

بررسی همبستگی افسردگی با میزان تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض با میانجی‌گری هوش هیجانی

محمد رضا روشنائی^۱

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصاد و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

چکیده

افسردگی جز شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که روابط زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی افسردگی با میزان تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض با میانجی‌گری هوش هیجانی انجام شد. مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی می‌باشد که ۲۵۰ نفر ساکن تهران که با شکایت‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر تهران مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه-های تعارض زناشویی کانزاس (KMCS)، سبک‌های حل تعارض ROCI-II، افسردگی بک-۲ و هوش هیجانی (EQ) تکمیل نمودند. داده‌ها با نرم افزار spss26 تحلیل شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد افسردگی رابطه مستقیم، معنادار و منفی با هوش هیجانی، سبک‌های مسلط، یکپارچه و مصالحه و رابطه مستقیم و معنادار و مثبتی با تعارض زناشویی، سبک‌های ملزم-شده و اجتناب کننده دارد. علاوه بر این افسردگی با میانجی‌گری هوش هیجانی رابطه غیرمستقیم و معناداری با تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض دارد. لذا با توجه به این مولفه‌ها، برنامه ریزی درمانی برای افراد مبتلا به افسردگی و برنامه‌های پیشگیری از ابتلا به افسردگی برای پیشگیری و کاهش تعارضات زناشویی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، تعارض زناشویی، سبک‌های حل تعارض، هوش هیجانی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

افسردگی، از برجسته ترین و معمولی ترین اختلالات روانی می باشد که در آن فرد مبتلا، احساس غم، عدم لذت و دلسردی می کند و قادر نیست مسرت و خوشی را احساس نماید. همچنین افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی عبارت است از: وجود خلق افسرده، حداقل به مدت دو هفته که معمولاً با کاهش تمرکز، اشکال در تصمیم گیری و تحریک پذیری همراه است و علائم خاص آن عبارت است از: عدم رضایت، از دست دادن انرژی و علاقه، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب (چاند و عارف، ۲۰۲۰). امروزه افسردگی به صورت یک اپیدمی جهانی در نظر گرفته می شود، زیرا در حدود ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان از افسردگی رنج می برند (هرمن، کیلینگ، مک گری، هورتون، سارگنت و پاتل، ۲۰۱۹). افسردگی با شیوع ۱۷ درصد، بالاترین شیوع در بین اختلالات روانپزشکی را دارد. این بیماری می تواند منجر به تجربه ناتوانی و سطوح بالای تنش در فرد شده و احتمال خودکشی را افزایش می دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷؛ کاپلان، ۲۰۱۶). بر طبق مطالعه ای اخیر در یزد، شیوع افسردگی در بین ۹۹۶۵ نفر، ۲۹ درصد گزارش گردید. در مطالعه ای اشاره شده، شیوع افسردگی در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان بود (میرزائی، یاسینی اردکانی، میرزائی و دهقانی، ۲۰۱۹). وجود چنین آماری، لزوم پرداختن به دلایل سبب شناختی افسردگی را به صورت پدیده ای مهم، بیش از پیش نشان می دهد. افسردگی موجب افت کاری و آموزشی، کاهش انگیزه و پیدایش مشکلات خانوادگی می شود و تهدید کننده سلامت زندگی فرد، خانواده و جامعه است (شارپ و لیپسکی، ۲۰۰۲).

پژوهشگران زیادی بر نقش اختلالات روانی در روابط زناشویی تأکید نموده اند. به عنوان مثال ویسمن، یوبلکر و وینستوک (۲۰۰۷) معتقد هستند برخی از اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و سومصرف مواد نسبت به سایر اختلالات، ارتباط بیشتری با مشکلات زناشویی دارند. لمنس، بایسی، هنه و آیسler (۲۰۰۷) در پژوهش خود بر اساس فهرست نشانه های روانی، ۷۷ زوج را به دو دسته افسرده بالینی و عادی تقسیم کردند و به این نتیجه رسیدند که بیماران افسرده، آشفتگی روانشناختی و مشکلات دل بستگی بیشتر و رضایت زناشویی کمتری دارند. زوج های گروه بالینی، در مقایسه با زوج های عادی در تعاملاتشان ساختارمندی کمتر و اجتناب متقابل بیشتری داشتند. البته باید دقت کرد که در این زمینه چند دیدگاه وجود دارد؛ عده ای معتقدند که تعارضات زناشویی به بروز اختلالات روانی منجر می شود و عده ای دیگری نیز بیان می دارند که اختلالات روانی به مشکلات زناشویی منجر می شوند. همچنین در دیدگاه دیگری بیان می شود که الگویی از تاثیر

Depression

Chand & Arif.

Herrman, Kieling, McGorry, Horton, Sargent & Patel.

WHO

Kaplan

Sharp & Lipsky.

Whisman, Uebelacker & Weinstock.

Lemmens, Buysse, Heene & Eisler.

SCL-90

Marital Conflict

پیوسته و دوجانبه بین این دو مقوله وجود دارد (شاهمرادی، فاتحی‌زاده و احمدی، ۱۳۹۰). مطالعه روبلز، اسلچر و ترومبلو (۲۰۱۴) نشان داد تعارضات زناشویی مستقیماً سبب افزایش علائم افسردگی و اختلال در عملکرد و نیز به طور غیرمستقیم سبب افزایش افسردگی از طریق اختلال در عملکرد می‌شوند و تعارضات زناشویی یک عامل خطر ساز مهم برای سلامت روانی در میانسالی و سالمندی است.

