



مقایسه هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی در شهرستان شاهرود

صدیقه جهادی^{۱*}، پرویز شریفی درآمدی^۲، سیدشاهرخ آقایان^۳، مریم فرجام‌فر^۳

۱- دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود- واحد علوم و تحقیقات- دانشجوی کارشناسی ارشد.

۲- دانشگاه علامه طباطبایی- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی- گروه روانشناسی- دانشیار.

۳- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- دانشکده پزشکی- گروه روانپزشکی- استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۵

چکیده

مقدمه: اختلالات خلقی از جمله افسردگی اساسی از شایع‌ترین مشکلات روان پزشکی در جوامع مختلف به‌شمار می‌روند. هوش هیجانی به‌عنوان مؤلفه‌ای مهم، در سلامت و بهداشت روانی فرد تأثیر بسیار مهم و ارزشمندی دارد و عزت نفس منبع حمایتی عمده‌ای است که افراد می‌توانند در مقابل رویدادهای منفی زندگی روزمره استفاده نمایند. از طرفی ناگویی خلقی مانع تنظیم هیجان شده و سازگاری فرد را دچار مشکل می‌نماید. پژوهش حاضر با هدف مقایسه هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی و زنان عادی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. حجم نمونه آماری شامل ۶۰ زن (۳۰ نفر افسرده اساسی و ۳۰ نفر عادی) که در بهار و تابستان ۱۳۹۳ به ساختمان پزشکان رسول اکرم (ص) و نور در شهرستان شاهرود مراجعه کرده بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزارهای سنجش شامل مقیاس هوش هیجانی شرینگ، عزت نفس کوپر اسمیت، ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) و مقیاس افسردگی بک «BDI» بود. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

نتایج: تحلیل یافته‌ها نشان داد که بین زنان افسرده اساسی و عادی در سطوح هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از ارتباط و اهمیت هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی در افسردگی است، که می‌تواند در برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی قابل استفاده باشد.

واژه‌های کلیدی: هوش هیجانی، عزت نفس، ناگویی خلقی، افسردگی اساسی.

*نویسنده مسئول: شاهرود- بیمارستان امام حسین (ع)، تلفن: ۰۲۳-۳۲۳۶۶۸۸۱، نمابر: ۰۲۳-۳۲۳۳۳۹۰۲، Email: f_jahadi@yahoo.com

ارجاع: جهادی صدیقه، شریفی درآمدی پرویز، آقایان سیدشاهرخ، فرجام‌فر مریم. مقایسه هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی در شهرستان شاهرود. مجله دانش و تندرستی ۱۱(۱):۱۳۹۵-۱۶-۸.

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین بیماری روانی زمان ما است (۱). داده‌های بین‌المللی بیانگر آنست که نوعی شیوع نوگرایانه افسردگی وجود دارد، شیوعی که پا به پای پذیرش شیوه‌های نوین توسعه، در سراسر دنیا گسترش می‌یابد (۲).

اختلالات افسردگی عبارتند از ناراحتی‌ها و نابسامانی‌های هیجانی و عاطفی که باعث می‌شوند فرد از درون ناراحت باشد و یا نتواند کارها و وظایف خود را خوب انجام دهد. در افسردگی سمپتوم‌های هیجانی و انگیزشی، شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک دیده می‌شود (۳). افسردگی یک حالت خلقی گاه مداوم و ناپایدار است که می‌تواند جنبه‌های مختلفی از زندگی فرد را در بر گرفته و در آنها تداخل نماید (۴). طبق تعریف راهنمای آماری، تشخیصی اختلالات روانی ویرایش پنجم (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-5: (DSM-5) ویژگی اصلی اختلال افسردگی عمده، که گاهی آن را افسردگی یک قطبی نیز می‌نامند، غم شدید، دوری جویی از دیگران و احساس بی‌فایده‌گی و بی‌ارزشی است. علت یک قطبی نامیده شدن این است که در آن اپیزود مانیک وجود ندارد. در این اختلال پنج سمپتوم یا بیشتر در طول یک دوره ۲ هفته‌ای حضور دارند و نشان می‌دهند که عملکرد فرد با عملکرد قبلی او متفاوت شده است. حداقل یکی از معیارها، خلق افسرده یا از دست دادن لذت است (۳). بیماری افسردگی اغلب با کارکرد عادی فرد تداخل داشته و نه تنها باعث آسیب و درد فرد می‌شود، بلکه افرادی که از بیمار مراقبت می‌کنند را نیز مبتلا می‌کند. این بیماری به زندگی خانوادگی و خود فرد آسیب می‌رساند. در مطالعات مربوط به اختلال افسردگی اساسی نشان داده شده است که بخش گسترده‌ای از جمعیت بزرگسالان به این اختلال دچار می‌شوند (۵). راهنمای آماری، تشخیصی اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی عمده در امریکا را در حدود ۷٪ اعلام می‌دارد. تفاوت گروه‌های سنی بسیار زیاد است، طوری که نرخ شیوع در افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله سه برابر نرخ شیوع این اختلال در افراد ۶۰ ساله یا مسن‌تر است. در افرادی که ابتلا به اختلال افسردگی عمده، در اوایل نوجوانی شروع می‌شود، تعداد زنان ۵/۱ تا ۳ برابر تعداد مردان است (۳). نتایج مطالعات مرور شده منتظری و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که شیوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف ایرانی به میزان ۶۹/۵٪ تا ۷۳٪ متغیر است که در این میان افسردگی در زنان و دختران بیش از مردان بود، به طوری که در زنان این میزان ۷/۱ برابر بیش از مردان بود. همچنین شیوع افسردگی در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک بیش از شهرهای بزرگ بود (۶). از آنجا که ابتلاء به این اختلال می‌تواند موجب تغییراتی در حوزه افکار

