

پیامدهای روان‌شناختی سوانح رانندگی منجر به مرگ در خانواده قربانیان

صادق حسن نیا^۱، دکتر کیومرث فرحبخش^۲، دکتر حسین سلیمی^۳، شبنم وازپور^۴

از صفحه ۵۹ تا ۸۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیامدهای روان‌شناختی سوانح رانندگی منجر به مرگ در بین اعضای خانواده قربانیان صورت گرفت. روش پژوهش کیفی و از الگوی نظریه زمینه‌ای استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را خانواده‌های تهرانی تشکیل می‌دهند که در سال ۱۳۹۱ و دو ماهه اول سال ۱۳۹۲ عضوی از خانواده را بر اثر سوانح رانندگی از دست داده‌اند. ابزار اصلی پژوهش مصاحبه عمیق نیمه ساخت یافته با سؤال‌های باز پاسخ است که بر اساس محورهای پنج‌گانه DSM IV طرح شده است. پس از جلب رضایت و همکاری داده‌های حاصل از تجربیات ۲۳ نفر از اعضای خانواده این قربانیان در غالب مصاحبه‌ای ۲۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای، جمع‌آوری، ضبط، بازنویسی و بر اساس تحلیل درون مایه‌ای مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دهنده بروز نشان‌گان افسردگی، انواع حالات اضطرابی، PTSD، ASD، اختلالات سازگاری، فوبی مرگ، ترس از مسافرت و رانندگی، نشانه‌های سوگ عارضه دار بود. همچنین خانواده‌های قربانیان سطح بالایی از مشکلات اقتصادی، مسائل شغلی، ضعف در وظایف و تعاملات اجتماعی، مشکل در تعاملات بین اعضای خانواده و در کل کاهش محسوس در کیفیت کلی زندگی را گزارش دادند.

کلید واژه‌ها

سوانح رانندگی، پیامدهای روان‌شناختی، قربانیان، تصادفات منجر به مرگ

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی. نویسنده مسئول: (Hasannia65@gmail.com)

۲. استادیار رشته مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.

۳. استادیار رشته مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.

۴. کارشناس ارشد مشاوره تحصیلی، دانشگاه علامه طباطبایی.

مقدمه

اهمیت بهداشت و سلامت جسم و روان در زندگی انسان موضوعی است که از دیر باز مورد توجه بوده است. بدیهی است که فقط در سایه سلامت جسم و روان است که می‌توان به حیاتی بالنده و پویا دست یافت. بهداشت و سلامت فقط نبود بیماری تعریف نمی‌شود بلکه، متخصصین وجود رفاه جسمی، اجتماعی، و روانی را نیز لازمه سلامت و بهداشت می‌دانند. همین امر باعث می‌شود که بسیاری از اقدامات بشر با هدف تأمین رفاه انسان برنامه‌ریزی شود (هیلز^۱، ۱۹۹۹، ترجمه رادگودرزی، ۱۳۸۴). در همین راستا آدمی به منظور ارتقای کیفیت زندگی خود محیط بسیار فنی و مملو از ابزار و تجهیزات ایجاد کرده است. رشد روز افزون و چشمگیر صنایع پیچیده نیز با همین هدف صورت گرفته است، از طرفی همین پیشرفت‌های صنعت فناوری، از جمله علل بالقوه بروز حوادث، سوانح و آسیب‌هایی برای انسان است؛ به طوری که یکی از معضلات بزرگ جوامع انسانی و از عامل تهدید کننده سلامت جسمی و روانی انسان، فجایع^۲ و فشار زاهای شدید حاصل از رشد فناوری هستند که با عوارض و مشکل‌های بهداشت روانی در ارتباطات‌اند. صنعت خودروسازی نمونه بارز پیشرفت‌های فناوری است. این صنعت از همان ابتدا با امید رفاه هر چه بیشتر انسان ساخته شد، اما انسان تاکنون نیز نتوانسته عوارض و تلفات انسانی متعاقب آن را واپایش کند (قاضی طباطبایی و رضایی، ۱۳۸۸).

بررسی‌های شفیع‌ی مقدم (۱۳۸۵)، قاضی طباطبایی و رضایی (۱۳۸۸)، خیرآبادی و بواله‌ری (۱۳۹۰)، چمن، غلامی طارمسری و یاقوتی (۱۳۸۹)، شعبانی، روزیخواه و نبیل (۱۳۸۸)، زارعی و همکاران (۱۳۸۷)، رونزا، مونوز و کازال^۳ (۲۰۰۶)، اسپوئری^۴، ایگر و وان الم^۵ (۲۰۱۱) و تحقیقاتی از این دست نشان می‌دهند که سوانح رانندگی در سال‌های اخیر از عوامل اصلی مرگ و میر و تهدیدکننده سلامت در جهان به حساب می‌آید. بر اساس

1. Heils

2. Disaster

3. Ronza, Munoz. Carrol & Casal.

4. Sperry.

5. Egger & von Elm.

آمار و اطلاعات موجود سوانح رانندگی نهمین عامل عمده مرگ و میر در جهان شناخته شده است (گرچی، ۱۳۹۰). نگرانی حاصل از این مسئله در کشور ما شدت بیشتری دارد؛ به طوری که سوانح و حوادث به ویژه حوادث رانندگی بعد از بیماری قلبی و عروقی با شیوع ۱۲/۵ درصدی دومین عامل مرگ و میر افراد زیر ۴۰ سال شناخته شده است (امانی، کاظم نژاد و حبیبی، ۱۳۸۸).

بررسی پیشینه‌های موجود نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی با رویکردی توصیفی در مناطق مختلف کشور انجام شده است که به تشریح سوانح رانندگی منجر به مرگ پرداخته‌اند؛ محمد فام و قاضی زاده (۱۳۸۱)، زارعی و بغلاتی (۱۳۸۳)، برزگر، صادق و چابک سوار (۱۳۸۵)، رستمی، ظهوری و صیاد رضایی (۱۳۸۷)، شعبانی، روزی خواه و نبیل (۱۳۸۸)، خادمی و مرادی (۱۳۸۸) و قاضی طباطبایی و رضایی (۱۳۸۸) از آن جمله‌اند. نتایج تقریباً مشابه این بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد قربانیان سوانح رانندگی را مردان تشکیل می‌دهند. حدود ۲۲ درصد از این افراد در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال قرار دارند و در بیش از ۶۰ درصد موارد علت مرگ، ضربه به سر گزارش شده است.

بنا بر اعلام سازمان پزشکی قانونی کشور در ۸ ماه اول سال ۱۳۹۰، تعداد ۱۴۹۷۷ نفر در اثر حوادث رانندگی جان خود را از دست داده‌اند. هر چند این آمار در مقایسه با مدت زمان مشابه در سال قبل، ۱۳ درصد کاهش نشان می‌دهد؛ با این حال روزانه بیش از ۶۰ نفر در اثر حوادث رانندگی در سراسر کشور جان می‌بازند (گرچی، ۱۳۹۰). در هر کدام از این تصادف‌ها تقریباً سه خانواده درگیر می‌شود. اگر متوسط جمعیت هر خانواده را ۵ نفر در نظر بگیریم، آمار افراد درگیر در تصادف‌های جاده‌ای بسیار چشمگیر خواهد بود (انصاری، ۱۳۸۶). این حوادث نه تنها مستقیماً آسیب‌های جسمی برای افراد حادثه دیده به دنبال دارند، بلکه به طور غیرمستقیم بر ابعاد، روانی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست محیطی، انسانی و کارکردهای خانواده، تأثیر می‌گذارد (وانگ، تسای و الاین بووند، ۲۰۰۵). یافته‌های مطالعات

متعدد نشان دهنده بروز عوارض روانی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال تصادف‌های رانندگی است (مایو، اهلرس، هوبس^۱، ۲۰۰۰؛ واو، چاین، و ما^۲، ۲۰۰۵؛ ذهندر، میولی و لاندولت^۳، ۲۰۱۰). در این بین آسیب‌های روحی و روانی در خانواده‌هایی که عزیزان خود را بر اثر سوانح رانندگی از دست می‌دهند بیشتر از سایر افراد درگیر است. بعضی از این آسیب‌های سلامت و عملکرد کلی خانواده‌ها را تحلیل می‌برد (جبالی، هوصایت، السلام و ذرایکت^۴، ۲۰۱۳؛ خدادادی، قنبری، یوسف‌زاده، مسکینی، عسگری و کوچکی نژاد، ۱۳۸۸).

