

# اثربخشی بسته آموزشی مهارت‌های روانی - اجتماعی رانندگان بر سلامت روان آنان

## چکیده

سلامت روان راننده از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار رانندگی بوده و هرگونه کاستی در این زمینه نتایج نامطلوب و غیرقابل جبرانی برای رانندگان و مسافران در پی خواهد داشت. در مطالعه حاضر، اثربخشی بسته آموزشی مهارت‌های روانی اجتماعی بر سلامت روان رانندگان مورد بررسی قرار گرفته است. آموزش در یک گروه از رانندگان (۱۷۴ نفر) به مدت ۹ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزار پژوهش، دو ابزار سیاه سلامت روانی - ۲۸ (ویت و ویر ۱۹۸۳) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لویباند و لویباند ۱۹۹۵) بودند. نتایج به دست آمده اثربخشی بسته آموزشی را بر افزایش سلامت روان نشان دادند. محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش و کاربردی مورد بحث قرار گرفته است.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، رانندگی، استرس، افسردگی، اضطراب

## Effectiveness of psychosocial skills training on driver's mental health

### Abstract

The mental health of the bus driver is a critical factor in driving performance and any impairment can have undesirable consequences for drivers and passenger. In the present study effectiveness of a psychosocial skills training package was examined. The trainings were implemented to one group of drivers (N=174) concurrently, for a period of 9 sessions of 80 minutes. Pre- and post-test measures were obtained by Mental Health Inventory- 28 (IMH-28) ( Veit, & Ware, 1983 ) and . Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) ( Loviband, & Loviband, 1995). Results demonstrated the effectiveness of the training in enhancing mental health. Limitations and implications for treatment and research were discussed.

Keywords: mental health, driving, stress, depression, anxiety

### مقدمه

رانندگی رفتاری است که فرد آن را به عنوان مجموعه‌ای از الگوهای عملی برمی‌گزیند و از طریق وسیله نقلیه به اجرا درآورده و تحقق می‌بخشد (اوزکن و لاجونن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). برخی افراد رانندگی را به عنوان یک شغل و حرفه برگزیده‌اند، که از آن میان رانندگان اتوبوس از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند، چرا که اتوبوس در تمام دنیا از پرستفاده‌ترین مصادیق حمل و نقل عمومی بوده و بخش عظیمی از جابجایی مسافران درون شهری و برون شهری را بر عهده دارد. عوامل مختلفی عملکرد مطلوب رانندگان اتوبوس را تحت تاثیر قرار می‌دهند، که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سلامت جسمانی و روانی رانندگان اشاره کرد (تسه، فلین و میرنز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

در گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup> تخمین زده شده است که ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به یک اختلال روانی هستند و در هر دوره زمانی معینی ۱۰ درصد بزرگسالان از یک اختلال روانی رنج می‌برند و ۲۵ درصد نیز در طول زندگی خود تجربه‌ای از اختلال روانی خواهند داشت. چنین مشکلات و بیماری‌هایی می‌توانند توجه، تمرکز، حافظه، انگیزش، تصمیم‌گیری و پردازش اطلاعات فرد را مورد آسیب قرار

- 
1. Ozkan, & Lajunen
  2. Tse, Flin, & Mearns
  3. World Health Organization

داده و زمان واکنش‌های روانی- حرکتی فرد را کندتر کنند (هسلام، اتکینسون، براون و هسلام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ لرنر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ هامار، لوند و هاگدال<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). در زمینه رانندگی نیز مشکلات سلامت روان عملکرد مفید فرد در رانندگی ماشین را کاهش داده (وینگن، راماکرز و اسمیت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ بالماش<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و شمار تصادفات رانندگی را افزایش می‌دهند (چاپمن و پری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸؛ لام، نورتون، کونور و آمراتونگا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). لذا سلامت روان راننده از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار رانندگی بوده (شاکری نیا و محمد پور، ۲۰۱۰) و هرگونه کاستی در این زمینه نتایج نامطلوب و غیرقابل جبرانی برای رانندگان، مسافران و سایر کاربران راه‌ها در پی خواهد داشت (چانگ و وانگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱).

