نشان‌دهنده شخصیت‌های مبارز تنه‌است و خودکارآمدی درمان و بیمار را پس می‌زند (تصویر شماره ۱۵). در فیلم «مغز استخوان»، بیمار مسکوت و در حاشیه و پدر و مادر در تلاش هستند.



تصویر ۱۵. تنهایی در فیلم «مغز استخوان»

در فیلم «آتابای» نیز، با آنکه بیمار بهبود یافته، خسته و با درد به تصویر کشیده می‌شود. در فیلم «نیم‌رخ‌ها»، دخالت‌های مادرشوهر، چالش‌ها در کنار سرطان هستند و در فیلم «۲۱ روز بعد»، فرزند نقش کشگر درمانی و جمع‌آوری پول را برعهده دارد. بیمار برای مداوایش کاری نمی‌کند و منفعل است. در نتیجه، ارزیابی تهدید با شدت زیاد و بدون ادراک کارآمدی درمان است.

در فیلم‌های دهه ۸۰، بیماری سرطان، تنها مشکل موجود است اما در فیلم‌های دهه ۹۰، مشکلات تکثر پیدا می‌کنند و سرطان یکی از مشکلات است. برای نمونه، در فیلم «مغز استخوان»، ازدواج مجدد و ناتوانی در بارداری، در نزدیکی اعدام بودن همسر سابق او چالش‌ها در کنار سرطان هستند. همچنین فضاهای بسته (زندانی، بیمارستان، خانه) به مثابه استعاره‌هایی از شکست و ناامیدی، و بن‌بست تصویر می‌شوند. برای نمونه در فیلم «آتابای»، سیما که به روستا آمده، پدرش به خاطر حال او یک باغ را خریداری کرده و با وجود آنکه پس از بهبود اوست، در حصار پسا سرطان است.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

با وجود آنکه سرطان معده نهمین عامل مرگ در ایران بوده است، در سینمای ایران تصویرسازی نشده است. همچنین راه‌های متنوع درمانی و علت بیماری نیز در فیلم‌ها





وجود ندارد. با وجود آنکه در دهه ۹۰، مشکلات پیچیده و چندگانه می‌شوند، اما سرطان همچنان تک‌بعدی و به همان شکل کلیشه‌ای باقی می‌ماند و از ویژگی‌های آن، کلیت‌سازی و از بیمار سرطانی، دیگری‌سازی می‌شود. همچنین در هیچ فیلمی فرد با بازیافتن سلامتی کامل به تصویر کشیده نشده است که به سیاه‌نمایی از بیماری سرطان کمک می‌کند. این یافته با پژوهش کپتین و ملیسا (۲۰۱۸) هم‌راستاست که سرطان در سینما را یک نگرش افسرده‌کننده و تسلیم‌شده که ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد نشان می‌دهد. با وجود رشد دانش پزشکی و تحول رویکردهای ارتباطات سلامت، سینمای ایران بر تصویرسازی بدون راهکار و یا همراه با راهکارهای ناکارآمد از سرطان تمرکز دارد و می‌توان شکاف روایی بین سرطان به مثابه یک بیماری زیستی و اجتماعی، و سرطان به مثابه یک امر روایی تراژدیک در سینما را پی گرفت.

همچنین فرد داغ‌خورده ممکن است مصائب متحمل شده را به‌عنوان الطاف الهی تعبیر کند؛ به ویژه با تأثیرپذیری از این عقیده عمومی که تحمل رنج به انسان درس زندگی و مردم‌شناسی می‌دهد (گافمن، ۱۴۰۰، ۲۷). هدف فیلم‌های دهه ۸۰ از تصویرسازی سرطان ابزاری برای دعوت به معنویت است و در این بینامتنیت حرکت می‌کند.