به همین منظور است که عوارض و پیامدهای ناشی از تصادفات به عنوان یکی از مهم‌ترین مباحث روان‌شناختی، روان‌پزشکی و اجتماعی مطرح در جهان است که توجه جامعه‌شناسان و متخصصان روان‌شناسی و ... را به خود جلب کرده است (وانگ، تسای، الاین بووند، ۲۰۰۵). نتایج پژوهشی در اتحادیه‌ی اروپا حاکی از آن است که ۹۰ درصد خانواده‌های افرادی که کشته و ۸۵ درصد خانواده‌های افرادی که در اثر تصادفات معلول شده‌اند؛ افت طولانی مدت کیفیت زندگی نشان داده‌اند (اسماعیلی، ۱۳۹۰).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که بسیاری از آسیب‌دیدگان سوانح رانندگی حتی پس از گذشت مدت زیادی از عوارض و صدمات ناشی از آن رنج می‌برند (مایو، اهلرس و هوبس، ۲۰۰۰؛ ذهندر، میولی و لاندولت، ۲۰۱۰). بحران‌های روانی - اجتماعی فرد آسیب دیده، از آغاز مصدومیت و آسیب‌دیدگی او بر اثر سوانح رانندگی شروع شده و تا زمان حیات وی ادامه خواهد یافت. انتقال عوارض بحران‌های حل نشده به زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی آسیب دیده و ادامه آن تا نسل‌های بعد می‌تواند زنگ خطر بزرگی برای سلامت عمومی جامعه محسوب شده و همین امر ضرورت توجه و رسیدگی بدین مسئله را آشکار می‌کند (رشیدی، ۱۳۸۵). پیشینه‌های پژوهشی از احتمال بروز برخی مسائل روان‌شناختی در خانواده‌های درگیر سوانح رانندگی حمایت می‌کند.

1. Mayou, Ehlers & Hobbs

2. Wu, Chan & Ma

3. Zehnder, Meuli & Landolt.

4. Jabali, Hussainat, Al-salem & Zraikat.

طبق بررسی‌های برایانت، مایو، ویگس، اهلرز و استورس^۱ (۲۰۰۴)؛ نیکسون، ایس، نهمی و بال^۲ (۲۰۱۰) و جبالی و همکاران (۲۰۱۳) زمانی که خشونت و تصادفات رانندگی افزایش می‌یابد اضطراب، ترس و احساس فشار شدید در بین افراد درگیر افزایش می‌یابد. گروهی از روان‌شناسان از جمله ورتمن و سیلور^۳ (۱۹۸۹) با بررسی و بازنگری مطالعات صورت گرفته در زمینه واکنش افراد به فقدان و مرگ عزیزان به این نتیجه رسیدند که همه افراد همیشه نمی‌توانند سوگ خود را حل و فصل کرده و فقدان را که با آن مواجه هستند؛ بپذیرند. بیش از ۴۰ درصد از زنان و مردان بیوه تا چهار سال پس از مرگ همسرانشان، همچنان دست خوش اضطراب متوسط و شدید بودند، به ویژه زمانی که مرگ همسرانشان به طور ناگهانی و سریع اتفاق افتد.

یکی از نشان‌گانی که در مطالعات مربوط به آسیب‌های روانی پس از فاجعه‌ها جایگاه ویژه‌ای دارد اختلال استرس پس از سانحه^۴ است. مرگ‌های خشن و غیرطبیعی نظیر قتل، خودکشی یا مرگ ناگهانی بر اثر سوانح، بیش از مرگ‌های طبیعی در افراد بازمانده نشانگان استرس پس از سانحه ایجاد می‌کنند (سادوک و سادوک^۵، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰). اختلال استرس پس از سانحه جزء اختلالات اضطرابی است که در افراد در معرض حوادث آسیب‌زا بروز می‌کند. این حوادث می‌تواند تجربه مستقیم رویدادهایی مانند مواجهه با مرگ یا تهدید به مرگ و آسیب جدی یا سایر رویدادهایی باشد که تمامیت جسمی فرد را تهدید می‌کنند یا مشاهده مرگ، مجروح شدن، یا تهدید علیه تمامیت جسمی شخص دیگر یا آگاهی از مرگ غیرمنتظره یا خشونت‌بار و آسیب جدی یکی از اعضای خانواده یا بستگان باشد. واکنش شخص به این رویدادها شامل ترس شدید، درماندگی یا وحشت است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۰۰).

با مرور پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه سوانح رانندگی مشاهده می‌شود که شیوع

1. Bryant, Mayou, Wiggs, Ehlers & Stores
2. Nixon, Ellis, Nehmy & Ball.
3. Wortman, & Silver.
4. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)
5. Sadok & Sadok
6. Association..

نشان‌گان اختلال استرس پس از سانح در بازماندگان بین ۵ تا ۷۵ درصد گزارش شده است (صفری و اسکندری، ۱۳۸۴). حدود ۸۰ درصد از بیمارانی که تنش حادی را به دنبال تصادفات و سایل نقلیه یا جنایت‌های خشونت‌بار تجربه کرده‌اند به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا می‌شوند (اوتمر و اوتمر، ۲۰۰۲، ترجمه مهدی نصر اصفهانی، ۱۳۹۰). مایو، برایانت و داثی^۱ (۱۹۹۳)، برایانت و همکاران (۲۰۰۴)، وانگ، تسای و الین بوند (۲۰۰۵) معتقداند که با وجود گذشت بیش از یک سال از زمان وقوع حادثه رانندگی اختلال استرس پس از سانحه از شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در بین بازماندگان این سوانح است. بررسی‌های گودمن، براون، کورتنی و گوریان^۲ (۲۰۰۲) نیز بیانگر آن است که مهم‌ترین واکنش فوری کودکان پس از بروز سوانح، همراه با انواع حالات اضطرابی، افسردگی، خشونت و رفتارهای ستیز جویانه، اعتماد به نفس پایین، مشکلات جسمانی و واکنش سوگ؛ به وجود آمدن نشان‌گان اختلال استرس پس از سانحه است. لاندالت، ولراث، تیم، گنهم و سنهازر^۳ (۲۰۰۵) نیز در مطالعات خود بر روی کودکان آلمانی و سویسی نشان دادند که بروز نشان‌گان اختلال اضطراب پس از سانحه در بین کودکان از شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی متعاقب حوادث رانندگی است.

بروز علائم اختلال استرس پس از سانحه باید حداقل یک ماه در فرد طول کشیده باشند، در غیر این صورت تشخیص مناسب اختلال فشار روانی حاد^۴ خواهد بود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰). واکنش حاد نسبت به فشار روانی پاسخی در مقابل رویدادهای فشار آور شدید تعریف می‌شود که بعد از یک ساعت مواجهه شدن ظاهر شده و در صورت گذرا بودن عامل فشار زا در کمتر از ۸ ساعت و در صورت دوام آن کمتر از ۴۸ ساعت فروکش می‌کند. اختلال فشار روانی حاد (استرس حاد) به تعریف DSM-IV-TR به مقدار زیادی شبیه اختلال استرس پس از آسیب است، جز اینکه

1. Mayou, Bryant, & Duthie

2. Goodman, Brown, Courtney, & Gurian

3. Landolt, Vollrath, Timm, Gnehm, & Sennhauser.

4. Acute Stress Disorder (ASD)

علائمش زودتر از علائم (ظرف چهار هفته پس از واقعه) آشکار می‌شود و به مدت دو روز تا چهار هفته نیز طول می‌کشد. اگر این علائم پس از ۴ هفته نیز باقی بماند تشخیص اختلال استرس پس از سانحه مطرح خواهد شد (میرزایی و کرمی، ۱۳۹۰).

