

مطالعه تطبیقی هوش هیجانی و سبک‌های مقابله و بررسی رابطه آنها در بیماران

سرطانی زن - مرد، مجرد - متأهل مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران

مرضیه عبادی و شمه سرا*، علی خادمی**

دریافت مقاله:

91/11/20

پذیرش:

93/10/9

چکیده

هدف: نتایج بررسی‌ها نشان داده هوش هیجانی می‌تواند سپری درمقابل حوادث منفی زندگی از جمله بیماری سرطان باشد. از طرفی در مبتلایان به سرطان نقش فرآیندهای مقابله در وضعیت سلامتی آنان بسیار مهم است. هدف پژوهش حاضر مطالعه تطبیقی هوش هیجانی و سبک‌های مقابله بررسی رابطه آنها در بیماران مبتلا به سرطان زن - مرد و متأهل - مجرد شهر تهران می‌باشد.

روش: طرح پژوهش حاضر به صورت توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران سرطانی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال 1391 می‌باشد که طبق جدول مورگان 400 بیمار به صورت تصادفی در (مرکز جرجانی) بیمارستان امام حسین تهران و کلینیک دکتر پیام آزاده، به پرسشنامه های هوش هیجانی schutte و مقابله با شرایط پر استرس CISS پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها آزمون t-test و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون t-test نشان داد هوش هیجانی و سبک‌های مقابله در بیماران مبتلا به سرطان (زن - مرد و مجرد - متأهل) تفاوت معناداری ندارد. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک مقابله مسأله مدار در بیماران مبتلا به سرطان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین در این پژوهش بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک مقابله اجتنابی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه مثبت و معناداری مشاهده شده است ($p \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: در یک موقعیت تنش‌زا همچون ابتلا به بیماری سرطان هوش هیجانی به دلیل پیامدهای سلامتی بیشتر خصوصاً در بکارگیری مقابله کارآمد، می‌تواند سبب افزایش ظرفیت ایستادگی این بیماران شود. بنابراین می‌توان با فراهم آوردن زمینه مداخله- های روان‌شناختی در کنار درمان پزشکی به بهبود وضعیت روانی این بیماران کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، سبک های مقابله، سرطان.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علوم و تحقیقات آذربایجان غربی (نویسنده مسئول) marzieh_ebadi@ymail.com
** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات آذربایجان غربی

جسمانی و روانی می‌کند (نوغانی، منجمد، بحرانی و قدرتی چابلو، 1385). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمانی و روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌کند (کورتن و استیونس 1996؛ به نقل از حیدری، سلحشوران فرد، رفیعی و حسینی، 1387). آمارها نشان می‌دهد 80 درصد موفقیت انسان‌ها به هوش هیجانی⁴ آنان بستگی دارد (حیدری تفرشی و دلفان آذر، 1389). هوش هیجانی توانایی مؤثر در پردازش اطلاعات هیجانی شامل ساختار و تنظیم هیجان در ارتباط با خود و دیگران است (مایرو سالووی⁵، 1995). درحقیقت این هوش مشتمل بر شناخت احساسات خویش و دیگران و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیمات مناسب در زندگی است (حسن زاده و ساداتی کیادهی، 1390). و به چهار حوضه اشاره می‌کند: خودآگاهی، خود تنظیم گری، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط (گلمن و چرنیس⁶، 2001). نظریه‌های هوش هیجانی در دو دسته‌اند: نظریه‌های توانایی⁷ و ترکیبی⁸. الگوی سالووی و مایردر دسته نظریه ترکیبی قرار دارد. آنها هوش هیجانی را یک توانایی ذهنی می‌دانند و مفهوم هوش هیجانی را در جریان مقابله⁹ با استرس به کار

سرطان¹ بیماری سلول‌هاست که علامت مشخصه آن تکثیر نامحدود سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند (سارافینو²، ترجمه میرزایی و همکاران، 1387). یافته‌های پژوهشی درباره سرطان را مربوط به 3000 سال قبل از میلاد می‌دانند (هاجدو³، 2011). سالانه در اثر ابتلا به انواع سرطان‌ها افراد بسیاری از بین می‌روند. این بیماری پس از اختلالات قلبی و عروقی دومین علت شایع مرگ و میر کشورهای توسعه یافته است (مهری نژاد، خسروانی شریعتی و حسین آباد شاپوری، 1389). درحال حاضر بیش از 7 میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال 2020 سالانه از 10 میلیون نفر به 15 میلیون نفر برسد (مردانی حموله و شهرکی واحد، 1389). این بیماری علی‌رغم وجود پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص و درمان یادآور درد، محدودیت و مرگ می‌باشد و علاوه بر سایر عوارض بیماری‌های مزمن، پیش آگهی غیر قابل پیش بینی و تهدید به مرگ زودرس جزء مشخصه این بیماری است که سبب ایجاد یک زنجیره پیوسته از عوامل تنش‌زا برای مبتلایان می‌شود و این یکی از جنبه‌های تخریب کننده سرطان است که آن را به یک بیماری ناتوان کننده در ابعاد

4. Emotional Intelligence
5. John Mayer & Peter Salovey
6. Golman & Cheernis
7. Ability Model
8. Mixture Model
9. Coping

1. Cancer
2. Sarafino
3. Hajdu, SI

کار می برند (سپهریان، 1386). مایر و سالووی (2000) مطرح می کنند که مدل توانایی در مفهوم سازی هوش هیجانی در معنای واقعی کلمه به توانایی های قابل مشاهده اشاره دارد در حالیکه مدل ترکیبی مانند مدل های گلن و بار- آن به ظرفیت و ویژگی های شناختی اشاره داشته که نوعاً می تواند بصورت عملکرد باشد (کورین لی¹، 2006). از نظر گلن هوش هیجانی موارد زیر را شامل می شود: خودآگاهی و کنترل تکانش گری، پایداری، اشتیاق و انگیزش، همدلی و مهارت اجتماعی. این ویژگی ها مشخصه افرادی است که در زندگی واقعی موفق و کارآمدند، زندگی زناشویی پرباری دارند و در محیط کار خود نظر همه را به خود جلب می کنند (گلن، ترجمه پارسا، 1389). بار- آن² (1997) نظریه پرداز دیگری است که هوش هیجانی را به عنوان یک سری ظرفیت ها، قابلیت ها و مهارت های غیر شناختی می داند که توانایی های فرد را در برخورد موفقیت آمیز با مقتضیات و فشارهای محیطی افزایش می دهند (رمضانی و عبداللهی، 1385). درباره اهمیت هوش هیجانی مطرح شده است که افراد با توانمندی های هیجانی بهتر می توانند با چالش های زندگی مواجه شوند و هیجان ها را بگونه ای مؤثرتر تنظیم کنند و سلامت روانی و روابط اجتماعی بهتری داشته باشند (خسروجاوید، 1381؛ اسماعیلی و

