

Predicting Post-traumatic Stress Disorder Severity from Emotional Intelligence and Coping Strategies in PTSD Patients

Received: 4 February 2015

Revised: 19 February 2015

Accepted: 9 March 2015

ABSTRACT

Mohammadreza Kamali^{1*}

Hadi Panahi²

Ozra Gilani³

Afsoon Azadikhah Haghighat⁴

Zahra-sadat Shams Najafi⁵

Somayyeh Modarresi⁶

¹M.D. Psychiatrist,
Department of Psychiatry,
NAJA Vali-e-Asr (A) Hospital,
Tehran, Iran.

²M.A. Clinical Psychology,
Islamic Azad University -
Tonekabon Branch, Tonekabon,
Mazandaran, Iran.

³BA. Counseling Psychology,
NAJA Vali-e-Asr (A) Hospital,
Tehran, Iran.

⁴BA. Exceptional Children
Psychology, NAJA Vali-e-Asr
(A) Hospital, Tehran, Iran.

⁵M.A Student, Clinical
Psychology, Islamic Azad
University - Saveh Branch,
Saveh, Iran.

⁶M.A , General Psychology,
Islamic Azad University -
Zanjan Branch, Zanjan, Iran.

Background: People working in various police units, specially operating systems, are at risk of traumatic dangers. These dangers lead to post-traumatic stress disorder in some cases. People with PTSD show various symptom severities on which several factors can be effective. The purpose of this research is to investigate relationship of emotional intelligence and coping strategies with post-traumatic stress disorder severity in patients referred to Valiasr and Imam Sajjad NAJA hospitals.

Materials and Methods: In this correlation study, 115 patients were selected by Sequential Sampling and completed three types of questionnaire: Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I), Ways of Coping Questionnaire (WOCQ), and Mississippi PTSD Scale. Data were analyzed by Pearson's correlation and hierarchical multivariate regression analysis.

Results: Results showed that "Happiness" ($p < 0/001$), "Reality Testing" ($p = 0/004$) and "Seeking Social Support" ($p < 0/001$) can predict the PTSD severity negatively, and escape/avoidance can predict it positively ($p = 0/001$). These indicators express nearly 50 percent of PTSD variance.

Conclusion: Happiness in people with PTSD can reflect in having least problems and having a happy family. A family that provides most support for them. The support that is necessary to deal with their problems and not avoiding them. Reality testing in shadow of social support is not only harmful, but also one of the principles of treating these people. Some of the best acts that can be used to prevent or minimize the severity of symptoms, is teaching the coping strategies and emotional intelligence skills to the police who are the most vulnerable.

Keywords: emotional intelligence, coping strategies, post-traumatic stress disorder

*Corresponding Author:

Mohammadreza Kamali

Tel: (+98)9122189855

e-mail: dr.kamali.ir@gmail.com

تعیین پیش‌بینی شدت اختلال استرس پس از سانحه از هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ دریافت: ۱۵ بهمن ۱۳۹۳ تاریخ اصلاح: ۳۰ بهمن ۱۳۹۳ تاریخ پذیرش: ۱۹ اسفند ۱۳۹۳

چکیده

محمدرضا کمالی^{*۱}

هادی پناهی^۲

عذرا گیلانی^۳

افسون آزادخواه حقیقت^۴

زهراسادات شمس نجفی^۵

سمیه مدرسی^۶

مقدمه: از آنجاکه در افراد دچار PTSD، نشانه‌هایی با شدت متفاوت بروز می‌کند، عواملی چند می‌تواند توجیه‌کننده این تفاوت در شدت نشانه‌ها باشد. هدف از اجرای این پژوهش بررسی رابطه هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با شدت اختلال استرس پس از سانحه است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش همبستگی، ۱۱۵ مراجعه‌کننده مبتلا به اختلال PTSD مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان دو بیمارستان ولیعصر (عج) و امام سجاد (ع) نیروی انتظامی، سه پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن (Emotional Quotient Inventory)، راهبردهای مقابله‌ای لازاروس (Ways of Coping Questionnaire) و اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که خوشبختی ($P < 0/001$)، واقع‌گرایی ($P = 0/004$) و طلب حمایت اجتماعی ($P < 0/001$)، به صورت منفی معنادار و گریز اجتناب به صورت مثبت معنادار ($P = 0/001$) توانایی پیش‌بینی شدت PTSD را دارند. این زیرمقیاس‌ها حدود ۵۰ درصد از واریانس متغیر شدت PTSD را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: از بهترین اقداماتی که می‌توان جهت پیشگیری از ابتلا به این اختلال یا به حداقل رساندن شدت نشانه‌های آن انجام داد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های هوش هیجانی به آن نیروهای پلیسی است که بیشتر در معرض آسیب قرار دارند.

