

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم و سواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

The role of mediating self - compassion in the relationship between the symptoms of obsessive - compulsive disorder with nurses' guilty feelings

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۵، تاریخ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۸/۰۳/۲۷، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۰۲

نورا شهیمیری^۱، لیلیاسادات عزیزی^۲، مونا ابوالقاسم-زاده^۳ و علیرضا سنگانی^۴

چکیده

Abstract
Aim: This research was conducted to investigate the mediating role of self-compassion in the relationship between symptoms of obsessive-compulsive disorder with nurses' feelings of guilt. Methods: The research was descriptive correlation based on structural equation modeling method. The research population was female nurses in Gorgan and 340 nurses were selected by convenience sampling method. The tools consisted of the Guilt Inventory (Kugler and Jones, 1992), Obsessive-Compulsive Inventory (Hodgson & Rachman & Rachman, 1977), and Self-Compassion Scale (Raes and et al, 2011). Results: The findings showed that there was a significant relationship between the symptoms of nurses' obsessive-compulsive disorder and self-compassion with feelings of guilt and the research model was confirmed. In general, 62% of feelings of guilt can be explained by the obsessive-compulsive symptoms of nurses and self-compassion. Also, the variables of nurses' obsessive-compulsive symptoms and self-compassion have a significant direct effect on feelings of guilt, and the indirect path of nurses' obsessive-compulsive symptoms was confirmed by mediating of self-compassion on feelings of guilt. Conclusion: The results of this study emphasized the role of nurses' obsessive behaviors on experiencing feelings of guilt which can provide implications for therapists and counselors in reducing feelings of guilt considering the dimensions of self-compassion in nurses.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Self-Compassion, Feelings of Guilt

هدف: این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم و سواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران انجام شد. روش: پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش پرستاران زن شهر گرگان بودند و تعداد ۳۴۰ پرستار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل، پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز، پرسشنامه سواس فکری عملی هاجسون و راجمن و پرسشنامه خوددلسوزی ریس و همکاران بودند. یافته‌ها نشان داد روابط معنا داری بین علائم و سواس فکری عملی پرستاران و خوددلسوزی با احساس گناه وجود داشت و مدل پژوهش تایید شد و به طور کلی ۶۲ درصد از احساس گناه توسط علائم و سواس فکری عملی پرستاران و خوددلسوزی قابل تبیین می‌باشد. همچنین متغیرهای علائم و سواس فکری عملی پرستاران و خوددلسوزی بر احساس گناه اثر مستقیم معنادار دارند و مسیر غیر مستقیم علائم و سواس فکری عملی پرستاران با میانجی‌گری خوددلسوزی بر احساس گناه تایید گردیده شد. نتایج این پژوهش بر ضرورت نقش رفتارهای و سواسی پرستاران بر تجربه احساس گناه تاکید نمود که می‌تواند دلالت‌های کاربردی برای درمان‌گران و مشاوران در جهت کاهش احساس گناه با توجه به در نظر گرفتن ابعاد خوددلسوزی در پرستاران ارائه دهد.

کلیدواژه‌ها: سواس، خوددلسوزی، احساس گناه

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه غیر انتفاعی کومش، سمنان، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۴. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی، گروه آسیب‌شناختی روان‌شناسی فرهنگی، مرکز پژوهشی علوم‌روانشناختی فالابی، مازندران، ایران.

مقدمه

احساس گناه^۱ در واقع نوعی حالت درونی است که در رده‌ی حالات احساسی منفی دسته‌بندی می‌شود و دارای ابعاد مختلفی از جمله غم و تنهایی است (روبیناف و مک نالی^۲، ۲۰۱۰). از طرفی احساس گناه تنها به مفهوم نادیده گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی نمی‌باشد، بلکه احساس کوتاهی نمودن در برخورد با یک وظیفه یا احساس، انجام یک کار نادرست، از آن استنباط می‌شود (میلر^۳، ۲۰۱۷). طبق دیدگاه فروید^۴ (۱۹۰۵) احساس گناه ریشه در لایه‌های زیرین و پنهانی رفتار انسان دارد و احساس گناه را با «عقده‌ی ادیپ» و «اضطراب آختگی» که در سومین مرحله‌ی رشد روانی - جنسی (مرحله‌ی آلتی) در حدود ۳ تا ۶ سالگی بروز می‌کند، مرتبط می‌داند (گلابی شهرضا، اکرمی و عریضی، ۱۳۹۵). احساس گناه نه یک وضعیت فکری بلکه یک حالت هیجانی است (فاریاس و کردوس^۵، ۲۰۱۵) و هیجاناتی را در برمی‌گیرد که دامنه آن از خود نومید شدن و اندوه گرفته تا وسواس فکری در خصوص رویداد مورد نظر را در برمی‌گیرد (کریمیان، کریمی و بهمنی، ۱۳۹۰). نتایج مطالعه صارمی، محمدآبادی و سعادتیان (۱۳۹۳) نشان داد، بین وسواس با مؤلفه‌های احساس گناه بازمانده، احساس گناه جدایی، احساس گناه مسئولیت همه‌توانی، احساس گناه از خود بی‌زاری رابطه معنی‌داری وجود دارد. مطالعه هنگ فاست، میچل، مولر، نیدرمریر، کویتاس، مولر و میندل^۶ (۲۰۱۵) نشان داد که در ارتباطات دایمی با افکار آزار دهنده و غیرقابل کنترل وسواسی در ابعاد فکری و عملی می‌تواند منجر به ایجاد احساس شرمساری و گناه از رفتارهای غیرمعمول فرد گردد.

