



# Comparing the Emotional Intelligence between PTSD and non-PTSD Veterans

## ARTICLE INFO

### Article Type

Descriptive Study

### Authors

Imani S.\* PhD  
Atari S.<sup>1</sup> MD,  
Shahidi Sh.<sup>2</sup> PhD,  
Sadeghi Firooz Abadi V.<sup>2</sup> PhD,  
Khanabni M.<sup>2</sup> PhD,  
Zamani N.<sup>3</sup> MSc

### How to cite this article

Imani S, Atari S, Shahidi Sh, Sadeghi Firooz Abadi V, Khanabni M, Zamani N. Comparing the Emotional Intelligence between PTSD and non-PTSD Veterans. Iranian Journal of War & Public Health. 2015;7(4):217-224.

\*Clinical Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran, Iran

<sup>2</sup>Clinical Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Young Researchers and Elite Club, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

### Correspondence

Address: Unit 320, Floor 3, Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Shahid Shahriari Square, Tehran, Iran. Post Box: 1983963113; Zip Code: 193954716  
Phone: +98 2129905318  
Fax: -  
s\_imani@sbu.ac.ir

### Article History

Received: August 23, 2015

Accepted: October 21, 2015

ePublished: November 21, 2015

## ABSTRACT

**Aims** Post-traumatic stress disorder (PTSD) may be caused by a variety of stressful factors, such as presence in a war (as one of the main factors). Based on the conducted studies, persons with higher emotional intelligence are less affected by the stressful events. The aim of this study was to compare emotional intelligence in veterans with PTSD and other veterans.

**Instrument & Methods** In this causal-comparative study, 120 veterans with PTSD, or chemical injuries, or mutilation, hospitalized in Sadr, Sassan, and Kowsar Medical Centres, as well as normal ex-soldiers, were selected through Available Sampling Method in 2009. The subjects were divided into 4 groups (n=30 per group), including PTSD, Chemical, Mutilation, and Normal. Study tools were Watson's PTSD and Bar-On EQ questionnaires. Data was analyzed in SPSS 19 software using ANOVA and Post-hoc Tukey tests.

**Findings** There were significant differences in all components of emotional intelligence between the groups ( $p=0.001$ ). In addition, mean emotional intelligence score of PTSD group was less than other groups.

**Conclusion** Emotional intelligence in veterans with PTSD is lower than other veterans.

**Keywords** Emotional Intelligence; Stress Disorder, Post-Traumatic; Veterans

## CITATION LINKS

[1] Diagnostic and statistical manual of ... [2] Posttraumatic stress disorder: Etiology ... [3] Synopsis of ... [4] Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary ... [5] Diagnostic accuracy of brief PTSD screening instruments in military ... [6] Secondary traumatisation and ... [7] Human abilities: Emotional ... [8] What is emotional ... [9] Emotions: form follows ... [10] Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf ... [11] Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports psychology and ... [12] investigating the relationship between post-traumatic stress disorder (Psd) symptoms and emotional intelligence among adolescent refugees from the middle ... [13] Facial emotion perception in depression and bipolar disorder: A quantitative ... [14] Recognition of facial expressions of ... [15] Reduced recognition of fear and sadness in ... [16] Effectiveness of social skills training on emotional intelligence of people with physical ... [17] Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress ... [18] Emotional intelligence under stress: Useful ... [19] Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in... [20] Anxiety sensitivity and posttraumatic stress symptoms in female undergraduates following a campus ... [21] Correlates for posttraumatic stress disorder ... [22] Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional ... [23] Prevalence of depression in the amputated patients concerning demographic ... [24] Predictors of PTSD symptoms in brazilian police officers: the synergy of negative ... [25] The Relationship between Emotional Intelligence ... [26] Emotional intelligence and marital ... [27] Adolescents choosing self-harm as ... [28] Relation between perceived social ... [29] Relation of an ability measure of emotional ... [30] The PTSD interview: Rationale, description ... [31] Validity of the PTSD symptoms scale ... [32] Posttraumatic stress disorder in ... [33] Effective treatment for ... [34] Normalized scale of Post Traumatic Stress ... [35] Bar\_on Emotional Quotient ... [36] Standardization of emotional ... [37] Standardization of emotional intelligence ... [38] Association between level of emotional intelligence and ... [39] Emotional intelligence and interpersonal ... [40] Forgiveness and marital satisfaction in ... [41] The Comparison of the quality of life of the war ...

## مقایسه هوش هیجانی بین جانبازان مبتلا - غیرمبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۲۹

\* نویسنده مسئول: s\_imani@sbu.ac.ir

### مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) سندرومی است که در اثر مواجهه با رویداد آسیب‌زای شدید، تهدید به مرگ یا صدمه جدی به وجود آمده و منجر به ترس شدید، درماندگی یا وحشت می‌شود [1]. بنا به تعریف این اختلال، عامل فشار (استرسور) علت اولیه پیدایش آن است. طیف وسیعی از عوامل استرس‌آور می‌تواند اختلال استرس پس از سانحه را پدید آورد. یکی از عمده‌ترین شرایط استرس‌زای پدیدآورنده این اختلال حضور فرد در جنگ است، به‌گونه‌ای که اولین تشخیص‌های این اختلال در سربازان جنگ‌های داخلی ایالات متحده در جنگ جهانی دوم و بازماندگان اردوگاه‌های نازی و بمباران اتمی ژاپن مطرح شد [3]. به‌طور کلی در دهه گذشته شیوع اختلالات اضطرابی در طول عمر ۲۹٪ برآورد شده است [4] و از این میان اختلال استرس پس از سانحه از شایع‌ترین آنها در جمعیت‌های عمومی و به‌میزان بالاتر در جانبازان جنگ است [5] که بین ۴ تا ۴۴٪ تخمین زده شده است [6].

