

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم اضطراب و افسردگی در سالمندان ساکن سرای سالمندان خصوصی شهر تهران

محمد رضا موسوی

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

سمیه پروین

دانشگاه علوم پزشکی بهبهان، بهبهان، ایران

فاطمه فرید

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه

پیام نور تهران

*عبدالمجید بحرینیان

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

علی اصغر اصغرزاد فرید

دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران

خلاصه

مقدمه: هوش هیجانی به عنوان یک مفهوم نوپدید موضوعی است که به جایگاه و نقش هیجانات، احساسات و عواطف و تنظیم آن‌ها در انسان اشاره دارد و از آن به عنوان یک متغیر مرتبط با کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی نام برده می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم اضطراب و افسردگی در سالمندان ساکن سرای سالمندان خصوصی شهر تهران بود.

روش کار: این پژوهش بالینی بر روی ۲۴ نفر از سالمندان ساکن سرای خصوصی سالمندان با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. گروه آزمون تحت آموزش هوش هیجانی قرار گرفتند در حالی که گروه شاهد هیچ آموزشی دریافت نمودند. نتایج توسط نرم‌افزار SPSS مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: آموزش هوش هیجانی تاثیر مثبت و معنی‌داری بر بهبود کیفیت زندگی، بهبود علائم روانی و کاهش علائم اضطراب و افسردگی سالمندان ساکن سرای سالمندان داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده حاکی است که هوش هیجانی می‌تواند به عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده و مهم، تاثیر تعیین‌کننده‌ای بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم اضطراب و افسردگی سالمندان داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اضطراب، سالمندان، کیفیت زندگی، هوش هیجانی

هیجانی

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

باهوش هیجانی بالاتر کیفیت زندگی بهتری دارند (۶). یوسفی و هاجر در پژوهشی که بر روی ۴۰۳ نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه شیراز پرداختند به این یافته رسیدند که در سطح مؤلفه‌های هوش هیجانی از منظر رویکرد ترکیبی، مؤلفه خوش‌بینی هوش هیجانی می‌تواند هر چهار بعد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی افراد را به‌طور مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی کند و در ادامه به این نتیجه رسیدند که اکثر مؤلفه‌های هوش هیجانی، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند (۷). حسینیان و همکاران در پژوهش خود با عنوان پیش‌بینی کیفیت زندگی معلمان زن بر اساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی به این نتیجه رسیدند که اکثر مؤلفه‌های هوش هیجانی رابطه مثبت معناداری با زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی دارد و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون چندگانه نشان داد که مؤلفه‌های هوش هیجانی به‌صورت معنی‌داری کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند (۸).

مشهدی، سلطانی شورباخورلو و هاشمی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که با افزایش هوش هیجانی کلی و مؤلفه‌های وضوح احساسات و اصلاح خلق، نشانه‌های اضطراب دانشجویان کاهش می‌یابد ولی ارتباطی بین مؤلفه توجه به احساسات با علائم اضطراب یافت نشد و دریافتند به‌طور کلی افرادی که اضطراب بیشتری داشتند درک کمتری از ماهیت هیجان‌های خود دارند و از سوی دیگر توان کمتری نیز برای فائق آمدن بر تجارب هیجانی منفی دارند که این نتایج می‌تواند تبیین‌کننده مشکل این افراد در سازگاری هیجانی باشد که شاخصی از آسیب به سازه هوشی هیجانی برای این افراد است (۹). خانجانی، حسینی نسب و صادقی در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه هوش هیجانی با افسردگی و اضطراب دختران نوجوان مشکین‌شهر» به این نتیجه رسیدند که بین هوش هیجانی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی معناداری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش هوش هیجانی، اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد (۱۰).

شهنی بیلاق و همکاران در پژوهش خود به این یافته رسیدند که آموزش هوش هیجانی بر کاهش اضطراب (اجتماعی) دانشجویان مفید بوده است و نتایج را این‌گونه تبیین می‌کنند که هوش هیجانی بالا باعث می‌گردد تا افراد در مقابله با عوامل فشارزا پاسخ سازگارانه بدهند، در برخورد با عامل تنیدگی شیوه مسئله‌مداری را به‌کارگیرند و با توجه به ارتباط هوش هیجانی و خلاقیت، وقایع منفی را از نو تفسیر کنند و از فرایند نشخوار ذهنی اجتناب کنند و به‌صورت مثبت با پدیده برخورد کنند (۱۱).

