



## Comparing the Experience of Shame and Guilt and Irrational Beliefs about Happiness in Normal and Foster Youth

Atefeh Norouznejad<sup>1</sup>, Roghayeh Asadi Gandomani<sup>2\*</sup>, Abbas Nesayan<sup>3</sup>

1- Master's Student in General Psychology, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

**Corresponding author:** Roghayeh Asadi Gandomani, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

**E-Mail:** psy.assady@gmail.com

Received: 2025/10/29

Accepted: 2025/12/26

### Abstract

**Introduction:** Adolescence is a critical period for an individual's physical and mental health, often characterized by confusion and self-discovery. Understanding the origin and progression of emotional disorders during this stage is essential. The present study aimed to compare the experiences of shame and guilt, as well as irrational beliefs about happiness, between adolescents living with their families and those residing in care centers.

**Methods:** This causal-comparative study targeted a population of students from orphanages and regular schools in Rasht in 1403 (SH). The sample consisted of 300 participants (150 living with families and 150 in care centers) selected through random sampling. Participants responded to the Shame and Guilt Experience Questionnaire (Melenakova et al., 2020) and the Irrational Beliefs About Happiness Questionnaire (Yildirim & Maltby, 2021).

**Results:** The mean age was 14.56 for adolescents living with families and 15.18 for those in foster care. In the family-based group, mean scores for shame, guilt, and irrational beliefs about happiness were 23.58, 25.48, and 45.34, respectively. In contrast, the foster care group reported higher means: 26.86 for shame, 27.06 for guilt, and 61.84 for irrational beliefs about happiness. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) revealed significant differences in these variables between the two groups ( $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** Significant differences exist between adolescents living with their families and those in care centers regarding their experiences of shame, guilt, and irrational beliefs about happiness. Based on these findings, it is recommended that psychological training programs focusing on irrational beliefs and self-defeating emotions be implemented for vulnerable adolescents.

**Keywords:** Experience of shame and guilt, Irrational beliefs about happiness, Adolescent, Homeless adolescent.



## مقایسه تجربه شرم و گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی در نوجوانان عادی و پرورشگاهی

عاطفه نوروزنژاد<sup>۱</sup>، رقیه اسدی گندمانی<sup>۲</sup>، عباس نسائیان<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.  
۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.  
۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

نویسنده مسئول: رقیه اسدی گندمانی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.  
ایمیل: psy.assady@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۷

### چکیده

**مقدمه:** نوجوانی دوره‌ای بحرانی در سلامت جسمی و روانی افراد است، نوجوانی می‌تواند زمان سردرگمی و کشف باشد، درک منشأ و سیر اختلال‌های عاطفی در این مرحله بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تجربه شرم و گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی در نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است و جامعه مورد مطالعه این پژوهش، کلیه دانش آموزان عادی و دانش آموزانی که در مراکز نگهداری شهر رشت زندگی، در سال ۱۴۰۳ میکردند، بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر (۱۵۰ نوجوان که با خانواده زندگی می‌کردند و ۱۵۰ نوجوان که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند) بودند که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه تجربه شرم و گناه (ملیناکوا، فورستوا، کالمان، ترینکا، ۲۰۲۰) و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی شادکامی (یلدریم و مالتبی، ۲۰۲۱) پاسخ دادند.

**یافته‌ها:** میانگین سنی نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند (۱۴/۵۶) و میانگین سنی نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند (۱۵/۱۸) بود. میانگین نمره تجربه شرم، گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی در نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند به ترتیب عبارت است از: ۲۳/۵۸، ۲۵/۴۸ و ۴۵/۳۴. میانگین نمره تجربه شرم، گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی در نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند به ترتیب عبارت است از: ۲۶/۸۶، ۲۷/۰۶ و ۶۱/۸۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد بین تجربه شرم و گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی در نوجوانان عادی و پرورشگاهی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** بین نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند تفاوت معنی داری در تجربه شرم و گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی وجود دارد بنابراین با توجه به این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود دوره آموزشی در زمینه باورهای غیرمنطقی شادکامی و همچنین هیجانات خودآگاه برای نوجوانان آسیب‌پذیر برگزار گردد. **کلیدواژه‌ها:** تجربه شرم و گناه، باورهای غیرمنطقی شادکامی، نوجوانان عادی، نوجوانان پرورشگاهی.

