

نقش بهداشت روانی بر امنیت رانندگی

Dr. S.A. Hosseini (1)

The Role of Mental Health on Driving

Safe driving is due to the normal functions of three inhibitory Systems:

1. Brake
2. Brain
3. Conscience

1. The Brake is the most important system in vehicles. Its normal function should be checked by both drivers and police officers continuously.

2. Any deficit in the brain inhibitory system can cause automatism, which is responsible for some car accidents.

3. The most important inhibitory system to prevent all reactive psychologic disturbance in general, and car accidents in particular, is the lack of control of the conscience over the self. Without conscience control man would resemble animals, and his behaviour become unpredictable. "I can do anything I want": A slogan of this kind would make a dangerous person.

We can prevent behaviour deviations by modifying the following three basic psychologic processes:

1. Cognition: Put yourself in the shoes of others.
2. Affection: Modify rewards for healthy driving and warn of punishment against reckless driving.
3. Conation: Have continuous supervision on road, and use rigid punishment for reckless driving.

نقش بهداشت روانی بر امنیت رانندگی

دکتر سید ابوالقاسم حسینی

استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

رانندگی نیز یکی از این جنبه‌ها می‌باشد.

باتوجه به اینکه اتومبیل یک وسیله رفاهی است که در عصر حاضر در اختیار جامعه بشر قرار گرفته است، در شرایط ایده‌آل، اگر وسیله نقلیه بدون نقص باشد، فرد، از نظر بدنی و

بهداشت روانی با دو تعریف مورد توجه قرار می‌گیرد. در تعریف اول منظور از بهداشت روانی، نبودن اختلالات عصبی و روان پزشکی و در تعریف دوم بهداشت روانی به معنای رشد و تکامل روانی است. به نظر می‌رسد که در شرایط ایده‌آل بهداشت روانی، کلیه اختلالهای روانی اعم از فردی و اجتماعی از بین می‌روند و از بین رفتن تصادفها و اشکال در

روانی اختلالی نداشته باشد و آموزشهای لازم فنی و اخلاقی را دریافت کرده باشد، جز در مواردی نادر که یک حادثه غیر قابل پیش‌بینی به وجود آید، مشکلی نخواهد بود.

عوامل روانی و از جمله اختلالهای شدید روان‌پزشکی عامل بروز حوادث در منزل، در ضمن کار و در جاده‌ها هستند. علت بروز حوادث ناشی از عوامل رانندگی، مصرف الکل، اعتیادهای دارویی، اختلالهای خلقی و اختلالهای روانی ناشی از عوامل عضوی می‌باشد. آماری که در انگلستان به دست آمده نشان می‌دهد که یک چهارم تصادفات جاده‌ای و حوادث رانندگی به علت مصرف الکل، مواد مخدر، بیماریها و فشارهای روانی می‌باشد (۳).

آمار راهنمایی و رانندگی نشان می‌دهد که در ۹۵-۹۰٪ از تصادفات رانندگی به نوعی عامل انسانی دخالت دارد و در ۶۲٪ به علت عدم مراعات قوانین راهنمایی و رانندگی است (۷). بررسی اجمالی نشان می‌دهد که چنانچه برنامه‌ریزی و کنترل جدی بر روی آمار فوق انجام شود، به مقدار زیادی قابل کاهش می‌باشد. عدم مراعات قوانین رانندگی ممکن است به علت بیماری یا عدم رعایت اصول اخلاقی باشد. فرضیه‌ای که به نظر می‌رسد بتوان به عنوان یک موضوع تحقیقی بر روی آن کار کرد این است که همه حوادث رانندگی به علت فقدان کنترل به وجود می‌آیند. یعنی اگر مکانیسمهای کنترلی در وسیله نقلیه سالم باشند و شخص از نظر روان‌پزشکی اختلالی نداشته باشد و اصول اخلاقی را هم در خود پیاده نماید، حتی یک تصادف رانندگی هم نخواهیم داشت. با توجه به نظر فوق می‌توان مفهوم کنترل را در سه جنبه متفاوت به شرح زیر مورد توجه قرار داد:

۱- نقش دستگاههای کنترلی اتومبیل

۲- نقش سیستمهای کنترلی دستگاه اعصاب مرکزی

۳- نقش کنترلهای اخلاقی ناشی از وجدان.

جنبه‌های فوق را به طور اجمال مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۱- نقش دستگاههای کنترلی اتومبیل

یقیناً دستگاههای کنترل اتومبیل (ترمزها) مهم‌ترین عامل در امنیت رانندگی می‌باشند و لازم است هم توسط رانندگان و هم توسط مراکز راهنمایی و رانندگی به طور دقیق مورد بررسی

قرار گیرند و به وسیله‌های نقلیه‌ای که اختلالی در این دستگاهها دارند اجازه رانندگی داده نشود.

