

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده علوم اجتماعی
گروه روان شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته‌ی روان شناسی
گرایش عمومی

عنوان:

**اثر بخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان مبتلا
به بیماری قلبی**

استاد راهنما:

دکتر خدامراد مؤمنی

استادان مشاور:

دکتر جهانگیر کرمی

دکتر زهرا جلیلی

نگارش:

رجاء محسنی

مهر ۱۳۹۲

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری های ناشی از موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه رازی است.



دانشکده علوم اجتماعی

گروه روان شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی گرایش

عمومی

رجاء محسنی

اثر بخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی نوجوانان مبتلا

به بیماری قلبی

در تاریخ ۱۳۹۲/۶/۲ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه به تصویب نهایی رسید.

- | | | | |
|-------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| امضاء | با مرتبه علمی دانشیار | دکتر خدامراد مؤمنی | ۱- استاد راهنمای پایان نامه |
| امضاء | با مرتبه علمی دانشیار | دکتر جهانگیر کرمی | ۲-استاد مشاور پایان نامه |
| امضاء | با مرتبه علمی استادیار | دکتر زهرا جلیلی | ۳-استاد مشاور پایان نامه |
| امضاء | با مرتبه علمی استادیار | دکتر سیدمحسن حجت خواه | ۴-استاد داور داخل از گروه |
| امضاء | با مرتبه علمی استادیار | دکتر خیرالله صادقی | ۵-استاد داور خارج از گروه |

سپاس و قدردانی

سپاس بیکران پروردگار یکتا را که ما را، هستی بخشید و به طریق علم و دانش، رهنمونان ساخت و به، همیشگی رحروان معرفت مستقرمان نمود و خوشه چینی از علم و معرفت را روزیمان ساخت. اکنون در آستانه راهی نوبه پاس نجات بی حد پروردگار بر خود لازم می دانم سپاس گزار تمام عزیزانی باشم که در برابر سختی و ناملایمت روزگار یاریم نمودند.

قبل از هر چیز از پروردگار مهربان به خاطر لطف، همیشگی که نسبت به من دارد سپاس گزارم.

از پدر و مادر خوبم که موسسید کردنتان را و سفیدباشم.

از استاد فرهیخته جناب آقای دکتر خدایرادی مؤمنی که، همواره راهنما و مشوق بنده نه تنها در این پژوهش بلکه در سایر امور نیز، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

صمیمانه از جناب آقای دکتر جهانگیر کریمی و خانم دکتر زهرا جلیلی که اساتید مشاور این پژوهش بودند، تشکر و سپاس گزار می نمایم. همچنین از حضور داوران محترم جناب آقای دکتر سید محسن جتخواه و دکتر خیرالله صادقی که داور این اثر را بر عهده داشتند بی نهایت سپاس گزارم.

بر خود لازم می دانم از راهبانی ها و زحمات خانم مهکان سعیدی و خانم راشین خیمبری که در مراحل پژوهش دانش و آموخته هایشان را از من دریغ نکردند نهایت سپاس را داشته باشم.

و در انتها از دوستانم الهه بانوی، زینب محبی، افسانه منصوری جلیلیان، لعل سلگی، سپیده صالح.

بیماران شرکت کننده در دوره آموزشی.

پرنسپل بیمارستان امام علی (ع) و پرنسپل دانشکده علوم اجتماعی.

که در مراحل اجرایی و یاورم بودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تقدیم

تقدیم به آنکه صبر را معنا و مفهوم است
حضرت زینب کبری (س)

و

سه ساره‌ی گمنام و اشک‌ها هم
آنان که مصداق احیاء عند ربهم یرزقون اند...