رفتار اخلاقی بگذارند (۷). شرم به جای نمایش یک ساختار تک بعدی، در واقع می تواند به جنبه های مختلف خود، مانند رفتارها یا ویژگی های بدن، و همچنین به هویت گسترده تر اشاره داشته باشد (۸). شرم شامل یک احساس منفی خاص دردناک و اغلب ناتوان کننده است که شامل احساس حقارت، ناامیدی و درماندگی و همچنین تمایل به پنهان کردن عیوب شخصی است (۹).

معمولاً هیجانات شرم و گناه با هم مطالعه می شوند، این هیجانات در نحوه ارزیابی خود متفاوت هستند. تجربه شرم مستقیماً مربوط به خود شخص است که خودش دلیل اصلی ارزیابی است. در احساس گناه، خود در ارتباط با چیزی منفی ارزیابی می شود، اما خود فرد کانون اصلی ارزیابی منفی نیست، بلکه چیزی است که انجام شده یا انجام نشده است (۱۰). شرم که به عنوان یک احساس منفی شناخته می شود، شامل عقده حقارت، ناتوانی، خودآگاهی و تمایل به پنهان کردن عیوب است. شرم اغلب به عنوان کاهش نیاز به محبت والدین، به عنوان تمایل به خود محوری بیشتر یا اجتناب اجتماعی تلقی می شود (۱۱).

در رویکرد انسانگرایی در تمایز بین شرم و گناه، بر تفاوت در محتوا یا ساختار رویداد هایی که این احساسات را برمی انگیزند، تمرکز کردند. اعتقاد بر این است که انواع ویژه ای از موقعیت ها باعث احساس شرم می شود، در حالی که احساس گناه در انواع دیگری از موقعیت ها به وجود می آید (۷). در زمینه احساس شرم و گناه، وجود احساس گناه از نظر عملکرد روانی نسبت به احساس شرم باعث سازگاری بیشتری در فرد می شود. به عبارت دیگر، افرادی که دارای احساس شرم بالا هستند نسبت به افرادی که احساس گناه بالا دارند، بیشتر احتمال دارد که گرفتار ارزیابی منفی نسبت به خود شوند (۱۲). احساس شرم و گناه پیش بینی کننده واکنش های عاطفی هستند که بر اساس پیامدهای گذشته هیجانات در واکنش به رفتارها و رویداد های واقعی مشابه در افراد استنباط می شود. همچنین ارتباط بین هیجانات و افکار و رفتار ما وجود دارد که بیشتر رفتارهای غیرمنطقی تحت تاثیر افرادی مهم در زندگی فرد و نیز تحت تاثیر جامعه آموزش داده می شود (۱۳)، به عبارتی دیگر عواملی همچون میزان تحصیلات والدین، نداشتن انتظارات بیش از حد و غلط از فرزندان، الگو قرار دادن والدین و معلمان، داشتن برنامه های تربیتی منطقی، تشویق و سوق دادن

نوجوانی مرحله ای است که در آن بین ذهن برای بزرگ شدن و بزرگسال شدن و ذهن برای ماندن در دوران کودکی تضاد وجود دارد و این دوره اساساً ناپایدار است (۱)، همچنین به عنوان دوره ای که تغییرات سریع فیزیولوژیکی و تقاضا برای نقش های اجتماعی جدید رخ می دهد تعریف می شود که نوجوانان، به دلیل این تغییرات، اغلب با بحران ها و معضلات متعددی روبرو می شوند (۲، ۳). نوجوانی دوره ای بحرانی در سلامت جسمی و روانی افراد است، نوجوانی می تواند زمان سردرگمی و کشف باشد. درک منشأ و سیر اختلال های عاطفی، مرحله مهمی از زندگی است (۴). مطالعات پژوهشی انجام شده در چارچوب آسیب شناسی روانی / رشدی بر شناسایی عوامل خطر روانی و همچنین اختلال های دوران کودکی و نوجوانی تمرکز دارد. بسیاری از اختلال های روانی ریشه در نوجوانی دارند که در صورت عدم تشخیص و درمان، اغلب باعث بیماری های مزمن روانی مختلف در مراحل بعدی زندگی می شوند (۵). در متون تجربی موجود شرم و گناه (هیجانات خودآگاه) را به عنوان عوامل خطر آفرین چالش های روانی در نظر می گیرند با وجود اینکه ماهیت مبهمی دارند (۶).

