



Sociological Study on the Quality of Life of Women With Breast Cancer in Tehran: A Grounded Theory

Afrouz Khani¹ , MA, Mohammadbagher Tajeddin^{1*} PhD, Saied Maadani¹ PhD

¹ Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Correspondence to: Mohammadbagher Tajeddin, Email: mb_tajeddin@yahoo.com

Received: May 12, 2024

Revised: August 25, 2024

Accepted: October 2, 2024

Online Published: November 12, 2024

Abstract

Introduction: This present study aimed to investigate the quality of life for women with breast cancer in Tehran to provide the necessary background for understanding the subject in the context of social and economic conditions and context.

Methods: The current research is a qualitative study and the method used is grounded theory. The sampling method was purposive and judgmental, with in-depth interviews conducted with 18 women with breast cancer. Sampling continued until all categories were saturated and no new and important data were obtained.

Results: The most important strategies that were concluded in the present study are adaptation to the disease, appropriate education and information, and fighting the disease. In discussing the underlying conditions, important components such as: loss of social status, feeling of rejection and social isolation, and immersion in pain and suffering have been emphasized. Also, components such as lack of social and economic support, inefficiency and poor quality of medical and insurance services, and lack of physical and mental health are considered as causal conditions. According to the findings of the present study, two main categories of reduced self-confidence and self-reliance and impaired self-image have been proposed as intervening conditions. Completing the paradigmatic model chain of the present study based on the grounded theory method are the consequences, which have analyzed the quality of life in three major parts: reduced life satisfaction, feeling of social powerlessness, and lack of purpose and meaning in life.

Conclusion: Women with breast cancer experience poor quality of life due to factors such as lack of social and economic support, inefficiency and poor quality of medical and insurance services, and lack of mental and social health.

Keywords: Quality of Life, Social Exclusion, Breast Cancer, Womans

Highlights:

1. Women with breast cancer have a poor quality of life.
2. Women with breast cancer have a lack of hope for recovery and a return to a quality life.

Citation:

Khani A, Tajeddin M, Maadani S. Sociological study on the quality of life of women with breast cancer in Tehran: a grounded theory. Iran J Health Insur. 2024;7(3):189-98.



مطالعه جامعه شناختی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران: یک نظریه زمینه‌ای

افروز خانی^۱ MA، محمدباقر تاج‌الدین^۱ PhD، سعید معدنی^۱ PhD

^۱ گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، ارتباطات و رسانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمدباقر تاج‌الدین، پست الکترونیک: mb_tajeddin@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۱

تصحیح: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۳

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف واکاوی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران انجام شده تا زمینه‌های لازم برای فهم موضوع در بستر شرایط و بافت اجتماعی و اقتصادی را فراهم سازد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی و روش به کار گرفته شده، نظریه زمینه‌ای است. روش نمونه‌گیری، هدفمند و قضاوتی بود که با تعداد ۱۸ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مصاحبه عمیق صورت گرفت. نمونه‌گیری تا زمانی که تمام مقوله‌ها اشباع شدند و دیگر داده تازه و مهمی به دست نیامد تداوم یافت. **یافته‌ها:** مهم‌ترین راهبردهایی که در پژوهش حاضر مورد نتیجه بوده، سازگاری با بیماری، آموزش و اطلاع‌رسانی مناسب و مبارزه با بیماری است. در بحث از شرایط زمینه‌ای مؤلفه‌های مهمی چون از دست دادن منزلت اجتماعی، احساس طرد و انزوای اجتماعی و غوطه‌وری در درد و رنج مورد تأکید بوده است. همچنین مؤلفه‌هایی چون فقدان حمایت اجتماعی و اقتصادی، ناکارآمدی و بی‌کیفیتی خدمات درمانی و بیمه‌ای، فقدان سلامت جسمی و روانی به‌عنوان شرایط علی مورد توجه هستند. بنابر یافته‌های پژوهش حاضر دو مقوله اصلی کاهش اعتماد به نفس و خوداتکایی و اختلال در تصویر ذهنی از خود به عنوان شرایط مداخله‌گر مطرح شده‌اند. تکمیل‌کننده زنجیره مدل پارادایمی پژوهش حاضر مبتنی بر روش نظریه داده بنیاد پیامدهاست که کیفیت زندگی را در سه بخش عمده کاهش رضایت از زندگی، احساس بی‌قدرتی اجتماعی و فقدان هدفمندی و معنای زندگی مورد واکاوی قرار داده است.

نتیجه‌گیری: در اثر بروز زمینه‌هایی چون فقدان حمایت اجتماعی و اقتصادی، ناکارآمدی و بی‌کیفیتی خدمات درمانی و بیمه‌ای و فقدان سلامت روانی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه، دچار بی‌کیفیت شدن زندگی می‌شوند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، طرد اجتماعی، سرطان پستان، زنان

نکات ویژه

۱- زنان دچار سرطان پستان دارای زندگی بی‌کیفیت هستند.

۲- در زنان دچار سرطان پستان، ناامیدی نسبت به بهبودی و بازگشت به زندگی باکیفیت وجود دارد.

مقدمه

یکی از هسته‌های مرکزی این چرخش در کنار سایر مقولات مانند سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، امید اجتماعی، همبستگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی از جمله تعیین‌کننده‌های اصلی توسعه اجتماعی-اقتصادی محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، شاهد شیفت پارادایمی در زمینه کیفیت زندگی از جنبه عینی به ذهنی هستیم، به گونه‌ای که علاوه بر تأکید بر جنبه‌های عینی کیفیت زندگی، آنچه که امروزه بیش از گذشته مورد توجه است، تأکید بر جنبه‌های ذهنی کیفیت زندگی است [۱].

