

## تعیین وضعیت خودکنترلی و تحمل ناکامی در دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه: دو ویژگی تأثیرگذار بر سلامت روان

علی بایونی تبتان<sup>۱</sup>، رؤیا یاوریان<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۲/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۰/۱۸

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خودکنترلی به معنای داشتن کنترل بر رفتار، احساسات و تکانه‌ها علی‌رغم وجود برانگیختگی برای عمل در نظر گرفته می‌شود. تحمل ناکامی توانایی فرد برای مقاومت در برابر شکست است بدون آنکه به سازگاری روان‌شناختی و زیست‌شناختی او لطمه‌ای وارد شود. مطالعات نشان داده‌اند که خودکنترلی و تحمل ناکامی سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف اصلی مطالعه حاضر تعیین وضعیت خودکنترلی و تحمل ناکامی در دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه هست.

**مواد و روش کار:** برای انجام این مطالعه توصیفی، ۳۴۰ دانشجوی کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این دانشجویان فرم مشخصات جمعیت شناختی (جنسیت، سن و رشته تحصیلی) و مقیاس‌های خودکنترلی و تحمل ناکامی را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تی برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌راهه تحلیل شد (SPSS 24).

**یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که ۲۷ نفر (۷/۹ درصد)، ۱۱۸ نفر (۳۴/۷ درصد)، ۱۲۹ نفر (۳۷/۹ درصد)، ۵۶ نفر (۱۶/۵ درصد) و ۱۰ نفر (۲/۹ درصد) از نظر وضعیت تحمل ناکامی به ترتیب در سطح بسیار بالا، بالا، متوسط، پایین و بسیار پایین قرار دارند. ۸ نفر (۲/۴ درصد)، ۲۱۹ نفر (۶۴/۴ درصد) و ۱۱۳ نفر (۳۳/۲ درصد) از نظر وضعیت خودکنترلی به ترتیب در سطح پایین، متوسط و بالا قرار دارند. همچنین در این مطالعه جنسیت، سن و رشته تحصیلی بر میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی دانشجویان مورد مطالعه تأثیری نداشت ( $p > 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از دانشجویان مورد مطالعه از خودکنترلی و تحمل ناکامی متوسطی برخوردار می‌باشند. انجام مداخلات روان‌شناختی می‌تواند در تقویت خودکنترلی، تحمل ناکامی و ارتقا سلامت روانی مفید واقع شود.

**کلیدواژه‌ها:** خودکنترلی، تحمل، ناکامی، شکست

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۴۵، آبان ۱۴۰۰، ص ۶۶۳-۶۵۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، بیمارستان روان‌پزشکی رازی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۲۲۹۳۵

Email: royayavarian93@gmail.com

### مقدمه

بیمارستان، اورژانس و برخورد با مشکلات بیماران با احتمال بیشتری در معرض خطر از دست دادن سلامت روانی خود قرار دارند (۲، ۳). وجود بعضی از ویژگی‌ها، توانمندی‌ها و مهارت‌ها می‌تواند نحوه‌ی مقابله با عوامل فشارزا و سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از مهم‌ترین این ویژگی‌ها و توانمندی‌ها خودکنترلی است (۴-۶). خودکنترلی یعنی میزان تمرکز و کنترلی که فرد بر تصمیم‌گیری‌های خود دارد (۷-۹). افراد ممکن است در تصمیم‌گیری‌های خود مراقبت کرده و آن را کنترل کنند و یا عجله کرده و احساسات درونی خود را در تصمیم‌گیری‌هایشان دخالت دهند (۱۰، ۱۱). در واقع

دانشجویان از سرمایه‌های فکری و معنوی هر کشوری به شمار می‌روند. بررسی مسائل خاص دانشجویان، تأمین سلامت جسمی و روانی آن‌ها و موفقیت در تحصیل از مهم‌ترین اهداف برنامه ریزان آموزشی دولت‌ها هست (۱). دوران دانشجویی دوران مهیج و پر چالشی برای دانشجویان است. در این دوره کلیه دانشجویان به‌ویژه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی علاوه بر داشتن مشکلات سایر دانشجویان به دلیل رویارویی با عوامل فشارزای خاص مرتبط با رشته‌ی تحصیلی خود مثل فشارهای روانی ناشی از محیط

<sup>۱</sup> دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار روانشناس، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

شناختی-رفتاری گروهی مدیریت استرس باعث افزایش میزان خودکنترلی زنان افسرده‌ی شهر تهران شد (۲۳) و تعدادی از پژوهشگران در دو مطالعه توانستند با آموزش خودکنترلی هیجانی میزان افسردگی و پرخاشگری کلامی را در دانشجویان دانشگاه پیام نور به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش دهند (۲۴، ۲۵).

