



# Modeling Obsession with Guilty Feelings with Mediating Role of Self-Compassion Nurses

Alireza Sangani <sup>1,\*</sup>, , Negin Khoshvaght <sup>2</sup>, Leilasadat Azizi <sup>3</sup>, Mona Abolghasemzadeh <sup>4</sup>, 

<sup>1</sup> PhD, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> PhD Student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>3</sup> Department of Nursing, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

<sup>4</sup> Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, semnan, iran

\* **Corresponding author:** Alireza Sangani, PhD, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: sangany.psycho@gmail.com

**Received:** 03 Apr 2019

**Accepted:** 16 Jun 2019

## Abstract

**Introduction:** Obsessive-compulsive behaviors in different conditions can lead to different emotional experiences. Therefore, this research was conducted with the aim of investigating the modeling of obsession with guilty feelings with mediating role of self-compassion in female nurses in Gorgan public hospitals.

**Methods:** A descriptive study was a correlation type based on the structural equation modeling method. The research population was all 568 nurses of Gorgan women in governmental hospitals. In this study, 340 nurses were selected as the sample size by available method to determine the sample size according to the number of observed variables and the allocation of coefficient 20 for each variable observed. Data collection tools consisted of Kugler and Jones guilty questionnaires [1992], Hodgson & Rachman & Rachman Obsessive-Compulsive Inventory [1977] and Raes and et al self-compassion Questionnaire [2011]. For analysis of data, SPSS24 and Amos23 software were used.

**Results:** Findings showed that there was a significant relationship between the symptoms of obsessive-compulsive disorder and self-compassion with guilt and the research model was confirmed. Overall, 57% of the feelings of guilty were explained by the symptoms of nurses' obsessive-compulsive disorder and self-compassion syndrome. Also, the variables of nurse's obsessive-compulsive symptoms and self-compassion had a direct effect on the feeling of guilt. The indirect pathway of nurses' obsessive-compulsive symptoms was confirmed by self-compassion on guilty feelings.

**Conclusions:** The results of this study emphasized the necessity of the role of nurses' obsessive behaviors on the experience of guilty feelings, which can provide implications for therapists and counselors in reducing guilty feelings considering the dimensions of self-meditation in nurses.

**Keywords:** Obsessive-compulsive Disorder, Self-compassion, Guilt



## مدل یابی وسواس با احساس گناه با نقش واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی در پرستاران

علیرضا سنگانی<sup>۱\*</sup>، نگین خوش‌وقت<sup>۲</sup>، لیلا سادات عزیز<sup>۳</sup>، مونا ابولقاسم‌زاده<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

<sup>۳</sup> گروه پرستاری، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

\* نویسنده مسئول: علیرضا سنگانی، دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل: sangany.psych@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۴

### چکیده

**مقدمه:** رفتارهای وسواسی در شرایط گوناگون می‌تواند تجربه‌های احساسی متفاوتی را سبب گردد، بنابراین این پژوهش با هدف بررسی مدل وسواس با احساس گناه با نقش واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی در پرستاران زن بیمارستان‌های دولتی شهر گرگان انجام شد.

**روش کار:** پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش حاضر را تمامی ۵۶۸ پرستار زن شهر گرگان در بیمارستان‌های دولتی بودند. در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۲۰ برای هر متغیر مشاهده شده ۳۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه احساس گناه کوکگر و جونز (۱۹۹۲)، پرسشنامه وسواس فکری عملی هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) و پرسشنامه خودشفقت‌ورزی ریس و همکاران (۲۰۱۱) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS۲۴ و Amos۲۳ استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد روابط معنا داری بین علائم وسواس پرستاران و خودشفقت‌ورزی با احساس گناه وجود داشت و مدل پژوهش تایید شد و به طور کلی ۵۷ درصد از احساس گناه توسط علائم وسواس پرستاران و خودشفقت‌ورزی قابل تبیین می‌باشد. همچنین متغیرهای علائم وسواس پرستاران و خودشفقت‌ورزی بر احساس گناه اثر مستقیم معنادار دارند و مسیر غیر مستقیم علائم وسواس پرستاران با میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی بر احساس گناه تایید گردیده شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش بر ضرورت نقش رفتارهای وسواسی 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 خودشفقت‌ورزی در پرستاران ارائه دهد.