هوش هیجانی به مجموعه‌ای از مهارت‌ها اطلاق می‌شود که به ما اجازه می‌دهد به‌منظور سازگاری و انطباق با محیط اطراف از آن استفاده کنیم و به ادراک، فهم، تنظیم خلق و استفاده از اطلاعات هیجانی برای بهبود منابع شناختی افراد کمک می‌کند [7]. مفهوم هوش هیجانی، رویکرد جدیدی در زمینه پیشگیری اولیه اختلالات روانی و پیش‌بینی عامل‌های اثرگذار بر موفقیت در زندگی فراهم می‌کند که از مزایای مهم آن توانایی تنظیم هیجانات، از بین بردن هیجان‌های منفی و گسترش هیجانات لذت‌بخش و مثبت است [8]. هیجانات جزو ذاتی طبیعت انسان هستند و یک نیاز اساسی به‌منظور شناخت و پاسخ به رویدادهای مهم برای بقا از طریق عملکردهای مختلف ایفا می‌کنند [9].

جنگ نه تنها بر سلامت سربازان، بلکه بر سلامت کودکان نیز تأثیرات ویرانگر داشته و بسیاری از آنها از اختلالات روانی به‌ویژه اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند که مشکلاتی در خصوص هوش هیجانی و روابط بین‌فردی داشته‌اند. برخی از آنها علائم پرخاشگری، افسردگی و اضطراب را در طول زندگی تجربه کرده‌اند و گاهی به‌دلیل مشکل در شناسایی هیجانات، روابط بین‌فردی و خانوادگی تنش‌زایی دارند [10]. در حال حاضر فشارهای روانی بر زندگی همه افراد و به‌خصوص سربازانی که در جنگ مسایل و مشکلات متعدد را تجربه کرده‌اند، سایه افکنده است. بنابراین داشتن توانایی لازم برای کنترل هیجانات منفی در سلامت روانی از اهمیت خاصی برخوردار است. افرادی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردار هستند، توانایی لازم برای درک و ارزیابی

### سعید ایمانی \* PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

### سعید عطاری MD

مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران

### شهریار شهیدی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

### وحید صادقی فیروزآبادی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

### مهدی خانبانی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

### نرگس زمانی MSc

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

### چکیده

**اهداف:** اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند توسط طیف وسیعی از عوامل استرس‌آور به‌وجود آید که یکی از عمده‌ترین شرایط استرس‌زای پدیدآورنده این اختلال حضور فرد در جنگ است. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردار هستند کمتر تحت تأثیر رویدادهای استرس‌زا قرار می‌گیرند. هدف این مطالعه، مقایسه هوش هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با سایر جانبازان بود.

**ابزار و روش‌ها:** در این مطالعه علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۸، ۱۲۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، شیمیایی و قطع عضو بستری در بیمارستان‌های صدر، ساسان، مرکز کوثر و رزمندگان عادی بدون سابقه بستری، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. این افراد در ۴ گروه ۳۰ نفره بیماران اختلال استرس پس از سانحه، شیمیایی، قطع عضو و رزمندگان قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه واتسون و پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-آن بود. نتایج از طریق آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** کلیه مولفه‌های هوش هیجانی در بین ۴ گروه دارای تفاوت آماری معنی‌دار بودند ( $p=0/001$ ) و میانگین نمره هوش هیجانی گروه اختلال استرس پس از سانحه نسبت به سایر گروه‌ها پایین‌تر بود.

**نتیجه‌گیری:** هوش هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به جانبازان دیگر پایین‌تر است.

**کلیدواژه‌ها:** هوش هیجانی، اختلال استرس پس از سانحه، جانباز

به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی شدت اختلال استرس پس از سانحه را دارد [24]. هوش هیجانی بالا با بهبود مهارت‌های اجتماعی، همدلی بالا، بهبود روابط بین‌فردی و رضایت زناشویی همراه است [25] که این مهارت در بیماران اختلال استرس پس از سانحه ضعیف است. برخی از مطالعات نشان می‌دهد که بین هوش هیجانی بالا با رضایت زناشویی رابطه قوی [26] و با افسردگی و مهارت‌های مقابله ناسازگارانه رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد [27]. همچنین یافته‌های پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند افراد دارای حمایت اجتماعی بالا که کشمکش‌های میان‌فردی کمتری را تجربه می‌کنند، در رویارویی با رخداد‌های فشارزای زندگی، بیشتر ایستادگی کرده و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را بروز می‌دهند [28].

با توجه به مطالعات انجام‌گرفته در زمینه ارتباط موثر هوش هیجانی بالا و مولفه‌های متعدد که باعث کاهش افسردگی و اضطراب اجتماعی و افزایش همدلی، رضایت بین‌فردی و الگوهای مقابله‌ای سازگارتر [16] و صمیمیت و گرمی روابط بین‌فردی والدین و فرزندان [29] می‌شود، در این باره پژوهش حاضر به بررسی تشخیص کاستی‌های هوش هیجانی می‌پردازد تا بتوان با ارائه خدمات لازم در جهت افزایش مولفه‌های هوش هیجانی، در درجه اول به نتایج مطلوب‌تر درمانی جانبازان اختلال استرس پس از سانحه و بهبود سایر مهارت‌های فردی و غیره آنها کمک کرد. این یافته می‌تواند هوش هیجانی را به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه مورد توجه قرار دهد و زمینه لازم برای تهیه و تدوین بسته‌های آموزشی مهارت‌های هوش هیجانی به‌منظور استفاده متخصصان بالینی در جهت کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه را فراهم سازد.

هدف این مطالعه، مقایسه هوش هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با سایر جانبازان بود.

