

## اثربخشی مداخله روان‌شناختی بر نگرش‌های ناکارآمد، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی رانندگان اتوبوس

محسن شکوهی یکتا<sup>۱</sup>، غلامرضا سهراب پور<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۱۵

تاریخ وصول: ۹۸/۰۳/۱۵

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله‌ی روان‌شناختی بر نگرش‌های ناکارآمد، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی رانندگان اتوبوس بود. روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی بود. به‌منظور انجام پژوهش، تعداد ۱۵۸ نفر از رانندگان شرکت واحد اتوبوسرانی شهر تهران که برای شرکت در یک دوره آموزشی مداخلات روانی-اجتماعی توسط این شرکت معرفی شده بودند، ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در چهار گروه تقسیم شدند و آموزش‌های مدیریت خشم، رانندگی انتقام‌جویانه، ارتباط مؤثر و مدیریت استرس را دریافت کردند. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف به‌عنوان ابزار پژوهش به کار رفتند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شد در دو مرحله پیش و پس‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مداخله‌ی روان‌شناختی به‌طور معنی‌داری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد ( $F=4/47, P=0/03$ )، افزایش سلامت عمومی ( $F=6/85, P=0/01$ ) و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی ( $F=5/21, P=0/02$ ) رانندگان اتوبوس مؤثر بوده است.

**واژگان کلیدی:** رانندگان، بهزیستی، سلامت عمومی، نگرش، مداخله روان‌شناختی

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

sohrabpour@alumni.ut.ac.ir

## مقدمه

امروزه یکی از مؤلفه‌های اساسی در تقویت روند توسعه پایدار مسئله ارتقای سلامت جامعه می‌باشد، چرا که انسان سالم، محور توسعه پایدار است. از طرفی زندگی در جهان امروز با خطرات زیادی روبرو است. فزونی حوادث و آسیب‌های عمدی و غیرعمدی، از جمله قابل توجه‌ترین خطراتی است که زندگی افراد را در کشورهای مختلف تهدید می‌کند. این مهم، سالانه باعث مرگ بیش از ۱/۳ میلیون نفر در سراسر جهان می‌شود. روزانه بیش از ۳۰۰۰ مرگ در اثر برخورد با وسایل نقلیه اتفاق می‌افتد که بالغ بر نیمی از آن‌ها حتی سوار وسیله نقلیه نیستند (هاشمی نظری، کاظمیان و حسینی، ۱۳۹۰).

امروزه حوادث رانندگی از نظر عامل مرگ‌ومیر، در رده نهم قرار دارد و انتظار می‌رود در سال ۲۰۲۰ به رده سوم برسد. رانندگی یک وظیفه پیچیده است که نیازمند مهارت‌های مختلف شناختی، جسمی، حسی و روانی-حرکتی است (مارینو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). رانندگان شاغل در ناوگان حمل‌ونقل عمومی در آمار حوادث بوجود آمده از ترافیک جاده‌ها و هزینه‌های انسانی و مالی سهم چشمگیری دارند. براساس مطالعات، رانندگان شاغل نسبت به عموم رانندگان در معرض خطرات بیشتری از حوادث قرار دارند تا جایی که به‌طور آشکار، ارتباط پیچیده‌ای بین، خستگی، خواب، تنش<sup>۲</sup>، وضعیت سلامتی و خطر سوانح رانندگان وجود دارد (تیلور و دورن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

در این میان، رانندگی اتوبوس به‌عنوان یک شغل استرس‌زا که استرس‌های روحی و جسمی زیادی بر شخص تحمیل می‌کند، محسوب می‌شود (شریفیان، ۱۳۸۸). سلامتی رانندگان اتوبوس‌های شهری توسط اپیدمیولوژیست‌ها، جامعه‌شناسان، پزشکان، فیزیولوژیست‌ها و روان‌شناسان مورد توجه قرار گرفته است. این توجه به خاطر این است که رانندگی اتوبوس‌های شهری یک فعالیت استرس‌زا و زیان‌آور است (ایوانس و جوهانسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). سیستم اتوبوس‌رانی یکی از وسیع‌ترین شبکه‌های سیستم حمل‌ونقل جاده‌ای کشور

- 
1. Marino et al.
  2. Stress
  3. Taylor & Dorn
  4. Ewan's & Johansson

است. رانندگان اتوبوس دچار خستگی‌های ذهنی و جسمی می‌شوند که عامل حوادث بسیاری است (کامپین، پیبایل و موزت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