کلید واژه‌ها: هوش هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای، اختلال استرس پس از سانحه

*نویسنده مسئول:

محمدرضا کمالی

تلفن: ۹۱۲۲۱۸۹۸۵۵ (+۹۸)

پست الکترونیک:

dr.kamali.ir@gmail.com

مقدمه

متخصصان سلامت را به خود مشغول ساخته است. منظور از آسیب در اینجا جراحی روانی است که به وسیله تهدید هیجانی شدیدی ایجاد می‌گردد [۱]. برخی از تجارب آسیب‌زای رایج که می‌توان به

در دنیای امروز، حوادث آسیب‌زا که می‌توانند تهدیدی برای امنیت و سلامت فرد به شمار آیند، مسئله‌ای است که بیش از پیش ذهن

ذهن متبادر می‌سازد که چه عامل یا عواملی چنین تفاوتی را ایجاد کرده است. یکی از فرضیه‌های احتمالی که از پژوهش‌های پیشین به دست می‌آید این است که هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند از عواملی باشند که این تفاوت‌ها را ایجاد کرده‌اند [۳ و ۴]. مایر و سالووی [۵]، هوش هیجانی را شامل عوامل ذیل می‌دانند:

- ۱- توجه کردن به هیجانات؛ ۲- ارزیابی‌ای درست و دقیق از هیجانات خود و دیگران؛ ۳- نظم بخشیدن هیجان‌ها به طور سازمان‌یافته و ۴- ابراز مناسب این هیجان‌ها. آن‌ها هوش هیجانی را نوعی از پردازش هیجانی می‌دانند [۶].

راهبردهای مقابله‌ای، پاسخ‌های رفتاری یا شناختی هستند که افراد برای مدیریت تنیدگی از آن‌ها استفاده می‌کنند [۷]. اگرچه روی نظریه خاصی از راهبردهای مقابله‌ای توافق نیست، نظریه لازاروس به دلیل حمایت وسیع تجربی، به‌طور گسترده‌ای موردقبول قرار گرفته است [۸]. لازاروس مقابله را این‌گونه تعریف می‌کند: فرایند مدیریت خواسته‌هایی که از منابع فرد فزونی یافته‌اند. هرگونه فشار روانی ارزیابی اولیه‌ای را برای تعیین وسعت آسیب راه‌اندازی می‌کند و سپس در ارزیابی دوباره آن را موردبررسی قرار می‌دهد. از این منظر یک سری از راهبردهای مقابله با عامل استرس‌زا در کنار هم قرار می‌گیرند تا مشخص شود کدام‌یک بهترین راهبرد است [۹].

از لحاظ راهبردهای مقابله‌ای، پژوهش استفنسون [۱۰] و والتینر [۱۱] نشان داد که زنان دارای PTSD نسبت به زنانی که به این اختلال دچار نشده بودند، نرخ بالایی از شخصیت اجتنابی و وابسته را نشان می‌دادند. تفکر آرزومندانه که با مقابله اجتنابی مرتبط است، با شدت بیشتر PTSD رابطه داشت. پژوهش‌های دیگر نیز نشان‌دهنده رابطه راهبرد اجتنابی با شدت PTSD بیشتر بود [۳]. پژوهش دیگری که جانسون [۱۲] روی زنان بزرگسالی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند انجام داد نیز نشان داد که شدت PTSD و راهبرد اجتنابی به‌طور معناداری رابطه دارند. پژوهش‌های صورت گرفته نشان دادند که عواملی چون فقدان حمایت اجتماعی، مشکل در بیان احساسات و نارضایتی از حمایت سازمانی می‌توانند بروز PTSD را در نیروی پلیس پیش‌بینی کنند [۱۳]. پژوهشی دیگر نشان داد که سبک مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، بهترین پیش‌بین شدت PTSD در نیروی

آن‌ها اشاره نمود عبارت‌اند از: حوادث و بلایای طبیعی (زلزله، سیل، طوفان و غیره)، تجربه جنگ، شکنجه و سوانح جدی نظیر تصادف با ماشین یا آتش‌سوزی ساختمان. متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، اختلال استرس پس از سانحه را این‌گونه تعریف می‌کند: رخداد یا حادثه‌ای که مرگ واقعی یا تهدید به مرگ را در بر گرفته یا آسیب جدی یا تهدیدی برای یکپارچگی خویشتن یا دیگران را شامل می‌شود [۲].

