

مقایسه بهزیستی روانشناختی رانندگان کم خطر و پرخطر در شهر تهران

حمید شمعیان اصفهانی (مسئول مکاتبات)، دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

E-mail: shamanian.hamid@gmail.com

بهناز ارتضائی، دکتری تخصصی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

بهزیستی روانشناختی از جمله سرمایه‌های با ارزشی است که زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سلامت عمومی جامعه، چالشی است که تلاش‌ها و اقدامات هماهنگ و یکپارچه‌ای جهت پیشگیری‌های مؤثر و مستمر می‌طلبد. امروزه همه اقشار برای انجام فعالیت‌های روزمره خود نیازمند وسایل نقلیه هستند. طبق پژوهش‌های انجام شده، مشکلات سلامت روان و سابقه مصرف دارو ممکن است با تعداد تصادفات رانندگی مرتبط باشد. همچنین صدمات و خسارات ناشی از تصادفات جاده‌ای، امری مهم و قابل ملاحظه است که متأسفانه در اغلب موارد نادیده گرفته می‌شود. هدف از پژوهش حاضر مقایسه بهزیستی روان‌شناختی رانندگان کم‌خطر و پرخطر است. روش تحقیق این پژوهش علی-مقایسه‌ای بوده و از لحاظ هدف کاربردی است. جامعه پژوهش حاضر متشکل از همه مردان دارای گواهینامه رانندگی در شهر تهران است. حجم نمونه نهایی در پژوهش حاضر ۲۱۵ نفر در نظر گرفته شد که شامل ۱۰۸ نفر مرد با سابقه تصادف در پنج سال اخیر و ۱۰۷ نفر مرد بدون سابقه تصادف در پنج سال اخیر است. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع غیرتصادفی و در دسترس است. ابزار اندازه‌گیری این پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تی مستقل با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. نتایج نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی در رانندگان کم‌خطر و پرخطر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از نتایج این پژوهش می‌توان برای تدوین برنامه‌های آموزشی جهت توجه بیشتر به وضعیت سلامت روان رانندگان و اثربخشی آن در پیشگیری از تصادف‌های جاده‌ای استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، رانندگان پرخطر، رانندگان کم‌خطر، سلامت روان، تصادفات

۱. مقدمه

و بیماری روانی، صرفاً واقعیت‌هایی زیست‌شناختی و یا روان‌شناختی نیستند، بلکه به‌طور هم‌زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز هستند. عوامل اجتماعی، همان‌گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی ایفا نمایند؛ در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی‌اند.

زندگی در محیطی که دارای سلامت اجتماعی بالایی است به سلامت روان فرد نیز کمک می‌کند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب می‌داند ارتقای سلامت روان قشرهای مؤثر و سازنده‌ی جامعه، لازمه‌ی پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. از این‌رو، برنامه‌ریزی برای ارتقای آن، از جمله مسائلی است که مسئولان و سیاست‌گذاران مربوط باید مدنظر قرار دهند. عوامل متعددی بر روی سلامت و بهداشت روان انسان‌ها تأثیرگذار است. از سوی دیگر آموزش محدود و سبک زندگی ناسالم و تخطی از قانون باعث مشکلات روانی بیشتر می‌شود و گویای این مسئله است که روان و اجتماع ممکن است اثر متقابلی بر تشدید اثرات رفتار و سلامت داشته باشند.

عوامل دیگر محیطی نیز وجود دارند که بر روی سلامت روان مؤثر هستند. این عوامل شامل طیف وسیعی از حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی (نظیر جنگ و جنایت)، فرهنگی، محیط خانوادگی (نظیر خواسته‌های غیرواقعی والدین، حمایت‌گری بیش‌ازحد و برعکس طرد کردن و...) است. در اکثر کشورها، تصادفات جاده‌ای به یک بحران توسعه و سلامت عمومی تبدیل شده است و پیش‌بینی می‌شود در صورت عدم توجه اعضای جامعه جهانی به ایمنی راه‌ها، این حوادث و تلفات ناشی از آن‌ها افزایش یابد. به نظر می‌رسد مشکلات سلامت روان با تعداد تصادفات رانندگی مرتبط است و احتمالاً با مداخلات مؤثر در این زمینه‌ها می‌توان از افزایش این حوادث پیشگیری نمود. در سال ۲۰۱۶، ۱/۳۵ میلیون نفر در جهان در اثر تصادفات رانندگی جان خود را از دست داده‌اند که این میزان در مقایسه با سال ۲۰۰۰، ۱۷ درصد رشد داشته است. مطالعات نشان می‌دهد، تصادفات اصلی‌ترین عامل مرگ‌ومیر کودکان و جوانان ۵ تا ۲۹ ساله و هشتمین عامل اصلی مرگ‌ومیر کلیه افراد است. همچنین بر اساس نتایج بررسی‌ها، بیش از نیمی از متوفیان تصادفات ترافیکی افراد ۱۵ تا ۴۴ ساله و ۷۳ درصد متوفیان، مردان کمتر از