برخی از پژوهش‌ها بر نقش میزان دید، توجه و عوامل شخصیتی تأکید دارند. متقیان و شکری (۱۳۹۸) دریافتند که بخشی از پراکندگی مشترک بین دواير مفهومی ویژگی‌های شخصیت و بیانگری انطباقی و غیرانطباقی خشم رانندگی از طریق هیجان خشم رانندگی قابل تبیین است. در این راستا، برغندان، ترخان و قائمی خمامی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مدیریت خشم می‌تواند در بالابردن سازگاری اجتماعی مؤثر باشد. رانندگانی که تصادف می‌کنند نسبت به رانندگانی که تصادف نمی‌کنند در عواملی همچون ویژگی‌های شخصیتی، سطح استرس، همدلی و دیگر عوامل با یکدیگر تفاوت قابل توجهی دارند (وانگ، رو و سالوندی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). عوامل انسانی به دو دسته کلی رفتار وابسته به تصادفات و عوامل شناختی و رفتاری تقسیم می‌شوند. از رفتارهای وابسته به تصادفات می‌توان به نادیده گرفتن مقررات رانندگی، سرعت زیاد در حالت خواب‌آلودگی و خستگی و استفاده از مواد مخدر و الکل اشاره کرد که در لحظه بروز حادثه عامل مستقیمی در بروز تصادفات هستند (ساباتی، گوئیو، گارسیا و کاپدویلا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

نگرش‌های ناکارآمد<sup>۴</sup> در بروز دوره‌های افسردگی به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز شناختی و یا به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری<sup>۵</sup> تحت شرایط فشارزای محیطی محسوب می‌شود (لام<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). با توجه به اینکه رانندگان اتوبوس در شرایط پرفشار محیطی قرار دارند، افزایش نگرش‌های ناکارآمد و کاهش در سلامت روحی باعث کاهش عملکرد شغلی آن‌ها و در نتیجه افزایش نرخ حوادث می‌شود (هیلتون، استادون، شریدان و وایت فورد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). نگرش‌های ناکارآمد، باورها و روان‌بنه‌های جهت‌گیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، محیط، جهان و آینده دارد (آبلا و اسکیتچ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). این نگرش‌ها باعث سوگیری ادراک و فهم فرد از رویدادها شده، عملکرد و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث

1. Campagne, Pebayle & Muzet
2. Wang, Rau & Salvendy
3. Sabates, Guiu, Garcia & Capdevila
4. Dysfunctional attitude
5. Vulnerability
6. Lam
7. Hilton, Staddon, Sheridan & Whiteford
8. Abela & Skitch

رفتارهای خودتخدیری و آشفتگی‌های هیجانی می‌گردد (حجازی، آقایی و جارچی، ۱۳۹۵) که به دنبال آن، سلامت عمومی افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

در این راستا، ساراسن و ساراسن<sup>۱</sup> (۱۳۸۱) نشان دادند که سلامتی؛ تحت تأثیر عوامل جسمانی، روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی یک ادراک شخصی تغییرپذیر است. آگاهی از نشانه‌های جسمانی به فرآیند روان‌شناختی خاصی بستگی دارد. به بیان دیگر، از ادراک و جنبه‌های شناختی شخصیت فرد که در پردازش محرک‌های درونی و بیرونی، تأثیر دارند، تبعیت می‌کند.

تعریف بادگر<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) از سلامت عمومی نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی است؛ بنابراین، چنین ادراکی از نشانه‌ها، تعیین‌کننده وجود مشکل جسمانی و یا روان‌شناختی می‌باشد. با تأکید بر اینکه سلامت چیزی فراتر از فقدان بیماری است (ریف و سینگر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸)، ریف (۱۹۸۹) بیان کرد که بهزیستی روان‌شناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد اشاره می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای کمال شکوفا کردن توانایی‌های بالقوه خود تلقی می‌شود که جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است و انعکاس‌دهنده‌ی خلق مثبت و سرزندگی است (ریف، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد با ارتقای سطح وظیفه، خستگی ذهنی بیشتر می‌شود که به دنبال آن سلامت عمومی افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (لوریست و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). طبق مطالعات انجام شده، بهزیستی روان‌شناختی با سلامت و افزایش رضایت شغلی به‌طور مستقیم رابطه دارد (توگرسن-انتومانی و فاکس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ کینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). همچنین رضایی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که ارتباط آماری معنی‌دار مثبت بین نگرش‌های ناکارآمد و استرس، اضطراب و افسردگی وجود دارد. بنابر آنچه گفته شد، طراحی و اجرای مداخلات مناسب در جهت اصلاح رفتارهای پرخطر در بین رانندگان، می‌تواند در میزان بروز تصادفات رانندگی مؤثر باشد (مجدزاده، رشیدیان، شمس، شجاعی زاده و منتظری، ۱۳۹۰). در این زمینه مداخلات متعددی در کشور ما صورت گرفته است. شکوهی یکتا، اکبری زردخانه و سهراب پور (۱۳۹۶) در یک مطالعه