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش تاب آوری بیماران قلبی در میان نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلب بود. طرح این پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل بوده است. نمونه این پژوهش ۲۰ نفر (۱۶ پسر و ۴ دختر) از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام علی (ع) بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. شرکت کنندگان در این پژوهش به پرسش نامه های افسردگی (بک، ۱۹۶۹)، اضطراب (بک، ۱۹۹۰) و تاب آوری (کونور و دیویسون، ۲۰۰۳) پاسخ دادند. شرکت کنندگان به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش تاب آوری اثر معناداری بر کاهش علائم افسردگی داشته است و چنین نتیجه ای با پیگیری دو ماهه همین یافته شده است. آموزش تاب آوری اثر معناداری بر افزایش تاب آوری داشته است و با پیگیری دو ماهه مؤید همین یافته است. آموزش تاب آوری اثر معناداری بر افزایش تاب آوری داشته است و با پیگیری دو ماهه این یافته نیز تأیید شد. در مجموع نتایج این پژوهش بیان کردند که آموزش تاب آوری اثر معناداری بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش تاب آوری داشته است و تحت آموزش قرار گرفتن بیماران قلبی می تواند پیش بینی کننده کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش تاب آوری باشد.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب، بیماری قلبی، تاب آوری.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل یکم: مقدمه
۲	۱-۱ بیان مسئله.....
۵	۲-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۶	۳-۱ اهداف پژوهش.....
۶	۳-۱ سؤال‌های پژوهش.....
۷	۵-۱ فرضیه‌ها.....
۷	۶-۱ تعاریف اصطلاحات و مفاهیم.....
۷	۱-۶-۱ تعاریف نظری.....
۷	۱-۱-۶-۱ افسردگی.....
۷	۲-۱-۶-۱ اضطراب.....
۸	۳-۱-۶-۱ تاب‌آوری.....
۸	۴-۱-۶-۱ بیماری قلبی.....
۸	۲-۷-۱ تعاریف عملیاتی.....
۸	۱-۲-۷-۱ افسردگی.....
۹	۲-۲-۷-۱ اضطراب.....
۹	۳-۲-۷-۱ تاب‌آوری.....
۹	۳-۲-۷-۱ بیماری قلبی.....
	فصل دوم: ادبیات و سابقه پژوهش
۱۱	۱-۲ افسردگی.....
۱۱	۱-۱-۲ تعریف.....
۱۲	۲-۱-۲ نظریه شناختی بک در مورد افسردگی.....
۱۳	۱-۲-۱-۲ سه گانان شناختی.....
۱۳	۲-۲-۱-۲ خطاهای منطق.....
۱۴	۳-۱-۲ علایم و نشانه‌های افسردگی.....

- ۱۴.....نشانه های خلقی ۱-۳-۱-۲
- ۱۴.....نشانه های شناختی ۲-۳-۱-۲
- ۱۵.....نشانه های انگیزشی ۳-۳-۱-۲
- ۱۵.....نشانه های جسمانی ۴-۳-۱-۲
- ۱۵.....ملاک های تشخیصی دوره افسردگی عمده طبق DSM-IV-TR ۴-۱-۲
- ۱۷.....انواع اختلال افسردگی طبق دسته بندی DSM-IV-TR ۵-۱-۲
- ۱۸.....سیر و شیوع افسردگی ۶-۱-۲
- ۱۹.....دیدگاههای مطرح در باب افسردگی ۷-۱-۲
- ۱۹.....دیدگاه زیستی ۱-۷-۱-۲
- ۲۰.....دیدگاه روانی-اجتماعی ۲-۷-۱-۲
- ۲۰.....دیدگاه روان کاوی ۳-۷-۱-۲
- ۲۰.....دیدگاه رفتاری ۴-۷-۱-۲
- ۲۱.....دیدگاه شخصیتی ۵-۷-۱-۲
- ۲۱.....دیدگاه شناختی ۶-۷-۱-۲
- ۲۱.....دیدگاه انسان گرایی و اصالت وجود(هستی گرایی) ۷-۷-۱-۲
- ۲۲.....نظریه های درمانی در باب افسردگی ۸-۱-۲
- ۲۲.....دارو درمانی ۱-۸-۱-۲
- ۲۳.....درمان بین فردی ۲-۸-۱-۲
- ۲۳.....خانواده درمانی ۳-۸-۱-۲
- ۲۴.....درمان مبتنی بر روان کاوی ۴-۸-۱-۲
- ۲۴.....رفتار درمانی ۵-۸-۱-۲
- ۲۴.....درمان شناختی ۶-۸-۱-۲
- ۲۵.....درمان شناختی-رفتاری ۷-۸-۱-۲
- ۲۵.....ویژگیهای درمان شناختی-رفتاری ۱-۷-۸-۱-۲
- ۲۶.....اضطراب ۲-۲
- ۲۶.....تعریف ۱-۲-۲
- ۲۷.....نظریه شناختی بک در مورد اضطراب ۲-۲-۲