بیمار و احساس پوچی یا بیهودگی و بی‌مصرفی و باعث بروز افکار و رفتارهای خودکشی در فرد شود لذا توجه به آن از اهمیت بالایی برخوردار است (۵). در مسیر تحولات زندگی اهمیت هوش هیجانی به‌عنوان یک عامل برای سازگاری مناسب با تحولات، بیشتر مشخص شده است (۷). هوش هیجانی به توانایی شناسایی و تشخیص مفاهیم و معانی هیجان‌ها، روابط بین آنها، استدلال کردن و حل مسئله اشاره دارد. افراد با هوش هیجانی بالاتر در مواجهه با وقایع استرس‌آمیز از توان مقابله مؤثرتر برخوردارند، زیرا هیجان‌ات خود را دقیق‌تر درک و ارزیابی می‌کنند. می‌دانند چه موقع و به چه نحوی احساساتشان را بروز دهند و می‌توانند به‌طور مؤثری حالات خلقی خود را تنظیم نمایند (۸). به‌طور کلی مطالعات نشان می‌دهد که هوش هیجانی بیشتر روی همدلی و تعامل مثبت تکیه دارد و کمتر متکی به خصومت و تضاد در روابط بین فردی است (۹). هماتی و میلزورونر (۲۰۰۴) دریافتند که افسردگی با هوش هیجانی ارتباط دارد و افرادی که از افسردگی بالاتری برخوردارند، هوش هیجانی پایین‌تری دارند (۱۰). به‌علاوه، برخی داده‌ها بیانگر این است که سطوح هوش هیجانی در بیماران روانی سرپایی نسبت به جمعیت عام پایین‌تر است. این یافته‌ها از استدلال‌های مبنی بر این که اختلاف در سطوح هوش هیجانی می‌تواند افراد با بیماری روانی را از افراد بدون بیماری روانی متمایز کند و کاستی در هوش هیجانی می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روانی باشد حمایت به‌عمل می‌آورد (۱۱). فر ناندز، بروکال و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند جوانانی که توانایی بیشتری را گزارش کردند و به‌طور آشکاری میان احساسات و تنظیم حالات هیجانی تمایز قائل شدند اضطراب و افسردگی کمتری را صرف‌نظر از سطح عزت‌نفس نشان می‌دهند (۱۲ و ۱۳). همچنین پارکر و همکاران (۱۹۹۱) در پژوهش خود دریافتند که بین خلق افسرده و پایین بودن هوش هیجانی همبستگی وجود دارد و پایین بودن هوش هیجانی در افراد افسرده شیوع بیشتری دارد (۱۴). از مفاهیم دیگری که در بیماران افسرده به شدت مخدوش می‌شود، عزت‌نفس است. بیماری، ناتوانی و نگرش منفی دیگران به فرد، بر عزت‌نفس تأثیر منفی می‌گذارند. اختلال افسردگی باتوجه به طبیعت ناتوان‌کننده و همچنین تغییر نگرش دیگران، خصوصاً خانواده، نسبت به فرد، از مهمترین این بیماری‌ها به‌شمار می‌آید (۱۵).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد هم خصوصیات روان‌شناسی و هم حوادث تنش‌زای زندگی عواملی هستند که سبب خود آزاری عمدی میان افراد جوان می‌شوند. شدت پیشینه‌ی خود آزاری نشان از ارتباط آن با سطوح بالاتر افسردگی و اضطراب، سطوح پایین‌تر عزت‌نفس، و با حوادث تنش‌زای زندگی در عرصه‌های گوناگون زندگی افراد جوان داشته است (۱۶). در این زمینه عزت‌نفس، سازگاری عاطفی، حمایت

(تیلور، پارکر، باگی، ۱۹۹۷)، ناگویی خلقی را پاسخی موقعیتی برای دفاع در برابر افسردگی و آثار استرس در نظر گرفته‌اند (۲۶). به‌منظور پیشگیری و کاهش بار افسردگی و اریه و تدوین راه حل و برنامه‌های اجرایی جهت ارتقای سلامت روان جامعه، آشکارساختن عوامل مرتبط با افسردگی لازم و ضروری به‌نظر می‌رسد. یافته‌های برخی از پژوهش‌ها و مطالعات انجام شده مبین نقش و اهمیت هوش هیجانی و عزت‌نفس در تبیین افسردگی است. باتوجه به ارتباط ناگویی خلقی با کارکردهای اجتماعی آسیب دیده و ناهنجاری‌هایی در روابط، اهمیت ناگویی خلقی در مستعد ساختن افراد به بیماری‌های جسمانی و روانشناختی، همچنین نقش اساسی آن در کاهش مدیریت استرس و تنظیم هیجان، لزوم پژوهش در این زمینه برای پژوهشگران مشخص شده است. با توجه به اینکه طبق بررسی‌های انجام شده هیچ پژوهشی به مقایسه سه متغیر هوش هیجانی، عزت‌نفس و ناگویی خلقی در زنان افسرده و عادی در جامعه ایرانی نپرداخته است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که آیا بین متغیرهای هوش هیجانی، عزت‌نفس و ناگویی خلقی در زنان با افسردگی اساسی و عادی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه زنان مراجعه‌کننده به مطب روانپزشکان در ساختمان پزشکان رسول اکرم و مجتمع نور در بهار و تابستان ۱۳۹۳ است. گروه افسرده (مورد) شامل ۳۰ نفر از زنان افسرده که به‌صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند و باتوجه به ملاک‌های راهنمای، تشخیصی و آماري اختلالات روانی ویرایش پنجم Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) روانپزشک آنها را دارای اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده بود. دوره افسردگی اساسی باید لااقل دو هفته طول بکشد و پنج علامت یا بیشتر از فهرستی شامل خلق افسرده، از دست دادن علاقه یا لذت تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار خودکشنده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد. ملاک‌های ورود برای نمونه بالینی عبارت بود از: ۱- رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش. ۲- نداشتن اختلال شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی. ۳- تشخیص اختلال افسردگی اساسی. ۴- سن ۲۰ تا ۵۰ سال. ۵- متأهل بودن. ۶- تحصیلات دیپلم و بالاتر. پرسشنامه‌ها در اختیار روانپزشک قرار گرفت تا باتوجه به ملاک‌های ورود توسط بیمارانی که تشخیص افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند تکمیل شود. حجم نمونه گروه عادی (شاهد) شامل ۳۰ نفر از زنان، که به‌عنوان همراهان بیماران مراجعه‌کننده به مطب روانپزشکان