دیدگاه‌های جدید در مورد علل بروز افسردگی، کاستی‌هایی را در دو حوزه قابلیت‌های عاطفی و هیجانی نشان می‌دهد: از یک سو، مهارت‌های مربوط به ایجاد رابطه با دیگران و از سوی دیگر شیوه دل‌سرد کننده تعبیر و تفسیر موانع موجود در این راه و عدم توانایی در ایجاد رابطه با دیگران باعث بروز افسردگی می‌شود. افراد افسرده قادر به توصیف و تشخیص احساسات خود

نیستند و بسیار زود رنج، بی‌حوصله و خشن می‌باشند (سالوی و مایر ، ۱۹۹۰). بنابراین، هر چند پالین بودن هوش هیجانی یک ویژگی متفاوت با افسردگی است ، اما این دو سازه روان‌شناختی با هم ارتباط دارند (پارکر ، ۱۹۹۱) و هوش هیجانی از متغیرهای مهم روان‌شناختی در ابتلا به افسردگی است. مفهوم هوش هیجانی را گلن (۱۹۹۵) به صورت گسترده بیان کرد و به آگاهی عموم رساند. وی اظهار داشت که انسان در راستای موفقیت در زندگی به چیزی بیش از بهره هوشی بالا نیاز دارد و آن هوش هیجانی است که شامل خصوصیات چون خودآگاهی، قدرت انجام کار، انعطاف پذیری، خود کنترلی و درک مستقیم

می‌باشد (سهرابی، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش منشئی، مظاهری و خیام‌نکویی (۱۳۹۰) نشان داد که بین هوش هیجانی و افسردگی رابطه معکوسی وجود دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که هوش هیجانی در زندگی زناشویی موثر است (لوسین ، ۲۰۰۶). هولی،

یابیکو و بنین (۲۰۰۶) مشخص ساخت که زوج‌هایی با هوش هیجانی پایین، تعارض زناشویی بیشتری دارند. همچنین صلاحیان، صادقی، بهرامی و شریفی (۱۳۸۹) دریافتند که زوج‌های دارای تحصیلات بیشتر، در ابعاد هوش هیجانی موفقیت بیشتری را نشان می‌دهند و در نتیجه تعارض زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند. زمانی که افراد دارای سطح بالایی از هوش

هیجانی باشند، تعارض رابطه‌ای با احتمال کمتری رخ می‌دهد (مکشین و گلینو ، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی نشان داده است که هوش هیجانی با راهبردهای حل تعارض همبستگی دارد. بارون (۱۹۹۷) نشان داد که هیجان به طور بالقوه تأثیر زیادی بر پیامدهای تعارضات دارد و هیجان‌ات نقش وسیعی در موقعیت‌های تعارض ایفا می‌کند. مالک (۲۰۰۰) نیز همبستگی بین هوش هیجانی با سبک‌های حل تعارض را بررسی کرده و به این نتیجه دست یافته که هوش هیجانی رابطه مثبت و

^۱Robles, Slatcher, Trombello & McGinn.

^۲Salovey & Mayer.

^۳Emotional Intelligence

^۴Parker

^۵Golman

^۶Dyusin

^۷Holley, Yabiku & Benin

^۸McShane & Glinow.

^۹Baron

^{۱۰}Malek

^{۱۱}Conflict Management Styles

معناداری با استراتژی‌های مدیریت تعارض دارد. همچنین مطالعات کاسی و کاسی (۱۹۹۷) نشان داد که افزایش مولفه‌های احترام به نفس و خودآگاهی می‌تواند مهارت‌های مدیریت تعارض را تقویت کند (کرامتی، میرکمالی و رفیعی، ۱۳۸۸). با توجه به اهمیت نهاد خانواده و سلامت روان اعضای آن در ایران از یک طرف و نرخ رشد طلاق طی سال‌های اخیر از طرف دیگر، انجام چنین مطالعاتی در این خصوص ضروری است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی افسردگی با میزان تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض با میانجی‌گری هوش هیجانی انجام شد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری زنان و مردان متأهل دارای شکایت‌های مربوط به علائم و نشانه‌های افسردگی بودند که به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. گروه نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۵۰ فرد متأهل به تعداد ۱۲۱ مرد و ۱۲۴ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند در پژوهش حاضر حداقل حجم نمونه لازم برای مدل معادلات ساختاری رعایت شده است. ملاک‌های ورود شامل سن ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، شکایت از افسردگی به عنوان علت مراجعه به مراکز درمانی است و ملاک‌های خروج عبارت بود از اینکه هنگام پژوهش در حال مصرف دارو باشند، از آخرین باری که دارو مصرف کردن و یا شوک درمانی گرفته‌اند کمتر از شش ماه گذشته باشد. این افراد به صورت داوطلب و با دریافت رضایتنامه کتبی وارد نمونه پژوهشی شدند. در ابتدا به‌طور شفاهی به افراد توضیحات لازم داده شد و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به اتاق معاینه راهنمایی شدند، سپس پرسشنامه‌ها به ترتیب در اختیارشان قرار داده شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. به منظور آزمون مدل تحلیل مسیر مورد نظر، یعنی اثرات افسردگی بر میزان تعارض و سبک‌های حل تعارض، با میانجی‌گری هوش هیجانی از روش تحلیل مسیر با نرم افزار SPSS26 استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس تعارض زناشویی کانزاس^۳ (KMCS): مقیاس تعارض زناشویی کانزاس یک ابزار خودسنجی است که توسط اگمان، ماکسلی و شام به منظور تفکیک زوج‌های پریشان از زوج‌های غیرپریشان ساخته شده و دارای ۲۷ ماده و ۳ عامل برنامه‌ریزی، مشاجره و مذاکره است. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۴ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «به ندرت»، «برخی اوقات» و «تقریباً همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می شود. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۲۷ و ۱۰۸ است و نمرات بالا نشان‌دهنده تعارض کمتر است. نمره ۲۷ تا ۵۴ نشان‌دهنده تعارض زناشویی قوی، نمره بین ۵۴ تا ۶۷ نشان‌دهنده تعارض زناشویی متوسط و نمره بالاتر از ۶۷ نشان‌دهنده تعارض زناشویی ضعیف است. در عامل برنامه‌ریزی، ماده‌های ۵، ۷، ۹ و ۱۱ به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. در عامل مشاجره همه ماده‌ها بجز عبارت «احترام نسبت به شما» (در ماده ۱۶) و در در عامل مذاکره ماده های ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند. مقیاس تعارض زناشویی کانزاس از همسانی درونی عالی و آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ برای مردان در کلیه عامل‌ها و آلفای ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ برای زنان برخوردار می‌باشد. ثبات مقیاس نیز با همبستگی‌های بازآزمایی با طول مدت شش ماه برای سه عامل بسیار خوب است که دامنه ای از ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. مقیاس‌ها از روایی گروه‌های شناخته شده خوبی برای همسران برخوردار بوده و می‌تواند به شکل معناداری بین ازدواج‌های آشفته و غیر آشفته بر حسب رضایت زناشویی تمایز قائل شود. این همبستگی‌ها برای شوهران نیز مثبت بوده است، اما همواره معنادار نبوده است. مقیاس‌های KMCS همچنین از همبستگی با تعدادی از مقیاس‌های دیگر برخوردار می‌باشد که نشان از روایی عالی سازه‌ها دارد. این مقیاس‌ها عبارتند از: همدلی، احترام،

