

مقایسه کمال گرایی، سبک‌های مقابله‌ای و تحمل ناکامی مادران دانش آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی مقطع ابتدایی شهر داراب در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲

الهام عسکری پور حمید سینا^{۲*}

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۱

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از انجام این تحقیق مقایسه کمال گرایی، سبک‌های مقابله‌ای و تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی مقطع ابتدایی شهر داراب بود.

روش‌شناسی پژوهش: پژوهش حاضر با توجه به هدف آن بنیادی بوده و از نظر چگونگی به دست آوردن داده‌های مورد نیاز در زمره تحقیقات توصیفی و از نوع تحقیق علی مقایسه‌ای قرار داشت. جامعه آماری در این تحقیق کلیه مادران دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی و رشدی به تعداد ۹۹ نفر (آموزش پذیر) در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بوده است. که با توجه به استفاده از روش هم‌سازی و به شیوه هدفمند بر اساس سن و تحصیلات مادران از هر گروه ۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه تحمل ناکامی هرینگتون (۲۰۰۵)، مقیاس فرم کوتاه کمال گرایی هیل (۲۰۰۴)، پرسشنامه سبک مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴) بوده است.

یافته‌ها: پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری و اختلاف میانگین کم (۳٫۸۲) در نتایج تی تست، می‌توان نتیجه گرفت که بین کمال گرایی مادران دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی تفاوت معناداری وجود نداشت. و بین سبک مقابله‌ای ای مهار جسمانی مادران دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: کمال گرایی و سبک‌های مقابله‌ای و تحمل ناکامی در مادران دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی و رشدی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است که تحمل ناکامی در این دسته از مادران تفاوت معناداری با سایر مادران وجود داشت.

کلیدواژه‌ها: کمال گرایی، سبک‌های مقابله‌ای، تحمل ناکامی، نارسایی هوشی رشدی

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا (Elhamaskarpoor.73@gmail.com)

* ^۲ استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فسا، فسا، ایران - نویسنده مسئول (Hamidsina20@gmail.com)

مقدمه

در طول سال‌های گذشته تعاریف زیادی از نارسایی هوشی^۱ به عمل آمده است که هر کدام از این تعاریف به دلیل تمرکز بر یک جنبه خاص و تفاوت در میزان نارسایی‌ها، موقعیت‌ها، علت‌ها و آثار با یکدیگر تفاوت دارند. از مهمترین دلایل استفاده از واژه‌های متفاوت در متون ترجمه شده در رابطه با کم‌توانی ذهنی همین موضوع است. در سال ۲۰۱۳ انجمن روانپزشکی آمریکا در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مؤلفه‌های زیر را برای کم‌توانی ذهنی معرفی کرد: آسیب در توانایی‌های ذهنی عمومی، آسیب در کارکرد سازشی فرد با توجه به شرایط سنی و بافت فرهنگی و اجتماعی، شروع همه نشانه‌ها در طول دوره تحول. با توجه به شدت آسیب در کارکرد سازشی، فرد در طیف خفیف، متوسط، شدید و عمیق قرار می‌گیرد (حسین زاده، ۱۴۰۱). بیشترین زمان مراقبت از فرزند و تعامل با وی معمولاً بر عهده مادر است و به دلیل مشکلات فرزند کم‌توان، بیشترین تنش‌ها متوجه مادر است. این مادران به دلیل همین تنش‌ها، بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی ضعیفی را نشان می‌دهند و در برخی موارد مبتلا به اضطراب، استرس، وسواس، پرخاشگری، حساسیت در روابط بین فردی و حتی گاهی مشکلات روان‌پریشی نیز می‌شوند (اکبرزاده، ۱۳۹۸). تحمل‌پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودگذاری یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه‌پریشانی عاطفی تعریف می‌شود همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل‌پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود. تحمل‌پریشانی می‌تواند با ابعاد مختلف همچون فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی و وضعیت هیجانی یا جسمانی‌پریشانی آور مرتبط باشد و بر آنها اثر بگذارد یا متاثر از آنها قرار گیرد. یکی از ابعاد تحمل‌پریشانی، تحمل‌ناکامی تلقی می‌شود. تحمل‌ناکامی به عنوان یک مفهوم توضیحی با نقش محوری، تاریخچه‌ای طولانی در مدل‌های رفتاری و شناختی دارد، تحمل‌ناکامی توانایی تاب‌آوری شخص هنگام مواجهه با مانع و یا یک موقعیت استرس‌زاست تحمل‌ناکامی کم در رفتار، اغلب خود را به صورت کج خلقی، زودرنجی، پرخاش و یا کناره‌گیری از مشارکت‌های اجتماعی نشان می‌دهد. در واقع تحمل‌ناکامی تفاوت‌های فردی در ظرفیت ادراک شده برای تحمل وخامت (مثال هدف‌های بی‌نتیجه زندگی) را نشان می‌دهد تحمل‌ناکامی هم‌زمان به انواعی از متغیرهای خودکنترلی و عاطفی مربوط می‌شود برای مثال، تحمل‌ناکامی به طور

¹Intellectual Disability (ID)

²Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

همزمان با به تعویق انداختن مشکلات و صدمه به خود مربوط می شود و با عطف به آینده به نشانه های اضطراب و افسردگی بیشتر مربوط می شود. میزان تحمل ناکامی ارتباط معناداری با سطح استرس، اضطراب و افسردگی، نتایج تحصیلی در دروس مختلف همچون درس ریاضی، میزان انگیزه، عملکرد، خستگی و تحریک پذیری، سطح آشفتگی و سومصرف مواد (و میزان اهمال کاری دارد). (حدادی، ۱۴۰۱) کمال گرایی به عنوان عاملی کلی در پیدایش بسیاری از اشکال آسیب روانی دخالت دارد (اکبرزاده، ۱۴۰۰). والدین کمال گرا موجب می شوند فرزندان زمانی خود را با ارزش بدانند که مورد تایید والدین باشند و چون تایید والدین و دیگران نقش اساسی در ساختار شخصیتی آنها دارد، می کوشند تلاش دو چندان نمایند. والدین کمال گرا نه تنها به تحقیر موفقیت های فرزند خود می پردازند، بلکه پذیرفتن و پاداش به تلاش فرزند را دشوار می پندارند و پیوسته به فرزندشان هشدار می دهند. کودک هیچگاه خرسند نیست زیرا رفتارشان از نظر والدین هیچ وقت به اندازه کافی خوب نیست (صفوی، ۱۳۹۵). والدین کمال گرا بیش از اندازه انتقاد می کنند، سخت گیر هستند و کمتر از فرزندان شان حمایت می کنند. آنان عملکرد فرزندان را بیش از اندازه ارزیابی می کنند و این به بهای از دست دادن رابطه نزدیک بین آنان و فرزندان شان می شود. فرزندان این والدین، دست به نوآوری و کارهای تازه نمی زنند، همیشه مضطرب و پریشان است و به توانایی های خود اعتمادی ندارد نمود (ابویی، ۱۳۹۸).