## ابزار و روش‌ها

در این مطالعه علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۸، ۱۲۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، شیمیایی و قطع عضو بستری در بیمارستان‌های صدر، ساسان، مرکز کوثر و رزمندگان عادی بدون سابقه بستری داوطلب، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این ۱۲۰ نفر در ۴ گروه ۳۰ نفره بیماران اختلال استرس پس از سانحه، شیمیایی، قطع عضو و رزمنده قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی، نداشتن آسیب مغزی روان‌پزشکی شدید، عدم سوءمصرف مواد، حداقل تحصیلات راهنمایی، سن بالاتر از ۱۸ سال و سابقه حضور در جبهه بود. رضایت آگاهانه از بیماران اخذ شد و آزمودنی‌ها از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تاهل هم‌تا شدند.

حالت‌های مختلف هیجانی را دارند و بهتر می‌دانند کی و کجا احساسات خود را ابراز نموده و در زمان مناسب حالت‌های خلقی خود را اداره کنند [14].

غزالی طی بررسی رابطه بین شدت اختلال تنیدگی پس از سانحه و هوش هیجانی به این نتیجه رسید که بین هوش هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه رابطه معکوس وجود دارد. نتایج نشان داد افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه ناتوانی در فهم، شناسایی و استفاده از هیجانات دارند [12]. بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه علی‌رغم شیوع بالای اختلالات خلقی به‌ویژه افسردگی و دوقطبی [13]، در زمینه تشخیص هیجانات در روابط بین‌فردی و نحوه ابراز هیجانات از مسایل متعددی رنج می‌برند [14] و اغلب در تشخیص و ابراز حالت‌های ترس و غم مشکل دارند [15]. حیدری‌پور و همکاران نیز ضمن تاکید بر یافته‌های تحقیقات مازیک مینی بر اینکه افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی، به دلیل اختلالات موجود در هوش هیجانی خود، از سطوح بالایی از احساس تنهایی و عدم وجود روابط اجتماعی مطلوب برخوردارند، معتقد است که بین بهزیستی هیجانی با دامنه سازش‌های اجتماعی افراد و بهبود کیفیت روابط اجتماعی و کیفیت زندگی افراد، رابطه تنگاتنگی وجود دارد [16]. کالهورن و همکاران، طی مطالعه‌ای دریافته‌اند که افزایش فشار روانی مراقبت‌کنندگان از بیماران اختلال استرس پس از سانحه با شدت علائم و خشونت بین‌فردی بیماران اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است [17].

گوم و همکاران طی مطالعات خود دریافته‌اند هر چه فرد از هوش هیجانی بالاتری برخوردار باشد رویدادهای استرس‌زا را به شکل مطلوب‌تری مدیریت می‌کند و این امر باعث کاهش استرس می‌شود. در واقع هوش هیجانی به افراد کمک می‌کند تا آنها برای مواجهه با استرس از سبک‌های مناسب مقابله استفاده نمایند [18]. یافته‌ها حاکی از رابطه معکوس و معنی‌دار بین هوش هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه است و مشکلات رفتاری در بیماران اختلال استرس پس از سانحه دارای هوش هیجانی پایین رایج است [19].

پژوهش/استفسون و همکاران نشان داد زنان دارای اختلال استرس پس از سانحه نرخ بالایی از شخصیت اجتنابی و وابسته را نشان می‌دهند [20]. مطالعات دیگر نیز نشان‌دهنده رابطه راهبردی اجتنابی با شدت اختلال استرس پس از سانحه است [21]. همچنین هوش هیجانی با افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی در نوجوانان رابطه منفی دارد [22]. طبق یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده، حالت‌های اجتنابی در روابط بین‌فردی و خانوادگی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه گزارش شده است. پژوهش‌هایی بر نقش حمایت‌های اجتماعی در بین افراد عادی یا جانبازان در مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب تاکید کرده‌اند [23]. مایا و همکاران

پژوهشگر در مراکز درمانی جانبازان (بیمارستان‌های صدر، ساسان و مرکز کوثر) مستقر شد و کلیه مراجعانی که ملاک‌های شمول را داشتند مورد ارزیابی قرار گرفتند. در ضمن کلیه آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش (آزمون هوش هیجانی بار-آن و آزمون PTSD واتسون) را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که نحوه ارایه پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی بود. همچنین گروه رزمندگان را افراد کارمند رزمنده مستقر در مراکز بیمارستان صدر و بنیاد جانبازان و رزمندگان دارای شغل آزاد که تاکنون تحت درمان نبوده‌اند، تشکیل دادند. نتایج از طریق آزمون تحلیل واریانس (برای مقایسه عملکرد بین مولفه‌های هوش هیجانی در جانبازان مبتلا به PTSD با سایر جانبازان گروه‌های شیمیایی، قطع عضو و رزمنده) و آزمون تعقیبی توکی (برای بررسی تفاوت بین گروه PTSD و سایر گروه‌ها) با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد بودند. ۱۱ نفر (۹/۲٪) تحصیلات اول راهنمایی، ۸ نفر (۶/۷٪) دوم راهنمایی، ۱۳ نفر (۱۰/۸٪) سوم راهنمایی، ۲۸ نفر (۲۳/۳٪) اول دبیرستان، ۱۶ نفر (۱۳/۵٪) دوم دبیرستان، ۲۳ نفر (۱۹/۲٪) سوم دبیرستان و ۲۰ نفر (۱۶/۷٪) تحصیلات دیپلم داشتند. ۶۶ نفر (۵۵/۰٪) متاهل و ۳۸ نفر (۳۱/۷٪) مجرد بوده و ۱۶ نفر (۱۳/۳٪) متارکه کرده بودند. از نظر شغلی، ۷۸ نفر (۶۵/۰٪) بیکار، ۲۴ نفر (۲۰/۰٪) دارای کار دولتی و ۱۸ نفر (۱۵/۰٪) دارای شغل آزاد بودند. میانگین درآمد نمونه‌های مطالعه  $۱۵۲/۰۰ \pm ۳۹۲/۰۰$  هزار تومان، میانگین حضور در جبهه  $۲۶/۷۷ \pm ۲۲/۴۱$  ماه و میانگین میزان جانبازی  $۲۶/۹۵ \pm ۱۶/۵۲$  بود.