۲۷	..... مؤلفه های اضطراب	۳-۲-۲
۲۷	..... مؤلفه شناختی	۱-۳-۲-۲
۲۸	..... مؤلفه بدنی	۲-۳-۲-۲
۲۸	..... مؤلفه عاطفی	۳-۳-۲-۲
۲۸	..... مؤلفه رفتاری	۴-۳-۲-۲
۲۸	..... انواع اختلال های اضطرابی طبق دسته بندی DSM-IV-TR	۴-۲-۲
۳۰	..... سیر و شیوع اختلالهای اضطراب	۵-۲-۲
۳۱	..... دیدگاههای مرتبط با اضطراب	۶-۲-۲
۳۱	..... دیدگاه زیست شناختی	۱-۶-۲-۲
۳۲	..... دیدگاه رفتارگرایی	۲-۶-۲-۲
۳۲	..... دیدگاه انسان گرایی واصلت وجود	۳-۶-۲-۲
۳۳	..... دیدگاه روان کاوی	۴-۶-۲-۲
۳۴	..... دیدگاه شناختی	۵-۶-۲-۲
۳۴	..... رویکرد پدیدار شناختی	۶-۶-۲-۲
۳۴	..... دیدگاه اجتماعی	۷-۶-۲-۲
۳۴	..... نظریه های درمانی در باب اضطراب	۷-۲-۲
۳۴	..... دارو درمانی	۱-۷-۲-۲
۳۵	..... روان کاوی	۲-۷-۲-۲
۳۵	..... خانواده درمانی	۳-۷-۲-۲
۳۵	..... رفتار درمانی	۴-۷-۲-۲
۳۶	..... شناخت درمانی	۵-۷-۲-۲
۳۶	..... درمان شناختی - رفتاری	۶-۷-۲-۲
۳۷	..... بیماری قلبی	۳-۲
۳۷	..... عوامل خطرزا در بیماری قلبی	۱-۳-۲
۳۹	..... پیامدها (عوارض روان شناختی) بیماری قلبی	۲-۳-۲
۳۹	..... شخصیت ها (تیپ ها) و بیماری قلبی	۳-۳-۲
۴۱	..... افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی	۴-۲

۴۳	۵-۲ تاب آوری
۴۷	۱-۵-۲ تاب آوری خانوادگی
۴۷	۲-۵-۲ ویژگی های افراد تاب آور
۵۱	۳-۵-۲ سطوح تاب آوری
۵۱	۴-۵-۲ عوامل مؤثر در ظرفیت تاب آوری
۵۲	۵-۵-۲ عوامل خطرزا و محافظتی در تاب آوری
۵۳	۶-۵-۲ مدل های تاب آوری
۵۴	۷-۵-۲ مدل تاب آوری کامپفر
۵۵	۸-۵-۲ مدل تاب آوری در برنامه هندرسون و همکاران
۵۶	۶-۲ کارکرد تاب آوری در کاهش افسردگی و اضطراب
۵۹	۷-۲ پیشینه پژوهش

فصل سوم: روش پژوهش

۶۶	۱-۳ طرح کلی پژوهش
۶۷	۲-۳ جامعه آماری
۶۷	۳-۳ روش و طرح نمونه گیری و نمونه پژوهش
۶۷	۱-۳-۳ شرایط ورود به طرح درمان
۶۸	۲-۳-۳ شرایط خروج از طرح درمان
۶۸	۴-۳ ابزار پژوهش
۶۸	۱-۴-۳ مقیاس افسردگی بک (۱۹۶۹)
۶۸	۲-۴-۳ مقیاس اضطراب بک (۱۹۹۰)
۶۹	۳-۴-۳ مقیاس تاب آوری کونور و دیوینسون (۲۰۰۳)
۶۹	۵-۳ مراحل اجرای پژوهش
۷۱	۶-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۷۳	۱-۴ اطلاعات جمعیت شناختی
۷۳	۲-۴ یافته های توصیفی
۷۵	۳-۴ یافته ها های استنباطی

