Journal of Police Medicine

Spring 2015; Vol. 4, No. 1: 39-48

Original Article

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

Mohammadreza Kamali[1*]

Hadi Panahi[2]

Ozra Gilani[3]

Afsoon Azadikhah Haghighat[4]

Zahra-sadat Shams Najafi[5]

Somayyeh Modarresi[6]

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

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

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

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

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

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

[*]**Corresponding Author:**
Mohammadreza Kamali
Tel: (+98)9122189855
e-mail: dr.kamali.ir@gmail.com

ABSTRACT

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 reflects 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

بهار ۱۳۹۴- دوره ۴ - شماره ۱- صفحات ۴۸-۳۹

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

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

محمدرضا کمالی[۱*]
هادی پناهی[۲]
عذرا گیلانی[۳]
افسون آزادیخواه حقیقت[۴]
زهراسادات شمس نجفی[۵]
سمیه مدرسی[۶]

چکیده

مقدمه: ازآنجاکه 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 مقابله ای 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که خوشبختی ($P < ۰/۰۰۱$)، واقع‌گرایی ($P = ۰/۰۰۴$) و طلب حمایت اجتماعی ($P < ۰/۰۰۱$)، به‌صورت منفی معنادار و گریز اجتناب به‌صورت مثبت معنادار ($P = ۰/۰۰۱$) 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

[۱] روان‌پزشک، بخش اعصاب و روان، بیمارستان ولیعصر (عج) ناجا، تهران، ایران.
[۲] کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.
[۳] کارشناس، روانشناسی مشاوره، بخش اعصاب و روان، بیمارستان ولیعصر (عج) ناجا، تهران، ایران.
[۴] کارشناس، روانشناسی کودکان استثنایی، بخش اعصاب و روان، بیمارستان ولیعصر (عج) ناجا، تهران، ایران.
[۵] دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، ساوه، ایران.
[۶] کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران.

[*]نویسنده مسئول:
محمدرضا کمالی
تلفن: ۰۹۱۲۲۱۸۹۸۵۵(۹۸+)
پست الکترونیک:
dr.kamali.ir@gmail.com

مقدمه

در دنیای امروز، حوادث آسیب‌زا که می‌توانند تهدیدی برای امنیت و سلامت فرد به شمار آیند، مسئله‌ای است که بیش ازپیش ذهن متخصصان سلامت را به خود مشغول ساخته است. منظور از آسیب در اینجا جراحتی روانی است که به‌وسیله تهدید هیجانی شدیدی ایجاد می‌گردد [۱]. برخی از تجارب آسیب‌زای رایج که می‌توان به

Journal of Police Medicine
Spring 2015; Vol. 4, No. 1: 39-48

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[1]، اختلال استرس پس از سانحه را این‌گونه تعریف می‌کند: رخداد یا حادثه‌ای که مرگ واقعی یا تهدید به مرگ را در برگرفته 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 استرس زا بوده، می‌توانند در فرد به اختلالی چون اختلال استرس حاد[2] (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، اراذل‌واوباش، 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 قرارگرفته، 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 هزینه ها، 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. ازآنجاکه تقابل با این حوادث آسیب‌زای شدید در نیروهای انتظامی غیرقابل‌اجتناب 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 به‌سرعت بهبود می یابند 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 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 مقابله ای می‌توانند از عواملی باشند که این تفاوت‌ها را ایجاد کرده‌اند [۴ و ۳].

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 هیجان ها 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 قرارگرفته 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 می کند و سپس در ارزیابی دوباره آن را موردبررسی قرا 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 والنتینر [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 قرارگرفته 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 پیش بینی کنند [۱۳]. پژوهشی دیگر نشان داد که سبک مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، بهترین پیش‌بین شدت PTSD در نیروی