همکاران، 1386؛ به نقل از کاظمی، برماس و آذرخداد، 1388). در تئوری های هوش هیجانی فرض شده است افرادی که توانایی دریافت و بیان کردن، درک و مدیریت هیجان ها را دارند دارای هوش هیجانی بالا و توانایی سازگاری خوب، با وقایع استرس زا داشته و افرادی که هوش هیجانی پایینی دارند با سازگاری ضعیفی با وقایع استرس زا در نظر گرفته می شوند (کمپل و تابدزی³، 2007). افراد دارای هوش هیجانی همانند سایر افراد درگیر تجارب غم انگیز و گرفتار خشم و ترس می شوند. اما به نسبت آن دسته از افرادی که در سطح پایینی از سلامت هیجانی هستند، واکنش های مثبتی نسبت به این رویدادها نشان می دهند. هوش هیجانی افراد را در غلبه کردن و یا کنار آمدن با اثرات ناشی از استرس، آسیب و شکست توانا می سازد (فرید من، 2003؛ به نقل از اولاتوی و ادروگبا⁴، 2012). آنها از منابع غنی غنی مقابله بصورت شخصی و اجتماعی برخوردارند (اپستین، 1998؛ سالووی، 1999؛ به نقل از ماتئو، زیدنر و رابرتز⁵، 2002). هوش هیجانی با راهبردهای سالم مقابله ارتباط دارد و افراد را آماده مقابله با استرس به نحو سازگارانه ای می کند (جردن و تروث⁶، 2002؛ به نقل از کمپل و تابدزی، 2007). محققین در عرصه هوش هیجانی ادعا می کنند که افراد دارای هوش هیجانی پاسخ

3. Campbell, A. N, tobedzi, A.
4. Olatoye, K.A. Aderogba, A.
5. Mathew, G. Zeidner, M. Roberts, Richard
6. Jordan & Truth

1. Korinne Lee
2. Bar-on

است. این واکنش و پاسخدهی می‌تواند تحت تأثیر عوامل ژنیکی، تربیتی، سبک زندگی، شرایط فیزیکی و استرسورها و چگونگی تجارب روزانه باشد (لوسیک³، 2005). محققین هوش هیجانی این نظر را پذیرفتند که مقابله سازگار به عنوان هوش هیجانی برای تسلط بر هیجانات، رشد هیجانات و تفاوت‌های شناختی و هیجانی به ما اجازه رشد و پیشرفت را دردیای در حال تغییر می‌دهد (ماتیو، زیدنرو رابرتز، 2002). لازاروس و فالکمن⁴ اولین پژوهشگرانی بودند که در یک چهارچوب منسجم به موضوع مقابله پرداختند (کلینکه، 1999؛ به نقل از محمدخانی و باش قره، 1387). آنها دوشکل کلی مقابله را مطرح کردند؛ مقابله متمرکز بر مسأله⁵ و مقابله متمرکز بر هیجان⁶ (کلینکه، ترجمه محمدخانی، 1380). اندلر و پارکر⁷ (1990) اجتناب از مشکل را سومین دسته اصلی راهبردهای مقابله دانسته- اند (سپهریان، 1386). سبک مقابله مسأله‌مدار: فرد بر مسأله متمرکز شده سعی در حل مسأله به هنگام مواجهه با عامل استرس‌زا دارد. سبک هیجان‌مدار: در این سبک افراد هیجانی برخورد می‌کنند و با گریه کردن عصبانی شدن با فشار روانی مقابله می‌کنند. سبک اجتنابی⁸ فرد سعی دارد با فاصله گرفتن از

هایشان در برابر رویدادهای استرس‌زا بیشتر به صورت مقابله فعال بوده در حالیکه افرادی که هوش هیجانی پایینی دارند بیشتر پاسخ‌هایشان بصورت اجتنابی است (اپستین، 1998؛ به نقل از ماتیو، زیدنر و رابرتز، 2002). وقایع استرس‌زا از نظر هیجانی، شناختی، فیزیولوژیکی انسان را تحت تأثیر قرار داده لذا برای سازگاری با محیط بشر نیازمند آگاهی و مجهز شدن به مهارت‌هایی است که او را در مقابله با استرس یاری کند. مقابله موفقیت‌آمیز در مرکز هوش هیجانی قرارداد (سپهریان، 1386). مقابله فرآیندی است که از طریق آن افراد استرس‌های ناشی از عوامل استرس‌زا را کنترل می‌کنند و هیجانات منفی ایجاد شده بوسیله این عوامل را تحت کنترل در می‌آورند به عبارت دیگر مقابله تلاش شناختی، هیجانی و رفتاری شخص برای کنترل درخواست‌های بیرونی و درونی ویژه‌ای است که فرد را تهدید می‌کند و یا به مبارزه می‌طلبد (محمدخانی و باش قره، 1387). سبک‌های مقابله¹ به نشانگان رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی اشاره دارد و این ویژگی پایدار نسبی به عنوان یک پدیده بنیادی و سازگار معنادار زیستی در پهنه وسیعی از گونه‌ها وجود دارد (کوپنز، دبور و کولهاس²، 2010). ویژگی شخصیت افراد و سبک‌های مقابله آنان در اینکه در مقابله با استرس چگونه واکنش نشان دهند با اهمیت

3. Losyk
4. Lazaros&Falkman
5. Task-Oriented Coping Style
6. Emotional-Oriented Coping Style
7. Endler& Parker
8. Avoidance Coping Style

1. Coping Styles
2. Coppens, C. M. deboer, S. F. Koolhans, J. M.

مشکل اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش کند (سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، 1387). با توجه به اهمیت هوش هیجانی در مقابله با شرایط پراسترس همچون ابتلا به بیماری سرطان و از آنجایی که ابعاد روان‌شناختی در این بیماری کمتر مورد توجه بوده هدف پژوهش حاضر مطالعه تطبیقی هوش هیجانی و سبک‌های مقابله و بررسی رابطه در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این پژوهش برای اولین بار دو متغیر هوش هیجانی و سبک‌های مقابله را بطور همزمان باهم در بیماران سرطانی بررسی کرده است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:
طرح پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی می‌باشد. با مراجعه به مرکز پیشگیری از بیماری‌های سرطانی، واحد کنترل و برنامه بیماری‌های غیر واگیر زیر مجموعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، مرکز ثبت سرطان طبق آخرین گزارش سالیانه ثبت سرطان در ایران (سال 1388) آمار مبتلایان به سرطان استان تهران را 23588 نفر و آمار تقریبی مبتلایان به سرطان شهر تهران را 10 الی 12 هزار نفر اعلام کردند. از این رو جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران سرطانی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال 1391 در نظر گرفته شد. از بین مراکز درمانی بیمارستان‌های خصوصی پارس، لاله و بیمارستان‌های دولتی ارتش، شهدای

