

## مقدمه

هوش هیجانی، یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که برای برقراری روابط موثر و سالم با دیگران به آن نیاز داریم. هوش هیجانی شامل عناصر درونی و بیرونی می‌باشد، عناصر درونی عبارتند از: خودآگاهی، خودانگاره، حس استقلال، خودشکوفایی و قاطع بودن و عناصر بیرونی نیز، عبارتند از: روابط میان‌فردی، همدلی و احساس مسئولیت (گلمن<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات اخیر رابطه مثبتی بین هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی نشان داده است. از آنجائیکه دانشجویان قشر قابل توجهی از جامعه ما را تشکیل می‌دهند، داشتن مهارت هوش هیجانی می‌تواند به رشد تعاملات اجتماعی کمک کند. افراد با هوش هیجانی بالا، نشانه‌های فیزیولوژیکی کمتری دارند، افسردگی و اضطراب کمتری نشان می‌دهند و رضایت بین فردی بیشتر، عزت نفس بهتری دارند و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای فعال برای حل مشکلاتشان استفاده می‌کنند، همدلی بیشتری نشان می‌دهند و این امر، مشارکت آنها را در روابط اجتماعی مثبت، با همسالانشان تسهیل می‌کند (بارونسلی و گیوچی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ کاستیلیو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷؛ بووایس، آندریچک و هنکل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ دولو و لشم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). کودکان از طریق الگوبرداری از رفتارهای والدین، مکانیسم‌های روانشناختی خود را می‌سازند، که شامل پیچیدگی‌های شناختی و شایستگی‌های عاطفی است، که به نوبه خود بر رفتارهای بعدی آنها تأثیر می‌گذارد (وو، چن، جن<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). درواقع، رفتارهای مقتدرانه و پاسخگوی والدین، جوی را ایجاد می‌کند که در آن والدین و فرزندان می‌توانند احساسات خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند و در مورد آنها بحث کنند و این به کودکان کمک می‌کند تا هوش هیجانی بهتری داشته باشند و در آگاهی از احساسات خود و دیگران حساس‌تر باشند و در بیان و مدیریت صحیح احساسات خود مهارت داشته باشند (وو، چن، جن، ۲۰۲۱).

از طرفی تحقیقات نشان می‌دهند که تروماهای دوران کودکی می‌تواند بر هوش هیجانی تأثیر داشته باشد. به عقیده بسیاری از پژوهشگران، تجربیات کودکی افراد تأثیر قابل توجهی بر احساسات و ادراک آنها نسبت به خود و دیگران دارد (ابراهیمی، دژکام و یوسفی، ۱۳۹۲) و مهم‌ترین تجربه دوران کودکی، به تجربیات اولیه کودک با مراقب اولیه خود و ساختن پیوند عاطفی پایدار که بالبی آن را دلبستگی می‌نامد، برمی‌گردد، اما تروماهای دوران کودکی باعث شکل‌گیری دلبستگی‌های نایمن هستند و می‌توانند پیامدهای زیان‌بار زیادی در بزرگسالی داشته باشد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲). بدرفتاری با کودکان و نوجوانان که به آن سوءاستفاده<sup>۷</sup> و غفلت<sup>۸</sup> نیز گفته می‌شود، شامل همه اشکال

1. Goleman
2. Baroncelli & Ciucci
3. Castilho
4. Beauvais, Andreychik & Henkel
5. Dolev & Leshem
6. Wu, Chen, Jen
7. Abuse
8. Neglect

بدرفتاری جسمی و عاطفی، سوء استفاده جنسی، بی توجهی و بهره کشی از کودکان می‌شود که موجب آسیب واقعی یا بالقوه به سلامت و رشد آن‌ها می‌شود (گالو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). سوء استفاده و غفلت در اشکال مختلف اتفاق می‌افتند، که سوء استفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی را شامل می‌شود. طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (۲۰۲۰)، تقریباً از هر ۴ کودک ۳ نفر یا ۳۰۰ میلیون کودک ۲ تا ۴ ساله به طور مرتب از سوی والدین و مراقبان از تنبیه بدنی و یا خشونت روانی رنج می‌برند و ۱۲۰ میلیون دختر و زن جوان زیر ۲۰ سال، از نوعی تماس جنسی اجباری رنج می‌برند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده<sup>۳</sup> (۲۰۲۱)، از طریق اداره کل کودکان و خانواده‌ها، آماری را منتشر کرد، در سال ۲۰۱۹ از ۳۴۷۶۰۰۰ کودکی که مورد تحقیق قرار گرفته بودند، ۶۵۶۰۰۰ کودک قربانی بدرفتاری تشخیص داده شد و شایع‌ترین نوع بدرفتاری، غفلت با ۶۱ درصد و پس از آن آزار و سوء استفاده فیزیکی با ۱۰/۳ درصد بود و تعداد تلفات کودکان به دلیل کودک آزاری و بی‌توجهی با افزایش مواجه بود. سوء استفاده یا آزار جسمی به عنوان یک عمل فیزیکی عمدی تعریف می‌شود، که توسط مراقب، انجام می‌شود و موجب درد یا آسیب در کودک می‌شود و نشانه‌های آن شامل صدمات مکرر است که با توضیحات منطقی قابل توجیه نیست (آلن، ۲۰۱۶). سوء استفاده جنسی، به عنوان تمام اقدامات جنسی بدون رضایت، که با استفاده از خشونت یا تهدید و بدون در نظر داشتن سن کودک، انجام می‌گیرند، تعریف شده است (سازمان جهانی پیشگیری از کودک آزاری و غفلت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ نقل از حسینی و سلیمانی، ۱۳۹۸). سوء استفاده هیجانی (عاطفی)، به عنوان استفاده از ناسزاگویی و انجام اقدامات سرکوبگرانه و طردکننده تعریف می‌شود (لرای و ویلا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). سوء استفاده هیجانی یعنی آسیب زدن به احساسات و عواطف یک کودک، از طریق بیان اینکه، دوست داشتنی نیستند، بر سر آنها فریاد کشیده شود، آنها را به وحشت بیاندازند یا آنها را تهدید به اذیت کنند (حسینی و سلیمانی، ۱۳۹۸). پیامدهای زبان‌بار سوء رفتار هیجانی و پریشانی روانی بعدی ممکن است بلافاصله پس از بدرفتاری آشکار نشوند، با این حال آنها به تدریج در طول زمان و بلوغ ظاهر می‌شوند و در نهایت تأثیر عمیقی بر روان فرد برای مدت طولانی دارند (لرای و ویلا، ۲۰۱۸). غفلت از کودک را می‌توان به عنوان هر رفتاری که توسط والد کودک یا مراقب او تعریف کرد که منجر به محرومیت کودک از نیازهای اساسی که برای سن او مناسب است، شود که شامل اقدامات مختلفی است از جمله: ترک کردن کودک؛ نظارت ناکافی، سهل‌انگاری و بی‌کفایتی در رسیدگی به نیازهای حیاتی عاطفی و روانشناختی کودک و در نهایت عدم ارائه آموزش، مراقبت پزشکی، امرار معاش، غذا، سرپناه و یا لباس کودک است که برای رفاه او، ضروری است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). غفلت به دو نوع فیزیکی و هیجانی تقسیم می‌شود: غفلت فیزیکی به عدم رفع کافی نیازهای جسمی کودک اشاره دارد که شامل