اسماعیلی و همکاران (۲۰۰۷)، در پژوهش «تأثیر آموزش مؤلفه‌های

طبق پیش‌بینی‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد (۲۰۰۶)، نسبت جمعیت سالمند در جهان از ۵/۱ درصد در سال ۲۰۰۶ به ۸/۲۱ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (۱). در ایران نیز جمعیت سالمندان بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور طی سال ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰، نزدیک به ۴ برابر (۶ میلیون) شده است و بیشتر این سالمندان در مناطق شهری ساکن هستند. برآورد رسمی بیانگر آن‌اند که در صورت تداوم روند موجود، جمعیت سالمندان تا سال ۱۴۰۵ به مرز ۱۵ میلیون نفر خواهد رسید (۲). بنابراین کشور ما نیز در زمره کشورهای دارای جمعیت سالخورده قرار گرفته است به این دلیل که طبق تعریف سازمان ملل متحد اگر نسبت جمعیت سالمند در کشوری بیشتر از ۷ درصد باشد، آن کشور دارای جمعیت سالخورده است و این مهم با توجه به مشکلات این گروه سنی و نیز روند روزافزون سرعت رشد آن، لزوم برنامه‌ریزی آینده‌نگر بر ای کنترل مسائل مربوط به این گروه از جمعیت را می‌طلبد (۳).

همچنین موضوع هوش به عنوان یک ویژگی اساسی که تفاوت‌های فردی را در انسان نشان می‌دهد از ابتدای تاریخ مکتوب زندگی انسان مورد توجه بوده است. از آغاز بررسی هوش، غالباً بر جنبه‌های شناختی آن نظیر حافظه، حل مسئله و تفکر تأکید شده است درحالی‌که امروزه جنبه‌های غیر شناختی هوش مانند توانایی هیجانی هم مورد توجه قرار گرفته است از این جنبه غیر شناختی به‌عنوان متغیری در جهت پیش‌بینی توانایی فرد برای موفقیت و سازگاری در زندگی نام‌برده شده است (۴). هوش هیجانی موضوعی است که به جایگاه و نقش هیجان‌ات، احساسات و عواطف و تنظیم آن‌ها در انسان اشاره دارد و شکلی از هوش اجتماعی است که توانایی کنترل و مدیریت احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران و همچنین تمایز میان آن‌ها و استفاده از این اطلاعات جهت هدایت شناخت و رفتار را شامل می‌شود (۵). از طرف دیگر با افزایش سن و به خصوص در سن سالمندی به دلیل محدودیت‌های فیزیولوژیک، مشکلات احتمالی مالی، بازنشستگی‌های اجباری، فوت نزدیکان، فعالیت کمتر و... میزان کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. حال در این پژوهش به دنبال این هستیم که با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی هوش هیجانی در متغیرهای مرتبط با سلامت روان، آیا می‌توان از آموزش هوش هیجانی در جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم اضطراب و افسردگی بهره جست یا خیر؟ سلطانی شال و همکاران در پژوهشی که بر روی ۱۸۰ بیماران قلبی شهر مشهد انجام دادند به این یافته رسیدند که هوش هیجانی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر کیفیت زندگی بیماران قلبی تأثیر می‌گذارد و افراد