کلیه مولفه‌های هوش هیجانی در بین ۴ گروه دارای تفاوت آماری معنی‌دار بودند ( $p=0/001$ ). در مولفه‌های خودآگاهی هیجانی، حرمت ذات، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، روابط میان‌فردی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حل مساله، آزمون واقعیت، انعطاف‌پذیری، تحمل استرس، کنترل تکانه، شادکامی و خوش‌بینی، میانگین نمرات گروه اختلال استرس پس از سانحه و گروه شیمیایی تقریباً نزدیک بود، اما گروه رزمنده و گروه قطع عضو به ترتیب میانگین نمرات بالاتری نسبت به گروه اختلال استرس پس از سانحه داشتند. در مولفه جرات‌ورزی میانگین نمرات گروه‌های اختلال استرس پس از سانحه، شیمیایی و قطع عضو مشابه بود، اما در گروه رزمنده میانگین نمرات بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها به‌دست آمد و در نهایت در مقایسه مولفه هوش هیجانی کلی بین گروه اختلال استرس پس از سانحه با کل گروه‌ها، به ترتیب بیشترین تفاوت با گروه رزمنده و سپس با گروه قطع عضو و کمترین تفاوت با گروه شیمیایی بود (جدول ۱).

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه واتسون و پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-آن بود. مصاحبه تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه واتسون در سال ۱۹۹۹ توسط واتسون و همکاران براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال است که علایم نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را در ۵ طبقه A، B، C، D و E و براساس ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح می‌کند. واتسون و همکاران، با اجرای این مصاحبه روی ۳۱ بیمار مزمن مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در ارتش ویتنام، ضریب آلفای ۰/۹۲ را به‌دست آوردند<sup>[30]</sup>. میزمانی و همکاران ویژگی‌های روانسجی را برای جمعیت ایرانی این مقیاس گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار درونی این مقیاس در پژوهشی شامل نمونه ایرانی برابر ۰/۹۷ گزارش شد<sup>[31]</sup>. پرورش و بهرام‌نژاد نقطه برش این مصاحبه در افراد بالای ۱۵ سال را ۷۸ گزارش کرده‌اند<sup>[32]</sup>. به‌طور کلی فوق و همکاران در رابطه با اعتبار این مصاحبه، قدرت تمایز ۰/۹۴، حساسیت ۰/۸۹، ثبات درونی ۰/۹۲، آلفا، بازآزمایی ۰/۹۵ و کاپای ۰/۸۲ را گزارش نموده‌اند. این محققان روایی آزمون را نیز مطلوب گزارش کرده‌اند<sup>[33]</sup>. در مطالعه فیروزآبادی و همکاران، ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد<sup>[34]</sup>.

بار-آن پرسش‌نامه هوش هیجانی را در ۱۵ خرده‌مقیاس (خودآگاهی هیجانی، جرات‌ورزی، احترام به خود، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، روابط میان‌فردی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حل مساله، آزمون واقعیت، انعطاف‌پذیری، تحمل استرس، مهار تکانه، شادکامی و خوش‌بینی) سال ۱۹۹۷ بر پایه مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از "هرگز" تا "همیشه" تنظیم کرده که برخی از سؤالات آن به‌صورت مثبت و برخی به‌صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب پایایی و روایی این پرسش‌نامه با روش‌های مختلف به‌دست آمده است. میانگین ضرایب آلفای کرونباخ در محاسبه درونی برای تمامی خرده‌مقیاس‌ها (از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برای خرده‌مقیاس مسئولیت‌پذیری اجتماعی تا ضریب آلفای ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس احترام به خود با میانگین کلی ضریب همسانی درونی ۰/۷۶) بالا است<sup>[35]</sup>. بار-آن در مطالعات خود با اتکا به پاسخ‌های آزمودنی‌ها و همچنین اظهار نظر متخصصان به این نتیجه رسید که این پرسش‌نامه از روایی صوری و محتوایی بالایی برخوردار است. در ایران، دهشیری به بررسی روایی و پایایی این ابزار پرداخته است. در تحقیق وی، ضریب پایایی با فاصله زمانی ۴ ماه ۰/۷۳ به‌دست آمد<sup>[36]</sup>. همچنین شمس‌آبادی، ضرایب پایایی به‌روش کرونباخ را در دامنه‌ای بین ۰/۵۵ برای خرده‌مقیاس همدلی تا ۰/۸۳ برای خرده‌مقیاس مهار تکانه با میانگین ۰/۷۰ به‌دست آورد<sup>[37]</sup>.

جدول (۱) میانگین آماری نمرات مولفه‌های هوش هیجانی و و زیرمقیاس‌های آنها در ۴ گروه مورد مطالعه (تعداد در هر گروه ۳۰ نفر)