شرم و گناه از دسته ی «احساسات خودآگاه» هستند که با تأمل و ارزیابی خود برانگیخته می شوند. این خود ارزیابی ممکن است ضمنی یا صریح باشد، آگاهانه تجربه شود یا در ناھشیار ما رخ دهد. اما مهم تر از همه، احساسات خودآگاه است. احساسات خودآگاه اخلاقی، تنبیه (یا تقویت) فوری رفتار را فراهم می کند. در واقع، شرم و گناه به عنوان یک فشارسنج اخلاقی عاطفی عمل می کنند و بازخورد فوری و برجسته ای را در مورد پذیرش اجتماعی و اخلاقی ما ارائه می دهند. وقتی کار اشتباهی انجام می دهیم، تجاوز می کنیم، یا خطا می کنیم، احتمالاً احساس شرم، گناه یا خجالت نفرت انگیزی ایجاد می شود. وقتی کار درست را انجام می دهیم، احساس مثبت تأیید خود به وجود می آید. علاوه بر این، افراد می توانند همان طور که جایگزین های رفتاری را در نظر می گیرند واکنش های احساسی احتمالی خود را پیش بینی کنند (مثلاً احساس گناه در مقابل غرور / تأیید خود). بنابراین، عواطف اخلاقی خودآگاه می توانند با ارائه بازخورد انتقادی در مورد رفتار پیش بینی شده (بازخورد به شکل شرم، گناه یا غرور پیش بینی کننده) و رفتار واقعی (بازخورد به شکل پیامد) تأثیر قوی بر انتخاب و

آن‌ها به منطقی بودن و شاد زیستن در زندگی افراد در کم رنگ کردن باورهای غیرمنطقی و افزایش میزان شادکامی در آنها موثر است (۱۴). باورهای غیرمنطقی که با ساختارهای شناختی منفی، ذهنی و بسیار غیرواقعی مشخص می‌شوند، به طور قابل توجهی بر سلامت روان نوجوانان عادی تأثیر می‌گذارند. این سازه‌ها، از جمله کمال‌گرایی، فاجعه‌سازی، عدم تحمل ناامیدی و تحقیر خود، برای ایجاد احساسات منفی و ناکارآمد مانند اضطراب، افسردگی و خشم شناخته شده‌اند (۱۵).

به علاوه طرز تفکری که حاصل باورها، طرحواره‌ها و نگرش‌های فرد است به شیوه پردازش اطلاعات تأثیر گذاشته و باعث بروز واکنش‌ها و هیجانات فرد می‌شود. افرادی که تفکرات غیرمنطقی در رابطه با خود و دیگران در پیش می‌گیرند، همیشه در زندگی‌شان با مشکلاتی رو به رو می‌شوند (۳). از نظر دیدگاه باورهای غیرمنطقی این رویدادها نیستند که مستقیماً باعث ایجاد احساسات و رفتار می‌شوند. بلکه این باورهای فرد در مورد وقایع است که منجر به واکنش عاطفی و رفتاری می‌شود. علاوه بر این، بین باورهای منطقی و غیرمنطقی تمایز قائل می‌شود و این دیدگاه نشان می‌دهد که در پاسخ به شکست، بدرفتاری و بدبختی، افراد می‌توانند با پاسخ‌های سالم یا ناسالم عاطفی و رفتاری واکنش نشان دهند. تحقیقات موجود نشان می‌دهد که باورهای غیرمنطقی منجر به احساسات منفی ناسالم، طیفی از شرایط آسیب‌شناختی و مجموعه‌ای از رفتارهای ناسازگاری می‌شود که سلامت روان را تضعیف می‌کند (۱۶).