^۳Kasi & Kasi.

^۳Kansas Marital Satisfaction Scale

هماهنگی، چند خرده مقیاس پرسشنامه ارتباطات زناشویی، تفاهم در روابط و جهت گیری هدف زناشویی (اگمان، ماکسلی و شام، ۱۹۸۵).

پرسشنامه سبک های حل تعارض^۴(ROCI-II): پرسشنامه‌ی ROCI-II، توسط رحیم (۱۹۸۳)، برای اندازه گیری سبک های حل تعارض ساخته شد. این پرسشنامه دارای سه نسخه‌ی A، B و C است که نسخه‌ی C دارای ۳۵ ماده و نسخه‌ی A و B دارای ۲۸ ماده و پنج خرده مقیاس می‌باشند که هر خرده مقیاس یک سبک حل تعارض بین فردی را نشان می‌دهد. پنج سبک حل تعارض عبارتند از: سبک یکپارچگی (دارای ۷ عبارت: ۱، ۶، ۷، ۱۷، ۱۸، ۲۴ و ۲۶)، سبک مسلط (دارای ۵ عبارت: ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۰ و ۲۳)، سبک ملزم شده (دارای ۶ عبارت: ۲، ۵، ۸، ۱۶، ۲۵ و ۲۸)، سبک اجتناب کننده (دارای ۶ عبارت: ۳، ۴، ۱۱، ۱۳، ۱۴ و ۲۲) و سبک مصالحه (دارای ۴ عبارت: ۹، ۱۹، ۲۱ و ۲۷) می‌باشد. در این پژوهش از نسخه‌ی B این پرسشنامه استفاده شده است. ماده‌های این مقیاس به شکل لیگرت پنج درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. مقیاس لیگرت در برگزیده‌ی عبارات کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌باشد. رحیم در مطالعه‌ای جامع بر روی یک نمونه ی ۱۲۱۹ نفری به تحلیل اعتبار و پایایی این پرسشنامه پرداخت. تحلیل عوامل، منعکس کننده‌ی پنج سبک حل تعارض بود. محاسبه‌ی ضرایب پایایی با استفاده از بازآزمایی و همسانی درونی برای پنج خرده مقیاس این پرسشنامه، رضایت بخش گزارش شد. در مطالعه‌ی دیگری که توسط رحیم و مگنر صورت گرفت همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ی ۰/۷۲ تا ۰/۷۷ گزارش شد. همسانی درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۱ گزارش شد. در ایران نیز ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط حقیقی، زارعی و قادری (۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفته است که پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ی ۰/۷۱ تا ۰/۷۵ و با روش تصنیف ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این پرسشنامه از پنج عامل یکپارچگی، ملزم شده، اجتنابی، مسلط و مصالحه تشکیل شده است که در مجموع این عوامل ۷۰/۸۱ درصد واریانس کل را تبیین می‌نمایند. در این مطالعه پایایی به دست آمده بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه های سبک یکپارچگی، اجتناب کننده، مسلط، ملزم شده و مصالحه به ترتیب عبارت از ۰/۹۱، ۰/۶۳، ۰/۸۱، ۰/۶۴ و ۰/۶۱ بود.

پرسشنامه افسردگی بک-۵۲(BDI-II): این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای که توسط بک، استیر، بال و رانییری در سال ۱۹۹۶ بازنگری شد؛ علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر ماده شامل یک گویه ۴ جمله‌ای بین صفر تا ۳ نمره است که غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بی‌زاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی و کاهش علائق جنسی را می‌سنجد. نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین صفر تا ۶۳ قرار دارد. مطالعه روانسنجی در مورد ویرایش دوم نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و روایی سازه آزمون در همبستگی با افسردگی هامیلتون (۱۹۶۰) برابر با ۰/۷۱ و ضریب آلفای آن برای دانشجویان ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی آن به فاصله یک هفته برابر با ۰/۹۳ گزارش شده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

^۴Rahim Organisational Conflict Inventory II

^۵Beck's Depression Inventory

^۶Beck, Steer, Ball & Ranieri

پرسشنامه هوش هیجانی (EI): پرسشنامه هوش هیجانی سیبر یا شرینگ دارای پنج زیرمقیاس است: خودآگاهی (۷ سؤال)، خودآگاهی (۸ سؤال)، خودکنترلی (۷ سؤال)، هوشیاری اجتماعی یا همدلی (۶ سؤال) و مهارتهای اجتماعی (۵ سؤال). در کل این پرسشنامه دارای ۳۳ سؤال است. دامنه نمرات برای هر فرد، بین ۳۳ الی ۱۶۵ است. نمره بالا در این مقیاس، نشان دهنده هوش هیجانی بالا است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط جرابکت (۱۹۹۸) مورد تأیید قرار گرفته است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط منصوری (۱۳۸۰) انجام گرفت و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در این پژوهش $32 \pm 5/7$ سال بود و ۱۰ درصد شرکت کنندگان دیپلم، ۸ درصد کاردانی، ۵۲ درصد کارشناسی، ۲۸ درصد کارشناسی ارشد و ۲ درصد دکتری بودند. در این پژوهش قبل از اجرای تحلیل مسیر پیش فرض - های هم خطی، شاخص‌های تحمل و تورم واریانس مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد پیش فرض‌های تحلیل مسیر احراز شده است.