۲- نقش سیستمهای کنترلی دستگاه اعصاب مرکزی

چنانچه دستگاه اعصاب مرکزی سالم باشد و قشر مغز نقش کنترلی خود را بر روی سیستمهای پائین‌تر انجام دهد، ارتباطهای انسان به خوبی انجام می‌شوند. از بین رفتن نقش کنترلی قشر مغز که ممکن است به علت الکلیسم، اعتیادهای دارویی و یا اختلالهای دستگاه اعصاب مرکزی به علت بیماریهای این دستگاه و یا تحت تأثیر اختلالهای سایر قسمتهای بدن به وجود آید، تحت عنوان خودکاری عصبی روانی (Automatism) نامیده می‌شود.

نقش خودکاری عصبی روانی را در تصادفهای رانندگی به طور اجمال بیان می‌کنیم.

خودکاری عصبی روانی

اینک به خوبی روشن شده است که حالاتی مانند صرع، حوادث عروقی مغز و کمبود قند خون (هیپوگلیسمی) منجر به اختلال ناگهانی آگاهی می‌شوند و می‌توانند منجر به بروز حالت خودکاری عصبی روانی (Automatism) شوند. چنانچه فرد در ضمن این حالت رانندگی نماید محکوم به مجازات رانندگی بی‌پروا است. در حال حاضر ابتلای به خودکاری عصبی روانی به عنوان یک عذر برای دادگاه قابل قبول نیست ولی در گذشته از این بهانه با نتایج مختلف استفاده می‌شد.

بلوگلاس (Bluglass) شرح حال زیر را قبل از تثبیت قانون فعلی در انگلیس مطرح می‌سازد.

در ۱۹۵۸ یک راننده متخلف به علت عدم مراعات تابلوی ایست دچار تصادف با اتومبیل دیگر شد. او ادعا کرد که هیچ خاطره‌ای از حادثه و مسافت زیادی را که رانندگی کرده است، ندارد. دادگاه استیناف اظهار نظر کرد که او در مورد رانندگی خطرناک قدرت تصمیم‌گیری نداشته و در نتیجه تبرئه شد.

در حال حاضر قانون رانندگی جدید نسبت به رانندگی بی‌پروا ممنوعیت کامل را اعمال می‌کند.

به هر علت که اراده فرد دچار اختلال شده باشد با توجه به اینکه در این حالت ممنوعیت رانندگی داشته

در ضمن رانندگی دچار حادثه شده‌اند از اعلام بیماری خود به هنگام دریافت گواهی‌نامه رانندگی، خودداری کرده‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که ۱۲٪ حوادث رانندگی به علت بروز علائم صرع برای اولین بار می‌باشد (۴).

قوانین اختصاصی در مورد ارتباط صرع با رانندگی، بیشتر در مورد افرادی است که به طور تکراری دچار صرع می‌شوند و نه آنها که فقط یک حمله تشنجی داشته‌اند. پیش‌آگهی تک‌حمله‌های تشنجی توسط محققان مختلف بررسی شده است، در این مورد کلی‌لند (Cleland) و همکاران در بیمارستان عمومی نیوکاسل تحقیقی انجام داده‌اند و پیش‌آگهی را در مورد ۷۰ بیمار که علامتهای فوق را داشته‌اند، مشخص نموده‌اند.

در ۳۹٪ این افراد میزان ابتلای به صرع در پایان سال اول ۴۰٪ و در پایان سال دوم به ۵۰٪ رسید.

جانسون Jonson در تحقیق مشابهی ۷۷ افسر نیروی دریائی را مورد مطالعه قرار داد. تحقیق او نشان می‌دهد بعد از حمله اولیه، لازم است به بیمارانی که فقط یک حمله تشنجی داشته‌اند ولی در الکتروانسفالوگرافی اختلالی نشان نمی‌دهند توصیه شود تا یکسال از رانندگی خودداری نمایند و مواردی که تنها یک حمله تشنجی داشته‌اند و همراه با آن اختلال الکتروانسفالوگرافی نیز وجود دارد تا دو سال از رانندگی خودداری نمایند.

قانون کشورهای مختلف در مورد اجازه رانندگی به بیماران مبتلا به صرع یکنواخت نیست. در اروپای شرقی، ایتالیا، اسپانیا، گرفتن گواهینامه رانندگی برای مبتلایان به صرع ممنوع است. در حال حاضر حداقل زمان سلامت بین یک حمله صرعی و امکان دریافت اجازه برای رانندگی، در اغلب ممالک دو سال می‌باشد.

انگلستان و آلمان به بیماران صرعی که حملات آنها شبانه می‌باشد امکان دریافت گواهینامه رانندگی را داده‌اند ولی سایر ممالک با آن مخالفت می‌کنند.

