

پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس باور خودکارآمدی، ادراک بیماری و تنظیم هیجان در مبتلایان به لوپوس سیستمیک

سیده فرزانه طباطبایی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

علیرضا شکرگزار

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسؤل)

گلنوش احمدی

استادیار گروه مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Prediction of health-related quality of life based on self-efficacy belief, disease perception and emotion regulation in patients with systemic lupus Erythematosus

Seyedah Farzaneh Tabatabai,

Master of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Alireza Shokrgozar* (Responsible author of the article)

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Golnoush Ahmadi

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

This research was conducted with the aim of predicting health-related quality of life based on self-efficacy belief, disease perception and emotion regulation in patients with Systemic Lupus Erythematosus. The research was descriptive-cross-sectional and correlational. The statistical population of the study included all patients with systemic lupus referred to the rheumatology clinic of Karaj city hospitals (Shahed Rajaei and Aram) in 1402, from which 150 people were selected by targeted sampling. Data collection with general self-efficacy questionnaire (Sherer and Maddox, 1982), illness perception questionnaire (Broadbent et al., 2006), emotion regulation questionnaire (Gross, J.J. and John, O.P. 2003) and related quality of life questionnaire did with health (Weir and Sherborne, 1992). Data analysis was done with descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and multiple regression with SPSS-v26. The findings showed that there is a positive and significant correlation between the total self-efficacy belief score ($r=0.514$ and $P<0.05$) and each of its components with health-related quality of life in patients with systemic lupus Erythematosus.

This relationship between the total score of emotion regulation ($r=0.617$ and $P<0.05$) and disease perception ($r=0.412$ and $P<0.05$) and each of their components related to the quality of life was also significant in patients with systemic lupus Erythematosus. Also, the coefficients of the regression analysis showed that among the components of the predictor variables, respectively, the highest and the lowest power in explaining the variance of the health-related quality of life scores related to the symptom recognition component ($\beta=0.281$ and $\beta=0.005$ P) and the outcome perception component ($\beta=0.109$ and $P=0.022$).

Key words: disease perception, self-efficacy belief, emotion regulation, quality of life, systemic lupus Erythematosus disease

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس باور خودکارآمدی، ادراک بیماری و تنظیم هیجان در مبتلایان به لوپوس سیستمیک انجام شد. پژوهش توصیفی-مقطعی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان‌های شهر کرج (شهید رجایی و آرام) سال ۱۴۰۲ بود، که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شد. گردآوری داده‌ها با پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲)، پرسش‌نامه ادراک بیماری (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسش‌نامه تنظیم هیجان (گروس و جان، ۲۰۰۳) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (ویر و شربورن، ۱۹۹۲) انجام داد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با SPSS-۷۲۶ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین نمره کل باور خودکارآمدی ($r=0/514$ و $P<0/05$) و هر یک از مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به لوپوس سیستمیک همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. این رابطه بین نمره کل تنظیم هیجان ($r=0/617$ و $P<0/05$) و ادراک بیماری ($r=0/412$ و $P<0/05$) و هر یک از مؤلفه‌های آن‌ها کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به لوپوس سیستمیک نیز معنادار بود. همچنین، ضرایب تحلیل رگرسیونی نشان داد که در میان مؤلفه‌های متغیرهای پیش بین به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین قدرت را در تبیین واریانس نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مربوط به مؤلفه شناخت علائم ($\beta=0/281$ و $P=0/005$) و مؤلفه ادراک پیامد ($\beta=0/109$ و $P=0/022$) داشته است.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، باور خودکارآمدی، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، بیماری لوپوس سیستمیک

مقدمه

لوپوس سیستمیک یک اختلال خودایمنی با علت ناشناخته است که چندین دستگاه عضوی را درگیر نموده و با تولید و رسوب اتوانتی بادی‌ها و کمپلکس‌های ایمنی پاتوژن در بافت‌ها و سلول‌ها سبب آسیب بافتی می‌گردد (فابوری، وان ولنهون، کالیونیان و همکاران، ۲۰۲۲؛ لازار و کالبرگ، ۲۰۲۲). در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های کمپلکس ایمنی در کشورهای توسعه یافته بوده و شیوع آن در جوامع غربی ۲۲/۷ نفر در سال به ازای هر یکصد هزار نفر می‌باشد (ایزمیرلی، کیم، سامانویس و همکاران، ۲۰۲۲). در ایران نیز براساس مطالعه بزرگ بررسی جامع‌نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام شده، شیوع لوپوس سیستمیک در ایران ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (به نقل از نظری باغنی، براتی‌مقدم، داورنیا و داورنیا، ۱۳۹۹). در حال حاضر یکی از پیامدهای مهم مورد سنجش در مبتلایان به لوپوس سیستمیک، کیفیت زندگی است به این جهت که مرگ‌ومیر این بیماران در دهه‌های اخیر کاهش یافته است و علت آن مدیریت بهتر با درمان دارویی و تشخیص و مداخله زودهنگام بوده است (گومز و پارودایس، ۲۰۲۲). از طرفی این بیماران وضعیت عملکردی ضعیف‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند و اثرات خاصی از بیماری مانند فعالیت بیماری، درگیری قلبی و کلیوی و فیبرومیالژیا بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (پیر-سئونا، آگاپیتو-ویرا، گامبوا-گاردنیس و همکاران، ۲۰۲۲). حفظ کیفیت زندگی صرف‌نظر از عوامل اجتماعی از قبیل وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سایر عوامل دموگرافیک یک هدف جهانی در مدیریت بیماری‌های مزمن است (وانگ، لی، کانا و همکاران، ۲۰۲۲).

در واقع مطالعات موجود بر اثر منفی بیماری لوپوس سیستمیک بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اتفاق نظر دارند. آن‌ها نشان داده‌اند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین یکی از پیش‌بین‌های مهم نتایج درمان است که می‌تواند عوارض شدیدتر و مرگ‌ومیر بیشتر ناشی از این بیماری را به دنبال داشته باشد و همچنین، باعث کاهش سلامت بیمار در حوزه‌های جسمانی، روان‌شناختی، محیطی و اجتماعی شود (کالوب و لیوگن، ۲۰۲۲؛ الفانت، تانای، استاگنرو و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین بررسی روابط بین عوامل روان‌شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند دانش نظری و بالینی را برای بهبود مراقبت از بیماران مزمن افزایش دهد (کالوب و لیوگن، ۲۰۲۲).