1. Gallo
2. World Health Organization
3. U.S. Department of Health & Human Services
4. Administration For Children & Families
5. The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)
6. Leray & Vila

خودداری از مراقبت بهداشتی یا به تعویق انداختن آن، رها کردن کودک به حال خود، اخراج از محل اقامت خود و سرپرستی بدون محدودیت و ناکافی است و غفلت هیجانی شامل اقدامات مختلفی است، مانند نشان دادن بی‌تفاوتی آشکار نسبت به نیازهای عاطفی کودک، عدم تحقق نیازهای روانی کودک، بدرفتاری با همسر در حضور کودک و اجازه به کودک برای مصرف دارو یا الکل (استادنوروزی، ۱۳۹۸). گاتفرسون و بکر<sup>۱</sup> (۲۰۲۳)، در یک مقاله مروری، با استناد به تحقیقات علوم اعصاب و روانشناسی، تلاش کردند تا اثر تروماهای روانشناختی گذشته بر قابلیت‌های هوش هیجانی در آینده را تبیین کنند و به این نتیجه رسیدند که ترومای روانشناختی، بر مناطق و عملکردهای مغزی که هوش هیجانی را پشتیبانی می‌کنند، تأثیر دارند. تحقیقات، شبکه‌ها و عملکردهای خاصی را در مغز شناسایی می‌کنند که پایه‌های توانایی‌های هوش هیجانی را تشکیل می‌دهند و برخی عوامل مثل آسیب‌های گذشته، که تأثیر منفی بر مناطق مغزی، شبکه‌ها و عملکردهای مرتبط با هوش هیجانی دارند، منجر به کاهش هوش هیجانی می‌شوند. (گاتفرسون و بکر، ۲۰۲۳). زیانگ، یان و زیاهو<sup>۲</sup> در سال (۲۰۲۱)، در پژوهشی خود نشان دادند، افرادی که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، سطح هوش هیجانی کمتری را نشان می‌دهند که منجر به کاهش فراوانی احساسات مثبت و افزایش احساسات منفی می‌شود و احساس رضایت کمتری از زندگی دارند. همچنین، تلانجوا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، در پژوهش خود به بررسی رابطه بین هوش هیجانی و ترومای دوران کودکی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تجربه ترومای دوران کودکی تأثیر قابل توجهی بر رشد خود آسیب دیده دارد که درگیری‌های بین فردی یا مشکلات با خود و دیگران بخشی از آن است و این امر مانع توسعه هوش هیجانی می‌شود که به نوبه خود بر درجات مختلف بهزیستی روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد. از طرفی، این قابل درک است که افرادی که دارای درجه بالایی از هوش هیجانی هستند، مقادیر کمتری از هورمون‌های استرس و دیگر علائم تحریک عاطفی را نشان می‌دهند و استعداد بیشتری برای تمرکز بر مشکلات و استفاده موثر از توانایی‌های حل مسئله را دارند (سلطانی‌فر، ۱۳۸۶؛ نقل از امیرتیموری، ۱۳۹۰). تنظیم هیجان یا توانایی هدایت احساسات خود و دیگران، استعداد قابل توجهی برای افراد است که به آنها قدرت می‌دهد تا در شرایط اجتماعی خود به اندازه کافی مفید باشند، درواقع، تنظیم هیجان را می‌توان به عنوان تلاش فرد برای غربالگری و تنظیم تجربه مشتاقانه خود توصیف کرد (خدای و همکاران، ۲۰۲۲). از این رو، افرادی که دارای درجه بالاتری از هوش هیجانی هستند، مهارت بیشتری در مدیریت چالش‌ها و روبرو شدن با فشارها و استرس‌ها در زندگی از طریق سازماندهی فرآیندهای شناختی (افکار و حافظه) و حفظ اطلاعات دارند (بشارت، نادعلی و عزیزی، ۱۳۸۹). همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که آموزش ابعاد هوش هیجانی، بر استراتژی‌های مقابله با استرس و روش‌های کنترل ذهن تاثیرگذار است (جوادی، ۱۳۹۶). علاوه بر این، روشی که افراد، تجربیات آسیب‌زا را تفسیر می‌کنند و اینکه، چگونه احساسات خود را مدیریت می‌کنند به حمایت عاطفی و راهبردهای مقابله‌ای فردی بستگی دارد (لوی،

1. Gottfredson &amp; Becker

2. Xiang, Yuan &amp; Zhao

3. Tolgenova

گلداشتین و فردمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). هوش هیجانی یکی از مهارت‌های اصلی برای مدیریت هیجان‌ها و توانمندسازی مقابله با تعارض و همچنین آگاه‌سازی محتوای ذهنی و عاطفی است (فرر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). قرار گرفتن در معرض رویدادهای بالقوه آسیب‌زا و هوش هیجانی پایین ممکن است بر توانایی فرد در تنظیم مؤثر احساسات تأثیر بگذارد که به نوبه خود ممکن است خطر اختلالات رفتاری را افزایش دهد (هافمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). از طرف دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هوش هیجانی مهارتی است که می‌تواند تجربیات ناگوار کودکی را تعدیل کند و رضایت از زندگی را افزایش دهد (زاهو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، یکی از تکنیک‌های کارآمد و موثر در میان رویکردهای درمانی برای مقابله با استرس و فشارهای روانی، روش آموزش ابعاد هوش هیجانی است، در این روش، طی مراحل آموزش‌های ضروری، به منظور کسب مهارت‌های لازم، برای کامروایی و موفقیت در زندگی، به افراد ارائه می‌شود تا بتواند توانایی لازم برای یک زندگی سالم و بدون فشار روانی زیاد را در خود پرورش دهد (جوادی، ۱۳۹۶).