مثبت از سوی اجتماع و سلامت تجربی عوامل قدرتمندی هستند که می‌توانند خطر رفتار خودکشی میان نوجوانان در معرض خطر را کاهش دهند (۱۷). کوپر اسمیت (۱۹۶۷) با مطالعه در مورد عزت‌نفس به این نتیجه رسید که افراد دارای عزت‌نفس بالا در مقایسه با افراد با عزت‌نفس پایین استرس، اضطراب، درماندگی و نشانه‌های روان تنی کمتری دارند و حساسیت کمتر نسبت به شکست و انتقاد دارند (۱۸). پژوهش‌های علمی نشان داده‌اند که در افراد گوشه‌گیر، تنها، منزوی باحساس کمرویی شدید و عزت‌نفس ضعیف، بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است، درحالی‌که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شوند (۱۹). نتایج پژوهش فرانک و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که بین افسردگی و کاهش عزت‌نفس رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۰). آلکسی تایمیا به‌عنوان یک پدیده هیجانی شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرآیند بازداری خودکار اطلاعات و احساسات هیجانی به‌وجود می‌آید. برخی محققان اختلال درسیستم لیمبیک، جانبی شدن ناپه‌نچار مغز و یا اشکال در کارآمدی ارتباط بین نیمکره‌ای را در ایجاد آن مؤثر دانسته‌اند. اما آلکسی تایمیا در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماري اختلال‌های روانی به‌عنوان یک اختلال روانی طبقه‌بندی نشده، بلکه ویژگی‌ای است که از شخصی به شخص دیگر از لحاظ شدت متفاوت می‌باشد (۲۱). ناگویی خلقی (آلکسی تایمیا) ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌باشد و سازه‌ای است چند و جهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و تهیج‌های بدنی مربوطه انگیزختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات. افراد مبتلا به ناگویی خلقی، تهیج‌های بدنی به‌نچار را بزرگ می‌کنند و نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند (۲۲). لی ویک و دیگران (۲۰۱۲) به بررسی شیوع ناگویی خلقی و اختلافات حوزه‌های مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-۲۰) در اختلالات روانی گوناگون پرداختند. آنها گزارش کردند که اختلالات افسردگی رابطه‌ای معنادار با نمره‌ی مجموع مقیاس ناگویی خلقی تورنتو -۲۰ بالاتر و رابطه‌ای خاص با نمره‌ی مقیاس فرعی ناگویی خلقی تورنتو (مشکل در توصیف احساسات) دارند (۲۳). علائم افسردگی ممکن است به‌عنوان میانجی بین ناگویی خلقی و اختلال روانپزشکی عمل نماید. در واقع افراد با اختلال افسردگی ممکن است ویژگی‌های کلیدی ناگویی خلقی به‌عنوان مثال دشواری در شناسایی احساسات و احساس بدنی را داشته باشند، (۲۴) هس و فلویید (۲۰۰۸) در پژوهشی تحت عنوان کفایت هیجانی و تعامل بین فردی نشان دادند که افراد مبتلا به ناگویی خلقی در مقایسه با هم‌تایان عادی خود، دارای روابط اجتماعی کمتری هستند و پیام‌های کمتری را نیز دریافت می‌کنند (۲۵). تعدادی از متخصصان،

توسط عبدالله‌نژاد که ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان سال سوم و چهارم دبیرستان و ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران شرکت داشتند، ضریب اعتبار حاصله برای هر گروه نمونه بیشتر از ۰/۸۰ بود (۳۰). این پرسشنامه توسط باگی، تیلور، و پارکر در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو یک پرسشنامه خود سنجی و ۲۰ سؤالی است که سه بعد دشواری در شناسایی احساس‌ها (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ سؤال)، و تفکر برون مدار (۸ سؤال)، را در اندازه‌های ۵ درجه لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف)، تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. ویژگی‌های روان سنجی مقیاس ناگویی خلقی در پژوهش‌های متعددی بررسی و تأیید شده است (۲۱). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و ۳ زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر برون مدار (عینی) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲، محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس است (۳۱).

پرسشنامه آزمون استاندارد شده افسردگی بک به وسیله بک در سال ۱۹۶۰ در دانشگاه پنسیلوانیا طراحی و استاندارد شده است (۳۲). که شامل ۲۱ مورد سؤال خود گزارشی است که هر سؤال یک بعد از افسردگی را می‌سنجد و از صفر تا ۳ درجه بندی شده است. نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است (۳۳). در ایران در مطالعه قاسمی و همکاران در اندازه‌گیری روایی و پایایی پرسشنامه، پرسشنامه به وسیله ۱۲۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تکمیل شد و پیوستگی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی آن با $r=0/78$ به تأیید رسید. براساس نمره‌گذاری این پرسشنامه، نمره‌های ۰-۹ فاقد افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ افسردگی شدید به شمار می‌رود (۳۴). داده‌های پژوهش به وسیله نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA برای مقایسه هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی در زنان افسرده و عادی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

افراد مورد مطالعه در این پژوهش در محدوده سنی ۵۰-۲۰ سال قرار داشتند و تمام آنان متأهل و دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس‌های هوش هیجانی، عزت نفس و ناگویی خلقی در دو گروه افسرده و عادی در جدول ۱ گزارش شده است.

