

رابطه هوش اخلاقی و شفقت خود با کیفیت زندگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS)

دکتر فهیمه محمدپور

بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز

(تاریخ دریافت: ۹۸/۲/۲۱، تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۲۵)

چکیده

زمینه: مولتیپل اسکلروزیس، یکی از ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های سیستم عصب مرکزی است که سیری مزمن دارد. تظاهرات بالینی این بیماری می‌تواند بر فعالیت‌های روزانه او نیز تأثیر گذاشته و در نتیجه موجب کاهش کیفیت زندگی، در این افراد می‌گردد. بدین ترتیب، با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش حاضر به بررسی رابطه هوش اخلاقی و شفقت خود با کیفیت زندگی افراد مبتلا به این بیماری می‌پردازد.

روش: روش پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ساکن شیراز است که از آن میان، تعداد ۱۵۰ نفر، به عنوان حجم نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، از پرسشنامه استاندارد هوش اخلاقی، مقیاس شفقت خود و مقیاس سنجش کیفیت زندگی، استفاده گردید. داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 ثبت گردید، و از روش آزمون ضریب همبستگی پیرسون و نیز آزمون آماری رگرسیون برای تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن و نیز شفقت خود و مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی در این بیماران همبستگی مثبت و معناداری دارد. همچنین این دو متغیر قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر این است که توجه به مؤلفه‌های هوش اخلاقی و شفقت خود می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نقش مؤثری ایفا کند. بنابراین تدوین برنامه‌ها و مداخلات درمانی در این دو حیطه کمک شایانی به این بیماران می‌کند.

کلیدواژگان: شفقت خود، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروزیس، هوش اخلاقی

سرآغاز

تظاهرات بالینی بیماری MS می‌تواند به شکل اضطراب^۱، افسردگی^۲، استرس^۳، اختلالات روانشناختی^۴، تحریک‌پذیری^۵، عصبانیت^۶، کاهش عملکرد روزانه، خودکارآمدی^۷ و تخریب کیفیت زندگی باشد (۴). به طور کلی، مجموع مشکلات و علائم ایجاد شده در فرد مبتلا، بر فعالیت‌های روزانه او نیز تأثیر گذاشته و در نتیجه موجب کاهش کیفیت زندگی، در این افراد می‌گردد (۵). کیفیت زندگی^۸، یک مفهوم چند بعدی است که شامل اجزای جسمی و روانی-اجتماعی است و درک افراد را از موقعیت خود در زندگی، از نظر نظام ارزشی، انتظارات، اهداف، استانداردها و اولویت‌ها نشان می‌دهد (۶). این مفهوم، یک ساختار پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد و ماهیت ذهنی و ادراک فرد درباره وضعیت

مولتیپل اسکلروزیس^۹، یکی از ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های سیستم عصب مرکزی^{۱۰} است که سیری مزمن داشته و با تغییرات پراکنده در ماده سفید و خاکستری مغز، تحلیل رفتن میلین و آسیب به آکسون‌های سیستم عصب مرکزی مشخص می‌شود. علایم این بیماری بسیار متفاوت بوده و وابسته به محل آسیب است و می‌تواند به شکل مشکلات حرکتی، ناهنجاری‌های حسی، آسیب جمجمه‌ای، علائم نباتی و علائم روانشناختی بروز کند (۱). این بیماری با شروع زود هنگام (به طور متوسط بین افراد ۲۰-۴۰ ساله) مشخص می‌شود و در حال حاضر ۲ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند (۲). طبق گزارش انجمن MS ایران، حدود ۴۰ هزار نفر مبتلا به این بیماری در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند و متأسفانه این رقم رو به افزایش است (۳).



زندگی خود را نشان می‌دهد (۲).

در بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد، می‌توان به جنبه‌های شناختی، اجتماعی و ویژگی‌های فردی و شخصیتی اشاره کرد. در این بین شناخت ویژگی‌های فردی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی می‌تواند در طراحی مداخلات و برنامه‌های توانمندسازی نتایج سودمندی را به بار آورد. یکی از مواردی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد، اخلاق و هوش اخلاقی است. هوش اخلاقی به عنوان یکی از ابعاد هوش می‌تواند پایه و چارچوبی را برای عملکرد صحیح انسانها فراهم آورده و عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار انسان محسوب شود. هوش اخلاقی، هوشی است که قواعد پایدار و پویا را ساختاردهی و فعالیت فرد را در محیط شناسایی می‌کند. هوش اخلاقی نشان‌دهنده ظرفیت ذهنی انسان برای تعیین اینکه چگونه اصول جهان‌شمول انسانی را به ارزش‌ها، اهداف و اقدامات خود مرتبط نماید، است (۷). همچنین، این نوع هوش، نشان‌دهنده اشتیاق و توانایی فرد برای قرار دادن معیارهای برتر و فراتر از منافع خود و حتی موضوعاتی نظیر اثربخشی در کانون واکنش‌های فردی است (۸). در واقع این نوع هوش، تمام انواع هوش‌های دیگر انسان را در جهت انجام کارهای ارزشمند هدایت می‌کند (۹). هوش اخلاقی دارای ابعاد متفاوتی است و دربردارنده چهار اصل می‌باشد که برای موفقیت مداوم شخص ضروری است: ۱) درستکاری^{۱۱}؛ یعنی ایجاد هماهنگی بین آنچه که به آن معتقدیم و آنچه که به آن عمل می‌کنیم، ۲) مسئولیت‌پذیری^{۱۲}؛ کسی که هوش اخلاقی بالایی دارد، مسئولیت اعمال خود و پیامدهای آن اعمال، همچنین اشتباهات و شکست‌های خود را می‌پذیرد، ۳) دلسوزی^{۱۳}؛ توجه به دیگران که دارای تأثیر متقابل است و ۴) بخشش^{۱۴}؛ آگاهی از عیوب و اشتباهات خود و دیگران و بخشیدن خود و دیگران. همچنین این مفهوم شامل ده زیرمجموعه شایستگی، شامل انسجام، صداقت، شجاعت، رازداری، انجام تعهدات فردی، خودکنترلی و خودمحورسازی، کمک به دیگران، مراقبت از دیگران، درک احساسات دیگران و درک نیازهای روحی خود می‌باشد (۱۰). یکی دیگر از عواملی که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد، شفقت خود^{۱۵} است. شفقت خود، یک عامل تأثیرگذار در کارکرد روانشناختی سازگارانه است. شفقت خود، علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت مانند پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی و سلامت نیز نقش دارد. شفقت خود یک سازه جدید مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی است. شفقت خود، بیانگر حمایت عاطفی فرد از خود و دیگران در مواجهه با سختی‌ها و کاستی‌هاست (۱۱). پژوهشگری، شفقت خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، احساسات مشترک انسانی در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است (۱۲). شفقت خود بر پذیرش خود یا پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشستن و با هوشیاری (ذهن آگاهی) تأکید دارد. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر

رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است (۱۳). شفقت خود، شامل پذیرش شک و احساسات منفی به خود، خودارزایی و سختی به عنوان بخشی از شرایط انسانی است (۱۴). در پژوهشی که به منظور بررسی نقش هوش اخلاقی و اجتماعی در پیش‌بینی تاب‌آوری و کیفیت زندگی در والدین کودکان دچار ناتوانی یادگیری انجام شد، نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین این کودکان با هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد و این متغیر می‌تواند کیفیت زندگی را در سطح معناداری تبیین کند (۱۵). همچنین پژوهشگران نیز با بررسی ارتباط هوش اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در پرستاران، نتیجه گرفتند که هوش اخلاقی می‌تواند مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری-خانگی را پیش‌بینی کند و سطح مطلوب هوش اخلاقی می‌تواند منجر به ایفای نقش مؤثر توسط پرستاران در بیمارستان گردد (۱۶). پژوهش نشان داده‌است که مفهوم کیفیت زندگی با سلامت اخلاقی مشخص می‌شود و ارتباطاتی بین اخلاق، بهزیستی روانشناختی و سازگاری وجود دارد و به احتمال بیشتر، همبستگی معنادارتری بین سطوح هوش، اخلاق و سازگاری وجود دارد (۱۷). در پژوهشی که با عنوان بررسی سلامت اخلاق و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد، یافته‌ها نشان داد که بین سلامت اخلاقی و کیفیت زندگی در این بیماران ارتباط معناداری وجود دارد (۱۸). افرادی که خود شفقتی بالایی دارند، در برخورد با رویدادهای منفی، جسارت بالایی از خود نشان می‌دهند (۱۹). پژوهشگران نیز در بررسی کیفیت زندگی بیماران سرطانی به این نتیجه رسیدند که خودشفقتی به عنوان متغیر تعدیل‌کننده در ارتباط بین هم‌جوشی شناختی و کیفیت زندگی عمل می‌کند و سطوح اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۰). همچنین پژوهشگرانی تأثیر خودشفقتی و حمایت اجتماعی را در تنظیم روانی بیماران مبتلا به سرطان ریه بررسی کردند و دریافتند که ارتباط معناداری بین خودشفقتی، سازگاری روانشناختی و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد (۲۱). در ایران نیز، پژوهش نشان داده‌است که خودشفقتی، تیپ شخصیتی D و حمایت اجتماعی از متغیرهای تأثیرگذار بر رفتار بهداشتی بیماران کرونر قلبی هستند (۲۲). همچنین، بررسی رابطه خودشفقتی و هم‌جوشی شناختی با کیفیت زندگی در دانشجویان، نشان داد که بین مؤلفه‌های خودشفقتی با کیفیت زندگی در دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و خودشفقتی و هم‌جوشی شناختی، قابلیت پیش‌بینی کیفیت زندگی را دارند (۱۴). مطالعات در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس در ایران و نیز در خارج، کیفیت زندگی پایین‌تر این بیماران را نسبت به جمعیت عمومی نشان داده است. افرادی که مبتلا به MS هستند، از نظر کیفیت زندگی نه تنها پایین‌تر از جمعیت عمومی هستند، بلکه در مقایسه با کسانی که سایر بیماری‌های بلندمدت مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری روده تحریک‌پذیر دارند، هم کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (۲). سنجش کیفیت زندگی افراد و عوامل مرتبط با آن را می‌توان در ارزیابی بیماری‌های مزمن، به کارگیری مداخلات موثر و ارزشیابی خدمات بهداشتی، درمانی، پژوهش و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و

درمانی استفاده نمود. بنابراین، انجام مطالعه بر روی بیماران ام اس به دلیل شرایط خاصشان و همچنین روند افزایش روزافزون تعداد آنها در جامعه، بررسی کیفیت زندگی آنان و عوامل مرتبط با آن ضروری است. بدین ترتیب، با توجه به مطالب گفته شده و اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه هوش اخلاقی و شفقت خود با کیفیت زندگی افراد مبتلا به این بیماری است.

روش

روش پژوهش از نوع مطالعات مقطعی، توصیفی-تحلیلی و همبستگی است. جامعه آماری در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ساکن شیراز است که از آن میان، تعداد ۱۵۰ نفر، به عنوان حجم نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. این مطالعه با مشارکت ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. میانگین (انحراف معیار) سنی افراد شرکت‌کننده (۳/۵) ۳۲/۴ بود. ۹۱ (۶۰/۲٪) نفر از این افراد متأهل و بقیه مجرد بودند. ۱۳۲ (۸۷/۴٪) نفر از شرکت‌کنندگان نیز زن و باقی مرد بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، علاوه بر پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس و وضعیت تأهل، پرسشنامه استاندارد هوش اخلاقی، مقیاس شفقت خود و مقیاس سنجش کیفیت زندگی، استفاده گردید. پرسشنامه خودگزارشی کیفیت زندگی که برای کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود، توسط ویر و همکاران ساخته شده‌است. این مقیاس دارای ۳۶ گزاره است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش جسمانی، محدودیت ایفای نقش عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روانی. مفاهیمی که در این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. پایین‌ترین نمره صفر و بالاترین ۱۰۰ است. نتایج تحلیل روانسنجی همسانی درونی بالای این مقیاس را نشان داده‌است (۰/۸۹). در ایران نیز، پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ محاسبه شده‌است که حاکی از پایایی مطلوب این مقیاس در ایران است (۲۳). مقیاس هوش اخلاقی که در این پژوهش استفاده گردیده است را لئیک و کیل ارائه کرده‌اند که از ۴۰ سؤال با طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تشکیل شده‌است. این پرسشنامه، هوش اخلاقی را در ۱۰ زیرمؤلفه شامل اهمیت دادن خودجوش به دیگران، عمل کردن مبتنی بر اصول، اقرار به اشتباه، استقامت و پافشاری حرف، قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران، پای‌بندی به عهد، راست‌گویی، مسئولیت‌پذیری برای تصمیمات شخصی، توانایی بخشیدن اشتباهات دیگران و توانایی بخشش اشتباهات خود را مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی این آزمون ۰/۹۴ گزارش شده‌است، و در ایران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده‌است، روایی صوری و محتوایی آن نیز در ایران مطلوب گزارش شده‌است (۲۴). مقیاس شفقت خود نیز یک ابزار خود گزارش دهی ۲۶ گویه ای است که توسط نف، به منظور سنجش