1: DSM-IV-TR, 2: Acute Stress Disorder

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۱- صفحات ۴۸-۳۹

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 هیجانات آن‌هاست 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 گزارش‌شده است [۱۷]؛ همچنین هوش هیجانی با افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی در نوجوانان رابطه منفی داشته است [۱۸] و ازآنجاکه 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 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[1]، خود ابرازی[2]، عزت‌نفس[3]، خودشکوفایی[4]، استقلال[5]، همدلی[6]، مسئولیت‌پذیری اجتماعی[7]، روابط بین فردی[8]، واقع‌گرایی[9]، انعطاف‌پذیری[10]، حل مسئله[11]، تحمل فشار روانی[12]، کنترل تکانه[13]، خوش‌بینی[14]، شادمانی[15]. 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 ۰/۷۰گزارش 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 می گیرد. هر یک از الگوهای راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار عبارت‌اند از: رویارویی، دوری گزینی یا فاصله‌گیری، خویشتن داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسؤولیت پذیری، فرار-اجتناب، مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده، ارزیابی مجدد مثبت. این الگوهای هشتگانه به دو دسته روش‌های مسئله محور (جستجوی حمایت اجتماعی، مسؤولیت پذیری، مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری گزینی، 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 رخنه کننده، مشکل در ارتباط

[1]: Emotional self- Awareness(ES), [2]: Assertiveness(AS), [3]: Self Regard(SR), [4]: Self- actualization(SA), [5]: Independence(In)
[6]: Empathy(EM) , [7]: Social – Responsibility(RE), [8]: interpersonal Relationship(IR), [9]: Reality Testing (RT), [10]: Flexibility (FL)
[11]: Problem solving (PS), [12]: Stress Tolerance(ST), [13]: Impulse Control(IC), [14]: Optimism(OP), [15]: Happiness(HA)

Journal of Police Medicine
Spring 2015; Vol. 4, No. 1: 39-48

بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی را دارا است. پایایی آزمون بر اساس همسانی درونی ۰/۹۲، بر اساس روش دونیمه کردن ۰/۹۲ و بر اساس روش بازآزمایی ۰/۹۱ و روایی آن با استفاده از روش روایی همزمان با آزمون همتا (سیاهه PTSD) ۰/۸۲ ارزیابی گردید [۲۵].

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

یافته‌های مربوط به سن و تحصیلات آزمودنی‌ها در جداول ۱ و ۲ ارائه گردیده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۴/۱۶ 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 (۴۵/۲ 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
فوق‌دیپلم	۲۶	۶/۲۲
لیسانس	۲۱	۳/۱۸
مجموع	۱۱۵	۱۰۰/۰

و شدت اختلال استرس پس از سانحه در جدول ۳ ارائه‌شده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد بین جستجوی حمایت اجتماعی ($P < ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۳۹۲$) و ارزیابی مجدد مثبت ($P < ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۳۵۶$) با 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 ($P = ۰/۰۰۳$ و $r = ۰/۲۷۴$) وجود دارد.

همچنین همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین تمامی خرده مقیاس‌های هوش هیجانی، به‌جز همدلی، با شدت اختلال استرس پس از سانحه رابطه منفی معنادار وجود دارد.

همان‌طور که نتایج حاصل از مدل رگرسیونی جهت پیش بینی شدت PTSD نشان می‌دهد (جدول ۵)، خوشبختی($P < ۰/۰۰۱$)، واقع‌گرایی($P = ۰/۰۰۴$) و طلب حمایت اجتماعی ($P < ۰/۰۰۱$)، به‌صورت منفی معنادار و گریز اجتناب به‌صورت مثبت معنادار ($P = ۰/۰۰۱$) شدت PTSD را پیش‌بینی می کنند. این زیرمقیاس‌ها توانستند حدود ۵۰ درصد از واریانس متغیر شدت PTSD را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