باتوجه به تمامی عوامل گفته شده نوجوانان تغییرات بیولوژیکی، اجتماعی و شناختی عمده‌ای را تجربه می‌کنند که آنها را در برابر فشار همسالان و تأثیر آن بر شرم و گناه آسیب‌پذیر می‌کند. این سن یک دوره حیاتی برای پردازش اطلاعات اجتماعی، فرهنگی است و مرحله انتقالی از کودکی به بزرگسالی خطرات و فرصتهایی را برای بهبود عاطفی و تاب‌آوری ارائه می‌کند. واکنش عاطفی تقویت شده نسبت به محیط اجتماعی در دوران نوجوانی باعث می‌شود حساسیت نسبت به محرک‌های هیجانی خودآگاه بیشتر از کودکان و بزرگسالان باشد. فشار همسالان می‌تواند احساس تحقیر و بی‌ارزشی را تشدید کند و منجر به درماندگی، ناامیدی و افزایش خطر خودکشی شود (۱۷). به طور سازگار یا ناسازگار، احساس گناه در نوجوانی ممکن است با سابقه تروما شکل بگیرد و اغلب با پیامدهای

منفی درونی و بین فردی همراه است، ایجاد شرم و احساس گناه در نوجوانان به طور پیچیده با انتظارات اجتماعی، نفوذ خانواده و فشار همسالان مرتبط است. این عوامل در مجموع به چشم‌انداز هیجانی پیچیده‌ای که نوجوانان از آن عبور می‌کنند کمک می‌کنند و اهمیت محیط‌های اجتماعی، خانوادگی و همسالان را در کاهش اثرات نامطلوب این احساسات خودآگاه برجسته می‌کنند (۱۱).

اگر چه پژوهش‌های متعددی در زمینه‌ی احساس شرم و گناه و باورهای غیرمنطقی انجام شده است اما تا کنون پژوهشی باورهای غیرمنطقی شادکامی و تجربه‌ی هیجانات خودآگاه شرم و گناه را در نوجوانان عادی و پرورشگاهی مقایسه نکرده است. بنابراین سوال پژوهش حاضر این است که آیا بین نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند باورهای غیرمنطقی و تجربه شرم و گناه تفاوت وجود دارد.

### روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند شهرستان رشت در سال ۱۴۰۳ می‌شود. نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر ۳۰۰ نفر (۱۵۰ نوجوان که با خانواده زندگی می‌کردند و ۱۵۰ نوجوان که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند) می‌باشد. با توجه به اینکه در این پژوهش دو گروه از نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز نگهداری حضور داشتند روش نمونه‌گیری برای هر گروه متفاوت بود. در گروه نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد و برای گروه نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند از روش نمونه‌گیری تمام شماری استفاده شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از رضایت آگاهانه و نداشتن مشکلات روانشناختی جدی و معیار خروج عبارتند از زندگی با یک والد، داشتن مشکلات روانشناختی و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. قبل از اجرای پژوهش اهداف پژوهشی به طور مفصل برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و به آنها در مورد محرمانه اطلاعاتشان اطمینان داده شد، مشارکت افراد در این پژوهش به شکل اختیاری و با رضایت آگاهانه بود.

ابزارها:

الف) پرسشنامه ی تجربه شرم و گناه: این یک معیار خودارزیابی از تجربه های احساس گناه و شرم است. که هشت گویه به دو زیرمقیاس احساس گناه و خرده مقیاس شرم تقسیم می شوند که هر کدام شامل چهار گویه است. برای هر مورد، پاسخ دهندگان با استفاده از یک مقیاس چهار درجه ای از «اصلاً» ۱ تا «به طور قابل توجهی» ۴ به سوالات پاسخ می دهند. نمره کلی از GSES با جمع کردن پاسخ ها به همه موارد محاسبه می شود، بنابراین از ۸ تا ۳۲ متغیر است، با نمره بالاتر مربوط به تجربیات بالاتر احساس گناه و شرم تجزیه و تحلیل همسانی درونی پرسشنامه کل هشت ماده ای GSES به آلفای کرونباخ ۰.۸۹ منجر شد. این مقدار نشان داد که مقیاس GSES در جمعیت نوجوانان از پایایی کافی برخوردار است (۱۸).

