مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با هوش هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (M.S) انجمن M.S شهر ارومیه

سیدهادی اعظامی[۱]، سیامک شیخی*[۲]

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۵/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۸/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری‌ام.اس، از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات عصب‌شناختی در جهان می‌باشد. با توجه به اینکه کیفیت زندگی به‌عنوان احساس ذهنی، پدیده‌ای روان‌شناختی می‌باشد که با متغیرهای دیگر روان‌شناختی همانند هوش هیجانی می‌تواند رابطه داشته باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با هوش هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (M.S) انجمن M.S شهر ارومیه انجام شده است.

روش: نمونه نهایی موردبررسی در این پژوهش ۲۱۴ نفر (۹۲ نفر مرد و ۱۲۲ نفر زن) می‌باشد که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شده‌اند که برای جمع‌آوری داده‌های مربوطه، از پرسشنامه‌های:

الف) مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی (WHOQOL- BREF) و ب) هوش هیجانی (بار- آن) و جهت تجزیه‌وتحلیل و تفسیر دادها، از ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حکایت از آن داشت که بین متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی ازجمله شادمانی، خود شکوفایی، استقلال، واقع‌گرایی، رابطه معنادار و مستقیم و با مؤلفه‌های حل مسئله، روابط بین فردی و همدلی رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. همچنین در بررسی قدرت پیش‌بینی پذیری، نتایج حاکی از آن بود که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با میزان ۷۷،۶ درصد، قابلیت پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی را دارا می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی رابطه معنادار وجود دارد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، هوش هیجانی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس (M.S)

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره نهم، ص ۵۲۹-۵۳۹، آذر ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده سرو، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تلفن: ۰۹۳۰۱۴۷۰۰۶۵

Email: m.hadi1354@gmail.com

مقدمه

بیماری (MS)[۳] درواقع نوعی بیماری پیش‌رونده سیستم اعصاب مرکزی است که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، اختلال در دفع مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، اختلال در تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌گردد (۱). این بیماری غالباً افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولّد زندگی خود قرار دارند (۲). این بیماری در زنان نسبت به مردان شایع‌تر می‌باشد (۳). تاکنون دلیل پیدایش این بیماری مشخص نشده است ولی به نظر می‌رسد که بروز این بیماری ارتباطی با پاسخ‌های خود ایمنی داشته باشد. نوعی ویروس ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتن‌هایی کند که به‌اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می‌کنند (۴). سیر بالینی (ام.اس) متنوع بوده و می‌تواند از یک سیر کاملاً خوش‌خیم تا سیر پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد (۵). طبق مطالعه اخیر توسط پیترنگلو[۴] در سال ۲۰۱۴ نسبت مبتلایان

[۱] گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

[۲] دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[3] multiple sclerosis

[4] pietrangelo

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

به (MS) در جهان ۲/۵ میلیون نفر و در ایالت متحده آمریکا ۴۰۰ هزار نفر ذکر شده است بطوریکه هر هفته ۲۰۰ مورد جدید شناسایی می‌شود (۶). مطالعه انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که میزان شیوع (MS) در سطح جهانی برابر با ۳۰۰۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد همچنین متوسط بروز این بیماری نیز در جهان برابر با ۲/۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۷) طبق آخرین اطلاعات انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران در سال ۱۳۹۳ قریب به ۷۰۰۰۰ بیمار مبتلا به (MS) در کشور وجود دارد (۸) در حال حاضر انجمن (MS) استان آذربایجان غربی نیز ۱۷۰۰ نفر از مبتلایان را ثبت نموده که در حدود ۵۰۰ نفر در شهر ارومیه زندگی می‌کنند (۹).

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (M.S):

بیماری (MS) ماهیت پیش‌رونده دارد و باوجود درمان‌های متعدد همچنان یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌هایی است که بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد به‌طوری‌که فرد در بهترین شرایط زندگی خود که نیاز به فعالیت تشکیل خانواده و زندگی دارد با ابتلا به این بیماری و عوارض متعدد و غیرقابل‌پیش‌بینی آن زندگی طبیعی و عادی او مختل می‌شود. مولتیپل اسکلروزیس استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد به‌طوری‌که بیماران را به‌سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد (۱۴). بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن همچون مولتیپل اسکلروزیس با مشکلات وابسته به بیماری‌شان نیز روبرو هستند و این مشکلات شرکت بیماران در فعالیت‌های پیشرفت سلامت را محدود نموده و درنتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل می‌گردد (۱۵).