فولکمن و لازاروس (۲۰۰۸) معتقد هستند که مقابله عبارت است از مجموعه ای از کوشش های شناختی و رفتاری برای غلبه بر مطالبات درونی و بیرونی که به عقیده فرد انرژی بر و فراتر از منابع موجود او است. نتایج نشان داده است که مقابله یک متغیر میانجی بین وقایع منفی زندگی و سلامت روانی است. بین متخصصان و روان شناسان مختلف اتفاق نظر وجود دارد که مقابله کافی در این دوره تحولی، می تواند نتایج بسیار مثبت و خوبی در آینده به همراه داشته باشد (وحدانی، ۱۳۹۹). منشاء مطالعات کمال گرایی، نظریه روان پویایی و به ویژه نوشته های آدلر و هورنای است. هورنای در تعریف کمال گرایی، استبداد باید را مطرح می کند و آن را به عنوان وضعیت شخصیت نوروپیک که هیچ جنبه مثبتی ندارد، در نظر می گیرد. در مقابل، آدلر دیدگاه متفاوتی در مورد کمال گرایی داشت و اظهار می کرد، کمال گرایی تلاش برای رسیدن به کمال ذاتی است بدین معنا که بخشی از زندگانی، تلاش و انگیزختگی است که زندگی بدون آن غیرقابل تصور است که البته در این رابطه افراد در راه رسیدن به اهداف کمال گرایانه شان به صورت متفاوتی عمل می کنند. فراست

و همکاران (۱۹۹۰) بیان می‌کنند، کمال‌گرایی در نظر گرفتن استانداردهای بالا برای عملکرد همراه با خود-ارزیابی انتقادی می‌باشد. کمال‌گرایی یک ویژگی شخصیتی است که تلاش برای موفقیت، انتظارات بالا و ترس از شکست را شامل می‌شود. کمال‌گرایی مفهومی چندبعدی است که به روش‌های متفاوتی تعریف می‌گردد. کمال‌گرایی به وضعیتی شخصیتی اطلاق می‌گردد که به صورت تلاش برای رسیدن به کمال و تعیین استانداردهای بالا برای عملکرد همراه با ارزیابی بیش از حد انتقادی رفتار خود مشخص می‌شود. این تعریف دو بعد را شامل می‌شود: تلاش‌های کمال‌گرایانه و نگرانی‌های کمال‌گرایانه. تلاش‌های کمال‌گرایانه که استانداردهای شخصی کمال‌گرایانه و هم‌نامیده می‌شود، بیانگر تلاش‌های معطوف به خود برای کمال و در نظر داشتن استانداردهای بسیار بالایی عملکرد است نگرانی‌های کمال‌گرایانه که ارزیابی‌های نگرانی‌های کمال‌گرایانه هم‌نام دارد، منعکس‌کننده انتقاد غیرمنطقی و تنبیهی برای عملکرد ناقص، نكوهش از جانب دیگران و تردید در مورد کیفیت عملکرد خود است. (حدادی، ۱۴۰۱)

کمال‌گرایی به عنوان یک ویژگی شخصیتی با مشخصه‌های تلاش برای فرار از شکست، در نظر گرفتن استانداردهای بالای عملکرد و انتقاد از عملکرد می‌تواند با بسیاری از متغیرهای شناختی، رفتاری، اجتماعی و فرهنگی همچون اضطراب، افسردگی، برجسب‌های بیماری روانی، نگرانی‌های بیمارگونه مرتبط باشد که حاکی از گستردگی و پیچیدگی کمال‌گرایی و اهمیت بررسی و تبیین آن است. افراد با سطوح مختلف نگرانی‌های کمال‌گرایانه عملکردهای کاملاً متفاوتی در بهزیستی و کار، احساس سربلندی، شرم و اضطراب و احساس تنهایی و کیفیت زندگی دارند. روش‌های مقابله‌ای، به مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس‌زا می‌باشد اطلاق می‌گردد رویکردهای اولیه، سه سبک اصلی را در روش‌های مقابله، متمایز نموده است سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار که وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها و افزایش مهارت‌های مدیریت استرس است سبک مقابله اجتنابی که ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه شدن با عامل استرس‌زا است و سبک مقابله هیجان‌مدار برای حل یا حذف عوامل استرس‌زا به تغییر شکل دادن و ایجاد معنی جدید به آن عامل اقدام می‌کند.

مبانی نظری تحقیق

مفهوم کمال گرایی طی سال‌های اخیر دستخوش تغییرات زیادی شده است. از یک سو برنز (۲۰۰۱) کمال گرایی را شبکه‌ای از شناخت‌ها می‌داند که انتظارات، تفسیر رویدادها و ارزیابی خود و دیگران را در بر گرفته و از طریق مجموعه معیارهای غیر واقعی و انعطاف ناپذیر مشخص می‌شود. از سوی دیگر برخی از روانشناسان رویکرد متباین با آن را مطرح نمودند که در آن کمال گرایی اساساً نقش سالم و مثبتی را ایفا می‌نماید. کمال گرایی اشاره به یک نیاز قوی برای انجام امور در یک سطح بی‌عیب و نقص و پایبندی بیش از حد به استانداردهای بالا است (کیتلین کوک^۲، ۲۰۱۴). کمال گرایی وابستگی به ارزش‌های خود در تلاش برای رسیدن به معیارهای شخصی است (ساراه^۳ و وینسیجر، ۲۰۱۵). فرد کمال‌گرا، در کودکی یاد گرفته است که دیگران با توجه به میزان کارایی وی، در انجام کارها به او بها می‌دهند. در نتیجه احتمالاً این فرد یاد گرفته است در صورتی به خود بها دهد که مورد قبول دیگران باشد. بنابراین عزت نفس فرد کمال‌گرا بر اساس معیارهای خارجی پایه‌ریزی شده است. این امر وی را نسبت به نقطه نظرها و انتقادات دیگران، آسیب‌پذیر و به شدت حساس سازد. تلاش برای حمایت از خود و رهایی از اینگونه انتقادات، سبب می‌گردد کامل بودن را تنها راه دفاع از خود بداند. برخی احساسات، افکار و باورهای منفی زیر با کمال‌گرایی مرتبط است. (کاپله^۴، ۱۴۰۰). ترس از بازنده بودن: افراد کمال‌گرا، غالباً شکست در رسیدن به اهداف شان را برابر با از دست دادن ارزش و بهای شخصی می‌دانند. همه یا هیچ‌پنداری: افراد کمال‌گرا، بندرت براین باورند که در صورت به پایان رساندن کار، به طور متوسط، هنوز با ارزش هستند. افراد کمال‌گرا در دیدن دورنمای موقعیت‌ها دچار مشکل‌اند. مثال دانش‌آموزی که همیشه نمره A داشته در صورت گرفتن نمره B براین باور است که یک بازنده کامل است (نوری زاده، ۱۳۹۲).

تاکید بسیار بر بایدها: زندگی افراد کمال‌گرا، غالباً بر اساس لیست پایان‌ناپذیری از بایدها بنا شده که با قوانین خشکی برای هدایت زندگی آنها، به خدمت گرفته می‌شود. این افراد با داشتن چنین تاکیدهایی بر روی بایدها به ندرت روی خواسته‌ها و آرزوهای خود حساب می‌کنند.

^۱Burns

^۲Caitlin Cook

^۳Sarah

^۴Capel

اعتقاد به اینکه دیگران به آسانی به موفقیت می‌رسند: افراد کمال‌گرا، مشاهدات خود را به گونه‌ای جمع‌آوری می‌کنند که بگویند، افراد دیگر با کمترین تلاش، خطاهای کم، استرس‌های عاطفی کمتر و بالاترین اعتماد به نفس به موفقیت دست می‌یابند. در عین حال افراد کمال‌گرا کوشش‌های خود را پایان‌ناپذیر و ناکافی تلقی می‌کنند (نوری زاده، ۱۳۹۲).