در اختلال وسواسی فکری عملی افکار وسواس گونه و اضطراب آور با وسواس عملی همراه می‌شود (بیلر^۷، ۲۰۱۶)، این کردارها تکراری و کلیشه‌ای و تا اندازه‌ای غیرارادی هستند ریشه بیماری وسواس اضطراب است و بیماری به دو شکل فکری و عملی بروز می‌کند (زایدل^۸، ۲۰۱۶). چنانچه بیمار در برابر انجام عمل وسواسی مقاومت کند اضطرابش بیشتر می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۹، ۲۰۱۳). وسواس فکری در مبتلایان عقیده، هیجان یا تکانه‌ای است که مکرراً و مصرانه برخلاف میل شخص خود را وارد ضمیر هشیار او می‌کند (آلورنگا، ماستورسا و

1. guilt feeling
2. Robinaugh & McNally
3. Miller
4. Freud
5. Farias, & Cardoso
6. Michl, Müller, Niedermeier, Coates, Müller, & Meindl
7. Blair
8. Zaidel
9. American Psychiatric Association

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

راسیرو^۱، (۲۰۱۲). وسواس عملی رفتارهایی وسواس گونه هستند که شخص برای کوشش در راه کاهش وسواس‌های فکری خود انجام می‌دهد (میلی، چیوری، کارارسی، استوپانی و بولی^۲، ۲۰۱۵). وسواس عملی تکانه غیرقابل مقاومتی برای انجام یک عمل غیرمنطقی است یعنی اعمالی هستند که شخص بارها و بارها در پاسخ به یک فکر وسواسی انجام می‌دهد (تلا^۳، ۲۰۱۷). همچنین گنگامی و مناسینی^۴ (۲۰۱۷) نشان دادند که ابعاد وسواس در میزان تجربه‌ی حس گناه نسبت به عملکرد فردی تاثیر گذار می‌باشد. از طرفی برخی پژوهش‌ها مانند اسبارا، اسمیت و مهل^۵ (۲۰۱۲) و وندام، شپارد، فورسیت و ارلیوین^۶ (۲۰۱۱) بیان نموده‌اند که میزان رفتارهای ناهنجار افراد مانند وسواس‌های آزار دهنده در شرایط گوناگون شغلی و تحصیلی در نتیجه تصویر نادرست از خود و توجه به خود می‌تواند تغییر نماید و با بررسی تاثیر خوددلسوزی بر شدت نشانه‌های آسیب روانی دریافته‌اند که خوددلسوزی پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای وسواس است. خوددلسوزی یا خود شفقت‌ورزی^۷ به معنی این است که فرد در مواجه با ناکامی‌ها، نقائص و عیب‌هایش آن‌ها را بپذیرد (آلن و لری^۸، ۲۰۱۰) و به وسیله ترکیبی از سه مؤلفه شامل: خود مهربانی در مقابل خود قضاوتی، ذهن آگاهی در مقابل شناخت بیش از حد و انسانیت مشترک در مقابل انزوا. خود مهربانی، به معنی داشتن نگرشی امیدوارانه و درک کننده نسبت به خود، به جای نگرش منفی است (کریگر، آلتنشتاین، بایتیگ، دورینگ، هالت فورث^۹، ۲۰۱۳). این سازه می‌تواند توانایی مقابله فرد را در مواجهه با شکست‌ها بالا ببرد و به معنای احساس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک، نگرش بدون داوری و قضاوت نسبت به کاستی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص این است (عباسی، بگیان، اعیادی و درگاهی، ۱۳۹۴). به‌طور کلی عبارت است از تعمیم احساس دلسوزی به خود فرد در مواقع شکست، احساس نالایق بودن یا به‌طور کلی در رنج و سختی، است (نف و گرمز^{۱۰}، ۲۰۱۳). همچنین این سازه اشاره دارد که به معنی نادیده گرفتن عیب‌ها و نقص‌ها نیست و در آن فرد به جای انتقاد از خود به مهربانی نسبت به خود می‌پردازد (بشرپور و عیسی زادگان، ۱۳۹۱). افرادی که سطوح خوددلسوزی بالاتری دارند در

-
1. Alvarenga, Mastroso RS, Rosario
 2. Melli, Chiorri, Carraresi, Stopani, & Bulli
 3. Teller
 4. Gangemi, & Mancini
 5. Sbarra, Smith, & Mehl
 6. Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine
 7. Self-compassion
 8. Allen, & leary
 9. Kreiger, Altenstein, Baetig, Doering, & Holtforth
 10. Neff, & Germer

مقایسه با افرادی که فاقد خوددلسوزی هستند، سطوح پایین تری از افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و وسواس را تجربه می‌کنند (نفوارن، اسمیتس و نف^۱، ۲۰۱۶)؛ عملکرد شغلی، انعطاف‌پذیری، خوشبینی و رضایت آنان در ابعاد متفاوت تحت تاثیر قرار می‌گیرد (سایرویس، باگلز و امرسون^۲، ۲۰۱۸). پژوهش نف و بریت واس^۳، (۲۰۱۲) نشان می‌دهد خوددلسوزی رابطه‌ای قوی با ابعاد سلامت روانی مانند اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و وسواس دارد. مطالعه یارنل و نف^۴ (۲۰۱۳) نشان داد، افرادی که خوددلسوزی بالایی دارند به احتمال زیاد، قادرند تعارض‌های درونی خود را در مورد روابط یا دیگر موضوعات را با استفاده از راه‌حل‌های سازش‌گونه حل کنند.

برخی مطالعات مانند میل، کارارسی، پولی، مارازتی و پینتو^۵ (۲۰۱۷)، دیل^۶ (۲۰۱۷) و وینگاردن و رنشاو^۷ (۲۰۱۴) نشان دادند که احساس گناه می‌تواند از سطح انتظارات افراطی و رفتارهای وسواس‌گونه ناشی گردد و در صورت شدت این علائم می‌تواند شکلی از اختلال وسواس‌گونه را سبب شود، که ماهیت آن به وسیله افکار، تصاویر ذهنی و رفتارهای اجباری ناخوانده مزاحم مشخص می‌شود. افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، نسبت به افراد عادی حساسیت بیشتری نسبت به گناه ناشی از نقض قوانین اخلاقی و اجتماعی دارند (مانسینی و گنگامی^۸، ۲۰۱۵). در پژوهش دورکین، بیومونت، مارتین و کارسون^۹ (۲۰۱۶) متغیر خوددلسوزی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده منحصر به فرد و باثباتی از دوره بهبودی هیجانات مانند احساس گناه در پرستاران شناخته شد. دمهری، مهربانی زاده هنرمند و یآوری (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند که وسواس با احساس گناه رابطه مثبت معنی‌داری دارد. به‌طور کلی نتایج مطالعات هوکینز، سنتیفانتی، هولمن و تیلور^{۱۰} (۲۰۱۸) بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، خوددلسوزی با علائم وسواسی و حس شرم و گناه همراه است. نتایج مطالعه دئومیلی و مانسینی^{۱۱} (۲۰۱۴) نشان داد، رفتارهای وسواسی چک کردن و در محیط کاری مانند