امروزه یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه و رفاه هر جامعه‌ای، سطح سلامت جسمی و روانی آن جامعه است. آمارهای سازمان بهداشت جهانی در زمینه‌ی سلامت روان نگران‌کننده است. این سازمان سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب می‌داند ارتقای سلامت روان قشرهای مؤثر و سازنده‌ی جامعه، لازمه‌ی پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. از این‌رو، برنامه‌ریزی برای ارتقای آن، از جمله مسائلی است که مسئولان و سیاست‌گذاران مربوط باید مدنظر قرار دهند. عوامل متعددی بر روی سلامت و بهداشت روان انسان‌ها تأثیرگذار است. از سوی دیگر آموزش محدود و سبک زندگی ناسالم و تخطی از قانون باعث مشکلات روانی بیشتر می‌شود و گویای این مسئله است که روان و اجتماع ممکن است اثر متقابلی بر تشدید اثرات رفتار و سلامت داشته باشند.

صدمات و خسارت‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای، امری مهم و قابل‌ملاحظه است که متأسفانه در اغلب موارد نادیده گرفته می‌شود. سلامت عمومی جامعه، چالشی است که تلاش‌ها و اقدامات هماهنگ و یکپارچه‌ای را جهت پیشگیری‌های مؤثر و مستمر می‌طلبد. مردم به‌طور روزانه با سیستم‌های مختلف و متعددی مواجه می‌شوند. قابل‌ذکر است که از بین تمامی سیستم‌های مذکور، سیستم‌های عبور و مرور، پیچیده‌ترین و خطرناک‌ترین سیستم است. با وجود جدا نبودن اثرات متقابل عوامل فردی و محیطی، در ادامه به معرفی کلی از عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت روان می‌پردازیم. یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت انسان، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی به معنای اقدام‌های کمکی در شرایط سخت زندگی است. سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که موردعلاقه و توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری است. جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی

مقایسه بهزیستی روانشناختی رانندگان کم‌خطر و پرخطر در شهر تهران

شان را نامطلوب گزارش می‌کنند و بیشتر با هیجانات منفی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. توجه به متغیرهایی مثل بهزیستی روان‌شناختی در رفتار رانندگان و ارتباط مستقیمی که با سلامت روان دارد ضروری به نظر می‌رسد. از این رو می‌توان با ارائه آموزش‌های لازم در جهت مراقبت از این افراد به روند کنترل عوامل منفی کمک نمود. پژوهش حاضر به مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در رانندگان پرخطر و کم‌خطر پرداخته است.

۲. ادبیات پژوهش

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در مجموع پژوهش‌های انجام‌شده در داخل و خارج ایران، پژوهش‌های مختلف از تأثیرگذاری سلامت روان بر میزان حوادث ترافیکی حکایت دارند که در ادامه به بررسی آن‌ها می‌پردازیم.

کریمی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با عنوان تصادفات جاده‌ای و سلامت جسمانی و روانی در رانندگان: پژوهش مدلسازی، به این نتیجه رسیدند که سلامت جسمی و روانی می‌تواند بر عملکرد ایمن رانندگان وسایل نقلیه سنگین تأثیر بگذارد. همچنین در مطالعه کناردی و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان رابطه سلامت روان بر ناتوانی درازمدت بعد از تصادفات جاده‌ای، این نتیجه به دست آمد که مدعیان دارای جراحات جسمی عمدتاً جزئی (پس از تصادف)، در مواردی که افراد اختلالات روان‌پزشکی دارند، ناتوانی بالایی را گزارش می‌کنند و در این موارد بازگشت به کار هم کمتر از گروه گواه است.

