

اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی

چکیده

زمینه: اختلال اضطراب یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی در میان بیماران قلبی است. با توجه به عوارض جانبی دارودرمانی، به کارگیری درمان‌های غیردارویی ضروری به نظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی بود.

روش‌ها: 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) شهر کرمانشاه بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. بیماران پرسش نامه‌ی اضطراب بک (Beck) را قبل از شروع مداخله و بعد از اتمام مداخله در دو نوبت پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۹ و روش آماری کوواریانس تحلیل شدند. شرکت کنندگان به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند.

یافته‌ها: تفاوت معنادار نمرات در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش (P < ۰/۰۰۱)، کاهش معناداری را نشان داد. نتایج آزمون پیگیری (P < ۰/۳۹۳) تفاوت معناداری را در پس آزمون و پیگیری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: آموزش تاب آوری اثر معناداری بر کاهش علائم اضطراب داشته است و پیگیری سه ماهه مؤید همین یافته است، بنابراین جهت کاهش اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی می‌توان از آموزش تاب آوری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، بیماری قلبی، تاب آوری

خدا مراد مؤمنی^۱، زهرا جلیلی^{۲*}، رجاء محسنی^۱، جهانگیر کریمی^۱، مژگان سعیدی^۳، سید مجتبی احمدی^۴

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. گروه توان بخشی قلب، بیمارستان امام علی (ع)، کرمانشاه، ایران.

۴. گروه روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

* **عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، بیمارستان قلب امام علی (ع).

Email: zjalili47@yahoo.com

مقدمه:

اضطراب (Anxiety) شامل احساس عدم اطمینان، احساس درماندگی و برانگیختگی می‌باشد و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود^۱. از جمله رایج ترین مسائل روانی و عاطفی در دوران نوجوانی اضطراب است که اغلب بر کنش‌های عاطفی فرد اثر می‌گذارد. اکثر نوجوانان هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های تهدید آمیز یا فشار، احساس اضطراب دارند^۲. اضطراب هیجانی است که باعث می‌گردد در افراد احساس دلشوره و نگرانی به وجود آید و آنان را وادار به سازش یا تغییر سازد^۳. میزان اضطراب در بین بیماران قلبی زیاد است و در صورت عدم درمان، خطر رویداد قلبی بعدی را افزایش می‌دهد^۴ و^۵. میزان شیوع اضطراب در مطالعات گوناگون، متفاوت گزارش شده است، اما به طور کلی سطح

اضطراب این بیماران ۶۰٪ بالاتر از افراد عادی است^۶ و در مقایسه با سایر بیماران قلبی و سرطانی یا ریوی از سطوح بالاتر و بدتری از اضطراب برخوردارند^۷. در یک مطالعه فرا تحلیل نشان داده شده است که اضطراب یک عامل خطر مستقل برای بروز حملات قلبی در بیماران قلبی و مرگ قلبی است^۸. در مدل شناختی اضطراب Beck نظر بر آن است که آن چه فرد را آماده می‌سازد که طیف وسیعی از موقعیت‌ها را تهدید کننده تعبیر کند، اعتقاد آن‌ها درباره خویش و جهان خارجی است. اعتقادات و یا فرض‌های ناکارآمد در اضطراب، کاملاً متنوع اند اما اکثر آن‌ها بر حول موضوع‌های پذیرش، کفایت، مسئولیت، کنترل و خود نشانه‌های اضطراب، دور می‌زنند. وقتی اضطراب در فرد شکل گرفت، تغییرات حاصل در توجه و رفتار، به تداوم مسئله کمک می‌کند^۹. مطالعات متعددی ارتباط بین تاب آوری