هویت و فلت (۱۹۹۱) با نظر به کمال‌گرایی در ساختار اجتماعی، سه بعد را برای کمال‌گرایی از یکدیگر متمایز کرده‌اند: کمال‌گرایی خویش‌نماد، که شامل کوشش افراد برای دستیابی به خویش‌نماد کامل و بامعیارهای بالای غیر واقعی است. کمال‌گرایی دیگر مدار، که در آن تمرکز فرد بر رفتار دیگران است و رفتار آنان از دید وی باید کامل و به دور از هر گونه اشتباهی باشد. کمال‌گرایی جامعه‌مدار، که در آن فرد باور دارد که دیگران (خانواده و جامعه) معیارها و انتظارات افراطی برای او در نظر گرفته‌اند و او خود را ملزم به برآورده ساختن این انتظارات می‌داند.

به عبارت دیگر کمال‌گرایی خود محور یا خویش‌نماد با تمایل به وضع معیارهای غیرواقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خود نظارتگری‌های دقیق مشخص می‌شود (کوک و کرنی، ۲۰۰۹). این شکل از کمال‌گرایی، نزدیک‌ترین بعد به سازه‌ای است که غالباً به عنوان کمال‌گرایی شناخته شده است و با ناکش‌گری، سازش‌ناپافتگی و آسیب‌پذیری مطابقت می‌کند. کمال‌گرایی دیگر محور بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است و کمال‌گرایی جامعه‌محور به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تایید اطلاق می‌شود (طرزری و ناعمی، ۱۳۹۵). همچنین تری شورت (۱۹۹۵) مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی را مطرح نمودند که در آن کمال‌گرایی مثبت به عنوان انگیزش پیشرفت به سوی یک هدف معین جهت دستیابی به پیامدهای مطلوب و کمال‌گرایی منفی به عنوان انگیزش به سوی یک هدف، جهت اجتناب از پیامدهای نامطلوب تعریف شده است (حدادی، ۱۴۰۱).

بعدهی از کمال‌گرایی که با عنوان کمال‌گرایی بهنجار، انطباقی یا کمال‌گرایی استانداردهای فردی شناخته می‌شود، با ویژگی‌هایی همچون استانداردهای فردی سطح بالا (درمورد توانایی‌های فردی، انتظار بالا از عملکرد فردی و اهداف بسیار بالا) شناخته می‌شود و با

^۱self-oriented perfectionism

^۲other-oriented perfectionism

^۳social-oriented perfectionism

^۴Cook and Kearney

^۵Terry-Short

ویژگی‌های سبک‌های مقابله‌ای فعال و موثر، اعتماد به نفس بالا و پیشرفت رابطه مثبت دارد. همچنین کمال‌گرایی مثبت با احساس پیشرفت و کمال، رضایت مندی و سلامت روانی و عاطفه مثبت رابطه دارد (قنبری و جواهری، ۱۳۸۹). این در حالی است که بعد دیگری از کمال‌گرایی با عنوان کمال‌گرایی روان‌رنجورانه یا غیرانطباقی شناخته می‌شود و با ویژگی‌هایی نظیر نگرانی بیش از حد در مورد اشتباه کردن، شک و تردید نسبت به خود، احساس بازنده بودن و شکست خوردن در صورت عدم دستیابی به اهداف بلند بالا، ارتباط دارد. کمال‌گرایی منفی همچنین با احساس شکست، مقابله ناکارآمد در برابر تنیدگی و عدم پذیرش خود و دیگران همراه است. این بعد از کمال‌گرایی با مشکلات روان-شناختی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال‌های خوردن و نگرش‌های غیر انطباقی همراه است. از دیگر جنبه‌های منفی کمال‌گرایی ناتوانی افراد کمال‌گرا در برقراری رابطه و اتحاد درمانی با درمانگر است. نشخوار فکری یکی از راهبردهای تنظیم هیجان محسوب می‌شود و همچنین نگرانی یک استراتژی درونی اجتناب‌است (سانتلو و گاردنر؛ ۲۰۰۷). افکار تکرارشونده منفی یک عامل فراتشخیصی در میان اختلالات هیجانی است و سبکی از فکر کردن درباره مشکلات و تجربیات منفی است که سه ویژگی کلیدی دارد: تکرارشونده و تاحدودی مزاحم است و رها شدن از دست آن دشوار است (نقوی و مرادی، ۱۳۹۶). نشخوار فکری و نگرانی که شکل ناسازگار افکار تکرارشونده منفی هستند، با کمال‌گرایی و اشکال مختلف پریشانی روانشناختی همبسته است (اکنر و راجرز، ۲۰۰۷). کمال‌گراها تمایل به نشخوار فکری هستند تا بر شکستشان در رسیدن به انتظارات، احساس کنترل داشته باشند. فرد کمال‌گرا، به امید اینکه راه حلی ظاهر شود، افکار و اتفاقات را در ذهنش تکرار می‌کند (بروستین؛ ۲۰۱۳). همچنین افرادی که نگرانی‌های ارزیابانه کمال‌گرایانه دارند نیز، تمایل دارند به صورت مکرر درباره مشکلات روزمره فکر کنند و نگران باشند (وندر کاپ-دیدر؛ ۴، ۲۰۱۶). راهبردهای مقابله‌ای تلاش‌های شناختی رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود به کار می‌برند و نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود (پاول، تی، اس، ۲۰۰۵). تنیدگی و حتی شدت آن به خودی خود بد و سازش نیافته نیست بلکه مهم

