

رابطه اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی عروقی کرونر شهر ارومیه

مریم آلبوشوکه^۱، فیروزه سپهریان آذر^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۳/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۴/۲۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان (راهبرد سازش یافته و راهبرد سازش نیافته) با انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی عروقی کرونر شهر ارومیه بود.

مواد و روش کار: این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران قلبی عروقی کرونر بیمارستان سیدالشهدا شهر ارومیه بود که از جامعه مذکور تعداد ۳۱۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه انگیزه تغییر رفتار در بیماران (ولیمز و همکاران، ۲۰۰۵)، پرسشنامه اضطراب سلامت (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس حمایت اجتماعی (شربورن و استوارت، ۱۹۹۱) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفلسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از رگرسیون هم‌زمان استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اضطراب سلامت و راهبرد سازش نیافته با انگیزه تغییر رفتار بیماران رابطه منفی معنادار و حمایت اجتماعی و راهبرد سازش یافته با انگیزه تغییر رفتار بیماران رابطه مثبت معنادار داشتند ($P < 0/01$). همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان راهبردهای سازش یافته با ضریب بتای ۰/۴۱ بیشترین توانایی پیش‌بینی انگیزه تغییر رفتار بیماران را دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی عروقی کرونر رابطه معنی‌دار دارند. بنابراین، پزشکان، متخصصان و درمانگران می‌توانند از یافته‌های این مطالعه جهت تسریع در روند بهبود بیماران خود بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها: تغییر رفتار، بیماران قلبی عروقی، شناختی، تنظیم هیجان، اضطراب سلامت، انگیزش

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۶۶، مرداد ۱۴۰۲، صص ۳۴۳-۳۵۳

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۹۱۴۱۴۵۱۸۸۹

Email: f.sepehrianazar@urmia.ac.ir

مقدمه

دیابت نیز عوامل خطر برای بیماری عروق کرونر قلب و پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمندی برای تغییر در میزان بیماری در بین جمعیت‌ها هستند (۵).

ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها، ضرورتی غیرقابل‌انکار برای افراد است. بنابراین، داشتن انگیزه برای تسهیل تغییر رفتار سلامت‌محور، چالشی برای بیماران است (۶). تغییر رفتار در افرادی که انگیزه‌ای برای درگیر شدن در رفتارهای مرتبط با سلامتی ندارند، از نظریه عمل دوگانه^۴ ناشی می‌شود. بر اساس این دیدگاه، رفتار توسط دو فرآیند هدایت می‌شود: توجه آگاهانه به مزایا و معایب و فرآیندهای غیرآگاهانه که خودبه‌خود و تکانشی رخ می‌دهند (۷).

بیماری عروق کرونر قلب^۳ شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در سطح جهان است (۱). در سطح جهانی، تعداد کل مرگ‌ومیرهای مرتبط با بیماری عروق کرونر قلب در سال ۲۰۱۹ به ۱۸/۵۷ میلیون نفر رسید که فشارخون، چربی خون، هیپرگلیسمی و چاقی به‌عنوان علل اصلی آن شناخته می‌شوند (۲). این بیماری می‌تواند با ژنتیک و سبک زندگی ناسالم مرتبط باشد (۳). تقریباً ۶۰-۴۰ درصد از خطرات بیماری عروق کرونر ناشی از استعداد ژنتیکی است (۴). سبک زندگی بی‌تحرک، سیگار کشیدن، مصرف بیش‌ازحد الکل، رژیم غذایی ناسالم، استرس، چاقی، کلسترول بالا، فشارخون بالا و

^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ Coronary Heart Disease (CHD)

^۴ Dual-Process Theories

معتقدند که رضایت از حمایت اجتماعی باعث کاهش اضطراب، افزایش اعتمادبه‌نفس، گسترش روابط اجتماعی شده و تنظیم رفتار می‌شود (۲۰). کاهش در سطح حمایت اجتماعی دریافت شده نیز با افزایش دفعات بستری در بیماری‌های مزمن ارتباط دارد (۲۱).

مرور متون نشان داده است که یکی عواملی که می‌تواند بر انگیزه تغییر رفتار در بیماران تأثیر بگذارد، تنظیم شناختی هیجان است (۲۲). تنظیم هیجان آگاهی و ارزیابی از حالات هیجانی انسان را در بر می‌گیرد و همچنین شامل فرایندهایی است که در درک و تأثیرگذاری بر هیجانات او نقش دارد (۲۳). در فرآیند تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد شناختی^۳ شامل اصلاح معنای شناختی نسبت داده شده به یک موقعیت است، درحالی‌که سرکوب بیانی^۴ شامل مهار یا کاهش رفتار بیانگر هیجان مداوم است (۲۴). ریمز^۵ و همکاران نشان داده‌اند که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در مقایسه با افراد سالم بیشتر تمایل به سرکوب و جلوگیری از هیجانات دارند (۲۵). احتمالاً، این می‌تواند به دلیل اعتقادات منفی بیماران در مورد پذیرش تجربه و بیان افکار و هیجانات منفی باشد (۲۶). علاوه بر این، تنظیم هیجان مطلوب باعث تعدیل ارزشیابی‌ها و واکنش‌های ذهنی فرد می‌شوند به طوری که منجر به واکنش‌های مناسب در ابعاد شناختی، انگیزشی و رفتاری می‌گردد (۲۷).

