

مقایسه آسیب‌های روانی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی

زینب ترحمی^۱، سید موسی طباطبایی^۲، محمد ترحمی^۳

از صفحه ۶۹ تا ۱۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۳

چکیده

موضوع و هدف: این پژوهش، آسیب‌های روانی بازماندگان سوانح رانندگی را با جمعیت عادی مقایسه می‌کند. این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی مقایسه‌ای (واپس‌نگر) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بازماندگان حوادث رانندگی در ایران که یکی از بستگان خود را در سانحه رانندگی از دست داده‌اند و نیز جمعیت عادی بود. برای این منظور، تعداد ۱۱۲ نفر از گروه جمعیت عادی و تعداد ۱۳۴ نفر از بازماندگان سوانح رانندگی در چهار استان کشور به‌عنوان گروه نمونه در پژوهش شرکت کردند.

روش: برای جمع‌آوری داده‌های آسیب‌های روانی از چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-۹۰-R) استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده به وسیله نرم‌افزار اسپاس‌اس و با روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بررسی‌ها نشان داد که بازماندگان سوانح رانندگی در هشت مؤلفه سلامت روان، یعنی در میزان رنج‌های جسمانی، میزان وسواس، میزان حساسیت، میزان افسردگی، میزان اضطراب، میزان پرخاشگری، میزان ترس بیمارگونه و میزان روان‌پریشی به‌طور معناداری میانگین پایین‌تری نسبت به گروه مردم عادی داشتند ($p < 0/01$)؛ و این دو گروه فقط در مؤلفه افکار پارانوئید باهم اختلاف معناداری نشان ندادند ($p < 0/05$).

پیشنهادات: با توجه به اختلاف معنادار در هشت مؤلفه سلامت روان، می‌توان وضعیت روان‌شناختی بازماندگان سوانح را نامطلوب دانست و پیشنهاد رسیدگی مراجع و افراد ذی‌ربط نسبت به حمایت آن‌ها را جدی گرفت.

کلیدواژه‌ها: تصادف، بازماندگان سوانح رانندگی، آسیب‌های روانی و سلامت روان.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، نویسنده مسئول، zeita63@yahoo.com

۲- عضو هیئت‌علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

۳- کارشناسی ارشد رشته حقوق

مقدمه

اهمیت بهداشت و سلامت جسم و روان در زندگی انسان موضوعی است که از دیرباز مورد توجه بوده است. بدیهی است که فقط در سایه سلامت جسم و روان است که می‌توان به حیاتی بالنده و پویا دست یافت. سلامت یا بهداشت روان به مفهوم تأمین و ارتقای سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا و درمان مناسب بیماری‌های روانی و توان بخشی بیماران روانی است. سازمان جهانی بهداشت^۱، بهداشت روانی را چنین تعریف کرده است: بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی داشتن توانایی‌های کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی و بهداشت، تنها نداشتن عقب‌ماندگی یا بیماری نیست (حسینی، ۱۳۸۰). همین امر باعث می‌شود که بسیاری از اقدامات بشر با هدف تأمین رفاه انسان برنامه‌ریزی شود. در همین راستا آدمی به منظور ارتقای کیفیت زندگی خود محیط بسیار فنی و مملو از ابزار و تجهیزات ایجاد کرده است. رشد روزافزون و چشمگیر صنایع پیچیده نیز با همین هدف صورت گرفته است؛ اما جنبه دیگر رشد فناوری‌های ساخته دست بشر، بدبختی‌ها و گرفتاری‌هایی است که آن فناوری و صنعت برای انسان به بار آورده است. 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 عوامل تهدیدکننده سلامت جسمی و روانی انسان، فجایع و فشارزاهای شدید حاصل از رشد فناوری هستند که با عوارض و مشکل‌های بهداشت روانی در ارتباطاتند.

صنعت خودروسازی، نمونه بارز پیشرفت‌های فناوری است. این صنعت از همان ابتدا با امید رفاه هرچه بیش‌تر انسان ساخته شد؛ اما انسان تاکنون نیز نتوانسته عوارض و تلفات انسانی متعاقب آن را واپایش کند (قاضی طباطبایی و رضایی، ۱۳۸۸).

1 - World Health Organization (WHO)

بارزترین آسیبی که صنعت خودروسازی به سلامت انسان وارد می‌کند، وقوع تصادف‌های رانندگی و عواقب و اثرات آن است. بررسی‌های شفيعی مقدم در سال ۱۳۸۵، قاضی طباطبایی و رضایی در سال ۱۳۸۸، خیرآبادی و بوالهري در سال ۱۳۹۰، چمن، غلامی طارم‌سری و یاقوتی در سال ۱۳۸۹، شعبانی، روزی‌خواه و نبیل در سال ۱۳۸۸، زارعی و همکاران در سال ۱۳۸۷ (به نقل حسن‌نیا، فرح‌بخش، سلیمی و وازپور، ۱۳۹۲) و نیز رونزا، مونوز و کزال^۱ (۲۰۰۶)، اسپوئری، ایگر و وان‌الم^۲ (۲۰۰۱) و تحقیقاتی از این دست نشان می‌دهند که سوانح رانندگی در سال‌های اخیر از عوامل اصلی مرگ‌ومیر و تهدیدکننده سلامت در جهان به حساب می‌آید.

متأسفانه در کشور ما آمار و ارقام تلفات رانندگی بسیار بالا و بیشتر از حد جهانی می‌باشد؛ و اما خوشبختانه سال به سال کمتر شده است؛ لیکن آمار همچنان بالا است. پایگاه تحلیل خبری صنعت حمل‌ونقل (۱۳۹۴) اعلام کرده است که تعداد تلفات ناشی از حوادث رانندگی ایران در سال ۱۳۸۴ برابر با ۲۷ هزار و ۷۵۵ نفر بوده است. با روی کار آمدن دولت یازدهم و حساسیت موضوع تلفات جاده‌ای با همکاری سازمان‌های ذی‌ربط از جمله سازمان راهداری و حمل‌ونقل جاده‌ای، پلیس راهور و سایر نهادها، با توجه به کاهش سرعت مطمئنه و سخت‌گیری در نحوه تردد، آمار تلفات رانندگی در پایان سال ۹۲ با کاهش ۵/۷ درصدی به ۱۷ هزار و ۹۹۴ نفر رسید. این سایت، جمع کل تلفات و جان‌باختگان این دوره ده‌ساله را ۲۰۲ هزار و ۳۰۰ نفر اعلام کرده است و این در حالی است که آمار زخمیان و مصدومان را ۲ میلیون و ۵۷۱ هزار و ۳۶۴ نفر اعلام کرده است. سازمان پزشکی قانونی کشور (۱۳۹۴)، آمار تلفات و همچنین زخمیان تصادف‌های رانندگی را در سال ۱۳۹۳ را ۷۸ هزار و ۹۵۲ نفر اعلام کرده است که آمار بسیار قابل توجهی است. سازمان مذکور تعداد تلفات و

1- Ronza, Munoz, Carrol & Casal

2- Spoerry, Egger, Von & Elm

جان‌باختگان سال اخیر (سال ۱۳۹۳) را ۱۶ هزار و ۸۷۳ نفر اعلام کرده است. با توجه به این نکته که مرکز آمار ایران در آخرین سرشماری (۱۳۹۰)، متوسط تعداد افراد خانوار (پدر و مادر و فرزندان) ایران را ۳/۵ نفر اعلام کرده است، می‌توان گفت که به‌طور تقریبی سالانه ۶۰ هزار نفر از اعضای جامعه در تصادف‌های هائی درگیر هستند که به مرگ یکی از عزیزانشان منجر شده است.

حوادث نه تنها مستقیماً آسیب‌های جسمی برای افراد حادثه‌دیده را به دنبال دارند، بلکه به‌طور غیرمستقیم بر ابعاد روانی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌محیطی، انسانی و کارکردهای خانواده تأثیر می‌گذارد (وانگ، تسای و الاین بووند، ۲۰۰۵). یافته‌های مطالعات متعدد نشان‌دهنده بروز عوارض روانی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال تصادف‌های رانندگی است (مایو، اهلرس، هوبس^۲، ۲۰۰۰؛ واو، چاین و ما^۳، ۲۰۰۵؛ زهندر، میولی و لاندولت^۴، 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 آسیب‌ها، سلامت و عملکرد کلی خانواده‌ها را تحلیل می‌برد (جبال، هوساینات، السلام و ذرایکت^۵، ۲۰۱۳). عوارض و پیامدهای ناشی از تصادفات به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مباحث روان‌شناختی، روان‌پزشکی و اجتماعی مطرح در جهان است که توجه جامعه‌شناسان و متخصصان روان‌شناسی و غیره را به خود جلب کرده است (وانگ، تسای و الاین بووند، ۲۰۰۵). نتایج پژوهشی در اتحادیه اروپا حاکی از آن است که ۹۰ درصد خانواده‌های افرادی که کشته می‌شوند و ۸۵ درصد خانواده‌های افرادی که در اثر تصادفات معلول شده‌اند، افت طولانی مدت کیفیت زندگی نشان داده‌اند (به نقل از حسن‌نیا، فرح‌بخش، سلیمی و وازپور، ۱۳۹۲).

1- Wang, Tsay & Elaine Bond

2- Mayou, Ehlers & Hobbs

3- Wu, Chan & Ma

4- Zehnder, Meuli & Landolt.

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

شاید مهم‌ترین بُعدی که سوانح رانندگی باعث و عامل برهم‌خوردن و بروز نامطلوبیت در آن می‌شود، سلامت و بهداشت روانی اعضای خانواده‌ای باشد که یک یا چند عضو خود را بر اثر آن سوانح از دست می‌دهند. بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی داشتن توانایی‌های کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی روانی و جسمی، و بهداشت، تنها نداشتن عقب‌ماندگی یا بیماری نیست (حسینی، ۱۳۸۰). انجمن کانادایی بهداشت، آن را در مفهوم تعریف کرده است: قسمت اول نگرش مربوط به خود و شامل تسلط بر هیجان خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده است؛ قسمت دوم نگرش مربوط به دیگران و شامل علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی است؛ قسمت سوم نگرش مربوط به زندگی و شامل پذیرش مسئولیت، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیمات شخصی و انگیزه خوب کارکردن است (ایروانی و نجات، ۱۳۸۷).

در این میان، همان‌طور که بیان شد، سوانح رانندگی عامل برهم‌زننده سلامت و بهداشت روانی و بروز اختلال روانی برای بازماندگان آن سوانح می‌باشد. مفهوم اختلال روانی مثل بسیاری از مفاهیم در طب و علوم دیگر فاقد تعریف عملی ثابتی که پوشاننده همه موفقیت‌ها باشد، بوده است. پذیرفتنی‌ترین تعریف، اختلال‌های روانی را به صورت زیر توصیف می‌کند؛ هریک از اختلالات روانی به صورت یک نشانگان یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی مهم بالینی تصور شده است که در یک فرد روی می‌دهد و با ناراحتی (یک علامت دردناک) یا ناتوانی (تخریب در یک یا چند زمینه مهم عملکرد) یا با افزایش قابل‌ملاحظه خطر مرگ، درد، ناراحتی و ناتوانی یا فقدان مهم آزادی همراه است. به علاوه، این نشانگان یا الگو نباید صرفاً یک پاسخ قابل انتظار و تأییدشده فرهنگی در مقابل رویدادی خاص مثلاً مرگ یک شخص

موردعلاقه باشد (پنجمین راهنمای آماری و تشخیص اختلال روانی^۱، ۲۰۱۳).

طبقه‌بندی اختلالات روانی که اکثر متخصصان سلامت روانی در این کشور استفاده می‌کنند، کتابچه راهنمای - تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم است که کلاً با نظام بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت همخوان است. بر طبق این تقسیم‌بندی، اختلالات روانی شامل پنج دسته به شرح زیر می‌باشد: ۱- اختلالات اضطرابی^۲، ۲- اختلالات خلقی یا عاطفی^۳، ۳- روان‌گسیختگی^۴، ۴- اختلالات شخصیت^۵ و ۵- اختلالات روانی - فیزیولوژیک^۶.

