

The Study of Emotional Intelligence and Coping Styles and the Evaluation of Their Interactive Relationship in Case of Cancerous Patients

Marzieh Ebadi Vashmehsara^{1*}, Ali khademi²

¹Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, West Azarbaijan, Urmia, Iran

²Department of Psychology, Islamic Azad University, West Azarbaijan, Urmia, Iran

Received: 5 Apr, 2014 Accepted: 8 Jun, 2014

Abstract

Background and Objectives: There are few regional researches which have been done about psychological dimensions of cancer especially in Iran. The aim of the current study was to investigate emotional intelligence and coping style and the evaluating of relationship in patients were diagnosed with cancer.

Material and Methods: In this co- relational descriptive study, four hundred patients in Imam Hossein hospital and Clinic of Dr. Payam Azadeh in Tehran were considered for the present study. The patients answered to the Emotional Intelligence questionnaire (Schutte), coping with stressful condition questionnaire (ciss).

Results: There was no significant relationship between task-oriented in two groups of women (patients and healthy subjects). The Pearson correlation coefficient showed that there was a positive relationship between emotional intelligence and its components and problem-oriented coping style. In addition, there was a positive relationship between emotional intelligence and its subscales and avoidance-oriented coping style.

Conclusion: Having psychological interventions in the field of emotional intelligence patient diagnosed with cancer can be a big help for patients diagnosed with cancer in order to improve their mental status, increase their resistance capacity, and also to accelerate the process of their medical treatment.

Keywords: Cancer, Emotional Intelligence, Coping styles

*Corresponding author:

E-mail: marzieh_ebadi@ymail.com

مقاله پژوهشی

هوش هیجانی و سبک های مقابله و رابطه آنها در بیماران مبتلا به سرطان

مرضیه عبادی وشمه سرا^{۱*}، علی خادمی^۲

^۱گروه روان شناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، آذربایجان غربی، ارومیه، ایران
^۲گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، آذربایجان غربی، ارومیه، ایران

دریافت: ۹۳/۱/۱۶ پذیرش: ۹۳/۳/۱۸

چکیده

زمینه و اهداف: پژوهش های اندکی در زمینه ابعاد روان شناختی سرطان در کشور صورت گرفته است. از این رو هدف پژوهش حاضر مطالعه هوش هیجانی و سبک های مقابله و بررسی رابطه آنها در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی است. طبق آخرین گزارش سالیانه ثبت سرطان در ایران، جامعه آماری مبتلایان به سرطان شهر تهران حدود ۱۰ تا ۱۲ هزار نفر بوده که طبق جدول مورگان نمونه ای بالغ بر ۴۰۰ بیمار برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد که بصورت تصادفی در بیمارستان امام حسین و کلینیک دکتر پیام آزاده در تهران به پرسشنامه های هوش هیجانی schutte، مقابله ciss و برای بررسی برخی متغیرهای دموگرافیک بیماران به پرسشنامه طراحی شده توسط محقق پاسخ دادند. برای تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار spss18 و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین)، آزمون t و آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها: نتیجه آزمون t در سطح معناداری ۰/۰۱ نشان داد بین میانگین های کلیه متغیرهای تحقیق با نمونه جامعه تفاوت معناداری وجود دارد و تنها در سبک مقابله مساله مدار بین دو گروه زنان بیمار و زنان سالم تفاوت معناداری دیده نشده است. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین هوش هیجانی و مولفه های آن با سبک مقابله مساله مدار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین در این پژوهش بین هوش هیجانی و مولفه های آن با سبک مقابله اجتنابی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد.

نتیجه گیری: با فراهم آوردن مداخله های روان شناختی در زمینه هوش هیجانی و نقش آن در کاربرد مقابله کارآمد، می توان به بهبود وضعیت روانی، افزایش میزان استقامت و تسریع روند درمان پزشکی بیماران مبتلا به سرطان کمک کرد.

کلید واژه ها: سرطان، هوش هیجانی، سبک های مقابله

* ایمیل نویسنده رابط: Marzieh_Ebadi@ymail.com

مقدمه

بسیاری دارند (۲). سرطان به عنوان یک پدیده اجتماعی، عملکردهای روزانه و فعالیت های اجتماعی فرد را دچار نابسامانی می کند و توانایی وی را برای انجام نقش های معمول و مسئولیت ها تغییر می دهد. بطوریکه نقش های جدیدی بوجود می آورد. ماهیت این نقش های جدید می تواند باعث ایجاد احساس بی لیاقتی و انزوای اجتماعی شود. در واقع متعاقب تشخیص بیماری سرطان در فرد، بحران ایجاد می شود، اعتماد به نفس به مخاطره می افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می - شود و مکانیسم های سازگاری قبلی ناکافی می گردد و بستری

بدن انسان مجموعه ای از سلول هایی است که هر کدام وظیفه خاصی بر عهده دارند تا بتوانند عملکرد صحیح و سلامتی یک فرد را تضمین کنند. اگر سلولی به صورت غیر قابل کنترل رشد و تکثیر یابد، ایجاد مشکلات بسیاری برای خود و سایر سلول ها خواهد کرد. سرطان در واقع رشد غیر قابل کنترل سلول است (۱). سالانه در اثر ابتلا به انواع سرطان ها افراد بسیاری از بین می روند. این بیماری پس از اختلالات قلبی و عروقی دومین علت شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته است. زندگی کنونی و عوامل استرس زای محیطی در افزایش میزان ابتلا به سرطان نقش