قانون مربوط به دادن گواهینامه رانندگی به بیماران مبتلا به صرع در ایالت‌های مختلف یک کشور نیز گاهی متفاوت است. به عنوان مثال در آمریکا، در بعضی از ایالتها ۶ ماه و در بعضی ۲ سال دوره بدون علامت ضروری است.

در بعضی از ایالتها امکان استیناف و ارزیابی مجدد وجود

است محکوم می‌شود و نمی‌تواند با این بهانه تیرنه شود. در قوانین رانندگی بعضی کشورها از جمله انگلستان، رانندگی بی‌پروا (بیش از سرعت مجاز) حتی اگر منجر به تصادفات جانی و مالی نشود موجب محکومیت راننده است و باید مجازات شود. رانندگی ضمن مصرف الکل و مواد مخدر نیز غیر مجاز است.

میتکل Mitchel و همکاران در ۱۹۸۵ اعلام کردند تلقی مصرف الکل و مواد اعتیادزا به عنوان رانندگی بی‌پروا (Reck-less driving) قابل دفاع است و عذر راننده نسبت به ارادی نبودن عمل نمی‌تواند قابل دفاع باشد. چنانچه ثابت شود که شخص بی‌پروا رانندگی می‌کرده، قابل تعقیب می‌باشد زیرا این به آن معنا است که او به صورتی رانندگی می‌کرده است که می‌تواند به بروز ضایعات بدنی شدید در اشخاص منجر شود و یا خسارات مالی شدید به وجود آورد.

طبق قانون رانندگی، کسی که در پشت فرمان اتومبیل دیده می‌شود به عنوان راننده تلقی می‌گردد (۳).

یکی از عوامل بروز خودکاری عصبی - روانی بیماری صرع است و ما قدری مفصل‌تر در مورد آن بحث می‌کنیم.

صرع و رانندگی

تیلور J.F.Taylor معتقد است در مواردی که حوادث جاده‌ای با ضایعات مغزی همراه هستند و منجر به مرگ شده‌اند، اظهار نظر در مورد اینکه حادثه به علت ابتلای به صرع بوده یا خیر؟ کار مشکلی است. امکان تحقیق در مواردی وجود دارد که حوادث رانندگی منجر به ضایعات شدید نمی‌شود و راننده زنده باقی می‌ماند.

این محقق با بررسی ۱۳۰۰ مورد که به علت سقوط راننده روی فرمان موجب بروز حوادث برای اشخاص و یا مایملک مردم شده است، در ۳۸٪ موارد صرع بزرگ را عامل بروز حادثه یافته است. آمار پلیس انگلستان این آمار را ۲۳٪ و در مورد مصرف انسولین ۱۷٪، بیماریهای قلبی ۱۰٪ و حوادث ضربه‌ای تنها ۸٪ ذکر کرده است.

صرف نظر از مواردی که برای اولین بار دچار تظاهرات صرعی شده‌اند ۷۰٪ افرادی که به علت ابتلای به صرع

دارد (به عنوان مثال در مواردی که فاصله حمله‌ها زیاد است و فرد نسبت به وضع خود آگاهی دارد و می‌تواند با موفقیت رانندگی کند). در بعضی از این موارد با دادن گواهی‌نامه موافقت می‌شود. میزان نتیجه‌ای که از استیناف به دست می‌آید به وضع جاده‌هائی که بیمار در آن آمدوشد می‌کند و حمایت کتبی پزشک معالج، بیمه و جنبه‌هائی از این قبیل بستگی دارد. در بعضی از ایالت‌های آمریکا اعلام بیماری صرع به واحد امور نقلیه الزامی است و توصیه می‌شود به منظور پیش‌گیری از بروز اشکالات بین پزشک و بیمار، اعلام بیماری توسط بیمار انجام شود و نه پزشک. چنین استدلال می‌شود که در صورت اعلام بیماری از طرف پزشکان، ممکن است بیمار نسبت به درمان خود اقدام ننماید (۶).

سیوسارت (Seaussart) با بررسی حوادث رانندگی ناشی از صرع در فرانسه، گزارش می‌کند که میزان این تصادفها خیلی کمتر از میزان انتظار است. قانون فرانسه در مورد دادن گواهی‌نامه رانندگی به افراد مبتلا به صرع انعطاف پذیری بیشتر را نشان می‌دهد ولی در قانون مربوط به آن، دادن اطلاعات لازم به اداره راهنمایی و رانندگی الزامی است و هر مورد به طور اختصاصی بررسی می‌شود. عوامل خطرزا (Risk factor) در مورد هر بیمار ارزیابی می‌شود و اطلاعات مربوط به هر کدام مورد توجه قرار می‌گیرد. پس از بررسی‌های انجام شده، کمیسیون مربوطه تصمیم مقتضی را اتخاذ می‌کند تا عوارض ناشی از اجازه غیر مسؤلانه به وجود نیاید (۱).