میزان شفقت خود ساخته شده است. نمره‌گذاری آن در اندازه‌های ۵ درجه‌ای طیف لیکرت تعیین می‌شود. سؤالات موجود در آن در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت درمورد خود، احساسات مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و فزون همانندسازی قرار می‌گیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. پژوهش انجام شده توسط نف، پایایی و روایی بالای آن را گزارش می‌کند. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. در ایران نیز پایایی و روایی مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است، در ایران ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس، ۰/۷۶ به دست آمده است (۱۳).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، اطلاعات به دست آمده از پاسخ دهندگان جمع‌آوری و داده‌های خام مورد نیاز جهت آزمون فرضیه‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-21 ثبت گردید، تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل دو مرحله بود. در مرحله اول تجزیه و تحلیل توصیفی و مرحله دوم، تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها بود که از روش آزمون ضریب همبستگی پیرسون و نیز آزمون آماری رگرسیون استفاده شد.

یافته ها

در جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) نمره‌های مربوط به مقیاس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین (انحراف معیار) نمره‌های مقیاس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در شرکت‌کنندگان مطالعه

متغیرها	(انحراف معیار) میانگین
سلامت عمومی	۴۲/۸۲ (۱۱/۹)
عملکرد جسمانی	۳۵/۷۸ (۶/۵)
محدودیت ایفای نقش جسمانی	۳۴/۱۸ (۸/۲)
محدودیت ایفای نقش عاطفی	۳۹/۰۸ (۱۰/۴)
درد بدنی	۳۵/۷۳ (۱۰/۴)
عملکرد اجتماعی	۴۴/۲۱ (۹/۸)
خستگی	۴۴/۴۲ (۱۲/۲)
سلامت روانی	۳۹/۴۷ (۷/۹۷)
کیفیت زندگی (نمره کل)	۳۴/۵۸ (۶/۶)

همانگونه که در جدول یک نیز نشان داده شده‌است، میانگین کیفیت زندگی ۳۴/۵۸ با انحراف معیار ۶/۶ است. میانگین نمرات سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش جسمانی، محدودیت ایفای نقش عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روانی نیز که زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی هستند، به ترتیب ۴۲/۸۲ (۱۱/۹)، ۳۵/۷۸ (۶/۵)، ۳۴/۱۸ (۸/۲)، ۳۹/۰۸ (۱۰/۴)، ۳۵/۷۳ (۱۰/۴) و ۴۴/۲۱ (۹/۸) و ۳۹/۴۷ (۷/۹۷) است.

به منظور بررسی رابطه کیفیت زندگی با متغیر هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در



در ادامه به منظور بررسی نقش هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تعیین متغیر ملاک از آزمون ضریب رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴: شاخص‌های تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام در پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس هوش اخلاقی و شفقت خود

شاخص‌های آماری	R ²	β	t	P
هوش اخلاقی	۰/۲۸۳	۰/۴۰۱	۴/۸۲	۰/۰۰۰
شفقت خود	۰/۳۳۵	۰/۲۷۴	۳/۲۹	۰/۰۰۰

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد هوش اخلاقی به تنهایی ۲۸/۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را در جمعیت نمونه نشان می‌دهد و همچنین خودشفقت‌ورزی نیز ۳۳/۵ درصد از واریانس آن را تبیین می‌کند. علاوه بر این ستون ضریب بتا نشان می‌دهد که هر دو مؤلفه هوش اخلاقی و شفقت خود، به طور معناداری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی می‌باشند ($P < 0/001$).

بحث

مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی با هر دو بعد هوش اخلاقی ارتباط مستقیمی دارد و هوش اخلاقی قادر به پیش‌بینی می‌باشد. همچنین شفقت خود و مؤلفه‌های آن نیز با کیفیت زندگی رابطه منفی دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که دو متغیر هوش اخلاقی و شفقت خود قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی می‌باشند.

یافته اول این مطالعه، بیانگر ارتباط معنی‌دار هوش اخلاقی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. این یافته همسو با مطالعاتی است که به بررسی هوش اخلاقی و کیفیت زندگی پرداخته‌اند و رابطه مثبت این دو متغیر را تأیید کرده‌اند (۱۵-۱۸) بدین ترتیب، این مطالعه، از یافته‌های پیشین حمایت می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هوش اخلاقی، ظرفیت ذهنی انسان را در توانایی چارچوب‌بندی اصول و ارزش‌های انسانی در قالب اهداف و ارزش‌های خود نشان می‌دهد. رفتارهای منصفانه، احترام، پذیرش دیگران و مسئولیت‌پذیری از ویژگی‌های بارز هوش اخلاقی است. بنابراین، می‌توان گفت بیمارانی که از هوش اخلاقی بالاتری برخوردارند، به جای تمرکز بر ابعاد ناراحتی جسمانی و ناتوانی‌های خود، با داشتن دیدگاهی مبتنی بر اعتقادات قوی، مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران و بخشش، باعث می‌گردد تا تحمل و خویشتن‌داری خود را افزایش دهند. در نتیجه، با افزایش احساس رضایت درونی فرد و به تبع احساس رضایت از زندگی، توان انطباق‌پذیری با شرایط و کیفیت زندگی نیز در آن‌ها افزایش می‌یابد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که شفقت خود با کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگری که در زمینه خودشفقت‌ورزی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی صورت گرفته‌است، همسو است (۱۴ و ۲۰-۲۲). شفقت خود، حمایت عاطفی فرد از خود و دیگران در سختی‌ها و مشکلات است. این امر باعث می‌گردد تا این بیماران که

جدول شماره ۲، نتایج ضریب همبستگی کیفیت زندگی با متغیر هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی کیفیت زندگی با متغیر هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن

متغیرها	کیفیت زندگی	P
اهمیت دادن خودجوش به دیگران	۰/۳۸۲	<۰/۰۰۱
عمل کردن مبتنی بر اصول	۰/۴۳۴	<۰/۰۰۱
اقرار به اشتباه	۰/۴۱۶	<۰/۰۰۱
استقامت و پافشاری حرف	۰/۵۱۱	<۰/۰۰۱
قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران	۰/۵۰	<۰/۰۰۱
پای‌بندی به عهد	۰/۲۷۱	<۰/۰۰۱
راست‌گویی	۰/۳۲۶	<۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری برای تصمیمات شخصی	۰/۴۷۴	<۰/۰۰۱
توانایی بخشیدن اشتباهات دیگران	۰/۵۴	<۰/۰۰۱
توانایی بخشش اشتباهات خود	۰/۵۳۶	<۰/۰۰۱
هوش اخلاقی (نمره کل)	۰/۴۲۷	<۰/۰۰۱

براساس یافته‌های جدول ۲، میزان همبستگی نمره کل متغیر هوش اخلاقی با کیفیت زندگی ۰/۴۲۷ است، همچنین کیفیت زندگی با کلیه زیرمقیاس‌های هوش اخلاقی رابطه معنادار و مستقیمی دارد ($P < 0/001$).

به منظور بررسی رابطه کیفیت زندگی با متغیر شفقت خود و مؤلفه‌های آن، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. در جدول شماره ۳، نتایج ضریب همبستگی کیفیت زندگی با شفقت خود و مؤلفه‌های آن به تفکیک، ارائه می‌گردد.