1. Warren, Smeets, & Neff
2. Sirois, Bogels, & Emerson
3. Neff, & Beretvas
4. Yarnell, & Neff
5. Melli, Carraresi, Poli, Marazziti & Pinto
6. Dale
7. Weingarden, H., & Renshaw
8. Mancini, & Gangemi
9. Durkin, Beaumont, Martin, & Carson
10. Hawkins, Centifanti, Holman, & Taylor
11. D'Olimpio & Mancini

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

پرستاران با گناه ناشی از نقض قوانین اخلاقی وضعیت رسیدگی به بیماران و شرایط روانی خود مرتبط است.

به طور کلی، شغل پرستاری به گونه‌ای است که افراد باید خود را برای شرایط روحی و جسمی زیاد آماده کنند، پرستار در مواجهه با مراجعین آسیب دیده، نیازمند داشتن روحیه قوی می‌باشند (فیتزجرالد، مایر و کلارک^۱، ۲۰۱۷) و گاهی برخی پرستاران به دلیل، فوت و یا آسیب شدید بیماران دچار احساس گناه شدید می‌شوند، که به نوبه خود سبب ایجاد نشخوار فکری وسواس گونه در حیطه وظیفه خود می‌شوند (پلامر^۲، ۲۰۱۸) و در صورتی که فرد پرستار بتواند منطقی و مبتنی بر توانمندی خود به اتفاق‌ها نگاه کند، به‌نحوی با خود مهربان یا خوددلسوز است که کمک کننده حس مسولیت و ترغیب دهنده انگیزه شغلی خواهد شد (دوریت، پینتوگویوا و کروز^۳، ۲۰۱۶). این پژوهش، جهت تایید و تکمیل نظریه‌های پیشین در زمینه سبب‌شناسی اختلال وسواسی فکری عملی در حیطه‌ی شغلی پرستاران موثر خواهد بود. از لحاظ نظری، با توجه به این که در زمینه رابطه بین احساس گناه و علائم وسواس فکری عملی در جامعه پژوهش حاضر یعنی پرستاران، تحقیقی به شکل یک مدل انجام نشده و تنها بر روی افراد بیمار تحقیقاتی انجام شده است، این پژوهش می‌تواند اطلاعات به دست آمده در این حیطه را از نظر تحولی در شغل پرستاری، بسط دهد. همچنین انجام پژوهش حاضر در فرایند تولید دانش انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد. از لحاظ کاربردی نیز یافته‌های پژوهش می‌تواند در زمینه پیشگیری و درمان این اختلال راهکارهای مناسبی را در اختیار متخصصان در حیطه روانشناسی صنعتی و سازمانی قرار دهد. در همین راستا، پژوهش حاضر به بررسی نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران می‌پردازد.

روش

پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش حاضر را تمامی ۵۶۸ پرستار زن شهر گرگان در چهار بیمارستان دولتی صیاد شیرازی، حکیم جرجانی، پنج آذر و دزبانی در بازه زمانی شهریور تا آذر ماه ۱۳۹۷ بودند. برای سازگاری با الگوی معادلات ساختاری تعداد نمونه باید حداقل ۱۵ برابر متغیرهای مشاهده شده (خرده مقیاس‌ها) باشد (هومن، ۱۳۸۹) و در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده (خرده مقیاس‌ها) در مدل و تخصیص ضریب ۲۵ برای هر متغیر مشاهده

1. Fitzgerald, Myers, & Clark
2. Palmer
3. Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz

شده (۲۵×۱۳) و با احتساب احتمال وجود پرسشنامه‌های ناقص و بیش برآورد ۳۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند و با توجه به شیفتی بودن پرستاران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تکمیل فرم رضایت نامه پرستاران در خصوص شرکت در پژوهش، جنسیت زن، متاهل بودن، بازه‌ی سنی ۲۶ تا ۴۰ ساله، حداقل سابقه کاری ۲ ساله. معیارهای خروج از مطالعه شامل: هر هنگام که افراد تمایل داشته باشند از پژوهش خارج شوند، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها.

در فرایند میدانی پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی گرگان، با مراجعه به بیمارستان‌های مورد نظر به صورت فردی نمونه گیری انجام شد، در ابتدا قبل از شروع نمونه گیری توضیحاتی در خصوص هدف مطالعه و حفظ رازداری مطالب به آزمودنی‌ها داده شد و همزمان رضایت نامه آگاهانه در خصوص شرکت نمونه‌ها در پژوهش از پرستاران دریافت گردیده شد، سپس پرسشنامه‌ها از نمونه‌ها به صورت فردی دریافت گردیده شد، در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و در آمار استنباطی از همبستگی پیرسون، روش حداکثر درست نمایی و بوت استرپ در مدل ساختاری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS۲۴ و Amos۲۳ استفاده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها

الف) پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز (۱۹۹۲)

این پرسشنامه توسط کوگلر و جونز^۱ در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده مقیاس ماده خصیصه گناه، حالت گناه، معیارهای اخلاقی و یک نمره‌ی کلی است پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. در هر سه مقیاس بعضی از ماده‌های پرسشنامه جهت گیری معکوس دارند که نشانگر گناه کمتر یا پایین‌تری نشان می‌دهد. توسط سازندگان روایی سازه تایید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خصیصه گناه ۰/۷۸، حالت گناه ۰/۷۹، معیارهای اخلاقی ۰/۷۶ و احساس گناه ۰/۸۶ بدست آمده است و روایی سازه و همگرا توسط نظری (۱۳۷۴) تایید و پایایی پرسشنامه گناه به روش بازآزمایی برای خصیصه گناه ۰/۷۱، حالت گناه ۰/۶۸، معیارهای اخلاقی ۰/۷۴ و احساس گناه ۰/۷۹ بدست آمده است.