کیفیت زندگی افراد جامعه از پیش‌نیازهای اساسی توسعه و یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در کشورهای مختلف است که به دلیل اهمیت روزافزون آن، ابزاری کارآمد در مدیریت و برنامه‌ریزی مسائل توسعه‌ای و انسانی جوامع است. چرخش‌های مفهومی و نظری صورت گرفته در خصوص توسعه از بُعد سخت‌افزاری یعنی رشد مادی و درآمد سرانه به سمت بُعد نرم‌افزاری یعنی جنبه‌های اجتماعی نشان می‌دهد که امروزه مقوله کیفیت زندگی به عنوان

سال‌های اخیر و اثرات آن بر ابعاد مختلف جسمی- روانی و اجتماعی زندگی بشر سبب شده است که سرطان به عنوان مشکل عمده بهداشتی قرن شناخته شود [۸]. سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در بین زنان دنیاست. شرایط نامساعد فیزیولوژیکی بیماران سرطانی مانند تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی و... همراه با فشارهای روانی ناشی از سرطان، کیفیت زندگی این بیماران را متأثر می‌سازد. بین این بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل و منطقی وجود دارد و اختلالات جسمانی تأثیری مستقیم بر تمامی جنبه‌های کیفیت زندگی خواهد گذاشت. در این میان پیشرفت‌های وسیع در زمینه سرطان پستان موجب افزایش طول عمر این بیماران شده است، اما متأسفانه اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری همراه بوده و تأثیرات منفی فراوانی به دنبال دارند که موجب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی بیماران می‌شود و این مسئله نگرانی متخصصان را درباره کیفیت زندگی این بیماران در طول سال‌های عمر آنان موجب شده است.

با توجه به این موضوع و موارد ذکر شده در مورد عوارض و مشکلات ابتلا به سرطان و درمان این بیماری در بیماران و همچنین با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در کشور ایران و بقای طولانی مبتلایان به این بیماری که موجب درگیری بیشتر آنان با عوارض و پیامدهای سرطان می‌شود، انجام اقداماتی در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این مبتلایان ضروری به نظر می‌رسد. در راستای بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در مقالات مختلف، کیو و همکاران [۹] نشان دادند که وضعیت عود بیماری، مدت زمان تشخیص بیماری، وضعیت تأهل و سطح درآمد و تحصیلات، همگی به طور مستقل، با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن ارتباط دارند. همچنین توجه به این نکته مهم است که بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان در ایران از منظر بهداشتی و درمانی و در مجموع از منظر علوم پزشکی بوده [۱۰، ۱۱] و طی آن فقط برخی شاخص‌های بهداشتی و به ویژه سلامت جسمی در ارتباط با کیفیت زندگی واکاوی شده‌اند و شاخص‌ها و ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به طور کلی مورد غفلت قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر، پژوهش‌های مورد اشاره صرفاً به دنبال این بودند که کیفیت زندگی بیماران را در رابطه با تعیین‌کننده‌های سلامت جسمی مورد بررسی قرار دهند. اما آنچه که پژوهش حاضر به دنبال آن است، مطالعه موضوع از منظر جامعه‌شناسی و به ویژه جامعه‌شناسی توسعه و پیوند آن با توسعه اقتصادی- اجتماعی است تا از این رهگذر ابعاد گوناگونی از کیفیت

«کیفیت زندگی» مفهومی چندوجهی و پیچیده است اما تعریف‌شدنی و سنجیدنی است. در مطالعات کیفیت زندگی دو رویکرد عینی و ذهنی وجود دارد [۲]. ریف و سینگر کیفیت زندگی را شامل مؤلفه و پذیرش خود، هدف داشتن در زندگی، رشد شخصی تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌دانند [۳]. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به صورت زیر تعریف کرده: ادراک افراد از شرایط زندگی‌شان در ارتباط با فرهنگ و سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی کرده‌اند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و توجهات آنها در ارتباط است [۴]. تعریف کیفیت زندگی از نظر شالوک (۱۹۹۴) درکی است که فرد از زندگی خانوادگی و اجتماعی، شغل و میزان سلامتی خود به دست می‌آورد. شالوک کیفیت زندگی را ذهنی و ناشی از درک فردی از وضعیت زندگی شخصی و درک از رضایت دیگران می‌داند. در تعریف کیفیت زندگی اغلب بین کیفیت زندگی عینی و ذهنی تمایز قایل می‌شوند. کیفیت زندگی در بُعد ذهنی، به داشتن استقلال عمل در افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایت‌مندی، هدف‌داری در زندگی و رشد شخصی، رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی اجتماعی و مشارکت گسترده در فعالیت‌های اجتماعی اشاره دارد [۵].

کیفیت زندگی پنداشتی است از چگونگی گذران زندگی فرد و از بُعد دیگری به درک افراد از موقعیت خود در زندگی از دیدگاه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و اهداف و انتظارات و استانداردها و اولویت‌هایشان مدنظر است، می‌پردازد. این مفهوم سعی دارد شرایط زندگی مردم را در زمینه اجتماعی خودشان بررسی کند [۶]. طبق دیدگاه سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی دربرگیرنده چهار بعد مهم است که شامل: بعد جسمی، روانی، محیطی و اجتماعی است. کیفیت زندگی در کل مفهومی چندوجهی، متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است و نیز باید به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی آن توجه کرد به همین دلیل رسیدن به یک تعریف مبتنی بر دیدگاه واحد غیرممکن به نظر می‌رسد و در ارزیابی کیفیت زندگی برخی دانشمندان ارضای نیازهای فردی را در کانون توجه خود قرار داده‌اند درحالی‌که عده‌ای دیگر به شرایط عینی مبتنی بر ذهنیت افراد نسبت به رفاه فرد توجه داشته و اعلام کردند که رفاه ذهنی به شدت با تعداد انتخاب‌ها و فرصت‌هایی که افراد در زندگی داشتند و نیز میزان توانایی آنها برای استفاده از این فرصت‌ها در شرایط عینی ارتباط دارد [۷].