وینسون، کعصام-آدامز، نیل، فورد، نیومان و باکست^۱ (۲۰۰۲) در پژوهش خود شدت و نوع این اختلال را در کودکان و والدینی که حادثه رانندگی آسیب‌زایی را تجربه کرده بودند مورد بررسی و مطالعه قرار دادند. نتایج گویای این واقعیت بود که تقریباً در بین ۴۰ درصد خانواده‌های نمونه مورد بررسی، دست کم یک نفر (چه کودکان یا چه در والدین) نشانه‌های بارز اختلال استرس حاد مشهود است. نتایج پژوهش جاسپرز^۲ (۱۹۹۸) نیز بیانگر آن است که ۲۵ درصد از نمونه قربانیان تصادفات رانندگی مورد مطالعه او در روزهای ابتدایی این حادثه نشان‌گان استرس حاد و ۱۸/۴ درصد پس از گذشت ۶ ماه از وقوع حادثه نشان‌گان اختلال استرس پس از سانحه را بروز دادند.

از شایع‌ترین یافته‌های مطالعاتی که در مطالعه وضعیت افراد دچار ضربه‌های روانی به دست آمده است، احتمال ابتلای آنان به افسردگی طولانی است. این افسردگی اغلب به همراه اختلال استرس پس از ضربه روی می‌دهد. ضربه روانی ممکن است افسردگی را ایجاد کند یا افسردگی قبلی را تشدید سازد. بررسی‌های مختلف نشان می‌دهند که پس از بروز فاجعه‌ها و سوانح طیف گسترده‌ای از علائم و نشان‌گان اختلالات روانی حادث می‌شوند، ولی عمده اختلالات، مشکلات و علائم افسردگی است (گالووسکی، بلانچارد، مالتا و فریدنبرگ^۳، ۲۰۰۳؛ البشیر^۴، ۲۰۰۹؛ نیکسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ جبالی و همکاران، ۲۰۱۳، میرزایی و کرمی، ۱۳۹۰).

داغ‌دیدگی^۵ به دنبال مرگ بستگان و دوستان علائمی کاملاً شبیه با اختلال افسردگی عمده در بازماندگان متوفی ممکن است دیده شود اما این دو حالت بایستی از هم افتراق

1. Winston, Kassam-Adams, Vivarelli-O'Neill, Ford, Newman, Baxt

2. Jaspers

3. Galovski, Blanchard, Malta, L & Freidenberg

4. Al Basheers

5. Breavement

داده شوند. می‌توان گفت ابتدایی‌ترین واکنش خانواده به مرگ اعضا، در غالب واکنش‌های سوگ و داغ‌دیدگی قابل بررسی است (پاپالیا، الدز و فلدمن^۱، ۲۰۰۴، ترجمه عرب قهستانی و همکاران، ۱۳۹۱). داغ‌دیدگی تجربه از دست دادن فردی عزیز در اثر مرگ است (برک^۲، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹). افراد همیشه نمی‌توانند سوگ خود را حل و فصل کنند و فقدان را که با آن مواجه هستند بپذیرند. بیش از ۴۰ درصد از زنان و مردان بیوه تا چهار سال پس از مرگ همسرانشان نیز همچنان دست‌خوش اضطراب متوسط و شدید بودند، به ویژه زمانی که مرگ همسرانشان اتفاقی و سریع بوده است. اغلب والدین و همسران افرادی که در حوادث رانندگی جان خود را از دست داده‌اند، حتی پس از گذشت سال‌ها، خاطرات دردناکی از عزیزان از دست رفته‌شان به خاطر دارند (ورتمن و سیلور، ۱۹۸۹). تداوم این علائم و نشانه‌ها نمایانگر دسته جدیدی از اختلالات روان‌شناختی به نام اختلالات سازگاری است.

اختلالات سازگاری^۳ طبقه تشخیصی‌اند که عبارت است از «علائم هیجانی یا رفتاری شدید بالینی که در پاسخ به عامل یا عوامل استرس‌زای قابل شناسایی روانی - اجتماعی» به وجود می‌آیند. بررسی‌های گودمن^۴ (۲۰۰۲) نشان داد که کودکان پس از حوادث فشارزا انواع حالات اضطرابی، افسردگی، خشونت و رفتارهای ستیزجویانه، اعتماد به نفس پایین و مشکلات جسمانی را در کنار واکنش سوگ و نشانگان استرس پس از سانحه بروز می‌دهند. همچنین به اعتقاد زاتزیک و مارمر^۵ (۱۹۹۷) ماس^۶ (۲۰۰۰) حوادث و اتفاقاتی همچون سوانح رانندگی که منجر به آسیب‌های فیزیکی به عضوی از خانواده یا اطرافیان فرد شود؛ زمینه ساز مشکلات انطباقی در اطرافیان است.

دسته دیگری از اختلالات اضطرابی قابل بررسی در ارتباط با سوانح رانندگی هراس

1. Papalia, Olds & Feldman

2. Berk

3. Adjustment Disorders

4. Goodman

5. Zatzick and Marmar

6. Maes

اختصاصی^۱ (فوبیا) است. فوبی ترس غیرمنطقی و کاهش ناپذیر از شیء، فعالیت یا موقعیت خاص است که پاسخ اضطرابی فوری ایجاد کرده، اختلال زیادی در عملکرد ایجاد می‌کند و به رفتار اجتنابی منجر می‌شود (هالجین و ویتبورن، ۲۰۰۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹). پژوهش‌های مختلفی نشان داده است که سوانح رانندگی آسیب‌زا می‌تواند زمینه بروز انواع خاصی ترس‌های اختلالی، همچون فوبی خون، ماشین و رانندگی و مسافرت شود. پژوهش القبری^۲ (۲۰۰۶) نشان داده است که تصادفات رانندگی از عوامل ایجادکننده فوبی‌های خاص همچون فوبی مرگ، مسافرت و تصادف است. مایو و برایانت (۲۰۰۲) نیز به نتیجه مشابه رسیدند. آنان گزارش دادند که قربانیان حوادث رانندگی با وجود گذشت چندین سال از حادثه ولی همچنان ترس شدیدی از مسافرت، رانندگی و استفاده از وسایل نقلیه را نشان می‌دهند.

مطالب مطرح شده نشان دهنده سطح وسیع پیامدهای روان‌شناختی برای آسیب‌دیدگان این‌گونه سوانح است. با این اوصاف پژوهش‌های داخلی در این زمینه محدود به بررسی‌های کمی بوده و تاکنون پژوهشی با رویکرد کیفی یافت نشد که مسائل و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی سوانح آسیب‌دیدگان را به طور جامع مورد پوشش قرار دهد. از سویی تفاوت در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی نیز قابلیت تعمیم نتایج پژوهش‌های خارجی موجود در این زمینه را محدود می‌کند.