شدن های مکرر حس تنهایی را به بیمار القا می نماید (۳). این بیماری سبب ایجاد یک زنجیره پیوسته از عوامل تنش زای برای مبتلایان می شود (۴) مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد و مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند (۵). در صورت بهره گیری از شیوه های بهینه مقابله، فرد قادر به حفظ سازش یافتگی می شود، درحالیکه شیوه های ناکارآمد موجب فزونی تنش، ارضا نشدن نیازهای حیاتی و بی ثباتی هیجانی خواهد شد. تشخیص سرطان علایم ناگهانی ایجاد می کند که مستلزم آن است که بیمار سریعاً به سبک خود به مقابله با آن بپردازد. این عوامل عبارتند از ترس از مرگ، بدشکلی، ناتوانی، طردشدگی و شکست در ارتباطات و مسایل مالی و... (۶). مقابله فرآیندی است که از طریق آن افراد استرس های ناشی از عوامل استرس زا را کنترل می کنند و هیجانات منفی ایجاد شده بوسیله این عوامل را تحت کنترل در می آورند به عبارت دیگر مقابله تلاش شناختی، هیجانی و رفتاری شخص برای کنترل درخواست های بیرونی و درونی ویژه ای است که فرد را تهدید می کند و یا به مبارزه می طلبد (۷). ویژگی شخصیت افراد و سبک های مقابله آنان در اینکه در مقابله با استرس چگونه واکنش نشان دهند با اهمیت است. این واکنش و پاسخدهی می تواند تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، تربیتی، سبک زندگی، شرایط فیزیکی و استرسورها و چگونگی تجارب روزانه باشد (۸). Lazarus & Folkman اولین پژوهشگرانی بودند که در چهارچوب منسجم به موضوع مقابله پرداختند. آنها دو شکل کلی مقابله را مطرح کردند: مقابله متمرکز بر مساله و مقابله متمرکز بر هیجان (۹). Endler & Parker (۱۹۹۰) اجتناب از مشکل را سومین دسته اصلی راهبردهای مقابله دانسته اند (۱۰). سبک مقابله مسأله مدار: فرد بر مسأله متمرکز شده سعی در حل مسأله به هنگام مواجهه با عامل استرس زا دارد. سبک هیجان مدار: در این سبک افراد هیجانی برخورد می کنند و با گریه کردن عصبانی شدن با فشار روانی مقابله می کنند. سبک اجتنابی فرد سعی دارد با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش کند (۱۱). هوش هیجانی با راهبردهای سالم مقابله ارتباط دارد و افراد را آماده مقابله با استرس به نحو سازگارانه ای می کند (۱۲) مقابله موفقیت آمیز در مرکز هوش هیجانی قرار دارد (۱۳). محققین در عرصه هوش هیجانی ادعا می کنند که افراد دارای هوش هیجانی پاسخ هایشان در برابر رویدادهای استرس زا بیشتر به صورت مقابله فعال بوده در حالی که افرادی که هوش هیجانی پایینی دارند بیشتر پاسخ هایشان بصورت اجتنابی است (۱۴). هوش هیجانی شامل ساختار و تنظیم هیجان در ارتباط با خود و دیگران است (۱۵)، و به چهار حوضه اشاره می کند: خودآگاهی، خود تنظیم گری، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط (۱۶) نظریه های هوش هیجانی در دو دسته اند: نظریه های توانایی و ترکیبی. الگوی سالووی و مایر در دسته نظریه ترکیبی قرار دارد. آنها هوش هیجانی را یک توانایی ذهنی می دانند و مفهوم هوش هیجانی را در جریان مقابله با استرس به کار می برند (۱۳). از نظر Golman 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 (۱۷) Baron-on (۱۹۹۷) 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 (۱۸). در تئوری های هوش هیجانی فرض شده است که افرادی که توانایی دریافت و بیان کردن، درک و مدیریت هیجانها 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 (۱۲). 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، واکنشهای 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 (۱۹). آنها از منابع غنی مقابله بصورت شخصی و اجتماعی برخوردارند (۱۴). با توجه به اینکه سرطان به عنوان یکی از بیماری های مزمن و تهدیدکننده زندگی محسوب می شود پژوهش پیرامون مباحث روان شناختی این بیماری در سلامت روانی بیماران ضروری است. با عنایت به این که پژوهش های اندکی در زمینه ابعاد روان شناختی سرطان در کشور صورت گرفته است تحقیقات در این حیطه حائز اهمیت است. در راستای چنین اهدافی هدف از پژوهش حاضر مطالعه میزان هوش هیجانی و سبک های مقابله و بررسی رابطه آنها در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی می باشد. با مراجعه به مرکز پیشگیری از بیماری های سرطانی، واحد کنترل و برنامه بیماری های غیر واگیر زیر مجموعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، مرکز ثبت سرطان طبق آخرین گزارش سالیانه ثبت سرطان در ایران (سال ۱۳۸۸) آمار مبتلایان به سرطان استان تهران را ۲۳۵۸۸ نفر و آمار تقریبی مبتلایان به سرطان شهر تهران را ۱۰ الی ۱۲ هزار نفر اعلام کردند. از این رو طبق جدول مورگان نمونه ای بالغ بر ۴۰۰ بیمار بصورت تصادفی در خرداد ماه و تیرماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان امام حسین تهران و کلینیک دکتر پیام آزاده نام به پرسشنامه ها پاسخ دادند. چگونگی پاسخ از مودنی ها: پس از اخذ مجوز از مسئولین مربوطه در مراکز درمانی ذکر شده و پس از جلب رضایت از بیماران و بیان اهداف پژوهش، پرسشنامه ها توسط ۴۰۰ بیمار بالای ۲۰ سال بصورت انفرادی تکمیل گردید. این بیماران در بخش های شیمی درمانی، رادیوتراپی و مراجعه جهت آغاز درمان و درمان تکمیلی در مراکز درمانی حضور داشتند. بعد از جمع آوری کامل پرسشنامه ها و نمره گذاری آنها، داده ها توسط نرم افزار spss18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی، آزمون t جهت مقایسه بیماران