در قانون مصوب سال ۱۹۷۵ در سازمان ملل گواهی‌نامه پایه یک رانندگی به افراد مبتلا به صرع داده نمی‌شود و در صورت داشتن گواهی‌نامه قبلی، تعویض نخواهد شد. کشورهای مختلف حق دارند به طور موضعی تصویب نمایند که در صورتی که فرد قبلاً علائم صرع را نشان می‌دهد ولی برای مدت طولانی (حداقل دو سال) علائم آنها فروکش کرده‌اند، گواهی‌نامه پایه یک داده شود.

در انگلستان اگر بیمار مبتلا به صرع در حال رانندگی دیده شود به عنوان رانندگی بی‌پروا تلقی می‌شود و باید مجازات آنرا پرداخت نماید (۲).

دریک بررسی که توسط استانواوی (Stanaway) و همکاران انجام شده است ۱۰۳ بیمار مبتلا به صرع که دچار حمله‌های

تشنجی بودند مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. ۲۱ نفر (۲۰٪) آنها اقدام به رانندگی می‌کردند که از بین آنها در مورد ۹ نفر رانندگی جنبه شغلی داشت. ۵۷٪ آنها گزارش کردند که ابتلای به صرع را به مقامات مسؤل گزارش نکرده‌اند. در سه مورد از آنها تصادفات رانندگی پیش آمده بود که صرفاً ناشی از ابتلای آنها به صرع بود. ۴۳٪ از بیماران ادعا کردند که هیچگاه در مورد رانندگی تذکری از پلیس دریافت نداشته‌اند. ۱۳ نفر از ۲۱ بیماری که به طور مرتب رانندگی می‌کردند داروی خود را به طور مرتب مصرف نمی‌کردند. محققان فوق توصیه می‌کنند که راهنمایی در مورد مصرف دارو در چنین بیمارانی باید به طور مرتب انجام و کنترل شود (۵).

پسیکوزها و رانندگی بی‌پروا

پژوهشهای انجام شده توسط تریک Trick و تنانت Tennant در ۱۹۸۴ نشان می‌دهند که مدارک کمی در دست هستند که نشان می‌دهند ارتباطی بین پسیکوزهای عملی (Functional psychoses) و افزایش تصادفات رانندگی وجود دارد. مطالعات کری‌مونا Cremona در ۱۹۸۶ نیز یافته فوق را تأیید می‌نمایند. رابرت بلوگلاس (Robert Blugas) و پاول بودن (Paul Bouden) شرح حال‌هایی را گزارش می‌کنند که ممکن است در بیماران مبتلا به پسیکوز، عامل تصادف‌های رانندگی باشند (۲).

شرح حال اول: یک مرد ۴۵ ساله که در ضمن یک تصادف رانندگی جراحات متعددی برداشته بود، در بیمارستان بستری شد. به هنگام بستری علائم افسردگی را همراه با هذیانهای پارانوئید نشان می‌داد. او به هنگام رانندگی تصمیم به خودکشی گرفت و با کامیون خود به اتومبیلی که از سمت مقابل می‌آمد زد و در نتیجه اتومبیل آتش گرفت و راننده آن کشته شد. شرح حال و علائم پسیکوزی بیمار به دادگاه گفته نشده بود و به عنوان رانندگی بی‌پروا مقصر شناخته شد و از داشتن گواهی‌نامه رانندگی محروم گردید.

شرح حال دوم: یک مرد ۴۷ ساله در حالی که علائم هالوسینوز الکلی را نشان می‌داد مسافت زیادی را با سرعت زیاد پیمود. او اعلام داشت که صدائی را می‌شنیده که او را

رانندگی در عقب‌مانده‌های هوشی بیشتر از سایر افراد جامعه می‌باشد (۲).

