

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت خواب رانندگان و میزان تصادفات جاده‌ای^۱

دکتر فرهاد قعله‌بندی
استادیار انستیتو روان‌پزشکی تهران
دکتر پرویز مظاهری
روان‌پزشک انستیتو روان‌پزشکی تهران عباس
صادقی‌کیا،
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم‌انظامی

دکتر بنفشه قرایی
استادیار انستیتو روان‌پزشکی تهران
دکتر سیدمهدی حسن‌زاده
دانشیار انستیتو روان‌پزشکی تهران
دکتر زهرا یداللهی
روان‌پزشک انستیتو روان‌پزشکی تهران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، به بررسی وضعیت سلامت روان رانندگان حرفه‌ای^۲ و غیرحرفه‌ای^۳ پرداخته است. **روش:** بدین منظور ۴۵۳ نفر از رانندگانی که منجر به جرح یا فوت داشته‌اند. در ۲۴ ساعت اول تصادف در محل پاسگاه‌های بین راه به صورت نمونه‌گیری در دسترس، مورد بررسی قرار گرفتند. هریک از رانندگان، آزمون SCL-۹۰-R و پرسشنامه جمعیت‌شناختی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به کمک شاخص‌های آماری توصیفی، آزمون آماری^۲ X^۲ و آزمون آماری^۱ مستقل، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین گروه رانندگان حرفه‌ای و رانندگان غیرحرفه‌ای در نمرات آزمون SCL-۹۰-R دیده نشده است. میانگین نمرات ابعاد پارانوئیدی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل و افسردگی در هر دو گروه بیشتر از سایر ابعاد بوه است. همچنین بین سابقه استفاده از دارو سابقه تصادف، ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. روان و سابقه مصرف دارو، در افزایش تعداد تصادفات رانندگی مؤثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها

سلامت روان (Mental health) - تصادفات جاده‌ای (Road accidents) - رانندگان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای (Professional and Amature drivers)

- ۱ - این طرح با بودجه مرکز تحقیقات بهداشت روان و دانشگاه علوم‌انظامی انجام گرفته است.
- ۲ - منظور از رانندگان حرفه‌ای در این پژوهش، افرادی هستند که دارای گواهینامه پایه یک بوده و رانندگی به عنوان شغل اصلی آن‌ها می‌باشد.
- ۳ - منظور از رانندگان غیرحرفه‌ای رانندگان دارای گواهینامه پایه دوم بوده و شغل اصلی آن‌ها رانندگی نمی‌باشد.

مقدمه

تصادفات جاده‌ای به بحرانی برای توسعه اجتماعی و سلامت عمومی جوامع تبدیل شده است. پیش‌بینی می‌شود در صورت عدم توجه اعضای جامعه جهانی به ایمنی راه‌ها، این حوادث افزایش یابد. تعداد افراد کشته شده در حوادث ترافیکی راه‌ها در سراسر جهان، سالیانه حدود ۱/۲ میلیون نفر، تخمین زده می‌شود در حالی که تعداد افراد مجروح تا ۵۰ میلیون نفر که معادل جمعیت پنج شهر بزرگ دنیا است، می‌رسد (ناصر و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۰۴).

صدمات ترافیکی جاده‌ای در کشورهای در حال توسعه دارای اهمیت بیشتری هستند، چراکه ۸۵ درصد مرگ‌های ناشی از این صدمات در جهان، مربوط به این کشورهاست. تراژدی حوادث ترافیکی جاده‌ای در ایران به مراتب وخیم‌تر از سایر مناطق دنیا است. در حالی که میزان مرگ و میر ناشی از این حوادث در سال ۲۰۰۰ میلادی در جهان و منطقه مدیترانه شرقی به ترتیب ۶/۲ و ۹/۱ درصد هزاران نفر در سال بوده (پدن و همکاران، ۲۰۰۴)، این شاخص در ایران ۲۰ در هر هزار نفر در سال بوده است (نقوی، ۱۳۸۲). روزانه ۱۶۰۰ سال عمر به دلیل حوادث فوق در ایران از دست می‌رود و مجموع هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم ناشی از این حوادث ۱۰۰۰ میلیارد تومان در سال برآورد شده است (همان منبع).