در مقاله اسمولنسکی و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان اختلالات خواب و تصافات این نتیجه به دست آمد که اختلالات خواب و شرایط پزشکی حاد و مزمن، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث خستگی بیش‌ازحد در روز شده و با وقوع تصادفات ترافیکی ارتباط دارد. در این پژوهش، الگوی خواب‌بیداری برای پیش‌بینی خستگی استفاده می‌شود و برای مدیریت خطر خستگی در رانندگی به ارائه‌ی الگوهایی پرداخته شده است.

در مطالعه رگیندال (۲۰۰۳) با عنوان بیماری روان‌پزشکی در بین قربانیان تصادفات جاده‌ای نیز مشخص شد، افرادی که پس از

۲۵ سال هستند. این در حالی است که با وجود تراژدی‌های که در پشت این آمار نهفته است، در رسانه‌های گروهی، کمتر از معضلات دیگر به آن پرداخته می‌شود.

صدمات ناشی از تصادفات، تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر سلامت عمومی افراد، خانواده‌ها و جامعه دارد. تصادفات علاوه بر واردکردن اثرات منفی جسمی و روحی بر افرادی که به‌صورت مستقیم دچار حادثه شده‌اند، سایر افرادی را نیز که با فرد حادثه‌دیده در ارتباط هستند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس نتایج یک مطالعه، سالانه بیش از ۵۰ هزار نفر در کشورهای عضو اتحادیه اروپا، به علت وقوع تصادفات جان خود را از دست می‌دهند. همچنین این تصادفات منجر به معلولیت دائم بیش از ۱۵۰ هزار نفر در سال می‌شود. این به این معنا است که بر اثر تصادفات به وقوع پیوسته، سالانه در حدود ۲۰۰ هزار خانواده در کشورهای اتحادیه اروپا، عضوی از خانواده خود را از دست داده و یا با معلولیت دائم یکی از اعضای خانواده روبرو می‌شوند.

مردم به‌طور روزانه با سیستم‌های مختلف و متعددی مواجه می‌شوند که از بین تمامی سیستم‌های مذکور، سیستم‌های عبور و مرور، از پیچیده‌ترین و خطرناک‌ترین سیستم‌ها است. صدمات و خسارات ناشی از تصادفات، امری مهم و قابل‌ملاحظه است که متأسفانه در اغلب موارد چندان موردتوجه قرار نگرفته است. سلامت عمومی جامعه، چالشی است که تلاش‌ها و اقدامات هماهنگ و یکپارچه‌ای را جهت پیشگیری‌های مؤثر و مستمر می‌طلبد. از طرف دیگر بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان (به‌ویژه کشورهای درحال توسعه)، به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی، از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری‌های مزمن در عصر حاضر، کمتر موردتوجه قرار می‌گیرد.

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که افراد با بهزیستی روان‌شناختی بالا اصولاً برداشت مثبتی از وقوع حوادث پیرامون خود دارند، درحالی‌که نقطه مقابل آن یعنی افراد با بهزیستی روان‌شناختی پایین معمولاً وقوع حوادث و موقعیت‌های زندگی

کشورها مطالعاتی در مورد رانندگی افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی و مقایسه تعداد تصادفات آنها با افراد سالم انجام شده است. باین حال جلوگیری از رانندگی چنین افرادی از لحاظ اخلاقی هنوز زیر سؤال است. پس لازم است با آگاهی بخشی و ایجاد تمهیدات لازم از اثرات سو رانندگی افراد با سلامت روان کمتر، بیش‌ازپیش به این افراد و خانواده‌های آنان در سطح جامعه آگاهی‌رسانی شود.

