



قدسی، علی محمد و صمدی، زهرا. (۱۳۹۳). بررسی جامعه شناختی درماندگی آموخته شده در نهادهای پزشکی. فصلنامه جامعه شناسی نهادهای اجتماعی، ۱(۳)، ۳۱-۷.

بررسی جامعه شناختی درماندگی آموخته شده در نهادهای پزشکی

علی محمد قدسی^۱ و زهرا صمدی^۲

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی جامعه شناختی درماندگی آموخته شده در نهادهای پزشکی، به مطالعه‌ی موردی بیمارستان های شهر تهران پرداخته است. درماندگی آموخته شده؛ حالتی است که موجود درمانده، رویدادها را از کنترل خویش خارج می‌بیند و این باور در او ایجاد می شود که رویدادها از حوزه‌ی پاسخ‌دهی او بیرون است. جامعه آماری تحقیق بیماران بیمارستان‌های شهر تهران است که به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و به روش پیمایشی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. همچنین تفاوت میزان درماندگی در دو جنس زن و مرد مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که درماندگی آموخته شده در نمونه با آلفای ۰/۸۳ و سطح اطمینان ($p \leq 0/05$) وجود دارد. بر اساس نتایج تحقیق رابطه‌ی بین احساس درماندگی آموخته شده در بیماران و عوامل اجتماعی، می‌تواند به سطح نسبتاً پایین عدم کنترل بر شرایط، ناکامی و تزلزل و بی‌ثباتی بین فعالیت فرد و دریافت پاسخ، نسبت داده شود. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش میزان میانگین درماندگی آموخته شده در مردان برابر ۳/۰۵۱ و در زنان برابر ۳/۰۷۹ می‌باشد. که با سطح اطمینان ($p \geq 0/05$) نشان می‌دهد بین درماندگی آموخته شده در زنان و مردان تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: احساس ناتوانی؛ درماندگی آموخته شده؛ ناکامی اجتماعی؛ نهادهای پزشکی

^۱ - دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا (نویسنده مسئول)، ghodsi@basu.ac.ir

^۲ - کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه بوعلی سینا، zahra.samadi89@yahoo.com

مقدمه

بهداشت و سلامتی همواره مورد توجه انسانها و دولت‌ها بوده و هست. توجه به برنامه‌های تربیتی- بهداشتی و وجود نهادی خاص در مجامع بین‌المللی، یعنی سازمان بهداشت جهانی با هدف حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها بیانگر این اقدامات می‌باشد. بهداشت به طور کلی به دو بخش، بهداشت جسمی و بهداشت روانی تقسیم می‌شود که این دو بخش مستقل از هم نبوده و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند.

بهداشت روانی با عملکرد فردی- اجتماعی و همچنین با آسیب‌های روانی- اجتماعی رابطه‌ی مستقیم دارد. عوامل متعددی مانند: ناکامی‌های اجتماعی، استرس، مسائل و مشکلات اجتماعی و ... بر بهداشت روانی تأثیر می‌گذارد. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱: بهداشت روانی حالتی از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که در آن فرد با آگاهی از توانایی‌های خود قادر است با استرس‌های عادی و معمول زندگی رو به رو شود، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد، بتواند فعالیت روزمره‌ی خود را به خوبی انجام دهد و با اعضای جامعه ارتباط و سازگاری مناسبی داشته باشد (بنجامین، ۲۰۱۱).

عوامل روانی روی سلامت تأثیر می‌گذارند، و این تأثیر به اندازه‌ی عوامل جسمانی است. اغلب اشخاص تصور می‌کنند سلامت جسمانی موضوعی صرفاً جسمانی است و تحت تأثیر عادات بهداشتی و اینکه چگونه از میکروب‌ها اجتناب می‌کنند قرار دارد. با مراجعه‌ی منظم به پزشک، ورزش کردن، بستن کمر بند ایمنی هنگام رانندگی و رعایت بهداشت و ... می‌توان بر میزان سلامت افزود. این برداشت سنتی به یک عامل مهم و تعیین کننده در امر سلامت توجه ندارد، و آن شناخت‌های ماست. سلامت جسمانی موردی است که می‌توانیم بر آن تسلط بیشتری داشته باشیم به شرط آنکه مراقب سلامت روانی خود باشیم. درماندگی، موفقیت و سلامت جسمانی سه موردی هستند که با سلامت روانی رابطه دارند (سلیگمن^۲، ۱۳۸۸، ۳۸).

درماندگی آموخته شده^۳ امروزه به عنوان یک بیماری روانی انسان‌ها را حیران و سرگردان کرده است. در چنین وضعیتی اگر بیمار به این باور برسد که هیچ کاری از دستش بر نمی‌آید تا موقعیت خود را تغییر دهد، حالت او را درماندگی آموخته شده می‌نامند. در نتیجه دست از تلاش بر می‌دارد زیرا به این باور رسیده است که هیچ کاری از من ساخته نیست. درماندگی آموخته شده از دیدگاه‌ها و حوزه‌های مختلف روان‌شناسی، روان‌شناسی بالینی، زیست‌شناختی

^۱ W.H.O

^۲ Seligman

^۳ Learned helplessness

و... مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. و هر یک از حوزه‌ها دلیل درماندگی آموخته شده را تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی، زیستی و یا عوامل روانی می‌دانند، اما زمینه و محیط اجتماعی که افراد درمانده در آن قرار دارند از سوی حوزه‌های مذکور مورد توجه قرار نگرفته است. در حالی که رویکردهای جامعه‌شناختی؛ عوامل، ساختارها، روابط و محیط اجتماعی را در بررسی درماندگی مورد توجه قرار می‌دهند. چرا که انسان یک موجود اجتماعی است؛ یعنی اعمال و افکارش تحت تأثیر حضور دیگران قرار می‌گیرد. رفتار اجتماعی در خلأ اتفاق نمی‌افتد، بلکه به- شدت تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی یا قواعد اجتماعی است که نشان می‌دهد یک فرد در یک موقعیت خاص چگونه باید رفتار کند. رفتارهای افراد متأثر از عوامل اجتماعی است و هر یک از افراد گروه اجتماعی با استفاده از تجربه‌های گذشته، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی، رویدادها را در ارتباط با خود و در موقعیت خاص ادراک می‌کنند (سیف، ۱۳۷۹، ۳۷۵).

به عبارت دیگر، افراد همواره در تعامل با محیط اجتماعی هستند و در طول زندگی خود با وقایع ناخوشایند بسیاری مواجه می‌شوند. هر یک از ما اغلب چنین شرایطی را تجربه می‌کنیم. برخی از این وقایع، قابل اجتناب و پیشگیری هستند؛ برخی نیز قابل گریزند. اما وقایعی نیز هستند که نمی‌توان از آنها گریخت یا از آنها جلوگیری کرد. کلاین^۱ (۱۹۹۱، ۲۳) این شرایط را درماندگی نامیده است؛ شرایطی که در آن، فرد به طور مکرر در معرض موقعیت‌های شکست قرار گرفته و اعتماد به نفس وی کاهش می‌یابد. در نتیجه دچار تزلزل در عملکرد می‌شود، به نحوی که ممکن است در کسب نتیجه‌ای معین برای عملکردهای آتی دچار تردید شود. سلیگمن معتقد است نظریه‌های غالب در روانشناسی در اواخر دهه ۶۰ به جای توجه به قدرت محیط؛ به انتظارات، ترجیحات، انتخاب‌ها، تصمیمات و احساس درماندگی افراد توجه کردند (سلیگمن، ۱۳۸۸، ۳۰).

بهداشت روانی امروزه یکی از مباحث مهم در روانشناسی، روانپزشکی و جامعه‌شناسی است. توجه به پدیده‌ی روانی- اجتماعی نقش مهمی در ارتقاء سلامت جامعه دارد چرا که محرک‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مواقع موجب فشارهای روانی می‌شوند. توجه به پدیده- های روانی در بستر جامعه با در نظر گرفتن عوامل اجتماعی می‌تواند حجم بیماری‌های روانی منجمله درماندگی آموخته شده را کاهش دهد. لذا برای بررسی و شناخت درماندگی آموخته شده می‌بایست فرد را در بستر اجتماعی و در ارتباط با محیط اجتماعی مورد توجه و بررسی قرار داد.