ارائه دهندگان خدمات سلامت نیز معتقدند که مجموعه‌ای از عوامل قابل اصلاح و غیرقابل اصلاح در حوزه سلامت وجود دارد که شامل عوامل روان‌شناختی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی، جسمی و همچنین، ویژگی‌ها و رفتارهای فردی است (نلسون، گیسون، ویلاکیس-نانز و همکاران، ۲۰۲۲). یافته‌های نگیون و همکاران (۲۰۲۲) حاکی از این بود که یکی از عوامل تعیین‌کننده روان‌شناختی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن، باور خودکارآمدی است که در سال‌های اخیر توجه زیادی به آن شده است. در این راستا، شواهد علمی نشان می‌دهد که باور خودکارآمدی نقش مؤثری بر شروع، حفظ و تداوم رفتارهای بهداشتی و آسیب‌شناسی رفتاری در بیماران مزمن دارد (سندرسون، ۲۰۱۳؛ ترجمه جمهری، مسچی، سوداگر و همکاران، ۱۳۹۹)، و می‌تواند برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن و در این میان لوپوس سیستمیک نیز قابل توجه باشد (بار، کلسی، ماسوارانتن و همکاران، ۲۰۲۲).

خودکارآمدی به عنوان اعتماد فرد به توانایی خود جهت عمل کردن به گونه‌ای خاص برای به دست آوردن نتایج مطلوب تعریف

شده است (بندورا ، ۱۹۷۷ ، به نقل از برزگری سلطانی احمدی، اخلاقی، زاهدی و همکاران، ۱۳۹۹). مرور گزارشات علمی نشان می‌دهد باور خودکارآمدی به عنوان فرد نسبت به توانایی خود در سازمان‌دهی موفقیت‌آمیز فعالیت‌ها، کنترل بر عادات سلامت و دستیابی به پیامدهای ارزشمند سلامت در زمینه‌های مختلف می‌تواند پیش‌بینی کننده معناداری برای رفتار خودمدیریتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طبی محسوب گردد (بندورا، ۲۰۰۹ ، به نقل از هان و وون ، ۲۰۲۲). همچنین، یافته‌ها گویای آن است که احساس خودکارآمدی از طریق افزایش سطح عملکرد اجتماعی و شغلی و به عنوان راهکار مقابله‌ای کارآمد در بیماران مبتلا به بیماری مزمن منجر به رفتار سلامت‌محور نظیر سرسختی در انجام وظایف، ورزش کردن و سبک زندگی سالم، مثبت‌اندیشی و افزایش سطح فعالیت‌های لذت‌بخش در این بیماران می‌گردد (مارشال، جویس، تسنگ و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از عوامل مؤثر در به دست آوردن پاسخ‌های کارآمد و مطلوب درمانی در بیماران، درگیر کردن و خودمدیریتی بیمار در فرآیند درمان است که ادراک بیماری در این زمینه نقش به‌سزایی دارد (کاپر، وان لیون، استولویک-اسوات و همکاران، ۲۰۲۲). ادراک بیماری به معنای عقیده و تصویری است که بیماران از بیماری‌شان دارند. این باورها می‌تواند بر درمان بیماری و نیز پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری مؤثر باشد (گانز، رانان، شافیر و همکاران، ۲۰۲۲). هیوانگ و همکاران (۲۰۲۲) براین باورند که عدم درک درست بیماری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، به صورت چشم‌گیر کنترل و مدیریت بیماری را متأثر می‌سازد و سبب کاهش بهبود عملکرد اجتماعی و روانی می‌شود، بنابراین لازم است عواملی که می‌تواند ادراک از بیماری را متأثر سازد به خوبی شناسایی گردند و نقش این سازه بر

کیفیت زندگی بیماران مزمن مورد تفحص و بررسی گسترده علمی قرار گیرد. از دیگر سو، به نظر می‌رسد عامل مهمی که می‌تواند نحوه تأثیرگذاری سازه‌های شناختی و انگیزشی بر متغیرهای ادراک از بیماری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار دهد، راهبردهای تنظیم شناختی-هیجان است. طبق تعریف تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود (کاروثرس، راسل، مواری و همکاران، ۲۰۲۲). افراد ممکن است در پاسخ به تنیدگی‌های زندگی از راهبردهای متفاوت تنظیم هیجانی استفاده کنند (پولیزای، آکسن و لاین ، ۲۰۲۲). همچنان‌که یافته ویترسکوت و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد تنظیم هیجان یکی از عوامل تأثیرگذار بر ادراک بیماری است و در مقابله و سازگاری فرد با رویدادهای استرس‌آور زندگی نقش مهمی ایفا کند. یافته‌های پژوهشی همچنین، حاکی از آن است که تنظیم هیجان با شدت بیماری ادراک شده، فراوانی و طول دوره ادراک بیماری و میزان سازگاری با بیماری و علائم آن رابطه مستقیم دارد و در بروز و پیدایش نشانه‌های جسمانی مبتلایان به اختلالات روان-تنی و بیماران مزمن طبی نقش اساسی ایفا می‌کند (پولیزای و همکاران، ۲۰۲۲؛ ریگتر، باندو و ترومسدروف ، ۲۰۲۲).

با توجه به تأثیرات منفی و مخرب بیماری لوپوس سیستمیک بر کارکرد روزانه و حرفه‌ای فرد و ایجاد سطوح مختلف محدودیت‌های فیزیکی و اجتماعی برای بیماران، پرداختن به این بیماری و استفاده از مداخله‌های گوناگون برای کاهش علائم بیماری و برطرف کردن مشکلات زمینه‌ای همراه با آن ضروری به نظر می‌رسد. در حال حاضر درمان‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم همراه با روش‌های پزشکی در درمان علائم مبتلایان به بیماری لوپوس سیستمیک مورد توجه

قرار گرفته است اما همین مطالعات نشان می‌دهند که این درمان‌ها از موفقیت نسبی و با بازگشت علائم در این بیماران مواجه هستند (فاوا و پترای ، ۲۰۲۲). لذا توجه به مطالعات توصیفی که جنبه پیشگیرانه دارند به منظور افزایش دانش در خصوص این قشر از جامعه جهت ارائه خدمات مطلوب ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه به دنبال این است که بداند «آیا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت براساس باور خودکارآمدی، ادراک بیماری و تنظیم هیجان در مبتلایان به لوپوس سیستمیک قابل پیش‌بینی است؟».

