

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره یازدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶

پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بر اساس احساس گناه
سالم و ناسالم در سال ۱۳۹۶سید علی مرعشی^{۱*}، مریم باوی^۲، ایران داودی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

خلاصه

مقدمه: سلامت روان، مهم‌ترین عامل مؤثر در رشد و پرورش استعدادهاى دانشجویان می‌باشد. یکی از شاخص‌های ارزیابی سلامت روان؛ احساس گناه است که فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر، با هدف پیش‌بینی سلامت روان بر اساس احساس گناه سالم و ناسالم در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-مقطعی، تعداد ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. از ۲ پرسش‌نامه احساس گناه سالم و ناسالم و مقیاس سلامت عمومی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که احساس گناه سالم ($r=0/193$) و احساس گناه ناسالم ($r=0/303$) به طور معنی‌داری با سلامت روان (ابعاد ناسازگار سلامت روان) همبستگی دارند ($p<0/05$). بالاترین ضریب همبستگی مربوط به احساس گناه ناسالم می‌باشد که مهم‌ترین متغیر پیش‌بین در پژوهش حاضر است. ضرایب تحلیل رگرسیون با روش ورود مکرر برای ترکیب خطی متغیرهای احساس گناه سالم و ناسالم با سلامت روان در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، برخلاف دیدگاه سنتی، احتمالاً احساس گناه در ایجاد اختلالات روانی نقش عمده‌ای ندارد و همیشه ناسازگار نیست. در واقع، احساس گناه دارای طیفی است که از سویی باعث بروز رفتارهای سازگار می‌شود و از سویی دیگر در بروز نشانگان و رفتارهای ناسازگار نقش دارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، احساس گناه سالم، احساس گناه ناسالم، دانشجویان

۱- دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: sayedalimarashi@scu.ac.ir، تلفن: ۰۶۱-۳۴۴۳۳۷۴۷

۲- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۳- دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

مقدمه

سلامت روان مؤلفه‌ای مهم برای بررسی وضعیت سلامت یک جامعه است که می‌توان آن را با بررسی شاخص‌های گوناگون ارزیابی کرد [۱]. یکی از شاخص‌های ارزیابی سلامت روان؛ احساس گناه است که فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. بررسی‌های انجام شده در ارتباط با احساس گناه و نشانگان روانی نتایج متفاوتی در پی داشته است؛ طبق دیدگاه سنتی احساس گناه نقشی مهم در نشانگان روان شناختی دارد، با این حال یافته‌های تجربی در این خصوص مبهم است [۳]. در ادبیات روانشناسی اغلب از احساس گناه به عنوان یک هیجان منفی و ناسازگار یاد می‌شود که می‌تواند در افرادی که مستعد هستند، اختلال‌های روانی ایجاد کند [۴]. در مقابل، عده‌ای از پژوهشگران ادعا می‌کنند که احساس گناه یک پاسخ هیجانی سازگار است، زیرا انسان گناهکار را وادار به جبران اشتباه می‌کند [۵]. در مورد رابطه احساس گناه و سلامت روان تناقضاتی وجود دارد، که بیشتر ناشی از کاربرد مقیاس‌های متفاوت سنجش احساس گناه می‌باشد [۶]. Tangney گناه را یک سازه‌ی مثبت سلامت می‌داند [۷]. در عوض، Harder آن را یک سازه‌ی منفی به حساب می‌آورد که منعکس‌کننده درد درونی و تنش حاصل از پیامدهای منفی است [۸].

نظریه‌های مربوط به احساس گناه را می‌توان در سه دسته جای داد: دسته اول، پژوهشگران و نظریه پردازانی که نگاهشان به احساس گناه، مطلقاً مرضی است و چون دین را موجب پیدایی احساس گناه می‌دانند، آن را یکی از عوامل روان رنجوری می‌شمرند [۹]. گروه دوم کسانی هستند که احساس گناه را مطلقاً مرضی نمی‌دانند، بلکه سازشی بودن و یا نبودن احساس گناه را به چگونگی تفسیر آن در چارچوب ایدئولوژیک خاص می‌دانند و گروه سوم شامل نظریاتی است که با جدا کردن احساس گناه از شرم، احساس گناه را با سازش یافتگی‌های روان‌شناختی مرتبط می‌دانند. از این رو، احساس گناه می‌تواند نقش دوگانه در سلامت روانی افراد داشته باشد. از یک بعد به عنوان یک هیجان مخرب و از بعد دیگر، به عنوان یکی از سازه‌های اثرگذار در روانشناسی مثبت‌گرا مورد مطالعه قرار گیرد [۱۰].