برنامه‌ریزی برای حل گام به گام مسأله است (۱۶ عبارت). مقابله هیجان‌مدار، که در آن فرد به جای تمرکز به خود مسأله بر هیجان‌ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برای کاهش دادن هیجان‌ناشی منفی تلاش می‌کند (۱۶ عبارت)، و سبک مقابله اجتنابی که در آن فرد از روبرو شدن با مشکل اجتناب می‌کند (۱۶ عبارت). زیر مقیاس مقابله اجتنابی خود به دو بعد سرگرمی اجتنابی (۵ عبارت) و توجه‌گردانی (۸ عبارت) تقسیم می‌شود (۲۲). سه عبارت باقی‌مانده در زیر مقیاس مقابله اجتنابی پرکننده هستند، بنابراین در تخمین نمره زیر مقیاس مقابله استرس یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱ تا بسیار زیاد=۵) مشخص کنند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده می‌کنند.

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 ۸۰ درصد گزارش شده است (Endler & Parker, ۱۹۹۹). ضریب آلفای دو بعد زیر مقیاس مقابله اجتنابی در نمونه‌های یاد شده ۷۲ درصد تا ۸۴ درصد بوده است. ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیر مقیاس‌ها در فاصله ۶ هفته بین ۵۱ درصد تا ۷۳ درصد گزارش شده است. در ایران شکری و همکاران (۱۳۸۴) ضریب آلفای زیر مقیاس مقابله مسأله‌مدار را ۷۵ درصد و زیر مقیاس مقابله هیجان‌مدار را ۸۲ درصد و زیر مقیاس مقابله اجتنابی را ۷۳ درصد گزارش کرده‌اند (۲۳).

اعتبار: 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 ۴۸ درصد- مقابله هیجان‌مدار ۴۱ درصد- مقابله اجتنابی ۴۵ درصد.

یافته‌ها

طبق جدول ۱ بیشترین درصد متعلق به بیماران سنین ۵۱ تا ۶۰ سال، بیماران زن، تحصیل‌کردگان مقطع متوسطه، بیماران متأهل، بیماران مبتلا به سرطان سینه، درمان با شیمی‌درمانی می‌باشد. لازم به ذکر است در گروه نوع بیماری، بیشترین درصد متعلق به مبتلایان سرطان سینه می‌باشد. لیکن با جمع شدن میزان درصدهای اندک انواع دیگر سرطان‌ها من جمله سرطان‌های رحم، پروستات، پوست، تومورهای بدخیم مغزی و... این میزان درصد ۱۹۲ نشان داده شده است. در این جدول درموردی که بیماران به برخی متغیرها پاسخ ندادند گزینه سایر موارد لحاظ شده است.

در جدول ۲ تعداد نمونه بیماران مبتلا به سرطان، میانگین و انحراف استاندارد در گروه مورد مطالعه نشان داده شده است. همچنین حداقل و حداکثر نمره کسب شده در آزمون‌ها توسط بیماران در متغیر هوش هیجانی و خرده مقیاس‌های آن، متغیر سبک‌های مقابله در سه سبک مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی

با نمونه جامعه و ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه استفاده شد. در این پژوهش، محقق جهت مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق با میانگین متغیرهای نمونه جامعه (افراد سالم) به پژوهش محمدخانی و باش قره ۱۳۸۷ استناد کرده است. لازم به ذکر می‌باشد انتخاب نمونه جامعه از تحقیق نام برده شده جهت مقایسه، به دلیل کاربرد پرسشنامه‌های مشابه یعنی هوش هیجانی شاته و سبک‌های مقابله اندلر- پارکر همانند پژوهش حاضر می‌باشد. محمدخانی و باش قره مطالعه خود را بر روی دانشجویان دختر و پسر انجام دادند (۷). از این رو از فرمول زیر استفاده گردید.

$$t = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

برای بررسی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان شامل: سن، جنسیت، وضعیت تحصیلات، وضعیت تاهل، نوع بیماری و نوع درمان، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه توسط شاته و همکاران در سال ۱۹۹۸ بر اساس مدل هوش هیجانی Mayer & Salovey ۱۹۹۰ و برای سنجش هوش هیجانی نوجوانان ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۳ ماده و دارای ارزش ویژه ۱۰/۷۹ بود و عامل دوم تا چهارم به ترتیب ارزش ۳/۵۸، ۲/۹۰، ۲/۵۳ را نشان دادند. در مجموع این ۳۳ ماده، سه طبقه مشاهده شد: ۱- ارزیابی و ابراز هیجان دارای ۱۳ ماده، ۲- تنظیم هیجان دارای ۱۰ ماده، ۳- بهره‌برداری از هیجان دارای ۱۰ ماده (۲۰).