۷۵	۱-۳-۴ فرضیه یکم
۷۵	۱-۳-۴ بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس در پرسشنامه افسردگی
۷۷	۲-۳-۴ آزمون فرضیه یکم پژوهش
۷۸	۲-۳-۴ فرضیه دوم
۷۸	۱-۲-۳-۴ بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس در پرسش نامه اضطراب
۷۹	۲-۲-۳-۴ آزمون فرضیه دوم پژوهش
۸۰	۳-۳-۴ فرضیه سوم
۸۰	۱-۳-۳-۴ بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس در پرسش نامه تاب آوری
۸۱	۲-۳-۳-۴ آزمون فرضیه سوم پژوهش
۸۲	۴-۳-۴ سوال پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۴	۱-۵ فرضیه یکم
۸۶	۲-۵ فرضیه دوم
۸۷	۳-۵ فرضیه سوم
۸۸	۴-۵ سوال پژوهش
۸۹	۵-۵ نتیجه گیری
۹۰	۶-۵ محدودیت های پژوهش
۹۱	۷-۵ پیشنهادهای پژوهش
۹۱	۱-۷-۵ پیشنهادهای پژوهشی
۹۱	۲-۷-۵ پیشنهادهای کاربردی

منابع

پیوست

۱۰۴	پیوست شماره ی یک: پرسش نامه افسردگی بک BDI
۱۰۸	پیوست شماره ی دو: پرسش نامه اضطراب بک BAI
۱۰۹	پیوست شماره ی سه: پرسش نامه تاب آوری
۱۱۱	پیوست شماره ی چهار: پروتکل درمانی تاب آوری
۱۲۳	پیوست شماره ی پنج : تصاویر مربوط به اجرای کارگاه

پیوست شماره‌ی شش : نمودار تغییرهای متغیر به تفکیک گروه ۱۲۷

فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱) تعداد آزمودنی ها در گروه آزمایش و گواه.....	۷۳
جدول ۴-۲) میانگین و انحراف معیار آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۷۴	۷۴
جدول ۴-۳) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بروی میانگین نمره های پس آزمون افسردگی، اضطراب و تاب آوری..	۷۵
جدول ۴-۴) نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در مقیاس افسردگی.....	۷۶
جدول ۴-۵) بررسی همگنی شیب خط رگرسیون در مقیاس افسردگی.....	۷۶
جدول ۴-۶) نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه در مقیاس افسردگی.....	۷۷
جدول ۴-۷) نتایج t وابسته برای مقایسه مجموع نمره های گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری.....	۷۷
جدول ۴-۸) نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در مقیاس اضطراب.....	۷۸
جدول ۴-۹) بررسی همگنی شیب خط رگرسیون در مقیاس اضطراب.....	۷۸
جدول ۴-۱۰) نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه در مقیاس اضطراب.....	۷۹
جدول ۴-۱۱) نتایج t وابسته برای مقایسه مجموع نمره های گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری.....	۷۹
جدول ۴-۱۲) نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در مقیاس تاب آوری.....	۸۰
جدول ۴-۱۳) بررسی همگنی شیب خط رگرسیون در مقیاس تاب آوری.....	۸۰
جدول ۴-۱۴) نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه در مقیاس تاب آوری.....	۸۱
جدول ۴-۱۵) نتایج t وابسته برای مقایسه مجموع نمره های گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری.....	۸۱
جدول ۴-۱۶) نتایج آزمون تقریبی بنفرونی برای مقایسه نمرات میانگین در گروهها.....	۸۲

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۵۵	شکل ۱-۲: مدل تاب آوری کامیفر.....
۵۵	شکل ۲-۲: چرخه تاب آوری هندرسون و همکاران.....
۶۶	شکل ۱-۳: دیاگرام پژوهش.....
۱۲۹	شکل ۱-۱: نمودار روند تغییرات متغیر افسردگی به تفکیک دو گروه.....
۱۲۹	شکل ۲-۱: نمودار روند تغییرات متغیر اضطراب به تفکیک دو گروه.....
۱۳۰	شکل ۳-۱: نمودار روند تغییرات متغیر تاب آوری به تفکیک دو گروه.....

