

ارتباط امیدواری و سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی

محمد حیدری^۱، منصوره قدوسی^{۲*}، لادن ناصح^۱، رحیم علی شیخی^۱

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۳۸۰۴۷۲۴. ایمیل: mansureh.g2212@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: با در نظر داشتن سرطان پستان و درمان‌های آن از جمله ماستکتومی، به نظر می‌رسد روش‌های درمانی فشارهای روانی زیادی را در زندگی زنان ایجاد کرده و سطح امیدواری آنها را متأثر می‌سازد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط امیدواری و سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی انجام شد.

روش کار: این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی همبستگی بود که طی آن در سال ۱۳۹۲، ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی در بیمارستان سیدالشهداء اصفهان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه امید «هرث» و پرسشنامه سلامت روانی «SCL 25» بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی از طریق آزمون‌های آماری t مستقل، ANOVA، آزمون تعقیبی شفه و ضریب همبستگی اسپیرمن در SPSS-17 استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها ۴۹ درصد (۴۹ نفر) از واحد‌های مورد پژوهش از نظر امید در سطح بالا بوده و از نظر ابعاد ۹ گانه سلامت روانی، بیشترین میانگین ($3/05 \pm 1/72$) مربوط به اختلالات افسردگی بود. در این مطالعه با توجه به نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن بین امیدواری و سلامت روان ارتباط خطی مستقیم معنی‌داری مشاهده شد ($r = 0/565$ و $p < 0/001$).

نتیجه گیری: از آنجا که در این مطالعه ارتباط بین امیدواری و سلامت روان تأیید گردید، اتخاذ روش‌های مشاوره و روان‌شناسی به عنوان یک الویت مهم در مراکز درمانی می‌بایست مورد توجه مسئولین و مدیران بهداشتی قرار گیرد که از این طریق می‌تواند نقش مهمی در رفع بسیاری از مشکلات روانی ناشی از ناامیدی ایفاء شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، ماستکتومی، سلامت روان، امید

پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۵

دریافت: ۹۳/۶/۱

مقدمه

سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است (۲). اگرچه امروزه ماستکتومی به عنوان یکی از درمان‌های قابل قبول برای سرطان پستان، میزان بقای این افراد را افزایش داده است، اما این روش درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه‌مدت و بلند مدت در این بیماران می‌شود، به طوری که این بیماران از طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمی، روحی روانی و

رشد روز افزون سرطان پستان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، روانی، اجتماعی و اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها این نوع از سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند (۱). در ایران نیز سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از موارد

در این جامعه از پژوهش میزان ناامیدی بیشتر است (۵). متأسفانه اغلب در بیماری‌های مزمن مانند سرطان پستان ابعاد روان‌شناختی چشم‌پوشی می‌شود و این در حالی است که بیشتر بیماران با جنبه‌های روان‌شناختی که از بیماری‌های مزمن و درمان‌های آنها ناشی می‌شوند، روبرو هستند (۸).

با عنایت به تعداد زیاد این بیماران در کشور و مشکلات متعدد آنها، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط امیدواری و سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی انجام گردید.

روش کار

این مطالعه مقطعی توصیفی با هدف بررسی ارتباط امیدواری و سلامت روانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهداء اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین امیدواری و سلامت روان در بیماران $r=0.25$ باشد، ۱۰۰ نفر برآورد گردید که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه امید هرث^۳ و پرسشنامه سلامت روانی SCL25^۴ جمع‌آوری گردید. شاخص امید هرث حاوی ۱۲ سؤال بوده و بر مبنای مقیاس ۳ نقطه‌ای لیکرت، از ۱ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۱ مخالف، نمره ۲ مطمئن نیستم و نمره ۳ موافقم می‌باشد. در این پرسشنامه موارد منفی به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل شامل ۱۲ تا ۳۶ امتیاز بوده و نمره بالاتر سطح امید بالاتری را نشان می‌دهد (۹). جهت سنجش میزان سلامت روان بیماران از مقیاس SCL-25 که فرم کوتاه شده SCL-90-R می‌باشد، استفاده شد. آزمون SCL25-R دارای ۹ بعد شکایات

اجتماعی طی فرآیند تشخیص و درمان بیماری خود رنج می‌برند (۳). زنان بعد از ماستکتومی استرس زیادی را متحمل شده، نگرش‌شان نسبت به بدن فعلی بعد از عمل تغییر می‌کند، حتی امید به زندگی‌شان کاهش یافته و احتمالاً مستعد ایجاد اختلالات خلقی می‌گردند. در این شرایط فرد احساس می‌کند جذاب نخواهد بود (۴).