اگر دهه ۸۰، پزشکی ناتوان، و نیروی معنوی توانمند بود، و در دهه ۹۰ همچنان پزشکی ناتوان و هیچ نیروی کمک‌رسان جایگزینی وجود نداشت باز هم سرطان غیرقابل درمان به تصویر کشیده شده است. در دهه ۸۰، سرطان غیرقابل درمان بود، زیرا توان پزشکی محدود و بیماری سخت بود، در دهه ۹۰، درمان نشدن بیماری سرطان به مشکلات خارجی مانند فقر و بارداری منسوب شد، اما همچنان درمان پزشکی وجود نداشت. یافته‌های این پژوهش با بازنمایی دلسوزانه سرطان (موخیدا و همکاران، ۲۰۲۲)، توصیف کم‌مایه از سرطان و مختل شدن روابط همسران، بهبودنیافتن بیماران (دوماردزکی، ۲۰۲۲) هم‌خوانی داشت.

با تحلیل جانشینی و مدل فرایندهای موازی توسعه‌یافته می‌توان گفتمان بیماری بدون هویت را در سینمای دهه ۸۰ و ۹۰ ایران استخراج کرد. این فیلم‌ها با تمرکز بر روی

هنگامه ابتلا به بیماری سرطان و نادیده گرفتن علل آن و همچنین پساسرطان و بازیافتن سلامتی کامل در بازتولید کلیشه بیماری بدون مداوا و سرطان مساوی مرگ تأثیرگذارند. یافته‌های آقابابایی و لطفی فروشانی (۱۴۰۲) نیز نشان می‌دهد سینمای ایران تصویر هراسناکی از سرطان نمایش می‌دهد که به مرگ و ناامیدی گره‌خورده و برای آموزش سرطان تلاشی نکرده است. یافته‌های لاووی و کوئیک (۲۰۱۳) نیز نشان داد زمانی که همراه ترس هیچ پاسخ توصیه‌شده‌ای از طریق خودکارآمدی و اثربخشی پاسخ به بینندگان ارائه نمی‌شود، ادراک شدت به انکار یا حفظ فاصله با ریسک سرطان منجر می‌شود. در این فیلم‌ها علت ابتلای افراد به سرطان نادیده گرفته می‌شود و سرطان به یک بیماری فردی تقلیل می‌یابد که علل ساختاری و شرایط فرد که در ابتلا به بیماری دخیل هستند نادیده گرفته می‌شود. مهم‌ترین نماد شناسایی شده، چهره فرد سرطانی بود که در آن، نشانه درمان برابر با نشانه بیماری در نظر گرفته و جایگزین بیماری شده است. به دیگر سخن، شیمی‌درمانی و پیامدهای آن مانند ریزش مو، نه پیامد کنش درمانی، بلکه به مثابه نزدیکی به مرگ به تصویر کشیده شده است.

به صورت کلی نظام سلامت در ایران به جای پیشگیری، بر درمان متمرکز است (قنبری باغستان، ۱۳۹۹) و به نظر می‌رسد که سینمای ایران نیز در امتداد همین راهبرد نادرست قرار دارد. این در حالی است که در نظام‌های مدرن سلامت، پیشگیری در درجه نخست اولویت قرار دارد (قنبری باغستان، ۱۳۹۸). بنابراین به نظر می‌رسد سینماگران باید به رویکردهای پیشگیری محور توجه کنند و بر کارآمدی راهکارهای پیشگیری محور تمرکز کنند. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود فیلمنامه‌نویسان و کارگردانان در تمامی مراحل تولید با متخصصان پزشکی، روان‌شناسان، جامعه‌شناسی سلامت و ارتباطات سلامت مشورت کنند تا تصویر دقیق‌تر و مسئولانه‌تری از سرطان ارائه شود و به جای بازتولید کلیشه بیماری غیرقابل درمان و در نظر گرفتن سرطان به‌عنوان ابزار خلق تراژدی، افزون بر به تصویر کشیدن طول دوره درمان، راهکارهای پیشگیری، و دوره بهبود را نیز به تصویر کشند. همچنین سینما می‌تواند در کنار نمایش واقعی‌تر از سرطان، پیام‌های افزایش



«خودکارآمدی»، «کارآمدی پاسخ» و «راه‌های پیشگیری» را نیز با استفاده از مدل‌های ارتباطات سلامت مانند مدل فرایندهای موازی توسعه‌یافته ارائه دهند و تصویر سرطان را از ترس به آگاهی محوری از راهکارهای پیشگیری، تشخیص و درمان منتقل سازند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

حمایت مالی

این مقاله از هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی نهادها، سازمان‌ها یا منابع خاصی برخوردار نبوده است.