تعدادی از عبارات در بیش از یک زیر مقیاس یا عامل مشاهده می‌شود که چنین چیزی در تحقیقات عاملی قابل انتظار است. بر این مبنا نمره دهی این عبارات باید در هر دو زیر مقیاس انجام پذیرد. شیوه نمره گذاری: برای نمره‌گذاری پرسشنامه باید از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده شود. نمره‌های هر زیر مقیاس به طور جداگانه محاسبه خواهد شد. مجموع نمرات فرد در هر چهار خرده مقیاس نمره هوش هیجانی کل آزمودنی را تشکیل خواهد داد. حداکثر نمره ای که آزمودنی در این آزمون می‌گیرد ۱۹۵ می‌باشد.

ویژگی‌های روان‌سنجی: بررسی سیاروچی ودین (۲۰۰۰)، به نقل از خسرو جاوید، (۱۳۸۱) بر روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله پایایی کلی $\alpha = 0.84$ و برای خرده مقیاس‌های آن یعنی ارزیابی و ابراز هیجان و بهره‌برداری از هیجان به ترتیب $\alpha = 0.76$ ، $\alpha = 0.66$ ، $\alpha = 0.55$ را نشان داد. این آزمون همچنین برای پیش‌بینی موفقیت تحصیلی مفید بوده است. در ایران هنجاریابی این آزمون به وسیله خسرو جاوید (۱۳۸۱) صورت گرفته است. خسرو جاوید پژوهش خود را روی ۲۳۴ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران و با اجرای فرم ۳۳ ماده‌ای این مقیاس به انجام رسانید. پایایی مقیاس بر مبنای آلفای درونی ۰/۸۱ به دست آمد (۲۱).

پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس در سال ۱۹۹۰ توسط Endler & Parker & به منظور ارزیابی نحوه رویارویی افراد با مشکلاتشان ساخته شده است. این آزمون دارای ۴۸ عبارت اصلی و ۳ سبک مقابله اصلی، یعنی مقابله مسأله‌مدار- که به معنای کنترل هیجان‌ها

نشان داده شده‌اند. در جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون t-test نشان می‌دهند بین میانگین‌های هوش هیجانی بیماران سرطانی و افراد سالم (دانشجویان) در گروه زنان و مردان در سطح اطمینان ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین میانگین‌های سبک های مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم در گروه زنان و مردان در سطح اطمینان ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین میانگین سبک مقابله مساله مدار بیماران مرد مبتلا به سرطان و مردان سالم در سطح اطمینان ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین میانگین سبک مقابله مساله مدار بیماران زن مبتلا به سرطان و زنان سالم در سطح اطمینان ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود ندارد.

در جدول ۴ همبستگی بین هوش هیجانی و مولفه‌های آن: خوش بینی و تنظیم هیجانی، ارزیابی هیجان، مهارت های اجتماعی، کاربرد هیجان با سبک های مقابله مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود بین هوش هیجانی و مولفه های آن و سبک مقابله مساله مدار در سطح اطمینان ۰/۰۱ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین هوش هیجانی و مولفه های آن در سطح اطمینان ۰/۰۱ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین رابطه مثبت و معناداری بین هوش هیجانی و مولفه های آن با سبک مقابله اجتنابی مشاهده شده است.

جدول ۱: مشخصات بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) و کلینیک دکتر آزاده متغیرها

بیماران درصد (فراوانی)	گروه‌ها	متغیرها
۳۶ (۹ درصد)	زیر ۳۰	سن
۷۲ (۱۸ درصد)	۳۱-۴۱	
۸۵ (۲۱/۳ درصد)	۴۱-۵۰	
۱۰۰ (۲۵ درصد)	۵۱-۶۰	
۸۸ (۲۲ درصد)	بالای ۶۰	
۱۹ (۷/۴ درصد)	سایر موارد	جنسیت
۲۶۹ (۶۷/۲ درصد)	مؤنث	
۱۳۱ (۳۲/۸ درصد)	مذکر	میزان تحصیلات
۱۳ (۳/۳ درصد)	بی سواد	
۸۸ (۲۲ درصد)	ابتدایی	
۶۰ (۱۵ درصد)	راهنمایی	
۱۳۸ (۳۴/۵ درصد)	متوسطه	
۹۱ (۲۲/۸ درصد)	دانشگاهی	وضعیت تأهل
۱۰ (۲/۴ درصد)	سایر موارد	
۶۲ (۱۵/۵ درصد)	مجرد	وضعیت تأهل
۲۲۶ (۸۱/۵ درصد)	متاهل	
۵ (۱/۲ درصد)	بیوه	
۷ (۱/۸ درصد)	سایر موارد	نوع بیماری
۱۲۶ (۳۱/۵ درصد)	سرطان سینه	
۱۳ (۳/۳ درصد)	سرطان معده	
۱۹ (۴/۸ درصد)	سرطان روده	
۱۱ (۲/۸ درصد)	سرطان ریه	
۱۹۲ (۴۸ درصد)	سایر سرطانها	نوع درمان
۳۹ (۹/۶ درصد)	سایر موارد	
۲۱۰ (۵۲/۲ درصد)	شیمی درمانی	نوع درمان
۱۰۷ (۲۶/۸ درصد)	رادیوتراپی	
۳۱ (۷/۸ درصد)	شیمی درمان- رادیوتراپی	
۱۴ (۳/۵ درصد)	درمانهای تکمیلی	
۳۸ (۹/۷ درصد)	سایر موارد	