در مورد انگیزه تغییر رفتار باوجود رابطه‌ای که بین متغیرهای یادشده با انگیزه بیماران برای تغییر وجود دارد، تاکنون پژوهش‌های بسیار محدودی در ارتباط با متغیرهای موردبحث انجام شده است؛ همچنین این پژوهش درصدد است تا سهم هر یک از متغیرهای یادشده در ایجاد انگیزه تغییر رفتار در بیماران را مورد بررسی قرار دهد. پژوهش‌های انجام شده درباره انگیزه تغییر رفتار در بیماران انگشت‌شمار هستند و پژوهش در رابطه با این متغیر در خارج از ایران صورت گرفته است. وجود این دلایل بر بدیع بودن انجام این پژوهش می‌افزاید. بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین رابطه اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی عروقی کرونر شهر ارومیه انجام گرفت.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلالات عروقی کرونر بود که با تشخیص پزشک معالج در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا شهر ارومیه در بازه زمانی ۹ ماهه از پانزدهم فروردین‌ماه

بسیاری از رفتارهای ناسالم ازجمله خوردن ناسالم، سیگار کشیدن و نوشیدن الکل بیش‌ازحد با نشانه‌هایی در محیط همراه با پیامد مبتنی بر پاداش همراه است، که معمولاً توسط مسیرهای دوپامینرژیک در مغز تعیین می‌شود که به‌عنوان تقویت‌کننده‌های قوی رفتار نشان داده شده عمل می‌کند (۸). به‌این‌ترتیب، اعمال کنترل آگاهانه برای غلبه بر این روابط عصبی بین نشانه و عمل دشوار است و به منابع و انگیزه شناختی قابل‌توجهی نیاز دارد (۹). به‌طور ضمنی، افرادی که انگیزه‌ای برای درگیر شدن در رفتارهای مرتبط با سلامتی ندارند، بعید است که تغییر کنند (۱۰). در همین راستا کاهکونن^۱ و همکاران (۱۱) نشان دادند که بیمارانی که انگیزه پایینی برای انجام خودمراقبتی دارند کمتر به سبک زندگی سالم پایبند بودند.

از سوی دیگر، مشکلات هیجانی و روان‌شناختی که افراد دارای بیماری عروقی کرونر تجربه می‌کنند منجر به کاهش توانایی سازگاری این افراد شده و مشکلات زندگی را برای آن‌ها دوچندان می‌کند (۱۲). یکی از مشکلات روان‌شناختی مرتبط با هیجان و عاطفه در بیماران مبتلا به بیماری عروقی کرونر، حساسیت اضطرابی^۲ است (۱۳). حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب به دلیل اعتقاد به مضر بودن این احساسات اشاره دارد (۱۴). افراد با حساسیت اضطرابی بالا دارای ارزیابی منفی و ترس از علائم رایج اضطراب هستند، که این ترس یا ارزیابی منفی منجر به واکنش شدیدتری می‌شود و به‌نوبه خود منجر به افزایش شدت علائم اضطرابی در این افراد می‌گردد؛ به این طریق فرد گرفتار یک چرخه معیوب در تجربه علائم اضطرابی می‌شود (۱۵). بررسی‌ها نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم بیماری‌های روانی و جسمی است و ازجمله متغیرهای واسطه‌ای مهم بین تنیدگی و بیماری است (۱۶).

از طرفی یکی از عواملی که تأثیر مستقیمی بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت و تغییر سبک زندگی دارد، حمایت اجتماعی است (۱۷). منظور از حمایت اجتماعی کمک و یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی نسبت به فرد فراهم می‌شود؛ منابع حمایتی موجب می‌شود فرد احساس مراقبت، موردعلاقه بودن، عزت‌نفس، ارزشمند بودن و رضایت از زندگی داشته باشد (۱۸). مطالعات نشان داده است که افرادی که حمایت اجتماعی بالایی دارند، رفتارهای پرانرژی مانند تلاش، پشتکار و مشارکت (درگیری رفتاری)، و احساسات مثبت مانند علاقه، شور و شوق (درگیری عاطفی) از خود نشان می‌دهند (۱۹). در همین زمینه محققین

⁴ Expressive Suppression

⁵ Rimes

¹ Kähkönen

² Anxiety Sensitivity

³ Cognitive Reappraisal

۰۰/۵۹، ۰۰/۶۰ و ۰۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۱ برآورد گردید.