از سوی دیگر و در همین رابطه افزایش شیوع سرطان در

کشورهای پیشرفته ۸/۶۸ نفر، در کشورهای کمتر توسعه یافته ۸/۲۳ نفر و در کل جهان ۵/۳۷ نفر است [۱۴].

با در نظر گرفتن شیوع بالای سرطان پستان در خانم‌ها و پیشرفت‌های درمانی ایجاد شده که منجر به بقای طولانی مبتلایان شده تاثیر بیماری و روش‌های درمانی در زندگی مبتلایان به سرطان پستان قابل بحث و مطالعه است. از سویی دیگر، بیش از یک دهه است که بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت‌های بهداشتی به ویژه در مطالعات بیماری‌های مزمن مطرح است. در سال‌های اخیر بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه‌ای یافته است [۱۵]. سرطان در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می‌گذارد. در حال حاضر ابتلا به سرطان‌ها یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا است و در کشور ما نیز اهمیت این بیماری در حال افزایش است. عمده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس، درد، افسردگی، آثار بیماری بر روابط خانوادگی، روابط زناشویی و روابط اجتماعی، مسائل اقتصادی ناشی از بیماری، مشکلات تغذیه‌ای و عوارض ناشی از درمان است [۱۶].

در هر حال نباید این نکته را نادیده گرفت که بیماری‌های مزمنی چون سرطان بار روانی زیادی برای بیمار و خانواده او به همراه دارد و بی‌توجهی به این جنبه می‌تواند با وجود درمان استاندارد کیفیت زندگی بیماران را به شدت متأثر سازد. بنابراین با توجه به این امر که سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان است، میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان طولانی بوده و در نتیجه بیماران زمان بیشتری متأثر از سرطان و عوارض و پیامدهای آن می‌باشند و از آنجایی که نتایج متفاوتی از بررسی کیفیت زندگی این بیماران در نقاط مختلف جهان گزارش شده است که می‌تواند بیانگر تاثیر عوامل مختلف محیطی، فرهنگی، موی و نژادی، و حتی درک شخصی فرد از زندگی، روی کیفیت زندگی باشد، از این رو تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در این افراد ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی و در قالب پارادایم تفسیری-برساختی بوده و استراتژی انتخاب شده در پژوهش حاضر، استراتژی استقرایی و روش به کار گرفته شده نظریه زمینه‌ای است که از این طریق اقدام به کشف مقوله‌های اصلی و فرعی مرتبط با توانمندسازی

زندگی مورد واکاوی همه جانبه قرار گیرد. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در این پژوهش، ناظر به ابعاد توسعه‌ای و به ویژه توسعه اقتصادی-اجتماعی بوده تا از این منظر بتوان ضمن پرداختن به موضوع به لحاظ تفسیری و معنایی و کشف برخی عوامل، زمینه‌ها، پیامدها، راهبردها در نهایت بتوان به خلق نظریه‌ای زمینه‌ای به منظور دستیابی به مدلی برای تبیین مسئله مورد اشاره دست یافت. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که زنان مبتلا به سرطان سینه به عنوان عاملان و کنشگران اجتماعی چه تفسیری از کیفیت زندگی خود ارائه می‌دهند و در نهایت به چه مدلی (نظریه زمینه‌ای) در این زمینه می‌توان دست یافت؟

امروزه از موضوعات قابل بحث ارزیابی کیفیت زندگی است که شامل درجه احساس اشخاص از توانایی‌هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است [۱۱]. مفهوم کیفیت زندگی از موضوعات دیرینه جامعه‌شناسی است و تحقیقات بسیاری در این زمینه صورت گرفته، اما تا چندی قبل اکثر این تحقیقات تنها بر جنبه‌های مادی و بیرونی کیفیت زندگی تاکید داشتند و شاخص‌های کلان مانند میزان فقر در جامعه، نرخ شیوع بیماری‌ها و یا خودکشی را مورد مطالعه قرار می‌دادند. اخیراً با توجه به مباحثی مانند بالا رفتن انتظارات مردم و در نتیجه نارضایتی آنها از برخی جنبه‌های زندگی خود، کیفیت زندگی، مخصوصاً از بعد ذهنی آن نیز بسیار مورد توجه قرار گرفته است. با این وجود، بیشتر تحقیقاتی که صورت گرفته، همه شهروندان یک شهر و یا قشر جوان مثلاً دانشجویان را مد نظر قرار داده است. از طرف دیگر با توجه به اینکه زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و تغییرات کیفیت زندگی آنان می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر جامعه داشته باشد، توجه چندانی به مسئله جنسیت در این حوزه نشده است، احتمالاً به این دلیل که فرض شده عوامل اقتصادی و یا اجتماعی به گونه‌ای یکسان بر مردان و زنان تاثیر می‌گذارند [۱۲].

سرطان به عنوان سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و حوادث و دومین علت مرگ در کشور ایران پس از سرطان ریه مطرح است. سرطان پستان ۳۲ درصد موارد سرطان زنان را تشکیل می‌دهد [۳۲]. در این بین سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است. بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون موارد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود. این رقم شامل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان می‌شود. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰.۰۰۰ جمعیت زنان در

پاسخگویان بر اساس متغیرهای زمینه‌ای در قالب جدول ۱ مورد بررسی قرار گرفت و سپس یافته‌های دیگر در قالب مقولات عمده مستخرج از مصاحبه‌ها، مفاهیم و مقولات فرعی و هسته ارائه شد. به منظور دستیابی به مدل نهایی در پژوهش حاضر، ابعاد مختلف این مدل در قالب مقولات اصلی استخراج شده از یافته‌های پژوهش حاضر به شرح زیر مورد واکاوی قرار گرفت.