در ایران در مجموع ۱۴/۹ از کل مرگ و میرهای رانندگی و ۲۶/۹ از سال‌های از دست رفته عمر، ناشی از حوادث است. در این لیست، حوادث غیرعمدی (۸۴ در ۱۰۰۰۰۰) و مرگ ناشی از تصادفات (۸۳ در ۱۰۰۰۰۰)، بالاترین رتبه را داشت (زیاری و کبیر، ۲۰۰۵).

در رابطه با علل تصادفات، سیلور ستون^۱ (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای نشان داد که بیماران با اختلال روان‌پزشکی به طور کلی تصادفات رانندگی بالاتری از دیگران دارند.

برخی مطالعات نشان داده است که بیماران روان‌پزشکی، دو برابر گروه کنترل، تصادفات جاده‌ای داشته‌اند (والر^۲، ۱۹۸۵). الکما^۳ و دیگران (۱۹۷۰) دریافتند که بیماران مرد دارای اختلالات شخصیتی، ۶ برابر گروه کنترل، تصادفات جاده‌ای دارند.

از طرف دیگر رانندگان باید بر هیجان‌ات و ریسک‌پذیری خود کنترل داشته باشند. قضاوت راننده باید پخته باشد و مهارت‌های حل مسئله و درک خطر در طول رانندگی باید وجود داشته باشد. مثلاً یک فرد که رفتارهای هیجانی و ناگهانی انجام می‌دهد و خطرپذیر است، اگر الکل یا مواد مصرف می‌کند فرد خطرناکی است هرچند این امر توجیه روان‌پزشکی واضحی ندارد، با این وجود می‌تواند رانندگی کردن او خطرناک تلقی شود (متزرنر^۴ و دیگران، ۱۹۹۳).

تخمین زده می‌شود، ۲۵ درصد از رانندگانی که درگیر تصادفات رانندگی شده‌اند، الکل یا دارو مصرف کرده‌اند و یا اختلالات اضطرابی و بیماری روانی داشته‌اند (کرمن^۵، ۱۹۹۶).

1. Silverstion
3. Elkema
5. Cremona

2. Wailer
4. Melzner

همچنین بیمارانی که داروی ضد اضطرابی و خواب‌آور مصرف می‌کنند، بیشترین خطر حوادث رانندگی را دارا می‌باشند (باربن^۱، ۱۹۹۸). معمولاً به بیماران توصیه می‌شود که پس از شروع درمان دارویی یا افزایش دوز داروها، رانندگی نکنند (هریس^۲، ۱۹۹۷). لازم به ذکر است که مصرف الکل از دیرباز به عنوان مهم‌ترین عامل در تصادفات جاده‌ای شناخته شده است (شینار^۳، ۱۹۸۷، دلریو^۴ و همکاران، ۲۰۰۱).

اگرچه هر راننده‌ای در طول دوران رانندگی ممکن است دچار حادثه شود ولی بسیاری از رانندگانی که حادثه جدی داشته‌اند تنها به علت رانندگی خطرناک بوده است تا بیماری روان‌پزشکی یا رفتار مجرمانه (ناصر، ۱۳۸۵).

در برخی کشورها، مطالعاتی در مورد رانندگی افراد مبتلا به بیماری روانی و مقایسه تعداد تصادفات آن‌ها با افراد سالم انجام شده است، ولی با این وجود جلوگیری از رانندگی بیماران روانی از لحاظ اختلافی هنوز زیر سوال است (جرالد دی جی، ۲۰۰۱). با توجه به موضوع‌های مطرح شده، پژوهش حاضر به منظور بررسی سلامت روان رانندگان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای که تصادفات منجر به جرح و فوت داشته‌اند صورت گرفت. با نگاهی به پیشینه پژوهش در این زمینه، به نظر می‌رسد این نخستین پژوهشی است که در این حوزه در ایران انجام می‌گیرد. آرزو داریم یافته‌های این پژوهش، بتواند گامی در جهت کاهش تصادفات رانندگی که ناشی از عوامل انسانی است، بردارد.