کیفیت زندگی:

کیفیت زندگی، شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به‌نحوی‌که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید. کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی، شیمیایی، درد، خستگی و غیره است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را با عنوان " ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند که در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌ها می‌باشد " تعریف کرده است. کیفیت زندگی به‌مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌شود که نیازها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه‌جانبه فرد تأکید دارند در نظر می‌گیرد. (۱۶) ابعاد متنوعی از کیفیت زندگی وجود دارد که در این پژوهش، ۴ بعد از ابعاد اصلی کیفیت زندگی موردبررسی قرار خواهد گرفت که عبارت‌اند از:

۱. سلامت جسمانی ۲. کیفیت روانی زندگی ۳. روابط اجتماعی ۴. وضعیت زندگی

هوش هیجانی:

سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا کیفیت زندگی یک پدیدهٔ عینی است یا ذهنی؟ بر طبق دیدگاه‌های فعلی، کیفیت زندگی اساساً یک احساس ذهنی از بهزیستی است که شامل ابعاد فیزیکی، اجتماعی، و معنوی است (۱۸). حال با در نظر گرفتن اینکه کیفیت زندگی به‌عنوان احساس ذهنی، پدیده‌ای روان‌شناختی می‌باشد که با متغیرهای دیگر روان‌شناختی همانند هوش هیجانی می‌تواند ارتباط داشته باشد که ازنظر پژوهشی حائز اهمیت فراوانی است. در مورد مفهوم هوش، روانشناسان به دو گروه تقسیم می‌شوند.گروه اول بر این اعتقادند که هوش، از یک استعداد کلی و واحد تشکیل می‌شود، اما گروه دوم معتقدند انواع مختلف هوش وجود دارد.آنچه تعریف دقیق از هوش را دچار مناقشه می‌کند آن است که هوش یک مفهوم هیجانی است و درواقع هیچ‌گونه پایه محسوس، عینی و فیزیکی ندارد. هوش یک برچسب کلی برای گروهی از فرایندهاست که از رفتارها و پاسخ‌های آشکار افراد استنباط می‌شود (۱۹). در سال ۱۹۹۵ میلادی واژه هوش هیجانی به‌عنوان یکی از مفاهیم سودمند جدید از طرف جامعه آمریکا پذیرفته شد. توجه به هیجان‌ها و کاربرد مناسب آن‌ها در روابط انسانی، درک احوال خود و دیگران، خویشتن‌داری و تسلط بر خواسته‌های آن‌ها، همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجان‌ها در تفکر و شناخت، موضوع هوش هیجانی می‌باشد. هوش هیجانی درواقع به توانایی‌هایی اشاره می‌کند که در پردازش اطلاعات درباره هیجانات خود شخص و هیجانات دیگران و مدیریت بین آن‌ها مورداستفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش، مؤلفه هوش هیجانی، به‌صورت ۵ مقیاس کلی در نظر گرفته می‌شود که هر یک از این مقیاس‌ها، به چندین زیر مقیاس (درمجموع ۱۵ زیر مقیاس) تقسیم شده‌اند که به‌صورت زیر می‌باشند:

۱) **مقیاس درون فردی**، شامل ۵ زیر مقیاس خودآگاهی هیجانی، خود ابرازی، عزت‌نفس، استقلال و خود شکوفایی.

۲) **مقیاس برون فردی**، شامل ۳ زیر مقیاس همدلی، روابط میان فردی و مسئولیت‌پذیری.

۳) **مقیاس سازگاری**، شامل ۳ زیر مقیاس حل مسئله، واقعیت‌گرایی و انعطاف‌پذیری.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

۴) **مقیاس کنترل استرس**، شامل ۲ زیرمقیاس تحمل فشار روانی و کنترل تکانه.

۵) **مقیاس خلق کلی**، شامل ۲ زیرمقیاس خرسندی و خوش‌بینی.

مطابق با مطالب ارائه‌شده، ازآنجایی‌که بیماری M.S ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی مبتلایان دارد و با در نظر گرفتن این نکته که کیفیت زندگی به‌عنوان احساس ذهنی پدیده‌ای روان‌شناختی می‌باشد که با متغیرهای دیگر روان‌شناختی همانند هوش هیجانی می‌تواند ارتباط داشته باشد، لذا مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه کیفیت زندگی با هوش هیجانی، در بیماران مبتلا به M.S با امید شناسایی راهکارهای عملی می‌باشد. برای پاسخ دادن به سؤال تحقیق، فرضیات زیر موردبررسی قرار خواهند گرفت:

۱) بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، رابطه معنادار مستقیم وجود دارد.

۲) هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشند.

پژوهش حاضر، از منظر شیوه گردآوری داده‌ها جزء مطالعات توصیفی و ازلحاظ روش پژوهشی، مبتنی بر مفروضات همبستگی و غیرمداخله ای است. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت است از تعداد ۹۵۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن (ام.اس) شهر ارومیه که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ در آن انجمن دارای پرونده فعال می‌باشند. نمونه نهایی موردبررسی در این پژوهش، ۲۱۴ نفر (۹۲ نفر مرد و ۱۲۲ نفر زن) بوده که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۱- عدم ابتلا به هر نوع اختلال نورولوژیک به‌غیراز (ام.اس) مانند صرع، بیماری‌های دستگاه خارج هرمی و عقب‌ماندگی ذهنی و تومورهای مغزی ؛ ۲- مرحله حاد بیماری (کمتر از یک ماه از آخرین مرحله حاد این بیماری) گذشته باشد ؛ ۳- بیشتر از یک ماه تحت درمان با آستروئید[1] بوده باشند ؛ ۴- در زمان انجام آزمون کمتر از یک هفته تحت درمان با بنزودیاز پین‌ها[2] با دوزهای درمانی بوده باشند ؛ ۵- تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به بیماری‌ام.اس دچار اختلالات محور I روان‌پزشکی نبوده باشند ؛ ۶- محدوده سنی بین ۱۸ تا۶۰ سال داشته باشند ؛ ۷- تحصیلات سیکل و بیشتر ؛ ۸- عدم سوءمصرف مواد.