مقیاس حمایت اجتماعی^۶: مقیاس حمایت اجتماعی در سال ۱۹۹۱ توسط شربورن و استوارت^۷ ساخته شد (۳۱). این ابزار خود گزارشی دارای ۱۹ عبارت است که آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از هیچ‌وقت=۱ تا همیشه=۵) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین امتیاز بین مقیاس ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. نمرات بالاتر در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوب‌تری برخوردار است. پایایی بین مقیاس توسط شربورن و استوارت (۳۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. تمنائی‌فر و منصوری نیک (۳۲) نیز ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روانشناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کردند. پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۸: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در سال ۲۰۰۶ توسط گارنفسکی و کرایج^۹ (۳۳) تدوین شد و برای افراد ۱۲ سال به بالا (جمعیت بالینی و غیر بالینی) قابل استفاده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ عبارت می‌باشد که نحوه پاسخ به آن‌ها بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. در این پرسشنامه، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دودسته کلی راهبردهای سازگاران (۱۰ ماده) و راهبردهای ناسازگاران (۸ ماده) تقسیم می‌شود. نمرات بیشتر در هر راهبرد بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است. گارنفسکی و کرایج (۳۳) پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگاران، راهبردهای ناسازگاران و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. بشارت و بزازیان (۳۴) روایی محتوایی را بر اساس ضرایب توافق کندانال برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ و همسانی درونی عبارات زیرمقیاس‌های پرسشنامه برحسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

سال ۱۴۰۱ لغایت ۱۵ آذرماه سال ۱۴۰۱ بستری شده بودند. برای مشخص شدن حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد که تعداد نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص بیماری اختلال عروق کرونر قلبی توسط پزشک متخصص، عدم ابتلا به دیس ریتمی‌های تهدیدکننده حیات، نداشتن نارسایی قلبی، عدم داشتن دیگر بیماری‌های همراه^۱، سن بین ۴۰ تا ۶۵ سال و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری در روند پژوهش بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه انگیزه تغییر رفتار در بیماران، پرسشنامه اضطراب سلامت، مقیاس حمایت اجتماعی و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بود.

پرسشنامه انگیزه تغییر رفتار در بیماران^۲: این ابزار در سال ۲۰۰۵ توسط ولیامز و همکاران^۳ (۲۸) برای مطالعه انگیزه تغییر رفتار در بیماران تهیه شده است. این مقیاس ۱۲ عبارت دارد که گویه‌های آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از (کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. هرچه امتیاز به دست آمده بالاتر باشد نشان‌دهنده انگیزه بیشتری برای تغییر رفتار مطابق با دستورالعمل پزشک است. در مطالعه ولیامز و همکاران (۲۸)، همسانی درونی ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمده است. در مطالعه حاضر نیز روایی صوری و محتوایی توسط اساتید راهنما و مشاور مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب سلامت^۴: این پرسشنامه که در سال ۲۰۰۲ توسط سالکوسکیس^۵ و همکاران (۲۹) ساخته شد، یک مقیاس خودگزارشی با ۱۸ عبارت است که در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح است. نمره‌گذاری ابزار به گونه‌ای است که به گزینه‌های مطرح‌شده نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات این ابزار بین صفر تا ۵۴ قرار دارد که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است. سالکوسکیس و همکاران از هر دو روش آزمون-بازآزمون و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی ابزار استفاده نموده است که مفادیر هر یک به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز نرگسی و همکاران (۳۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری نگرانی لی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری به ترتیب

⁶ Social support (MOS)

⁷ Sherbourne & Stewart

⁸ Cognitive emotion regulation questionnaire

⁹ Garnefski, Kraaij

¹ Comorbidities

² Behavior Change Motivation Questionnaire in Patients

³ Williams, Gagné, Mushlin & Deci

⁴ Health Anxiety Inventory

⁵ Salkovskis

همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده نمود. سطح معنی‌داری برای تحلیل داده‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش مشخص گردید ۸/۹ درصد شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۵/۵ درصد در محدوده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۵/۶ درصد نیز در محدوده سنی ۵۰ تا ۶۰ سال بودند. از ۳۱۳ نفر شرکت‌کننده مطالعه، ۶۴/۹ درصد مرد (۲۰۳ نفر) و ۶۹/۳ درصد (۲۱۷ نفر) نیز متأهل بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

پژوهشگر بعد از اخذ مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه ارومیه، به‌منظور انجام مطالعه در مرکز آموزشی درمانی حاضر شد و علت و هدف مطالعه برای بیماران شرح داده شد، و نیز به آن‌ها اطلاع داده شد که حضورشان در این مطالعه کاملاً اختیاری بوده و هیچ اعمال فشاری برای آن‌ها وجود ندارد. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها بی‌نام و کدگذاری شده در میان نمونه‌ها توزیع شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام انجام گردید. نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز آزمون چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که اگر قدر مطلق چولگی و کشیدگی برای متغیری در محدوده ۲ و -۲ باشد، توزیع نرمال بوده و لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند ضریب

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اضطراب سلامت	۳۰/۸۵	۵/۸۵
حمایت اجتماعی	۸۰/۳۷	۶/۰۲
تنظیم شناختی هیجان	۳۲/۴۶	۳/۵۲
	۲۲/۴۷	۲/۶۳
انگیزه تغییر رفتار	۴۷/۳۷	۳/۷۹

الگوی روابط متغیرها با ماتریس همبستگی برای بررسی رابطه بین اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان و انگیزه تغییر رفتار ارائه شده است.