روش

در این پژوهش با توجه به اهداف خصوصیات جمعیت‌شناختی، وضعیت سلامت روان در رانندگانی که تصادفات منجر به جرح و فوت در جاده‌های بین شهری داشته‌اند مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش از نوع مقطعی پس رویدادی است.

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه رانندگانی است که از تاریخ ۱۳۸۵/۱/۱ لغایت ۱۳۸۵/۱۰/۱ در جاده‌های بین شهری ایران تصادفات منجر به جرح و فوت داشته‌اند و پرونده‌های آن‌ها به عنوان مقصر در تصادف، به کلانتری‌ها ارجاع داده شده است که از بین آن‌ها تعداد ۴۵۳ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شده‌اند. این نمونه از کل استان‌های کشور و براساس محورهایی که دانشجویان دانشگاه علوم انتظامی در آن مستقر بوده‌اند انتخاب شده است.

به منظور بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته‌ای برای گرفتن اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت تحصیلی، نوع گواهینامه رانندگی، سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و ... تهیه شده است.

همچنین از پرسشنامه SCL-90-R که یک ابزار پژوهشی برای سرند مشکلات روان‌پزشکی است، استفاده شد. این پرسشنامه از سال‌های نخست دهه ۱۳۵۰ در

1 Barbone
3. Shinar

2. Harris
4. Del-Rio

ایران در بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی کاربرد گسترده‌ای داشته است. دراگوتیس و کوری (۱۹۷۳) این ابزار را برای ارزیابی علایم روانی معرفی کرد و بر پایه تجارب بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی، پس از چندی، مورد تجدید نظر قرار گرفت (دراگوتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶)

پرسشنامه SCL-90-R دارای نود ماده است که در قالب نه بعد (جسمانی کردن یا شکایت‌های بدنی، وسواس فکری و عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، هراس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) ناراحتی‌ها و مشکلات روانی را ارزیابی می‌کند. در برابر هر ماده پنج گزینه، هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و به شدت قرار دارد که پاسخگو با توجه به شرایط خود، برای هر ماده یکی از این گزینه‌ها را انتخاب می‌کند.

این پرسشنامه بر روی ۷۸۰ نفر از اهالی روستاهای صومعه‌سرا، ترکمن صحرا، شیرز و شماری از ساکنان شهر تهران به کار برده شده و نمره GSI ۴/۰ به عنوان نقطه برش انتخاب شده است (میرزایی، ۱۳۵۹).

برای بررسی پایانی و روایی این پرسشنامه، بررسی‌های چندی انجام شده است. ناناکا (۱۹۷۰ به نقل از میرزایی، ۱۳۵۹) پایایی آن را به روش آزمون - باز آزمون ۰/۹۰ گزارش کرد. میرزایی (همان جا) پایایی این آزمون را ۰/۸۰ و باقری یزدی (۱۳۷۲) پایایی آن را ۰/۹۷ و کارآیی آن بیش از ۰/۹۰ گزارش کرد.