روش

جامعه، نمونه و نمونه‌گیری

پژوهش توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. این پژوهش دارای کد اخلاق (IR.IAU.K.REC.۱۴۰۲.۰۳۸) مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان‌های شهر کرج (شهید رجایی و آرام) در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲ بود، که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر طبق فرمول پلنت $(Am+50=n)$ از تاباجنیک، فیدل، و اولمن (۲۰۰۷) حجم نمونه برابر با ۱۵۰ نفر انتخاب شد.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت

شفاهی، پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

ابزار پژوهش

ابزار در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (گزینه کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۷) انجام می‌شود. سازندگان پرسش‌نامه، همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آورده‌اند. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای فرونشانی ۰/۸۱ و ارزیابی مجدد شناختی ۰/۸۵ و نمره کل تنظیم هیجان را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (برزگری، محمودپور، ایجاد و همکاران، ۱۴۰۰). در مطالعه قلندرزاده و پورنقاش تهرانی (۱۳۹۹) نیز پایایی این ابزار با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۸۰، فرونشانی هیجانی ۰/۷۵ و کل ابزار ۰/۸۱ محاسبه شده است. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۷۴ محاسبه شد.

۴- پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی: این ابزار خودگزارش‌دهی به وسیله ویر و شریورن در سال ۱۹۹۲ به منظور سنجش سیاست‌های بهداشتی و به‌طور کلی ارزیابی حالت سلامت از نظر جسمانی و روانی تدوین یافته است. این ابزار در بردارنده دو بخش است. بخش اول شامل اطلاعات فردی (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت مسکن، سابقه علائم روان‌پزشکی) و بخش دوم شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی می‌باشد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی دارای ۳۶ سؤال با ۸ زیرمقیاس شامل عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، ادراک درد و سلامت عمومی می‌باشد. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه بسیار بد تا بسیار راضی با نمره ۵) انجام می‌شود. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد داخلی و خارجی ثابت شده است و شامل سه بعد کلی جسمانی، روانی و اجتماعی می‌شود. نمره اکتسابی در دامنه ۴۹-۳۱ نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین، دامنه ۶۸-۵۰ نشان‌دهنده کیفیت زندگی متوسط و نمرات در دامنه ۸۷-۶۹ نشان‌دهنده کیفیت زندگی خوب می‌باشد (بهمنی، گنجعلی و خرازی‌نژاد، ۱۴۰۱). در مطالعه کوشیار، شوروزی، دلیر و حسینی (۱۳۹۴) پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ برای بعد جسمانی ۰/۹۱، بعد روانی ۰/۷۱ و بعد اجتماعی ۰/۸۷ و برای نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر با ۰/۹۱ محاسبه شده است. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۷۷ محاسبه شد.

تحلیل داده‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در بخش توصیفی و در بخش استنباطی علاوه بر آزمون پیش‌فرض‌های آماری مناسب با کارآمدی، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

۱- پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی: این ابزار خودگزارش‌دهی به وسیله شرر و مادوکس در سال ۱۹۸۲ به منظور سنجش خودکارآمدی عمومی تدوین یافته است. این ابزار دارای ۱۷ سؤال با ۳ زیرمقیاس گرایش به آغاز نمودن رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری کردن در صورت ناکامی می‌باشد. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه کاملاً موافقم با نمره ۵ تا کاملاً مخالفم با نمره ۱) انجام می‌شود. در این ابزار سئوال‌های شماره ۱۷، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۷، ۶، ۵، ۴ و ۲ به صورت معکوس محاسبه و نمره‌گذاری می‌شوند. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (به نقل از بختیاری، موسوی‌نیا، لقایی و ارشدی، ۱۴۰۱). در مطالعه بختیاری و همکاران (۱۴۰۱) نیز پایایی این ابزار با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ محاسبه شده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ابزار برابر با ۰/۷۵ محاسبه شد.

۲- پرسش‌نامه ادراک بیماری: این ابزار خودگزارش‌دهی به وسیله بردبنت و همکاران در سال ۲۰۰۶ به منظور سنجش ادراک بیماری تدوین یافته است. این ابزار دارای ۹ سؤال می‌باشد و سئوال‌ها به ترتیب پیامد، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۹ درجه‌ای (گزینه اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند با نمره صفر تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند با نمره ۹) انجام می‌شود. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۰ تا ۱۰ در نوسان است و سؤال شماره ۹ به صورت باز پاسخ بوده و سه علت عمده ابتلای فرد به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را برای سئوال‌های مختلف در دامنه‌ای بین ۰/۵۲ الی ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در مطالعه برقی ایرانی (۱۳۹۲) نیز پایایی این ابزار با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ محاسبه شده است (به نقل از سلیمانی، عظیمیان و یونسی، ۱۳۹۳). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۷۴ محاسبه شد.

۳- پرسش‌نامه تنظیم هیجان: این ابزار خودگزارش‌دهی به وسیله گروس و جان در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش راهبردهای تنظیم هیجان تدوین یافته است. این ابزار دارای ۱۰ سؤال با ۲ زیرمقیاس ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی هیجانی می‌باشد. نمره‌گذاری

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک نشان داد که ۶۸ درصد (۱۰۲ نفر) از شرکت کنندگان متأهل و ۳۲ درصد (۴۸ نفر) مجرد بوده‌اند. ۷۴ درصد افراد نمونه (۱۱۱ نفر) دارای تحصیلات غیردانشگاهی (دیپلم و پایین‌تر از آن) و ۲۶ درصد (۳۹ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم و کارشناسی) بوده‌اند و ۸۹ درصد (۱۳۳ نفر) دارای شغل آزاد بوده‌اند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار ارائه شده است. همچنین، نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که به ترتیب بین نمرات باور خودکارآمدی ($r=0/514$ و $P<0/05$)، ادراک از بیماری ($r=0/412$ و $P<0/05$) و مهارت در تنظیم هیجان ($r=0/617$ و $P<0/05$) با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جدول ۱).