ب) پرسشنامه باور های غیر منطقی شادکامی (IHB): مقیاس باورهای شادکامی غیرمنطقی (IBHS) سه مورد که به ویژه شامل کلمات باید (با اجبار بیشتر)، باید (با اجبار

کمتر) و باید (بهتر است) هستند، ایجاد شد. این موارد در پرتو عناصر اصلی تفکر مطلق در REBT ساخته شدند (الیس، ۱۹۵۷، ۱۹۸۷، ۱۹۹۱، الیس، ۲۰۱۴). هر یک از سه آیتم در IHBS بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) رتبه بندی می شوند. موارد در این مقیاس شامل «من باید همیشه در تمام جنبه های زندگی ام شاد باشم»، «من مجبورم همیشه در تمام جنبه های زندگی ام شاد باشم» و «من بهتر است همیشه در تمام جنبه های زندگی ام شاد باشم» است. نمره مقیاس مجموع آیتم های روی مقیاس است، با نمرات بالاتر در مقیاس درجه بیشتری از باورهای غیرمنطقی شادکامی را نشان می دهد، در حالی که نمرات پایین تر درجه کمتری از باورهای شادی غیرمنطقی را نشان می دهد. IHBS سازگاری درونی بالایی دارد ( $\alpha = 0.84$ )، و این نشان می دهد که مقیاس از پایایی خوبی برخوردار است (۱۹، ۲۰).

یافته ها

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن

سن (سال)	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نوجوانانی که با خانواده زندگی می کردند	۱۴/۵۶	۳/۸۷	نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می کردند	۱۵/۱۸
				۴/۷۸

همانطور که از داده های جدول ۱ مشخص است، میانگین و انحراف استاندارد سن در نوجوانان عادی ۱۴/۵۶ (۳/۸۷) و نوجوانان پرورشگاهی ۱۵/۱۸ (۴/۷۸) است.

جنسیت

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد پاسخ دهنده از نظر جنسیت

سن	فراوانی	درصد	نوجوانانی که با خانواده زندگی می کردند	فراوانی	درصد
دختر	۹۰	۶۰	۱۰۰	۶۶/۶۴	۶۰
پسر	۶۰	۴۰	۵۰	۳۳/۳۴	۴۰
جمع کل	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰

(۶۰ درصد) است. همچنین نوجوانان پرورشگاهی در جنسیت دختر دارای بیشترین فراوانی (۶۶/۶۴ درصد) است.

همانطور که از داده های جدول ۲ مشخص است، تعداد نوجوانان عادی در جنسیت دختر دارای بیشترین فراوانی

جدول ۳. مقادیر آمار توصیفی متغیرهای پرسشنامه تجربه شرم و گناه و باورهای غیر منطقی شادکامی

متغیر	نوجوانانی که در مراکز نگهداری زندگی می‌کردند		نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تجربه شرم	۲۳/۵۸	۵/۷۰۳	۲۶/۸۶	۵/۰۸۳
گناه	۲۵/۴۸	۶/۳۱۵	۲۷/۰۶	۵/۵۳۸
باورهای غیر منطقی شادکامی	۴۵/۳۴	۴/۹۲۲	۶۱/۸۴	۴/۲۲۵

گروه نوجوانان پرورشگاهی متغیر «تجربه شرم» با میانگین ۲۶/۸۶ و انحراف معیار ۵/۰۸۳ و متغیر «گناه» با میانگین ۲۷/۰۶ و انحراف معیار ۵/۵۳۸ است و متغیر باورهای غیر منطقی شادکامی با میانگین ۶۱/۸۴ و انحراف استاندارد ۴/۲۲۵ بود.