یکی دیگر از ویژگی‌ها و توانمندی‌های تأثیرگذار بر سلامت روانی، تحمل ناکامی می‌باشد. ناکامی حالتی است که به دنبال ارضا نشدن نیاز یا عدم دستیابی به اهداف دلخواه و به علت وجود موانع درونی و بیرونی به وجود می‌آید (۲۶). همه‌ی ما کمابیش ناکامی را تجربه می‌کنیم، گاهی در طول روز چندین بار با آن مواجه می‌شویم، زمانی از دست یافتن به هدفی ناچیز و کم‌اهمیت محروم شده و گاهی از تحقق بخشیدن به هدفی سرنوشت‌ساز باز می‌مانیم. واکنش‌های افراد در برابر ناکامی یکسان نیست. برخی از افراد در مقابل ناکامی دست به پرخاشگری می‌زنند، عده‌ای بی‌تفاوت شده و تعدادی احساس درماندگی و افسردگی می‌کنند و در مقابل بعضی از افراد، ناکامی و شکست را مقدمه‌ای برای پیروزی و موفقیت در نظر می‌گیرند (۲۷، ۲۸). تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است بدون اینکه در سازگاری روان‌شناختی و زیست‌شناختی وی اشکالی ایجاد شود (۲۹). توانایی تحمل ناکامی در همه افراد یکسان نیست. عوامل متعددی ممکن است زمینه‌ساز تحمل یا عدم تحمل افراد در مقابل ناملایمات و ناکامی‌ها بشود. عواملی چون بیماری‌های مربوط به سیستم عصبی، اختلالات روانی، شرایط نامطلوب محیطی، وجود تجربیات ناخوشایند در ناکامی‌های قبلی، وجود بیماری‌های مزمن و ضربات عاطفی قبلی و ... ظرفیت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۸، ۲۹).

بر اساس دیدگاه آلیس، افرادی که از درجه‌ی بالاتری از سلامت روانی برخوردارند در هنگام مواجهه با رویدادهایی که با ارزش‌های اساسی، اهداف و ترجیحات آن‌ها در تعارض است، فلسفه‌ی تحمل را به کار می‌گیرند یعنی این افراد زمانی که در شرایط دشوار و توام با ناکامی قرار می‌گیرند تحمل را به‌عنوان وسیله‌ای در جهت دستیابی به اهداف مطلوبشان در پیش می‌گیرند (۳۰).

ناتوانی در تحمل ناکامی می‌تواند به آشفتگی روانی، ناسازگاری، رفتارهای ضداجتماعی و مشکلاتی در روابط بین فردی منجر شود. افرادی که توانایی کمتری در تحمل ناکامی دارند در مقایسه با کسانی که در این خصوص توانایی بیشتری دارند رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، افراد دارای آستانه تحمل ناکامی بالاتر افرادی منطقی، خوشحال و انعطاف‌پذیر بوده و در رفتارهای خود، خواهان دستیابی سریع به راه‌حل‌های عملی هستند. این‌گونه افراد به‌راحتی با مشکلات کنار می‌آیند و در زمان کوتاهی بسیار تلاش می‌کنند و برای رسیدن به اهداف بلندمدت