جدول ۱- آماره‌های توصیفی، نرمالیتی و ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر پژوهش	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	آزمون $K-S$ آماره	همبستگی پیرسون معناداری	مقدار r
مؤلفه گرایش به آغاز رفتار	۱۵۰ نفر	$1/71 \pm 14/29$	۰/۱۳۵	۰/۲۷۱**	۰/۰۲۹
مؤلفه تمایل به تکمیل رفتار	۱۵۰ نفر	$2/35 \pm 14/54$	۰/۱۰۱	۰/۳۶۵**	۰/۰۳۴
مؤلفه پافشاری در برابر ناکامی	۱۵۰ نفر	$4/05 \pm 17/43$	۰/۲۱۶	۰/۲۸۱**	۰/۰۰۸
باور خودکارآمدی	۱۵۰ نفر	$8/11 \pm 46/26$	۱/۰۷۶	۰/۵۱۴**	۰/۰۱۳
ادراک پیامد	۱۵۰ نفر	$1/40 \pm 4/80$	۰/۱۹۵	۰/۱۴۲**	۰/۰۳۰
طول مدت بیماری	۱۵۰ نفر	$1/66 \pm 4/82$	۰/۲۴۷	۰/۱۳۹**	۰/۰۴۴
کنترل شخصی	۱۵۰ نفر	$2/53 \pm 5/25$	۰/۱۵۶	۰/۲۳۱**	۰/۰۱۶
کنترل از طریق درمان	۱۵۰ نفر	$2/18 \pm 5/53$	۰/۱۳۸	۰/۱۸۹**	۰/۰۲۸
شناخت علائم	۱۵۰ نفر	$1/60 \pm 5/99$	۰/۲۹۴	۰/۲۷۹**	۰/۰۰۱
نگرانی در مورد بیماری	۱۵۰ نفر	$1/65 \pm 6/82$	۰/۱۶۶	۰/۲۶۶**	۰/۰۲۵
قابلیت درک و فهم بیماری	۱۵۰ نفر	$0/98 \pm 5/48$	۰/۲۹۲	۰/۱۸۶**	۰/۰۲۲
عواطف نسبت به بیماری	۱۵۰ نفر	$2/06 \pm 5/78$	۰/۲۳۸	۰/۱۲۳**	۰/۰۱۴
ادراک بیماری	۱۵۰ نفر	$14/06 \pm 44/47$	۰/۲۰۹	۰/۴۱۲**	۰/۰۱۱
مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی	۱۵۰ نفر	$3/69 \pm 21/66$	۱/۱۰۶	۰/۴۴۴	۰/۰۰۷
مؤلفه فرونشانی هیجانی	۱۵۰ نفر	$2/98 \pm 16/94$	۱/۰۹۷	۰/۱۶۳	۰/۰۱۴
تنظیم هیجان	۱۵۰ نفر	$6/67 \pm 38/60$	۱/۷۷۴	۰/۲۹۰	۰/۰۰۸
کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی	۱۵۰ نفر	$8/90 \pm 62/35$	۱/۱۱۰	۰/۳۳۶	-

** $P<0/05$

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای نشان داد که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ($P>0/05$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال است (جدول ۱). جهت بررسی مفروضه استقلال خطاها از آزمون ودوربین-واتسون استفاده شد، که نتایج نشان داد آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که این امر نشان دهنده‌ی آن است که همبستگی بین خطاها رد می‌شود یعنی خطاها دارای همبستگی نیستند.

همچنین، ضریب تحمل و تورم واریانس به منظور بررسی عدم همخطی چندگانه محاسبه شده است. وقتی تولرانس (ضریب تحمل) به صفر نزدیک می‌شود، همخطی چندگانه بزرگی وجود دارد و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون بزرگ خواهد شد. مقادیر

تولرانس (ضریب تحمل) در ستون مربوط در جدول بالا نشان می‌دهد هیچ یک از ضریب تحمل‌ها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه مشکلی در تحلیل رگرسیون ایجاد نمی‌گردد. عامل تورم واریانس نیز معکوس ضریب تحمل بوده و هر چقدر افزایش یابد (بزرگ‌تر از ۱۰) باعث می‌شود ضرایب رگرسیون افزایش یافته و رگرسیون را برای پیش‌بینی نامناسب می‌سازد. مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس نشان می‌دهد که هیچ کدام از شاخص‌ها بسیار بزرگ‌تر از ۱۰ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون خطی وجود ندارد. لذا از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش‌بینی مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه براساس باور خودکارآمدی تبیین شد. در نهایت جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد مؤلفه‌های باور خودکارآمدی شامل گرایش به آغاز رفتار ($\beta=0/174$ و $>0P/05$)، تمایل به تکمیل رفتار ($\beta=0/179$ و $>0P/05$) و پافشاری در برابر ناکامی ($\beta=0/245$ و $>0P/05$) می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه را پیش‌بینی کنند.

جدول ۲- ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس باور خودکارآمدی

متغیر پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	β	T	
ثابت (Constant)	63/747	8/025	-	7/943	0/022
گرایش به آغاز رفتار	1/383	0/447	0/174	1/858	0/012
تمایل به تکمیل رفتار	0/365	0/318	0/179	1/145	0/024
پافشاری در برابر ناکامی	1/538	0/179	0/245	3/005	0/003

$R=0/466$; $R^2=0/217$; تعدیل شده $=0/215$; $F=25/256$

براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۱۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه براساس ادراک بیماری تبیین شد. در نهایت جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد مؤلفه‌های ادراک از بیماری شامل ادراک پیامد ($\beta=0/109$ و $>0P/05$)، طول مدت بیماری ($\beta=0/187$ و $>0P/05$)، کنترل شخصی ($\beta=0/167$ و $>0P/05$)، شناخت علائم ($\beta=0/281$ و $>0P/05$)، نگرانی در مورد بیماری ($\beta=0/204$ و $>0P/05$) و عواطف نسبت به بیماری ($\beta=0/187$ و $>0P/05$) می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه را پیش‌بینی کنند. براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه براساس تنظیم هیجان تبیین شد. در نهایت، جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد مؤلفه‌های تنظیم هیجان شامل ارزیابی مجدد شناختی ($\beta=0/224$ و $>0P/05$) و فرونشانی هیجانی ($\beta=-0/177$ و $>0P/05$) می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه را پیش‌بینی کنند.