منابع

آقابابایی، احسان؛ و لطفی فروشانی، زهرا (۱۴۰۲). تطابق فیلم و جامعه: سرطان در سینمای ایران. *دوفصلنامه مطالعات تطبیقی هنر*، ۱۳(۲۶)، ۷۹-۸۲. doi:10.61186/mth.13.26.79

خردمندان، محمدرضا. (کارگردان). (۱۳۹۶). *بیست و یک روز بعد* [فیلم].

خزائی، طاهره. (۱۴۰۱). تجربه بیماران سرطانی در گسست زیست جهان‌ها و پیوستگی میان ذهنیت اجتماعی. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۷۷-۱۱۸. doi:10.22054/qjss.2022.59723.2369

راوودراد، اعظم. (۱۳۹۱). *جامعه‌شناسی سینما و سینمای ایران*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

رایت، کوین؛ و اسپارکز، ل. (۱۳۹۹). ارتباطات سلامت در قرن ۲۱ (مترجم: داوود. مهربایی، عباس. قنبری باغستان). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

صدرعاملی، رسول. (کارگردان). (۱۳۸۶). *هر شب تنهایی* [فیلم].

غلامی، فرزاد. (۱۳۹۸). اینترنت و ارتباطات زیست محیطی: مطالعه برساخت مساله آب ایران در رسانه‌های اجتماعی (رساله منتشر نشده دکتری). دانشگاه تهران.

فاضلی، محمد (۱۳۸۳). *گفتمان و تحلیل گفتمان انتقادی*. پژوهشنامه علوم انسانی و اجتماعی، ۴(۱۴)، ۸۱-۱۰۷.

قربانی، حمیدرضا. (کارگردان). (۱۳۹۸). *مغز استخوان* [فیلم].

قنبری باغستان، عباس (۱۳۹۹، ۱۴ فروردین). کرونا؛ از نارسایی ارتباطی در «اکوسیستم سلامت» تا «ترمز تاریخی» در برابر انسان متفکر، خبرگزاری ایبنا، برگرفته از: ibna.ir/x4tkH

قنبری باغستان، عباس. (۱۳۹۸، ۲۸ اسفند). چگونه افکار عمومی را به سمت اخبار صحیح کرونا هدایت کنیم؟. ایرنا، برگرفته از www.irna.ir/news/۸۳۷۱۶۳۳۳

قنبری باغستان، عباس؛ اختری زواره، مهنوش؛ و آل‌ابراهیم، نادر (۱۳۹۷). تحقیق و توسعه در حوزه «ارتباطات سلامت»: یک فراتحلیل از نوع علم‌شناسی. *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۱۴(۵۲)، ۱۷۹-۲۰۲.

کریمی، ایرج. (کارگردان). (۱۳۹۳). *نیمرخ‌ها* [فیلم].

کریمی، نیکی. (کارگردان). (۱۳۹۸). *آتابای* [فیلم].

گافمن، اروین (۱۴۰۰). *داغ ننگ؛ چاره‌اندیشی برای هویت ضایع شده*. تهران: نشر مرکز.



فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران

۳۴

دوره ۱۹، شماره ۲
تابستان ۱۴۰۵
پیاپی ۷۴

ملک زاده، رضا، (۱۴۰۲، ۲۷ آبان)، مرگ سالانه ۵۵ هزار ایرانی بر اثر سرطان/ سبک زندگی سالم در پیش بگیرد. ایرنا، برگرفته از <https://irna.ir/xjNWYP>

میرکریمی، رضا. (کارگردان). (۱۳۸۳). خیلی دور، خیلی نزدیک [فیلم].

میرکریمی، محمدهادی. (کارگردان). (۱۳۸۷). امشب شب مهتابه [فیلم].

هادی، منوچهر. (کارگردان). (۱۳۸۶). قرنطینه [فیلم].

یورگنسن، م.؛ و فیلیپس، ل. (۱۳۸۹). نظریه و روش در تحلیل گفتمان. (مترجم: هادی. جلیلی). تهران: نشر نی.