جدول ۲: شاخص های توصیفی هوش هیجانی و مولفه های آن و سبک های مقابله در بیماران مبتلا به سرطان

متغیرها	تعداد نمونه	دامنه	مینیمم	ماکزیمم	میانگین		انحراف معیار	واریانس
					امار	خطای معیار		
هوش هیجانی	۴۰۰	۱۰۸	۸۴	۱۹۲	۱۴۴/۵۶۵۰	۰/۹۸۹۳۶	۳۹۱/۵۳۰	۱۹/۸۸۷۱۱
خوش بینی و تنظیم هیجان	۴۰۰	۴۳	۲۳	۶۵	۴۸/۴۱۰۰	۰/۳۸۸۸۷	۶۰/۱۷۷	۱۷/۵۷۴۱
ارزیابی هیجان	۴۰۰	۳۳	۱۶	۴۵	۳۱/۹۳۲۵	۰/۲۷۹۴۹	۳۱/۲۴۶	۵/۵۸۹۸۲
مهارت های اجتماعی	۴۰۰	۳۲	۲۴	۵۵	۲۲/۰۷۷۵	۰/۳۰۳۱۰	۳۶/۷۴۸	۶/۰۶۲۰۴
کاربرد هیجان	۴۰۰	۲۸	۱۰	۳۰	۲۲/۱۲۲۵	۰/۲۰۰۸۶	۱۶/۱۳۸	۴/۰۱۷۱۹
سبک مقابله اجتنابی	۴۰۰	۶۳	۱۷	۸۰	۴۷/۹۷۷۵	۰/۶۰۲۸۲	۱۴۵/۳۵۵	۱۲/۰۵۶۳۴
سبک مقابله هیجانی	۴۰۰	۶۹	۱۴	۸۰	۴۸/۸۱۰۰	۰/۶۸۳۴۶	۱۸۶/۸۴۶	۱۳/۶۶۹۱۶
سبک مقابله مساله مدار	۴۰۰	۷۴	۱۶	۸۰	۵۳/۸۲۵	۰/۶۶۸۶۱	۱۷۸/۸۱۶	۱۳/۳۷۲۲۰

جدول ۳: آزمون t-test مربوط به نمونه جامعه (افراد سالم) و بیماران مبتلا به سرطان در گروه زنان و مردان

متغیر	گروهها		میانگین		T	درجه آزادی
	افراد سالم	بیماران	افراد سالم	بیماران		
هوش هیجانی	زنان سالم	زنان بیمار	۱۲۱/۷	۱۴۴/۸۱۷۸	۳۳/۶۹۴۰	۲۶۸
	مردان سالم	مردان بیمار	۱۲۰/۵	۱۴۴/۰۴۵	۲۳/۰۸۰۱	۱۳۰
سبک مقابله مسأله مدار	زنان سالم	زنان بیمار	۵۲/۴	۵۳/۶۴۶۸	۱/۸۹۶۵	۲۶۸
	مردان سالم	مردان بیمار	۵۷/۵	۵۴/۳۶۶۴	۵/۰۹۶۱	۱۳۰
سبک مقابله هیجان مدار	زنان سالم	زنان بیمار	۴۶/۸	۴۹/۶۹۸۹	۴/۱۲۲۷	۲۶۸
	مردان سالم	مردان بیمار	۴۴/۷	۴۶/۹۸۴۷	۳/۶۰۳۶	۱۳۰
سبک مقابله اجتنابی	زنان سالم	زنان بیمار	۴۲	۴/۸۵۸۷	۹/۴۳۱۲	۲۶۸
	مردان سالم	مردان بیمار	۴۵	۴۸/۲۲۱۴	۵/۷۰۰۵	۱۳۰

جدول ۴: همبستگی بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک‌های مقابله

متغیر	هوش هیجانی	سبک مقابله اجتنابی	سبک مقابله هیجانی	سبک مقابله مسأله مدار	سبک مقابله تنظیم هیجان	خوش بینی و تنظیم هیجان	ارزیابی هیجانات	مهارت‌های اجتماعی	کاربرد هیجانات
هوش هیجانی	۱/۰۰۰								
سبک مقابله اجتنابی	۰/۳۱۶**	۱/۰۰۰							
سبک مقابله هیجانی	-۰/۰۱۱	۰/۲۰۵**	۱/۰۰۰						
سبک مقابله مسأله مدار	۰/۵۴۲**	۰/۵۰۰**	۰/۱۶	۱/۰۰۰					
خوش بینی و تنظیم هیجان	۰/۹۰۱**	۰/۳۱۵**	۰/۰۶۵	۰/۵۵۹	۱/۰۰۰				
ارزیابی هیجانات	۰/۸۸۱**	۰/۲۲۳**	۰/۰۳۷	۰/۳۳۸**	۰/۵۶۱**	۱/۰۰۰			
مهارت‌های اجتماعی	۰/۸۶۱**	۰/۲۷۶**	۰/۰۲۶	۰/۴۶۳**	۰/۶۸۴**	۰/۵۹۱**	۱/۰۰۰		
کاربرد هیجانات	۰/۸۹۹**	۰/۲۴۹**	-۰/۰۲۴	۰/۴۳۳**	۰/۶۹۵**	۰/۵۱۲**	۰/۶۱۰**	۱/۰۰۰	