- 
1. Sarason
  2. Ryff & Singer
  3. Lorist et al.
  4. Thogersen-Ntoumani & Fox
  5. King

اثربخشی مقدماتی به بهبود ایستادگی و روان‌درستی<sup>۱</sup> رانندگان اتوبوس پرداختند. مجدزاده و همکاران (۱۳۹۰) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که الگوی بازاریابی اجتماعی بر رفتارهای خطرناک رانندگان تأثیر به‌سزایی دارد. عباس‌زاده، میرزایی، بهزاد بصیرت و کاشانی (۱۳۹۲) نقش مداخله‌گرایانه عزت‌نفس بر میزان قانون‌گرایی رانندگان را مورد بررسی قرار دادند. کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی زاده (۱۳۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگان مؤثر است. تسی، فلین و میرنس<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) در یک مطالعه مروری دریافتند که شغل رانندگی اتوبوس استرس‌زاست و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی در رانندگان اتوبوس می‌تواند از بروز تصادفات رانندگی جلوگیری به عمل بیاورد.

از آنجایی که بسیاری از مداخلات مذکور بیشتر بر روی مؤلفه‌های بیمارشناختی و جنبه‌های غیر مثبت آزمودنی‌ها تمرکز داشته‌اند و جنبه‌های مثبت آنان را مد نظر قرار نداده‌اند، لذا طراحی و اجرای مداخلات رفتاری مناسب برای بهبود جنبه‌های روان‌شناختی مثبت در گروه‌های استفاده‌کننده از جاده‌ها و خیابان‌ها، می‌تواند بروز تصادفات رانندگی را تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین، با در نظر گرفتن نقش اساسی عامل انسانی در رفتار رانندگان اتوبوس و این که شغل رانندگی اتوبوس حمل‌ونقل عمومی در ارتباط با سلامت مسافران و عابرین پیاده بوده و به دلیل نقش اساسی رانندگان اتوبوس در حفظ جان مسافران، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله‌ی روان‌شناختی بر نگرش‌های ناکارآمد، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی رانندگان اتوبوس است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی<sup>۳</sup> با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون تک گروهی بود. گروه نمونه به‌صورت در دسترس شامل ۱۵۸ 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 به‌صورت تصادفی در چهار گروه تقسیم شدند و آموزش‌های موردنظر را دریافت کردند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد در دو مرحله

1. Psychological well-being
2. Tse, Flin & Mearns
3. quasi-experimental

پیش و پس‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. به دلیل وجود محدودیت‌های زمانی که بوسیله مجریان این پروژه اعمال شد، ۷۹ نفر از این افراد به پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی و ۷۹ نفر دیگر به مقیاس نگرش‌های ناکارآمد-پاسخ دادند.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط وایزمن و بک<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه‌ی بک در مورد محتوای ساختارشناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس از ۴ خرده مقیاس موفقیت-کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد تشکیل شده است. پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره‌ی ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره‌ی ۱) مشخص می‌کند. این مقیاس ۲۶ گویه دارد که توسط ابراهیمی، نشاط‌دوست، کلانتری، مولوی و اسداللهی از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن تعیین گردید. روایی این مقیاس از طریق پیش‌بینی سلامت بانمرات پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) برابر ۰/۵۶ به دست آمد، همچنین همبستگی آن با پرسشنامه‌ی اصلی سلامت عمومی ۰/۹۷ بوده است. ضریب پایایی مقیاس مذکور با استفاده از بازآزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است (فتی، ۱۳۸۲).

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ<sup>۴</sup>، ۱۹۷۲). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه استفاده شده است، فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه توسط گلدبرگ<sup>۴</sup> و هیلر<sup>۵</sup> (۱۹۷۹)، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است که دارای ۴ خرده مقیاس، شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. این پرسشنامه توسط یعقوبی و پالاهنگ<sup>۶</sup> به زبان فارسی ترجمه شده است. تقوی (۱۳۸۰) قابلیت اعتماد پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار

- 
1. dysfunctional attitudes scale
  2. Weissman & Beck
  3. General Health Questionnaire (GHQ-28)
  4. Goldberg
  5. Goldberg & Hillier

داد که به ترتیب ضرایب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. روایی سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰؛ هومن، ۱۳۷۶).