برای بررسی رابطه اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی-عروقی کرونر از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. در جدول ۲،

جدول (۲): ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	اضطراب سلامت	حمایت اجتماعی	راهبردهای سازش یافته	راهبردهای سازش نایافته	انگیزه تغییر رفتار
اضطراب سلامت	۱				
حمایت اجتماعی	-۰/۳۵**	۱			
راهبردهای سازش یافته	-۰/۲۶**	۰/۲۰**	۱		
راهبردهای سازش نایافته	۰/۲۳**	-۰/۲۱**	-۰/۲۹**	۱	
انگیزه تغییر رفتار	-۰/۲۶**	۰/۳۳**	۰/۴۱**	-۰/۳۰**	۱

$P < 0.01 = **$

حمایت اجتماعی (۰/۳۳) و راهبرد سازش یافته (۰/۴۱) رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0.01$).

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر فرض شده است تمامی متغیرهای اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده جدول ۲ بین انگیزه تغییر رفتار با اضطراب سلامت (-۰/۲۶) و راهبرد سازش نایافته (-۰/۳۰**) رابطه منفی معنادار وجود دارد ($P < 0.01$) و بین انگیزه تغییر رفتار با

واتسن^۱ استفاده شده است. با توجه به اینکه مقدار ۱/۸ به دست آمده و سطح معنی داری ۰/۰۵ است، فرض استقلال باقیمانده‌ها نیز پذیرفته می‌شود. بنابراین می‌توان گفت مدل برازش داده شده، مدل مناسبی است. مقدار ۱/۸ درصدی انگیزه تغییر رفتار بیماران توسط متغیرهای پیش‌بین مورد مطالعه نشانگر آن است که عوامل دیگری نیز در پیش‌بینی انگیزه رفتار در بیماران قلبی وجود دارد که در این مطالعه بررسی نشده است.

هیجان به صورت معنی داری توانایی پیش‌بینی انگیزه تغییر رفتار را دارند، استفاده از رگرسیون هم‌زمان به رگرسیون گام به گام ارجحیت دارد. بنابراین، برای پیش‌بینی انگیزه تغییر رفتار بیماران از روی اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان، از آزمون رگرسیون هم‌زمان استفاده شد. در جدول ۳ ضرایب تعیین تعدیل‌شده‌ی یک متغیر مستقل پذیرفته شده در پیش‌بینی متغیر وابسته آمده است. همچنین برای آزمون استقلال از آماره دوربین

جدول (۳): خلاصه‌ی ضرایب به دست آمده از رگرسیون هم‌زمان

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۴۲۸	۰/۱۸۳	۰/۱۷۹	۳/۷۴

تنظیم شناختی هیجان) توانایی پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی انگیزه تغییر رفتار را دارند.

در جدول ۴ میزان تحلیل واریانس به دست آمده و مقدار F (۳/۷۲۳) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت متغیرهای پیش‌بین (اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی،

جدول (۴): خلاصه‌ی ضرایب به دست آمده از آنوا

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره‌ی F	معناداری
۱ رگرسیون	۱۵۶/۹۳۵	۳	۵۲/۳۱۲	۳/۷۲۳	۰/۰۱۲
باقی‌مانده	۴۳۴۲/۰۷۵	۳۰۹	۱۴/۰۵۲		

رگرسیون از تورم پایینی برخوردار است. در ادامه نتایج رگرسیون Enter نشان می‌دهد که راهبردهای سازش یافته با ضریب بتای $\beta=0/41$ بیشترین توانایی پیش‌بینی انگیزه تغییر رفتار بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر را دارد. متغیرهای حمایت اجتماعی $\beta=0/31$ ، راهبردهای سازش نایافته $\beta=0/28$ و اضطراب سلامتی $\beta=0/16$ نیز در رده‌های بعدی توانایی پیش‌بینی قرار دارند.

در جدول ۵ علاوه بر ضرایب رگرسیونی، نتایج مربوط به آماره‌های تولرانس (Tolerance) و عامل تورم واریانس (VIF) گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود مقدار تولرانس‌ها نزدیک به ۱ و بیشتر از ۰/۵ است، همچنین حداکثر مقدار عامل تورم واریانس (VIF) در جدول ۱/۰۰۱ است که فاصله زیادی با عدد ۲ دارد. بنابراین از طریق این دو شاخص می‌توان گفت میزان هم‌خطی بین متغیرهای مستقل کم است و خطای استاندارد ضرایب

جدول (۵): خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان

متغیرها	ضریب غیراستاندارد		T	Sig.	Tolerance	VIF
	B	خطای معیار				
(ثابت)	۳۷/۹۷	۲/۶۴۱	۱۰/۴۳	<۰/۰۰۱		
اضطراب سلامتی	۰/۰۸۸	۰/۰۳۱	۲/۸۴	۰/۰۴۰	۱	۱
حمایت اجتماعی	۲/۲۵۲	۰/۳۹۰	۵/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱/۰۰۱
راهبردهای سازش یافته	۳/۰۰۶	۰/۴۳۲	۶/۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱/۰۰۱
راهبردهای سازش نایافته	۲/۱۴۶	۰/۳۲۰	۴/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱/۰۰۱