^۱Santello and Gardner

^۲O'Connor

^۳Brustein

^۴Vander Kaap-Deeder

چگونگی شرایط مقابله با آن است. لذا راهبردهایی که فرد برای مقابله انتخاب می کند جزئی از آسیب پذیری او محسوب می شود. اتخاذ خط مشی راهبردهای نامناسب در مواجهه با عوامل تنیدگی زا می توان موجب تشدید مشکلات شود در حالی که بکار گیری راهبردهای صحیح مقاله می تواند نتایج مثبت در پی داشته باشد. راهبردهای مقابله‌ای مناسب می تواند از بروز بیماری های ناشی از استرس جلوگیری کند، اگر چه بیماری ها منشا و علل مختلفی دارند، سبک زندگی و ویژگی‌ها شخصیتی نیز در بروز آن ها دخالت دارند. روانشناسان معتقدند حتی درمان وخیم‌ترین بیماری‌های جسمی مستلزم تغییر الگوهای پاسخ افراد است (یاوریان، ۱۳۹۶). در طی سال‌های گذشته، پژوهش های بسیاری در مورد چگونگی کنار آمدن افراد با استرس‌ها در زندگی روزمره انجام شده است (ناواک، ۱۹۸۹). راهبردهای مقابله‌ای، روش‌های رفتاری- شناختی هستند که افراد به منظور کاهش استرس به کار می‌گیرند. این شیوه‌ها بنا به زمان و مکانی که در آن استفاده می‌شوند می‌توانند مسئله مدار، هیجان مدار و سازگارانه یا ناسازگارانه باشند. مقابله‌های مسئله مدار به حل مسئله موجود تمرکز می‌کنند و این در حالی است که هدف اصلی مقابله‌های هیجان مدار فقط کاهش هیجان ناشی از استرس می‌باشد. مقابله‌های سازگار چه مسئله مدار باشند و چه هیجان مدار سعی در این دارند که ارگانسیم را به حالت تعادل برگردانند و مقابله‌های ناسازگار ارگانسیم در وضعیت بی‌ثباتی قرار داده و نه تنها آسیب را از بین نمی‌برند بلکه احتمالاً آسیب بیشتری نیز ایجاد می‌کنند. ناکامی یکی از مهم ترین ویژگی های انسان است که با تحمل ناکامی ارتباط متقابل دارد که اشاره دارد به میزان فشار روانی که شخص می تواند تحمل کند قبل از این که رفتارش از حالت یکپارچگی در آمده مختل گردد. همچنین تحمل ناکامی را توانایی مهار تنش ناشی از عدم ارضای نیازهای غریزی و توانایی فرد در تحمل ناکامی بدون آنکه سازگاری روانی-زیستی خود را از دست بدهد، تعریف کرده اند. بنابراین تحمل ناکامی اشاره به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش علی رغم شکست مکرر و محیط خصومت آمیز دارد. کسی که به کوشش خود ادامه می دهد نسبت به کسی که از کوشش هایش دست بر می دارد یا به شیوه واکنشی در رفتار دست می زند از تحمل ناکامی بیشتری برخوردار است. تحمل ناکامی قابلیت فرد است در مقاومت در برابر ناکامی بدون این که در به شیوه ای ناپسند رفتاری دست بزند. تحمل ناکامی به ویژگی شخصیتی اشاره دارد که ناشی از مجموعه ای از باورهای منفی درباره نبود قطعیت و آستانه تحمل کم در موقعیت های نامطمئن و مبهم و پیش بینی عواقب ناگوار برای ناکامی است. نبود تحمل ناکامی نوعی سوگیری شناختی بوده

^۱ Nowack

که بر چگونگی دریافت و تفسیر و واکنش فرد بر وضعیتی نامطمئن در سطوح هیجانی و شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (حدادی، ۱۴۰۱) یکی از ابعاد تحمل پریشانی، تحمل ناکامی تلقی می‌شود. تحمل ناکامی به عنوان یک مفهوم توضیحی با نقش محوری، تاریخچه‌ای طولانی در مدل‌های رفتاری و شناختی دارد، تحمل ناکامی توانایی تاب‌آوری شخص هنگام مواجهه با مانع و یا یک موقعیت استرس‌زاست تحمل ناکامی کم در رفتار، اغلب خود را به صورت کج خلقی، زود رنجی، پرخاش و یا کناره‌گیری از مشارکت‌های اجتماعی نشان می‌دهد. در واقع تحمل ناکامی تفاوت‌های فردی در ظرفیت ادراک شده برای تحمل وخامت (مثال هدف‌های بی‌نتیجه‌زندی) را نشان می‌دهد تحمل ناکامی هم‌زمان به انواعی از متغیرهای خودکنترلی و عاطفی مربوط می‌شود برای مثال، تحمل ناکامی به‌طور هم‌زمان با به‌تعویق‌انداختن مشکلات و صدمه به خود مربوط می‌شود و با عطف به آینده به نشانه‌های اضطراب و افسردگی بیشتر مربوط می‌شود. میزان تحمل ناکامی ارتباط معناداری با سطح استرس، اضطراب و افسردگی، نتایج تحصیلی در دروس مختلف همچون درس ریاضی، میزان انگیزه، عملکرد، خستگی و تحریک‌پذیری، سطح آشفتگی و سومصرف مواد (و میزان اهمال‌کاری دارد.

ناکامی احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد پدید می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد، یعنی این که فرد گمان کند که در حال رسیدن به هدف دلخواهش است و لذت‌های آن را پیش‌بینی کند و یا ممکن است در رفتار ظاهری تجلی یابد. در هر حال، چنانچه مانعی سد راه تحقق اهدافی که فرد انتظار دستیابی به آن را دارد شود، می‌توان گفت که وی ناکام شده است. ویژگی این تعریف، تمایز ناکامی از محرومیت است. افراد فقط به خاطر نداشتن چیزی ناکام فرض نمی‌شوند. مفهوم تحمل ناکامی را با پرخاشگری نیز مرتبط می‌دانند و اشاره می‌کنند کسی که توانایی بالاتری در تحمل ناکامی داشته باشد نسبت به کسی که در این مورد توانایی کمتری دارد، کمتر پرخاشگری می‌کنند. همچنین تحمل ناکامی پایین، به رفتار ضد اجتماعی یا رفتار ناسازگار دیگری منتهی می‌شود. بیشتر افراد روان‌نژند و روان‌پریش در تحمل ناکامی کمبود دارند. افراد هم از لحاظ زیستی و هم از لحاظ روانی در آسیب‌پذیری نسبت به فشار روانی با هم متفاوت هستند. همچنین تحمل ناکامی فرد ممکن است به عنوان تابعی از شدت حالت برانگیختگی، پاسخ‌های در دسترس نسبت به شرایط و پیامدهای ادراک شده شکست نسبت به از بین بردن شرایط برانگیختگی و فرایندهای اجتماعی شدن با هم متفاوت باشد (صارمی پور و زمردی، ۱۳۹۷). گاهی چیزی که مانع دستیابی آدمی به هدف و خشنود شدن وی می‌شود از کم و کاستی‌های خودش سرچشمه می‌گیرد. معلولیت‌های جسمانی، نداشتن بعضی توانایی‌ها و

استعدادها و خویشتن داری ناپسند (عجول بودن) نیز ممکن است آدمی را از رسیدن به هدف باز دارد. اگر هدف متناسب با توانایی‌ها انتخاب شوند احتمال ناکامی کم خواهد بود. به عبارت دیگر افراد باید بدانند که هر کسی نمی‌تواند موسیقیدان ماهری شود یا از امتحان‌های ورودی دانشگاه‌ها با موفقیت عبور کند. اگر کسی هدف‌هایی برای خود انتخاب کند که فراتر از توانایی‌های او باشد به احتمال زیاد دچار ناکامی خواهد شد. یک واکنش خوب برای سازگاری با ناکامی‌ها تغییر دادن اهداف است. موفقیت یک مسیر ندارد؛ آن شامل راه‌های متفاوتی است (حسین زاده، ۱۴۰۱). گاهی چیزی که مانع دستیابی آدمی به هدف و خشنودن شدن وی می‌شود از محیط سرچشمه می‌گیرند. ناکامی ناشی از محیط ممکن است در اثر عوامل فیزیکی باشد مانند: "راهبندان در خیابان، صف‌های دراز خرید نان، خشکسالی و وجود سروصدا که تمرکز را بر هم می‌زند." و یا ممکن است ناشی عوامل اجتماعی باشد. محدودیت‌هایی که مردم بر آدمی تحمیل می‌کنند نظیر "امر و نهی پدر و مادر، تبعیض نژادی، تبعیض جنسیتی" همه از عوامل اجتماعی محیط در ناکامی هستند.