**واژگان کلیدی:** وسواس، خودشفقت‌ورزی، احساس گناه

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

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 [۴]. احساس گناه نه یک وضعیت فکری بلکه یک حالت هیجانی است [۵] و هیجاناتی را در برمی‌گیرد که دامنه آن از خودنومید شدن و اندوه گرفته تا بدنامی خوردن را در برمی‌گیرد [۶]. از طرفی برخی مطالعات مانند ملیکارارسی و پینتو [۷]، دال [۸] و وین‌گاردن و رینشاو [۹] نشان دادند که احساس گناه می‌تواند از سطح

احساس گناه (guilt feeling) در واقع نوعی حالت درونی است که در رده‌ی حالات احساسی منفی دسته‌بندی می‌شود و دارای ابعاد مختلفی از جمله غم و تنهایی است [۱]. طبق دیدگاه فروید [۲] 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 [۳]. از طرفی احساس گناه تنها به مفهوم نادیده گرفتن

منحصر به فرد و باثباتی از دوره بهبودی هیجانات مانند احساس گناه در پرستاران شناخته شد و مطالعه هینینگست و همکاران [۲۸] نشان داد که در ارتباطات دایمی با افکار آزار دهنده و غیرقابل کنترل وسواسی در ابعاد فکری و عملی می تواند منجر به ایجاد احساس شرمساری و گناه از رفتارهای غیرمعمول فرد گردد. افراد مبتلابه اختلال وسواس فکری عملی، نسبت به افراد عادی حساسیت بیشتری نسبت به گناه ناشی از نقض قوانین اخلاقی و اجتماعی دارند [۲۹]. همچنین گانگمی و مانسینی [۳۰] نشان دادند که ابعاد وسواس در میزان تجربه ی حس گناه نسبت به عملکرد فردی تاثیر گذار می باشد. دمهری، مهرابی زاده هنرمند و یآوری [۳۱] در پژوهش خود نشان دادند که وسواس با احساس گناه رابطه مثبت معنی داری دارد. نتایج مطالعه صارمی، محمدآبادی و سعادتیان [۳۲] نشان داد، بین اختلال شخصیت وسواسی با مؤلفه های احساس گناه بازمانده، احساس گناه جدایی، احساس گناه مسئولیت همه توانی، احساس گناه از خود بیزاری رابطه معنی داری وجود دارد. به طور کلی نتایج مطالعات هوکینز، سنتیفانتی، هالمن و تیلور [۳۳] بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات روان شناختی، خودشفقت ورزی با علایم وسواسی و حس شرم و گناه همراه است. نتایج مطالعه داوولیمپیو و مانسینی [۳۴] نشان داد، رفتارهای وسواسی چک کردن و در محیط کاری مانند پرستاران با گناه ناشی از نقض قوانین اخلاقی وضعیت رسیدگی به بیماران و شرایط روانی خود مرتبط است.

این پژوهش، جهت تایید و تکمیل نظریه های پیشین در زمینه سبب شناسی اختلال وسواسی فکری عملی در حیطه ی شغلی پرستاران با توجه به فشارهای کاری در ابعاد روانی و جسمانی 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 می تواند 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 می رسد. از لحاظ کاربردی نیز یافته های پژوهش می تواند در زمینه پیشگیری و درمان این اختلال راهکارهای مناسبی را در اختیار متخصصان در حیطه روانشناسی صنعتی و سازمانی قرار دهد. در همین راستا، این پژوهش با هدف بررسی مدل وسواس با احساس گناه با نقش واسطه گری خودشفقت ورزی در پرستاران زن بیمارستان های دولتی شهر گرگان انجام شد.

## روش کار

با توجه به آن که هدف این پژوهش بررسی مدل وسواس با احساس گناه با نقش واسطه گری خودشفقت ورزی در پرستاران زن بیمارستان های دولتی شهر گرگان بود، روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر روش مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش حاضر از تمامی ۵۶۸ پرستار زن شهر گرگان در چهار بیمارستان دولتی صیاد شیرازی، حکیم جرجانی، پنج آذر و دزیانی در بازه ی زمانی شهریور تا آذر ماه ۱۳۹۷ بودند. در این پژوهش برای سازگاری با الگوی معادلات ساختاری تعداد نمونه باید حداقل ۱۵ برابر متغیرهای مشاهده شده باشد [۳۵] و در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای

انتظارات افراطی و رفتارهای وسواس (obsession) گونه ناشی گردد و در صورت شدت این علایم می تواند شکلی از اختلال وسواس گونه را سبب شود، که ماهیت آن به وسیله افکار، تصاویر ذهنی و رفتارهای اجباری ناخوانده مزاحم مشخص می شود. در اختلال وسواسی فکری عملی افکار وسواس گونه و اضطراب آور با وسواس عملی همراه می شود [۱۰] و وسواس عملی کارهایی وسواس گونه هستند که شخص برای کوشش در راه کاهش وسواس های فکری خود انجام می دهد [۱۱]. این کردارها تکراری و کلیشه ای و تا اندازه ای غیرارادی هستند ریشه بیماری وسواس اضطراب است و بیماری به دو شکل فکری و عملی بروز می کند [۱۲]. چنانچه بیمار در برابر انجام عمل وسواسی مقاومت کند اضطرابش بیشتر می شود [۱۳]. وسواس فکری در مبتلایان به این بیماری عقیده، هیجان یا تکانه ای است که مکررا و مصراانه برخلاف میل شخص خود را وارد ضمیر هشیار او می کند [۱۴]. 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 می دهد [۱۵]. از طرفی برخی پژوهش ها مانند صبرا، اسمیت و مهل [۱۶] و ون دام، شپارد، فوریس و ایرلیوین [۱۷] بیان نموده اند که میزان رفتارهای ناهنجار افراد مانند وسواس های آزار دهنده در شرایط گوناگون شغلی و تحصیلی در نتیجه ی تصویر نادرست از خود و توجه به خود می تواند تغییر نماید و با بررسی تاثیر خودشفقت ورزی بر شدت نشانه های آسیب روانی دریافتند که خودشفقت ورزی پیش بینی کننده ی قوی برای وسواس است.