Bateman, J. (2018). Critical discourse analysis and film. In J. Flowerdew, & J. Richardson, *The Routledge Handbook of Critical Discourse Studies* (pp. 612-625). New York: Routledge.

Birmingham, W., Hung, M., Boonyasirawat, W., Kohlmann, W., Walters, S., Burt, R., Kinney, A. (2015). Effectiveness of the extended parallel process model in promoting colorectal cancer screening. *Psychooncology*, 1265-1278. doi:10.1002/pon.3899

Boykoff, M. T., & Boykoff, J. M. (2004). Balance as bias: global warming and the US prestige press. *Global Environmental Change*, 125-136. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2003.10.001

Carvalho, A., & Burgess, J. (2005). Cultural Circuits of Climate Change in U.K. Broadsheet Newspapers, 1985-2003. *Risk Analysis*, 1457-1469. doi:10.1111/j.1539-6924.2005.00692.x

Chiong-Rivero, H., Robers, M., Martinez, A., Manrique, C., Diaz, A., Polito, K., & Amezcua, L. (2021). Effectiveness of film as a health communication tool to improve perceptions and attitudes in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal—Experimental, Translational and Clinical*, 1-9. doi:10.1177/2055217321995947

Domaradzki, J. (2022). Can popular films instill carcinophobia? Images of cancer in popular Polish cinema. *Frontiers in Oncology*, 1-12. doi: 10.3389/fonc.2022.1062286

Habib Zadeh Khiyaban, S., & Sabbar, S. (2026). Artificial intelligence in banking: Opportunities, risks, and ethical imperatives. *Code, Cognition and Society*, 1(2), 1-12. doi:10.22034/ccsr.2025.548684.1017

Jorgensen, M., and Phillips, L. (2010). *Theory and Method in Discourse Analysis*. (H. Jalili, translator) Tehran: Ney Publishing. [In Persian]



- Kaptein, A. A., & Melissa, T. (2018). Portraying a grim illness: lung cancer in novels, poems, films, music, and paintings. *Supportive Care in Cancer*, 3681–3689. doi:10.1007/s00520-018-4222-1
- Kress, G., & van Leeuwen, T. (2021). *Reading Images: The grammar of Visual Design*. Oxon: Routledge.
- LaVoie, N., & Quick, B. (2013). What Is the Truth? An Application of the Extended Parallel Process Model to Televised Truth® Ads. *Health Communication*, 28(1), 53-62. doi:10.1080/10410236.2012.728467
- Lederer, S. (2007). Dark victory: Cancer and popular hollywood film. *Bulletin of the History of Medicine*, 81(1), P-p. doi:10.1353/bhm.2007.0005
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage.
- Machin, D., & Mayr, A. (2012). *How to Do Critical Discourse Analysis*. London: Sage.
- Miyose, C. Y., & Morel, R. K. (2022). In Love with Cancer: Netflix Portrayals of the Cancer Experience. *New Horizons in English Studies*, 7(7), 131-152. doi:10.17951/nh.2022.7.131-152
- Mukhida, K., Sedighi, S., & Hart, C. (2022). “Give My Daughter the Shot!”: A Content Analysis of the Depiction of Patients with Cancer Pain and Their Management in Hollywood Films. *Current Oncology*, 8207-8221. doi:10.3390/curroncol29110648
- Salehi, K., Habib Zadeh Khiyaban, S., & Sabbar, S. (2026). Artificial intelligence and crime detection: A critical review. *Cyberspace Studies*, 10(1), 1-17. doi:10.22059/jcss.2025.402206.1179
- Staham, S. (2022). *Critical Discourse Analysis a Practical Introduction to Power in Language*. New York: Routledge.
- WHO (2000-2019). *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59. (4), 329–349. doi:10.1080/03637759209376276
- Witte, K., Meyer, G., & Martell, D. (2012). *Effective health risk messages; a step-by-step guide*. London: Sage.
- Zwickle, A., & Wilson, R. S. (2014). construing risk Implications for risk communication. In J. Árva, & L. Rivers, *Effective Risk Communication* (pp. 190-203). Oxon: Routledge.