۳. روش پژوهش

۳-۱- جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه علی - مقایسه‌ای است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل تمام مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله شهر تهران و دارای گواهینامه رانندگی از کلیه اقشار و گروه‌های اجتماعی هستند. جهت انجام پژوهش در ابتدا از طریق فراخوان پرسش‌نامه‌هایی توسط نرم‌افزار پرس‌لاین به‌عنوان پیش‌آزمون تهیه‌شده و از افراد درخواست شده که با اطمینان خاطر و صادقانه به سؤالات پاسخ دهند. از مجموع افراد فراخوان شده و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، ۲۲۰ پرسش‌نامه به‌زیستی روان‌شناختی تکمیل شده است که پاسخ‌دهندگان در دو گروه رانندگان پرخطر و کم‌خطر گمارده شدند. ملاک دسته‌بندی رانندگان در گروه پرخطر، دارا بودن سابقه تصادف در ۵ سال اخیر بوده است. برای رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق آزمودنی‌ها، از افراد خواسته شد تا در صورتی که مایل نیستند در پرسش‌نامه تحقیق نام خود را ذکر کنند، از نام مستعار و یا کلمه رمز استفاده کنند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل جنسیت مرد، رده سنی بین ۱۸ تا ۳۵ سال، داشتن گواهینامه رانندگی و معیارهای خروج از پژوهش شامل علاقه‌مند نبودن آزمودنی به تکمیل پرسش‌نامه و عدم دریافت درمان دارویی است. داده‌های حاصل از پژوهش، با نرم‌افزار SPSS ۲۳ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی بررسی شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک است. همچنین فصلنامه مهندسی ترافیک/ سال بیست و چهارم/ شماره ۹۷ / تابستان ۱۴۰۳

تصادف درمان روانپزشکی دریافت کرده‌اند، بیشتر ویژگی‌های اختلالات اضطرابی و پرخاشگری تکانشی داشته‌اند. هانتر (۱۹۹۸) اشاره می‌کند، بین استفاده از داروهای مرتبط با خواب و سابقه تصادف ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این یافته همسو با سایر تحقیقاتی است که مصرف دارو را به دلیل ایجاد خواب‌آلودگی، عامل تصادف دانسته‌اند. به چنین افرادی توصیه می‌شود پس از شروع درمان دارویی یا افزایش دوز داروها رانندگی نکنند.

کرمون (۱۹۹۶) در پژوهشی با عنوان بیماری روانی و تصادفات رانندگی، به این نتیجه رسید که ۲۵ درصد از رانندگانی که درگیر تصادفات رانندگی شده‌اند، الکل و مواد مخدر مصرف کرده‌اند یا به‌گونه‌ای به اختلالات اضطرابی یا سایر اختلالات روانپزشکی مبتلا بوده‌اند. همچنین مانترز و دنشن (۱۹۹۳) در پژوهشی با عنوان اختلالات روانی در رانندگی بیان می‌کنند که رانندگان باید روی تکانه‌ها و خطرپذیری خودکنترل بیشتری داشته باشند. به‌عنوان مثال فردی که رفتارهای هیجانی و ناگهانی انجام می‌دهد و خطرپذیر است اگر الکل یا مواد مخدر مصرف کند، حتی اگر هیچ اختلال روانپزشکی واضحی نداشته باشد، می‌تواند رانندگی خطرناکی داشته باشد.

در مطالعه سیلورستون (۱۹۸۸) با عنوان اثر بیماری‌های روانپزشکی بر عملکرد رانندگی این نتیجه نشان داده شده که بیماران دچار اختلال روانپزشکی به‌طورکلی تصادفات رانندگی شدیدتر از دیگران را تجربه می‌کنند. همچنین در مطالعه هاریس (۱۹۷۷) با عنوان بیماری‌های روانپزشکی و رانندگی این نتیجه به دست آمد که در رانندگان خشن مرد مبتلا به اختلالات شخصیت، شش برابر گروه کنترل، امکان وقوع تصادفات ترافیکی وجود دارد.

هر راننده‌ای ممکن است در طول دوران رانندگی خود در یک حادثه رانندگی درگیر شده باشد و بسیاری از افرادی که درگیر حادثه جدی شده‌اند، ممکن است دچار اختلال روانپزشکی خاص یا حتی رفتار مجرمانه نباشند. هرچند که در برخی

مقایسه بهزیستی روانشناختی رانندگان کم خطر و پرخطر در شهر تهران

عزت نفس حاکی از اعتبار این آزمون است. ریف طی پژوهشی، پایایی حاصل از روش باز آزمایی زیر مقیاس‌ها را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ گزارش کرده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در ایران به ضریب پایایی ۰/۸۲ دست یافتند.