براساس این یافته‌ها، می‌توان نقش ترومای دوران کودکی را در رابطه با هوش هیجانی مورد بررسی قرار داد. بررسی این رابطه‌ها در دانشجویان می‌تواند، می‌تواند بینش‌هایی را به منظور شناسایی، پیشگیری، درمان و رسیدگی به مسائل در این زمینه ارائه دهد و به آن‌ها کمک کند تا با اصلاح افکار و ذهنیت خود بتوانند در تعاملات اجتماعی موفق‌تر باشند و از آن جایی که دانشجویان بیشتر با فعالیت‌های اجتماعی سر و کار دارند، به کار بردن شیوه‌های کارآمد و متناسب برای بالا بردن سطح آگاهی در زمینه مدیریت و تنظیم هیجانات مفید به نظر می‌رسد. لذا اهمیت مطالعه و پژوهش در زمینه ارتباط بین هوش هیجانی با متغیرهای مورد مطالعه قابل درک است. براین اساس، سوالی که مطرح می‌شود این است که آیا ابعاد ترومای دوران کودکی قادر به پیش بینی ابعاد هوش هیجانی می‌باشند؟

## روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، در سال تحصیلی (۱۴۰۱-۱۴۰۰) بودند که از بین آن‌ها ۳۳۶ دانشجو با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. در تحلیل رگرسیون چند متغیری نسبت تعداد نمونه به متغیرهای مستقل نباید از ۵ کمتر باشد زیرا عدم رعایت این معیار تعمیم‌پذیری معادله رگرسیون را تضعیف خواهد کرد (هومن، ۱۳۸۴). نمونه پژوهش حاضر نیز، با پیروی از این باور بر اساس ۵ نفر در ارتباط با هر یک از سوالات پرسشنامه محاسبه شد.

نحوه دسترسی به گروه نمونه به این صورت بود که پژوهشگر، پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها را در اختیار دانشجویان انتخاب شده، قرار می‌داد. همچنین، از دانشجویان درخواست شد که با دقت به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند و در صورت داشتن ابهام از

1. Levy, Goldstein, Feldman  
2. Ferrer  
3. Hofman  
4. Zhao

پژوهشگر سوال کنند. مهمترین معیارهای ورود به پژوهش؛ دامنه سنی ۲۰ سال به بالا، آگاهی از اهداف پژوهش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود و مهمترین معیارهای خروج از پژوهش؛ عدم تکمیل پرسشنامه به طور کامل، عدم تمایل برای ادامه پژوهش و سابقه هرگونه اختلال عصبی یا روان‌پزشکی و آسیب مغزی اکتسابی که باعث از دست دادن هوشیاری بیش از ۱ دقیقه بشود و سوء مصرف مواد در ۶ ماه گذشته (براساس گزارش خود) و سابقه اختلالات عصبی (مانند صرع) بود.

### ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس هوش هیجانی (SSEIT): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ طبق برنامه اولیه هوش هیجانی از طرف مایر و سالووی<sup>۱</sup> (۱۹۹۰)، توسط شات<sup>۲</sup> و همکاران، طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ جمله و ۳ جزء است: تنظیم هیجان، ارزیابی و بیان هیجان و بهره‌برداری از هیجان. شرکت‌کننده درجه توافق یا مخالفت خود با هر جمله را بر روی مقیاس پنجگانه لیکرت انتخاب می‌کند. نمره‌دهی برای سؤالات (۵، ۲۸، ۳۳) به صورت معکوس است. اندازه‌گیری هوش هیجانی به گونه‌ای است که نمرات زیر ۹۷ به معنای هوش هیجانی بسیار پایین، نمرات بین ۹۷ و ۱۱۴ به معنای هوش هیجانی پایین، نمرات بین ۱۱۴ و ۱۳۱ به معنای سطح متوسط هوش هیجانی، نمرات بین ۱۳۱ و ۱۴۸ نشانگر سطح بالای هوش هیجانی و نمرات بالاتر از آن نشان دهنده سطح بسیار بالای هوش هیجانی است. قابلیت اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمره کل هوش هیجانی ۰/۸۱، تنظیم هیجان ۰/۷۸، ارزیابی و بیان هیجان ۰/۶۷ و بهره‌برداری از هیجان ۰/۵۰ گزارش شده است (خسرو جاوید، ۱۳۸۱). روایی پرسشنامه در یک مطالعه بر روی ۳۵۴ نوجوان کانادایی (۲۳۵ زن و ۱۱۹ مرد با میانگین سن ۱۲/۴) انجام شد و همبستگی این ابزار با مقیاس روان نژندی ۰/۳۷، برونگرایی ۰/۵۱، بازبودن ۰/۲۷، سازندگی ۰/۱۸، وظیفه شناسی ۰/۳۸ و مستعد افسردگی ۰/۳۸ ( $P < ۰/۰۰۱$ ) گزارش شده (شات و همکاران، ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای نمره کل این آزمون ۰/۸۳ بدست آمد. پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنشتاین، فینک، هندلزن و فوت<sup>۳</sup>، در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی دقیق و مطمئن تجارب وسیع آسیب‌های دوران کودکی طراحی شد و ۷۰ سوال داشت. برنشتاین و همکاران، در سال ۲۰۰۳، نسخه کوتاه‌تری از آن را طراحی نمودند. پرسشنامه پنج نوع از آسیب‌های کودکی، از جمله سوء استفاده جنسی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی و جسمی را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که ۲۵ مورد از آن برای اندازه‌گیری مولفه‌های اصلی استفاده می‌شود و ۳ سوال، برای مشخص کردن کسانی که به انکار آسیب‌های دوران کودکی خود می‌پردازند و براساس طیف لیکرت است. برای امتیازدهی، سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس می‌شود. محدوده نمره برای هر یک از زیر