^۱ Klein

درماندگی آموخته شده از جمله اختلالات روانی است که بخشی از افراد در جوامع به آن مبتلا هستند. اگر فکر کنیم نمی‌توانیم تغییری در زندگی خود ایجاد کنیم، وقتی با این جنبه‌ی زندگی رو به رو می‌گردیم درمانده می‌شویم. اگر فکر کنیم « کاری از من ساخته نیست»، نمی‌توانیم اقدامی صورت دهیم. و در واقع درماندگی را آموخته‌ایم، وقتی درباره‌ی ناتوانی خود مبالغه آمیز حرف می‌زنیم، سایر نیروها اوضاع را تحت کنترل می‌گیرند و آینده‌ی ما را شکل می‌دهند که در نتیجه ناامیدی، بدبینی و بی‌اعتمادی را در پی خواهد داشت (سلیگمن، ۱۳۸۸، ۲۵). نسبت دادن شکست به عللی که تحت کنترل فرد نیستند به رفتار ناسازگارانه‌ی ای منجر می‌گردد که درماندگی اکتسابی یا آموخته شده خوانده می‌شود (دیبوراجی استپیک ۱۳۸۵، ۱۰۱).

مفهوم درماندگی آموخته شده، معرف منفی‌ترین حالت خود است. درماندگی آموخته شده، به حالت افرادی اشاره می‌کند که کوشش را با پیشرفت مرتبط نمی‌دانند. این اعتقاد که پیامدهای رفتار، مستقل از رفتار فرد است، ابتدا به وسیله‌ی سلیگمن (۱۹۸۵) مورد پژوهش قرار گرفت. سلیگمن مفهوم درماندگی آموخته شده را به عنوان حالت ویژه‌ای تعریف کرد که اغلب در نتیجه‌ی اعتقاد فرد مبنی بر اینکه رویدادها در کنترل او نیستند در او ایجاد می‌شود. به سخن دیگر، بعد از یک رشته تجربه که در آن پاسخ‌های فرد در نتیجه‌ی رفتار او تغییری ایجاد نمی‌کند می‌آموزد که رفتار و نتیجه‌ی رفتار او از یکدیگر مستقل‌اند (سیف، ۱۳۷۹، ۳۷۰). روان‌پزشکان زیستی معتقدند درماندگی بیماری زیستی است و از نقص‌های بیوشیمیایی و وراثتی حاصل می‌گردد. روان‌پزشکان زیستی بر این باورند که افسردگی که به دنبال درماندگی ایجاد می‌شود باید با مصرف دارو درمان شود. این روش زیست پزشکی سبب می‌شود بیماران به قرص‌هایی که پزشکان تجویز می‌کنند وابسته گردند و از جمع مردمان عادی خارج شوند (سلیگمن، ۱۳۸۸: ۳۴). در حالیکه رویکرد جامعه‌شناسی فرد را در جامعه و در بستر اجتماعی و در ارتباط با مسائل اجتماعی مورد بررسی قرار می‌دهد.

احساس درماندگی در همه جا مشاهده می‌شود. هم شهروندان فقیر و هم کودک تازه تولد یافته و هم بیمار مایوسی که رو به دیوار خوابیده است، این نومی‌دی را به نمایش می‌گذارند. و اما این احساس درماندگی چگونه ایجاد می‌شود؟ چه کسانی به سادگی تسلیم می‌شوند و چه کسانی هرگز تسلیم نمی‌شوند؟ چه کسانی افسرده می‌شوند و چه کسانی نمی‌شوند؟ و چرا این گونه است؟ (سلیگمن، ۱۳۸۸: ۳۸). توجه به زمینه‌ی ابتلا به درماندگی آموخته شده در کشور این پژوهش با هدف کلی تعیین وضعیت درماندگی آموخته شده، وجود یا عدم وجود ارتباط بین عوامل اجتماعی و درماندگی آموخته شده در بیمارستان‌ها انجام گرفته است. این تحقیق از

عوامل اجتماعی به عنوان متغیر پیش بینی کننده استفاده می‌کند. از آنجا که احتمال احساس درماندگی همواره وجود دارد لذا تحقیق حاضر به دنبال بررسی ارتباط بین عوامل اجتماعی و درماندگی آموخته شده در بیماران می‌باشد تا به این سوال اساسی تحقیق پاسخ دهد که آیا بین عوامل اجتماعی و درماندگی آموخته شده در بیماران ارتباط وجود دارد یا خیر؟

چارچوب نظری

رپس^۱ و همکاران (۱۹۸۲) در مطالعه‌ای که روی بیماران در بیمارستان انجام دادند مشاهده کردند که عملکرد ضعیف و علائم افسردگی با طول مدت مراجعه‌ی بیماران به بیمارستان و طول مدت بستری شدن بیماران افزایش می‌یابد. هرچه این طول مدت افزایش می‌یابد؛ بیماران بیشتر مستعد ابتلاء به اثرات ناتوان کننده از وقایع غیر قابل کنترل می‌شوند. آنها دریافتند که رفتار منفعل، سازگار و بی‌جان از بیماری که ما تصور می‌کنیم بهبود یافته و با اطمینان عنوان می‌کنیم «بیمار خوب است»، ممکن است در نتیجه‌ی درماندگی آموخته شده باشد. که البته این اختلال روانی هم در بیماران بستری و هم در بیماران سرپایی مشاهده می‌شود.

بنجامین^۲ (۲۰۱۱) در تحقیقی که بر روی بیماران انجام داد به این نتیجه رسید که عوامل استرس‌زا به طور بالقوه روی سلامت تأثیر منفی داشته و در بهبود بیماران اختلال ایجاد می‌کند و باعث پیشرفت بیماری می‌شود؛ که اغلب این عوامل استرس‌زا اثرات جسمانی و روانی برای بیماران به همراه دارد، که به احساس از دست دادن موقعیت قابل پیش بینی، مسئولیت پذیری و احساس عدم کنترل شرایط، مرتبط است.

در مطالعه‌ی آزمایشی آلوی پیترسن، آبرامسون و سلیگمن (۱۹۸۴) دانشجویانی که سبک اسناد همه شمول برای تبیین وقایع غیر قابل کنترل و ناخوشایند داشتند، نقایص درماندگی را هم به موقعیت مشابه با موقعیت درماندگی و هم به موقعیت نامشابه با موقعیت درماندگی انتقال دادند. فلوگر و کونوسکای^۳ (۱۹۸۹) نیز در مطالعات خود به ارتباط معنادار و معکوس بین عدالت اجتماعی و درماندگی آموخته شده دست یافتند. به عقیده‌ی آنان، عدالت شاخص‌هایی را در اختیار افراد قرار می‌دهد که به کمک آنها می‌توانند قضاوت کنند که آیا نیازهایشان در نهادهای اجتماعی به طور منصفانه برآورده شده و یا به صورت غیر منصفانه سرکوب می‌شود. لذا وقتی افراد بدانند که محیط بیرون و قراردادهای جامعه با آنها منصفانه

1. Raps

2. Benjamin A.

3. Floger & Konovsky

برخورد می‌کنند، تلاش‌های بیشتری برای تحقق اهداف و انتظارات از خود خواهند داشت، از این رو انتظار شکست کمتر و انتظار موفقیت بیشتر خواهد شد. در نتیجه احساس درماندگی نیز کمتر مشاهده خواهد شد (قلی‌پور و همکاران، ۱۳۷۸: ۲۶). میلر^۱ (۱۹۸۶) و (۱۹۸۵) بعد از پژوهش‌هایی با دو گروه دختر و پسر چنین نتیجه می‌گیرد که دختران بعد از شکست بیشتر دچار درماندگی آموخته شده می‌شوند. استیپک^۲ و همکارانش (۱۹۹۱) و (۱۹۸۴) بیان کردند شکست اثرات زیانبار بیشتری را در رفتار دختران نسبت به پسران ایجاد می‌کند.

در یک بررسی، کارول دوئک^۳ (۱۹۸۸) به گروهی دختر، چند مسئله‌ی حل‌نشده‌ی داد تا سبک توضیح آن‌ها را در مورد حل نکردن این مسائل ببیند. او کلماتی بی‌معنی را در قالب چند حرف به دخترها داد و از آن‌ها خواست با جایجا کردن حروف هر کدام، کلمه‌ای معنی‌دار بسازند. از آن‌جایی که حروف هر کلمه به گونه‌ای انتخاب شده بود که امکان درست کردن کلمه‌ی معنی‌دار وجود نداشت، دخترها هرچه سعی کردند نتوانستند به جوابی برسند. بعد از پایان وقت، هنگامی که وی از دخترها پرسید که چرا نتوانستند درست کلمه بسازند، جواب اغلب آنان چنین بود: «من در کلمه‌سازی خوب نیستم» یا «فکر می‌کنم آن قدرها استعداد ندارم». این در حالی است که جواب پسرها پس از انجام همین آزمون این‌گونه بود: «حواسم خیلی جمع نبود» یا «به اندازه‌ی کافی تلاش نکردم» یا «سوالات مسخره بود!» (دیبوراچی، استیپک، ۱۳۸۵: ۵). بر اساس تحقیقاتی که بوش بر روی بیماران غیر افسرده و بیمارانی که دچار درماندگی نشده‌اند انجام داد؛ نشان داد که وضعیت این گروه از بیماران به سرعت بهبود می‌یابد. زیرا کمتر احساس ناتوانی، خشم و اضطراب می‌کنند و در نتیجه مرگ و میر در این دسته از بیماران کمتر مشاهده می‌شود. همچنین احساس ناتوانی در کنترل امور و درماندگی آموخته شده در آنها کمتر مشاهده شده است (بوش، ۲۰۰؛ لین^۴، ۲۰۰۱؛ مند و لئون^۵، ۲۰۰۶). مفهوم درماندگی آموخته شده برای اولین بار توسط سلیگمن (۱۹۷۵) از تجربیات آزمایشگاهی مطرح شد. در این آزمایش‌ها، آزمودنی‌هایی که در معرض شوک غیر قابل اجتناب قرار می‌گرفتند، تسلیم می‌شدند و برای فرار از شوک‌های بعدی تلاش نمی‌کردند. آنها یاد می‌گرفتند که فرار از شوک امکان‌پذیر نیست، پس از تلاش کردن دست می‌کشیدند و منفعلانه و درمانده، درد را تحمل می‌کردند (پورافکاری، ۱۳۷۳: ۳۷). درماندگی آموخته شده نگرش شناختی