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup>: این ابزار دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود<sup>۲</sup>، روابط مثبت با دیگران<sup>۳</sup>، خودمختاری<sup>۴</sup>، تسلط بر محیط<sup>۵</sup>، زندگی هدفمند<sup>۶</sup> و رشد فردی<sup>۷</sup> است. ریف برای اندازه‌گیری این سازه‌ها، پس از بررسی‌های اولیه نسخه‌ی اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه و سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی را نیز طراحی نمود. نسخه‌ی کوتاه این پرسشنامه ۶ مؤلفه‌ی اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط بیانی، کوچکی و بیانی به فارسی ترجمه شده است. ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های فرم کوتاه این پرسشنامه و نیز ضریب همسانی درونی کل آزمون حدود ۰/۵۰ گزارش شده است. شواهد مربوط به روایی همگرایی مقیاس مذکور حاکی از آن است که خرده مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی، عزت‌نفس و خلاقیت رابطه‌ی مثبت و با افسردگی، شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه‌ی منفی دارند (هوانگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

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)، مدیریت تنیدگی (۳ جلسه) و ارتباط مؤثر (یک جلسه) بود. مدت‌زمان در نظر گرفته شده برای هر یک از جلسات ۸۰ دقیقه بود که به صورت هفته‌ای سه جلسه برگزار شد. اهدافی که در هر یک از بخش‌ها مدنظر بود به شرح جدول (۱) است. محل برگزاری دوره‌های آموزشی دانشگاه خواجه‌نصیرالدین طوسی بود.

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

عنوان	جلسات	اهداف
-------	-------	-------

1. Ryff's Scales of Psychological Well-being
2. Self-acceptance
3. Positive relation with others
4. Autonomy
5. Environmental mastery
6. Purpose in life
7. Personal growth
8. Hoang

مفهوم و ساختار خشم	یکم	
اندیشه‌های خشم برانگیز، مهارت‌های بازشناسی	دوم	مدیریت خشم
مهارت‌های ارزیابی خشم و انتخاب راهبردهای کنترل	سوم	
عوامل مسبب بروز خشم	چهارم	
رانندگی انتقام‌جویانه و راهبردهای پیشگیری از آن	یکم	رانندگی انتقام‌جویانه
تعریف، انواع، منابع و تأثیرات استرس	یکم	
مهارت‌های مثبت‌اندیشی، شوخ‌طبعی، مدیریت زمان	دوم	مدیریت تنیدگی
روش حل مسئله، آموزش مهارت‌های تنفس، تن آرامی و تجسم	سوم	
ارتباط مؤثر و چگونگی برقراری آن	یکم	ارتباط مؤثر

## نتایج

بررسی نتایج آزمون‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی (۳۸ سال)، وضعیت تأهل (۱۴۲ نفر متأهل، ۱۶ نفر مجرد) و میزان تحصیلات (۹۳ نفر زیر دیپلم، ۵۴ نفر دیپلم و فوق‌دیپلم، ۱۰ نفر لیسانس، ۱ نفر فوق‌لیسانس) بوده است. یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در جدول زیر ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین پس‌آزمون متغیرهای نگرش ناکارآمد، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی با میانگین پیش‌آزمون آن‌ها، تفاوت آشکاری دارد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی

مقیاس	مراحل	میانگین	انحراف استاندارد
نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	۵۸/۶۸	۲۳/۵۱
	پس‌آزمون	۵۰/۴۰	۲۵/۶۰
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۳۸/۲۲	۷/۷۷
	پس‌آزمون	۳۴/۹۱	۸/۱۳
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۵۰/۴۴	۸/۸۹
	پس‌آزمون	۵۳/۵۸	۸/۳۷