۱- شرایط علی

شرایط علی آن دسته از رویدادها و وقایعی هستند که بر پدیده‌ها تأثیر می‌گذارند [۱۸]. از نظر بیماران که در پژوهش حاضر به آرای آنها رجوع شده، می‌توان استنباط کرد که رویدادها و وقایعی که در پدیده محوری این پژوهش، یعنی کیفیت زندگی‌شان، اثرگذار است بیانگر مقولات مهمی چون: فقدان حمایت اجتماعی و اقتصادی، ناکارآمدی و بی‌کیفیتی خدمات درمانی و بیمه‌ای و فقدان سلامت جسمی و روانی است.

بیمار شماره ۲ در این زمینه معتقد است:

«متأسفانه هیچ‌گونه حمایت درست و حسابی از ما که بیمار هستیم نمی‌شود؛ نه حمایت از طرف سازمان‌های بهزیستی و خیریه و نه حمایت از طرف آشنایان و اطرافیان. ضمن اینکه حمایت اقتصادی از ما هم خیلی ضعیفه و هیچ کمک مادی و مالی از طرف هیچ نهاد و گروهی نداریم»

بیمار شماره ۷ هم درباره این موضوع می‌گوید:

«در بسیاری از بیمارستان‌های دولتی و حتی خصوصی خدمات درمانی خوبی ارائه نمی‌شود، مخصوصاً در باره ما که بیماران خاص هستیم. بیمه‌ها هم که چندان حمایتی از ما ندارند و واقعاً برامون خیلی سخته. فکر کنید یه آدم با این بیماری وحشتناک حالا بی‌پول و بی‌پشتوانه هم باشه»

بنابراین گفته بسیاری از جامعه‌شناسان نظیر آنتونی گیدنز و دیگران توجه و حفظ حقوق شهروندی از جمله پدیده‌های محوری مدرنیته بوده و در جهان مدرن برای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان راه‌گزینی به جز تن دادن به این مقوله نیست. غالب مصاحبه‌شوندگان که به دو نمونه از آنها اشاره شد بر این عقیده بودند که پول یکی از مهم‌ترین وجوه افزایش کیفیت زندگی بیماران است و مادامی که چنین امری صورت نگیرد، دستیابی به شرایط توانمندی بیمه‌شدگان ممکن نخواهد بود.

شده و در نهایت مدل پارادیمی از این مقولات ترسیم شده است. رویکرد نظریه داده‌بنیاد، روشی است که نظریه‌ها، مفاهیم، فرضیه‌ها و قضایا به جای استنتاج از پیش‌فرض‌های قبلی، سایر پژوهش‌ها یا چارچوب‌های نظری موجود، به‌طور مستقیم از داده‌ها کشف می‌شود [۱۷]. گلاسرو استراوس برای نخستین بار راهبرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد را به جامعه علمی معرفی کردند. بر اساس نظر استراوس و کوربین نظریه‌مبنایی عبارت است از آنچه که به‌طور استقرایی از مطالعه پدیده‌ای به دست آید و نمایانگر آن پدیده است. روش نظریه‌مبنایی یک روش تحقیق کیفی است که یک سلسله رویه‌های سیستماتیک را به کار می‌گیرد تا نظریه‌ای مبتنی بر استقراء درباره پدیده‌های ایجاد کند [۱۸]. روش نمونه‌گیری، هدفمند و قضاوتی بود که با تعداد ۱۸ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، در سنین، سطوح درآمد تحصیلات و طبقات اقتصادی اجتماعی مختلف که مستقیماً با موضوع تحقیق درگیر بوده و حداقل یک سال از تشخیص بیماری آنان گذشته بود انتخاب شدند و مصاحبه عمیق صورت گرفت. در انتخاب نمونه‌ها سعی بر این بود تا مواردی رعایت شود، از جمله اینکه «انتخاب مشارکت‌کنندگان در حد ممکن به صورتی باشد که محقق به نمونه‌های غنی و پرمایه به لحاظ اطلاعاتی دست یابد» [۱۹]. نمونه‌گیری تا زمانی که تمام مقوله‌ها اشباع شدند و دیگر داده تازه و مهمی به‌دست نیامد و مقوله‌ها از لحاظ ویژگی و ابعاد به قدر کافی تعیین پیدا کردند، تداوم یافت. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود و تحلیل داده‌ها بر مبنای روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت. در نهایت در کدگذاری انتخابی پژوهشگر به اتکای روابط درونی مقوله‌های برون آمده از الگوی کدگذاری محوری نظریه پژوهشی خود را به رشته تحریر در آورد. برای اطمینان از قابلیت اعتماد یافته‌ها از تکنیک‌های ممیزی، مقایسه تحلیلی و اعتباریابی توسط مشارکت‌کنندگان استفاده شده است. در تکنیک ممیزی ۳ متخصص نظریه زمینه‌ای بر مراحل مختلف کدگذاری و استخراج مقولات نظارت داشتند و در مقایسه تحلیلی نگارندگان به داده‌های خام رجوع کردند و ساختار بندی نظریه را با آن مقایسه کردند و بالاخره در اعتباریابی از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا یافته‌ها را ارزیابی و در مورد صحت آن نظر دهند. بنابراین تا حد زیادی از قابلیت اعتماد یافته‌ها اطمینان حاصل شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در قالب دو بخش ارائه شد. در آغاز ویژگی‌های