یگان‌ها و رسته‌های نیروهای عملیاتی انتظامی در معرض حوادث شدید و آسیب‌زای قرار دارند. حوادثی که بالقوه استرس‌زا بوده، می‌توانند در فرد به اختلالی چون اختلال استرس حاد^۲ (ASD) یا اختلال استرس پس از سانحه و همچنین اختلالات همراه دیگر بیانجامند. برخی از حوادثی که می‌تواند افراد شاغل در نیروی انتظامی را دچار این اختلالات کند عبارت‌اند از: انواعی از تصادفات در حین مأموریت، حوادث آسیب‌زا در درگیری با اشرار، اراذل و اوواش، قاچاقچیان و سارقین، انفجار مین، نارنجک و تله‌های انفجاری، سقوط از ارتفاع و درگیری در اغتشاشات. استرس به وجود آمده به همراه سایر نشانه‌ها با شدت این اختلال در چرخه‌ای باطل، علت و معلول هم قرار گرفته، به صدمات جبران‌ناپذیر جسمانی، روانی و اقتصادی در فرد و نیروی انتظامی منجر می‌شوند؛ چراکه PTSD می‌تواند طیفی از مسائل را، از مراجعات متعدد به روانپزشک و روانشناس گرفته تا کناره‌گیری و بازنشستگی زودتر از موعد این افراد از نیروی انتظامی شامل شود. علاوه بر این هزینه‌ها، این اختلالات و شدت آن‌ها بر خانواده‌های افراد مبتلا به PTSD در نیروی انتظامی تأثیر گذاشته، انواعی از اختلالات روان‌شناختی و جسمانی را به وجود می‌آورد که این اختلالات نیز به نوبه خود هزینه‌های زمانی، مادی و انسانی را به نیروی انتظامی تحمیل می‌کنند. از آنجاکه تقابل با این حوادث آسیب‌زای شدید در نیروهای انتظامی غیرقابل اجتناب است، اقدامات پژوهشی-درمانی قبل و بعد از به وجود آمدن آسیب ضرورت می‌یابد.

بازمانده رخداد آسیب‌زا ممکن است به PTSD دچار شود. مشاهده برخی از بازماندگان بعد از آسیب که به سرعت بهبود می‌یابند و مقایسه آن‌ها با برخی دیگر که علائم پایدار و PTSD را ماه‌ها یا سال‌ها پس از تجربه آسیب با خود به همراه دارند، این سؤال را به

و پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی را تکمیل نمودند.

ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش شامل ۳ پرسشنامه است:

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن: پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن دارای ۹۰ سؤال بوده، شامل پنج مقیاس یا جنبه (مهارت‌های درون فردی، مقابله با فشار، سازگاری و خلق کار) و پانزده خرده مقیاس است: خودآگاهی هیجانی^۱، خود ابرازی^۲، عزت‌نفس^۳، خودشکوفایی^۴، استقلال^۵، همدلی^۶، مسئولیت‌پذیری اجتماعی^۷، روابط بین فردی^۸، واقع‌گرایی^۹، انعطاف‌پذیری^{۱۰}، حل مسئله^{۱۱}، تحمل فشار روانی^{۱۲}، کنترل تکانه^{۱۳}، خوش‌بینی^{۱۴}، شادمانی^{۱۵}. در ایران زارع [۲۰] میانگین کل ضریب همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۷۶ به دست آورد. همچنین شمس‌آبادی [۲۱]، ضرایب آلفا را در دامنه ای بین ۰/۵۵ (همدلی) تا ۰/۸۳ (کنترل تکانه) با میانگین ۰/۷۰ گزارش کرده است.

راهبردهای مقابله‌ای لازاروس (WOCQ): این آزمون دارای ۶۶ سؤال است و در مقیاس ۴ گزینه‌ای (از ۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود و دو راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار را اندازه می‌گیرد. هر یک از الگوهای راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار عبارت‌اند از: رویارویی، دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری، خویشتن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسؤلیت‌پذیری، فرار-اجتناب، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده، ارزیابی مجدد مثبت. این الگوهای هشتگانه به دو دسته روش‌های مسئله محور (جستجوی حمایت اجتماعی، مسؤلیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری‌گزینی، فرار-اجتناب و خویشتن‌داری) تقسیم‌شده است [۲۲].

آقاجانی [۲۳] طی پژوهشی اعتبار ۰/۸۰ را برای هر یک از روش‌های رویارویی گزارش کرده و خدادادی [۲۴] طی پژوهش خود، ضریب اعتبار کل آزمون را برابر با ۰/۸۴ به دست آورده است.

پرسشنامه می‌سی‌سی‌پی: مقیاس اختلال استرس پس آسیبی در سال ۱۹۹۷ توسط نوریس و رید تهیه و معرفی و در سال ۱۳۸۲ توسط گودرزی در ایران اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۹ گویه و چهار زیرمقیاس: خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباط

پلیس بود [۱۴]. مایا و همکارانش [۱۵] به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی شدت PTSD را دارد.