به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره، از آزمون لوین<sup>۱</sup> برای بررسی همگونی واریانس‌ها<sup>۲</sup> و آزمون M باکس<sup>۳</sup> برای برابری ماتریس واریانس-کواریانس<sup>۴</sup> متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد ( $F = 0/45, p = 0/50$ )، برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی ( $F = 0/03, p = 0/84$ ) و برای متغیر سلامت عمومی ( $F = 0/07, p = 0/78$ )، همچنین آزمون M باکس ( $3/17$ ) با سطح معناداری ( $p = 0/79$ ) محاسبه گردید. همچنین برای اطمینان پیدا کردن از تفاوت داشتن میانگین‌های نگرش‌های ناکارآمد، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی هر ۴ آزمون اثر پیلائی<sup>۵</sup> ( $0/10$ )، لانداى ویلک<sup>۶</sup> ( $0/89$ )، اثر هتلینگ<sup>۷</sup> ( $0/11$ ) و بزرگترین ریشه روی<sup>۸</sup> ( $0/11$ ) به کار گرفته شد که مقدار سطح معناداری در هر ۴ آزمون در این بخش کوچکتر از  $0/05$  بود؛ بنابراین تفاوت میانگین‌های نگرش‌های ناکارآمد، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی بر اساس هر ۴ آزمون در سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به نتایج گفته شده، مفروضه‌ها برقرار است؛ بنابراین می‌توان نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره را گزارش نمود. علاوه بر این، به منظور بررسی وجود هم خطی چندگانه، با توجه به اینکه بیش از دو متغیر وابسته وجود دارد، از پارامتر تحمل<sup>۹</sup> استفاده شده است؛ زیرا این پارامتر همچنین موجب می‌شود با بیرون راندن متغیرهای وابسته‌ای که با سایر متغیرهای وابسته همبستگی بسیار بالایی دارند، روش را در برابر خطر هم خطی چندگانه حفظ کند. یافته‌ها نشان داد که پارامتر تحمل متغیر نگرش‌های ناکارآمد ( $0/88$ )، متغیر سلامت عمومی ( $0/66$ ) و متغیر بهزیستی روان‌شناختی ( $0/76$ ) به صورت ذکر شده می‌باشد؛ اما در مورد زیرمقیاس-های نگرش‌های ناکارآمد، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی به دلیل وجود احتمالی خطر هم خطی چندگانه، تمامی خرده مقیاس‌ها از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره خارج شدند و هر کدام به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند.

1. Levene's test
2. Homogeneity of variance
3. Box's M test
4. Equality of variance-covariance matrices
5. Pillai's trace
6. Wilks' lambda
7. Hotelling's trace
8. Roy's largest root
9. tolerance parameter

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مقدار F	سطح معناداری
نگرش‌های ناکارآمد	۲۷۰۷/۰۶	۱	۴/۴۷	۰/۰۳
سلامت عمومی	۴۳۴/۴۵	۱	۶/۸۵	۰/۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	۳۸۹/۲۶	۱	۵/۲۱	۰/۰۲

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد

متغیر وابسته	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
موفقیت-کامل طلبی	۱	۱/۹۶	۰/۰۳
نیاز به تأیید دیگران	۱	۱/۵۳	۰/۰۳
نیاز به راضی کردن دیگران	۱	۱/۴۲	۰/۰۲
آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد	۱	۱/۷۱	۰/۰۴

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره خرده مقیاس‌های سلامت عمومی

متغیر وابسته	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱	۲/۰۳	۰/۰۲
علائم اضطرابی و اختلال خواب	۱	۲/۲۹	۰/۰۴
کارکرد اجتماعی	۱	۱/۹۷	۰/۰۳
علائم افسردگی	۱	۲/۱۴	۰/۰۲

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره نمره‌های خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی

متغیر وابسته	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
پذیرش خود	۱	۱/۸۵	۰/۰۴
روابط مثبت با دیگران	۱	۲/۰۱	۰/۰۲
خودمختاری	۱	۲/۱۸	۰/۰۴
تسلط بر محیط	۱	۱/۰۵	۰/۰۲
زندگی هدفمند	۱	۱/۱۵	۰/۰۱
رشد فردی	۱	۱/۴۷	۰/۰۲

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول شماره‌ی ۳ ارائه شده است. شاخص F حاصل از تعامل گروه‌ها برای هر سه