1. Kugler, Jones

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خصیصه گناه ۰/۷۵، حالت گناه ۰/۷۲، معیارهای اخلاقی ۰/۶۸ و احساس گناه ۰/۷۴ بدست آمده است.

ب) پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی

این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن^۱ در سال ۱۹۷۷ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید درست و نیمی با کلید نادرست است. دارای چهار خرده مقیاس: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی می‌باشد. با استفاده از یک روش نمره - گذاری ساده می‌توان یک نمره وسواسی کلی و چهار نمره فرعی به دست آورد. این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس گرایی، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی - تکرار، تردید - دقت به دست می‌دهد. پایایی و روایی آزمون وسواسی مادزلی در مطالعه سازندگان تایید شده است و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای وارسی ۰/۸۴، تمیزی ۰/۸۲، کندی ۰/۸۵، شک وسواسی ۰/۸۳ و وسواس فکری - عملی کلی ۰/۸۸ بدست آمده است. در ایران قاسم زاده، خامش و ابراهیم خانی (۲۰۰۵) روایی سازه و همگرا را تایید و پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای وارسی ۰/۷۹، تمیزی ۰/۷۵، کندی ۰/۷۹، شک وسواسی ۰/۸۲ و وسواس فکری - عملی کلی ۰/۸۳ بدست آورد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای وارسی ۰/۷۸، تمیزی ۰/۷۶، کندی ۰/۷۱، شک وسواسی ۰/۸۰ و وسواس فکری - عملی کلی ۰/۸۴ بدست آمده است.

ج) پرسشنامه خوددلسوزی فرم کوتاه (ریس، پومینر، نف و ونگوچت^۲، ۲۰۱۱)

مقیاس ۱۲ ماده‌ای خوددلسوزی فرم کوتاه یا همان پرسشنامه خوددلسوزی توسط ریس، پامیر، نف و ون‌گاچت در سال ۲۰۱۱ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۶ عامل دو وجهی است که عبارت‌اند از: مؤلفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، عدم انزوا، به هشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی. در مطالعه ریس و همکاران (۲۰۱۱) روایی سازه و همگرا تأیید شده است و پایایی این مقیاس بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ به دست آمده است. در پژوهش شهبازی، رجبی، مقامی، جلوداری (۱۳۹۴) روایی سازه تایید و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس - های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می‌باشند. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود،

1. Hodgson, & Rachman
2. Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht

تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۸۲ و ۰/۸۸ می‌باشند.

یافته‌ها

در ویژگی جمعیت شناختی سن، ۶۱ نفر (۱۷/۹۴) در بازه سنی ۳۰ - ۲۶ ساله، ۱۱۱ نفر (۳۲/۶۴) در بازه سنی ۳۵ - ۳۱ ساله و ۱۶۸ نفر (۴۹/۴۱) در بازه سنی ۴۰ - ۳۶ ساله بودند، همچنین در خصوص سابقه شغلی، ۷۸ نفر (۲۲/۹۴) سابقه ۲ تا ۱۰ سال، ۱۷۳ نفر (۵۰/۸۸) سابقه ۱۱ تا ۲۰ سال و ۸۹ نفر (۲۶/۱۷) سابقه بین ۲۱ تا ۳۰ سال داشتند.

با بررسی پیش‌فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های، کشیدگی و چولگی، جعبه‌ای، کولموگروف - اسمیرنوف نرمالی داده‌ها تایید شد و همچنین مدل اندازه‌گیری سه متغیر پژوهش تایید گردید.

جدول ۱: ماتریس همبستگی پیرسون خرده مقیاس‌های خوددلسوزی و وسواس فکری - عملی با

احساس گناه،

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
خنبه گله	۳۳۲۱	۵۳۱۱	۱															
حالت گله	۲۸۴۲	۴۵۲۱	۰.۵۴**	۱														
میل‌های اخلاقی	۳۰۶۹	۵۱۴۴۹	۰.۵۱**	۰.۵۴**	۱													
احساس گله	۸۷۲۰	۱۲۶۲۹	۰.۷۰**	۰.۶۸**	۰.۷۸**	۱												
مهربانی با خود	۶۱۶۴	۱۲۲	-۰.۲۰**	-۰.۲۱**	-۰.۲۵**	-۰.۱۹**	۱											
قبولت خود	۵۸۱	۱۴۸	-۰.۳۱**	-۰.۲۸**	-۰.۱۰*	-۰.۱۸**	۰.۵۴**	۱										

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

متغیر	هوشیاری	همدلسازی	اشتراک‌گسلی	عدم‌انزوا	خوددلسوزی	وارسی	تمیزی	کنای	شک‌وسواسی	وسواس فکری
SD	۰/۹۷۴	۱/۲۲۲	۰/۹۶۷	۱/۳۲۱	۷/۲۶۴	۱/۲۵۵	۱/۴۴۲	۱/۸۵۴	۱/۹۶۸	۵۷۷
M	۴/۴۲	۳/۳۹	۴/۶۲	۴/۰۵	۲۸/۷۱	۳/۵۶	۳/۹۶۶	۱/۶۳۹	۲/۰۵	۱/۴۴۶
۱	-۱/۹۶**	-۴/۰۰**	-۲/۵۰**	-۳/۹۰**	-۳/۶۰**	۲/۸۰**	۴/۴۰**	۲/۰۰**	۱/۲۰**	۳/۳۰**
۲	-۳/۳۰**	-۲/۰۰**	-۲/۰۰**	-۱/۹۰**	-۳/۰۰**	۱/۴۰*	۳/۰۰**	۱/۵۰**	۲/۰۰**	۱/۹۰**
۳	-۱/۹۰**	-۱/۸۰**	-۰/۱۱	-۱/۹۰**	-۱/۹۰**	۱/۰۰	۳/۳۰**	۱/۰۰	۱/۸۰**	۲/۰۰**
۴	-۲/۰۰**	-۳/۸۰**	-۳/۴۰**	-۱/۸۰**	-۲/۴۰**	۲/۵۰**	۴/۱۰**	۱/۶۰*	۳/۳۰**	۳/۰۰**
۵	۳/۳۰**	۳/۵۰**	۳/۴۰**	-۱/۵۰*	۵/۵۰**	۲/۸۰**	-۳/۳۰**	-۱/۶۰*	-۱/۰۰	-۲/۰۰**
۶	۴/۴۰**	۵/۵۰**	۳/۰۰**	۳/۵۰**	۹/۱۰**	-۱/۹۰**	-۲/۵۰**	-۲/۳۰**	-۱/۳۰*	-۱/۸۰**
۷	۴/۹۰**	۴/۳۰**	۴/۸۰**	۵/۹۰**	۹/۶۰**	-۳/۳۰**	-۳/۳۰**	-۱/۸۰**	-۱/۱۰**	-۱/۲۰**
۸	۱	۱	۴/۰۰**	۳/۲۰**	۵/۱۰**	-۳/۱۰**	-۲/۰۰**	-۲/۸۰**	-۲/۱۰**	-۲/۰۰**
۹			۱	۴/۴۰**	۵/۵۰**	-۲/۱۰**	-۱/۰۰	-۲/۵۰**	-۳/۳۰**	-۲/۸۰**
۱۰				۱	۹/۶۰**	-۳/۱۰**	-۲/۱۰**	-۲/۰۰**	۳/۳۰**	-۳/۲۰**
۱۱					۱	-۲/۰۰**	-۳/۳۰**	۲/۶۰**	-۳/۳۰**	-۳/۲۰**
۱۲						۱	۳/۰۰**	۳/۰۰**	۳/۰۰**	۹/۶۰**
۱۳							۱	۴/۸۰**	۳/۶۰**	۴/۹۰**
۱۴								۱	۳/۹۰**	۵/۱۰**
۱۵									۱	۹/۶۰**
۱۶										۹/۶۰**