تحقیقات نشان داده است که بین احساس گناه و مؤلفه‌های

سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال وسواسی جبری و اضطراب اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد [۱۳-۱۱]. از سوی دیگر، احساس گناه از همبستگی مثبت پایداری با سازگاری مثبت اجتماعی و بین فردی، عشق [۱۴]، رفتار جامعه‌پسند و همچنین همدلی [۱۵] بهره‌مند است. احساس گناه همچنین با سازگاری روان‌شناختی، خودتنظیمی و بهزیستی معنوی دارای همبستگی مثبت است [۱۶].

در این راستا، در پژوهشی طولی به بررسی احساس شرم، گناه و غرور در طول عمر پرداخته شد. نتایج حاکی از آن بود که احساس گناه با بهزیستی روانی دارای همبستگی مثبت است [۱۷]. Hale و Clark در پژوهش خود نشان دادند افرادی که در قبال دیگران احساس مسئولیت بالاتری دارند، احساس گناه بیشتری را نیز تجربه می‌کنند [۱۸]. در پژوهشی دیگر نیز به بررسی رابطه احساس گناه، شرم و باورهای خودکارآمدی در میان دانشجویان پرداخته شد و به این نتیجه رسیدند که احساس گناه رابطه مثبت و معنی‌دار با خودکارآمدی بین فردی و اجتماعی و خودکارآمدی خودتنظیمی دارد. همچنین، نتایج آن‌ها نشان داده افرادی که احساس گناه خود را می‌پذیرند قادر به مدیریت روابط بین فردی و مقاومت در برابر فشار منفی همسالان هستند [۱۹]. تأثیرات احساس گناه بر رفتارهای جامعه‌پسند و ارتقای روابط، در بازبینی متنی که Baumeister و همکارانش انجام داده‌اند به ثبت رسیده است [۲۰]. Khosravi و همکارانش در تحقیق خود نشان داده‌اند بین افسردگی و احساس گناه مرضی، تصور از خدا (مثبت و منفی) و امیدواری در بیماران سرطانی همبستگی معنی‌دار وجود دارد. همچنین احساس گناه مرضی سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی افسردگی دارد [۲۱].

تناقضات موجود در تعریف و برداشت‌های گوناگون مثبت و منفی از مقوله احساس گناه، ضرورت بررسی رابطه احساس گناه سالم و ناسالم با سلامت روان را ایجاب می‌کند. به علاوه، حجم پژوهش‌هایی که از این بعد به این تمایز توجه کرده باشند، در مقایسه با پژوهش‌هایی که از بعد ناهنجاری یا دیدگاه منفی به احساس گناه پرداخته باشند، بسیار کم است. علاوه براین، با توجه به اینکه دانشجویان نیروی انسانی

محرمانه بودن این اطلاعات نیز تأکید شد و نتایج پژوهش برای آزمودنی‌هایی که تمایل داشتند به صورت جداگانه تهیه شد و در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک (سن، جنسیت و رشته تحصیلی)، سلامت روان و احساس گناه سالم و ناسالم استفاده شده است.

(۱) پرسشنامه احساس گناه سالم و ناسالم: این پرسش‌نامه توسط Zarabiha در سال ۱۳۸۲ ساخته شد. این مقیاس دارای ۳۸ سؤال است که ۱۳ سؤال آن احساس گناه سالم و ۲۵ سؤال دیگر احساس گناه ناسالم را می‌سنجد و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم و نمره‌گذاری شده است. نمره احساس گناه ناسالم بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است که ۱۰۰ حداکثر نمره و کاملاً مرضی است. همچنین نمره احساس گناه سالم بین صفر تا ۵۲ متغیر است [۲۲]. Zarabiha همسانی درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل احساس گناه سالم ۰/۷۱ و برای احساس گناه ناسالم ۰/۹۰ به دست آورد [۲۲]. همچنین در پژوهش حاضر، همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل‌های احساس گناه ناسالم و سالم به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۵۴ به دست آمد.

(۲) پرسشنامه سلامت عمومی: فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hillier ساخته شد که شامل ۴ مقیاس ۷ سؤالی برای علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع چهار خرده مقیاس به دست می‌آید [۲۳]. نمره‌گذاری بر اساس روش لیکرت به هر پاسخ از راست به چپ، اصلاً (۰)، در حد معمول (۱)، بیش از حد معمول (۲) و به مراتب بیشتر از حد معمول (۳) تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات هر زیرمقیاس بین صفر تا ۲۱ قرار دارد که نمرات بین ۲۱-۱۴، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهند. همچنین، نمره کلی آزمون از صفر تا ۸۴ متغیر و نقطه برش این آزمون ۲۳ می‌باشد. نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است [۲۴]. Spears و Cheung ضریب

برگزیده از نظر استعداد، خلاقیت و پشتکار و منابع معنوی هر جامعه و سازندگان فرمای کشور خویش هستند، انتظار می‌رود این گروه در سایه سرمایه‌گذاری‌های کلانی که از آموزش و پرورش تا دانشگاه صرف آنان می‌شود، بتوانند افرادی توانا، مفید و مؤثر برای کشور باشند. اما واقعیت انکارناپذیر این است که این سرمایه‌گذاری‌ها بدون توجه به بهداشت روانی جامعه به ویژه دانشجویان نمی‌توانند تأمین‌کننده آن انتظارات باشند. بنابراین، هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بر اساس احساس گناه سالم و ناسالم می‌باشد.

مواد و روش‌ها

طرح مطالعه حاضر، توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز (۱۹۳۷۳ نفر) شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و بر اساس جدول کرجسی و مورگان، ۳۰۰ نفر از میان دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا از بین تمامی دانشکده‌های دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده‌های مهندسی، علوم تربیتی و روانشناسی، علوم پایه و ادبیات به روش تصادفی (با استفاده از قرعه‌کشی) انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده دو رشته و از هر رشته یک پایه به صورت تصادفی انتخاب شد و پرسش‌نامه‌های مربوطه بین آن‌ها توزیع گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم سوءمصرف مواد و موافقت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش. همچنین، عدم تمایل به همکاری با پژوهشگر و عدم تکمیل پرسش‌نامه باعث خروج از مطالعه می‌شد.

ابتدا به شرکت‌کنندگان در پژوهش، در رابطه با اهداف و نحوه انجام پژوهش توضیحات لازم داده شد و رضایت آن‌ها در مطالعه به صورت شفاهی جلب شد. به آن‌ها توضیح داده شد میانگین زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها حدود ۴۵ دقیقه است و با توجه به این‌که پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی بودند، پس از گذشت مدت زمان کافی، پژوهشگران برای جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها اقدام نمودند. بر

پایایی کلی این پرسشنامه را بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ گزارش داده‌اند [۲۵]. علاوه بر این، Shahverdi و همکارانش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌های آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی و خیم به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۶، ۰/۶۵ و ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد [۲۶]. داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و با روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۳۰۰ نفر کل نمونه، ۱۴۰ نفر (۴۶/۷٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب $28/96 \pm 5/22$ با حداقل و حداکثر ۲۲ و ۴۸ سال بود. علاوه بر این، فراوانی آزمودنی‌ها برای دانشکده ادبیات، ۸۶ نفر (۲۸/۶۶٪)؛ علوم تربیتی و روانشناسی، ۸۹ نفر (۲۹/۶۶٪)؛ علوم پایه، ۸۳ نفر (۲۷/۶۶٪)؛ فنی و مهندسی ۴۲ نفر (۱۴٪) بود.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانشجویان در متغیر سلامت روان به ترتیب $26/55 \pm 13/64$ بود.

جدول ۱- یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دانشجویان دانشگاه شهید چمران در سال ۱۳۹۶ (n = ۳۰۰)

شاخص‌های آماری متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	حداقل	حداکثر
نشانه‌های جسمانی	$7/83 \pm 4/59$	۰	۲۰
اضطراب و بی‌خوابی	$6/95 \pm 5/41$	۰	۱۹
عملکرد اجتماعی	$7/23 \pm 4/41$	۰	۱۸
افسردگی	$6 \pm 4/62$	۰	۲۱
نمره کل	$26/55 \pm 13/64$	۰	۶۵
احساس گناه سالم	$15/76 \pm 7/14$	۰	۳۴
احساس گناه ناسالم	$59/93 \pm 13/06$	۲۹	۸۸
نمره کل	$75/42 \pm 10/21$	۳۹	۹۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، رابطه بین احساس گناه سالم با احساس گناه ناسالم، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به طور منفی و ارتباط بین احساس گناه ناسالم و نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی به طور مثبت و در سطح آماری ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند. همچنین، بیشترین و کمترین ضرایب همبستگی به ترتیب مربوط به احساس گناه سالم و نشانه‌های جسمانی ($r = -0/402$) و احساس گناه سالم و کارکرد اجتماعی ($r = -0/198$) بود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، رابطه بین احساس گناه سالم با احساس گناه ناسالم، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به طور منفی و ارتباط بین احساس گناه ناسالم و نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی به طور مثبت و در سطح آماری ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند. همچنین، بیشترین و کمترین ضرایب همبستگی به ترتیب مربوط به احساس گناه سالم و نشانه‌های جسمانی ($r = -0/402$) و احساس گناه سالم و کارکرد اجتماعی ($r = -0/198$) بود.

ابتدا با استفاده از آزمون ناپارامتری Kolmogorov-

جدول ۲- ماتریس ضریب همبستگی احساس گناه سالم و ناسالم با نمره کل سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران در سال ۱۳۹۶

متغیر	احساس گناه		سلامت روان	
	گناه ناسالم	جسمانی	اضطراب	اجتماعی
احساس گناه سالم	-۰/۳۱۴**	-۰/۴۰۲**	-۰/۳۳۴**	-۰/۱۹۸**
	-	۰/۳۰۰**	۰/۲۵۴**	۰/۰۷۴
گناه ناسالم	-	-	۰/۵۲۱**	۰/۲۷۲**
	-	-	-	۰/۳۴۶**
نشانه‌های جسمانی	-	-	-	۰/۳۱۶**
اضطراب و بی‌خوابی	-	-	-	۰/۲۳۳**
کارکرد اجتماعی	-	-	-	۰/۴۱۵**
افسردگی	-	-	-	۰/۷۰۱**

می‌شود، ضریب تعیین (R^2) برابر با ۱۵ درصد و نسبت F چندگانه برابر با ۱۴/۳۲۳ است که در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، این متغیر حدود ۱۵ درصد از واریانس سلامت روان را تبیین می‌کند.

در جدول ۳ روابط چندگانه احساس گناه سالم و ناسالم با سلامت روان دانشجویان از طریق تحلیل رگرسیون خطی چندگانه ارائه شده است. متغیرها به شیوه Enrer و به طور هم‌زمان وارد مطالعه شدند. چنان‌که در جدول ملاحظه

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی سلامت روان بر اساس احساس گناه سالم و ناسالم در دانشجویان دانشگاه شهید چمران در سال ۱۳۹۶

متغیرهای پیش‌بین	سلامت روان			
	B	SE	مقدار F	مقدار P
احساس گناه ناسالم	۰/۳۸	۰/۰۲	۱۴/۳۲۳	<۰/۰۰۱
	۰/۴۱			R ² %۱۵

معنی‌داری بین احساس گناه غیر آسیب‌شناختی با سلامت روان وجود دارد، بنابراین نتایج مطالعه حاضر با پژوهش وی همسو است. نتیجه‌گیری Orth و همکارانش [۱۷] را نیز می‌توان هم‌راستا با نتیجه‌ی پژوهش حاضر در مورد ارتباط منفی گناه سالم با مؤلفه‌های سلامت روان دانست زیرا اگر شخص متوجه عمل خود باشد و در صدد جبران و یا آمرزش باشد، می‌تواند عملکرد روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

نتایج تحقیقات، Hale و Clarc [۱۸] نشان داد با افزایش پیوند با دیگران، میزان مسئولیتی که فرد در قبال دیگران احساس می‌کند، افزایش می‌یابد و در نتیجه، احساس گناه بیشتری تجربه می‌شود. همچنین نتایج تحقیق Passanisia و همکارانش [۱۹] را می‌توان با بعضی از نتایج تحقیق حاضر مرتبط دانست؛ زیرا مشخص شد احساس گناه سالم با عملکرد اجتماعی فرد رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری دارد. در واقع، احساس گناه سالم باعث می‌شود که فرد مسئولیت شخصی و اجتماعی رفتار را برعهده گیرد و در راستای بهبود عملکردش و در صدد جبران برآید.

در تحقیق Tebik و همکارانش [۳] که به بررسی رابطه احساس گناه و شرم با دینداری و سلامت روان پرداخته‌اند

بحث

هدف از مطالعه حاضر پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان بر اساس احساس گناه سالم و ناسالم بود. سابقه پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی احساس گناه بیانگر این است که به جنبه‌های مثبت و منفی این سازه به طور اخص پرداخته نشده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پیش‌بینی‌کننده مؤلفه‌های آسیب‌روانی (نشانه‌های جسمانی، اختلال خواب و اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی)، احساس گناه ناسالم است و نه احساس گناه سالم. به عبارت دیگر برخلاف آنچه ممکن است گاهی گفته شود، احساس گناه، نه همواره مرضی است و نه همواره مضر؛ بلکه فقط نوع خاصی از آن به نام احساس گناه ناسالم است که برای سلامت روانی مضر است. بنابراین در آموزش‌ها و شیوه‌های تربیتی نباید به کلی با احساس گناه مبارزه شود، بلکه باید شکل سالم و ناسالم آن از یکدیگر تفکیک شوند.

Zarabiha [۲۲] در تحقیق خود به بررسی رابطه احساس

گناه آسیب‌شناختی و غیر آسیب‌شناختی با سلامت روان پرداخت. نتایج او نشان داد همبستگی منفی و معنی‌داری بین گناه آسیب‌شناختی و سلامت روان، و همبستگی مثبت و

این مطالعه فقط بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط عمل کرد. پژوهش حاضر نیز مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است و با توجه به این که پرسش‌نامه‌ها جنبه خود گزارشی داشتند، ممکن است که در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. ماهیت این مطالعه مقطعی بود، بنابراین نمی‌توان روابط علی را از آن استخراج کرد. عدم حذف عوامل مخدوش‌کننده در بررسی ارتباط بین این متغیرها نیز جزء محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود که این موضوع در مناطق دیگر بر روی این جمعیت دانشجویان و جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد. همین‌طور توصیه می‌شود که از نتایج این پژوهش در مراکز درمانی و مشاوره‌ای دانشجویی توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که احساس گناه ناسالم، پیش‌بینی‌کننده سلامت روان (جنبه‌های منفی) دانشجویان است در حالی که احساس گناه سالم قادر به پیش‌بینی جنبه‌های ناسازگار سلامت روان نبود. نکته حائز اهمیت این است که سوابق پژوهشی بیانگر مقایسه احساس گناه و شرم با سایر متغیرهای روان‌شناختی به تنهایی یا با میانجی دیگر متغیرها می‌باشد و کمتر به تفکیک این مفهوم به دو سازه مستقل نگریسته شده است. بنابراین، می‌توان پیشنهاد کرد پژوهش‌های آینده به مفهوم احساس گناه به صورت یک طیف، از سالم تا ناسالم نگریسته و به بررسی آن بپردازند.

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مریم باوی است. گردآوری اطلاعات و نگارش پایان‌نامه بر عهده

یافته‌ها حاکی از آن بود که احساس گناه با پیامدهای مثبت روانی همراه است، در حالی که احساس شرم با پیامدهای منفی روانی همراه بود. این یافته‌ها و نتایج تحقیقات Tangney [۷] نیز با یافته‌های این بررسی در یک راستا هستند، چرا که هر دو احساس گناه را با پیامدهای مثبت روانی همراه می‌دانند.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Khosravi و همکارانش [۲۱] قابل مقایسه است، ایشان نشان دادند که بین افسردگی و احساس گناه ناسالم، تصور از خدا (مثبت و منفی) و امیدواری در بیماران سرطانی همبستگی معنی‌دار وجود دارد. همچنین احساس گناه ناسالم سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی افسردگی دارد. در عین حال، احساس گناه به ثبات بین شناخت و عمل کمک می‌کند. این چیزی است که در برخی از فرآیندهای تغییر در ارزش‌ها اتفاق می‌افتد، به عبارت دیگر، احساس گناه همیشه در ارزش‌هایی که با تخیل و تخطی مرتبط می‌باشند، به ثبات و انسجام رفتار کمک می‌کند [۲۷].

احساس گناه، افراد را برای تلاش در احیا و حفظ روابط برمی‌انگیزاند؛ تلاش‌هایی مانند برطرف کردن اشتباهاتی که مرتکب شده‌اند، معذرت‌خواهی از افرادی که به آن‌ها آسیب زده‌اند، و تلاش برای پیشگیری از ارتکاب دوباره اشتباهات [۳]. در ادبیات روانشناسی اغلب از احساس گناه به عنوان یک هیجان منفی و ناسازگار یاد می‌شود که می‌تواند در افرادی که مستعد اختلال‌های روانی هستند، ایجاد اختلال کند [۴]. در مقابل، عده‌ای از پژوهشگران ادعا می‌کنند که احساس گناه یک پاسخ هیجانی سازگار است، زیرا انسان گناهکار را برمی‌انگیزد تا کار اشتباه انجام داده را جبران کند [۵].

در احساس گناه سالم، افراد خود را مسئول اعمال خود در نقض مقررات می‌دانند. اگرچه این اقدامات قابل بازگشت نیست اما احساس گناه سالم، افراد را تشویق به پیدا کردن راه‌هایی برای بهتر کردن وضعیت می‌کند [۲۸]. در مقابل احساس گناه ناسالم، احساس خود سرزنشی استرس‌زا و منفی است که بدون دلیل رخ می‌دهد و تبدیل به نشخوار ذهنی می‌شود که حتی پس از برطرف شدن موقعیت تداوم می‌یابد [۲۱].

از تمامی دانشجویانی که صبورانه در این پژوهش شرکت و همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

مریم باوی، اصلاحات و ویرایش بر عهده سید علی مرعشی و ایران داودی بود.

تشکر و قدردانی

References

1. Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PF. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *HQLO* 2004;2(1):23-35.
2. Karimian N, Karimi Y, Bahmani B. Investigating the relationship between mental health and guilty feeling with marital commitment of married people. *JFCP* 2011; 1(2):243-56. [Persian]
3. Tebik M, Agha BN, Ashtiani F. Relationship of feeling guilty and shame with religiosity and mental health. *IPRJ* 2015;1(1):160-76. [Persian]
4. Hu J, Gruber KJ. Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in mental health nursing* 2008;29(8):895-911.
5. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Jencius S. Shame-and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *JAD* 2010;24(8):811-5.
6. Tilghman-Osborne C, Cole DA, Felton JW. Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *CPR* 2010;30(5):536-46.
7. Tangney JP. Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *BRT* 1996;34(9):741-54.
8. Harder DW. Shame and guilt assessment, and relationships of shame-and guilt-proneness to psychopathology. *IJP* 1995;12(7):368-92.
9. Inozu M, Karanci AN, Clark DA. Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians. *JBTEP* 2012;43(3):959-66.
10. Duhachek A, Agrawal N, Han D. Guilt versus shame: Coping, fluency, and framing in the effectiveness of responsible drinking messages. *JMR* 2012;49(6):928-41.
11. Robinaugh DJ, McNally RJ. Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *BRT* 2010;48(7):646-52.
12. Pineles SL, Street AE, Koenen KC. The differential relationships of shame-proneness and guilt-proneness to psychological and somatization symptoms. *JSCP* 2006;25(6):688-704.
13. Valentiner DP, Smith SA. Believing that intrusive thoughts can be immoral moderates the relationship between obsessions and compulsions for shame-prone individuals. *CTR* 2008;32(5):714-20.
14. Howell AJ, Turowski JB, Buro K. Guilt, empathy, and apology. *PID* 2012;53(7):917-22.
15. Roos S, Hodges EV, Salmivalli C. Do guilt-and shame-proneness differentially predict prosocial, aggressive, and withdrawn behaviors during early adolescence? *Developmental Psychology* 2014;50(3):941-6.
16. Woien SL, Ernst HA, Patock-Peckham JA, Nagoshi CT. Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *PID* 2003;35(2):313-26.
17. Orth U, Robins RW, Soto CJ. Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology* 2010;99(6):1061-71.
18. Hale MA, Clark DA. When good people have bad thoughts: Religiosity and the emotional regulation of guilt-inducing intrusive thoughts. *JPT* 2013;41(1):24-35.
19. Passanisi A, Sapienza I, Budello S, Giaimo F. The relationship between guilt, shame and self-efficacy beliefs in middle school students. *PSBS* 2015;197:1013-7.
20. Baumeister RF, Stillwell AM, Heatherton TF. Guilt: an interpersonal approach. *Psychological bulletin* 1994;115(2):243.
21. Khosravi Z, Zarabiha E, Nemati A. An Investigation of the Relationship among pathological and non pathological guilt feeling, Religious Attitude and Mental Health. *PSBS* 2011;30:1370-3. [Persian]
22. Zarabiha E. (dissertation). Investigating the relationship between the sensory and non-pathological guilt and religious attitude and mental health in Tehran University students. Tehran: Al-Zahra University; 2005: 96. [Persian]
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine* 1979;9(1):139-45.

24. Bagheri A, Bolhari J, Peiravi H. Student Student's Mental Health Status. IJPCP 2005;1(4):30-9.
25. Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item General Health Questionnaire. SPPE 1994;29(2):95-9.
26. Shahverdi J, Rezaei M, Ayazi M, Sadeghi K, Bakhtiari M, Shahverdi M. The relationship of general health with happiness, feelings of humiliation and marital conflicts in infertile women in Boroujerd. JNMF 2015;25(90): 54-7. [Persian]
27. Dein S. The origins of Jewish guilt: Psychological, theological, and cultural perspectives. JSMH 2013;15(2):123-37.
28. Graton A, Ric F, Gonzalez E. Reparation or reactance? The influence of guilt on reaction to persuasive communication. JESP 2016;62:40-9.

Prediction of Mental Health of Students of Ahwaz University of Shahid Chamran o Based on Healthy and Unhealthy Guilt in 2017

Marashi SA¹, Bavi M², Davoodi I³

1 - MD, MPH, Ph.D, Dept of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)

Email: sayedalimarashi@scu.ac.ir, Tel:0 061-34433747

2 – MSc, Dept of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3 - Ph.D, Dept of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 31 December 2017

Accepted: 11 March 2018

Introduction: Mental health is the most important factor in the growth and development of students' talents. One of the indicators of mental health assessment is the feeling of guilt that affects the person. The present study was aimed to predict the mental health of students of Ahwaz University of Shahid Chamran based on healthy and unhealthy guilt in 2017.

Materials and Methods: In this Analytical and cross-sectional study, 300 students were selected using randomly stratified methodology. Two questionnaires regarding healthy and unhealthy feelings of guilt and mental health scale were used as means of data collection. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple linear regressions analysis.

Results: The results showed that healthy ($r=-0/193$) and unhealthy feelings ($r=0/303$) of guilt were significantly correlated with mental health status (Incompatible aspects of mental health) ($p<0/05$). The highest correlation coefficient was related to unhealthy feelings of guilt, which was the most important predictive variable in this study. The regression coefficient between healthy and unhealthy feelings of guilt with mental health was statistically significant at < 0.001 .

Conclusion: According to the results of this research, On the contrary of traditional view of feelings of guilt, this feeling probably does not play a main role in developing mental disorders and it is not always maladaptive. In fact, feelings of guilt have a range from adaptive to maladaptive behaviors.

Keywords: Mental health, Healthy feelings of guilt, Unhealthy feelings of guilt, Students

Please cite this article as follows:

Marashi SA, Bavi M, Davoodi I. Prediction of Mental Health of Students of Ahwaz University of Shahid Chamran o Based on Healthy and Unhealthy Guilt in 2017. Community Health journal 2017; 11(2): 29-37.

Funding: personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shahid Chamran University of Ahvaz approved the Study.