1. Mayer & Salovey

2. Schutte

3. Bernstein, Fink, Handelsman & foote

مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ بوده و برای پرسشنامه کل ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، در پژوهش خود، ضریب آلفا کرونباخ این پرسشنامه را در نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت فیزیکی و عاطفی به ترتیب برابر با برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند و به علاوه، روایی همزمان این ابزار با سطح‌بندی درمانگران از مقدار آسیب‌های دوران کودکی در محدوده ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین، بر روی نمونه‌های بالینی و غیر بالینی روایی آزمون، ۰/۷۳ گزارش شده است (کاروس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران، برای پنج مولفه این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده بالا بودن همسانی درونی این پرسشنامه است (ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز از ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ بود. به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها و بررسی روابط چندگانه متغیرهای پژوهش از رگرسیون چندمتغیره استفاده، و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-27 تجزیه و تحلیل شد. این پژوهش توسط کمیته اخلاق با کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1402.004 تأیید شد.

## یافته‌ها

از ۳۳۶ نفر از دانشجویان مورد بررسی ۱۵۵ نفر (۴۶/۱ درصد) پسر و ۱۸۱ نفر (۵۳/۹ درصد) دختر بودند. ۲۵۵ نفر (۷۵/۹ درصد) مجرد و ۸۱ نفر (۲۴/۱ درصد) متاهل بودند. از نظر مقطع تحصیلی، ۱۱۸ نفر (۳۵/۱ درصد) کارشناسی، ۱۷۹ نفر (۵۳/۳ درصد) کارشناسی‌ارشد و ۳۹ نفر (۱۱/۶ درصد) دکترا هستند. از نظر سنی، ۱۱۵ نفر (۳۴/۲ درصد) ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۴۰ نفر (۴۱/۶ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶۹ نفر (۲۰/۵ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۲ نفر (۳/۷ درصد) ۵۰ سال و بیشتر داشتند. لازم به ذکر است، میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان پسر ۳۰/۳۵ سال و ۷/۳۴ سال و میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان دختر ۳۲/۰۳ سال و ۶/۹۳ سال بود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشدگی
سوء استفاده عاطفی	۸/۱۴	۳/۵۹۳	۱/۱۲۰	۰/۵۶۱
سوء استفاده جسمی	۶/۵۹	۲/۹۶۰	۱/۴۹۲	۱/۴۳۵
سوء استفاده جنسی	۶/۳۴	۲/۵۳۷	۱/۲۹۷	۱/۶۱۷
غفلت عاطفی	۱۹/۳۸	۴/۷۶۸	-۰/۵۷۵	-۰/۶۰۷
غفلت جسمی	۱۲/۸۴	۱/۹۷۱	-۰/۶۴۸	۱/۲۷۷
نمره کل ترومای دوران کودکی	۵۳/۲۸	۷/۲۶۴	۰/۸۷۷	۱/۹۱۳
تنظیم هیجان	۳۹/۴۶	۴/۸۶۶	-۰/۳۱۳	-۰/۰۲۲
ارزیابی هیجان	۴۷/۳۹	۵/۸۵۱	-۰/۴۵۳	۰/۱۱۷
بهره برداری از هیجان	۳۶/۴۸	۴/۱۶۷	-۰/۴۱۳	۱/۰۷۶
نمره کل هوش هیجانی	۱۲۳/۲۳	۱۲/۰۶۹	-۰/۵۸۰	۰/۸۶۷

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد نمره ابعاد ترومای دوران کودکی و ابعاد هوش هیجانی گزارش شده است. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه، ماتریس همبستگی متغیرهای مورد نظر محاسبه شد. جدول شماره ۲ نشان دهنده ماتریس همبستگی متغیرهای موجود در این پژوهش می‌باشد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱ سوء استفاده عاطفی	1									
۲ سوء استفاده جسمی	0/63**	1								
۳ سوء استفاده جنسی	0/44**	0/51**	1							
۴ غفلت عاطفی	-0/50**	-0/48**	-0/32**	1						
۵ غفلت جسمی	0/16**	0/14*	0/07	0/13*	1					
۶ دوران کودکی	0/62**	0/62**	0/59**	0/14*	0/52**	1				
۷ تنظیم هیجان	-0/27**	-0/21**	-0/30**	-0/01	-0/29**	-0/41**	1			
۸ ارزیابی هیجان	-0/36**	-0/23**	-0/32**	0/01	-0/28**	-0/46**	0/56**	1		
۹ بهره برداری از هیجان	-0/26**	-0/16**	-0/26**	-0/03	-0/23**	-0/37**	0/45**	0/41**	1	
۱۰ هوش هیجانی	-0/38**	-0/25**	-0/36**	-0/01	-0/33**	-0/51**	0/83**	0/85**	0/73**	1



جدول ۳: رگرسیون چند متغیره بین ابعاد هوش هیجانی، ابعاد ترومای دوران کودکی

مدل	متغیرهای پیش بینی کننده	رگرسیون	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد اندازه گیری
تنظیم هیجان	ابعاد ترومای دوران کودکی	۰/۴۴۱	۰/۱۹۴	۰/۱۸۲	۴/۴۰۱
ارزیابی هیجان	ابعاد ترومای دوران کودکی	۰/۴۹۵	۰/۲۴۵	۰/۲۳۳	۵/۱۲۴
بهره‌برداری از هیجان	ابعاد ترومای دوران کودکی	۰/۳۹۹	۰/۱۵۹	۰/۱۴۶	۳/۸۵۰

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که ضریب رگرسیونی ابعاد ترومای دوران کودکی بر تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان و بهره‌برداری از هیجان به ترتیب برابر است با ۰/۱۹۴، ۰/۲۴۵، ۰/۱۵۹، است و این بیانگر مدل رگرسیونی مناسب است. بنابراین درصدی از تغییرات متغیر وابسته یا همان متغیرهای ملاک (تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان و بهره‌برداری از هیجان) توسط مدل رگرسیون قابل تخمین است.