روش انجام پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف آن کاربردی بوده و از نظر چگونگی به دست آوردن داده‌های مورد نیاز در زمره تحقیقات توصیفی و از نوع تحقیق علی مقایسه‌ای قرار داشت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی و رشدی به تعداد ۱۵۰ نفر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بوده است که از این تعداد ۹۹ نفر آموزش پذیر بوده‌اند و بعنوان جامعه آماری ما محسوب شدند. که با توجه به استفاده از روش هم‌تاسازی و به شیوه هدفمند بر اساس سن و تحصیلات مادران از هر گروه (مادران دارای دانش‌آموزان عادی و مادران دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی و رشدی) ۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید. بدین صورت که بین دو گروه هم‌تاسازی بر اساس سن و میزان تحصیلات مادران انجام گردید و سپس پرسشنامه میان آنها توزیع شد. در این پژوهش از سه ابزار برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش استفاده شده است.

پرسشنامه تحمل ناکامی هرینگتون (۲۰۰۵) : این مقیاس توسط هارینگتون (۲۰۰۵) تهیه شده است. هدف این مقیاس میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. از آنجایی که مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت این مقیاس برای اولین بار در ایران ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شد. این مقیاس ۴ عاملی به صورت طیف لیکرت امتیازی (۵= کاملاً موافقم، ۴= موافقم، ۳= نظری ندارم، ۲= مخالفم، ۱= کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود.

مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان‌دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است. عامل اول: به عنوان عدم تحمل عاطفی، مانند عدم تحمل استرس (سوالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵). عامل دوم: به عنوان عدم تحمل ناراحتی، مانند عدم تحمل مشکلات و گرفتاری‌ها (سوالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷). عامل سوم: به عنوان پیشرفت، مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت (سوالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸). عامل چهارم: به عنوان شایستگی، مانند عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی (سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۳۲، ۳۶، ۳۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵). ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۴، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه عدم تحمل هیجانی ۰/۶۱، مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲، مؤلفه استحقاق ۰/۷۱ می‌باشد. روایی همسانی درونی کل ۰/۱، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۷۲، عدم تحمل هیجانی ۰/۷۸، مؤلفه پیشرفت ۰/۷۴ و مؤلفه استحقاق می‌باشد (حسین زاده، ۱۴۰۱).

مقیاس فرم کوتاه کمال گرایی هیل (۲۰۰۴): پرسشنامه فرم کوتاه کمال گرایی در سال ۲۰۰۴ توسط هیل تهیه شده است این ابزار دارای ۲۱ سوال هست. شرکت کننده‌ها باید میزانی که هر جمله توصیف کننده آنهاست را در یک طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف مشخص نمایند. هولندر در یکی از قدیمی‌ترین تعریف‌ها کمال گرایی را تحت عنوان انتظارات غیرمنطقی از خود و دیگران مطرح کرد. پژوهش‌های ابتدایی کمال گرایی را سازه‌ای یک بعدی و اغلب منفی در نظر می‌گرفتند و به ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی پرداختند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز همه ابعاد پرسشنامه با هم جمع می‌شود. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه‌گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. در پژوهش جمشیدی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ و روایی همگرایی آن از طریق بررسی رابطه ابعاد مقیاس با مقیاس‌های سلامت عمومی بررسی شد. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ حاکی از پایایی قابل قبول ۰/۸۰ این پرسشنامه بود. همچنین روایی مقیاس نیز با وجود رابطه ابعاد منفی کمال گرایی و سلامت روانی تایید شد.

پرسشنامه سبک مقابله‌ای بی‌لینگز و موس (۱۹۸۴): بی‌لینگز و موس در سال ۱۹۸۴ پرسشنامه ۳۲ سوالی را طراحی نمودند. در این پرسشنامه نوع راهبرد مقابله‌ای مشخص شد: ۵ ماده مربوط به مولفه مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مولفه مقابله متمرکز بر حل مسأله، ۱۱ ماده مربوط به مولفه مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مولفه مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مولفه مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات می

باشد. نمره گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت ۴ درجه ای از صفر تا ۳ می باشد. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده مقیاس حل مسأله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است.

یافته ها

بین کمال گرایی مادران دانش آموزان عادی و دانش آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی تفاوت معناداری وجود دارد.

مقایسه کمال گرایی دو گروه

	تی تست				لوین تست		F	کمال گرایی
	انحراف	اختلاف میانگین	سطح معنادار	درجه آزادی	t	سطح معنادار		
۲/۲۴۰۴۲	-	۰/۹۲	۷۸	۱/۷۰۷	۰/۶۶۴	۰/۱۹۰	برابری واریانس	کمال گرایی
۳/۸۲۵۰۰								
۲/۲۴۰۴۲	-	۰/۹۲	۷۷/۶۳	۱/۷۰۷			نابرابری واریانس	
۳/۸۲۵۰۰								

با توجه به سطح معناداری و اختلاف میانگین کم (۳,۸۲) در نتایج تی تست، می توان نتیجه گرفت که فرضیه رد شده و بین کمال گرایی مادران دانش آموزان عادی و دانش آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی مقطع ابتدایی شهر داراب در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تفاوت معناداری وجود ندارد.

بین سبک‌های مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی تفاوت معناداری وجود دارد/

مقایسه سبک‌های مقابله‌ای دو گروه

تی تست					لوین تست			
انحراف	اختلاف میانگین	سطح معنادار	درجه آزادی		t	سطح معنادار		
۰/۵۹۹۱۴	۰/۲۰۰۰۰	۰/۷۳۹	۷۸	۰/۳۳۴	۰/۹۶۶	۰/۰۰۲	برابری واریانس	شناختی
۰/۵۹۹۱۴	۰/۲۰۰۰۰	۰/۷۳۹	۷۷/۵۳	۰/۳۳۴			نابرابری واریانس	
۰/۳۹۸۸۴	۰/۷۰۰۰۰	۰/۰۸۳	۷۸	- ۱/۷۵۵	۰/۸۹۳	۰/۰۱۸	برابری واریانس	حل مسأله
۰/۳۹۸۸۴	۰/۷۰۰۰۰	۰/۰۸۳	۷۷/۶۵	- ۱/۷۵۵			نابرابری واریانس	
۰/۹۰۶۳۱	۰/۲۷۵۰۰	۰/۷۶۲	۷۸	۰/۳۰۳	۰/۰۱۳	۶/۵۰۰	برابری واریانس	هیجان
۰/۹۰۶۳۱	۰/۲۷۵۰۰	۰/۷۶۳	۶۵/۹۱	۰/۳۰۳			نابرابری واریانس	
۰/۳۱۱۸۱	۰/۰۲۵۰۰	۰/۹۳۶	۷۸	- ۰/۰۸۰	۰/۱۷۷	۱/۸۵۴	برابری واریانس	جلب حمایت
۰/۳۱۱۸۱	۰/۰۲۵۰۰	۰/۹۳۶	۶۸/۶۰	- ۰/۰۸۰			نابرابری واریانس	
۰/۹۲۲۷۲	۳/۰۰۰۰۰	۰/۰۰۲	۷۸	۳/۲۵۱	۰/۱۷۱	۱/۹۰۶	برابری واریانس	مهار جسمانی
۰/۹۲۲۷۲	۳/۰۰۰۰۰	۰/۰۰۲	۷۵/۸۸	۳/۲۵۱			نابرابری واریانس	

با توجه به سطح معناداری و اختلاف میانگین‌های سبک‌های مقابله‌ای در نتایج تی تست، می‌توان نتیجه گرفت که تنها بین سبک مقابله‌ای مهار جسمانی مادران دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی مقطع ابتدایی شهر داراب در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد و بقیه سبک‌ها رد شدند.

