

کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت و ارتباط آن با هوش هیجانی

هادی عباس آباد عربی⁽¹⁾، دکتر فریده باستانی⁽²⁾، دکتر الهام نواب⁽³⁾، دکتر حمید حقانی⁽⁴⁾

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت و ارتباط آن با هوش هیجانی انجام شد. **روش:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی - توصیفی است که بر روی 85 سالمند مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان شریعی تهران انجام شد. برای بررسی کیفیت زندگی از پرسش نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد و برای سنجش میزان هوش هیجانی از پرسش نامه هوش هیجانی شریک استفاده شد. داده های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** یافته های پژوهش نشان دادند که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و هوش هیجانی سالمندان مبتلا به دیابت، در حد متوسط به بالا هستند. کیفیت زندگی سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن و هم چنین هوش هیجانی سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن در سطح بالاتری قرار داشت. کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مسکن رابطه معناداری داشت ($p < 0/05$)؛ ولی بین کیفیت زندگی با سن و وضعیت اقتصادی، رابطه معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). هوش هیجانی با سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مسکن رابطه معناداری داشت ($p < 0/05$) اما بین هوش هیجانی با سن و وضعیت اقتصادی رابطه معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). به طور کلی نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت ($p < 0/01$ و $r = 0/536$) همبستگی مثبت وجود دارد. **نتیجه گیری:** با توجه به ارتباط معنادار بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت، در صورت تمرکز و برنامه ریزی بر هوش هیجانی و ابعاد آن در سالمندان مبتلا به دیابت، می توان بستر مناسبی برای ارتقای کیفیت زندگی آنها فراهم نمود.

کلیدواژه: سالمندی؛ دیابت؛ کیفیت زندگی؛ هوش هیجانی

[دریافت مقاله: 1393/11/26؛ پذیرش مقاله: 1394/4/6]

مقدمه

ابتلا به دیابت در سنین بین 20-79 سال در دنیا، بیش از 382 میلیون نفر و در ایران حدود 4/5 میلیون نفر است. به نظر می رسد که با سالمندتر شدن جمعیت جهان، فراوانی آن رو به افزایش خواهد رفت (3). سازمان جهانی بهداشت، بیماری دیابت را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده است و از سال 1993 تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فرا خوانده است (4).

بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد. وجود علائم جسمی، اثر مستقیم روی تمام جنبه های

کاهش زاد و ولد و افزایش امید به زندگی موجب شده است که جمعیت سالمندان، بسیار سریع تر از جمعیت کلی افزایش یابد. پیر شدن جمعیت با افزایش سریع سالمندان یک پدیده جهانی است (1). با توجه به این که با افزایش سن، وضعیت سلامتی دست خوش تغییراتی خاص می شود، احتمال ابتلا به بیماری ها و بروز ناتوانی ها در سال های پایانی عمر بیش تر خواهد شد (2). یکی از شایع ترین مشکلات جسمی در سالمندی، بیماری مزمن دیابت است. آمارها نشان می دهند که

(1) کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ (2) دکترای پرستاری، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه سالمندی دانشکده پرستاری و مامایی، تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان شهید یاسمی، گروه پرستاری سالمندی، دورنگار: 021-88882886 (نویسنده مسئول) E-mail: Faridehbastani@yahoo.com؛ (3) دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه سالمندی دانشکده پرستاری و مامایی؛ (4) دکترای آمار، مربی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مشاور آمار، گروه آموزشی آمار حیاتی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی.

پیشرفت و مقاومت بیش تری در زندگی بهر مند بوده‌اند. افرادی که از درک و ابراز هیجان‌های خود و تنظیم آنها ناتوان‌اند، در شرایط پر استرس از کنترل خوبی برخوردار نیستند، استرس را با شدت بالاتری تجربه می‌کنند، سازگاری روان‌شناختی کم‌تری دارند و درد بیش تری را تجربه می‌کنند. (13)

با توجه به این که مطالعات اندکی در این خصوص در قشر سالمندان انجام شده است و مسأله کیفیت زندگی از نگرانی‌های عمده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشت عمومی در جامعه است؛ هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و هوش هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان شریعی است. به این ترتیب، درک بهتری در خصوص این دو متغیر اصلی حاصل خواهد شد. یافته‌های این پژوهش را می‌توان در تصمیم‌گیری و طراحی مداخلات مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت و ارتقاء سلامت آنها لحاظ نمود.