فصل يك

مقدمه

۱-۱ بیان مسئله

تاب آوری مفهومی روان شناختی است که برای اولین بار توسط کاباما^۱ و سالواتور^۲ در سال ۱۹۶۹ به عنوان عامل تعدیل کننده استرس معرفی شد، گارمزی^۳ (۱۹۷۳) برای نخستین بار یافته‌های پژوهشی مربوط به تاب آوری را منتشر کرد (راتر^۴، ۱۹۹۳). تاب آوری به عنوان یک مفهوم مرتبط با حوزه پیشگیری و رشد در مطالعات طولی ورنر^۵ (۱۹۹۷)، راتر (۱۹۸۷) و سایر پژوهش‌گرانی مطرح شد که ویژگی رشدی کودکان و نوجوانان را مورد بررسی قرار داده بودند. فعالیت‌های عالمانه و اولیه افرادی چون گارمزی، راتر و ورنر، موجب پیشبرد مطالعه در حوزه تاب آوری شد (ورنر و اسمیت^۶، ۱۹۹۲). تاب آوری یک فرآیند پویاست که به موجب آن افراد هنگام روبرو شدن با سختی، رفتارهای سازگارانه مثبتی را از خود به نمایش می‌گذارند (لاتر^۷، سیسچتی^۸، بیکر^۹، ۲۰۰۰). تاب آوری عبارت است از توانایی یا قدرت بازگشت به حالت یا موقعیت اولیه بعد از خمیده شدن، فشرده شدن یا کشیده شدن اما در اصطلاح روان شناختی توانایی بهبود سریع بعد از بیماری، افسردگی و ناخوشی است (پاترسیون^{۱۰} و بلوم^{۱۱}، ۱۹۹۶). در زمینه رفتار انسانی، تاب آوری اغلب به عنوان یک ویژگی مرتبط با منش، شخصیت و توانایی مقابله در نظر گرفته می‌شود و بر توان مندی، انعطاف پذیری، توانایی تسلط یا برگشت به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید، دلالت دارد (زرین کلک، ۱۳۸۸). کوردیچ هال^{۱۲} و پیرسون^{۱۳} (۲۰۰۵) بیان می‌دارند نیاز به این مسأله احساس می‌شود که افراد مهارت‌هایی را بیاموزند که هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌ی تاب‌آورانه-تری تفکر و سپس عمل کنند. از این‌رو، مداخله‌هایی که هدف‌شان تحت تاثیر قراردادن فرآیندهای فکری است، می‌توانند گام مهمی در ایجاد مهارت‌ها و توانایی‌های مربوط به تاب آوری باشند (کاوه، ۱۳۸۸).

-
- 1 Kabama
 - 2 Salvatore
 - 3 Garmezy
 - 4 Rutter
 - 5 Werner
 - 6 Smith
 - 7 Luthar
 - 8 Cicchetti
 - 9 Becker
 - 10 Patterson
 - 11 Blum
 - 12 Kordich Hall
 - 13 Pearson

مطالعات متعددی حاکی از افزایش مشکلات روان شناختی به ویژه نشانه های افسردگی و اضطراب در بین بیماران قلبی مبتلا به بیماری کرونری قلب CHD^۱ می باشد (تومبز^۲، باس^۳، فورد^۴، استوارت^۵، تسیلیدیس^۶، پاتل^۷، ۲۰۰۶، هرمان^۸ و باس^۹، ۲۰۰۷). اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، احساس درماندگی و برانگیختگی می باشد و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می شود (ساراسون^{۱۰}، ۱۹۸۷). از جمله رایج ترین مسائل روانی و عاطفی در دوران نوجوانی اضطراب است که اغلب بر کنش های عاطفی فرد اثر می گذارد. اکثر نوجوانان هنگام روبرو شدن با موقعیت های تهدید آمیز یا فشار، احساس اضطراب دارند (اکبری، ۱۳۸۹). اضطراب هیجانی است که باعث می گردد در افراد احساس دلشوره و نگرانی به وجود آید و آنان را وادار به سازش یا تغییر سازد (کامکاری، ۱۳۸۵). میزان اضطراب در بین بیماران قلبی عروقی زیاد است و در صورت عدم درمان، خطر رویداد قلبی بعدی را افزایش می دهد (فراسور^{۱۱} و لیس پرانس^{۱۲}، ۲۰۰۸. شن^{۱۳}، آویو^{۱۴}، تودارو^{۱۵}، اسپریو^{۱۶}، لورینسیا^{۱۷}، وارد^{۱۸}، ۲۰۰۸). میزان شیوع اضطراب در مطالعات گوناگون، متفاوت گزارش شده است، اما به طور کلی سطح اضطراب این بیماران