اسنایدر^۱ و همکاران، امید را مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها می‌دانند. در واقع امید عاملی برانگیزاننده است و افراد را قادر می‌سازد مسیری را انتخاب کنند که به نتیجه‌ای مثبت می‌انجامد. امید نمادی از سلامت روحی و توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است. اما ناامیدی، نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (۵). ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان‌شناختی افراد اثر منفی داشته و فاکتور خطری برای اختلال در این ابعاد می‌باشد. سلامت روانی از اصول اولیه مراقبت‌های بهداشت روانی است (۶). سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن پدیده‌ای است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری می‌باشد. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بر این باورند که سلامت روان صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف پذیر و معنی‌دار است (۷). این در حالی است که اسماعیلی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که خلق و سلامت روانی در زنان ماستکتومی شده ضعیف‌تر می‌باشد (۲). ایلدریم^۲ و همکاران نیز در مطالعه خود این گونه نشان دادند که

³ Herth

⁴ Symptom Check List 25- Revise

¹ Snyder

² Yildirim

جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، اضطراب فوبیک، روانپریشی، افکار پارانوئیدی، پرخاشگری و چند سؤال اضافی است. این مقیاس در کل شامل ۲۵ ماده است که سنجش هر یک از گویه‌های آن بر حسب مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت هیچ (۰)، کم (۱)، تاحدی (۲)، زیاد (۳)، به‌شدت (۴) می‌باشد. محدوده تغییرات نمره سلامت روان در این پرسشنامه از ۰ تا ۱۰۰ است که کسب نمرات پایین‌تر حاکی از سلامت روان بالاتر بوده و کسب نمرات بالاتر از ۶۵ فرد را مشکوک به اختلالات روانی نشان می‌دهد (۱۰). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه‌های فوق با روش آلفا کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت. بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش پرسشنامه‌ها را در اختیار ۳۰ نفر از بیماران قرار داد. ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار امید ۰/۹۰ و پرسشنامه سلامت روانی ۰/۹۲ گزارش شد. مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بود از اینکه جهت دریافت خدمات بهداشتی- درمانی و یا مشاوره پزشکی به بیمارستان‌های مذکور مراجعه کنند، حداقل شش ماه از جراحی ماستکتومی یک طرفه آنها گذشته باشد، بیماری جسمی- روانی شناخته شده دیگری نداشته باشند، قادر به پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه باشند، در حال شیمی درمانی نباشند، ماستکتومی قابل بازسازی نباشد و سن کلیه نمونه‌ها بالای ۳۰ سال باشد. بعد از انتخاب واحدهای مورد پژوهش واجد شرایط، پژوهشگر خود را به آنها معرفی کرده و هدف از انجام این پژوهش را بیان نمود و بعد از کسب رضایت نامه کتبی و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پرسشنامه‌ها به آنها داده شد. لازم به ذکر است پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای نمونه‌ها قرائت کرده و پاسخ‌ها را بدون هیچ گونه دخل و تصرفی در پرسشنامه‌ها ثبت نمود. نمونه‌گیری این مطالعه تا تکمیل تعداد نمونه مورد نظر، ادامه یافت و در

حدود سه ماه به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نسخه ۱۷ SPSS صورت گرفت. جهت تنظیم جداول از روش‌های آمار توصیفی استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل، ANOVA، آزمون تعقیبی شفه و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