خودشفقت ورزی یا شفقت خود (Self-compassion) به معنی این است که فرد در مواجهه با ناکامی ها، نقائص و عیبهایش آن ها را بپذیرد [۱۸] 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 [۱۹]. 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 می پردازد [۲۰]. این سازه می تواند توانایی مقابله فرد را در مواجهه با شکست ها بالا ببرد و به معنای احساس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک، نگرش بدون داوری و قضاوت نسبت به کاستی ها و شکست های خود و تشخیص این است [۲۱]. به طور کلی عبارت است از تعمیم احساس دلسوزی به خود فرد در مواقع شکست، احساس نالایق بودن یا به طور کلی در رنج و سختی، است [۲۲]. پژوهش نف و برتواس [۲۳] نشان می دهد خودشفقت ورزی رابطه ای قوی با سلامت روانی دارد. افرادی که سطوح خودشفقت ورزی بالاتری دارند در مقایسه با افرادی که فاقد خودشفقت ورزی هستند، سطوح پایین تری از افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و وسواس را تجربه می کنند [۲۴]؛ عملکرد شغلی، انعطاف پذیری، خوشبینی و رضایت آنان در ابعاد متفاوت تحت تاثیر قرار می گیرد [۲۵].

در همین راستا مطالعه یارنل و نف [۲۶] نشان داد، افرادی که خودشفقت ورزی بالایی دارند به احتمال زیاد، قادرند تعارض های درونی خود را در مورد روابط یا دیگر موضوعات را با استفاده از راه حل های سازش گونه حل کنند. در پژوهش دورکین، بیامونت، مارتین و کارسون [۲۷] متغیر خودشفقت ورزی به عنوان پیش بینی کننده

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 [۳۹] 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.

پرسشنامه خودشفقت ورزی فرم کوتاه ریس، پومینر، نف و ونگوچت (۲۰۱۱)، مقیاس ۱۲ ماده‌ای خودشفقت ورزی فرم کوتاه یا همان پرسشنامه خودشفقت ورزی توسط ریس و همکاران [۴۰] 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 [۴۱] روایی سازه تایید و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های 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، 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 پیش از تحلیل توصیفی و استنباطی ویژگی جمعیت شناختی سن با استفاده از جدول ۱ فراوانی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه سن	فراوانی	درصد
۳۰ تا ۲۶ سال	۶۱	۱۷/۹۴
۳۵ تا ۳۱ سال	۱۱۱	۳۲/۶۴
۴۰ تا ۳۶ سال	۱۶۸	۴۹/۴۱

با بررسی پیش فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های، کشیدگی و چولگی، جعبه ای، کولموگروف-اسمیرنوف نرمالی داده‌ها تایید شد و همچنین مدل اندازه گیری سه متغیر پژوهش تایید گردید.

نتایج مندرج در جدول ۲ همبستگی معناداری بین خرده مقیاس‌های متغیر خود دلسوزی و وسواس فکری - عملی با احساس گناه، نشان می‌دهد. به طور جزئی بین خرده مقیاس‌های متغیر خودشفقت ورزی با احساس گناه همبستگی معکوس و معناداری نشان داده می‌شود و بین خرده مقیاس‌های متغیر وسواس فکری - عملی با احساس گناه همبستگی مستقیم و معناداری در سطوح ۰/۰۱ مشاهده می‌گردد.

مشاهده شده و تخصیص ضریب ۲۵ برای هر متغیر مشاهده 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 نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تکمیل فرم رضایت نامه پرستاران در خصوص شرکت در پژوهش، جنسیت زن، متاهل بودن، بازه ی 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 نمونه‌گیری انجام شد، در ابتدا قبل از شروع نمونه‌گیری 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 درست‌نمایی و بوت استرپ در مدل ساختاری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS۲۴ و Amos۲۳ استفاده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه احساس گناه کوگنر و جونز (۱۹۹۲)، پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (۱۹۷۷) و پرسشنامه خودشفقت ورزی فرم کوتاه ریس، پومینر، نف و ونگوچت (۲۰۱۱) استفاده گردید.

پرسشنامه احساس گناه کوگنر و جونز (۱۹۹۲)، این پرسشنامه توسط کوگنر و جونز [۳۶] در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده مقیاس ماده خصیصه گناه، حالت گناه، معیارهای اخلاقی و یک نمره ی کلی است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. در هر سه مقیاس بعضی از ماده‌های پرسشنامه جهت‌گیری معکوس دارند که نشانگر گناه کمتر یا پایبندی نازل تر به معیارهاست. 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 نظیری [۳۷] 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. 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.