روش

این پژوهش، مطالعه مقطعی¹ و از نوع همبستگی-توصیفی² است. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان 95 درصد و توان آزمون 80 درصد و با در نظر گرفتن این مطلب که ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی با هوش هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت، باید حداقل 0/3 باشد تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، حجم نمونه 85 نفر برآورد گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری متوالی، سالمندانی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل این موارد بود: (1) قادر به درک و پاسخ‌گویی به سؤال‌ها باشند؛ (2) براساس ارزیابی با مقیاس بررسی شناختی - روانی ده آیتمی³ AMT اختلال خاصی نداشته باشند (لازم به ذکر است که این مقیاس شامل گویه‌هایی از نمره 1 تا 10 است که سالمند می‌بایست قادر به پاسخ‌گویی به موارد و کسب امتیاز 7 از 10 باشد. گویه‌ها شامل سن، وقت روز، سال، نام کامل بیمارستان یا کلینیک، شناسایی دو فرد همراه یا پرسنل، تاریخ تولد، نام رئیس جمهور وقت، توانایی شمارش معکوس عدد 20 تا یک باشد؛ (3) حداقل یک سال از ابتلا به دیابت آنها گذشته باشد؛ (4) داروهای آرام‌بخش ویژه‌ای که هوشیاری بیمار را

کیفیت زندگی دارد. طبق نظر انجمن دیابت امریکا یکی از بیماری‌های مزمن که سبب بروز مشکلات جسمی - روانی در افراد می‌شود، دیابت است (5). دیابت به عنوان یک بیماری چندعاملی قابل بررسی است، که به شدت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیر می‌گذارد (6). ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد. از این رو بررسی ابعاد مختلف سلامتی و کیفیت زندگی در این بیماران دارای اهمیت ویژه است. دیابت یک مشکل جدی بهداشت عمومی است که کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌کند و می‌تواند منجر به عوارض حاد و مزمن شود. این بیماری یک علت مهم ناتوانی و مرگ در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود (7). هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنها باشد. امروزه در جهان، مفهوم سالمندی پویا مطرح است؛ یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آنها نیز باید مورد توجه قرار بگیرد (8). کیفیت زندگی، هدف نهایی در ارائه خدمات مختلف اجتماعی و رفاهی به گروه‌های مختلف سنی و اجتماعی از جمله سالمندان و فراتر از عملکرد و توانایی سازمان و یا نهادهای خاص است (9). افراد دیابتی در مقایسه با افراد عاری از بیماری مزمن، دارای پایین‌ترین کیفیت زندگی هستند (10).

در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون سبب‌شناسی، سیر، پیش‌آگهی و مدیریت و درمان دیابت انجام شده است، مسایل بهداشتی و هماهنگی ابعاد مختلف سلامت فیزیکی با سلامت عاطفی و سلامت اجتماعی و نیز ویژگی‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی (از جمله هوش هیجانی) مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند (11). هوش هیجانی، افراد را قادر می‌کند که مواجهه با وضعیت‌های دشوار را پیش از غیرقابل کنترل شدن، تسهیل کنند. افرادی که هوش هیجانی خود را به کار می‌گیرند، با محیط اطراف خود سازگاری بیش تری دارند و اعتماد به نفس بالاتری نشان می‌دهند و از توانایی‌های خود آگاهند (12). جنبه‌های خاصی از هوش هیجانی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی در خلال میانسالی و سالمندی کمک کند. نتایج بررسی‌ها در این زمینه نشان می‌دهند که هوش هیجانی می‌تواند به عنوان سپری در مقابل حوادث منفی زندگی از جمله بیماری‌های مزمن عمل کند. افرادی که هوش هیجانی بالاتری داشته‌اند از شادابی، نشاط، سرزندگی و استقلال بیش تری برخوردارند و عملکرد بهتری دارند. این افراد نسبت به زندگی خوش‌بین‌تر و در برابر استرس مقاوم‌ترند و از

¹ cross-sectional

² descriptive-correlational design

³ Abbreviated Mental Test

روایی پرسش نامه را از طریق بررسی روایی همزمان و روایی سازه آن را از طریق بررسی همسانی درونی و تحلیل عاملی همگرا و واگرا مورد بررسی قرار داد. هم چنین، روایی و پایایی این آزمون در سال 1996 توسط جرابکت⁵ بررسی شد و این آزمون را روا و پایا معرفی کرد (21).

لازم به ذکر است که قبل از انجام پژوهش، در رابطه با اهداف پژوهش به شرکت کنندگان توضیح کافی در خصوص ملاحظات اخلاقی داده شد و تمایل آنها جهت شرکت در پژوهش جلب شد. افراد راغب فرم رضایت نامه را امضاء کردند و پرسش نامه های کیفیت زندگی و هوش هیجانی را تکمیل نمودند. داده های جمع آوری شده، توسط نرم افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی اعضای گروه نمونه، در جدول 7 ارائه شده است.