اختلالات روانی، یکی از بیماری‌های شایع در عصر کنونی است. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند افراد دارای اختلال روانی، نیازمندترین انسان‌ها هستند. با نگاهی گذرا به روند بیماری‌های روانی و رفتاری و مشکلات ناشی از آن در سطح دنیا، لزوم توجه جدی به تشخیص، مراقبت و پیگیری شاخص‌های سلامت روان را به‌خصوص برای خانواده‌ها و بازماندگان سوانح رانندگی که یک عامل مستقیم و بدون واسطه برای بروز اختلال روانی و برهم‌زننده سلامت روانی است، بیش‌ازپیش موردتأکید قرار می‌دهد. برخی از این آمارها عبارتند از: ۴۵۰ میلیون نفر در سطح جهان مبتلا به اختلالات روانی، در جهان ۱۵۱ میلیون نفر مبتلا به افسردگی، ۲۶ میلیون نفر مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۱۲۵ میلیون نفر معتاد به الکل، ۴۰ میلیون نفر مبتلا به صرع، ۲ درصد از مردم مبتلا به اختلالات شدید روانی (نظیر اسکیزوفرنیا، دمانس، عقب‌ماندگی ذهنی، آسیب‌های مغزی) و ۳-۴ درصد مردم به اختلالات خفیف روانی نظیر اضطراب، افسردگی، وسواس مبتلا هستند. در کشورهای درحال توسعه، از هر ۵

1-DSM-4 -Diagnostic and Statistical Manual

2- Anxiety disorders

3- Mood disorders or emotional

4- Schizophrenia

5- personality disorders

6- psycho-physiological disorders

بیمار روانی، ۴ نفر هیچ خدمات درمانی دریافت نمی‌کنند. از هر ۱۰ نفر بیمار اسکیزوفرنی، ۷ نفر درمان نمی‌شوند. سالیانه ۸۴۴ هزار نفر بر اثر خودکشی می‌میرند. تا سال ۲۰۳۰ میلادی، افسردگی به‌تنهایی بالاترین بار بیماری‌ها را در جهان به خود اختصاص خواهد داد. بیش از ۸۰ درصد بار بیماری‌های جهان به علت اختلالات روانی کشورهای توسعه نیافته است. بیماران روانی نظیر افراد مبتلا به افسردگی و اسکیزوفرنیا، ۴-۶ برابر بیشتر از سایر افراد جامعه دچار مرگ زودرس می‌شوند. افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی، قبل از ۵۵ سالگی دچار سکت و بیماری‌های قلبی می‌شوند و کمتر از ۵ سال پس از آن زنده می‌مانند. ۴۰ درصد کشورها از امکانات آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه برخوردار نیستند. در کشورهای درحال توسعه، گاهی تا ۹۰ درصد مبتلایان از درمان محروم می‌مانند. ۶۹ درصد تخت‌های بیماران روانی در بیمارستان‌های تخصصی هستند. در بین علل اختلالات روانی، به ترتیب افسردگی با ۲۶ درصد، اعتیاد ۲۴ درصد و اختلالات دوقطبی با ۱۲ درصد از علل مهم بار بیماری‌های روانی کشور محسوب می‌شود.

همچنین بر اساس پژوهش دیگری که در سال ۱۳۷۸ در خصوص مسیر مراجعه بیماران روانی به بیمارستان تخصصی انجام گردیده است، مشخص شد که ۸۴/۳ درصد افراد در نخستین اقدام برای درمان خود به پزشکان عمومی، ۱۴/۵ درصد به درمانگران سنتی و ۴۲/۵ درصد کل افراد در طول مدت بیماری خود به دعانویس مراجعه می‌کنند. علاوه بر موارد فوق، آخرین وضعیت اختلالات روانی مطابق پیمایش کشوری سلامت روان حاوی نکات تکان‌دهنده‌ای است؛ مانند اینکه ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵-۶۴ سال حداقل مبتلا به یکی از اختلالات روانی بوده و نیازمند درمان هستند. علاوه بر ۲۳/۶ درصد فوق، نزدیک به ۱۳ درصد جمعیت نیز افرادی هستند که بیمار نیستند، ولی به دلایل مختلف (مشکلات زناشویی، خانوادگی، تحصیلی و شغلی) نیازمند استفاده از خدمات سلامت روانی هستند. همچنین باید در

نظر داشت که مراجعه به سرویس‌های خدماتی بهداشت و درمان به خاطر مشکلات روانی بسیار کمتر از بیماری‌های جسمانی صورت می‌پذیرد که یکی از این دلایل این امر، انگ بیماری روانی، ماهیت این اختلالات، باورهای سنتی و عدم دسترسی به این خدمات می‌باشد. نکته مهم آنکه میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری و مراجعه به نخستین درمانگر، ۴ سال طول کشیده است و میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به روان‌پزشک ۵ سال بوده است. این امر بیانگر غفلت نظام اجتماعی از توجه به حوزه سلامت روان است (دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۹۲، به نقل از حسینی، ۱۳۹۴).

با جمع‌بندی مطالب فوق می‌توان گفت بهداشت روانی از آن‌جهت که رابطه مستقیمی با عملکرد فردی - اجتماعی و آسیب‌های روانی - اجتماعی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است. از دیگر سو، موضوع بهداشت روانی و تأمین آن باید برای مردم، سازمان‌ها و دولت‌ها بسیار مهم باشد؛ چراکه با کارایی فردی و اجتماعی افراد در کنار آن با پیشرفت‌های علمی، صنعتی و غیره جامعه گره خورده است. همان‌طور که گفته شد، حوادث و سوانح رانندگی بر ابعاد، روانی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌محیطی، انسانی و کارکردهای خانواده تأثیر می‌گذارد (وانگ، تسای و الاین بووند، ۲۰۰۵).

یافته‌های مطالعات متعدد نشان‌دهنده بروز عوارض روانی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال تصادف‌های رانندگی است (مایو، اهلرس و هوبس، ۲۰۰۰؛ اوو، چاین و ما، ۲۰۰۵؛ ذهندر، میولی و لاندولت، 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 آسیب‌ها، سلامت و عملکرد کلی خانواده‌ها را تحلیل می‌برد (جبالی، هوصایت، السلام و ذرایکت، ۲۰۱۳). در سطور فوق نیز اشاره شد که آمار تلفات و زخمیان تصادف‌های رانندگی در سال ۱۳۹۳، ۷۸ هزار و ۹۵۲ نفر اعلام

کرده است که آمار بسیار قابل توجهی است. همچنین تعداد تلفات و جانباختگان سال اخیر (سال ۱۳۹۳)، ۱۶ هزار و ۸۷۳ نفر اعلام شده است. با توجه به این نکته که مرکز آمار ایران در آخرین سرشماری (۱۳۹۰)، متوسط تعداد افراد خانوار (پدر و مادر و فرزندان) ایران را ۳/۵ نفر اعلام کرده است، می‌توان گفت که به‌طور تقریبی سالانه ۶۰ هزار نفر از اعضای جامعه درگیر در تصادفی‌هایی هستند که به مرگ یکی از عزیزانشان منجر شده است. توجه به این آمار بسیار بالای ۶۰ هزار نفری در هر سال که درگیر در حوادث دل‌خراش رانندگی هستند و مطالعه و بازپروری و توان‌بخشی روحی روانی این افراد مبرهن به نظر می‌رسد.

با توجه به مطالب گفته‌شده در باب آمار و ارقام سوانح رانندگی و نیز افراد درگیر در این حوادث و نیز آمار بالای خانواده‌های افراد متوفی و نیز با توجه به تبعات مختلف آن حوادث، از جمله اثراتی که بر سلامت روان و بهداشت روان افراد بازمانده و خانواده‌ها می‌گذارد و همچنین با توجه به اهمیت رسیدگی به مسئله بهداشت روان، در این پژوهش در پی آن خواهیم بود که به شناسایی انواع مشکلات و اختلال‌های روانی ناشی از بروز حادثه منجر به مرگ برای خانواده‌هایی که در سوانح رانندگی عزیزان خود را از دست می‌دهند، بپردازیم؛ بدان گونه که به مقایسه وضعیت سلامت و اختلال روان در بازماندگان سوانح رانندگی و افراد عادی بپردازیم تا ببینیم آیا وضعیت سلامت و اختلال روان در بازماندگان سوانح رانندگی و افراد عادی باهم متفاوت است یا خیر؟ و به‌طور ویژه در پی پاسخ به نه سؤال ذیل هستیم: ۱- آیا میزان رنج‌های جسمانی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۲- آیا میزان وسواس بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۳- میزان حساسیت در روابط متقابل بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۴- آیا میزان افسردگی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۵- آیا میزان اضطراب بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی

متفاوت است؟ ۶- آیا میزان پرخاشگری بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۷- آیا میزان ترس بیمارگونه بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۸- آیا میزان افکار پارانوئید بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟ ۹- آیا میزان روان‌پریشی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است؟

پیشینه تحقیق

در زمینه تأثیر سوانح و حوادث بر سلامت روان تا به حال پژوهش‌های نسبتاً محدودی انجام گرفته و بیشتر منعطف به تأثیر سوانح (همه سوانح طبیعی و غیرطبیعی) بر اختلال استرس پس از سانحه بوده است. لذا در این بخش به پژوهش‌های نزدیک به موضوع این پژوهش اشاره می‌گردد. در پژوهش احمدی، همه کودکان در چند هفته اول دچار مشکلات مهم خواب بودند و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رؤیاهای وحشتناک داشتند. همگی آن‌ها نسبت به خوابیدن در محل‌های سرپوشیده و استفاده از انواع وسایل حمل و نقل احساس خطر می‌کردند. فراوانی بیماری روانی تا سال‌ها پس از فاجعه در اطفال از شیوعی نظیر بزرگسالان برخوردار است (نقل از علیزادگان و همکاران، ۱۳۸۸). فرح‌بخش (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف تعیین پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از سوانح رانندگی منجر به مرگ در خانواده‌های بازمانده انجام داد. وی نشان داد که پیامدهای سوانح رانندگی فقط به آسیب‌های فیزیکی و خسارت‌های مالی محدود نمی‌شود، بلکه شرایط، مسائل و مشکلات خاصی که خانواده‌های قربانیان پس از فقدان با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند، ممکن است به ایجاد مشکلات روان‌شناختی اعضای این خانواده‌ها بینجامد. نتایج به‌دست‌آمده از بررسی نمونه مورد مطالعه نشان‌دهنده بروز نشانگان افسردگی، انواع حالات اضطرابی، استرس پس از سانحه، اختلالات سازگاری، فوبی مرگ، ترس

شدید و نشانه‌های سوگ عارضه‌دار 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.

حسن‌نیا، فرح‌بخش، سلیمی و وازپور (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «پیامدهای روان‌شناختی سوانح رانندگی منجر به مرگ در خانواده قربانیان» نشان دادند که بروز نشانگان افسردگی، انواع حالات اضطرابی، استرس پس از سانحه اختلالات سازگاری، فوبی مرگ، ترس از مسافرت و رانندگی و نشانه‌های سوگ عارضه‌دار 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.