پژوهشهای ویلت (Willot) در ۱۹۶۴ نشان می‌دهد علیرغم کمی مدرک در مورد ارتباط بین اختلالات پسیکوزی و حوادث رانندگی، مدارک بسیار زیادی در مورد ارتباط بین حوادث رانندگی و اختلالهای شخصیت وجود دارند. این یافته‌ها مخصوصاً در اختلالهای شخصیت از نوع ضد اجتماعی و همراه با مجرم بودن، بیشتر می‌باشند. پژوهشگرانی مانند تیلمن (Tillman) و هابز (Hobbs) در ۱۹۴۹ و کانجر (Conger) و همکاران در ۱۹۵۷، مک‌گیر (McGuire) در ۱۹۵۶، اسکومن (Schuman) و همکاران در ۱۹۶۷ گزارش کرده‌اند که جوانانی که به‌طور تکراری دچار حوادث رانندگی می‌شوند، افرادی با زمینه تهاجمی، انگیزه‌های آنی، قدرت ستیزی و فاقد مسؤلیت پذیری اجتماعی هستند. این نشانه‌های ویژه شخصیتی در اثر مصرف الکل تشدید می‌شوند. سل‌زر (Selzer) در ۱۹۶۲، ویس (Weiss) در ۱۹۶۶ و سل‌زر و همکاران در ۱۹۶۸ ارتباط زیادی بین الکلیسم، افکار پارانوئید، حالت افسردگی، تمایل خودکشی و خشونت، با حوادث رانندگی کشف کردند. کنترل ضعیف بر احساسهای تهاجمی که در اثر مصرف الکل تشدید شده است، از یافته‌های دیگر محققان فوق بود. ویت لاک (Whitlock) و همکاران در ۱۹۷۷ گزارش کردند که بیشتر رانندگانی که دچار حادثه رانندگی شده بودند در فاصله شش‌ماه قبل از حادثه در نزاعهای شدیدی درگیر بوده‌اند (۲). پژوهشهای دونوان (Donovan) و همکاران در ۱۹۸۳ نشان می‌دهد رانندگانی که بیشتر خطرناک هستند قدرت تحمل کمی نسبت به محرومیت دارند، از نظر هیجانی بی‌ثبات هستند، تمایل تهاجمی، مقاومت نسبت به قدرت و حساس بودن نسبت به انتقاد در آنها وجود دارد. این نشانه‌های ویژه «Trait» از علامتهای شخصیت ضد اجتماعی (Psychopathy) می‌باشند. بلوگلاس (Bluglass) شرح حال زیر را در این مورد گزارش می‌کند:

یک مرد ۲۵ ساله که تحت تأثیر مقادیر بالای الکلی که در شب قبل مصرف کرده بود قرار داشت، به علت آنکه اتومبیلش در یک حادثه رانندگی از بین رفت دیر به سرکار خود حاضر شد. او قبلاً خیلی خشمگین بود و اعلام کرده بود که به‌زودی

تهدید می‌کرده است. او معتقد بود که این صدا از داخل بلندگوی اتومبیلی که او را تعقیب می‌کرد شنیده می‌شده است. خوشبختانه به خود و دیگران صدمه‌ای وارد نکرد. علائم پسیکوزی در ضمن بستری در بیمارستان روان پزشکی کشف شد.

نقش اختلال شخصیت، الکلیسم و اعتیادهای داروئی

علیرغم اینکه مدرک مشخصی در مورد بالا بودن تصادفهای رانندگی در پسیکوزها وجود ندارد ولی مدرکهای زیادی نشان می‌دهند که الکلیسم و شخصیتهای پسیکوپات عامل به‌وجود آوردن تصادفهای زیادی هستند (۲).

کاستروپ (Kostrop) در ۱۹۷۸ میزان شیوع تصادفهای رانندگی را در بیماران روان پزشکی با کل جامعه مقایسه کرد. در مجموع بیماران روان پزشکی میزان بالائی از حوادث رانندگی داشتند ولی بیش از نصف موارد مبتلا به اختلالهای شخصیت، مصرف الکل و مواد مخدر و واکنشهای روانی زودگذر (Transitional reactions) بودند.

پژوهشهای کرانسر (Crancer) و کی‌رینگ (Quiring) در ۱۹۶۹ نشان می‌دهد که بالا بودن میزان تصادفهای رانندگی بیشتر به علت نوروها و اختلالهای شخصیت می‌باشد. این محققان و پژوهشگران دیگری مانند تروپ در ۱۹۶۶ و ال‌کیما (Elkema) در ۱۹۷۰ اعلام کردند که شیوع تصادفهای رانندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مانند سایر افراد جامعه است. نویز (Noyes) در ۱۹۸۵ با بررسی تحقیقات انجام شده اعلام نمود که جز در مورد الکلیسم و اختلالهای شخصیت، شیوع تصادفهای رانندگی در بیماران روان پزشکی و مخصوصاً پسیکوزها زیاد نیست. احتمالاً پائین بودن میزان تصادفهای رانندگی در بیماران مبتلا به پسیکوز این است که اصولاً آنها کمتر رانندگی می‌کنند. البته این وضع با تخریص بیماران پسیکوزی با بهبودی نسبی تغییر خواهد کرد. در بیماران مبتلا به عقب‌ماندگی هوشی احتمال تصاحب اتومبیل کم است و معمولاً از رانندگی منع می‌شوند ولی در بیماران مبتلا به عقب‌ماندگی هوشی خفیف وضع متفاوت است. در حال حاضر مدرکی وجود ندارد که نشان دهد شیوع تصادفهای

کار خود را ترک خواهد کرد و درحالی که دنبال شغل دیگری می‌گشت تصادف کرد و اتومبیل خود را از دست داد (۲).