بیماران حاد که ازنظر جسمی و روحی و روانی در وضعیت خوبی نبودند و شرایط لازم را برای ورود به این تحقیق نداشتند از این تحقیق کنار گذاشته شدند.

ابزار پژوهش:

جهت جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات موردنیاز تحقیق، از دو نوع پرسش‌نامه استفاده شده است که عبارت‌اند از:

الف) پرسش‌نامه مقیاس فرم کوتاه (پرسش‌نامه کیفیت زندگی)

ب) پرسش‌نامه بار - آن (پرسش‌نامه هوش هیجانی)

الف) پرسش‌نامه مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه کیفیت زندگی)

این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورداستفاده قرار می‌گیرد. طراح آن، سازمان بهداشت جهانی[3] با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است. تعداد سؤالات آن ۲۴ سؤال در قالب ۴ مؤلفه، که دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین پرسشنامه درمجموع ۲۶ سؤال دارد که شامل مؤلفه‌های زیر می‌باشد:

۱) مؤلفه سلامت جسمانی (فیزیکی)[4]

۲) مؤلفه روان‌شناختی[5]

۳) مؤلفه روابط اجتماعی[6]

۴) مؤلفه محیط زندگی[7]

لازم به ذکر است که نحوه اجرا، به‌صورت خود اجرا[8] می‌باشد.

نحوه نمره‌گذاری: نمرهٔ هر گویه در دامنه‌ای از اعداد (۱ تا ۵) به ترتیب: اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، و یا خیلی ناراضی‌ام، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی‌ام، راضی‌ام، کاملاً راضی‌ام، شبیه به آن‌ها مقرر می‌گیرد.

نحوه تفسیر: باید توجه داشته باشید، جهت تفسیر درست این مقیاس باید، نسخه کوتاه، نمرات آن را به نسخه بلند تبدیل کرد و سپس میزان کیفیت زندگی در هر حیطه از صفر تا ۱۰۰ طبق جدول مربوطه، مورد تفسیر قرار دهید، ضمناً حداقل نمره هر حیطه حداقل چهار است و بر این اساس جمع نمرات خام هر حیطه در عدد ۴ ضرب می‌شود.

در نتایج گزارش‌شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این

[1] مواد ترکیبی مشابه هورمون جنسی مردانه تستوسترون هستند.

[2] Benzodiazepin

[3] WHOQOL- BREF

[4] Physical Health Domain

[5] Psychological Domain

[6] Social relationship Domain

[7] Environmental Domain

[8] self report

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. و در ایران نیز (۳۶) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه‌هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۴ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را (۳۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷گزارش کرده است. (۳۶) به‌منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی هم‌زمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید.

ب) پرسش‌نامه بار – آن(Bar - On) (پرسش‌نامه هوش هیجانی)

این پرسشنامه در مقایسه با سایر پرسشنامه‌های خود، گزارش دهی نسبتاً خلاصه‌تری دارد. علاوه بر این، نخستین پرسشنامه‌ای است که به‌طور تجربی در مورد هوش هیجانی ساخته شده است و در دسترس می‌باشد. آزمون هوش هیجانی دارای ۵ مقیاس اصلی که هرکدام دارای چندین زیر مقیاس (درمجموع ۱۵ زیر مقیاس) می‌باشد به شرح زیر می‌باشند:

۱) مقیاس درون فردی، شامل ۵ زیر مقیاس خودآگاهی هیجانی، خود ابرازی، عزت‌نفس، استقلال و خود شکوفایی.
۲) مقیاس برون فردی، شامل ۳ زیرمقیاس همدلی، روابط میان فردی و مسئولیت‌پذیری.
۳) مقیاس سازگاری، شامل ۳ زیرمقیاس حل مسئله، واقعیت‌گرایی و انعطاف‌پذیری.
۴) مقیاس کنترل استرس، شامل ۲ زیرمقیاس تحمل فشار روانی و کنترل تکانه.
۵) مقیاس خلق کلی، شامل ۲ زیرمقیاس خرسندی و خوش‌بینی.

پاسخ‌های آزمون بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. ازاین‌رو نمره‌گذاری از ۵ به ۱ (کاملاً موافقم ۵ و کاملاً مخالفم ۱) و در بعضی از سؤالات نیز با محتوای منفی یا معکوس که از ۱ به ۵ (کاملاً موافقم ۱ و کاملاً مخالفم ۵) انجام می‌شود.