ازآنجاکه رابطه احتمالی راهبردهای مقابله‌ای و هوش هیجانی با

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۱- صفحات ۴۸-۳۹

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

	مقابله	فاصله‌گیری	خویشتن‌داری	جستجوی حمایت اجتماعی	مسؤولیت پذیری	گریز-اجتناب	مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده	ارزیابی مجدد مثبت
مقابله	r = ۱							
فاصله‌گیری	r = ۰/۳۷۱ P= ۰/۰۰۰	r = ۱						
خویشتن‌داری	r= ۰/۳۷۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۵۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۱					
جستجوی حمایت اجتماعی	r= ۰/۱۳۷ P= ۰/۱۴۵	r= ۰/۳۹۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۶۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۱				
مسؤولیت پذیری	r= ۰/۳۲۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۷۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۲ P= ۰/۰۰۰	r= ۱			
گریز-اجتناب	r= ۰/۴۵۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۴۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۳۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۰۱ P= ۰/۰۳۱	r= -۰/۲۸۴ P= ۰/۰۰۲	r= ۱		
مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده	r= ۰/۳۴۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۶۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۴۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۸۵ P= ۰/۰۰۲	r= ۱	
ارزیابی مجدد مثبت	r= ۰/۲۲۴ P= ۰/۰۱۶	r= ۰/۴۱۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۳۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۸۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۳۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۱۲ P= ۰/۰۲۳	r= ۰/۴۴۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۱
استرس پس از سانحه	r= ۰/۱۰۰ P= ۰/۲۸۷	r= -۰/۱۱۵ P= ۰/۲۲۰	r= -۰/۱۱۷ P= ۰/۲۱۴	r= -۰/۳۹۲ P= ۰/۰۰۰	r= -۰/۱۰۷ P= ۰/۲۵۴	r= ۰/۲۷۴ P= ۰/۰۰۳	r= -۰/۰۲۸ P= ۰/۷۶۶	r= -۰/۳۵۶ P= ۰/۰۰۰

شدت اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند دریچه‌ای تازه به‌سوی 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 آسیب های 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 زیرمقیاس های 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 می گردد. همچنین در افرادی که توانایی احساس خوشبختی کردن با زندگی خود، لذت بردن از خود و دیگران، داشتن احساسات مثبت، صریح و 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. درنتیجه 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 می تواند

Journal of Police Medicine
Spring 2015; Vol. 4, No. 1: 39-48

جدول ۴: ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای هوش هیجانی و شدت اختلال پس از سانحه.

	حل مسئله	خوشبختی	استقلال	تحمل فشار	خودشکوفایی	خودآگاهی هیجانی	واقع‌گرایی	روابط بین فردی	خوش‌بینی	عزت‌نفس	کنترل تکانه	انعطاف‌پذیری	مسئولیت‌پذیری	همدلی	خود ابرازی
حل مسئله	r=۱														
خوشبختی	r= ۰/۴۵۶ P= ۰/۰۰۰	r=۱													
استقلال	r= ۰/۱۶۹ P= ۰/۰۷۲	r= ۰/۴۶۹ P= ۰/۰۰۰	r=۱												
تحمل فشار	r= ۰/۵۶۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۸۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۳۱ P= ۰/۰۰۰	r=۱											
خودشکوفایی	r= ۰/۴۸۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۷۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۳۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۷۴۹ P= ۰/۰۰۰	r=۱										
خودآگاهی هیجانی	r= ۰/۵۶۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۷۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۲۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۴۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۹۹ P= ۰/۰۰۰	r=۱									
واقع‌گرایی	r= ۰/۵۲۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۰۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۷۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۴۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۳۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۷۵ P= ۰/۰۰۰	r=۱								
روابط بین فردی	r= ۰/۷۰۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۸۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۳۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۵۱ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۲۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۲۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۱ P= ۰/۰۰۰	r=۱							
خوش‌بینی	r= ۰/۶۲۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۷۳۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۳۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۷۱۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۷۰۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۵۹ P= ۰/۰۰۰	r=۰/۵۴۱ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۷۸۴ P= ۰/۰۰۰	r=۱						
عزت‌نفس	r= ۰/۵۷۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۷۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۲۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۵۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۱۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۹۲ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۸۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۰۱ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۷۰۱ P= ۰/۰۰۰	r=۱					
کنترل تکانه	r= ۰/۳۶۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۳۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۶۱۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۴۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۴۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۴۴ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۵۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۳۵ P= ۰/۰۰۰	r=۱				
انعطاف‌پذیری	r= ۰/۲۰۲ P= ۰/۰۳۱	r= ۰/۳۸۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۱۹۴ P= ۰/۰۳۸	r= ۰/۴۱۱ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۹۲ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۸۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۹۳ P= ۰/۰۰۱	r= ۰/۳۵۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۰۲ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۷۴ P= ۰/۰۰۳	r= ۰/۳۲۲ P= ۰/۰۰۰	r=۱			
مسئولیت‌پذیری	r= ۰/۴۸۱ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۹۷ P= ۰/۰۰۱	r= ۰/۱۹۲ P= ۰/۰۴۰	r= ۰/۲۶۳ P= ۰/۰۰۴	r= ۰/۳۲۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۳۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۱۳ P= ۰/۰۰۱	r= ۰/۳۰۳ P= ۰/۰۰۱	r= ۰/۴۹۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۶۱ P= ۰/۰۰۳	r= ۰/۲۵۲ P= ۰/۰۰۷	r= ۰/۱۰۹ P= ۰/۲۴۵	r=۱		
همدلی	r= ۰/۳۹۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۳۲ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۱۲۷ P= ۰/۱۴۳	r= ۰/۲۰۵ P= ۰/۰۲۸	r= ۰/۳۰۲ P= ۰/۰۰۱	r= ۰/۴۷۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۸۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۶۰ P= ۰/۰۰۵	r= ۰/۲۹۳ P= ۰/۰۰۲	r= ۰/۳۲۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۴۵ P= ۰/۰۰۸	r= ۰/۲۴۹ P= ۰/۰۰۷	r= ۰/۰۵۱ P= ۰/۵۸۵	r= ۰/۰۸۵ P= ۰/۴۶۹	
خود ابرازی	r= ۰/۲۳۳ P= ۰/۰۱۶	r= ۰/۵۲۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۴۸ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۸۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۶۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۷۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۸۷ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۶۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۹۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۷۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۴۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۲۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۳۰ P= ۰/۰۱۴	r= ۰/۱۶۳ P= ۰/۰۸۲	r= ۰/۴۰۰ P= ۰/۰۰۰
استرس پس از سانحه	r= ۰/۴۱۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۸۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۵۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۶۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۳۵ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۹۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۹۱ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۲۹ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۵۶۶ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۴۷۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۴۳ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۳۲۰ P= ۰/۰۰۰	r= ۰/۲۳۰ P= ۰/۰۱۴	r= ۰/۱۶۳ P= ۰/۰۸۲	r= ۰/۴۰۰ P= ۰/۰۰۰