با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری چهارگانه (ردیابی فیلا، لامبدای ویلکس، هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی) مشخص گردید

به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود برای گروه عادی عبارت بود از: ۱- رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش. ۲- کسب نمره ۹-۰ در پرسشنامه افسردگی بک. ۳- نداشتن سابقه بستری در بیمارستان روانی. ۴- عدم مراجعه به روانپزشک. ۵- سن ۲۰ تا ۵۰ سال. ۶- متأهل بودن. ۷- تحصیلات دیپلم و بالاتر.

پرسشنامه‌ها در اختیار منشی روانپزشکان قرار گرفت، تا توسط همراهانی که ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش را دارا بودند تکمیل شود. پژوهشگر در جریان پژوهش بر نحوه توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها نظارت داشت.

۵- ابزار گردآوری اطلاعات:

انجام این تحقیق و ارزیابی سؤال‌های پژوهش از طریق چهار آزمون انجام گرفت:

فرم اصلی این آزمون در سال ۱۹۹۹ توسط سیبیریا شرینگ (Cyberia-Shrink s) تهیه شده، دارای ۷۰ عبارت و شامل دو قسمت است.

فرم ۳۳ عبارتی این پرسشنامه شامل زیر مقیاس‌های خود انگیزی به تعداد ۷ عبارت، خود آگاهی به تعداد ۸ عبارت، خود کنترلی به تعداد ۷ عبارت، هشیاری اجتماعی به تعداد ۶ عبارت و مهارت‌های اجتماعی به تعداد ۵ عبارت است و با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (هیچ وقت = ۵ تا همیشه = ۱) بعضی از عبارت‌ها به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (هیچ وقت = ۱ تا همیشه = ۵). همسانی درونی این آزمون در نمونه ایرانی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازه این آزمون نیز مناسب گزارش شده است (۲۷). این پرسشنامه را منصور بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی کرده است. در بررسی روایی، منصوری از رویای بسازه (Construct) از نوع همگرا (Convergent) استفاده کرد و نشان داد که هوش هیجانی سیبیریا شرینگ با پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت همبستگی معناداری ($r=0/63$) دارد (۲۸).

این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ توسط کوپر اسمیت ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر پنج موضوع است که عبارتند از انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده، خود و آینده و دارای چهار خرده مقیاس است، که عبارت است از: ۱- عزت نفس کلی، ۲- عزت نفس اجتماعی (همسالان)، ۳- عزت نفس خانوادگی (والدین)، ۴- عزت نفس تحصیلی (آموزشی). این آزمون دارای ۵۸ سؤال و ۸ سؤال دروغ‌سنج است این سؤالات دو گزینه‌ای با گزینه‌های «بلی» و «خیر» است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت صفر و یک است. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد می‌تواند بگیرد صفر و حداکثر پنجاه خواهد بود ویژگی‌های آماری پرسشنامه «عزت نفس کوپر اسمیت» در تحقیقات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹). در ایران در تحقیقی

جدول ۱- شاخص‌های آمار توصیفی مرتبط با متغیرهای هوش هیجانی، عزت‌نفس و ناگویی خلقی

متغیرها	گروه مورد (افسرده) n=۳۰	گروه شاهد (عادی) n=۳۰
هوش هیجانی		
خود انگیزی	۳/۲۸±۱۹/۰۶	۱/۶۸±۲۰/۲۶
خودآگاهی	۳/۸۴±۲۱/۴۰	۲/۷۷±۲۸/۸۶
خودکنترلی	۳/۷۵±۱۵/۰۶	۳/۱۸±۳/۱۸
هشیاری اجتماعی	۳/۲۳±۱۶/۱۳	۲/۵۰±۲۳/۱۰
مهارت‌های اجتماعی	۳/۴۸±۱۲/۹۶	۲/۸۳±۱۸/۹۰
هوش هیجانی کل	۹/۸۵±۶۳/۸۴	۶/۶۴±۱۱۷/۲۶
عزت‌نفس		
عزت‌نفس عمومی	۳/۹۷±۱۱/۵۰	۳/۰۴±۲۲/۳۶
عزت‌نفس اجتماعی	۱/۷۰±۴/۲۶	۰/۹۸±۶/۲۶
عزت‌نفس خانوادگی	۲/۰۳±۴/۰۶	۱/۰۷±۷/۱۳
عزت‌نفس تحصیلی	۱/۸۶±۳/۸۰	۱/۴۶±۶/۸۳
عزت‌نفس کل	۶/۷۵±۲۳/۶۳	۴/۷۰±۴۲/۶۰
ناگویی خلقی		
دشواری در شناسایی احساسات	۵/۸۷±۲۶/۷۰	۵/۲۰±۱۴/۶۳
دشواری در توصیف احساسات	۳/۱۲±۱۷/۶۶	۳/۵۰±۱۴/۱۶
تفکر برون مدار	۴/۲۳±۲۸/۴۶	۳/۳۶±۲۸/۳۶
ناگویی خلقی کل	۱۰/۸۳±۷۲/۸۳	۹/۳۳±۵۷/۱۶

مقایسه عزت‌نفس اجتماعی زنان مشاهده می‌شود که زنان عادی (با میانگین ۶/۲۶) بیشتر از زنان افسرده (با میانگین ۴/۲۶) از عزت‌نفس اجتماعی بالاتری برخوردارند. مقایسه عزت‌نفس خانوادگی نیز نشان می‌دهد که زنان عادی (با میانگین ۷/۱۳) بیشتر از زنان افسرده (با میانگین ۴/۰۶) از عزت‌نفس خانوادگی برخوردارند. با مقایسه

ارتباط معنی‌داری بین خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته هوش هیجانی، عزت‌نفس و ناگویی خلقی وجود دارد. بنابراین، آزمون اثرات متغیرهای بین گروهی (MANOVA) مطرح می‌گردد.