جدول 7- ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

ویژگی های جمعیت شناختی	فراوانی (%)
جنس	
مرد	43 (50/6)
زن	42 (49/4)
سن	
60 تا 64 سال	26 (30/6)
65 تا 69 سال	31 (36/5)
70 تا 75 سال	28 (32/9)
وضعیت تأهل	
متأهل	64 (75/3)
بدون همسر	21 (24/7)
تحصیلات	
زیر دیپلم	44 (51/8)
دیپلم	25 (29/4)
دانشگاهی	16 (18/8)
وضعیت اقتصادی	
ضعیف	30 (53/3)
متوسط	51 (60/0)
خوب	4 (4/7)
مسکن	
شخصی	66 (77/7)
استیجاری	15 (17/6)
متعلق به اقوام و آشنایان	4 (4/7)

تحت الشعاع قرار می دهد، مصرف نکرده باشد؛ 5) حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن باشد و 6) دارای سن 60 تا 75 سال باشد. پس از تکمیل فرم مشخصات فردی و فرم مشخصات دموگرافیک، از پرسش نامه کیفیت زندگی لیپاد¹ برای بررسی کیفیت زندگی و پرسش نامه هوش هیجانی سبیریا- شرینگ² برای بررسی هوش هیجانی استفاده شد. این پرسش نامه ها به روش گزارش شخصی توسط افراد شرکت کننده تکمیل شدند.

پرسش نامه کیفیت زندگی لیپاد، مخصوص سالمندان است. این پرسش نامه دارای 31 سؤال است که کیفیت زندگی سالمند را در هفت بعد (عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی) بررسی می کند. این پرسش نامه در سال 1998 تهیه شد و به عنوان یک ابزار بین المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروه های سالمند و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده است (14). پرسش نامه لیپاد در ایران توسط حسن پوردهکردی و همکاران، روا و پایا شد. جهت تعیین روایی پرسش نامه، روش اعتبار محتوی³ و برای تعیین پایایی آن، روش باز آزمایی⁴ مورد استفاده قرار گرفتند. به این ترتیب، پایایی پرسش نامه 0/83 به دست آمد (15).

پرسش نامه هوش هیجانی شرینگ دارای 33 سؤال است و از پنج خرده مقیاس خودانگیزی، خود آگاهی، خودمدیریتی (کنترل خود)، هم حسی (هوش اجتماعی) و مدیریت روابط (مهارت های اجتماعی) تشکیل شده است. این پرسش نامه براساس نظریه هوش هیجانی گلمن تنظیم شد و در ایران توسط منصوری (16)، ترجمه و هنجاریابی شده است. ضریب پایایی آن با استفاده از روش محاسبه آلفای کرونباخ، برای هر یک از مؤلفه ها و کل آزمون به این ترتیب به دست آمده است: خودانگیزی = 54٪، خود آگاهی = 69٪، خودمدیریتی (کنترل خود) = 64٪، هم حسی (هوش اجتماعی) = 51٪، مدیریت روابط (مهارت های اجتماعی) = 50٪ و کل آزمون = 85٪. این اعداد حاکی از پایایی در سطح قابل قبول هستند (16). مهانیان خامنه (17)، فرقدانی (18)، نسرین بنکداری (19)، و دلپسند و همکاران (20)، در پژوهش های جداگانه پایایی این آزمون را از طریق محاسبه آلفای کرونباخ به ترتیب 83٪، 87٪، 84٪ و 88٪ گزارش کرده اند. سازنده مقیاس،

¹ LEIPAD Quality of Life Questionnaire

² Cyberia-shrink Emotional Intelligence Questionnaire

³ content validity

⁴ test-retest

⁵ Jerabekt

داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان، با متغیر تحصیلات از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/006$). کیفیت زندگی سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی به مراتب بهتر از سالمندانی است که سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم دارند. کیفیت زندگی سالمندانی که دارای همسر بودند، نسبت به افرادی که همسر نداشتند (مجرد، همسر فوت شده و متارکه) بالاتر بود. افرادی که در منازل شخصی خود زندگی می‌کردند، نسبت به افرادی که مستأجر بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند ($p<0/05$). بین کیفیت زندگی سالمندان و گروه‌های سنی مختلف ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). هم‌چنین، در مورد بررسی ارتباط کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی سالمندان، یافته‌ها بیانگر این بود که اگرچه اکثر اعضای نمونه (64/7 درصد) وضعیت اقتصادی خود را در حد مطلوب گزارش کرده بودند، آزمون تی مستقل نشان داد که رابطه معناداری بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی وجود ندارد.

بر اساس یافته‌های ارائه شده در **جدول 4** میانگین نمره کلی هوش هیجانی سالمندان مبتلا به دیابت، 105/83 با انحراف معیار 13/56 است. چنانچه معیار 33 تا 165 را که مربوط به پرسش‌نامه مطالعه حاضر است در نظر بگیریم، می‌توان میانگین نمره 99 را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخصی قابل قبول برای وضعیت هوش هیجانی سالمندان تعیین کرد. چون میانگین نمره هوش هیجانی از میانگین متوسط پرسش‌نامه بالاتر است، می‌توان هوش هیجانی افراد مورد مطالعه را متوسط به بالا ارزیابی کرد. از میان ابعاد هوش هیجانی، بُعد خودآگاهی با بیشترین نمره میانگین ($0/67\pm 5/08$) در اولویت اول و بعد از آن به ترتیب ابعاد خودانگیزی ($22/96\pm 3/12$)، خودکنترلی ($20/00\pm 5/10$)، هوش اجتماعی ($19/02\pm 3/23$) و مهارت‌های اجتماعی با کمترین نمره میانگین ($16/87\pm 4/06$) در مراحل بعدی قرار گرفتند.

یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی تهران، 62/85 (با انحراف معیار 12/83) است. از آنجا که تاکنون در کشور ایران، شاخص مبنای معیار هنجاری از کیفیت زندگی افراد سالمند تعیین نگردیده است، چنان که معیار صفر تا 93 را که مربوط به پرسش‌نامه کیفیت زندگی مطالعه حاضر است، در نظر بگیریم، می‌توان میانگین نمره 46/5 را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخصی قابل قبول برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان تعیین کرد. با توجه به این نکته که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی از میانگین متوسط پرسش‌نامه بالاتر است، می‌توان کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه را مطلوب ارزیابی کرد. **جدول 2**، شامل نتایج حاصل از تحلیل آماری توصیفی نمرات به دست آمده از اجرای پرسش‌نامه کیفیت زندگی در گروه نمونه است. در این مطالعه از میان هفت بُعد کیفیت زندگی، بُعد مراقبت از خود بیشترین نمره میانگین ($15/76\pm 2/57$) و بُعد عملکرد جنسی کمترین نمره میانگین ($2/23\pm 1/75$) را به خود اختصاص داده‌اند. به این ترتیب به نظر می‌رسد که در جامعه مورد پژوهش بُعد مراقبت از خود نسبت به بقیه ابعاد کیفیت زندگی وضعیت بهتر و بُعد عملکرد جنسی نسبت به بقیه ابعاد کیفیت زندگی وضعیت ضعیف‌تری دارند. بعد از مراقبت از خود، به ترتیب ابعاد رضایت از زندگی ($10/98\pm 3/14$)، عملکرد ذهنی ($9/85\pm 2/82$)، افسردگی و اضطراب ($8/54\pm 2/60$)، عملکرد جسمی ($7/24\pm 2/31$) و عملکرد اجتماعی ($6/67\pm 1/74$) در مراحل بعدی قرار گرفتند (**جدول 2**). همان‌طور که در **جدول 3** مشاهده می‌گردد میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان مرد 66/21 با انحراف معیار 10/4707 و میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان زن 59/58 با انحراف معیار 14/1576 بود. از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین دو جنس در عامل کیفیت زندگی وجود داشت ($p=0/013$)، به این صورت که مردان کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان داشتند. نتایج آزمون شفه نشان

جدول 2- شاخص‌های آماری نمرات حاصل از اجرای پرسش‌نامه کیفیت زندگی لیباد

نمره کل	رضایت از زندگی	عملکرد جنسی	عملکرد اجتماعی	عملکرد ذهنی	افسردگی و اضطراب	مراقبت از خود	عملکرد جسمی	میانگین میانه انحراف معیار
62/85	10/98	2/23	6/67	9/85	8/54	15/76	7/24	
66/00	11/00	2/00	7/00	10/00	9/00	17/00	7/00	
12/83	3/14	1/75	1/74	2/82	2/60	2/57	2/31	

جدول 3- شاخص های نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت براساس ویژگی های جمعیت شناختی

ویژگی های جمعیت شناختی	فراوانی	میانگین (انحراف معیار)	سطح معناداری	آزمون تی مستقل
جنس مرد زن	42	66/21 (10/47)	0/013	t = 2/45
	43	59/58 (14/15)		
تاهل متاهل بدون همسر	64	65/07 (12/62)	0/039	t = 2/90
	21	56/09 (11/24)		
اقتصادی ضعیف خوب	30	58/40 (13/08)	0/098	t = -2/43
	55	65/29 (12/14)		
مسکن شخصی استیجاری	66	64/62 (11/42)	0/023	t=2/42
	19	56/73 (15/72)		
سن 64 - 60 69 - 65 75 - 70	26	60/61 (11/80)		آزمون آنالیز واریانس
	31	67/06 (13/34)		p=0/071
	28	60/28 (12/40)		F= 1/73
تحصیلات زیر دیپلم دیپلم دانشگاهی	46	60/12 (14/14)		آزمون آنالیز واریانس
	24	61/75 (11/02)		p= 0/006
	15	72/72 (5/55)		F= 5/42

به طوری که هوش هیجانی سالمندان با تحصیلات دانشگاهی به مراتب بهتر از سالمندانی بود که سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند. نتایج نشان داد سالمندانی که دارای همسر بودند نسبت به افرادی که همسر نداشتند از هوش هیجانی بالاتری برخوردار بودند (p=0/039). بین هوش هیجانی سالمندان با متغیرهای گروه سنی و وضعیت اقتصادی افراد، ارتباط معناداری مشاهده نشد (p>0/05) (جدول 5).