جدول ۳- ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس ادراک بیماری

متغیر پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	β	T	
ثابت (Constant)	45/520	7/577	-	6/008	0/033
ادراک پیامد	0/694	0/534	0/109	1/279	0/022
طول مدت بیماری	0/997	0/449	0/187	2/221	0/028
کنترل شخصی	0/586	0/293	0/167	2/000	0/047
کنترل از طریق درمان	0/487	0/310	0/126	1/569	0/119
شناخت علائم	1/116	0/460	0/281	4/603	0/005
نگرانی در مورد بیماری	1/093	0/468	0/204	2/336	0/021
قابلیت درک/فهم بیماری	0/236	0/704	0/122	0/335	0/138
عواطف نسبت به بیماری	0/668	0/303	0/178	2/208	0/029

$R=0/407$; $R^2=0/166$; تعدیل شده $R^2=0/162$; $F=13/506$

جدول ۴- ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس تنظیم هیجان

متغیر پیش بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		T	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	β			
ثابت (Constant)	۷۷/۹۴۶	۶/۰۷۹	-		۱۲/۸۲۳	۰/۰۲۵
ارزیابی مجدد شناختی	۰/۵۴۰	۰/۱۹۴	۰/۲۲۴		۲/۷۹۱	۰/۰۰۶
فرونشانی هیجانی	۱۰/۲۲۹	۰/۲۰۴	-۰/۱۷۷		-۰/۹۵۵	۰/۰۱۷

$$R=۰/۴۸۷ ; R^2=۰/۲۳۷ ; R^2 \text{ تعدیل شده} = ۰/۲۳۵ ; F=۱۴/۱۹۰$$

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف «پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس باور خودکارآمدی، ادراک بیماری و تنظیم هیجان در مبتلایان به لوپوس سیستمیک» انجام شد. نخستین یافته پژوهش نشان داد که بین نمره کل باور خودکارآمدی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مبتلایان به لوپوس سیستمیک همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، تحلیل رگرسیون نشان داد که هر یک از ابعاد باور خودکارآمدی توان تبیین تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه را داشته‌اند. این یافته از مطالعه در راستا و همخوان با نتایج مطالعات پیشین مانند شفیع و نصیری (۱۳۹۹) لاکومبا-ترگو و همکاران (۲۰۲۲) ماتاگ و همکاران (۲۰۲۲) مایس و همکاران (۲۰۲۲) سیلوا و همکاران (۲۰۲۲) بود.

نظریه خودکارآمدی بیانگر اهمیت منابع چهارگانه موفقیت عملکرد، جانشینی مشاهده‌ای، قانع‌سازی کلامی و تعدیل برانگیختگی فیزیولوژیکی در افزایش خودکارآمدی بوده و خاطر نشان می‌سازد که علت اینکه بسیاری از افراد در پیگیری فعالیت‌هایشان ناکام می‌مانند، عدم شناخت کافی این منابع است. خودکارآمدی بالا سلامت جسمی و روانی بیشتری به دنبال دارد، در حالی که خودکارآمدی پایین به استفاده از راهبردهای دفاعی انکار و سرزنش خود منجر می‌شود، که آن نیز اضطراب، درماندگی و افسردگی را در پی دارد. احساس کارآمدی بالا، بهزیستی شخصی و توانایی مواجهه با موقعیت‌های مبهم را افزایش داده و اغلب حسی از خودمختاری و مهارت در کنترل و مدیریت تنش‌های زندگی را با خود به همراه دارد. بنابراین، دور از انتظار نیست که مهارت در خودکارآمدی بتواند بر بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی بیماران مزمن طبی اثر مثبت گذاشته و از این طریق بتواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را نیز متأثر سازد.

از دیگر سو، می‌توان بیان نمود که برخورداری از سطوح بالاتر خودکارآمدی با افزایش نمره در سازگاری اجتماعی همراه است. این در حالی است که یکی از متغیرهای مؤثر در کیفیت زندگی و سلامت عمومی، سازگاری اجتماعی است. بندورا (۱۹۹۴) مدعی بود که بیماران یا افرادی که فاقد خودکارآمدی هستند ممکن است زندگی خود را درک نکردنی تلقی کرده، در مواجهه با مشکلات تسلیم شده و از تلاش برای حفظ سلامت و بهزیستی روان‌شناختی و رفتاری خود منصرف شوند. احساس خودکارآمدی برای افرادی که باور کنند آن‌ها به عنوان یک شخص دارای ارزش مثبت هستند، ضروری است و این به معنای در زندگی با وجود حوادث ناکام‌ساز کمک کرده و می‌تواند بر کیفیت زندگی در راستای سلامت اثربخشی داشته باشد. در واقع، باورهای کارآمدی خود در مدیریت موقعیت‌های زندگی سبب ایجاد انتظارات واقع‌بینانه و تفکر مثبت در مورد خود و رویدادهای زندگی می‌شود و فقدان اعتماد و اطمینان نسبت به توانایی‌های خود باعث بروز عواطف منفی و نادیده گرفتن رژیم درمانی و سبک زندگی فعال و پرتحرک خواهد شد. لذا افراد دارای خودکارآمدی ضعیف همواره در زندگی احساسات و عوطف منفی را تجربه می‌کنند. براین اساس، نظام باورها از یک طرف در بهبود عملکرد، سلامتی و رضایت از زندگی با وجود ابتلای به بیماری نقش دارد و از طرف دیگر، بسیاری از مسائل و مشکلات ناشی از همین باورها است. به طوری که باور خودکارآمدی بالا رفتارهای مرتبط و مؤثر بر سلامت جسمی و رضایت از زندگی را در پی داشته و به فرد امکان مقابله فعال‌تر با حوادث را می‌بخشد. بدین ترتیب باور خودکارآمدی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش مثبتی ایفا می‌کند.

دیگر یافته پژوهش حاضر در راستا و همخوان با نتایج محققان پیشین مانند حسینی، طالبی، متقی و رحمانیان (۱۴۰۱) دائمی، حسنی، اکبری و حاج‌صادقی (۱۳۹۹) تیموری، سجادیان، رحیمی و فهیمی (۱۳۹۹) بورگیا و همکاران (۲۰۲۲) بالودوسی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که بین نمره ادراک از بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مبتلایان به لوپوس سیستمیک همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، تحلیل رگرسیون نشان داد که ابعاد این متغیر توان تبیین تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه را دارند.