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۱- صفحات ۴۸-۳۹

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

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 صور مختلف اثر بگذارد. برای مثال افزایش عزت‌نفس و/ یا افزایش احساس تعلق. چنین وضعیتی به‌نوبه خود می‌تواند تفکر مثبت و امیدوارکننده ای را به وجود آورد.

در تبیین رابطه منفی خوشبختی و شدت PTSD می‌توان از مفهوم توانایی در تنظیم هیجان کمک گرفت. ازیک‌طرف 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 می ورزند، 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 کاهش‌یافته وضعیت هیجانی توأم یا شادکامی، ممکن است با دشواری در تنظیم هیجانات رابطه داشته باشد.

رابطه منفی واقع‌گرایی با شدت PTSD را می‌توان در نشانه های تشخیصی این اختلال مشاهده نمود، جایی که فرد در موقعیت‌های دیگر زندگی به‌گونه‌ای رفتار می‌کند که گویی واقعه در حال تکرار است (ازجمله 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 نشانه های مرتبط با مشکلات واقعیت سنجی 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 داده‌شده است. از طرف دیگر گریز و اجتناب با احساس استرس بیشتر، رابطه مثبت دارد [۳۶]. به نظر می‌رسد که عوامل پیش‌بینی کننده 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 قرارگرفته، 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 تصوری و عدم اجتناب و گریز از حوادثی که برای آن‌ها اتفاق افتاده انجام می‌گیرد، نیازمند حمایتی است از سوی اطرافیان، ازجمله افراد خانواده، همکاران و مسئولین سیستم بهداشتی، درمانی و انتظامی. ازآنجایی‌که پیشگیری بهتر از درمان

Journal of Police Medicine
Spring 2015; Vol. 4, No. 1: 39-48

است، به این دلیل که هزینه زمانی، انسانی و اقتصادی کمتری را متوجه نیروی انتظامی می‌کند، توصیه می گردد 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 نشانه های 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 ازآنجاکه 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 انجام‌گرفته است. بدین‌وسیله 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 شهابی، 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. 4nd 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 emotional intelligence in adolescents. Pers Indiv 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.

and emotional intelligence among adolescent refugees from the middle east. ASEAN J Psychiat 2014; 15: 220-4.

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 Modarres 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

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.