^۱. Durbin-Watson

بحث و نتیجه‌گیری

وجود دارد. یعنی کاهش در سطح حمایت اجتماعی دریافت شده با افزایش دفعات بستری در بیماری‌های مزمن ارتباط دارد (۴۴)، به‌عبارت‌دیگر زمانی که بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند، این انگیزه در آن‌ها به وجود نمی‌آید که بتوانند تغییری در رفتارهایی که به افزایش سلامتی آن‌ها منجر می‌شود، ایجاد نمایند (۴۰). از سویی دیگر بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر برای مشارکت در فعالیت‌های روزمره و اجتماعی‌ن‌یاز به عاملی جهت انگیزه دادن به خود دارند که این امر از طریق حمایت اجتماعی شدنی است (۴۲). همچنین احتمالاً بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر با حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان فردی پایین، در رویارویی با رخدادهای فشارآور زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند، یعنی متغیر حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش حمایت‌کننده از این افراد باعث افزایش انگیزه در این بیماران شده و با تأثیر بسزایی که روی انگیزه دارد، باعث تقویت شناخت افراد و کاهش تنش تجربه‌شده و به تبع آن موجب بهبود وضعیت انگیزشی این بیماران می‌شود (۴۳).

درنهایت پژوهش حاضر نشان داد که راهبرد سازش نیافته تنظیم هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران رابطه منفی معنادار و راهبرد سازش یافته تنظیم هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران رابطه مثبت معنادار داشت. همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان راهبردهای سازش یافته بیشترین توانایی پیش‌بینی‌کنندگی انگیزه تغییر رفتار بیماران را داشت. این نتیجه با یافته‌های برخی از مطالعات همچون هانکوویچ^۸ و همکاران (۴۵)، تامیر و میلیگرام^۹ (۴۶)، مسمان-مور^{۱۰} و همکاران (۴۷)، محمدی و همکاران (۴۸)، و شهبازی‌راد و محمدی (۴۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنارآمدن با تجارب هیجانی خود هستند به‌احتمال بیشتر، هنگامی که می‌خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند، درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند یا احساسات خود را سرکوب کرده و نادیده می‌گیرند (۴۸). از سوی دیگر این افراد با درک کمتری که از هیجانات خود دارند، مشکلات خود را بیشتر درونی می‌کنند. به‌علاوه افرادی که با هیجانات خود سازگار نیستند یا راهی برای ابراز آن ندارند، احتمالاً منابع محدودتری برای غلبه بر احساسات منفی خود دارند و قادر به تنظیم و تغییر رفتار خود نیستند. درنتیجه برای تسکین هیجانات منفی خود، اقدام به رفتارهای پرخطر می‌کنند (۴۷). ابعاد و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان موجب می‌شوند تا

پژوهش حاضر باهدف تعیین رابطه تنظیم شناختی هیجان، اضطراب سلامت و حمایت اجتماعی با انگیزه تغییر رفتار بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر شهر ارومیه انجام گرفت. نتایج نشان داد که اضطراب سلامت با انگیزه تغییر رفتار بیماران رابطه منفی معنادار دارد. این یافته تا حدی با نتایج پژوهش‌های مارکر و نورتون^۱ (۳۵)، وو^۲ و همکاران (۳۶)؛ فرگوس و همکاران^۳ (۳۷)، سیاه تیری و همکاران (۳۸)، و آقاجانی و همکاران (۳۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که برخی افرادی به علت اضطراب و نگرانی در مورد سلامتی خود به انکار بیماری روی آورده، در برابر تغییر سبک زندگی خود مقاومت نشان داده و به این طریق می‌خواهند به خود آرامش دهند که مشکلی ندارند (۳۵). همچنین از آنجایی که اضطراب، به‌عنوان یک عامل بازدارنده در اعمال و رفتارهای فرد می‌باشد. بنابراین، افراد مضطرب ممکن است علیرغم داشتن توانایی برای انجام کار به دلیل این ویژگی تلاش لازم برای انجام کار خود را به عمل نیاورند (۳۷). از سوی دیگر، بیمارانی که بیشتر وقت خود را با نگرانی درباره سلامتی خود می‌گذرانند و افکار مربوط به بیماری در آن‌ها آن قدر قوی است که دیگر سعی نمی‌کنند جلوی آن را بگیرند، در برابر مشکلات به‌راحتی تسلیم شده و احساس ناپمنی می‌کنند. آن‌ها شرایط زندگی و شرایط مالی خود را نامطلوب دانسته و نگران‌اند که نتوانند به‌موقع شرایط مناسبی را در زندگی به دست آورند. چنین فشارهایی باعث می‌شود فرد در زندگی احساس خستگی کرده و به لحاظ روانی و جسمی احساس نماید که انرژی برای ادامه دادن ندارد و به تبع آن انگیزه‌ای برای تغییر زندگی خود نیز نداشته باشد (۳۸). به‌طور خلاصه افراد با اضطراب سلامتی بالا مستعد تفسیر اشتباه احساسات بی‌ضرر بدن و تغییرات به‌عنوان شواهد آلوده بودن آن‌ها هستند. این امر به‌نوبه خود اضطراب آن‌ها را افزایش داده و بر توانایی آن‌ها در تصمیم‌گیری منطقی و در نتیجه انگیزه‌شان برای تغییر رفتار تأثیر می‌گذارد (۳۹).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی با انگیزه تغییر رفتار بیماران رابطه مثبت معنادار دارد. این نتیجه تا حدی با مطالعات هسلر^۴ و همکاران (۴۰)، مارتو^۵ و همکاران (۴۱)، سکیرا^۶ و همکاران (۴۲)، لگلو^۷ و همکاران (۴۳)، و چراغی و همکاران (۴۴) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان اذعان داشت که با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، بین کاهش حمایت اجتماعی و پیش‌آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر ارتباط مشخصی