اعتبار و پایایی پرسشنامه هوش هیجانی بار- آن در تحقیق بار- آن ضریب بازآزمایی پس از یک ماه ۰،۸۵ و بعد از ۴ ماه ۰،۷۵ گزارش شده است. در بررسی دیگری ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در هفت نمونه از جمعیت‌های مختلف برای خرده مقیاس‌ها بین ۰،۶۹ (مسئولیت‌پذیری) تا ۰،۸۶ (حرمت نفس) با میانگین ۰،۷۶ به دست آمد. در ایران نیز زارع میانگین کل همسانی درونی پرسشنامه را ۰،۷۶ و شمس‌آبادی ضریب آلفا را در دامنه‌ای بین ۰،۵۵ (همدلی) تا ۰،۸۳ (کنترل تکانه) با میانگین ۰،۷ گزارش کردند. ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای دانشجویان دختر ۰،۶۸، برای پسران ۰،۷۴ و برای کل ۰،۹۳ همچنین پایایی به روش زوج و فرد ۰،۸۸ به دست آمد. ازآنجاکه پرسشنامه مذکور بارها مورداستفاده قرار گرفته است روایی آن‌ها تأیید می‌گردد (۲۳).

یافته‌ها

یافته‌های تحقیق حاضر به دو صورت نتایج توصیفی، شامل میانگین، انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای متغیرهای تحقیق، و نتایج استنباطی شامل، تحلیل ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیره بیان شده است.

نتایج توصیفی تحقیق، شامل میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر داده‌های متغیرهای کیفیت زندگی و هوش هیجانی، به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ بیان شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	۲۱۴	۱۶	۲۸	۲۲،۴۵	۲،۹۳۵
کیفیت روانی زندگی	۲۱۴	۱۰	۲۶	۱۹،۶	۳،۷۸
روابط اجتماعی	۲۱۴	۵	۱۴	۹،۹۹	۲،۴۱۳
وضعیت زندگی	۲۱۴	۱۳	۳۷	۲۴،۶۳	۵،۲۷۷

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

نتایج به‌دست‌آمده در جدول فوق بیان می‌کند که زیر مقیاس وضعیت زندگی، با میانگین ۲۴،۶۳ و زیر مقیاس روابط اجتماعی با میانگین ۹،۹۹ به ترتیب دارای بیشترین و کم‌ترین میانگین می‌باشند.

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد زیر مقیاس‌های هوش هیجانی

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
حل مسئله	۲۱۴	۱۴	۲۹	۲۱،۲۱	۳،۴۲۲
شادمانی	۲۱۴	۹	۳۰	۲۰،۵۷	۴،۷۶۳
استقلال	۲۱۴	۸	۲۷	۱۸،۹۷	۵
تحمل فشار روانی	۲۱۴	۱۰	۲۷	۱۸،۸	۳،۵۴۶
خود شکوفایی	۲۱۴	۱۴	۲۸	۲۰،۲۸	۳،۹۱۵
خودآگاهی هیجانی	۲۱۴	۱۳	۲۶	۱۹،۳۳	۲،۹۲۶
واقع‌گرایی	۲۱۴	۹	۲۷	۱۷،۵	۳،۶۸۶
روابط بین فردی	۲۱۴	۱۵	۳۰	۲۱،۸۴	۳،۷۰۸
خوش‌بینی	۲۱۴	۱۳	۳۰	۲۱،۶۴	۳،۳۹۳
احترام به خود	۲۱۴	۹	۲۶	۱۷،۹۲	۴،۴۹۹
خویشتن‌داری	۲۱۴	۶	۲۶	۱۶،۵۶	۵،۰۷۷
انعطاف‌پذیری	۲۱۴	۱۰	۲۶	۱۷،۶۴	۳،۲۳۸
مسئولیت‌پذیری	۲۱۴	۱۴	۳۰	۲۳،۲۵	۴،۰۱۸
همدلی	۲۱۴	۱۴	۳۰	۲۲،۸۶	۳،۹۲۵
خود ابرازی	۲۱۴	۱۲	۲۵	۱۸،۹۳	۲،۸۳۷

نتایج به‌دست‌آمده از جدول شماره ۲ بیان می‌کند که زیر مقیاس مسئولیت‌پذیری و زیر مقیاس خویشتن‌داری به ترتیب با میانگین‌های ۲۳،۲۵ و ۱۶،۵۶ دارای بیشترین و کم‌ترین میانگین می‌باشند.

جهت بررسی نرمال بودن، از آزمون کولموگروف – اسمیرینوف استفاده شده است. نتایج این قسمت، در جدول شماره ۳ بیان شده است.

جدول (۳): نرمال بودن متغیرها و آزمون کولموگروف - اسمیرینوف

شاخص‌ها متغیرها	مقدار کالموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱،۲۰۵	۰،۱۱۰
هوش هیجانی	۲،۴۵۳	۰،۰۹۳

جدول فوق توزیع نمرات متغیرها را نشان می‌دهد و نتایج کولموگروف - اسمیرنوف نشانگر این است که در همه متغیرها سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد که حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها است و به عبارتی مفروضه‌ی هنجار بودن توزیع در این متغیرها برقرار است و لذا در ارتباط با آن‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود.