*در سطح ۰/۰۵ معنی داری است. **در سطح ۰/۰۱ معنی داری است. N = ۳۴۰

نتایج مندرج در جدول ۲: بین خرده مقیاس‌های متغیر خوددلسوزی با احساس گناه همبستگی معکوس و معنی داری وجود دارد و بین خرده مقیاس‌های متغیر وسواس فکری - عملی با احساس گناه همبستگی مستقیم و معنی داری در سطح ۰/۰۱ مشاهده می‌گردد.

جدول ۳: شاخص های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها و متغیرها

مقدار به دست آمده	مقادیر قابل قبول	توضیحات	نام آزمون
۲/۴۴۸	< ۳	کای اسکور نسبی	χ^2/df
۰/۰۴۹	< ۰/۱	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	RMSEA
۰/۹۸۵	> ۰/۹	شاخص برازندگی تعدیل یافته	GFI
۰/۹۵۵	> ۰/۹	شاخص برازش نرم	NFI
۰/۹۸۸	> ۰/۹	شاخص برازش مقایسه‌ای	CFI
		۱۸۱	DF

با توجه به جدول (۳) مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۴۹ می‌باشد لذا این مقدار کمتر از ۰/۱ است که نشان دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول می‌باشد (بشلیده، ۳۹۳۱). همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی (۲/۴۴۸) بین ۱ و ۳ می‌باشد و میزان شاخص GFI، CFI و NFI نیز تقریباً برابر و بزرگتر از ۰/۹ می‌باشد که نشان می‌دهند مدل اندازه گیری متغیرهای پژوهش، مدلی، مناسب است. بنابراین مدل پژوهش تایید شد.

جدول ۴: برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست نمایی (ML)

متغیر	b	β	R2
علائم و سواس فکری عملی پرستاران بر احساس گناه	۰/۴۲	۰/۲۲	۰/۰۹
خوددلسوزی بر احساس گناه	- ۰/۶۲	- ۰/۲۶	۰/۱۶

با توجه به جدول (۴) مسیرهای مستقیم توسط متغیرهای علائم و سواس فکری عملی پرستاران و خوددلسوزی بر احساس گناه اثر مستقیم دارا می‌باشند، همچنین نتایج نشان می‌دهد، مقادیر بتا در این دو مسیر به ترتیب برابر با ۰/۲۲ و - ۰/۲۶ می‌باشد و مقادیر واریانس مشترک (R²) نیز به ترتیب برابر با ۰/۰۹ و ۰/۱۶ می‌باشد.

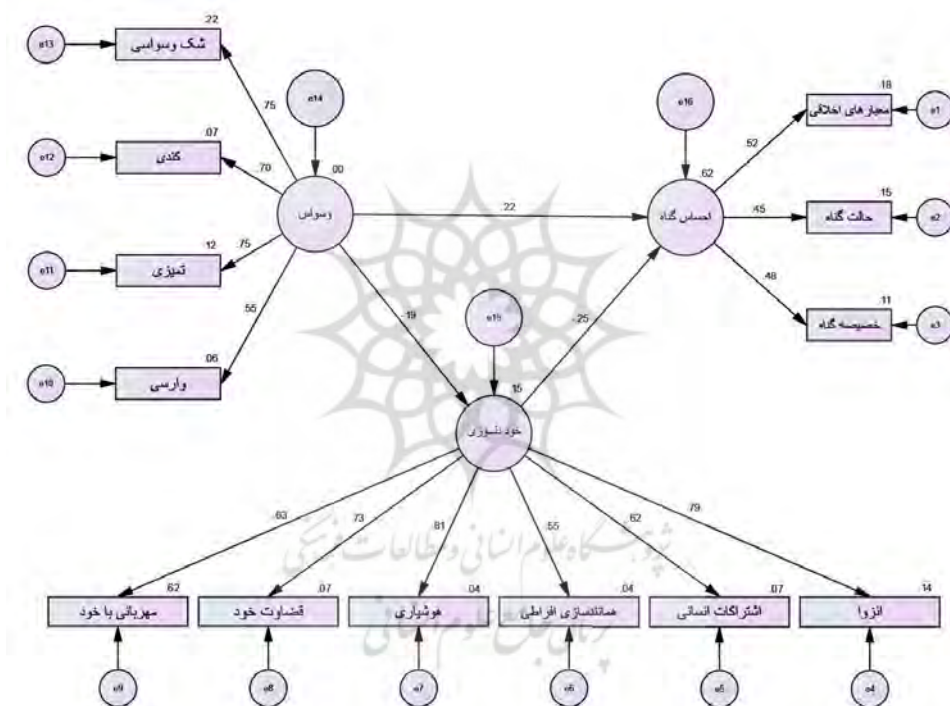
1. Maximum Likelihood

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

جدول ۵: برآورد غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ ۱

متغیر	مقدار	حد پایین	حد بالا	معنی‌داری
علائم وسواس فکری عملی پرستاران بر احساس گناه با میانجی‌گری خوددلسوزی	۰/۴۸۱	۰/۲۸۷	۰/۶۳۲	۰/۰۰۰

با توجه به جدول (۵) علائم وسواس فکری عملی پرستاران بر احساس گناه با میانجی‌گری خوددلسوزی اثر غیرمستقیم معنادار دارند و می‌توان مدل ساختاری روابط بین متغیرهای آشکار و پنهان را رسم نمود.