(Resilience) و اضطراب را در میان افرادی که شرایط استرس زا را تجربه می کنند، گزارش کرده اند. مکانیزم و ساختار تاب آوری در کاهش اضطراب به این صورت است که مؤلفه های اصلی تاب آوری مانند اعتماد به نفس، خوش بینی، شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس زا مانند یک ضد ضربه (حائل) عمل می کنند و اجازه بروز اضطراب را نمی دهند.^{۱۱} با ارتقای تاب آوری، فرد می تواند در برابر عوامل استرس زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن اضطراب می شود از خود مقاومت نشان داده و بر آن ها غلبه کند. تاب آوری با تعدیل و کم رنگ تر کردن عواملی چون اضطراب، بهزیستی روانی افراد را تضمین می کند.^{۱۱} Rutter و Werner تاب آوری را که از ویژگی رشدی کودکان و نوجوانان است را مورد بررسی قرار داده بودند^{۱۲} و^{۱۳}. تاب آوری یک فرآیند پویاست که به موجب آن افراد هنگام روبرو شدن با سختی، رفتارهای سازگارانة مثبتی را از خود به نمایش می گذارند.^{۱۴} 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.^{۱۵} در زمینه رفتار انسانی، تاب آوری اغلب به عنوان یک ویژگی مرتبط با منش، شخصیت و توانایی مقابله در نظر گرفته می شود و بر توان مندی، انعطاف پذیری، توانایی تسلط یا برگشت به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید، دلالت دارد.^{۱۶} Hall و همکارانش بیان می دارند نیاز به این مسأله احساس می شود که افراد مهارت هایی را بیاموزند که هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت های استرس زا به شیوه ی تاب آورانه تری تفکر و سپس عمل کنند. از این رو، مداخله هایی که هدفشان تحت تاثیر قراردادن فرآیندهای فکری است، می توانند گام مهمی در ایجاد مهارت ها و توانایی های مربوط به تاب آوری باشند.^{۱۷} دقیق ترین مطالعات جهت درمان اضطراب با استفاده از فنون شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral) بوده که به نظر می رسد هم در کوتاه مدت اثر بخش باشند و هم در دراز مدت. در رویکردهای شناختی فرض بر آن است که یک سلسله

تحریف های شناختی در بیمار وجود دارد و مستقیماً به همین ها پرداخته می شود و در رویکردهای رفتاری مستقیماً به علائم جسمی بیمار پرداخته می شود. برخی داده های اولیه حاکی از آن است که ترکیب رویکردهای شناختی و رفتاری مؤثرتر از کاربرد هر یک از آن ها به تنهایی است.^{۱۸} در مطالعات مختلف، اثر درمان های شناختی رفتاری بر اضطراب مورد بررسی قرار گرفته و نشان داده شده است که در بهبود اضطراب مؤثر است و منجر به کاهش نشانه های آن می شود. برای مثال Verker در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان های شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران قلبی و بهبود کیفیت زندگی اقدام نمود. نتایج بیانگر تأثیر این آموزش بر کاهش اضطراب بیماران قلبی داشت.^{۱۹} هاشم زاده و همکارانش در پژوهشی به بررسی اثر بخشی راهبردهای تن آرامی و توجه برگردانی در کاهش اضطراب انواع بیماران قلبی پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش تکنیک ها به طور معناداری سبب کاهش نشانه های اضطراب پنهان و آشکار بیماران می شود.^{۲۰} Fabis و همکارانش در پژوهشی به تعیین اثر بخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر اضطراب دانشجویان پرداختند، نتایج حاکی از تأثیر آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر کاهش اضطراب دانشجویان بود.^{۲۱} در مطالعات پیش گفته نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری و آموزش تاب آوری در درمان اضطراب مؤثر است اما مطالعه ای که به تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب بیماران قلبی پرداخت، وجود ندارد. همچنین امروزه در درمان اضطراب و افسردگی بیماران قلبی روش های دارویی به کار می رود که گرچه سبب کاهش اضطراب 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.^{۲۲} پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش علائم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی انجام شد.

مواد و روش ها:

طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل

برنامه آموزش مؤلفه های تاب آوری از ۱۲ جلسه رسمی تشکیل شده بود. این برنامه برگرفته از برنامه Henderson است^{۲۴}، که جهت ایجاد مدارس امن در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد. فرآیند هر جلسه متشکل از: ۱- واریسی نکات و تکالیف جلسه قبل ۲- آموزش مستقیم به روش سخنرانی ۳- بحث گروهی ۴- چالش فکری ۵- جمع بندی جلسه بود و روش هایی همچون: بارش فکری، بازی نقش، بررسی سود و زیان، قاب گیری مجدد، بازی و غیره در طول جلسات مورد استفاده قرار گرفت. در ارائه آموزش به گروه آزمایش تلاش شد تا بیماران محیط آموزشی متفاوتی را تجربه کنند. شرکت کنندگان در کارگاه آزاد بودند تا هر مسئله ای که مربوط به اهداف جلسه بود را بیان کنند. در ارائه آموزش از امکانات چند رسانه ای نظیر رایانه، دستگاه پخش فیلم و نرم افزار (پاور پوینت) استفاده شد. همچنین سعی شد محیط شاد و طنزآلودی فراهم شود، تا شوخ طبعی که یکی از مهم ترین عناصر تاب آوری است در شرکت کنندگان تقویت شود و به این نحو مشکلات را از زاویه دیگری در نظر بگیرند. در سراسر جلسات نیز مجری طرح نقش حمایت کننده و پذیرای خود را نسبت به شرکت کنندگان حفظ کرد تا محیطی محافظت کننده ای برای شرکت کنندگان فراهم شود. این برنامه هفته ای دو جلسه به شرکت کنندگان ارائه می شد. گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند.

تحلیل آماری داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام گرفت. جهت تحلیل داده ها از روش آماری کوواریانس استفاده گردید. برای تعیین برابری واریانس ها از آزمون لون استفاده شد.

یافته ها:

اطلاعات جمعیت شناختی برای معرفی شرکت کنندگان در پژوهش ضروری است. در این قسمت اطلاعاتی از قبیل تعداد، جنسیت و دامنه سنی ارائه می شود.

یافته های استنباطی شامل آزمون همگنی واریانس ها (لون) در جدول ۱، آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه در جدول ۲ و آزمون t وابسته جهت پیگیری در جدول ۳ ارایه شده است.

تمامی نوجوانان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه بود. نمونه پژوهش حاضر، ۲۰ نفر از بیماران بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) گمارده شدند. بیماران در پرسش نامه اضطراب نمره بالاتر از متوسط دریافت کردند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش طبق برنامه و به صورت دو ساعت هفتگی، گذشتن حداقل سه سال از عمل جراحی بیمار، کسب نمره بالاتر از ۲۵ در آزمون اضطراب بک، بر اساس تشخیص پزشک مبتلا به بیماری قلبی باشد، بر اساس نظر پزشک، فرد بیماری جسمانی خاصی که مانع مشارکت در برنامه شود را نداشته باشد، ساکن کرمانشاه باشد. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از اینکه بیمار بر اساس نظر پزشک، از ادامه شرکت در برنامه آموزشی معاف گردد، بیمار ساکن کرمانشاه نباشد و قادر به انجام فعالیت های روزانه خود نباشد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند

پرسش نامه اضطراب بک

Beck پرسش نامه اضطراب بک (BAI) را معرفی کرد که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. پرسش نامه اضطراب بک، یک پرسش نامه خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که گزینه ۱ صفر نمره، گزینه ۲ یک نمره، گزینه ۳ دو نمره، گزینه ۴ سه نمره، می گیرد. در صورتی که نمره بین ۰-۷ باشد هیچ اضطرابی وجود ندارد. اگر بین ۸-۱۵ باشد اضطراب خفیف وجود دارد. اگر بین ۱۶-۲۵ باشد اضطراب متوسط وجود دارد و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد نشان دهنده اضطراب شدید می باشد. کاوایانی و همکارانش روایی این پرسش نامه را ۷۲٪ و پایایی آن را ۸۳٪ به دست آورده اند^{۲۳}.

پروتکل آموزشی تاب آوری

جدول ۱. تعداد آزمودنی ها در گروه آزمایش و گواه

گروه ها	تعداد	مذکر	مؤنث	دامنه سنی
آزمایش	۱۰	۷	۳	۱۷-۲۲
گواه	۱۰	۷	۳	۱۷-۲۲

جدول ۲. نتایج حاصل از اجرای آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس ها در مقیاس اضطراب

مؤلفه	F	df1	df2	معناداری
اضطراب	۰/۵۸۸	۱	۱۸	۰/۴۵۳

جدول ۳. نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه در مقیاس اضطراب

منبع تغییر	مجموع مجذرات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش آزمون	۴۵/۱۷	۱	۴۵/۱۷	۱۴/۹۶	۰/۰۰۱
گروه	۲۰۲۲/۵۸	۱	۲۰۲۲/۵۸	۶۶۹/۸۶	۰/۰۰۱
خطا	۵۱/۳۳	۱۷	۳/۰۱		
کل	۲۲۳۶۵	۲۰			