همانطور که از داده های جدول ۳ مشخص است، در گروه نوجوانان عادی از متغیر «تجربه شرم» با میانگین ۲۳/۵۸ و انحراف معیار ۵/۷۰۳ و متغیر «گناه» با میانگین ۲۵/۴۸ و انحراف معیار ۶/۳۱۵ می باشد، متغیر باورهای غیر منطقی شادکامی با میانگین ۴۵/۳۴ و انحراف استاندارد ۴/۹۲۲ بود. در

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری

نام آزمون	مقدار	مقدار آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۸۳	۸۵/۵۵۴	۴	۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۰/۹۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۱۷	۸۵/۵۵۴	۴	۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۰/۹۹
آزمون اثر هنتلینگ	۳/۶۰۲	۸۵/۵۵۴	۴	۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۰/۹۹
بزرگترین ریشه روی	۳/۶۰۲	۸۵/۵۵۴	۴	۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۰/۹۹

وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۲۸٪ است.

همانطور که از جدول ۴ مشخص است، یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری حاکی از این است که مقدار F چند متغیری، در تمامی آزمون ها در سطح  $P < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنادار می باشد. لذا می توان گفت که بین دو گروه، حداقل در یکی از شاخص ها، تفاوت معناداری

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) جهت مقایسه بین دو گروه

مولفه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تجربه شرم	۸۶۸۶/۲۴۰	۱	۸۶۸۶/۲۴۰	۴۱/۷۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۹	۰/۹۸
گناه	۵۰۹۸۵/۶۴۰	۱	۵۰۹۸۵/۶۴۰	۱۲۵/۹۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۲	۰/۹۳

معنی دار است ( $P < ۰/۰۵$ ).

همانطور که از نتایج جدول ۵ مشخص است، بین تجربه شرم و گناه در بین دو گروه نوجوانان عادی و پرورشگاهی

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری (آنوا) جهت مقایسه بین دو گروه در باورهای غیر منطقی شادکامی

مولفه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
باورهای غیر منطقی شادکامی	۱۱۲۸/۹۶۰	۱	۱۱۲۸/۹۶۰	۳۸/۶۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	۰/۹۹

### بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه تجربه شرم و گناه و باورهای غلط شادکامی در نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز بی‌سرپرست زندگی می‌کردند، بود. نتایج نشان داد که بین تجربه شرم و گناه در نوجوانانی

همانطور که از نتایج جدول ۶ مشخص است، سطح معناداری آزمون برای باورهای غیر منطقی شادکامی ( $P < ۰/۰۵$ )، معنادار است. بنابراین فرض یکسان بودن نمرات این مولفه ها بین دو گروه پذیرفته نمی شود.

پرورشگاه زندگی می‌کنند در مقایسه با نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کنند بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی و تشخیص اختلال سوء مصرف مواد قرار دارند (۱۴). بی‌ثباتی محیطی کودکان و نوجوانانی که در پرورشگاه زندگی و رشد می‌کنند تاثیر منفی بسیاری بر آنها دارد (۳۱)

با توجه به آنچه در بالا گفته شد برخوردار نبودن از منابع مختلف حمایتی می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت شرم و گناه و باورهای غیرمنطقی شادکامی در نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز بی‌سرپرست زندگی می‌کردند باشد چرا که نوجوانان عادی در طول زندگی از منابع حمایتی برخوردارند اما نوجوانان پرورشگاهی از این منابع محروم هستند.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که بین نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز بی‌سرپرست زندگی می‌کردند در تجربه شرم و گناه و باورهای غلط شادکامی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این بدان معنی است که کودکان و نوجوانانی که در بافت‌های متفاوت از خانه پرورش می‌یابند در حوزه‌های روانشناختی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان پیش‌بینی تجربه شرم و گناه بر اساس باورهای غلط شادکامی در نوجوانان عادی و بی‌سرپرست، در مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه بجنورد با کد اخلاق به شماره IR.UB.REC.1404.004 از کمیته اخلاق دانشگاه است.

### سپاسگزارى

نویسندگان این مقاله از کلیه دانش‌آموزانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله اظهار می‌دارند که تضاد منافی وجود ندارد.

که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز بی‌سرپرست زندگی می‌کردند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بدست آمده با یافته‌های رستمی و جوکار؛ باوی و خدابخشی؛ کوهن، ولف و اینسکو و کاباساکال و امیراوغلو همسو می‌باشد (۱۲، ۲۱-۲۳). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین باورهای غلط شادکامی در نوجوانانی که با خانواده زندگی می‌کردند و نوجوانانی که در مراکز بی‌سرپرست زندگی می‌کردند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بدست آمده با یافته‌های رستمی، جوکار؛ باوی، خدابخشی؛ نرماشیری، رقیبی، مظاهری؛ مرسی، سلیمیا، رونکن و پیروجی و کاباساکال و امیراوغلو همسو می‌باشد (۱۲، ۲۱-۲۴).