عامل دیگری که می‌تواند تفاوت در افراد مواجه شده با آسیب را موجب گردد، مسائل مرتبط با هیجان‌ات‌آن‌هاست چراکه هیجان، از عوامل مهم در نشانه‌های این اختلال است. از این منظر هوش هیجانی می‌تواند نقش مهمی را در تفاوت در شدت نشانه‌های این افراد داشته باشد. هوش هیجانی نوعی توانایی در درک هیجان‌ات و عاطفه برای رسیدن به هیجانی است که در کنار کمک به تفکری مناسب‌تر، به شناخت هیجان‌ات و عواطف نائل گردد [۵].

پژوهشی نشان داد که بین هوش هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه رابطه وجود دارد [۱۶] در پژوهشی نیز بین هوش هیجانی و مشکلات رفتاری رابطه منفی گزارش شده است [۱۷]؛ همچنین هوش هیجانی با افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی در نوجوانان رابطه منفی داشته است [۱۸] و از آنجا که مطالعات، رابطه بین افسردگی و شدت اختلال پس از سانحه را نشان داده‌اند [۱۹]، این فرضیه به وجود می‌آید که بین هوش هیجانی و شدت این اختلال رابطه وجود داشته باشد. سیاروچی و همکاران [۴] نشان دادند که هوش هیجانی پایین با مقابله ناسازگارانه، آسیب‌شناسی روانی بالاتر و نشانه‌های مربوط به اختلال استرس پس از ضربه ارتباط دارد. همچنین در پرتوی همبستگی بین برخی مشکلات روان‌شناختی و هوش هیجانی و سودمندی مداخلات روان‌شناختی در هوش هیجانی، بررسی علائم PTSD و رابطه آن با هوش هیجانی مناسب به نظر می‌رسد.

فرضیه پژوهش حاضر این‌گونه تنظیم می‌گردد: هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای توانایی پیش‌بینی شدت اختلال استرس پس از سانحه را دارند.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش همبستگی، جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه افراد مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به دو بیمارستان ولیعصر (عج) و امام سجاد (ع) ناجای تهران است. نمونه پژوهش شامل ۱۱۵ نفر از افراد مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به این دو بیمارستان است که سه پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن، راهبردهای مقابله‌ای لازاروس

و شدت اختلال استرس پس از سانحه در جدول ۳ ارائه شده است. همان طور که مشاهده می‌گردد بین جستجوی حمایت اجتماعی ($P < 0/001$ و $r = -0/392$) و ارزیابی مجدد مثبت ($P < 0/001$) و شدت اختلال استرس پس از سانحه، رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین زیرمقیاس پریز-اجتناب و شدت اختلال استرس پس از سانحه، رابطه مثبت معنادار ($P = 0/003$) وجود دارد. $r = 0/274$ و P وجود دارد.

همچنین همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین تمامی خرده مقیاس‌های هوش هیجانی، به‌جز همدلی، با شدت اختلال

بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی را دارا است. پایایی آزمون بر اساس همسانی درونی $0/92$ ، بر اساس روش دونیمه کردن $0/92$ و بر اساس روش بازآزمایی $0/91$ و روایی آن با استفاده از روش روایی همزمان با آزمون همتا (سیاهه PTSD) $0/82$ ارزیابی گردید [۲۵].

جهت آنالیز این پژوهش، از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: فراوانی سن آزمودنی‌ها.

شاخص سن (سال)	تعداد	درصد
۲۰-۳۰	۳۲	۲۷/۸
۳۰-۴۰	۷۱	۶۱/۷
۴۰-۵۰	۱۲	۱۰/۴
مجموع	۱۱۵	۱۰۰/۰
میانگین	۳۴/۱۶	
انحراف معیار	۵/۳۲۱	

یافته‌ها

استرس پس از سانحه رابطه منفی معنادار وجود دارد.

همان طور که نتایج حاصل از مدل رگرسیونی جهت پیش بینی شدت PTSD نشان می‌دهد (جدول ۵)، خوشبختی ($P < 0/001$)، واقع‌گرایی ($P = 0/004$) و طلب حمایت اجتماعی ($P < 0/001$)، به‌صورت منفی معنادار و گریز اجتناب به‌صورت مثبت معنادار ($P = 0/001$) شدت PTSD را پیش‌بینی می‌کنند. این زیرمقیاس‌ها توانستند حدود ۵۰ درصد از واریانس متغیر شدت PTSD را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجاکه رابطه احتمالی راهبردهای مقابله‌ای و هوش هیجانی با

یافته‌های مربوط به سن و تحصیلات آزمودنی‌ها در جداول ۱ و ۲ ارائه گردیده است. همان طور که مشاهده می‌گردد میانگین سن آزمودنی‌ها $34/16$ سال می‌باشد و بیشترین افراد شرکت‌کننده بین ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشتند. همچنین چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بیشتر شرکت‌کنندگان در این پژوهش دارای مدرک تحصیلی دیپلم می‌باشند ($45/2$ درصد).