نتایج برخی از پژوهش‌ها در زمینه لزوم سلامت روان رانندگان حاکی از آن است که سلامت روان این قشر پایین‌تر از جمعیت نرمال بوده (اسپور، اونن، سابانکو و آلتونکایانک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲) و تحت تاثیر عوامل مختلفی همچون استرس‌زاهای متعدد، سازگاری و رضایت از کار قرار دارد (ژی‌وی<sup>۱۰</sup> و همکاران ۱۹۹۵). در حالی که مطالعات متعددی رابطه بین استرس کاری و مشکلات سلامت روان را تأیید کرده‌اند (دی‌لانگ<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ تتورل<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳؛ استنسفلد<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ پاترنیتی<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)، وانگ و لین<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۱) و تسه، فلین و میرنز<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۷) معتقدند که رانندگان اتوبوس نسبت به اغلب مشاغل دیگر استرس کاری بیشتری را تجربه می‌کنند. آنها علاوه بر استرس ناشی از حوادث زندگی که رانندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (لاگارد<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ لگری<sup>۱۸</sup> و همکاران ۲۰۰۳)، در محیط کاری نیز با دامنه وسیعی از استرس‌زاهای مختلف مانند برنامه زمان‌بندی کاری، ساعات کاری طولانی، رفتار سایر رانندگان، تعاملات منفی با مسافران، رانندگی در شرایط جوی نامساعد و آلودگی‌های صوتی مواجه هستند (ایوانس، جانسون و ریdsted<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۹).

در زمینه بررسی استرس تجربه شده توسط راننده، مطالعات فراوانی انجام گرفته است و پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که بین استرس و رانندگی ناایمن<sup>۲۰</sup> رابطه وجود دارد (لاگارد و همکاران، ۲۰۰۴؛ لگری و همکاران، ۲۰۰۳). به عقیده ماچین<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۸) پیامد و نتایج استرس در رانندگان اتوبوس تحت تاثیر ادراک فرد از مفهوم سازگاری با مطالبات شغلی است. برخی دیگر از پژوهش‌ها نیز در جهت تبیین استرس راننده از مدل تبادلی استرس<sup>۲۲</sup> بهره گرفته‌اند (گالین<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ متیوز<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲). این مدل دربرگیرنده شناخت‌ها و روابط بوم‌شناختی<sup>۲۵</sup>

- 
1. Haslam, Atkinson, Brown, & Haslam,
  2. Lerner
  3. Hammar, Lund, & Hugdahl
  4. Wingen, Ramaekers, & Schmitt
  5. Bulmash
  6. Chapman, & preey
  7. Lam, Norton, Connor, & Ameratunga
  8. Chung, & Wong
  9. Issever, Onen, Sabuncu, & Altunkaynak
  10. Zhi – wei
  11. De Lange.
  12. Theorell
  13. Stansfeld
  14. Paterniti
  15. Wang, & Lin
  16. Tse, Flin, & Mearns
  17. Lagarde
  18. Legree
  19. Evans, Johansson, & Rydstedt
  20. unsafe driving
  21. Machin
  22. Transactional model of stress
  23. Gulian
  24. Matthews
  25. ecological relationship

موجود بین فرد و محیط است و سازه‌های پویا و متعامل این حوزه را بخوبی از یکدیگر متمایز می‌کند (متیوز، ۲۰۰۲). در این مدل عوامل شخصیتی فرد و محیطی به عنوان درون‌داد و نشانه‌های استرس ذهنی و عملکرد فرد به عنوان برون‌داد مطرح شده‌اند. عوامل محیطی مانند بالا بودن حجم کار و عوامل شخصیتی مانند عدم علاقه‌مندی شخص به رانندگی، چگونگی تفسیر سایر عوامل و فاکتورها را معین می‌کنند. طبق این مدل با توجه به فرایندهای پردازش، استرس شناختی شاهد دو نوع برون‌داد است. نتایج و برون‌دادهای ذهنی مانند خشم و برون‌دادهای عملکردی که رفتارهایی چون خطرکردن در رانندگی را در برمی‌گیرد؛ که برخی از این برون‌دادها به نوبه خود با سلامت روان فرد رابطه‌ای معکوس دارند. به عنوان مثال احتمال وجود معیارهای آسیب‌شناسی برخی بیماری‌های محور یک کتابچه آماری و تشخیصی اختلالات روانی<sup>۱</sup> در حال حاضر و یا تجربه آنها در گذشته در میان رانندگان خشمگین حدود ۸۰ درصد و برای بیماری‌های محور دو حدود ۴۰ درصد است (گالوسکی، بلانچارد، ویزی، ۲۰۰۲).