باتوجه به مدل‌های تجزیه و تحلیل واریانس چندگانه مشخص شد، که تفاوت معنی‌داری بین متغیرهای وابسته خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در سطح $\alpha=0/01$ در دو گروه افسرده و عادی وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌ها مشاهده می‌شود که زنان عادی (با میانگین ۲۸/۸۶) بیشتر از زنان افسرده (با میانگین ۲۱/۴۰) دارای خودآگاهی می‌باشند. همچنین، با مقایسه خودکنترلی زنان مشاهده می‌شود که زنان عادی (با میانگین ۲۶/۱۳) نسبت به زنان افسرده (با میانگین ۱۵/۰۶) از خودکنترلی بالاتری برخوردارند. مقایسه هشیاری اجتماعی نیز نشان می‌دهد که زنان عادی (با میانگین ۲۳/۱۰) بیشتر از زنان افسرده (با میانگین ۱۶/۱۳) از هشیاری اجتماعی برخوردارند. با مقایسه مهارت‌های اجتماعی نمونه‌های تحقیق، می‌توان عنوان نمود که زنان عادی (با میانگین ۱۸/۹۰) میانگین بالاتری را نسبت به زنان افسرده (۱۲/۹۶) نشان می‌دهند. همچنین تفاوت معنی‌داری بین متغیرهای وابسته عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانوادگی و عزت‌نفس تحصیلی در سطح $\alpha=0/01$ در دو گروه افسرده (مورد) و عادی (شاهد) وجود دارد. با رجوع به میانگین‌ها مشاهده می‌شود که زنان عادی (با میانگین ۲۲/۳۶) بیشتر از زنان افسرده (با میانگین ۱۱/۵۰) دارای عزت‌نفس عمومی می‌باشند. همچنین، با

جدول ۲- جدول MANOVA-ONE WAY مرتبط با متغیر هوش هیجانی، عزت‌نفس و ناگویی خلقی

اثر	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
گروه	خودانگیزی	۲۱/۶۰	۱	۲۱/۶۰	۳/۱۶	۰/۰۸۰	۰/۰۵
	خودآگاهی	۸۳۶/۲۶	۱	۸۳۶/۲۶	۷۴/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	خودکنترلی	۱۸۳۷/۰۶	۱	۱۸۳۷/۰۶	۱۵۱/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	هشیاری اجتماعی	۷۲۸/۰۱	۱	۷۲۸/۰۱	۸۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	مهارت‌های اجتماعی	۵۲۸/۰۶	۱	۵۲۸/۰۶	۵۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	عزت‌نفس عمومی	۱۷۷۱/۲۶	۱	۱۷۷۱/۲۶	۱۴۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	عزت‌نفس اجتماعی	۶۰	۱	۶۰	۳۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	عزت‌نفس خانوادگی	۱۴۱/۰۶	۱	۱۴۱/۰۶	۵۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	عزت‌نفس تحصیلی	۱۳۸/۰۱	۱	۱۳۸/۰۱	۴۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	دشواری در شناسایی احساسات	۲۱۸۴/۰۶	۱	۲۱۸۴/۰۶	۷۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	دشواری در توصیف احساسات	۱۸۳/۷۵	۱	۱۸۳/۷۵	۱۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	تفکر برون مدار	۰/۱۵	۱	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۹۲۰	۰/۰۱

بین متغیرهای وابسته دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات در سطح $\alpha=0/01$ در دو گروه افسرده و عادی نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌ها مشاهده می‌شود که زنان افسرده (با میانگین ۲۶/۷۰) بیشتر از زنان عادی (با

عزت‌نفس تحصیلی نمونه‌های تحقیق، می‌توان عنوان نمود که زنان عادی (با میانگین ۶/۸۳) میانگین بالاتری را نسبت به زنان افسرده (۳/۸۰) نشان می‌دهند.