جدول ۱. شاخص‌های نیکویی برازش برای آزمون الگو

مدل	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI	NNFI
مدل پیشنهادی	۱/۷۴۵	۰/۰۷۷	۰/۹۳۵	۰/۸۷۶	۰/۹۳۲	۰/۹۷۱	۰/۹۲۱

در جدول ۱ نتایج نشان داد که شاخص‌های برازش تحلیل مسیر، حاکی از الگوی تحلیل مسیر مطلوب است. برای بررسی برازش الگوهای عاملی از شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی، شاخص بنتلر- بونت (NFI) و تاکر-لویز یا شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI) و شاخص ریشه میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) و معیارهای دیگر (GFI, AGFI, CFI) ، RMR استفاده شده است. بنابراین، با توجه به شاخص‌های به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که شرایط انجام آزمون رعایت شده است. همچنین با توجه به جدول ۱، حاصل مجذور کای بر درجه آزادی نشان دهنده این است که الگوی برازش خوبی دارد. همچنین معیارهای $GFI = 0/935$ و $AGFI = 0/876$ به دست آمده تأیید کننده برازش الگو هستند. الگوی فوق با توجه به اینکه RMSEA برابر با ۰/۰۷۷ است، از برازش خوبی برخوردار است. در الگوی ارائه شده NFI و NNFI به ترتیب برابر با ۰/۹۳۲ و ۰/۹۲۱ است که آن هم نشان از برازش مناسب الگو می‌باشد (الگو در سطح ۰/۰۱ معنادار است).

جدول ۲. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

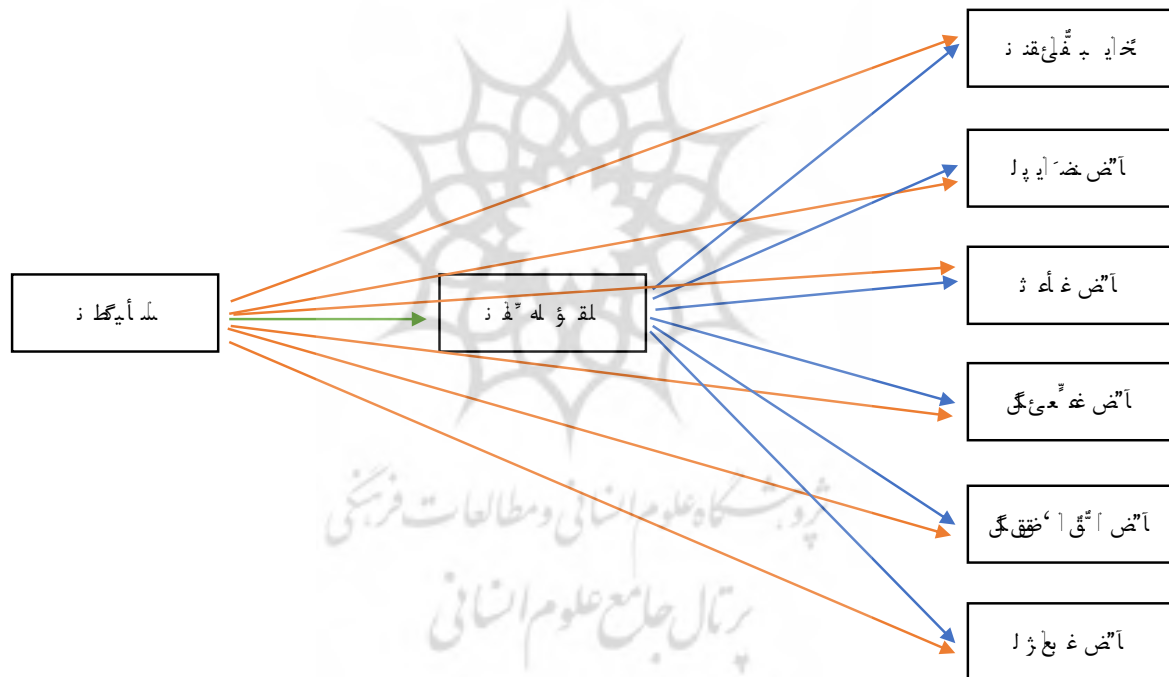
ردیف	متغیر	ضرایب همبستگی							میانگین	انحراف استاندارد
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷		
۱	تعارض	-								
۲	سبک یکپارچه	-۰/۳۸	-						۲۶/۷۵	۶/۸۹
۳	سبک مسلط	۰/۵۴	-۰/۴۱	-					۱۸/۲۴	۴/۵۶
۴	سبک	-۰/۲۶	۰/۲۸*	-۰/۷۰	-				۲۱/۸۴	۵/۷۸

۵	سبک اجتناب کننده	۰/۱۹	۰/۳۱	-۰/۱۸	۰/۲۱	-	۲۳/۹۵	۵/۰۴
۶	سبک مصالحه	-۰/۲۳	۰/۵۹	-۰/۴۲	۰/۲۹	-۰/۲۲	۱۴/۱۷	۳/۸۶
۷	افسردگی	۰/۶۸	-۰/۴۱	-۰/۱۲	۰/۶۴	۰/۷۰*	۴۲/۵۷	۷/۷۴
۸	هوش هیجانی	-۰/۴۱	۰/۴۷	-۰/۵۶	-۰/۶۱	-۰/۴۹	۱۱۳/۲۵	۱۴/۷۳

P<۰/۰۵

P<۰/۰۱

جدول ۲ نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش و همچنین همبستگی بین مولفه‌های هر کدام از متغیرها را گزارش می‌دهد. همانطور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد تمام متغیرها با یکدیگر به طور معناداری همبستگی دارند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که در هر متغیر، مولفه‌های آن با یکدیگر همبستگی بالایی دارد.