جدول ۱ | توصیف مشارکت‌کنندگان بر اساس متغیرهای زمینه‌ای

ردیف	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل	وضعیت اقتصادی	سابقه بیماری
۱	۵۸	کارشناسی	خانه‌دار	متاهل	خیلی خوب	۷ سال
۲	۵۰	فوق دیپلم	کارمند	متاهل	خوب	۵ سال
۳	۴۴	دیپلم	خانه‌دار	متاهل	متوسط	۳ سال
۴	۴۸	دیپلم	خانه‌دار	متاهل	ضعیف	۴ سال
۵	۳۵	کارشناسی ارشد	کارمند	مجرد	خوب	۲ سال
۶	۲۷	کارشناسی	کارمند	مجرد	متوسط	۲ سال
۷	۵۵	پنجم ابتدایی	خانه‌دار	متاهل	خیلی ضعیف	۴ سال
۸	۳۲	فوق دیپلم	کارمند	مجرد	متوسط	۳ سال
۹	۵۲	سوم راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	خیلی ضعیف	۵ سال
۱۰	۳۸	کارشناسی	کارمند	متاهل	متوسط	۳ سال
۱۱	۴۷	دیپلم	خانه‌دار	مطلقه	ضعیف	۶ سال
۱۲	۳۹	کارشناسی	کارمند	متاهل	متوسط	۳ سال
۱۳	۲۵	کارشناسی	خانه‌دار	مجرد	خوب	۲ سال
۱۴	۴۲	کارشناسی	کارمند	متاهل	متوسط	۳ سال
۱۵	۴۵	دیپلم	خانه‌دار	متاهل	خیلی ضعیف	۵ سال
۱۶	۶۰	متوسطه	خانه‌دار	بی همسر (فوت)	ضعیف	۴ سال
۱۷	۴۶	لیسانس	کارمند	متاهل	متوسط	۳ سال
۱۸	۵۱	فوق دیپلم	کارمند	متاهل	متوسط	۵ سال

۲- شرایط زمینه‌ای

شرایط زمینه‌ای، موقعیت‌های خاص و ویژگی‌های است که بر راهبردها و تعاملات اثر می‌گذارد [۱۹]. شرایط زمینه‌ای در یک زمان و مکان خاص جمع می‌آید تا مجموعه‌ای اوضاع و احوال یا مسائلی را به وجود آورد که اشخاص با عمل/تعامل‌های خود به آنها پاسخ می‌دهند [۱۵]. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد خوشه مقوله‌ای شرایط زمینه‌ای از سه مقوله فرعی از دست دادن منزلت اجتماعی، احساس طرد و انزوای اجتماعی و غوطه‌وری در درد و رنج تشکیل شده است. طرد اجتماعی به معنای فقدان برخورداری از حقوق شهروندی، محرومیت از فرصت‌های اجتماعاً ارزشمند و مشارکت نداشتن فعال و مؤثر در تمامی موقعیت‌های اجتماعی است که طی آن هر یک از افراد جامعه به مثابه شهروندان آن جامعه از چنین پاداش‌های اجتماعی برخوردار نمی‌شود [۲۰]. چنین وضعیتی که افراد، به ویژه بیماران، نتوانند در جامعه خودشان ادغام شوند و در مقابل از جامعه طرد شوند به معنای برنگشتن به نقطه تعادل بوده و بیمار دوباره به جامعه بر نمی‌گردد و به مثابه ناشهروند از تمامی حقوق شهروندی محروم گشته و فرصت‌های اجتماعی را از دست می‌دهد.

بیمار شماره ۱۱ در این زمینه معتقد است:

«وقتی بیمارانی چون ما نتوانیم توی جامعه جایی داشته باشیم، خب طبیعیه که جایگاه خودمون رو هم از دست می‌دیم و به ما هیچ

جدول ۲ | مقولات اصلی و مقولات فرعی استخراج شده از داده‌های کیفی

مقوله هسته (پدیده محوری)	مقولات اصلی (کد تبیینی)	مقولات فرعی (کدهای تفسیری)
کیفیت شدن زندگی بیماران	احساس طرد و انزوای اجتماعی	گوشه‌گیری و تنهایی / جدایی از دوستان / جدایی از اعضای خانواده و اقوام / طرد شدن اجتماعی توسط دیگران / کم شدن روابط اجتماعی
	فقدان هدفمندی و معنای زندگی	حس پوچی / حس ناامیدی / بی‌انگیزه بودن / بی‌برنامگی در زندگی
	فقدان سلامت جسمی و روانی	دردهای مکرر جسمی / تحلیل رفتن بدن / بی‌اشتهایی / اختلال خواب / اشفته‌گی روانی / حس بدبینی / افسردگی
	کاهش رضایت از زندگی	نداشتن شادی / نارضایتی شغلی / نارضایتی خانوادگی / نارضایتی زناشویی
	کاهش اعتماد به نفس و خودتکایی	ناتوانی در تصمیم‌گیری / کاهش خودباوری / وابستگی به دیگران / کاهش خودآزمایی
	فقدان حمایت اجتماعی و اقتصادی	فقدان حمایت بستگان / عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌ای / عدم حمایت نهادهای حمایتی / عدم دسترسی به کمک‌های مالی
	اختلال در تصویر ذهنی از خود	حس زشت شدن بدن / ناتوانی در جذب دیگران / ترس از حضور در جمع / ترس از طرد همسر
	غوطه‌وری در درد و رنج	غصه خوردن همیشگی / ترس از آینده / رنج ناشی از بیماری / رنج خانواده / ترس ناشی از مرگ
	از دست دادن منزلت اجتماعی	خطر از دست دادن شغل / خطر از دست دادن دوستان / ناتوانی در ادامه تحصیل / خطر از دست دادن درآمد
	احساس بی‌قدرتی اجتماعی	ناتوانی در انجام فعالیت‌های فردی / ناتوانی در انجام فعالیت‌های خانوادگی / ناتوانی در انجام فعالیت‌های شغلی / ناتوانی در انجام فعالیت‌های اجتماعی
	سازگاری با بیماری	تقدیر و سرنوشت / پذیرش بیماری / وجود حکمت
	ناکارآمدی و بی‌کیفیتی خدمات درمانی و بیمه‌ای	دریافت نکردن خدمات درمانی مطلوب / فقدان پوشش حداکثری بیمه‌ها / فقدان مراقبت‌های درمانی مطلوب / گران بودن درمان بیماری
	آموزش و اطلاع‌رسانی مناسب	اطلاع‌رسانی / سواد سلامت / مهارت‌های ارتباطی / مشاوره درمانی
	مبارزه با بیماری	تقویت انگیزه برای زنده ماندن / بلندمدت نگری / تقویت امید به زندگی

بیمار شماره ۶ نیز در این زمینه چنین گفته است:

«درسته که ما بیماران سرطانی خیلی به خودمون دلداری می‌دیم که محکم باشیم یا دیگران به ما اینو می‌گن، اما باز هر کاری کنیم اون اعتماد به نفسی رو که قبلاً داشتی، نداری».