است می‌توان نتیجه گرفت که زنان افسرده از عزت‌نفس پایین‌تری نسبت به زنان عادی برخوردارند. این یافته با نتایج تعدادی از مطالعات (۴۶-۵۱) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت احتمالاً، عزت‌نفس به مثابه یک سرمایه ارزشمند حیاتی، از مهم‌ترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت‌هاست. عزت‌نفس، بر همه افکار، ادراک‌ها، هیجان‌ها، آرزوها، ارزش‌ها و اهداف شخص نفوذ دارد و کلید رفتار اوست. روانشناسان معتقدند که احساس بی‌ارزشی عمیق یا فقدان عزت‌نفس ریشه بسیاری از ناهنجاری‌های روانی است که در میان افراد انسانی دیده می‌شود. عزت‌نفس نقش بارزی در ظهور مجموعه‌ای از اختلال‌های روانی و مشکلات اجتماعی از قبیل افسردگی، اضطراب، خشونت، سوء مصرف مواد و رفتارهای مخاطره‌آمیز ایفا می‌کند (۵۲). مشکلات ناشی از عزت‌نفس ضعیف نه تنها منجر به درد و رنج فردی می‌شود بلکه بارگرانی نیز بر جامعه تحمیل می‌کند. عزت‌نفس ضعیف می‌تواند به نازرنده‌سازی شخصی، ایجاد نگرش‌های مخرب، آسیب‌پذیری روان پزشکی، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پر خطر منجر شود (۵۲). بنابراین هر کوششی جهت افزایش عزت‌نفس مستقیماً سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یافته‌ها همچنین بیانگر آن است که زنان افسرده بیشتر از زنان عادی در بعد شناسایی احساسات، بعد دشواری در توصیف احساسات دارای مشکل می‌باشند. و نهایتاً مقایسه میانگین‌های بعد تفکر برون مدار نشان می‌دهد تفاوت زنان افسرده و عادی ناچیز است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت. زنان افسرده از ناگویی خلقی بیشتری نسبت به زنان عادی برخوردارند. این یافته با نتایج تعداد زیادی از مطالعات (۱۱، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۳۱، ۴۳، ۵۳-۵۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت احتمالاً ناگویی خلقی یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان‌های خود و دیگران ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتواند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردد، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند و این ناتوانی باعث مختل شدن سازمان عواطف و شناخت‌های آنان می‌گردد. وقتی فرد نتواند به خوبی هیجان‌های خود را تخلیه کند و یا احساسات و عواطف خود را به صورت کلامی ابراز نماید، جزء روان‌شناختی ابراز هیجان از جمله افسردگی و اضطراب، افزایش می‌یابد و هوش هیجانی فرد کاهش پیدا می‌کند. همچنین علائم اضطرابی و افسردگی به مرور باعث احساس نومیدی و درماندگی و در نتیجه افزایش علائم ناگویی خلقی، مانند دشواری در شناسایی و بیان احساس‌های فرد می‌گردد (۴۳). البته پژوهش ساری جاروی و همکاران نشان داد که بین ناگویی خلقی و

میانگین (۱۴/۶۳) در شناسایی احساسات دارای دشواری می‌باشند. همچنین، با مقایسه دشواری در توصیف احساسات مشخص می‌شود که زنان افسرده (با میانگین ۱۷/۶۶) بیشتر از زنان عادی (با میانگین ۱۴/۱۶) در توصیف احساسات دارای مشکل می‌باشند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین زنان افسرده اساسی و عادی در سطوح هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های آن خود آگاهی، خود کنترلی، هشیاری اجتماعی و مهارت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بالاترین میزان هوش هیجانی ابتدا در خودکنترلی، پس از آن هشیاری اجتماعی، سپس خودآگاهی و مهارت اجتماعی و در نهایت خودانگیزی وجود دارد و نمره کلی هوش هیجانی در زنان عادی به‌طور معناداری بیشتر از زنان افسرده است. با توجه به بررسی‌های به‌عمل آمده پژوهشی که مستقیماً به مقایسه این سه متغیر در این دو گروه پرداخته باشد یافت نشد، اما پژوهش‌های چندی به بررسی این متغیرها به‌صورت مجزا پرداخته‌اند که همسو با یافته‌های پژوهش حاضرند. این یافته با نتایج تعداد زیادی از مطالعات (۱۱-۱۴ و ۳۵-۴۹) که همگی بر اهمیت هوش هیجانی در افسردگی و همچنین پایین بودن هوش هیجانی در افراد افسرده تأکید کرده بودند، مطابقت دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ به‌نظر می‌رسد هوش هیجانی مانند یک ساز و کار، باعث افزایش قابلیت هیجانی فرد شده و سبب مقابله مؤثر می‌شود که خود این امر در کاهش افسردگی مؤثر است. در واقع همان‌طور که فیلیس و پیتمن (۲۰۰۷) اشاره می‌کنند، درک و فهم و مدیریت بهتر هیجان در افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، از گسترش سبک هیجانی ناسازگار که با اختلالات خلقی و اضطرابی ارتباط دارد، جلوگیری می‌کند (۴۴). به‌علاوه نتایج نشان داده‌اند افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند تمایل دارند تا خلق مثبت‌تری داشته باشند و همچنین برای اصلاح خلقشان بعد از یک رویداد خلقی منفی، توانمندی بیشتری دارند (۴۵). در مقابل هوش هیجانی پایین‌تر با تجربه کسالت، بی‌احساسی، عدم علاقه، عدم اشتیاق و لذت همراه است بنابراین با این نوع گرایش‌ها در افراد دارای هوش هیجانی پایین وجود افسردگی بالاتر قابل توجیه می‌باشد.

همچنین داده‌های پژوهش نشان می‌دهد بین زنان افسرده اساسی و عادی در سطوح عزت‌نفس و زیر مقیاس‌های آن شامل، عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بالاترین میزان عزت‌نفس ابتدا در عزت‌نفس عمومی، پس از آن عزت‌نفس خانوادگی، سپس عزت‌نفس تحصیلی و در نهایت عزت‌نفس اجتماعی وجود دارد. و نمره کلی عزت‌نفس در زنان عادی به‌صورت معناداری بیشتر از زنان افسرده