تصویر ۱. الگوی برازش شده پیش بینی تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض بر اساس متغیرهای پیش‌بینی

تصویر ۱، بیانگر الگوی برازش شده همبستگی افسردگی با میزان تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض با میانجی‌گری هوش هیجانی است. با توجه به نتایج، می‌توان گفت الگوی پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار است؛ و همانطور که در الگو دیده می‌شود، افسردگی رابطه مستقیم، معنادار و منفی با هوش هیجانی، سبک مسلط، یکپارچه و مصالحه و رابطه مستقیم و معنادار و مثبتی با تعارض زناشویی، سبک ملزم‌شده و اجتناب کننده دارد. علاوه بر این افسردگی با میانجی‌گری هوش هیجانی رابطه غیرمستقیم و معناداری با تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض دارد. همچنین بین افسردگی و سبک‌های مسلط و مصالحه رابطه مستقیمی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. ضریب رگرسیونی مسیرهای ساختاری کلی پژوهش

از سازه	به سازه	بار عاملی (β)	بار عاملی غیر استاندارد (B)	خطای معیار (S.E)	نسبت بحرانی (C.R) یا t	سطح معناداری (P-Value)
افسردگی	هوش هیجانی	-۰/۵۰۴	-۱/۳۶۶	۰/۲۰۱	-۶/۷۹۴	***
افسردگی	تعارض	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳	۰/۰۷۹	۵/۳۵۶	***
افسردگی	سبک یکپارچه	-۰/۳۹۱	-۰/۷۱۳	۰/۱۶۸	-۴/۲۴۵	***
افسردگی	سبک مسلط	-۰/۱۱۵	-۱/۱	۰/۲۱۵	-۵/۱۱۷	***
افسردگی	سبک ملزم شده	۰/۳۴۱	۰/۴۶۹	۰/۱۴۶	۳/۲۱	***
افسردگی	سبک اجتناب کننده	۰/۱۷۸	۰/۳۳۸	۰/۱۱۲	۳/۰۱۴	***
افسردگی	سبک مصالحه	-۰/۴۶۷	-۰/۵۶۷	۰/۱۳۷	-۴/۱۴	***
هوش هیجانی	تعارض	-۰/۴۵۲	-۰/۲۶۲	۰/۰۹۸	-۲/۶۷۳	***
هوش هیجانی	سبک یکپارچه	۰/۵۱۳	۰/۲۲۵	۰/۰۸۳	۲/۷۰۶	***
هوش هیجانی	سبک مسلط	-۰/۱۰۹	-۰/۴۸۵	۰/۱۴۹	-۳/۲۵۶	***
هوش هیجانی	سبک ملزم شده	-۰/۲۱۲	-۱/۶۶۳	۰/۳۰۵	-۵/۴۵۱	***
هوش هیجانی	سبک اجتناب کننده	-۰/۱۳۲	-۰/۹۰۵	۰/۱۴۴	-۶/۲۸۳	***
هوش هیجانی	سبک مصالحه	۰/۳۷۶	۰/۹۲	۰/۱۵۷	۵/۸۶۲	***

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که افسردگی بر هوش هیجانی به میزان حدود ۰/۵۰۴ درصد اثر مستقیم معکوس دارد. همچنین هوش هیجانی به میزان ۰/۴۵۲ درصد بر تعارض زناشویی اثر مستقیم و معکوس دارد. در این جدول مقدار ضریب استاندارد شده که با حداکثر میزان درست نمایی محاسبه شده است، و مقدار t (نسبت بحرانی) و سطح معناداری (P-Value) به دست آمده از متغیرهای تحقیق گزارش شده است. در رابطه با آزمون t چنانچه مقدار t بیشتر از ۱/۹۶ شود بدین معناست که رابطه بدست آمده در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است و با اطمینان ۹۵ درصد رابطه دو متغیر معنی دار است و چنانچه مقدار t بیشتر از ۲/۵۸ شود بدین معناست که رابطه بدست آمده در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنی دار شده است و با اطمینان ۹۹ درصد بین دو متغیر رابطه وجود دارد. بنابراین با توجه به اینکه شاخص t بیشتر از ۱/۹۶ است، می‌توان بیان کرد که تمامی این روابط معنادار هستند.

جدول ۴. ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل برای متغیرهای تحقیق

از سازه	به سازه	اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	اثرات کلی	سطح معناداری (P-Value)
افسردگی	هوش هیجانی	-۰/۵۰۴	۰/۰۰۰	-۰/۵۰۴	***
افسردگی	تعارض	۰/۴۲۳	۰/۲۰۷	۰/۶۳	***
افسردگی	سبک یکپارچه	-۰/۳۹۱	-۰/۲۱۶	-۰/۶۰۷	***
افسردگی	سبک مسلط	-۰/۱۱۵	-۰/۳	-۰/۴۱۵	***
افسردگی	سبک ملزم شده	۰/۳۴۱	۰/۲۵۳	۰/۵۹۴	***
افسردگی	سبک اجتناب کننده	۰/۱۷۸	۰/۱۲۸	۰/۳۰۶	***
افسردگی	سبک مصالحه	-۰/۴۶۷	-۰/۳۰۹	-۰/۷۷۶	***

هوش هیجانی	تعارض	-۰/۴۵۲	۰/۰۰۰	-۰/۴۵۲	***
هوش هیجانی	سبک یکپارچه	۰/۵۱۳	۰/۰۰۰	۰/۵۱۳	***
هوش هیجانی	سبک مسلط	-۰/۱۰۹	۰/۰۰۰	-۰/۱۰۹	***
هوش هیجانی	سبک ملزم شده	-۰/۲۱۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۱۲	***
هوش هیجانی	سبک اجتناب کننده	-۰/۱۳۲	۰/۰۰۰	-۰/۱۳۲	***
هوش هیجانی	سبک مصالحه	۰/۳۷۶	۰/۰۰۰	۰/۳۷۶	***