جهت اجرای طرح در کلانتری‌های مورد نظر، طی چندین جلسه توجیهی، روش جمع‌آوری نمونه‌ها و اجرای پرسشنامه‌ها به دقت توسط اساتید طرح، به دانشجویان دانشکده پلیس راهنمایی و رانندگی (راهور) که از طرف معاونت پژوهشی دانشگاه علوم انتظامی به تیم تحقیق معرفی شده بودند آموزش داده شد. ابتدا در بهمن ماه ۱۳۸۴ اجرای آزمایشی بر روی ۵۰ نفر از افرادی که در محورهای برون شهری استان تهران که تصادفات منجر به جرح و فوت داشته‌اند انجام گرفت و پس از برطرف کردن مشکلاتی که در حین اجرا به وجود آمده بود طرح اصلی از تاریخ ۱۳۸۵/۱/۱ شروع شد. افراد آموزش دیده در کلانتری‌های مورد نظر در استان‌های کشور مستقر شدند. هر تیم پرسشگری شامل سه نفر بود که در هر تیم یک نفر به عنوان سرگروه، ناظر اجرای پرسشگری بود. در هر کلانتری از طرف دانشگاه علوم انتظامی یکی از پرسنل [کارکنان] کلانتری به عنوان ناظر و هماهنگ کننده وجود داشت و پس از جمع‌آوری اطلاعات آن را از طریق دانشکده به تیم تحقیق تحویل می‌دادند. اطلاعات پس از ورود به کامپیوتر مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار می‌گرفت.

یافته‌های پژوهش

در مجموع ۴۵۳ نفر راننده با تصادفات منجر به جرح و فوت مورد پرسش قرار گرفتند که برخی از اطلاعات مربوط به وضعیت جمعیت‌شناختی گروه مورد بررسی، آورده

می‌شود. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که ۱۰۰ درصد از افراد گروه حرفه‌ای و ۴۹/۹ درصد از گروه غیرحرفه‌ای را مردان تشکیل می‌دادند.

از لحاظ گروه‌بندی سنی، بیشترین فراوانی در گروه غیرحرفه‌ای مربوط به سنین ۳۰ - ۱۷ و در گروه حرفه‌ای ۴۰ - ۳۱ بوده است و میانگین سنی این افراد ۳۵/۸ با انحراف معیار ۱۲/۳ بوده است. بیشترین فراوانی در گروه حرفه‌ای با مدرک تحصیلی سیکل ۳۵/۷ درصد و در گروه غیرحرفه‌ای با مدرک تحصیلی دیپلم ۴۴/۷ درصد دیده شد.

از لحاظ تعداد سرنشین، بیشترین وسایط نقلیه در هنگام تصادفات به صورت دو سرنشین بوده‌اند. همچنین بر حسب علت سفر، بیشتر افراد مورد مطالعه، سفر غیرشغلی داشته‌اند. از لحاظ نوع خودرو نیز بیشترین خودروهای مورد استفاده رانندگان که منجر به تصادف شده است، پیکان و پراید بوده است.

بر اساس فرضیه‌های پژوهش در رابطه با بررسی وضعیت سلامت روان در رانندگان دارای تصادفات منجر به جرح و فوت نتایج در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات G.S.I و ابعاد مختلف آزمون SCL-۹۰-R در گروه‌ها

کل (۴۵۳) n =		غیرحرفه‌ای n = ۳۳۴		حرفه‌ای ۸۹ n =		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۱۶۱	۰/۷۷	۰/۱۵۹	۰/۷۷	۰/۱۶۵	۰/۷۷	شکایت‌های جسمانی
۰/۱۶۳	۰/۹۶	۰/۱۶۴	۰/۹۶	۰/۱۶۳	۰/۹۷	وسواس و اجبار
۰/۱۶۶	۰/۹۱	۰/۱۶۴	۰/۸۹	۰/۱۶۵	۰/۹۲	حساسیت در روابط متقابل
۰/۱۶۴	۰/۱۸۵	۰/۱۶۲	۰/۱۸۵	۰/۱۷۳	۰/۱۸۸	افسردگی
۰/۱۶۳	۰/۱۸۳	۰/۱۶۳	۰/۱۸۳	۰/۱۶۵	۰/۱۸۲	اضطراب
۰/۱۶۸	۰/۱۸۸	۰/۱۶۹	۰/۱۸۹	۰/۱۶۸	۰/۱۸۶	پرخاشگری
۰/۱۶۴	۰/۱۶۷	۰/۱۶۲	۰/۱۶۶	۰/۱۶۹	۰/۱۶۸	ترس مرضی
۰/۱۷۴	۱/۰۹	۰/۱۷۳	۱/۰۷	۰/۱۷۶	۱/۰۱	پارانوئیدی
۰/۱۶۳	۰/۱۷۶	۰/۱۶۳	۰/۱۷۶	۰/۱۶۴	۰/۱۷۴	روان پریشی