بین تحمل ناکامی مادران دانش آموزان عادی و دانش آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی تفاوت معناداری وجود دارد.

مقایسه تحمل ناکامی دو گروه

	تی تست					لوبین تست		
	انحراف	اختلاف میانگین	سطح معنادار	درجه آزادی	t	سطح معنادار	F	
۴/۲۴۹۸۹	۰/۹۲۵۰۰	۰/۸۲۸	۷۸	۰۰/۲۱۸	۰/۳۶۱	۰/۸۴۵	برابری واریانس	کمال گرایی
۴/۲۴۹۸۹	۰/۹۲۵۰۰	۰/۸۲۸	۷۷/۹۲	/۲۱۸			نابرابری واریانس	

با توجه به سطح معناداری ($P > 0/05$) و اختلاف میانگین کم ۰/۹۲ در نتایج تی تست، می توان نتیجه گرفت که فرضیه رد شده و بین تحمل ناکامی مادران دانش آموزان عادی و دانش آموزان دارای نارسایی هوشی رشدی مقطع ابتدایی شهر داراب در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان با هر شرایط جسمانی و روحی از جمله کم توان ذهنی، نابینا یا نشنوا است. مطالعات نشان می دهد که والدین کودکان با نارسایی های هوشی-رشدی نسبت به دیگر مادران سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می کنند. بیشتر پژوهش هایی که در مورد تأثیر داشتن یک کودک با نارسایی هوشی-رشدی بر روی مادران انجام گرفته، وجود یک کودک با نارسایی هوشی-رشدی موجب فشار روانی در مادران این کودکان شده، روابط خانوادگی و سلامت آنها را کاهش می دهد. فشارها و تنش ها به نوعی در درازمدت باعث مشکلات روانی در فرد یا افراد شود. بدون شک عوامل متعددی بر سلامت روان افراد تأثیر می گذارند، عواملی همچون کمال گرایی و حمایت اجتماعی به افراد کمک می کنند تا با شرایط استرس زا و اضطراب زا کنار بیایند و آسیب های روانی کمتری را تجربه کنند. پژوهش ها و مطالعات گسترده نشان می دهد که باورهای خودکارآمدی بسیار از کارکردهای شخصی را تحت تأثیر قرار می دهد. مطالعات نشان داد والدین کمال گرا بیش از اندازه

انتقاد می‌کنند، سخت‌گیر هستند و کمتر از فرزندان‌شان حمایت می‌کنند. آنان عملکرد فرزندان را بیش از اندازه ارزیابی می‌کنند و این به بهای از دست دادن رابطه نزدیک بین آنان و فرزندان‌شان می‌شود. فرزندان این والدین، دست به نوآوری و کارهای تازه نمی‌زنند، همیشه مضطرب و پریشان است و به توانایی‌های خود اعتمادی ندارد نمود. نوع کمال‌گرایی والدین، خصوصاً مادر در ایجاد تصویر کودک از خود نقش به‌سزایی دارد. شایان ذکر است مادر کمال‌گرای مثبت با تقویت عزت نفس فرزند خود، زمینه را برای خودکارآمدی بالای او فراهم می‌کند. بررسی منشا شکل‌گیری کمال‌گرایی می‌تواند بینش‌های مفیدی برای آموزش شیوه‌های صحیح فرزندپروری به همراه داشته باشد و نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در حوزه تئوری‌های شخصیت، سلامت روان و کمال‌گرایی، آسیب‌شناسی و درمان، کاربرد فراوان داشته باشد. با توجه به نتایج می‌توان چنین تبیین کرد که در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگر شاهد بروز استرس و عوارض ناشی از آن هستیم. همه ما کم و بیش به طور خواسته یا ناخواسته در طول زندگی خود با استرس‌های روانی متعددی مواجه شده یا می‌شویم. استرس در هر سن، رنگی خاص به خود می‌گیرد. تقریباً بیشتر مردم بر این گمان‌اند که مفهوم استرس را می‌دانند، ولی عده نسبتاً معدودی از آن درک صحیحی دارند و از آثار آن در بدن و راه‌های کنترل آن آگاهند. رویدادهای بد و ناگوار در زندگی هر فردی اتفاق می‌افتند؛ رویدادهایی که آرامش جسمی و روانی شخص را بر هم می‌زنند و معمولاً موجب می‌شوند که وی برای رهایی از این حالت روش‌ها و راه‌هایی به کار گیرد. این حالت در اثر عوامل تنش‌زا پیش می‌آید. رویدادهای تنش‌زا در هر عصری به شکلی خاص جلوه می‌کنند. برای مثال انسان ماقبل تاریخ از حمله حیوانات وحشی یا مرگ در اثر گرسنگی، سرما یا بیماری، استرس‌های زیادی را تحمل می‌کرد. با توجه به نتایج می‌توان چنین تبیین کرد که خانواده واحدی است که سلامت روان افراد در آن شکل می‌گیرد و همچنین در تامین سلامت روان، مراقب و حمایت از سلامت افراد خود نقشی بسیار تعیین‌کننده دارد. خانواده با فراهم نمودن روابط نزدیک و مثبت می‌تواند نقشی مؤثر بر ارتقای سلامت روان فرزندان داشته باشد. روابط مناسب در جامعه بر اساس روابط مناسب در خانواده شکل می‌گیرد و هر اندازه روابط درون خانواده مناسب‌تر باشد، خانواده و در پی آن جامعه از ثبات و استحکامی بیشتر برخوردار است. این واحد اجتماعی مبدأ بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی است. بهداشت روان، موجب افزایش توانایی برقراری توازن در زندگی و مقاومت در برابر مشکلات می‌گردد. مشکلات روانی، فشار قابل ملاحظه‌ای را بر افراد وارد می‌کند. جوامع مختلف سعی می‌کنند تا سیاست‌های مربوط به سلامت روانی و سازماندهی کنند.

اصل کلی در این تلاش، سالم‌سازی محیط فردی و اجتماعی است که افراد جامعه را در بر می‌گیرد. این نگرش حکم می‌کند که خانواده‌ها بیش از پیش با سلامت روانی خانواده و چگونگی پیشگیری و درمان بیماری‌های روحی آشنا شوند.

والدین با میزان مشکلات اضطراب، افسردگی و نومیدی آن‌ها ارتباط دارد. با وجود فشار روانی مادران کودکان با نیازهای خاص، از جمله کودکان با نارسایی هوشی-رشدی و فلج مغزی، مطالعات متعددی نشان داده است که مادران کودکان با ناتوانی برای کاهش فشار روانی خود از شیوه‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند. مادرانی که از راهبردهای مثبت مقابله با فشار روانی استفاده می‌کنند، از مادرانی که از این راهبردها استفاده نمی‌کنند، بیشتر می‌توانند فشار روانی ناشی از داشتن کودکی با مشکلات رشدی را در خود کاهش دهند. سلامت مادرانی که مجبورند معمولاً در خانه به کودک کم توان ذهنی خود رسیدگی کنند، بیشتر در معرض آسیب است.