هم چنین همان طور که در جدول 5 مشاهده می گردد از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین دو جنس در هوش هیجانی وجود داشت (p=0/021). به طوری که میانگین نمره هوش هیجانی سالمندان مرد $108/28 \pm 11/42$ و میانگین نمره هوش هیجانی سالمندان زن $103/44 \pm 15/12$ تعیین شد. مردان هوش هیجانی بهتری نسبت به زنان داشتند. هوش هیجانی با سطح تحصیلات سالمندان ارتباط معنادار داشت (p=0/026)

جدول 4- شاخص های آماری هوش هیجانی و ابعاد آن در سالمندان مبتلا به دیابت مورد پژوهش

ابعاد هوش هیجانی شاخص های آماری	خود انگیزی	خود آگاهی	خود کنترلی	هوش اجتماعی	مهارت های اجتماعی	نمره کل هوش هیجانی
میانگین	22/96	26/97	20/00	19/02	16/87	105/83
میانه	23/00	28/00	21/00	19/00	17/00	106/00
انحراف معیار	3/12	5/08	5/10	3/23	4/06	13/56

جدول 5- شاخص‌های نمره کلی هوش هیجانی سالمندان مبتلا به دیابت مورد پژوهش براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	فراوانی	میانگین (انحراف معیار)	سطح معناداری	آزمون تی مستقل
جنس	مرد	108/28 (11/42)	0/021	t= 2/66
	زن	103/44 (15/12)		
تأهل	متأهل	107/20 (12/40)	0/039	t= 2/63
	بدون همسر	101/66 (16/23)		
اقتصادی	ضعیف	102/66 (11/87)	0/078	t= -1/60
	خوب	107/56 (14/20)		
مسکن	شخصی	107/66 (12/20)	0/018	t=2/38
	استیجاری	99/47 (16/29)		
سن	64-60	103/69 (13/72)		آزمون آنالیز واریانس
	69-65	107/45 (15/48)		p=0/584
	75-70	106/03 (11/13)		f= 0/542
تحصیلات	زیر دیپلم	104/17 (11/87)		آزمون آنالیز واریانس
	دیپلم	103/70 (16/08)		p= 0/026
	دانشگاهی	114/13 (11/44)		F= 3/82

بحث

تنهایی بر سطح کیفیت زندگی در میان سالمندان انجام شد، افراد متأهل میانگین کیفیت زندگی بالاتر و احساس تنهایی کم‌تری از سالمندان همسر فوت شده و مطلقه داشتند. به همین ترتیب، در مطالعه بذرافشان و همکاران (25) نیز که کیفیت زندگی 232 سالمند 60-79 ساله عضو کانون روزانه جهان دیدگان شهر شیراز را در سال 86 مورد بررسی قرار دادند، نتایج حاکی از آن بود که افرادی که متأهل بودند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند.

افرادی که در منازل شخصی خود زندگی می‌کردند، نسبت به افرادی که مستأجر هستند کیفیت زندگی بهتری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش زحمتکشان و همکاران در سال 1391 بر روی کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مرتبط با آن در شهر بوشهر هماهنگ بود (26). در پژوهش مذکور مشخص شد که سالمندان صاحب منازل شخصی، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سالمندان مستأجر دارند. نتایج مطالعه یزدانپور و سام آرام که عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان شهرستان خمین را در سال 1386 در نمونه‌ای متشکل از 190 نفر از سالمندان بالای 60 سال بررسی کردند، نشان داد که سالمندانی که صاحب منزل شخصی هستند نسبت به سالمندانی که منزل شخصی ندارند و مستأجر هستند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند (27).

در این مطالعه میانگین نمره هوش هیجانی، متوسط به بالا به دست آمد که با مطالعه جعفری و همکاران (28) هماهنگی

در پژوهش حاضر، کیفیت زندگی با سطح تحصیلات سالمندان ارتباط معنادار داشت؛ به طوری که کیفیت زندگی سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی به مراتب بهتر از سالمندانی بود که سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند مؤید این مطلب باشد که افراد با سطح تحصیلات بالا، از موقعیت‌های اجتماعی اقتصادی بهتری نیز برخوردار می‌شوند و تعامل مناسب‌تری با محیط برقرار می‌کنند. بنابراین، داشتن تحصیلات در برخورداری از یک زندگی سالم‌تر مؤثر است (22). در مطالعه‌ای که توسط بانگاس و همکاران (23) در اسپانیا با هدف بررسی تفاوت در کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند انجام شد، یافته‌های حاصل از پژوهش نشان دادند که متغیر سطح تحصیلات بر کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند تأثیر دارد و سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. نتیجه حاصل از مطالعه حاضر، با یافته‌های پژوهش مذکور هم‌راستا است؛ اما با یافته‌های پژوهش جدیدی و همکاران (1) که ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک را بررسی کردند، همخوانی ندارد.