^۱ Miller

^۲ Stipek

^۳ Carol Dweck

^۴ Lane

^۵ Mendes de Leon

بدبینانه تولید می‌کند که در این صورت افراد باور می‌کنند پیامدها، عموماً از اعمالشان مستقل-اند. در اثر درماندگی اکتسابی، افراد می‌آموزند که حتی در شرایطی که می‌توانند اوضاع را کنترل نموده و یا از شرایط نامطلوب اجتناب کنند، همچنان خود را به آن وضعیت عادت داده و تسلیم می‌شوند. در واقع، فرد انتظار دارد که کارهایش به شکست بیانجامد و لذا نمی‌تواند هیچ کاری برای جلوگیری از وقوع آن انجام دهد (آبرامسون^۱ و همکاران، ۱۹۷۸).

طبق نظریه درماندگی آموخته شده‌ی سلیگمن، زمانی که فرد در موقعیت ناکامی‌های متعدد اجتماعی، قرار بگیرد و احساس ناتوانی کنترل بر شرایط محیط را تجربه نماید و بی‌تأثیر بودن فعالیت و پاسخ خود را احساس کند، دچار نوعی تزلزل و بی‌ثباتی خواهد شد و در موقعیت‌های بعدی نیز با وجود امکان موفقیت، پیشاپیش شکست را می‌پذیرد. در نتیجه درماندگی آموخته شده، می‌تواند تزلزل و بی‌ثباتی انگیزشی را به دنبال داشته باشد.

به دنبال آزمایش اولیه‌ی درماندگی آموخته شده در محیط آزمایشگاه و بر روی آزمودنی‌ها، هیروتو^۲ (۱۹۷۴) و سلیگمن (۱۹۷۵) تلاش کردند تا ببینند که آیا انسانها نیز در موقعیت‌های آسیب‌زا که غیر قابل‌گریزند، مثل محیط‌های آزمایشگاهی عمل خواهند کرد؟ آزمایش هیروتو (۱۹۷۴) نمونه‌ی مناسبی از مقایسه‌ی آزمودنی‌های انسانی را با مطالعات آزمایشگاهی فراهم می‌کند. در این تحقیق، دانشجویان داوطلب به سه گروه تقسیم شدند:

در یک گروه، صدائی کنترل‌پذیر به آزمودنی‌ها ارائه شد که آنها می‌توانستند با چهار بار فشار دادن یک دکمه به آن خاتمه دهند. آزمودنی‌های گروه دوم، صدای کنترل‌ناپذیری را دریافت می‌کردند که مستقل از پاسخ آنها، پایان می‌گرفت. اما گروه سوم هیچ صدائی دریافت نمی‌کرد. سپس در مرحله‌ی دوم آزمایش، آزمودنی‌های هر سه گروه با یک جعبه‌ی دو سره‌ی دستی آزمون شدند. آنها با حرکت دادن یک اهرم در این جعبه، می‌توانستند صدا را قطع و یا به عبارتی کنترل کنند. نتایج به دست آمده کاملاً مشابه نتایجی بود که در آزمایش با آزمودنی‌های آزمایشگاهی به دست آمده بود. گروهی که در مرحله‌ی اول صدای کنترل‌پذیر دریافت کرده بود مانند گروه سوم که هیچ صدائی دریافت نکرده بود، یادگیری مرحله‌ی دوم را به آسانی انجام داد. اما آزمودنی‌هایی که در گروه صدای کنترل‌ناپذیر مرحله‌ی اول قرار داشتند، در گریختن شکست خوردند و منفعلانه به صدا گوش کردند (طاهرپور، ۱۳۷۳: ۲۹).

به عقیده‌ی سلیگمن، زمانی که نتیجه مستقل از پاسخ است:

(۱) انگیزش برای کنترل نتیجه کم می‌شود.

^۱. Abramson

^۲. Hiroto

(۲) در یادگیری رابطه میان عمل و نتیجه تداخل می‌نماید.

(۳) موجب ترس شده و در درازمدت منجر به درماندگی می‌شود (سوا، کلودیا جی^۱، ۱۹۹۲: ۱۷۹).

مایر^۲ و سلیگمن (۱۹۷۶) اظهار می‌دارند که استقلال میان دو محرک می‌تواند موجب یادگیری فعالی شود که خود یادگیری بعدی وابستگی بین دو محرک را دچار اشکال خواهد ساخت. سلیگمن و گاربر (۱۹۸۰) معتقدند که استقلال پاسخ-پیامد نیز شکل فعالی از یادگیری است و درست مانند هر شکل دیگر یادگیری می‌تواند به صورت فعال در نقص اشکال دیگر یادگیری به واسطه مداخله در تداعی‌ها دخالت کند.

یکی از دلایلی که برخی افراد که عملکرد یکسانی دارند اما از موفقیت انتظارات متفاوتی دارند، این است که از ناکامی و موفقیت خود برداشت متفاوتی دارند. به عبارتی، آنان الگوهای اسنادی متفاوتی دارند. آبرامسون، سلیگمن، و تیسديل^۳ (۱۹۷۸) با توجه به این امر، نظریه‌ی اولیه‌ی درماندگی را با تلفیق نظریه‌ی اسنادی از نو تنظیم کردند. اسناد یا نسبت دادن، عبارت است از استنتاجی که شخص از علل رفتار خود یا دیگری به عمل می‌آورد. ما آگاهانه یا ناآگاهانه دائماً به دنبال علت هستیم (ماسن و همکاران، ۱۳۷۰). اسنادها تبیین‌هایی درباره‌ی علل رفتار هستند (واینر^۴ و همکاران، ۱۹۹۰).

به عقیده‌ی واینر، عمده‌ی تبیین‌های افراد از شکست‌ها و موفقیت‌هایشان دارای سه بُعد مهم است. نخستین بُعد اسنادی، مکان (درونی- بیرونی) است. افرادی که برای درماندگی خود اسناد درونی می‌دهند علت درماندگی را به خود، یعنی به عواملی نظیر هوش یا استعداد نسبت می‌دهند. در حالی که کسانی که برای درماندگی اسناد بیرونی می‌دهند، علت درماندگی خود را به ماهیت آن موقعیت، یعنی عوامل محیطی مثل افراد دیگر یا شرایط اجتماعی نسبت می‌دهند. دومین بُعد اسنادی، کلیت (کلی- اختصاصی) است. علل کلی به بسیاری از موقعیتهای زندگی فرد تعمیم می‌یابند، اما علت اختصاصی تنها به یک موقعیت یا موقعیتهای کمی مربوط می‌شود. برای نمونه فرد ممکن است شکست خود در حل مسائل را به هوش کم خود (کلی) و یا به دشواری این مسائل بخصوص (اختصاصی) نسبت دهد. سومین بُعد اسنادی، پایداری (پایدار- ناپایدار) است. علل پایدار در طی زمان ثابت هستند، در حالیکه علل ناپایدار در گذر زمان تغییر

¹ Sowa, Claudia J

² Maier

³ Teasdale

⁴ Weiner

می‌کنند. فردی که شکست خورده، ممکن است تصور کند علت شکست او پایدار است و در آینده نیز ادامه خواهد یافت (منشی و همکاران، ۱۳۸۳: ۸۶).

بل گردلر^۱ معتقد است ابتدا علت‌های فرضی یا تصویری موفقیت یا شکست تشکیل می‌شوند (نسبت دادن). سپس، واکنش‌های عاطفی و انتظارات فرد برای رفتارهای آینده بوجود می‌آیند، و سرانجام رفتار و اعمال بعدی صورت می‌پذیرد (سیف، ۱۳۷۹: ۳۶۴).