متغیر (نگرش‌های ناکارآمد، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی) معنادار است؛ این شاخص در متغیر نگرش‌های ناکارآمد (۴/۴۷) با درجه آزادی (۱) در سطح ( $p=0/03$ )، در متغیر سلامت عمومی (۶/۸۵) با درجه آزادی (۱) در سطح ( $p=0/01$ ) و در متغیر بهزیستی روان‌شناختی (۵/۲۱) با درجه آزادی (۱) در سطح ( $p=0/02$ ) معنادار بوده است. همچنین همان‌طور که جدول‌های شماره ۴، ۵ و ۶ نشان می‌دهند، شاخص  $F$  حاصل از تعامل گروه‌ها برای تمامی زیرمقیاس‌ها نیز معنادار است؛ بنابراین مشخص می‌گردد که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته تأثیر معناداری گذاشته است. به عبارت دیگر، مداخله‌ی روان‌شناختی به‌طور معنی‌داری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، افزایش سلامت عمومی که با کاهش نمره در پرسشنامه سلامت عمومی مشخص می‌گردد و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و همچنین تک‌تک خرده‌مقیاس‌های آن‌ها در مورد رانندگان اتوبوس مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به دنبال رسیدن به پاسخ این سؤال بود که آیا مداخله‌ی انجام‌شده بر مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی در میان رانندگان اتوبوس تأثیر خواهد گذاشت. یافته‌ها نشان داد که این مداخله باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌ها شده است. مداخله‌ی روان‌شناختی صورت گرفته در این پژوهش در چهار حوزه مدیریت خشم، رانندگی انتقام‌جویانه، مدیریت استرس و ارتباط مؤثر بوده است. با توجه به اینکه رانندگان اتوبوس در شرایط پرفشار محیطی قرار دارند، افزایش نگرش‌های ناکارآمد و کاهش در سلامت روحی باعث کاهش در عملکرد شغلی آن‌ها و در نتیجه افزایش نرخ حوادث می‌شود (هیلتون، استادون، شریدان و وایت فورد، ۲۰۰۹). نگرش‌های ناکارآمد باورها و روان‌بنه‌های جهت‌گیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، اطراف، جهان و آینده دارد (آبلا و اسکیتچ، ۲۰۰۷). این نگرش‌ها باعث سوگیری ادراک و فهم فرد از رویدادها شده، عملکرد و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار داده و باعث رفتارهای خودتخدیری و آشفته‌گی‌های هیجانی می‌شود (حجازی، آقاییاری و جارچی، ۱۳۹۵). لذا به نظر می‌رسد در آموزش مدیریت خشم و رانندگی انتقام‌جویانه به رانندگان، به دنبال کاهش رفتارهای خودتخدیری و آشفته‌گی‌های هیجانی، نگرش‌های ناکارآمد نیز در این افراد کاهش پیدا کرده است.

یافته‌ی دیگر نشان داد که مداخله‌ی روان‌شناختی، سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی را در رانندگان اتوبوس افزایش داده است. از طرفی رضایی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که ارتباط آماری معنی‌دار مثبت بین نگرش‌های ناکارآمد و استرس، اضطراب و افسردگی وجود دارد و از طرف دیگر، طبق مطالعات انجام‌شده، بهزیستی روان‌شناختی با سلامت و افزایش رضایت شغلی به‌طور مستقیم رابطه دارد (توگرسن-انتومانی و فاکس، ۲۰۰۵؛ کینگ، ۲۰۰۷)، بنابراین به نظر می‌رسد می‌توان با کاهش نگرش‌های ناکارآمد، شاهد افزایش سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی بود. بادگر (۱۹۹۲)، سلامت عمومی را نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی تعریف کرده است؛ بنابراین، چنین ادراکی از نشانه‌ها، تعیین‌کننده وجود مشکل جسمانی و یا روان‌شناختی می‌باشد. با تأکید بر اینکه سلامت چیزی فراتر از فقدان بیماری است (ریف و سینگر، ۱۹۹۸)؛ ریف (۱۹۸۹) پیشنهاد کرد که بهزیستی روان‌شناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد اشاره می‌کند.

بشارت و محمدمهر (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین خرده مقیاس‌های نشخوار خشم و نمره کلی آزمون با شاخص‌های خشم صفت، خشم حالت، خشم درونی، خشم بیرونی، مهار خشم درونی، مهار خشم بیرونی و بهزیستی 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 استرس پس از سانحه مؤثر است؛ بنابراین با آموزش مدیریت استرس و مدیریت خشم می‌توان به این یافته که مداخله‌ی روان‌شناختی توانسته است سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی رانندگان را ارتقاء دهد، پی برد.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله‌ی روان‌شناختی صورت گرفته بر مبنای چهار عامل مدیریت خشم، رانندگی انتقام‌جویانه، مدیریت استرس و ارتباط مؤثر باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد، افزایش سلامت عمومی و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی رانندگان اتوبوس شده است. پژوهش جیمز و نهل<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) به‌وسیله‌ی گزارش‌های خود سنجی از صدها راننده، دنیای درونی پرتنش و مضطرب رانندگی را آشکار ساخت که سرشار از هیجان‌ها و تکانه‌های شدید است که ظاهراً با اعمال کوچک شروع می‌شود.