برای بیان نتایج استنباطی تحقیق، از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

فرضیه شماره ۱: بررسی رابطه بین متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی

جهت بررسی وجود یا عدم وجود رابطه بین متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج این بخش، در جداول شماره ۴ و ۵ بیان شده است.

جدول (۴): بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی

شاخص‌ها / متغیرها	حل مسئله	شادمانی	استقلال	تحمل فشار روانی	خود شکوفایی	خودآگاهی هیجانی	واقع‌گرایی
کیفیت زندگی	۰،۳۵-××	۰،۲۶۸××	۰،۵۲۵××	۰،۰۵۴	۰،۵۵۲××	۰،۰۹۱	۰،۲۰۲××
سلامت جسمانی	۰،۲۵۴-××	۰،۱۷۶××	۰،۴۸۶××	۰،۰۱۸-	۰،۴۳۵××	۰،۰۹۸	۰،۱۰۴
کیفیت روانی زندگی	۰،۲۱۳-××	۰،۳۴۲××	۰،۳۵۵××	۰،۰۴۲	۰،۴۲۹××	۰،۰۹۷-	۰،۱۴۵×
روابط اجتماعی	۰،۲۴۹-××	۰،۰۲۳	۰،۵۱۲××	۰،۰۰۶-	۰،۴۴××	۰،۰۰۹	۰،۲۲۹××
وضعیت زندگی	۰،۳۷۱-××	۰،۲۴۴××	۰،۴۱××	۰،۱۰۲	۰،۴۷۸××	۰،۲۱۳××	۰،۱۸۴××

×. در سطح معنی‌داری ۰،۰۵ معنی‌دار است.

××. در سطح معنی‌داری ۰،۰۱ معنی‌دار است.

جدول (۵): رابطه بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی

شاخص‌ها / متغیرها	روابط بین فردی	خوش‌بینی	احترام به خود	خویشتن‌داری	انعطاف‌پذیری	مسئولیت‌پذیری	همدلی	خود ابرازی
کیفیت زندگی	۰،۳۱۳-××	۰،۰۴۸	۰،۴۲۸××	۰،۴۷۱××	۰،۰۷۲	۰،۰۰۸	۰،۱۷۱-×	۰،۰۲۴-
سلامت جسمانی	۰،۰۶۶-	۰،۱۹××	۰،۳۲۹××	۰،۳۸۹××	۰،۱۲۳	۰،۰۶۹	۰،۰۶۸-	۰،۰۴۴
کیفیت روانی زندگی	۰،۱۹۸-××	۰،۱۴۱-×	۰،۲۴۴××	۰،۲۶۳××	۰،۰۲۶-	۰،۰۵۴	۰،۰۲۲	۰،۱۷۲-×
روابط اجتماعی	۰،۲۷۹-××	۰،۰۲۲-	۰،۳۷۳××	۰،۰۴۴۴××	۰،۰۱۱-	۰،۰۱۱	۰،۱۹۶-××	۰،۰۰۱
وضعیت زندگی	۰،۳۹۱-××	۰،۱۱۳	۰،۴۲۴××	۰،۴۴۱××	۰،۱۱۵	۰،۰۶۲-	۰،۲۶۸-××	۰،۲۸۴××

×. در سطح معنی‌داری ۰،۰۵ معنی‌دار است.

××. در سطح معنی‌داری ۰،۰۱ معنی‌دار است.

در جداول شماره ۴ و ۵، چنانچه مقدار ضریب همبستگی بین صفر و یک باشد، نشان از وجود همبستگی مستقیم بین دو متغیر می‌باشد که هرچقدر این عدد به یک نزدیک‌تر باشد، شدت همبستگی بیشتر می‌شود. همچنین منفی بودن این عدد، نشان‌دهنده رابطه معکوس بین دو متغیر می‌باشد. همان‌طور که اعداد جدول نشان می‌دهد، بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و هوش

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

هیجانی، همبستگی مستقیم و معکوس وجود دارد که هرکدام به‌تفصیل در بخش بحث و نتیجه‌گیری بیان شده است.

فرضیه شماره ۲: پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی از روی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن

جهت پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی از روی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن، از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. نتایج این بخش، در جدول شماره ۶ بیان شده است.

جدول (۶): پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی از روی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن

متغیر	B	SE	Beta	R^2	Adjusted R^2	P
مقدار ثابت	-۷۹،۸۵۱	۲۸،۹۳۴	---			۰،۰۰۶
هوش هیجانی	۱،۸۳۹	۰،۳۳۹	۵،۱۳۴			۰،۰۰۰۱
حل مسئله	-۴،۰۷۳	۰،۳۹۲	-۱،۱۸۶			۰،۰۰۰۱
شادمانی	-۱،۹۵۵	۰،۴۳۶	-۰،۷۹۳			۰،۰۰۰۱
استقلال	-۱،۱۵۶	۰،۳۶۲	-۰،۴۹۲			۰،۰۰۲
تحمل فشار روانی	-۱،۱۳۳	۰،۴۰۶	-۰،۳۴۲			۰،۰۰۶
خود شکوفایی	-۱،۵۹۵	۰،۴۹۷	-۰،۵۳۲			۰،۰۰۲
خودآگاهی هیجانی	-۱،۷۷۱	۰،۵۰۴	-۰،۴۴۱			۰،۰۰۱
واقع‌گرایی	-۲،۵۵۸	۰،۳۶۸	-۰،۸۰۳	۰،۷۷۶	۰،۷۵۸	۰،۰۰۰۱
روابط بین فردی	-۱،۹۴۵	۰،۴۵۹	-۰،۶۱۴			۰،۰۰۰۱
خوش‌بینی	-۲،۰۴۹	۰،۴۱	-۰،۶۶۲			۰،۰۰۰۱
احترام به خود	-۱،۲۰۹	۰،۵۹۳	-۰،۴۶۳			۰،۰۴۳
خویشتن‌داری	۰،۸۰۲	۰،۴۳۷	۰،۳۴۷			۰،۰۶۸
انعطاف‌پذیری	-۲،۷۳۷	۰،۳۹	-۰،۷۷۵			۰،۰۰۰۱
مسئولیت‌پذیری	-۱،۶۵۴	۰،۳۷۵	-۰،۵۶۶			۰،۰۰۰۱
همدلی	-۱،۶۸۷	۰،۴۰۳	-۰،۵۶۴			۰،۰۰۰۱
خودابرازی	-۲،۳۷۸	۰،۳۱۸	-۰،۵۷۴			۰،۰۰۰۱

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از جدول فوق، هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با میزان ۷۷،۶ درصد توانایی و قابلیت پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی را دارا می‌باشند که این پیش‌بینی در سطح معنی‌داری ۰،۰۱ محقق شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مولتیپل اسکلروزیس ازجمله اختلالات ناتوان‌کننده عصبی در بالغین مخصوصاً جوانان می‌باشد. سیر بالینی این اختلال از یک بیماری خوش‌خیم و فاقد علائم شدید تا یک بیماری پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متفاوت است.

۱) نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های هوش هیجانی رابطه معنادار وجود دارد به صورتی که این متغیر با مؤلفه‌های شادمانی، استقلال، خود شکوفایی،

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

واقع‌گرایی، احترام به خود و خویشتن‌داری رابطه معنی‌دار مستقیم و با مؤلفه‌های حل مسئله و روابط بین فردی و همدلی رابطه معنی‌دار معکوس می‌باشد. همچنین بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های خوش‌بینی، انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری، خودآگاهی هیجانی و تحمل فشار روانی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته‌های تحقیق با نتایج یافته‌های دیویدسون[1] (۲۴)، دیمینوف[2] (۲۵)، پاقلعه، آقایی و زارع (۲۶)، شفیع آبادی و سودانی (۲۷)، شکیبا، فتی و اصغر نژاد (۲۸) ، حکیم جوادی (۲۹)، مورالس و سانچز[3] (۳۰) و دیان، هاشر، دیجیک، کریگر و پترسون[4] (۳۱) همسو می‌باشد.

تحقیقات متعدد نشان دادند که سطوح پایین هوش هیجانی به ناتوانی در مقابله و توانایی اداره هیجانات فرد منجر می‌شود که می‌تواند در آغاز بسیاری از مشکلات نقش داشته باشد. در سال‌های اخیر علاقه به نقش هوش هیجانی و برنامه‌های مرتبط با ارتقا آن به‌منظور افزایش و بهبود سازگاری هیجانی و موفقیت تحصیلی و کاهش رفتارهای آسیب‌زا در محیط‌های آموزشی، افزایش چشم‌گیری یافته است و عدم توانایی در کنترل و مدیریت هیجان‌ها می‌تواند سلامت روانی افراد را در محیط‌های اجتماعی و آموزشی به خطر انداخته و به‌نوعی به مخاطره کشاندن کیفیت زندگی فرد در ابعاد مختلف را به دنبال داشته باشد (۲۴).

۲) همچنین نتایج نشان داد که نمرات هوش هیجانی و تمامی مؤلفه‌های هوش هیجانی غیر از خویشتن‌داری پیش‌بینی کننده میزان کیفیت زندگی می‌باشد که در این میان تمامی مؤلفه‌ها در سطح معنی‌داری ۰،۰۱ می‌باشد و فقط مؤلفه احترام به خود در سطح معنی‌داری ۰،۰۵ معنی‌دار می‌باشد. همچنین جدول شماره ۶ نمایانگر این موضوع است که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن تا ۷۷،۶ درصد قابلیت پیش‌بینی کیفیت زندگی را دارا می‌باشند. این یافته‌های تحقیق با نتایج یافته‌های پاقلعه، آقایی و زارع (۲۶)، شفیع آبادی و سودانی (۲۷)، شکیبا، فتی و اصغر نژاد (۲۸) ، حکیم جوادی (۲۹)، مورالس و سانچز (۳۰) و دیان، هاشر، دیجیک، کریگر و پترسون (۳۱) همسو می‌باشد.