صفری و اسکندری (۱۳۸۴) در یک بررسی با عنوان «مشکلات روانی توأم با استرس پس از سانحه در حوادث غیرمترقبه» نشانگان اختلال استرس پس از سانحه را در بازماندگان بین ۵ تا ۷۵ درصد گزارش کردند. سیار رودسری، شادمان و زرگر (۱۳۸۱) در پژوهشی با عنوان «بررسی همه‌گیرشناختی تروماهای مرتبط با وسایل نقلیه در کودکان تهرانی: لزوم تدوین و اجرای طرح‌های پیشگیری از تروما» انجام دادند؛ آن‌ها نشان دادند که از مجموع ۷ هزار و ۸۱۵ مورد ترومای منجر به بستری، ۲ هزار و ۲۲۶ مورد آن را کودکان و نوجوانان سنین زیر ۱۹ سال به خود اختصاص داده‌اند که از میان آن‌ها علت آسیب در ۹۰۱ بیمار (۴۰ درصد) تصادفات رانندگی بوده است. شایع‌ترین گروه سنی، نوجوانان ۱۶-۱۸ ساله بوده‌اند (۳۴/۱ درصد) و پسران ۳/۵ برابر دختران دچار سوانح رانندگی شده‌اند. عابران پیاده با ۵۲/۳ درصد (۴۷۱ مورد) و موتورسواران با ۲۵/۴ درصد (۲۶۹ مورد) بیشترین مصدومان سوانح رانندگی به شمار می‌روند. تابستان، شایع‌ترین فصل حادثه‌خیز بوده است (۳۰ درصد

موارد، حدود ۲۶۹ بیمار)؛ شلوغ‌ترین ساعات وقوع صدمات رانندگی بین ساعات ۱۲ ظهر و ۶ عصر بوده است. آسیب‌های وارده به سر در ۷۹ درصد موارد (۷۱۹ مورد) بیشترین تعداد بیماران را شامل شده و آسیب اندام‌های تحتانی و فوقانی با ۳۲۲ و ۳۰۸ مورد، شایع‌ترین اعضای آسیب‌دیده پس از آسیب‌های سر به شمار می‌روند.

بارون^۱ (۲۰۱۰) در تحقیقی نشان داد که غیبت پدر به هر دلیل (زندانی شدن، طلاق و مرگ) بر پیشرفت تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی و خودگردانی فرزندان تأثیر منفی می‌گذارد. القبری^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «اثرات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی پیامد تصادف‌های رانندگی» نشان داده است که تصادفات رانندگی از عوامل ایجادکننده فوبی‌های خاص همچون فوبی مرگ، مسافرت و تصادف است. در پژوهش دیوید و همکاران (۲۰۰۵) میزان اختلالات روانی در بین بازماندگان گردباد اندرو ۵۱ درصد تخمین زده شده است؛ ۳۶ درصد این افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، ۳۰ درصد دچار افسردگی اساسی و ۲۰ درصد مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند. نتایج یک پژوهش طولی بر روی بازماندگان گردباد در سریلانکا نشان داد که تا ۵۰ درصد بازماندگان تا یک سال پس از وقوع گردباد دچار اختلالات روانی بوده‌اند.

در مطالعه‌ای که به دنبال وقوع زلزله‌ای مخرب در هندوستان در سال ۱۹۹۶ میلادی صورت پذیرفت، ۵۹ درصد بازماندگان مبتلا به اختلالات روانی قلمداد شدند که از این میزان، ۲۳ درصد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و ۲۱ درصد مبتلا به افسردگی اساسی بودند. هرچند به‌طور معمول در سال دوم پس از سانحه اختلالات روانی کاهش می‌یابد؛ ولی در مواردی عوارض به‌صورت مزمن و پایدار باقی می‌ماند (به نقل از علیزادگان و همکاران، ۱۳۸۸). لاندالت، ولرات، تیم، گنهم و سنهازر^۳

1- Baron

2- Al Ghaberi

3- Landolt, Vollrath, Timm, Gnehm & Sennhauser

(۲۰۰۵) نیز در مطالعات خود بر روی کودکان آلمانی و سویسی با عنوان «پیش‌بینی علایم استرس پس از سانحه در کودکان پس از حوادث جاده‌ها» نشان دادند که بروز نشانگان اختلال اضطراب پس از سانحه در بین کودکان از شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی متعاقب حوادث رانندگی است.

مایو و برایانت^۱ (۲۰۰۲) نیز در پژوهشی با عنوان «عواقب ناشی از تصادفات جاده برای انواع مختلف کاربران جاده» به نتیجه رسیدند که قربانیان حوادث رانندگی با وجود گذشت چندین سال از حادثه همچنان ترس شدیدی از مسافرت، رانندگی و استفاده از وسایل نقلیه را نشان می‌دهند. گودمن، براون، کورتنی و گوریان^۲ (۲۰۰۲) در تحقیقی با عنوان «کمک‌کردن به کودکان پس از مرگ و ترومای ناشی از سانحه» بیانگر آن است که مهم‌ترین واکنش فوری کودکان پس از بروز سوانح، همراه با انواع حالات اضطرابی، افسردگی، خشونت و رفتارهای ستیزجویانه، اعتمادبه‌نفس پایین، مشکلات جسمانی بوده و واکنش سوگ نیز به وجود آمدن نشانگان اختلال استرس پس از سانحه است.

1- Mayou & Bryant

2-Goodman, Brown, Courtney & Gurian

مقایسه آسیب‌های روانی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی

جدول ۱. خلاصه نتایج پژوهش‌ها درباره تأثیر سوانح بر افراد و خانواده‌های آنان

ردیف	نام نویسنده	عنوان مطلب	سال	نتایج و پیشنهادها به صورت خیلی خلاصه
۱	فرح‌بخش	پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از سوانح رانندگی منجر به مرگ در خانواده‌های بازمانده	۱۳۹۲	ایجاد مشکلات روان‌شناختی اعضای خانواده‌هایی که در سوانح رانندگی، کسی را از دست می‌دهند.
۲	حسن‌نیا و همکاران	پیامدهای سوانح رانندگی بر اساس تجارب خانواده‌های متوفی	۱۳۹۲	تأثیر منفی سوانح رانندگی بر پنج طبقه اصلی فشار اقتصادی و فقر خانواده، مسائل شغلی و تحصیلی، مشکل در تعاملات اجتماعی و پیامدها بر کیفیت زندگی خانواده‌های حادثه‌دیده
۳	صفری و اسکندری	مشکلات روانی توأم با استرس پس از سانحه در حوادث غیرمترقبه	۱۳۸۸	نشانه‌گان اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان بین ۵ تا ۷۵ درصد گزارش شده است.
۴	شادمان و زرگر	بررسی همه‌گیرشناختی تروماهای مرتبط با وسایل نقلیه در کودکان تهرانی: لزوم تدوین و اجرای طرح‌های پیشگیری از تروما	۱۳۸۱	آسیب‌های روان‌شناختی و جسمانی شدید به سانحه‌دیده‌ها
۵	احمدی	بررسی آسیب‌های روان‌شناختی کودکان سانحه	بی تا	دارای مشکلات خواب و ترس از تاریکی و تنهایی و افکار مزاحم هنگام استراحت و رؤیاهای وحشتناک بودند.
۶	بارون	مقایسه موفقیت تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی و خودمختاری در کودکان با حضور پدر و گروه بدون پدر	۲۰۱۰	غیبت پدر به هر دلیل (زندانی شدن، طلاق و مرگ) بر پیشرفت تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی و خودگردانی فرزندان تأثیر منفی می‌گذارد.
۷	دیوید و همکاران	تأثیر سانحه طوفان اندرو بر بازماندگان	۲۰۰۵	وجود اختلال‌های اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و اختلالات اضطرابی در خانواده‌های افراد متوفی
۸	لانداالت و همکاران	پیش‌بینی علایم استرس پس از سانحه در کودکان پس از حوادث جاده‌ها	۲۰۰۵	بروز نشانه‌گان اختلال اضطراب پس از سانحه در بین کودکانی که پدر خود را از دست می‌دهند.
۹	مایو و بریانت	عواقب ناشی از تصادفات جاده برای انواع مختلف کاربران جاده	۲۰۰۲	باوجود گذشت چندین سال از حادثه همچنان ترس شدیدی از مسافرت، رانندگی و استفاده از وسایل نقلیه وجود دارد.
۱۰	گودمن	کمک‌کردن به کودکان پس از مرگ و ترومای ناشی از سانحه	۲۰۰۲	مهم‌ترین واکنش فوری کودکان پس از بروز سوانح، همراه با انواع حالات اضطرابی، افسردگی، خشونت و رفتارهای ستیزجویانه، اعتمادبه‌نفس پایین، مشکلات جسمانی بوده و واکنش سوگ نیز به‌وجودآمدن نشانه‌گان اختلال استرس پس از سانحه است.

جدول ۱، نتایج پژوهش‌های داخلی و خارج از کشوری را نشان می‌دهد که به تأثیر و عواقب سوانح رانندگی در خانواده‌های افراد متوفی و نیز بعضاً بر افراد آسیب‌دیده از

سوانح رانندگی پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش‌ها همگی حاکی از آن است که سوانح رانندگی باعث بروز آسیب‌های روان‌شناختی مهمی برای افراد می‌گردد. در اکثر موارد مشاهده می‌شود که سوانح و حوادث رانندگی باعث بروز اختلال‌های روان‌شناختی متعدد باهم در افراد می‌شود.

مبانی نظری تحقیق

در این قسمت از پژوهش به ارتباط و منطق تأثیر سوانحی مانند سانحه رانندگی منجر به مرگ بر سلامت روان‌شناختی بازماندگان پرداخته می‌شود؛ و دلایلی که این تأثیر را بر بازماندگان توجیه می‌کند، ارائه می‌کنیم. یکی از منطق‌ها و دلایل تأثیر سانحه منجر به مرگ برای بازماندگان، ترس از آینده بعد از سانحه است. ترس از تنهایی، احساسی است که زنان بیش از مردان ابراز می‌کنند. این ترس بیشتر از این نگرانی ناشی است که آیا شریک زندگی دیگری خواهند داشت؟ ترس و یأس از اینکه نتوانند بدون یک مرد زندگی کنند و فرزندان خویش را به تنهایی اداره کنند و شغلی بیابند و از نظر مالی، خود و فرزندان‌شان را اداره کنند و غیره. این ترس‌های واقعی از تردیدهای واقع‌بینانه درباره مسائل مالی، بازار کار، مشکلات بزرگ کردن فرزندان به تنهایی و تغییر در زندگی فردی و اجتماعی ناشی است. مرگ همسر به‌طور ناگهانی یا پیش‌بینی نشده برای همه اعضای خانواده، علی‌الخصوص فرد، یک شوک محسوب می‌شود. در این هنگام، بحران عاطفی رخ می‌دهد. احساس انسان با عقل منطبق نیست و واکنش‌های فرد غیرارادی است و در اکثر موارد دچار درماندگی می‌شود. در اولین مرحله، انسان هنوز نمی‌داند باید واقعیت جدایی را بپذیرد یا نه؟ آیا تنها خواهد ماند؟ آیا در آینده همسری مناسب پیدا خواهد کرد؟ (سوزان فوروارد، ترجمه شیما نعمت‌اللهی، ۱۳۸۸).

نبود رضایت زناشویی در فقدان همسر یکی دیگر از دلایل ایجاد اختلال روان‌شناختی است. کمبل و همکارانش، اثر متغیرهایی چون وضع ازدواج و سن را بر رضایت از زندگی مطالعه کرده‌اند. یکی از قوی‌ترین همبستگی‌های آماری، میان رضایت از زندگی و وضع ازدواج بوده است. افراد مطلقه (که می‌توان از لحاظ ازدست‌دادن همسر، آن را با ازدست‌دادن همسر مقایسه کرد) کمترین میزان رضایت را ابراز کرده‌اند. کمبل اظهار می‌کند که سه نوع رضایت قابل تفکیک است؛ رضایت ناشی از برخورداری و درآمد مناسب، رضایت ناشی از بودن و این‌که ما چه کسی هستیم و رضایت ناشی از ارتباط که به رابطه اجتماع از حیث شدت و درگیری عاطفی برمی‌گردد. به اعتقاد وی، رضایت ناشی از بودن با احساس کنترل بر زندگی خود در مقابل این احساس که زندگی توسط نیروهای بیرون از ما کنترل می‌شود، مرتبط است. رضایت از رابطه نیز از دو جهت بر رضایت از زندگی اثر دارد؛ از یک‌سو با تأمین نیازهای عاطفی - شناختی و حتی مالی و از سوی دیگر از طریق مهار تمایلات افراد، از آرزوهای بی‌پایان و ارضانشدنی آنان جلوگیری می‌کند (عبدی و گودرزی، ۱۳۸۸).