1. James & Nahl

رانندگان معمولی قادرند افکار شیداگونه، احساسات شدید و نشانه‌های روان‌شناختی حاکی از استرس بالا را به منصفه ظهور بگذارند. رانندگان اتوبوس به علت نقش به‌سزایی که در جلوگیری از بروز سوانح رانندگی دارند و نیز ماهیت شغل خود که ارتباط مستقیم با جان انسان‌ها دارد، می‌بایست از سطح سلامت جسمی و روحی بهتری برخوردار باشند. ضمن اینکه در صورت وقوع تصادفات رانندگی منجر به فوت یا نقص عضو علاوه بر خانواده خود، خانواده‌های دیگر نیز بعضاً از داشتن سرپرست محروم خواهند شد که این امر موجب ایجاد لطمات جبران‌ناپذیر جسمی و روحی خواهد گردید. رانندگی اتوبوس به‌مثابه یک شغل استرس‌زا که به‌وفور استرس‌های فیزیکی و فیزیولوژیکی بر شخص تحمیل می‌کند، شناخته می‌شود (شریفیان، ۱۳۸۸).<sup>۳</sup> در نظر گرفتن این نتایج به نظر می‌رسد که آموزش دو عامل مدیریت خشم و رانندگی انتقام‌جویانه به افراد می‌تواند وجود نگرش‌های ناکارآمد در آنان را به حداقل برساند. علاوه بر این، با آموزش مدیریت استرس و مدیریت خشم به‌عنوان دو عامل مربوط به داشتن ارتباط مؤثر و مفید با خود، محیط و دیگران، به نظر می‌رسد که می‌توان به‌زیستی روان‌شناختی و به دنبال آن سلامت عمومی افراد را ارتقاء داد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به طرح پژوهشی مورد استفاده اشاره کرد که فاقد گروه گواه است. 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 رانندگان از قبیل سن و سابقه‌ی کار که می‌تواند به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در اثرگذاری مداخلات و برنامه‌های آموزشی نقش داشته باشند، مورد توجه قرار گیرد.

#### منابع

ابراهیمی، ام‌الله؛ نشاط‌دوست، حمید طاهر؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین و اسداللهی، قربانعلی. (۱۳۸۶). سهم مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در پیش‌بینی و نسبت بخت ابتلا به افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۹(۴)، ۵۸-۵۲.

برغندان، سپیده؛ ترخان، مرتضی و قائمی خمایی، نیما (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر رشت. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۲)، ۱۶۵-۱۴۰.

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.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشورمحمد؛ و بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به زیستی روان‌شناختی ریف. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۴(۲)، ۱۵۱-۱۴۶.

تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روان‌شناسی، ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۴، ۲۰، پاییز.

حجازی، مسعود؛ آقایی، سکینه و جارچی، علی (۱۳۹۵). مقایسه‌ی نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۱۰(۳۹)، ۲۴۸-۲۳۱.

رضایی، امیرموسی؛ خالدی، فیروز؛ خبازی فرد، محمدرضا؛ مؤمنی قلعه قاسمی، طاهره؛ کشاورز، محبوبه و خدایی، مهناز (۱۳۹۴). نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان. مجله‌ی تحقیقات نظام سلامت، ۱۱(۱)، ۶۸-۷۶.

ساراسن، ای. جی و ساراسن، بی. آر (۱۳۸۱). روان‌شناسی مرضی. ترجمه‌ی بهمن نجاریان و همکاران. جلد اول. تهران: انتشارات رشد.

شرفیان، سید اکبر (۱۳۸۸). توصیه‌های پزشکی به رانندگان، هفته‌نامه سلامت، ۲۳۱، ۲۰.

شکوهی‌یکتا، محسن؛ اکبری‌زردخانه، سعید و سهراب پور، غلامرضا (۱۳۹۶). ارتقاء ایستادگی و روان‌درستی رانندگان اتوبوس: مطالعه اثربخشی مقدماتی. مجله‌ی علوم روان‌شناختی، ۱۶(۶۳)، ۳۲۴-۳۳۷.

عباس‌زاده، محمد؛ میرزایی، حسین؛ بهزاد، بصیرت شهریار و کاشانی، شمس (۱۳۹۲). بررسی نقش مداخله گرایانه عزت‌نفس بر میزان قانون‌گرایی رانندگان. فصلنامه مطالعات پژوهشی راهور، شماره ۵، ۵۶-۳۳.