برای تبیین یافته‌های پژوهش حاضر باید به سراغ نقش خانواده و حمایت اجتماعی در سلامت اجتماعی نوجوانان رفت. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند نوجوانانی که حمایت اجتماعی ضعیفی دارند و ارتباطات اجتماعی رضایت‌بخشی ندارند، استرس روانی، اضطراب و غم بیشتری گزارش می‌کنند (۲۵). مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند زمانی که حمایت اجتماعی از سوی خانواده و معلم افزایش یابد احتمال بروز افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد و مشخص شده است که تعامل بین خانواده و والدین بسیار مهم است (۲۶). بهبود کارکرد خانواده نقش می‌بازد در حل مشکلات سلامت روان نوجوان دارد (۲۷) اگر نوجوانی از حمایت خانواده برخوردار نباشد سه برابر بیشتر احتمال دارد که مشکلات سلامت روان را تجربه نماید، شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که حمایت کم خانواده باعث ایجاد مشکلات سلامتی در نوجوانان می‌شود، درحالی که حمایت اجتماعی بالا می‌تواند سلامت روان نوجوانان را بهبود بخشد (۲۸). از سوی دیگر شواهد پژوهشی نشان می‌دهند بیش از نیمی از کودکان و نوجوانانی که در پرورشگاه زندگی می‌کنند چالش‌های رفتاری و هویتی را تجربه می‌کنند (۲۹). همچنین ۶٫۷ درصد از نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ سال که در پرورشگاه زندگی می‌کنند اقدام به خودکشی کرده‌اند و تحت مراقبت‌های پزشکی قرار گرفته‌اند (۲۹) کودکان و نوجوانانی که در پرورشگاه بزرگ شده‌اند در مقایسه با کودکانی که تحت سرپرستی نبوده‌اند سطوح بالاتری از چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (۳۰). نوجوانانی که در

## Reference

1. Young PH, Hee CY. Factors affecting emotional-Behavioral problems in early adolescence: A multilevel model study. . 2017;28(4):482-93. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.4.482>
2. Hamid N, Eidi Bayegi, Majid, Ataei Moghanloo, Motlabi, Soraya The effectiveness of cognitive-behavioral therapy group based on Ellis's logical-emotive approach on locus of control and academic progress of medical students Research in Educational Systems. 2013:192-207.
3. Shamrao Damre G. Adolescence: Factors influencing & Problems International Journal of Science & Engineering Development Research. 2022;7(11):1229-31.
4. Price JM LJ. The nature of child and adolescent vulnerability: History and definitions. 2001.
5. SP. H. The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. . Journal of Child Psychology & Psychiatry. 2005; Jul 1;46(7). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
6. Shahnawaz S, Malik JA. Effect of shame and guilt in development of psychological distress among adolescents. FWU Journal of Social Sciences. 2016;2:54-63.
7. Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral emotions and moral behavior. Annu Rev Psychol. 2007;58(1):345-72. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
8. Velotti P, Garofalo C, Bottazzi F, Caretti V. Faces of shame: Implications for self-esteem, emotion regulation, aggression, and well-being. Emotions and their influence on our personal, interpersonal and social experiences: Routledge; 2018. p. 87-100. <https://doi.org/10.4324/9781315100319-8>
9. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. British Journal of Clinical Psychology. 2002;41(1):29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
10. Deblinger E, Runyon MK. Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. Child maltreatment. 2005;10(4):364-76. <https://doi.org/10.1177/1077559505279306>
11. Marici M, Clipa O, Runcan R, Pirghie L, editors. Is rejection, parental abandonment or neglect a trigger for higher perceived shame and guilt in adolescents? Healthcare; 2023: MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121724>
12. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. Journal of personality and social psychology. 2011;100(5):947. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
13. Tracy JL, Robins RW, Tangney JP. Self-conscious emotions. Theory and research. 2007:209-10.
14. Daštghaib Z, Narimani, Mohammad, Ghobadi Dashdabi, Kamel, Qarlipour, Zabihollah, Imani, Moatasem, Hosseini, Fatemeh, Gholami, Mina, Gheitaspour, Kimia Comparison of irrational beliefs and happiness in gifted and normal students. . Scientific Research Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2014;2, 3:27-33.
15. Vassou C, Georgousopoulou EN, Chrysohoou C, Yannakoulia M, Pitsavos C, Cropley M, et al. Irrational beliefs trigger depression and anxiety symptoms, and associated with increased inflammation and oxidative stress markers in the 10-year diabetes mellitus risk: the ATTICA epidemiological study. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2021;20(1):727-39. <https://doi.org/10.1007/s40200-021-00805-3>
16. Turner MJ. Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. Front Psychol. 2016;7:1423. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01423>
17. Kealy D, Treeby MS, Rice SM. Shame, guilt, and suicidal thoughts: The interaction matters. British Journal of Clinical Psychology. 2021;60(3):414-23. <https://doi.org/10.1111/bjc.12291>
18. Malinakova K, Furštova J, Kalman M, Trnka R. A psychometric evaluation of the Guilt and Shame Experience Scale (GSES) on a representative adolescent sample: A low differentiation between guilt and shame. International journal of environmental research and public health. 2020;17(23):8901. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238901>
19. Yıldırım M. Irrational happiness beliefs: conceptualization, measurement and its relationship with well-being, personality, coping strategies, and arousal: University of Leicester; 2019.
20. Ellis A, David D, Lynn SJ. Rational and irrational

- beliefs: A historical and conceptual perspective. Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice. 2010;3-22. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195182231.003.0001>
21. Bavi L, Khodabakhshi, Kolayi Comparison of mental health, happiness and emotional control of adolescents in welfare centers with normal adolescents. . Journal of the Center for Research on Social Factors Affecting Health. 2015; 2, 3:157-64.
  22. Roštami S, Jokar, Bahram Differential relationship between attachment to parents and peers in predicting the experience of emotions of shame and guilt in adolescent boys and girls. . Journal of Research in Psychological Health. 2017;4:16-27.
  23. Kabasakal E, Emiroğlu ON. Determining the relationships between adolescent subjective well-being, self-efficacy, social acceptance level, and irrational beliefs in adolescents. Journal of Psychiatric Nursing. 2020;11(4):315-22. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.67044>
  24. Narmanshiri S, Raqibi, Mahvash, Mazaheri, Mehrdad. The effect of happiness education on irrational beliefs of adolescent girls under the care of the welfare organization. . Positive Psychology Research Journal. 2015; 1, 2:27-40.
  25. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. BMC psychiatry. 2018;18(1):6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
  26. Hellfeldt K, López-Romero L, Andershed H. Cyberbullying and psychological well-being in young adolescence: the potential protective mediation effects of social support from family, friends, and teachers. International journal of environmental research and public health. 2020;17(1):45. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010045>
  27. Weintraub MJ, Schneck CD, Pošta F, Merranko JA, Singh MK, Chang KD, et al. Effects of family intervention on psychosocial functioning and mood symptoms of youth at high risk for bipolar disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2022;90(2):161. <https://doi.org/10.1037/ccp0000708>
  28. Harahap AP, Daramusseng A, Choirunissa R, Nugraheni SA. The effect of social support on adolescent mental health: Literatur review. Jurnal Kedokteran Brawijaya. 2024:40-5. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2023.033.01.7>
  29. McWey LM, Acock A, Porter BE. The impact of continued contact with biological parents upon the mental health of children in foster care. Children and youth services review. 2010;32(10):1338-45. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.05.003>
  30. Wissö T, Melke A, Josephson I. Social workers' constructions of parents to children in foster care. Qualitative Social Work. 2022;21(4):748-64. <https://doi.org/10.1177/14733250211019455>
  31. Kothari BH, Blakeslee J, Miller R. Individual and interpersonal factors associated with psychosocial functioning among adolescents in foster care: A scoping review. Children and youth services review. 2020;118:105454. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105454>