یافته‌ها

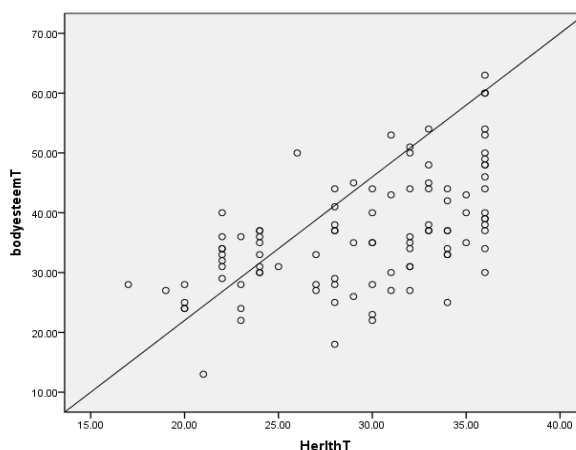
بر اساس یافته‌ها، ۵۲ درصد (۵۲ نفر) در گروه سنی ۷۰-۵۰ سال بودند. ۷ درصد (۷ نفر) از واحدهای مورد پژوهش مجرد و ۷۱ درصد (۷۱ نفر) متأهل بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۳۲٪) (نفر) تحصیلات دیپلم داشتند. ۳۳ درصد (۳۳ نفر) از آنها سابقه سقط و ۱۷٪ (۱۷ نفر) سابقه سرطان در اندام‌های دیگر را تجربه کرده بودند. ۴۴ درصد (۴۴ نفر) از آنها سایز سوتین ۹۰-۸۰ داشتند و ۴۲ درصد (۴۲ نفر) درآمد ماهیانه خود را ناکافی دانستند. ۴۶ درصد (۴۶ نفر) دو یا سه فرزند داشتند، بیشترین مدت زمان گذشته از ماستکتومی و شیمی درمانی واحدهای مورد پژوهش ۴۸-۲۴ ماه بود، سن قاعدگی ۴۹ درصد (۴۹ نفر) از آنها ۱۴ سالگی و یا بالاتر بود، ۷۵ درصد (۷۵ نفر) از زنان خانه دار بودند و ۷۱ درصد (۷۱ نفر) از آنها به علت بیماری سابقه بستری در بیمارستان داشتند. ۶۱ درصد (۶۱ نفر) سابقه بیماری در خانواده یا اقوام را منفی پاسخ دادند. همچنین بر اساس یافته‌های به دست آمده در این مطالعه ۲۷ درصد (۲۷ نفر) از بیماران از نظر امید در سطح پایین (۲۴-۱۲)، ۴۹ درصد (۴۹ نفر) در سطح متوسط (۳۰-۲۵) و ۲۴ درصد (۲۴ نفر) در سطح بالا (۳۶-۳۱) بودند. همچنین بر اساس نتایج جدول ۱ و با توجه به نمره کلی سلامت روان (۰/۶۹) ۶۹ نفر از بیماران مشکوک به اختلالات روانی بودند. همچنین از نظر ابعاد نه گانه سلامت روان، بیشترین میانگین (۳/۰۵±۱/۷۲) مربوط به افسردگی بود. در

آوجی^۱ و همکاران نیز در مطالعه خود پیرامون بررسی قضاوت‌های زناشویی و سطوح ناامیدی بعد از ماستکتومی، میزان امیدواری بیماران را در سطح پایین گزارش نمودند که با مطالعه پژوهشگر همسو می‌باشد (۱۲). نتایج حاصل از پژوهش حاضر، با یافته‌های مطالعه هاگرتی^۲ و همکاران و گیاردینی^۳ و همکاران در رابطه با بررسی ارتباط امید و واقع‌گرایی در بیماران با سرطان پستان همخوانی دارد (۱۳، ۱۴). در مطالعه حاضر نیز باید به این نکته مهم توجه داشت که ۲۷ درصد از بیماران امید پایین داشتند. محققان بر این باورند که فرد ابتدا ناامید و سپس افسرده می‌شود. ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان‌شناختی افراد اثر منفی داشته و عامل خطری برای اختلال در این ابعاد می‌باشد. در بیماری‌هایی مانند سرطان امیدواری تلاش فرد را برای مقابله و مبارزه با بیماری و تداوم درمان افزایش می‌دهد (۱۵). یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که از نظر ابعاد نه گانه سلامت روان بیشتر واحدهای مورد پژوهش افسردگی را نشان دادند. بیماران مبتلا به سرطان سینه اغلب درماندگی روان‌شناختی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دوره درمان به خصوص ماستکتومی تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد که ماستکتومی نه تنها بر عملکرد جسمی بلکه بر عملکرد روحی، روانی و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد (۱۶). سرطان سینه و درمان‌های آن ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان سبب بروز مشکلات روانی نیز می‌شود که در این میان علائم افسردگی مشهود است، چرا که بسیاری از آنها تفکر افسرده دارند و در سطح امیدواری کاهش نشان می‌دهند (۱۷). یافته‌های مطالعات فلیجورک^۴ و همکاران، و آیسرن^۵ و