در تبیین این نظریه می‌توان گفت فرانس[5](۳۲) معتقد است که ازلحاظ مفهومی کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی، ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از زندگی‌اش کاهش یابد سایر ویژگی‌های او تحت تأثیر قرار گرفته و باعث تحلیل آن‌ها و درنهایت افت کیفیت زندگی می‌شود. اگرچه ازلحاظ وسعت مفاهیم بررسی‌شده در زمینه کیفیت زندگی، فرانس را جزو طبقه سوم به‌حساب می‌آورند یعنی جزو اندیشمندانی که کیفیت زندگی را هم از بعد عینی بررسی کرده‌اند و هم از بعد ذهنی ولی بررسی کارهای او (۳۲،۳۳) نشان می‌دهد که بیشتر این کارها متمرکز بر بعد ذهنی کیفیت زندگی است و بخش عینی این مفهوم بازنمایی مناسبی به‌مثابه کارهای انجام شده توسط فیلیپس را نشان نمی‌دهد و می‌توان گفت که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن همان‌طور که در فرضیه نخستین تحقیق نیز بررسی شد می‌تواند قدرت پیش‌بینی پذیری فرد را در بحث کیفیت زندگی به همراه داشته باشد، به‌عنوان‌مثال افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایت‌مندی، هدف‌داری در زندگی و رشد شخصی باعث رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و به طبع آن کیفیت زندگی گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از مقیاس‌های خود گزارش دهی، تعداد کم نمونه، عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، عدم کنترل برخی از متغیرها ازجمله وضعیت اقتصادی و اجتماعی اشاره نمود لذا پیشنهاد می‌شود افراد مبتلا به‌غیراز درمان‌های دارویی تحت نظر روانشناس قرار داشته و با درمان‌های حمایتی و ایجاد نگرش مثبت به زندگی به این افراد در مقابله با بیماری کمک شود و این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگ‌های مختلف و در صورت امکان بر روی حجم بزرگ‌تری انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که متغیرهای دیگر (مثل سبک‌های مقابله‌ای، طرح‌واره‌های ناکارآمد، سبک‌های دل‌بستگی، سبک‌های فرزندپروری) که احتمالاً در بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس نقش دارند موردبررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد به این وسیله نویسندگان مقاله از همکاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و تمام بیمارانی که علی‌رغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص این بیماری صادقانه همکاری‌های لازم را در طول این پژوهش داشتند و کارکنان محترم انجمن (MS) ارومیه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

[1] Dividson

[2] Deminof

[3] Díaz-Morales & Sánchez-López

[4] De Young & Hasher & Djikic & Criger & Peterson

[5] - Ferrans

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

References:

1. Dividson S. The efficacy of cognitive behavioral group therapy on quality of insomnia and resilience of multiple sclerosis. Behavior Res Therapy 2014; 46: 487-95.
2. Deminof L. The efficacy of cognitive behavioral group therapy on the depression anxiety and resilience of multiple sclerosis woman. J Anxiety Disorder 2010; 11: 279-315.
3. Braunwald E. Harrison's principles of internal medicine. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2012.
4. Zandipour R. Investigating the relationship between religious orientation and irrational beliefs as predictors of depression in MS patients Ahvaz. Ahvaz: 2009 (Persian)
5. Nabavi M, Pourfarzam Sh, Qasemi H, Epidemiology clinical course and prognosis of Multiple Sclerosis in 203 patients referring to the M.S clinic of Shahid Mostafa Khomeini Hospital. Tehran J Fac Med 2013; 64(7): 90-7. (Persian)
6. Pietrangelo A. Medically Reviewed by George Krucik MD MBA. 2014.
7. Statistic of multiple sclerosis in World Health Organization.Available From http: //www.WHo.int.2008.
8. Status of MS Patients in IRAN MS Society.2014.Available From: http: //www.new.iranms.ir.
9. Status of MS patients in West Azerbaijan province. Urmia.2014.Available from: http: //www.MSWa.ir.
10. Soltani M, Hejazi SM, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar M. The Effect of Selected Aerobic Exercise on the Balance Improvement in Multiple Sclerosis Patients. J Mashhad School Nurs Midwifery 2009; 2(9): 107-13. (Persian)
11. Hazrati M, Zahmatkeshan N, Dejbakhsh T, Nikseresht AR, Zeyghami B. The Effect of Rehabilitation Process on the Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. Armaghane Danesh J 2005; 10(3): 53-64. (Persian)
12. Ebrahimi H, Saeedi M, Sarvari F, Sokhangooy M. Effect of Aquatic Exercise Program on Fatigue in Women with Multiple Sclerosis. J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(94): 54-61. (Persian)
13. Ghanati E, Hadiyan M, Daghighiasli AR. Economic Expenditures of Multiple Sclerosis Medications and Feasibility of Providing Health Insurance Policies for medicationsjournal. J Health Admin 2011;14(45): 28-32. (Persian)
14. Morgante L. Hope in multiple sclerosis a nursing perspective. Int J of MS care 2000;2 (2): 3-7.
15. Rafeeyan Z, Azarbarzin M, Moosa FM, Hasanzadeh A. Effect of aquatic exercise on the multiple sclerosis patients' quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res 2010;15(1):43. (Persian)
16. Goshtasebi, Azita. To evaluate health related quality of life in Tehran. khlash 1st Conference on Global quality of life. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2004. (Persian)
17. Gill TM, Feinstein AR. Acritical appraisal of the quality of life Measurement. J Am Med Association 1994;27(2): 619-26.
18. Addington-Hall J, Kalra L. Measuring quality of life: Who should measure quality of life? BMJ 2001;322(7299):1417.
19. Ismaili M. Ahadi H, Delaware A, Shafiabadi A. Impact of education on mental health components of emotional intelligence. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2007; 13(49), 158-65. (Persian)
20. Akbarzada N. Emotional intelligence, vision and Salvvy. Tehran: al-Farab; 2004. (Persian)
21. Goleman D. hvsh emotional (ability to love and love to see).trjmh Nasrin Parsa, Tehran: growth; 2003.
22. Shamradlv M. Compare the role of emotional intelligence and IQ in predicting academic achievement of high school students in Tehran, educational psychology master's thesis, Faculty of