با توجه به آسیب‌پذیری سلامت روان رانندگان اتوبوس و پیامدهای آن در عملکرد این گروه، ارائه برنامه‌های مدون آموزشی و پیشگیرانه جهت ارتقا سلامت روان و مدیریت عوامل تاثیرگذار در این امر مانند خشم، استرس و مهارت‌های ارتباطی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. طی دو دهه اخیر مطالعات متعددی نشان داده‌اند که چنین برنامه‌هایی می‌توانند موثر واقع شده و منجر به ارتقا سلامت روان و رشد اجتماعی افراد گردند (آلبی و گولتا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷. هاسمن و لیوپیز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). در این راستا نتایج پژوهش میزونو<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۹) به نقل از نظامی (۱۳۸۶) نشان دادند آموزش کنترل و مقابله با استرس افسردگی، اضطراب، بیماری‌های عمومی و اختلال در کارکرد اجتماعی را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. کمپیر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی به منظور ارزشیابی برنامه‌های پیشگیرانه برای کاهش استرس شغلی رانندگان اتوبوس، مجموعاً تاثیرات این مداخلات را مثبت ارزیابی کرده‌اند. از این رو با در نظر گرفتن اهمیت مسئله سلامت روان رانندگان و توجه به عوامل موثر در این زمینه، و از سوی عدم وجود مداخلات مدون که مفیدبودن و اثربخشی آن در مطالعات تجربی مشخص شده باشد؛ هدف پژوهش حاضر تدوین بسته مداخلاتی مهارت‌های روانی اجتماعی برای رانندگان و بررسی اثر بخشی آن بر میزان سلامت روان این گروه است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی<sup>۷</sup> با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون تک گروهی است. گروه نمونه به صورت در دسترس شامل ۱۷۴ نفر از رانندگان شرکت واحد اتوبوسرانی شهر تهران بود که برای شرکت در این دوره توسط این شرکت معرفی شده بودند. این گروه از افراد به صورت تصادفی در ۵ گروه تقسیم و آموزش‌های مورد نظر را دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شد در دو مرحله پیش و پس از آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. به دلیل وجود محدودیت‌های زمانی و ویژگی‌های خاص گروه هدف، در هر یک از گروه‌های تنها اقدام به اجرای یکی از دو ابزار شد. به عبارت ۱۱۵ نفر از این افراد به سیاهه سلامت روانی<sup>۸</sup> - ۲۸<sup>۱</sup> و ۵۹ نفر به مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۹</sup> پاسخ دادند.

1. Diagnostic and Statistical Manual of psychological disorders (DSM)
2. Galovski, Blanchard, & Veazey
3. Albee, & Gulotta
4. Hasman, & Liopis
5. Mizuno
6. Kompier
7. pseudo. experimental
8. Mental Health Inventory. 28 (IMH.28)
9. Depression, Anxiety, Stress (DASS)

## ابزارها

**سیاهه سلامت روانی - ۲۸:** این سیاهه، ۲۸ آیتم دارد که توسط ویت و ویر<sup>۱</sup> (۱۹۸۳؛ ترجمه محمدعلی بشارت، ۱۳۸۵) طراحی شده است. این ابزار دارای دو خرده‌مقیاس است: ۱) بهزیستی روان‌شناختی (۱۴ آیتم) و درماندگی روان‌شناختی (۱۴ آیتم). پاسخدهی در مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) صورت می‌گیرد. قابلیت اعتماد این ابزار با روش بازآزمایی برای آزمودنی‌های بهنجار در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ و برای آزمودنی‌های دارای اختلال ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بوده است. همسانی درونی برای آزمودنی‌های بهنجار در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای آزمودنی‌های دارای اختلال به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است. همبستگی این ابزار با پرسش‌نامه سلامت عمومی در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۵- و ۰/۸۶ بوده که نشان دهنده روایی همزمان این ابزار است (بشارت، ۱۳۸۵). در این پژوهش قابلیت اعتماد این ابزار با روش آلفای کرنباخ برای هر دو پاره مقیاس‌ها ۰/۹۱ و به روش دو نیمه کردن برای خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۸ و برای درماندگی روان‌شناختی ۰/۷۴ بوده است.