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

بحث

و کوشش می کند تا خود را از آشفتگی های موجود برهاند (۷). در زمینه سبک مقابله مساله مدار نتایج نشان داد بین میانگین های مقابله مساله مدار در گروه مردان سالم و سرطانی اختلاف معناداری وجود دارد. همانطور که در مطالب فوق اشاره شد یافته های پژوهشی نشان داده اند افراد مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند و بجای تمرکز بر مشکل بیشتر در پی آن هستند تا پیامدهای هیجان های منفی عامل استرس را مهار کنند. بر این مبنی شاید بتوان علت این اختلاف را نیز به همین موضوع نسبت داد و بیان کرد بیماران سرطانی مرد نسبت به مردان گروه سالم (دانشجویان پسر) کمتر از راهبرد مقابله مساله مدار بهره بردند. Lazarus & falkman (۱۹۸۴) سلامتی و انرژی را منابع مهم مقابله خواندند. بنظر آنها افراد توهمند و سالم، بهتر از افراد نحیف و بیمار و خسته می توانند خواسته های بیرونی و درونی را کنترل کنند (۹). نتایج نشان داد بین میانگین های سبک مقابله مساله مدار در گروه زنان افراد سالم و زنان مبتلا به سرطان اختلاف معناداری وجود ندارد. یعنی هر دو گروه به یک میزان از مقابله مساله مدار بهره برده اند. این یافته با یافته بیرامی و نعمتی (۱۳۸۷) همسو می باشد (۲۵). مطالعه آنان نشان داده است از لحاظ بکارگیری سبک مقابله مساله مدار بین بیماران سرطانی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود ندارد. برتری هر کدام از سبک های مقابله بردیگری نا اندازه ای توسط نوع تیپ شخصیتی و همچنین توسط نوع رویداد استرس زا تعیین می شود. مردم نوعاً سبک مقابله مساله مدار را در ارتباط با مسایل قابل کنترل مانند مسایل خانوادگی یا مسایل کاری بکار می برند تا در مقایسه با رویدادهای استرس زایی که کمتر قابل کنترل هستند مانند مشکلات جسمانی جدی (۲۷). تحقیقات بسیاری رابطه بین هوش هیجانی و راهبردهای مقابله را بررسی کردند. هوش هیجانی با

همانطور که نتایج جدول شماره ۳ نشان داد بین میانگین های هوش هیجانی بیماران سرطانی و افراد سالم در گروه زنان و مردان اختلاف معناداری وجود دارد. شاید بتوان علت احتمالی این یافته رابه موقعیت متفاوت گروه های مورد مطالعه نسبت داد. Tsaousis & Nikolaou (۲۰۰۵) در بررسی خود دریافتند که بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی و جسمانی رابطه وجود دارد (۲۴). وقتی افراد در می یابند که به یک بیماری جدی مبتلا هستند، تشخیص بیماری، شکل نگاهشان به خود و به زندگی شان را به سرعت دستخوش تغییر می سازد. بیماری های تهدید کننده حیات بیماران را دچار ابهاماتی کرده و اغلب هیچ کس نمی تواند بطور قطع بگوید سیر بیماری چگونه خواهد بود (۱۱). نتایج نشان داد بین میانگین های سبک مقابله هیجان مدار در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم (مردان و زنان) اختلاف معناداری وجود دارد. این یافته با یافته های رینولدز (۲۰۰۰) و ونسام (۲۰۰۲) و آقاجانی (۱۳۷۶) به نقل از بیرامی و نعمتی (۱۳۸۷) همسو می باشد (۲۵). Reynolds و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود بر روی ۸۰۷ بیمار سرطانی به این نتیجه رسیدند که این بیماران در مقایسه با افراد سالم در مقابله با رویداد های فشارزای زندگی از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند (۲۶). نتایج پژوهش نشان داد بین میانگین های سبک مقابله اجتنابی در بیماران سرطانی و افراد سالم (مردان و زنان) اختلاف معناداری وجود دارد. احتمال دارد گروه بیماران سرطانی به دلیل ابتلا به بیماری و نگرانی های خاص آن نسبت به سایر افراد از مقابله اجتنابی بیشتر استفاده کنند. در مقابله اجتنابی، فرد سعی در تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشار آور دارد و با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به فرار و اجتناب کرده و در این حالت به دنبال برگرداندن آرامش بهم خورده ای است که به خاطر موقعیت فشارزا بوجود آمده است

درمانی جهت شیمی درمانی و رادیوتراپی و یا بررسی وضعیت کنونی بیمار توسط کادر پزشکی برای بیماران بسیار رنج آور بوده و معمولا دچار استرس بسیاری هستند. همه این عوامل می تواند بر چگونگی پاسخ و تکمیل پرسشنامه ها توسط بیماران تاثیر گذار باشد. گرچه پیش بینی می شود سبک های کارآمد و ناکارآمد متضاد همدیگر بوده و فردی که یک سبک را به کار می برد از سبک دیگر به میزان کمتری بهره می گیرد، می توان انتظار داشت در موقعیت های خاص که فرد بر آن کنترل ندارد میزان بهره گیری 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 استرس های خود ضمن سبک مقابله کارآمد به تلاش های نا کارآمد از جمله سبک اجتنابی روی آورده اند. Halpern (۲۰۰۴) نیز بین تلاش های کلی مقابله ای و مقابله رویارویی مساله مدار که سبک مقابله کارآمد به شمار می رود، تفاوت قایل شده است. تلاش های کلی مقابله ای به میزان کلی تلاش های فرد در راستای مقابله یا مشکل چه به صورت تلاش های کارآمد چه به صورت تلاش های ناکارآمد نمایان می شوند، گفته می شود (۳۴).