9. Petrovici A, Dobrescu T. The role of emotional intelligence in building interpersonal communication skills. *Social and Behavioral Sciences* 2014;116:1405-10.
10. Hemmati T, Mills JF, Roner DG. The validity of the bar-on emotional intelligence quotient in an offender population. *Personality and Individual Differences* 2004;37:659-706.
11. Onur E, Alkin T, Sheridan MJ, WIS TN. Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Q* 2013;4:303-11.
12. Fernández-Berrocá P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research* 2006;4:16-27.
13. Balluerka N, Aritzeta A, Gorostigaa A, Gartzia L, Soroaa G. Emotional intelligence and depressed mood in adolescence: A multilevel approach. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2013;13:110-17.
14. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression: Distinct or overlapping construct? *Compr psychiatry* 1991;32:387-94.
15. Parjbar F, Rahbari SH, Mohtashami J, Nasiri Oskuee N. Correlation between family processes and self-esteem in depressed patients. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013;1:66-73.[Persian].
16. Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, de Wilde EJ, et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2011;20:499-508.
17. Herrero AA, Sábado JT, Benito JG. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today* 2014;34:520-5.
18. Coopersmith ST. *The antecedents of self esteem*. 1st ed. San Francisco: Freeman;1967.
19. Dorothy R. *Keys of education of the basic life skills in the children and adolescent*. Translated to Persian by: Qytasy A. 1st ed. Tehran: Saber pub;2012.
20. Franck E, De Raedt R, Houwer D. Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:2448-55.
21. Mazaheri M, Afshar H. On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010;12:466-75.[Persian].
22. Ahadi B. Role of alexithymia personality features in predicting psychopathological symptoms in patients with major depression's. *Res Behavsci* 2009;1:25-32.[Persian].
23. Leweke F, Leichsenring F, Kruse J, Hermes S. Is alexithymia associated with specific mental disorder? *Psychopathology* 2012;45:22-8.
24. Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, Hintikka J, Haatainen K, Rissanen T, et al. Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Psychosomatic Research* 2010;68:269-73.
25. Hesse C, Floyd K. Affectionate experience mediates the effects of alexithymia on mental health and interpersonal relationships. *Journal of Society and Personal Relationships* 2008;25:793-810.
26. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of a vector regulation alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
27. Amirpour B. *the relationship between emotional intelligence, happiness and social self- steem in students of payam nor*. Research Projects Completed 2009.[Persian].

اضطراب و افسردگی رابطه علت و معلولی وجود ندارد و این بیماری پدیده‌ای وابسته به حالت است و با افزایش آن احتمال افزایش اضطراب و افسردگی بیشتر و هوش هیجانی کمتر خواهد شد. وقتی علایم افسردگی افزایش می‌یابد، اشخاص در شناخت احساسات خود دچار مشکل می‌شوند و قادر به در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران نیستند (۶۰).

از جمله محدودیت‌های تحقیق می‌توان به آزمون‌های مورد استفاده که از نوع خود گزارش دهی می‌باشد، اشاره کرد در استفاده از این آزمون‌ها احتمال گزارش بیش از اندازه یا کمتر از اندازه متغیرهای مورد پژوهش وجود دارد. انجام پژوهش بر روی زنان متأهل و حجم کوچک گروه نمونه مانع از تعمیم نتایج به کل جامعه می‌باشد. کمبود پژوهش‌های مرتبط برای مقایسه و نتیجه‌گیری از دیگر محدودیت‌های تحقیق بود پیشنهاد می‌گردد مشابه این تحقیق با استفاده از سایر آزمون‌های جهت مقایسه نتایج حاصله و با نمونه بزرگتر و در جمعیت‌ها و گروه‌های سنی دیگر انجام شود همچنین درمانگران در درمان افراد مبتلا به افسردگی، گنجاندن برنامه‌های آموزشی هوش هیجانی و عزت‌نفس، را به‌عنوان بخشی از درمان مورد توجه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

از اشخاصی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند از اساتید، روانپزشکان و منشی‌های روانپزشکان که با همکاری صمیمانه آنان اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Kaplan HJ, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins;1998:538-40.
2. Goleman D. *Emotional intelligence, emotional self-awareness, self-control, empathy, and helping others*. Translated to Persian by: Parsa N. Tehran: rushed pub;2012.
3. Ganji M. *Abnormal psychology based on DSM-5*. Tehran: Savalane;2013.p.397-413.
4. Musarezaie A, Momeni-Ghaleghasemi T, Usarezaie N, Khodae M. Investigate the prevalence of depression and its association with demographic variables in employees. *Psychiatric-Nursing* 2014;2:37-45.[Persian].
5. Rajabi M, Roshan R, Jamiliyan HR. Comparison of anger and guilt-feeling in patients major depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Shahed University* 2012;19.[Persian].
6. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A. Depression in Iran: A systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh* 2013;12:567-94.[Persian].
7. Bakhshi Surshjani L. The relationship between emotional intelligence and mental health and academic performance of male and female students of Islamic Azad University Behbahan. *J Knowledge Res Sci* 2008;22:97-116.[Persian].
8. Rostami R, Shahmohamadi KH, Ghaedi GH, Beshart MA, Zardkhaneh S, Nosrat Abadi M. The relationship self-efficacy with emotional intelligence and perceived social support in students of Tehran university. *J Gonabad Univ Med Sci* 2010;16:46-54.[Persian].