۶۰٪ بالاتر از افراد عادی است (موسر^{۱۹} دراکوپ^{۲۰}، دوریتگ^{۲۱}، ایوانگلیستا^{۲۲}، زامبروسکی^{۲۳}، چانگ^{۲۴}، ۲۰۱۰) و در مقایسه با سایر بیماران قلبی و سرطانی یا ریوی از سطوح بالاتر و بدتری از اضطراب برخوردارند. (کونستام^{۲۵}، موسر، چانگ، ۲۰۰۵). در یک مطالعه فرا تحلیل نشان داده شده است که اضطراب یک عامل خطر مستقل برای بروز CHD و مرگ قلبی است (روست^{۲۶}، مارتین جی^{۲۷}، جانگ، ۲۰۱۰).

1 Coronary Heart Disease (CHD)

2 Thombs

3 Bass

4 Ford

5 Stewart

6 Tsilidis

7 Patel

8 Herrmann

9 Buss

10 Sarasoun

11 Frasure

12 Lesperance

13 Shen

14 Avivi

15 Todaro

16 Spiro

17 Laurenceau

18 Ward

19 Moser

20 Dracup

21 Doeriting

22 Evangelista

23 Zambroski

24 Chung

25 Konestam

26 Roset

27 Martin

افسردگی بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ یکی از مهم ترین اختلالات خلق است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است (لوین^۲، ۲۰۰۷ به نقل از اکبری، ۱۳۹۰). یکی از رایج ترین ناراحتی های روانی در بین نوجوانان، افسردگی است. نوجوانان افسرده احساس ناامیدی و احساسات منفی شدید دارند. از میان اقشار مردم، نوجوانان برای دگرگونی و افسردگی مستعدتر هستند (اکبری، ۱۳۸۹). رویدادهای تنش زای زندگی در بروز افسردگی نقش دارند و همانند افسردگی، خطر CHD با تنش افزایش می یابد (سایت انجمن بیماران قلبی اروپا^۳، ۲۰۰۷). به گونه ای که بعضی از مطالعات نشان می دهند، افسردگی در بیماران CHD سه برابر شایع تر از افراد عادی است (هانس می^۴، فینک^۵، فریدنبرگ^۶، ساندرگراد^۷، اوکهاج^۸، مانک جورگنز^۹، ۲۰۰۱). افسردگی یک عامل خطر برای بروز بیماری های قلبی عروقی و افزایش شیوع و مرگ و میر در بیماران مبتلا به CHD می باشد (تایلور^{۱۰}، ۲۰۱۰). مطالعات فرا تحلیل اخیر نشان داده اند که نشانه های افسردگی با افزایش خطر رویداد قلبی در بیماران CHD مرتبط است. به گونه ای که وجود نشانه های افسردگی بعد سکتته قلبی با افزایش خطر حمله قلبی بعدی و مرگ در بیماران CHD همراه است و خطر نسبی مرگ با افزایش افسردگی بیشتر می شود (تومبس و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات نشان می دهد که افسردگی و مخصوصا افسردگی شدید می تواند بروز CHD و بدتر شدن پیش آگهی در بیماران را پیش بینی نماید (بیاضی، احدی، فتی، دانش ثانی، ۱۳۹۱). بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان هستند و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ این دسته از بیماری ها برای اولین بار در تاریخ بشریت به اولین عامل مرگ و میر و ناتوانی در دنیا تبدیل و سالانه موجب مرگ ۲۵ میلیون نفر در جهان شوند (گازیانو^{۱۱}، ۲۰۰۵). شیوع علایم افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی به ترتیب ۴۷٪ و ۶۸٪ گزارش شده است (هانسن و همکاران، ۲۰۰۱). فراوانی اختلالات اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان مبتلا به CHD نیز در حدود ۳۰-۴۰٪ گزارش شده است (کویفنگ وانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین همچنین مطالعات همه گیرشناختی همراهی اختلالات افسردگی و اضطراب را با بیماری های قلبی عروقی ثابت کرده است و عوامل خطر ساز مشترکی را از نظر ژنتیکی و محیطی برای این دو اختلال مطرح نموده است (اسچرر^{۱۳}، اکساین^۱، بوچولز^۲، استاین^۳، لیونز^۴، ۲۰۰۳). بروز بالای اضطراب و افسردگی در بیماران