خودکنترلی فرآیندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش می‌کند، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد آن قضاوت می‌کند و با توجه به نتیجه قضاوت، رفتار خود را کنترل می‌نماید (۱۲). به اعتقاد بندورا خودکنترلی در بهبود و کنترل سلامتی اهمیت دارد، او بیان می‌دارد که افراد به‌طور مداوم از طریق رفتار خود هدایت می‌شوند، بنابراین پایش و کنترل درست رفتار در راستای رسیدن به سلامتی می‌تواند مؤثر باشد و کمبود آن منجر به بروز مشکلات بهداشتی می‌شود (۱۳، ۱۴). به‌طور کلی افراد از نظر میزان خودکنترلی به دودسته تقسیم می‌شوند: گروه اول افرادی هستند که از خودکنترلی بالا برخوردار می‌باشند این گروه در تصمیمات خود، کنترل فوق‌العاده‌ای دارند و عوامل خارجی بر تصمیمات آن‌ها تأثیر نمی‌گذارد (۸)، اما گروه دوم افرادی هستند که توانایی تصمیم‌گیری شخصی نداشته و عوامل خارجی تصمیمات و رفتارهای آن‌ها را جهت می‌دهد، این افراد خودکنترلی پایینی دارند (۶، ۴). به عقیده کاشال و کوانتس (۱۵) افراد با خودکنترلی بالا توانایی بیشتری در حل مشکلات دارند. همچنین مطالعات نشان می‌دهد افرادی که خودکنترلی بالایی دارند از کیفیت زندگی و سلامت رفتاری بهتری برخوردار می‌باشند (۴) و در کار خود مشکلات رفتاری کمتری دارند (۵). علاوه بر موارد فوق نتایج مطالعات متعدد نشانگر آن است که افراد دارای خودکنترلی بالا مهارت‌های اجتماعی بالایی داشته و بیشتر به سمت فعالیت‌های اجتماعی گرایش پیدا می‌کنند (۱۶). در مقابل، نتایج پاره‌ای از پژوهش‌ها نشانگر اثرات منفی خودکنترلی پایین هست از جمله: علی‌وردی نیا و صالح نژاد نشان دادند که خودکنترلی پایین یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای انحرافی می‌باشد (۱۷). در دیدگاه شناختی-اجتماعی اعتیاد شکلی از ضعف در توانایی خودتنظیمی یا خودکنترلی می‌باشد (۱۸). بر طبق تئوری عمومی جرم، تفاوت‌های فردی در خودکنترلی با مصرف مشروبات الکلی و سیگار، عدم پایبندی به تأهل و بروز تصادفات ارتباط دارد. در این تئوری به رابطه بین خودکنترلی کم و انجام رفتارهای مجرمانه و مخاطره‌آمیز تأکید شده است (۱۹). در مطالعات سوادی (۲۰) و چکسون (۴) خودکنترلی کم به‌عنوان یک عامل محوری برای سوءمصرف مواد مخدر در جوانان شناخته شده است. لانگشور به ارتباط بین سوءمصرف الکل و خودکنترلی کم در دانش‌آموزان اشاره کرده و بین افراد با خودکنترلی بالا و مصرف الکل همبستگی منفی را گزارش نموده است (۲۱). از طرف دیگر خودکنترلی مهارتی اکتسابی بوده و یک ظرفیت روان‌شناختی پویا می‌باشد که در طول زمان از طریق تمرین‌های آگاهانه می‌تواند تقویت شود و انسان را به کمال انسانی خود رهنمون نماید و مانع از بروز انحرافات رفتاری شود (۲۲، ۱۹). به‌عنوان نمونه، در یک مطالعه، انجام مداخلات

برنامه‌ریزی و فعالیت می‌نمایند (۲۹). از طرف دیگر با استفاده از مداخلات روان‌شناختی می‌توان تحمل ناکامی را افزایش داد. به عنوان نمونه، پژوهشگران در یک مطالعه نشان دادند استفاده از مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان تحمل ناکامی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی شهر تهران می‌شود (۳۱).

با توجه به مطالب ذکر شده در مورد نقش خودکنترلی و تحمل ناکامی در جنبه‌های مختلف سلامت روانی، کیفیت زندگی، ارتباطات اجتماعی و با در نظر گرفتن این موضوع که دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی مسئولیت خطیر کمک، راهنمایی، مراقبت و درمان بیماران را عهده‌دار بوده و سلامت روانی آن‌ها مسلماً اثرات مثبتی بر کیفیت ارائه خدمات دارد شناسایی هر چه بیشتر عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی می‌تواند راهگشای انجام اقدامات مؤثر در جهت ارتقاء بهداشت روانی شود. این مطالعه باهدف اصلی تعیین وضعیت خودکنترلی و تحمل ناکامی در دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و به منظور پاسخ‌گویی به سؤالات زیر انجام شد.

- وضعیت خودکنترلی و تحمل ناکامی در دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه چگونه است؟

- آیا میزان خودکنترلی و تحمل ناکامی در نمونه مورد مطالعه برحسب جنسیت، سن و رشته تحصیلی متفاوت است؟

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه ۱۵۰۰ دانشجوی کارورز و کارآموز مشغول به تحصیل در مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (امام خمینی، سیدالشهدا، مطهری و رازی) در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۳۰۶ نفر به دست آمد ولی با در نظر گرفتن احتمال بیشتر ریزش با توجه به شرایط خاص ناشی از پاندمی بیماری کووید-۱۹، ۴۰۰ دانشجوی به‌عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. معیار ورود به مطالعه تمایل به همکاری در دانشجویان بود. برای جمع‌آوری داده‌ها پس از توضیح اهداف مطالعه، فرم مشخصات جمعیت شناختی، مقیاس‌های تحمل ناکامی و خودکنترلی در اختیار دانشجویانی که مایل به همکاری بودند گذاشته شد. به دانشجویان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و می‌توانند در صورت تمایل از وضعیت تحمل ناکامی و خودکنترلی خود مطلع شوند و در صورت احساس نیاز از خدمات مشاوره روان‌شناختی بهره‌مند گردند.