۰/۵۶	۰/۸۶	۰/۵۵	۰/۸۵	۰/۵۸	۰/۸۶	G.S.I*
۲۳/۱	۴۷/۶	۲۲/۹	۴۷/۷	۲۴/۵	۴۵/۸	P.S.T**
۰/۴۳	۱/۵	۰/۴۲	۱/۵	۰/۴۳	۱/۶	P.S.D.I***

همان‌طور که مشاهده می‌گردد براساس ابعاد مختلف آزمون SCL-۹۰-R در گروه‌های مورد مطالعه، به ترتیب میانگین ابعاد پارانوئیدی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل و افسردگی، بیشتر از سایر ابعاد دیده می‌شود. ولی در مقایسه بین میانگین‌ها در دو گروه با استفاده از آزمون t مستقل اختلاف معنی‌داری در بین دو گروه دیده نشده است. همچنین میانگین هر دو گروه در نمرات G.S.I از نقطه برش (نقطه برش ۸۱) بالاتر است.

جدول شماره ۲- رابطه بین سلامت روان با سابقه تصادف در گذشته

G.S.I < ۸۱		G.S.I > ۸۱		سابقه تصادف
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۷/۸	۴۳	۳۱/۵	۶۳	دارد
۸۲/۸	۱۹۸	۶۸/۵	۱۳۷	ندارد
۱۰۰	۲۴۱	۱۰۰	۲۰۰	جمع

$$X^2=۱۱/۲$$

$$df=۱$$

$$P < ۰/۰۰۰۱$$

همان‌طور که مشاهده می‌شود افرادی که نمرات بالاتر از ۸۱ در G.S.I به دست آورده‌اند سابقه تصادفات بیشتری را در گذشته نسبت به گروه دیگر گزارش داده‌اند که با استفاده از آزمون X^2 ، اختلاف معنی‌داری در سطح بالای ۹۹ درصد مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۳- رابطه بین سلامت روان با سابقه مصرف دارو

G.S.I < ۸۱		G.S.I > ۸۱		سابقه مصرف دارو
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۹/۵	۲۳	۱۷/۵	۳۵	دارد
۹۰/۵	۲۱۸	۸۲/۵	۱۶۵	ندارد
۱۰۰	۲۴۱	۱۰۰	۲۰۰	جمع

$$X^2=۱۱/۲$$

$$df=۱$$

$$P < ۰/۰۱۴$$

*- جمع علائم فرضی (Positive symptom total)

** - ضریب کل علائم فرضی (Global severity index)

*** - معیار ضریب ناراحتی (Positive symptom distress index)

جدول شماره ۳- رابطه بین سلامت روان و سابقه مصرف دارو در گذشته را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود افرادی که نمرات بالاتر از ۸۱ در G.S.I به دست آورده‌اند سابقه مصرف داروی بیشتری را در گذشته نسبت به گروه دیگر گزارش داده‌اند که با استفاده از آزمون X^2 ، اختلاف معنی‌داری در سطح بالای ۹۹ درصد دیده شده است.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی برحسب سابقه تصادف قبلی و سابقه بیماری اعصاب و روان

سابقه تصادف قبلی				
ندارد		دارد		سابقه بیماری اعصاب و روان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲/۱	۷	۸/۷	۹	دارد
۹۷/۹	۳۲۷	۹۱/۳	۹۴	ندارد
۱۰۰	۲۴۱	۱۰۰	۲۰۰	جمع

$$X^2=9/8$$

$$df=1$$

$$P < .0002$$

جدول شماره ۴ گروه‌های مورد مطالعه را از لحاظ سابقه تصادفات قبلی و سابقه بیماری اعصاب و روان با یکدیگر مقایسه کرده است.