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی سالمندانی که دارای همسر بودند، نسبت به افرادی که همسر نداشتند (مجرد، همسر فوت شده و متارکه) بالاتر بود. در پژوهش توموپولو و همکاران (24) در یونان نیز که با هدف بررسی تأثیر احساس

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. در پژوهش حسینیان و همکاران (31) که در سال 1390 با هدف پیش‌بینی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی معلمان زن در مدارس دخترانه راهنمایی مناطق 19 گانه آموزش و پرورش تهران براساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی انجام گرفت. نتایج مبین این مطلب بودند که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی ارتباط معنادار و مثبت وجود داشته است و با افزایش هوش هیجانی کیفیت زندگی هم ارتقاء پیدا می‌کند. در مطالعه احمدنژاد و همکاران (32) که به منظور بررسی رابطه بین هوش هیجانی و کیفیت کاری با سازگاری شغلی معلمان رسمی و حق‌التدریس مقطع ابتدایی شهرستان سردشت انجام گرفت، یافته‌ها حاکی از این بود که بین کیفیت زندگی و هوش هیجانی معلمان رابطه معناداری وجود دارد. در پژوهش رضانی و همکاران (29) نتایج نشان داد که هوش هیجانی با کیفیت زندگی دانشجویان رابطه معناداری دارد (29).

به طور کلی، در مورد ارتباط هوش هیجانی و سلامتی، بسیاری از تحقیقات پیشین نشان داده‌اند افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، نسبت به افرادی که هوش هیجانی آنها پایین‌تر است، به طور معنادار از سلامت جسمانی و روانی بالاتر و به تبع آن از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (33). هوش هیجانی افراد را قادر می‌سازد تا از به وجود آمدن وضعیت‌های دشوار و غیرقابل کنترل شدن آن‌ها جلوگیری کنند. به این ترتیب، فرآیند مدیریت استرس تسهیل می‌گردد. کسانی که هوش هیجانی خود را به کار می‌گیرند با محیط اطراف خود سازگاری بیش‌تری دارند و اعتماد به نفس بالاتری نشان می‌دهند. آن‌ها از توانایی‌های خود آگاهند (34). افرادی که هوش هیجانی بالاتری داشته‌اند از شادابی، نشاط، سرزندگی و استقلال بیش‌تری در امور برخوردار هستند و عملکرد بهتری نشان می‌دهند. هم‌چنین، نسبت به زندگی خوش‌بین‌تر، در برابر استرس مقاوم‌ترند. افرادی که در درک و ابراز هیجان‌های خود و تنظیم آنها ناتوان هستند، در شرایط پر استرس از کنترل خوبی برخوردار نیستند، استرس را با شدت بالاتری درک می‌کنند، سازگاری روان‌شناختی کم‌تری دارند و درد بیش‌تری را تجربه می‌کنند (35). به طور کلی، افرادی که هوش هیجانی بالا دارند، واجد توانایی کنترل، تشخیص و استفاده از توانش‌های هیجانی هستند و می‌توانند در مواجهه با رویدادها و مشکلات زندگی، با گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و

داشت. پژوهش مذکور با هدف بررسی نقش هوش عاطفی در تعهد سازمانی کارکنان سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران انجام گرفت و نتایج آن نشان داد که این افراد از هوش عاطفی بالایی برخوردار هستند. هم‌چنین نتایج حاکی از آن است که از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین دو جنس از لحاظ هوش هیجانی وجود داشت ($p=0/021$). مردان، هوش هیجانی بالاتری نسبت به زنان داشتند. رضانی و همکاران (29) نیز ارتباط بین هوش هیجانی و آمادگی جسمی و کیفیت زندگی 380 نفر از دانشجویان دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی را در سال 1391 مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از این بود که هوش هیجانی پسران بالاتر از دختران به دست آمد. دلپسند و همکاران (20) نیز در سال 1390 پژوهشی با عنوان رابطه هوش عاطفی با فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام دادند. از نتایج این مطالعه این طور برآورد شد که بین هوش عاطفی مردان و زنان اختلاف معناداری وجود دارد؛ به طوری که مردان از هوش هیجانی بالاتری نسبت به زنان برخوردار هستند. لیکن در مطالعه قادری و همکاران (30) که در سال 1391 ارتباط بین هوش هیجانی را با درگیری شغلی در 180 پرستار شاغل در بیمارستان‌های شهر جیرفت بررسی کردند و هم‌چنین در پژوهش جعفری و همکاران (28)، نتایج متفاوتی به دست آمدند. امکان دارد تفاوت مشاهده شده مربوط به شرایط محیطی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت در جامعه‌های مورد مطالعه باشند.

بین هوش هیجانی سالمندان و متغیر گروه سنی ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p=0/584$). این یافته با نتایج مطالعه دلپسند و همکاران هماهنگ نبود. در تبیین این یافته می‌توان به تعریف گلמן در مورد هوش هیجانی اشاره کرد. گلמן هوش هیجانی را مجموعه‌ای از توانایی‌ها، قابلیت‌ها، مهارت‌های اکتسابی و استعداد ارثی می‌داند و معتقد است که ارتقای آن نیازمند آموزش خاصی است و سن به تنهایی نمی‌تواند عامل مهمی در افزایش یا کاهش آن باشد.