در ضمن دانشجویان حق انصراف از شرکت در مطالعه را بعد از

دریافت پرسشنامه‌ها داشتند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آن‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون‌های تی برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک راهه انجام شد (SPSS 24).

لازم به ذکر است به علت عدم تکمیل و ناقص بودن برخی از پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل آماری بر روی ۳۴۰ پرسشنامه انجام شد.

## ابزارهای پژوهش:

- ۱- فرم مشخصات جمعیت شناختی: این فرم شامل اطلاعاتی در مورد رشته تحصیلی، جنسیت و سن می‌باشد.
- ۲- مقیاس تحمل ناکامی: این مقیاس یک ابزار خود گزارش‌دهی ۳۵ گویه ای می‌باشد که به منظور سنجش میزان تحمل ناکامی در رسیدن به اهداف طراحی شده است.
- نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیگرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود. نمرات ۸۲-۶۰، ۱۰۵-۸۳، ۱۲۷-۱۰۶، ۱۵۰-۱۲۸، ۱۷۵-۱۵۱ در افراد مذکر و نمرات ۸۶-۶۹، ۱۰۴-۸۷، ۱۲۱-۱۰۵، ۱۳۸-۱۲۲ و ۱۵۶-۱۳۹ در افراد مؤنث به ترتیب نشان‌دهنده تحمل ناکامی بسیار بالا، بالا، متوسط، پایین و بسیار پایین است. این مقیاس از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. آماره نیکویی برازش ۸۷ صدم و ضریب آلفای کرونباخ ۸۴ صدم برای این مقیاس به دست آمده است (۲۶). در مطالعه حاضر پایایی این ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی گویه‌ها انجام شد و ضریب آلفا کرونباخ ۹۱ صدم به دست آمد.
- ۳- مقیاس خودکنترلی: این مقیاس یک ابزار خود گزارش‌دهی ۳۰ گویه ای می‌باشد و برای سنجش میزان خودکنترلی طراحی شده است. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیگرت چهار درجه‌ای انجام می‌شود. نمرات ۵۹-۳۰، ۹۰-۶۰ و ۱۲۰-۹۱ به ترتیب نشان‌دهنده خودکنترلی پایین، متوسط و بالا می‌باشند. این مقیاس از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. ضرایب روایی و پایایی ۷۴ صدم و ۸۸ صدم برای این مقیاس گزارش شده است (۳۲). در مطالعه حاضر پایایی این ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی گویه‌ها انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ ۸۹ صدم به دست آمد.

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی ۳۴۰ دانشجوی مورد مطالعه در جدول شماره (۱) آورده شده است.

**جدول (۱): فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی در نمونه مورد مطالعه**

ویژگی	طبقات	فراوانی (درصد)
جنسیت	مؤنث	۲۱۰ (۶۱/۸٪)
	مذکر	۱۳۰ (۳۸/۲٪)
گروه سنی	۲۰-۲۴	۱۸۸ (۵۵/۳٪)
	۲۵-۲۹	۱۳۷ (۴۰/۲٪)
	۳۰ و بالاتر	۱۵ (۴/۴٪)
رشته تحصیلی	پزشکی	۱۷۴ (۵۱/۲٪)
	پرستاری	۱۱۸ (۳۴/۷٪)
	مامایی	۱۹ (۵/۶٪)
	سایر رشته‌ها	۲۹ (۸/۵٪)

در جدول شماره (۲) فراوانی و درصد فراوانی سطوح تحمل ناکامی و خودکنترلی در دانشجویان مورد مطالعه آورده شده است.