جدول ۴: نتایج آنوا ابعاد هوش هیجانی و ابعاد ترومای دوران کودکی

مدل رگرسیون	متغیرهای پیش‌بین	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F میزان	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	ابعاد ترومای کودکی	۱۵۴۲/۰۷۴	۵	۳۰۸/۴۱۵	۱۵/۹۲۴	<۰/۰۰۱
ارزیابی هیجان	ابعاد ترومای کودکی	۲۸۰۴/۴۲۰	۵	۵۶۰/۸۸۴	۲۱/۳۶۶	<۰/۰۰۱
بهره‌برداری از هیجان	ابعاد ترومای کودکی	۹۲۳/۶۴۶	۵	۱۸۴/۷۲۹	۱۲/۴۶۱	<۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با توجه به سطح معنی داری در جدول آنوا میتوان گفت که مدل رگرسیونی توانسته است نسبت به حالت تصادفی، واریانس متغیرهای وابسته را بیشتر توصیف کند.

جدول ۵: نتایج ضرایب رگرسیون

منبع تغییرات	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		سطح معنی داری
	B	خطای استاندارد اندازه گیری	Beta	t	
تنظیم هیجان	ثابت	۹۷۹/۵۴	-	۲۶/۷۲۱	<۰/۰۰۱
	سوء استفاده عاطفی	-۰/۲۸۱	۰/۰۹۳	-۳/۰۳۲	۰/۰۰۳
	سوء استفاده جسمی	-۰/۰۱۵	۰/۱۱۵	-۰/۱۲۹	۰/۸۹۸
	سوء استفاده جنسی	-۰/۴۶۳	۰/۱۱۲	-۴/۱۱۸	<۰/۰۰۱
	غفلت عاطفی	-۰/۱۷۵	۰/۰۶۲	-۲/۸۰۸	۰/۰۰۵
ارزیابی هیجان	غفلت جسمی	-۰/۵۳۱	۰/۱۲۸	-۴/۱۳۹	<۰/۰۰۱
	ثابت	۶۶/۷۰۷	-	۲۷/۸۴۸	<۰/۰۰۱
	سوء استفاده عاطفی	-۰/۵۸۷	۰/۱۰۸	-۵/۴۳۶	<۰/۰۰۱
	سوء استفاده جسمی	۰/۰۹۳	۰/۱۳۴	۰/۶۹۷	۰/۴۸۶
	سوء استفاده جنسی	-۰/۵۳۲	۰/۱۳۱	-۴/۰۶۳	<۰/۰۰۱
بهره‌برداری از هیجان	غفلت عاطفی	-۰/۲۴۴	۰/۰۷۲	-۳/۳۷۱	<۰/۰۰۱
	غفلت جسمی	-۰/۵۵۷	۰/۱۴۹	-۳/۷۳۲	<۰/۰۰۱
	ثابت	۴۸/۱۴۳	۱/۸۰۰	۲۶/۷۴۵	<۰/۰۰۱
	سوء استفاده عاطفی	-۰/۳۰۶	۰/۰۸۱	-۳/۷۷۵	<۰/۰۰۱
	سوء استفاده جسمی	۰/۰۷۷	۰/۱۰۰	۰/۷۶۵	۰/۴۴۵
	سوء استفاده جنسی	-۰/۳۵۹	۰/۰۹۸	-۳/۶۵۱	<۰/۰۰۱
	غفلت عاطفی	-۰/۱۶۲	۰/۰۵۴	-۲/۹۷۱	۰/۰۰۳
غفلت جسمی	-۰/۳۳۳	۰/۱۱۲	-۲/۹۶۶	۰/۰۰۳	

در جدول ۵، ضرایب رگرسیون گزارش شده است. با توجه به معنادار بودن نتایج آزمون رگرسیون، جدول فوق نشان می‌دهد که ابعاد ترومای دوران کودکی (غفلت جسمی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و سوء استفاده جسمی) چه بصورت واحد و چه بصورت یکجا از نظر آماری قادر به پیش بینی ابعاد هوش هیجانی (تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان و بهره‌برداری از هیجان) بصورت منفی و معکوس هستند ( $P < 0/001$ ،  $P < 0/05$ ). به عبارت دیگر دانشجویانی که ترومای دوران کودکی بیشتری داشته‌اند در هوش هیجانی ضعیف‌تر هستند. همچنین بیشترین تا کمترین ضرایب تأثیر ابعاد ترومای دوران کودکی بر تنظیم هیجان عبارتند از سوء استفاده جنسی ( $Beta = -0/241$ )، غفلت جسمی ( $Beta = -0/215$ )، سوء استفاده عاطفی ( $Beta = -0/208$ )، غفلت عاطفی ( $Beta = -0/171$ )، بر ارزیابی هیجان عبارتند از سوء استفاده عاطفی ( $Beta = -0/360$ )، سوء استفاده جنسی ( $Beta = -0/231$ )، غفلت عاطفی ( $Beta = -0/199$ )، غفلت جسمی ( $Beta = -0/188$ ) و بر بهره‌برداری از هیجان عبارتند از سوء استفاده عاطفی ( $Beta = -0/264$ )، سوء استفاده جنسی ( $Beta = -0/219$ )، غفلت عاطفی ( $Beta = -0/185$ )، غفلت جسمی ( $Beta = -0/157$ ).