به اعتقاد رودین^۲ (۱۹۷۶) محیط‌های پر از دحام نیز ممکن است توان تنظیم و اعمال کنترل اجتماعی بر موقعیت‌ها را کم کرده و در نتیجه به احساس درماندگی آموخته شده کمک کند. به عنوان مثال، وی نشان داد که افرادی که در محل‌های مسکونی پر تراکم زندگی می‌کنند، کمتر احتمال دارد احساس کنترل نتایج رویدادها را داشته باشند، تا افرادی که در محل‌های کم تراکم زندگی می‌کنند. گروه اول در حل معماها نیز ضعیف‌تر از گروه دوم بودند. بیماران بستری در بیمارستانها نیز که کنترل کمی روی محیط خود دارند، هر چه مدت بستری شدن آنها طولانی‌تر می‌شود، ضعف بیشتری از نظر عملکردهای مختلف نشان می‌دهند، اگر چه ممکن است وضع جسمی آنها رو به بهبود برود (کریمی، ۱۳۸۸: ۱۱۰).

پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴) معتقدند که افراد پیوسته علت‌های مشخصی را برای رویدادهای خوب و بد، که گاهی این اسنادها ناسازگارانه است، برمی‌گزینند. به بیان دیگر اسناد رویدادهای منفی به علل درونی، با ثبات، کلی، و اسناد رویدادهای مثبت به علل بیرونی، بدون ثبات و اختصاصی، نوعی شیوه اسنادی ناسازگارانه است و همین اسنادهای ناسازگارانه و یا به بیان دیگر اسنادهای بدبینانه است که شخص را با ناکامی‌ها، مشکلات و درماندگی آموخته شده مواجه می‌سازد (شکوهی امیر آبادی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۹).

به عقیده‌ی سلیگمن، پسران از دوران کودکی طوری تربیت می‌شوند که به خود متکی باشند و فعالیت زیاد داشته باشند، اما تربیت دختران به گونه‌ای است که آنها را منفعل و وابسته می‌کند. در این حال دختران وقتی بزرگ می‌شوند، خود را در فرهنگی می‌یابند که برای نقش مادر و همسر بهای چندانی قائل نیست، و اگر زنی به دنیای کار روی آورد، به دستاوردهایش کمتر از دستاوردهای مردان بها می‌دهند. همچنین زنان سبک توضیحی بدبینانه تری نسبت به مردان دارند، و هر تجربه‌ی درماندگی منجر به افزایش میزان افسردگی در آنان خواهد شد. لذا زنان بیشتر از مردان درماندگی را تجربه می‌کنند (سلیگمن، ۱۳۸۶: ۱۶۲). درباره‌ی اثرهای

^۱ Bell-Gredler

^۲ Rodin

شکست و موفقیت و تفاوت آن در دو جنس دختر و پسر، دوک و گوتز (۱۹۷۸) مدارکی ارائه کردند مبنی بر آنکه دختران بعد از شرایط دشوار یا شکست، بیشتر از پسران دچار آسیب دیدگی برای ادامه فعالیت می‌شوند.

در بیشتر جوامع زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی و روانشناختی بیشتری قرار دارند و دلیل آن نیز نابرابری در رسیدن به مقاصد و اهداف اقتصادی و اجتماعی مورد نظر در مقایسه با مردان است. نتیجه‌ی این امر قرارگیری بیشتر زنان در موقعیت‌های استرس‌زا و نبودن سازوکارهای دفاعی مؤثر در دسترس آنها است. گانون^۱، هیسر^۲، و نایت^۳ آثار نقش جنسیت و درماندگی را مطالعه کردند. نتایج نشان داد اکثر زنان شکست را به عوامل درونی نسبت می‌دهند و این شاید دلیلی باشد که چرا آنها بیشتر در معرض درماندگی قرار می‌گیرند (کیفر لیندا^۴، ۱۹۹۰: ۲۱).

آرین^۵ و ریندوز (۲۰۰۵) معتقدند یک سری عوامل روانی- اجتماعی تأثیرات قابل توجهی در بروز و شدت افسردگی در افراد دارند. این عوامل عبارتند از: عدم اعتماد به نفس، درماندگی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و حوادثی از قبیل: ترس و اضطراب.

وقتی که فرد احساس می‌کند پاسخ و اقدامات شخصی، مستقل از یکدیگرند و امکان دخالت در نتایج برای فرد وجود ندارد؛ به لحاظ بهداشت روانی اثرات منفی برای افراد به دنبال خواهد داشت. نتایج تحقیقات روی گروهی از بیماران نشان می‌دهد تعداد افرادی که در معرض خطر ابتلا به درماندگی هستند رو به افزایش است. که این امر به دلیل اعتقاد به عدم مشارکت رفتاری ایجاد می‌شود. این باور منجر به افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و افسردگی می‌شود. علائم این احساس هم در افرادی که مبتلا به بیماری‌های حاد و هم در افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند خطر ساز است زیرا در معرض احساس درماندگی آموخته شده قرار دارند (بوش^۶، ۲۰۰۵؛ استیک^۷، ۲۰۰۱).

دراکوب^۸ (۲۰۰۳) معتقد است عدم توانایی برای بازگشت به کار، فعالیت‌های اوقات فراغت، انزوا، فعالیت‌های اجتماعی و جنسی بیماران می‌تواند ناشی از تجربه‌های اجتماعی باشد،

1. Ganon

2. Heiser

3. Knight

4. Kiefer, L. M

5. Arian

6. Bush, D.E

7. Stik

8. Dracup

مبنی بر اینکه توانایی دخالت و تأثیر مستقیم روی نتایج عملکردهای خود را ندارند که این احساس منجر به درماندگی آموخته شده و کاهش رشد روانی در بیماران می‌شود.

بر اساس تحقیقات متعددی که بر روی بیماران انجام گرفته است، نتایج تحقیقات نشان داد که کنترل و قابل پیش بینی بودن عوامل استرس زای اجتماعی، باعث ایجاد موقعیتی می‌شود که موجب تسریع بهبود بیماری، تنظیم بهداشت روانی و در نتیجه کاهش احساس درماندگی آموخته شده در افراد می‌شود (آگاروال^۱، دلال، آگاروال و آگاروال، ۱۹۹۵؛ موزر^۲ و نیکاسیو^۳، والسون^۴ و دراکوب، ۱۹۹۵).

بر اساس نتایج حاصل از تحقیقات تجربی که توسط محققان انجام گرفته است. بعضی از محققان بر این باورند که علائم درماندگی آموخته شده در طیف وسیعی از بیمارانی قابل مشاهده است که احساس می‌کنند یک سری عوامل موجب می‌شوند که فرد توانایی کنترل شرایط را نداشته باشد (آرین، ۲۰۰۵؛ برنز^۵، ۲۰۰۳؛ اندرمن^۶، ۱۹۹۷؛ نیکاسیو، ۱۹۸۵). اگر فرد فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی هنجارهای اجتماعی و شیوه‌های رویارویی سالم را نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی با دشواری رو به رو خواهد شد، و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای انحرافی پناه می‌برد (کلینک^۷، ۱۹۹۸: ۳۴۶).

هینر^۸، معتقد است افرادی که اعتماد به نفس بالایی دارند، دارای جامعه‌پذیری بالایی هستند؛ سبک رویارویی حل مسأله را به کار می‌برند، احساس کنترل شخصی در مهار مشکلات و پایداری بیشتری در برابر ناکامی‌های اجتماعی دارند، بیشتر انتظار موفقیت دارند، کمتر افسرده، نا امید و مضطرب می‌شوند (هان^۹، ۱۹۹۳: ۲۲۰).

سن امید به زندگی در سال ۱۹۹۵، برای مردان ۷۲/۵ سال و برای زنان ۷۸/۹ سال بوده است که تا سال ۲۰۰۵، سن امید به زندگی برای مردان به ۷۵/۲ سال و برای زنان به ۸۰/۴ سال افزایش یافته است (کانگ^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده^{۱۱}،

1. Agarwal

2. Moser

3. Nicassio

4. Waltson

5. Burns

6. Endermann

7. Kleinke

8. Happner

9. Haan

10. Kung

11. USDHHS

۲۰۰۰). در سال‌های اخیر اهمیت و توجه به بهداشت و سلامت روانی در جوامع مختلف باعث شده که تصمیمات جدی‌تری در این زمینه گرفته شود به طوری که وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در سال ۲۰۱۰، تصمیم گرفت که تا سال ۲۰۵۰ سن امید به زندگی در مردان به ۷۹/۷ سال و در زنان به ۸۴/۳ سال افزایش یابد. همچنین اعلام کرد به منظور دستیابی به این هدف لازم است که به افراد کمک کنیم تا دانش، انگیزه و فرصت‌ها را برای نیاز به اهمیت و کسب اطلاعات لازم و تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود را، افزایش دهند (۲۰۰۰ USDHHS). امروزه، مراکز بهداشتی و درمانی از حساس‌ترین و پیچیده‌ترین نهادهای اجتماعی به شمار می‌روند که وظایف مهمی به عهده دارند. ارتقاء سطح بهداشت و سلامت روانی افراد از اهداف مهم این مراکز محسوب می‌شود. چرا که سلامت عمومی جامعه مستلزم توجه لازم و کافی به سلامت روانی اعضای جامعه می‌باشد. بیماران به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر در صورتی که احساس درماندگی را تجربه کنند، انگیزه‌ی لازم برای بازگشت به زندگی و ادامه‌ی فعالیت‌های اجتماعی را نخواهند داشت. با توجه به رویکرد ارائه شده در چارچوب نظری که بیانگر ارتباط بین درماندگی آموخته شده با جامعه و عوامل اجتماعی است این پژوهش در پی بررسی فرضیه‌های تحقیق می‌باشد.