به طور کلی دو متغیر وسواس فکری عملی و خوددلسوزی توان پیش بینی ($R^2=۶۲$) از متغیر احساس گناه را دارا می‌باشند، که ۶۲ درصد از این متغیر درون از توسط متغیرهای

وسواس فکری عملی و خوددلسوزی قابل تبیین می‌باشد و ۳۸ درصد از احساس گناه توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران بود و با توجه به نتایج بدست آمده، علائم وسواس فکری عملی پرستاران بر احساس گناه اثر مستقیم دارد که با نتایج یافته‌های کارارسی، پولی، مارازتی و پینتو (۲۰۱۷) و دیل (۲۰۱۷) تاثیر رفتارهای وسواس بر احساس گناه و زایدل (۲۰۱۶) در جهت تاثیرات وسواس و خود دلسوزی بر احساس گناه همخوانی دارد. همچنین یافته‌ها بیانگر این نکته است، آزمودنی‌هایی که نمره‌ی بالایی در وسواس به دست آوردند احساس گناه بالایی را نشان دادند و بین وسواس و احساس گناه همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌هایی همچون گانگمی، مانسینی و ون دن هانت^۱ (۲۰۰۷) از این جهت که نشان دادند هسته شناختی ترس از گناه، توسط رفتارهای وسواسی است. افراد مبتلا به وسواس، همواره احتمال بروز اتفاقات ناخوشایند را با انجام کارها و فعالیت‌های ویژه‌ای همبسته می‌کنند (سایرویس، باگلز و امرسون، ۲۰۱۸). این افراد همواره می‌کوشند با انجام این فعالیت‌ها، مانع از این اتفاقات شوند و در صورت بروز این اتفاقات ناخوشایند، معمولاً خود را مقصر می‌دانند و این تصور اشتباه در نهایت به ایجاد احساس گناه در فرد می‌انجامد (نفوارن، اسمیتس و نف، ۲۰۱۶). در واقع همان‌طور که برونو، لوتواک و آگین^۲ (۲۰۰۹) بیان داشتند، احساس گناه در یک رابطه‌ی دوسویه می‌تواند یک هیجان ناسازگار بوده که به آسانی اصلاح پذیر نباشد و باعث استرس، بازداری و آسیب روانی مانند وسواس فکری و عملی شود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که زمینه احساس گناه در طر‌حواره‌ها یا باورهای ناکارآمد فرد مبتلا است و صرف نظر از ریشه‌های چنین احساسی نمود بیرونی آن در رفتارهای اجباری این بیماران به شکل‌های گوناگون دیده می‌شود (دئومیلی و مانسینی، ۲۰۱۴). برای نمونه وسواسی‌های حساس نسبت به مسولیت‌های شغلی پرستاران اغلب گزارش می‌دهند که بیشتر نگران سلامتی بیماران هستند تا خود، همچنین وارسی

1. Gangemi, Mancini, & van den Hout
2. Bruno, Lutwak, & Agin

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

کننده‌ها خود را مسئول پیش آمد خطرهایی می‌دانند که ممکن است در اثر کوتاهی آنان برای بیماران پیش آید.

به علاوه، با توجه به نتایج بدست آمده، خوددلسوزی بر احساس گناه اثر مستقیم دارد و از این رو، نتایج با یافته‌های اسبارا، اسمیت و مهل (۲۰۱۲) و وندام، شپارد، فورسیت و ارلیوین (۲۰۱۱)، بر تاثیر خوددلسوزی بر احساس گناه و یافته‌های یارنل و نف (۲۰۱۳) و دورکین، بیومونت، مارتین و کارسون (۲۰۱۶) بر تاثیر خوددلسوزی بر واکنش‌های هیجانی مانند احساس گناه و غم مطابقت دارد. یافته‌های این پژوهش همسو با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به میانجی‌گری احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف و بریت واس، ۲۰۱۲). درواقع سازه خوددلسوزی راهبردی است که به افراد کمک می‌کنند که از احساسات منفی در مورد خودشان اجتناب کنند. همان‌طور که بسیاری از نظریه پردازان به آن اشاره کرده‌اند، افراد معمولاً برای حفظ احساس مثبت در مورد خود دچار تصویری اشتباه به نفع خود می‌شوند و این تصورات اشتباه، ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب، خود همراه می‌شود (دورکین، بیومونت، مارتین و کارسون، ۲۰۱۶). این تصورات اشتباه منفعت طلبانه، نه تنها به توانایی ما در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی‌کند (نظیری، دادفر و کریمی کیسمی، ۱۳۸۴) بلکه در تحمل مواجه شدن با شواهد غیرقابل انکار نقاط ضعف مان ما یاری نمی‌کند و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مولفه، به‌شیراری با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان‌های منفی در آنها می‌شود. در واقع خوددلسوزی، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند (هوکینز، سنتیفانتی، هولمن و تیلور، ۲۰۱۸). افرادی که خوددلسوزی بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که علائم وسواس فکری عملی پرستاران بر احساس گناه با میانجی‌گری خوددلسوزی اثر غیرمستقیم دارد. در این خصوص، مطالعات دمه‌ری، مهرابی زاده هنرمند و یآوری (۱۳۸۹)، نشان داد که از پیشایندهای قوی احساس گناه می‌توان به وسواس فکری عملی اشاره نمود و گنگامی و مناسینی (۲۰۱۷) که ابعاد وسواس در میزان تجربه‌ی حس گناه نسبت به عملکرد فردی تاثیر گذار می‌باشد و یافته هوکینز، سنتیفانتی،