۴. تحلیل داده‌ها

جدول ۱ نشان‌دهنده میانگین و انحراف سن رانندگان برحسب سال است. جدول زیر نشان می‌دهد که دامنه سن افراد مورد بررسی از ۱۸ تا ۳۵ سال متغیر است. نمونه پژوهش حاضر ۲۱۵ راننده مرد بودند که میانگین و انحراف استاندارد سن گروه رانندگان پرخطر $26/34 \pm 5/34$ و گروه رانندگان کم‌خطر $27/38 \pm 4/63$ به دست آمد. در ادامه شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار میانگین عامل بهزیستی روانشناختی در بین رانندگان پرخطر برابر با ۷۷/۱۸ است که در مقایسه با رانندگان کم‌خطر ۹۷/۹۱ میزان کمتری است. در ادامه داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش به منظور پاسخ به فرضیات، با آزمون لوین تجزیه و تحلیل شدند.

اطلاعات مورد نیاز این پژوهش، شامل اطلاعات دموگرافیک افراد نظیر سابقه تصادف فوتی، جراحی یا خسارتی در پنج سال گذشته، سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و وضعیت تأهل است.

۳-۲ ابزار پژوهش

در این پژوهش از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف به‌عنوان ابزار اصلی پژوهش استفاده می‌شود. بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چندمؤلفه‌ای است. بر اساس الگوی ریف (۱۹۸۹)، بهزیستی روانشناختی از ۱۸ سؤال مبتنی بر شش عامل پذیرش (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمانه با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت و سازگار شدن با تغییرات محیطی) تشکیل می‌شود. همبستگی مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی با تعدادی از ابزارهای سنجش بهزیستی حاکی از روایی این پرسشنامه بود. همبستگی معنادار بین مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه‌های رضایت از شادکامی و

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به سن رانندگان برحسب سال

گروه‌های مطالعه	فراوانی	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
رانندگان پرخطر	۱۰۸	۱۸	۳۴	۲۶/۳۴	۵/۳۴
رانندگان کم‌خطر	۱۰۷	۱۸	۳۵	۲۷/۳۸	۴/۶۳
جمع	۲۱۵	۱۸	۳۵	۲۶/۶۶	۴۳/۴۹

جدول ۲. ویژگی توصیفی عامل‌ها

عامل	گروه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روانشناختی	رانندگان کم‌خطر	۱۰۸	۹۷/۹۱	۷/۸۲۵
	رانندگان پرخطر	۱۰۷	۷۷/۱۸	۸/۲۱۸

متغیرهای وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون پارامتریک امکان‌پذیر است. جدول ۴ نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. این

جدول ۳ نتایج آزمون لوین برای بررسی فرض یکسانی واریانس‌ها را گزارش می‌کند. با توجه به نتایج آزمون لوین و معنی‌دار نبودن مقدار آماره f لوین ($P > 0/05$)، برابری واریانس‌های

در نتیجه فرضیه صفر پژوهش (H_0) رد و فرضیه اصلی پژوهش (H_A) مبنی بر اینکه بین "بین بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های رانندگان کم‌خطر و پرخطر تفاوت وجود دارد" تأیید شد.

جدول نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های رانندگان کم‌خطر و پرخطر از نظر آماری معنادار است ($P < 0/01$). به عبارت دیگر در گروه رانندگان کم‌خطر بهزیستی روان‌شناختی بیشتری وجود دارد؛ بنابراین

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی یا یکسانی واریانس

متغیر	F	df ₁	df ₂	Sig
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۰۷	۱	۲۱۳	۰/۷۴۴

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تفاوت میانگین‌های بهزیستی روان‌شناختی رانندگان در دو گروه

متغیر وابسته	رانندگان	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	کم‌خطر	۱	۱۲۰/۸۹۸	۱۱/۴۶۲	۰/۰۰۱
	پرخطر				

با این حال در زمینه بررسی مطالعات جامع، شکاف پژوهشی، قابل ملاحظه است. این در حالی است که با توجه به مبانی نظری ذکر شده در این مقاله، مشکلات ناشی از عدم سلامت روان و تصادفات جاده‌ای، از جمله مسائل مهم و حساس در جامعه محسوب می‌شوند. همچنین پیشینه پژوهشی حاکی از رابطه منفی بین سلامت روان و تصادفات جاده‌ای است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که اهمیت موضوع بهزیستی روان‌شناختی از آن جهت است که بالا بودن بهزیستی روان‌شناختی در افراد، به بهبود مدیریت ایمنی ترافیک کمک می‌کند، زیرا این افراد فرصت‌های بیشتری برای دیگران خلق می‌کنند و به دلیل برخورداری از سلامت روان بالا، رفتار اجتماعی بهتری در سطح جامعه دارند. این که افراد چگونه درباره خود و زندگی خود فکر کرده و احساس می‌کنند، برای درک بهزیستی در هر جامعه ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که بهزیستی روان‌شناختی بالا می‌تواند به عنوان یکی از ویژگی‌های جامعه خوب محسوب شود. لذا قلمرو بهزیستی از اهمیت زیاد در علوم رفتاری برخوردار است.

ماهیت این مطالعه مقطعی بوده و از تفسیرهای علی درباره روابط جلوگیری می‌کند. پیشنهاد می‌شود که مطالعات طولی که به درک رابطه علی بهزیستی روان‌شناختی در رانندگان پرخطر و کم‌خطر

۵. نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد، هدف کلی این پژوهش مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در رانندگان پرخطر و کم‌خطر است. پیامدها و اثرات روانی اجتماعی سوانح موضوعی است که از اهمیت خاصی برخوردار بوده، لیکن در کشور ما کمتر به آن توجه شده است. هدف اصلی بهداشت روانی، پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها و اختلال‌های جزئی رفتار است و ارتقای سلامت، بهترین شکل بهداشت روانی است. در این زمینه لازم است جامعه از طریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی از ابتلای جمعیت سالم به بیماری‌های روانی جلوگیری کند.

ایجاد تمهیداتی جهت آگاه‌سازی، ایجاد تعهد و تصمیم‌گیری آگاهانه در تمامی سطوح (دولت، صنعت، نهادهای بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی) الزامی است، به طوری که استراتژی‌های اتخاذ شده جهت مؤثر بودن در پیشگیری از صدمات راه، به طور علمی تأیید شده و لازم الاجرا گردند. هر نوع پاسخ مؤثر به چالش جهانی کاهش تلفات ناشی از تصادفات، نیازمند تمامی این سطوح جهت به کارگیری تلاش‌های عمده است.

در مجموع، پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج ایران، حاکی از تأثیرگذاری سلامت روان بر تصادفات ترافیکی حکایت دارند.

مقایسه بهزیستی روانشناختی رانندگان کم خطر و پرخطر در شهر تهران

مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)،
۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱.

- ریاحی، محمداسماعیل. علی وردی نیا، اکبر. پورحسین، سیده
زینب. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت
روان. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۰ (۳۹): ۱۳۱-
۸۵

- صالحی، لیلی و همکاران. (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای
مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله
علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱ (۱۱): ۱-۱۰.

- غرای، بنفشه. حسن زاده، سیدمهدی. یدالهی، زهرا. قلعه بندی،
فرهاد. علوی، کاوه و مشیرپور، شیرین. (۱۳۸۸). سلامت روان و
تصادفات جاده‌ای. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی،
۹(۳).

- قادری چرمهینی، زهرا. (۱۳۹۶). بررسی بهداشت روانی و
عوامل مؤثر بر آن، اولین همایش منطقه‌ای توسعه علوم پرستاری
و مامایی با محوریت خدمات مراقبتی جامعه نگر، اصفهان،
دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.

- Cremona, A. (1996). Psychiatric illness and
driving Performance, British Journal of
Hospital Medicine, 56: 193- 195.

- Del Rio, M.C., Gonzalez - Luque, J.C. &
Alvarez, F.J. (2001). Alcohol- related problems
and fitness to drive. Alcohol and Alcoholism,
36: 256-261.

- Disease, injury and causes of death country
estimates, 2000-2015. (2017). World Health
Organization, Geneva.

کمک می‌کند، اجرا شود. طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی
روان‌شناختی می‌تواند منجر به شناسایی، درک و نظارت بیشتر بر
بهزیستی روان‌شناختی این افراد شود. بر اساس نتایج حاصل از
پژوهش، تصمیم‌گیران مربوطه می‌توانند قبل از اقدام برای صدور
مجوز رانندگی و ارائه گواهینامه، با استفاده از ابزارهای خودگزارشی
مرتبط با متغیرهای موردبررسی در پژوهش حاضر به بررسی
سازوکارهای روانی اثرگذار در رفتارهای ترافیکی پرخطر
پپردازند و با ارجاع افراد به متخصص سلامت و روان‌شناس، از
آسیب‌های احتمالی در این حوزه از جمله صدمات جسمی،
مشکلات در بازتوانی و فشارهای روانی - اجتماعی تصادف که
گاهی از چندین هفته یا ماه تا چندین سال و گاهی سراسر عمر
ادامه می‌یابند و وضعیت زندگی فردی، شغلی، اجتماعی و عاطفی
را دچار اختلال می‌کند، ممانعت به عمل آورند.

پژوهش حاضر با استفاده از داده‌های گردآوری‌شده از یک جامعه
آماري خاص انجام شده است و پیشنهاد می‌شود در آینده
پژوهش‌های جامع‌تری نیز در این زمینه انجام شود. این پژوهش،
محدودیت‌هایی داشته است؛ از جمله اینکه روش نمونه‌گیری در
این پژوهش از نوع در دسترس بود و از ابزار خود گزارش دهی
استفاده شده است. در چنین ابزارهایی ممکن است افراد نسبت
به پاسخگویی سؤالات پرسش‌نامه‌ها سوگیری داشته باشند که
این عامل، دقت نتایج را تا حدودی کاهش می‌دهد. این پژوهش
در جامعه‌ی مردان انجام پذیرفت و نتایج به جامعه‌ی زنان
قابل‌تعمیم نیست. همچنین با توجه به نتایج تحقیق، پیشنهاد
می‌شود تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت روان (به‌ویژه
در ایام اوج تردد)، به طراحی سیاست‌های عملی، در جهت
افزایش سلامت روان رانندگان و نکات عملی مرتبط با آن
پردازند که در نتیجه به کاهش فشارهای روانی و ارتقای سلامت
روان منجر می‌گردد.

۶. مراجع

- بیانی، علی‌اصغر، کوچکی، عاشورمحمد و بیانی، علی.
(۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف.

فصلنامه مهندسی ترافیک/ سال بیست و چهارم/ شماره ۹۷ / تابستان ۱۴۰۳

- distress among road rage victims and perpetrators.. Canadian Journal of Psychiatry. 48: 681-688.
- Ryff. C. D., & Singer, B. H. Best news yet on the six-factor model of well-being. Social science Research. 2006. 35, 4, 1103-1119.
- Sharma, B. R. (2008). Road traffic injuries: a major global public health crisis. Public health, 122(12), 1399-1406.
- Silverstone, T. (1988), The influence of Psychiatric disease and its treatment on driving performance. International Clinical Psychopharmacology, 3(suppl. 1): 59- 66.
- Smolensky, M. H., Di Milia, L., Ohayon, M. M., & Philip, P. (2011). Sleep disorders, medical conditions, and road accident risk. Accident Analysis & Prevention, 43(2), 533-548.
- Disease, injury and causes of death country estimates, 2000-2015. (2017). World Health Organization, Geneva.
- Global Health Estimates. (2018). World Health Organization, Geneva.
- Global Status Report on Road Safety. (2015). World Health Organization, Geneva.
- Global Status Report on Road Safety. (2018). World Health Organization, Geneva.
- Harris, M.C. (1997), Psychotropic medication and driving. Psychiatry in Practice, 16: 5-7.
- Hunter CE. (1998), The prevalence and role of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants in non-fatal crashes. Adelaide, Forensic science, Department for Administrative and Information Services.
- Karimi, A., Eslamizad, S., MALAKOUTIKHAH, M., MOSTAFAEE, M., & HAGSHENAS, M. (2016). Road Accident Modeling by Fuzzy Logic based on Physical and Mental Health of Drivers. International Journal of Occupational Hygiene, 8(4), 208-216.
- Kenardy, J., Heron-Delaney, M., Warren, J., & Brown, E. A. (2015). Effect of mental health on long-term disability after a road traffic crash: results from the UQ SuPPORT study. Archives of physical medicine and rehabilitation, 96(3), 410-417.
- Metzner, J.L., Denton, A.N., Godard, S.L., Hay, D.P., Hay, L., Linnoila, M. (1993), Impairment in driving and psychiatric illness. Journal of neuropsychiatry and clinical Neurosciences, 5: 211-220.
- Reginald, G. smart, Asbridge, Mark. Robert E man, Edward M Adlaf, (2003), Psychiatry