R²(۰/۹۷۲)

جدول ۴. نتایج t وابسته برای مقایسه مجموع نمره های گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	Df	T	معناداری
اضطراب	پس آزمون	۲۱/۹۰	۲/۲۳	۱۸	۱۹/۲۱	۰/۸۴۵
پیگیری	پیگیری	۲۱/۳۰	۲/۶۶	۱۸	۱۸/۸۸	۰/۳۹۲

در جدول ۲ دیده می شود که مقدار P بیشتر از سطح معناداری است. بنابراین در سطح خطای ۰/۵ یا ۰/۱ فرض همگنی واریانس نمرات اضطراب دو گروه تأیید می شود. لذا می توان از نتایج تحلیل کوواریانس بهره گرفت. بنابراین می توان دو گروه را قبل از اعمال مداخله از لحاظ متغیر مورد بررسی مساوی در نظر گرفت. همان گونه که در جدول ۳ مشهود است، تحلیل کوواریانس در مقیاس اضطراب معنادار است. این بدان معناست که فرض

پژوهش مبنی بر تأثیر برنامه آموزش تاب آوری در کاهش علائم اضطراب تأیید شده است. بنابراین فرض اول پژوهش مبنی بر، آموزش تاب آوری در کاهش علائم اضطراب بیماران تأثیر دارد، تأیید می شود. R² بر اساس مدل تحلیل کوواریانس نشان می دهد که ۹۷ درصد از تفاوت بین میانگین نمره های پس آزمون در دو گروه گواه و آزمایش به واسطه اعمال متغیر مستقل بوده و به وسیله آن قابل تبیین است.

در جدول ۲ دیده می شود که مقدار P بیشتر از سطح معناداری است. بنابراین در سطح خطای ۰/۵ یا ۰/۱ فرض همگنی واریانس نمرات اضطراب دو گروه تأیید می شود. لذا می توان از نتایج تحلیل کوواریانس بهره گرفت. بنابراین می توان دو گروه را قبل از اعمال مداخله از لحاظ متغیر مورد بررسی مساوی در نظر گرفت.

همان گونه که در جدول ۳ مشهود است، تحلیل کوواریانس در مقیاس اضطراب معنادار است. این بدان معناست که فرض

توانایی ها و ارزش نهادن به توانایی های خود را نادیده می گیرد، اعتماد به نفس و عزت نفس دو مؤلفه مدنظر در تاب آوری به فرد کمک می کند تا با فکر و نگاهی مثبت به خود بنگرد، خود را کنترل کند و اضطراب برطرف شود^۹. همان گونه که Ellis نیز اشاره می کند، رفتار فرد بیش از آنکه به شرایط عینی بستگی داشته باشد، به روش های تعبیر و تفسیر از موقعیت ارتباط دارد^{۳۱}، تاب آوری نیز با لحاظ کردن مؤلفه های نامبرده سعی در تغییر روش تعبیر و تفسیر افراد مضطرب نسبت به خودشان و موقعیت ها دارد. در بیماران قلبی نیز که اضطراب بالایی را تجربه می کنند، این گونه آموزش ها می تواند، در رفع اضطراب مؤثر باشد.

نتیجه گیری:

جلسات آموزش تاب آوری در کاهش علائم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مؤثر بوده و می تواند به عنوان یک روش درمانی در درمان اضطراب مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت ها و پیشنهادات:

به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری دو ماه پس از پایان آموزش تاب آوری انجام شد. اجرای پروتکل توسط محقق، یکی دیگر از محدودیت ها به حساب می آید. پیشنهاد می شود بعد از اجرای برنامه به فواصل زمانی شش ماه، یک سال و دو سال مطالعات پیگیری انجام شود تا میزان ثبات در شرکت کنندگان مورد بررسی قرار گیرد؛ اجرای پروتکل، توسط فرد دیگری اجرا شود؛ اثربخشی آموزش تاب آوری با سایر روش های مداخله در بیماران قلبی، مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله مراتب سپاس گزاری خود را از پرسنل بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه، تمامی بیماران شرکت کننده، جناب آقای دکتر سیروس جلیلی مدیر محترم پژوهشی دانشکده پزشکی و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه ابراز می دارند.