**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس:** این مقیاس توسط لویباند<sup>۲</sup> و لویباند (۱۹۹۵) تهیه شده و سوالات آن به‌صورت لیکرت و چهارگزینه‌ای تنظیم شده است. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه اضطراب بک، زیاد گزارش شده است. ارزش آلفا برای این مقیاس در نمونه ۷۱۷ نفری به شرح زیر به‌دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. ارزش آلفا برای این مقیاس در نمونه ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴). برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شد، به این صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده‌مقیاس‌های این آزمون، به‌ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به‌دست آمده است.

## روش اجرا

بسته آموزشی مداخلات روانی-اجتماعی رانندگان با هدف ارتقاء قابلیت‌های درون و بین‌فردی ایشان، در قالب ۹ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای طراحی شد. این بسته مشتمل بر بخش‌های بر مدیریت خشم (۴ جلسه)، رانندگی انتقام‌جویانه (یک جلسه) ارتباط مؤثر، (یک جلسه) و مدیریت استرس، (۳ جلسه) بود. مدت زمان در نظر گرفته شده برای هر یک از جلسات ۸۰ دقیقه بود که به صورت هفته‌ای دو جلسه انجام می‌گرفت. اهدافی که در هر یک از بخش‌ها مدنظر بود به شرح جدول ۱ است. زمان اجرای دوره‌های آموزش از .... تا .... سال ۱۳۹۰ و محل برگزاری آنها دانشگاه خواجه نصیر بود. بخش آموزش و پژوهش پژوهشکده استاد روزبه به عنوان مجری دوره‌ها در این امر دخیل بوده است.

جدول ۱. عناوین، تعداد و اهداف جلسات بسته آموزشی مهارت‌های روانی-اجتماعی رانندگان

بخش	جلسات	اهداف
	یکم	مفهوم و ساختار خشم.
مدیریت	دوم	اندیشه‌های خشم‌برانگیز، مهارت‌های بازشناسی.
خشم	سوم	مهارت‌های ارزیابی خشم و انتخاب راهبردهای کنترل.
چهارم	چهارم	عوامل مسبب بروز خشم

رانندگی انتقام جویانه	یکم	رانندگی انتقام جویانه و راهبردهای پیشگیری از آن
مدیریت استرس	یکم دوم سوم	تعریف، انواع، منابع و تأثیرات استرس مهارت‌های مثبت‌اندیشی، شوخ‌طبعی، مدیریت زمان روش حل مسئله، آموزش مهارت‌های تنفس، تن‌آرامی و تجسم
ارتباط مؤثر	یکم	ارتباط مؤثر و چگونگی برقراری آن

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که شرکت در این دوره آموزش، به کاهش میانگین گروه تقریباً<sup>۱</sup> در کلیه خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری و خشم منجر شده است. ولی این تفاوت چندان چشمگیر نیست.

**جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری باس و پری و خشم حالت اسپیلبرگر گروه نمونه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

مقیاس	خرده‌مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	بهزیستی روان‌شناختی	۲۳/۵۰	۶/۳۷	۲۴/۷۴	۶/۹۳
	درماندگی روان‌شناختی	۴۲/۱۸	۸/۵۷	۳۹/۷۳	۹/۳۱
افسردگی اضطراب استرس	افسردگی	۲۵/۳۰	۹/۲۰	۲۲/۷۳	۸/۲۴
	اضطراب	۲۴/۰۵	۶/۶۷	۲۱/۹۳	۸/۲۲
	استرس	۳۰/۶۳	۸/۶۷	۲۷/۱۴	۸/۴۲

به دلیل آنکه دو مقیاس سلامت روان و افسردگی اضطراب استرس دو مقوله متفاوت از هم را ارزیابی می‌کنند و هر یک از دو یا چند خرده‌مقیاس تشکیل شده‌اند؛ از تحلیل‌های مجزای اندازه‌گیری‌های مکرر<sup>۱</sup> برای آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار آماری در بین میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های آنها استفاده شد. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس سلامت روان (با دو خرده‌مقیاس) نشان داد، نیمرخ میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد (Partial Eta Squared = ۰/۱۰ و  $p < ۰/۰۰۳$  و  $df = (۲ و ۱۱۳)$  و  $F = ۶/۲۲$  و  $W = ۰/۹۰$ ). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها<sup>۲</sup> نشان داد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در میانگین هر دو خرده‌مقیاس در سطح ۰/۰۵  $p <$  تفاوت معنادار وجود دارد. در ضمن اثربخشی مداخله بر مولفه درماندگی روان‌شناختی بیشتر از بهزیستی روان‌شناختی بوده است. (جدول ۳).

1 . repeated measure  
2 . between subject effect

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی میانگین خرده‌مقیاس‌های سلامت روان

خرده‌مقیاس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایتهای سهمی
بهزیستی روان‌شناختی	۸۸/۴۱	۱	۵/۶۵	۰/۰۲	۰/۱۵
درماندگی روان‌شناختی	۳۴۷/۳۲	۱	۱۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹

در ادامه نیز به دلیل آنکه سه خرده‌مقیاس موجود در مقیاس افسردگی اضطراب استرس مولفه‌های متفاوتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند؛ از تحلیل با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل نشان داد نیمرخ میانگین خرده‌مقیاس‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارند (Partial Eta Squared = ۰/۲۸ و  $p = ۰/۰۰۵$  و  $df = (۳ و ۵۶)$  و  $F = ۷/۱۳$  و  $W = ۰/۷۲$ ). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها هم نشان داد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در میانگین هر سه خرده‌مقیاس مقیاس افسردگی اضطراب استرس در سطح  $p < ۰/۰۵$  تفاوت معنادار وجود دارد. در ضمن در بین میانگین خرده‌مقیاس‌ها تغییر در استرس بیشتر از افسردگی و اضطراب است (جدول ۴).

جدول ۴. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی میانگین خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس

خرده‌مقیاس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایتهای سهمی
افسردگی	۱۹۵/۵۳	۱	۱۴/۸۷	۰/۰۰۵	۰/۲۰
اضطراب	۱۳۲/۲۲	۱	۱۴/۴۴	۰/۰۰۵	۰/۲۰
استرس	۳۵۸/۴۹	۱	۲۰/۷۹	۰/۰۰۵	۰/۲۶

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش کارآمدی بسته آموزشی مداخلات روانی-اجتماعی را بر افزایش سلامت روان رانندگان نشان داد. به طوری که یافته‌ها در هر مقیاس سلامت‌روان و خرده‌مقیاس‌های آن (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) حاکی از افزایش بهزیستی و کاهش درماندگی روان‌شناختی در افراد بوده و در مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و خرده‌مقیاس‌های آن حاکی از کاهش نمره میانگین در این سه خرده‌مقیاس و به عبارتی افزایش معنادار نمره شرکت‌کنندگان در متغیر سلامت روان بوده است. به این ترتیب، شرکت‌کنندگان با استفاده از بسته آموزشی مداخلات روانی-اجتماعی رانندگان در قالب ۱۲ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای که با هدف ارتقاء قابلیت‌های درونی و بین‌فردی ایشان طراحی شده بود، بهبودی در افزایش سلامت روانی نشان دادند.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر بسته مداخلاتی مذکور می‌تواند سلامت‌روان فرد را افزایش دهد، این یافته همسو با یافته‌های (آلبی و گولتا، ۱۹۹۷؛ مرازک و هاگرتی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴) است که عقیده دارند در طول دو دهه اخیر تعدادی از مطالعات در زمینه ارتقا سلامت روان و پیشگیری از بیماری‌های روانی نشان داده‌اند که این گونه برنامه‌ها توانسته‌اند موثر بوده و منجر به ارتقا و توسعه سلامت روان در افراد گردند. لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه می‌توان چنین نتیجه گرفت که کوشش‌های موجود در جهت ارتقا سلامت روان

اگر به گونه‌ای دقیق و سازمان یافته برنامه‌ریزی و اجرا گردند، می‌توانند در اجتماع موثر واقع شوند (کارلا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). اما در تبیین اثربخشی بالاتر بسته مداخلاتی بر خرده‌مقیاس استرس، نسبت به خرده‌مقیاس‌های افسردگی و استرس را شاید بتوان با توجه به آموزش مستقیم و بی‌واسطه مهارت‌های مدیریت استرس در بسته آموزشی مورد استفاده تبیین کرد.

به هر حال رانندگان از مهمترین گروه‌ها در یک جامعه می‌باشند، و سلامت روان آنها یکی از پیش‌بینی کننده‌های رفتار رانندگی بوده و بطور معنی‌داری با اشتباهات، انحرافات و تخلفات رانندگی آنها مرتبط است (رودن، متیوز، واتسون و بیگز<sup>۲</sup> ۲۰۱۱). ارتقا سلامت روان رانندگان نه تنها می‌تواند به سلامت جان راننده و بهزیستی وی کمک کند؛ بلکه برای سایرینی که سلامتی آنها وابسته به رانندگی فرد راننده است، سایر رانندگان و حتی سازمان‌های مربوطه نیز مفید خواهد بود. لذا بسته آموزشی مورد استفاده در این مطالعه با توجه نیازهای جامعه مورد هدف یعنی رانندگان طراحی شد و رابطه هر یک از آموزش‌های صورت گرفته با سلامت روان افراد، قبلا طی مطالعات متعددی نشان داده شده است. لذا انتظار می‌رفت ارتقا آنها مجموعاً<sup>۳</sup> بتواند منجر به ارتقا سلامت روان افراد گردد؛ که نتایج پژوهش حاضر نیز این پیش‌بینی را تأیید کرد. به عبارت دیگر یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که هر قدر تسلط رانندگان بر کنترل خشم، مدیریت استرس و مهارت‌های ارتباطی موثر بالاتر رود، این قشر از سلامت روان مطلوب‌تری بهره‌مند خواهند بود. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که ارتقا سلامت روان می‌تواند بواسطه رشد توانایی‌های مردم برای عملکرد بهتر و نیز از میان برداشتن موانع کنترل سلامت روان حاصل گشته (فیلیت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ هوگان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) و به افراد در مدیریت زندگی روزانه خود و دوری از مشکلات کمک کند (دسوسیو، استمبر و اسچرینسکی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). البته در تبیین یافته‌ها باید به این نکته نیز توجه داشت که سلامت روان هر شخص تحت تاثیر عوامل فردی، تجربیات فرد، تعاملات اجتماعی، منابع افراد و ارزش‌های فرهنگی است و توسط تجربیات روزمره زندگی در خانواده، مدرسه، خیابان و محل کار تحت تاثیر قرار می‌گیرد (لاتینن<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

در مورد محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز باید اذعان داشت که مطالعه حاضر فاقد گروه کنترل و ارزیابی پیگیرانه است. از این رو، به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از گروه کنترل در مطالعه خود استفاده کرده و با انجام ارزیابی‌های پیگیرانه از موثر بودن مداخلات انجام شده بر ارتقا سلامت روان اطمینان حاصل نمایند. همچنین با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان در بین رانندگان اتوبوس جهت ارتقا سلامت روان این قشر پیشنهاد می‌گردد این مداخلات را در سطحی وسیع‌تر و به صورت انجام شود.

- 
- 1 . Kalra
  - 2 . Rowden, Matthews, Watson, & Biggs
  - 3 . Fillit
  - 4 . Hogan
  - 5 . DeSocio, Stember, & Schrimsky
  - 6 . Lahtinen

- Albee, G.W., Gullotta, T.P. (1997). *Primary prevention works*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Bulmash, E.L., Moller, H.J., Kayumov, L., Shen, J.H., Wang, X.H., Shapiro, C.M. (2006). Psychomotor disturbance in depression: assessment using a driving simulator paradigm. *Journal Affective Disorders*, 93 (1–3), 213–218.
- Chapman, D.P., Perry, G.S.( 2008). Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. [http://www.cdc.gov/Pcd/issues/2008/jan/07\\_0150.htm](http://www.cdc.gov/Pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm). Date accessed: 21-5-2008.
- DeSocio, J., Stember, L., Schrinky, J. (2006). Teaching children about mental health and illness: a school nurse health education program. *Journal Sch Nurs*, 22, 2, 81–6.
- Evans, G.W., Johansson, G., Rydstedt, L. (1999). Hassles on the job: a study of a job intervention with urban bus drivers. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 199–208.
- Fillit, H.M., Butler, R.N., O'Connell, A.W., Albert, M.S., Birren, J.E., Cotman, C.W., et al. (2002). Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. *Mayo Clin Proc*, 77, 7, 681–96.
- Freeman, M. (2000). Using all opportunities for improving mental health- examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 4, 508-10.
- Gulian, E., Matthews, G., Glendon, A. I., Davies, D. R., & Debney, L. M. (1989). Dimensions of driver stress. *Ergonomics*, 32, 585–602.
- Hammar, A., Lund, A., Hugdahl, K. (2003). Selective impairment in effortful information processing in major depression. *Journal of International Neuropsychology Soc.* 9
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S.S., Haslam, R.A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders*, 88, 2, 209–215.
- Hogan, M. (2005). Physical and cognitive activity and exercise for older adults: areview. *International Journal of Aging Human Development*, 60, 2, 95–126.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. (1999). Political challenges 2: mental health. In: *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. Brussels, ECSC-EC-EAEC:29–41.
- Issever,H., Onen, L., Sabuncu,H.H., Altunkaynak, O. (2002). Personality characteristics, psychological symptoms and anxiety levels of drivers in charge of urban transportation in Istanbul. *Occupational Medicine*, 52, 6, 297-303.
- Lagarde, E., Chastang, J., Gueguen, A., Coeuret-Pellicer, M., Chiron, M., Sylviane, L. (2004). Emotional stress and traffic accidents: the impact of separation and divorce. *Epidemiology*, 15, 6, 762–766.
- Lahtinen, E., et al., eds (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Hamina, (STAKES) National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Lam, L.T., Norton, R., Connor, J., Ameratunga, S., 2005. Suicidal ideation, antidepressive medication and car crash injury. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 2, 335–339.
- Legree, P.J., Heffner, T.S., Psoyka, J., Martin, D.E., Medsker, G.J. (2003). Traffic crash involvement: experiential driving knowledge and stressful contextual antecedents. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1, 15–26.



- Lerner, D., Adler, D.A., Chang, H., Berndt, E.R., Irish, J.T., Lapitsky, L., Hood, M.Y., Reed, J., Rogers, W.H. (2004a). The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *Journal of Occupational Environment Medicine*, 46, 6, 46–55.
- Lerner, D., Adler, D.A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M.Y., Perissinotto, C., Reed, J., McLaughlin, T.J., Berndt, E.R., Rodgers, W.H. (2004b). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatry Service*, 55, 12, 1371–1378.
- Machin, M.A., Hoare, N. (2008). The role of workload and driver coping styles in predicting bus drivers' need for recovery, positive and negative affect, and physical symptoms. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal* 21, 359–375
- Matthews, G. (2001). A transactional model of driver stress. In P. A. Hancock & P. A. Desmond (Eds.), *Stress, workload and fatigue* (pp. 133–166). New Jersey: Lawrence Erlbaum Association.
- Matthews, G. (2002). Towards a transactional ergonomics for driver stress and fatigue. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 3, 2, 195–211.
- Mrazek, P., Haggerty, R., eds. (1994). *Reducing risks of mental disorder: frontiers for preventive intervention research*. Washington, National Academy Press.
- Ozkan, T., Lajunen, T. (2005). A new addition to DBQ: positive driver behaviors scale. *Transportation Research Part F*, 8, 4-5: 355- 68.
- Tse, J.L.M., Flin, R., Mearns, K. (2006). Bus driver well-being review: 50 years of research. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology Behavioire*, 9, 2, 89–114.
- Tse, J.L.M., Flin, R., Mearns, K. (2007). Facets of job effort in bus driver health: deconstructing “effort” in the effort-reward imbalance model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 1, 48–62.
- Wang, P.D., Lin, R.S. (2001). Coronary heart disease risk factors in urban bus drivers. *Public Health*, 115, 4, 261–264.
- Wingen, M., Ramaekers, J.G., Schmitt, J.A. (2006). Driving impairment in depressed patients receiving long-term antidepressant treatment. *Psychopharmacology (Berl)*, 188, 1, 84–91.