۴- راهبردها

در مدل پارادایمی استراوس و کربین، راهبردها نشان می‌دهند کنشگران بر اثر موجبات علی، چه راهبردهای رفتاری و تاکتیک‌هایی را انجام می‌دهند، به چه اعمال و شیوه‌هایی مبادرت می‌کنند و چه تدابیری را به اقتضای زمینه‌ها و شرایط موجود در پیش می‌گیرند. بنابر آنچه که در پژوهش حاضر بدان پرداخته شد و مقولات فرعی، سه راهبرد اساسی برای دستیابی به نوعی کیفیت زندگی بیماران در پیش گرفته می‌شود که عبارتند از سازگاری با بیماری، آموزش و اطلاع‌رسانی مناسب و مبارزه با بیماری. واقعیت این است که این سه راهبرد در کنار هم و به صورت هم‌افزا می‌توانند راهبردهای موثری برای باکیفیت شدن زندگی بیماران تلقی شوند.

بیمار شماره ۴ در این زمینه معتقد است:

«اگه واقعا یه سری آموزش‌های مناسبی باشه که آدم ببینه خیلی بهتر می‌تونه با این بیماری کنار بیاد یا بتونه بر مشکلاتی که ناشی از این بیماری هستن پیروز بشه. اما وقتی آدم هیچ آموزش و مهارتی در این زمینه نبینه و نداشته باشه، روشنه که گرفتاری‌هاش هم بیشتره».

بیمار شماره ۱۰ هم چنین اعتقاد داشت:

«راستش اولش خیلی سخته و آدم نمی‌تونه باور کنه این بیماری رو داره، اما بعدش دیگه با بیماری کنار میاد و قبول می‌کنه چون راه دیگه‌ای نداره. انگار هرچقدر باهاش کنار بیاییم شاید بهتر بتونیم وارد زندگی مون بشیم و زندگی راحت‌تر می‌گذره».

بیمار شماره ۱۸ گفته است:

«می‌دونید چیه؟ درواقع زندگی یه نوع مبارزه است و همه ما در حال مبارزه برای زندگی هستیم دیگه. خب برای ماها که به این بیماری مبتلا شدیم مبارزه خیلی سخت‌تره اما به هر حال توی مبارزه هستیم و برای زنده موندنمون باید بجنگیم و اگه تسلیم بشیم یعنی اینکه زندگی رو باختیم».

۵- پیامدها

آخرین اصطلاح پارادایمی در مدل استراوس و کربین، پیامد است. پیامدها یا تبعات به ما می‌گویند در نتیجه اعمال و تعامل‌هایی که افراد و گروه‌ها در چنان شرایطی انجام داده‌اند یا نتوانسته‌اند در پاسخ به

توجهی نمی‌شه. انگار جامعه ما رو نمی‌خواد و مین‌دازه بیرون. ما فقط بیماریم اما باید توی جامعه بمونیم و اتفاقاً باید بیشتر ما رو حمایت کنن و بذارن توی جامعه باشیم اما متأسفانه انگار قضیه برعکس شده».

بیمار شماره ۱۷ هم درباره این موضوع می‌گوید:

«حقیقتش ما به عنوان بیمار فقط توی درد و رنج خودمون دست و پا می‌زنیم و هم‌دل و همراهی نداریم و باید به تنهایی توی درد خودمون بسازیم و بسوزیم. این واقعا خیلی ستم بزرگیه که یه بیمار توی جامعه رها بشه و از فرصت‌های جامعه هم محروم بشه».

بیمار شماره ۱ هم درباره این موضوع می‌گوید:

«به نظرم وقتی توی این جامعه بیمار می‌شی انگار تموم فرصت‌های اجتماعی مثل زندگی و کار و بودن رو از دست می‌دی. توی تنهایی و انزوای خودت باید فرو بری و خودت به درد خودت برسی و انگار فریادرسی نیست».

۳- شرایط مداخله‌کننده

شرایط مداخله‌کننده از آن دست شرایطی محسوب می‌شود که ممکن است سبب تغییراتی در شرایط علی شود یا اینکه به همراه عوامل محیطی تعدیل‌هایی در آن به وجود آید. بنابر آنچه که در جدول آمده مقولاتی چون کاهش اعتماد به نفس و خوداتکایی و اختلال در تصویر ذهنی از خود به عنوان شرایط مداخله‌کننده مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. هنگامی که فردی بیمار می‌شود و در نتیجه اعتماد به نفس و خوداتکایی‌اش را از دست می‌دهد و به علاوه نوعی اختلال در تصویر ذهنی از خود برای او ایجاد می‌شود، این عوامل می‌توانند به عنوان عوامل و شرایط مداخله‌کننده در بی‌کیفیت شدن زندگی یا کاهش کیفیت زندگی او تأثیرگذار باشد.

بیمار شماره ۹ در این زمینه معتقد است:

«همش احساس می‌کنم که دیگه اعتماد به نفس ندارم و خودم رو بدجوری باختم و دیگه کاری از دستم برنمیاد و به یه آدم زیادی توی جامعه تبدیل شدم. البته تمرین می‌کنم که بعضی وقتا اینجوری نباشم و هی به خودم انرژی و انگیزه میدم که از این فضای ناجور و منفی پیام بیرون اما بازم درگیر می‌شم».