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، در گروه آزمایشی اثر آموزش با گذشت زمان (۳ ماه) در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی داری نکرده است. به عبارت دیگر اثر آموزش تاب آوری در گروه آزمایشی تداوم داشته شده است.

بحث:

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بیماران شرکت کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه نسبت به قبل از انجام مداخله، کاهش معناداری در نمرات اضطراب نشان دادند. این یافته ها مطابق نظر Friedman^{۲۵}، Steinhardt^{۲۶}، Noone^{۲۷}، Caitlin^{۲۸}، Francis^{۲۹}، جعفری^{۳۰} است. تحلیل داده های پژوهشی، اثر بخشی آموزش تاب آوری را بر کاهش علائم اضطراب بیماران قلبی به اثبات رسانید. طبق دیدگاه بک، سبب شناسی اضطراب را باید در رویدادهای ذهنی آشفته جست و جو نمود. از نظر وی ماهیت اضطراب عبارت است از ارزیابی های از دست دادن، تهدید و تجاوز؛ اگر این افکار تغییر کنند، اضطراب نیز تغییر خواهد کرد. در مدل شناختی اضطراب بک نظر بر آن است که آن چه فرد را آماده می سازد که طیف وسیعی از موقعیت ها را تهدید کننده تعبیر کند، اعتقاد آن ها درباره خویشتن و جهان خارجی است. اعتقادها و یا فرض های ناکارآمد در اضطراب، کاملاً متنوع اند اما اکثر آن ها بر حول موضوع های پذیرش، کفایت، مسئولیت، کنترل و خود نشانه های اضطراب، دور می زنند. وقتی اضطراب در فرد شکل گرفت، تغییرات حاصل در توجه و رفتار، به تداوم مسئله کمک می کند در آموزش تاب آوری مؤلفه هایی مانند مسئولیت پذیری، مدیریت اضطراب، خودکارآمدی، اعتماد به نفس و عزت نفس اثر خنثی کننده ای بر اضطراب دارند. در رویکرد شناختی افکار منفی، عامل سبب ساز اضطراب هستند و هنگامی که فکر فرد مضطرب اصلاح گردد به دنبال آن رفتار فرد اصلاح می گردد و اضطراب از میان می رود. فرد مضطرب

References:

1. Müller-Pinzler L, Gazzola V, Keyser C, Sommer J, Jansen A, Frässle S, et al. Neural Pathways of Anxiety. *Neuroimage* 2015; 17. (15) 539-46.

2. Higa-Mc Millan CK, Francis SE, Rith- Najarian L, Chorpita BF. Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 18:1-23.