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، ابتدا ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها محاسبه گردید. نتایج مربوط به ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای پس از سانحه

جدول ۲: فراوانی سطوح تحصیلات آزمودنی‌ها

شاخص تحصیلات	تعداد	درصد
سیکل	۱۶	۹/۱۳
دیپلم	۵۲	۲/۴۵
فوق دیپلم	۲۶	۶/۲۲
لیسانس	۲۱	۳/۱۸
مجموع	۱۱۵	۱۰۰/۰

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای شدت اختلال پس از سانحه.

مقابله	فاصله‌گیری	خویش‌داری	جستجوی حمایت اجتماعی	مسئولیت‌پذیری	گریز-اجتناب	مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده	ارزیابی مجدد مثبت
مقابله	$r = 1$						
فاصله‌گیری	$r = 0.371$ $P = 0.000$	$r = 1$					
خویش‌داری	$r = 0.377$ $P = 0.000$	$r = 0.650$ $P = 0.000$	$r = 1$				
جستجوی حمایت اجتماعی	$r = 0.137$ $P = 0.145$	$r = 0.395$ $P = 0.000$	$r = 0.367$ $P = 0.000$	$r = 1$			
مسئولیت‌پذیری	$r = 0.320$ $P = 0.000$	$r = 0.399$ $P = 0.000$	$r = 0.477$ $P = 0.000$	$r = 0.392$ $P = 0.000$	$r = 1$		
گریز-اجتناب	$r = 0.455$ $P = 0.000$	$r = 0.443$ $P = 0.000$	$r = 0.430$ $P = 0.000$	$r = 0.201$ $P = 0.031$	$r = -0.284$ $P = 0.002$	$r = 1$	
مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده	$r = 0.347$ $P = 0.000$	$r = 0.390$ $P = 0.000$	$r = 0.465$ $P = 0.000$	$r = 0.396$ $P = 0.000$	$r = 0.447$ $P = 0.000$	$r = 0.285$ $P = 0.002$	$r = 1$
ارزیابی مجدد مثبت	$r = 0.224$ $P = 0.016$	$r = 0.418$ $P = 0.000$	$r = 0.530$ $P = 0.000$	$r = 0.583$ $P = 0.000$	$r = 0.333$ $P = 0.000$	$r = 0.212$ $P = 0.023$	$r = 0.447$ $P = 0.000$
استرس پس از سانحه	$r = 0.100$ $P = 0.287$	$r = -0.115$ $P = 0.220$	$r = -0.117$ $P = 0.214$	$r = -0.392$ $P = 0.000$	$r = -0.107$ $P = 0.254$	$r = 0.274$ $P = 0.003$	$r = -0.286$ $P = 0.000$

مفرح را دارند PTSD با شدت کمتری مشاهده می‌گردد. علاوه بر آن واقع‌گرایی و طلب حمایت اجتماعی مناسب با شدت کمتری از PTSD همراه است.

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش جانسون [۱۰]، سیاروچی، دین و آندرسون [۲۶]، غزالی [۲۷] و فرناندز-باروکال و همکاران [۱۶] همسو است.

در تبیین رابطه منفی معنادار بین راهبرد مقابله‌ای گریز-اجتناب با شدت PTSD می‌توان گفت که اجتناب در رفتارهایی مانند ترجیح به تنها بودن، سعی در فراموش کردن مسائل و استفاده از داروها در جهت احساسی بهتر متجلی می‌شود. این رفتارهای اجتنابی تقویت دریافت می‌کنند چراکه به‌طور موقتی باعث کاهش تجربه استرس می‌گردند و همین تقویت به ادامه این رفتارها توسط این افراد می‌انجامد. در نتیجه این رفتارهای اجتنابی، فرد از مواجهه مستقیم با محرک مرتبط با ترس جلوگیری کرده و بدین طریق از خاموشی رفتار مشکل‌ساز جلوگیری می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد اجتناب عامل نگه‌دارنده PTSD در مدل‌های شرطی بیماری است [۲۸].