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش ابعاد ترومای دوران کودکی در پیش بینی ابعاد هوش هیجانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که ترومای دوران کودکی با هوش هیجانی رابطه معنادار و منفی دارند و ابعاد ترومای کودکی به ترتیب سواستفاده جنسی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده تنظیم هیجان و سواستفاده عاطفی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده ابراز و بهره‌برداری از هیجان بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های گاتفرسون و بکر (۲۰۲۳)، زاهو و همکاران (۲۰۲۰)، هافمن (۲۰۱۴)، تلانجوا و همکاران (۲۰۱۲) و پژوهش محمودی و همکاران (۱۴۰۱)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مطالعات مربوط به هوش هیجانی و آسیب‌های دوران کودکی، تأثیر قابل توجه تجربیات آسیب‌زا بر رشد هوش هیجانی در افراد را برجسته می‌کنند. مطالعات به طور مداوم نشان داده‌اند که کودکانی که آسیب‌های روحی مانند سوء استفاده یا بی‌توجهی را تجربه کرده‌اند، اغلب هوش هیجانی پایین‌تری در مقایسه با همسالان آسیب‌دیده خود نشان می‌دهند (گاتفرسون و بکر، ۲۰۲۳). آسیب‌های تجربه شده در دوران کودکی تأثیر قابل توجهی بر رشد عاطفی و اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی دارد این امر خود را با ظهور ادراکات شناختی منفی در مورد خود و دیگران نشان می‌دهد که به نوبه خود می‌تواند به ایجاد روابط شرطی بین محرک‌های مرتبط با آسیب و پریشانی عاطفی کمک کند علاوه بر این، آسیب‌های دوران کودکی مانع از رشد ظرفیت تنظیم هیجانی به روش سالم می‌شود (محمودی و همکاران، ۱۴۰۱). در همین راستا یافته مطالعات متعدد نشان‌دهنده این است پرداختن به نقص‌های هوش هیجانی در افرادی که ترومای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، می‌تواند به بهبود انعطاف‌پذیری و نتایج بلندمدت بهتر منجر شود (سرافیم سیلوا و برنابه، ۲۰۲۱). و تحقیقات به نقش بالقوه هوش

هیجانی در پیشگیری و درمان علائم اختلال شخصیت در میان بیماران با تجربه بالای ترومای در کودکی و طول عمر همچنین در درمان‌های روانشناختی، اشاره می‌کنند (اسپینوزا و رودنشتاین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). مداخلات مختلف، مانند درمان‌های متمرکز بر تروما و برنامه‌های یادگیری اجتماعی-عاطفی، نتایج امیدوارکننده‌ای را در افزایش هوش هیجانی در افراد آسیب دیده نشان داده‌اند (مستن، سیچتی، ۲۰۱۰، کارین، شونفلدر و وسا، ۲۰۱۸؛ سرافیم سیلوا و برنابه، ۲۰۲۱).

هوش هیجانی به عنوان قابلیت فهمیدن، تنظیم و بهره‌برداری از احساسات خود و دیگران در مواجهه با موقعیت‌های مختلف، بسیار مهم است و به توانایی ارتباطی مؤثر، مدیریت استرس، انعطاف‌پذیری روانی و حل مسائل کمک می‌کند. تجربه ترومای دوران کودکی، به ویژه در مواردی مانند غفلت فیزیکی یا سوءاستفاده عاطفی، می‌تواند ادراک احساسات را تحت تأثیر قرار دهد (برنابه<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ روکیتا و همکاران، ۲۰۲۱). این تجربه می‌تواند باعث کاهش توانایی در تشخیص و تمییز بین احساسات مختلف شود و به نوعی باعث نقص در ابعاد هوش هیجانی مرتبط با درک احساسات گردد. همچنین تروماهای دوران کودکی می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر قدرت همدلی و توانایی برقراری ارتباطات اجتماعی داشته باشند (ژانگ، جاتو، وی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴؛ مولر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، فردی که در کودکی با تجربه ترومای عاطفی، فیزیکی یا جسمی روبرو بوده است، ممکن است دچار مشکلات در تنظیم و مدیریت هیجان‌ات خود شود (خسروی و پژوهش، ۱۳۹۶). این مشکلات می‌توانند به صورت عمده، نظیر مشکلات در کنترل خشم، اضطراب یا تنش، و شکست در تنظیم هیجان‌ات منفی مشاهده شوند. در واقع می‌توان چنین استدلال کرد که این تروماها ممکن است باعث تخریب الگوهای سالم در درک و مدیریت احساسات شوند و در نتیجه، فرد را در مواجهه با استرس و مشکلات روانی و رفتاری آسیب‌پذیر کنند. از طرف دیگر، مداخلات مختلف، مانند درمان‌های متمرکز بر تروما و برنامه‌های یادگیری اجتماعی-عاطفی، نتایج امیدوارکننده‌ای را در افزایش هوش هیجانی در افراد آسیب دیده نشان داده‌اند (مستن و سیچتی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰، کارین، شونفلدر و وسا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸؛ سرافیم سیلوا و برنابه، ۲۰۲۱). اما در تبیینی دیگر، مهم است بدانیم که این تأثیرات ممکن است بین افراد مختلف متفاوت باشند و در همه موارد نیاز به مطالعات بیشتر و تحقیقات علمی است. همچنین، تروماهای دوران کودکی تنها عاملی نیستند که بر هوش هیجانی تأثیر می‌گذارند، بلکه عوامل دیگری نیز مانند محیط خانوادگی، پشتوانه اجتماعی و فرهنگی و عوامل ژنتیکی نیز در این رابطه نقش دارند. بنابراین، نیاز به شناخت دقیق‌تر از مکانیزم‌های عملکردی و ارتباط بین این دو عنصر است. همچنین، انجام مطالعات بیشتر بر روی جامعه‌های گوناگون و در مدت طولانی‌تر نیز اساسی برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر می‌باشد.