هوش هیجانی با سطح تحصیلات سالمندان ارتباط معنادار داشت. به این صورت که بالاترین نمره هوش هیجانی مربوط به افراد با سطح تحصیلات بالای دانشگاهی بود. این نتیجه با مطالعه جعفری و همکاران همخوانی دارد (28). نتایج پژوهش ما نشان داد سالمندانی که دارای همسر بودند نسبت به افرادی که همسر نداشتند از هوش هیجانی بالاتری برخوردار بودند. این یافته مشابه نتایج مطالعه قادری و همکاران است اما با مطالعه دلپسند و همکاران همخوانی ندارد (20، 30).

3. Heidari SH, Noritajer M, Hosieni F. Investigating the relationship between family support and blood sugar control in type 2 diabetes. *Iran J Ageing*. 2009; 3(8): 573-580. [Persian]
4. World Health Organization. Prevalence of diabetes [Online]. 2008 [cited 2008 Des 11]; Available from: URL: <http://www.who.int/diabetes/facts/en>.
5. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: Are we doing enough? *Diabetes Metabolism*. 2003; 29: 6s9-6s18.
6. Bsharati DR, Pal R, Rekhac R, Yamuna TV. Evaluation of the burden of type 2 diabetes mellitus in population of Puducherry, South India. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2011; 5(1): 12-6.
7. Aghanori A, Mahmodi M, Salehi H. Investigating Quality of life of elderly people covered by health centers in urban areas of Markazi. *Iran J Ageing*. 2010; 6(22). [Persian]
8. Tavakolighochani M, Arman H. Active aging: 1st edition, *Med J Mashhad Univ Med Sci Publication*. 2001. [Persian]
9. Bowling A. Measuring disease: A review of disease specific quality of life measurement scales. London: Open University Press. 2008.
10. Minet L, Møhler S, Vach W, Wagner L, Henriksen J. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80(1): 29-41.
11. Davazdahemami M, Roshan R, Mehrabi A. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on Glycemic Control in Type 2 diabetic patients. *Iranian Journal of Endocrinol Metab*. 2009; 11(4): 385-392. [Persian]
12. Benson G, Ploeg J, Brown B. A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*. 2010; 30(1): 49-53.
13. Fotokian Z, Ghaffari F, Keyhanian Sh. Relation between stressful life events and cancer incidence in patients referred to Imam Sajjad hospital of Ramsar. *Scientific Sci J Hamdan Univ Med Sci*. 2009; 16 (1): 11-17.
14. Bailey C. Designing a life of wellness: evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus. Wilder Research center; February 2003.

استفاده از راهبردهای مناسب برای مقابله با مشکلات، به افزایش سلامت روانی خود کمک کنند. علاوه بر این، خوش بینی و مثبت اندیشی در این افراد، مقاومت سیستم ایمنی بدن و در نتیجه سلامتی را افزایش می دهد و به دنبال آن کیفیت زندگی بهبود می یابد (36).

از آنجایی که مطالعه حاضر، یک تحقیق مقطعی از نوع همبستگی توصیفی و غیرمداخله ای بود، لذا پیشنهاد می شود مطالعه طولی و مداخله ای در خصوص تأثیر راهکارهای توانمندسازی سالمندان مبتلا به دیابت در ارتقا مهارت هوش هیجانی و نیز کیفیت زندگی صورت گیرد. هم چنین در این مطالعه، فقط ارتباط بین کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت با هوش هیجانی مد نظر بوده است، بنابراین پیشنهاد می گردد که این پژوهش در مورد سایر بیماری های مزمن سالمندان نیز صورت گیرد تا به یک نتیجه گیری قطعی در خصوص سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن رسید. با توجه به اینکه در این مطالعه مقطعی، کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت و ارتباط آن با هوش هیجانی در سالمندان یک مرکز (مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی) در حوزه محدود صورت گرفت، پیشنهاد می گردد مطالعه ای مشابه اما در محیط های پژوهشی متفاوت صورت گیرد تا با اطمینان بیشتری نتایج را به کل جامعه تعمیم داد.

سپاسگزاری

در پایان لازم است از حمایت های معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، از همکاری مسئولین کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی تهران، سالمندان شرکت کننده در این پژوهش و هم چنین تمامی کسانی که در این مطالعه ما را یاری کردند، قدردانی نمایم. [این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است]. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

منابع

1. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak Senior House. *IJN*. 2011; 24(72): 48-56. [Persian]
2. Alipor F, Sajjadi H, Frozan A. The role of social support in reducing anxiety and depression in the elderly. *Iran J Ageing*. 2009; 4(11): 50-61. [Persian]