در تبیین رابطه معکوس طلب حمایت اجتماعی و شدت PTSD می‌توان از دو مدل نظری استفاده نمود: نظریه میانجی و نظریه اثر مستقیم. بر مبنای نظریه محافظت، حمایت اجتماعی می‌تواند از فرد در برابر آثار منفی استرس محافظت کند. چنین چیزی می‌تواند

شدت اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند دریچه‌ای تازه به سوی کمک به این بیماران گشوده و متعاقب آن اثراتی را نیز بر روی خانواده و اطرافیان این افراد بگذارد، پژوهش‌های اخیر هرچه بیشتر به این عوامل پرداخته‌اند. بررسی این عوامل در نیروی انتظامی علاوه بر کاهش هزینه‌های درمانی در این نیرو، به حفظ و بهبود هرچه بیشتر پیوندهای خانوادگی افراد مواجه شده با آسیب‌های شدید می‌انجامد.

یافته‌های پژوهش نشان دادند که زیرمقیاس گریز-اجتناب از مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای به‌صورت مثبت معنادار و زیرمقیاس‌های خوشبختی، واقع‌گرایی و طلب حمایت اجتماعی از زیرمقیاس‌های هوش هیجانی به‌صورت منفی معنادار توانایی پیش‌بینی شدت PTSD را داشتند. این یافته‌ها حاکی از این است که اجتناب از موقعیت استرس‌زا، شاید در کوتاه‌مدت استرس کمتری برای فرد به وجود آورد، اما همچنان موجب باقی ماندن استرس به دلیل استفاده از راهبردی نامناسب در برخورد با آن می‌گردد. همچنین در افرادی که توانایی احساس خوشبختی کردن با زندگی خود، لذت بردن از خود و دیگران، داشتن احساسات مثبت، صریح و

جدول ۵: جدول ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی راهبردهای مقابله‌ای و هوش هیجانی با شدت اختلال استرس پس از سانحه.

مدل	B	SE	β	t	p
ثابت	۱۷۴/۱۷۶	۹/۱۸۶		۱۸/۹۶۲	۰/۰۰۰
خوشبختی	-۱/۷۳۱	۰/۴۱۹	-۰/۳۳۰	-۴/۱۳۳	۰/۰۰۰
واقع‌گرایی	-۱/۵۶۷	۰/۵۳۵	-۰/۲۳۲	-۲/۹۲۷	۰/۰۰۴
طلب حمایت اجتماعی	-۱/۹۶۱	۰/۴۷۳	-۰/۳۰۵	-۴/۱۴۹	۰/۰۰۰
گریز-اجتناب	۱/۳۰۴	۰/۳۹۲	۰/۲۳۹	-۳/۳۳۱	۰/۰۰۱

$$R^2 = ۰/۴۹۶$$

دیگر زندگی به‌گونه‌ای رفتار می‌کند که گویی واقعه در حال تکرار است (از جمله توهم و خطای ادراکی). همچنین پیدایش واکنش‌های جسمانی و روانی شدید به هنگام برخورد با سرنخ‌های درونی یا بیرونی مشابه حادثه آسیب‌زا نیز از دیگر نشانه‌های مرتبط با مشکلات واقعیت‌سنجی در این اختلال محسوب می‌گردند.

در تبیین کلی پیش‌بینی شدت PTSD از متغیرهای خوشبختی، واقع‌گرایی، طلب حمایت اجتماعی و گریز و اجتناب می‌توان گفت که در زیر پوسته تمامی عواملی که در این پژوهش توانایی پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه را امکان‌پذیر ساخته‌اند، یک عامل مشترک به چشم می‌خورد: استرس. در پژوهش‌های مختلف، رابطه منفی احساس خوشبختی [۳۳]، واقع‌گرایی [۳۴] و کسب حمایت اجتماعی [۳۵] با استرس نشان داده شده است. از طرف دیگر گریز و اجتناب با احساس استرس بیشتر، رابطه مثبت دارد [۳۶]. به نظر می‌رسد که عوامل پیش‌بینی‌کننده مذکور، با توانایی کاهش یا افزایش استرس، توانایی پیش‌بینی PTSD را امکان‌پذیر می‌سازند. البته باید توجه داشت که رابطه این متغیرها با استرس می‌تواند در چرخه‌ای معیوب قرار گرفته، تبدیل به علت و معلول هم شوند.