با توجه به نتایج جدول ۴، اثر غیر مستقیم افسردگی بر تعارض ۰/۲۰۷ است که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این به این معناست که هوش هیجانی می تواند در رابطه‌ی افسردگی و تعارض زناشویی نقش واسطه‌ای داشته باشد. همچنین با توجه به جدول فوق هوش هیجانی می تواند در رابطه‌ی افسردگی و سبک‌های حل تعارض نیز نقش واسطه‌ای داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی افسردگی با میزان تعارض زناشویی و سبک های حل تعارض با میانجی‌گری هوش هیجانی صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین افسردگی با میزان تعارض زناشویی و سبک های حل تعارض همبستگی وجود دارد و نتایج آن با پژوهش‌های بهمنی مکوندزاده و امان الهی (۱۳۹۷)؛ شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۰)؛ هالف و جورجی (۲۰۱۴)؛ پرولکس، هلمز و بوهرلر (۲۰۰۷)؛ ویتوم، اولموس گالو، استنلی، پرادو، کلاین و استی پترز (۲۰۰۷)؛ شمسایی، نیکخواه و جدیدی (۱۳۸۵) و عبداللهی، کافی و شاهقلیان (۱۳۹۰) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می توان گفت تعارضات زناشویی در صورت مزمن شدن سبب بروز افسردگی می‌شوند و به دلیل این که افسردگی افت فراگیر خلق می باشد معمولا همراه با احساس غمگینی عدم توانایی تجربه لذت می‌باشد (بهاجات و حسن ، ۲۰۱۴). در واقع افسردگی نوعی واکنش فرد در برابر فشارهای زندگی است (ویتوم و همکاران، ۲۰۰۷)، که بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می گذارد (روبلز، اسلاتچر، ترومبلا و مک جین ، ۲۰۱۴). می توان گفت که یکی از ابعاد تعارضات زناشویی، کاهش رابطه جنسی زوج‌ها با یکدیگر می‌باشد. با ایجاد اختلافات، میزان تمایل هر یک از زوج‌ها در توجه و محبت و ابراز عواطف مثبت به یکدیگر کاهش یافته، در نتیجه احساس صمیمت، مورد پذیرش واقع شدن و لذت متقابل که می‌تواند تقویت کننده میل جنسی در زوج‌ها باشد، تضعیف می‌شود که در نتیجه زوج‌ها تمایل به داشتن رابطه جنسی با شریک زندگی خود نخواهند داشت. رابطه جنسی کم و ناخوشایند، منشاء تعارضاتی در زوج های مشکل دار است (کین، رایبسنسون، اسکولر، مویرز، پن و روزنهک ، ۲۰۱۶). مطالعه نشان داد رابطه مستقیم و منفی بین افسردگی و سبک حل تعارض یکپارچه و رابطه مستقیم و مثبت بین افسردگی و سبک‌های حل تعارض ملزم‌شده و اجتناب‌کننده وجود دارد که این یافته‌ها همسو است با باباپورخیرالدین (۱۳۸۵). در تبیین ارتباط افسردگی و سبک‌های حل تعارض می‌توان گفت که افرادی که از شیوه‌های حل تعارض سازنده (مانند یکپارچه و

Halif & Gregory.

Proulx, Helms & Buehler.

Whitton, Olmos-Gallo, Stanley, Prado, Kline & St Peters.

Bhagat & Hasan.

Robles, Slatcher, Trombello & McGinn.

Kane, Robinson, Schooler, Mueser, Penn & Rosenheck.

مصالحه) در مقایسه با آنهایی که شیوه‌های غیرسازنده (مانند ملزم‌شده و اجتناب کننده) را به کار می‌برند، دارای سلامت روانشناختی بالاتری هستند. به بیان دقیق‌تر سبک حل تعارض یکپارچه (همراهانه) قوی‌ترین رابطه را با سلامت روانشناختی دارد. این شیوه نشان‌دهنده تبادل اطلاعات و بررسی اختلافها برای رسیدن به راه حل قابل قبول برای طرفین است. در مقابل سبک حل تعارض اجتناب کننده با موقعیت‌های انزوا، اعطای مسئولیت به دیگران، دیگران را مقصر دانستن، خود را کنار کشیدن در ارتباط و احساس گناه کردن است که با سلامت روانشناختی رابطه معکوس دارد. (باباپورخیرالدین، ۱۳۸۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین افسردگی و هوش هیجانی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های خانجانی، حسینی‌نسب و صادقی (۲۰۱۳)؛ منشی و همکاران (۱۳۹۰) و خیری و حسنوند (۲۰۱۱) همسو است. دیدگاه‌های جدید در مورد علل بروز افسردگی، کاستی‌هایی را در دو حوزه قابلیت‌های عاطفی و هیجانی نشان می‌دهد. از یک سو، مهارت‌های مربوط به ایجاد رابطه با دیگران و از سوی دیگر، شیوه دلسرد کننده تعبیر و تفسیر موانع موجود در این راه و عدم توانایی در ایجاد رابطه با دیگران باعث بروز افسردگی می‌شود. افراد افسرده قادر به توصیف و تشخیص احساسات خود نیستند و بسیار زود رنج، بی حوصله و خشن می‌باشند. بنابراین، هرچند پایین بودن هوش هیجانی، یک ویژگی متفاوت با افسردگی است، اما این دو سازه با هم ارتباط دارند و هوش هیجانی از متغیرهای مهم روانشناختی در ابتلا به افسردگی است (منشی و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج این پژوهش در پیشگیری و درمان افسردگی تلویحات مهمی دارد و با توجه به شیوع افسردگی بویژه در دانشجویان باید به اجرای برنامه‌های پیشگیری مناسب در قالب روش‌های افزایش هوش هیجانی توجه کافی را مبذول داشت.