می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس می‌باشد که در این پژوهش تعداد ۲۴ نفر از سالمندان ساکن یک سرای سالمندان خصوصی شهر تهران، انتخاب و سپس به صورت تصادفی دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند قبل از آموزش هوش هیجانی هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بک را تکمیل نمودند و سپس گروه آزمایش تحت آموزش هوش هیجانی قرار گرفتند ولی گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نمودند و در انتها هر دو گروه مجدداً پرسشنامه ذکر شده را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36): ابزار عمومی سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت است که توسط ویر^۷ و شربورن^۸ تهیه شده و شامل ۳۶ سؤال در دو بعد اصلی جسمی و روانی است که هشت قلمرو مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و در هر دو گروه بیمار و سالم کاربرد دارد. در حال حاضر فرم ۳۶ سؤالی به علت کوتاه و جامع بودن از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا است. فرم ۳۶ سؤالی متشکل از عباراتی است که در قالب هشت خرده‌مقیاس شامل عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی و نیز یک عبارت درباره تغییر در وضعیت سلامت گنجانده شده است و به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از عالی تا ضعیف و بلی و خیر برای پاسخ‌دهی به سؤالات متفاوت این ابزار استفاده می‌شود. روش نمره‌گذاری فرم ۳۶ سؤالی به صورت نمره مجزا برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و نمره‌ای برای دو بخش کلی سلامت جسمی و سلامت روانی و بر اساس راهنمای ویژه آن صورت می‌پذیرد. حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده‌مقیاس ۱۰۰ و حداقل امتیاز ۰ می‌باشد که نمرات بالا دلالت بر وضعیت سلامت بهتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت سلامت ضعیف‌تر دارند. اسحاقی و همکاران در سال ۲۰۰۶ روایی و پایایی پرسشنامه را برای سالمندان به روش ثبات درونی بالای ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرون باخ ۰/۷۰ گزارش نمودند (۱۸).

احمدی و همکاران در سال ۱۳۸۳ ضریب آلفای کرونباخ برای همخوانی داخلی و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ به دست آوردند. منتظری و همکاران نیز در سال ۱۳۸۴ پایایی پرسشنامه کیفیت را با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی آزمون روایی آن را با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته‌شده و روایی همگرا مورد ارزیابی قرار دادند (۱۹).

هوش هیجانی بر سلامت روان^۱ به این یافته رسیدند که آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی تأثیر مثبتی بر سلامت روان گروه آزمایش در قیاس با گروه گواه داشته است که در این میان بیشترین تأثیر مثبت را به ترتیب در زمینه‌ی اضطراب، افسردگی و پرخاشگری دارد و کمترین تأثیر نیز در زمینه‌ی روان‌پریشی و هراس مرضی داشته است (۱۲).

اسلاسکی^۱ و کارترایت^۲ دریافتند که آموزش هوش هیجانی به افراد باعث بهبود سلامت عمومی آنان می‌گردد و افسردگی، ناراسا کنشوری اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی، نشانه‌های بدنی آنان را کاهش می‌دهد و منجر به افزایش سلامت روان آن‌ها می‌گردد (۱۳). شات، مألوف، توریتسون، هولار و روک^۳، در پژوهش فراتحلیلی خود به این یافته رسیدند که هوش هیجانی با سلامت روانی (اضطراب، افسردگی و ...) رابطه معنی‌داری و مثبت وجود دارد و افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند سلامت روانی آن‌ها بیشتر می‌باشد و از شیوه‌های و راهبردهای مطلوب‌تری هنگام برخورد با مشکلات استفاده می‌کنند در نتیجه کمتر در معرض بیماری‌ها قرار می‌گیرند (۱۴).

همچنین شات، مألوف، بابیک، کانستون، گریسون و جدلیکا^۴ در پژوهشی که در مورد هوش هیجانی انجام دادند به این یافته رسیدند که هوش هیجانی رابطه معنادار مثبت و تعیین‌کننده‌ای با کیفیت زندگی و تعاملات اجتماعی دارد و رابطه معنادار منفی با افسردگی و احساس تنهایی دارد (۱۵).

هانسن و بیانچی^۵ در پژوهشی که در مورد نقش هوش هیجانی و شخصیت فرد با افسردگی اساسی بیان می‌دارند که افراد با هوش هیجانی بالاتر کمتر در معرض افسردگی قرار می‌گیرند به این دلیل که می‌توانند از راهبردهای شناختی در جهت محافظت از خود برای جلوگیری از دچار شدن افسردگی بهره‌گیرند (۱۶).

فرناندز-بروکال، آلکاید، اکستروما و پزارو^۶ در پژوهشی که در مورد نقش هوش هیجانی در اضطراب و افسردگی در میان نوجوانان بیان می‌دارند که رابطه معناداری بین هوش هیجانی با اضطراب و افسردگی در نوجوانان وجود دارد و هوش هیجانی به‌عنوان یک متغیر حمایتی در جهت جلوگیری از مبتلا شدن به اضطراب و افسردگی عمل می‌کند (۱۷).