فرضیه‌های پژوهش

- بین بیماران در بیمارستان‌ها و احساس درماندگی آموخته شده در آنها تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین عوامل اجتماعی (عدم کنترل بر شرایط، ناکامی اجتماعی) با احساس درماندگی آموخته شده‌ی بیماران در بیمارستان‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین جنسیت بیماران و درماندگی آموخته شده در بیمارستان‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

روش بررسی

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، روش این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. از آنجایی که هدف، بررسی رابطه بین متغیرهاست نتایج حاصل از تحقیق، کاربردی می‌باشد. همچنین به لحاظ کنترل متغیرهای گوناگون در این تحقیق از روش پیمایش استفاده شده است. لذا از نوع پیمایشی، مقطعی و پهنانگر است.

جامعه آماری، کلیه‌ی بیماران بیمارستان‌های دولتی شهر تهران می‌باشد. همچنین با توجه به رویکرد چارچوب نظری و فرضیه‌های مورد بررسی از آنجاییکه بررسی تفاوت میزان احساس درماندگی آموخته شده در دو جنس زن و مرد در این تحقیق مورد توجه می‌باشد. هر دو جنسیت نیز در جمعیت مورد مطالعه حضور داشتند. روش نمونه‌گیری با توجه به هدف پژوهش از نوع خوشه‌ای می‌باشد که به منظور انجام نمونه‌گیری، بر مبنای نقشه‌ی شهری سازمان آمار و فناوری اطلاعات شهرداری تهران، حوزه‌ی مطالعاتی به پنج قسمت شمال، جنوب، شرق، غرب، و مرکز تقسیم شد و از هر یک از حوزه‌های مطالعاتی با روش نمونه‌گیری تصادفی مناطق و واحدهای مورد مطالعه انتخاب شدند، که ۲۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند تا به عنوان نمونه، مورد بررسی تجربی قرار گیرند.

پرسشنامه‌ی استفاده شده در این پژوهش شامل ۳۰ گویه بود؛ جهت سنجش عدم کنترل بر شرایط (۸ گویه) برای سنجش درماندگی (۶ گویه)، ناکامی (۵ گویه)، تزلزل و بی‌ثباتی (۵ گویه) و جامعه‌پذیری (۶ گویه) طراحی شده است. برای سنجش اعتبار آن از اعتبار صوری استفاده گردید و مورد تأیید قرار گرفت و پایایی نیز از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید. برای سنجش پایایی پرسشنامه، پیش‌آزمون پرسشنامه توسط گروه ۷۰ نفری تکمیل گردید که پایایی سؤالات درماندگی (۰/۸۳۱)، عدم کنترل بر شرایط (۰/۷۴۰)، ناکامی (۰/۷۳۸)، تزلزل و بی‌ثباتی (۰/۷۴۱) و جامعه‌پذیری (۰/۷۶۶) محاسبه گردید. آزمون نهایی بر روی ۲۰۰ نفر انجام شد. درجه‌بندی پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است که پاسخ‌گویان می‌توانستند میزان موافقت و مخالفت خود را با توجه به گزینه‌های موافق، کاملاً موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف انتخاب نمایند. که نمره بالا نشان دهنده‌ی درماندگی است. از آنجایی که جمعیت مورد مطالعه شدیداً ناهمسان بود، و بخش‌هایی از جمعیت فاقد سواد خواندن و نوشتن بودند، لذا برای پرسیدن سؤالات از روش مصاحبه حضوری نیز استفاده گردید. از آنجایی که درماندگی آموخته شده در صورت تکرار ناکامی‌های اجتماعی ایجاد می‌شود، لذا پرسشنامه در اختیار بیمارانی قرار می‌گرفت که برای چندمین بار به بیمارستان مراجعه کرده بودند. همچنین در ابتدای پرسشنامه سؤال شده بود که تا کنون چند بار به این بیمارستان مراجعه کرده‌اید؟ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار و نیز از روش‌های آمار استنباطی با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون آماری t ، رگرسیون و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از جمعیت مورد مطالعه، ۱۰۳ نفر (۵۱/۵٪) از پاسخگویان مرد و ۹۷ نفر (۴۸/۵٪) زن می‌باشد. و میانگین سنی نمونه برابر ۳۶/۵۸ سال می‌باشد که کمترین سن برابر ۱۹ و بیشترین سن برابر ۶۱ سال است. از کل نمونه مورد بررسی تحصیلات، ۱۰/۳ درصد بیسواد، ۱۳/۳ درصد ابتدایی، ۱۹/۳ درصد راهنمایی، ۳۳/۵ درصد دبیرستان، ۱۳/۸ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر است. نتایج نشان می‌دهند که بیشترین فراوانی مربوط به مدرک تحصیلی دبیرستان و سپس راهنمایی است. علیرغم اینکه چولگی تحصیلات اندکی به سمت چپ (منفی) است و نیز آنکه فراوانی فوق دیپلم و لیسانس کمتر از دبیرستان است، اما در کل می‌توان تحصیلات را نرمال فرض کرد.

لازم به ذکر است برای متغیرهای تحقیق، نمودار جعبه‌ای رسم شده است. این نمودار برای نمایش تقارن و شناسایی داده‌های پرت می‌باشد که بر حسب چارک‌ها رسم می‌شود. نتایج نشان داد که در هیچ یک از متغیرها داده‌ی پرت وجود ندارد. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است که بر اساس نتایج به دست آمده توزیع داده‌ها نزدیک به نرمال می‌باشند.

فرضیه‌ی اول

برای نشان دادن توزیع فراوانی میزان درماندگی آموخته شده در نمونه‌ی مورد مطالعه از نمودار میله‌ای استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصل میزان درماندگی آموخته شده در بیمارستان‌ها کم (۲۲ درصد)، متوسط (۵۰ درصد) و زیاد (۲۸ درصد) محاسبه شده است. به منظور بررسی درماندگی آموخته شده در بیمارستان‌ها و متغیرهای پیش بینی کننده‌ی آن، از آزمون t مستقل استفاده شده است. مطابق با یافته‌های تحقیق و با توجه به داده‌های مندرج در جدول ۱ وجود احساس درماندگی آموخته شده در بیماران با سطح معنا داری ۰/۰۰۰ (سطوح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است) مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه‌ی دوم

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل ارتباط معناداری وجود دارد. و این ارتباط مثبت می‌باشد. یعنی با افزایش هر یک از متغیرهای پیش بینی کننده متغیر وابسته یعنی درماندگی آموخته شده افزایش می‌یابد و برعکس با کاهش هر یک از متغیرهای مستقل متغیر وابسته کاهش می‌یابد.

جدول ۱: آزمون t مستقل برای مقایسه متغیرها در بیمارستان‌ها

آزمون t			آزمون لوین		انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیر وابسته
سطح معنی‌داری	درجه آزادی	آماره t	سطح معنی‌داری	آماره F				
۰/۰۰۰	۳۷۷/۴۰۰	-۳/۷۲۵	۰/۰۰۰	۱۴/۸۳۸	۰/۸۱۴	۲/۸۰۹	۲۰۰	درماندگی آموخته شده
۰/۰۰۰	۳۹۷	-۴/۴۰۳	۰/۴۸۰	۰/۴۸۵	۰/۸۸۲	۲/۸۷۱	۲۰۰	تزلزل و بی ثباتی
۰/۰۰۰	۳۹۷	-۳/۸۸۹	۰/۷۳۵	۰/۱۱۲	۰/۷۴۶	۲/۹۶۶	۲۰۰	ناکامی اجتماعی
۰/۰۴	۳۹۷	-۰/۰۸۳۱	۰/۱۱۳	۲/۵۰۸	۰/۴۹۸	۳/۱۰۸	۲۰۰	عدم کنترل شرایط
۰/۰۲	۳۹۷	۱/۱۹۶	۰/۸۱۰	۰/۱۴۸	۰/۶۰۸	۲/۹۶۵	۲۰۰	جامعه پذیری

در جدول ۲ میزان ارتباط بین متغیر وابسته و مستقل به صورت مدل خطی نمایش داده شده است. ضریب تبیین رگرسیونی این آزمون برابر با (۰/۸۱) محاسبه شده که نشان دهنده‌ی ارتباط خطی شدید بین متغیر وابسته و متغیرهای پیش‌بینی کننده می‌باشد. مندرجات جدول نشان می‌دهد که این رابطه مثبت می‌باشد. همچنین ضریب تبیین تعدیل شده درصدی از تغییرات متغیر وابسته که توسط مدل برآورد می‌شود را نشان می‌دهد که حدود ۰/۶۹ درصد می‌باشد، که نشان دهنده‌ی مناسب بودن مدل است.