روش‌شناسی تحقیق

مطالعه کیفی حاضر با روش تحلیل محتوای قراردادی^۱ انجام شد. در این روش به طور مستقیم اطلاعات از مشارکت‌کنندگان مورد مطالعه بدون تحمیل طبقات از پیش تعیین شده یا دیدگاه‌های نظری قبلی کسب می‌شود. دانش تولید شده در این روش بر اساس دیدگاه واحد و منحصر به فرد مشارکت‌کنندگان و از داده‌های واقعی متن است. به عبارت دیگر در این روش کدها و طبقات به طور مستقیم و به صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج

1. Specific Phobia

2. Al Ghaberi

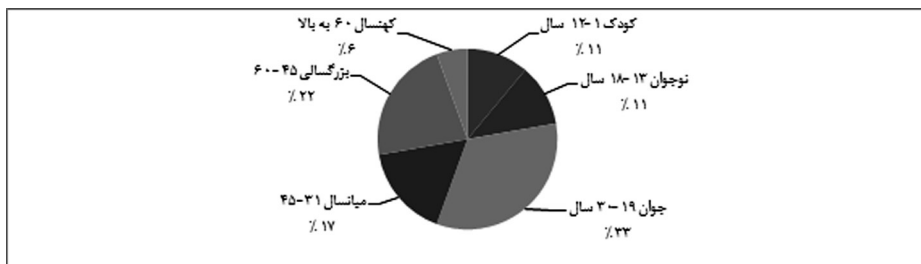
می‌شوند (سیرتی نیر، عبادی، فلاحی خشک‌ناب و تولایی، ۱۳۹۱). اطلاعات با استفاده از مصاحبه بالینی جمع‌آوری شد. مصاحبه به صورت نیمه ساخت یافته؛ در مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای و پرسش‌های آن بر اساس پنج محور تشخیصی DSM IV تنظیم شد. جامعه آماری را خانواده‌های تهرانی تشکیل می‌دهند که در سال ۱۳۹۱ و دو ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۲ حد اقل یکی از اعضای خانواده را بر اثر سوانح شد‌آمدی از دست داده‌اند. نمونه پژوهش از بین اعضای خانواده اصلی و به ویژه سرپرست خانواده، انتخاب شد. روش نمونه‌گیری در این تحقیق از نوع هدفمند^۱ است. در انتخاب نمونه چند توجیه مد نظر قرار گرفت؛ به خاطر اینکه مدت زمان طی شده از وقوع حادثه بر پیامدهای این سوانح مؤثر خواهد بود بدین منظور سعی شده است در نمونه انتخاب شده، کسانی گنجانده شود که تاریخ فوت عضو خانواده ایشان در بازه زمانی بین ۴۰ روز تا یک سال قرار داشته باشد. نمونه‌گیری تا مرحله اشباع^۲ ادامه یافت. نمونه پژوهش حاضر در تعداد (۲۳ نفر) به اشباع رسید. تحلیل داده‌ها نیز به صورت هم‌زمان و به روش تجزیه و تحلیل محتوای کیفی انجام شد. محتوای مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت، مشاهدات و یادداشت برداری از نکات کلیدی ثبت شدند. داده‌های هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی کدگذاری شده و مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. کدگذاری در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی^۴ انجام شد.

یافته‌های تحقیق

تمام افراد مصاحبه‌شونده از بین اعضای درجه یک خانواده قربانی انتخاب شده‌اند. سعی شده است که با سرپرست خانواده مصاحبه شود و مسائل از دید آنها بررسی شود. مشارکت کنندگان متشکل از ۲۳ نفر از اعضای خانواده قربانیان هستند. ۱۲ نفر از این مشارکت کنندگان را مرد و ۱۱ نفر را زن تشکیل می‌دهد که از این تعداد ۹ مورد را والدین

1. Conventional Content Analysis
2. Purposeful
3. Saturation
4. Open, Axial & selective coding

(۳ نفر پدر، ۶ نفر مادر)، ۶ مورد همسر (۲ نفر مرد، ۴ نفر زن)، ۶ مورد فرزندان (۳ نفر پسر و ۳ نفر دختر) و ۲ مورد را نیز همشیره‌ها (هر دو مورد برادر) شامل می‌شود. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $40 \pm 9/12$ سال است. در خصوص ویژگی‌های قربانیان نیز توجه به جنسیت و دامنه سنی این افراد قابل توجه است. اکثریت افراد را مردان (با فراوانی ۱۶ نفر) و تعداد محدودی را زنان (۲ نفر) تشکیل می‌دهند. از بین این مردان ۷ نفر سرپرست خانواده بوده و هر کدام صاحب حداقل یک فرزند هستند. اکثر قربانیان گروه نمونه در دامنه سنی بین ۱۹ تا ۵۰ سال قرار دارند.



نمودار ۱: توزیع سنی افراد متوفی

چنانچه مشاهده می‌شود حدود ۷۲ درصد قربانیان نمونه مورد بررسی در بین سنین جوانی تا اواخر بزرگسالی قرار دارند که می‌توان گفت این گروه نیروی کار فعال جامعه را تشکیل می‌دهند. وضعیت روان شناختی افراد گروه نمونه، بر اساس محورهای پنج‌گانه DSM IV در جدول‌های شماره ۱ تا ۵ نمایش داده شده است. نتیجه محتوای گفتار حاصل از مصاحبه‌های نشان دهنده وجود نشان‌گان اختلالات خلقی (افسردگی)، اختلالات اضطرابی (PTSD، ASD، فوبی‌های اختصاصی) و اختلالات سازگاری (اختلال سازگاری توأم با خلق افسرده، توأم با اضطراب، توأم با آشفتگی روانی) در محور یک DSM IV بود. در محور دو اختلال شخصیتی خاصی در ارتباط با سوانح و فقدان‌های ناشی از آن مشاهده نشد. در محور سوم وضعیت سلامت جسمانی؛ در محور چهارم مشکلات و مسائل محیطی و اجتماعی (مشکلات شغلی، مسائل مالی، مشکلات مسکن، سوگ و فقدان‌ها و ...) و در نهایت در محور پنجم بر

اساس کل فرایند مصاحبه و وضعیت سلامت و عملکرد کلی افراد گروه نمونه مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا محتوای گفتار کدگذاری و پس از تعیین شاخص‌های محتوای گفتار؛ وضعیت روان‌شناختی افراد بر اساس محورهای بالینی در غالب جدول‌های ۱ تا ۵ آمده است.

جدول ۱: کدگذاری محتوای گفتار مصاحبه شونده‌گان در خصوص بررسی نشان‌گان افسردگی (اختلال خلقی، محور ۱).

کد گذاری محوری	فراوانی	کد گذاری باز	محتوا و نکات برجسته گفتار
افسردگی	۸	فقدان رغبت و انرژی برای فعالیت	<ul style="list-style-type: none"> • زندگی برام معنا نداره. اکسیژنی روی این زمین نمی بینم. • توانی برای انجام کاری ندارم فقط دارم نباتی ادامه میدم. دلم داره میترکه. • خسته شدم از این وضعیت دیگه نمی‌تونم تحمل کنم. کاملاً ناامید زندگی ام. اصلاً خواب ندارم. از زندگی لذت نمی‌بردم.
افسردگی	۳	احساس گناه	<p>خودم رو تو این مشکلات مقصر می‌دونم. من مسئول مرگ فرزندم هستم. احساس می‌کنم شاید مدیون اون باشم و نکته من باعث مرگش شده باشم.</p>
	۶	افکار عود کننده مرگ و خودکشی	<p>امیدی به زندگی ندارم. بعضی وقتا میگم نابود بشم بهتره، از این همه فشاری که رومه راحت میشم. بی هدف در زندگی ام. الکل مصرف می‌کنم. چند باری هم اقدام به خودکشی کردم ولی نشده متأسفانه..</p> <p>بارها فکر خودکشی بودم. خیلی خودزنی می‌کردم. نمیدونم تا کی می‌تونم تحمل کنم. شاید درمانم مرگ و خودکشی باشه.</p>

ادامه جدول شماره ۱

	۷	احساس ناامیدی و بی‌ارزشی (احساسات منفی نسبت به خود، آینده و دیگران)	دیدم به تمام دنیا عوض شده. احساس می‌کنم تو به برزخی موندم. زندگی یه بازیچه است. زندگی ارزش زنده بودن نداره. دنیا جای غیر قابل تحملی شده برام. آدم‌ها خیلی بد و بی‌فکر هستند و دنیا را نابود کرده‌اند.
	۱۳	فاقد مؤلفه‌ها و نشان‌گان افسردگی	

چهار طبقه اصلی نشانه‌های افسردگی به‌دست آمده از محتوای گفتار مشارکت‌کنندگان عبارت‌اند از: فقدان رغبت و انرژی برای فعالیت، احساس گناه، افکار عود‌کننده مرگ و خودکشی، احساس ناامیدی و بی‌ارزشی. از بین افراد گروه نمونه ۱۰ نفر نشانه‌های بارز افسردگی را نشان دادند. از بین این افراد ۴ نفر نشان‌گان افسردگی را در حد شدید و در ۶ نفر دیگر به صورت خفیف بروز دادند. در ۱۳ مورد دیگر نیز هیچ‌یک از نشانه‌ها ذکر شده مشاهده نشد.

جدول ۲: کدگذاری محتوای گفتار مصاحبه‌شوندگان در خصوص بررسی نشان‌گان اختلال استرس پس از سانحه (اختلال اضطرابی، محور ۱).

کد گذاری محوری	فراوانی	کد گذاری باز	محتوا و نکات برجسته گفتار
(PTSD, ASD)	۱۳	علائم اضطراب	نمی‌تونم رو کارام متمرکز بشم، یه چیزی تو درونم غلغله داره. واپایش شرایط برام خیلی سخته. خیلی آشفته‌ام. آرامش ندارم. سراسر وجودم وحشت و اضطرابه. شباهم خوابم نمی‌بره. احساس فشار می‌کنم و دچار تپش قلب می‌شوم. بدنم می‌لرزد و کنترلم را از دست می‌دهم.

ادامه جدول شماره ۲

(PTSD , ASD)	۹	تجسم‌واشتغال خاطر با فرد متوفی و مرگ او.	توی خواب هم آرامش ندارم و تو رویاهامه. لحظه ای از جلوی چشمم پاک نمیشه. با اتوبوس هم که مسافرت می کنم و حتی اون جاده رو می بینم حادثه به خاطر م میاد. بارها تو خواب خاطرات ایشون برام تداعی میشن. یک لحظه نمی تونم از فکرش بیام بیرون. خودم شاهد صحنه بودم و جنازه برادرم رو دیدم.
	۸	حالت برانگیختگی و تحریک پذیری	زود از کوره در میرم، نمیشه باهم حرف زد. کنترل احساساتم دیگر مثل گذشته نیست. عضلاتم همیشه تنیده اند. همش احساس خستگی می کنم و خیلی زود خسته می شم.
	۱۱	کناره گیری و ملال	میل به کارکردن ندارم. دوست ندارم کسی رو ببینم، گوشه گیرم. کم حرف می زنم، از با دیگران بودن لذت نمی دم.
	۶	اجتناب از نشانه ها	ماشینای ونی که با مامانم تصادف کردن رو نمی تونم ببینم. وقتی این افکار به سراغم میان سعی می کنم از این شرایط دور می شم. سر خاک اصلا نمی تونستم برم.
	۱۴	فاقد مؤلفه‌ها و نشانگان PTSD , ASD	

طبقه‌های به‌دست آمده از محتوای گفتار مشارکت کنندگان در خصوص علائم PTSD و ASD عبارت‌اند از: علائم اضطراب و تنیدگی، تجسم و اشتغال خاطر به فرد متوفی و مرگ او، حالت برانگیختگی و تحریک‌پذیری، کناره‌گیری، ملال و اجتناب از نشانه‌ها. از بین افراد گروه نمونه ۴ نفر نشانه‌های بارز اختلال استرس پس از سانحه و ۵ نفر نیز نشانگان اختلال فشار روانی حاد را نشان دادند. در ۱۴ نفر دیگر نیز هیچ یک از نشانه‌های

ذکر شده مشاهده نشد. نکته‌ای که در این خصوص قابل توجه است تفاوت بارز بین زنان و مردان در بروز نشان‌گان این دسته از اختلالات است. از بین ۹ نفری که این علائم را نشان دادند فقط ۲ موردشان مربوط به مردان می‌شود. تقریباً تمام کسانی که خودشان در حادثه حضور داشتن یا صحنه تصادف را دیده بودند علائم PTSD یا ASD را نشان دادند.

جدول ۳: کدگذاری محتوای گفتار مصاحبه‌شوندگان در خصوص بررسی نشانه‌های فوبی خاص و ترس (محور ۱).

کد گذاری محوری	فراوانی	کد گذاری باز	محتوا و نکات برجسته گفتار
	۳	ترس از مرگ	حادثه خیلی از مرگ می‌ترسم. همش می‌ترسم که نکنه بچه‌های دیگم ماشین بزنه. وقتی به این فکر می‌کنم احساس می‌کنم قلبم داره وا می‌ایسته.
اموردفوبی مرگ	۲	ترس از مسافرت	خودم خیلی می‌ترسم مسافرت کنم.
	۲	ترس از رانندگی	خودم گواهی نامه دارم ولی نمی‌تونم رانندگی کنم. بعد از تصادف دست و دلم به فرمون نمی‌ره خیلی از رانندگی می‌ترسم.
	۱۷	فاقد نشان‌گان فوبی و ترس‌های مرضی	

یافته‌ها نشان دهنده بروز نشانه‌های ترس از مرگ در ۳ مورد، ترس از مسافرت در ۲ نفر و ترس از رانندگی در ۲ مورد دیگر بود. فقط یک مورد نشانه‌های ترس شدید و مرضی از مرگ مشاهده شد.

جدول ۴: کدگذاری محتوای گفتار مصاحبه شونده‌گان در خصوص بررسی نشان‌گان اختلالات سازگاری

(اختلال اضطرابی، محور ۱)

کد گذاری محوری	فراوانی	کد گذاری باز	محتوا و نکات برجسته گفتار
اختلالات سازگاری	۷	خلق افسرده	کارم شده گریه و گوشه گیری. نمی خوام حرف کسی رو بشنوم. حرفای بقیه دیونم می کنه به همین خاطر نمی خوام کسی باهام حرف بزنه. همه اعضای خانواده به نوعی تعاملشون رو با محیط کمتر کردند. پاک نا امید بودم. هنوز وقتی درباره اون ازم می پرسن نمی تونم اشکامو کنترل کنم.
	۵	خلق مضطرب	تمرکز رو از دست دادم. دائم یه دلهره و نگرانی همراهمه. خیلی کابوس می بینم. اکثر اوقات نا آرام هستم. احساس می کنم همه چیز علیه من است.
اختلالات سازگاری	۵	آشفتگی رفتاری	پرخاش های کلامی و رفتاری و از کوره در رفتنم زیاد شده. خیلی تند و سرد برخورد می کنم. همش با همسرم درگیرم تسلطی رو رفتارم ندارم. خشمم خیلی زیاد شده. کنترل خشمم کم شده. آگه کسی ناراحت و عصبانیم کنه بهش حمله می برم. میزان مصرف سیگارم رفت بالا حتی تو این شرایط مشروب هم مصرف می کردم.
	۱۳	فاقد مؤلفه ها و نشان گان اختلالات سازگاری	

پنج طبقه اصلی اختلالات سازگاری در مؤلفه‌های اختلال سازگاری توأم با خلق افسرده، توأم با خلق مضطرب و توأم با آشفتگی رفتاری دسته بندی می‌شوند. اختلال سازگاری توأم با خلق افسرده با فراوانی ۷ بیشترین نسبت را به خود اختصاص داده است. در مجموع ۱۳ نفر نیز فاقد مؤلفه‌هایی بودند که نشان دهنده اختلالات سازگاری باشد.

جدول ۵: کدگذاری محتوای گفتار مصاحبه شوندگان در خصوص بررسی نشانگان سوگ عارضه دار (محرور ۲).

کد گذاری محوری	فراوانی	کد گذاری باز	محتوا و نکات برجسته گفتار
نشانگان سوگ	۶	واکنش‌های فیزیولوژیک	غذا از گلوم پایین نمی ره. وزن زیادی کم کردم. پاهام توان و رمق راه رفتن ندارن، بدنم کلا ناتوان شده. همش بیمارستانم یا پیش روان پزشک. هیچ جای بدنم سالم نیست..
اختلالات سازگاری	۹	واکنش هیجانی و رفتاری	همش تو خودمم، تا حالا واسه کسی گریه نکرده بود ولی واسه مادرم همش گریه می کنم. دیگه مثل قبل حوصله ندارم و تو جمع شلوغ نمی تونم بمونم. همش گریه می کردم. بیتابی شدید دارم. خیلی زود از کوره در میریم. گوشه گیرم. زندگی برام ارزش نداره دیگه سیر شدم از زنده موندن.. نمی تونم به عکسش نگاه کنم. بغضم می گیره.
	۵	واکنش عقلی و شناختی	همش صدای مادرم تو گوشمه. نمی تونم فراموشش کنم. وقتی عمه ام رو می بینم همش فک می کنم مادرم زندست.

ادامه جدول شماره ۵

۴	واکنشهای جامعه‌شناختی	از جامعه بریدم. گوشه گیر شدم و دیگه مثل سابق رفت و آمد ندارم. رابطه با دوستانم رو قطع کردم و اصلاً بیرون نمی‌رفتم. مجبور شدیم جامونو ترک کنیم که کمتر خاطرات و ناراحتی‌ها تداعی شه. همین باعث شد خونمونو بفروشیم.
۰	فاقد مؤلفه‌ها و نشان‌گان سوگ	

نتیجه‌گیری

وقایع پر تنش (استرس) زندگی نقش اساسی و درجه اول را در افسردگی ایفا می‌کند. تحقیقات مختلف نیز نشان می‌دهند که یکی از تنش‌های محیطی که بیش‌ترین رابطه را با شروع دوره افسردگی دارد، از دست دادن همسر، فرزندان یا والدین است (جبالی، هوصاینت، السلام و ذرایکت، ۲۰۱۳؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰). در صورتی که این فقدان‌ها در شرایط ناگهانی‌ای اتفاق که فرد انتظار مرگ اطرافیان را نداشته باشد پیامدهای شدیدی را به دنبال خواهد داشت. یکی از این پیامدها احتمال شیوع اختلالات خلقی و به ویژه افسردگی است. نتایج پژوهش‌های گودمن، (۲۰۰۲)؛ گالوسکی، بلانچارد، مالتا و فریدنبرگ، (۲۰۰۳)؛ البشیر، (۲۰۰۹)؛ نیکسون، ایس، نهمی و بال، (۲۰۱۰)؛ جبالی و السلام، (۲۰۱۳) و میرزایی، (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهد که بروز فاجعه‌ها و سوانح طیف گسترده‌ای از علائم و نشان‌گان اختلالات روانی را حادث می‌شوند، ولی عمده این اختلالات، مشکلات و علائم افسردگی است.

یکی دیگر از نشان‌گانی که در مطالعات مربوط به آسیب‌های روانی پس از فاجعه‌ها جایگاه ویژه‌ای دارد اختلال تنش پس از ضربه (PTSD) و (ASD) است. نتایج تحلیل گفتار افراد گروه بیانگر آن است که از بین افراد گروه نمونه ۴ نفر نشانه‌های بارز اختلال استرس پس از سانحه و ۵ نفر نیز نشان‌گان اختلال فشار روانی حاد را نشان دادند.

در پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه سوانح رانندگی مشاهده می‌شود که شیوع نشان‌گان استرس پس از سانحه و فشار روانی حاد در بین بازماندگان از شایع‌ترین مسائل روان‌شناختی است (مایو، برایانت و داتی، ۱۹۹۳؛ جاسپرز، ۱۹۹۸؛ گودمن، ۲۰۰۲؛ برایانت، مایو، ویگس؛ گودمن، براون، کورتنی و گوریان ۲۰۰۲؛ وینسون، آدامز، نیل، فورد، نیومان و باکست، ۲۰۰۲؛ اهلرز و استورس، ۲۰۰۴؛ وانگ، تسای و الین بوند، ۲۰۰۵؛ او، چان و ما، ۲۰۰۵ و صفری و اسکندری، ۱۳۸۴).

در توجیه این مطلب می‌توان گفت که مرگ‌های خشن و غیرطبیعی و مرگ ناگهانی بر اثر سوانح، بیش از مرگ‌های طبیعی در افراد بازمانده منجر به اختلال استرس پس از سانحه و فشار روانی حاد می‌شود. در چنین مواردی موضوع‌هایی همچون خشونت و ناگهانی بودن با سایر جنبه‌های سوگ مخلوط شده و ناراحتی آسیب‌زایی حاصل می‌شود که با ترس، وحشت، احساس آسیب‌پذیری و گسست مفروض‌های شناختی همراه است. در این موارد ناباوری، یأس، علائم اضطراب اشتغال خاطر با فرد متوفی و شرایط مرگ او، کناره‌گیری، حالت برانگیختگی و ملال، شدید تر و طولانی‌تر از مرگ طبیعی هستند. در خصوص بررسی نشانه‌های هراس اختصاصی (فوبی‌ها) نتایج تحلیل گفتار گروه نمونه نشان دهنده وجود بروز نشانه‌های ترس از مرگ در ۳ مورد، ترس از مسافرت در ۲ نفر و ترس از رانندگی در ۲ مورد بود. فقط در یک مورد نشانه ترس شدید و مرضی از مرگ مشاهده شد؛ و آن هم مربوط به مادری بود که فرزند نوجوانش را بر اثر حادثه رانندگی از دست داده بود. این مادر به شدت از مرگ خود و بقیه اعضای خانواده می‌ترسید. به نحوی که عملکرد زندگی‌اش را به شدت تحت تأثیر قرار داده بود. این گونه پیامدها در تحقیقات قبلی نیز مشاهده شده است. پژوهش القبری (۲۰۰۶) نشان داده است که تصادفات رانندگی از عوامل ایجادکننده فوبی‌های خاص همچون فوبی مرگ، مسافرت و تصادف است. مایو و برایانت (۲۰۰۲) نیز به نتیجه مشابه رسیدند. آنان گزارش دادند که قربانیان حوادث رانندگی با وجود گذشت چندین سال از حادثه ولی همچنان ترس شدیدی از مسافرت، اضطراب از رانندگی و استفاده از وسایل نقلیه را نشان می‌دهند.

در توجیه این نتایج می‌توان گفت که بر اساس الگوهای سبب‌شناسی اختلالات یکی از عوامل ایجاد کننده انواع فوبی‌ها یادگیری و هم‌آیندی بین محرک‌ها با رویدادهای مهم و تکان دهنده است. طبق الگوی نظریه رفتاری و بر اساس اصول شرطی سازی کلاسیک محرک نامطبوعی همچون تصادف، خون و جراحات و صدمات ناشی از آن می‌تواند منجر به اجتناب شدید از خودرو و مسافرت یا هر محرکی شود که حادثه را برای فرد تداعی می‌کند. هراس‌های اختصاصی ممکن است از ملازم و مقارن شدن شیء یا موقعیت معینی با هیجان‌هایی از قبیل ترس و ناراحتی شدید پیدا شود. بعد از آنکه واقعه خاص و معینی همچون رانندگی با تجربه هیجانی نظیر تصادف توأم شود، فرد ممکن است با تداعی هیجانی دائم میان رانندگی یا ماشین و ترس یا اضطراب آسیب پذیر شود. به همین منظور حوادث و فاجعه‌های شدآمدی می‌تواند زمینه ساز بروز انواع خاصی فوبی، همچون فوبی خون، فوبی ماشین و مسافرت باشد.

تحلیل نتایج نشان داد که اختلالات سازگاری از دیگر مشکلات شایع در بین بازماندگان سوانح است. از بین ۲۳ نفر نمونه مورد بررسی ۷ نفر اختلال سازگاری توأم با خلق افسرده را نشان دادند. نشانه‌های این دسته شباهت بسیاری با علائم افسردگی دارد و به سادگی برای ما قابل تشخیص نبود. تنها نکته تشخیصی که در نظر گرفته شد شروع دیر هنگام این نشانه‌ها و تبدیل به حالت مقاوم و مزمن بود. نشانه‌های اختلال سازگاری توأم با اضطراب و توأم با آشفتگی رفتاری، هر کدام در ۵ مورد مشاهده شد. می‌توان گفت که نتایج این یافته به نوعی با یافته‌های گودمن (۲۰۰۲) همسو است که نشان داد کودکان پس از وقایع و حوادث فشار زا انواع حالات اضطرابی، افسردگی، خشونت و رفتارهای ستیز جویانه، اعتماد به نفس پایین و مشکلات جسمانی را در کنار واکنش سوگ و علائم اختلال استرس پس از سانحه بروز می‌دهند. سادوک و سادوک (۲۰۰۷) نیز معتقدند که گاهی اوقات افراد، سوگواری خود را در قالب خشم، برون‌ریزی، عدم پذیرش مرگی که رخ داده، ترس، کم‌اشتهایی، انزوا و کناره‌گیری، گریه بیش از حد، بی‌انگیزی، اختلال در خواب و کابوس‌های شبانه، افت عملکرد، افسردگی و گاهی اقدام به خودکشی، و حتی

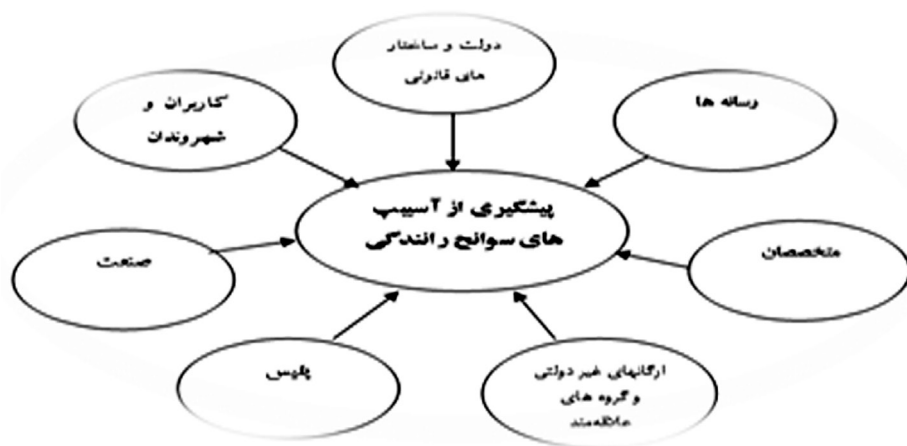
رفتارهای بزهکارانه و هنجار شکنی ابراز می‌کنند.

پیامدهای سوانح رانندگی فقط محدود به آسیب‌های فیزیکی و خسارت‌های مالی نمی‌شود بلکه آسیب‌های روان‌شناختی همچون استرس پس از سانحه، اختلال اضطرابی، افسردگی و اضطراب پی آیند آن در نهایت شرایط زندگی آسیب دیدگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت که نتایج این پژوهش ضرورت بررسی و رسیدگی به وضعیت خانواده‌های آسیب دیده سوانح رانندگی را آشکار می‌سازد. چنانچه قبلاً نیز گفته شد اکثر این افراد را اقشار ضعیف جامعه تشکیل می‌دهند و از منابع حمایتی کافی برخوردار نیستند؛ در مجموع این عوامل باعث می‌شود که روند بازسازی و بهبود شرایط دشوار بوده و نیاز به مداخله و حمایت همه جانبه به شدت احساس می‌شود.

پیشنهادها

پیشنهادهای کاربردی پژوهش مورد نظر را می‌توان در غالب سطوح سه گانه پیشگیری مطرح کرد. براساس پیشگیری سطح اول، می‌توان گفت که با افزایش شناخت و آگاهی افراد جامعه نسبت به پیامدها و ابعاد فاجعه آمیز حوادث رانندگی، می‌توان در جهت کاهش این حوادث گام برداشت. با توجه به تعریف سطح دوم پیشگیری، تشخیص زود هنگام اختلالات و مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها، نیاز سنجی و اقدامات درمانی و اصلاحی متناسب با این نیازها، می‌توان از شدت آسیب‌های وارده به خانواده‌های قربانی کاست و در سطح سوم پیشگیری؛ با اثبات لزوم فراهم سازی اقدامات درمانی از سوی نهادهای مسئول می‌توان در جهت کاهش نواقص و معلولیت‌ها، همچنین باز توانی افراد آسیب دیده اقدام کرد. اما تأکید اصلی را می‌توان بر سطح دوم پیشگیری متمرکز کرد. پژوهش حاضر توصیف کننده برخی از مشکلات خانواده‌های قربانی است؛ این خانواده‌ها به شدت مستعد مشکلات روان شناختی حاد هستند ولی با تمام این اوصاف گام‌هایی در جهت نظارت و بهیاری آنها صورت نگرفته است. بنا بر این می‌توان به مسؤلان مربوطه پیشنهاد کرد که در جهت کاهش ابعاد آسیب‌های ناشی از سوانح؛ زمینه‌های کمک و

حمایت‌های درمانی و روان‌شناختی برای خانواده افراد سانحه دیده فراهم سازند. باید در نظر داشت که پیشگیری از وقوع سوانح رانندگی و برخورد با پیامدهای ناشی از آن مسئولیتی مشترک و همگانی است که نیازمند تدبیر و مشارکت همه جانبه اقشار جامعه است. به‌طور خلاصه می‌توان ارگان‌های مختلف درگیر با این موضوع را در نمودار زیر به تصویر کشید.



نمودار ۲: ارگان‌های درگیر با پیشگیری از مصدومیت‌های جاده‌ای.

به نظر می‌رسد یکی از عوامل تأثیرگذار بر واکنش‌های بازماندگان وضعیت اقتصادی و اجتماعی است. همچنین اکثر خانواده‌هایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند از نظر موقعیت اقتصادی و اجتماعی جزء قشر متوسط به پایین جامعه محسوب می‌شدند به همین منظور به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که پیامدهای مطرح شده را در بین اقشار سطح بالای اقتصادی و اجتماعی مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- اسماعیل، علیرضا (۱۳۹۰، ۸ مهرماه). هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی حوادث ترافیکی. <http://www.tabnak.ir>
- امانی، فیروز؛ کاظم نژاد، انوشیروان و حبیبی، رضا (۱۳۸۸). روند تغییر شاخص‌های مرگ و میر در ایران طی سال‌های ۱۳۵۰-۱۳۸۶. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۳ (۹). ۲۱۷-۲۱۰.
- اوتمر، اکهارت و اوتمر، زیکلیند (۲۰۰۲)، اصول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR (جلد دوم). ترجمه مهدی نصر اصفهانی، (۱۳۹۰). تهران: ارجمند.
- انصاری، محسن (۱۳۸۶). دورنمای تصادفات و راه‌های برون رفت. سمینار فرهنگ ترافیک، اصفهان.
- برزگر، اکبر؛ صادق، حسن و چابک سوار، نادیا (۱۳۸۵). اپیدمیولوژیک مرگ و میر ناشی از حوادث رانندگی استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳، ۲، ۴۸.
- برک، لورا (۲۰۰۷). روان‌شناسی رشد، از نوجوانی تا پایان زندگی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). جلد دوم، ویرایش چهارم. تهران: ارسباران.
- پاپالیا، دایان ای؛ الدز، سالی وندکاس و فلدمن، روت داسکین (۲۰۰۴). روان‌شناسی رشد و تحول انسان. ترجمه داوود عرب قهستانی، هامایاک آوادیس یانس، حمیدرضا سهرابی، فروزنده داورپناه، افسانه حیات روشنایی و سیامک نقش‌بندی (۱۳۹۱) (ویرایش نهم). تهران: رشد.
- چمن، رضا؛ غلامی طارمسری، مهشید و یاقوتی، علیرضا (۱۳۸۹). بررسی روند علل مرگ و میر در جمعیت شهرستان شاهرود طی یک دوره چهار ساله. مجله دانش و تندرستی. ۱۴۹ . ۱۷۹.
- خادمی، علی و مرادی، سعداله (۱۳۸۸). بررسی آمار قربانیان حوادث رانندگی نوروز ۱۳۸۷. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱ (۱۵)، ۲۸-۲۱.

- خیرآبادی، غلامرضا و بوالهروی، جعفر (۱۳۹۰). نقش عوامل انسانی در تصادف‌های جاده‌ای. نشریه تحقیقات علوم رفتاری. ۱ (۱۰). ۶۹-۷۸.
- رستمی، خلیل؛ ظهوری، حسن، صیاد و رضایی، ایرج. (۱۳۸۷). بررسی اپیدمیولوژیک حوادث رانندگی منجر به مرگ در استان اردبیل. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۴ (۸). ۳۸۱-۳۸۶.
- زارعی، اصغر و بغلاتی، فرید. (۱۳۸۳). بررسی اپیدمیولوژیک مرگ‌های ناشی از تصادف‌های رانندگی استان خوزستان در سال ۱۳۸۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳. ۹۸.
- زارعی، محمدرضا؛ رحیمی موقر، وفا؛ سعادت، سهیل؛ پناهی، فرزاد؛ دهقان پور، رضا؛ سمیعی، ابوالفضل و کار بخش، مزگان (۱۳۸۷) مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی ایران از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۵. مجله پژوهشی حکیم. ۳ (۱۱). ۴۶-۴۲.
- سادوک، بنجامین جرج و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی، ویراست دهم. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۰). تهران: ارجمند.
- سادوک، بنجامین جرج و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۵). دستنامه روان‌پزشکی بالینی، ویرایش دوم. ترجمه محسن ارجمند (۱۳۸۶). تهران: ارجمند.
- سیرتی نیر، مسعود؛ عبادی، عباس؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود و تولایی، عباس (۱۳۹۱). پیامدهای زندگی با اختلال استرس پس از ضربه: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۲ (۱). ۹۲-۱۰۱.
- شعبانی، شاهین؛ روزیخواه، حسن و نبیل مهناز (۱۳۸۸). تحلیل اطلاعات فوت‌شدگان تصادف‌های جاده‌ای با روش آنالیز خوشه‌ای. مجله پژوهشی حمل و نقل. ۲ (۶). ۱۹۳-۲۰۴.
- شفیعی مقدم، پروین (۱۳۸۵). بررسی روند حوادث ترافیکی در ایران و جهان و عملکرد هلال احمر بر اساس مدل ماتریس. مجله‌ی راهور پلیس ناجا. شماره ۱۵.
- صفری، مهدی و اسکندری، فاطمه (۱۳۸۴). مشکلات روانی توأم با PTSD در حوادث غیرمترقبه. دومین همایش علمی - تحقیقی مدیریت امداد و نجات. انتشارات مؤسسه عالی هلال احمر. ۲۷۶.

- قاضی طباطبایی، محمود و رضایی مهدی (۱۳۸۸). ابعاد اجتماعی و فرهنگی تصادف‌های رانندگی در ایران، تحلیلی بر تعیین کننده‌ها. مجله انسان شناسی. ۱۱ (۷). ۱۲۶-۱۵۵.
- گرجی، علی (۲۶ مهر، ۱۳۹۰). تصادف‌های رانندگی عامل توسعه فقر و معضل‌های اجتماعی. روزنامه اطلاعات، شماره ۲۵۱۵۵.
- محمد فام، ایرج و قاضی زاده، احمد (۱۳۸۱). بررسی اپیدمیولوژیک تصادف‌های رانندگی منجر به مرگ در استان تهران در سال ۱۳۷۸. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۲۳ (۶). ۳۴-۳۸.
- میرزایی، جعفر و کرمی، غلامرضا (۱۳۹۰). راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال پس از ضربه PTSD. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- هالچین، ریچارد و کراس ویتبورن، سوزان (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی (ویرایش چهارم)، دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی بر اساس DSM-IV-TR (جلد اول). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: روان.
- هیلز دایانا (۱۹۹۹). راه‌های مقابله با حوادث و سوانح (دانستنی‌های خانواده). ترجمه رضا راد گودرزی. (۱۳۸۴). تهران: ریحان.

- Al Basheer, Juma'h Ahmad Mohammad (2009) The bad Effects... Psychological, social and Economic Resulting from road Accidents. Faculty of Applied social sciences: Higher studies faculty, Libya .
- Al Ghaberi, Abdel Qawi Mohamad (2006). " Road Phobia in Saudi Arabia".
- Association, A. P. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A., & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. Psychological medicine, 34(2), 335-346.
- Galovski, T. E., Blanchard, E. B., Malta, L. S., & Freidenberg, B. M. (2003). The psychophysiology of aggressive drivers: comparison to non-aggressive

- drivers and pre-to post-treatment change following a cognitive-behavioural treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1055-1067.
- Goodman, R., Brown, E., Courtney, M., & Gurian, A. (2002). The aftermath of disaster: Helping children affected by trauma and death. *NYU Child Study Center Letter*, 7(1).
 - Jabali, S. M., Hussainat, M. M., Al-salem, R. K., & Zraikat, H. M. (2013). The Social, Psychological and Economic Impact of Car Accidents on the Victims Families. *Journal of Education and Practice*, 4(2), 143-150.
 - Jaspers, J. P. (1998). Whiplash and post-traumatic stress disorder. *Disability & Rehabilitation*, 20(11), 397-404.
 - Landolt, M. A., Vollrath, M., Timm, K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1276-1283.
 - Maes, M. (2000). Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its co-morbid disorders. *Current opinion in Psychiatry*, 13(6), 587-589.
 - Mayou, R., & Bryant, B. (2002). Outcome 3 years after a road traffic accident. *Psychological medicine*, 32(4), 671-675.
 - Mayou, R. & Bryant, B. (2003). Consequences of road traffic accidents for different types of road user. *Injury, int. j. Care injured*. 34, 197-202.
 - Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ: British Medical Journal*, 307(6905), 647.
 - Mayou, R., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 176(6), 589-593.
 - Nixon, R. D., Ellis, A. A., Nehmy, T. J., & Ball, S.-A. (2010). Screening and predicting posttraumatic stress and depression in children following single-incident trauma. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(4),

588-596.

- Ronza, A, Munoz, M. Carrol, S & Casal, J. (2006). Consequences of major accidents: assessing the number of injured people. *Journal of Hazardous materials*, 133, 46- 52.
- Spoerri, A, Egger, M, & Von Elm, E. (2011). Mortality for traffic accidents in switzerland: longitudinal and spatial analyses. *Accident analysis and prevention*, 43, 40-48.
- Wang, C. H., Tsay, S. L., & Elaine Bond, A. (2005). Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *Journal of advanced nursing*, 52(1), 22-30.
- Winston, F. K., Kassam-Adams, N., Vivarelli-O'Neill, C., Ford, J., Newman, E., Baxt, C., et al. (2002). Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 109(6), 90-90.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 349-357.
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of traumatic stress*, 18(1), 39-42.
- Zatzick, D. F., C. R. Marmar. (1997). «Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans.» *American Journal of Psychiatry* 154(12): 1690-1695.
- Zehnder, D., Meuli, M., & Landolt, M. A. (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 4(7), 1-10.