**جدول (۲): فراوانی و درصد فراوانی سطوح تحمل ناکامی و خودکنترلی در نمونه مورد مطالعه**

متغیر	سطوح	فراوانی	(درصد)
تحمل ناکامی	خیلی بالا	۲۷ (۷/۹٪)	
	بالا	۱۱۸ (۳۴/۷٪)	
	متوسط	۱۲۹ (۳۷/۹٪)	
	پایین	۵۶ (۱۶/۵٪)	
خودکنترلی	خیلی پایین	۱۰ (۲/۹٪)	
	پایین	۸ (۲/۴٪)	
	متوسط	۲۱۹ (۶۴/۴٪)	
	بالا	۱۱۳ (۳۳/۲٪)	

نمرات تحمل ناکامی از روش لگاریتمی استفاده شد. پس از نرمال سازی از آزمون‌های پارامتریک  $t$  برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی در نمونه مورد مطالعه برحسب جنسیت، گروه‌های سنی و رشته‌ها تحصیلی استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها در جداول شماره (۳) و (۴) آورده شده است.

به‌منظور بررسی این مطالب که آیا توزیع نمرات خودکنترلی و تحمل ناکامی در نمونه مورد مطالعه از منحنی توزیع نرمال پیروی می‌کند، از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات خودکنترلی نرمال است ولی توزیع نمرات تحمل ناکامی نرمال نیست. به‌منظور نرمال سازی توزیع

**جدول (۳): نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه تفاوت دو جنس در میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی در نمونه مورد مطالعه**

pv	t	df	مذکر		مؤنث		
			SD	M	SD	M	
۰/۲۹۹	۱/۰۴	۳۳۸	۲۰/۵۲	۱۰۸/۴۶	۱۹/۸۸	۱۱۰/۸	تحمل ناکامی
۰/۸۳۷	-۰/۲۰۶	۳۳۸	۱۱/۵۹	۸۶/۲۰	۱۱/۲۸	۸۵/۹۴	خودکنترلی

**جدول (۴):** نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در مورد مقایسه میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی در دانشجویان مورد مطالعه برحسب

		گروه سنی و رشته تحصیلی				
	pv	F	MS	SS	Df	منبع تغییر
	۰/۴۷۶	۰/۷۴۴	۳۰۱/۷۹۴	۶۰۳/۵۸۸	۲	بین‌گروهی
تحمل ناکامی			۴۰۵/۸۶۸	۱۳۶۷۷۷/۴۰۱	۳۳۷	درون‌گروهی
برحسب گروه سنی				۱۳۷۳۸/۹۸۸	۳۳۹	کل
	۰/۶۹۲	۰/۳۶۹	۴۸/۰۰	۹۶/۰۰۱	۲	بین‌گروهی
خودکنترلی			۱۳۰/۰۴۹	۴۳۸۲۶/۵۰۲	۳۳۷	درون‌گروهی
برحسب گروه سنی				۴۳۹۲۲/۵۰۳	۳۳۹	کل
	۰/۸۲۹	۰/۲۹۵	۱۲۰/۲۴۷	۳۶۰/۷۴۲	۳	بین‌گروهی
تحمل ناکامی بر			۴۰۷/۷۹۸	۱۳۷۰۲۰/۲۴۶	۳۳۶	درون‌گروهی
حسب رشته تحصیلی				۱۳۷۳۸/۹۸۸	۳۳۹	کل
	۰/۲۹۶	۱/۲۳۶	۱۵۹/۸۴۷	۴۷۹/۵۴۲	۳	بین‌گروهی
خودکنترلی برحسب			۱۲۹/۲۹۵	۴۳۴۴۲/۹۶۱	۳۳۶	درون‌گروهی
رشته تحصیلی				۴۳۹۲۲/۵۰۳	۳۳۹	کل

میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی دانشجویان مورد مطالعه نداشت ( $P>0/05$ ).

در بررسی متون علمی، مطالعات مشابه معدودی برای مقایسه با نتایج مطالعه حاضر یافت شد. در مطالعه ای که جوان اقبال و همکاران (۳۳) بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد انجام دادند، نتایج نشان داد که میزان تحمل ناکامی دانشجویان مورد مطالعه با میانگین ۹۲/۷۷ در سطح بالا قرار دارد، در حالی که میزان تحمل ناکامی دانشجویان مطالعه حاضر با میانگین ۱۰۹/۹۰ در سطح پایین‌تر یعنی متوسط قرار داشت. در تبیین تفاوت نتایج این دو مطالعه می‌توان گفت، باتوجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی

براساس اطلاعات جدول فوق مشخص می‌شود در میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی دانشجویان مورد مطالعه برحسب جنسیت، گروه سنی و رشته تحصیلی تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P>0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر که با هدف تعیین وضعیت تحمل ناکامی و خودکنترلی در دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد، نشان داد که میانگین نمرات دانشجویان مورد مطالعه در دو متغیر فوق الذکر در سطح متوسط قرار دارد. همچنین در این مطالعه جنسیت، سن و رشته تحصیلی تأثیری بر

یاوریان و همکاران (۴۰) نیز در مطالعات خود نشان دادند که بین مهارت‌های اجتماعی کودکان که تحمل ناکامی و خودکنترلی نیز جزو آن‌ها بود، برحسب جنسیت تفاوت معنی داری وجود ندارد.