تجریش، انستیتو کانسر امام خمینی، امام حسین (ع) و برخی کلینیک‌های خصوصی پزشکی به صورت تصادفی دو مرکز درمانی (مرکز جرجانی) بیمارستان امام حسین تهران و کلینیک دکتر پیام آزاده در نظر گرفته شد. طبق جدول مورگان نمونه‌ای بالغ بر 400 بیمار بصورت تصادفی در خرداد ماه و تیرماه سال 1391 در مراکز نام برده شده به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

چگونگی پاسخ آزمودنی‌ها: پس از اخذ مجوز از مسوولین مربوطه در مراکز درمانی ذکر شده و پس از جلب رضایت از بیماران و بیان اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها توسط 400 بیمار بالای 20 سال تکمیل گردید. این بیماران در بخش‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی و مراجعه جهت آغاز درمان و درمان تکمیلی در مراکز درمانی نام برده شده حضور داشتند. سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع درمان، نوع بیماری در این بیماران بررسی شده است. این پژوهش شامل 131 بیمار مرد و 269 بیمار زن که از این تعداد 62 مجرد و 326 نفر متأهل بودند.

با توجه به حجم بالای نمونه در این پژوهش پخش پرسشنامه‌ها به مدت 40 روز با توجه به شرایط خاص بیماران صورت پذیرفت. در مرحله بعد پس از جمع‌آوری کامل پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آنها، داده‌ها توسط نرم افزار spss18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمارتوصیفی و آزمون

عاطفه منفی و نمره بالا در هیجان مثبت (برونگرایی، گشاده‌خویی و همدلی) نشان دادند، همچنین نمرات بالا در مقیاس مورد نظر با آلکسی تایمی پایین (یعنی حالتی که ارتباط با آن نقص در هوش هیجانی مکرراً مشاهده شده است) همبستگی نشان داد. این آزمون همچنین برای پیش‌بینی موفقیت تحصیلی مفید بوده است. این نتایج به عنوان شواهدی مبنی بر اعتبار ملاکی این آزمون در نظر گرفته شدند. در ایران هنجاریابی این آزمون به وسیله خسرو جاوید (1381) صورت گرفته است. خسرو جاوید پژوهش خود را روی 234 دانش‌آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران و با اجرای فرم 33 ماده‌ای این مقیاس به انجام رسانید. پایایی مقیاس بر مبنای آلفای درونی 0/81 به دست آمد.

2. پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس $CISS^2$: در سال 1990 توسط اندلر و پارکر به منظور ارزیابی نحوه رویارویی افراد با مشکلاتشان ساخته شده است. این آزمون دارای 48 عبارت اصلی و 3 سبک مقابله اصلی، یعنی مقابله مسأله‌مدار- که به معنای کنترل هیجانات و برنامه‌ریزی برای حل گام به گام مسأله است (16 عبارت). مقابله هیجان‌مدار، که در آن فرد به جای تمرکز به خود مسأله بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برای کاهش دادن هیجانات منفی تلاش می‌کند (16 عبارت)، و

های t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

ابزارهای که در پژوهش حاضر به کار رفته است عبارتند از:

1. پرسشنامه هوش هیجانی شاته¹: این پرسشنامه توسط شاته و همکاران در سال 1998 بر اساس مدل هوش هیجانی سالووی و مایر 1990 و برای سنجش هوش هیجانی نوجوانان ساخته شده است. این پرسشنامه شامل 33 ماده و دارای ارزش ویژه 10/79 بود و عامل دوم تا چهارم به ترتیب ارزش 3/58، 2/90، 2/53 را نشان دادند. در مجموع این 33 ماده، سه طبقه مشاهده شد: 1. ارزیابی و ابراز هیجان دارای 13 ماده. 2. تنظیم هیجان دارای 10 ماده. 3. بهره برداری از هیجان دارای 10 ماده.

مجموع نمرات فرد در هر چهار خرده مقیاس نمره هوش هیجانی کل آزمودنی را تشکیل خواهد داد. حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در این آزمون می‌گیرد 195 می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی: بررسی

سیاروچی و دین (2000)، به نقل از خسرو جاوید، (1381) بر روی نوجوانان 13 تا 15 ساله پایایی کلی $\alpha = 0/84$ و برای خرده مقیاس‌های آن یعنی ارزیابی و ابراز هیجان و بهره برداری از هیجان به ترتیب $\alpha = 0/76$ ، $\alpha = 0/66$ ، $\alpha = 0/55$ را نشان داد. در پژوهش شاته و همکاران (1998) افرادی که نمره بالا در این مقیاس داشتند گرایش به نمره پایین در

سبک مقابله اجتنابی که در آن فرد از روبرو شدن با مشکل اجتناب می‌کند (16 عبارت). زیر مقیاس مقابله اجتنابی خود به دو بعد سرگرمی اجتنابی (5 عبارت) و توجه گردانی (8 عبارت) تقسیم می‌شود. 3 عبارت باقی مانده در زیر مقیاس مقابله اجتنابی پرکننده هستند، بنابراین در تخمین نمره زیر مقیاس مقابله اجتنابی محاسبه نمی‌شوند. پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرت 5 درجه‌ای مشخص کنند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده می‌کنند.

شیوه نمره‌گذاری: برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس باید نمره تمام عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه:

پایایی؛ ضریب آلفای کرونباخ سه زیر مقیاس اصلی آزمون (مقابله مسأله‌مدار - هیجان‌مدار - اجتنابی) در نمونه‌های مختلف از جمله نوجوانان، دانشجویان و بزرگسالان بالای 80 درصد گزارش شده است (اندلر و پارکر، 1999). ضریب آلفای دو بعد زیر مقیاس مقابله اجتنابی در نمونه‌های یاد شده 72 درصد تا 84 درصد بوده است. ضریب پایایی حاصل از روش

بازآزمایی زیر مقیاس‌ها در فاصله 6 هفته بین 51 درصد تا 73 درصد گزارش شده است. در ایران شکری و همکاران (1384) ضریب آلفای زیر مقیاس مقابله مسأله‌مدار را 75 درصد و زیر مقیاس مقابله هیجان‌مدار را 82 درصد و زیر مقیاس مقابله اجتنابی را 73 درصد گزارش کرده‌اند.