باید توجه داشت که یک فرد پسیکوپات اگرچه قبل از سانحه، الکل مصرف کرده باشد از محکومیت بری نخواهد بود. پژوهش‌های کری‌مونا (Cremona) در سال ۱۹۸۶ نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، مسئول به وجود آوردن بیش از شش برابر حوادث رانندگی هستند و اغلب اتومبیل آنها از طریق دزدی به دست آمده و بدون گواهی‌نامه رانندگی می‌کنند و از کمربند ایمنی هم استفاده نمی‌نمایند (۲).

زوال عقل

معمولاً تعداد زیادی از بیماران مبتلا به زوال عقل اقدام به رانندگی نمی‌کنند و پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که میزان تصادف‌های سالمندان به اندازه افراد خیلی جوان است. پژوهش‌های مک‌فارلند (MacFarland) در سال ۱۹۶۴ خطاهای رانندگی در سالمندان را بیشتر به صورت عدم توجه به علائم رانندگی نشان می‌دهد. آنها همچنین به هنگام چرخش مشکل دارند. محقق نامبرده این اشکالها را به علت اشکالهای درکی، قضاوت و تمرکز فکر می‌داند و زوال عقل را در بروز آنها مؤثر نمی‌داند. پژوهش‌های والر (Waller) در ۱۹۶۷ بر نقش روند پیری Senility و بیماری‌های عروقی در تصادف‌های رانندگی سالمندان تأکید می‌کند (۲).

مجازات محکومیت‌های رانندگی

برداشت عمومی این است که وقتی فردی در امتحان رانندگی پذیرفته شد، حق داشتن گواهی‌نامه رانندگی دارد. اقدام‌های دادگاهها در مورد بی‌اعتبار ساختن گواهی‌نامه‌های صادر شده برای همه مردم مخصوصاً جوانان به سختی پذیرفته می‌شود (۲).

قوانین راهنمایی و رانندگی انگلستان لغو اجباری گواهی‌نامه رانندگی را به مدت ۱۲ ماه در محکومیت‌های زیر مطرح می‌نماید:

۱- در صورتی که رانندگی بی‌پروا منجر به مرگ شود.

۲- رانندگی بی‌پروا.

۳- درحالی که فرد به علت مصرف الکل یا مواد مخدر آمادگی فکری نداشته و اقدام به رانندگی کرده است.

۴- رانندگی یا اقدام به رانندگی درحالی که میزان الکل درخون، تنفس یا ادرار، بالا باشد.

در قوانین راهنمایی انگلستان تأکید می‌شود که مجازات‌های رانندگی به منظور مجازات و بازداشتن راننده و سایر مردم از اقدام به رانندگی بدون دقت است. برای محکومیت‌های جزئی دست دادگاه باز است که به هر شکل بخواهد عمل کند ولی در مواردی که تصادف منجر به مرگ شود، دارای مقررات ویژه‌ای است. برای قتل غیر عمد در انگلستان، زندانی تا پنج سال و در اسکاتلند تا دو سال است. مجازات رانندگی بی‌پروا پرداخت تا ۲۰۰۰ پوند یا زندانی ۶ ماه می‌باشد. البته این در صورتی است که رانندگی بی‌پروا ثابت شود (۲).

نقش کنترل‌های اخلاقی ناشی از وجدان بر فرد

چنانچه قبلاً ذکر شد در بیش از ۹۰٪ از تصادف‌های رانندگی عامل نیروی انسانی مؤثر شناخته شده است (۷). در قسمت اول مقاله به جنبه‌هایی که از نظر روان‌پزشکی موجب ازدست دادن کنترل می‌شود اشاره کردیم. در اینجا لازم است قسمت اعظم تصادف‌های رانندگی که به علت روند بیماری عضوی و روانی نیست، بلکه به علت فقدان کنترل اخلاقی بر رفتار فرد است، مورد بررسی قرار گیرند.

در حقیقت اگر تمام افراد جامعه بر رفتار خود کنترل کامل داشتند، حتی یک مورد تصادف رانندگی یا اختلال در روابط بین فردی به وجود نمی‌آمد.

بنابراین لازم است سبک و روش زندگی افراد جامعه مورد بررسی قرار گیرد و از طریق اصلاح سبک و روش زندگی جامعه تمام مشکلات بین فردی و از جمله حوادث رانندگی کنترل گردند.