شاخص	گروه PTSD	گروه شیمیایی	گروه قطع عضو	گروه رزمنده
<b>مولفه‌های درون فردی</b>				
۱- خودآگاهی هیجانی	۲۱/۷۶±۴/۶۱	۲۲/۸۶±۴/۸۳	۲۶/۰۰±۵/۴۸	۳۰/۱۶±۴/۰۳
۲- جرات‌ورزی	۱۹/۲۳±۴/۴۵	۱۸/۶۳±۴/۳۶	۲۰/۱۰±۶/۲۵	۲۵/۸۳±۴/۴۴
۳- حرمت ذات	۲۷/۰۳±۶/۴۴	۳۰/۳۶±۶/۶۹	۳۳/۸۳±۶/۳۳	۳۸/۴۳±۴/۱۰
۴- خودشکوفایی	۲۴/۹۶±۵/۷۷	۲۷/۳۶±۵/۵۵	۳۱/۳۳±۵/۴۲	۳۶/۴۳±۳/۷۴
۵- استقلال	۲۱/۷۶±۵/۵۰	۲۲/۱۰±۵/۳۹	۲۳/۲۶±۴/۰۱	۲۳/۴۰±۴/۳۳
<b>مولفه‌های روابط بین فردی</b>				
۱- همدلی	۲۷/۳۳±۴/۳۵	۲۹/۶۳±۴/۵۸	۳۰/۶۶±۴/۶۹	۳۲/۱۶±۳/۶۶
۲- روابط میان فردی	۲۸/۷۰±۸/۲۰	۳۳/۹۶±۸/۰۰	۳۹/۲۰±۸/۱۰	۴۴/۶۰±۵/۴۹
۳- مسئولیت‌پذیری اجتماعی	۳۸/۱۰±۵/۴۳	۳۹/۴۶±۴/۴۴	۴۱/۷۳±۴/۶۸	۴۲/۲۳±۴/۰۹
<b>مولفه‌های سازگاری</b>				
۱- حل مساله	۲۲/۴۶±۷/۰۵	۲۲/۲۰±۶/۵۸	۲۸/۰۳±۶/۴۷	۳۳/۲۳±۳/۵۲
۲- آزمون واقعیت	۲۶/۳۶±۶/۱۷	۲۷/۷۰±۵/۰۹	۳۰/۸۰±۸/۷۰	۳۸/۵۶±۵/۰۶
۳- انعطاف‌پذیری	۱۸/۶۳±۴/۷۵	۱۹/۳۳±۵/۰۱	۲۲/۹۶±۵/۳۷	۲۹/۶۶±۴/۸۳
<b>مولفه‌های کنترل استرس</b>				
۱- تحمل استرس	۱۹/۲۰±۵/۳۷	۱۹/۹۶±۶/۳۸	۲۴/۸۶±۷/۶۴	۳۲/۱۳±۴/۰۹
۲- کنترل تکانه	۱۷/۵۳±۶/۰۶	۱۸/۷۰±۶/۴۵	۲۴/۲۰±۸/۸۶	۳۴/۷۰±۵/۷۸
<b>مولفه‌های خلق عمومی</b>				
۱- شادکامی	۲۲/۴۰±۴/۴۵	۲۴/۰۶±۶/۸۱	۲۸/۹۶±۸/۲۱	۳۸/۳۰±۳/۹۸
۲- خوش‌بینی	۲۴/۴۰±۶/۰۷	۲۵/۰۶±۶/۴۳	۲۹/۵۰±۵/۱۰	۳۳/۹۶±۳/۷۸
<b>هوش هیجانی کلی</b>	۳۵۹/۹۰±۶۱/۸۳	۳۸۱/۴۳±۵۹/۳۶	۴۳۵/۴۷±۷۳/۹۳	۵۱۳/۹۳±۴۹/۹۹

جدول (۲) مقایسه تفاوت میانگین نمرات مولفه‌های هوش هیجانی گروه PTSD با سایر گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی توکی (تعداد هر گروه ۳۰ نفر)

شاخص	گروه شیمیایی	سطح معنی‌داری	گروه قطع عضو	سطح معنی‌داری	گروه رزمنده	سطح معنی‌داری
<b>مولفه‌های درون فردی</b>						
۱- خودآگاهی هیجانی	-۱/۱۰±۱/۲۳	۰/۰۱۰	-۴/۲۳±۱/۲۳	۰/۸۵۰	-۸/۴۰±۱/۲۳	۰/۰۰۱
۲- جرات‌ورزی	۰/۶۰±۱/۲۷	۰/۹۷۴	-۰/۸۶±۱/۲۷	۰/۹۲۷	-۶/۶۰±۱/۲۷	۰/۰۰۱
۳- حرمت ذات	-۳/۳۳±۱/۵۴	۰/۲۰۵	-۶/۸۰±۱/۵۴	۰/۰۰۱	-۱۱/۴۰±۱/۵۴	۰/۰۰۱
۴- خودشکوفایی	-۲/۴۰±۱/۳۳	۰/۳۶۵	-۶/۳۶±۱/۳۳	۰/۰۰۱	-۱۱/۴۶±۱/۳۳	۰/۰۰۱
۵- استقلال	-۰/۳۳±۱/۲۵	۰/۹۹۵	-۱/۵۰±۱/۲۵	۰/۶۹۹	-۱/۶۳±۱/۲۵	۰/۶۳۸
<b>مولفه‌های روابط بین فردی</b>						
۱- همدلی	-۲/۳۰±۱/۱۲	۰/۲۴۶	-۳/۳۳±۱/۱۲	۰/۰۳۶	-۴/۸۳±۱/۱۲	۰/۰۰۱
۲- روابط بین فردی	-۵/۲۶±۱/۹۴	۰/۰۶۸	-۱۰/۵۰±۱/۹۴	۰/۰۰۱	-۱۵/۹۰±۱/۹۴	۰/۰۰۱
۳- مسئولیت‌پذیری اجتماعی	-۱/۳۶±۱/۲۱	۰/۷۳۶	-۳/۶۳±۱/۲۱	۰/۰۳۴	-۴/۲۳±۱/۲۱	۰/۰۰۹
<b>مولفه‌های سازگاری</b>						
۱- حل مساله	۰/۲۶±۱/۵۶	۰/۹۹۹	۵/۵۶±۱/۵۶	۰/۰۰۷	-۵/۲۰±۱/۵۶	۰/۰۰۱
۲- آزمون واقعیت	-۱/۳۳±۱/۶۶	۰/۸۸۶	-۴/۴۳±۱/۶۶	۰/۰۷۴	-۱۲/۲۰±۱/۶۶	۰/۰۰۱
۳- انعطاف‌پذیری	۰/۷۰±۱/۲۹	۰/۹۶۱	-۴/۳۳±۱/۲۹	۰/۰۱۳	-۱۱/۰۳±۱/۲۹	۰/۰۰۱
<b>مولفه‌های کنترل استرس</b>						
۱- تحمل استرس	-۰/۷۶±۱/۵۵	۰/۹۷۰	-۵/۶۶±۱/۵۵	۰/۰۰۵	-۱۲/۹۳±۱/۵۵	۰/۰۰۱
۲- کنترل تکانه	-۱/۱۶±۱/۷۸	۰/۹۳۴	-۶/۶۶±۱/۷۸	۰/۰۰۴	-۱۷/۱۶±۱/۷۸	۰/۰۰۱
<b>مولفه‌های خلق عمومی</b>						
۱- شادکامی	-۱/۶۶±۱/۴۷	۰/۰۲۶	-۶/۵۶±۱/۴۷	۰/۰۰۱	-۱۵/۹۰±۱/۴۷	۰/۰۰۱
۲- خوش‌بینی	-۰/۶۶±۱/۴۰	۰/۹۷۳	-۵/۱۰±۱/۴۰	۰/۰۰۶	-۹/۵۶±۱/۴۰	۰/۰۰۱
<b>هوش هیجانی کلی</b>	-۲۱/۵۳±۱۵/۹۷	۰/۶۱۳	-۷۵/۵۶±۱۵/۹۷	۰/۰۰۱	-۱۵۴/۰۲±۱۵/۷	۰/۰۰۱