دلیل دیگر در راستای تأثیر سوانح بر بازماندگان را می‌توان چنین عنوان کرد؛ فقدان همسر و تنهایی موجب می‌شود که فرد مخصوصاً زنان به ناراحتی‌های روحی و جسمی دچار شوند و همچنان نیازهای عاطفی خود را در شوهر نداشته خود جستجو کنند. کمبود معاشرت و تفریح به علت مسائل شهرنشینی در کلان‌شهر، مشکلات عاطفی زن را می‌افزاید. البته مشکلات روحی به مراتب بیش از صدمات جسمانی آن می‌باشد. بعد عاطفی جدایی علی‌القاعده برای زن و مرد مساوی است، مگر شرایط دیگری آن را تغییر دهد. لذا احساس خسارت بیشتر توسط زن در مسئله جدایی، به دوگانگی موقعیت اجتماعی و اقتصادی زن و مرد در جامعه بازمی‌گردد. زن مطلقه به علت عدم استقلال اجتماعی فاقد پایگاه اجتماعی معینی بوده و به خانواده پدر یا

برادر وابسته است (فرجاد، ۱۳۸۲).

مشکل دوگانگی نقش برای والد باقی مانده از دیگر توجیحاتها است. زنان در ارتباط با فرزندان خود علاوه بر مشکل اقتصادی با دوگانگی نقش مواجه می‌شوند و نبود نقش پدر، فرزندان را دچار مشکل می‌کند. زن بیوه برای فرزندان هم باید پدر باشد، هم مادر و مرد نیز متعاقباً چنانچه کودک با او زندگی کند، باید هم نقش مادر و هم نقش پدر را بر عهده بگیرد (فرجاد، ۱۳۸۲).

انزوای اجتماعی و اختلال در هویت اجتماعی با ازدست‌دادن تکیه‌گاه از دیگر منطق‌های قابل‌ارجاع است. وضعیت زن یا شوهر پس از ازدست‌دادن یکدیگر، روندی از محرومیت‌های گوناگون، طرد اجتماعی، اختلال در مناسبات اجتماعی دوران زندگی مشترک در یک دوره کوتاه و یا یک دوره طولانی عدم ارتباط با محیط بیرونی، فقدان همدل و همراز و نبودن محل زندگی مستقل برای طرفین است. طلاق، شرایطی را ایجاد می‌کند که به ازدست‌دادن حمایت اجتماعی خانواده از فرد مطلقه، کاهش نفوذ اجتماعی وی و حتی گاه تضعیف موقعیت‌ها و فرصت‌های اجتماعی فرد منجر می‌شود. در برخی مواقع، رفتار جامعه با زنان مطلقه به گونه‌ای است که احساس می‌کنند دیگر جایی در جامعه ندارند. فرد مطلقه نه در مقام یک مجرد است و نه در مقام یک متأهل. جامعه، تعریف و جایگاه مناسبی را برای وی در نظر نمی‌گیرد و نگرش منفی نسبت به فرد مطلقه وجود دارد؛ گویی آنان افرادی بوده‌اند که از تمایلات و خواهش‌های خود پیروی کرده و از برخورد با واقعیات زندگی خودداری کرده‌اند و منافع خود را بر مصالح خانواده ترجیح داده‌اند (فرجاد، ۱۳۸۲). در واقع ارزیابی بسیار منفی جامعه از طلاق به ارزیابی منفی از شخصیت زن و شوهری که جدا شده‌اند، تعمیم داده می‌شود (ادیب، ۱۳۸۴).

بیش‌برانگیختگی بعد از سوانح و تأثیر بر سلامت روان، یک دلیل دیگر است. کودکان و بزرگسالان ممکن است برانگیختگی روانی رو به افزایشی را پس از

حوادث آسیب‌زا از خود نشان دهند؛ بنابراین افراد ممکن است عصبی، بی‌قرار و دلواپس باشند و خیلی زود وحشت‌زده شوند. آن‌ها ممکن است تحریک‌پذیر شده، دچار گوش‌بزندگی مفرط شوند و یا مشکلات تمرکز حواس پیدا کنند. عملکرد فرد از لحاظ روابط دوستانه و خانوادگی، عملکرد شغلی و تحصیلی به شدت تحت تأثیر بیش‌برانگیختگی قرار می‌گیرد. شواهد کافی دال بر افزایش این نوع برانگیختگی روانی در رابطه با تجربه‌کردن خاطرات آزاردهنده وجود دارد. تأثیر منفی و مستقیم برانگیختگی بیش‌ازحد روی زندگی فرد و نقش احتمالی‌اش در تقویت دیگر علائم استرس‌زای آزاردهنده پس از فاجعه بدین معنی است که این ناحیه یکی از بخش‌های مهم مداخله و پیشگیری در این زمینه است. آموزش مهارت‌های آرام‌سازی در آماده‌سازی فرد برای رویارویی و مواجهه تدریجی با عوامل موجود بیش‌برانگیختگی نقشی اساسی ایفا می‌کنند (علیزادگان و همکاران، ۱۳۸۸).

تأثیر افکار مزاحم بعد از سانحه نیز عامل ایجاد اختلال می‌باشد. از جمله پریشانی‌آورترین پدیده‌هایی که کودکان و بزرگسالان بعد از حوادث مصیبت‌بار تجربه می‌کنند، خاطرات، افکار و احساسات مزاحم هستند. این خاطرات ممکن است ناخوانده و ناخواسته در هر زمانی از روز به علت افسردگی یا در پاسخ به یادآوری‌کننده‌های محیطی به ذهن بیایند. ممکن است شب‌هنگام به شکل کابوس‌ها یا خواب‌های وحشتناک ظاهر شوند. از آنجاکه این خاطرات خیلی روشن و ترسناک هستند، در نتیجه فشار روانی زیادی را به فرد تحمیل می‌کنند. بسیاری از افراد به دنبال چنین تجربه‌ای ترس از دیوانه‌شدن و یا ترس از دست‌دادن کنترل خود را دارند. از این رو یکی از اهداف اصلی جلسات مشاوره گروهی، فهماندن این نکته به افراد است که چنین واکنش‌هایی طبیعی هستند و باعث جنون نمی‌شوند و همچنین باید مهارت‌هایی را در جهت کنترل نسبت به این خاطرات تکرارشونده به آن‌ها یاد داد تا بتوانند این خاطرات را کنترل کنند (علیزادگان و همکاران، ۱۳۸۸).

استرس والدگیری، دلیل با اهمیت دیگر عدم صحت و سلامت روان‌شناختی در والدی می‌گردد که در سانحه‌ای همسر یا شریک زندگی خود را از دست می‌دهد. از دیگر متغیرهایی که در روند رشد کودکان تأثیرگذار است و به نظام یا سیستم بوم‌شناختی رشد کودک مربوط می‌شود، استرس والدگری می‌باشد که این مفهوم نه به خود کودک بلکه به والدین او و مخصوصاً مادر برمی‌گردد و تبعات آن هم به مادر و هم به فرزند منعکس می‌شود. لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴) معتقدند که تجربه استرس زمانی به وقوع می‌پیوندد که مطالبات بر منابع سازگاری فرد غلبه دارند. استرس والدینی را می‌توان اختلاف ادراک‌شده بین مطالبات موقعیتی برخاسته از وظیفه والدینی و ظرفیت‌های موجود والدین در نظر گرفت (آبیدین^۲، ۱۹۹۵). البته باید همواره این موضوع را موردتوجه قرار داد که برخی از این مطالبات می‌توانند از واقعیات نشئت نگرفته باشند. استرس والدینی می‌تواند عواقب زیادی داشته باشد، از جمله می‌تواند عملکرد فرزند را کاهش دهد (کرنیک و فردریک^۳، ۲۰۱۲)، مشکلات رفتاری ایجاد کند (لوینسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۸) نارضایتی را در والدین افزایش دهد (کوئسک و کوئسک، ۱۹۹۰)، رضایت زناشویی را کاهش دهد (لاوی، شارلین و کتز، ۱۹۹۶) و مواردی همچون اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی در فرزند، میزان طلاق در بین والدین تا دو برابر فرزندان عادی گزارش شده است (ویمبیز و همکاران، ۲۰۰۸؛ نقل از فانی، ۱۳۹۴).

والدینی که درگیر پرورش فرزندی تک‌والدی هستند، غالباً در مقایسه با والدینی که دارای فرزندی با رشد بهنجار و عادی هستند، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. علت، احتمالاً آن است که این والدین به زمان و منابع بیشتری برای پاسخ به مطالبات

1- Lazarus & folkman

2-Abidin

3- Crnic & Friedrich

4- Lewinsohn

مربوطه نیازمند هستند؛ همچنین خود بچه‌ها نیز از نعمت وجود یک خانواده منسجم و یک والد محروم هستند (بنت، انگلیس، رینالدسون و استارزا و اسمیت، ۲۰۱۲). به نقل از فانی، (۱۳۹۴). استرس فرزندپروری، نوعی اضطراب و تنش افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد - کودک وابسته است (آبیدین، ۱۹۹۵). برداشت والدین از رفتار کودک، در دسترس بودن منابع کمک به آن‌ها در فرزندپروری و احساس شایستگی‌های آن‌ها در ارتباط با بزرگ کردن فرزندان، همگی عناصر مهمی در استرس والدگری هستند.

پدیده اجتناب، یک عامل نظری توجیه‌کننده اختلال بعد از سانحه برای بازماندگان می‌باشد. اجتناب ممکن است شناختی و آگاهانه باشد (تلاش برای فکر نکردن و به خاطرنیاب کردن وقایع آزاردهنده)؛ یا اینکه ممکن است به صورت یک رفتار باشد (تلاش در جهت اجتناب از عوامل یادآورنده حوادث آسیب‌زا و آزاردهنده، مانند بعضی از مکان‌ها و افراد؛ و اجتناب از صحبت در مورد حادثه). علایم اجتنابی بنا به دو دلیل عمده باید به عنوان اهداف مداخلات در نظر گرفته شوند؛ نخست اینکه اجتناب ممکن است باعث ایجاد محدودیت‌هایی در عملکرد فرد شود که در این صورت تأثیری مستقیم بر روی زندگی فرد دارد؛ دوم اینکه اگرچه اجتناب ممکن است باعث فراغت خیال موقتی و کوتاه‌مدت شود؛ اما در درازمدت مشکلات را باقی نگاه خواهد داشت. علایم آزاردهنده می‌توانند سبب بروز رفتار اجتنابی گردند و به دنبال اجتناب، پردازش اطلاعات در مورد حادثه مختل می‌گردد و نهایتاً چرخه معیوبی تشکیل می‌شود که نتیجه آن، تشدید علایم است. همچنین باید به خاطر داشته باشیم که هرچند اجتناب در کوتاه‌مدت سبب آرامش می‌گردد؛ ولی در درازمدت سبب اضطراب و تنش بیشتری خواهد بود (علیزادگان و همکاران، ۱۳۸۸).

اختلال خواب بعد از سانحه و سلامت روان نیز عاملی مهم محسوب می‌شود. می‌توان گفت که تقریباً تمامی بازماندگان حوادث غیرمترقبه برخی مواقع در یک

مقطع زمانی دچار اختلال خواب می‌شوند. تمامی تغییراتی که در پیرامون افراد رخ داده‌اند، اعم از ازدست‌دادن عزیزان، ترس از وقایع احتمالی آینده، ازدست‌دادن دارایی‌ها و تغییر محل سکونت می‌توانند به مشکل خواب منجر شوند. مشکل خواب می‌تواند به‌تنهایی و یا همراه با سایر علائم، خصوصاً علائم بیش‌برانگیختگی وجود داشته باشد. اختلال معمولاً به‌صورت اشکال در به‌خواب‌رفتن، عدم تداوم خواب و کابوس‌های شبانه است. اشکال در خواب علاوه بر این‌که به‌خودی‌خود برای فرد آزاردهنده است، سبب می‌شود برقراری تعادل روانی به تأخیر افتاده و خود نیز تحت تأثیر سایر علائمی همانند تکرار افکار مزاحم قرار می‌گیرد. به‌واقع، علائم مختلفی که به دنبال زلزله در افراد دیده می‌شوند، می‌توانند به تشکیل یک چرخه معیوب منجر شده و نهایتاً یکدیگر را تشدید کنند. از سوی دیگر خستگی روزانه و عدم تجدید قوا طی ساعات شب می‌تواند سبب صدمه به سیستم قلبی - عروقی و سیستم ایمنی گردیده و فرد را مستعد بروز بیماری‌ها کند (بیکر^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

واکنش سوگ بعد از سانحه و سلامت روان از جمله مهم‌ترین عوامل نظری ایجاد اختلال بعد از سانحه برای بازماندگان می‌باشد. سوگ، واکنشی است که به‌طور طبیعی در پاسخ به ازدست‌دادن و فقدان آنچه فرد بدان وابستگی داشته رخ می‌دهد. فقدان می‌تواند به دلیل ازدست‌دادن بستگان و دوستان، دارایی‌ها و متعلقات و یا آینده شغلی فرد باشد. باید به خاطر داشت و تأکید کرد که بروز سوگ کاملاً طبیعی است و اصولاً به دنبال حوادث غیرمترقبه به‌طور طبیعی، انتظار چنین واکنشی را داریم. واکنش سوگ، مجموعه‌ای از هیجانات است که بسته به فرهنگ حاکم بر جامعه، متفاوت می‌باشد. به‌طور طبیعی انتظار می‌رود که این واکنش طی دو ماه مرتفع شود. شدت علائم و زمان بروز آن‌ها نیز در تعیین طبیعی یا غیرطبیعی بودن این واکنش نقش دارند، مجموعاً شدت واکنش سوگ باید متناسب با فقدان باشد که فرد با آن مواجه

است، در فاصله دو ماه رفع گردد و به‌طور تأخیری آغاز نشده باشد. علایم آن باید به تدریج کاهش یافته و فرد داغ‌دار باید بتواند طی دو ماه به سطح قبلی عملکرد خود برگردد. در واقع سوگ، فرایندی است که نهایتاً به پذیرش ترک وابستگی‌ها به وسیله انسان منجر می‌گردد. در برخی از موارد به غلط افراد از ابراز احساسات، گریه کردن و سوگواری منع می‌شوند و خودداری از بروز احساسات به «مقاومت» تعبیر می‌گردد. در شرایط خاصی، احتمال بروز سوگ بیمارگونه افزایش می‌یابد، از جمله در مواردی که فقدان بسیار وسیع بوده، همراه با وحشت‌زدگی فراوان رخ داده باشد و یا بسیار سریع رخ دهد؛ همچنین در مواردی که فرد از قبل آسیب‌پذیری بالایی داشته، منزوی بوده و فاقد شبکه حمایت اجتماعی بوده و یا دچار اختلالاتی از قبیل افسردگی بوده باشد. همچنین افرادی که به‌نوعی خود را در بروز حادثه و یا میزان اثرات ناشی از آن دخیل می‌دانند، بیشتر مستعد واکنش‌های غیرطبیعی به هنگام سوگواری هستند. نقش متخصصانی که در زمینه مداخلات روانی اجتماعی فعالیت دارند، تسهیل روند سوگواری است. در راه نیل به این هدف می‌توان از رهبران مذهبی نیز یاری جست (سوزان^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی مقایسه‌ای (واپس‌نگر) است که در آن، دو گروه افراد شامل خانواده‌های درجه یک بازمانده از سوانح رانندگی و گروه افراد غیرازآن، در زمینه سلامت روان‌شناختی با همدیگر مقایسه می‌شوند. مقیاس اندازه‌گیری پژوهش، کمی است؛ و از نظر هدف پژوهشی، کاربردی است.

متغیر وابسته در این پژوهش، اختلال روان‌شناختی است که از لحاظ مفهومی بدین صورت تعریف شده است: هریک از اختلالات روانی به صورت یک نشانگان یا

الگوی رفتاری یا روان‌شناختی مهم بالینی تصور شده است که در یک فرد روی می‌دهد و با ناراحتی (یک علامت دردناک) یا ناتوانی (تخریب در یک یا چند زمینه مهم عملکرد) یا با افزایش قابل‌ملاحظه خطر مرگ، درد، ناراحتی و ناتوانی یا فقدان مهم آزادی همراه است. به‌علاوه، این نشانگان یا الگو نباید صرفاً یک پاسخ قابل‌انتظار و تأییدشده فرهنگی در مقابل رویدادی خاص مثلاً مرگ یک شخص موردعلاقه باشد. اختلالات روانی شامل پنج دسته به شرح زیر می‌باشد: ۱- اختلالات اضطرابی، ۲- اختلالات خلقی یا عاطفی، ۳- روان‌گسیختگی، ۴- اختلالات شخصیت و ۵- اختلالات روانی- فیزیولوژیک (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). منظور از اختلال‌های روانی از نظر عملیاتی در این پژوهش، آن نمره‌ای است که توسط مقیاس چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-۹۰-R)^۱ ساخته‌شده به وسیله دراگوتیس، لیمین و کووی و دیگران (۱۹۷۳) به دست می‌آید.

این پژوهش دارای دو جامعه آماری است: ۱- کلیه بازماندگان (خانواده‌های) سوانح رانندگی منجر به فوت در سال ۱۳۹۴ و سال ۱۳۹۵ در سراسر کشور؛ ۲- خانواده‌های عادی و فاقد تصادف‌های رانندگی در سراسر کشور. نمونه این پژوهش شامل تعداد ۱۳۴ نفر از اعضای خانواده‌های کسانی بود که در سوانح رانندگی جان خود را از دست داده‌اند؛ در این پژوهش، نمونه موردنظر از نظر جنس، سن و نسبت خانوادگی با فرد متوفی کنترل شد و گروه نمونه به‌صورت همگن انتخاب شد. همچنین افراد گروه عادی به تعداد ۱۲۰ نفر از جامعه موردنظر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از گروه بازماندگان، بعد از طی مراحل نامه‌نگاری بین دانشگاه و نیروی انتظامی راهنمایی و رانندگی و نیز بین راهنمایی و رانندگی مرکز (تهران) با شهرستان‌ها، علاوه بر شهر تهران، پرسشنامه موردنظر

پژوهش برای شهرستان‌های استان فارس، خراسان جنوبی (شهر بیرجند)، سمنان (همه شهرستان‌ها)، گیلان (شهر رشت)، آذربایجان غربی (شهر ارومیه)، کهگیلویه و بویر احمد (شهر یاسوج) ارسال شد. پس از آن از طرف اداره راهنمایی و رانندگی، شهرهای نام‌برده با توجه به ثبت اسامی، آدرس و غیره خانواده‌های افراد متوفی، یک مأمور از طرف سازمان برای جمع‌آوری داده‌ها از خانواده متوفی به محل سکونت آن خانواده‌ها مراجعه و نسبت به تهیه و جمع‌آوری داده‌ای پژوهش اقدام می‌کرد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد ذیل بود: ۱- بستگان درجه‌یک‌بودن خانواده متوفی برای گروه بازماندگان، ۲- نگذشتن حداکثر بیش از یک سال از سانحه تصادف و ازدست‌دادن عضو خانواده برای گروه بازماندگان، ۳- داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی در حدی که تفهیم سؤال‌های ابزار پژوهشی به راحتی صورت گیرد و ۴- نداشتن سابقه بیماری‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی قبلی برای هر دو گروه.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-۹۰-R) بود. چک‌لیست نشانه‌های بیماری تجدیدنظرشده (SCL-۹۰-R)، یکی از پرستفاده‌ترین ابزارها است که فرم نهایی آن به وسیله دروگاتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۶ میلادی ساخته شد. این چک‌لیست شامل ۹۰ سؤال برای سنجش نشانه‌های روانی است و به وسیله پاسخگر گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان‌دادن جنبه روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. با استفاده از این ابزار می‌توان افراد سالم را از بیمار تشخیص داد. در واقع برای سنجش سریع، نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی مناسب است. این چک‌لیست را نباید یک مقیاس سنجش شخصیت تلقی کرد، بلکه بیشتر وسیله‌ای برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که طی یک فاصله زمانی یک‌هفته‌ای روی می‌دهد؛ و دارای مقیاس‌های خودبیمارانگاری، بُعد وسواس اجبار، بُعد حساسیت بین فردی، بُعد افسردگی، بُعد اضطراب، بُعد خصومت، بُعد فوییا، بُعد پارانویا، بُعد روان‌پریشی و

سؤال‌های اضافه است که این هفت سؤال تحت هیچ‌یک از ابعاد نه‌گانه نیست؛ این سؤالات از نظر بالینی اهمیت دارد؛ ولی به‌عنوان یکی از ابعاد آزمون نمره‌گذاری نمی‌شوند، اما به نمره‌های ضریب کلی ناراحتی اضافه می‌گردند. برای دستیابی به پاسخ آزمون با استفاده از طیفی که در پرسش‌نامه ثبت شده (هیچ، کمی تا حدی، زیاد، به‌شدت)، نمرات صفر تا چهار به میزان شدت طیف داده و بر اساس طبقه‌بندی سؤالات مجموع هر مقیاس را به دست آورده و با میانگین جامعه خود مقایسه می‌شود.

SCL-90-R برای نخستین بار در سال ۱۹۷۳ میلادی به‌وسیله دروگاتیس و همکاران ساخته شد و بعداً مورد تجدیدنظر قرار گرفت. دروگاتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۶ میلادی، فرم تجدیدنظر شده ۹۰ ماده‌ای را برای تعیین اعتبار هم‌زمان، همراه با MMPI در مورد ۱۱۹ آزمودنی داوطلب اجرا کردند که نتایج آن حاکی از همگرایی بالای این دو آزمون بود؛ به‌گونه‌ای که بالاترین همبستگی مربوط به افسردگی با $0/۷۳$ و پایین‌ترین آن مربوط به هراس با $0/۳۶$ بود. یاراحمدی و حقیقی در سال ۱۳۷۵، اعتبار آن را از طریق روش هم‌زمان و با استفاده از MMPI به دست آوردند که همبستگی بین حیطه‌های آن به ترتیب: $Ma=0/۴$ ، $Sc=0/۳۱$ ، $F=0/۴۶$ ، $Ph=0/۴۹$ ، $Pa=0/۵۶$ ، $Hs=0/۳۲$ ، $D=0/۲۹$ ، $Hy=0/۲۷$ و $Pd=0/۴۵$ بود که همگی در سطح $0/01$ معنی‌دار بودند. مرعشی و شکرکن در ۱۳۷۵، یاراحمدی و حقیقی در ۱۳۷۶ و نسبی و همکاران در ۱۳۸۵ پایایی این آزمون را به ترتیب $0/۹۵$ ، $0/۹۸$ و $0/۸۲$ گزارش کردند (کرمی، ۱۳۹۳). همچنین پایایی پرسشنامه در داخل کشور توسط رضاپور (۱۳۷۶) بین ۶۸ تا ۸۱ درصد، موسی (۱۳۷۷) بین ۶۴ تا ۸۹ درصد، رضایی (۱۳۷۹) ۶۲ تا ۹۱ درصد با روش آلفای کرونباخ به دست آمده است (به نقل از کرمی، ۱۳۹۳).

یافته‌های تحقیق

جدول ۱. فراوانی و درصد جنسیت اعضای نمونه دو گروه عادی و بازماندگان سانحه رانندگی

گروه	جنسیت	فراوانی	درصد	میانگین سنی
عادی	مرد	۷۸	۶۹/۶	۳۲/۷۲
	زن	۳۴	۳۰/۴	۳۳/۰۳
کل		۱۱۲	۰/۱۰۰	۳۲/۸۲
بازماندگان	مرد	۷۰	۵۲/۲	۳۷/۷۵
	زن	۶۴	۴۷/۸	۳۹/۶۲
کل		۱۳۴	۰/۱۰۰	۳۸/۶۸

جدول ۱، فراوانی و درصد جنسیت و میانگین سنی اعضای نمونه دو گروه عادی و بازماندگان سانحه رانندگی را نشان می‌دهد. این داده‌ها نشان می‌دهد که تعداد کل افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۴۶ نفر بوده که ۱۱۲ نفر را گروه عادی و تعداد ۱۳۴ نفر را بازماندگان سوانح رانندگی تشکیل می‌دادند. اکثریت افراد در گروه عادی، مرد با میانگین سنی ۳۲/۷۲ سال و زنان با میانگین سنی ۳۳/۰۳ سال بودند؛ در گروه بازماندگان سوانح رانندگی، تساوی تقریبی از لحاظ جنسیت برقرار بوده است. میانگین سنی مردان این گروه ۳۷/۷۵ سال و میانگین سنی زنان، ۳۹/۶۲ سال بود. در کل باید گفت که میانگین سنی افراد گروه بازماندگان سوانح رانندگی به‌طور متوسط ۶ سال میانگین سنی بیشتری از گروه عادی داشته‌اند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای سلامت روان‌شناختی در دو گروه

گروه	مؤلفه‌ها	میانگین	میانه	مد	انحراف استاندارد	واریانس	چولگی	کشیدگی
گروه عادی	پرخاشگری	۵/۲۵	۳/۵۰	۲	۴/۳۱	۱۸/۵۸	۱/۰۲	۰/۲۲۷
	اضطراب	۷/۶۳	۶	۱	۶/۰۸	۳۶/۹۸	۰/۸۷۷	-۰/۰۱۹
	وسواس	۱۱/۶۱	۱۰	۱۰	۶/۵۹	۴۳/۴۷	۰/۵۲۰	-۰/۳۴۳
	حساسیت فردی	۸/۵۶	۸	۸	۵/۳۹	۲۹/۱۰	۰/۷۱۱	۰/۳۶۶
	شکایت جسمانی	۱۰/۰۳	۸	* ۱	۷/۸۴	۶۱/۵۲	۱/۰۳	۱/۳۴
	روان‌پریشی	۷/۲۴	۶/۴۳	۱	۶/۰۵	۳۶/۶۳	۰/۸۳۱	۰/۱۰۳
	پارانویید	۶/۴۷	۶	۵	۴/۲۳	۱۷/۸۹	۰/۶۷۲	۰/۱۷۵
	افسردگی	۱۱/۳۴	۹	۲	۹/۲۸	۸۶/۱۴	۱/۱۰	۱/۰۱
	ترس مرضی	۵/۱۹	۴	۰	۴/۷۰	۲۲/۱۴	۱/۳۳	۲/۰۱
گروه بازماندگان	پرخاشگری	۷/۶۷	۷	۲	۴/۹۳	۲۴/۳۰	۰/۴۸۳	-۰/۳۴۶
	اضطراب	۱۲/۰۶	۱۲	۸	۷/۳۲	۵۳/۶۲	۰/۳۸۶	-۰/۵۰۲
	وسواس	۱۴/۶۵	۱۴	۷	۷/۶۹	۵۹/۲۵	۰/۱۸۵	-۰/۵۴۲
	حساسیت فردی	۱۱/۶۷	۱۱	۱۲	۶/۲۰	۳۸/۵۲	۰/۰۹	-۰/۶۳۵
	شکایت جسمانی	۱۶/۳۹	۱۵	۷	۹/۹۹	۹۹/۸۸	۰/۵۰	-۰/۳۴۶
	روان‌پریشی	۱۰/۱۹	۱۰	۷	۶/۳۶	۴۰/۵۷	۰/۴۲۹	-۰/۲۱۳
	پارانویید	۷/۵۰	۷	۷	۴/۶۵	۲۱/۶۳	۰/۴۵۴	-۰/۲۶۰
	افسردگی	۱۹/۲۶	۱۸	۱۵	۱۰/۶۴	۱۱۳/۲۱	۰/۳۹۰	-۰/۵۳۴
	ترس مرضی	۸/۱۳	۸	۳	۵/۵۱	۳۰/۳۶	۰/۵۹۰	-۰/۱۶۲

دارای چند مد بود که کوچکترین آن‌ها گزارش شد*

جدول ۲، آماره‌های توصیفی گرایش مرکزی و پراکندگی ۹ متغیر سلامت روان‌شناختی در دو گروه افراد عادی و بازماندگان سوانح رانندگی را نشان می‌دهد. یافته‌های این جدول حاکی از آن است که میانگین و سایر شاخص‌های گرایش مرکزی هر ۹ متغیر سلامت روان‌شناختی افراد گروه بازماندگان از سانحه رانندگی از افراد گروه سالم بالاتر می‌باشد. شاخص‌های چولگی برای گروه بازماندگان از سوانح رانندگی نیز در مقایسه با گروه عادی مقادیر کمتری را نشان می‌دهند که نشان از بیشتر بودن نمرات نامطلوب سلامت روان‌شناختی در این گروه نسبت به گروه عادی

مقایسه آسیب‌های روانی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی

است. به عبارتی ساده‌تر و با توجه به نمره‌گذاری ابزار سنجش سلامت روان‌شناختی که در آن، گزارش نمره بیشتر به معنای سلامت روان‌شناختی کمتر است، سلامت روان‌شناختی بازماندگان سوانح رانندگی از گروه افراد عادی کمتر گزارش شده است. شاخص کشیدگی منفی برای همه مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی در گروه بازماندگان سوانح رانندگی نیز گویای آن است که نمرات افراد این گروه به طرفین دو طیف گرایش داشته و با توجه به نمره بیشتر نامطلوب در مؤلفه‌های موردنظر می‌توان گفت که اکثر افراد این گروه به سمت نمره بیشتر در ابزار سنجش (وضعیت نامطلوب‌تر) گرایش داشته‌اند؛ بنابراین برای بررسی تفاوت‌های معنادار آماری، نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیر در ذیل ارائه می‌شود.

آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها برای هر دو گروه پژوهش در ۹ مؤلفه سلامت روان‌شناختی انجام شد. یافته‌ها حاکی از آن است که داده‌های موردنظر برای هر ۹ مؤلفه در هر دو گروه با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد ($P > 0/01$)؛ لذا پیش فرض موردنظر برقرار است.

جدول ۳. آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس

مقدار ام باکس	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱۱۸/۴۵	۲/۵۲	۴۵	۱۸۳۲۹۲/۳۶	۰/۰۰۰

جدول ۳ نتایج آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس را نشان می‌دهد. نتایج این آزمون، گویای آن است که ماتریس کوواریانس متغیرهای مشاهده شده در دو گروه باهم متفاوت است ($P < 0/01$)؛ بنابراین این پیش فرض برقرار نیست. در شرایط پیش آمده، بهترین راه حل برای استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، گزارش اثر پیلای (Pillai's Trace) به جای دیگر شاخص‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیره است (مایرز، گامست و گارینو، ترجمه پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۹۱).

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه در متغیرهای سلامت روان‌شناختی

آزمون	ارزش	مقدار f	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلای	۰/۱۸۱	۵/۷۷	۹	۲۳۶	۰/۰۰۰

جدول ۴، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه افراد عادی و بازماندگان سوانح رانندگی در متغیر سلامت روان‌شناختی را نشان می‌دهد. یافته‌های این جدول گویای آن است که تفاوت معناداری در متغیرهای سلامت روان‌شناختی بین دو گروه نام‌برده وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)؛ بنابراین برای بررسی تک‌به‌تک مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی نیز آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره در ذیل ارائه می‌شود.

جدول ۵. آزمون لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا

متغیرهای سلامت روان‌شناختی	مقدار f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پرخاشگری	۱/۶۷	۱	۲۴۴	۰/۱۹۶
اضطراب	۴/۰۷	۱	۲۴۴	۰/۰۴۵
وسواس	۳/۷۲	۱	۲۴۴	۰/۰۵۵
حساسیت فردی	۲/۸۷	۱	۲۴۴	۰/۰۹۱
شکایت جسمانی	۶/۸۷	۱	۲۴۴	۰/۰۱۲
روان‌پریشی	۰/۵۹۷	۱	۲۴۴	۰/۴۴۰
پارانوئید	۱/۰۸	۱	۲۴۴	۰/۲۹۸
افسردگی	۲/۹۳	۱	۲۴۴	۰/۰۸۸
ترس مرضی	۳/۸۷	۱	۲۴۴	۰/۰۵۰

جدول ۵، آزمون لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا را نشان می‌دهد. یافته‌های این جدول حاکی از آن است که مفروضه برابری واریانس‌های خطا برقرار است؛ لذا استفاده از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره بلامانع می‌باشد ($p < ۰/۰۱$).

مقایسه آسیب‌های روانی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره برای مقایسه دو گروه در متغیرهای سلامت روان‌شناختی

مجدور	سطح	مقدار	میانگین	درجه	مجموع	سلامت روان‌شناختی
اتا	معناداری	f	مجدورات	آزادی	مجدورات	
۰/۰۶۳	۰/۰۰۰	۱۶/۴۹	۳۵۷/۹۸	۱	۳۵۷/۹۸	پرخاشگری
۰/۰۹۶	۰/۰۰۰	۲۶/۰۲	۱۱۹۸۷۰	۱	۱۱۹۸۷۰	اضطراب
۰/۰۴۳	۰/۰۰۱	۱۰/۸۳	۵۶۴/۴۴	۱	۵۶۴/۴۴	وسواس
۰/۰۶۶	۰/۰۰۰	۱۷/۲۹	۵۹۲/۱۷	۱	۵۹۲/۱۷	حساسیت فردی
۰/۱۰۹	۰/۰۰۰	۲۹/۹۲	۲۴۶۷/۰۲	۱	۲۴۶۷/۰۲	شکایت جسمانی
۰/۰۵۳	۰/۰۰۰	۱۳/۶۵	۵۲۹/۶۱	۱	۵۲۹/۶۱	روان‌پریشی
۰/۰۱۳	۰/۰۷۲	۳/۳۷	۶۵/۱۷	۱	۶۵/۱۷	پارانویید
۰/۱۳۴	۰/۰۰۰	۳۷/۸۴	۳۸۱۸/۲۹	۱	۳۸۱۸/۲۹	افسردگی
۰/۰۷۵	۰/۰۰۰	۱۹/۶۹	۵۲۴/۳۹	۱	۵۲۴/۳۹	ترس مرضی

جدول ۶، آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره برای مقایسه دو گروه در متغیرهای سلامت روان‌شناختی را نشان می‌دهد. یافته‌های این جدول حاکی از آن است که دو گروه موردنظر در همه متغیرهای سلامت روان‌شناختی به‌غیر از متغیر افکار پارانویید دارای اختلاف معناداری هستند ($P < ۰/۰۱$). با توجه به یافته‌های توصیفی جدول ۲ باید گفت که بازماندگان سوانح رانندگی در ۸ مؤلفه موردنظر سلامت روان‌شناختی یعنی متغیرهای پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت فردی، شکایات جسمانی، روان‌پریشی، افسردگی و ترس مرضی به‌طور معناداری بالاتر از گروه جمعیت عادی هستند؛ و این بدان معناست که افراد گروه بازماندگان سوانح رانندگی به‌طور معناداری سلامت روان‌شناختی پایین‌تری از گروه عادی دارند که وضعیت بسیار نامطلوبی برای آن‌ها محسوب می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که سؤال‌های اول: «آیا میزان رنج‌های جسمانی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است»، سؤال دوم: «آیا میزان وسواس بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است»، سؤال سوم: «آیا میزان حساسیت در روابط متقابل بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است»، سؤال چهارم: «آیا میزان افسردگی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است»، سؤال پنجم: «آیا میزان اضطراب بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است»، سؤال ششم: «آیا میزان پرخاشگری بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است»، سؤال هفتم: «آیا میزان ترس بیمارگونه بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است» و سؤال نهم: «آیا میزان روان‌پریشی بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است» تأیید شدند؛ به‌طوری‌که در گروه بازماندگان سوانح رانندگی به‌طور معناداری رنج‌های جسمانی، میزان وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نیز میزان روان‌پریشی بیشتر را از خود نسبت به گروه جمعیت عادی گزارش کرده‌اند. در این پژوهش فقط سؤال هشتم: «آیا میزان افکار پارانوئید بازماندگان سوانح رانندگی با جمعیت عادی متفاوت است» رد شد، و نشان داده شد که دو گروه باهم تفاوت معناداری در میزان افکار پارانوئید ندارند.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده و نیز بیان پژوهش‌های همسو و ناهمسو به حالت کلی سلامت روان‌شناختی و بدون مجزا کردن مؤلفه‌ها اشاره می‌شود؛ زیرا پژوهشی یافت نمی‌شود که همانند این پژوهش به بررسی تک‌تک متغیرهای سلامت روان‌شناختی (همانند مؤلفه‌های موردسنجش توسط این ابزار پژوهشی و بر روی جامعه و نمونه آماری این پژوهش) پرداخته باشد؛ البته تا آنجا که مبنای نظری و پژوهشی در دسترس باشد و استدلال منطقی قابل‌ارائه باشد، به تبیین مؤلفه‌ها پرداخته می‌گردد.

نتایج به دست آمده این پژوهش با نتایج پژوهش‌های حسن‌نیا، فرح‌بخش، سلیمی و وازپور (۱۳۹۲) که در پژوهشی با عنوان پیامدهای روان‌شناختی سوانح رانندگی منجر به مرگ در خانواده قربانیان نشان دادند، نشانگان افسردگی، انواع حالات اضطرابی، استرس پس از سانحه، اختلالات سازگاری، فوبی مرگ، ترس از مسافرت و رانندگی، نشانه‌های سوگ عارضه‌دار وجود دارد، همسو بود. همچنین با پژوهش صفری و اسکندری (۱۳۸۴) که نشان دادند نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان حوادث رانندگی بالا است، همسو بود. همچنین با پژوهش القبری (۲۰۰۹) که نشان داده است تصادفات رانندگی از عوامل ایجادکننده فوبی‌های خاص همچون فوبی مرگ، مسافرت و تصادف است، با پژوهش مایو و بریانت (۲۰۰۲)، با پژوهش گودمن، براون، کورتنی و گوریان (۲۰۰۲) که نشان دادند کودکان پس از بروز سوانح، همراه با انواع حالات اضطرابی، افسردگی، خشونت و رفتارهای ستیزجویانه، اعتمادبه‌نفس پایین، مشکلات جسمانی و واکنش سوگ؛ به وجود آمدن نشانگان اختلال استرس پس از سانحه مواجه می‌شوند، همچنین با پژوهش لاندالت، ولراث، تیم، گنهم و سنهازر (۲۰۰۵) که نشان دادند بروز نشانگان اختلال اضطراب پس از سانحه در بین کودکان از شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی متعاقب حوادث رانندگی است و نیز با پژوهش بارون (۲۰۱۰) همسو بود. همچنین به نوعی با پژوهش کیوانلو ناصری‌زاده و اکبری (۲۰۰۹) که اثر اثرات نامطلوب حادثه خودکشی بر بازماندگان را نشان داده‌اند، همسو است.

در تبیین نتایج به دست آمده یعنی کاهش معناداری سلامت روان‌شناختی بازماندگان سوانح رانندگی (کسانی که حداقل یک نفر از بستگان درجه‌یک خود را در سانحه رانندگی از دست داده‌اند) نسبت به جمعیت عادی به دلایل چندی می‌توان اشاره کرد. ابتدا باید به واکنش‌ها و علایم شایع به دنبال فاجعه اشاره نمود. به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از فاجعه، دسته‌ای از علایم و اختلالات در افراد به وجود می‌آیند

که می‌تواند تأثیر معکوسی روی عملکرد آن‌ها داشته باشد. در برخی افراد تنها با یک تک‌علامت و در برخی دیگر ترکیبی از علائم را که در صورت عدم رسیدگی می‌توانند به اختلالات روانی مزمن منجر گردند، مواجه هستیم. میزان تأثیر افراد از وقایع اطراف تا حد زیادی تابعی از میزان آسیب‌پذیری قبلی، وسعت فاجعه و میزان تخریب و فقدان و همچنین وضعیت حمایت‌ها و رسیدگی بهنگام به مسائل روانی - اجتماعی افراد می‌باشد. علایمی که به‌طور شایع در بازماندگان فجایع دیده می‌شوند، عبارتند از موارد ذیل:

۱- افکار مزاحم: از جمله پریشانی‌آورترین پدیده‌هایی که کودکان و بزرگسالان بعد از حوادث مصیبت‌بار تجربه می‌کنند، خاطرات، افکار و احساسات مزاحم می‌باشند. این خاطرات ممکن است ناخوانده و ناخواسته در هر زمانی از روز به علت افسردگی یا در پاسخ به یادآوری‌کننده‌های محیطی به ذهن بیایند. ممکن است شب‌هنگام به شکل کابوس‌ها یا خواب‌های وحشتناک ظاهر شوند. از آنجاکه این خاطرات خیلی روشن و ترسناک هستند، در نتیجه فشار روانی زیادی را به فرد تحمیل می‌کنند. بسیاری از افراد به دنبال چنین تجربه‌ای ترس از دیوانه‌شدن و یا ترس از دست‌دادن کنترل خود را دارند.

۲- بیش‌برانگیختگی: کودکان و بزرگسالان ممکن است برانگیختگی روانی رو به افزایشی را پس از حوادث آسیب‌زا از خود نشان دهند؛ بنابراین افراد ممکن است عصبی، بی‌قرار و دلواپس باشند و خیلی زود وحشت‌زده شوند. آن‌ها ممکن است تحریک‌پذیر شده، دچار گوش‌بزدگی مفرط شوند و یا مشکلات تمرکز حواس پیدا کنند. عملکرد فرد از لحاظ روابط دوستانه و خانوادگی، عملکرد شغلی و تحصیلی به‌شدت تحت تأثیر بیش‌برانگیختگی قرار می‌گیرد. شواهد کافی دال بر افزایش این نوع برانگیختگی روانی در رابطه با تجربه‌کردن خاطرات آزاردهنده وجود دارد.

۳- اجتناب: اجتناب ممکن است شناختی و آگاهانه باشد (تلاش برای فکر نکردن و

به خاطر نیاوردن وقایع آزاردهنده؛ یا اینکه ممکن است به صورت یک رفتار باشد تلاش در جهت اجتناب از عوامل یادآورنده حوادث آسیب‌زا و آزاردهنده، مانند بعضی از مکان‌ها و افراد؛ و اجتناب از صحبت در مورد حادثه).

۴- اختلال خواب: می‌توان گفت که تقریباً تمامی بازماندگان حوادث غیرمترقبه برخی مواقع در یک مقطع زمانی دچار اختلال خواب می‌شوند. تمامی تغییراتی که در پیرامون افراد رخ داده‌اند، اعم از ازدست‌دادن عزیزان، ترس از وقایع احتمالی آینده، ازدست‌دادن دارایی‌ها و تغییر محل سکونت می‌توانند به مشکل خواب منجر شوند. مشکل خواب می‌تواند به تنهایی و یا همراه با سایر علایم - خصوصاً علایم بیش‌برانگیختگی - وجود داشته باشد. اختلال معمولاً به صورت اشکال در به خواب رفتن، عدم تداوم خواب و کابوس‌های شبانه می‌باشد. اشکال در خواب علاوه بر این که به خودی‌خود برای فرد آزاردهنده است، سبب می‌شود که برقراری تعادل روانی به تأخیر افتاده و خود نیز تحت تأثیر سایر علایم همانند تکرار افکار مزاحم قرار می‌گیرد. به‌واقع، علایم مختلفی که به دنبال سانحه در افراد دیده می‌شوند، می‌توانند به تشکیل یک چرخه معیوب منجر شده و نهایتاً یکدیگر را تشدید کنند. از سوی دیگر خستگی روزانه و عدم تجدیدقوا طی ساعات شب می‌تواند سبب صدمه به سیستم قلبی-عروقی و سیستم ایمنی گردیده و فرد را مستعد بروز بیماری‌ها کند.

۵- واکنش سوگ: سوگ، واکنشی است که به‌طور طبیعی در پاسخ به ازدست‌دادن و فقدان آنچه فرد بدان وابستگی داشته رخ می‌دهد. فقدان می‌تواند به دلیل ازدست‌دادن بستگان و دوستان، دارایی‌ها و متعلقات و یا آینده شغلی فرد باشد. واکنش سوگ، مجموعه‌ای از هیجانات است که بسته به فرهنگ حاکم بر جامعه متفاوت می‌باشد. به‌طور طبیعی انتظار می‌رود که این واکنش طی دو ماه مرتفع گردد. شدت علایم و زمان بروز آن‌ها نیز در تعیین طبیعی یا غیرطبیعی بودن این واکنش نقش دارند؛ مجموعاً شدت واکنش سوگ باید متناسب با فقدان باشد که فرد با آن مواجه است،

در فاصله دو ماه رفع گردد و به‌طور تأخیری آغاز نشده باشد. علایم آن باید به‌تدریج کاهش یافته و فرد داغ‌دار باید بتواند طی دو ماه به سطح قبلی عملکرد خود برگردد. در واقع سوگ، فرایندی است که نهایتاً به پذیرش ترک وابستگی‌ها توسط انسان منجر می‌شود. در برخی از موارد به غلط افراد از ابزار احساسات، گریه‌کردن و سوگواری منع می‌گردند و خودداری از بروز احساسات به مقاومت تعبیر می‌گردد. در شرایط خاصی احتمال بروز سوگ بیمارگونه افزایش می‌یابد، از جمله در مواردی که فقدان بسیار وسیع بوده، همراه با وحشت‌زدگی فراوان رخ داده باشد و یا بسیار سریع رخ دهد؛ همچنین در مواردی که فرد از قبل آسیب‌پذیری بالایی داشته، منزوی بوده و فاقد شبکه حمایت اجتماعی بوده و یا دچار اختلالاتی از قبیل افسردگی بوده باشد. همچنین افرادی که به‌نوعی خود را در بروز حادثه و یا میزان اثرات ناشی از آن دخیل می‌دانند، بیشتر مستعد واکنش‌های غیرطبیعی به هنگام سوگواری هستند (علیزادگان و همکاران، ۱۳۸۸).

از دیگر مواردی که در تبیین اثر ازدست‌دادن بستگان و مخصوصاً در تصادفات رانندگی باید به آن اشاره نمود، ترس از آینده بعد از سانحه است. انزوای اجتماعی و اختلال در هویت اجتماعی با ازدست‌دادن تکیه‌گاه، نکته‌ای دیگر است که برای خانواده‌ها و مخصوصاً زنانی که همسر خود را از دست می‌دهند، رخ می‌دهد و بر سلامت روان‌شناختی آنان اثر می‌گذارد. وضعیت زن یا شوهر پس از ازدست‌دادن یکدیگر روندی از محرومیت‌های گوناگون، اختلال در مناسبات اجتماعی دوران زندگی مشترک در یک دوره کوتاه و یا یک دوره طولانی عدم ارتباط با محیط بیرونی، فقدان همدل برای طرفین است. در واقع ارزیابی بسیار منفی جامعه از طلاق به ارزیابی منفی از شخصیت زن و شوهری که جدا شده‌اند، تعمیم داده می‌شود (ادیب، ۱۳۸۴). همچنین در بیانی دیگر می‌توان به یکی دیگر از منابع فشار بر خانواده بعد از حادثه اشاره نمود و آن استرس والدگری می‌باشد. والدینی که درگیر

پرورش فرزندی تک‌والدی هستند، غالباً در مقایسه با والدینی که دارای فرزندی با رشد بهنجار و عادی هستند، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (حسل، رز و مک داندل، ۲۰۰۵). علت این امر آن است که این والدین به زمان و منابع بیشتری برای پاسخ به مطالبات مربوطه نیازمند هستند؛ همچنین خود بچه‌ها نیز از نعمت وجود یک خانواده منسجم و یک والد محروم هستند (بنت، انگلیس، رینالدسون و اسمیت، ۲۰۱۲).

با توجه به نتایج پژوهش، نیاز رسیدگی و توجه به اهمیت بهداشت روان بازماندگان حوادثی همانند حوادث رانندگی لازم به نظر می‌رسد. تا سال‌های اخیر، سیاست‌گذاران بهداشتی در برابر وقایع آسیب‌زا کمتر به عوارض روان‌شناختی می‌پرداختند. طی سال‌های اخیر اهمیت رسیدگی سریع و بهنگام به واکنش‌های روانی افراد آسیب‌دیده در طی بلایایی همچون زلزله بر متولیان بهداشت محرز شده و به همین دلیل پرداختن به واکنش‌های روانی بازماندگان با هدف عادی‌سازی واکنش‌ها و جلوگیری از بروز عوارض دیرپا که به افت کیفیت زندگی و کاهش کارایی افراد منجر می‌گردد، از اهم اهداف فعالیت‌های متخصصان و کارشناسان بهداشت روان اعزامی به مناطق آسیب‌دیده محسوب می‌شود. حال باید گفت که با توجه به نتایج این پژوهش باید لزوم رسیدگی و توجه به بهداشت روان خانواده‌های حوادث رانندگی را که آمار مرگ‌ومیر و تلفاتی به‌مراتب بیشتر از بلایایی طبیعی در کشور به خود اختصاص داده است، پراهمیت شمرد. نتایج حاصل از اقدامات انواع مشاوره به دنبال سوانح در سایر کشورها، کاهش عوارض بعدی ناشی از فاجعه را نشان می‌دهد. چنین اقداماتی نه تنها به ارتقای سلامت روان بازماندگان کمک می‌کند، بلکه از همین طریق، نقشی مثبت در کاهش مشکلات جسمانی و سایکوسوماتیک که در دوران پس از سانحه افزایش می‌یابند، دارند؛ بنابراین در ایران نیز چنین حمایت‌هایی لازم است. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌های حوزه علوم انسانی خالی از کم‌وکاست

نمی‌باشد؛ از جمله نقاط ضعف این پژوهش می‌توان موارد زیر را نام برد:

- ۱- نبود امکان مطالعه و نیز کنترل متغیرهای مداخله‌گر دیگر در سلامت روان‌شناختی بازماندگان سوانح رانندگی؛
 - ۲- نبود امکان همانندسازی دو گروه نمونه پژوهش بر اساس متغیرهای مداخله‌گر، متغیرهای کنترل و مزاحم؛
 - ۳- عدم انتخاب و نمونه‌گیری تصادفی ساده؛
 - ۴- جامعه و نمونه آماری در این پژوهش از خانواده‌های بازماندگان سوانح رانندگی بود که به دلیل ویژگی‌ها و شرایط پیرامونی و روحی روانی خاص حاکم بر این جامعه آماری و نیز عدم دسترسی سهل‌الوصول به این افراد، امکان نمونه‌گیری گسترده را از پژوهشگر گرفت.
- با توجه به نقاط محدودیت و نقاط ضعف این پژوهش و تجربیات حاصل شده از اجرای آن، پیشنهادهای زیر جهت پژوهش‌های آینده ارائه می‌گردد:
- ۱- به پژوهش‌گران علاقه‌مند به بررسی و مطالعه در این حوزه پیشنهاد می‌گردد که مدل‌های پیش‌بینی برای بررسی سلامت روان‌شناختی را مطالعه، طراحی و اجرا کنند.
 - ۲- پیشنهاد می‌شود که سایر متغیرهای مؤثر در سلامت روان‌شناختی را از جمله زمان بروز سانحه، نسب با متوفی، سن متوفی، میزان وابستگی به متوفی، جنس متوفی و غیره را شناسایی، مطالعه یا کنترل کنند.
 - ۳- پیشنهاد می‌شود که گروه نمونه پژوهش را تا حد امکان به صورت معرف‌تر و با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انتخاب نمایند.
 - ۴- پیشنهاد می‌شود که گروه نمونه موردپژوهش را تا حد امکان به صورت هم‌تا انتخاب کنند.
 - ۵- پیشنهاد می‌شود که طرح‌های پژوهشی همانند در سطح ملی و با جمعیت و نمونه آماری گسترده انجام دهند.

منابع

- ادیب، محمدحسین. (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی ایران*. ۸۷. اصفهان: هشت بهشت.
- ایروانی، محمود و نجات، حمید. (۱۳۸۷). مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی. *فصل‌نامه اصول بهداشت روانی*، سال ۱، (۳)، ۱۶-۱۶۶.
- پایگاه تحلیل خبری صنعت حمل و نقل. (۱۳۹۴). *آمار تلفات و مجروحان حوادث جاده‌ای از سال ۸۴ تا ۹۲*. قابل دسترس در نشانی:
<http://www.tinn.ir/fa/doc/report/12750/>
- حسن‌نیا، صادق؛ فرح‌بخش، کیومرث؛ سلیمی، حسین و وازپور، شبنم. (۱۳۹۲). پیامدهای اقتصادی و اجتماعی سوانح رانندگی منجر به مرگ در خانواده‌های قربانیان، یک مطالعه‌ی کیفی. *سیزدهمین کنفرانس بین‌المللی مهندسی حمل و نقل و ترافیک*.
- حسینی، سمیرا. (۱۳۹۴). *بررسی میزان پیش‌بینی‌کنندگی سلامت روان‌شناختی و حمایت اجتماعی بر میزان ترک اعتیاد در معتادان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۸۰). *بررسی مقدمات اصول بهداشت روانی، روان‌درمانی و برنامه‌ریزی در مکتب اسلام*. چاپ سوم، مشهد: آستان قدس رضوی.
- سازمان پزشکی قانونی کشور. (۱۳۹۴). *مقایسه آمار متوفیات و مصدومان حوادث رانندگی در سه ماهه ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴*. قابل دسترس در نشانی:
<http://www.lmo.ir/index>
- سیار رودسری، بهمن؛ شادمان، مازیار و زرگر، موسی. (۱۳۸۱). بررسی همه‌گیرشناختی تروماهای مرتبط با وسایل نقلیه در کودکان تهرانی: لزوم تدوین و اجرای طرح‌های پیشگیری از تروما. *مجله پژوهشی حکیم*، ۲ (۵)، ۷۵-۸۲.
- صفری، مهدی و اسکندری، فاطمه. (۱۳۸۴). مشکلات روانی توأم با PTSD در حوادث غیرمترقبه. *دومین همایش علمی-تحقیقی مدیریت امداد و نجات*، ۲۷۶،

انتشارات مؤسسه عالی هلال احمر.

- عبدی، عباس؛ گودرزی، محسن. (۱۳۸۸). *تحولات فرهنگی در ایران*. انتشارات سروش، صص ۱۶۳-۱۶۴.

- علیزادگان، شهرزاد؛ یاسمی، محمدتقی؛ امین اسماعیلی، معصومه؛ محمودی قرائی، جواد؛ محسنی فر، ستاره؛ سردارپور گودرزی، شاهرخ؛ بینا، مهدی؛ میراب زاده، آرش و شمس، جمال. (۱۳۸۸). *حمایت‌های روانی - اجتماعی در زلزله و حوادث غیرمترقبه: کتابچه آموزشی متخصصین بهداشت روان*. چاپ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت: دفتر سلامت روانی، اجتماعی و مدارس - اداره سلامت روان.

- فانی، فرزانه. (۱۳۹۴). *مقایسه استرس والدگری مادران و اختلالات روان‌شناختی در کودکان مادران جداشده و هم‌تایان عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، پردیس بین‌المللی کیش دانشگاه تهران.

- فرجاد، محمدحسین. (۱۳۸۲). *آسیب‌شناسی اجتماعی و ستیزه‌های خانوادگی و طلاق*. تهران: منصوری، ۱۵۳.

- فرح‌بخش، کیومرث. (۱۳۹۲). *بررسی پیامدهای روانی و اجتماعی سوانح ترافیکی منجر به مرگ در خانواده‌های بازمانده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

- فوروارد، سوزان. (۱۳۸۸). *مردان زن‌ستیز (ترجمه شیما نعمت‌اللهی)*. ۳۳۵ و ۳۴۰، تهران: خجسته.

- قاضی طباطبایی، محمود و رضایی، مهدی. (۱۳۸۸). *ابعاد اجتماعی و فرهنگی تصادف‌های رانندگی در ایران، تحلیلی بر تعیین‌کننده‌ها*. *مجله انسان‌شناسی*، ۱۱ (۷)، ۱۲۶-۱۵۵.

- کرمی، ابوالفضل. (۱۳۹۳). فرم تجدید نظر شده SCL90-R. تهران: مرکز نشر روان‌سنجی.

- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰). متوسط تعداد افراد در خانوار کشور: (بعد خانوار) از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ (نفر). قابل دسترسی در نشانی: [/http://ecoview.ir/fa/news/343](http://ecoview.ir/fa/news/343)

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

- Al Ghaberi, 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.*

- American Psychiatric Association DSM-V development. (2012). Home / Proposed Revisions/ Obsessive-Compulsive and Related Disorders. <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/ObsessiveCompulsiveandRelatedDisorders.aspx>.

- American Psychiatric Association. (2013). diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

- Association, American Psychiatric. (2013). Diagnosis and statistical manual of mental disorders 5th revised Edn. Washington DC: American psychiatric pub.

- Baker, A. S., Litwak, S. D., Clapp, J. D., Beck, J. G., & Sloan, D. M. (2014). The driving behavior survey as a measure of behavioral stress responses to MVA- Related PTSD. *Behavior Therapy*, 45, 444-453.

- Baron, P. (2010). A comparative study of academic achievement, social skills, autonomy: College-aged males with or without their biological fathers. Retrieved from: http://digitalcommons.providence.edu/socialwrk_students/60.

- Crnic, K., Friedrich, W. N., & Greenberg, M. (2012). Adaptation of family with mentally retarded children: a model of stress, coping and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 125-138.

- 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.

- 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.
- Lazarus, s. & s. folkman. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York. Springer.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinson, I. H., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117.
- Mayou, R., & Bryant, B. (2002). Outcome 3 years after a road traffic accident. *Psychological medicine*, 32(4), 671-675.
- Mayou, R., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 176(6), 589-593.
- 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.
- Suzanne Robic, Cecilia Nauczyciel1, Thibaut Dondaine, Marc Verin, Gabriel Robert, Dominique Drapier1, Florian Naudet1, and Bruno. (2013). the nucleus accumbens: a target for deep brain stimulation in resistant major depressive disorder. *Journal of Molecular Psychiatry*, 1-12.
- 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.
- 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.
- Zehnder, D., Meuli, M., & Landolt, M. A. (2010). Effectiveness of a single session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomized controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 4 (7), 1-10.