از دیگر یافته‌های پژوهش می‌توان به رابطه منفی هوش هیجانی با تعارض زناشویی، سبک‌های حل تعارض مسلط، ملزم‌شده و اجتناب‌کننده و رابطه مثبت هوش هیجانی با سبک‌های حل تعارض یکپارچه و مصالحه اشاره کرد. این یافته‌ها با نتایج فرزادنی (۱۳۹۰) و رجبی، موسویان‌نژاد و تقی‌پور (۱۳۹۳) همسو است. در تبیین ارتباط بین هوش هیجانی با تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض می‌توان گفت که زوج‌هایی که هوش هیجانی بالاتری دارند، احتمالاً توانایی درک همسر خود را در شرایط تعارض و اختلاف نظر خواهند داشت و عواطف و احساسات خود را آسان‌تر بروز خواهند داد و مانع از طولانی شدن تعارض می‌شوند، در نتیجه روابط مطلوب‌تر، رضایت بیشتر و تعارضات کمتری را تجربه خواهند کرد (شمسایی و همکاران، ۱۳۸۵).

زمانی که علت و چرایی هیجانات فرد برای خودش مشخص نباشد و نتواند هیجانی متناسب با موقعیت را از خود نشان دهد، حالت‌های اضطراب و نگرانی در او بالا بوده و خودآگاهی هیجانی ندارد. همچنین اگر فرد بخاطر احساس نگرانی، عدم امنیت و ترس از شرایط غیرقابل پیش‌بینی و یا ناآشنا نتواند واکنش‌های هیجانی خود را متناسب با موقعیت تنظیم کند، به احتمال زیاد زندگی زناشویی او از این مسائل رنگ گرفته و تاثیر می‌پذیرد (گیست و گیلبرت ، ۱۹۹۶). افرادی که هوش هیجانی پایین‌تری دارند، در مواجهه با استرس‌های زندگی سازگاری و انطباق‌پذیری ضعیف‌تری خواهند داشت و در نتیجه بیشتر به افسردگی، ناامیدی و دیگر پیامدهای منفی زندگی مبتلا می‌شوند. بدیهی است که نقص در مهارت‌های هیجانی همسران در کنار عوامل متعدد دیگر، آثار نامطلوبی بر زندگی مشترک آن‌ها می‌گذارد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین طبق پژوهش فرزادنی (۱۳۹۰)، افراد با هوش هیجانی بالا ترجیح می‌دهند برای حل اختلافات خود از سبک همکاری (یکپارچه) استفاده کنند. سبک یکپارچه با توجه به دو بعد توجه به خواسته‌های خود و خواسته‌های دیگران در سطح بالایی قرار دارد (موریسون ، ۲۰۰۵)؛ بدین مفهوم که افرادی که از این سبک استفاده می‌کنند، منافع همگان را لحاظ می‌کنند. تنها در این صورت است که تعارضات و اختلافات به طور واقعی حل شده و تمامی افراد درگیر از راه حل اختلافات خشنود می‌شوند (فرزادنی، ۱۳۹۰).

در نهایت پژوهش حاضر نشان داد که هوش هیجانی میانجی مناسبی بین افسردگی و تعارض زناشویی و سبک‌های حل تعارض است. در تبیین این رابطه می‌توان به نظریه مایر اشاره کرد که بیان می‌دارد افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند،

Geist & Gillbert.

Morrison

مهارت های اجتماعی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری در حل تعارضات دارند. بنابراین، می توان انتظار داشت که کمتر در زندگی احساس درماندگی و افسردگی کنند. گویا هوش هیجانی بالا نقشی همانند تفکرات سازنده و عقاید کارآمد دارد، ویژگی هایی که در افراد مضطرب و افسرده کمتر از افراد عادی است (سلطانی فر، ۲۰۰۷).

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش های دیگر با محدودیت هایی روبرو بوده است. در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شده است و با توجه به اینکه پرسش نامه ها جنبه خودگزارشی داشتند و نیز تعداد سوالات آنها زیاد بوده، ممکن است که در پاسخ ها سوگیری وجود داشته باشد. ماهیت این مطالعه توصیفی بود، بنابراین نمی توان روابط علی را از آن استخراج کرد. پیشنهاد می شود که این موضوع در مناطق دیگر، بر روی این جمعیت و جمعیت های بالینی و غیر بالینی دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین متغیرهای دیگری نیز به صورت گسترده در ارتباط با افسردگی مورد بررسی قرار گیرند تا بتوان در درمان این افراد، بهتر عمل نمود. همین طور توصیه می شود که از نتایج این پژوهش در مراکز درمانی و مشاوره های دانشجویی توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود.

قدردانی

از همه شرکت کنندگان در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

۱. باباپورخیرالدین، جلیل. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین شیوه های حل تعارض ارتباطی و سلامت روانشناختی دانشجویان. *پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۱(۴)، ۲۷-۴۶.
۲. بهمنی مکوندزاده، پروانه، و امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). پیش بینی افسردگی براساس رضایت، تعارضات و بی ثباتی زناشویی در زنان متأهل شهر اهواز. *دوماهنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۸۰-۱۷۱. <https://doi.org/10.22037/ch.v5i2.18332>
۳. دابسون، کیت استفان، و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ دچار اختلال افسردگی اساسی. *ویژه نامه توانبخشی در بیماری ها و اختلال های روانی*، ۱(۱)، ۸-۲۹، ۸۰-۸۶.
۴. رجبی، غلامرضا، موسویان نژاد، خلیل، و تقی پور، منوچهر. (۱۳۹۳). رابطه ی سبک های دلبستگی و هوش هیجانی با رضایت و تعارض زناشویی در معلمان زن متأهل. *مشاوره کاربردی*، ۴(۱)، ۴۹-۶۶. <https://doi: 10.22055/jac.2014.12562>
۵. شاهمرادی، سمیه، فاتحی زاده، مریم، احمدی، احمد. (۱۳۹۶). پیش بینی تعارض زناشویی از طریق ویژگی های شخصیتی، روانی و جمعیت شناختی زوج ها. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۲(۴۳)، ۳۳-۴۴.
۶. شمسایی، افشین، نیکخواه، حمیدرضا، و جدیدی، محسن. (۱۳۸۵). نقش احساس هویت و هوش هیجانی در رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی کاربردی*، ۱(۲)، ۵۷-۶۷.
۷. عبداللهی، افسانه، کافی، سیدموسی، شاهقلیان، مهناز. (۱۳۹۰). رابطه هوش هیجانی و سبک های مقابله با رضایت و همسازی زناشویی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۷(۲۷)، ۲۷۹-۲۸۷.
۸. فرزادنی، فرزانه. (۱۳۹۱). تاثیر هوش هیجانی بر سبک های مدیریت تعارض در سرپرستاران بیمارستان میلاد تهران. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۰(۲)، ۶۱-۵۳.
۹. کرامتی، محمدرضا؛ میرکمالی، سید محمد؛ و رفیعی، محسن. (۱۳۸۸). رابطه هوش هیجانی با استراتژی های مدیریت تعارض مدیران. *اندیشه های نوین تربیتی*، ۲(۵)، ۹۷-۱۱۰.
۱۰. منصور، بهزاد. (۱۳۸۰). هنجاریابی پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ در بین دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه های تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