هولمن و تیلور (۲۰۱۸) نیز بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، خوددلسوزی با علایم وسواسی و حس شرم و گناه همراه است. مطالعه احساس گناه یک بخش مهم و کارکردی از روان‌شناسی است و آن را به‌عنوان هیجان خودآگاه می‌شناسند (فاریاس و کردوس، ۲۰۱۵)، از دیدگاه روان‌شناسی، این هیجان خودآگاه در ارتباطات اجتماعی یافت می‌شود و از نگرانی در مورد دیگران، خود و رفتارهای انجام شده، افزایش می‌یابد. داشتن خوددلسوزی نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد؛ این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهات خود به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خودآگاهی فرد عمل می‌کنند بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تردید قرار نمی‌گیرند (هوکینز، سنتیفانتی، هولمن و تیلور، ۲۰۱۸). در مقابل، فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود، یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (نف و بریت واس، ۲۰۱۲). بنابراین خوددلسوزی منجر به انفعال، و سکون نمی‌شود، که با رنجش فردی همراه باشد. از آنجا که خوددلسوزی، نیازمند آگاهی، هشیار از هیجان‌های خود است، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می‌شود. بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش می‌دهد.

با توجه به دیدگاه شناختی در فرایند وسواس یکی از عوامل مهمی که باعث می‌شود فرد سعی در کنترل افکار خود داشته باشد، این است که تصور می‌کند افکار منفی او با وقوع رویدادهای منفی در عالم واقع در ارتباط است (زایدل، ۲۰۱۶)، همچنین بر اساس نظریه فراشناختی این عمل یعنی سعی در کنترل کردن افکار خود سبب افزایش افکار نافذ و اعمال اجباری برای خنثی‌سازی این افکار منفی می‌شود که در یک دور باطل وسواس و احساس گناه یکدیگر را تقویت می‌نمایند، این نتیجه با مدل فراشناختی ولز و متیوس و همچنین نظریه راجمن در مورد نقش باور فراشناختی احتمال وقوع وقایع منفی در تمرکز بیشتر بر این افکار و سعی در فرونشانی آنها که خود موجب افزایش و استمرار بیشتر آنها می‌شود، هماهنگ است (آلورنگا، ماستورسا و راسیرو، ۲۰۱۲). در واقع می‌توان بیان نمود که احساس مسؤولیت افراطی و احساس گناه پرستاران خود پيامدهای یک سوگیری شناختی عمیق‌تر به نام هم‌جوشی فکر

نقش میانجی‌گری خوددلسوزی در رابطه‌ی بین علائم وسواس فکری عملی با احساس گناه پرستاران

عمل می‌باشند (تلر، ۲۰۱۷). فرد مبتلا به اختلال وسواس ابتدا به غلط نوعی همجوشی بین افکار منفی و اخلاقی خود و اعمال در دنیای بیرونی ایجاد می‌کند و به این باور نادرست می‌رسد که حال که افکار او بر دنیای بیرونی اثر می‌گذارد او در قبال آن‌ها مسئول است و برای به وقوع نپیوستن افکار منفی که به ذهن هر فردی ممکن است برسد باید عملی انجام دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود شدن به پرستاران با جنسیت مونث، در بیمارستان‌های دولتی شهرگرگان در بازه‌ی زمانی شهریور تا آذر ماه ۱۳۹۷ اشاره نمود و همچنین دیگر محدودیت می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس اشاره داشت که با توجه به شیفت‌های کاری بسیاری از پرستاران امکان دریافت در بازه‌های زمانی مشخص را صرفاً فراهم نمود.

با توجه به قدرت پیش‌بینی‌کنندگی وسواس در مورد احساس گناه درمانگران می‌توانند با تغییر در شناخت‌ها، احساس گناه آنان را که احتمال گسترده شدن آن، در این افراد وجود دارد، کنترل و کاهش داد. همچنین، توجه به تاثیر مسیر مستقیم خوددلسوزی بر احساس گناه انجام مطالعاتی که به آموزش دراز مدت خوددلسوزی و بررسی مکانیسم اثر این آموزش‌ها در تنظیم هیجان‌های خودآگاه و دیگر هیجان‌های ناخوشایند می‌پردازند، به مسولین بیمارستان‌ها در فرایند آموزش مداوم به پرستاران توصیه می‌شود. با توجه به تاثیر غیرمستقیم علایم وسواسی از طریق متغیر میانجی خوددلسوزی بر احساس گناه پرستاران و در جهت کاهش احساس گناه توجه به علایم وسواسی توسط درمانگران و مشاوران پیشنهاد می‌گردد که در فرایند مشاوره به استفاده از عواملی شناختی مانند افزایش حرمت خود و خوددلسوزی توجه ویژه داشته باشند، همچنین پیشنهاد می‌گردد با توجه به فرسودگی شغلی زیاد شغل پرستاری، در فرایند سازمانی مدیران بیمارستانی دوره‌های مشاوره برای پرستاران را الزامی نمایند که علاوه بر این که بتواند بهبود دهنده سلامت روان شناختی پرستاران شود، منجر به بهبود عملکرد شغلی پرستاران شود.

منابع

- بشرپور، س، عیسی زادگان، ع. (۱۳۹۱). بررسی نقش صفات شخصیتی دلسوزی به خود و بخشایش در پیش‌بینی شدت افسردگی دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری ویژه نامه سلامت، ۱۰، (۶)، ۴۵۲ - ۴۶۱.
- بشلیده، ک. (۱۳۹۳). روش‌های پژوهش و تحلیل آماری مثال‌های پژوهشی با *Spss* و *Amos* / اهواز: انتشارات دانشگاه شهید چمران.
- دمهری، ف، مهرابی زاده هنرمند، م، یآوری، ا. (۱۳۸۹). بررسی افسردگی و وسواس به‌عنوان پیش‌بیننده احساس گناه و اضطراب به‌عنوان پیامد آن در دانشجویان دختر. مجله زن و فرهنگ، ۲، (۶)، ۲۵ - ۳۶.