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (۱۹۷۷)، این پرسشنامه توسط هادجسون و راجمن [۳۸] در سال ۱۹۷۷ به‌منظور 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 گرای، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و

جدول ۲: ماتریس همبستگی پیرسون خرده مقیاس های خودشفقت ورزشی 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
خصیصه گناه	۳۸/۱۳	۶/۹۲۳	۱															
حالت گناه	۳۱/۶۳	۷/۵۲۱	۰/۷۱۰۰	۱														
معیارهای اخلاقی	۳۳/۱۶	۷/۶۸۷	۰/۶۹۰۰	۰/۶۸۰۰	۱													
احساس گناه	۹۲/۱۲	۱۶/۲۰۵	۰/۸۷۰۰	۰/۸۹۰۰	۰/۸۵۰۰	۱												
مهربانی با خود	۷	۱/۵۶	-۰/۲۱۰۰	-۰/۲۲۰۰	-۰/۲۳۰۰	-۰/۲۴۰۰	۱											
قضاوت خود	۵۹/۱	۱/۷۲	-۰/۳۳۰۰	-۰/۱۴۰۰	-۰/۱۲۰۰	-۰/۲۳۰۰	۰/۶۰۰۰	۱										
هوشیاری	۵۰/۱	۱/۵۴	-۰/۲۴۰۰	-۰/۱۷۰۰	-۰/۱۸۰۰	-۰/۲۴۰۰	۰/۴۸۰۰	۰/۵۲۰۰	۱									
هماندسازی	۴/۸۸	۱/۶۹	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۵۰۰	-۰/۲۲۰۰	-۰/۴۱۰۰	۰/۲۲۰۰	۰/۲۸۰۰	۰/۵۲۰۰	۱								
اشتراکات انسانی	۲۰/۹	۱/۴۳	-۰/۳۰۰۰	-۰/۱۴۰۰	-۰/۰۹	-۰/۲۹۰۰	۰/۵۰۰۰	۰/۳۴۰۰	۰/۴۸۰۰	۰/۴۲۰۰	۱							
عدم انزوا	۳۹/۱	۱/۶۸	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۵۰۰	-۰/۲۱۰۰	-۰/۲۳۰۰	۰/۴۷۰۰	۰/۳۹۰۰	۰/۴۲۰۰	۰/۵۲۰۰	۰/۴۲۰۰	۱						
خودشفقت ورزشی	۳۰/۷۹	۹/۰۶	-۰/۳۳۰۰	-۰/۳۲۰۰	-۰/۳۸۰۰	-۰/۱۶۰۰	۰/۶۲۰۰	۰/۵۵۰۰	۰/۷۵۰۰	۰/۸۱۰۰	۰/۷۵۰۰	۰/۷۷۰۰	۱					
وارسی	۳۰/۵	۰/۹۲۷	۰/۳۲۰۰	۰/۱۵۰۰	۰/۰۸	۰/۳۱۰۰	-۰/۰۳	-۰/۱۸۰۰	-۰/۲۱۰۰	-۰/۲۹۰۰	-۰/۲۰۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۱۹۰۰	۱				
نمیزی	۴۰/۶	۱/۵۵	۰/۴۲۰۰	۰/۳۰۰۰	۰/۳۳۰۰	۰/۴۱۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۱۹۰۰	-۰/۲۰۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۵۰۰	-۰/۲۹۰۰	۰/۴۲۰۰	۱			
کندی	۱۴/۲	۱/۴۲	۰/۲۰۰۰	۰/۱۱	۰/۰۸	۰/۲۶۰۰	-۰/۰۷	-۰/۲۳۰۰	-۰/۲۰۰۰	-۰/۲۷۰۰	-۰/۲۵۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۳۵۰۰	۰/۳۵۰۰	۰/۵۶۰۰	۱		
شک وسواسی	۳۰/۷۹	۱/۰۹	۰/۲۶۰۰	۰/۲۶۰۰	۰/۲۶۰۰	۰/۲۶۰۰	-۰/۱۶۰۰	-۰/۱۸۰۰	-۰/۱۹۰۰	-۰/۲۵۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۸۰۰	۰/۲۸۰۰	۰/۳۶۰۰	۰/۳۶۰۰	۱	
وسواس فکری - عملی	۱۳/۲۷	۵/۷۷	۰/۳۷۰۰	۰/۲۸۰۰	۰/۲۷۰۰	۰/۳۶۰۰	-۰/۱۸۰۰	-۰/۲۸۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۶۰۰	-۰/۲۴۰۰	-۰/۲۶۰۰	-۰/۲۱۰۰	-۰/۳۰۰۰	۰/۷۲۰۰	۰/۵۳۰۰	۰/۶۹۰۰	۰/۷۱۰۰

\* در سطح ۰/۰۵ معنی داری است.

\*\* در سطح ۰/۰۱ معنی داری است.

جدول ۳: شاخص های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها و متغیر ها پس از پنج مرحله اصلاح

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار به دست آمده قبل از تصحیح	مقدار به دست آمده پس از تصحیح
<b>X<sup>2</sup>/df</b>	کای اسکوتر نسبی	< ۳	۴/۷۰۰	۲/۹۰۷
<b>RMSEA</b>	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	< ۰/۱	۰/۰۹۱	۰/۰۵۹
<b>GFI</b>	شاخص برازندگی تعدیل یافته	> ۰/۹	۰/۸۲۷	۰/۹۲۸
<b>NFI</b>	شاخص برازش نرم	> ۰/۹	۰/۸۴۳	۰/۹۱۹
<b>CFI</b>	شاخص برازش مقایسه ای	> ۰/۹	۰/۸۷۴	۰/۹۳۸
<b>DF</b>		۱۴۲		

جدول ۵: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ (bootstrap)

متغیر	مقدار	حد پایین	حد بالا	معناداری
وسواس پرستاران بر احساس گناه با میانجی گری خودشفقت ورزشی	۰/۵۳۶	۰/۶۲۴	۰/۳۸۵	۰/۰۰۰

### بحث

هدف این پژوهش بررسی مدل وسواس با احساس گناه با نقش واسطه گری خودشفقت ورزشی در پرستاران زن بیمارستان های دولتی شهر گرگان بود و با توجه به نتایج بدست آمده، وسواس پرستاران بر احساس گناه اثر مستقیم دارد که با نتایج یافته ملیکارارسی و پینتو [۷]، دال [۸] و وین گاردن و رینشاو [۹] و زیدل [۱۲] در جهت تاثیرات وسواس و خود دلسوزی بر احساس گناه همخوانی دارد. همچنین یافته ها بیانگر این نکته است، آزمودنی هایی که نمره ی بالایی در وسواس به دست آوردند احساس گناه بالایی را نشان دادند و بین وسواس و احساس گناه همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش هایی همچون گانگمی، مانسینی و وندنهوت [۴۴] از این جهت که نشان دادند هسته ی شناختی ترس از گناه، توسط رفتارهای وسواسی است. افراد مبتلا به وسواس، همواره احتمال بروز اتفاقات ناخوشایند را با انجام کارها و فعالیت های ویژه ای همبسته می کنند [۲۵]. این افراد همواره می کوشند با انجام این فعالیت ها، مانع از این اتفاقات شوند و در صورت بروز این اتفاقات ناخوشایند، معمولاً خود را مقصر می دانند و این تصور اشتباه در نهایت به ایجاد احساس گناه در فرد می انجامد [۲۴]. در واقع همان طور که برونو، لوتواک و آگین [۴۵] بیان داشتند، احساس گناه در یک رابطه ی دوسویه می تواند یک

با توجه به جدول ۳ مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۵۹ می باشد لذا این مقدار کمتر از ۰/۱ است که نشان دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول می باشد [۴۲]. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی (۲/۹۰۷) بین ۱ و ۳ می باشد و میزان شاخص GFI، CFI و NFI نیز تقریباً برابر و بزرگتر از ۰/۹ می باشد که نشان می دهند مدل اندازه گیری متغیرهای پژوهش، مدلی مناسب است [۴۳].

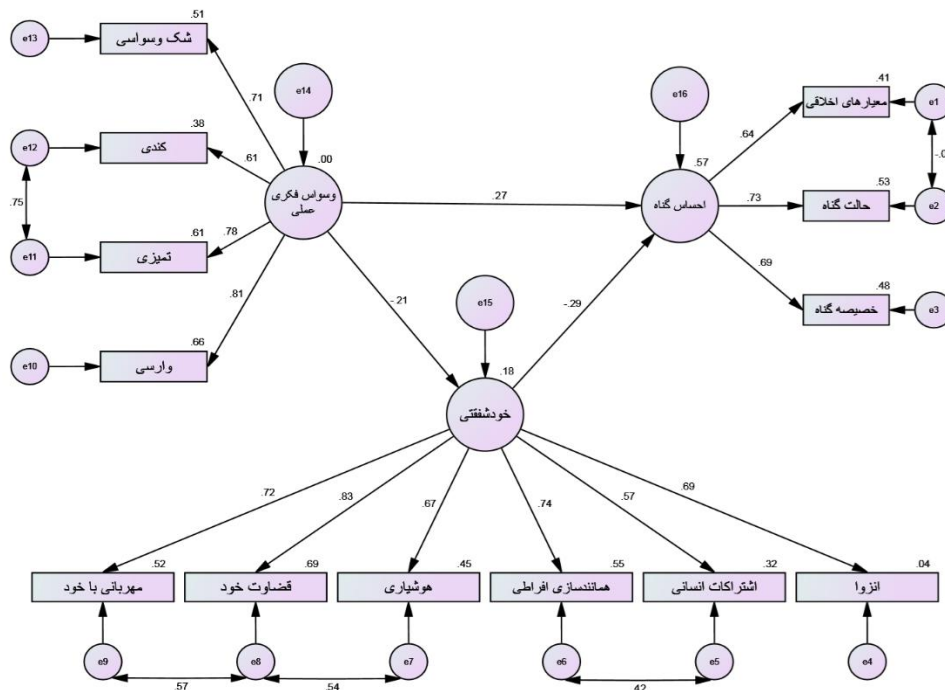
با توجه به جدول ۴ مسیرهای مستقیم توسط متغیرهای وسواس پرستاران و خودشفقت ورزشی بر احساس گناه اثر مستقیم دارا می باشند، همچنین نتایج نشان می دهد، مقادیر بتا در این دو مسیر به ترتیب برابر با ۰/۲۷ و ۰/۱۷ می باشد و مقادیر واریانس مشترک (R<sup>2</sup>) نیز به ترتیب برابر با ۰/۱۲۹ و ۰/۱۴۶ می باشد. با توجه به جدول ۵ همان گونه که مشاهده می گردد، علائم وسواس پرستاران بر احساس گناه با میانجی گری خودشفقت ورزشی اثر غیر مستقیم معنادار دارند و می توان مدل ساختاری روابط بین متغیرهای آشکار و پنهان را رسم نمود. به طور کلی دو متغیر توان پیش بینی (R<sup>2</sup>=۰/۵۷) از متغیر احساس گناه را دارا می باشند، که ۵۷ درصد از این متغیر درون زا توسط این متغیرها قابل تبیین می باشد و ۴۳ درصد از احساس گناه توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می گردد.

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

متغیر	b	β	R <sup>2</sup>
وسواس پرستاران بر احساس گناه	۰/۴۸	۰/۲۷	۰/۱۲۹
خودشفقت ورزشی بر احساس گناه	-۰/۸۶	-۰/۱۷	۰/۱۴۶

رو، نتایج با یافته صبرا، اسمیت و مهل [۱۶] و ون دام، شپارد، فوریس و ایرلیوین [۱۷] یارنل و نف [۲۶] و دورکین، بیامونت، مارتین و کارسون [۲۷] مطابقت دارد.

هیجان ناسازگار بوده که به آسانی اصلاح پذیر نباشد و باعث استرس، بازداری و آسیب روانی مانند وسواس شود. به علاوه، با توجه به نتایج بدست آمده، خودشفقت ورزی بر احساس گناه اثر مستقیم دارد و از این



تصویر ۱: مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره های پیش بینی استاندارد شده

افراد، منجر به کاهش هیجان های منفی در آنها می شود. در واقع خودشفقت ورزی، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می کند [۳۸].

افرادی که خودشفقت ورزی بالایی دارند از آنجا که با سخت گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می دهند، وقایع منفی زندگی را راحت تر می پذیرند و خود ارزیابی ها و واکنش هایشان دقیق تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی شان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق آمیز میل می کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. داشتن خودشفقت ورزی نیازمند این است که فرد به خاطر شکست ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت گیرانه از خود نپردازد؛ این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست ها نیست. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خودآگاهی فرد عمل می کنند بدون آگاهی از خود، این ضعف ها مورد تردید قرار، نمی گیرند [۳۴]. در مقابل، فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود، یک امنیت هیجانی به وجود می آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند [۲۳]. بنابراین خودشفقت ورزی منجر به انفعال، و سکون نمی شود، که با رنجش فردی همراه باشد. از آنجا که خودشفقت ورزی، نیازمند آگاهی، هشیار از هیجان های خود است، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی شود، بلکه فرد با

یافته های این پژوهش همخوان با مطالعاتی است که نشان می دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به میانجی گری احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند [۲۳]. در واقع سازه خودشفقت ورزی راهبردی است که به افراد کمک می کنند که از احساسات منفی در مورد خودشان اجتناب کنند. همان طور که بسیاری از نظریه پردازان به آن اشاره کرده اند، افراد معمولاً برای حفظ احساس مثبت در مورد خود دچار تصویری اشتباه به نفع خود می شوند و این تصورات اشتباه، ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب، خود همراه می شود [۲۷]. این تصورات اشتباه منفعت طلبانه، نه تنها به توانایی ما در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی کند [۴۶] بلکه در تحمل مواجه شدن با شواهد غیرقابل انکار نقاط ضعف مان ما را یاری نمی کند. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که علائم وسواس پرستاران با احساس گناه با میانجی گری خودشفقت ورزی اثر غیر مستقیم دارد. در این خصوص، مطالعات دمهری، مهربانی زاده هنرمند و یآوری [۳۱]، گنگامی و مناسینی [۳۰] و هوکینز، سنتیفانتی، هولمن و تیلور [۳۴] نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. مطالعه ی احساس گناه یک بخش مهم و کارکردی از روان شناسی است و آن را به عنوان هیجان خودآگاهی خودآگاهی شناسند. از دیدگاه روان شناسی، این هیجان خودآگاه در ارتباطات اجتماعی یافت می شود و از نگرانی در مورد دیگران، خود و رفتارهای انجام شده، افزایش می یابد. و از آنجا که بخش عمده های از هیجان های منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می شود، می توان گفت مولفه، بهشیاری با کاهش نشخوارگری



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 غیر مستقیم 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.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض مادی و معنوی ای با هیچ سازمانی نداشته اند.

### سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر می‌نماییم. همچنین این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1397.007 در دانشگاه واحد بندرگز به ثبت رسیده است.

### References

- Robinaugh DJ, McNally RJ. Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: association with psychological symptoms. *Behav Res Ther.* 2010;48(7):646-52. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.017 pmid: 20403584
- Freud Z. [The Simple Concept of Psychoanalysis]. Tehran: Scientific and Cultural Company.
- Golabi Shahreza M, Akrami N, Areizi H. [Investigating the role of guilty components in the prediction of obsessive-compulsive disorder in Isfahan women]. Fourth National Conference on Sustainable Development in Education Sciences and Psychology; Tehran 2017.
- Miller C. A balancing act: understanding the role of mother guilt and self-compassion in health-promoting behaviours in mothers with young children 2017.
- Farias CP, Cardoso MR. A ferocidade da culpa na neurose obsessiva: do desamparo à angústia moral. *Psicologia em Estudo.* 2015;20(1):33-44. doi: 10.4025/psicoestud.v20i1.24001
- Karimian N, Karimi Y, Bahmani B. [Investigating the Relationship between Mental Health Dimensions and Guilt with Marital Engagement of Married Persons]. *Fam Couns Psychother.* 2012;2:243-54.
- Melli G, Carraresi C, Poli A, Marazziti D, Pinto A. The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(5):1079-89. doi: 10.1002/cpp.2071 pmid: 28093822
- Dale R. Obsessive Compulsive Disorder: Moral reasoning, imagery and guilt. Royal Holloway, University of London; 2017.
- Weingarden H, Renshaw KD. Associations of Obsessive Compulsive Symptoms and Beliefs with Depression:

مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می‌شود. بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق تر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش می‌دهد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود شدن به پرستاران با جنسیت مونث، در بیمارستان‌های دولتی شهرگران در بازه ی زمانی شهریور تا آذر ماه ۱۳۹۷ اشاره نمود و همچنین دیگر محدودیت می‌توان به نمونه گیری در دسترس اشاره داشت که با توجه به شیفت‌های کاری بسیاری از پرستاران امکان دریافت در بازه های زمانی مشخص را صرفاً فراهم نمود.

### نتیجه گیری

پیرو یافته اصلی پژوهش که نشان داد وسواس بر احساس گناه با نقش واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی در پرستاران اثر غیرمستقیم دارد، به طور کلی، با توجه به تاثیر مسیر مستقیم وسواس بر احساس گناه پیرو یافته های این پژوهش، تغییرات شناخت فرد مبنی بر گناه کار بودنش، می‌تواند اضطراب را در فرد به همراه داشته باشد. این دید به اضطراب و احساس گناه، می‌تواند در رویکردهای درمانی نیز مفید واقع شود، به گونه ای که با کنترل احساس گناه در فرد، افسردگی و اضطراب را نیز کنترل کرد. با توجه به قدرت پیش بینی کنندگی 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

- Testing Mediation by Shame and Guilt. *Int J Cogn Ther.* 2014;7(4):305-19. doi: 10.1521/ijct\_2014\_07\_01
- Blair J. The role of guilt in Obsessive Compulsive Disorder: Adler; 2016.
- Melli G, Chiorri C, Carraresi C, Stopani E, Bulli F. The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: A multiple regression model in a clinical sample. *J Obsessive-Compulsive Relat Disord.* 2015;5:43-8. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.01.007
- Zaidel A. Obsessive States: Aesthetics, Erotism, and Fantasy. *Psychoanal Rev.* 2016;103(4):483-513. doi: 10.1521/prev.2016.103.4.483 pmid: 27500702
- American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Association; 2013.
- de Alvarenga PG, Mastroso RS, do Rosario MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health; 2012.
- Teller JA. Do Obsessive Beliefs Moderate the Relationship Between Obsessive-Compulsive and Depressive Symptoms? : University of Richmond; 2017.
- Sbarra DA, Smith HL, Mehl MR. When leaving your ex, love yourself: observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychol Sci.* 2012;23(3):261-9. doi: 10.1177/0956797611429466 pmid: 22282874
- Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2011;25(1):123-30. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011 pmid: 20832990

18. Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, Stress, and Coping. *Soc Personal Psychol Compass*. 2010;4(2):107-18. doi: [10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x) pmid: [20686629](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20686629/)
19. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013;44(3):501-13. doi: [10.1016/j.beth.2013.04.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004) pmid: [23768676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23768676/)
20. Bashpour S, IsaZadegan A. [Investigating the role of self-discipline and forgiving personality traits in anticipating the severity of depression of students]. *Behav Sci Res*. 2012;10(6):452-61.
21. Abbasian M, Baghyan M, Eadi N, Dorahi S. [Comparing self-compassion, cognitive avoidance and emotional self-control in nurses with and without learning disabilities]. *Healthy Breeze*. 2014;4(1):31-40.
22. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44. doi: [10.1002/jclp.21923](https://doi.org/10.1002/jclp.21923) pmid: [23070875](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23070875/)
23. Neff KD, Beretvas SN. The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self Identity*. 2013;12(1):78-98. doi: [10.1080/15298868.2011.639548](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548)
24. Warren R, Smeets E, Neff K. Self-criticism and self-compassion: risk and resilience: being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Curr Psychiatry*. 2016;15(12):18-28.
25. Sirois FM, Bogels S, Emerson LM. Self-compassion Improves Parental Well-being in Response to Challenging Parenting Events. *J Psychol*. 2019;153(3):327-41. doi: [10.1080/00223980.2018.1523123](https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1523123) pmid: [30376651](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30376651/)
26. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self Identity*. 2013;12(2):146-59. doi: [10.1080/15298868.2011.649545](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545)
27. Durkin M, Beaumont E, Hollins Martin CJ, Carson J. 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 Educ Today*. 2016;46:109-14. doi: [10.1016/j.nedt.2016.08.030](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030) pmid: [27621200](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621200/)
28. Hennig-Fast K, Michl P, Muller J, Niedermeier N, Coates U, Muller N, et al. Obsessive-compulsive disorder--A question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *J Psychiatr Res*. 2015;68:354-62. doi: [10.1016/j.jpsychires.2015.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.001) pmid: [26028547](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26028547/)
29. Mancini F, Gangemi A. Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;49(Pt B):157-63. doi: [10.1016/j.jbtep.2015.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.003) pmid: [26048080](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26048080/)
30. Gangemi A, Mancini F. Obsessive Patients and Deontological Guilt: A Review. *Psychopathol Rev*. 2017;4(2):155-68. doi: [10.5127/pr.045916](https://doi.org/10.5127/pr.045916)
31. Demarri F, Mehrabzadeh M, Yavari A. [Depression and obsessive-compulsive disorder as the leading cause of guilty and anxiety as a result of female students]. *Woman Cult*. 2010;2(6):25-36.
32. Saremi A, Mohammad A, Hamideh S. [Guilty Feeling and Obsessive-Compulsive Personality Disorder]. 2nd National Conference on Research and Therapy in Clinical Psychology; Torbat Jam 2015.
33. Hawkins L, Centifanti LCM, Holman N, Taylor P. Parental Adjustment following Pediatric Burn Injury: The Role of Guilt, Shame, and Self-Compassion. *J Pediatr Psychol*. 2019;44(2):229-37. doi: [10.1093/jpepsy/jsy079](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy079) pmid: [30357372](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30357372/)
34. D'Olimpio F, Mancini F. Role of Deontological Guilt in Obsessive-Compulsive Disorder-Like Checking and Washing Behaviors. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(6):727-39. doi: [10.1177/2167702614529549](https://doi.org/10.1177/2167702614529549)
35. Hooman H. [Structural Equation Modeling Using Laser Software]. Tehran: side; 2014.
36. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *J Pers Soc Psychol*. 1992;62(2):318-27. doi: [10.1037/0022-3514.62.2.318](https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318)
37. Naziri G. [Guilty feeling in information processing among OBS patients and survey about effect of parenting in perfectionism in this group]. Shiraz: Shiraz University; 1994.
38. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389-95. doi: [10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0) pmid: [612339](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/612339/)
39. Ghassemzadeh H, Khamseh A, Ebrahimkhani N. Demographic variables and clinical features of obsessivecompulsive disorder in Iranian patients. *Obsessive-Compulsive Disorder Research*. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2005.
40. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(3):250-5. doi: [10.1002/cpp.702](https://doi.org/10.1002/cpp.702) pmid: [21584907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21584907/)
41. Shahbazi M, Rajabi M, Jolandari A. [Confirmatory Confirmation Structure of the Persian Version of the Revised Degree of Self-Compassion in a group of prisoners]. *Q J Methods Psychol Models*. 2016;19:31-466.
42. Boshlideh K. [Research Methods and Statistical Analysis Examples from Spss and Amos]. Ahwaz: Shahid Chamran University Press; 2016.
43. Ghasemi V. [Structural Equation Modeling in Social Research Using Amos Graphics]. Tehran: Sociologists' Publications; 2014.
44. Gangemi A, Mancini F, van den Hout M. Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behav Res Ther*. 2007;45(10):2387-96. doi: [10.1016/j.brat.2007.03.011](https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.011) pmid: [17482560](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17482560/)
45. Bruno S, Lutwak N, Agin MA. Conceptualizations of guilt and the corresponding relationships to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Pers Individ Differ*. 2009;47(5):487-91. doi: [10.1016/j.paid.2009.04.023](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.023)
46. Naziri Q, Dadfar M, Karimi Kisami I. [The role of religious attachments, ineffective religious beliefs, guilty feelings and ineffective cognitive beliefs in the severity of compulsive obsessive compulsive symptoms]. *J Psychiatry Clin Psychol Iran*. 2005;11:283-9.