این مطالعه نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین امیدواری و سلامت روان ارتباط خطی مستقیم معنی‌داری ($r_s = 0/565$ و $p < 0/001$) وجود داشت (نمودار ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار حیطه‌های سلامت روانی در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۱/۵۲	۰/۶۱
وسواسی- جبری	۲/۱۰	۱/۵۰
ترس مرضی	۲/۲۰	۰/۴۵
افسردگی	۳/۰۵	۱/۷۲
روان‌پریشی	۲/۴۵	۰/۶۸
حساسیت بین فردی	۲/۹۰	۰/۸۳
پارانوئید	۱/۰۲	۰/۶۰
پرخاشگری	۲/۱۵	۰/۵۵
جسمانی سازی	۲/۸۸	۰/۵۰



نمودار ۱. نمودار پراکنش ارتباط امیدواری با سلامت روانی در واحدهای مورد پژوهش

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تنها ۲۴ درصد بیماران از نظر امیدواری در سطح بالا قرار داشتند و این در حالی است که اکثریت آنها دارای امید در سطح متوسط بودند. روحیه امیدوارانه از عوامل مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به خصوص در روند درمانی دارد (۱۱). در همین راستا

¹ Avci

² Hagerty

³ Giardini

⁴ Fallbjork

⁵ Isern

شود. از طرفی تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت‌کننده برای سازگاری با انواع مشکلات روانی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه مربوط به طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به شماره ۱۴۲۲ می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب سپاس فراوان خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و کلیه مسئولین بیمارستان سیدالشهداء اصفهان و بیماران عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

همکاران نیز مؤید این مطلب است (۱۹،۱۸). نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین امیدواری و سلامت روانی ارتباط خطی مستقیم معنی‌داری وجود داشت ($r_s = 0/565$ و $p < 0/001$). نتایج حاصل از پژوهش حاضر تأییدکننده یافته مطالعه فلج‌جورک و همکاران پیرامون بررسی ابعاد تصویر ذهنی و سلامت روانی در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی است (۱۸). مایکلی^۱ و همکاران نیز در مطالعه‌ای که به منظور بررسی سلامت روانی و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند، ارتباط معناداری را بین متغیرهای فوق نشان دادند (۲۰). جسیکا^۲ نیز این گونه بیان می‌کند که امید نمادی از سلامت روحی و توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است. اما ناامیدی، نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (۲۱). ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روانشناختی افراد اثر منفی داشته و عامل خطری برای اختلال در این ابعاد می‌باشد (۲۲). لازم به ذکر است در این مطالعه مشکل در انتخاب بیماران به دلیل مسائلی مانند بیماری، عدم تمایل برای همکاری و مشکلات شخصی و فرهنگی آنها خارج از کنترل پژوهشگر بود و از مشکلات و محدودیت‌های طرح انجام شده به شمار می‌رود.

نتیجه گیری

از آنجا که در این مطالعه ارتباط مثبت و معنادار بین امیدواری و سلامت روانی تأیید گردید، لذا اتخاذ روش‌های مشاوره و روان‌شناسی به عنوان یک اولویت مهم در مراکز درمانی می‌بایست مورد توجه مسئولین و مدیران بهداشتی قرار گیرد و از این طریق در رفع بسیاری از مشکلات روانی ناشی از ناامیدی که مددجویان را درگیر خود ساخته و کیفیت زندگی آنها را نیز کاهش می‌دهد، نقش مؤثری ایفاء