می‌رسد این بیماران در تمایل به پذیرش، احترام گذاشتن، اعتماد به نفس و احساس مثبت درباره خود ضعف دارند. بر طبق نتایج تحقیق افرادی که حرمت ذات پایینی دارند، چون توانایی خود را دست کم می‌گیرند به جای مواجهه و مبارزه با مسایل سعی می‌کنند با فرار از شر مشکلات خلاصی یابند، لذا در این افراد خطر شدت علائم بالا می‌رود. در راستای کاهش نمره همدلی، اسکات و همکاران نشان دادند افراد دارای هوش هیجانی بالاتر دارای قابلیت‌های قدرت خودکنترلی بالاتر و نگاه همدلانه بیشتر نسبت به دیگران، توانایی ایجاد همدلی، روابط مثبت و صمیمانه‌تر، حفظ و تداوم رابطه‌ها، پاسخ‌های مشارکتی بیشتر نسبت به دوستان و داشتن روابط عاطفی هستند<sup>[39]</sup>. در مولفه مسئولیت‌پذیری، احتمال دارد این بیماران در فعالیت‌هایی که نیاز به مشارکت در گروه‌های اجتماعی و مسئولیت‌پذیری بیشتر دارد، دارای کاستی‌های قابل توجهی هستند. همسو با نتایج فوق اختلال استرس پس از سانحه علاوه بر آنکه فرد را مبتلا می‌سازد، سبب ناراحتی و تحمل بار روانی و عدم مسئولیت‌پذیری مسایل اقتصادی خانواده می‌شود<sup>[17]</sup>. در مورد نمره پایین کنترل تکانه، این افراد توانایی اندکی در به‌تاخیر انداختن تکانه‌ها داشته و در اکثر مواقع کم‌حوصله هستند و مشکلاتی را برای سایر اعضای خانواده به‌خصوص همسران و فرزندان ایجاد می‌کنند. جنگ اثرات پایداری بر سلامت روان افراد اختلال استرس پس از سانحه بر جا می‌گذارد که این مشکلات اغلب سبب حالت ناسازگاری در روابط بین‌فردی به‌صورت علائم پرخاشگری، افسردگی و اضطراب می‌شود<sup>[10]</sup>. تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل استرس‌زا می‌توانند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در فرد در پی داشته باشند<sup>[40]</sup>. در پژوهشی که روی خانواده سربازان جنگ انجام شد، نشان داده شد که حس بیگانگی و کناره‌گیری سربازان به‌واسطه استرس و شرایط اضطراب‌زا سبب می‌شود که همسران آنان در شرایطی قرار گیرند که شدیداً احساس تنهایی کنند و سبب افزایش حالت‌های استرس و اضطراب شده که آنها را مستعد شکایت‌های جسمانی و روان‌شناختی می‌کند و کنترل تکانه ضعیف کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مطالعات دیگری نشان می‌دهند که بین کیفیت زندگی همسران جانبازان اختلال استرس پس از سانحه به‌دلیل ضعف در کنترل تکانه و همسران سایر جانبازان تفاوت معنی‌داری وجود دارد<sup>[41]</sup>.

یافته‌های تحقیقات فوق بر نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر مبنی بر اینکه مولفه‌های هوش هیجانی از قبیل روابط بین‌فردی، کنترل تکانه، انعطاف‌پذیری، احترام به خود، خودآگاهی هیجانی، مسئولیت‌پذیری، واقعیت‌گرایی، شادکامی و تحمل استرس با شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه مرتبط هستند، صحت می‌گذارد. با این وجود، تبیین این پدیده را می‌توان از دو دیدگاه مطرح کرد؛ دیدگاه اول اینکه اشخاص به‌دلیل آسیب‌پذیری و ضعف

گروه اختلال استرس پس از سانحه در مولفه خودآگاهی هیجانی با گروه‌های رزمنده و شیمیایی تفاوت معنی‌دار داشت، اما با گروه قطع عضو تفاوت معنی‌داری نداشت. در مولفه‌های جرات‌ورزی و آزمون واقعیت بین گروه اختلال استرس پس از سانحه با گروه‌های شیمیایی و قطع عضو تفاوت معنی‌دار به‌دست نیامد، اما با گروه رزمنده تفاوت معنی‌دار به‌دست آمد. در مولفه‌های حرمت ذات، خودشکوفایی، همدلی، روابط میان‌فردی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حل مساله، انعطاف‌پذیری، تحمل استرس، کنترل تکانه، شادکامی، خوش‌بینی و هوش هیجانی کلی بین گروه اختلال استرس پس از سانحه با گروه شیمیایی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد، اما با گروه‌های رزمنده و قطع عضو تفاوت معنی‌دار به‌دست آمد. در مورد مولفه استقلال نیز بین تمامی گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