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

Psychology and Educational Sciences. Tehran: Shahid Beheshti University in Tehran; 2004. (Persian)

23. Hosseinzad A, Minister A, MoseAlrzayy Aghdam Arash. The relationship components of emotional intelligence and personality traits in patients with multiple sclerosis. Urmia Med J 2013; 24: 1027-35. (Persian)
24. Dividson SD. The efficacy of cognitive behavioral group therapyon quality of insomnia and resilience of multiple sclerosis. Behav Res Therap 2014; 46: 487-95.
25. Deminof L. The efficacy ofcognitive behavioralgroup therapyon the depression, anxiety and resilience of multiple sclerosis woman. J Anxiety Disorder 2010; 11: 279-315.
26. Abedi S. Comprehensive meta-analysis of emotional intelligence and mental health. Psychol Health J 2010;4(2): 21-32. (Persian)
27. Ehyakonandeh M, Shafiabadi A, Sodani M. Relationship Between Emotional Intelligence and Mental Health of the Behbahan Islamic Azad University Counseling girl Students. Knowledge Res Appl Psychol 2009;11(41):1–16. (Persian)
28. Fata L, Farid AA. Relationship types of psychological and emotional intelligence - social and practical tips on improving emotional intelligence. J Appl Psychol 2008; 2(4): 607-25. (Persian)
29. Hakim Javadi M. Brrsy about the quality of attachment and emotional intelligence in gifted and normal students. (Dissertation). Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences of Tehran University; 2004. (Persian)
30. Díaz-Morales JF, Sánchez-López MP.Morningness-eveningness and anxiety amongadults: a matter of sex/gender? Pers Individ Diff 2008; 44:1391-401.
31. De Young CG, Hasher L, Djikic M, Criger B, Peterson JB. Morning people are stable people: Circadian rhythm and the higher-order factors of the big five. Pers Individ Dif 2009; 43: 267-76.
32. Ferrans CE. Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. Prog Cardiovasc Nurs 1992;7(1):2–6.
33. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. Sch Inq Nurs Pract 1996;10(3):293–304.
34. Lee Y-J. Subjective quality of life measurement in Taipei. Build Environ 2008;43(7):1205–15.
35. Khan F, McPhail T, Brand C, Turner-Stokes L, Kilpatrick T. Multiple sclerosis: disability profile and quality of life in an Australian community cohort. Int J Rehabil Res 2006;29(2):87–96.
36. Nasiri H, Hashemi L, Hosseini SM. Quality of life shiraz university according to the world Health organization Quality of life scale. 3rd seminar on mental health; 2006. P. 365-8. (Persian)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]

The Journal of Urmia University of Medical Sciences, Vol. 28(9), December 2017

Original Article

QUALITY OF LIFE AND ITS RELATION TO EMOTIONAL INTELLIGENCE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS (M.S) IN URMIA

Seyed Hadi Ezamy[1], Siamak Sheikhi[2]*

Received: 22 Aug, 2017; Accepted: 23 Oct , 2017

Abstract

***Background & Aims*:** Multiple sclerosis (M.S.) disease is one of the most common neurological disorders in the world. Considering the fact that quality of life as subjective mental feeling can be related to psychological variables such as emotional intelligence, the present study aimed to investigate the quality of life and its relation to emotional intelligence in patients with M.S in Urmia city.

***Materials & Methods*:** This study was conducted on 214 patients (92 males and 122 females) who were selected by available sampling method. To collect data WHOQOL-BREF quality of life assessment and emotional intelligence questionnaire were used. The data were analyzed using multivariate regression and correlation coefficient.

***Results*:** It was revealed that there was significant relationship between the quality of life and emotional intelligence components such as happiness, self-fulfillment, independence, realism; and reverse relationship with elements of problem solving, interpersonal relationships and empathy.

***Conclusion*:** The present results suggest that there is relationship between quality of life and significant components of emotional intelligence.

***Keywords*:** Multiple sclerosis (M.S.), Quality of life, Emotional intelligence

***Address*:** Department of Psychology, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel: +9809301470065
***Email*:** m.hadi1354@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2017: 28(9): 539 ISSN: 1027-3727

[1] *Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran*
[2] *Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-20]