اعتبار سازه عبارات زیر مقیاس آزمون از طریق محاسبه همبستگی هر یک از عبارات با کل عبارات زیر مقیاس مورد نظر اثبات شد. میزان همبستگی مشاهده شده بر این شرح است: - مقابله مسأله‌دار 48 درصد - مقابله هیجان‌مدار 41 درصد - مقابله اجتنابی 45 درصد.

یافته‌ها

در جدول 1 میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای هوش هیجانی و خرده مقیاس‌های آن و سبک‌های مقابله در گروه بیماران سرطانی زن - مرد نشان داده شده است. تعداد آزمودنی‌ها 269 نفر زن و 131 نفر مرد می‌باشد. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین‌های هوش هیجانی و خرده مقیاس‌های آن و سبک‌های مقابله در بیماران زن و مرد سرطانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله در گروه بیماران زن - مرد

متغیرها	جنسیت	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
هوش هیجانی	زن	269	144/8178	19/51349
	مرد	131	144/0458	20/40357
خوش‌بینی و تنظیم هیجان	زن	269	48/1896	7/79670
	مرد	131	48/8626	7/68591
ارزیابی هیجانات	زن	269	32/1747	5/62603
	مرد	131	31/4351	5/50259
مهارت‌های اجتماعی	زن	269	42/2862	6/09715
	مرد	131	41/6489	5/98964
کاربرد هیجانات	زن	269	22/1301	4/04750
	مرد	131	22/1069	3/96960
سبک مسأله‌مدار	زن	269	53/6468	13/88082
	مرد	131	54/3664	12/29897
سبک هیجانی	زن	269	49/6989	14/06284
	مرد	131	46/9847	12/68008
سبک اجتنابی	زن	269	47/8587	12/42569
	مرد	131	48/2214	11/30234

آزمودنی‌ها شامل 326 بیمارسرطانی متأهل و 62 بیمار مجرد می‌باشد. مقایسه میانگین‌های هوش هیجانی و خرده مقیاس‌های آن و سبک‌های

در جدول 2 میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای هوش هیجانی و خرده مقیاس‌های آن و سبک‌های مقابله در گروه بیماران سرطانی متأهل - مجرد نشان داده شده است. تعداد

مقابله نشان می‌دهد که بین میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول 2. میانگین و انحراف استاندارد هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله در گروه بیماران مجرد - متأهل

متغیرها	وضعیت تأهل	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
هوش هیجانی	مجرد	62	144/6411	19/97576
	متأهل	326	145/7581	19/14028
خوش‌بینی و تنظیم هیجان	مجرد	62	48/5031	7/91367
	متأهل	326	48/6129	6/93141
ارزیابی هیجانات	مجرد	62	31/9847	5/47074
	متأهل	326	31/9032	6/20605
مهارت‌های اجتماعی	مجرد	62	42/0153	6/21138
	متأهل	326	42/6935	5/47300
کاربرد هیجانات	مجرد	62	22/0890	4/02011
	متأهل	326	22/6613	4/08092
سبک مسأله‌مدار	مجرد	62	53/7883	13/59733
	متأهل	326	55/0645	12/23790
سبک هیجانی	مجرد	62	48/4847	13/58522
	متأهل	326	49/9194	13/34940
سبک اجتنابی	مجرد	62	47/6258	12/30239
	متأهل	326	48/7419	10/45511

خوش‌بینی و تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجانات در زنان مردان مبتلا به سرطان در سطح اطمینان 0/05 ($p > 0/05$) تفاوت معناداری دیده نشده است.

با توجه به جدول 3 بین هوش هیجانی زنان و مردان مبتلا به سرطان در سطح اطمینان 0/05 ($p > 0/05$) تفاوت معناداری دیده نشده است. بین مؤلفه‌های هوش هیجانی شامل:

تفاوت معناداری مشاهده نشد. به عبارتی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله در زنان و مردان مبتلا به سرطان یکسان بوده است.

همچنین بین سبک‌های مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی بین زنان و مردان مبتلا به سرطان در سطح اطمینان $0/05$ ($p > 0/05$)

جدول 3. آزمون T مربوط به گروه بیماران زن - مرد

متغیرها	F	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد
هوش هیجانی	0/052	0/366	398	0/715	0/77204	2/11044
خوش‌بینی و تنظیم هیجان	0/369	-0/814	398	0/416	-0/67300	0/82683
ارزیابی هیجان‌ات	0/083	1/243	398	0/215	0/73961	0/59514
مهارت‌های اجتماعی	0/388	0/987	398	0/324	0/63739	0/64588
کاربرد هیجان‌ات	0/136	0/054	398	0/957	0/02324	0/42853
سبک مقابله مسأله‌مدار	3/941	-0/505	398	0/614	-0/71957	1/42602
سبک مقابله هیجانی	2/176	1/870	398	0/062	2/71415	1/36783
سبک مقابله اجتنابی	2/261	-0/282	398	0/778	-0/36264	1/28598
						1/24463

معناداری وجود ندارد. همچنین بین سبک‌های مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی در بیماران متأهل و مجرد در سطح اطمینان $0/05$ ($p > 0/05$) تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارتی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله در بیماران متأهل و مجرد مبتلا به سرطان یکسان بوده است.

با توجه به جدول 4 بین هوش هیجانی بیماران متأهل و بیماران مجرد مبتلا به سرطان در سطح اطمینان $0/05$ ($p > 0/05$) تفاوت معناداری دیده نشده است. با توجه به نتایج این جدول بین مؤلفه‌های هوش هیجانی: خوش‌بینی و تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان‌ات، مهارت‌های اجتماعی، کاربرد هیجان‌ات در سطح اطمینان $0/05$ ($p > 0/05$) در بیماران متأهل و مجرد تفاوت

