

## Effectiveness of psycho-social skill training packages for drivers on their emotional management and mental health

Shokoohi-Yekta M. *PhD*<sup>✉</sup>, Akbari-Zardkhaneh S. *PhD*<sup>1</sup>, Pooran F. *MSc*<sup>1</sup>

<sup>✉</sup> *Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran*

<sup>1</sup> *Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*

Received: 2014.6.25

Accepted: 2015.5.15

### Abstract

**Introduction:** According to the studied literature, driving accidents followed by cardiovascular diseases, is the second cause (the first in the age group below 40 years) leading to deaths in Iran. Based on research, accidents are affected by mental health status, behavioral problems and attitudes of drivers. The aim of the present study is to prepare psycho-social skill training packages for drivers and investigating its effectiveness on mental health. Its negative effects such as anxiety and aggression have been also studied.

**Method:** The present study was a quasi-experimental design with a single pretest - posttest group. The sample included 350 bus drivers in Tehran whom were randomly divided into 10 groups and received training. All the participants, in both the two stages of pre-test and post-test completed the Redford's Williams Hostility Inventory, Trait-State Anxiety Inventory of Adulthood and Mental Health Inventory. The educational package of the psycho-social intervention for drivers was carried out in 9, 80 minute sessions at the Khaje- Nasir University. For data analysis, the dependent t-test and repeated measures were used.

**Results:** Results of the hostility scale showed that means of pre-test and post-test have no significant difference with each other. In addition, the findings of the t-test on state anxiety showed that the mean of pre-test and post-test do not have any significant difference either. Results of the mental health scale(with two subscales) showed that the means of the pre-test and post-test did not have any significant differences. Also the effects on psychological distress component was higher than psychological well-being.

**Conclusion:** Participating in the workshop, has led to decreasing the mean level of hostility, anxiety and psychological distress, although the difference was not considerable. The training package of psycho-social skills also has led to increasing the mean of psychological well-being and reducing psychological distress.

**Keywords:** Social Skill Training, Driver, Mental Health, Psychological Well-Being, Emotional Management

## اثربخشی آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی بر مدیریت هیجانی و سلامت روان رانندگان

محسن شکوهی یکتا<sup>✉</sup>، سعید اکبری زردخانه<sup>۱</sup>، فاطمه پوران<sup>۱</sup>

<sup>✉</sup>گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران  
<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۴

### چکیده

**مقدمه:** آمارهای گزارش شده در ایران حاکی از آن است که حوادث رانندگی پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین و در گروه سنی زیر ۴۰ سال اولین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود. بر اساس برخی از پژوهش‌ها، تصادفات بیشتر از وضعیت سلامت روانی، مشکلات رفتاری و نگرش رانندگان ناشی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تهیه بسته آموزشی مهارت‌های روانی اجتماعی رانندگان و بررسی اثربخشی آن بر بهزیستی روانشناختی و مدیریت هیجانی آنان از جمله اضطراب و پرخاشگری انجام شده است.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک گروهی است. گروه نمونه به صورت دردسترس شامل ۳۵۰ نفر از رانندگان شرکت واحد اتوبوس‌رانی شهر تهران بود که به صورت تصادفی در ۱۰ گروه تقسیم و آموزش‌های موردنظر را دریافت کردند. آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سیاهه احساس خصومت رادفورد-ویلیامز، سیاهه اضطراب حالت-صفت بزرگسالان و سلامت روانی (شامل بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی) پاسخ دادند. بسته آموزشی مداخلات روانی-اجتماعی رانندگان در قالب ۹ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای در دانشگاه خواجه نصیرالدین طوسی اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل‌های مجزای آزمون t وابسته و اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از داده‌های مقیاس احساس خصومت و مقوله اضطراب حالت نشان داد، میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری ندارند. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس سلامت روانی (با دو خرده‌مقیاس) نشان داد، نیم‌رخ میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد و اثربخشی مداخله بر مؤلفه درماندگی روان‌شناختی بیشتر از بهزیستی روانشناختی بوده است.

**نتیجه‌گیری:** شرکت در این دوره آموزشی، به کاهش میانگین گروه در احساس خصومت، اضطراب حالت و درماندگی روان‌شناختی منجر شده است، اگرچه این تفاوت چندان چشمگیر نیست. شرکت در دوره آموزشی مهارت‌های روانی-اجتماعی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی شده است.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش مهارت‌های اجتماعی، راننده، سلامت روانی، بهزیستی روانشناختی، مدیریت هیجان