حل مؤثر تعارضات و مدیریت آن در ارتباط متقابل و شیوه‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند باعث بهبود عملکرد مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن در عرصه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گردد. زمانی که افراد در محیط زندگی با آشفتگی و بیماری روبه‌رو می‌گردند، آن‌هایی که از مهارت تنظیم هیجانی برخوردار هستند از واکنش نامطلوب نسبت به اتفاقات خودداری نموده و به صورت سازگارانه‌تر و بهنجارتر با بیماری و پیامدهای مرتبط با آن برخورد می‌کنند، که این امر منجر به افزایش کارایی فرد در تعامل سازنده با اطرافیان با وجود بیماری و عملکرد اجتماعی مطلوب و همچنین، حفظ انرژی و نشاط و دنبال کردن اهداف در زندگی و در نهایت کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌شود. زمانی که فرد به بیماری مزمن مبتلا می‌شود آن دسته از افرادی که از مهارت تنظیم هیجانی برخوردارند از واکنش نامطلوب و همراه با افکار سطحی نسبت به تجربه روی داده خودداری نموده و به صورت منطقی و سازگارانه با حادثه و یا بیماری برخورد می‌کنند، که همین برخورد و مواجهه همراه با تأمل و خودکنترلی نه تنها منجر به افزایش کارآمدی فرد در مدیریت بهتر هیجان‌ات و افکار، بلکه با پیروی بیشتر فرد از دستورات درمانی و کاهش شدت علائم بیماری همراه شده، به این ترتیب فرد با وجود بیماری همچنان انرژی و کارایی خود را در عرصه فردی، خانوادگی و شغلی می‌تواند حفظ نماید، که این امر به همراه خودمدیریتی در عواطف بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثر مثبت برجای می‌گذارد.

همچنین، می‌توان گفت این نتایج همسو با نتایج مطالعات بالا است، که در مطالعه خود نشان دادند راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجان‌ات منفی و حوادث عاطفی رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجانی را ارتقا بخشیده و از طریق بهبود مهارت حل مسأله و بهزیستی روانی بر کیفیت زندگی اثرگذار است. در تبیین احتمالی دیگر برای یافته فوق می‌توان گفت که مطابق با مدل تامپسون (۱۹۹۴) تنظیم سالم هیجان‌ات، پایه و اساس سازگاری روانی و رفتاری است. مفهوم کلی تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان همه فرایندهای درونی و بیرونی مسئول در بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی مخصوصاً ویژگی‌های موقتی و پرقوت واکنش هیجانی به منظور دستیابی به اهداف فرد تعریف شود (تامپسون، ۱۹۹۴). برطبق این تعریف، مفهوم تنظیم هیجان مفهوم گسترده‌ای است که بسیاری از فرایندهای خودتنظیمی را شامل می‌گردد. بنابراین، تنظیم هیجانی می‌تواند به گستره وسیعی از فرایندهای زیستی، روانی، اجتماعی و رفتاری مربوط باشد. مثلاً از لحاظ فیزیولوژیکی هیجان‌ات به وسیله ضربان قلب سریع، افزایش دامنه تنس (یا تنگی تنفس)، عرق کردن و دیگر همایندی‌های برانگیختگی هیجانی اثرگذار می‌باشد. به لحاظ اجتماعی نیز

ادراک بیماری همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، به باور بیمار از جنبه‌های مختلف وضعیت جدید وی اشاره دارد. این باورها درباره ماهیت و علائم بیماری و علت به وجود آمدن آن، قابلیت کنترل و درمان‌پذیری بیماری، مدت زمان بیماری و عواقبی که در پی خواهد داشت را شامل می‌شود. به نظر می‌رسد این باورها تفاوت‌ها در انطباق با شرایط جدید و پذیرش درمان در افراد مختلف با شرایط طبی یکسان را تا حدودی توصیه می‌نمایند و روی پیامدهای بیماری مثل کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارند. مطالعات اخیر بیانگر ارتباط ادراک بیماری با برخی از پیامدهای بیماری از جمله رفتارهای مدیریت فردی و کیفیت زندگی است. یافته‌های مطالعه حاضر نیز با یافته‌های برخی مطالعات در این زمینه که روی سایر بیماری‌ها انجام گرفته است، در یک راستا و همخوان می‌باشد.

وجود این ارتباط را می‌توان به تأثیر باورهای بیمار بر رفتار وی نسبت داد. زمانی که بیمار به طولانی بودن مدت بیماری و درمان‌ناپذیری آن باور دارد، احساس درماندگی نموده، از پذیرفتن درمان امتناع می‌کند و با عدم بهبودی روبه‌رو می‌گردد یا وقتی عواقب سختی را برای بیماری‌اش متصور باشد، درک صحیحی از ماهیت آن نداشته و پیوسته نگران وضعیت خود خواهد بود و با افزایش اضطراب نسبت سلامتی خود مواجه می‌گردد. این در حالی است که بسیاری از محققان در مطالعات خود نشان داده‌اند که بین علائم اضطرابی با کیفیت زندگی رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد. در واقع، باور به عدم کنترل روی بیماری خود می‌تواند باعث محدود شدن فعالیت‌های بیمار شود و این به معنای تداخل بیماری با فعالیت‌های روزانه و اجتماعی بوده و می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را متأثر سازد.

برآیند آخر پژوهش نشان داد که بین نمره کل تنظیم هیجان با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مبتلایان به لوپوس سیستمیک همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، تحلیل رگرسیون نشان داد که هر یک از ابعاد تنظیم هیجان توان تبیین تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد نمونه را داشته‌اند. این یافته از مطالعه در راستا و همخوان با نتایج مطالعات پیشین مانند تهمتن، کلهرنیاگلکار و حاجی علیزاده (۱۴۰۰) مرادی، صالحی، کوچک‌انتظار و ایزانلو (۱۳۹۹) چن و همکاران (۲۰۲۲) یان و همکاران (۲۰۲۲) بالودوسی و همکاران (۲۰۲۲) بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، تنظیم هیجان به کنش‌ها و مهارت‌هایی اشاره دارد که فرد را در رویارویی با شرایط و نیازهای جدید یاری می‌دهد و موجب برقراری تعادل و انطباق دوباره آن‌ها می‌گردد. افرادی که از روش‌های تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، در مواقع تنیدگی‌زا و چالش‌برانگیز برای حل تعارض و آشفتگی از شیوه کارآمدتری استفاده می‌کنند، بنابراین

تنظیم هیجان به وسیله جستجو و نزدیکی به منابع حمایت بین‌فردی و سایر منابع حمایت نقش مؤثری بر کیفیت زندگی ایفا می‌کند. این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات حوزه علوم رفتاری با محدودیت همراه بود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به گردآوری اطلاعات با کمک ابزار خودگزارش‌دهی اشاره نمود. گردآوری اطلاعات از افراد نمونه با روش‌های دیگر غیر از پرسش‌نامه مانند مصاحبه می‌تواند در دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر و عمیق‌تر مؤثر باشد. از آن‌جا که پژوهش حاضر در میان افراد مبتلا به بیماری لوپوس انجام شده است، در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه و نمونه‌های غیربالینی باید احتیاط کرد و بالینگران و مشاوران نیز توصیه می‌شود که به منظور بررسی صحت یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعات بیشتری در سایر شهرها و نیز افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن انجام دهند. همچنین، داده‌ها و تحلیل‌های مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی بوده و امکان نتیجه‌گیری بین متغیرها به شکل علت و معلولی وجود نداشت، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به بررسی طولی متغیرهای مذکور در بیماران مبتلا به لوپوس یا افراد در معرض بیماری لوپوس اقدام گردد.