جدول 4. آزمون T مربوط به گروه مجرد - متأهل

متغیرها	F	t	درجه آزادی	معناداری دو دامنه	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد
هوش هیجانی	0/004	-0/406	386	0/685	-1/11696	2/74970
		-0/418	88/180	0/677	-1/11696	2/67075
خوش بینی و تنظیم هیجان	1/518	-0/102	386	0/919	-0/10984	1/07609
		-0/112	93/910	0/911	-0/10984	0/98337
ارزیابی هیجانات	1/202	0/105	386	0/916	0/08144	0/77497
		0/096	80/034	0/923	0/08144	0/84440
مهارت‌های اجتماعی	1/758	-0/802	386	0/423	-0/67821	0/84525
		-0/874	93/943	0/384	-0/67821	0/77555
کاربرد هیجانات	0/038	-1/025	386	0/306	-0/57233	0/55833
		-1/015	85/050	0/313	-0/57233	0/56408
سبک مقابله مسأله مدار	0/158	-0/688	386	0/492	-1/27617	1/85544
		-0/739	92/054	0/462	-1/27617	1/72706
سبک مقابله هیجانی	0/067	-0/764	386	0/445	-1/43469	1/87713
		-0/773	86/764	0/441	-1/43469	1/85484
سبک مقابله اجتنابی	3/342	-0/670	386	0/503	-1/11617	1/66668
		-0/748	96/105	0/456	-1/11617	1/49242

جدول 5 همبستگی بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن: خوش بینی و تنظیم هیجانی، ارزیابی هیجان، مهارت‌های اجتماعی، کاربرد هیجانات و سبک‌های مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی را نشان می‌دهد. همان‌طور

که مشاهده می‌شود بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک مقابله مسأله مدار در سطح اطمینان 0/01 ($p > 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در سطح اطمینان 0/01 ($p > 0/01$)

مؤلفه‌های آن با سبک مقابله اجتنابی مشاهده شده است.

رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین رابطه مثبت و معناداری بین هوش هیجانی و

جدول 5. همبستگی بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله

متغیر	هوش هیجانی	سبک مقابله اجتنابی	سبک مقابله هیجانی	سبک مقابله مسأله‌مدار	خوش‌بینی و تنظیم هیجان	ارزیابی هیجانات	مهارت‌های اجتماعی	کاربرد هیجانات
هوش هیجانی	1/000							
سبک مقابله اجتنابی	0/316**	1/000						
سبک مقابله هیجانی	-0/011	0/205**	1/000					
سبک مقابله مسأله‌مدار	0/542**	0/500**	0/16	1/000				
خوش‌بینی و تنظیم هیجان	0/901**	0/315**	0/065	0/559	1/000			
ارزیابی هیجانات	0/781**	0/224**	0/037	0/338**	0/561**	1/000		
مهارت‌های اجتماعی	0/861**	0/276**	0/026	0/463**	0/684**	0/591**	1/000	
کاربرد هیجانات	0/799**	0/249**	-0/024	0/433**	0/695**	0/512**	0/610**	1/000

* معنا داری در سطح 0/05

** معناداری در سطح 0/01

نتیجه‌گیری و بحث

بیماران مبتلا به سرطان، تنها می‌توان به یافته‌های پژوهشی در دو گروه مرد و زن استناد کرد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حاتم گویا و همکاران (1389) همخوانی دارد. حاتم گویا و همکارانش هوش هیجانی را در برخی متغیرهای

همانطور که نتایج نشان دادند تفاوت معناداری بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله در بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان وجود ندارد. به دلیل محدودیت یافته‌های پژوهشی در زمینه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله در

جمعیت شناختی، در مدیران شاغل زن و مرد بررسی کردند. نتیجه پژوهش آنها نشان داد هوش هیجانی در مردان و زنان تفاوت معناداری ندارد. نتایج حاضر با یافته شاهقلیان، جان نثار و عبداللهی (1386) نیز همسو است. نتیجه نشان داد بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته بشارت، نادعلی و عزیززی (1389) نشان داده هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری ندارد. همچنین نتیجه پژوهش محمدخانی و باش قره (1387) نشان داده هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در پسران و دختران تفاوت ندارد. نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های حسن‌زاده و ساداتی کبادهی (1388) همسو نمی‌باشد. نتایج پژوهش آنان نشان داده که هوش هیجانی زنان بالاتر از مردان است. شاید بتوان گفت که چون خرده مقیاس‌های متفاوت هوش هیجانی بر یکدیگر اثر جبرانی دارند، از این رو تفاوت معناداری میان هوش هیجانی بیماران سرطانی زن و مرد مشاهده نشده است. هوش هیجانی یک سازه چند عاملی است از چند توانایی بهم پیوسته عاطفی، شخصیتی و اجتماعی که ما را در رویارویی با مقتضیات زندگی روزمره یاری می‌دهد (بنی سی، دلفان آذر و بنی سی، 1389). بار- آن (1997) هوش هیجانی را به عنوان یک سری ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌های غیر شناختی می‌داند که توانایی‌های فرد را در برخورد موفقیت‌آمیز با مقتضیات و فشارهای محیطی افزایش می‌دهند (رمضانی و عبداللهی،

1385). درمورد نبود تفاوت معنادار در سبک‌های مقابله بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان، علت احتمالی این نتیجه را جدای از بیمار بودن آزمودنی‌ها شاید بتوان تغییر ساختارهای فرهنگی دانست. به عبارتی تغییر سبک زندگی زنان و یا مشارکت آنها در فعالیت‌های مختلف و مهیا شدن زمینه کسب تحصیلات بیشتر... که در جوامع در حال توسعه هردو جنس را به سوی استفاده از سبک‌های مقابله همسان سوق داده است، باشد. فرهنگ بر انتخاب راهبردهای کنارآمدن تأثیر دارد. در فرهنگ‌های فردگرا گرایش به ترجیح دادن راهبردهای مسأله‌محور دارند و در فرهنگ‌های جمع‌گرا احتمال بیشتری دارد که به دنبال حمایت اجتماعی باشند (طالب زاده، 1389). بررسی‌ها نشان داده است که برای رویارویی با وقایع استرس‌زا، مردان بیشتر به استفاده از راهکارهای مشکل محور و زنان به راهکارهای هیجان‌محور تمایل دارند. اما زمانی که میزان تحصیلات و شغل زنان و مردان مشابه باشد تفاوتی ندارد (گرین گلاس و نو گوچی، 1996) و این نتایج نشان می‌دهد که درالگوهای کنار آمدن زنان و مردان نقش‌های اجتماعی اهمیت زیادی دارند (سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، 1387). نتایج تحقیق آهنگی و عابدین و فتح آبادی (1388) نشان داده افراد متأهل نسبت به افراد مجرد بیشتر از توجهات حسی، تفکری، قضاوتی و بطبع بیشتر از سبک مقابله حل مسأله سازنده استفاده می‌کنند. نتیجه پژوهش حاتم گویا و همکاران (1389) در بررسی هوش هیجانی با متغیرهای جمعیت