در مطالعه حاضر سن و رشته تحصیلی تأثیری بر میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی دانشجویان مورد مطالعه نداشت از آنجا که دانشجویان مورد مطالعه در محدوده سنی دوره برزگسالی قرار داشتند و همه آن‌ها در رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی دوره کارورزی و کارآموزی خود را می‌گذرانند. در تبیین یافته فوق می‌توان به یکسان بودن مرحله رشدی و شرایط مشابه تحصیلی اشاره کرد.

این مطالعه محدود به دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در شرایط نامطلوب ناشی از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ بود. بنابراین در تعمیم یافته‌های به دست آمده باید احتیاط به عمل آید. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه دیگری در سایر دانشجویان و بعد از پایان یافتن گردش ویروس کرونای ۲۰۱۹ انجام شود. در ضمن با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی با تأکید بر مداخلات روان‌شناختی به منظور تقویت خودکنترلی و تحمل ناکامی و ارتقای سلامت روانی دانشجویان در وضعیت فعلی برگزار شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی (کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1400.124) می‌باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد تبریز و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه نیز کلیه دانشجویان که با تکمیل پرسشنامه ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند سپاسگزاریم.

### References:

1. Mirkamali MK, Mazari E, Farhadi Amjad F. The Role of Mental Health on Academic Performance of University Students with the Mediation of Academic Achievement Motivation. *Knowl Res Appl Psychol* 2015; 16(2):101-9. (Persian)
2. Zare N, Daneshpajoo F, Amini M, Razeghi M, Fallahzadeh MH. The relationship between self-esteem, general health and academic achievement in students of Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2007; 7 (1): 59-67. (Persian)

دانشجویان کارورز و کارآموز مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در شرایط نامطلوب ناشی از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ انجام شده است، بدیهی می‌باشد که فشارهای وارده بر دانشجویان مورد مطالعه بیشتر از زمان معمول بوده و از آنجا که شرایط نامطلوب محیطی می‌تواند اثرات منفی بر میزان تحمل ناکامی داشته باشد (۲۸،۲۹)، شاید علت پایین‌تر بودن سطح تحمل ناکامی دانشجویان در مطالعه حاضر همین موضوع باشد. در مطالعه‌ای که محمدی و همکاران (۳۴) بر روی مدیران مالی شرکت‌ها انجام دادند، میزان خودکنترلی این مدیران در حد بالا بود که این میزان بالاتر از میزان خودکنترلی دانشجویان مطالعه حاضر می‌باشد. شاید علت اصلی، متفاوت بودن متدولوژی (جامعه آماری و ابزار استفاده شده) در این دو مطالعه باشد. در سایر مطالعات انجام شده در حوزه خودکنترلی و تحمل ناکامی، جامعه آماری را عمدتاً افرادی با مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی تشکیل می‌دادند. به‌عنوان نمونه: در مطالعه‌ای که احمد پور (۳۵) بر روی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شهر اصفهان انجام داد، نتایج نشان داد که نگرانی و نشخوار فکری در دانشجویانی که خودکنترلی کمتری دارند، بیشتر است. در مطالعه دیگری که عطا الهی و همکاران (۳۶) بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری از سطح تحمل ناکامی پایین‌تری برخوردار هستند.