## بحث

نتایج پژوهش نشان داد در مولفه هوش هیجانی کلی، گروه بیماران اختلال استرس پس از سانحه به‌جز با گروه شیمیایی با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌دار داشتند. این نتایج حاکی از کاستی مولفه‌های هوش هیجانی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه است که مطابق با فرضیه پژوهش است و با مطالعات پیشین در این رابطه همسو است<sup>[12, 19]</sup>. افراد دارای هوش هیجانی بالاتر در مواجهه با تجربه‌های آسیب‌زا علائم روان‌شناختی کمتری نشان می‌دهند و از سلامت زیستی بهتر، عملکرد مدیریتی بالاتر و تحمل بیشتر در مقابل استرس برخوردارند و این وضعیت منجر به کاهش استرس و بهبود سلامت می‌شود<sup>[10-15]</sup>. نتایج پژوهش جاکوب و همکاران، ارتباط منفی و معنی‌داری بین شدت اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی نشان داد. این تحقیق ارتباط بین هوش هیجانی پایین و آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان‌شناختی را تایید می‌کند. با توجه به اینکه اختلال استرس پس از سانحه و فوبی اجتماعی فراگیر ویژگی‌های مشترکی دارند و در طبقه‌بندی DSM-IV-TR در یک طبقه جای گرفته‌اند، نتایج فوق می‌تواند کاستی مولفه‌های هوش هیجانی را در بیماران اختلال استرس پس از سانحه تبیین نماید<sup>[38]</sup>.

نمره پایین بیماران اختلال استرس پس از سانحه در مولفه خودآگاهی هیجانی نشان می‌دهد که این بیماران در درک احساسات و هیجان‌ها و نیز در خصوص تشخیص هیجان‌ها در روابط بین‌فردی و نحوه ابراز هیجان‌ها مشکلات اساسی دارند. این نتایج حاکی از ارتباط بین آسیب‌شناسی روانی و از جمله اختلال استرس پس از سانحه با الکسی تایمیا و هوش هیجانی است. جرات‌ورزی پایین این بیماران نشان می‌دهد این افراد به‌طور کلی قادر نیستند احساسات، افکار و عقاید خود را بیان کرده و از حقوقشان به‌شیوه معمول دفاع نمایند. در مولفه حرمت ذات، به‌نظر

**منابع مالی:** این پژوهش با حمایت مالی بنیاد جانبازان استان تهران به انجام رسیده است.

## منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
- 2- Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006;2(1):161-97.
- 3- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry. 10<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 4- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16(2):77-84.
- 5- Tiet QQ, Schutte KK, Leyva YE. Diagnostic accuracy of brief PTSD screening instruments in military veterans. *J Subst Abuse Treat.* 2013;45(1):134-42.
- 6- Cesur R, Sabia JJ, Tekin E. The psychological costs of war: Military combat and mental health. *J Health Econ.* 2013;32(1):51-65.
- 7- Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human abilities: Emotional intelligence. *Annu Rev Psychol.* 2008;59:507-36.
- 8- Mayer J, Salovey P. What is emotional intelligence?. New York: Basic Books. 1997.
- 9- Farb NA, Chapman HA, Anderson AK. Emotions: form follows function. *Curr Opin Neurobiol.* 2013;23(3):393-8.
- 10- Al-Turkait FA, Ohaeri JU. Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008;2:12.
- 11- Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports psychology and health. *Psychol Health.* 2002;17(5):611-27.
- 12- Ghazali SR. Investigating the relationship between post-traumatic stress disorder (Ptds) symptoms and emotional intelligence among adolescent refugees from the middle east. *ASEAN J Psychiatry.* 2014;15(2):220-4.
- 13- Kohler CG, Hoffman LJ, Eastman LB, Healey K, Moberg PJ. Facial emotion perception in depression and bipolar disorder: A quantitative review. *Psychiatry Res.* 2011;188(3):303-9.
- 14- Cai L, Chen W, Shen Y, Wang X, Wei L, Zhang Y, et al. Recognition of facial expressions of emotion in panic disorder. *Psychopathol.* 2012;45(5):294-9.
- 15- Poljac E, Montagne B, de Haan EH. Reduced recognition of fear and sadness in post-traumatic stress disorder. *Cortex.* 2011;47(8):974-80.
- 16- Heydari Poor M, Mashhadi A, Asghari Nekah SM. Effectiveness of social skills training on emotional intelligence of people with physical disabilities. *J Res Rehabil Sci.* 2012;8(3):571-81. [Persian]
- 17- Calhoun PS, Beckham JC, Bosworth HB. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2002;15(3):205-12.
- 18- Gohm CL, Corser GC, Dalsky DJ. Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or

هوش هیجانی مستعد ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده باشند و تبیین دوم اینکه ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه، فرد را در معرض خطر مشکلات روابط بین فردی و کاهش هوش هیجانی قرار می دهد.