می‌سازد (هلگسون، 1996؛ به نقل از حیدری، سلحشوران فرد، رفیعی و حسینی، 1387). پژوهش نوربخش، بشارت و زارعی (2011) نشان داده است هوش هیجانی با سبک مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار رابطه مثبت و معناداری داشته و با سبک مقابله اجتنابی رابطه منفی و معناداری دارد. مرادی، پیشوا و بهرامی (2011) نشان دادند هوش هیجانی همبستگی معناداری با راهبرد های مقابله از جمله حل مسأله، جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی شناختی دارد. کیم و اگروسا¹ (2010) در مطالعه خود به این نتایج رسیدند که هوش هیجانی پیش بینی کننده قوی‌ای برای سبک مقابله مسأله‌مدار است. پر، کاریبالم، فیتزاتریک و کوبرتز² (2011) نشان دادند که هوش هیجانی با مقابله مسأله‌مدار و بهزیستی رابطه مثبت دارد. محمد خانی و باش قره (1387) نشان دادند هوش هیجانی با سبک مقابله مسأله‌مدار رابطه مثبت معناداری دارد. رجب پور و توکلی زاده (1390) نشان دادند بین مؤلفه‌های هوش هیجانی در بیماران سرطانی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات ذکر شده همسو می‌باشد. به عبارتی این نتایج همسو با مبانی نظری هوش هیجانی نشان می‌دهد که هرچه میزان هوش هیجانی بالاتر باشد به همان نسبت بکارگرفتن مقابله کارآمد بیشتر می‌باشد. از طرفی همبستگی مثبت و معنادار مؤلفه‌های هوش هیجانی باهم نشان از انسجام قوی این

شناختی نشان داده، هوش هیجانی با وضعیت تأهل رابطه ندارد. نتیجه پژوهش حاضر با یافته حسن زاده (1389) همسو بوده است. نتایج این تحقیقات نشان داده هوش هیجانی با وضعیت تأهل معنادار نمی‌باشد. همانطور که نتیجه پژوهش حاضر نشان داد هوش هیجانی و سبک‌های مقابله در بیماران متأهل و مجرد یکسان بوده است و تفاوتی بین این دو گروه مشاهده نشده است. با توجه به تعداد بیماران متأهل نسبت به بیماران مجرد (بیماران متأهل تقریباً 5 برابر بیماران مجرد می‌باشند) انتظار می‌رفت نتایج تفاوت را بین این دو نشان دهد. شاید بتوان گفت هر دو گروه بیماران متأهل و مجرد مبتلا به سرطان در یک موقعیت فشارزای برابر بسر می‌برند. می‌توان این موقعیت را به ماهیت استرس‌زای بیماری سرطان نسبت داد. وقتی افراد در می‌یابند که به یک بیماری جدی مبتلا هستند، تشخیص بیماری، شکل نگاهشان به خود و به زندگی‌شان را به سرعت دستخوش تغییر می‌سازد. بیماری‌های تهدید کننده حیات، بیماران را دچار ابهاماتی کرده و اغلب هیچ کس نمی‌تواند بطور قطع بگوید سیر بیماری به چگونه خواهد بود (سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، 1387). این بیماری باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، گیجی و سردرد، علایم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح

1. Kim, H.J. Agrusa, J
2. Por, J. Kariiballm, L. Fitzatrick, J. Koberts, J

سازه بوده و توانایی بکارگیری آن به عنوان یک مهارت، می‌تواند ما را در رویارویی با مقتضیات زندگی روزمره و مقابله با استرس یاری کند. تحقیقات بسیاری رابطه بین هوش هیجانی و راهبردهای مقابله را بررسی کردند. هوش هیجانی با راهبردهای مقابله سالم ارتباط دارد (کمپل و تابدزی، 2007). ماتیو و زیدنر (2000) هوش هیجانی را در انتخاب راهبرد مقابله‌ای سازگارانه مؤثر دانسته‌اند. برای نمونه این احتمال وجود دارد که مصرف مواد، خود می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای به شمار رود که پیامد هوش هیجانی پایین باشد (محمدی، ترابی و غرابی، 1387). سالووی و همکاران (1999) ادعا می‌کنند افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند در مقابله با استرس از موفقیت بیشتری برخوردارند زیرا این افراد حالات هیجانی خود را به طور دقیق ارزیابی می‌کنند، می‌دانند که چگونه و در چه زمانی احساسات خود را بیان می‌کنند و به طور مؤثری حالات خلقی خود را تنظیم کنند (سپهریان، 1386). یکی از یافته‌های پژوهش حاضر وجود ارتباط مثبت و معنادار بین سبک مقابله اجتنابی با هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن می‌باشد. این نتیجه با نتایج سایر پژوهش‌ها و مبانی نظری مغایرت دارد. نظریه‌های هوش هیجانی و بررسی‌ها نشان می‌دهند که هوش هیجانی با مقابله‌های کارآمد رابطه مثبت و معنادار و با سبک مقابله اجتنابی رابطه منفی دارد. یعنی هرچه میزان هوش هیجانی بالاتر بکارگیری مقابله کارآمد بیشتر می‌باشد و هرچه هوش هیجانی پایین باشد

احتمال بکارگیری مقابله ناکارآمد از جمله مقابله اجتنابی قویتر است. مقابله اجتنابی اغلب مردم را از برخورد مستقیم با مسأله یا مشکل دور نگه می‌دارد (تیلور، 1998). سبک مقابله اجتنابی با پریشانی مرتبط بوده بویژه وقتی بحران بالاتر از میزان سازگاری باشد (هولمز و استیونس، 1990؛ به نقل از زیدنر و اندلر¹، 1996). می‌توان گفت احتمالاً این یافته می‌تواند وابسته به آزمودنی‌های خاص این پژوهش باشد. ماهیت استرس‌زای بیماری سرطان می‌تواند مؤثر بر نوع تفکر و شناخت بیمار و ارزیابی او از موقعیت فعلی باشد. بیماران از لحاظ دامنه سنی، موقعیت اجتماعی - اقتصادی، وضعیت تحصیلات متفاوت بودند. حضور در مراکز درمانی جهت شیمی درمانی و رادیو تراپی و یا بررسی وضعیت کنونی بیمار توسط کادر پزشکی برای بیماران بسیار رنج آور بوده و معمولاً دچار استرس بسیاری هستند. همه این عوامل می‌تواند بر چگونگی پاسخ و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط بیماران تأثیرگذار باشد. گرچه پیش بینی می‌شود سبک‌های کارآمد و ناکارآمد متضاد همدیگر بوده و فردی که یک سبک را به کار می‌برد از سبک دیگر به میزان کمتری بهره می‌گیرد، می‌توان انتظار داشت در موقعیت‌های خاص که فرد بر آن کنترلی ندارد میزان بهره‌گیری از هر دو سبک کارآمد و ناکارآمد بطور همزمان بالا باشد و به طور همزمان به عنوان یک الگوی کلی رخ دهد. به بیان دیگر بیماران مبتلا به سرطان در تلاش برای تسلط بر استرس‌های خود ضمن