جدول ۳: ماتریس ضریب همبستگی کیفیت زندگی با شفقت خود و مؤلفه‌های آن

متغیرها	کیفیت زندگی	P
زیرمقیاس مهربانی با خود	۰/۴۰	<۰/۰۰۱
قضاوت در مورد خود	۰/۴۲۶	<۰/۰۰۱
احساسات مشترک انسانی	۰/۳۸۹	<۰/۰۰۱
انزوا	۰/۴۳۳	<۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
فزون همانندسازی	۰/۵۰	<۰/۰۰۱
شفقت خود (نمره کل)	۰/۵۳۶	<۰/۰۰۱

براساس یافته‌های جدول ۳، میزان همبستگی نمره کل متغیر شفقت خود با کیفیت زندگی ۰/۴۳ است، همچنین کیفیت زندگی با کلیه زیرمقیاس‌های شفقت خود رابطه معنادار و مستقیمی دارد ($P < 0/001$).

واژه نامه

1. Multiple sclerosis	مولتیپل اسکلروزیس
2. Central nervous system	سیستم عصب مرکزی
3. Anxiety	اضطراب
4. Depression	افسردگی
5. Stress	استرس
6. Psychological disorders	اختلالات روانشناختی
7. Irritability	تحریک پذیری
8. Anger	عصبانیت
9. Self-efficacy	خودکارآمدی
10. Quality of Life	کیفیت زندگی
11. Honesty	درستکاری
12. responsibility	مسئولیت پذیری
13. sympathy	دلسوزی
14. Forgiveness	بخشش
15. Self-compassion	شفقت خود

References

- Pour Mohammad P, Yousefi Z, Hashemi T. (2017). The role of illness perception and type D personality in prediction quality of life in multiple sclerosis (MS) patients. *Ethics in science and technology*; 11(44): 17-26. (In Persian).
- Kidd T, Carey N, Mold F, Westwood S, Miklaucich M, Konstantara E, Sterr A, Cooke D. (2017). A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in people with multiple sclerosis at improving depression, anxiety and quality of life. *Plos One Journal*; 12 (10): 1-16.
- Farhadi M, pasandideh MM. (2018). Mindfulness based cognitive therapy in reducing stress, anxiety, depression and increase self-efficacy in female patients with multiple sclerosis (MS). *Clinical Psychology & Personality*; 15 (2): 7-15. (In Persian).
- Fonseca A, Nazare B, Canavaro MC. (2012). Parental psychological distress and quality of life after a prenatal or postnatal diagnosis of congenital anomaly: a controlled comparison study with parents of healthy infants. *Disability and Health Journal*; 5 (2): 67-74.
- Ysraelit MC, Fiol MP, Gaitan MI, Correale J. (2018). Quality of life assessment in multiple sclerosis: different perception between patients and neurologists. *Frontiers in Neurology*; 8: 729.
- Tan JY, Molassiotis A, Lloyd M, Yorke J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*; 27 (1): 2-11.
- Petti J, Charles B. (2008). Salesperson perceptions of ethical behaviors their influence on job satisfaction and turnover intention. *Journal of Business Ethics*; 4 (78): 547-557.

از نظر جسمانی و روانی دچار ناتوانی هستند، به خود و دیگران فرصت بیشتری برای جبران و بازسازی مجدد روابط و سازماندهی روانی بدهند و شفقت نسبت به خود را در روابط اجتماعی، خانوادگی و روانشناختی تقویت کنند. همین امر می تواند باعث بهبود و افزایش کیفیت زندگی در این افراد گردد.

قابل ذکر است که از جمله محدودیت های این مطالعه ماهیت همبستگی و مقطعی بودن مطالعه بود که نتیجه گیری علی را دشوار می سازد. همچنین، نمونه مطالعه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. بنابراین باید در تعمیم نتایج به سایر گروه ها احتیاط نمود. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی، بر این اساس که هوش اخلاقی و شفقت خود در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، قدرت پیش بینی معنی داری داشتند، به منظور بررسی اثربخشی بهبود این دو متغیر بر کیفیت زندگی بر این بیماران، از طرح های مداخله ای مبتنی بر این دو سازه استفاده و نتایج آن مورد بررسی با رویکرد آزمایشی قرار گیرد.

نتیجه گیری

در مجموع می توان بیان نمود که هوش اخلاقی و شفقت خود در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس هستند. بدین معنا که توانمندی در آن ها می تواند به بهبود کیفیت زندگی در این بیماران منجر گردد. با تبیین نحوه اثربخشی این دو متغیر و با توجه به این که این دو سازه، اکتسابی هستند، می توان با تدوین برنامه ها و مداخلات آموزشی-درمانگری هم در زمینه هوش اخلاقی و هم در زمینه شفقت خود، به این بیماران ارتقا و بهبود کیفیت زندگی، کمک شایانی کرد.

ملاحظات اخلاقی

شرکت در انجام پژوهش به صورت داوطلبانه بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در این مطالعه کلیه شرکت کنندگان اطلاعاتی درباره مطالعه دریافت کردند و از آنان رضایت شرکت در مطالعه اخذ شد. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و صرفاً برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. همچنین، به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نگردید. نویسنده مقاله اظهار می دارد که هیچ گونه تعارض منافی در مورد در این مقاله وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان نامه یا طرح پژوهشی مصوب نبوده و به صورت مستقل انجام گرفته است. نویسنده مقاله بر خود لازم می داند از تمامی شرکت کنندگانی که در انجام این مطالعه، محققین را یاری رساندند، صمیمانه تشکر نماید.



- Applications of modeling in the natural and social sciences program. Ontario: Trent University.
18. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizi S, Haghani H. (2010). A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*; 12 (2): 29-33. (In Persian).
 19. Neff KD, Faso DJ. (2015). Self-compassion and wellbeing in parents of children with autism. *Mindfulness*; 6: 938-947.
 20. Gillanders DT, Sinclair AK, Maclean M, Jardine K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*; 4 (4): 300-311.
 21. Batista M, Cunha A, Galhardo M, Couto MC. (2015). Psychological adjustment to lung cancer: the role of self-compassion and social support. *European Psychiatry*; 30(1): 28-31.
 22. Abolqasemi A, Taghipour M, Narimani M. (2012). The relationship of type D personality, self-compassion and social support with health behaviors in patients with coronary heart disease. *Health Psychology Journal*; 1 (1): 1-12. (In Persian).
 23. Asadi hasanvand A, Sodani M, Abbaspour Z. (2017). The effectiveness of solution-focused group therapy on improve the children quality of life. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*; 15 (6): 449-459. (In Persian).
 24. Cheraghian H, Khani MH, Zareie M, Moradian SK. (2015). The relationship between spiritual wellbeing, moral intelligence and purpose in life. *Islam and Psychological Studies*; 2 (2): 107-120. (In Persian).
 8. Beheshtifard M, Esmaeli Z, Nekoeimoqadam B. (2011). Effect of Moral Intelligence on Leadership. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*; 43: 6-11.
 9. Ataollahi T, Rabiei A, Amini MT. (2016). Relationship between Moral Intelligence and Social Capital. *Ethics in Science and Technology*; 10 (3): 29-40. (In Persian).
 10. Azar Kh, Namvar Y. (2018). Relation between moral intelligence and teacher's lifestyle. *Ethics in Science and Technology*; 12 (4): 20-28. (In Persian).
 11. Yarnell IM, Neff KD. (2013). Selfcompassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*; 12: 146-159.
 12. Neff KD. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity*; 2 (2): 85-102.
 13. Ghezelsefloo M, Jazayeri R, Bahrami F, Mohammadi R. (2016). Relationship between original family health and self-compassion with marital commitment. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*; 26 (139): 137-148. (In Persian).
 14. Samadi Fard HR. (2015). Self-relationship and cognitive mutations with quality of life in students. *Tehran/Iran: 1st International Congress of Comprehensive Psychology of Iran*. (In Persian).
 15. Narimani M, Ghaffari M. (2016). The role of moral and social intelligence in predicting resiliency and quality of life in parents of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*; 5 (2): 106-128. (In Persian).
 16. Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. (2014). Relationship between moral intelligence and nurses' quality of work life. *Iranian Journal of Neonatology*; 27 (90 , 91): 54-64. (In Persian).
 17. King DB. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure.