



Research Article

Psychometric properties of the interpersonal guilt (short-form) and relation with Corona disease anxiety

R. Sadeghi^{1*}, A. Sharif², E. Molaei Nasab³ & F. Fatemi⁴

1. PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. Email: Sadeghi.rahale@yahoo.com

2. Associate Professor of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. Email: rezaeisharif@uma.ac.ir

3. M.A Student of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: ebrahimmolaei1400@yahoo.com

4. M.A in educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh-Tabatabaei, Tehran, Iran. Email: fa.fatemi@atu.ac.ir

Abstract

Aim: The purpose of this research was to investigate factor structure, validity and reliability of the interpersonal guilt (short-form) and relation with Corona disease anxiety in students. **Method:** The research method was a descriptive correlational. 330 students in Tehran participated in the study through online recall (Due to the corona virus pandemic). Corona disease anxiety scale (Alipour et al, 1398), Interpersonal guilt scale-15 (Gazzillo et al., 2018), Interpersonal guilt-67 (O'Connor et al., 1997), Personal-Feelings-Questionnaire-PFQ (Shame and Guilt) (Harder and Zalma, 1990) and Self-Esteem (Rosenberg, 1965) were used to collect the data. Data were analyzed using SPSS-23 and AMOS. **Results:** the results of exploratory factor analysis showed that 15 questions were loaded on 3 factors which together explained 46% of the variance of the scale of the interpersonal guilt. Internal consistency (Cronbach's alpha) was calculated 0/64-0/87. Correlation of three dimensions of this scale (survivor guilt, omnipotent guilt and self-hate) with Corona disease anxiety, depression, self-esteem, shame and guilt was also significant ($p < 0/01$). confirmatory factor analysis after model modification (14-item version) indicated a good fit with the data. **Conclusion:** Findings of the current research confirmed the usage of interpersonal guilt scale and it can be used in psychological research and clinical Trails.

Key words: Validity, Reliability, Interpersonal Guilt, Confirmatory Factor Analysis, Corona Disease Anxiety

Citation: Sadeghi, R., Sharif, A., Molaei Nasab, E., & Fatemi, F. (2022). Psychometric properties of the interpersonal guilt (short-form) and relation with Corona disease anxiety. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (2):83-105.

ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس گناه بین‌فردی و رابطه آن با اضطراب بیماری کرونا

راحله صادقی^{۱*}، علی رضایی شریف^۲، سیدابراهیم مولایی نسب^۳ و فاطمه السادات فاطمی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: Sadeghi.rahele@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: rezaeissharif@uma.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: ebrahimmolaee1400@yahoo.com

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل: fa.fatemi@atu.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی ساختار عاملی تأییدی، اعتبار و پایایی فرم کوتاه مقیاس احساس گناه بین‌فردی گازیلو (۲۰۱۸) و رابطه آن با اضطراب کرونا در نمونه دانشجویان بود. **روش:** پژوهش اخیر توصیفی از نوع همبستگی بود. ۳۳۰ نفر از دانشجویان از طریق فراخوان اینترنتی به صورت داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند (به علت شیوع ویروس کرونا). از پرسشنامه‌های اضطراب کرونا (علیپور و همکاران ۱۳۹۸)، احساس گناه بین‌فردی-۱۵ (گازیلو و همکاران، ۲۰۱۸)، احساس گناه بین‌فردی-۶۷ (اوکانر و همکاران، ۱۹۹۷)، احساسات شخصی شرم و گناه (هاردر و زالما، ۱۹۹۰)، عزت‌نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵) و افسردگی (PHQ-9) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS-24 و AMOS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که ۱۵ سؤال روی ۳ عامل بارگذاری شدند که این ۳ عامل روی هم ۴۶ درصد از واریانس مقیاس احساس گناه بین‌فردی را تبیین می‌کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ محاسبه گردید. رابطه سه بعد (گناه بازمانده، گناه همه توانی و نفرت از خود) این مقیاس با اضطراب بیماری کرونا، احساس گناه بین‌فردی-۶۷، افسردگی، عزت‌نفس، شرم و گناه معنادار بود ($P \leq 0/01$). نتایج تحلیل عاملی تأییدی بعد از اصلاح مدل (نسخه ۱۴ سؤالی) برازش خوبی با داده‌ها نشان داد. **نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی یافته‌ها حاکی از مناسب بودن ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی بود و با توجه به رابطه احساس گناه بین‌فردی با اضطراب بیماری کرونا، می‌توان از این ابزار برای کاربردهای تحقیقاتی و بالینی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اعتبار، روایی، مقیاس احساس گناه بین‌فردی، تحلیل عاملی تأییدی، اضطراب بیماری کرونا

مقدمه

یکی از بحران‌های جهانی که اثرات منفی زیادی بر سلامت روان، اجتماعی و اقتصادی جوامع داشت، اپیدمی بیماری کرونا (کووید-۱۹) به‌عنوان یک فاجعه بهداشت عمومی بود (ایچنبرگر، هسلمن، ساویگ، استادلمن و تورگلر، ۲۰۲۰). این بیماری تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در شرایط زندگی شامل، قرنطینه‌های خانگی پی‌درپی، منع رفت‌وآمد، ترس از انتقال بیماری به دیگران، تعطیلی بعضی از مشاغل، مدارس و همچنین تغییرات روان‌شناختی مخرب از جمله نگرانی، ترس، اضطراب فردی و بین‌فردی، افسردگی، احساس گناه و احساس انزوا ایجاد کرده است (وو، ژائو و ژانگ، ۲۰۲۰؛ فیشوف، ۲۰۲۰، سود، ۲۰۲۰، کومر، یا و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوک، توک و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین کووید-۱۹ پیامدهای چشمگیری بر سلامت روان دارد، به‌این‌علت که افراد را در معرض مرگ، تهدید به مرگ یا آسیب جسمی جدی قرار می‌دهد و با توجه به روند طولانی آن دارای پیامدهایی در سطوح گوناگون است (گرینبرگ، ۲۰۲۰).

یکی از واکنش‌های عصبی-روانی اصلی در شیوع ویروس کرونا، اضطراب است که می‌تواند هم در افراد سالم و هم در افرادی که سابقاً دارای مسائل سلامت روان بوده‌اند، ایجاد شود (شیگورا، اورسانو و همکاران، ۲۰۲۰). ضرورت فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه، منجر به اضطراب می‌شوند زیرا افراد از عزیزان خود جدا شده و آزادی آن‌ها محدود می‌شود و به دلیل ترس از ناشناخته بودن این بیماری و ایجاد ابهام شناختی، اضطراب در افراد تشدید می‌شود (بجاما، اوستر و مک‌گورن، ۲۰۲۰). این اضطراب عامل خطری برای بدتر شدن اختلالات روانی، رفتارهای خودکشی، رفتارهای منفی اجتماعی مانند طرد و تبعیض اجتماعی است (لو، کو و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر اضطراب و ترس، سایر هیجانات منفی ممکن است مسئله‌ای جدی برای سلامت روان باشد. شرم و گناه دو احساس متمایز منفی خودآگاه هستند که در دوران بیماری کرونا ایجاد شوند. هنگامی که این احساسات به‌درستی شناسایی و مدیریت نشوند، به طرق مختلف به نشانگان روان‌شناختی شدید مرتبط می‌شوند که تهدید جدی برای سلامت روان است (کاوالرا، ۲۰۲۰). وضعیت طولانی و عدم قطعیت، همچنین هشدار مداوم مربوط به کووید-۱۹ همراه با اضطراب و ترس از آلوده شدن دیگران می‌تواند تهدیدی از احساس گناه بین‌فردی ناسازگارانه را تعیین کند که پیامدهای مخربی برای سلامت روان دارد (بروکس و همکاران، ۲۰۲۰) و فرد حتی در صورت رعایت کامل تمام اقدامات بهداشتی و ایمنی لازم، افکار مکرر مربوط به احتمال ناقل بودن این ویروس و خطر برای اعضای خانواده را داشته باشد.

در نظریات زیست‌شناسی و روان‌شناسی اخلاقی و تکاملی، گناه را یکی از نتایج تکامل گونه انسان به‌عنوان یک گونه اجتماعی و عملکردی برای بقای گروهی در نظر گرفته‌اند (انگلمن و

توماسلو، ۲۰۱۸؛ ویلسون، ۲۰۱۵؛ هایدت، ۲۰۱۲). در طیف وسیعی از هیجانات انسانی، احساس گناه یکی از جذاب‌ترین و پیچیده‌ترین احساسات است. تعریفی که تیلمن-آزبورن (۲۰۱۰) از احساس گناه ارائه داده‌اند "سازهٔ پیچیده‌ای است که در هستهٔ خود، دارای اجزای عاطفی و شناختی است". احساس گناه خطاهای اخلاقی (واقعی یا خیالی) را دربرمی‌گیرد که در آن افراد معتقدند عمل آن‌ها به نتایج منفی منجر شده است. همچنین یک حس مسئولیت و پشیمانی دردناک بخشی از تجربهٔ احساس گناه است (لاک و لاک-سیکروسکی، ۲۰۲۰).

تئوری‌های مختلفی از جمله نظریه‌های کنترل- تسلط رابطه‌ای یکپارچه و شناختی-پویایی، استدلال می‌کنند که احساس گناه خاستگاه بین‌فردی و یک کارکرد انطباقی دارد (فاسینی، گازیلو و گورمن، ۲۰۲۰؛ سیلبرشاتز، ۲۰۰۵؛ ویس، ۱۹۹۳). احساس گناه شامل انتقاد از خود برای یک عمل خاص و آسیب‌هایی که ممکن است فرد بر دیگران وارد کند. این امر با نگرانی در مورد تاثیر فرد بر دیگران و همدلی با دیدگاه‌های آن‌ها مرتبط است، هنگامی می‌تواند برای سلامت روان ناسازگار باشد که افراد نسبت به رویدادهایی که خارج از کنترل آن‌ها اتفاق می‌افتد احساس مسئولیت اغراق‌آمیزی داشته باشند و یا جبران آن امکان‌پذیر نباشد (چری و همکاران، ۲۰۱۷). روان‌تحلیل‌گران (اش، ۱۹۷۶؛ لووالد، ۱۹۷۹؛ مودل، ۱۹۷۱؛ نیدرلند، ۱۹۸۱ و گازیلو، ۲۰۱۹) پنج نوع گناه بین‌فردی را شناسایی کرده‌اند: گناه بازمانده، بر اساس این باور بیماری‌زا که داشتن موفقیت، رضایت، خوش‌شانسی یا سایر ویژگی‌های مثبت بیشتر و بالاتر از دیگران (افراد مهم) ممکن است به آن‌ها صدمه بزند. گناه جدایی/ بی‌وفایی، بر اساس این باور بیماری‌زا که جدایی فیزیکی یا روان‌شناختی از عزیزان می‌تواند باعث آسیب‌رساندن به آن‌ها شود. گناه مسئولیت همه‌توانی، بر اساس این باور بیماری‌زا که فرد باید عزیزانش را خوشحال کند، به‌طوری‌که ارضای نیازهای خود به معنای خودخواه بودن است و به دیگران آسیب می‌زند. گناه بار بر دوش دیگران بودن، از این باور بیماری‌زا نشات می‌گیرد که هیجانات و نیازهای فرد باری بر دوش عزیزانش است و مشکلات و شکنندگی خود را نمی‌تواند ابراز کند چون به آن‌ها صدمه خواهد زد. نفرت از خود که مبتنی بر باورهای بیماری‌زا بد، ناکافی و بی‌ارزش بودن است. بر خلاف انواع دیگر گناه، این یک اتهام به خود در مورد آنچه هست، به‌جای آنچه شخص انجام داده است یا ممکن است به‌طور بالقوه انجام دهد؛ خاستگاه بین‌فردی آن برگرفته از این واقعیت است که در حضور والدین غفلت‌کننده یا سوءاستفاده‌گر، این فکر که او سزاوار بدرفتاری است، ایمن‌تر از احساس وابستگی به والدینی است که واقعاً بد هستند (فیربین، ۱۹۴۳).

برخی از باورهای فرد ممکن است بیماری‌زا تلقی شود (ویس و همکاران، ۱۹۸۶)، هنگامی که آن‌ها آن دستیابی به اهداف لذت‌بخش و سالم را به وضعیت خطر درونی (مثل ترس، گناه، شرم

و غیره) یا خطر بیرونی (مثل تنبیه، رنج افراد دیگر، از دست دادت عزیزان و غیره) مرتبط می‌کنند. باورهای بیماری‌زا ناشی از آسیب‌ها و تجربیات نامطلوب دوران کودکی است و ممکن است به‌عنوان تلاشی تصور شود برای فهم و درک آنچه آن شخص برای ایجاد این آسیب‌ها انجام داده و این‌کنخ چطور او می‌تواند از بروز آن‌ها در آینده جلوگیری کند. احساس گناه به سیستم‌های انگیزشی ترس، دلبستگی و مراقبت مرتبط است (گازیلو و همکاران، ۲۰۱۸)، برگرفته از توانایی همدلی با رنج افراد دیگر همراه با احساس مسئولیت نسبت به آشفتگی افراد دیگر در قبال آن پریشانی است و انگیزه تلاش برای ترمیم و اصلاح آن را ایجاد می‌کند. احساس گناه ممکن است زمانی بیماری‌زا شود که با باورهای بیماری‌زا شکل گیرد یا تقویت شود. در برخی شرایط، در واقع، رفتارهای فرا اجتماعی ناشی از نگرانی همدلانه بیش‌ازحد برای دیگران ممکن است منجر به رفتارهای خودتخریبی و مشکلات روان‌شناختی مثل احساس تنهایی، قمار، سوءمصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات هیجانی شود (برگولد و لاک، ۲۰۰۲؛ بلیر، ۲۰۰۵؛ برونو، لوت واک و آگین، ۲۰۰۹؛ جیامارکو و ورنون، ۲۰۱۵؛ لاک، شیلکرت، اورت و پتری، ۲۰۱۳، ۲۰۱۵؛ زان-واکسلر و شون، ۲۰۱۶). احساس گناه درمان‌نشده که با یک رویداد استرس‌زا همراه می‌شود می‌تواند با عوارض شدید سلامت‌روان از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، افکار خودکشی، مصرف مواد و عملکرد پایین در کیفیت زندگی مرتبط باشد (گریفن و همکاران، ۲۰۱۷؛ براون و همکاران، ۲۰۱۵؛ برایان و همکاران، ۲۰۱۴).

با توجه به اهمیت احساس گناه در افراد و با توجه به آسیب‌هایی که این احساس به افراد وارد می‌سازد، ارزیابی آن از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. تاکنون احساس گناه توسط پرسشنامه‌های متفاوتی مورد ارزیابی قرار گرفته است. اولین ابزار تجربی برای ارزیابی گناه از دیدگاه نظریه کنترل- تسلط، پرسشنامه ۶۷ سؤالی احساس گناه بین‌فردی (IGO-67)، است (اوکانر، بری، ویس، باش و سامپسون، ۱۹۹۷). این پرسشنامه گناه بازمانده (۲۲ عبارت)، گناه جدایی (۱۵ عبارت)، گناه همه توانی (۱۵ عبارت) و نفرت از خود (۱۶ عبارت) را ارزیابی می‌کند. یکی دیگر از پرسشنامه‌ها، پرسشنامه احساس گناه (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲) که دارای ۴۵ سوال است و سه خرده‌مقیاس خصیصه گناه (۱۵ سؤال)، حالت گناه (۱۵ سؤال) و معیارهای اخلاقی (۱۵ سؤال) را می‌سنجد. پرسشنامه‌هایی که به آن اشاره شد از نظر تعداد سؤالات بسیار طولانی هستند. به همین دلیل نیاز به پرسشنامه‌ای که تعداد سؤالات کمی داشته باشد ولی همان خرده‌مقیاس‌ها را با دقت بالایی اندازه‌گیری کند، احساس می‌گردد. گازیلو و همکاران (۲۰۱۸) مقیاس احساس گناه بین‌فردی ۱۵ سؤالی را طراحی کرده‌اند که به‌منظور بررسی احساس گناه بین‌فردی

از نظریه کنترل-تسلط ویس (۱۹۹۷) کمک می‌گیرد و دارای سه خرده مقیاس گناه بازمانده (۵ سؤال)، گناه همه توانی (۷ سؤال) و نفرت (۳ سؤال) از خود دارد. با توجه به مطالب بیان شده بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه ایرانی به علت نبود نمونه مشابه این فرصت را در اختیار پژوهشگران ایرانی قرار می‌دهد تا ابزاری با حساسیت و اعتبار مطلوب برای ارزیابی و سنجش احساس گناه در زندگی روزانه در اختیار داشته باشند. با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر در پی معرفی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ۱۵ سؤالی احساس گناه بین‌فردی و رابطه آن به‌طور ویژه با اضطراب در دوران کرونا، همچنین به لحاظ تجربی بررسی رابطه بین این متغیر با احساسات بین شخصی (احساس گناه و شرم)، عزت‌نفس و افسردگی است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجویان (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) دانشگاه‌های تهران در نیمه سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که به‌صورت اینترنتی با پرسشنامه آنلاین در پژوهش شرکت کردند. تعداد ۳۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. در پژوهش‌های مربوط به هنجاریابی نیاز به تحلیل عاملی وجود دارد، حجم نمونه ۱۰ به ۱، ۵ به ۱، برخی ۲۰ به ۱ و برخی ۵۰ به ۱ (به ازای هر سؤال ۵۰ نفر) را پیشنهاد داده‌اند (میولر، ۱۳۹۰/۱۹۹۶). در این زمینه باید توجه داشت که وقتی حجم نمونه افزایش می‌یابد، خطاهای اندازه‌گیری تصادفی تمایل دارند که همدیگر را خنثی کنند، در نتیجه پارامترهای سؤال و آزمون تقریباً ثابت می‌مانند و افزایش حجم نمونه اهمیت چندانی ندارد (تینزلی و تینزلی، ۱۹۸۷). با توجه به اینکه پرسشنامه احساس گناه از ۱۵ سؤال تشکیل شده است و با توجه به حجم ۲۰ به ۱، حجم نمونه ۳۰۰ نفر به دست آمد که جهت حصول اطمینان بیشتر تعداد ۳۳۰ پرسشنامه اجراء و گردآوری شد. این گروه متشکل از ۹۲ نفر مرد و ۲۳۸ نفر زن بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۲ سال قرار داشتند. ۶۹٫۸٪ در مقطع کارشناسی، ۲۷٫۶٪ در مقطع کارشناسی ارشد، ۲٫۶٪ در مقطع دکترا بودند. همچنین ۲۶٫۵٪ از شرکت‌کنندگان در این پژوهش متاهل و ۷۳٫۵٪ مجرد بودند. به لحاظ شغل، ۳۲٫۵٪ دارای شغل درآمدزا بوده و ۶۷٫۵٪ شغلی نداشته‌اند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، به‌غیر از توضیح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان، به هر دانشجویی که تمایل داشت نمره اخذ شده اضطراب کرونا و بازخورد کلی داده می‌شد.

ابزار

۱- مقیاس اضطراب بیماری کرونا^۱

این ابزار توسط علی پور، قدمی، علی پور و عبدالله زاده (۱۳۹۸) در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. دارای ۱۸ گویه و دو خرده‌مقیاس علائم روانی و علائم جسمانی است که در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز، صفر تا همیشه، ۳) نمره‌گذاری می‌شود. بازه نمرات بین صفر تا ۵۴ است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0/879$)، عامل دوم ($\alpha=0/861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0/919$) به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب این ابزار است. در پژوهش حاضر، پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

۲- مقیاس احساس گناه بین‌فردی - ۲۱۵

این پرسشنامه توسط گازیلو و همکاران (۲۰۱۸) طراحی شده است، ۱۵ گویه دارد و به‌منظور بررسی احساس گناه بین‌فردی برگرفته از نظریه کنترل-تسلط ویس (۱۹۹۷) ساخته شده است. سه زیرمقیاس گناه بازمانده، گناه همه توانی و نفرت از خود دارد که نمره‌گذاری آن به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به‌هیچ‌وجه تا خیلی زیاد است. پایایی نسخه اصلی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، برای گناه بازمانده ۰/۷۳، برای گناه همه توانی ۰/۸۲ و برای نفرت ۰/۷۸ برآورد شده است (گازیلو و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر، روایی همگرا و واگرا با استفاده از پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی ۶۷ سؤالی اوکانر، بهزیستی کلی روان‌شناختی و شخصیت‌سنجیده شده است. پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ برای گناه بازمانده، ۰/۷۱ برای گناه همه توانی و ۰/۶۸ برای نفرت از خود به دست آوردند و همبستگی آزمون مجدد گناه بازمانده ($r=0/70$ ، $p<0/001$)، گناه همه‌توانی ($r=0/76$ ، $p<0/001$) و نفرت از خود ($r=0/70$ ، $p<0/001$) گزارش شده است. همچنین روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، برازش مطلوبی را نشان می‌دهد.

۳- پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی - ۳:۶۷

این مقیاس توسط اوکانر و براساس نظریه ویس ساخته شده است، دارای ۶۷ گویه و چهار خرده‌مقیاس گناه بازمانده (۲۲ ماده)، گناه جدایی (۱۵ ماده)، گناه قدرت مطلق (۱۴ ماده) و گناه

¹ CDAS
² IGRS-15

³ IGQ-67

نفرت از خود (۱۶ ماده) است (اوکانتر، بری، ویس، بوش و سمپسون، ۱۹۹۷). نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد و چهار نمره از مؤلفه‌ها و یک نمره کلی از گناه بین‌فردی به دست می‌دهد که دامنه نمرات از ۶۷ تا ۳۳۵ است. پایایی آزمون توسط اوکانتر و همکاران (۱۹۹۷)، با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس گناه بازمانده ۰/۸۵، گناه جدایی ۰/۸۲، گناه همه توانی یا قدرت مطلق ۰/۸۳ و گناه نفرت از خود ۰/۸۷ محاسبه شد. پتری (۲۰۱۵) همسانی درونی ماده‌های کل آزمون ۰/۹۱ و برای هر مؤلفه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ بود. در نسخه فارسی پایایی این آزمون با روش بازآزمایی توسط عباسی، رمی، پثربی و یعقوبی (۱۳۹۴) برای کل مقیاس ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است (عباسی، رمی، پثربی و یعقوبی، ۱۳۹۴).

۴- پرسشنامه عزت‌نفس^۱:

مقیاس عزت‌نفس توسط روزنبرگ (۱۹۶۵) ارائه شد. ۱۰ گویه دارد که میزان رضایت از زندگی داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد و به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم و براساس دامنه ۱ تا ۵ است، حداقل و حداکثر نمره آن ۱۰ - ۵۰ است که نمره‌های بالاتر میزان بالای عزت‌نفس در افراد را نشان می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است (ماکیکانگاس و همکاران، ۲۰۰۴). همبستگی آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸-۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸-۰/۷۷ قرار دارد، که ثبات و تکرارپذیری نتایج حاصل از این پرسشنامه خوب تا عالی گزارش شده است (می و وارن، ۲۰۰۲). در ایران این پرسشنامه را، محمدی (۱۳۸۴) پایایی این مقیاس را در دانشجویان با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیمه کرده به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۶۸ محاسبه کرده است؛ در بررسی وی ضریب روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت ۰/۶۱ به‌دست‌آمده است. رجبی و بهلول (۱۳۸۶) نیز پایایی این مقیاس را با کاربرد روش آلفای کرونباخ در کل نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ محاسبه کرده‌اند.

^۱ SES

۵- پرسشنامه احساسات شخصی (شرم و گناه)^۱

این پرسشنامه توسط هاردر و زالما (۱۹۹۰) به منظور بررسی تجربه احساسات شرم و گناه ایجاد شد. این پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس شرم و گناه است، ۲۲ احساس و حالت مختلف نام‌برده شده، که پاسخ‌دهنده روی یک پیوستار پنج‌درجه‌ای به آن‌ها پاسخ می‌دهد. اعتبار بازآزمایی آن در مورد زیرمقیاس شرم ۰/۹۳ و در مورد گناه ۰/۸۵ گزارش شده است (هاردر و زالما، ۱۹۹۰). روایی آن نیز از طریق ارتباط قوی با ناستواری خود ($r=0/34$)، اضطراب اجتماعی ($r=0/37$) و اسناد بیرونی مهارگری ($r=0/21$) تأیید شده است (هاردر، راکرت و کالچر، ۱۹۹۳). آلفای کرونباخ دو زیرمقیاس شرم و گناه در پژوهشی در افراد سالم فارسی‌زبان به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۶۲ به دست آمد (موسوی، ۱۳۸۴). در پژوهشی دیگر، آلفای کرونباخ دو زیرمقیاس شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۶۲ گزارش شده است (موسوی، قربانی و قاضی طباطبایی، ۱۳۹۳).

۶- پرسشنامه افسردگی^۲

پرسشنامه سلامت بیمار توسط کروئنگه، اشپیتزر و ویلیامز (۲۰۰۱) در دانشگاه کلمبیا طراحی شده است. پرسشنامه سلامت بیمار ابزاری متشکل از ۹ گویه است و بر اساس معیارهای افسردگی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم (DSM) ساخته شده است. این پرسشنامه بر روی مقیاس ۴ نقطه‌ای (۰ تا ۳) است و گزینه‌های پاسخ اصلاً (نمره ۰) تا تقریباً هر روز (نمره ۳) دربرمی‌گیرد. نمرات بین ۵ تا ۹ مبین افسردگی خفیف و نمرات بین ۱۰ تا ۱۴ مبین افسردگی متوسط و نمرات ۱۵ و بالاتر از آن مبین افسردگی شدید است. کروئنگه و همکاران نقطه برش تشخیص افسردگی را ۱۰ و بالاتر از آن را تعیین کردند و آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۹، حساسیت ۸۸ درصد و ویژگی نیز ۸۸ درصد به‌دست‌آمده و میزان AUC نیز ۰/۹۵ محاسبه شد. فرهی و همکاران (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵۶ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۶۹ نشان‌دهنده، به ترتیب، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی بالای PHQ-۹ بودند. تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از آن بود که تمام سؤالات در یک عامل قرار گرفته و ۴۷/۵۹ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که همه سؤالات به یک عامل مربوط می‌شوند.

^۱ PFQ

^۲ PHQ-9

شیوه اجرا

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا پرسشنامه توسط دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی به فارسی برگردانده شد. سپس، ترجمه برگردان به زبان انگلیسی انجام شد. مشکلات مربوط به ترجمه گویه‌ها، بررسی و رفع شد. در یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه ترجمه شده در اختیار یک نمونه ۲۰ نفری از دانشجویان قرار گرفت و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، واژگانی که برای دانشجویان قابل فهم نبود بازنویسی و با نزدیکترین واژه جایگزین شد.

جهت بررسی روایی صوری و محتوایی، ترجمه نهایی توسط سه استاد روانشناسی و مشاوره مورد بازبینی قرار گرفت. پس از آن سؤالات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه‌ها در گوگل فرم طراحی شد و به صورت مقدماتی لینک آن به صورت داوطلبانه در اختیار ۲۵ نفر از دانشجویان قرار گرفت و ابهامات گویه‌ها بررسی شد. به منظور جلوگیری از خطای خستگی در پاسخ به سؤالات، سه فرم مختلف در گوگل فرم طراحی شد. برای اجرای اصلی پژوهش، فراخوان شرکت در پژوهش به صورت اینترنتی داده شد. شرکت‌کنندگان بایستی به تمامی سؤالات پاسخ می‌دادند و در نهایت ثبت می‌کردند، بنابراین ۳۳۰ نفر به تمامی پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و وارد تجزیه و تحلیل نهایی شدند. برای انتخاب نمونه، به علت بیماری کووید-۱۹ و عدم دسترسی به دانشجویان به صورت حضوری، در فضای مجازی فراخوان شرکت در پژوهش داده شد و به داوطلبان لینک پرسشنامه‌ها که در گوگل فرم بارگذاری شده بود فرستاده شد (از طریق پیام‌رسان‌های واتساپ، اینستاگرام و ایمیل) و افراد به صورت آنلاین به پرسشنامه‌های الکترونیکی پاسخ دادند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای بررسی روایی سازه این مقیاس در مرحله اول از تحلیل عاملی اکتشافی و بررسی رابطه بین مقیاس احساس گناه بین فردی با دیگر سازه‌ها (روایی همگرا و واگرا) از ضریب همبستگی پیرسون و برای برآورد همسانی درونی از آلفای کرونباخ و در مرحله دوم از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS-24 و AMOS-24 انجام پذیرفت.

یافته‌ها

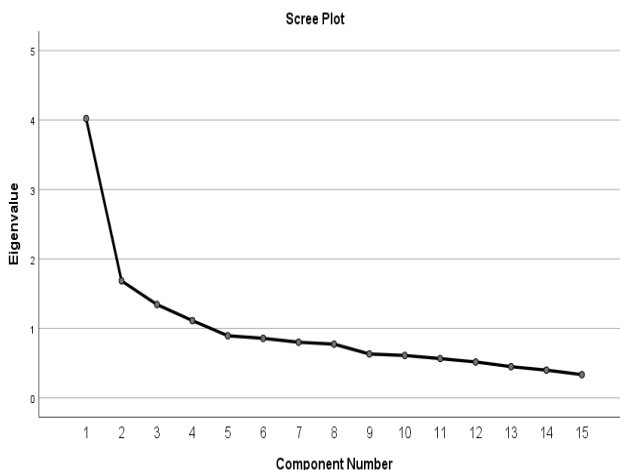
به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه احساس گناه بین فردی، نخست قابلیت تحلیل عاملی از طریق آماره کایز-مایر-اولکین و آزمون کرویت بارتلت بررسی شد. بر این اساس مقدار آماره کایز-مایر-اولکین (۰/۸۹۳) به دست آمد که بیانگر کفایت نمونه است و آزمون کرویت بارتلت

($X^2=10.77/15$ با $df=10.5$ و $P=0.001$) نشان می‌دهد که ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست؛ بنابراین عامل یابی قابل توجیه است. در تحلیل عاملی اکتشافی همه سؤالات دارای همبستگی بالای 0.3 با نمره کل پرسشنامه بود. در جدول ۱، مقدار ارزش ویژه و واریانس تبیین شده عامل‌ها قبل و بعد چرخش گزارش شده است.

جدول ۱. واریانس کل تبیین شده توسط عامل‌ها قبل و بعد از چرخش

عامل	ارزش ویژه اولیه		مجموع مجذورات بارهای استخراج شده		
	ارزش ویژه	درصد واریانس	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی
۱	۴/۰۲	۲۶/۸۰	۳/۰۸	۲۰/۵۸	۲۰/۵۸
۲	۱/۶۸	۱۱/۲۳	۲/۳۵	۱۵/۶۷	۳۶/۲۵
۳	۱/۳۴	۸/۹۵	۱/۶۱	۱۰/۷۴	۴۶/۹۹

برای تعیین عامل‌های معنی‌دار از نمودار چرخش یافته ارزش‌های ویژه، نمودار اسکری استفاده گردید. در این نمودار طرحی از تبیین واریانس کل تبیین شده توسط هر متغیر را در ارتباط با هم نشان می‌دهد.



جدول ۲. محتوای گویه‌ها و بارعاملی آن‌ها در هر یک از عوامل

عامل	بارعاملی	سؤالات
نفرت از	۰/۳۹	باور دارم اگر دیگران واقعاً مرا می‌شناختند، دورم را خط می‌کشیدند.
خود	۰/۳۷	اگر آدمی نباشم که از دیگران مراقبت می‌کند و به آن‌ها اهمیت می‌دهد، احساس خودخواهی و بی‌عاطفه‌گی می‌کنم.
	۰/۶۰	من لایق شادبودن نیستم.
گناه	۰/۶۳	حس می‌کنم مسئولیت دارم که مشکلات دیگران را حل کنم
همه	۰/۶۶	اگر آدمی نباشم که از دیگران مراقبت می‌کند و به آن‌ها اهمیت می‌دهد، احساس خودخواهی و بی‌عاطفه‌گی می‌کنم.
توانی	۰/۳۷	حس می‌کنم باید هرچقدر که پدر و مادرم دوست دارند، به دیدن‌شان بروم.
	۰/۸۰	خودم را بیش‌ازحد، مسئول سلامتی دیگران می‌دانم.
	۰/۶۴	من معمولاً منافع، نیازها و خواسته‌های عمیق‌ام را کنار می‌گذارم تا از دیگران مراقبت کنم.
	۰/۳۷	واقعاً احساس بدی پیدا می‌کنم اگر به ارزش‌ها و باورهای خانوادگی‌ام شک کنم.
	۰/۴۸	نمی‌خواهم از کسانی که دوستشان دارم جدا شوم، چون این کار به آن‌ها آسیب می‌زند، نوعی بی‌وفایی است، و به آن‌ها حس رهاشدگی می‌دهد.
گناه	۰/۵۱	وقتی که فکر می‌کنم از دیگران بهتر هستم احساس ناخوشایندی می‌کنم.
بازمانده	۰/۴۷	این ایده که دیگران به من حسادت کنند، شدیداً آشفته‌حالم می‌کند.
	۰/۵۸	موفقیت‌هایم را مخفی می‌کنم یا کم‌ارزش جلوه می‌دهم تا دیگرانی که کم‌تر از من موفق‌اند ناراحت نشوند.
	۰/۷۴	اگر با من بهتر از بقیه رفتار شود، معذب می‌شوم.
	۰/۴۳	اگر وضع و حالم بهتر از دیگران باشد، معذب می‌شوم.

جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامهٔ احساس گناه بین‌فردی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای تمام مؤلفه‌ها از نظر روان‌سنجی در حد مطلوب قرار دارد.

جدول ۳. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های احساس گناه بین‌فردی

متغیر	آلفای کرونباخ
گناه بازمانده	۰/۷۶
گناه همه توانی	۰/۸۱

۰/۶۴	نفرت از خود
۰/۸۷	احساس گناه بین فردی

برای بررسی روایی از مقیاس‌های احساس گناه بین فردی، افسردگی و عزت نفس استفاده شده است. نتایج همبستگی این متغیرها در جدول ۴ ملاحظه می‌شود.

جدول ۴. ضرایب همبستگی عامل‌ها با متغیرهای اضطراب کرونا، شرم، گناه، افسردگی،

عزت نفس و احساس گناه بین فردی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. گناه بین فردی										
۲. گناه بازمانده	۱									
۳. گناه همه توانی		۱								
۴. نفرت از خود			۱							
۵. اضطراب کرونا	**۰/۴۴	**۰/۳۶	**۰/۳۳	**۰/۳۲	۱					
۶. شرم	**۰/۴۴	**۰/۳۸	**۰/۳۰	**۰/۴۱		۱				
۷. گناه	**۰/۴۲	**۰/۲۸	**۰/۳۲	**۰/۴۱			۱			
۸. افسردگی	**۰/۳۷	**۰/۳۸	**۰/۲۶	**۰/۳۵				۱		
۹. احساس گناه بین فردی-۶۷	**۰/۷۳	**۰/۶۰	**۰/۶۲	**۰/۵۶					۱	
۱۰. عزت نفس	-۰/۴۶	-۰/۳۴	-۰/۴۲	-۰/۴۱						۱
میانگین	۳۰/۶۰	۹/۴۵	۱۸/۹۵	۳/۸۳						
انحراف استاندارد	۷/۶۳	۳/۳۶	۵/۳۶	۱/۴۹						

* ($P \leq 0/01$)

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، بین اضطراب بیماری کرونا با احساس گناه بین‌فردی ($I=0/44$ ، $p<0/01$) رابطه معناداری مشاهده می‌شود. همبستگی احساسات شخصی (شرم و گناه) با نمره کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های گناه بازمانده، گناه همه‌توانی و نفرت از خود به ترتیب (۰/۴۴ و ۰/۴۲)، (۰/۳۸ و ۰/۲۸)، (۰/۳۰ و ۰/۳۲) و (۰/۴۱ و ۰/۴۱) محاسبه شد. ارتباط کل مقیاس احساس گناه بین‌فردی و زیرمقیاس‌های آن با مقیاس افسردگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنادار است. این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های گناه بازمانده، گناه همه‌توانی و نفرت از خود به ترتیب با مقیاس افسردگی ارتباطی به‌شدت ۰/۳۷، ۰/۳۸، ۰/۲۶ و ۰/۳۵ برخوردار است. به‌عنوان روایی همزمان از احساس گناه بین‌فردی اوکانر استفاده شد که با نمره کل مقیاس گناه بین‌فردی و خرده‌مقیاس‌های گناه بازمانده، گناه همه‌توانی و نفرت از خود در سطح ۹۹ درصد (۰/۷۳، ۰/۶۰، ۰/۶۲ و ۰/۵۶) رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بین عزت‌نفس و احساس گناه بین‌فردی ارتباط منفی و معنادار در سطح ۰/۹۹ وجود دارد.

جهت بررسی روایی سازه و میزان انسجام درونی پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی با مولفه‌های اصلی آن، ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل مورد محاسبه قرار گرفت که خلاصه نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. همبستگی خرده‌مقیاس‌های گناه بازمانده، گناه همه‌توانی و نفرت از خود با نمره کل

متغیر	گناه بازمانده	گناه همه‌توانی	نفرت از خود
احساس گناه بین‌فردی	۰/۷۹۰	۰/۸۸۸	۰/۶۳۴
ضریب پیرسون			
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود تمام مؤلفه‌های احساس گناه بین‌فردی با نمره کلی این مقیاس رابطه معنی‌داری دارند. در مجموع الگوی ضرایب همبستگی در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که روابط درونی خوبی بین مولفه‌ها وجود دارد. به‌منظور بررسی اینکه پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی در جامعه دانشجویی برازش دارد، از روش تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار ایموس ۲۴ استفاده شد که نتایج حاصل از بررسی برازندگی پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است.

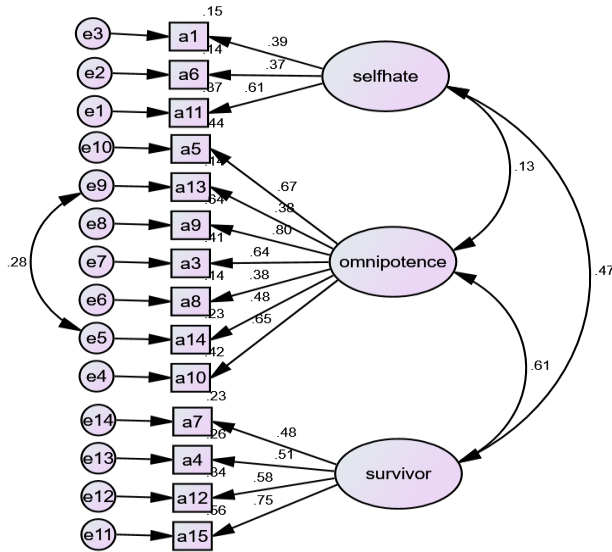
جدول ۶. شاخص‌های برازندگی برای مدل ۳ عاملی مقیاس احساس گناه بین‌فردی

توصیف	X2	df	X2/df	RMSEA	RMR	IFI	CFI	GFI	AGFI
-------	----	----	-------	-------	-----	-----	-----	-----	------

مدل فرضی	215/82	87	۲/۴۸	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۹۱	۰/۸۸
مدل رقیب	143/28	73	۱/۹۶	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۱

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب و ریشه مجذورات میانگین باقیمانده بین صفر و یک در نوسان هستند و هر چه مقدار آن‌ها کوچک‌تر باشد نشان‌دهنده برازش مدل است. زمانی که مقدار این آماره‌ها کوچک‌تر از ۰/۰۶ باشد، مدل از برازش قابل‌قبولی برخوردار می‌باشد که با توجه به آن که شاخص‌های مذکور در این پژوهش به ترتیب ۰/۰۶ و ۰/۰۷ به دست آمده می‌توان گفت مدل از برازش متوسطی برخوردار است. مقادیر نیکویی برازش، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش، شاخص برازش تطبیقی و برازش رشدی باید بالاتر از ۰/۹۰ باشد تا نشان‌دهنده برازش قابل‌قبول مدل باشد؛ با توجه به اینکه در این پژوهش به‌غیر از شاخص نیکویی برازش، دیگر شاخص‌ها در آستانه ۰/۹۰ است. در شاخص‌های اصلاحی پیشنهادی ایموس، از آنجاکه سؤالات ۲ (اگر وضع و حالم بهتر از دیگران باشد، معذب می‌شوم) و ۴ (وقتی که فکر می‌کنم از دیگران بهتر هستم، احساس ناخوشایندی می‌کنم) مربوط به ماده‌های یک عامل هستند، یکی از ماده‌های مرتبط با این خطاها (سؤال ۲)، به علت بارعاملی ضعیف‌تر حذف شد. همچنین در خروجی ایموس، میان سؤال‌های ۱۳ و ۱۴ اغتشاش کوواریانس نشان داده شد، که خطاهای این دو ماده را در مدل به یکدیگر متصل گردید. بعد از اعمال دو اصلاح مذکور، مجدداً برازندگی مدل مورد آزمون قرار گرفت. مدل اصلاح شده به عنوان مدل رقیب با مدل فرضی مقایسه شد که نتایج آن در جدول ۱ و شکل ۱ ملاحظه می‌شود.

بررسی دو مدل فوق‌نشان می‌دهد که مدل رقیب در مقایسه با مدل فرضی از شاخص‌های برازندگی بهتری برخوردار است. از آنجا که مدل رقیب از مجذور کای پائین‌تری برخوردار بود به عنوان مدل پایه انتخاب شد و مدل فرضی با آن مقایسه شد. مقایسه مدل‌ها براساس مجذور کای آنها صورت گرفت. مجذور کای مدل رقیب $(X^2 = 143/28)$ با مجذور کای مدل فرضی $(215/82)$ $X^2 =$ مقایسه شد. تفاوت مجذور کای دو مدل در سطح ۰/۰۱ معنادار بود و این بدان معناست که مدل رقیب از مدل فرضی برازندگی بهتری دارد.



شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل رقیب

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ارزیابی ساختار عاملی تأییدی پرسشنامه احساس گناه بین‌فردی و رابطه آن با اضطراب بیماری کرونا در نمونه دانشجویان بود. ابزار احساس گناه بین‌فردی به منظور بررسی ترس از صدمه رساندن به دیگران طراحی شده است تا بستری مناسب برای پژوهش، تشخیص، ارزیابی و درمان در حوزه‌های علمی و کاربردی فراهم گردد. در این مطالعه نشان داده شد که بین احساس گناه بین‌فردی و اضطراب بیماری کرونا رابطه معناداری وجود دارد که همسو با نتایج پژوهش هالر و همکاران (۲۰۲۰) و رانسینگ و همکاران (۲۰۲۰) است. شیوع کووید-۱۹، نه تنها تهدید جدی برای امنیت فردی افراد، بلکه باعث ایجاد احساس گناه بین‌فردی می‌شود که سلامت روان را کاهش می‌دهد. در رویدادهای مرتبط با اضطراب بیماری کرونا، احساس گناه بین‌فردی وقتی ایجاد می‌شود که هر آشفتگی به‌عنوان شواهدی در نظر گرفته می‌شود (مثل من نگران انتقال بیماری به اطرافیانم هستم و نسبت به آن احساس مسئولیت زیادی دارم) و ارزیابی شواهد واقعی غیرممکن می‌شود، زیرا این نوع احساس مسئولیت بیش از حد نسبت به جنبه‌هایی است که فرد کنترل ندارد، این تجربه گناه بین‌فردی باعث فعال شدن اضطراب ناشی از کووید-۱۹ می‌گردد. احساس گناه ناشی از انتقال بیماری کرونا به خویشان و

وابستگی، در مطالعه بروکس و همکاران (۲۰۲۰) و اضطراب در مورد سلامتی خود و دیگران از پیامدهای آن است که در پژوهش فیرولیو و گوروود (۲۰۲۰) تایید شده است.

بر اساس تحلیل‌های انجام‌شده، ساختار عاملی که توسط گازیلو و همکاران (۲۰۱۸) پیشنهاد شده بود، در این پژوهش تایید گردید. سه عامل گناه همه توانی، گناه بازمانده و نفرت از خود در تحلیل عاملی تأییدی با اندکی تغییرات از نسخه اصلی مورد تایید قرار گرفت و برازش خوبی را نشان داد. این نتیجه از این ایده حمایت می‌کند که افراد قادر به تشخیص اینکه آیا احساس گناه دارند یا خیر، آسان نیست. زیرا احساس می‌کنند همیشه باید از دیگران مراقبت کنند (گناه همه توانی) و جدایی و مستقل شدن از عزیزان خود به آن‌ها لطمه می‌زند (گناه جدایی/بی‌وفایی). در گناه همه توانی افراد تمایل دارند قدرت بیش از حدی در مورد خودشان تصور کنند و در بهزیستی یا رنج دیگران تاثیر بسزایی دارند (گازیلو و همکاران، ۲۰۱۸).

این پژوهش به دو تحلیل عاملی تأییدی انجامید. در اولین تحلیل، برخی از شاخص‌ها برازش مطلوبی نداشتند و مدل اصلاح شده به عنوان مدل رقیب وارد پژوهش شد. سؤال دو و چهار، مربوط به خرده‌مقیاس گناه بازمانده بودند و هر دو سؤال تقریباً به یک موضوع اشاره دارد که احساس ناخوشایند فرد از این باور نشأت می‌گیرد که بهتر بودن از دیگران به آن‌ها صدمه می‌زند. در مدل اصلاح‌شده، سؤال دوم به علت بارعاملی پایین‌تر حذف شد. این یافته با یافته سازنده مقیاس گازیلو و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی ندارد. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که در هر دو سؤال با واژگان متفاوتی به احساس گناهی که از طریق دیگران به وجود می‌آید، اشاره شده است و در واقع به یک موضوع یکسان در دو عبارت با واژگان متفاوت پرداخته شده است که در یکی از آن‌ها به وضع و حال افراد (فیزیکی) و در دیگری به فکر افراد (افکار) اشاره شده است؛ شاید یکی از دلایل این یافته این باشد که افراد شرکت‌کننده در پژوهش نتوانستند بین این دو سؤال تمایز قائل شوند.

رابطه‌ای که این مقیاس با افسردگی نشان داد، بیانگر این است که احساس گناه بین‌فردی یک جزء قدرتمندی در تعیین رنج روانی افراد نه‌فقط جمعیت بالینی است. تمامی خرده‌مقیاس‌های احساس گناه بین‌فردی با احساسات شخصی مثل احساس شرم و گناه همبستگی مثبت و معناداری دارد. همچنین همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های احساس گناه بین‌فردی و مقیاس احساس گناه بین‌فردی-۶۷، از اعتبار همزمان حمایت می‌کند که با پژوهش گازیلو و همکاران (۲۰۱۸) هم‌راستا بود. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که احساس گناه شامل انتقاد از خود برای یک عمل خاص و آسیب‌هایی که ممکن است فرد بر دیگران وارد کند. به همین دلیل رابطه آن با دیگر احساسات آسیب‌رسان و منفی مانند احساس گناه و شرم مثبت است.

کاربرد این پرسشنامه، به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند کدام نوع گناه را تجربه می‌کنند و تا چه حد از احساسات گناه خود آگاه هستند. درمانگران و روان‌شناسان نیز با استفاده از این پرسشنامه می‌توانند به خاستگاه احساس گناه که می‌تواند ناشی از تجربه‌های اولیه غفلت، بدرفتاری، بی‌ارزشی و غیره باشد، توجه کنند و در ادامه مداخلات درمانی برای هر کدام از انواع احساس گناه مداخلات جداگانه‌ای ترتیب دهند، به‌عنوان مثال اگر مراجع نفرت از خود را تجربه می‌کند، رویکردی حمایتی با هدف تقویت اعتماد به نفس مراجع، انتخاب مناسبی است؛ زیرا در تضاد با عدم عشق، مراقبت و قدردانی مراجع می‌باشد. اما اگر گناه بازمانده در وی قوی‌تر باشد رویکرد حمایتی ممکن است مخرب باشد چرا که به مراجع می‌تواند نشان دهد که درمانگر نیز باید او را ضعیف، شکننده و نیازمند حمایت ببیند، درحالی‌که اگر درمانگر بتواند او را به‌عنوان فردی قوی، شاد و خوش‌شانس ببیند که مستحق نشان دادن نقاط قوت اش نیست، برای او بسیار مفیدتر خواهد بود.

نخستین محدودیت مطالعه حاضر این است که این مطالعه روی دانشجویان دانشگاه تهران انجام شده است، بنابراین در خصوص تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر این مطالعه این است که هنوز مشخص نیست که نمره‌های بالا در هر یک از مؤلفه‌های مقیاس تا چه اندازه با رفتارهای افراد در زندگی واقعی مرتبط است. به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که این مقیاس را بر روی نمونه‌های بالینی مانند افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، افکار خودکشی، مصرف مواد و عملکرد پایین در کیفیت زندگی نیز انجام دهند. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌هایی به منظور تعیین اینکه آیا مقیاس احساس گناه بین فردی توانایی غربالگری برای تعیین مشکلات هیجانی در انواع مختلف اختلالات را دارند، انجام دهند.

موازین اخلاقی

این پژوهش به‌صورت داوطلبانه و از طریق فراخوان اینترنتی صورت گرفت. موازین اخلاقی شامل توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، حفظ حریم خصوصی و رازداری بود که از طریق عدم درج نام و نام خانوادگی آن‌ها رعایت شد.

سپاسگزاری

از تمامی دانشجویانی که در تکمیل پرسشنامه‌ها همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش مشارکت نویسندگان به شرح زیر است:

نویسنده اول و مسئول: مفهوم‌سازی و چارچوب کلی، تدوین محتوا، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

نویسنده دوم: چارچوب کلی، نظارت، بازبینی و اصلاح

نویسنده سوم: اجرا، تدوین محتوا، بازبینی و اصلاح

نویسنده چهارم: اجرا، بازبینی و اصلاح

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 8 (32), 163-175. [\[link\]](#)
- Asch, S. S. (1976). Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 383-407. [\[link\]](#)
- Bajema, K. L., Oster, A. M., McGovern, O. L., Lindstrom, S., Stenger, M. R., Anderson, T. C., ... & Oliver, S. E. (2020). Persons evaluated for 2019 novel coronavirus—United States, January 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 69 (6), 166. [\[link\]](#)
- Berghold, K. M., & Lock, J. (2002). Assessing guilt in adolescents with anorexia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (3), 378-390. [\[link\]](#)
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14 (4), 698-718. [\[link\]](#)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395, 912-920. [\[link\]](#)
- 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. [[link](#)]
- Bush, M. (2005). The role of unconscious guilt in psychopathology and in psychotherapy. [[link](#)]
- Cavalera, C. (2020). Covid-19 Psychological implications: The role of shame and guilt. *Frontiers in Psychology*, 11, 2727. [[link](#)]
- Cavalera, C., Pepe, A., Zurloni, V., Diana, B., Realdon, O., Todisco, P., et al. (2018). Negative social emotions and cognition: shame, guilt and working memory impairments. *Acta Psychol.* 188, 9–15. [[link](#)]
- Cherry, M. G., Taylor, P. J., Brown, S. L., Rigby, J. W., and Sellwood, W. (2017). Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: a systematic review. *Psychiatry Res.* 249, 139–151. [[link](#)]
- Davis, K. L., Panksepp, J., & Normansell, L. (2003). The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative data and implications. *Neuropsychoanalysis*, 5 (1), 57–69. [[link](#)]
- Eichenberger, R., Heggemann, R., Savage, D. A., Stadelmann, D., & Torgler, B. (2020). Certified coronavirus immunity as a resource and strategy to cope with pandemic costs. *Kyklos*, 73 (3), 464-474. [[link](#)]
- Engelmann, J. M., & Tomasello, M. (2018). Prosociality and morality in children and chimpanzees. In C. C. Helwig (Ed.), *New perspectives* (pp.15–32). New York: Routledge. [[link](#)]
- Faccini, F., Gazzillo, F., & Gorman, B. S. (2020). Guilt, Shame, Empathy, Self-Esteem, and Traumas: New Data for the Validation of the Interpersonal Guilt Rating Scale-15 Self-Report (IGRS-15s). *Psychodynamic psychiatry*, 48 (1), 79–100. [[link](#)]
- Fairbairn, W. R. D. (1943). The repression and the return of bad objects (with special reference to the 'war neuroses'). *British Journal of Medical Psychology*. [[link](#)]
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63 (1). [[link](#)]
- Gazzillo, F. (2016). *Trusting Patients*. Milan, Italy: Raffaello Cortina. [[link](#)]
- Gazzillo, F., Fimiani, R., De Luca, E., Dazzi, N., Curtis, J. T., & Bush, M. (2019). New developments in understanding morality: Between evolutionary psychology, developmental psychology, and control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*, 37 (1) 37-49. [[link](#)]
- Gazzillo, F., Gorman, B., De Luca, E., Faccini, F., Bush, M., Silberschatz, G., & Dazzi, N. (2018). Preliminary data about the validation of a self-report for

- the assessment of interpersonal guilt: The Interpersonal Guilt Rating Scale-15s (IGRS-15s). *Psychodynamic Psychiatry*, 46, 23–48. [[link](#)]
- Giammarco, E. A., & Vernon, P. A. (2015). Interpersonal guilt and the dark triad. *Personality and Individual Differences*, 81, 96–101. [[link](#)]
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., and Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* 368:m1211. [[link](#)]
- Haidt, J. (2012). *The righteous mind. Why good people are divided by politics and religion*. New York: Vintage Books. [[link](#)]
- Haller, M., Norman, S. B., Davis, B. C., Capone, C., Browne, K., and Allard, C. B. (2020). A model for treating COVID-19–related guilt, shame, and moral injury. *Psychol. Trauma* 12, S174–S176. [[link](#)]
- Harder, D. W., Rockart, L., & Cutler, L. (1993). Additional validity evidence for the Harder personal feelings questionnaire-2 (PFQ2): A measure of shame and guilt proneness. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (3), 345-348. [[link](#)]
- Silberschatz, G. (Ed.). (2013). *Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy*. Routledge. [[link](#)]
- Koç, A., Tok, H. H., Uzun, L. N., & Ensari, H. (2021). Depression, Anxiety and State Guilt in Individuals under Quarantine in an Institution due to COVID-19 and the Related Factors. *Noro psikiyatri arsivi*, 58 (2), 146–153. [[link](#)]
- Kumar, K., Jha, S., Sharma, M. P., Sharma, R., & Singh, S. M. (2020). The experiential impact of isolation and quarantine on patients during the initial phase of the COVID-19 pandemic in India. *Industrial psychiatry journal*, 29 (2), 310–316. [[link](#)]
- Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2013). Interpersonal guilt in college student pathological gamblers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39 (1), 28–32. [[link](#)]
- Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2015). Interpersonal guilt and substance use in college students. *Substance Abuse*, 36 (1), 113–118. [[link](#)]
- Loewald, H. W. (1979). The waning of the Oedipus complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 751–775. [[link](#)]
- Lu, W. H., Ko, N. Y., Chang, Y. P., Yen, C. F., & Wang, P. W. (2020). The Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Taiwan: An Online Survey on Worry and Anxiety and Associated Factors. *International journal of environmental research and public health*, 17 (21), 7974. [[link](#)]
- Luck, T., & Luck-Sikorski, C. (2020). Feelings of guilt in the general adult population: prevalence, intensity and association with

- depression. *Psychology, health & medicine*, 1–11. Advance online publication. [\[link\]](#)
- Modell, A. H. (1965). On having the right to a life: An aspect of the superego's development. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 323–331. [\[link\]](#)
- Niederland, W. G. (1981). The survivor syndrome: Further observations and dimensions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 413–425. [\[link\]](#)
- O'Connor, L. E. (2000). Pathogenic beliefs and guilt in human evolution: Implications for psychotherapy. In P. Gilbert & K. Bayley (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 276–303). New York: Guilford. [\[link\]](#)
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., & Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18 (2), 181–203. [\[link\]](#)
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T., Mulherin, K., & Crisostomo, P. S. (2007). Empathy and depression: The moral system on overdrive. *Empathy in Mental Illness*, 49, 75. [\[link\]](#)
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 73–89. [\[link\]](#)
- Ransing, R., Ramalho, R., de Filippis, R., Ojeahere, M. I., Karaliuniene, R., Orsolini, L., et al. (2020). Infectious disease outbreak related stigma and discrimination during the covid-19 pandemic: drivers, facilitators, manifestations, and outcomes across the world. *Brain Behav Immun*. 28, 555–558. [\[link\]](#)
- Sampson, H. (1992). The role of “real” experience in psychopathology and treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 2 (4), 509–528. [\[link\]](#)
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74 (4), 281–282. [\[link\]](#)
- Silberschatz, G. (2005). The control-mastery theory: An integrated cognitive-psychodynamic- relational theory. In G. Silberschatz & G. Silberschatz (Eds.), *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy* (pp. 219–235). New York: Routledge. [\[link\]](#)
- Sober, E., & Wilson, D. S. (1998). Summary of: ‘Unto others. The evolution and psychology of unselfish behavior’. *Journal of Consciousness Studies*, 7 (1-2), 185-206. [\[link\]](#)
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford. [\[link\]](#)

- Weiss, J. (1997). The role of pathogenic beliefs in psychic reality. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 427-434. [[link](#)]
- Weiss, J., Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford. [[link](#)]
- Wilson, D. S. (2015). *Does altruism exist? Culture, genes, and the welfare of others*. New Haven, CT: Yale University Press. [[link](#)]