3. Willis TA, Gregory AM. Anxiety Disorders and Sleep in Children and Adolescents. *Sleep Med Clin* 2015; 10(2):125-131.
4. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(1):62-71.
5. Shen BJ, Avivi YE, Todaro JF, Spiro A, Laurenceau JP, Ward KD, et al. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men: The unique contribution of anxiety among psychologic factors. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 113-119.
6. Moser DK, Dracup K, Doering L, Evangelista L, Zambroski CH, Chung ML, et al. Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft. *Heart Lung* 2010; 39(5), 378-385.
7. Konstam V, Moser DK, De Jong MJ. Depression and anxiety in heart failure. *J Card Fail* 2005; 11(6):455-63.
8. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010; 29; 56(1):38-46.
9. Clark D, Steer R, Beck A. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103(4):645-654.
10. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology* 2015.
11. Connor KM, Zhang W. Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectr* 2006; 11(10 Suppl 12):5-12.
12. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993; 14(8):626-31, 690-6.
13. Werner EE. Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1996; 5 Suppl 1:47-51.
14. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71(3):543-62.
15. Patterson J, Blum RW. Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(7):692-8.
16. Haghdoost A, Abazari F, Abbaszadeh A, Dortaj Rabori E. Family and the risky behaviors of high school students. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 5; 16(10):e15931
17. Hall DK, Pearson J. Resilience-giving children the skills to bounce back. *Voices for Children*. 2003; 1-10.
18. Smirnova D, Pavlichenko A, Karpenko O, Schmeleva L, Morozov P. A synopsis of original research projects published in scientific database in the Russian Federation. *Asian J Psychiatr* 2015; 15:93-96.
19. Verkerk AJ, Vermeer AM, Smets EM, Dekker LR, Wilde AA, VAN Langen IM, et al. Quality of Life in Young Adult Patients with a Cardiogenetic Condition Receiving an ICD for Primary Prevention of Sudden Cardiac Death. *Pacing Clin Electrophysiol* 2015.
20. Hashemzadeh A, Garooci Farshi MT, Halabianloo GhR, Maleki Rad AA. The study of effectiveness of relaxation and distraction techniques training in anxiety reduction in cardiac patients. *Arak Med Univ J* 2011; 14(56): 97-105.
21. Fabis SJ. Determining the efficacy of resiliency training and conventional stress management instruction in a university student population. *University of Utah* 2005, 169.
22. Vanderboom, T. Does music reduce anxiety during invasive procedures with procedural sedation: an integrative research review? *J Radiol Nurs* 26(1): 15-22.
23. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 65(2): 136-140.
24. Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools: Making it happen for students and educators. *Corwin Press Inc* 2003; 149.
25. Friedman M, Rosenman RH. Type a behavior and your heart. *New York Knopf*. 1974.
26. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health* 2008; 56(4):445-53.
27. Noone SJ, Hastings RP. Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: pilot evaluation of an acceptance-based intervention. *J Intellect Disabil* 2009; 13(1):43-53.
28. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer*, 2011; 11(6): 364-368.
29. Keefe FJ, Shelby RA, Somers TJ, Varia I, Blazing M, Waters SJ, et al. Effects of coping skills training and sertraline in patients with non-cardiac chest pain: A

randomized controlled study. PAIN 2011; 152(4) 730-741.

30. Jafari H, Emami Zeydi A, Khani S, Esmaili R, Soleimani A. The effects of listening to preferred music

on pain intensity after open heart surgery. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17(1): 1-6.

31. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Oxford, England: Lyle Stuart 1962. 442 pp.

Efficacy of teaching resiliency on symptoms reduction on anxiety of adolescence with heart disease

Khodamorad Momeni¹, Zahra Jalili^{2*}, Raja Mohseni¹, Jahangir Karami¹, Mojgan Saeedi³, Seyed Mojtaba Ahmadi⁴

1. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

2. Department of Pediatric Cardiology, Faculty of medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3. Cardiovascular center, Imam Ali Hospital, Kermanshah, Iran.

4. Department of Clinical Psychology, Faculty of medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

***Corresponding Author:**

Kermanshah, Martyr Beheshti Blvd, Imam Ali Hospital.

Email: zjalili47@yahoo.com

Abstract

Background: Anxiety disorders are one of the most common psychiatric disorders in heart patients. Due to the side effects of medication, the use of non-drug treatments seem necessary. We aimed to determine the efficacy of resiliency training reduces anxiety symptoms in adolescents with heart disease.

Method: This quasi-experimental design and pretest - posttest - follow-up control. This study of 20 subjects (16 males and 4 females) of patients referred to Imam Ali hospital in Kermanshah were available for sampling were selected and randomly assigned into two groups. Patient's anxiety questionnaire (Beck, 1990) before the intervention and after the intervention and follow-up sessions after the test was completed. Data were analyzed using ANCOVA spss19 and statistical methods. Participants were trained in 12 sessions.

Results: The differences compared to the pre-test and post-test scores in the experimental group ($P < 0.001$), which showed a significant decrease. Test Track ($P < 0.393$) showed no significant difference in post-test and follow-up.

Conclusion: Resiliency training has significant effects on reducing anxiety symptoms and follow the same quarter has proved, so as to reduce anxiety in people with heart disease can be used for resiliency training.

Key words: anxiety, heart disease, resiliency

How to cite this article

Momeni KH, Jalili Z, Mohseni R, Karami J, Saeedi M, Ahmadi SM. Efficacy of teaching resiliency on symptoms reduction on anxiety of adolescence with heart disease. J Clin Res Paramed Sci 2015; 4(2):112-119.