در مطالعه حاضر جنسیت تأثیری بر میزان تحمل ناکامی و خودکنترلی دانشجویان مورد مطالعه نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، خودکنترلی و تحمل ناکامی دو ویژگی شخصیتی هستند که جزو مهارت‌های اجتماعی محسوب می‌شوند (۳۷) و شکل‌گیری آن‌ها به مانند سایر ویژگی‌های شخصیتی عمدتاً تحت تأثیر عوامل روانی، اجتماعی و تربیتی قرار می‌گیرد (۳۸). یاوریان (۳۹)،

3. Azizi M, Khamseh F, Rahimi A, Barati M. The relationship between self-esteem and depression in nursing students of a selected medical university in Tehran. *Iranian Journal Of Psychiatric Nursing* 2013; 1 (1): 28-34. (Persian)
4. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK. Prospective Analysis of Comorbidity: Tobacco and Alcohol Use Disorder. *J Abnorm Psychol* 2000; (109):676-94.
5. Nodehi H, Rashidi A, Khalili A, Mehrovar G. The Relationship between self-control and locus of control and organizational commitment of the staff members at the education department of Sabzevar. *Research on*

- Educational Leadership and Management 2014;1(1):49-66.
6. Behpejoh A, Ghojari B, Hemati G. The effect of Control techniques on the social skills of students with attention and hyperactivity disorder. *Res Exce Chi* 2000; 7(1):1-18. (Persian)
  7. Swendeman D, Ramanathan N, Comulada WS, Rotheram-Borus MJ, Estrin D. Efficacy of Daily Self-Monitoring of Health Behaviors and Quality of Life by Mobile Phone. *Mix-Meth Beh Med* 2014; (47):263-263.
  8. Leahey TM, Xu X, Unick JL, Wing RR. A Preliminary Investigation of the Role of Self-Control in Behavioral Weight Loss Treatment. *Obes Res Clin Pract* 2014; 8 (2): 149-53.
  9. Mousavi Mogadam SR, Hourri S, Omid A, Zaherikhah N. The relationship among Spiritual intelligence, self-control and defense mechanisms in High schools' girl-students. *J Med Sci* 2015;25(1):59-64.
  10. Karlsson N. *Mental Accounting and Self-Control*. GGooteborg University; 1998.
  11. Bashirian S, Heidarnia A, Allahverdipour H. The relationship between Self-control and Intention to substance Abuse in Adolescents. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2012;20(1):45-55.
  12. McAlister AL, perry CL, parcel GS. How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In: Glanz K, K Rimer B, Viswanath K (eds). *Health behavior and health education: Theory, Research, and practice*. 4th Ed. jossey - Bass; 2008.
  13. Bandura A. The primacy of self-regulation in health promotion. *Appl Psych* 2005;54(2): 245-254.
  14. Bandura A. Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychol* 2001; 3:265-99.
  15. Kaushal R, Kwantes CT. The Role of Culture and Personality in Choice of Conflict Management Strategy. *Int J Intercult Relat* 2006; 30 (5): 579-603.
  16. Call VRA, Heaton TB. Religious Influence on Marital Stability. *Journal for the scientific study of religion* 1997; (36):382-92.
  17. Aliverdinia A, Salehnejad S. Self-control, gender, and the impacts on the deviant behaviors. *Women in Development & Politics* 2012;9(4):105-55. (Persian)
  18. Laros R, Mastro D, Eastin MS. Understanding internet usage: A social - cognitive approach to uses and gratifications. *Soc Sci comput Rev* 2001;19:395.
  19. Butler T. *Principles of health education and health promotion*. 3rd ed. New York: Morton Publishing Company; 2000.
  20. Sawadi H. Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55: 20-2.
  21. Longshore D, Turner S, Stein JA. Self-control in a criminal sample: An examination of construct validity. *Criminology* 1996;34(2):209-28.
  22. Darisari S, Fagih AN. Study of factors of Weak self-control according to Goran karim. *Ma'rif Akhla* 2013; 4(1):75-92. (Persian)
  23. Abniki E, Abolghasemi A, Abbasi M, Moazzez R, Jalali R. The effect of Group Cognitive - Behavioral Intervention in Stress Management on improved Hardiness and Self-control in Depressed Women. *Clin psych Stud* 2015;5(19):99-118.
  24. Mahboobi T, Karimi SB, Zaea H. The Effectiveness of Emotional Self-Control Training in Reducing the Physical Aggression of Payame Noor University Students. *Journal of Instruction and Evaluation* 2018;11(41):99-114.
  25. Mahbobi T, salimi H, Hossini S. The Effect of Emotional Self-control Training on the Reduction of Verbal Aggression of Payame Noor University Students. *Social Cognition* 2016; 4(2): 124-36.
  26. BaBaraeeci M, Alimehdi M. Validation of tolerance for failure questionnaire. Tehran: puya Azemoonyar Institute;; 2014.
  27. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith E E, Daryl Susuan B, Hoeksema SN. Hilgard S *Introduction to Psychology*. Rafeei H. (Persian translator). Tehran: Arjomand; 2015. P.710-74.
  28. Islmi M. The role of relational beliefs in family functioning and marital adjustment of couples referred