اینک متخصصان بهداشت روانی به منظور دستیابی به دو هدف اصلی این علم، یعنی ریشه‌کنی اختلالات روانی و دستیابی به رشد بیش از هرچیز متوجه سبک و روش زندگی

مسلمان کسی است که مسلمانان دیگر از دست و زبانش (افکارش) در امان باشند (۱۰).

چنانچه فرد بدون اختلال مغزی و روانی اقدام به رانندگی بی پروا نماید، یکی از مصادیق ضرر به جامعه است و لازم است با آموزشهای اخلاقی و یا اقدامات قانونی نسبت به اصلاح او اقدام شود.

بعضی از پژوهشگران روان‌شناسی فرآیندهای روانی انسان را در سه بُعد اصلی شناخت، عواطف، رفتار خلاصه می‌کنند. در بررسیهای مختلف نیز می‌توان از این طبقه‌بندی کمک گرفت. برای کشف عوامل بازدارنده در تخلفهای رانندگی لازم است با توجه به سه بعد فوق، پیشنهادهای زیر مطرح شوند:

۱- اصلاح شناخت: تقویت وجدان افراد می‌تواند در این مورد کمک نماید. وجود وجدان در انسان توسط مکاتب روان‌شناسی حتی مکاتب مادی مورد تأکید قرار گرفته است و اختلاف فقط در این است که آیا وجدان به صورت بالقوه در انسان وجود دارد یا در اثر آموزشهای محیطی به وجود می‌آید. در بررسی تمام ادیان الهی آموزش زیر را می‌توان پیدا نمود:

« با مردم چنان رفتار کنید که دوست دارید با شما رفتار شود » چنانچه ما بتوانیم دید فوق را در افراد جامعه خود تقویت کنیم، می‌توانیم از بسیاری اختلالات اجتماعی و از جمله تخلفات رانندگی جلوگیری بعمل آوریم. نظارت خداوند بر انسان و مسؤول بودن انسان در مقابل رفتار خویش، جنبه دیگری است که در آموزشهای اسلامی مورد تأکید فراوان قرار گرفته است. یقیناً تقویت این فکر در مردم نیز می‌تواند در این مورد کارگشا باشد. به منظور بالا بردن شناخت افراد و آماده کردن آنها برای فعالیتهای اجتماعی، پیشنهاد می‌شود دیدن یک دوره آموزش اخلاق در روابط بین فردی و مخصوصاً تأکید بر مفهوم ضیمان از دیدگاه اسلام، برای داوطلبان گواهی رانندگی گذاشته شود و هزینه انجام آن از خود آنها دریافت گردد. به نظر می‌رسد، یک آموزش ۳۰-۲۰ ساعته در این مورد مؤثر باشد. در موارد تخلف لازم است برحسب میزان تخلف این آموزشها را از ۱۰ تا ۱۰۰ ساعت تمدید نمود.

۲- اقدام از طریق عواطف: اصل پاداش و مجازات یک

شده‌اند و مطالعات علمی نشان می‌دهند که سبک و روش زندگی عامل به وجود آورنده ۷۰٪ از اختلالات عضوی و روانی است.

سؤال بسیار بزرگی که در این مورد می‌تواند و باید مطرح شود این است که آیا سبک و روش خاصی برای زندگی وجود دارد یا خیر؟

یقیناً جواب سؤال فوق در فرهنگ‌های مختلف متفاوت و در بعضی موارد با یکدیگر متضاد هستند. جوابی که می‌توان از آن دفاع کرد، به این صورت می‌تواند مطرح شود (۸):

وقتی ما یک وسیله الکترونیک یا یک کارخانه راتهی می‌کنیم، بلافاصله طرز کار آنرا از کارخانه سازنده یا فروشنده مطالبه می‌نمائیم. به نظر می‌رسد سبک و روش زندگی انسان و راهنمای سالم زیستن او را باید از آفریننده او «خداوند» درخواست نمود. این دستورالعمل در کتابهای آسمانی وجود دارد و به صورت دست نخورده در قرآن مجید می‌توان از آن استفاده نمود.

هدف نهائی آموزشهای الهی تربیت «انسان کنترل شده» است. بر این اساس انسان موظف است اگر بخواهد به زندگی سالم دست یابد، تمام رفتارهای ارادی خود، یعنی همه اعمال فردی و اجتماعی خود را با دستورات الهی وفق دهد و هنر او در زندگی، کوشش برای یادگیری آموزشهای الهی و تطبیق و کاربرد آنها در شرایط زمان و مکان زندگی خویش می‌باشد. علی (ع) می‌فرماید: «ان کل مؤمن ملجم» یعنی هر انسان مؤمنی مهار شده است (۹). با این تفسیر تمام مشکل‌های فردی و اجتماعی انسان و از جمله حادثه‌های رانندگی ناشی از فقدان کنترل یا تقوی بر رفتار انسان است و اگر ما بتوانیم مکانیسم ایجاد کنترل را در انسان کشف و به جامعه آموزش دهیم و افراد جامعه هم همکاری نمایند، یقیناً مشکلاتی ما حل خواهند شد.