جدول ۲: رگرسیون بین متغیرهای مستقل و وابسته

Mode	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
۱	۰/۸۱۰	۰/۷۰۱	۰/۶۹۷	۱/۸۹۷

جدول ۳: ضرایب تحلیل رگرسیون پیش‌بینی متغیرهای مستقل و متغیر وابسته

متغیرها	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
ثابت	۱/۲۹۱	۰/۵۱۶		۲/۴۹۹	۰/۰۰۰
تزلزل و بی‌ثباتی	-۰/۰۶۳	۰/۰۷۲	-۰/۰۵۲	-۰/۸۸۴	۰/۰۰۰
ناکامی اجتماعی	۰/۶۵۱	۰/۰۶۶	۰/۶۰۶	۹/۸۴۲	۰/۰۰۰
عدم شرایط کنترل	۰/۱۷۷	۰/۱۰۱	۰/۱۱۱	۱/۷۵۴	۰/۰۰۰
جامعه پذیری	-۰/۲۳۷	۰/۰۸۲	-۰/۱۷۸	-۲/۸۷۹	۰/۰۰۰

a. Predictors: (Constant), جامعه پذیری، بی‌ثباتی، تزلزل و بی‌ثباتی، عدم کنترل شرایط، ناکامی اجتماعی، درماندگی آموخته شده

b. Dependent Variable: درماندگی آموخته شده

جدول شماره ۳ ضریب بتای پیش‌بینی درماندگی آموخته شده را بر اساس عوامل اجتماعی نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های جدول هر چه احساس درماندگی آموخته شده بیشتر باشد، تلاش در عملکردهای آتی کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش ناکامی‌های اجتماعی میزان درماندگی نیز افزایش می‌یابد، و هر چه احساس عدم کنترل بر شرایط بیشتر باشد، درماندگی نیز افزایش می‌یابد. مطابق با داده‌های این جدول، هرچه جامعه‌پذیری بیشتر باشد، احساس درماندگی کاهش می‌یابد.

فرضیه‌ی سوم

جدول ۴ میزان درماندگی آموخته شده را در بیماران زن و مرد با هدف بررسی و مقایسه‌ی تفاوت میزان احساس درماندگی در دو جنس نشان می‌دهد. شرط لازم برای مقایسه میانگین‌ها، برابری واریانس متغیر وابسته در دو گروه است. لذا آزمون برابری واریانس‌ها با آزمون لوین انجام شده است. با توجه به سطح معنی‌داری در جدول ۴، آزمون لوین (۰/۶۸۴) که بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود. میانگین میزان درماندگی در مردان برابر ۳/۰۵۱ و در زنان برابر ۳/۰۷۹ و سطح معنی‌داری برابر ۰/۷۴۶ است. با توجه به سطح معنی‌داری آزمون t که بزرگتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه میزان درماندگی در بین مردان و زنان تفاوت معنی‌داری ندارد.

جدول ۴: آزمون t مستقل برای مقایسه درماندگی زنان و مردان

آزمون t			آزمون لوین		انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنسیت	متغیر وابسته
سطح معنی داری	درجه آزادی	آماره t	سطح معنی داری	آماره F					
۰/۷۴۶	۳۷۸	-۰/۳۱۰	۰/۴۰۶	۰/۶۸۴	۰/۹۲۴	۳/۰۵۱	۱۰۳	مرد	درماندگی
					۰/۸۶۱	۳/۰۷۹	۹۷	زن	

به منظور بررسی رابطه بین متغیر وابسته یعنی درماندگی آموخته شده و جنسیت بیماران، متغیرهای پیش‌بینی کننده در زنان و مردان با تفکیک جنسی بر اساس جدول شماره ۵ انجام گرفت.

مطابق داده‌های جدول شماره ۵، میانگین میزان تزلزل و بی‌ثباتی در مردان برابر ۳/۱۲ و در زنان برابر ۲/۸۴ و سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۰۷ است. با توجه به سطح معنی‌داری آزمون t که کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می‌گیریم که میزان تزلزل و بی‌ثباتی در بین مردان بطور معنی‌داری بیشتر از زنان می‌باشد.

متغیرهای ناکامی اجتماعی، عدم کنترل شرایط و جامعه‌پذیری در بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری ندارند (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۵: آزمون t مستقل برای مقایسه تزلزل، ناکامی، عدم کنترل و جامعه‌پذیری در بین زنان و مردان

آزمون t			آزمون لوین		انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنسیت	متغیر مستقل
سطح معنی-داری	درجه آزادی	آماره t	سطح معنی-داری	آماره F					
۰/۰۰۷	۳۸۸	۲/۶۰۸	۰/۸۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	۳/۱۲۰	۱۰۳	مرد	تزلزل و بی‌ثباتی
					۰/۷۰۰	۲/۸۴۴	۹۷	زن	
۰/۷۸۴	۳۸۸	۰/۲۶۲	۰/۴۸۶	۰/۲۷۱	۰/۷۸۹	۳/۱۱۸	۱۰۳	مرد	ناکامی اجتماعی
					۰/۷۷۱	۳/۹۷	۹۷	زن	

ادامه‌ی جدول ۵: آزمون t مستقل برای مقایسه تزلزل، ناکامی، عدم کنترل و جامعه پذیری در بین زنان و مردان

آزمون t			آزمون لوین		انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنسیت	متغیر مستقل
سطح معنی-داری	درجه آزادی	آماره t	سطح معنی-داری	آماره F					
۰/۷۵۰	۳۸۴/۲۱۰	-۰/۳۱۷	۰/۰۱۵	۵/۶۰۰	۰/۵۴۲	۳/۱۱۶	۱۰۳	مرد	عدم کنترل شرایط
					۰/۴۷۵	۳/۱۳۲	۹۷	زن	
۰/۶۲۸	۳۸۸	-۰/۴۷۴	۰/۱۴۰	۲/۰۷۱	۰/۵۲۶	۲/۹۱۴	۱۰۳	مرد	جامعه پذیری

بحث و نتیجه گیری

امروزه زندگی انسانها به ویژه از آغاز قرن ۲۱ میلادی پیوندی ناگسستنی با حیات نهادهای کوچک و بزرگ یافته و با رشد علوم و تکنولوژی و گسترش نفوذ نهادها، مطالعه و بررسی همه جانبه‌ی ساختار و کارکرد نهادها به عنوان ضروری‌ترین و مهمترین پدیده‌های جهان، مورد توجه حوزه‌های مختلف قرار گرفته است. بدین منظور مطالعه و بررسی نهادها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. لذا از جمله مسائلی که در اغلب جوامع، طی چند دهه‌ی اخیر به طور قابل ملاحظه‌ای به آن پرداخته شده توجه به موضوع نهادها، موقعیت و جایگاه آنها می‌باشد. اما مسئله‌ی نهادها بیشتر به صورت ظاهری و در لایه‌های سطحی مورد کنکاش و بررسی قرار می‌گیرد. ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی، افرادی که با این نهادها سر و کار دارند، مورد توجه قرار نگرفته است. از آنجایی که تمامی فعالیت‌ها در بستر اجتماعی و در جامعه انجام می‌گیرد و عوامل اجتماعی متعددی نیز بر آن تعاملات تأثیر می‌گذارند، همچنین با توجه به گسترش روز افزون تعاملات اجتماعی در زمینه‌های گوناگون لازم است رابطه‌ی بین نهادها و افراد در بستر اجتماعی و با در نظر گرفتن تأثیر عوامل اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. به طور کلی پدیده‌ها را از حوزه‌های علمی گوناگون و با علوم مختلف می‌توان مورد بررسی و کنکاش قرار داد. که بررسی بیماری و افراد مبتلا به بیماری (بیماران) نیز از این قاعده مستثنی نیست. پدیده‌ها را می‌توان صرفاً با نگاه روانی و جدا از تعاملات و عوامل اجتماعی و یا با توجه به تعاملات و عوامل اجتماعی مورد توجه قرار داد. روش اول در حوزه‌ی علم روان‌شناسی قرار دارد در حالی که روش دوم نیازمند مطالعات جامعه شناختی است. درماندگی آموخته شده نیز در حوزه‌ی

روانشناسی مورد توجه قرار گرفته است و مطالعات متعددی در این زمینه انجام گرفته است. لذا این مطالعه با هدف بررسی جامعه‌شناختی درماندگی آموخته شده در نهادهای پزشکی با مطالعه‌ی موردی بیمارستانهای شهر تهران انجام گرفته است.