1. Ziedner M, Endler N

بیماری قلبی و سرطان زودتر رها می‌شوند. معمولاً سرطان بزرگترین مشکلی است که فرد در طول عمرش با آن مواجه می‌شود و اغلب به مهارت‌های جدید برای مقابله با استرس و ابهام مربوط به بیماری نیاز پیدا می‌کند (برادبری و گراویس، ترجمه گنجی، 1388). با توجه به نقش هوش هیجانی در استفاده از سبک کنار آمدن کارآمد در برابر استرس و به دلیل پیامدهای سلامتی بیشتر و مؤثر و نظر به اینکه هوش هیجانی قابل آموزش و ارتقا است، چنین بنظر می‌رسد با ارتقا آن خصوصاً در بیماران سرطانی و بطبع استفاده اثرات مفید آن من جمله بکارگیری مقابله‌ای کارآمد و مؤثر، سبب افزایش ظرفیت ایستادگی در برابر شرایط چالش برانگیز و کنترل استرس و سازگاری بهتر در این بیماران شود. این همان مطلبی است که گلמן از آن به عنوان افزودن هوش هیجانی به مراقبت‌های پزشکی یاد می‌کند و اظهار می‌کند زمانی که همراه با نیازهای فوری پزشکی به نیازهای روانی بیماران توجه شود بسیاری از آنان به میزان قابل توجهی از این عمل منتفع می‌شوند (گلמן، ترجمه پارسا، 1389).

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در کشور ما یافته‌های پژوهشی قابل استناد در زمینه ابعاد روان‌شناختی سرطان معدود بوده و بیشتر به جنبه‌های زیستی بیماری توجه شده است.

سبک مقابله کارآمد به تلاش‌های ناکارآمد از جمله سبک اجتنابی روی آورده‌اند. هالپرن¹ (2004) نیز بین تلاش‌های کلی مقابله‌ای و مقابله رویارویی مسأله‌مدار که سبک مقابله کارآمد به شمار می‌رود، تفاوت قایل شده است. تلاش‌های کلی مقابله‌ای به میزان کلی تلاش‌های فرد در راستای مقابله یا مشکل چه به صورت تلاش‌های کارآمد چه به صورت تلاش‌های ناکارآمد نمایان می‌شوند، گفته می‌شود (محمدی، ترابی و غرابی، 1387). همچنین افراد به ندرت تنها از یک روش برای کنار آمدن با استرس استفاده می‌کنند، تلاش‌های آنان معمولاً شامل ترکیبی از روش‌ها می‌باشد (هالاها و موس، 1995؛ به نقل از سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، 1387).

مهارت‌های هوش هیجانی، افراد را قادر می‌سازد تا جلوی وضعیت‌های دشوار را پیش از آنکه غیر قابل کنترل شوند، بگیرند و با این کار مدیریت استرس (کنار آمدن با استرس) برای آنان آسانتر می‌شود. کسانی که قادر نیستند از مهارت‌های هوش هیجانی خود استفاده کنند به احتمال زیاد برای مدیریت روحیه و خلق خود از روش‌های دیگر که کمتر اثربخشی دارند، بهره می‌گیرند. مهارت‌های هوش هیجانی بازگشت به سلامت را نیز سرعت می‌بخشند. کسانی که بیمارند ولی در طول مداوا روی مهارت‌های هیجانی خود کار می‌کنند و آنها را رشد می‌دهند از بسیاری بیماری‌ها، از جمله کشنده‌ترین بیماری‌ها مثل

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی با نمونه‌های متفاوت صورت گرفته و نتایج با گروه افراد سالم مقایسه گردد.

سپاسگزاری:

با تشکر صمیمانه از آقای دکتر پیام آزاده که انجام این پژوهش بدون همکاری ایشان میسر نمی‌شد. همچنین از بیماران عزیز که با وجود رنج و مشقت در این امر همکاری کردند و پرسنل مرکز جراحی بیمارستان امام حسین (ع) و خانم دکتر مدیریان در واحد کنترل بیماری سرطان معاونت بهداشت وزارت بهداشت صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

آهنگی، اکرم؛ عابدین، علیرضا. و فتح آبادی، جلیل. (1388). «رابط بین تیپ‌های شخصیت با سبک‌های حل مسئله در کارکنان دانشگاه». فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. سال 3. شماره 4 (12). صفحات 40-61.

برادبری، تراویس. و گریوز، جین. (1388). هوش هیجانی (مهارت‌ها و آزمون‌ها). ترجمه مهدی گنجی، تهران: نشر ساوالان. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: 2005

بشارت، محمدعلی، نادعلی، حسین، و عزیزی، کورش. (1389). «هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس». مجله مطالعات آموزش و یادگیری (مجله علوم اجتماعی و انسانی سابق)، دوره 2، شماره 1. صفحات 33-47.

بنی سی، پریناز؛ دلفان آذری، قنبر علی. و بنی سی، وحید. (1389). «بررسی رابطه هوش هیجانی با سبک‌های حل مسئله و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی منطقه 12». مجله علوم تربیتی. سال 3. شماره 10. صفحات 135-156.

حاتم گویا، هاله؛ زهری انبوهی، سیما؛ مقدم، مرضیه؛ علوی وجد، حمید. و طیبی آراسته، مهدی. (1389). «بررسی هوش هیجانی و همبستگی آن با برخی متغیرهای جمعیت شناختی در پرستاری بالینی شاغل در بیمارستان علمی، آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال 1389». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره 17. صفحات 61-71.

حسن زاده، رمضان. و ساداتی کیادهی، مرتضی. (1388). «بررسی میزان هوش هیجانی مدیران و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت شناختی آنها». پژوهشنامه تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد. شماره 20. صفحات 1-19.

حسن زاده، رمضان. یحیی زاده، مهدی. (1389). «بررسی رابطه هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی در دختران دانش آموز». مجله آموزش و پرورش بابل.

حسن زاده، رمضان، و ساداتی کیادهی، مرتضی. (1390). هوش هیجانی (مدیریت احساس، عاطفه و هیجان). تهران: نشر روان.