15. Pordehkordi A, Masoodi R, Pormirza R. The effect of exercise on quality of life in elderly in Shahrekord. Iran J Ageing. 2006; 2(6):216-223. [Persian]
16. Mansouri B. Translation and Normalizing Cyberia- Shrink test in students of public universities .Tehran. Psychology and Educational Sciences of Allameh Tabatabai University; 2001. [Persian]
17. Mahanian Khameneh M , Borjali A , Salamizadeh M. The relationship between emotional intelligence and Marital Satisfaction. Journal of Psychology. 2006; 3(10): 308-320. [Persian]
18. Ferghadani A. The relationship between emotional intelligence and social adjustment of female students in Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University. Tehran. Psychology and Educational Sciences of Allameh Tabatabai University; 2003. [Persian]
19. Bonakdari N. The relationship between emotional intelligence of Parents and social adjustment in children. Tehran. Psychology and Educational Sciences of Allameh Tabatabai University;2004. [Persian]
20. Delpasand M, Nasiripoor A, Raiisi P, Shahabi M. Relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in Ctitical Care Units. Iran J Crit Care Nurs. 2011; 4: 79-86. [Persian]
21. Jerabek I. Emotional Intelligence Test. Retrieved from http://www.queendom.com/queendom_tests/transfer (1996)
22. Esmaeili M, Ahadi H, Delavar A, Shafi Abadi A. Effect of Learning the Emotional Intelligence Parameters on Mental Health. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2007; 13(2): 158-165. [Persian]
23. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Graciani A, Guallar-Castillon, P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. 2007; 14: 456-462.
24. Thomopoulou I, Thomopoulou D & Koutsouki D. The differences of quality of life and loneliness between elderly people. JBE 2010; 6(2): 13-28.
25. Bazr Afshan M, Hosseini M, Rahgozar M, Maddah B. Daily quality of life in elderly women who are members of Jahandidegan Shiraz 1386. Iran J Ageing. 2008; 7: 196-204. [Persian]
26. Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan SH. Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. J Fasa Univ Med Sci. 2012;2: 53-58. [Persian]
27. Yazdanpour F, Sam Aram A. Factors associated with quality of life. Journal of Social Welfare and Development Planning. 2010; 6 :126-138. [Persian]
28. Jafari P, Qomi H, The Role of Emotional Intelligence on Organizational Commitment in Art and Cultural Organization of Tehran Municipality staff. Bulletin Emotional Intelligence Management. 2010;64:9-58. [Persian]
29. Ramezani A, Nazarian Madvani A. Relationship between Student's Emotional Intelligence, Fitness and Life Quality . Applied Research of Sport Management. 2013;2:85-98 [Persian]
30. Ghaderi M, Shamsi A. The relationship between emotional intelligence and job involvement among hospital nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2013; 2: 8-15 [Persian]
31. Hosseinian S, Ghasemzadeh S, Niknam M. Prediction of quality of life in female teachers on the basis of emotional and spiritual intelligence variables. Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling. 2011; 3: 42-60 [Persian]
32. Ahmadnejad M, Hassani M, Sepehriaan A, Shojaee Kh. Surveying the Relationsgip between Emotianal Intelligence and Working life Quality with Job Adjustment of Registered and Unregistered Teachers in Elemntary Level of Sardasht Province Schools during 1389-90. Research in Curriculum Planning. 2012; 9 (2): 123-136.
33. Ashkanasy NM, Dasborough MT. Emotional Awareness and Emotional Intelligence in Leadership Teaching. Journal of Education for Business. 2003; 79(1): 18-23.
34. Benson G, Ploeg J, Brown B. A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. Nurse Education Today. 2010; 30(1): 49-53.
35. Sarrani C. Issues of cultural meaningfulness in emotional development. Develop Psychol. 1998; 34: 647-652.
36. Ciarrochi J, Deanc F, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. Personality and Individual Differences. 2002; 32: 197-209.

Original Article

Investigating Quality of Life and its Relationship with Emotional Intelligence (EQ) in Elderly with Diabetes

Abstract

Objectives: This study was conducted to determine the quality of life of the elderly with diabetes and its association with emotional intelligence. **Method:**

This was a cross-sectional descriptive- correlational study, conducted on 85 older adults with diabetes who were referred to Diabetes Clinic of Shariati Hospital in Tehran. To assess quality of life Leipad Quality of Life in the elderly Questionnaire and for emotional intelligence Shrink Emotional Intelligence Questionnaire were used. Data were analyzed through SPSS v.16.

Results: The findings showed that the mean total scores of quality of life and emotional intelligence in elderly with diabetes is moderate to high. The quality of life and emotional intelligence in elderly men were higher compared to elderly women. The quality of life had a significant relationship with level of education, marital status and housing ($p < 0.05$), but there were no significant relationships between quality of life, age and economic status ($p > 0.05$). There were significant relationships between emotional intelligence and educational level, marital status and housing ($p < 0.05$) but no significant relationship between emotional intelligence with age and economic status ($p > 0.05$). Overall, the results showed positive association between emotional intelligence and quality of life in elderly individuals with diabetes ($r = 0.536$ and $p < 0/01$).

Conclusion: Considering the positive association between emotional intelligence and quality of life of elderly with diabetes, planning with a focus on emotional intelligence and its dimensions in elderly with diabetes may lead to improvement in their quality of life.

Key words: elderly; diabetes mellitus; quality of life; emotional intelligence

[Received: 15 February 2015; Accepted: 26 August 2015]

Hadi Abbasabad Arabi^a, Faride Bastani*, Elham Navab^b, Hamid Haghani^c

* Corresponding author: School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +98-88882886

E-mail: Faridehbastani@yahoo.com

^a Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ^c School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

224
224