این مطالعه به بررسی ارتباط بین عوامل اجتماعی و درماندگی آموخته شده در بیماران بیمارستان‌های شهر تهران پرداخته است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که درماندگی آموخته شده در نمونه‌ی مورد بررسی رواج دارد. با توجه به شدت همبستگی میان ناکامی‌های اجتماعی و درماندگی آموخته شده، می‌توان گفت که گسترش درماندگی آموخته شده در جمعیت نمونه در حد متوسط رو به بالاست. در پژوهش حاضر، علت ایجاد احساس درماندگی آموخته شده در بیمارستان‌های شهر تهران، می‌تواند به ناکامی‌های اجتماعی بین فعالیت فرد و دریافت پاسخ نسبت داده شود. یافته‌های حاصل از تحقیق نشان می‌دهد، وجود درماندگی آموخته شده در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران با سطح اطمینان ($p \leq 0.05$) مورد تأیید قرار گرفته است. در واقع، هر چه ناکامی‌های اجتماعی بیشتر باشد، احساس درماندگی اکتسابی یا آموخته شده نیز افزایش می‌یابد. به عبارتی، رابطه‌ی معنادار و مستقیم و مثبت بین متغیرهای پیش بینی کننده و متغیر وابسته وجود دارد. بدیهی است چنانچه بیماران در مراجعات مکرر به بیمارستان دریابند که تلاش آنها برای پیگیری امور مستقل از دریافت پاسخ مناسب می‌باشد در مراجعات بعدی دچار افت انگیزه شده و منفعلانه شکست را می‌پذیرند، که در نتیجه دچار درماندگی آموخته شده و به دنبال آن افسردگی می‌شوند. در واقع می‌توان گفت درماندگی امری آموختنی است که در اثر شکست‌های مکرر فرد آن را می‌آموزد. چرا که افراد تلاش و پیگیری را بی‌فایده می‌دانند و احساس می‌کنند موانعی بر سر راه اهداف آنها وجود دارد که هر قدر هم تلاش کنند بی‌فایده و بی‌نتیجه خواهد بود. که در این صورت برنامه‌ریزان اجتماعی با آسیب‌های روانی و اجتماعی مواجه خواهند بود. که برای جبران و درمان آن می‌بایست هزینه‌های هنگفتی را متحمل شوند. نتایج حاصل از این تحقیق با بررسی‌های انجام شده توسط بل-گردلر، و سلیگمن که معتقد هستند افرادی که شکست‌های پیاپی نصیبشان شده است موفقیت‌های گاه به گاهی خود را نیز باور ندارند لذا ناکامی و به دنبال آن احساس درماندگی را تجربه می‌کنند همخوانی دارد. بر اساس قضیه‌ی موفقیت (اصل پاداش) می‌توان گفت چنانچه در گذشته، از فرد عملی سر زده باشد که متعاقب آن پاداشی دریافت کرده باشد، احتمال آنکه فرد آن عمل را تکرار کند بیشتر می‌شود؛ پس می‌توان گفت: عکس این قضیه نیز صادق است، یعنی عدم دریافت پاداش یا پاسخ مناسب در مقابل عملی که فرد انجام می‌دهد، موجب عدم تکرار آن عمل می‌شود و در حقیقت فرد را درمانده می‌کند.

در پژوهش حاضر با توجه به رویکرد چارچوب نظری زنان بیش از مردان درماندگی را می‌آموزند لذا درماندگی آموخته شده در این پژوهش با تفکیک جنسیتی مورد مطالعه قرار گرفت. بررسی درماندگی آموخته شده در بیماران زن و مرد با هدف تفاوت میزان احساس درماندگی در دو جنس، نشان داد که با توجه به یافته‌های پژوهش میزان احساس درماندگی آموخته شده در بین مردان و زنان تفاوت معناداری ندارد. لذا تفاوت میزان درماندگی آموخته شده در دو جنس زن و مرد با سطح اطمینان ($p \geq 0.05$) مورد تأیید قرار نگرفت. با بررسی نتایج به دست آمده می‌توان مشاهده کرد که هم زنان و هم مردان در بیمارستان احساس درماندگی می‌کنند و در فعالیت‌های اجتماعی ناکام مانده و دچار فقدان انگیزه شده و امیدی به دریافت نتیجه‌ی مطلوب ندارند. در نتیجه دچار درماندگی آموخته شده می‌شوند. لذا نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های سلیگمن و پیترسون (۱۹۸۴) که معتقدند احساس پذیرفتن شکست در زنان بیشتر از مردان است و نیز با یافته‌های کارول دوئک (۱۹۸۸) دیگران که معتقد هستند دخترها بیش از پسرها دچار درماندگی می‌شوند هماهنگی ندارد. که این امر می‌تواند به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و... مرتبط باشد.

همچنین از مقایسه‌ی متغیرهای تزلزل و بی‌ثباتی، ناکامی اجتماعی، عدم کنترل بر شرایط و جامعه‌پذیری در بین زنان و مردان، این نتایج به دست آمد که میزان تزلزل و بی‌ثباتی در بین مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان می‌باشد یعنی مردان در صورتی که دریاوند بر شرایط هیچ کنترلی ندارند و قادر به تغییر وضعیت خود نیستند بیشتر از زنان در معرض فقدان انگیزه برای برگشت مجدد به فعالیت‌های اجتماعی، کاری و... قرار دارند. اما بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش؛ بین متغیرهای ناکامی اجتماعی، عدم کنترل بر شرایط و جامعه‌پذیری در بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یعنی هر دو جنسیت؛ هم زنان و هم مردان در صورت مواجه با ناکامی‌های اجتماعی احساس درماندگی می‌کنند.

سلیگمن معتقد است افراد در همه‌ی سنین، اعم از دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی درماندگی آموخته شده را تجربه می‌کنند اما ممکن است احساس درماندگی در سنین پایین‌تر مدت زمان کوتاه‌تری دوام داشته باشد (سلیگمن، ۱۳۸۶، ۲۲۷). همچنین سلیگمن بر این باور است که سبک توضیحی حوادث خوشایند در طی پنجاه سال قابل تغییر است. مثلاً ممکن است شخصی در یک مقطع از زندگی، بروز حادثه‌ای خوشایند را به حساب بخت و اقبال، و در مقطعی دیگر آن را به حساب مهارت‌های خود بگذارد. اما سبک توضیحی حوادث ناخوشایند در فاصله‌ای بیش از پنجاه سال هیچ تغییری نمی‌کند. به عنوان مثال، زنانی که در نوجوانی مورد توجه کسی قرار نگرفتند، تصور می‌کردند که اصولاً دوست داشتنی نیستند؛ و پنجاه سال بعد نیز وقتی نوه‌ی

آنها به دیدنشان نمی‌رفت، می‌گفتند به این علت است که دوست داشتنی نیستند (سیگلمن، ۱۳۸۶: ۳۱۸) به این ترتیب، سبک توضیحی (اسناد) افراد در برخورد با حوادث ناخوشایند در تمام مدت عمر ثابت باقی می‌ماند.

در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت نتایج این تحقیق نشان می‌دهد عوامل اجتماعی متعددی بر احساس درماندگی در افراد مؤثر می‌باشد. به این معنا که ناکامی‌های اجتماعی که فرد با درمانده شدن به آنها واکنش نشان می‌دهد دلالت بر اهمیت پرداختن به رابطه فرد با جامعه دارد. درماندگی به عنوان یکی از بیماری‌های روانی پیامدهای قابل توجهی را به همراه دارد. این پیامدها، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی برای جامعه اثرات گسترده‌ای را بجا می‌گذارد. درماندگی به عنوان یک بیماری، در حرکت جامعه به سمت توسعه و پیشرفت اختلال ایجاد می‌کند. جمعیت فعال و پویای جامعه به افرادی درمانده، بی‌تفاوت و کسل کننده تبدیل می‌شوند. بهداشت روانی امروزه در کشورهای مختلف مورد توجه برنامه ریزان قرار گرفته است؛ چرا که شیوع بیماری‌های روانی مانند: درماندگی، افسردگی و ... در سطح وسیع جامعه را تحت تأثیر قرار داده است.