نتایج نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی براساس باور خودکارآمدی قابل تبیین است براین اساس به دست‌اندرکاران عرصه بهداشت و درمان توصیه می‌شود در کنار درمان‌های متداول به بهبود وضعیت خودکارآمدی بیماران و مراجعان دارای بیماری لوپوس توجه نمایند. با توجه به این یافته از مطالعه حاضر مبنی بر نقش مثبت تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پیشنهاد می‌شود کارگاه‌هایی جهت آموزش تنظیم هیجان برای این بیماران تدارک یابد.

منابع

برزگری، ابوالفضل؛ محمودپور، عبدالباسط؛ ایجاد، سحر؛ کریمی، شبنم و جهان‌داری، پیمان. (۱۴۰۰). ارزیابی مدل افکار خودکشی سربازان براساس معنای زندگی، تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی با نقش میانجی‌گر خودشفقتی. مجله رویش روانشناسی، ۱۰(۹)، ۷۹-۹۰.

برزگری سلطان‌احمدی، مهدیه؛ اخلاقی، معصومه؛ زاهدی، سیدمحمد؛ محمودی، مهدی؛ جمشیدی، احمدرضا. (۱۳۹۹). نقش خودکارآمدی، فاجعه‌سازی درد و ترس از حرکت در میزان سازگاری با درد مزمن بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید. مجله بیهوشی و درد، ۱۱(۴)، ۸۰-۹۳.

بهمنی، جمشید؛ گنجعلی، پویا و خرازی نژاد، ابراهیم. (۱۴۰۱). رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان در سال ۱۴۰۰. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۸(۳)، ۴۸-۳۹.

تهمتن، علی؛ کلهرنیگلکار، مریم و حاجی‌علیزاده، کبری. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۱۰۸)، ۲۲۸۵-۲۳۰۶.

تیموری، غزاله؛ سجادیان، ایلناز؛ رحیمی، حجت‌اله و فهیمی، علیرضا. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری روابط بین شدت علائم و ادراک از بیماری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۵(۵۸)، ۵۷-۶۶.

حسینی، سیده سمیه؛ طالبی، سیده سولماز؛ متقی، زهرا و رحمانیان، وحید. (۱۴۰۱). پیش‌بینی کننده‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در زنان مبتلا به لوپوس. ماهنامه پزشکی شهید صدوقی یزد، ۳۰(۱)، ۴۴۵۱-۴۴۴۱.

دائمی، فاطمه؛ حسینی، جعفر؛ اکبری، مهدی و حاج صادقی، شکوفه. (۱۳۹۹). ارزیابی مدل بسط یافته کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران عروق کرونری قلب. مجله روانشناسی سلامت، ۳۳(۱۶)، ۴۴-۲۳.

سندرسون، کاترین. ای. (۲۰۱۳). روانشناسی سلامت. (ترجمه فرهاد جمهری و همکاران، ۱۳۹۹). تهران: نشر سرافراز. ص: ۵۵-۴۵. سلیمانی، مریم؛ عظیمیان، ثریا و یونسی، سیدجلال. (۱۳۹۳). رابطه بین ادراک بیماری و شیوه‌های مقابله با استرس در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۴(۳)، ۲۱۶-۲۰۹.

کوشیار، هادی؛ شوروی، مریم؛ دلیر، زهرا و حسینی، مسعود. (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مبتلا به دیابت شهر مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴(۳)، ۱۷۵-۱۸۸.

مرادی، فاطمه؛ صالحی، مهدیه؛ کوچک انتظار، رویا و ایزانلو، بلال. (۱۳۹۹). تدوین مدل پیش‌بینی امیدواری براساس تاب‌آوری و تنظیم هیجان با میانجی‌گری کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله روانشناسی اجتماعی، ۸(۵۶)، ۵۶-۴۵.

نظری باغنی، زهرا؛ براتی مقدم، بهروز؛ داورنیا، محمد و داورنیا، رضا. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، ۱۱(۴۱)، ۷۸-۶۳.