## مقدمه

سالانه بیش از پنج میلیون نفر در سراسر جهان به علت حوادث جان خود را از دست می‌دهند و حوادث رانندگی موجب مرگ ۱۲۴۰۰۰۰ نفر و آسیب‌دیدگی بیش از ۵۰ میلیون نفر می‌شود [۱]. حوادث رانندگی پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین و در گروه سنی زیر ۴۰ سال اولین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود [۲]. آمار استخراج‌شده در ایران حاکی از آن است که ۱۶ هزار و ۸۷۲ نفر در تصادفات سال ۱۳۹۳ جان خود را از دست داده‌اند و از این میان مرگ پنج هزار و ۸۸۸ نفر مربوط به تصادفات درون‌شهری بوده است. درحالی‌که میزان بروز مرگ ناشی از تصادف در جهان ۸/۲۰ درصد از کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص می‌دهد [۳]. بر اساس آمار مرکز تصادفات وسایل نقلیه (Motor Vehicle Accident Center, MVA) در سال ۱۹۹۸، نقص مکانیکی ماشین و رانندگی خشونت‌بار به ترتیب ۱۰ درصد و ۹۰ درصد در بروز تصادفات سهیم بوده‌اند. این آمار نشان می‌دهد که تصادفات بیشتر از وضعیت سلامت روان، مشکلات رفتاری و نگرش رانندگان ناشی می‌شود. رانندگی پراسترس و همچنین ضعف در مهارت‌هایی مثل حل مسئله، مدیریت خشم و ارتباط مؤثر با بروز تصادفات در ارتباط است [۴].

امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت به‌طور اعم و در روانشناسی به‌طور اخص در حال شکل‌گیری و گسترش است که هدف آن تمرکز روی بهزیستی روان‌شناختی است. ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی فرد می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود [۵].

سلامت روان به‌عنوان سطحی از بهزیستی روان‌شناختی یا عدم وجود یک بیماری روانی تعریف شده است. از دیدگاه روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روان شامل توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی و برقراری تعادل بین فعالیت‌های زندگی و تلاش برای کسب تاب‌آوری روان‌شناختی است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را به‌عنوان «حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را درک کند و بتواند با تنش‌های طبیعی زندگی مقابله کند» تعریف کرده است. در این تعریف اشاره شده است که سلامت به معنای داشتن توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی است و سلامت تنها نداشتن بیماری یا عقب‌ماندگی نیست بلکه بهره‌مند بودن از بهزیستی روان‌شناختی را نیز در بر می‌گیرد [۶].

استوری، آهرن و تاکت [۷] در مطالعه خود نشان دادند برخی از مشکلات سلامت روانی از جمله افسردگی، استرس، اضطراب و پرخاشگری شایع‌تر هستند و برخی دیگر مثل اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی از شیوع کمتری برخوردارند.

به اعتقاد روگلبیگ موفقیت و شکست یک سازمان به عملکرد کارکنان آن بستگی دارد و بخش اعظم تلاش مدیران و روانشناسان با هدف

بهبود عملکرد شغلی کارکنان به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم صورت می‌گیرد [۸]. عواطف و هیجانات مثبت نقش مهمی در پیش‌بینی موفقیت و پیشرفت شغلی افراد ایفا می‌کند [۹]. یافته‌های یک پژوهش نشان داد که هیجانات منفی بر عملکرد تکلیفی و رفتار مدنی سازمانی کارمندان اثر مستقیم دارد [۱۰].

پژوهش‌های انجام‌شده در میان مدیران، آموزگاران، رانندگان درون‌شهری و جاده‌ای و مؤسسات خدماتی و سلامت نیز نشان می‌دهند که استرس شغلی یک پدیده‌ی فراگیر است [۱۱]. بنابر گزارش شاخه‌ی فناوری و علم (Science and Technology Branch, STB) سازمان اف بی آی، میزان استرس شغلی در سال ۲۰۰۵ نسبت به سال ۲۰۰۰ تا حد چشمگیری افزایش یافته است. رانندگی از جمله مشاغل است که تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل محیطی پیش‌بینی‌ناپذیر و متغیر است. برخی از مطالعات نشان می‌دهد که رانندگان در مقایسه با دیگر شاغلین به‌طور محسوسی بیشتر در معرض هیجانات منفی چون خشم و استرس هستند [۱۲].

بسیاری از عواطف (خشم، استرس، غمگینی، احساس گناه) به‌خودی‌خود مشکل‌زا نیستند؛ بلکه به دلیل شدت، فراوانی یا اهمیتشان بر رفتار تأثیر می‌گذارند [۱۳]. استرس به‌عنوان انتظار انطباق، مقابله و سازگاری از سوی ارگانسیم تعریف شده است [۱۴]. استرس ناشی از شغل استرس فرد بر سر شغل خاص است که از کنش متقابل بین شرایط کار و ویژگی‌های فردی شاغل به وجود می‌آید به‌گونه‌ای که خواسته‌های محیط کار و فشارهای مرتبط با آن بیش از تحمل فرد است [۱۵]. خشم حالت عاطفی و هیجانی شدید در پاسخ به یک محرک خاص است که می‌تواند برای فرد مشکل‌زا و دلیلی برای جستجوی درمان شود [۱۶]. عدم کنترل خشم علاوه بر ایجاد مشکلات بین فردی، شغلی، جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران می‌تواند درون‌ریزی‌شده و مشکلات جسمی و روانی مختلف مثل زخم معده، سردردهای میگرنی و افسردگی را در فرد به وجود بیاورد [۱۷].

آندروود [۱۸] نشان داد که بین استرس، خشم و وقوع تصادف بعد از آن رابطه وجود دارد. پژوهش‌ها بر این امر دلالت می‌کنند که اکثر رانندگان، تجربه نوعی از رفتار پرخاشگرانه را داشته‌اند. گزارش‌های اخیر نشان می‌دهد بروز رانندگی پرخاشگرانه از سال ۱۹۹۰، ۵۱ درصد افزایش یافته است و در هر سال حدود هفت درصد به افزایش خود ادامه خواهد داد [۱۹].

اصطلاح خشم جاده‌ای (Road Rage) نخستین بار در سال ۱۹۸۸ [۲۰] مورد استفاده قرار گرفت و در سال ۱۹۹۷ در واژه‌نامه آکسفورد به‌عنوان خشم پرخاشگرانه ناشی از استرس و ناکامی رانندگی در ترافیک سنگین تعریف شد. /اسمارت و من [۲۱] خشم جاده‌ای را اقدام به ترساندن، تهدیدکردن، زخمی کردن یا کشتن رانندگان دیگر یا عابران پیاده می‌داند. در زمینه‌یابی انجام‌شده توسط انجمن آمریکایی کاربران وسایل نقلیه موتوری (American Association of Motor Vehicle) [۲۲] ۹۰ درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش داده‌اند که در سال گذشته در یک

اندیشی می‌تواند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند [۳۸].

ژانگ [۳۹] در پژوهش خود به این نتیجه دست‌یافت که آموزش مهارت مدیریت استرس به رانندگان تأثیر چشمگیری بر توانایی رانندگان در هدایت استرس و کنترل خشم داشت و در نهایت منجر به کاهش تصادفات ناشی از ترافیک شد. همچنین نتایج مطالعه‌ای [۴۰] حاکی از آن است که آموزش‌های روان‌شناختی به رانندگان پرخاشگر، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر کاهش اضطراب، خشم و پرخاشگری آن‌ها مؤثر بوده است.

با توجه به اینکه حوادث رانندگی خصوصاً در کشور ما، به‌عنوان یکی از تهدیدکننده‌های اصلی حوزه سلامت به شمار می‌رود و حمل‌ونقل درون‌شهری یکی از سیستم‌هایی است که مردم روزانه و به‌طور مستمر با آن سروکار دارند، آموزش‌های روان‌شناختی به رانندگان به‌منظور پیشگیری از بروز حوادث رانندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. علیرغم فراهم شدن بسترهای آموزشی لازم از سوی سازمان‌ها و ارگان‌های مختلف، هنوز هم جای خالی یک نظام آموزشی هدفمند و منسجم به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب و خشم و پرخاشگری و ارتقای سطح سلامت روان رانندگان به چشم می‌خورد. پژوهش حاضر با هدف تهیه بسته آموزشی مهارت‌های روانی- اجتماعی به رانندگان و بررسی اثربخشی آن بر هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب و پرخاشگری انجام شده است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی (quasi-experimental) با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک گروهی است. گروه نمونه به‌صورت در دسترس شامل ۳۵۰ نفر از رانندگان شرکت واحد اتوبوس‌رانی شهر تهران بود که برای شرکت در این دوره توسط شرکت واحد معرفی شده بودند. سن این افراد بین ۲۶ تا ۶۱ سال با میانگین ۴۳/۵ سال (با انحراف استاندارد ۹/۹۴) و سابقه شغلی ایشان نیز از صفر تا ۴۲ سال با میانگین ۱۰/۰۹ سال (با انحراف استاندارد ۱۱/۵۰) بود. ۹۳/۸۰ درصد این رانندگان متأهل و بقیه مجرد و تحصیلات اکثر آن‌ها دیپلم (۴۸/۵ درصد) و سیکل (۳۰ درصد) گزارش شده است. این گروه از افراد به‌صورت تصادفی در ۱۰ گروه تقسیم و آموزش‌های موردنظر را دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شد در دو مرحله پیش و پس‌آزمون 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 پژوهش حاضر شد. در پایان مرحله گردآوری داده‌ها و پس از حذف ابزارهای تکمیل شده به‌صورت ناقص، ۱۰۳ نفر از شرکت‌کنندگان به سیاهه احساس خصومت رادفورد - ویلیامز (Redford-Williams Hostility Inventory, RWHI)، ۹۸ نفر به سیاهه اضطراب حالت- صفت بزرگسالان

خشم جاده‌ای درگیر شده‌اند و ۶۰ درصد آن‌ها پذیرفته‌اند در هنگام رانندگی استرس بالایی را تجربه می‌کنند.

رانندگان تمایل دارند به‌صورت افراطی به تهدیدهای دریافت شده واکنش نشان دهند. زمانی که یک راننده دیگر مرتکب خطا می‌شود، برای راننده دشوار است که تنها با عبارت "معذرت می‌خواهم" او را ببخشد. در مقابل، ماشین محیطی را فراهم می‌آورد که افراد در آن برای ابراز خشم خود احساس امنیت می‌کنند. یک ماشین به راننده‌اش قدرت، حفاظت و توانایی فرار آسان می‌دهد. بنابراین عجیب نیست که رفتار خصومت‌آمیز در میان رانندگان شیوع بالایی دارد [۲۳، ۲۴، ۲۵].

برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که میزان خشم و پرخاشگری رانندگان با مهارت آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر مرتبط است. ارتباط را می‌توان به‌عنوان تبادل افکار، پیام‌ها، احساسات یا اطلاعات از طریق گزاره‌های کلامی و غیر کلامی مثل حالات چهره و بدن تعریف کرد [۲۶]. ملتا [۲۷] در پژوهش خود به این نتیجه دست‌یافت که رانندگان با مهارت‌های ارتباطی مؤثرتر، کمتر خشم جاده‌ای را تجربه کرده بودند. اجتماعی شدن یا آموختن چگونه اجتماعی زیستن، در رشد و تعالی فرد و جامعه نقش محوری دارد. اجتماعی شدن حاصل سازوکار اصلی روانی - اجتماعی تکوین شخصیت است و دو سازوکار بنیادین این فرایند عبارت‌اند از یادگیری و درونی کردن [۲۸]. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده مهارت‌های اجتماعی مناسب موجب افزایش سلامت روان می‌شود. افرادی که از مهارت‌های اجتماعی بهتری برخوردار هستند در مقابله با موقعیت‌های سخت و تنش‌زا از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری استفاده می‌کنند [۲۹].

بر اساس یافته‌های یک پژوهش [۳۰] افرادی که در آزمون بهره‌مندی از مهارت‌های زندگی مثل مدیریت خشم، مدیریت استرس، مدیریت زمان و برقراری ارتباط مؤثر نمره کمتری کسب کرده بودند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند و بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب و پرخاشگری قرار داشتند. یافته‌های حاصل از پژوهش‌های متعدد حاکی از تأثیر آموزش مدیریت خشم [۳۱، ۳۲]، آموزش مدیریت استرس [۳۳] و آموزش مهارت‌های ارتباطی [۳۴] در کاهش استرس و پرخاشگری است. زمانی که افراد تحت استرس هستند، باید مهارت‌های مقابله‌ای لازم جهت مدیریت استرس را داشته باشند [۳۵]. مدیریت استرس، توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور را ارتقا می‌بخشد. این مداخله از عناصری مثل افزایش آگاهی از استرس، آموزش تن‌آرامی (relaxation training) شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی و آموزش حل مسئله تشکیل شده است [۳۶]. این آموزش‌ها به افراد کمک می‌کند کمتر هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه کنند و در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات واکنش‌های سازگارانه‌تری از خود نشان دهند [۳۷] سوری، حجازی و ژهای در پژوهش خود نشان دادند که مثبت

برای آن در یک نمونه ۲۰ نفری، ۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۵ بوده است. همچنین روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۴۵].

**سیاهه سلامت روانی - ۲۸:** این ابزار ۲۸ آیتم دارد که توسط ویت و ویر (۱۹۸۳) 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. همستگی این ابزار با پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire, GHQ) در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بوده که نشان‌دهنده روایی همزمان (concurrent) این ابزار است [۴۶]. در این پژوهش قابلیت اعتماد این ابزار با روش آلفای کرونباخ برای هر دو خرده‌مقیاس ۰/۹۱ و به روش دونیمه کردن برای خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۸ و برای درماندگی روان‌شناختی ۰/۷۴ بوده است.

بسته آموزشی مداخلات روانی-اجتماعی رانندگان با هدف ارتقاء قابلیت‌های درون و بین‌فردی ایشان، در قالب ۹ جلسه طراحی شد. این بسته مشتمل بر بخش‌های مدیریت خشم (۴ جلسه)، رانندگی انتقام‌جویانه (یک جلسه)، ارتباط مؤثر (یک جلسه) و مدیریت استرس (۳ جلسه) بود. مدت‌زمان در نظر گرفته‌شده برای هر یک از جلسات ۸۰ دقیقه بود که به‌صورت هفته‌ای دو جلسه انجام می‌گرفت. اهدافی که در هر یک از بخش‌ها مدنظر بود به شرح جدول ۱ است.

(State-Trait Anxiety Inventory for Adult, STAI) و ۱۱۵ نفر به سیاهه سلامت روانی - ۲۸ (Inventory-28, MHI-28) پاسخ کامل داده بودند که داده‌های آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**سیاهه اضطراب حالت-صفت بزرگسالان:** سیاهه اضطراب حالت - صفت بزرگسالان، برای ارزیابی اضطراب بزرگسالان طراحی شده و دارای دو زیرمقیاس ۲۰ آیتمی است [۴۱]. در این سیاهه، اضطراب حالت و صفت از یکدیگر متمایز شده‌اند. در مقیاس اضطراب حالت، آزمودنی‌ها احساس اضطراب جاری خود را در مقیاس چهاردرجه‌ای نشان می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در حدود ۰/۹۰ بوده است. شواهد مربوط به روایی سازه، با بررسی افراد قبل و بعد از عمل جراحی، موفقیت‌آمیز گردآوری شده است [۴۲]. همچنین مقیاس اضطراب دانش‌آموزان قبل و بعد از امتحان، بیانگر تجربه اضطراب بیشتر قبل از امتحان بوده است. این اضطراب بعد از آموزش تنش‌زدایی به‌طور چشمگیری کاهش یافته است. همستگی نمره‌های مقیاس اضطراب صفت با مقیاس اضطراب آشکار و پرسشنامه مقیاس اضطراب، ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ گزارش شده که بیانگر روایی همزمان بالای مقیاس اضطراب صفت است. روایی سازه مقیاس اضطراب صفت با مقیاس نمره‌های افراد روان‌رنجور و بهنجار نیز بررسی شده است [۴۳]. همستگی نمره‌های مقیاس اضطراب صفت با مقیاس اضطراب آشکار تایلور و پرسشنامه مقیاس اضطراب کتل، ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ گزارش شده که بیانگر روایی همزمان بالای مقیاس اضطراب صفت است. روایی سازه مقیاس اضطراب صفت با مقیاس نمره‌های افراد روان‌رنجور و بهنجار نیز بررسی شده است [۴۴، ۴۳]. در پژوهش حاضر از بخش اضطراب حالت این ابزار استفاده شد.

**سیاهه احساس خصومت رادفورد-ویلیامز:** این سیاهه توسط رادفورد (۱۹۹۸) ساخته شده و دارای ۱۲ آیتم است. این ابزار، احساس خصومت و رابطه احساس خصومت را با حملات قلبی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌دهی به این سیاهه در یک طیف پنج نقطه‌ای لیکرت از همیشه (۴) تا هرگز (۰) صورت می‌گیرد. ضریب بازآزمایی گزارش شده

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

بخش	جلسات	اهداف
مدیریت خشم	یکم	مفهوم و ساختار خشم
	دوم	اندیشه‌های خشم برانگیز، مهارت‌های بازشناسی
	سوم	مهارت‌های ارزیابی خشم و انتخاب راهبردهای کنترل
رانندگی انتقام‌جویانه	چهارم	عوامل مسبب بروز خشم
	یکم	رانندگی انتقام‌جویانه و راهبردهای پیشگیری از آن
مدیریت استرس	یکم	تعریف، انواع، منابع و تأثیرات استرس
	دوم	مهارت‌های مثبت‌اندیشی، شوخ‌طبعی، مدیریت زمان
ارتباط مؤثر	سوم	روش حل مسئله، آموزش مهارت‌های تنفس، تن‌آرامی و تجسم
	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 در احساس خصومت، اضطراب حالت و درماندگی روان‌شناختی منجر شده است، اگرچه این تفاوت چشمگیر نیست.

به دلیل آنکه دو سیاهه احساس خصومت رادفورد و اضطراب حالت اسپیلبرگر دو مقوله متفاوت از هم را ارزیابی می‌کنند. از تحلیل‌های مجزای آزمون  $t$  وابسته برای آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار آماری در بین میانگین‌ها استفاده شد. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس احساس خصومت نشان داد، میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری ندارد ( $\eta^2 = 0/10$  و  $p > 0/05$  و  $df=101$  و  $t=0/77$ ). در ادامه نیز نتایج حاصل از آزمون  $t$  برای مقوله اضطراب حالت نشان داد میانگین‌ها مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری از هم ندارند ( $\eta^2 = 0/01$  و  $p > 0/05$  و  $df = 96$  و  $t = 0/33$ ).

مقیاس سلامت روان از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده است؛ که برای آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار آماری در بین میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های آن از تحلیل واریانس چندمتغیری (Multivariate Analysis of Variance, MANOVA) برای داده‌های طرح اندازه‌گیری‌های مکرر (repeated measure) استفاده شد. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس سلامت روان (با دو خرده‌مقیاس) نشان داد، نیمرخ میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد ( $\eta^2 = 0/10$  و  $p < 0/003$  و  $df = (2$  و  $113)$  و  $F = 6/22$  و  $W = 0/90$ ). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها (between subject effect) نشان داد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در میانگین هر دو خرده‌مقیاس در سطح  $p < 0/05$  تفاوت معنادار وجود دارد. در ضمن اثربخشی مداخله بر مؤلفه درماندگی روان‌شناختی بیشتر از بهزیستی روان‌شناختی بوده است. (جدول ۳).

## بحث

این پژوهش با هدف تهیه بسته آموزشی مهارت‌های روانی- اجتماعی به رانندگان و بررسی اثربخشی آن بر هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب و پرخاشگری انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین‌های احساس خصومت و اضطراب حالت در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری ندارد. این یافته با نتایج پژوهش پیشین [۴۷] هماهنگ است که نشان داد آموزش مهارت‌هایی مثل مدیریت خشم و مدیریت استرس تأثیر معناداری در کاهش هیجان‌های منفی ندارد. در توجیه این یافته‌ها می‌توان به وجود اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب اشاره کرد؛ بر اساس مطالعه‌ای که [۴۶] در آمریکا انجام شد، ۳۰ درصد از رانندگانی که رانندگی انتقام‌جویانه داشتند، معیارهای بیماری‌های روانی را نشان داده‌اند. یافته‌های پژوهش‌های دیگر در این زمینه [۴۸] نیز حاکی از آن است که رانندگانی که رانندگی انتقام‌جویانه داشتند، واجد اختلالات رفتاری دیگری نیز هستند. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشین روی نمونه ایرانی [۴۹] ۴۴/۱ درصد از رانندگانی که تصادف منجر به جرح و فوت داشتند، در آزمون فهرست وارسی نشانگان (Symptom Checklist- 90- Revised, SCL- 90- R) نمره‌های بالاتر از نمره برش به دست آورده‌اند. بنابراین می‌توان گفت بخش قابل توجهی از گروه مورد مطالعه از سلامت روان خوبی بهره‌مند نبوده‌اند. با توجه به طولانی بودن دوره درمان اختلالاتی چون افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیتی می‌توان یافته پژوهش حاضر را این‌گونه تبیین کرد که طول دوره زمانی بسته آموزشی برای کاهش علائم اختلال کوتاه بوده است. همچنین درمان این اختلالات نیازمند بازسازی شناختی است درحالی‌که بخش‌های مختلف بسته آموزشی در این پژوهش بیشتر بر آموزش مهارت‌های رفتاری تأثیر می‌گذارد و کمتر افراد را درگیر چالش با تحریف‌های شناختی زیربنایی اختلالات روانی می‌کند. وجود صفات شخصیتی مختلف در گروه هدف نیز یکی دیگر از عواملی است که می‌توان در توجیه یافته‌ها به آن اشاره کرد. کسب نمره بالاتر در نورزگرایی [۵۰] و تکانش‌گری [۵۱] با رانندگی پرخاشگرانه و انتقام‌جویانه ارتباط معنادار دارد.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های خرده‌مقیاس‌های احساس خصومت رادفورد- ویلیامز، اضطراب حالت اسپیلبرگر و سلامت روان گروه نمونه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس خصومت	۱۸/۲۰	۷/۱۳	۱۷/۶۶	۷/۹۳
سیاهه اضطراب حالت	۱۵/۶۱	۴/۱۶	۵۱/۱۳	۳/۵۲
سلامت روان	۲۳/۵۰	۶/۳۷	۲۴/۷۴	۶/۹۳
	۴۲/۱۸	۸/۵۷	۳۹/۷۳	۹/۳۱

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

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

بیشتر آموزش‌ها است. 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 مؤثر بودن مداخلات انجام‌شده بر ارتقا سلامت روان اطمینان حاصل نمایند.

### نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد دوره آموزشی مهارت‌های روانی-اجتماعی می‌تواند باعث ارتقاء بهزیستی و کاهش مشکلات روانی رانندگان شود. از سوی دیگر با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان در بین رانندگان اتوبوس پیشنهاد می‌گردد این مداخلات در سطحی وسیع‌تر و به‌صورت دوره‌ای در دسترس این افراد قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی:** پژوهش حاضر در تکمیل پروژه‌ای است تحت عنوان "طرح جامع آموزش رانندگان شرکت واحد اتوبوس‌رانی تهران و حومه" که با حمایت مالی شرکت اتوبوس‌رانی درون‌شهری شهر تهران و با همکاری علمی و اجرایی دانشگاه خواجه‌نصیرالدین طوسی انجام گرفته است.

### منابع

1. World Health Organization Specialized agency of the United Nations. Geneva, Switzerland: 2015.
2. Shafiei Moghadam P. Executive orders to establish criteria for physical and mental health (health authority) of driving license applicants. Third Conference of Regional Traffic Management. 2006. [Persian]
3. Pezeshki Ghanuni. uploads/ mta9312p.pdf. http://www.lmoir. 2014. [Persian]
4. Kim DK, Koh KB, Park H, Han M. The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders. *Psychiat Res*. 2008;160:372-9.
5. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current Directions Psychol Sci*. 1995;4:99-104.
6. World Health Organization Specialized agency of the United Nations. Geneva, Switzerland: 2013.
7. Storrie k, Ahern K, Tuckett A. A systematic review: Students with mental health problems-a growing problem. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(1):1-6.
8. Rogelberg SG, Reiter-Palmon R. The Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology: Sage. 2007.
9. Naami A, Piryaeei S. The role of subjective occupational success in prediction of occupational well-being in employees of an industrial company. *J Behav Sci*. 2014;7:315-20. [Persian]
10. Arshadi N, Neisi A, Esmaeili I. The mediating role of work motivation in the relationship between emotional exhaustion and job performance based on Conservation of Resources model. *J Behav Sci*. 2014;7:337-45. [Persian]

بسته آموزشی به کار گرفته‌شده در پژوهش کنونی، به‌صورت هدفمند بر صفات شخصیتی تأثیر نداشته است. نبود پیگیری و عدم اجرای ابزارهای پژوهش به دلیل محدودیت زمانی نیز از عوامل قابل‌ملاحظه در تبیین یافته‌ها به شمار می‌روند. اگر نتایج به‌دست‌آمده برای مدتی پیگیری شده بود، شاید تفاوت مفروض بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمایانگر می‌شد. یافته‌های پژوهش درباره اثربخشی مداخله بر مؤلفه‌های سلامت روان نشان داد که شرکت در دوره آموزشی مهارت‌های روانی-اجتماعی به‌طور معناداری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی شده است. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های متعددی است [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴]، که نشان دادند آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش مشکلات سلامت روانی می‌شود. یافته فوق هم‌چنین در هماهنگی با نتایج مطالعه [۵۲] قرار دارد که حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های روان‌شناختی بر بهبود نمرات آزمودنی‌ها در سلامت روان است. در تبیین بیشتر بودن اثربخشی مداخله بر درماندگی روان‌شناختی در مقایسه با بهزیستی روان‌شناختی می‌توان به این مسئله اشاره کرد که ارتقای بهزیستی روان‌شناختی از لحاظ تقدم و تأخر زمانی و تکاملی در مرحله‌ای بالاتر از تخفیف درماندگی روان‌شناختی قرار دارد و نیازمند تداوم و تکرار

11. Hicks RE, Bahr M, Fujiwara D. The Occupational Stress Inventory-Revised: Confirmatory factor analysis of the original inter-correlation data set and model. *Pers Indiv Diff*. 2013;48:351.
12. Taylor PJ. Commuter travel and sickness: absence of London office workers. *Brit J Prev Soc Med*. 2006;26:165-72.
13. Howells K, Day A. Readiness for anger management: clinical and theoretical issues. *Clin Psychol Rev*. 2003;23:319-37.
14. DeRosa R, Mandy H, David P, Jill R, Jill S, Julian F, et al. Structured psychotherapy for adolescents responding to chronic stress. Unpublished Work. 2007.
15. Ross RR, Altmaier EM. Job stress, social support, and burnout among counseling center staff. *J Couns Psychol*. 1989;36(4):446-70.
16. Marby JB, Kiecolt KJ. Anger in black and white: Race, adienation, and anger. *J Health Soc Behav*. 2005;46:85-101.
17. Wheatley D. Psychiatric Aspects of Hypertension. *Brit J Psychiat*. 2009;127:327-36.
18. Underwood G, Chapman P, Wright S, Crundall D. Anger while driving. *Transport Res Part F: Traffic Psychol Behav*. 1999;2(1):55-68.
19. Vest J, W. , Cohen M, Tharp A, Mulrine M, Lord BI, Koerner BM, et al. Road rage. Tailgating, giving the finger, outright violence- Americans grow more likely to take out their frustrations on other drivers. *US News World Rep*. 1997.
20. Fumento M. Road rage vs. reality. *Atlantic*

- Monthly. 1998;282(2):7-12.
21. Mart RG, Mann RE, Zhao J, Stoduto G. Is road rage increasing? Results of a repeated survey. *J Safety Res.* 2005;36(2):195-201.
  22. Joint M. Road rage. 1995.
  23. Whitlock FA. *Death on the Road: A Study in Social Violence.* London: Tavistock; 1971.
  24. Turner CW. Naturalistic studies of aggressive behavior: aggressive stimuli, victim visibility and horn-honking. *J Pers Soc Psychol.* 1975;31:1098-107.
  25. Fong G, Frost D, Stansfeld S. Road rage: a psychiatric phenomenon? *Soc Psych Psych Epid.* 2001;36(6):277-86.
  26. Berko RM, Wolvin AD, Wolvin DR. *Communicating: A social and career focus.* Boston: Houghton-Mifflin. 2001.
  27. Malta LS, Blanchard EB, Freidenberg BM. Psychiatric and behavioral problems in aggressive drivers. *Behav Res Ther.* 2005;43(11):1467-84.
  28. Akbari Balootbangan A, Vaezfar SS, Rezaei AM. Psychometric characteristics of child social behavior scale. *J Behav Sci.* 2014;8:339-45. [Persian]
  29. Kholghi H, Ghanbari S, Habibi M. Social skills and hopelessness of teenagers: The function of mediator coping strategies. *J Behav Sci.* 2014;8:307-15. [Persian]
  30. Morgan RB, Flora DB, Kroner DG, Mills JF, Varghese F, Steffan JS. *reating Offenders with Mental Illness: A Research Synthesis.* *Law Hum Behav.* 2012;36(1):37-50.
  31. Valizadeh S, Berdi Ozouni Davaji R, Nikamal M. The effectiveness of anger management skills training on reduction of aggression in adolescents. *Soc Behavpersonal.* 2010;5:1195-9. [Persian]
  32. Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The prevalence and correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatr.* 2006;63(6):669-78.
  33. Deffenbacher JL, Dahlen ER. An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognitive Ther Res.* 2000;24:687-9.
  34. Fallowfield L. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer.* 2003;35(11):1592-7.
  35. Jin S, White E. Role of autophagy in cancer: management of metabolic stress. *Autophagy.* 2007;3(1):28-31.
  36. Linden W. Stress management: What is it? *J Psychosom Res.* 2005;56(1):133-7.
  37. Simpson HM. Polydrug effects and traffic safety. *Alcohol Res Health.* 1991;1:17-44.
  38. Souri H, Hejazi E, Ejei J. The correlation of resiliency and optimism with psychological well-being. *J Behav Sci.* 2013;7:271-7. [Persian]
  39. Zhang F. Age-specific patterns of factors related to fatal motor vehicle traffic crashes: Focus on young and elderly drivers. *Public Health.* 2011;112:289-95.
  40. Deffenbacher RS, Filetti LB. Anger, aggression, risky behavior, and crash-related outcomes in three groups of drivers. *Behav Res Ther.* 2003;41(3):333-49.
  41. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y) ("self-evaluation questionnaire").* 1983.
  42. Spielberger C, Auerbach S, Wadsworth A, Dunn T, Taulbee E. Emotional reactions to surgery. *J Couns Psychol.* 1973;40:33-8.
  43. Spielberger C. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y).* Palo Alto, CA: Mind Garden. 1983.
  44. Shokoohi M, Akbari Zardkhaneh S, Ghahvechi F. Efficacy of teaching problem solving and anger control strategies on parenting style, aggression and happiness of preschool teachers. *J Clin Psychol.* 2010;1(5). [Persian]
  45. Besharat MA. Reliability and Validity of Mental Health Inventory. *Clin Psychol Pers.* 2006;16(1):11-6. [Persian]
  46. Connor J, Norton R, Ameratunga S, Robinson E, Civil I, Dunn R, et al. Driver Sleepiness and risk of Serious injury to car accidents. *Bmj.* 2002;324(7346):11250.
  47. Carey MF. Effect of heat stress on muscle energy metabolism during exercise. *J Appl Physiol.* 2006;77(6):2827-31.
  48. Blows B, Ameratunga R, Ivers R, Lo KS, Norton R. Risky driving habits and motor vehicle driver injury. *Accident Anal Prev.* 2005;37(4):619-24.
  49. Gharaei B, Ghalehbandi F, Hassanzadeh M, Mazaheri P, Yadollahi Z, Sedeghikia A. Assessment of mental health and sleep quality drivers and road accidents. *J Daneshgahe Oloome Entezami.* 2006;2:58-66. [Persian]
  50. Jovanovic D, Lipovac K, Stanojevic P, Stanojevic D. The effects of personality traits on driving-related anger and aggressive behaviour in traffic among Serbian drivers. *Transport Res Part F: Traffic Psychol Behav.* 2011;14(1):43-53.
  51. Berdoulat E, Vavassori D, Teresa M, Sastre M. Driving anger, emotional and instrumental aggressiveness, and impulsiveness in the prediction of aggressive and transgressive driving. *Accident Anal Prev.* 2013;50:578-67.
  52. Irvine AB, Billow MB, Eberhage MG, Seeley J, McMahon E, Bourgeois M. Mental Illness Training for Licensed Staff in Long-Term Care. *Ment Health Nurs.* 2012;33(3):181-94.