حیدری تفرشی، غلامحسین. و دلفان آذر، قنبر علی. (1389). «بررسی رابطه بین هوش هیجانی و مهارت‌های مقابله با استرس در

شاهقلیان، مهناز؛ جان نثار شرق، راحله. و عبدالهی، محمد حسین. (1386). «رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقاله با استرس با الگوهای ارتباطی میان زوجین». تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. صفحات 73-88.

طالب زاده نویریان، محسن (1389). متون تخصصی روان‌شناسی. تهران: نشر سنجش.

کاظمی، یحیی؛ برماس، حامد. و آذر خرداد، فاطمه. (1388). «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان بر هوش هیجانی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی». مجله اندیشه‌های نوین تربیتی دانشگاه الزهراء. دوره 5. شماره 2. صفحات 103-123.

کلینکه، کریس.ل. (1380). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات هنر.

گلمن، دانیل. (1389). هوش هیجانی. ترجمه نسرین پارسا. تهران: انتشارات رشد.

محمدخانی، شهرام، و باش قره، رقیه. (1387). «رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی دانشجویان». فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. دوره 2، شماره 1. صفحات 37-47.

محمدی، سید داوود؛ ترابی، سید اسماعیل، و غرابی، بنفشه. (1387). «ارتباط سبک‌های مقابله‌ای با هوش هیجانی در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی». مجله روان‌پزشکی بالینی ایران. سال 14. شماره 2. صفحات 176-183.

دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن». فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی. سال 2. شماره 2. صفحات 15-24.

حیدری، سعیده؛ سلحشوریان فرد، آسیه؛ رفیعی، فروغ. و حسینی، فاطمه. (1387). «ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان. دانشکده پرستاری و مامایی». فصلنامه علمی - پژوهشی فیض. دوره 12 - شماره 2.

رجب‌پور، هانیه. توکلی‌زاده، جهانشیر. (1391). رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری در افراد مبتلا به سرطان در شهر مشهد. افق دانش. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد. دوره 18. شماره 1. صفحات 17-26.

رمضانی، ولی الله. و عبداللهی، محمد حسین. (1385). «بررسی ارتباط هوش هیجانی با بروز و مهار خشم در دانشجویان». مجله روان‌شناسی 37. سال 10. شماره 1. صفحات 66-83.

سارافینو، ادوارد.پ. (1387). روان‌شناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران. تهران: انتشارات د. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: 2002

سپهریان، فیروزه. (1386). هوش هیجانی از IQ تا EQ. ارومیه: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد آذربایجان غربی

ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد.
سال 17. شماره 43. صفحات 56 - 49

نوغانی، فاطمه؛ منجمد، زهرا؛ بحرانی، ناصر.
و قدرتی چابلو، ویدا. (1385). «مقایسه
میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مبتلا
به سرطان». مجله دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
(حیات). دوره 12، شماره 2. صفحات
33-41

Campbell, A. & N,tobedzi, A. (2007).
“Emotional intelligence, coping
psychological Distress: A partial
least squares approach to
developing a predictive model”.
*Electronic Journal of Applied
psychology*: 3(1) Pages 39-54.

Coppens, C.M., deboer, S.F. &
Koolhans, J.M. (2010). “Coping
styles anbehavioral flexibility:
towards underlying mechanisms.
The royal society”. *Department of
behavioral physiology, university
of Groningen*. P.O Box 140
365.4021-4028.

Golman, D. & Cheerniss, C. (2001).
*Emotional intelligent work place.
How to select for Measure and
improve emotional intelligence in
individuals, groups, and
organizations*. Jessey-Bass. A wiley
company San Francisco.

Hajdu, S.I. (2011). “A note from
history of cancer”. 117 (5). 1997.
P 102.

Kim, H.J. & Agrusa, J. (2010).
“Hospitality Service employee’s
coping styles: The role of emotional
intelligence, two basic personality,
and socio demographic factors”.
International Journal of

مردانی حموله، مرجان. و شهرکی واحد، عزیز.
(1389). «ارتباط سلامت روانی و کیفیت
زندگی در بیماران سرطانی». مجله علمی -
پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید
صدوقی یزد. دوره 18. شماره 2. صفحات
111-117

مهری نژاد، سیدابوالقاسم؛ خسروانی شریعتی،
سیده هولی. و حسین آباد شاپوری، مریم.
(1389). «مقایسه تنیدگی تجربه شده در
زنان مبتلا به سرطان سینه، زنان سالم». دو

Hospitality Management. Volume
30, Issue 3. Pages 588-598.

Korinne Lee, C. (2006). *Emotional
intelligence and coping skills as
predictors of counselor self-efficacy
with genetic counseling graduate
students*. ProQuest information and
learning company. 300 North zeeb
road. P.O Box 1340 UMI.
University of Minnesota.

Losyk, B. (2005). *Get A grip.
Overcoming stress and Thriving in
the work place*. Wiley & Sons.
Inc.

Mathew, G.; Zeidner, M. & Roberts,
R.D. (2002). *Emotional intelligence
science and Myth. A BORD FORD
BOOK. THE MIT PRESS.*
Cambridge, Massachusetts. London,
England.

Mayer, J. & Solovey, P. (1995).
“Emotional intelligence and the
construction and regulation &
feelings”. *Applied & prevent
psychology Cambridge University
press*. 4: 197-208.

Moradi, A.; pishva, N. & Bahrami, H.
(2011). “the relationship between
coping strategies and Emotional
intelligence”. *Journalprocedia-*

Social Behavior science. Volume 30. Pages 748-751.

Noorbakhsh, N.; Besharat, M.A. & Zarei. J. (2010). "Emotional intelligence and coping styles with stress". *Journal procedia-Social and behavior science*. Volume 5, pages: 818-822.

Olatoye, K.A. & Aderogba, A.A. (2012). "Harnessing the power emotional intelligence, scientific literacy, and problem. Solving skills for successful living. Science and Technology". *Department of science education, faculty of science and education, federal university Dustin-Ma.Nigeria*. Volume 13.

Por, J.; Kariiballm, L.; Fitzatrick, J. & Koberts, J. (2011). "Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students". *Journal Nurse Education Today*. Volume 31, issue, pages 855-860.

Taylor, Sh. (1998). *Psychological Noteboos. Coping Strategies*. Mac Arthur SES & Health. University of California, Sanfransisco

Ziedner M, & Endler N. (1996). *Handbook of coping: Theory research application*. John Wiley & Son.