با توجه به یافته‌های تحقیق و بالا بودن درماندگی آموخته شده، و اهمیت آسیب‌های روانی- اجتماعی پیشنهاد می‌شود مسئولان، مدیران و کارکنان بیمارستانها با مسائل و مشکلات اجتماعی و روانی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی و تخصصی آشنا شوند. همچنین بالا بردن کیفیت، کمیت و سرعت ارائه خدمات در بیمارستانها در کاهش درماندگی آموخته شده تأثیر بسزایی دارد.

با توجه به مشکلات جسمی، روحی و روانی بیماران در زمان مراجعه به بیمارستان، حضور روانشناسان و مشاوران در این مراکز و ارائه خدمات مشاوره و آموزش‌های لازم در جهت ارتقاء آگاهی بیماران از وضعیت روحی و روانی خود قبل و بعد از درمان همچنین ارتقاء آگاهی بیماران از قوانین و حقوق خود می‌تواند در کاهش درماندگی آموخته شده در آنان تأثیر مثبتی داشته باشد. با ارتقاء سطح آگاهی عمومی جامعه به وسیله برنامه‌های آموزشی در مهد کودکها، مدارس، دانشگاهها، و رسانه‌های جمعی در زمینه بهداشت و سلامت روانی و ارائه راه کارهای مقابله با فشارهای روانی می‌توان از ایجاد احساس درماندگی در افراد پیشگیری کرد. همچنین با توجه به محدودیت‌های تحقیق از قبیل وسعت جامعه آماری، توصیه می‌شود در تحقیقات آتی مطالعه درماندگی آموخته شده در جامعه آماری محدودتر و با یک متغیر کنترل مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

۱. پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۳). *روانشناسی نابهنجاری*. نشر آزاده.
۲. دیبورا، جی. استتیک. (۱۳۸۵). *انگیزش برای یادگیری*. ترجمه‌ی دکتر رمضان حسن زاده و نرجس عمویی. (چاپ سوم) تهران: نشر دنیای پژوهش.
۳. سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۶). *خوشبینی آموخته شده*. ترجمه قربانعلی خدایی. تهران: نشر چنار.
۴. سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۸). *از بدبینی به خوش بینی*. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: نشر پیکان.
۵. سیف، علی اکبر. (۱۳۷۹). *روانشناسی پرورشی*. ویراست پنجم. تهران: آگاه.
۶. شکوهی امیر آبادی، لیلا و همکاران. (۱۳۸۹). استرس ادراک شده در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با سبک‌های اسنادی مختلف در سال ۸۷. فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۵(۴)، ۳۵.
۷. طاهرپور. فیروزه. (۱۳۷۳). *تأثیر نوع اسناد بر مصونیت در برابر درماندگی آموخته شده*. (پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران).
۸. قلی‌پور، آریین و همکاران. (۱۳۸۷). *تبیین عوامل شناختی (کانون کنترل، درماندگی اکتسابی و اثر گلم) در نهادهای آموزشی*. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور رفتار، دانشگاه شاهد، ۱۵(۳۳)، ۴۸.
۹. کریمی، یوسف. (۱۳۸۸). *روانشناسی اجتماعی*. انتشارات دانشگاه پیام نور.
۱۰. ماسن، پاول. هنری، کیگا، جروم، هوستون، آلتا کارول و کانجر، جان جین وسی. (۱۳۷۰). *رشد و شخصیت کودک*. ترجمه‌ی مهشید یاسایی. تهران: مرکز نشر.
۱۱. منشتی، غلامرضا و همکاران. (۱۳۸۳). *رابطه سبک اسناد با افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳-۸۲*. دانش و پژوهش در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۱ / ۲۲، ۱۰۳ تا ۱۳۴.
12. Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in human, Critique and reformulation. *Journal of Abnormal psychology*, 87, 49-74.
13. Agarwal, J., Dalal, A.K., Agarwal, D.K., & Agarwal, R.K. (1995). Positive life orientation and recovery from myocardial infarction. *Social Science Medicine*, 40(1), 125-130.

14. Alliy.L.B, Peterson, C., Abramson, L.Y., & Seligman, M.E.P (1984), Attributional style a generality of Learned Helplessness *Journal of personality and Socialpechology*, 40, 681-684.
15. American Heart Association. (2010) *Heart Disease and Stroke Statistics-2010 Update*. Dallas, TX: American Heart Association.
16. Areán, P.A., & Reynolds, C.F (2005). The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biological Psychiatry*, 58(4), 277-282.
17. Benjamin A. Smallheer. (2011). *Learned helplessness and depressive symptoms in patients following acute myocardial infarction*.
18. Burns, J.W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R.N., & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcomes following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 81-91.
19. Bush, D.E., Ziegelstein, R.C., Patel, U.V., Thombs, B.D., Ford, D.E., Fauerbach, J.A., McCann, U.D., et al. (2005). *Post-Myocardial Infarction Depression: Summary*.
20. Dracup, K., Westlake, C., Erickson, V.S., Moser, D.K., Caldwell, M.L., & Hamilton, M.A. (2003). Perceived control reduces emotional stress in patients with heart failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(1), 90-93.
21. Dweck, Carol S. (1975), "The Role of Expectations and Attributions in the Alleviation of Learned Helplessness," *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 674-685.
22. Dweck, Carol, and Elaine Elliott. 1988. "Goals: An Approach to Motivation and Achievemen *Journal of Personality and Social Psychology* 54 (1): 5-12.
23. Dweck, G. S. and Goetz, T.E (1978). *Attributions and Learned Helplessness*.Inj.H. Harvey, W. Ickes, R. F. Kidd (Eds). New Direction in Attribution. Reserch, Hill Sdale, N.J: Ellbaum vol.2: 157-179.
24. Endermann, M. (1997). Learned helplessness in epilepsy: A contribution toward the prediction of depression levels in clinical setting. *Journal of Epilepsy*, 10 (4), 161-171.
25. Folger, R., & Konovsky, M. A., (1989). Effects of procedural and distributive justice on reactions to pay raise decision. *Academy of Management Review*, 32 (1), 115-130.
26. Garber, J. & Seligman.M.E.P. (Eds), (1980). *Human Learned Helplessness*.New York, Academic press.
27. Haan, N., (1993). *The Assessment of coping defense and stress*. New York: McGraw-Hill.

28. Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of experimental Psychology*, 102 (2), 187-193.
29. Kiefer, L. M., (1990) "Learned Helplessness: A Factor in women's Depression". *Journal of Women and Social Work*. 5 (1), p. 21-31.
30. Kleinke, L. S., (1998). Coping with life challenges (2nd. Ed). New York: Books/ Cole Publishing Company.
31. Klein, S. B., (1991). Learning principles and applications (2nd. Ed). U.S.A: McGraw-Hill.
32. Kung, H., Hoyert, D.L, Xu, J., & Murphy, S.L. (2008). Deaths: Final report for 2005 *National Vital Statistics Report*, 56(10), 1-121.
33. Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G., & Lip, G.Y.H. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221-230.
34. Maier, S.F., & Seligman, M.E.P. (1976). Learned Helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental psychology: General*, 105, 3-46.
35. Mendes de Leon, C.F., Czajkowski, S.M., Freedland, K.E., Bang, H., Powell, L.H., et al. (2006). The effect of a psychosocial intervention and quality of life after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26, 9-13.
36. Miller, Arden (1986) "Performance Impairment after FAILURE. Mechanism and sex Differences", *Journal of Educational Psychology*. 78(6). 486-491.
37. Moser, D.K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event: The influence of perceived control. *Heart & Lung*, 24(4), 273-280.
38. Nicassio, P.M., Wallston, K.A., Callahan, L.F., Herbert, M., & Pincus, T. (1985). The measurement of Helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the arthritis helplessness index. *Journal of Rheumatology*, 12(3), 462-467.
39. Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1984), Causal explanations as a risk for factr depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91 (3), 347-374.
40. Raps, C.S., Peterson, C., Jonas, M., & Seligman, M.E.P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance, or both? *Journal of Personality and Social, Psychology*, 42 (6), 1036-1041.
41. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness, on depression, development and death*, San Francisco: Freeman & Company.
42. Sowa, Claudia J., (1992). Understanding clients' perception of stress". *Journal of counseling and Development*. Vol. 71 (2), 179.

43. Stipek, Deborah, J. and Galinski, Heidi (1991). Gender Differences in Children's Achievement, Related Beliefs and Emotional Responses to Success and Failure in Mathematics, *Journal of Educational Psychology*, 83: 361-371.
44. Stik, J.J.M.H., Honig, A., Lousberg, R., & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self rating questionnaires in depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42, 423-428.
45. Bernard, W. (1990). History of Motivational research in education, *Journal of educational psychology*, 82 (4), 616-622.