1. Espinosa & Rudenstine
2. Bérubé
3. Zhang, Gao, Liang, & Wei
4. Müller
5. Masten & Cicchetti
6. Kaurin, Schönfelder & Wessa

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با استفاده از مصاحبه به بررسی روابط متغیرهای پژوهش حاضر بپردازند که شرایط بهتری برای تبیین علی روابط بین متغیرها فراهم کند. همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که باید مداخلات روانی اجتماعی، برای پیشگیری و کاهش اثرات دراز مدت ناملایمات دوران کودکی ایجاد شود و تأثیرات منفی آسیب کودکی بر ابعاد هوش هیجانی را برجسته می‌کند و بر نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این حوزه تأکید می‌کند. نکته مهم این است که این یافته نشان می‌دهد که هوش هیجانی نقش مهمی در رفاه کلی افراد و توانایی هدایت روابط بین فردی ایفا می‌کند. بنابراین، درک تأثیر آسیب‌های دوران کودکی بر هوش هیجانی برای جامعه دانشجویان ارزش اجتماعی زیادی دارد زیرا مداخلات و سیستم‌های حمایتی را که می‌تواند به کاهش پیامدهای منفی تروما کمک کند، اطلاع رسانی می‌کند. با گنجاندن این مداخلات در محیط‌های آموزشی و درمانی، جامعه می‌تواند به طور بالقوه به کاهش تأثیر منفی آسیب‌های دوران کودکی بر هوش هیجانی و ارتقای رشد سالم‌تر کمک کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی با هدف افزایش آگاهی در مورد تنظیم و مدیریت، شناسایی و ابراز هیجان برای بهبود افراد در معرض رویدادهای تروماتیک در نظر گرفته شود و با مداخلات، راهبردهایی را برای کمک به این دانشجویان در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی، ایجاد روابط سالم به طور مؤثر آموزش دهند. همچنین، با توجه به تاثیر ترومای دوران کودکی در هوش هیجانی پیشنهاد می‌شود، درمانگران و مشاوران اقدامات درمانی مناسب برای کاهش عواقب منفی مرتبط با ترومای کودکی مانند اختلالات سلامت روان، سوءمصرف مواد و جدایی اجتماعی را انجام دهند.

## منابع

- ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، یوسفی، س. (۱۳۹۲). رابطه تروماهای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی با رفتار اقدام به خودکشی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم در مقایسه با جمعیت عمومی. فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده، سال ۷، ش ۲۳، ص ۴۸-۶۹.
- ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۹، ش ۴، ص ۲۷۵-۲۸۲.
- استادنوروزی، م. (۱۳۹۷). تدوین مدل بدتنظیمی هیجان و گسستگی در شخصیت مرزی: تعیین نقش ترومای کودکی در تعاملات توجه هیجان و سیمایه کارکرد شخصیت و صفات مرضی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان.
- امیرتیموری، ر. (۱۳۹۰). نقش واسطه‌ای هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای برای عوامل استرس زا و علائم استرس در دانش آموزان دبیرستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت.

- بشارت، م. ع.، نادعلی، ح.، عزیزی، ک. (۱۳۸۹). هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس. مجله مطالعات آموزش و یادگیری، دوره ۲، ش اول.
- جوادی، ا. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مولفه‌های هوش هیجانی بر راهبردهای مقابله با استرس و راهبردهای کنترل فکر مادران کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- حسینی، ک.، سلیمانی، ا. (۱۳۹۸). نقش تمیزی ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی در تبیین علایم بالینی اختلال وسواسی-جبری. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۱۴(۵۴)، ۱۷-۲۶.
- خسرو جاوید، م. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی عامل هوش هیجانی شات در میان نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- خسروی، ص. و پژوهش، ز. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با تنظیم شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی. دومین کنفرانس ملی روانشناسی و مشاوره، اصفهان. <https://civilica.com/doc/770092>
- محمودی، م.، صابری، ه.، بشردوست، س. (۱۴۰۱). پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی. مجله تازه‌های علوم شناختی، دوره ۲۴، ش ۳، ۴۱-۵۶.
- هومن، ح. (۱۳۸۴). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش‌های رفتاری. انتشارات پیک فرهنگ.

- Allen, E. S. (2016). Childhood trauma: A comprehensive review of effects, assessments, and treatments (Yüksek lisans tezi). Arizona State University, ABD.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Beauvais, A., Andreychik, M., & Henkel, L. A. (2017). The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 92-100.
- Baroncelli, A., & Ciucci, E. (2014). Unique effects of different components of trait emotional intelligence in traditional bullying and cyberbullying. *Journal of adolescence*, 37(6), 807-815.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., & Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Bérubé, A., Turgeon, J., Blais, C., Fiset, D. (2023). Emotion Recognition in Adults With a History of Childhood Maltreatment: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 24(1):278-294. doi: 10.1177/15248380211029403. Epub 2021 Jul 9. PMID: 34238064; PMCID: PMC9660286.
- Castilho, P., Carvalho, S. A., Marques, S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-compassion and emotional intelligence in adolescence: A multigenerational study of the

- impact of shame memories on depressive symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 759-768.
- Dolev, N., & Leshem, S. (2017). Developing emotional intelligence competence among teachers. *Teacher development*, 21(1), 21-39.
- Ferrer, C. M. S. (2012). How to Influence the New Technologies in the Emotional Intelligence and Communication of Higher Education Student. *Emotional Intelligence- New Perspectives and Applications*. 1nd ed. IntechOpen, 279-288. DOI:10.5772/31716.
- Goleman, D. (2020). *Emotional intelligence*. Bloomsbury Publishing.
- Gallo, E. A. G., Munhoz, T. N., de Mola, C. L., & Murray, J. (2018). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 79, 107-114.
- Gottfredson, R. K., & Becker, W. J. (2023). How past trauma impacts emotional intelligence: Examining the connection. *Frontiers in Psychology*, 14, 1067509.
- Hofman, N. L. (2014). *Emotion regulation deficits as mediators of the relationship between trauma, emotional intelligence, antisocial behaviors, posttraumatic stress symptoms, and alcohol use and related problems*. University of South Dakota.
- Karos, K., Niederstrasser, N., Abidi, L., Bernstein, D. P., & Bader, K. (2014). Factor structure, reliability, and known groups validity of the German version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-form) in Swiss patients and nonpatients. *Journal of child sexual abuse*, 23(4), 418-430.
- Kaurin, A., Schönfelder, S., & Wessa, M. (2018). Self-compassion buffers the link between self-criticism and depression in trauma-exposed firefighters. *Journal of counseling psychology*, 65(4), 453-462.
- Khodami, M. A., Seif, M. H., Koochakzadeh, R. S., Fathi, R., & Kaur, H. (2022). Perceived stress, emotion regulation and quality of life during the Covid-19 outbreak: A multi-cultural online survey. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 180, Issue 6, Pages 514-518.
- Leray, M., Vila, G. (2018). Psychological Maltreatment. In C. R. Salmon & C. Adamsbaum eds. *Child Abuse: Diagnostic and Forensic Considerations*. Springer International Publishing Ag. 275-302.
- Levy, J., Goldstein, A., & Feldman, R. (2019). The neural development of empathy is sensitive to caregiving and early trauma. *Nature communications*, 10 (1), 1905.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and psychopathology*, 22(3), 491-495.
- Müller, L. E., Bertsch, K., Büllau, K., Herpertz, S. C., & Buchheim, A. (2019). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *International Journal of Psychophysiology*, 136, 73-80.
- Sarafim-Silva, B. A. M., & Bernabé, D. G. (2021). Emotional intelligence for coping with the consequences of childhood trauma. *The Science of Emotional Intelligence*, 47. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.97838>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25(2), 167-177.
- Tolegenova, A., Jakupov, S., Chung, M. C., Saduova, S., & Jakupov, M. (2012). A theoretical formation of emotional intelligence and childhood trauma among adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 69, 1891-1894.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2022). *Child*