روش کار

روش پژوهش مطالعه‌ی حاضر از نوع مداخله‌ای همراه با گروه شاهد

¹Slaski

²Cartwright

³Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhuller and Rooke

⁴Schutte, Malouff, Bobik, Conston, Greeson and Jedlicka

⁵Hansenne and Bianchi

⁶Fernandez-Berrocá, Alcaide, Extremera and Pizarro

⁷Ware

⁸Sherbourne

نمرات مربوط به پرسشنامه کیفیت زندگی، پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک در جداول ۱ تا ۶ آورده شده اند.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس

آزمون پرسشنامه کیفیت زندگی

گروه	سنجش	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آزمایش	پیش آزمون	۵۴/۳۵	۹/۲۵	۱۰
	پس آزمون	۶۱/۰۵	۸/۰۷	۱۰
کنترل	پیش آزمون	۵۴/۵۰	۸/۱۲	۱۲
	پس آزمون	۵۵/۳۴	۷/۹۹	۱۲

جدول ۲- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری کیفیت

زندگی (تاثیرات بین آزمودنی)

منبع تاثیرات	مجموع درجه	میانگین	F	معناداری اندازه توان
مجذورات آزادی	مجذورات	مجذورات	اثر آزمون	
ثابت	۷۵/۲۲۴	۱	۲۸/۱۲۹	۰/۹۹۹
پیش آزمون	۱۲۳/۶۴۴	۱	۴۶۳/۱۷۵	۰/۰۰۰
نمره کل				
کیفیت زندگی				
گروه	۲۰۵/۳۷۵	۱	۷۶/۷۹۷	۰/۰۰۰
خطا	۵۰/۸۱۱	۱۹	۲/۶۷۴	۰/۸۰۲
کل	۷۴۹۱۵/۵۰۰	۲۲		

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس

آزمون پرسشنامه اضطراب بک

گروه	سنجش	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آزمون	پیش آزمون	۲۶/۳۰	۴/۱۱	۱۰
	پس آزمون	۲۰/۶۰	۳/۴۹	۱۰
شاهد	پیش آزمون	۲۵/۲۷	۳/۹۶	۱۲
	پس آزمون	۲۴/۹۳	۴/۳۳	۱۲

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری اضطراب

(تاثیرات بین آزمودنی)

منبع تاثیرات	مجموع درجه	میانگین	F	معناداری اندازه توان
مجذورات آزادی	مجذورات	مجذورات	اثر آزمون	
ثابت	۰/۹۱۶	۱	۰/۱۸۶	۰/۰۷۰
پیش آزمون	۲۲۳/۳۶۲	۱	۴۵/۴۸۴	۰/۰۰۰
شدت علائم				
اضطراب				
گروه	۱۴۴/۳۵۲	۱	۲۹/۳۹۵	۰/۹۹۹
خطا	۹۳/۳۰۵	۱۹	۴/۹۱۱	۰/۵۹۰
کل	۱۲۰۲۰/۳۲۰	۲۲		

ب- پرسشنامه‌ی افسردگی بک نسخه‌ی دوم (BDI-II): این پرسشنامه، یک پرسشنامه‌ی ۲۱ آیتمی خود گزارش دهی برای سنجش شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان است که در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با معیارهای DSM-VI برای افسردگی موردبازنگری قرار گرفت. در این پرسشنامه پاسخ‌ها بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. نقاط برش بدین گونه است که نمره ۰ تا ۱۳ غیر افسرده؛ ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف تا متوسط؛ ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط تا شدید؛ و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده علائم افسردگی شدیدتر هستند. BDI-II با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون^۱ (HRSD) همبستگی +۰/۷۱/۰۰ دارد و پایایی باز آزمایی یک‌هفته‌ای آن ۰/۹۳ است (۲۰).

ج- پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI): یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است شیوه‌ی امتیازدهی به صورت، اصلاً امتیاز ۰، خفیف امتیاز ۱، متوسط ۲ و شدید امتیاز ۳ را می‌گیرد؛ بنابراین، دامنه‌ی نمرات اضطراب از ۰ تا ۶۳ خواهد بود در صورتی که نمره‌ی به دست آمده در دامنه ۰ تا ۷ باشد فرد موردبررسی هیچ اضطرابی ندارد اگر بین ۸-۱۵ باشد اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد اضطراب متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد اضطراب شدید دارد. بر اساس مطالعات انجام شده در خارج از کشور، پنج نوع اعتبار محتوا، همزمان، ساده، تشخیصی و عملی برای آن سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری اضطراب است (۲۱).
مطالعات انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (۲۲).

خلاصه آموزش هوش هیجانی به شرح ذیل می باشد:

جلسه اول، اهمیت هوش هیجانی؛ جلسه دوم، تعداد و انواع هیجانها؛ جلسه سوم، فایده هیجانها؛ جلسه چهارم، هوش هیجانی؛ جلسه پنجم، راههای افزایش هوش هیجانی؛ جلسه ششم، شناسایی حالات هیجانی خود و دیگران؛ جلسه هفتم، درک هیجانها و استفاده موثر از هیجانها؛ جلسه هشتم، کنترل و تنظیم حالات هیجانی خود و دیگران.

نتایج

¹Hamilton

جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس

آزمون پرسشنامه افسردگی بک

گروه	سنجش	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آزمون	پیش آزمون	۳۱/۴۰	۴/۴۲	۱۰
	پس آزمون	۲۴/۳۰	۲/۷۱	۱۰
شاهد	پیش آزمون	۳۰/۸۴	۴/۰۸	۱۲
	پس آزمون	۳۰/۱۲	۴/۵۳	۱۲

جدول ۶- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری افسردگی

(تأثیرات بین آزمودنی)

منبع تأثیرات	مجموع مجزورات آزادی	درجه میانگین	F	معناداری اندازه توان	اثر آزمون
ثابت	۱/۷۳۶	۱	۱/۷۳۶	۰/۲۰۰	۰/۰۷۱
پیش آزمون	۲۳۸/۰۴۲	۱	۲۳۸/۰۴۲	۲۷/۳۵۲	۰/۹۹۹
شدت علائم افسردگی (کووریت)					
گروه	۲۵۲/۴۲۳	۱	۲۵۲/۴۲۳	۲۹/۰۰۴	۰/۹۹۹
خطا	۱۶۵/۳۵۸	۱۹	۸/۷۰۳		۰/۶۰۴
کل	۱۷۳۹۸/۲۲۰	۲۲			

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان تأثیر مثبتی داشته است. که این یافته با یافته‌های سلطانی شال و همکاران (۶)، یوسفی و صبری (۷)، و نتا^۱، نیکولاس^۲ و تد^۳، (۲۳)، زیندر^۴ و همکاران (۲۴)، کیامرثی و ابوالقاسمی (۲۵)، بشارت و همکاران (۲۶) همسو می‌باشد.

رابطه بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی بدین گونه تبیین پذیر است که هوش هیجانی بالا با مؤلفه‌های روان‌شناختی متعددی همچون رفتارهای مرتبط با سلامتی (۲۷)، افزایش همدلی، خوش بینی، جراتمندی (۲۸) و کاهش افسردگی و پریشانی (۲۹) مرتبط است و این عوامل با تأثیرگذاری بر کاهش و تعدیل کردن استرس و دیگر متغیرهای مرتبط به افزایش کیفیت زندگی کمک می‌کند.

همچنین افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند به رویدادهای نگران کننده و استرس‌زا به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند، نه تهدیدی برای امنیت. این تأثیرگذاری بر میزان استرس ادراک شده و همچنین روش‌های کارا تر مقابله با استرس سالمندی باعث

می‌گردد که اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند و به طبع کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند.

یافته‌ها همچنین نشان داد که آموزش هوش هیجانی تأثیر مثبتی بر کاهش علائم اضطراب سالمندان ساکن سرای سالمندان داشته است. که این نتایج با یافته‌های پژوهش شات^۵ و همکاران (۱۵)، فرناندز^۶ و همکاران (۱۷)، منین^۷ و همکاران (۳۰)، سامفرلد^۸ و همکاران (۳۱)، مکلافین و همکاران (۳۲)^۹، سونیل^{۱۰} و همکاران (۳۳)، سوا^{۱۱} (۳۴)، مشهدی و همکاران (۹)، خانجانی و همکاران (۱۰) همسو می‌باشد.

نتایج این‌گونه قابل تبیین است که فرد دارای هوش هیجانی بالاتر توانایی بالفعل و واقعی برای تشخیص، پردازش و کاربرد اطلاعات مهم از هیجان‌ها خود دارد؛ بنابراین می‌توان این تبیین احتمالی را مطرح ساخت که هرچه هوش هیجانی فرد بالاتر باشد چون توانایی فرد برای تشخیص، ارزیابی و تنظیم اطلاعات هیجانی در مورد خود و دیگران بالاتر است، به همان نسبت توانایی او برای کنترل هیجان‌ها منفی مثل اضطراب و پیشگیری از تأثیر منفی این عواطف و هیجان‌ها بر رفتار، بیشتر خواهد بود.

نتایج بدست آمده همچنین نشان داد که آموزش مبتنی بر هوش هیجانی بر بهبود علائم افسردگی سالمندان ساکن سرای سالمندان خصوصی شهر تهران مؤثر بوده است.

نتایج حاصل با پژوهش خانجانی و همکاران (۱۰)، هانسن و بیانچی^{۱۲} (۱۶)، فرناندز^{۱۳} و همکاران (۱۷)، ماورولی^{۱۴} و همکاران (۳۵) همسو می‌باشد. افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند در مقابل تنیدگی، سازش یافته عمل می‌کنند. آن‌ها ضمن اینکه به رویدادهای زندگی خوش بین هستند، با دیگران روابط صمیمی دارند و سعی می‌کنند خلق خود را تنظیم کنند و این باعث شادی‌شان می‌شود. خوش بینی که در افراد باهوش هیجانی بالا وجود دارد می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی در مقابل تنیدگی‌ها و سایر مسائل زندگی عمل کند (۳۶) که این موارد می‌تواند در کاهش علائم افسردگی نقش داشته باشد.

بر اساس مطالعات داوونز^{۱۵} افراد باهوش هیجانی بالاتر از طریق تفکیک منابع استرس متعدد و تمیز محتوای مسائل مربوط به خود و دیگران به

⁶Schutte⁷Fernandez⁸Mennin⁹Summerfeldt¹⁰McLaughlin¹¹Sunil¹²Siu A¹³Hansenne, Bianchi¹⁴Fernandez-Berocal¹⁵Mavroveli¹⁶Downs¹Augusto Landa²Veneta³Nicholas⁴Ted⁵Zeinder

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده حاکی است که هوش هیجانی می تواند به عنوان یک متغیر تعدیل کننده و مهم، تاثیر تعیین کننده ای بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم اضطراب و افسردگی سالمندان داشته باشد.

شیوه منطقی با مسائل کنار آمده و کمتر خود را درگیر سیکل ناکارآمد چرخه افکار منفی منجر به افسردگی می نمایند و لذا آموزش هوش هیجانی به افراد می تواند ظرفیت روان شناختی تفکیک، تبیین و مقابله مناسب با مشکلات و رخدادهای زندگی را در آنها ایجاد نماید و همین امر بر افسردگی تأثیر می گذارد (۳۷).

References

1. United Nations. World Population prospects. [cited 2006]. Revision population Database, New York. Available from: <http://esa.un.org/unpp/p2K0data.asp>
2. Iran Statistics center. The report, 2012.
3. Malakooti K, Zad AM. [Validity, reliability and factor analysis of General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in Iranian elderly]. Iranian journal of ageing 2006; 1: 11-21. (Persian)
4. Wong CS, Law KS. The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. Leadersh Q 2003; 13(3): 243-74.
5. Yu DS, Thompson DR, Yu CM, Pedersen SS, Denollet J. Validating the type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. J Psychosom Res 2010; 69(2): 111-8.
6. Soltani Shal R. [The role of D personality type and emotional intelligence mediated by perceived stress and coping strategies on the life quality of heart patients]. Monthly journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2013; 17: 8. (Persian)
7. Yousefi F, Safari H. [Investigating the relationship between emotional intelligence and the dimensions of life quality]. Psychological studies 2010; 5: 4. (Persian)
8. Hosseiniyan S. [Predicting the life quality of women teachers on the basis of variables such as emotional intelligence and spiritual intelligence]. Career and organizational counseling quarterly 2012; 3: 9. [Persian].
9. Mashhadi A, Soltani Shurbakhorloo E, Hashemi Razini S. [On the relationship between emotional intelligence and its components with symptoms of anxiety]. Journal of fundamentals of mental health 2011; 12(4): 652-61. (Persian)
10. Khanjani Z, Hoseini Nasab F. Study of the relationship between emotional intelligence and depression and Anxiety among Adolescent Girls in MeshkinShahr in 2010. Education Sciences 2010; 3(9): 51-69.
11. Shahny Yeilagh M, Maktabi GH, Shekarkn H, Haghighi J, Kianpour Ghahfarokhi F. The Influence of Emotional Intelligence training on social anxiety, social adjustment and emotional intelligence male and female students. Journal of psychological incantations obtained 2008; 4(1): 3-26.
12. Esmaeeli M, Ahadi H, Delavar A, Shafei-abadi A. Effects of emotional intelligence factors training on enhancing mental health. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology 2007; 13(2): 158-65. (Persian)
13. Slaski M, Cartwright S. Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. J Stress Health 2003; 19: 233-9.
14. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Pers Individ Diff 2007; 42: 921-33.
15. Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Conston T, Greeson C, Jedlicka C, et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. J Soc Psychol 2001; 141: 523-36.
16. Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. Psychiatr Res 2009; 166: 63-8.
17. Fernandez-Berrocal P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional anxiety and depression among adolescents. Pers Individ Diff 2006; 4: 16-7.
18. Hesamzadeh A, Maddah S, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderly quality of life living at homes and in private or public nursing homes. Iranian journal of ageing 2010; 4(14): 66-74.
19. Habibi S, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. [Quality of life in elderly people of west of Tehran]. Iranian journal of nursing research 2007-8; 2: 29-36. (Persian)
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological; 1996.
21. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1990.
22. Kaviani H, Mousavi AS. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. Tehran University medical journal 2008; 65(2): 136-40. (Persian)
23. Veneta A, Bastian NR, Burns TN. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. Personality and Individual Differences 2005; 39(6): 1135-45.
24. Zeinder M, Matthews G, Roberts RD. What we know about emotional intelligence: how it acts learning, work, relationships, and mental health. Massachusetts: The MIT Press; 2009: 182-90.

25. Kiamarsi A, Abolghasemi A. Emotional intelligence and frustration: predictors of quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5: 827-31.
26. Besharat MA. [The effect emotional intelligence on the quality of social relationships]. *Psychological studies quarterly* 2006; 1(2): 25-38. (Persian)
27. Hill ER, Maggi ST. Emotional intelligence and smoking: Protective and risk factors among Canadian young adults. *Pers Individ Diff* 2011; 51(1): 45-50.
28. Homayouni A, Bani Hashemi SA, Golzadeh E. Emotional intelligence and its relation to human abnormal behavior: comparison between addicted and non addicted people. *J Eur Psychiatry* 2010; 25(2): 281.
29. Davis SK, Humphrey N. The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: divergent roles for trait and ability EI. *J Adolesc* 2012; 35(5): 1369-79.
30. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1281-310.
31. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, McCabe RE, Parker JD. Emotional intelligence in social phobia and other anxiety disorders. *J Psychopathol Behav* 2010; 33(1): 69-78.
32. McLaughlin KA, Mennin DS, Farach FJ. The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1735-52.
33. Sunil K, Rooprai KY. Role of emotional intelligence in managing stress and anxiety at workplace. *Proceeding of the ASBBS Annual Conference; Las Vegas, USA; 2009.*
34. Siu A. Trait emotional intelligence and its relationships with problem behavior in Hong Kong adolescents. *Pers Individ Diff* 2009; 47: 553-7.
35. Mavroveli S, Petrides, KV, Rieffe C, Bakker F. Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer rated social competence in adolescence. *Br J Dev Psychol* 2007; 25: 263-75.
36. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Pers Individ Diff* 2002; 32: 197-209.
37. Downs J. Adapting to secondary and boarding school: Self-concept, place identity, and homesickness. *Second biennial self-concept enhancement and learning facilitation research center international conference; Australia; 2002.*