در پایان می‌توان بیان نمود که داشتن محیطی شاد و با حداقل استرس می‌تواند پیش‌بین شدت کمتر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه باشد؛ محیطی خانوادگی و کاری که حداکثر حمایت را برای افراد به همراه داشته باشد. بدون شک درمان این افراد که با مواجهه‌های واقعی و تصویری و عدم اجتناب و گریز از حوادثی که برای آن‌ها اتفاق افتاده انجام می‌گیرد، نیازمند حمایتی است از سوی اطرافیان، از جمله افراد خانواده، همکاران و مسئولین سیستم بهداشتی، درمانی و انتظامی. از آنجایی که پیشگیری بهتر از درمان

حداقل به دو صورت انجام گیرد [۲۹]. اولاً می‌تواند بر فرایند ارزیابی شناختی اثر بگذارد؛ برای مثال در موقعیت استرس‌زا کسانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند ممکن است نسبت به کسانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، موقعیت مذکور را به میزان کمتری استرس‌زا ارزیابی کنند. نظریه اثر مستقیم پیشنهاد می‌کند که به‌رغم شدت استرس، حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات مفیدی داشته باشد. اثر مستقیم می‌تواند به صورت مختلف اثر بگذارد. برای مثال افزایش عزت‌نفس و/یا افزایش احساس تعلق. چنین وضعیتی به‌نوبه خود می‌تواند تفکر مثبت و امیدوارکننده‌ای را به وجود آورد.

در تبیین رابطه منفی خوشبختی و شدت PTSD می‌توان از مفهوم توانایی در تنظیم هیجان کمک گرفت. از یک طرف نشان داده شده است که توانایی تنظیم هیجان با شدت PTSD رابطه منفی دارد [۳۰] و افرادی که در تنظیم هیجانشان با دشواری روبرو هستند و هیجانات کژکار دارند، نشانه‌های شدیدتری را در PTSD تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها [۳۱] نشان داده‌اند که افراد مبتلا به PTSD ممکن است از برانگیختگی هیجانی، بدون در نظر گرفتن ظرفیت‌های هیجانی مثبت یا منفی، هراس داشته باشند؛ بنابراین ممکن است همان‌طور که از هیجانات منفی اجتناب می‌ورزند، از هیجانات مثبت نیز به دلیل برانگیختگی روان‌شناختی مشابه هیجانات منفی، اجتناب ورزند. مسئله را می‌توان از طرفی دیگر نیز در نظر گرفت. برای مثال همان‌طور که لیتز [۳۲] نشان داد، شاید این‌طور نباشد که افراد مبتلا به PTSD هیجانات مثبت کمتری را تجربه می‌نمایند، بلکه مسئله، مشکل در برانگیختن این هیجانات به دلیل برانگیختگی نافذ و دشواری در تنظیم این هیجانات باشد؛ بنابراین شدت کاهش یافته وضعیت هیجانی توأم یا شادکامی، ممکن است با دشواری در تنظیم هیجانات رابطه داشته باشد.

رابطه منفی واقع‌گرایی با شدت PTSD را می‌توان در نشانه‌های تشخیصی این اختلال مشاهده نمود، جایی که فرد در موقعیت‌های

- tional intelligence in adolescents. *Pers Individ Differ* 2001; 31: 1105-19.
5. Mayer JD, Salovey P. Emotional development an emotional intelligence. Chapter 1: What is emotional intelligence? 1st ed. New York: Basic books 1997; 3-31.
 6. Teele S, Rainbows of intelligence: Exploring how students learn. Corwin Press 2000; 5-56.
 7. Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychol Assessment* 1994; 6: 50.
 8. Frydenberg E. Adolescent coping: Theoretical and research perspectives. Psychology Press 1997; 233.
 9. Seaward BL. Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing. Jones & Bartlett Pub 1999; 103-108.
 10. Stephenson KL, Valentiner DP, Kumpula MJ, Orcutt HK. Anxiety sensitivity and posttrauma stress symptoms in female undergraduates following a campus shooting. *J Trauma Stress* 2009; 22: 489-96.
 11. Valentiner DP, Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *J Abnorm Psychol* 1996; 105: 455-8.
 12. Johnson DM, Sheahan TC, Chard KM. Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2004; 12: 19-39.
 13. Carlier IV, Lamberts RD, Gersons BP. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 498-506.
 14. Jones R, Kagee A. Predictors of post-traumatic stress symptoms among South African police personnel. *S AFR J PSYCHOL* 2005; 35: 209-24.
 15. Maia DB, Marmar CR, Henn-Haase C, Nóbrega A, Fiszman A, Marques-Portella C, et al. Predictors of PTSD symptoms in brazilian police officers: the synergy of negative affect and peritraumatic dissociation. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33: 362-6.
 16. Fernandez-Berrocal P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Ind Diff Res* 2006: 16-27.
 17. Lomas J, Stough C, Hansen K, Downey LA. Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents. *J Adolescence* 2012; 35: 207-11.

است، به این دلیل که هزینه زمانی، انسانی و اقتصادی کمتری را متوجه نیروی انتظامی می‌کند، توصیه می‌گردد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی و مهارت‌های مقابله‌ای در همان ابتدای جذب نیرو در یگان‌های عملیاتی صورت بگیرد. همچنین آگاه‌سازی یگان‌های عملیاتی و کارکنان این یگان‌ها در شناسایی نشانه‌های اختلال استرس حاد راهکاری است که در مدت کوتاه پس از مواجهه فرد با آسیب می‌تواند به ارجاع جهت مراقبت مناسب بیانجامد و حتی از پیشرفت اختلال استرس حاد به سمت اختلال استرس پس از سانحه جلوگیری نماید.

متذکر می‌شویم که از آنجاکه این پژوهش در بیمارستان‌های نظامی صورت گرفته و در صورت تشخیص این افراد به‌عنوان افرادی مبتلا به PTSD می‌تواند برای آن‌ها نفع ثانویه داشته باشد، باید امکان تمارض و اغراق در نشانه‌ها را در نظر گرفت که این مشکل در هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌های خودسنجی نمود می‌یابد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت، امداد و درمان ناجا انجام گرفته است. بدین وسیله از همکاری صمیمانه ریاست محترم این مرکز، سرکار خانم ساره صمدی و سایر همکاران ایشان مراتب سپاسگزاری خود را اعلام می‌داریم. همچنین از همکاری خانم‌ها اعظم براتی و شهره شهبایی، روانشناسان محترم بخش اعصاب و روان بیمارستان امام سجاد (ع) و سایر افرادی که ما را در به سرانجام رساندن این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را می‌نماییم.

منابع

1. Reber AS. The Penguin dictionary of psychology. 2nd ed. New York, NY, US: Penguin Press 1995; 789.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: APA 2000: 553-7.
3. Stein AL, Tran GQ, Lund LM, Haji U, Dashevsky BA, Baker DG. Correlates for posttraumatic stress disorder in Gulf War veterans: a retrospective study of main and moderating effects. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 861-76.
4. Ciarrochi J, Chan AY, Bajgar J. Measuring emo-

18. Mikolajczak M, Petrides K, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *Brit J Clin Psychol* 2009; 48: 181-93.
19. Pynoos RS, Sorenson S, Steinberg A. Interpersonal violence and traumatic stress reactions. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. 2nd ed. New York: Free Press 1993: 573-90.
20. Zare M. Study the impact of emotional intelligence on academic achievement. Master thesis. Tehran: Psychiatrist Institute 2001. (Persian)
21. Shamsabadi R. Standardization and evaluation of the factor structure of Bar-on emotional intelligence among high school students in Mashhad. Master thesis. Tehran: Psychiatrist Institute 2004. (Persian)
22. Esmaeili M. Comparison of personality characteristics, attitudes and Inefficient coping strategies in patients with essential hypertension and normal people. Master thesis. Tabriz: Tabriz University 2008. (Persian)
23. Aghajani S. Study of relationship between personality type and coping strategies in students of Ardebil universities. Master thesis. Tehran: Tarbiat Mo-darres University 1996. (Persian)
24. Khodadadi M. Standardization of Lazarus and folk man coping strategies scale, and comparison of this methods in Roodehen university male and female students. Master thesis. Tehran-Markaz Azad University 2004. (Persian)
25. Goodarzi MA. Evaluating reliability and validity of the Mississippi scale for post-traumatic stress disorder in Shiraz. *J Psychol* 2003; 7: 153-78. (Persian)
26. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences* 2002; 32: 197-209.
27. Ghazali SR. Investigating the relationship between post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and emotional intelligence among adolescent refugees from the middle east. *ASEAN J Psychiat* 2014; 15: 220-4.
28. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 339-76.
29. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98: 310-57.
30. Boden MT, Westermann S, McRae K, Kuo J, Alvarez J, Kulkarni MR, et al. Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. *J Soc Clin Psychol* 2013; 32: 296-314.
31. Joseph S, Dalgleish T, Williams R, Yule W, Thrasher S, Hodgkinson P. Attitudes towards emotional expression and post-traumatic stress in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *Brit J Clin Psychol* 1997; 36: 133-8.
32. Litz BT. Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clin Psychol Rev* 1992; 12: 417-32.
33. Horiuchi S, Tsuda A, Toyoshima N, Aoki S, Sakano Y. Association of Increased Levels of Happiness with Reduced Levels of Tension and Anxiety after Mental Stress Testing in Japanese College Students. *Psychology* 2013; 4: 682-7.
34. Mansour L, Molla Sharafi Sh, Vakhshour H. Correlation of emotional intelligence and job stresses among the employees of Shahid Beheshti University. *J Career Organizat Counsel* 2011; 2: 9-27. (Persian)
35. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women health* 2013; 53: 74-99.
36. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol* 1992; 11: 79-87.