28. Mansori B. The standardization of emotional intelligence inventory Siberia shearing in between MA students of Tehran university [dissertation]. ,2001.[Persian].
29. Coopersmith ST, Cohler BJ. Connection and the mind New Haven, CT: Yale University;1985.
30. Abdolanejad M. The Relationship between Irrational beliefs and Self-Esteem among the students art and education of Islamic Azad university Markaz, Master Thesis;1998.
31. Besharat MA. The relationship alexithymia with anxiety, depression, psychological distress and psychological well-being. Scientific-Research Psycholog Tbriz Univ 2008;3.[Persian].
32. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988;8:77-100.
33. Baghiani Moghaddam MH, Ehmpoush MH, Rahimi B, Aminian AH, Aram M. Prevalence of depression among successful and unsuccessful student of public health and nursing-midwifery schools of Shahid Sadoughi University of Sciences in 2008. *The Journal of Medical Education and Development Center* 2008;6:17-24. [Persian].
34. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition: BDI -II -Persian. *Depression and Anxiety* 2005;21:185-92. [Persian].
35. Ebrahimi M, Esmaeili AA, Ghani Far MH. Comparison of emotional intelligence and postpartum depression between mothers with natural vaginal delivery and cesarean. *J Birjand Univ Med Sci* 2013;11:55-62. [Persian].
36. Askarian Moghadam Zanjani H. Association between emotional comparison of emotional intelligence and identity styles in women with major depression and normal women. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2013;14:109-19. [Persian].
37. Monsheai GHR, Mazaheri M, kayam Nikoyiz. The relation emotional intelligence, anxiety and depression in psychology students of Islamic Azad University Thehran. *J Psychology* 2010;6:35-46. [Persian].
38. Khanjani Z, Hossani Nasab D, Sadeghi F. The study of relationship emotional intelligence with depression and, anxiety female adolescents Meshkinshahr. *Journal of Education* 2010;3:51-69. [Persian].
39. Herrero AA, Sábado JT, Benito JG. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today* 2014;34:520-5.
40. Lloyd SJ, Malek-Ahmadi M, Barclay K, Fernandez MR, Chartrand MS. Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012;55:570-3.
41. Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Research* 2009;166:63-8.
42. Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being, and health correlates of trait emotional intelligence. In: *personality and individual differences. Edinburgh Research Explorer* 2005;38:547-58.
43. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J, Psychosom Res* 2001;51:729-33.
44. Phillips TM, Pittman JF. Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of Adolescence* 2007;30:1021-34.
45. Schutte NS, Malouff JM, Simunek M, Hollander S, McKenley J. Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion* 2002;16:769-86.
46. Azizi M, Khamseh F, Rahimi A, Barati M. The relationship between self-esteem and depression in nursing students of a selected medical university in Tehran. *Psychiatric Nursing* 2013;1:28-34.[Persian].
47. Alboukordi S, Noury R, Nikoosiyar Jahromi M, Zahedian SF. The relationship between self-esteem and social support with depression in male prisoners. *J Mazand Univ Med Sci* 2010;20:62-8. [Persian].
48. Doron J, Thomas-Ollivier V, Vachon H, Fortes-Bourbousson M. Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences* 2013;55:515-20.
49. Enache RG. The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Social and Behavioral Sciences* 2012;33:124-7.
50. Jagannath V, Unnikrishnan B, Hegde S, Ramapuram JT, Rao S, Achappa B, et al. Association of depression with social support and self-esteem among HIV positives. *Asian Journal of Psychiatry* 2011;4:288-92.
51. Lin Hc, Tang TC, Yen JY, Ko CH, Hung CF, Liu SC. Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008;412-20.
52. Mann M, Hosman CMH, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Re* 2004;19:357-72.
53. Taghavi M, Najafi M, Kianersi F, Aghayan SH. Comparison of alexithymia, defence styles and trait-state anxiety in patients with generalized anxiety, major depression and normal people. *J Clinical Psy* 2013;5:67-76.[Persian].
54. Hozooria R, Barahmand U. A Study of the relationship of alexithymia and dissociative experiences with anxiety and depression in students. *Social and Behavioral Sciences* 2013;84:128-33. [Persian].
55. Makvandi B, Heidari A, Shehni Yailagh M, Najarian B, Asgari P. the relation between alexithymia with emotional intelligence, anxiety and depression in boys students of Islamic Azad University, Ahvaz Branch. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2012;13:81-89.[Persian].
56. Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, Karukivi MR, Joukamaa MI. Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry* 2013;35:239-24.
57. Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA, Franus N, Talbot NL, Duberstein PR. Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:51-56.
58. Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk J Psychiatry* 2007;18:333-43.
59. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;48:99-104.
60. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TF. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006;75:107-12.



Comparison of Emotional Intelligence, Self Esteem and Alexithymia in Women with Major Depression and Normal Women in Shahrood

Sedigheh Jahadi (M.Sc.)^{1*}, Parviz Sharifidaramadi (Ph.D.)², Seyed Sharokh Aghayan (Ph.D.)³, Maryam Farjamfar (Ph.D.)³

1- Science & Research Branch, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran.

2- Dept. of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

3- Dept. of Psychiatry, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahrood, Iran.

Received: 7 May 2015, Accepted: 16 September 2015

Abstract:

Introduction: Mood disorders, including major depression (MD), are among the most frequent psychological problems. Emotional intelligence which is an important component of mental health plays an important role in one's health; and also, by enhancing self-esteem, it is considered as a major source for support by which people can deal with negative events of every day life. The alexithymia Barrie might prevent a one's emotion to be regulated and adjusted. The present study was aimed to assess emotional intelligence, self esteem and Alexithymia among women with major depression disorder and then compare them with normal women.

Methods: The present work is a causal comparative study. We studied 60 women, including (30 women with major depression and another 30 ones with normal conditions.), these participants were selected based on a conventional method from Rasol-Akram and nor- medical centers in spring and summer of 2014 (1393) in Shahrood, Iran. In order to analyze the data, we applied the following measuring tools: Sherink's Emotional Intelligence questionnaire, Cooper Smith's, self-esteem Inventory, Toronto Alexithymia scale-20 (TAS-20) and Beck depression Inventory (BDI) and also several identical variances (MANOVA).

Results: Based on the results, there are significant differences between depressed and normal women, specifically at the levels of emotional intelligence, self-esteem and Alexithymia ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering our findings, we suggest the importance and significance of the relationship between emotional intelligence, self-esteem and Alexithymia be taken into account in explaining depression. The findings in this work could be used in prevention and treatment of the programs.

Keywords: Emotional intelligence, Self-Esteem, Alexithymia, Major depression.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: S. Jahadi, Email: f_jahadi@yahoo.com

Citation: Jahadi S, Sharifidaramadi P, Aghayan SSh, Farjamfar M. Comparison of emotional intelligence, self esteem and alexithymia in women with major depression and normal women in Shahrood. Journal of Knowledge & Health 2016;11(1):8-16.