بنابر اظهار نظر بیمار شماره ۵:

«راستشو اگه بخواید بعضی وقتا خیلی به ریخت و قیافه‌ام نگاه می‌کنم و تمام وجودم رو غم و اندوه می‌گیره و انگار از خودم بدم میاد. یعنی یه ذهنیت بدی ازم برام درست شده که فکر می‌کنم اطرافیانم از من خوششون نمیاد».

این پژوهش تأکید دارند که در صورتی که هر سه راهبرد پیش گفته را یکجا و با تمامیت و دقت به کار گیرند ممکن است بتوانند بر این بیماری مسلط شوند و از سوی دیگر بر کیفیت زندگی شان نیز افزوده شود. همان گونه که در پاسخ این بیماران نیز آمده، هر سه راهبرد نیازمند ورود و به کارگیری اراده خود بیمار از یک سو و البته حمایت خانواده، اطرافیان و سازمان ها و نهادهای حمایتی از سوی دیگر است. در کنار شرایط راهبردی موضوع دیگری که مورد تأکید و توجه بیماران حاضر در این پژوهش بوده، شرایط زمینه‌ای است که طی آن به مؤلفه‌های مهمی چون از دست دادن منزلت اجتماعی، احساس طرد و انزوای اجتماعی و غوطه‌وری در درد و رنج اشاره داشته‌اند. طرد و انزوای اجتماعی از جمله مهم‌ترین بحث‌هایی است که برخی جامعه‌شناسان مانند آنتونی گیدنز به آن توجه ویژه‌ای داشته‌اند، به گونه‌ای که بروز چنین وضعیتی را که کنشگران اجتماعی را از هر گونه فعالیت‌ها و کنشگری‌های اجتماعی و اقتصادی باز می‌دارد، در نهایت به زیان نظام اجتماعی تلقی کرده‌اند. این نتایج با نتایج و دیدگاه‌های گیدنز (۱۳۹۳) [۲۰] که طرد اجتماعی را مخالف هر گونه برابری اجتماعی و ادغام اجتماعی تلقی می‌کند که طی آن شهروندان از تمامی حقوق اجتماعی، مدنی و سیاسی‌شان در نظام اجتماعی محروم می‌شوند، هماهنگ است. مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر مقولات فرعی مورد نظر در باره شرایط زمینه‌ای نیز موارد زیر بوده است: گوشه‌گیری و تنهایی، جدایی از دوستان، جدایی از اعضای خانواده و اقوام، پذیرفته نشدن اجتماعی توسط دیگران، کم شدن روابط اجتماعی، خطر از دست دادن شغل، خطر از دست دادن دوستان، ناتوانی در ادامه تحصیل، خطر از دست دادن درآمد، غصه خوردن همیشگی، ترس از آینده، رنج ناشی از بیماری، رنج خانواده و ترس ناشی از مرگ.

همچنین یافته‌های پژوهش و تأکیدی که بیماران بر اموری چون فقدان حمایت اجتماعی و اقتصادی، ناکارآمدی و بی‌کیفیتی خدمات درمانی و بیمه‌ای، فقدان سلامت جسمی و روانی داشته‌اند، سبب شده است بحث از شرایط علی به میان آید و طی آن زنجیرهای از شرایط برای فراهم آمدن مدل نظری پژوهش نیز فراهم شود. در بحث از شرایط علی همان گونه که اشاره شد سه مؤلفه کلیدی مورد توجه قرار گرفت و برای هر مقوله اصلی برخی مقوله‌های فرعی نیز استخراج شد. مقوله‌های فرعی مورد نظر عبارتند از: فقدان حمایت بستگان، حمایت نکردن سازمان‌های بیمه‌ای، حمایت نشدن توسط نهادهای حمایتی، فقدان دسترسی به کمک‌های مالی، دریافت نکردن خدمات درمانی مطلوب، فقدان پوشش حداکثری بیمه‌ها، فقدان مراقبت‌های درمانی مطلوب، گران بودن درمان بیماری، دردهای مکرر جسمی، تحلیل رفتن بدن، بی‌اشتهایی، اختلال خواب، آشفتگی روانی، حس

موقعیت خاص انجام دهند، چه اتفاقی پیش آمده یا پیش می‌آید [۱۸]. به بیان دیگر، مجموع موجبات علی و راهبردهای اتخاذ شده به چه آثار و نتایجی منتهی می‌شود. با توجه به شرایط چندگانه‌ای که در پژوهش حاضر بدان‌ها اشاره شد یعنی شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌کننده و راهبردها، حالا می‌توان برخی پیامدها و نتایج به‌دست آمده را به‌شرح زیر مورد واکاوی قرارداد. از جمله مهم‌ترین پیامدها و نتایج به دست آمده عبارتند از: کاهش رضایت از زندگی، احساس بی‌قدرتی اجتماعی و فقدان هدفمندی و معنای زندگی.

بیمار شماره ۸ در این زمینه گفته است:

«این بیماری آدم رو چنان گرفتار خودش می‌کنه که در موارد زیادی دیگه حس رضایت از زندگی رو از آدم می‌گیره و رضایت قبل از بیماری دیگه چندان سراغش نمیاد».

بیمار شماره ۱۳:

«حقیقتش اینه که این بیماری خیلی توان و قدرت جسمی و روانی آدم رو می‌گیره و اجازه نمی‌ده بتونی توی زندگی خیلی از کارها رو به خوبی گذشته انجام بدی. یعنی هم جسمت و هم روانت درگیر می‌شه».

بیمار شماره ۱۶ معتقد است:

«بعضی وقتا انگار آدم به آخر خط می‌رسه و دیگه هدفی توی زندگی ادم نیستش. البته می‌گن هرچقدر به مرگ فکر کنی و به اون نزدیک بشی، معنای زندگی آدم بیشتر میشه، شایدم».