- فتی، لادن (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهران. رساله‌ی دکتری، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کاظمی، رضا؛ موسوی زاده، توکل؛ و فرد، رامین (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش کنترل خشم در افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود علائم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD). فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۸(۳۲)، ۵۷-۶۶.
- کاظمینی، تکتیم؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ مدرس غروی، مرتضی و اسماعیلی‌زاده، مسعود (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی. مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۳(۱۰)، ۱-۱۱.
- متقیان، زهرا و شکری، امید (۱۳۹۸). مدل‌یابی رانندگی تهاجمی براساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجیگری هیجان خشم در رانندگی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۴)، ۱۰۹-۱۴۳.
- مجدزاده، رضا؛ رشیدیان، ارش؛ 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، ۹(۲)، ۲۱-۴۰.
- هاشمی نظری، سید سعید؛ کاظمیان، محمد و حسینی، فرزاد (۱۳۹۰). بررسی روند پنج‌ساله مرگ‌های ناشی از تصادفات رانندگی در استان خوزستان (۱۳۸۹-۱۳۸۵). مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۷(۲)، ۱۲۹-۱۲۳.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). استانداردهای و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت‌معلم. تهران: موسسه تحقیقاتی تربیتی دانشگاه تربیت‌معلم.
- Abela, R. Z., & Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent. *Behavior Research and Therapy*, 45(6), 1127-1140.
- Badgar, T. A. (1992). Coping, life-style changes, health perceptions, and marital adjustment in middle-aged women and men with cardiovascular disease and their spouses. *Health Care for Women International*; 13(1), 43-55.
- Campagne, A., Pebayle, T., & Muzet, A. (2004). Correlation between driving errors and vigilance level: influence of the driver's age. *Physiology & Behavior*, 80 (4): 515-524.

- Ewan's, G. W., & Johansson, G. (1998). Urban bus driving an international arena for the study of occupational health psychology. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(2): 99-108.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley monograph*, 21.
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Hilton, M. F., Staddon, Z., Sheridan, J., & Whiteford, H. A. (2009). The impact of mental health symptoms on heavy goods vehicle drivers' performance. *Accident Analysis & Prevention*. 41(3): 453-461.
- Hoang, U. C. (2009). *Promoting mental health in older adults*. A Dissertation in Counseling Psychology, Texas Tech University.
- James, L., & Nahl, D. (2002). Dealing with stress and pressure in the vehicle. Taxonomy of driving behavior: Affective, cognitive, sensorimotor. Chapter In J. Peter Rothe, Editor. *Driving Lessons - Exploring Systems That Make Traffic Safer*. University of Alberta Press, Edmonton, Canada. <http://www.drdriving.org/articles/taxonomy>
- 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*.
- Lam, D. (1998). *A cognitive theory of depression*. In: Checkley S. The management of depression. Oxford: Blackwell, 94-124.
- Lorist, M. M., Bezdan, E., Ten Caat, M., Span, M. M., Roerdink, J. B., & Maurits, N. M. (2009). The influence of mental fatigue and motivation on neural network dynamics; an EEG coherence study. *Brain Research*, 1270, 95-106.
- Marino, M., De Belvis, A., Basso, D., Avolio, M., Pelone, F., Tanzariello, M., & Ricciardi, W. (2013). Interventions to evaluate fitness to drive among people with chronic conditions: Systematic review of literature. *Accident Analysis & Prevention*, 50, 377-396. [doi.org/10.1016/j.aap.2012.05.010](https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.05.010)
- Murray, M. C., & 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: Harvard University Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4): 99-104.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Sabates, A. L., Guiu, F. G., Garcia, J. M., & Capdevila, M. J. (2011). Evaluation of a program for changing attitudes in pre-drivers to prevent road accidents related to drink-driving in Catalonia. *Adicciones*, 23(3): 257-265.



- Taylor, A. H., & Dorn, L. (2006). Stress, fatigue, health, and risk of road traffic accidents among professional drivers: the contribution of physical inactivity. *Annual Review of Public Health, 27*: 371-391.
- Thogersen-Ntoumani, C., & Fox, K. R. (2005). Physical activity and mental well-being typologies in corporate employees: A mixed methods approach. *Work & Stress, 19*(1), 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): 89-114.
- Wang, P., Rau, P., & Salvendy, G. (2010). Road safety research in China: review and appraisal. *Traffic Injury Prevention, 11*(4), 425-432.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.