- to family court in Tehran. (MA Thesis). Tehran: Alzahra University; 2004.
29. Rosenbaum M, Ben-Ari Smira K. Cognitive and personality: Factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51(2):357-64.
30. Elis A. Nobody can annoy me. Firouzbakht M, Aerfani H. (Persian Translator). Tehran: Sara; 2001.
31. Abbaci H, Karimi B, Jafari D. Effectiveness of acceptance and commitment on tolerance of frustration and unefficacy attitudes in mothers of children with mental disability. *Psychol Except Individ* 2016; 6(24):81-108.
32. Taggizadeh MA. Validation of self – control questionnaire. Puya Azemoonyar Institute: Tehran; 2014.
33. Javanagbal HA, Heidari S, Shakeri M, Nikdel Z, Javanagbal A. Study of relationship between critical thinking and tolerance for failure in university students. 8th International conference of psychology and social sciences. Tehran: Tehran University; 2017.
34. Mohammadi J, Fakhari H. The Impact of Self-Control and Religious Commitment of Financial Managers on the Information Disclosure Quality. *J Value Behav Account* 2017; 1 (2):41-63.
35. Ahmadpour R. The relationship among thought control, behavioral – cognitive avoidance, rumination and worry in university students with MOD. (MA Thesis). Esfahan University; 2016.
36. Ataalahi M, Karbalaee A, Maygouee M. Comparison emotional alexithymia and tolerance of frustration in unaffected and affected individuals with OCD. National Conference of Modern achievements in Education, psychology, rights and cultural studies. khoy: Zargan Azad University; 2018.
37. Akers A. A Developmentally Based Assessment and Intervention program for Infants and Preschoolers. Torabi Millani F. (Persian Translator). 10th Ed. Tehran: Samt; 2018, pp:250, 251, 288, 289.
38. Sadock BJ, Sadock VA. KAPLAN & SADOCK'S Synopsis of Psychiatry Behavioral sciences/ Clinical Psychiatry. Rezaeei F. (Persian Translator). Tehran: Besat; 2015. P.304-14.
39. Yavarian R. Assessment of Social–Emotional Skills Development of Children aged 4-6 years in Tehran Kindergartens. *Int J Psychol* 2012;6(2):99-111.
40. Yavarian R, Haghghi MN, Sohrabi F. Study of social – Emotional Skills Development of children Aged 1-4 Years in Tehran Kindergartens. *J Child Ment Health* 2018; 5 (1): 117-26.



## DETERMINING SELF-CONTROL AND TOLERANCE FOR FAILURE AMONG THE STUDENTS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES: TWO EFFECTIVE FEATURES ON MENTAL HEALTH

Ali Baponi Tebtan<sup>1</sup>, Roya Yavarian<sup>2\*</sup>

Received: 22 April, 2021; Accepted: 08 January, 2022

### Abstract

**Background & Aims:** Self-control means having control over behavior, feeling, and impulses despite the presence of arousal for action. Tolerance for failure is an ability to resist frustration without damaging biological and psychological adjustment. Studies have indicated that self-control and tolerance for failure influence mental health. The purpose of this study was to determine self-control and tolerance for failure among the students of Urmia University of Medical Sciences.

**Materials & Methods:** In this descriptive study, 340 students were selected through a convenient sampling method from Urmia University of Medical Sciences in 2021. They completed demographic characteristics form (sex, age group, academic subject), frustration tolerance, and self-control scales. Data were analyzed through descriptive and inferential (variance analysis and t-test) statistical methods (SPSS 24).

**Results:** Results showed that 27 students (%7.9), 118 students (%34.7), 129 students (%37.9), 56 students (%16.5), and 10 students (%2.9) have very high, high, moderate, low, and very low frustration tolerance, respectively. Also, 8 students (%2.4), 219 students (%64.4), and 113 students (%33.2) have low, moderate, and high self-control, respectively. In this study, sex, age group, and the academic subject had no significant effect on frustration tolerance and self-control of the students ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results, it could be concluded that a remarkable number of the students have a moderate level of self-control and tolerance for failure. It seems that psychological interventions could be given to reinforce self-control and tolerance of frustration and to improve mental health in the students.

**Keywords:** Self-Control, Tolerance, Frustration, Failure

**Address:** Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +984432722935

**Email:** royayavarian93@gmail.com

Copyright © 2021 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Medical student, Azad University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)