کیانی (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم عموماً سطوح معنادار و بالاتری از استرس و افسردگی را در مقایسه با مادران بدون کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم گزارش کردند. سیمور و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که خستگی مفرط والدین، ارتباط بین رفتارهای مسئله ساز کودک و استرس مادر را میانجی‌گری می‌کند، اما این قضیه در رابطه با سبک مقابله‌ای ناسازگاری صادق نبود. این یافته‌ها نشان می‌دهند که دشواری‌های رفتاری کودک می‌توانند در خستگی مفرط والدین نقش داشته باشند، که این نیز به نوبه خود می‌تواند بر کاربرد راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و افزایش استرس تاثیر بگذارد. نتایج تحقیقات دابروسکا و پیسولا (۲۰۱۰) نشان داد که والدین کودکان نارسایی هوشی، میزان بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. بعلاوه، بین گروه تشخیصی کودک و جنسیت والدین، یک تاثیر تعاملی برای دو مقیاس استرس فرزندپروری مشاهده شد: وابستگی و مدیریت و محدودیت‌های فرصت‌های خانوادگی؛ این اختلاف‌ها در گروه والدین کودکان مبتلا به سندرم داون و کودکان دارای تحول نرمال یافت نشدند. همچنین مشاهده شد که والدین کودکان مبتلا به نارسایی هوشی از نظر مقابله انحرافی اجتماعی با والدین کودکان دارای تحول نرمال تفاوت داشتند. مقابله هیجان‌مدار، عامل پیش‌بین برای استرس والدین در نمونه‌های والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و سندرم داون بود و مقابله تکلیف‌مدار نیز عامل پیش‌بین استرس والدین در نمونه والدین کودکان دارای تحول نرمال بود. راتو و بیدل (۲۰۰۹)

^۱Seymour

^۲Dabruska and Pisola

^۳Rao and Biddle

نشان دادند استرس والدینی تجربه شده در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا، نسبت به والدین کودکان بدون اختلال روانشناختی به طور معناداری بالاتر است که این یافته مستقیماً با ویژگی‌های کودکان ارتباط داشت. این مطالعه همچنین نشان داد که عملکرد عقلانی بالاتر در کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا، استرس مرتبط با پرورش فرزندان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم را جبران نمی‌کند. پژوهشی که مطابق با نتایج این فرضیه باشد، مشاهده نشد.

عوامل تنش‌زا در برهه‌های متفاوت نیز با توجه به شرایط متفاوت بوده‌اند. زمانی خطر ابتلا به بیماری طاعون برای مردم تنش‌زا بود، ولی امروزه ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و سرطان برای مردم تنش‌زاست. براساس شواهد موجود در قرن بیستم مشکلات ناشی از رویدادهای تنش‌زا بویژه در کشورهای صنعتی و پیشرفته غربی، افزایش گریز از کار و فعالیت، اختلال در الگوی خواب کاهش کارکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی، از تاثیرهای رفتاری استرس به شمار می‌آیند. سلیه معتقد است که عوامل تنش‌زا ممکن است به پاسخ‌های روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، نومیدی، بیقراری و احساس ناتوانی عمومی در سازش یافتگی با محیط منجر شود. اختلال نارسایی هوشی رشدی یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد است که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. نارسایی هوشی رشدی تاثیر شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد. سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین و همسیران کودک مبتلا به نارسایی هوشی رشدی از جمله این موارد است. والدین کودکان مبتلا به نارسایی هوشی رشدی با چالش‌های فراوانی روبرو هستند. این والدین نسبت به والدین سایر کودکان با نیازهای ویژه، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند. مادر در تعامل با کودک مبتلا به نارسایی هوشی رشدی در سازگاری‌های خود دچار مشکلاتی می‌شود. مادران از در آغوش گرفتن کودک و بازی کردن با او لذت می‌برند، ولی مادران دارای نارسایی هوشی رشدی، چون کودک آنها، پاسخی برای عواطف مادر ندارد و مادر کم‌کم به عقب‌ماندگی کودک خود و ناکامی‌های ارتباطی بین خود و فرزندش پی می‌برد، در این رابطه عاطفی، دچار انواع اختلالات روانی از جمله ناکامی می‌گردد. شرایط نامطلوب روحی و روانی مادران دارای کودکان نارسایی هوشی رشدی، می‌تواند سبب گوشه‌گیری، احساس ناکامی، عدم علاقه به برقراری ارتباط با محیط، احساس خودکم‌بینی و کم‌ارزشی در مادر شود و پیامدهای منفی همچون اضطراب، پرخاشگری، عزت‌نفس پایین را در آنها به دنبال داشته باشد و سلامت روانی آنها را به خطر اندازد. از مهمترین منابع زمینه ساز این گروه از مشکلات روانشناختی از دست دادن امید به زندگی و افزایش احساس ناکامی در

این مادران است. مادران کودکان با نارسایی هوشی رشدی، از پدران، افسرده‌تر، ناشادتر و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند، بدین نحو که نگهداری از کودکان معلول منجر به سد شدن مسیر پیشرفت خانواده، جلوگیری از رشد طبیعی و بروز الگوهای ناسازگارانه، ناکارآمد و ناکام در اعضای خانواده به خصوص مادران می‌شود. مادران عادی، گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و زمان برخورد با موانع می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند. اما مادران دارای احساس عدم تحمل ناکامی و ناامید به دلیل کمبود گذرگاه‌های جانشین در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان منفی می‌شوند که این امر منجر به مشکلات روان‌شناختی نظیر عدم تحمل ناکامی‌ها در آنها می‌شود.

منابع

ابویی، بهناز و امیری، محسن. (۱۳۹۸). ارتباط تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک شده با نشانگان افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*. دوره نهم، شماره ۷۹، ۱-۷.

اصفهانی اصل، مریم؛ بساک نژاد، سودابه؛ محمودی قلعه نوی، نسرين. (۱۳۹۱). رابطه هوش هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان در دانشجویان دختر. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، سال سوم، شماره ۱۱.

پاکدامن، شهلا و محمدی فرد، زهرا. (۱۳۹۵). رابطه ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده با سبک‌های مقابله‌ای و مقایسه آن بین دختران نوجوان تیزهوش و عادی. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*. سال هفتم، شماره ۱۸.

پرویزی، طاهره و افشاری نیا، کریم. (۱۳۹۵). بررسی رابطه تحمل ناکامی با فرسودگی شغلی در معلمان مقطع راهنمایی شهر سقز. *اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*.

جمشیدی، بهنام، حسین چاری، مسعود و شهربانو، حقیقت (۱۳۸۷)، اعتباریابی مقیاس جدید کمال‌گرایی، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۳، شماره ۱.

حاجی سیدتقی اتقوی، زهرا، پیوسته گر، مهرانگیز و خسروی، زهره. (۱۳۹۴)، مقیاسه سطوح کمال‌گرایی مادر با پیوند والدینی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد سالم،

مطالعات روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۱۱، شماره

۲.

حدادی، ستاره، تمنایی فر، محمدرضا. (۱۴۰۱). مقایسه کمال‌گرایی سازش‌نا یافته، راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و نشخوار فکری در نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا و

پایین، پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی

حاصل‌علیپور اتانی، مراد و شریفی، سیروس. (۱۳۹۹). رابطه احساس تنهایی و تحمل ناکامی با نشاط اجتماعی در بین زوجین. هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم

تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران.

خباز، محمود؛ کریمی، یوسف؛ کریمیان، نادر؛ شه‌بخش، افشین. (۱۳۹۳)، بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه

علامه طباطبایی. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، دوره چهارم، شماره ۲.