در این جدول، مقایسه سابقه تصادفات قبلی با سابقه بیماری اعصاب و روان اختلاف معنی‌داری در سطح بالای ۹۹ درصد نشان داده است. بدین معنی در گروهی که سابقه بیماری اعصاب و روان داشته‌اند، سابقه تصادفات قبلی بیشتر گزارش شده است.

نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد، هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه وضعیت سلامت روان رانندگان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای که با میزان تصادف منجر به جرح یا فوت داشته‌اند بود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد ۲۰۰ نفر (۴۴/۱ درصد) از افراد مورد بررسی در ارزیابی آزمون SCL-90-R نمره‌ای بالاتر از نقطه برش که شدت اختلالات روان‌پزشکی را نشان می‌دهد به دست آورده‌اند که با این عدد به دست آمده می‌توان گفت که بخش قابل‌ذکری از گروه‌های مورد مطالعه از وضعیت سلامت روان کافی بهره‌مند نبوده‌اند. این یافته با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که تصادف را ناشی از اختلال روانی دانسته‌اند، همسو می‌باشد. برای نمونه برخی مطالعات اپیدمیولوژیک در آمریکا گزارش کرده‌اند که ۳۰ درصد از رانندگانی که رانندگی‌شان داشته‌اند معیارهای بیماری‌های

روانی را نشان داده‌اند (سوانسون، ۱۹۹۰). یافته‌های دیگر مرتبط با ارزیابی در آزمون SCL-90-R نشان می‌دهد که میانگین ابعاد پارانوئیدی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل و افسردگی بیشتر از سایر ابعاد دیده شده و میانگین این ابعاد در بین جامعه بالاتر بوده است. این یافته همسو با یافته‌های دیگری می‌باشند که افسردگی و نگرش‌های خودکشی را علت تصادف دانسته‌اند (لاقام، ۲۰۰۰).

بررسی متغیرهای دیگر این پژوهش نشان می‌دهد بین استفاده از دارو و سابقه تصادف ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($X^2=5/6, P<0/0001$). این یافته همسو با دیگر تحقیقاتی است که مصرف دارو را به دلیل ایجاد خواب‌آلودگی، عامل تصادف دانسته‌اند (باربن، ۱۹۹۸). نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد بیمارانی که داروی ضد اضطراب و خواب‌آور مصرف می‌کنند، بیشترین خطر حوادث رانندگی را دارند و به بیماران توصیه می‌کند پس از شروع درمان دارویی و با افزایش دوز داروها، رانندگی نکنند.

در مجموع نتایج این تحقیق در راستای مطالعات دیگر در این زمینه، به این مسئله اشاره دارد که افزایش بهداشت روان و آموزش درمورد نحوه استفاده از داروها در حین رانندگی می‌تواند در پیشگیری از تصادفات که همان‌طور که قبلاً اشاره شد یکی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر خصوصاً در سنین جوانی است نقش مهمی را ایفا کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، مطالعه همزمان با یک گروه گواه که از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه مطالعه هم‌تاسازی شده است استفاده شود.

با توجه به اینکه گروه پرسشگری مجبور به پرسشگری در ۲۴ ساعت اول تصادف در پاسگاه‌های بین راه بود که طبعاً جلب همکاری راننده برای پرسشگری حوصله، دقت و مهارت بالایی را می‌طلبد. در مطالعات مشابهی که در کشورهای اروپایی و آمریکا انجام شده است پرسشگری را از رانندگان به راحتی حتی گاه با تماس تلفنی بوده است که امید می‌رود در ایران نیز با ثبت دقیق اطلاعات مربوط به رانندگان دارای تصادفات جرح و فوت، راه برای مطالعات آینده هموار شود.

در ایران به دلیل اینکه رانندگان از درج سابقه مصرف مواد یا الکل در پرسشنامه نگران هستند در مشخصات دموگرافیک تنها سابقه مصرف دارو و سایر موارد ذکر شده بود که این امر سبب شد اطلاعات دقیقی از تعداد رانندگانی که مصرف الکل یا مواد داشته‌اند به دست نیاید. مصرف الکل و مواد در مطالعات انجام شده در دیگر کشورها عامل بسیار مهمی در تصادفات رانندگی بوده است که جا دارد راهکارهای مناسب جهت مصرف مواد و الکل در رانندگان ایران هم فراهم گردد. همچنین در SCL-90-R، مصاحبه روان‌پزشکی نیز انجام شود که متأسفانه به دلیل مشکلات اجرایی این امر محقق نشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی این مسئله لحاظ شود.

از هیئت رئیسه دانشگاه علوم انتظامی، ریاست و معاونان دانشکده پلیس راهنمایی و رانندگی، فرماندهی پلیس راه استان تهران، سرکار خانم بریری، انستیتو روان‌پزشکی

تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان قدردانی می‌شود.
 همچنین از دانشجویان دانشکده پلیس راهنمایی و رانندگی که همکاری لازم را در تکمیل پرسشنامه‌ها در شرایط سخت عهده‌دار بودند تشکر و قدردانی می‌شود.

کتابنامه

- احسان، صالح علی و ساگر، ماندانا و مشفقگی گیلانی، فاطمه (۱۳۸۱) بررسی اپیدمیولوژیک حوادث رانندگی منجر به مرگ در استان لرستان، *مجله پزشکی قانونی*، سال ۸.

- ناصح، محمدهادی، کرمانچی، جمشید و ستوده، مهران، (۱۳۸۵) *گزارش جهانی پیشگیری از حوادث ترافیکی راهها*، تهران: معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها.

- Barbun, B. (1998), *Medical Risk factors amongst drivers in single - car accidents*, JInkrn med 1998, 241 (3): 213-9
- Cremona, A. (1996) *Psychiatric illness and driving Performance British Journal of Hospital Medicin*, 56.193-195. (Medlin)
- Del Rio, M.C., Gonzalz – Luque, J.C.& Alvarezk, F.J. (2001) *Alcohol – related problems and fitness to driv e*. Alcohol and Alcoholism, 36T 256-261. (aAbstract/free full Text)
- Elkema, R.C., Brossen, J., Koshnik, R., et al (1970) *AStatistical study of the relationship between mental illness and traffic accidents: a Pilot study*. American journal of public health, 60T456-469.
- Harris, M.C. (1997) *Psychotropic medication and driving*. Psychiatry in Praticce, 16T5-7.
- H.Ziari, M.M. Khabiri I Transport- (2005), vol XX. No 4, 160-2000; 162: 1407-1412.(Abstract/free Full Text)
- Lapham, S.C., Smith, E,Cde Beca, J, etal (2001) *Prevalence of Psychiatric disorders among Porsons Convicted of driving while impaired*. Archires of general rcychiaty, 58 و 943-949.
- Metzner, J.L., Dention, A.N., Godard, S.L., et al (1993) *Impairment in driving and psychiatric illness*. Journal of neuropsychiatry and clinical Neurosciences, 5,211-220.(Free Full Text)
- Shinar, D. (1978) *Psychology on the Road: The Human Factor in Traffic safty*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Silvers Tone, T. (1988) *The Influence of Psychiatric disease nd its treatment on driving Performance*. International ClilicalPsychopharmacology, 3(suppl.1), 59-66.
- Soanson, m, (1990), *Driver Sleepiness, and risk of Serious injury to car accidents*, Dmj, 1990 , Magll, 324 (7346): 11250.