بر اساس ضابطه‌های قطعی فرهنگ اسلامی، رفتار انسان برای خود و دیگران نباید مضر باشد. پیامبر اسلام (ص) سلامت رفتار را معیار پذیرش اسلام می‌داند و می‌فرماید: المسلم من سلم المسلمون من یده و لسانه.

رانندگی می‌کنند وضع شود)

د- آموزش آئین‌نامه و روش رانندگی به صورت گسترده‌تری در کتابهای دوره راهنمایی و دبیرستان گنج‌انیده شود.

ه- فیلمهای مستند مربوط به تصادفات رانندگی به صورت مستمر در بین برنامه‌های تلویزیونی و در سینماها نمایش داده شوند.

و- مجازاتهای مصوب از طریق رادیو، تلویزیون، سینماها و جراید به‌طور مرتب و مداوم به اطلاع مردم برسد.

۳- اصلاح رفتار، در مواردی که فرد در مدت کمتر از یک سال بیش از یک تصادف نموده لازم است از لحاظ روان‌پزشکی تحت بررسی قرار گیرد و انجام الکتروانسفالوگرافی و معاینه تخصصی الزامی است. زیرا امکان وجود اختلالات صرعی و قطع ارتباط با واقعیت وجود دارد. با کامپیوتری کردن تخلفات در سطح کشور، انجام این پیشنهادها امکان پذیر می‌باشد. پیاده کردن قوانین و مجازاتهای مطرح شده در بند ۲ نیز جنبه کنترل رفتار دارند و باید پیاده شوند.

عامل و انگیزه قوی برای رفتار می‌باشد. خداوند پیامبران خود را به نام «بشیر و نذیر» یعنی بشارت دهنده نسبت به پاداش‌های بزرگ برای رفتارهای قابل قبول و ایجاد ترس نسبت به مجازاتهای شدید، برای رفتارهای غیر قابل قبول. در این مورد حدود و قوانینی مطرح شده که امیدواریم به آنها ارجح نهند.

لازم است نسبت به پیاده شدن دقیق آنها اقدام‌های بیشتری صورت پذیرد.

در مورد تخلفهای رانندگی، مجازاتهای فعلی زیاد کارگشا نیستند و پیشنهادهای زیر را بر حسب مورد می‌توان بررسی نمود:

الف- لازم است مجازاتهای خشن‌تری مخصوصاً برای رانندگی بی‌پروا، رانندگی منجر به قتل و رانندگی ضمن مصرف الکل و مواد مخدر تدوین گردد.

ب- تهدید به متوقف نمودن وسیله نقلیه از یک هفته تا یکسال (در صورتی که وسیله نقلیه مربوط به خود شخص باشد).

ج- تهدید به باطل کردن و گرفتن گواهی‌نامه رانندگی و منع از رانندگی از یک هفته تا یکسال (در این مورد لازم است جرایم سنگین برای کسانی که بدون گواهی‌نامه

REFERENCES

1. Beaussart M. Groupe de Recherches et d'information du nord sur L'épilepsie. Exerpta Medica, Epilepsy abstract. 1985 vol 18, issued pp. 150.
2. Robert Bluglass; Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone, 1990. pp 837-838.
3. Geldes Micheal, Dennis Gath and Richard Mayou: Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford Medical Publications, 1989. pp 425.
4. Rose, Clifford: Research Progress in Epilepsy. Progress in Neurology Series. 1983, pp. 533-537.
5. Stanaway L. Johnson R.H. and Lambie D.G.: Epilepsy and Driving. Excerpta Medica, Epilepsy Abstract. 1985. vol 18, Issue 4, pp 150.
6. Stands Harry: Epilepsy, A Handbook for the Mental Health Professional. Sands Pub. 1982, pp 214, 240-241.
- 7- آیتی، دکتر اسماعیل: تصادفات جاده‌ای ایران. انتشارات دانشگاه فردوسی، ۱۳۷۱ ص ۷۷.
- 8- دکتر سیدابوالقاسم حسینی: اصول بهداشت روانی. جلد اول، چاپ چهارم. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۷ ص ۲۵۳-۲۱۶.
- 9- حر عاملی: وسائل الشیعه. انتشارات اسلامی، ۱۳۸۳ هجری قمری ج ۱۲ ص ۱۵۴.
- 10- اسحاق کلینی رازی: اصول کافی (ترجمه حاج سیدجواد مصطفوی) کتابفروشی علمیه اسلامی. سال انتشار ندارد. طهران ج ۳ ص ۷۵.