6 - Sakakibara

7 - Legler

8 - Hatkevich

9 - Tamir, M, Millgram

10 - Messman-Moore

1 - Marker, Norton

2 - Wu

3 - Fergus

4 - Hessler

5 - Marteau

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان با انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی عروقی کرونر رابطه معنی دار دارند. علاوه بر این راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان بیشترین توانایی پیش‌بینی انگیزه تغییر رفتار بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر را دارد و متغیرهای حمایت اجتماعی، راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان و اضطراب سلامتی نیز در رده‌های بعدی توانایی پیش‌بینی قرار دارند.

با توجه به تأثیرپذیری انگیزه تغییر رفتار بیماران قلبی عروقی کرونر از اضطراب سلامت، حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان، پزشکان، متخصصان و درمانگران می‌توانند از یافته‌های این مطالعه جهت تسریع در روند بهبود بیماران خود بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه ارومیه در رشته روان‌شناسی با کد اخلاق IR.URMIA.REC.1398.006 است. بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

شخص نسبت به افکار خود با شناخت و آگاهی بیشتری برخورد کند، نگاه مثبت‌تری به مسائل و موضوعات داشته باشد و هیجانات منفی کمتری تجربه کند. افراد زمانی که با شناخت و آگاهی کامل روی افکارشان، راهبردهای مثبت را به کار می‌گیرند با شناخت هیجانی صحیح به دنبال جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی هستند (۴۵). از سوی دیگر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با مشارکت فرد در یافتن راه‌حل برای مسئله باعث انسجام و وحدت فکری در اشخاص شده، زمینه را برای شناخت منابع اضطراب‌زا فراهم ساخته و موجب افزایش بهداشت روانی و درنهایت تغییر رفتار فرد می‌شود (۴۹).

پژوهش حاضر علی‌رغم داشتن یافته‌های ارزشمند، با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش استفاده از ابزار خودگزارشی و همچنین محدوده جغرافیایی خاص بود. لذا مقتضی است در تعمیم نتایج، جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی انگیزه تغییر رفتار را در زنان و مردان مبتلا به اختلالات قلبی عروقی با هم مقایسه کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های گوناگونی در ارتباط با ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران قلبی- عروقی برگزار گردد تا این افراد با آگاهی بیشتری نسبت به ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار اقدام کنند.

References:

1. Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2023;44(6):452-69.
2. Ma X, Wang Q, Liu C, Liu J, Luo G, He L, et al. Regulation of phospholipid peroxidation signaling by a traditional Chinese medicine formula for coronary heart disease. *Phytomedicine* 2023;114:154749.
3. Ghaemian A, Nabati M, Saeedi M, Kheradmand M, Moosazadeh M. Prevalence of self-reported coronary heart disease and its associated risk factors in Tabari cohort population. *BMC Cardiovasc Disord* 2020; 20(1):1-10.
4. Rafiq M, Dandare A, Javed A, Liaquat A, Raja AA, Awan HM, et al. Competing Endogenous RNA Regulatory Networks of hsa_circ_0126672 in Pathophysiology of Coronary Heart Disease. *Genes* 2023;14(3):550-69.
5. Bhatti JS, Sehrawat A, Mishra J, Sidhu IS, Navik U, Khullar N, et al. Oxidative stress in the pathophysiology of type 2 diabetes and related complications: Current therapeutics strategies and future perspectives. *Free Radic Biol Med* 2022;184(1):114-34.
6. Pollard R, Kennedy CE, Hutton HE, Mulamba J, Mbabali I, Anok A, et al. HIV prevention and treatment behavior change and the situated information motivation behavioral skills (sIMB) Model: a qualitative evaluation of a community health worker intervention in Rakai, Uganda. *AIDS Behav* 2022;26(6):1-10.
7. Li X, Yang S, Wang Y, Yang B, Zhang J. Effects of a transtheoretical model based intervention and motivational interviewing on the management of depression in hospitalized patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *BMC Pub Health* 2020;20(1):1-2.