۱۱. منشی، غلامرضا، و مظاهری، محمدمهدی، و خیام نکویی، زهره. (۱۳۹۰). رابطه هوش هیجانی و افسردگی در دانشجویان روان شناسی دانشگاه های آزاد اسلامی شهر تهران. یافته‌های نو در روان‌شناسی (روان‌شناسی اجتماعی)، ۶(۱۸)، ۳۵-۴۶.

1. Baron, R. (1997). *Baron emotional quotient inventory*. Tornado: Multi-Health Systems.
2. Bhagat, K., & Hasan, B. (2014). Neuroticism as a Predictors of Marital Satisfaction. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(12), 1527-1528.
3. Chand, S. P., & Arif, H. (2020). Depression. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC.
4. Egeman, K., Moxley, V., & Schumm, W. R. (1985). Assessing Spenses Perceptions of Gottman's Temporal Form in Mmarital Conflict. *Psychological Reports*, 57, 171-181.
5. Geist, R. L., & Gillbert, D. G. (1996). Correlation of expressed and emotion during marital conflict. *Journal of Personality Individual Difference*, 21, 49-60. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00049-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00049-9)
6. Halff, G., & Gregory, A. (2014). Toward an Historically Informed Asian Model of Public Relations. *Public Relations Review*, 40(3), 397-407. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2014.02.028>
7. Herrman, H., Kieling, C., McGorry, P., Horton, R., Sargent, J., & Patel, V. (2019). Reducing the global burden of depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet*, 393(10189), e42-e43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32408-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32408-5)
8. Holley, P., Yabiku, S., & Benin, M. (2006). The relationship between intelligence and divorce. *Journal of Family Issues*, 27(12), 1723-1748. <https://doi.org/10.1177%2F0192513X06291887>
9. Jerabek, I. (1998). *Emotional Intelligence Test - Abridged*. Queendom.com
10. Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., & Rosenheck, R. A. (2016). Comprehensive versus Usual Community Care for First-episode Psychosis: 2-year Outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>
11. Kaplan, B. J. (2016). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-9.
12. Khanjani, Z., Hosseininasab, D., & Sadeghi, F. (2011). The Relationship between Emotional Intelligence with Depression and Anxiety in Meshkinshahr Adolescent Girls. *Journal of Education Training and Assessment*, 3(9), 51-69. [Persian]
13. Kheiri, M., & Hasanvand, B. (2013). Relationship between religious orientation, emotional intelligence and spiritual intelligence with mental health in high school students. *Tabriz Medical Sciences Journal*, 5(9), 141-7. [Persian]
14. Lemmens, G. M. D., Buysse, A., Heene, E., & Eisler, I. (2007). Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Journal of Acta Neuropsychiatrica*, 19(2), 109-117. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2006.00168.x>
15. Lyusin, D. B. (2006). Emotional intelligence as a mixed construct. *Journal of Russian and East European Psychology*, 44(6), 54-68.
16. McShane, S. L., & Glinow, M. A. V. (2010). *Organizational Behavior*. 5th Edition, McGraw Hill.
17. Mirzaei, M., Yasini Ardekani, S. M., Mirzaei, M., & Dehghani, A. (2019). Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Adult Population: Results of Yazd Health Study. *Iran J Psychiatry*, 14(2), 137-146.
18. Morrison, J. (2005). The Relationship between emotional intelligence competencies and Preferred conflict-handling styles: a correlational analysis of selected registered nurses in southern Mississippi. PhD Thesis. Capella University.
19. Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping construct?. *Compr psychiatry*, 32, 387-394. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(91\)90015-5](https://doi.org/10.1016/0010-440X(91)90015-5)
20. Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital Quality and Personal Well being: A ee t alll yii.. *Journal of Marriage and family*, 69(3), 576-593. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x>

21. Rahim, M. A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management journal*, 26(2), 368-376. <https://doi.org/10.5465/255985>
22. Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital Quality and Health: a Meta-analytic Review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140-187.
23. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190%2FDUGG-P24E-52WK-6CDG>
24. Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American family physician*, 66(6), 1001-1009.
25. Sohrabi, F. (2009). Spiritual intelligence, human intelligence. *JMP*, 1(1), 63-6. [Persian]
26. Soltanifar, A. (2007). Emotional intelligence. *JFMH*, 9(35,36), 83-4. [Persian]
27. Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2007). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 830-838.
28. Whitton, S. W., Olmos-Gallo, P. A., Stanley, S. M., Prado, L. M., Kline, G. H., & St Peters, M. (2007). Depressive Symptoms in Early Marriage: Predictions from Relationship Confidence and Negative Marital Interaction. *Journal of Family Psychology*, 21(2): 297-306.
29. WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization.