درختکار، علی، صفی‌خانی، آرامه. (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای استرس با تحمل ناکامی در دانشجویان دانشگاه شیراز، رویش روان‌شناسی، سال ۸، شماره ۱۰،

پیاپی ۴۳.

شباهنگ، رضا و نایی، امین. (۱۳۹۷). نقش کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی تحمل ناکامی. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.

شمسی پور نوده‌ی، زینب و غلامی حیدرآبادی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی زنان خانه‌دار شهر تهران. فصلنامه مطالعات

روانشناسی و علوم تربیتی. دوره چهارم، شماره ۴، ۳۰-۴۲.

صارمی پور، نرگس؛ بنی‌سی، پری‌ناز و زمردی، سعیده. (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش راهبردهای ذهن‌آگاهی بر افزایش تحمل ناکامی و افسردگی در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه

آموزش، مشاوره و روان‌درمانی. دوره ۷، ۴۴-۷۰.

صفوی، سحر. (۱۳۹۵)، رابطه کمال‌گرایی والدین با منبع کنترل و سبک‌های اسنادی در دختران دبیرستانی با نقش واسطه خودپنداره، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره، دانشگاه

شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

کاپله، شیما، (۱۴۰۰)، نگاهی بر هراس اجتماعی به عنوان نوعی اختلال اضطرابی در دانش‌آموزان مدارس، پنجمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات میان‌رشته‌ای روانشناسی، مشاوره و آموزش

علوم تربیتی، تهران،

کاظمی، فاطمه؛ کریمی، یوسف و دلاور، علی. (۱۳۹۱)، مقایسه ابعاد کمالگرایی و مکان کنترل در میان دانشجویان با اضطراب امتحان بالا و دانشجویان عادی دانشگاه علامه طباطبائی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۹.

یوسفی، ناصر و کریمی پور، بنت الهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و تحمل ناکامی والدین کودکان معلول جسمی- حرکتی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی. دانشگاه علامه طباطبائی. سال هشتم، شماره ۳۰، ۱۱۳-۱۳۲.

- Abbott, B.V. (2015). Emotion dysregulation and re-regulation: predictors of relationship intimacy and distress.[PhD thesis].*Texas A & M University*.
- Achtziger, A., & Bayer, U. C. (2013). Selfcontrol mediates the link between perfectionism and stress. *Motivation and Emotion*, 37, 413-423 doi:10.1007/s11031-012-9321-6.
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Carbone, E. A., Fazia, G., Calabrò, G., & Segura-Garcia, C. (2020). How are early maladaptive schemas and DSM-5 personality traits associated with the severity of binge eating?. *Journal of clinical psychology*, 76(3), 539-548.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed). Washington, DC: Author.
- Araghian, Shima. Nejat, Hamid. Touzandehjani, Hassan. Bagherzadeh, Golam. (2020). Comparing the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on the quality of interpersonal relationships and distress tolerance in women with marital conflict. *Fundamentals of Mental Health*, 2020 May-Jun.
- Aydin, A. Boysan, M. Tutarel-Kışlak, Ş. Kalafat, T. Selvi, Y. & Beşiroğlu, L.(2012). The Predictive Value of Interpersonal Schemas, Perfectionism, and Thought Action-Fusion in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(2):108-118.
- Bach Bo, Lee Christopher, Lykke Mortensen Erik, and Simonsen Erik.(2016). How Do DSM 5 Personality Traits Align With Schema Therapy Constructs?*Journal of Personality Disorders: Vol. 30, No. 4, pp. 502-529.*
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_212

- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, J. T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behavior Research and Therapy*, 44(1):27-42.
- Bartlie, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., & Stanley, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 58-346.
- Basile B, Tenore K, Mancini F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2018;9(2):214-221.
- Blum, C. A., & Christine, E. L. (2018). Concerns of the Divorced Woman and Impact on Health. *Journal of Family Medicine Forecast*. 1(1), 1005.
- Brustein, M. (2013). Perfectionism: A guide for mental health professionals. Springer Publishing Company.
- Bryan N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 2, 272-278.
- Cain, L. (2015). Examining The Factors that Impact Work Life Balance For Executive Chefs. UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, And Capstones. 2466 2468.
- Caitlin Cook, L., Christopher, (2014). Parent Perfectionism and Psychopathology Symptoms and Child. *Personality and Differences*, 70.
- Chen, K. H., Tam, W. C. C., & Chang, K. (2019). Early Maladaptive Schemas, Depression Severity, and Risk Factors for Persistent Depressive Disorder: a Cross-sectional Study. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(4).
- Chon.chan(2020). Social support, career beliefs, and career self-efficacy in determination of Taiwanese college athletes' career

- development. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport & Tourism Education*. Volume 26, June 2020, 100232
- Dayman, G. (2013). The multiplicative relations of parenting and temperament to prosocial and antisocial behaviors in adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 1998; (18)3,266-290.
- Disner, S. G., Shumake, J. D., & Beevers, C. G. (2017). Self-referential schemas and attentional bias predict severity and naturalistic course of depression symptoms. *Cognition and Emotion*, 31(4), 632-644.
- Gerablo, K (2014). Not so doomed: Computer game play and positive adolescent development. *Journal of applied developmental psychology*, 23(4), 373-392.
- Gouveia M, Carona C, Canavarro M, Moreira H. Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: *The mediating role of mindful parenting. Mindfulness*. 2016;7(3):700-12.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, K. (2014). A new measure of perfectionism: The perfectionism inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82, 80-91.

Comparison of Perfectionism, Coping Styles and Failure Tolerance of Mothers of Normal Students and Students with Intellectual Disability in the Elementary School of Darab City

Elham Askarpour,¹ Hamid Sina^{1*}

Abstract

Introduction and purpose: The purpose of this research was to compare the perfectionism, coping styles, and failure tolerance of mothers of normal students and students with developmental disabilities in the elementary school of Darab city in Iran.

Research Methodology: The current research method was descriptive research and a comparative causal research. The statistical population in this research was 99 mothers of students with intellectual and developmental disabilities in the academic year of 1402-1401. **According** to the use of matching method and in a targeted way, based on the age and education of mothers, 40 people from each group were selected as the sample size. The data collection tool in this research was Harrington's Failure Tolerance Questionnaire (2005), Hill's Short Form Perfectionism Scale (2004), and Billings and Moss' Coping Style Questionnaire (1984).

Findings: After analyzing the data with the help of SPSS software, the results showed that according to the significance level and the low mean difference (3.82) in the t-test results, it can be concluded that there is a difference between the perfectionism of mothers of normal students and knowledge. There was no significant difference among students with developmental disabilities. And there is a significant difference between the coping style of physical control of mothers of normal students and students with developmental intellectual disability.

Conclusion: Perfectionism and coping styles and tolerance of failure in mothers of students with intellectual and developmental disabilities are of special importance, and tolerance of failure in this category of mothers was significantly different from other mothers.

Keywords: perfectionism, coping styles, failure tolerance, developmental intelligence deficit

¹M.A in psychology , , Department of Educational Management, Islamic Azad University, Fasa Branch, Fasa, Iran (Elhamaskarpour.73@gmail.com)

^{1*} Assistant Professor, Department of Educational Management, Islamic Azad University, Fasa Branch, Fasa, Iran - Corresponding author (Hamidsina20@gmail.com)