8. Rebar AL, Loftus AM, Hagger MS. Cognitive control and the non-conscious regulation of health behavior. *Front Hum Neurosci* 2015;9:122.
9. Loftus AM, Yalcin O, Baughman FD, Vanman EJ, Hagger MS. The impact of transcranial direct current stimulation on inhibitory control in young adults. *Brain Behav* 2015;5(5):e00332.
10. Hardecastle SJ, Hancox J, Hattar A, Maxwell-Smith C, Thøgersen-Ntoumani C, Hagger MS. Motivating the unmotivated: how can health behavior be changed in those unwilling to change? *Front Psych* 2015;1(6):835-39.
11. Kähkönen O, Kankkunen P, Saaranen T, Miettinen H, Kyngäs H, Lamidi ML. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *J Adv Nurs* 2015;71(10):2364-73.
12. Cheng MY, Zhang RX, Wang MJ, Chang MY. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and coronary heart disease: an empirical examination of heart rate variability and coronary stenosis. *Psych Health* 2022;37(2):230-45.
13. Zargar F, Kavooosi M. Comparing anxiety sensitivity and metacognition beliefs in patients with irritable bowel syndrome and coronary heart diseases; a case-control study. *Arch Psych Psychother* 2021;23(2):53-60.
14. Allan NP, Gorka SM, Saulnier KG, Bryan CJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: transdiagnostic risk factors for anxiety as targets to reduce risk of suicide. *Curr Psych Rep* 2023; 25(4):139-47.
15. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *J Anxiety Disord* 2012;26(3):401-8.
16. Gázquez Linares JJ, Molero Jurado MD, Pérez-Fuentes MD, Martos Martínez Á, Simón Márquez MD. Mediating Role of Emotional Intelligence in the Relationship between Anxiety Sensitivity and Academic Burnout in Adolescents. *Int J Env Res Pub Health* 2023;20(1):572.
17. Hosseinalipour SA, Mohammadbeigi A, Rahbar A, Mohebi S. The Impact of Educational Intervention Based on Extended Health Belief Model with Social Support on Promoting Self-care Behaviors in Patients with Smear Positive Pulmonary TB. *Qom Univ Med Sci J* 2021;15(5):312-21. (Persian)
18. Latifi Z, Kiani M, Yousefi Z. The Structural Equation Modeling of the Older People's Life Expectancy Based on the Anxiety Sensitivity, Social Support, and Pain Perception. *Salmand: Iran J Ageing*. 2019;14(2):188-99. (Persian)
19. Ramazāni, M., Khāmesan, A., Rāstgoumoghadam, M. The relationship between the perceived social support from teacher and academic engagement: The mediating role of academic self-regulation. *Edu Innov* 2019;17(4):107-124. (Persian)
20. Kato Y, Kojima A, Hu C. Relationships Between IKIGAI Well-Being and Motivation for Autonomous Regulation of Eating and Exercise for Health—Included the Relevance Between Sense of Coherence and Social Support. *Int J Behav Med* 2023;30(3):376-87.
21. Jalaei T, Astanegi S, Rahmati M, Salari N. The survey of perceived social support status and its relation to fear and anxiety of CABG candidate patient's in Imam Ali's hospital of Kermanshah. *Nurs Midwifery J* 2018;16(5):354-63. (Persian)
22. Wang X, Zhou X, Dai Q, Ji B, Feng Z. The role of motivation in cognitive reappraisal for depressed Patients. *Front Human Neurosci* 2017;11:516-28.
23. Thümmeler R, Engel EM, Bartz J. Strengthening Emotional Development and Emotion Regulation in Childhood—As a Key Task in Early Childhood Education. *International J Env Res Pub Health* 2022;19(7):3978.
24. Gullo S, Gelo OC, Bassi G, Lo Coco G, Lagetto G, Esposito G, et al. The role of emotion regulation and

- intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Curr Psych* 2022;10(1):1-2.
25. Rimes KA, Ashcroft J, Bryan L, Chalder T. Emotional suppression in chronic fatigue syndrome: Experimental study. *Health Psych* 2016;35(9):979.
 26. Rimes KA, Chalder T. The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *J Psychosom Res* 2010;68(3):285-92.
 27. Sajjadi MS, Askarizadeh Gh. Role of Mindfulness and Cognitive Emotion Regulation Strategies on Predicting the Psychological Symptoms of Medical Students. *Edu Strat Med Sci* 2015;8(5):301-8. (Persian)
 28. Williams GC, Gagné M, Mushlin AI, Deci EL. Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health Edu* 2005;105(4):304-21.
 29. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psych Med* 2002;32(5):843-53.
 30. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaei Sharif A. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Q Edu Measur* 2017;7(27):147-60. (Persian)
 31. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32(6):705-14.
 32. Tamannaifar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university student's academic performance. *Q J Res Plann Higher Edu* 2023;20(1):149-66. (Persian)
 33. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Differ* 2006;41(6):1045-53.
 34. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Adv Nurs Midwifery* 2014;24(84):61-70. (Persian)
 35. Marker I, Norton PJ. Intermittent motivational interviewing and transdiagnostic CBT for anxiety: A case study. *Clin Case Stud* 2019;18(4):300-18.
 36. Wu Q, Slesnick N, Zhang J. Understanding the role of emotion-oriented coping in women's motivation for change. *J Subst Abuse Treat* 2018; 86(1):1-8.
 37. Fergus TA, Griggs JO, Cunningham SC, Kelley LP. Health anxiety and medical utilization: The moderating effect of age among patients in primary care. *J Anx Disord* 2017; 51(1):79-85.
 38. Siahitiri N, Ghanbary Panah A, Hassani F, Mardani-Rad M. The role of psychological hardiness in a causal model of job burnout based on health anxiety, work-family conflict, and tolerance of ambiguity: The case of the Iranian Offshore Oil Company. *Strat Stud Oil Energ Indust* 2023;14(55):137-52. (Persian)
 39. Aghajani S, Porzoor P, Ahmadi S. The role of Risk Perception and Social isolation in predicting Covid-19 Anxiety mediated by Health Anxiety in students. *J Health Care* 2021;23(1):7-19. (Persian)
 40. Hessler DM, Fisher L, Polonsky WH, Bowyer V, Potter M. Motivation and attitudes toward changing health (MATCH): a new patient-reported measure to inform clinical conversations. *J Diab Complic* 2018;32(7):665-9.
 41. Marteau TM, White M, Rutter H, Petticrew M, Mytton OT, McGowan JG, et al. Increasing healthy life expectancy equitably in England by 5 years by 2035: could it be achieved? *Lancet* 2019; 393(10191):2571-3.
 42. Sakakibara BM, Chakrabarti S, Krahn A, Mackay MH, Sedlak T, Singer J, et al. Delivery of peer support through a self-management mhealth intervention (healing circles) in patients with cardiovascular disease: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc* 2019;8(1):e12322.

43. Legler SR, Beale EE, Celano CM, Beach SR, Healy BC, Huffman JC. State gratitude for one's life and health after an acute coronary syndrome: Prospective associations with physical activity, medical adherence and re-hospitalizations. *J Positive Psych* 2019;14(3):283-91.
44. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure. *Iran J Nurs* 2012; 25 (75):21-31. (Persian)
45. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psych Res* 2019;271:230-8.
46. Tamir M, Millgram Y. Motivated emotion regulation: Principles, lessons, and implications of a motivational analysis of emotion regulation. *Adv Motiv Sci* 2017;4(1): 207-47.
47. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Neglect* 2010;34(12):967-76.
48. Mohammadi L, Tanha Z, Rahmani S. Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and High-risk Behaviors by Mediating Perceived Social Support. *J Modern Psych Res* 2015;10(39):161-87. (Persian)
49. Shahbazirad A, Mohammadi F. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Irrational Thoughts in Predicting Suicidal Thoughts in Women with Substance-Dependent Spouses. *Etiadpajohi* 2021;15(61):167-80. (Persian)

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH ANXIETY, SOCIAL SUPPORT, AND COGNITIVE EMOTION REGULATION WITH THE MOTIVATION TO CHANGE THE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE IN URMIA CITY, IRAN

Maryam Albushoke¹, Firouzeh Sepehrianazar²

Received: 08 June, 2023; Accepted: 15 August, 2023

Abstract

Background & Aims: This study aimed to investigate the relationship between health anxiety, social support, cognitive emotion regulation strategies (or cognitive adaptive strategies), and the health behavior motivation of coronary heart patients in Urmia City.

Materials & Methods: This research was a descriptive correlational study. The study population included all coronary heart patients in Seyyed al-Shohada University Hospital in Urmia City. Three hundred thirteen patients were selected using the convenience sampling method. The data gathering instrument consisted of the Health Behavior Motivation Scale (HBMS) (Williams et al., 2005), the Health Anxiety Inventory (Salkoskis et al., 2002), the Social Support Scale (Sherburn and Stewart, 1991), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski and Kraij, 2006). The data were analyzed using simultaneous regression model.

Results: The results showed that health anxiety and nonadaptive strategy had a significant negative relationship with patient motivation for changing behavior, while social support and adaptive strategy had a significant positive relationship with patient motivation for changing the behavior ($P < 0.01$). Furthermore, the results of simultaneous regression analysis indicated that the adaptive strategies with a beta coefficient $\beta = 0.41$ have the highest ability to predict patient motivation for changing the behavior.

Conclusion: Based on the results of this study, health anxiety, social support, and cognitive emotion regulation have a significant relationship with the motivation to change the behavior of coronary heart and vascular patients. Thus, physicians, specialists, and therapists can use this study's findings to accelerate their patients' recovery.

Keywords: Behavior Change, Cardiovascular Patients, Cognitive, Emotion Regulation, Health Anxiety, Motivation

Address: Department of Psychology, Urmia University

Tel: +989141451889

Email: f.sepehrianazar@urmia.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ M.A in General Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

² Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran (Corresponding Author)