1 World Health Organization (WHO)

2 Levin

3 Cardiac Society of Europe (CSE)

4 Hansen

5 Fink

6 Frydenberg

7 Sondergaard

8 Oxhøj

9 Munk-Jorgensen

10 Taylor

11 Gaziano

12 Qifeng Wang

13 Scherrer

به بیماری عروق کرونر می تواند همراه با عوارض جدی در بهبودی، افزایش مرگ و میر و پیامدهای قلبی مضر باشد (مرادیان، عبادی، یاسر، آسایی، ۱۳۹۲). امروزه در درمان اضطراب و افسردگی بیماران قلبی روش های دارویی به کار می رود که گرچه سبب کاهش اضطراب و افسردگی می شوند اما با بروز عوارض جانبی فراوانی از جمله ایجاد حملات قلبی نیز همراه هستند استفاده از روش های غیر دارویی می تواند در کاهش میزان نیاز دارویی و پیشگیری از حملات قلبی مؤثر باشد (واندر بوم^۵، ۲۰۰۷).

با توجه به موارد یاد شده کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی دارای اهمیت بسیاری است، حال باید در این پژوهش بررسی نمود که آیا آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش تاب آوری نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلب (CHD) تأثیر دارد؟

۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش

چنان چه در بیان مسئله اشاره گردید بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان هستند و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ این دسته از بیماری ها برای اولین بار در تاریخ بشریت به اولین عامل مرگ و میر و ناتوانی در دنیا تبدیل و سالانه موجب مرگ ۲۵ میلیون نفر در جهان شوند (گازیانو^{۲۰۰۵}). شیوع علائم افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی به ترتیب ۴۷٪ و ۶۸٪ گزارش شده است (هانسن و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین مطالعات همه گیر شناختی همراهی اختلالات افسردگی و اضطراب را با بیماری های قلبی عروقی ثابت کرده است و عوامل خطر ساز مشترکی را از نظر ژنتیکی و محیطی برای این دو اختلال مطرح نموده است (اسچرر و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به موارد یاد شده کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی دارای اهمیت بسیاری است. امروزه در درمان اضطراب و افسردگی بیماران قلبی روش های دارویی به کار می رود که گرچه سبب کاهش اضطراب و افسردگی می شوند اما با بروز عوارض جانبی فراوانی از جمله بروز حملات قلبی نیز همراه هستند استفاده از روش های غیر می تواند در کاهش میزان نیاز دارویی و پیشگیری از حملات قلبی، مؤثر باشد (واندر بوم، ۲۰۰۷). اهمیت، ارزش و کاربرد نتایج در وهله اول متوجه خود فرد (بیمار) می باشد که بتواند زندگی خود را کنترل کرده و به دور از هرگونه وابستگی دارویی (داروهای ضد اضطراب و افسردگی) به زندگی خود ادامه دهد و از وقوع پیشامدهای بد جلوگیری نماید. خانواده فرد نیز به لحاظ استرس و نگرانی در سطح رضایت بخشی قرار می گیرند و به آینده فرزند خود خوش بین و امیدوار می گردند. همچنین در هزینه های آنان سرمایه گذاری می

1 Xian
2 Bucholz
3 Eisen
4 Lyons
5 Vanderboom