- Maltreatment 2020. Retrieved from <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>.
- Villanueva, L., Prado-Gascó, V., & Montoya-Castilla, I. (2022). Longitudinal analysis of subjective well-being in preadolescents: The role of emotional intelligence, self-esteem and perceived stress. *Journal of health psychology, 27*(2), 278-291.
- World Health Organizaion. (2020). Child maltreatment. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Wu, C. W., Chen, W. W., & Jen, C. H. (2021). Emotional intelligence and cognitive flexibility in the relationship between parenting and subjective well-being. *Journal of Adult Development, 28*, 106-115.
- Xiang, Y., Yuan, R., & Zhao, J. (2021). Childhood maltreatment and life satisfaction in adulthood: The mediating effect of emotional intelligence, positive affect and negative affect. *Journal of health psychology, 26*(13), 2460-2469.
- Zhao, J., Xiang, Y., Zhao, J., Li, Q., Dong, X., & Zhang, W. (2020). The relationship between childhood maltreatment and benign/malicious envy among Chinese college students: the mediating role of emotional intelligence. *The Journal of General Psychology, 147*(3), 277-292.
- Zhang, H., Gao, X., Liang, Y., Yao, Q., & Wei, Q. (2024). Does child maltreatment reduce or increase empathy? A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 166-182.



## The Role of Childhood Trauma Dimensions in Predicting Components of Students' Emotional Intelligence

Ameneh Bakhshizadeh<sup>1</sup>, Hossein Ebrahimi Moghaddam<sup>2</sup>, Malek Mirahasemi<sup>3</sup>

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the relationship between dimensions of childhood trauma in predicting dimensions of emotional intelligence. The research method was descriptive and correlational. The statistical population included students of Islamic Azad University, Roudhen Branch, aged 20 and above, with no history of any neurological or psychiatric disorders, no acquired brain injury leading to a loss of consciousness for more than 1 minute, no substance abuse in the past 6 months (self-reported), and no history of neurological disorders (such as epilepsy), who were studying in the academic year 2021-2022. A total of 336 students were selected through purposive sampling. Data were collected using the Schutte Emotional Intelligence Scale (1998) (SSEIT) and the Childhood Trauma Questionnaire (2003) (CTQ). Data analysis was conducted using multiple regression with SPSS-27 software. The results showed that emotional abuse was the strongest predictor of problems in students' emotional intelligence. In the dimensions of emotional intelligence, for emotion regulation, sexual abuse was the strongest predictor ( $\beta = -0.24$ ,  $P < 0.001$ ), and for emotion assessment and utilization of emotions, emotional abuse was the strongest predictor ( $\beta = -0.36$ ,  $P < 0.001$  and  $\beta = -0.26$ ,  $P < 0.001$ , respectively). Consequently, it can be concluded that childhood trauma affects emotional intelligence capabilities. Therefore, it is suggested that therapists can play a significant role in reducing the negative impacts of childhood trauma by enhancing emotional intelligence skills.

**Keywords:** Childhood trauma, Emotional Intelligence, Emotional Abuse

---

1. PhD student in psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Iran.  
2. Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Iran. Email: hem\_psy@yahoo.com  
3. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Iran.



اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر شناخت اجتماعی و رفتارهای انطباقی  
در دانش‌آموزان دارای خودجرحی

ابوالفضل کرمی<sup>۱</sup>، آذر کیامرثی<sup>۲\*</sup>، لیلا مقتدر<sup>۳</sup>، محمد کاظمی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۰۸

چکیده

امروزه رفتار خودجرحی شیوع قابل ملاحظه‌ای در بین دانش‌آموزان دارد و برای پیشگیری از این رفتار مخرب مهارت‌ها و مداخلات مناسب لازم است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر شناخت اجتماعی و رفتارهای انطباقی در دانش‌آموزان دارای خودجرحی بود. روش این تحقیق نیمه آزمایشی و به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دارای رفتار خودجرحی که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی و با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های آسیب به خود عمدی گراتز (۲۰۰۱)، شناخت اجتماعی نجاتی و همکاران (۱۳۹۷)، عملکرد اجتماعی/ انطباقی کودک و نوجوان پرایس و همکاران (۲۰۰۳) قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند. رفتار درمانی دیالکتیکی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار در گروه آزمایش اجرا شد و در این مدت گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. نتایج نشان داد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر شناخت اجتماعی و رفتارهای انطباقی در دانش‌آموزان دارای خودجرحی تاثیر داشت ( $P < 0/01$ ). لذا می‌توان رفتار درمانی دیالکتیکی را به‌عنوان مداخله‌ای مناسب برای کاهش مشکلات در دانش‌آموزان دارای خودجرحی پیشنهاد نمود.

**کلیدواژه‌ها:** رفتار درمانی دیالکتیکی، شناخت اجتماعی، رفتارهای انطباقی، خودجرحی.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲. (نویسنده مسئول) \* استادیار، گروه روانشناسی، اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران