

ارتقاء ایستادگی و رواندرستی رانندگان اتوبوس:
مطالعه اثربخشی مقدماتی

**Enhancement of hardiness and psychological well-being in
a sample of bus drivers: a primary efficacy study**

M. Shokoohi-Yekta, Ph.D.

دکتر محسن شکوهی یکتا*

S. Akbari Zardkhaneh, Ph.D.

دکتر سعید اکبری زردخانه**

Gh. Sohrabpour, M.A.

غلامرضا سهراب پور***

چکیده

ایستادگی با سلامت روانی و رواندرستی رابطه مستقیم دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنیدگی را کم می کند و از بروز اختلال های جسمانی و روانی پیش گیری به عمل می آورد. رواندرستی با سلامت بهتر، افزایش رضایت شغلی و کاهش غیبت از کار به طور مستقیم رابطه دارد. هدف از پژوهش حاضر، ارتقاء ایستادگی و رواندرستی در رانندگان اتوبوس شرکت واحد اتوبوسرانی شهر تهران بود. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون تک گروهی بود. به منظور انجام پژوهش، تعداد ۲۰۴ نفر از رانندگان شرکت واحد اتوبوسرانی شهر تهران که برای شرکت در یک دوره آموزشی مداخلات

*. دانشیار دانشگاه تهران (نویسنده مسؤول)

** استادیار دانشگاه شهید بهشتی

*** کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران

روانی- اجتماعی رانندگان توسط این شرکت معرفی شده بودند، ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در ده گروه تقسیم شدند و آموزش‌های مدیریت خشم، رانندگی انتقام جویانه، ارتباط مؤثر و مدیریت تنیدگی را دریافت کردند. ابزار به کار برده شده شامل سیاهه سلامت روان MHI-28 و مقیاس ایستادگی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شد در دو مرحله پیش و پس‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون t همبسته تحلیل شدند. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس سلامت روان (با دو خرده‌مقیاس) نشان داد، میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارند ($p < 0.003$, $F = 6/22$). این یافته حاکی از اثربخش بودن دوره آموزشی مداخلات روانی- اجتماعی رانندگان دارد که میزان اثربخشی این دوره بر مولفه درماندگی روانشناختی بیشتر از مؤلفه رواندرستی بوده است. به عبارتی دیگر، دوره آموزشی مذکور توانسته است بیشتر موجب کاهش درماندگی روانشناختی شود تا این که بتواند موجب ارتقاء رواندرستی گردد. دیگر یافته حاصل از آزمون t مربوط به سیاهه ایستادگی، نشان داد میانگین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری از هم ندارند ($t = -1/48$, $p > 0.005$). به عبارتی دیگر، دوره آموزشی مداخلات روانی- اجتماعی رانندگان نتوانسته است بر ارتقاء مؤلفه ایستادگی تأثیر داشته باشد.

واژه- کلیدها: رواندرستی، راننده اتوبوس، ایستادگی، سلامت روان، مداخله روانشناختی.

Abstract

There are a direct correlation among psychological hardiness, mental health and psychological well-being. It is an internal resistance source that reduce the negative stresses and prevent outbreak of Physical and mental disorders. Also, psychological well-being is associated directly with better health, the increase of job satisfaction and the decrease of absence from work. The aim of this study was to promote psychological hardiness and psychological well-being of bus drivers in the city of Tehran. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest control group design. In order to carry out this research, 204 bus drivers of the buses company in

Tehran who were introduced by this company to participate in a training course, were selected according to the convenience sampling procedure, and were then randomly assigned to ten groups who received the trainings of anger and driving management, effective communication, and stress management. The instruments were Mental Health Inventory- 28 and Hardiness Inventory. In order to collect the data, the participants were asked to answer the questionnaires during pre and post-test stages. The data were analysed by multivariate analysis of variance with repeated measures design and dependent t-test. The results of two subscales of mental health showed significant differences between the means of pretest and posttest scores ($P < 0.003$, $F = 6.22$). It means that the training course has been effective in the area of psychological distress more than psychological well-being. In other words, this training course could reduce psychological distress more than enhancing psychological well-being. Another finding of t-test procedure regarding psychological hardiness scale showed that the means of pretest and posttest scores were not significantly different ($P > 0.005$, $t = -1.48$). In other words, the training course could not be effective on the promotion of psychological hardiness.

Keywords: psychological well-being, bus driver, psychological hardiness, mental health, psychological intervention.

Contact information: myekta@ut.ac.ir

مقدمه

در جامعه کنونی، رانندگی موضوعی مهم برای زندگی اجتماعی، کار، تفریح، فعالیت‌های آموزشی و اقتصادی به‌شمار می‌رود. در عین حال، تصادفات وسایل نقلیه یکی از بزرگترین دلایل آسیب‌ها، معلولیت‌ها و مرگ و میرها به‌شمار می‌آید. نیاز به رانندگی موجب افزایش تعداد تصادفات جاده‌ای و شهری به‌صورت مکرر و با میزان مرگ‌ومیر بالا شده است و به‌عنوان یک عامل برای مشکلات حیطه سلامت عمومی منظور می‌شود (بهر، هیگن نی و کراندال، ۲۰۰۴). بررسی‌ها حاکی از این هستند که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰، تعداد تلفات سوانح ترافیکی در کشورهای ثروتمند و توسعه‌یافته کاهش می‌یابد؛ در حالی که این روند در کشورهای کم‌درآمد، متوسط‌درآمد و در حال توسعه برعکس خواهد بود. نتیجه اینکه پیش‌بینی

می‌شود کشته‌های حوادث ترافیکی که در این برهه در رتبه یازدهم صدمات و بیماری‌هاست تا سال ۲۰۲۰ به رتبه سوم تهدیدکننده سلامت انسان تبدیل شود (مورای و لویز، ۱۹۹۶). رانندگی رفتاری است که شخص به‌عنوان الگوهای عملی (مانند سرعت، میزان تمرکز و حفظ میزان فاصله استاندارد) انتخاب کرده و با وسیله نقلیه آنها را به اجرا درمی‌آورد (اوزکان و لاجونن، ۲۰۰۵). شرایط لازم برای یک رانندگی مناسب بسیار زیاد است؛ از جمله آنها می‌توان به شرایط روانی، اخلاقی، اجتماعی، تجربه، استعدادهای طبیعی، دقت و تعادل روانی اشاره کرد که کل آنها، شرایط لازم برای صلاحیت فرد جهت رانندگی را تأمین می‌کنند. رانندگی به واسطه نیاز به تمرکز و دقت بالا، مسئولیت جان مسافران، شرایط جوی و جاده‌ای جزو مشاغل پرتنش طبقه‌بندی می‌شود (پفلانز و اوپل، ۲۰۰۶).

در این میان، رانندگی اتوبوس به مثابه یک شغل تنشگر که تنیدگی‌های جسمانی و فیزیولوژیکی زیادی بر شخص تحمیل می‌کند، شناخته می‌شود (شریفیان، ۱۳۸۸). این شغل یکی از شغل‌های با خطر بالا محسوب می‌شود که با مشکلات جسمی و روانی متعددی همراه است (تمرین و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعاتی که در طی ۵۰ سال گذشته به‌وسیله پژوهشگران بر روی رانندگان اتوبوس شهری صورت گرفت، حاکی از آن بود که انواع تنیدگی‌های شغلی زمینه‌ساز وجود آمدن مشکلات و عوارض جسمی، روانی و رفتاری را بر روی شاغلان موجب شده و باعث کاهش و نیز اختلال در عملکرد سازمانی می‌گردد. در زمینه مشکلات روانی می‌توان به افسردگی، پارانوئید، اضطراب و اختلال تنیدگی پس از آسیب اشاره کرد. در مورد مشکلات رفتاری، مصرف سوء مواد مخدر، الکل، تنباکو و داروها قابل ذکرند. از عوارض سازمانی نیز می‌توان غیبت و جابه‌جایی کارمندان، همچنین تصادفات و حوادث رانندگی را بیان نمود (تس، فلن و میرن، ۲۰۰۶).

سلامت روانی از جمله متغیرهایی است که در رفتارهای تهاجمی رانندگان مورد بررسی قرار گرفته است (دی وک، ۲۰۰۰؛ پارک و اسلابی، ۲۰۰۰). اعتقاد بر این است افرادی که از سلامت مطلوب روانی بهره‌مند نیستند، با قرار گرفتن در جایگاه رانندگان شخصی یا عمومی سلامت خود و دیگران را به خطر می‌اندازند. شاکری نیا و محمدپور (۱۳۸۹) در پژوهش خود دریافتند که متغیر سلامت روانی می‌تواند رفتار خطرناک رانندگی آزمودنی‌ها را پیش‌بینی کند.

در همین راستا، اینورسن و راندمو (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند رانندگانی که نمره بالایی در ناهنجاری روانی، به‌عنوان یک مؤلفه بهداشت روانی، به‌دست می‌آورند، بیشتر مرتکب رانندگی پرخطر شده، تعداد تصادفات بیشتری داشته و احتمال تصادف کردن در آن‌ها زیادتر بوده است. این رانندگان انحراف از قانون بیشتری داشتند، ترسی از قانون‌شکنی نداشته و قانون‌مداری را هدف مشخص خود در نظر نمی‌گرفتند. سلامت روانی با ویژگی‌های توانمندساز روانشناختی ارتباط دارد. دارا بودن این منابع درونی، توانایی شخص را با وجود شرایط و اتفاقات نامناسب، برای رشد سازش‌یافته خود افزایش می‌دهد تا سلامت روانی خود را حفظ کند (جکلون، ۱۹۹۷). ایستادگی روانشناختی^۱ از جمله متغیرهایی است که قادر است تنیدگی^۲ و آثار نامطلوب باقی‌مانده از این شرایط و اتفاقات را تعدیل کند (جوزف، ویلیامز و یول، ۱۹۹۷). ایستادگی روانشناختی به‌عنوان مهمترین متغیر روانشناختی تعدیل‌کننده تنیدگی به‌شمار می‌رود (کوباسا، مدی و کهن، ۱۹۸۲). ایستادگی، مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که به منزله منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای تنشگر زندگی، عمل می‌کند (کوباسا و مدی، ۱۹۹۴). ایستادگی در واقع به عملکرد فرد بر اساس ارزیابی شناختی اشاره نموده (وودارد، ۲۰۰۴) و دارای سه مؤلفه تعهد^۳، مهارکردن^۴ و کشاکش^۵ کردن است. ویسی و همکاران (۱۳۷۹)، دریافته‌اند ایستادگی از منابع درون فردی است که می‌تواند سطوح تنیدگی و ناتوانی را در شرایط نامناسب و ناگوار تعدیل نموده و اثرات منفی آنان را کم‌رنگ‌تر کند. همچنین آنها پی بردند که در شرایط پر تنیدگی، افرادی که دارای ایستادگی بالاتری هستند، نسبت به افرادی که از ایستادگی پایین‌تری برخوردارند، دارای سلامت روانی بیشتری هستند. پژوهش‌ها معرف آن هستند که ایستادگی با سلامت جسمانی و روانی رابطه مثبت دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنیدگی را کم می‌کند و از بروز اختلال‌های جسمانی و روانی پیش‌گیری به عمل می‌آورد (کوباسا، ۱۹۷۹؛ فلورین، میکولینسر و یابمن، ۱۹۹۵؛ بروکز، ۲۰۰۳). همچنین، سوبرامانیان و وینوتکوما (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که ایستادگی روانشناختی، موجب احساس حرمت خود بالاتر در اشخاص شده و سرانجام، مقاومت آن‌ها را در برابر فشارهای روانی، افزایش می‌دهد.

در سال‌های اخیر، گروهی از محققان حوزه سلامت روان، با تأثیر از روانشناسی مثبت‌نگر، رویکرد متفاوتی را برای تبیین و بررسی این مفهوم برگزیده‌اند. آن‌ها سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، به‌شمار آورده و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم‌سازی نموده‌اند. این گروه بر این عقیده‌اند که سلامت یک مفهوم چندبعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان بودن، احساس بهزیستی و شادکامی را نیز شامل می‌شود (لارسون، ۱۹۹۱). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی روانشناختی در تلاش برای ارتقاء استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (ریف، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند بهزیستی روانشناختی با سلامت بهتر، افزایش رضایت شغلی و کاهش غیبت از کار به‌طور مستقیم رابطه دارد (توگرسن و فاکس، ۲۰۰۵؛ کینگ، ۲۰۰۷). نجد، مصاحبی و آتش‌پور (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که بین ایستادگی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی، رابطه معنادار وجود دارد.

بنابر آنچه که بیان شد، طراحی و اجرای مداخلات مناسب به‌منظور اصلاح رفتارهای خطرناک در گروه‌های استفاده‌کننده از جاده‌ها و خیابان‌ها، می‌تواند بروز تصادفات رانندگی را تحت تأثیر قرار دهد (مجدزاده، رشیدیان، شمس، شجاعی‌زاده و منتظری، ۱۳۹۰). در این زمینه مداخلاتی در کشور ما صورت گرفته است. عباس‌زاده، میرزایی، بهزاد بصیرت و کاشانی (۱۳۹۲) نقش مداخله‌گرایانه حرمت خود بر میزان قانون‌گرایی رانندگان را مورد بررسی قرار دادند. کاظمینی، قنبری‌هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی‌زاده (۱۳۹۰) طی پژوهشی نشان دادند گروه درمانگری شناختی- رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگان مؤثر است.

نظر به این که بسیاری از این مداخلات بیشتر بر روی مؤلفه‌های بیمارشناختی و جنبه‌های غیرمثبت آزمودنی‌ها تمرکز داشته‌اند و جنبه‌های مثبت آنان را مد نظر قرار ندادند، در این پژوهش سعی بر آن است که جنبه‌های روانشناختی مثبت رانندگان لحاظ شود. به‌طور کلی، جای انجام مداخلات روانشناختی برای بهبود وضعیت روانی رانندگان در کشور ما خالی است و ضرورت این مهم حس می‌شود. بنابراین، با در نظر گرفتن اینکه شغل رانندگی اتوبوس حمل و نقل عمومی در ارتباط با سلامت مسافرین و عابرین پیاده حایز اهمیت بوده و با توجه به نبود انجام مداخله‌ای در این زمینه، هدف اصلی این پژوهش تهیه بسته مداخلاتی است که با استفاده

از آن بتوان مؤلفه‌های ایستادگی و بهزیستی روانشناختی را در رانندگان اتوبوس ارتقاء داده و به دنبال آن در بهبود رفتار رانندگان مؤثر واقع شد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی^۶ با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون تک‌گروهی است. گروه نمونه به صورت دردسترس شامل ۲۰۴ نفر از رانندگان شرکت واحد اتوبوسرانی شهر تهران بود که برای شرکت در یک دوره آموزشی توسط این شرکت معرفی شده بودند. این گروه از افراد به صورت تصادفی در ده گروه تقسیم شدند و آموزش‌های مورد نظر 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 که به وسیله مجریان این پروژه اعمال گردید، در هر یک از گروه‌ها، تنها اقدام به اجرای یکی از دو ابزار پژوهش حاضر شد؛ به عبارت دیگر ۱۱۵ نفر از این افراد به سیاهه سلامت روانی- ۲۸ و ۸۹ نفر به مقیاس ایستادگی روانشناختی پاسخ دادند.

ابزار پژوهش:

سیاهه سلامت روانی- ۲۸^۷: این سیاهه، ۲۸ آیتم دارد که توسط ویت و ویر (۱۹۸۳) تدوین و بوسیله بشارت (۱۳۸۵) ترجمه و درستی‌آزمایی 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. ضریب قابلیت اعتماد این ابزار با روش بازآزمایی برای آزمودنی‌های بهنجار در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ و برای آزمودنی‌های دارای اختلال ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بوده است. همسانی درونی برای آزمودنی‌های بهنجار در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای آزمودنی‌های دارای اختلال به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است. همبستگی این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۸۵- و ۰/۸۶ بوده که نشان‌دهنده درستی همزمان این ابزار است (بشارت، ۱۳۸۵). در این پژوهش همسانی درونی برای هر دو

خرده‌مقیاس‌ها ۰/۹۱ و ضریب قابلیت اعتماد به روش دو نیمه‌کردن برای خرده‌مقیاس بهزیستی روانشناختی ۰/۸۸ و برای درماندگی روانشناختی ۰/۷۴ بوده است.

مقیاس ایستادگی روانشناختی^۱: این مقیاس توسط کیامرثی، نجاریان و مهربایی‌زاده هنرمند (۱۳۷۷) تدوین و دارای ۲۷ آیتم است. شیوه پاسخ‌دهی به آیتم‌ها به صورت لیکرت چهارنقطه‌ای (هرگز = ۰ و بیشتر اوقات = ۳) است. دامنه نمره در این مقیاس بین صفر تا ۸۱ بوده و نمره بالا در آن نشان‌دهنده ایستادگی بالای فرد است. کیامرثی و همکاران (۱۳۷۷) ضرایب قابلیت اعتماد^۹ به دست آمده مقیاس را به دو روش بازآزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ گزارش نموده‌اند. ضرایب درستی آزمایی^{۱۰} همزمان این مقیاس با پرسشنامه اضطراب بک، افسردگی بک و خودشکوفایی به ترتیب ۰/۵۵، -۰/۶۲ و ۰/۵۵ گزارش شده است.

برنامه مداخله و روش اجرا: بسته آموزشی مداخلات روانی - اجتماعی رانندگان با هدف ارتقاء قابلیت‌های درون و بین‌فردی ایشان، در قالب ۹ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای طراحی شد. این بسته شامل بخش‌های مدیریت خشم (۴ جلسه)، رانندگی انتقام‌جویانه (یک جلسه)، ارتباط مؤثر (یک جلسه) و مدیریت تنیدگی (۳ جلسه) بود. مدت زمان در نظر گرفته شده برای هر یک از جلسات ۸۰ دقیقه بود که به صورت هفته‌ای سه جلسه انجام می‌گرفت. اهدافی که در هر یک از بخش‌ها مدنظر بود به شرح جدول شماره (۱) است. محل برگزاری دوره‌های آموزشی دانشگاه خواجه نصیرالدین طوسی بود.

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

عنوان	جلسات	اهداف
مدیریت خشم	یکم	مفهوم و ساختار خشم
	دوم	اندیشه‌های خشم‌برانگیز، مهارت‌های بازشناسی
	سوم	مهارت‌های ارزیابی خشم و انتخاب راهبردهای کنترل
	چهارم	عوامل مسبب بروز خشم
رانندگی انتقام‌جویانه	یکم	رانندگی انتقام‌جویانه و راهبردهای پیشگیری از آن
	یکم	تعریف، انواع، منابع و تأثیرات تنیدگی
مدیریت تنیدگی	دوم	مهارت‌های مثبت‌اندیشی، شوخ‌طبعی، مدیریت زمان
	سوم	روش حل مسأله، آموزش مهارت‌های تنفس، تن‌آرامی و تجسم
ارتباط مؤثر	یکم	ارتباط مؤثر و چگونگی برقراری آن

داده‌ها یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره (۲) ارائه شده است. یافته‌های جدول شماره (۲) نشان می‌دهند که شرکت در این دوره آموزش، به کاهش میانگین گروه تقریباً در کلیه خرده‌مقیاس‌های سلامت روان منجر شده است، اگرچه این تفاوت چندان چشمگیر نیست.

جدول ۲: خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های خرده‌مقیاس‌های سلامت روان و ایستادگی گروه نمونه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		خرده‌مقیاس	مقیاس
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۶/۹۳	۲۴/۷۴	۶/۳۷	۲۳/۵۰	بهبودی روانشناختی	سلامت روان
۹/۳۱	۳۹/۷۳	۸/۵۷	۴۲/۱۸	درماندگی روانشناختی	
۸/۱۶	۸۲/۷۳	۸/۹۹	۸۱/۷۵	سرخسختی روانشناختی	

به دلیل آنکه دو مقیاس سلامت روان و ایستادگی دو مقوله متفاوت از هم را ارزیابی می‌کنند و اولی از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده است؛ برای تحلیل داده‌های مربوط به آن از تحلیل واریانس چندمتغیری با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر^{۱۱} استفاده شد. نتایج حاصل از داده‌های مقیاس سلامت روان (با دو خرده‌مقیاس) نشان داد، نیمرخ میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارند ($\eta^2 = 0/10$ و $p < 0/003$ و $df = (113 \text{ و } 2)$ و $F = 6/22$ و $W = 0/90$). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها^{۱۲} نیز 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 مولفه درماندگی روانشناختی بیشتر از بهبودی روانشناختی بوده است (جدول شماره ۳). این یافته بدین معنا است که مداخله توانسته است بیشتر موجب کاهش درماندگی روانشناختی شود تا این که بتواند موجب ارتقاء بهبودی روانشناختی گردد.

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

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

در ادامه نیز به دلیل آنکه سیاهه ایستادگی فقط دارای یک نمره کلی است؛ برای تحلیل داده‌ها از آزمون t برای گروه‌های وابسته استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل نشان داد میانگین مراحل پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری از هم ندارند ($p > 0/005$) و $t = -1/48$ و $df = 88$. این یافته بدین معنا است که مداخله نتوانسته است بر ارتقاء ایستادگی روانشناختی تأثیر داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش یکی از محدود پژوهش‌هایی است که در جهت بهبود وضعیت روانی رانندگان در کشور صورت گرفته است. یافته‌ها نشان داد مداخله صورت گرفته موجب ارتقاء بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی و در کل، موجب ارتقاء سلامت روان رانندگان شده است. در این زمینه، یافته‌های این پژوهش با پژوهش توگرسن و فاکس (۲۰۰۵) و کینگ (۲۰۰۷) مبنی بر این که بهزیستی روانشناختی با سلامت بهتر به طور مستقیم رابطه دارد، همسو است. مداخله روانشناختی صورت گرفته در این پژوهش بر مبنای چهار عامل مدیریت خشم، رانندگی انتقام‌جویانه، مدیریت تنیدگی و ارتباط مؤثر بوده است. بنا بر اظهار تاشک، بهرامی و کیامنش (۱۳۹۲) یکی از متغیرهای شخصی تأثیرگذار بر بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی، سبک‌های مقابله با تنیدگی است. یافته‌های اسماعیلی، کلانتری، عسکری، مولوی و مهدوی (۱۳۸۹) مبنی بر این است که روش‌های ایمن‌سازی در برابر تنیدگی بر بهزیستی روانشناختی فرزندان جانبازان مبتلا به تنیدگی پس از سانحه تأثیر شایانی دارد. بشارت و محمد مهر (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین خرده‌مقیاس‌های نشخوار خشم و نمره کلی آزمون با شاخص‌های خشم صفت، خشم حالت، خشم درونی، خشم بیرونی، مهار خشم درونی، مهار خشم بیرونی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی رابطه وجود دارد. یافته‌های کاظمی، موسوی‌زاده و فرد (۱۳۹۳) حاکی از آن است که آموزش مهارگری خشم در افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش علائم پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه مؤثر است. بنابراین می‌توان به این مهم رسید که ارتقاء بهزیستی روانشناختی در مطالعه حاضر و به دنبال آن کاهش درماندگی روانشناختی و در نهایت ارتقاء سلامت روان رانندگان،

بیشتر به علت آموزش مدیریت تنیدگی و مدیریت خشم در مداخله روانشناختی حاضر بوده باشد. در نتیجه، انجام مداخله روانشناختی به روش حاضر موجب بهبود بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی در رانندگان می شود و به دنبال آن سلامت روان آنان ارتقاء می یابد.

از سوی دیگر، یافته های این پژوهش نشان داد که شرکت در کارگاه های آموزشی نتوانسته است موجب ارتقاء ایستادگی روانشناختی رانندگان شود. با توجه به پژوهش های ویسی و همکاران (۱۳۷۹) که دریافتند ایستادگی از منابع درون فردی به شمار می رود که می تواند سطوح تنیدگی و ناتوانی را در شرایط نامناسب و ناگوار تعدیل نموده و اثرات منفی تنیدگی آنان را کم رنگ تر کند؛ بنابراین می توان بیان کرد که در شرایط پرتنش افرادی که دارای ایستادگی بالاتری هستند، نسبت به افرادی که از ایستادگی پایین تری برخوردارند، دارای سلامت روان بیشتری هستند. همچنین با در نظر گرفتن پژوهش های کوباسا (۱۹۷۹)، فلورین، میکولینسر و یابمن (۱۹۹۵) و بروکز (۲۰۰۳) که نشان دادند ایستادگی با سلامت جسمانی و روانی رابطه مستقیم دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنش را کم می کند و از بروز اختلال های جسمانی و روانی پیشگیری به عمل می آورد، می توان به این نتیجه رسید رانندگی اتوبوس به مثابه یک شغل تشنگر که تنیدگی های فیزیکی و فیزیولوژیکی بر شخص تحمیل می کند (شریفیان، ۱۳۸۸) و این شغل یکی از شغل های با خطر بالا محسوب می شود که با مشکلات جسمی و روانی متعددی همراه است (تمرین و همکاران، ۲۰۰۷)، احتمالاً سه جلسه به منظور آموزش مدیریت تنیدگی برای اثرگذاری محسوس بر ایستادگی روانشناختی این گروه، کافی نبوده است. لذا استفاده از آموزش هایی با طول دوره بیشتر می تواند کمک کننده باشد.

در کل، می توان اظهار داشت که مداخله روانی- اجتماعی، بر ارتقاء سلامت روانی رانندگان تأثیر داشته است. تأثیر این مداخله بیشتر در جهت کاهش درماندگی و در مرحله بعد در جهت افزایش بهزیستی روانشناختی در رانندگان بوده است. همچنین این مداخله موجب بهبود وضعیت ایستادگی روانشناختی شده است؛ ولی احتمالاً به دلیل کم بودن حجم گروه نمونه و کوتاه بودن دوره آموزشی این اثر به لحاظ آماری معنادار نشده است. لذا با توجه به پیشینه پژوهشی این تحقیق، به پژوهشگران بعدی توصیه می شود که در جهت ارتقاء ایستادگی روانشناختی در رانندگان اتوبوس، تعداد جلسات آموزش مدیریت تنیدگی را افزایش دهند.

پژوهش حاضر خالی از محدودیت پژوهشی نیز نبود. طرح آزمایشی مورد استفاده در پژوهش حاضر، طرحی است فاقد گروه گواه و از این رو نمی‌توان با اطمینان اذعان داشت که تغییرات ایجاد شده ناشی از اثرات برنامه آموزشی بوده است. لذا برای برطرف شدن این محدودیت پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از گروه گواه نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد متغیرهای دیگری نظیر ویژگی‌های جمعیت شناختی دیگر رانندگان از قبیل سن و سابقه کار که می‌تواند به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر در اثرگذاری مداخلات و برنامه‌های آموزشی نقش داشته باشند، مورد توجه قرار گیرد.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1- psychological hardiness | 2- stress |
| 3- commitment | 4- control |
| 5- challenging | 6- quasi-experimental |
| 7- Mental Health Inventory- 28 | 8- Hardiness Inventory |
| 9- Reliability | 10- Validity |
| 11- repeated measure | 12- between subject effect |

منابع و مآخذ فارسی:

- اسماعیلی، مریم؛ کلانتری، مهرداد؛ عسکری، کریم؛ مولوی، حسین؛ و مهدوی، سعیده. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی روش‌های ایمن‌سازی در برابر استرس در مقابل آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی فرزندان پسر جانبازان مبتلا به استرس پس از سانحه. *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، ۳، ۱۰، ۱۱-۱.
- اسماعیلی، مریم؛ کلانتری، مهرداد؛ عسکری، کریم؛ مولوی، حسین؛ و مهدوی، سعیده. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی روش‌های ایمن‌سازی در برابر استرس در مقابل آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی فرزندان دختر جانبازان مبتلا به استرس پس از سانحه. *فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۴، ۱ و ۲، ۳۲-۲۳.

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی. دو ماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد. ۱۳، ۱۶، ۱۶-۱۱.

بشارت، محمدعلی؛ و محمدمهر، رضا. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس نشخوار

خشم. نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، ۱۹، ۶۵، ۴۳-۳۶.

تاشک، مهرانگیز؛ بهرامی، هادی؛ و کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۲). نقش صفات شخصیتی،

سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی.

مجله پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۴، ۱۴، ۵۳-۴۱.

شاکری نیا، ایرج؛ و محمدپور شاطری، مهری. (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و

پرخاشگری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر، ۱۸، ۳، ۲۳۳-۲۲۵.

شریفیان، سیداکبر. (۱۳۸۸). توصیه‌های پزشکی به رانندگان، هفته‌نامه سلامت، ۲۳۱، ۲۰.

بازیابی ۱۴ اسفند، ۱۳۹۴، برگرفته از:

www.salamatiran.com/pdf/salamat/231-20.pdf.

عباس‌زاده، محمد؛ میرزایی، حسین؛ بهزاد بصیرت، شهریار؛ و کاشانی، شمس. (۱۳۹۲). بررسی

نقش مداخله‌گرایانه عزت نفس بر میزان گرایایی رانندگان. فصلنامه مطالعات

پژوهشی راهور، ۵، ۵۶-۳۳.

کاظمی، رضا؛ موسوی‌زاده، توکل؛ و فرد، رامین. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش کنترل خشم در

افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علایم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه

(PTSD). فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۸، ۳۲، ۶۶-۵۷.

کاظمینی، تکتم؛ قبری‌هاشم آبادی، بهرامعلی؛ مدرس غروی، مرتضی؛ و اسماعیلی‌زاده،

مسعود. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش خشم و

پرخاشگری رانندگی. مجله روانشناسی بالینی، ۳، ۲(۱۰)، ۱۱-۱.

کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن؛ و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی

مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی، مجله روانشناسی، ۲، ۷.

- مجدزاده، رضا؛ رشیدیان، آرش؛ شمس، محسن؛ شجاعی زاده، داوود؛ و منتظری، علی. (۱۳۹۰). استفاده از الگوی بازاریابی اجتماعی برای کاهش رفتارهای خطرناک رانندگی در رانندگان تاکسی شهر تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۲، ۴۰-۲۱.
- نجد، محمدرضا؛ مصاحبی، محمدرضا؛ و آتش پور، حمید. (۱۳۹۲). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی از طریق مؤلفه‌های خودکارآمدی، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۸، ۳۰، ۴۷-۵۶.
- ویسی، مختار؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ و رضایی، منصور. (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۶، ۲ و ۳، ۷۸-۷۰.

منابع و مآخذ خارجی:

- Bener, A., Haigney, D., Crundal, D., Bensiali, A.K., & et al. (2004). *Driving Behavior Stress error and violations on the road: A Cross cultural compression study* (3rd International Conference on Traffic & Transport Psychology, ICTTP, 5-9 September 2004), UK: Nottingham.
- Brooks, M.V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness. *Nursing Forum*, 38, 11- 20.
- Dwek, L. (2000). In search of mood- dependent retrieval. *Journal of Social Behavior*, 17(4): 121-41.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Yaubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental Health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 687-695.
- Inversen, H., & Rundmo, T. (2002). Personality, risky driving and accident involvement among Norwegian drivers. *Journal of Personality & Individual Difference*, 33, 1251-1263.
- Jacelon, C.S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A Psychological perspective on PTSD and treatment*. West Sussex: Wiley.
- King, P. (2007). The concept of well-being and its applications in a study of ageing in Aotearoa New Zealand. *The Family Centre Social Policy Research Unit*. ISSN: 1177-4029.

- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 77-168.
- Kobasa, S.C., & Maddi, S.R. (1994). Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 262-274.
- Lareson, J.S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators*. New York: Green Wood Press.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1996). The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of Mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected. To 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Ozkan, T., & Lajunen, T. (2005). A new addition to DBQ: positive driver behaviors scale. *Transportation Research Part F*, 8(4-5), 68-355.
- Park, C., & Slaby, A. (2000). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International W Press.
- Pflanz, S.E., & Oyle, A.D. (2006). Job stress, depression, work performance and perceptions of supervisors in military personnel. *Military Medicine*, 171(9), 861-5.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Sciences*, 4, 99-104.
- Subramanian, S., & Vinothkuma, M. (2009). Hardiness Personality, Self-Esteem and Occupational Stress among IT professionals. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 48-56.
- Tamrin, S.B.M., Yokoyama, K., Jalaludin, J., Abdul-Aziz, N., & et al. (2007). The Association between Risk Factors and low Back Pain among Commercial Vehicle drivers in peninsular Malaysia: A preliminary result. *Industrial Health*, 45(2), 268-278 doi:10.2486/indhealth.45.268.
- Thogersen-Ntoumani, C., & Fox, K. R. (2005). Physical activity and mental well-being typologies in Corporate employees: A mixed methods approach. *Work & Stress*, 19, 50-67.
- Tse, J.L.M., Flin, R., & Mearns, K. (2006). Bus driver well-being review: 50 years of research. *Transportation Research Part F: Traffic psychology and behavior*, 9(2), 89.
- Veit, C.T., & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.
- Woodard, C. (2004). Hardiness and the Concept of Courage. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 56(3), 173-185.