نتیجه گیری

درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را نمی توان فقط به درمان پزشکی خلاصه کرد. سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است. بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق موثر با بیماری مزمن شان هستند. ارتقا هوش هیجانی در بیماران سرطانی و بطبع استفاده اثرات مفید آن من جمله بکارگیری مقابله ای کارآمد و موثر، سبب افزایش ظرفیت ایستادگی در این بیماران می شود. از این رو توصیه می شود که با ایجاد مراکز روان درمانی در بیمارستان ها و مراکز درمانی ویژه این بیماران و با مداخلات روان شناختی در جهت کاهش تنیدگی های ایجاد شده بدنال تشخیص و درمان بیماری سرطان می توان به بهبود وضعیت روانی این بیماران و از طرفی به تسریع روند درمان پزشکی آنها کمک کرد.

پیشنهادات

در کشور ما یافته های پژوهشی قابل استناد در زمینه ابعاد روان شناختی سرطان معدود می باشد. توصیه می شود پژوهش های مشابهی با نمونه ها و ابزارهای پژوهشی متفاوت در این زمینه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از آقای دکتر پیام آزاده و بیماران عزیز که در این امر همکاری کردند صمیمانه قدردانی می شود.

راهبردهای مقابله سالم ارتباط دارد (۱۲). Mathew & Zeidner. (۲۰۰۰) هوش هیجانی را در انتخاب راهبرد مقابله ای سازگاران موثر دانسته اند. برای نمونه این احتمال وجود دارد که مصرف مواد، خود می تواند نوعی راهبرد مقابله ای به شمار رود که پیامد هوش هیجانی پایین باشد (۲۸). پژوهش نوربخش و همکاران نشان داده است هوش هیجانی با سبک مقابله مساله مدار و هیجان مدار رابطه مثبت و معناداری داشته و با سبک مقابله اجتنابی رابطه منفی و معناداری دارد (۲۹). Kim & Agrusa (۲۰۱۰) در مطالعه خود به این نتایج رسیدند که هوش هیجانی پیش بینی کننده قوی ای برای سبک مقابله مساله مدار است (۳۰). Por و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که هوش هیجانی با مقابله مساله مدار و بهزیستی رابطه مثبت دارد (۳۱). رجب پور و توکلی زاده نشان دادند بین مولفه های هوش هیجانی در بیماران سرطانی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (۳۲). نتایج پژوهش حاضر با یافته های مطالعات ذکر شده همسو می باشد. به عبارتی این نتایج همسو با مبانی نظری هوش هیجانی نشان می دهد که هرچه میزان هوش هیجانی بالاتر باشد به همان نسبت بکارگرفتن مقابله کارآمد بیشتر می باشد. از طرفی همبستگی مثبت و معنادار مولفه های هوش هیجانی با هم نشان از انسجام قوی این سازه بوده و توانایی بکارگیری آن به عنوان یک مهارت، می تواند مارا در رویارویی با مقتضیات زندگی روزمره و مقابله با استرس باری کند. Salovey و همکاران (۱۹۹۹) ادعا می کنند 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 می کنند، می دانند که چگونه و در چه زمانی احساسات خود را بیان می کنند و به طور موثری حالات خلقی خود را تنظیم کنند (۲۸). یکی از یافته های پژوهش حاضر وجود ارتباط مثبت و معنادار بین سبک مقابله اجتنابی با هوش هیجانی و مولفه های آن می باشد. این نتیجه با نتایج سایر پژوهش ها و مبانی نظری مغایرت دارد. نظریه های هوش هیجانی و بررسی ها نشان می دهند که هوش هیجانی با مقابله ای کارآمد رابطه مثبت و معنادار و با سبک مقابله اجتنابی رابطه منفی دارد. یعنی هرچه میزان هوش هیجانی بالاتر بکارگیری مقابله کارآمد بیشتر می باشد 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 مساله یا مشکل دور نگه می دارد (۲۷). سبک مقابله اجتنابی با پریشانی مرتبط بوده بویژه وقتی بحران بالاتر از میزان سازگاری باشد (۳۳). می توان گفت احتمالا این یافته می تواند وابسته به آزمودنی های خاص این پژوهش باشد. ماهیت استرس زای بیماری سرطان می تواند موثر 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

References

1. Mirmalek A, Elhamkani F. Clinical Application of Breast cancer Biology Review of Literature. *J Iran Surgery* 2009; 17(1): 19-23.
2. Mehrinejad A, Khosravan Shariati H, HosseinAbadi M. Comparison stress in cancerous women with healthy women. *J Women Health Shahed Univ* 2010; 1(43): 49-56.