شه‌بازی، م، رجبی، غ، مقامی، ا، جلوداری، آ. (۱۳۹۴). ساختار عامل‌تاییدی نسخه فارسی مقیاس درجه بندی تجدیدنظر شده شفقت - خود در گروهی از زندانیان. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۹، (۱)، ۳۱ - ۴۶.

صارمی، ع. محمدآبادی، ح.، سعادتیان، و. (۱۳۹۳). احساس گناه و اختلال شخصیت وسواسی جبری، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربت جام. عباسی، م.، بگیان، م.، اعیادی، ن.، درگاهی، ش. (۱۳۹۴). مقایسه خود دل‌سوزی، اجتناب شناختی و خودتنظیمی عاطفی در پرستاران با و بدون ناتوانی‌های یادگیری. مجله نسیم تندرستی، ۴، (۴)، ۱، ۳۱ - ۴۰.

فروید، ز (۱۹۰۵)، مفهوم ساده روانکاو، مترجم فرید جواهر کلام، تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.

قاسمی، وحید. (۱۳۹۲). مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد *amos graphics*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

کریمیان، ن.، کریمی، ی.، بهمنی، ب. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و احساس گناه با تعهد زناشویی افراد متاهل. مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، (۴)، ۲۴۳ - ۲۵۴.

گلایبی شهرضا، م.، اکرمی، ن.، عریضی، ح. (۱۳۹۵). بررسی نقش مؤلفه‌های احساس گناه در پیش‌بینی اختلال وسواس فکری و عملی در زنان شهر اصفهان، چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران.

نظیری، ق.، دادفر، م.، کریمی کیسمی، ع. (۱۳۸۴). نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواس فکری عملی اجباری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۱، (۳)، ۲۸۳ - ۲۸۹.

هومن، ح. (۱۳۹۳). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. تهران: سمت، چاپ اول. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - 5®). American Psychiatric Pub.

Alvarenga, P. G., Mastroiosa, R. S., & do Rosario, M. C. (2012). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Sections F: Anxiety Disorder. Chapter F, 3.

Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. Social and Personality Psychology Compass, 4(2), 107 - 118.

Blair, J. (2016). The role of guilt in Obsessive Compulsive Disorder (Doctoral dissertation, Adler School of Professional Psychology).

Bruno, S., Lutwak, N., & Agin, M. A. (2009). Conceptualizations of guilt and the corresponding relationships to emotional ambivalence, self - disclosure, loneliness and alienation. Personality and Individual Differences, 47(5), 487 - 491.

Dale, R. (2017). Obsessive Compulsive Disorder: Moral reasoning, imagery and guilt.

Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self - compassion, self - judgement, self -

- kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse education today*, 46, 109 - 114.
- Duarte, J., Pinto - Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self - compassion and dimensions of professional quality of life: A cross - sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1 - 11.
- D'Olimpio, F., & Mancini, F. (2014). Role of Deontological Guilt in Obsessive - Compulsive Disorder-Like Checking and Washing Behaviors. *Clinical Psychological Science*, 2(6), 727 - 739.
- Farias, C. P., & Cardoso, M. R. (2015). THE FEROCITY OF GUILT IN THE OBSESSIONAL NEUROSIS: FROM THE HELPLESSNESS TO THE MORAL ANGUISH. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 33 - 44.
- Fitzgerald, E. M., Myers, J. G., & Clark, P. (2017). Nurses need not be guilty bystanders: Caring for vulnerable immigrant populations. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 22(1).
- Gangemi, A., & Mancini, F. (2017). Obsessive Patients and Deontological Guilt: A Review. *Psychopathology Review*, 4(2), pr - 045916.
- Gangemi, A., Mancini, F., & van den Hout, M. (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2387 - 2396.
- Ghassemzadeh, H., Khamseh, A., & Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive - compulsive disorder In Iranian patients (Second report), In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive compulsive disorder research* (pp. 243 - 271). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Hawkins, L., Centifanti, L., Holman, N., & Taylor, P. (2018). Parental adjustment following pediatric burn injury: the role of guilt, shame, and self - compassion. *Journal of pediatric psychology*.
- Hennig - Fast, K., Michl, P., Müller, J., Niedermeier, N., Coates, U., Müller, N., ... & Meindl, T. (2015). Obsessive - compulsive disorder—A question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *Journal of psychiatric research*, 68, 354 - 362.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional - compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 389 - 395.
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of personality and Social Psychology*, 62(2), 318.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self - compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501 - 513.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2015). Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 49, 157 - 163
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(5), 1079 - 1089.

- Melli, G., Chiorri, C., Carraresi, C., Stopani, E., & Bulli, F. (2015). The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: A multiple regression model in a clinical sample. *Journal of Obsessive - Compulsive and Related Disorders*, 5, 43 - 48.
- Miller, C. (2017). A balancing act: understanding the role of mother guilt and self - compassion in health - promoting behaviours in mothers with young children.
- Naziri, G. H. (1994). Guilty felling in information processing among OBS patients and survey about effect of parenting in perfectionism in this group. Shiraz: Shiraz University.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28 - 44.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2012). The role of self - compassion in romantic relationships, *Self and Identity*, 1: 1 - 21.
- Palmer, A. (2018). Skin health for nurses: Prevention and management of hand dermatitis. *Infection, Disease & Health*, 23, S6 - S7.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250 - 255.
- Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 646 - 652.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self - compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological science*, 23(3), 261 - 269.
- Sirois, F., Bogels, S., & Emerson, L. (2018). Self - compassion reduces guilt and shame in response to challenging parenting events. *Journal of Psychology*.
- Teller, J. A. (2017). Do Obsessive Beliefs Moderate the Relationship Between Obsessive - Compulsive and Depressive Symptoms?.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self - compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 123 - 130.
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2014). Associations of obsessive compulsive symptoms and beliefs with depression: Testing mediation by shame and guilt. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 305 - 319.
- Warren, R., Smeets, E., & Neff, K. (2016). Self - criticism and self - compassion: risk and resilience: being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well - being. *Current Psychiatry*, 15(12), 18 - 28.
- Zaidel, A. (2016). What Ever Became of Obsessional Neurosis?. *Psychoanalytic Review*, 103(4), 483 - 513.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self - compassion, interpersonal conflict resolutions, and well - being. *Self and Identity*, 12(2), 146 - 159.