- Barr, A. C., Clowse, M., Maheswaranathan, M., Eder, L., Eudy, A. M., Criscione-Schreiber, L. G., ... & Sun, K. (2022). Association of Hurried Communication and Low Patient Self-Efficacy with Persistent Nonadherence to Lupus Medications. *Arthritis Care & Res*
- Borgia, R. E., Ugarte-Gil, M. F., Vilá, L. M., Reveille, J. D., McGwin Jr, G., & Alarcón, G. S. (2022). Health-Related Quality of Life in Adults with Adolescent and Adult-onset Systemic Lupus Erythematosus: A Longitudinal Study of a Multiethnic US Cohort (LUMINA LXXXIV). *Arthritis Care & Research*
- Balducci, T., Rasgado-Toledo, J., Valencia, A., van Tol, M. J., Aleman, A., & Garza-Villarreal, E. A. (2022). A behavioral and brain imaging dataset with focus on emotion regulation of women with fibromyalgia. *Scientific data*, 9(1), 581.
- Chen, H. J., Wang, H., Qiu, L. J., Ling, H. Y., Wu, L. L., Wang, T. R., ... & Wang, B. (2022). Relation Among Anxiety, Depression, Sleep Quality and Health-Related Quality of Life Among Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Path Analysis. *Patient preference and adherence*, 1351-1358.
- Carruthers, S. P., Rossell, S. L., Murray, G., Karantonis, J., Furlong, L. S., & Van Rheenen, T. E. (2022). Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: an examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 298, 166-172.
- Chalhoub, N. E., & Luggen, M. E. (2022). Depression-, Pain-, and Health-Related Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *International Journal of Rheumatology*, 2022.
- Elefante, E., Tani, C., Stagnaro, C., Signorini, V., Lenzi, B., Zucchi, D., ... & Mosca, M. (2022). Self-Reported Anxiety and Depression in a Monocentric Cohort of Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Analysis of Prevalence, Main Determinants, and Impact on Quality of Life. *Frontiers in Medicine*, 9.
- Furie, R. A., van Vollenhoven, R. F., Kalunian, K., Navarra, S., Romero-Diaz, J., Werth, V. P., ... & Franchimont, N. (2022). Trial of Anti-BDCA2 antibody lifilimab for systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 387(10), 894-904.
- Fava, A., & Petri, M. (2019). Systemic lupus erythematosus: diagnosis and clinical management. *Journal of Autoimmunity*, 96, 1-13.
- Ganz, F. D., Raanan, O., Shafir, G., Levy, D., Klempfner, R., Beigel, R., & Iakobishvili, Z. (2022). Illness perceptions of Israeli hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Nursing in Critical Care*, 27(2), 157-164.
- Gomez, A., & Parodis, I. (2022). Do biological agents improve health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus? Results from a systematic search of the literature. *Autoimmunity Reviews*, 103188.
- Huang, Y. C., Zuñiga, J., & García, A. (2022). Illness perceptions as a mediator between emotional distress and management self-efficacy among Chinese Americans with type 2 diabetes. *Ethnicity & Health*, 27(3), 672-686.
- Han, N. S., & Won, M. H. (2022, February). Association between Social Support and Physical Activity in Patients with Coronary Artery Disease: Multiple Mediating Roles of Self-Efficacy and Autonomous Motivation. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 3, p. 425) MDPI.
- Izmirly, P. M., Kim, M. Y., Samanovic, M., Fernandez-Ruiz, R., Ohana, S., Deonaraine, K. K., ... & Buyon, J. P. (2022). Evaluation of immune response and disease status in systemic lupus erythematosus patients following SARS-CoV2 vaccination. *Arthritis & Rheumatology*, 74(2), 284-294.
- Kuiper, H., van Leeuwen, C. M., Stolwijk-Swüste, J. M., & Post, M. W. (2022). Reliability and validity of the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) in individuals with a recently acquired spinal cord injury. *Clinical Rehabilitation*, 36(4), 550-557.
- Lazar, S., & Kahlenberg, J. M. (2023). Systemic lupus erythematosus: new diagnostic and therapeutic approaches. *Annual review of medicine*, 74, 339-352.
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., & Perez Marin, M. (2022). Predicting health-related quality of life in Spanish adolescents with allergic rhinoconjunctivitis and bronchial asthma. *Psychology, Health & Medicine*, 27(3), 613-625.
- Marshall, A., Joyce, C. T., Tseng, B., Gerlovin, H., Yeh, G. Y., Sherman, K. J., ... & Roseen, E. J. (2022). Changes in Pain Self-Efficacy, Coping Skills, and Fear-Avoidance Beliefs in a Randomized Controlled Trial of Yoga, Physical Therapy, and Education for Chronic Low Back Pain. *Pain Medicine*, 23(4), 834-843.
- Montag, L. T., Salomons, T. V., Wilson, R., Duggan, S., & Bisson, E. J. (2022). Examining the roles of depression, pain catastrophizing, and self-efficacy in quality of life changes following chronic pain treatment. *Canadian Journal of Pain*, (just-accepted), 2156330.
- Maes, M., Al-Rubaye, H. T., Almulla, A. F., Al-Hadrawi, D. S., Stoyanova, K., Kubera, M., & Al-Hakeim, H. K. (2022). Lowered quality of life in long COVID is predicted by affective symptoms, chronic fatigue syndrome, inflammation and neuroimmunotoxic pathways. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10362.
- Nguyen, T. T. N., Liang, S. Y., Liu, C. Y., & Chien, C. H. (2022). Self-care self-efficacy and depression associated with quality of life among patients undergoing hemodialysis in Vietnam. *Plos one*, 17(6), e0270100.
- Nelson, M. C., Gibson, S., Villacis-Nunez, D. S., Kimi Chan, L. H., Ponder, L., Prahalad, S., & Moorthy, L. N. (2022). Quality of life measures and physical activity in childhood systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 09612033221106154.
- Polizzi, C. P., Aksen, D. E., & Lynn, S. J. (2022). Quality of life, emotion regulation, and dissociation: Evaluating unique relations in an undergraduate sample and probable PTSD subsample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(1) 107.
- Perea-Seoane, L., Agapito-Vera, E., Gamboa-Cardenas, R. V., Guzmán-Sánchez, G., Pimentel-Quiroz, V. R., Reategui-Sokolova, C., ... & Ugarte-Gil, M. F. (2022). Relationship between care model and disease activity states and health-related quality of life in systemic lupus erythematosus patients. *Lupus*, 31(1), 110-115.
- Richter, N., Bondü, R., & Trommsdorff, G. (2022). Linking transition to motherhood to parenting, children's emotion regulation, and life satisfaction: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 36(2), 291.
- Silva, S. T. C., Freitas, P. D., Lunardi, A. C., Xavier, R. F., Barbosa, R. C. C., Stelmach, R., & Carvalho, C. R. (2022). Association between illness perception and clinical control, quality of life, physical activity, and psychosocial status in subjects with moderate to severe asthma: a cluster analysis. *Journal of Asthma*, 1-8.
- Waterschoot, J., Morbée, S., Vermote, B., Brenning, K., Flamant, N., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2022). Emotion regulation in times of COVID-19: A person-centered approach based on self-determination theory. *Current Psychology*, 1-15.
- Whang, K. A., Le, T. K., Khanna, R., Williams, K. A., Roh, Y. S., Sutaria, N., ... & Kwatra, S. G. (2022). Health-related quality of life and economic burden of prurigo nodularis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86(3), 573-580.
- Yan, Z. Y., Hu, W. Q., Zong, Q. Q., Yu, G. H., Zhai, C. X., Wang, L. L., ... & Zou, Y. F. (2022). Associations of RPEL1 and miR-1307 gene polymorphisms with disease susceptibility, glucocorticoid efficacy, anxiety, depression, and health-related quality of life in Chinese systemic lupus erythematosus patients. *Lupus*, 31(14), 1735-1743.