3. Mardani Hamileh M, Roozi tallab M, Ebrahimi. The effect of psycho educational program on stress and depression among cancer patients. *J Fasa Unive Med Sci* 2011; **1**(1): 53-58.
4. Noghani F, Monjamed Z, Bohrani N, Ghodraty V. Comparison between self- steam in woman and man cancerous patients. *J Hayat Med Unive Sci of Tehran* 2006; **12**(2): 33-44.
5. Heidari S, Salahshorian Fard A, Rafiee F, Hossieni F. Relationship of social support and social network with quality life of cancerous patients. *J Feize Med Unive Sci of Kashan* 2007; **12**(2): 1-8.
6. Ghassem Broujerdi F, Sohrabi F, Borjali A. Evaluation of the interactive Relationship between Attachment styles, Coping styles and mental health in adolescents. *J New Finding in Psychology* 2012; **7**(2): 85-100.
7. Mohamadkhani Sh, Bashghareh R. Styles with general health university students. *J Research in Health Psychological* 2009; **2**(1): 37-47.
8. Losyk B. *Get a grip. Overcoming stress and Thriving in the work place.* Wiley & Sons, 2005; PP: 1.
9. Lazarus R.S, Falkman A. *Stress, appraisal and coping.* New York: springer, 1984.
10. Endler N, Parker M. *The Development of the CISS Ceation of the Inventory.* Multi-Health system, Inc. In the USA: 908 Niagara fall Bluvd, North Tonawanda, NY 14120.1990.
11. Sarafino P.E. *Health psychology.* Translated by Mirzaei. Tehran: Roshd pulp, 2002; PP: 725.
12. Campbell A.N, Tobedzi A. Emotional intelligence, coping psychological Distress: A partial least squares approach to developing a predictive model. *J Applied psychology* 2007; **3**(1): 39-54.
13. Sepehrian Azar F. The study of training effect of emotional intelligence skills on coping styles with stress. *J Psychology Tabriz Unive* 2006; **2**(8): 70-84.
14. Mathew G, Zeidner M, Roberts R.D. *Emotional intelligence science and Myth.* A Bord Ford Book. The MIT PRESS. Cambridge, Massachusetts. London, England, 2002; PP: 291.
15. Mayer J, Solovey P. *Emotional intelligence and the construction and regulation & feelings.* Applied & prevent psychology Cambridge University press 1995; **4**: 197-208.
16. Golman D, Cheerniss C. *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, 2001; PP: 14.
17. Golman D. *Emotional intelligence.* Translated by Nasrin Parsa. Tehran: Roshd pupl; 2011; PP: 11.
18. Mayer J.D, Salovey P. Caruso D. *Selecting A Measure of Emotional Intelligence.* In Baron & et.al. (eds). Handbook of emotional intelligence, California, Bass Inc, 2000: 320-342.
19. Olatoy K.A, Aderogba A.A. Harnessing the power emotional intelligence scientific literacy, and problem. Solving skills for successful living. *J Science and Technology Federal Unive Dustin-Managerial* 2012; **13**(1): 403-417.
20. Tsaousis I, Nikolaou I. Exploring The relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning stress and health. *J Psych* 2005; **136**(2): 182-194.
21. Pasha Sharifi H, Hosseini N, Hhfar GH, Akbari A, Pashasharifi N. *Research Inventories in psychology, counseling , educational sciences and sociology.* Tehran, Sokhan pupl, 2008; PP: 266.
22. Schutte N.S, Maulof J.M, Hall L.E, Haggerty D.J, Coper C.J, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Journal of personality and differences* 1998; **25**: 167-177.
23. Endler N, Parker D. Multidimensiond Assessment of coping: A critical Evaluation. *J Pres Soc Psychol* 1990; **58**(5): 844-858.
24. Shokri O, Taghiloo S, Geravand F, Paezi M, Abdollahpour M, Molaei M, et.al. Factor structure and psychometrics of the Farsi version of the coping Inventory for stressful situations (ciss). *J Advances in cognitive science* 2008; **3**: 22-33.
25. Beirami M, Nemati Sogoli Tapeh A. Comparison of Personality Dimentions, Type C and Coping Styles in cancerous patients and normal. *J Psychology Tabriz University* 2009; **2**(12): 23-45.
26. Reynolds P, Susan H, MyriamT, Janes J, Peggy B. Body V. Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from black/white cancer survival study. *American J of Epidemiology* 2000; **10**: 940-949.
27. Taylor Sh. *Psychological Notebooks. Coping Strategies.* Mac Arthur SES & Health. University of California, Sanfransisco, 1998.
28. Hanna R, Nicola S. Low emotional intelligence as a predictor of substance-use proplem. *J of Drug Education* 2003; **3**: 391-398.
29. Noorbakhsh N, Besharat M, Zarei J. Emotional intelligence and coping styles with stress. *J procedia-Socialand behavior science* 2010; **5**: 818-882.
30. Kim H.J, Agrusa G. Hospitality Service employee's coping styles: The role of emotional intelligence, two basic personality, and socio demographic factor. *J Hospitality Management* 2010; **30**(3): 588-598.
31. Por J, Barriball L, Fitzpatrick J, Roberts J. Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *J Nurse Education Todal* 2011; **31**: 855-860.
32. Rajabpor H, Tavakolizadeh J. Relationship between emotional intelligence and adjustment in cancerous patients in Mashhad. *J Ofogh Danesh Med Unive Sci of Gnabad* 2012; **18**(1): 17-22.
33. Ziedner M, Ender N. *Handbook of coping: Theory research application.* John Wiley & Sons. 1996; PP: 26
34. Halpern L.F. The relationship of coping and family environment to preschooler's problem behavior. *J Applied Developmental Psychology* 2004; **25**: 399-421.