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که پدیده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت تأثیر شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌کننده و راهبردهایی است که خود این بیماران بیان کرده‌اند و بر آنها تأکید داشته‌اند. از جمله مهم‌ترین راهبردهایی که در پژوهش حاضر مورد نتیجه بوده، سازگاری با بیماری، آموزش و اطلاع‌رسانی مناسب و مبارزه با بیماری است که طی آن فرد بیمار بتواند تا حدودی بر این بیماری غلبه کند و از آن رهایی بیابد. این راهبردها شامل مدل پارادایمی است که طی آن مقولاتی چون: اطلاع‌رسانی، سواد سلامت، مهارت‌های ارتباطی، مشاوره درمانی، تقدیر و سرنوشت، پذیرش بیماری، وجود حکمت، تقویت انگیزه برای زنده ماندن، بلندمدت‌نگری و تقویت امید به زندگی مورد واکاوی قرار گرفت. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه فسیحی هرندی و همکاران (۱۳۹۰) [۱۳] همسو بوده است. مبتنی بر دریافت‌های پژوهش حاضر در بحث راهبردها بیماران حاضر در


```

graph TD
    A[شرایط زمینه‌ای] --> C((پی کیفیت شدن زندگی))
    B[راهبردها] --> C
    D[پیامدها] --> C
    E[شرایط مداخله‌کننده] --> C
    F[شرایط علی] --> C
  
```

شرایط زمینه‌ای:
از دست دادن منزلت اجتماعی / احساس طرد و انزوا / اجتماعی / غوطه وری در درد و رنج

راهبردها:
سازگاری با بیماری / آموزش و اطلاع رسانی مناسب / مبارزه با بیماری

پیامدها:
کاهش رضایت از زندگی / احساس بی قدرتی اجتماعی / فقدان هدفمندی و معنای زندگی

شرایط مداخله‌کننده:
کاهش اعتماد به نفس و خودانگیزی / اختلال در تصویر ذهنی از خود

شرایط علی:
فقدان حمایت اجتماعی و اقتصادی / ناآرامی و بی کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای / فقدان سلامت جسمی و روانی

پی کیفیت شدن زندگی

نمودار ۱ | مدل پارادایمی پدیده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

References

- Hörnquist JO. The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*. 1982;10(2):57-61. doi: [10.1177/140349488201000204](https://doi.org/10.1177/140349488201000204).
- Lee YJ. Subjective quality of life measurement in Taipei. *Build Environ*. 2008;43(7):1205-15. doi: [10.1016/j.buildenv.2006.11.023](https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2006.11.023).
- Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq*. 1998;9(1):1-28. doi: [10.1207/s15327965pli0901_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1).
- Van Kamp I, Leidelmeijer K, Marsman G, De Hollander A. Urban environmental quality and human well-being: Towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study. *Landsc Urban Plan*. 2003;65(1-2):5-18. doi: [10.1016/S0169-2046\(02\)00232-3](https://doi.org/10.1016/S0169-2046(02)00232-3).
- Moberg DO. The development of social indicators for quality of life research. *Sociol Anal*. 1979;40(1):11-26. doi: [10.2307/3710493](https://doi.org/10.2307/3710493).
- Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract*. 1996;10:293-304. doi: [10.1891/0889-7182.10.3.293](https://doi.org/10.1891/0889-7182.10.3.293).
- Studying the relation of life quality and social capital. *Quarterly Journal of Social Sciences*. 2010;17(49):1-29. [Persian]
- Poorkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dejbakhsh T, Panah MM. Does a rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients?. *Payesh*. 2010;9(1):61-8. [Persian]
- Cui Y, Shu X-O, Gao Y, Cai H, Wen W, Ruan Z-X, et al. The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;87(2):47-135. doi: [10.1023/B:BREA.0000041620.76871.97](https://doi.org/10.1023/B:BREA.0000041620.76871.97).
- Molaei Z, Ahangarzadeh Rezaei S, Khalkhali HR. The effect of hope-based group therapy on the cancer patients' quality of life based on Snyder's hope theory. *Nursing and Midwifery Journal*. 2017;15(6):404-14. [Persian]
- Fallowfield L. What is quality of life. *Health Econ*. 2009;1(8):1-8.
- Garousi S, Naghavi A. Social capital and life quality in Kerman. *Social Welfare Quarterly*. 2007;8(30-31):61-83. [Persian]
- Fasihi Harandy T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. *Payesh*. 2012;11(1):73-81. [Persian]
- Bartoces MG, Severson RK, Rusin BA, Schwartz KL, Ruterbusch JJ, Neale AV. Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer. *J Womens Health*. 2009;18(5):655-61. doi: [10.1089/jwh.2008.0959](https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0959).
- Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Kareshki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2015;58(2):96-105. [Persian]
- Marashi T, Taherianfar Z, Rakhsha A. Survey of quality of life of patients with breast cancer among women at Shahid Beheshti University of Medical science and Health service 2017. *Journal of Health in the Field*. 2018;6(1):1-8. [Persian]
- Mohammadpour A. Qualitative research method, anti-method. Tehran: Sociologists Publications; 2013. [Persian]
- Creswell JA. Standards of quality and verification. *Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Traditions*. 1998:193-218.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Sage publications; 1990.
- Giddens A. The third way: The renewal of social democracy. John Wiley & Sons; 2013.
- Monfared A, Pakseresht S, Ghanbari Khanghah A, Atrkar-Roshan Z. Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2013;23(2):52-62. [Persian]
- Hakiminya B, Poorafkari N, Ghafari D. Factors affecting quality of life with emphasis on social intelligence and social health (the case of Kermanshah city). *Journal of Applied Sociology*. 2017;28(2):163-78. [Persian]
- Mirzaei H, Aghayari T, Katebi M. A study on life quality among married women in family institution. *Sociology of Social Institutions*. 2014;1(3):71-93. [Persian]
- Haghighatian M. Social factors affecting the quality of life of women in Isfahan. *Journal of Iranian Social Development Studies*. 2014;6(2):81-9. [Persian]