¹ Mickley

² Jessica

References

1. Li Q. Traumatic neuroma in a patient with breast cancer after mastectomy: a case report and review of the literature. *World Journal of Surgical Oncology*. 2012;10(2):35-42.
2. Esmaili R, Abed-Saiidi J, Alavi Majd H. A survey of the body image of mastectomies women referring to Imam Khomeini and Imam Hussein hospitals in Tehran, Iran. *Indian Journal Psychol Medical*. 2010;32(1):34-7.
3. Giardini A, Pisoni C, Giorgi I, Scoccia E. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Journal of Clinical Oncology*. 2013;21(9):2453-60.
4. Fotios A. Mastectomy. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. *World Journal of Surgical Oncology*. 2014;13(2):3852-55.
5. Yildirim Y, Sertoz O. The Relationship of pain and hopelessness in patients with cancer. *Journal Treat Approaches*. 2008;557(12):147-52.
6. Doreen L, Wiggins MD. The impact of reproductive cancers on women's mental health. *Journal Neurosci*. 2014;5(1):283-300.
7. Schleife H, Sachtleben Ch, Barboza C. Anxiety, depression, and quality of life in German ambulatory breast cancer patients. *Journal Breast Cancer*. 2014;21(2):208-13.
8. Kyung MD. Psychosocial aspects of breast cancer: Focus on interventions. *Indian Journal Psychol Med*. 2013;12(6):239-57.
9. Benzein E, Berg A. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*. 2005;19(3):234-40.
10. Najarian B, Davoodi I. Making Validation Sc125, Short form Sc190. *Journal of Psychology*. 2001;2(5):136-49. [Persian]
11. Cordella M, Poiani A. Psychology and Cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;9(1):83-223.
12. Aydin Avci I, Okanli A. Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009;13(2):299-303.
13. Hagerty R, Butow P, Ellis P, Lobb E, Pendlebury S, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: Incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;23(6):1278-88.
14. Giardini A, Pisoni C, Giorgi I, Borelli V. ICF. Quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(9):2453-60.
15. Purushotham A, Bains S, Lewison G, Sullivan R. Cancer and mental health: a clinical and research unmet need. *Journal Res Behave Sci*. 2013;15(9):65-72.
16. Kash KM, Holland JC, Halper MS, Miller DM. Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Indian Journal Psychol Med*. 2013;84(2):24-30.
17. Pinto B, Trunzo J. Body esteem and mood among sedentary and active breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;70(6):180-9.
18. Fallbjork U, Rasmussen B, Karlsson S. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer e A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;14(3):1-6.
19. Isern A, Tengrup I. Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2008;61(9):1177-87.
20. Vandenberg P. Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Journal Neurosci*. 2007;4(3):257-68.
21. Jessica PG, Marc A, Caroline S, Moniek M. Body image issues after bilateral prophylactic mastectomy with breast reconstruction in healthy women at risk for hereditary breast cancer. *Familial Cancer*. 2013;12(3):479-87.
22. Anamika S, Preeti G, Biswadip Ch. Depression is more than just sadness: A case of excessive anger and its management in depression. *Indian Journal Psychol Med*. 2014;36(1):77-9.

Correlation between Hope and Mental Health after Mastectomy in Breast Cancer Survivors

Heidari M¹, Ghodusi M^{*2}, Naseh L¹, Sheikhi RA¹

1. Department of Nursing, Nursing and Midwifery School, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-kord, Iran.

2. Department of Nursing, Borujen Nursing School Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-kord, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989133804724 E-mail: mansureh.g2212@yahoo.com

Received: Aug 23, 2014 Accepted: Mar 3, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Mastectomy is one of the main treatments for breast cancer that may stimulate a lot of psychological distresses in women's life. It may affect the level of hope among women. This study was conducted with the aim of assessing correlation between hope and mental health after mastectomy in patients with breast cancer.

Methods: This is a descriptive-correlational study that one hundred patients with breast cancer after mastectomy referred to Seyed-Al-Shohada hospital of Isfahan in 2013 were selected by the convenient sampling method. Data gathering tool were SCL-25 mental health and Herth Hope Index and data were analyzed by SPSS-17.

Results: According to the results, 49% of the subjects had high hope and among the dimensions of the mental health, depressive dimension owned the highest average of score (3.05 ± 1.72). Based on the Spearman correlation coefficient test, there was a direct linear correlation between hope and mental health ($p < 0.001$, $r_s = 0.565$).

Conclusion: Because of positive relationship between hope and mental health; adopting the counseling psychology as the major priority in health centers should be considered by health officials and managers will play a key role to decrease mental health problems in mastectomy survivors.

Keywords: Breast Cancer, Mastectomy, Mental health, Hope.