با توجه به یافته های پژوهش، هوش هیجانی بیماران گروه اختلال استرس پس از سانحه با گروه های دیگر دارای تفاوت معنی دار بود. می توان تبیین این پدیده را بدین صورت مطرح کرد که به نظر می رسد تحمل مشکلات اعصاب و روان و آشکارنبودن عوارض روانی ناشی از اختلال استرس پس از سانحه در بیماران مذکور نسبت به عوارض جسمی گروه شیمیایی که از ناحیه مشخصی مثل ریه ها یا پوست آسیب دیده اند و گروه قطع عضو که اندام خاصی را از دست داده اند، آسان نباشد. همبندی اختلالات مختلف در بیماران اختلال استرس پس از سانحه و مشکل تشخیص به موقع اختلال و نارسایی در ارائه خدمات درمانی متناسب با این اختلال می تواند یکی دیگر از دلایل احتمالی کاستی های هوش هیجانی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه نسبت به گروه های دیگر باشد. ضمناً اُفت عملکرد بدنی و مشکلات اقتصادی اغلب بیماران اختلال استرس پس از سانحه به دلیل پایین جانبازی و نداشتن حقوق مستمری از طرف سازمان حمایتی نسبت به سایر گروه ها که حداقل از دریافت مستمری یا توانایی انجام کار برخوردار هستند، می تواند از عوامل دیگر باشد.

کم بودن تعداد آزمودنی های پژوهش، محدودبودن به مراجعانی که درگیر جنگ بوده اند و عدم استفاده از بیماران زن از جمله محدودیت های پژوهش حاضر است. از این رو پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی از هر دو جنس مرد و زن و سایر بیماران استفاده شود تا از طریق به کارگیری گروه های مختلف قابلیت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد.

## نتیجه گیری

هوش هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به جانبازان دیگر پایین تر است.

**تشکر و قدردانی:** در نهایت از همکاری مدیریت بیمارستان های روان پزشکی صدر، ساسان و مرکز ارتز پروتز کوثر و همچنین جانبازان و رزمندگان عزیز بستری در بیمارستان های مذکور که بدون همکاری صمیمانه آنها اجرای این پژوهش امکان پذیر نبود، کمال تشکر را داریم.

**تاییدیه اخلاقی:** تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش با رضایت کامل و امضای رضایت نامه و آگاهی از اینکه در پژوهش تحقیقاتی شرکت دارند و تمام اطلاعات ارائه شده از طرف آنها محرمانه نگهداری می شود، شرکت داشتند.

**تعارض منافع:** موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

- PE. The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol.* 1991;47(2):179-88.
- 31- Mirzamani SM, Mohammadi MR, Mahmoudi-Gharaei J, Mirzamani MS. Validity of the PTSD symptoms scale self-report (PSS-SR) in Iran. *Iran J Psychiatry.* 2007;2:120-3.
- 32- Parvaresh N, Bahram Nejad A. Posttraumatic stress disorder in earthquake-stricken students residing in kerman four months after the earthquake. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2006;12(2):165-8. [Persian]
- 33- Foa EB, Kean TM, Friedman MJ. *Effective treatment for PTSD.* New York, London: Guilford Press; 2004.
- 34- Firouzabadi A, Asghar Nezhad AA, Mirzaei J, Shareh H. Normalized scale of Post Traumatic Stress Disorder Clinical Executive (CAPS-1) for the psychological effects of war. *J Psychiatry Clin Psychol.* 2009;15(4):334-42. [Persian]
- 35- Bar-on R. *Bar-on Emotional Quotient Inventory.* Toronto, Canada: Multi Health; 1997.
- 36- Dehshiri GH. Standardization of emotional intelligence (Bar-on) and factor structure quotient inventory, on student of Mashhad University [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Psychiatric Institute. 2003. [Persian]
- 37- Shams Abadi R. Standardization of emotional intelligence (Bar-on) and factor structure quotient inventory, among high school student in Mashhad [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004. [Persian]
- 38- Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair RJR, Charney DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *J Anxiety Disord.* 2008;22(8):1487-95.
- 39- Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Coston TD, Greeson C, Jedlicka C, et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol.* 2001;141(4):523-36.
- 40- Nateghian S, Mollazadeh J, Goudarzi MA, Rahimi Ch. Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with posttraumatic stress disorder and their wives. *Q J Fundam Ment Health.* 2008;10(37):33-46. [Persian]
- 41- Najafi M, Mohammadifar M, Dabiri S, Erfani N, Kamary A. The Comparison of the quality of life of the war Veterans families with/without Post traumatic Stress Disorder. *Iran J War Public Health.* 2011;3(3):27-35. [Persian]
- irrelevant?. *Personal Individ Differ.* 2005;39(6):1017-28.
- 19- Lomas J, Stough C, Hansen K, Downey LA. Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents. *J Adoles.* 2012;35(1):207-11.
- 20- Stephenson KL, Valentiner DP, Kumpula MJ, Orcutt HK. Anxiety sensitivity and posttraumatic stress symptoms in female undergraduates following a campus shooting. *J Trauma Stress.* 2009;22(6):489-96.
- 21- 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 Disorder.* 2005;19(8): 861-76.
- 22- Mikolajczak M, Petrides K, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol.* 2009;48(Pt 2):181-93.
- 23- Khademi M, Gharib M, Rashedi V. Prevalence of depression in the amputated patients concerning demographic variables. *Iran J War Public Health.* 2012;4(2):12-7. [Persian]
- 24- 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(4):362-6.
- 25- Nasiri Zarch Z, Marashi SM, Raji H. The Relationship between Emotional Intelligence and Marital Satisfaction: 10-Year Outcome of Partners from Three Different Economic Levels. *Iran J Psychiatry.* 2014;9(4):188-96.
- 26- Lavalekar A, Kulkarni P, Jagtap P. Emotional intelligence and marital satisfaction. *J Psychol Res.* 2010;5(2):185-94.
- 27- Mikolajczak M, Petrides KV, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol.* 2009;48(Pt 2):181-93.
- 28- Chenary R, Noroozi A, Noroozi R. Relation between perceived social support and health promotion behaviors in chemical veterans in Ilam province on 2012-13. *Iran J War Public Health.* 2014;6(1):1-10. [Persian]
- 29- Caruso DR, Mayer JD, Salovey P. Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *J Pers Assess.* 2002;79(2):306-20.
- 30- Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson