

## تدوین مدل ساختاری نقش سلامت روانی بر رفتارهای پرخطر رانندگی

### جوانان: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری

سعید شریفی رهنمو<sup>۱</sup>، سولماز صادقی<sup>۲</sup>، آیت‌اله فتاحی<sup>۳</sup>

از صفحه ۱۱۵ تا ۱۴۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳

#### چکیده

**زمینه و هدف:** رانندگی و سلامت روانی، یکی بدون دیگری معنا و مفهوم پیدا نمی‌کنند؛ حضور این دو عنصر در کنار هم باعث کاهش هزینه و آسیب‌های مربوطه در ابعاد مختلف آن برای جامعه و خانواده‌ها می‌گردد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری نقش سلامت روانی بر رفتارهای پرخطر رانندگی جوانان با میانجی‌گری تاب‌آوری انجام پذیرفت.

**روش:** در این مطالعه توصیفی - همبستگی، ۳۸۳ نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد تبریز به روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق شرکت در کلاس‌های مجازی، به صورت آنلاین در پژوهش حاضر شرکت نموده و به پرسشنامه‌های سلامت روانی - اجتماعی کیزز (۲۰۰۲)، ابعاد تاب‌آوری وانگیلد (۲۰۰۲) و پرسشنامه خطرپذیری (۱۳۸۷) پاسخ دادند. این روش با توجه به محدودیت تردد هنگام جدی‌شدن خطر کرونا انتخاب شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش قابل‌قبولی برخوردار است؛ زیرا تصریح شد سلامت روانی تأثیر معنی‌داری بر ابعاد تاب‌آوری دارد و این تأثیر به صورت مستقیم و مثبت است. همچنین مؤلفه‌های سلامت روانی به صورت مستقیم و منفی، مؤلفه‌های رفتار پرخطر رانندگی را تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه نیز مشخص شد که سلامت روانی به طور غیرمستقیم و به طور کلی با واسطه تاب‌آوری، قدرت تبیین رفتارهای پرخطر رانندگی را دارا می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** مطابق با یافته‌ها، سلامت روانی باعث افزایش میزان تاب‌آوری و در نتیجه سبب کاهش گرایش به رفتار پرخطر رانندگی در بین جوانان می‌شود؛ زیرا در صورت فقدان سلامت روانی و میزان تاب‌آوری در بین افراد، بی‌نظمی ترافیکی و در نتیجه میزان هزینه‌های متعدد اجتماعی - اقتصادی برای جامعه و خانواده‌ها رو به فزونی خواهد داشت.

**کلیدواژه‌ها:** مدل ساختاری، سلامت روانی، رفتار پرخطر رانندگی، تاب‌آوری.

۱. دانشجوی دکتری مطالعات برنامه درسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان (نویسنده مسئول)، Rahnmo.70sh@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، مؤسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری، Soli.sdgh@gmail.com

۳. استادیار پژوهشی پژوهشگاه علوم نظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، A.fathi64@gmail.com

## مقدمه

اکنون رانندگی به‌عنوان امری ضروری در فعالیت‌های زندگی روزمره افراد (کار، زندگی اجتماعی و اوقات فراغت) محسوب می‌شود که قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی به‌دنبال ایجاد و حفظ نظم و سلامت در جامعه هستند (آبرودی، کشفی و حسینی، ۱۳۹۷: ۵۱)؛ بنابراین پدیده رانندگی به‌عنوان مجموعه رفتارهای پیچیده و پویا در نظر گرفته شده و اساساً یک فرایند کنترل فعالیت را شامل می‌شود (ریمو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). به تعبیری دیگر، رفتار رانندگی به عملی گفته می‌شود که راننده به‌صورت الگویی برای رانندگی خود مانند سرعت رانندگی، میزان تمرکز در رانندگی و حفظ میزان فاصله استاندارد انتخاب می‌کند. از سویی، رفتار رانندگی، جزئی از رفتار فرهنگی افراد در جوامع تلقی می‌شود که در شکل‌گیری آن، ارزش‌ها، عادات، نگرش‌ها و سایر عوامل فرهنگی به ایفای نقش می‌پردازند (حیدری و هاشمی، ۱۳۹۶).

امروزه حادثه‌ها و تصادف‌های جاده‌ای یا به‌عبارت بهتر، رفتارهای پرخطر رانندگی به مسئله‌ای جهانی تبدیل شده است (الیوت و تامسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). سالیانه ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سطح جهان بر اثر حوادث ترافیکی، جان خود را از دست داده و بیش از ۵۰ میلیون نفر نیز دچار صدمه و آسیب می‌شوند. حدود ۸۵ درصد از تلفات ناشی از حوادث ترافیکی در جهان، در کشورهای با درآمد پایین رخ می‌دهد که باعث نگرانی مسئولین در تمامی کشورها شده است (عشایری، محمدی، نامیان و امین‌فلاح، ۱۳۹۸). در همین راستا و به‌تبع با نگاهی عمیق‌تر، پژوهشگران حوزه رفتارهای پرخطر رانندگی به پژوهش درباره میزان شیوع و همچنین ریشه‌یابی علل و عوامل مرتبط با این مسئله مهم پرداخته‌اند. بر اساس آمارهایی که سازمان بهداشت جهانی

1.Rimmo

2.Elliott &amp; Thomson

منتشر می‌نماید، در سال ۲۰۱۸ میلادی گزارش شد که سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر جان خود را بر اثر تصادفات جاده‌ای از دست داده و جراحات تصادفات جاده‌ای، علت اصلی مرگ افراد بین ۱۵ تا ۲۹ سال است که تقریباً ۹۰ درصد از مرگ‌ومیرها در کشورهای متوسط اتفاق افتاده است؛ در حالی که این کشورها تنها ۵۴ درصد از وسایل نقلیه کل جهان را در اختیار دارند.

در ایران نیز تصادفات رانندگی، علت اصلی مرگ‌ومیر است. به گزارش یونیسف، در سال‌های اخیر تصادفات در کشور ایران افزایش معناداری داشته است. بر اساس آمارهای بین‌المللی، حدود ۲/۵ درصد از تصادفات جهان در ایران اتفاق می‌افتد؛ این به آن معناست که تصادفات در کشور ایران نسبت به جمعیت آن حدود ۲۰ برابر بیشتر از تصادفات در هر منطقه دیگری در جهان است (عسگری، پندی و فنودی، ۱۳۹۷).

بر اساس نکات مطرح‌شده، باور کلی در بین متخصصین امر بر این است که تصادفات رانندگی، از یک زنجیره سه‌عاملی شامل عوامل انسانی، محیطی و عوامل مربوط به وسیله نقلیه تشکیل می‌شود که از بین این عوامل، عامل انسانی در ۹۷/۵ درصد از تصادفات دخالت مستقیم داشته که میزان نسبی تأثیرگذاری این عامل نسبت به دیگر عوامل، ۴۹ درصد می‌باشد که نشان از تأثیرگذاری بالایی است. حال در بین عوامل انسانی، سلامت روانی<sup>۱</sup> و میزان تاب‌آوری<sup>۲</sup> از وزنه قابل توجهی برخوردار هستند که ضرورت توجه به عوامل انسانی را در این بُعد پررنگ‌تر می‌کنند (افسری، هاشمی و مغیثی، ۱۳۹۸)؛ چراکه در سال‌های اخیر، تغییرات عمده‌ای در روند زندگی جوانان به وجود آمده است. رشد و پیشرفت تکنولوژی، افزایش جمعیت و به تبع آن، فقدان آموزش‌های لازم جهت مقابله با این تغییرات، از جمله عواملی هستند که ممکن

---

1.Mental Health

2.Resilience

است زندگی هر فرد را از بُعد سلامت روانی تهدید و به سمت رفتارهای پرخطر هدایت نمایند؛ زیرا یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در تخلفات انسانی به‌ویژه در حوزه ترافیک، وجود سلامت روانی اجتماعی است و از جمله مهم‌ترین مهارت‌هایی که قادر است بالندگی و بهداشت روان را در جامعه تقویت نماید، تاب‌آوری در برابر رفتارهای پرخطر می‌باشد. تاب‌آوری، یکی از مفاهیم مهم سلامت اجتماعی است و به فرایند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود که نتیجه آن، رسیدن به سلامت در ابعاد متعدد اجتماعی است (مارتین و مارش<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

سلامت روانی از اساسی‌ترین معیارهای بهداشت و رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای به شمار می‌رود. در واقع سلامت روانی با بهداشت روانی، فردی و اجتماعی مرتبط است که بر اساس تئوری کییز<sup>۲</sup> (۱۹۹۸)، یکپارچگی، پیوستگی و بهداشت روانی محصول وجود و ثبات سلامت اجتماعی در جامعه است که برای اولین بار و به‌طور رسمی، سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> در سال ۱۹۴۷ میلادی، این بُعد از سلامت را به‌عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و فاصله‌داشتن از رفتارهای پرخطر تعریف کرد. بنابراین سلامت روانی در کنار سلامت جسمی و روانی، یکی از ارکان اصلی تشکیل‌دهنده سلامت و کم‌رنگ‌نمودن رفتارهای خطرآفرین مانند رانندگی در زندگی نوین اجتماعی محسوب می‌گردد (صلحی، ۱۳۹۴). در همین زمینه، بلوک و برسلو<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) سلامت روانی را با میزان عملکرد اعضای جامعه مترادف دانستند؛ بنابراین یکی از عوامل و متغیرهای مرتبط با این بُعد از سلامت، میزان تاب‌آوری در افراد و بالأخص جوانان است که به‌طورکلی به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که خط سیر رشدی را از خطر به رفتار مشکل‌زا قطع کرده و علی‌رغم وجود شرایط ناگوار به

1. Martin &amp; Marsh

2. Keyes

3. World Health Organization

4. Belloc &amp; Breslow

پيامدهای سازگارانه مثبت منتهی می‌شوند. بدین ترتیب، افراد تاب‌آور در مواجهه با شرایط زندگی، پویا و انعطاف‌پذیر هستند (رستمی، احمدیان، هاشمی و مرادی، ۱۳۹۶). ورنر و گارمزی<sup>۱</sup> نیز از اولین دانشمندانی بودند که در دهه ۱۹۷۰ میلادی از اصطلاح تاب‌آوری استفاده کرده و آن را یکی از موضوعات کلیدی روان‌شناسی مثبت‌نگر در جهت رسیدن به سلامت قلمداد نموده‌اند (صدری دمی‌رچی، بشرپور، رضانی و کریمی‌انپور، ۱۳۹۶).

تاب‌آوری در فرهنگ لغت، کشسانی و خاصیت فنری و ارتجاعی ترجمه شده است که البته این واژه‌ها رسایی و گویایی لازم را برای انتقال مفهوم این واژه در حوزه پیشگیری از رفتارهای نامناسب نداشته و به همین دلیل، تاب‌آوری که به‌عنوان معادل فارسی آن برگزیده شده، اصطلاح بهتر و مناسب‌تری است. واژه تاب‌آوری را می‌توان به‌صورت توانایی بیرون‌آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف نمود. درواقع تاب‌آوری، ظرفیت افراد برای سالم‌ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پرخطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق می‌شود، بلکه طی آن و باوجود آن قوی‌تر نیز می‌گردد (زرین کلک، ۱۳۸۸). در همین زمینه، اسمیت<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) تاب‌آوری را به‌عنوان فرایندی که به آگاهی قوی و محکم منجر می‌شود تعریف کرده است؛ یعنی این باور که فرد می‌تواند با استقامت تکالیف مربوط به هدف را در میان چالش‌های متغیر و موقعیت‌های دشوار و ناگوار پیگیری کند و انجام دهد. همچنین ویلسون، گوتفردسون و ناجاکا<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) تاب‌آوری را «دستیابی فرد به نتایج تحول مثبت و اجتناب از نتایج غیرانطباق در شرایطی که به‌طور قابل ملاحظه دشوار و فلاکت‌بار است» تعریف کرده‌اند.

1. Verner and Garmsi

2. Smit

3. Wilson, Gottfredson & Najaka

حال علاوه بر نکات مطرح شده به‌طور کلی، بُعد روانی - اجتماعی سلامت و میزان تاب‌آوری دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. از این نظر، هرکس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگ‌تر محسوب می‌شود که هر اندازه میزان سلامت روانی و تاب‌آوری افراد بالاتر باشد، میزان رفتارهای پرخطر رانندگی نیز کاهش می‌یابد (سام‌آرام، ۱۳۸۸). به همین دلیل است که از نظر بوردیو<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) هر نوع ارتباط بین فرد و جامعه به‌گونه‌ای که افراد در چهارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی مانند رفتار رانندگی است.

در همین راستا هالیت، ساکره و سلامه<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) و سکر<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) در مطالعات خود نشان دادند که بین رفتار پرخطر جوانان با نوع ارتباطات اجتماعی به‌ویژه درون خانواده و میزان سازگاری‌شان، رابطه معنادار قدرتمندی وجود دارد که اگر روابط منفی باشد باعث ایجاد رفتارهای پرخطری مانند رانندگی بی‌پروا می‌گردد؛ بنابراین با توجه به اهمیت بررسی رفتارهای پرخطر و تجزیه و تحلیل عوامل فردی و اجتماعی بر ایجاد و تداوم آن در بین افراد و به‌ویژه جوانان و اینکه سلامت روانی به‌واسطه تاب‌آوری می‌تواند رفتارهای پرخطر رانندگی جامعه نام‌برده را تحت‌تأثیر قرار دهد، پژوهش حاضر به‌دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا مدل نقش میانجی‌گری ابعاد تاب‌آوری در رابطه بین سلامت روانی با رفتارهای پرخطر رانندگی جوانان برآزش داشته و مورد تأیید می‌باشد؟

1. Bourdieu

2. Hallit, Sacre &amp; Salameh

3. Secer

## پیشینه پژوهش

عشایری، محمدی، نامیان و امین فلاح (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان «پیمایش جامعه‌شناختی تخلفات رانندگان و عوامل مؤثر بر آن» نتیجه گرفتند که با کاهش سطح محرومیت نسبی شهروندان و ارتقای عدالت اجتماعی و همچنین با تقویت سرمایه و سلامت روانی اجتماعی (بین پلیس و شهروندان) و ایجاد نظام کنترلی کارآمد، میزان تخلفات در حوزه راهنمایی و رانندگی کاهش می‌یابد.

افسری، مغیثی و عشایری (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای با عنوان «پیش‌بینی رفتار رانندگی بر اساس هوش هیجانی و ادراک خطر رانندگی» تصریح نمودند که بین رفتار رانندگی و ادراک خطر رانندگی و میزان تاب‌آوری رابطه معناداری وجود دارد که رفتار رانندگی پرخطر از طریق هوش هیجانی و ادراک خطر رانندگی قابل پیش‌بینی است. همچنین با افزایش هوش هیجانی و ادراک خطر رانندگی از طریق تاب‌آوری، رفتار رانندگی پرخطر کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، رانندگانی که مرتکب تخلفات رانندگی، تصادفات و رفتارهای رانندگی پرخطر و نایمن می‌شوند و از رعایت قوانین رانندگی سرپیچی می‌کنند، هوش هیجانی و تاب‌آوری پایین‌تری به نسبت سایر رانندگان دارند.

مهماندار، شیخی چمان، خلیلی، مبادری و آریانا (۱۳۹۸) در مطالعه خود که به بررسی ارتباط هوش هیجانی و خطرپذیری رانندگی پرداخته بودند، به این نتیجه دست یافتند که رابطه معنادار و معکوسی میان هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر رانندگی وجود دارد.

عباس‌زاده، علیزاده و پریراد (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی معنادار و معکوسی بین ابعاد هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر و عمدی رانندگی وجود دارد و مطابق نتایج رگرسیون متغیرهای خودهوشیاری، خودانگیزی، مهارت همدلی و خودمهارگری، در مجموع ۳۱/۸ درصد از کل واریانس رفتارهای پرخطر عمدی

رانندگی را تبیین کرده‌اند.

میرشکاری (۱۳۹۶) در پژوهشی، رفتار رانندگی پرخطر را بر اساس ویژگی‌های شخصیتی در بین رانندگان خطرآفرین شهر زاهدان در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۶ مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده است که بر اساس ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق و وجدانی بودن می‌توان مؤلفه‌های رفتار رانندگی پرخطر را پیش‌بینی کرد و همچنین همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین شخصیتی و متغیرهای رفتار رانندگی معنی‌دار بود.

کارسازی، نصیری، اسماعیل‌پور و خانجانی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی نقش اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگ‌سالان در رفتارهای پرخطر رانندگی با میانجی‌گری دشواری در تنظیم هیجان پرداختند. لغزش‌ها و خطاها به‌طور مستقیم تحت تأثیر اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی قرار دارند؛ اما تخلفات رانندگی به‌طور غیرمستقیم و با واسطه‌گری دشواری در تنظیم هیجان از اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی اثر می‌پذیرند.

میردورقی، مهدی، صالحی فدردی و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۶) در پژوهشی به مقایسه رفتارهای پرخطر در مبتلایان و غیرمبتلایان به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی پرداختند. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بروز رفتارهای پرخطر در بین افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی نسبت به افراد غیرمبتلا بیشتر است.

شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹) به بررسی رابطه سلامت روانی و پرخاشگری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر پرداختند. در این پژوهش از پرسشنامه رفتار رانندگی منچستر، شخصیت تیپ A استفاده شد که نتایج به‌دست‌آمده نشان داد بین سلامت روان، پرخاشگری، تیپ شخصیتی و عادات رانندگی رابطه معناداری وجود دارد.



یلمن، برایان، سوبر اسپاتس و برنر<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان رفتارهای رانندگی پرخطر در بین دانشجویان دریافتند که شناخت و سلامت روانی - اجتماعی تأثیر زیادی در رانندگی دارند؛ بنابراین ارتباط معناداری با میزان سلامت روانی جوانان و خطرپذیری رانندگی شان دارند.

هیلی، رودر، استو، فورد و دوونی<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که رانندگی پرخطر با سطوح بالاتر شناخت هیجانی و سن کمتر مرتبط است و زیرمقیاس احساسات منفی به‌طور چشمگیری به‌وسیله کنترل هیجانی و سن پیش‌بینی شد. مدل واسطه که امتیازات کنترل عاطفی و سن را ثبت می‌کند و امتیاز رفتار رانندگی با احساسات منفی، اثر چشمگیر غیرمستقیم سن از طریق کنترل هیجانی را نشان داد. نمرات پایین‌تر از شاخص‌های خاص هوش هیجانی با میزان‌های افزوده‌شده در ارتباط بود. نتایج نشان داد که کنترل هیجانی ضعیف ممکن است مانع توانایی افراد در ایجاد تصمیمات رفتاری ایمن هنگام رانندگی شود.

مک‌دونالد، کاترین، ماریلین، سامرز و جامیسون<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) رابطه بین عملکرد رانندگی، رفتارهای پرخطر رانندگی و علایم سلامت روان را در رانندگانی که تازه گواهینامه دریافت کرده‌اند، موردبررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که رانندگانی با نمره بالاتر در بیش‌فعالی، رفتارهای پرخطر بیشتری در رانندگی دارند. همچنین نتایج پژوهش نشان داده است که سلامت روان رابطه معنی‌داری با رفتارهای پرخطر رانندگی ندارد.

فینلی، جای و نیکولاس<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) در مطالعه خود تحت عنوان «رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی با رفتارهای رانندگی جوانان» نشان دادند که بین پنداشت

1. Yellman, Bryan, Sauber-Schatz & Brenner

2. Hayley, Rudder, Stough, Ford & Downey

3. McDonald, Catherine, Marilyn, Sommers & Jamison

4. Finley, Jay & Nicholas

فرد از هنجارها، کنترل اجتماعی و سرمایه اجتماعی و رفتارهای ایمن ترافیکی رابطه معناداری وجود دارد.

گومز و گونزالس<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) نقش ویژگی‌های شخصیتی و خشم را در تبیین رفتارهای پرخطر رانندگی زنان جوان بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که هیجان‌طلبی و رانندگی با خشم می‌تواند پرخاشگری رانندگی و نقض قوانین راهنمایی و رانندگی را پیش‌بینی کنند. در طرف دیگر، خطاهای رانندگان در رانندگی نیز رابطه معنی‌داری با ویژگی‌های شخصیتی مانند قابل قبول بودن، خودآگاهی و روان‌رنجورگرایی و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی داشتند.

نگیوتسا و کوابنن<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که درک موقعیت‌های ترافیکی خطرناک و پرخطر می‌تواند بزرگی باورهای کشنده را در اشتغال رفتارهای محافظتی کاهش دهد. در روش‌های پیشگیری می‌توانند به مردم توضیح دهند که چگونه از تصادفات اجتناب کنند؛ درحالی‌که بر ظرفیتشان تأکید دارند تا رفتارشان را تغییر دهند و دستاوردهایی را از آن تغییر رفتار به دست آورند.

دونی<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود اظهار داشت که ادراک خطر رانندگی و ادراک وظایف رانندگی، رابطه معنادار و مستقیمی باهم دارند. ادراک خطر رانندگی و ادراک وظایف رانندگی، هر دو بر نگرش ایمنی رانندگان تأثیر می‌گذارند.

به هر تقدیر، مطالعات صورت‌گرفته درباره رفتارهای پرخطر رانندگی، ضمن داشتن نتایج ارزشمند، پشتوانه مطالعه حاضر محسوب می‌شوند؛ لذا نشان‌دهنده اهمیت و ضرورت مطالعه حاضر نیز می‌باشند. حال این پژوهش سعی کرده از متغیرهایی استفاده کند که در مطالعات قبلی، کمتر تکرار شده و ساختار اندازه‌گیری شاخص‌ها نیز در ارتباط با مأموریت پلیسی باشد؛ بنابراین با بررسی نتایج پژوهش‌های پیشین

1. Gómez & González

2. Ngueutsa & Kouabenan

3. Downey

نزدیک به متغیرهای مربوطه، نتایج احصائی نشان داد که بین متغیرهای میزان ادراک و سلامت روانی - اجتماعی توأم با نوع تاب‌آوری افراد با رفتارهای خطرآفرین رانندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. در واقع با افزایش سلامت و تاب‌آوری افراد که می‌تواند سازگاری آنان را افزایش دهد، رفتار رانندگی پرخطر نیز کاهش می‌یابد. به عبارتی، با افزایش سلامت روانی و در نتیجه تاب‌آوری رانندگان، احتمال رفتار پرخطر در رانندگی کاهش می‌یابد.

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱) بین سلامت روانی با ابعاد تاب‌آوری رابطه وجود دارد.
- ۲) بین سلامت روانی با ابعاد رفتار پرخطر رانندگی رابطه وجود دارد.
- ۳) سلامت روانی با واسطه ابعاد تاب‌آوری بر میزان رفتارهای پرخطر رانندگی، نقش پیش‌بینی‌کنندگی دارد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش همبستگی و در گروه طرح‌های علی غیرآزمایشی به روش تحلیل مسیر است که به بررسی روابط علی غیرآزمایشی از طریق همبستگی بین آن‌ها می‌پردازد و در مقایسه با روش‌های قدیمی‌تر مانند رگرسیون چندگانه، توانایی شناسایی و کنترل خطاهای اندازه‌گیری و بررسی و آزمون روابط پیچیده با چندین متغیر وابسته و مستقل را دارد. بنابراین پژوهش حاضر با توجه به اهداف و فرضیه‌های پژوهشی از لحاظ اجرا بر اساس مدل ارتباطی و طبق معادلات ساختاری انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد تبریز بودند که تعداد آن‌ها ۱۶۰۰۰ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از جدول کرجسی و مورگان، ۴۰۲ نفر از دانشجویانی که در کلاس‌های

آموزش مجازی حضور داشتند، از طریق فراخوان اینترنتی، به شیوه آنلاین به شیوه داوطلبانه به عنوان نمونه در پژوهش شرکت کردند؛ لیکن ۱۹ پرسشنامه به دلیل داده‌های پرت از تحلیل حذف شده و در نهایت ۳۸۳ مورد وارد تحلیل شدند. لذا روش مذکور با توجه به محدودیت تردد و تعطیلی دانشگاه‌ها هنگام جدی شدن خطر کرونا در ایران انتخاب شد. در ادامه نیز برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز از ابزارهای ذیل استفاده شده است.

**پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی:** در این پرسشنامه، اطلاعاتی از قبیل جنسیت، سن و وضعیت تأهل در مقیاس اسمی از نمونه پژوهش اخذ گردید.

**پرسشنامه استاندارد سلامت روانی - اجتماعی کیز (۲۰۰۲) فرم کوتاه (۱۴ سؤالی):** پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شده و شامل ۱۴ سؤال و ۳ مؤلفه می‌باشد و بر اساس طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی مانند «این احساس که کار یا چیز مهمی برای عرضه کردن به جامعه دارید» به سنجش سلامت روانی - اجتماعی می‌پردازد. در این پرسشنامه، ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقه‌مندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) برای نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. روایی پرسشنامه در پژوهش خلیلی ورنکشی (۱۳۹۴) سنجیده شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه، ۰/۸۵ برآورد شده است. قابل ذکر است در این مقاله با نظر متخصص با توجه به هدف پژوهش فقط مؤلفه‌های سلامت روانی لحاظ می‌شوند.

**پرسشنامه ابعاد تاب‌آوری واگنیلد (RS-14):** فرم بلند مقیاس تاب‌آوری توسط

واگنیلد (۲۰۰۹) به منظور سنجش تاب‌آوری فردی معرفی گردیده است. فرم اصلی مقیاس تاب‌آوری ۲۵ سؤالی است که واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) آن را طراحی کرده بودند. تحلیل عاملی روی گویه‌های فرم بلند، وجود دو عامل را تأیید کرد. یکی، صلاحیت شخصی و دیگری، پذیرش خود و زندگی. فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری شامل ۱۴ سؤال از ۲۵ سؤال موجود در فرم بلند بود که در ابعاد مدیریت خود، معناداری، اعتماد به نفس و تاب‌آوری طراحی شده است. پژوهشگران مختلفی از مقیاس فرم کوتاه استفاده نموده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش نموده‌اند. بررسی کفایت روان‌سنجی این مقیاس در کره جنوبی، وجود دو بُعد را تأیید کرده است؛ به این صورت که با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی و با چرخش قائم دو بُعد استخراج شد که تحت عنوان اعتماد به نفس و کنترل خود نام‌گذاری شدند. پژوهشگران مقاله، ضریب بارتلت را  $۱۷۵۲/۸۶$  گزارش کردند که در سطح  $۰/۰۰۱$  معنادار بود. همچنین ضریب KMO برابر با  $۰/۹۱۷$  بود. آن‌ها پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای بُعد اعتماد به نفس  $۰/۸۶$ ، برای بُعد کنترل خود  $۰/۸۴$  و برای کل مقیاس  $۰/۹۰$  گزارش کردند. تمام سؤالات این مقیاس به صورت مثبت و بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۵) تا کاملاً موافقم (۱) نمره‌گذاری می‌شوند.

**پرسشنامه خطرپذیری ایرانی (IARS):** این پرسشنامه توسط زاده محمدی و احمدآبادی (۱۳۸۷) برای سنجش رفتارهای پرخطر از قبیل رانندگی (۶ سؤال) خشونت (۵ سؤال)، سیگار کشیدن (۵ سؤال)، مصرف مواد مخدر (۸ سؤال)، مصرف الکل (۶ سؤال)، رفتار جنسی پرخطر (۴ سؤال) و دوستی با جنس مخالف (۴ سؤال) به کار برده شده که در بخش مرتبط با این پژوهش از ابعاد رانندگی پرخطر، گرایش به سرعت، باور به کنترل و نقض قوانین بهره‌برداری شده است. پاسخگویان موافقت یا

مخالفت خود را با این سؤالات در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) مطرح می‌کنند. اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیلی مؤلفه‌های اصلی و برای ابعاد مورد بررسی قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸ و برای ابعاد پرسشنامه ۰/۷۱۵ و ۰/۹۳۱ بوده است. نتایج به‌دست‌آمده از روایی و پایایی مقیاس حاکی از آن بوده که ابزار مناسب در سنجش خطرپذیری ایران می‌باشد که در این مقاله، بررسی روی مؤلفه رانندگی پرخطر با شش سؤال و سه زیرمؤلفه (گرایش به سرعت، باور به کنترل و نقض قوانین) انجام گرفت. در ادامه، برای تحلیل داده‌های پژوهش از مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای Amos ۲۴ و Spss ۲۵ استفاده گردید.

## یافته‌ها

جدول ۱. آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش از نظر جنسیت، گروه سنی و سطح تحصیلات

متغیر	تعداد	درصد	انحراف معیار $\pm$ میانگین
مؤنث	۲۰۶	۵۳/۸	-
مذکر	۱۷۷	۴۶/۲	-
جمع	۳۸۳	۱۰۰	-
۱۸-۲۳	۲۰۲	۵۲/۷	۲۰/۷۹۲ $\pm$ ۲/۲۰۸
۲۴-۲۹	۱۶۵	۴۳/۱	۲۶/۱۰۹ $\pm$ ۲/۸۹۱
۳۰-۳۴	۱۶	۴/۱	۳۱/۴۳۷ $\pm$ ۲/۵۶۳
جمع	۳۸۳	۱۰۰	۲۳/۵۲۷ $\pm$ ۳/۵۱۴
مجرد	۲۲۷	۵۹/۳	-
متاهل	۱۵۶	۴۰/۷	-
جمع	۳۸۳	۱۰۰	-

نتایج توصیفی نشان می‌دهد از ۳۸۳ نفر شرکت‌کننده، ۲۰۶ نفر (۵۳/۸ درصد) مؤنث، ۱۷۷ نفر (۴۶/۲ درصد) مذکر می‌باشند. ۲۰۲ نفر (۵۲/۷ درصد) دارای توزیع

سنی ۱۸-۲۳ سال ( $2/208 \pm 20/792$ )، ۱۶۵ نفر ( $43/1$  درصد) دارای توزیع سنی ۲۴-۲۹ سال ( $2/891 \pm 26/109$ ) و ۱۶ نفر ( $4/1$  درصد) نیز دارای توزیع ۳۰-۳۴ سال ( $2/563 \pm 31/437$ ) بوده و میانگین سنی نیز ۲۳/۵ سال می‌باشد ( $3/514 \pm 23/527$ )؛ همچنین ۲۲۷ نفر ( $59/3$ ) آن‌ها مجرد و ۱۵۶ نفر ( $40/7$  درصد) متأهل می‌باشند.

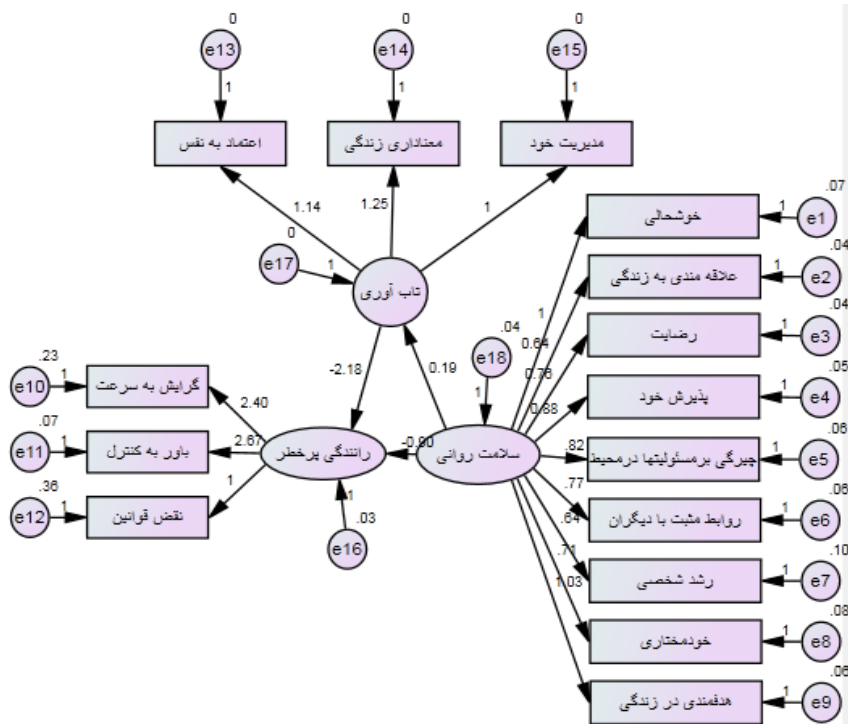
**جدول ۲. شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره Z کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها**

متغیر	مؤلفه‌ها	انحراف معیار $\pm$ میانگین	Z	Sig
	خوش‌حالی	$3/705 \pm 1/310$	3/609	0/121
	علاقه‌مندی به زندگی	$4/404 \pm 1/516$	5/109	0/081
	رضایت	$3/848 \pm 1/411$	2/943	0/093
	پذیرش خود	$3/671 \pm 1/653$	3/182	0/821
سلامت روانی	چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط	$3/705 \pm 1/817$	3/466	0/420
	روابط مثبت با دیگران	$2/522 \pm 1/671$	4/986	0/129
	رشد شخصی	$3/073 \pm 1/570$	3/798	0/030
	خودمختاری	$3/671 \pm 1/611$	3/145	0/071
	هدفمندی در زندگی	$4/185 \pm 1/596$	3/843	0/021
	سلامت روانی	$32/785 \pm 9/711$	1/075	0/197
	مدیریت خود	$20/015 \pm 3/514$	2/422	0/541
ابعاد تاب‌آوری	معناداری	$20/891 \pm 3/646$	2/431	0/601
	اعتمادبه‌نفس	$16/357 \pm 3/027$	2/833	0/072
	تاب‌آوری	$57/164 \pm 9/044$	2/016	0/096
	رانندگی پرخطر	$15/446 \pm 5/631$	1/170	0/130
رانندگی پرخطر	گرایش به‌سرعت	$6/214 \pm 2/482$	3/206	0/089
	باور به کنترل	$5/806 \pm 2/506$	3/980	0/113
	نقض قوانین	$3/425 \pm 2/011$	2/440	0/086

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ها و نمرات کل متغیرهای پژوهش آورده شده است؛ همچنین سطح معنی‌داری متغیرها نشان می‌دهد که اکثریت مؤلفه‌های پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند. همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره گردید، هدف

تدوین مدل ساختاری نقش سلامت روانی بر رفتارهای پرخطر رانندگی جوانان: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری

این پژوهش، بررسی نقش سلامت روانی با میانجی‌گری تاب‌آوری بر رانندگی پرخطر دانشجویان می‌باشد که روابط بین متغیرهای پژوهش به صورت یک الگوی ساختاری مورد مطالعه قرار می‌گیرد.



نمودار ۱. مدل ساختاری متغیرهای پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پروتاد

P	RMSEA	CFI	NFI	GFI	X <sup>2</sup> /df	df	X <sup>2</sup>	شاخص‌ها
۰/۰۶۱	۰/۰۷۰	۰/۸۸۴	۰/۸۳۴	۰/۹۰۸	۲/۸۴۶	۱۱۶	۳۳۰/۱۱۱	مدل پروتاد

جدول ۳، شاخص‌های برازندگی مدل پروتاد را نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل شاخص مجذور خی ( $X^2=330/111$ )، مجذور خی نسبی ( $X^2/df= 2/846$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI= 0/908$ )، شاخص برازش



هنجار شده ( $NFI=0/834$ )، شاخص نیکویی برازش مقایسه‌ای ( $CFI=0/884$ ) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب ( $RMSEA = 0/070$ ) حاکی از برازش بسیار خوب مدل برون داد است و با توجه به اینکه سطح معنی داری بالاتر از  $0/05$  می باشد، داده‌های پژوهش حاضر نرمال بوده و در واقع نتایج به ما نشان می دهد که مدل ترسیمی تئوری پژوهش به صورت مطلوب با مدل موجود در جامعه برازش دارد.

در ادامه به بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم و اثر کل مؤلفه‌ها و نمره کل بین متغیرها پرداخته شد. برای به دست آوردن اثر مستقیم از روش رگرسیون خطی با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ و برای به دست آوردن اثر غیرمستقیم و اثر کل هریک از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی با واسطه‌گری تاب‌آوری بر رفتارهای پرخطر دانشجویان از روش بوت استروپ نرم افزار Amos نسخه ۲۴ استفاده گردید که نتایج به شرح زیر می باشد.

**جدول ۴. اثر کامل، مستقیم و غیرمستقیم بین مؤلفه‌های سلامت روانی، تاب‌آوری و راندگی پرخطر**

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
سلامت روانی ← مدیریت خود	$\beta(0/523), P(0/001)$		
سلامت روانی ← معناداری	$\beta(0/525), P(0/001)$		
سلامت روانی ← اعتماد به نفس	$\beta(0/375), P(0/001)$		
سلامت روانی ← تاب‌آوری	$\beta(0/541), P(0/001)$		
تاب‌آوری ← راندگی پرخطر	$\beta(-0/218), P(0/031)$		
سلامت روانی ← گرایش به سرعت	$\beta(-0/272), P(0/002)$		
رشد شخصی ← گرایش به سرعت	$\beta(-0/226), P(0/001)$		
خودمختاری ← گرایش به سرعت	$\beta(0/120), P(0/032)$		
سلامت روانی ← باور به کنترل	$\beta(-0/390), P(0/001)$		
پذیرش خود ← باور به کنترل	$\beta(-0/120), P(0/050)$		
رشد شخصی ← باور به کنترل	$\beta(-0/125), P(0/021)$		
خودمختاری ← باور به کنترل	$\beta(-0/169), P(0/003)$		
خوشحالی ← نقض قوانین	$\beta(-0/118), P(0/036)$		
رضایت ← نقض قوانین	$\beta(-0/128), P(0/025)$		
هدفمندی در زندگی ← نقض قوانین	$\beta(-0/269), P(0/001)$		
رضایت ← راندگی پرخطر	$\beta(-0/360), P(0/001)$		
رشد شخصی ← راندگی پرخطر	$\beta(-0/198), P(0/004)$		
سلامت روانی ← تاب‌آوری		$\beta(-0/285), P(0/003)$	$\beta(-0/493), P(0/001)$
راندگی پرخطر			

تدوین مدل ساختاری نقش سلامت روانی بر رفتارهای پرخطر رانندگی جوانان: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری

طبق نتایج جدول ۴، میزان اثر مستقیم سلامت روانی بر مدیریت خود  $0/523$ ، معناداری  $0/525$ ، اعتمادبه‌نفس  $0/375$  و تاب‌آوری  $0/541$  و میزان اثر مستقیم تاب‌آوری بر رانندگی پرخطر  $0/218$  - می‌باشد. از مؤلفه‌های سلامت روانی، اثر مستقیم رضایت بر رانندگی پرخطر  $0/360$  - و رشد شخصی بر رانندگی پرخطر  $0/198$  - می‌باشد. اثر مستقیم رشد شخصی بر گرایش به سرعت  $0/226$  - و خودمختاری بر گرایش به سرعت  $0/120$  می‌باشد. اثر مستقیم پذیرش خود بر باور به کنترل  $0/120$  - و رشد شخصی بر باور به کنترل  $0/125$  - و خودمختاری بر باور به کنترل  $0/169$  - می‌باشد و در نهایت اثر مستقیم خوشحالی بر نقض قوانین  $0/118$  -، رضایت بر نقض قوانین  $0/128$  - و هدفمندی در زندگی بر نقض قوانین  $0/269$  - می‌باشد.

همچنین اثر غیرمستقیم سلامت روانی بر رانندگی پرخطر با میانجی‌گری تاب‌آوری برابر با  $0/285$  - بوده و نیز اثر کل بین متغیرها  $0/493$  - می‌باشد که از نظر آماری معنادار می‌باشند؛ یعنی نمره اثرات مستقیم و غیرمستقیم به ما نشان می‌دهد که هر مؤلفه به میزان نمره اثر مستقیم و غیرمستقیم هر ۱ واحد نمره رانندگی پرخطر را تبیین می‌کند و نمره منفی نشان از رابطه معکوس بین دو متغیر و نمره مثبت بین خودمختاری و گرایش به سرعت نشان از رابطه مثبت و مستقیم بین آنها است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری نقش سلامت روانی بر رفتارهای پرخطر رانندگی جوانان با میانجی‌گری تاب‌آوری انجام گرفت. یافته‌های احصائی نشان داد که سلامت روانی تأثیر معنی‌داری بر ابعاد تاب‌آوری دارد و این تأثیر به صورت مستقیم و مثبت است. در واقع می‌توان این‌گونه استنباط کرد که نمرات ابعاد تاب‌آوری (مدیریت خود، معناداری و اعتمادبه‌نفس) و نمره کل تاب‌آوری به‌طور

مستقیم از نمرات سلامت روانی تأثیر می‌پذیرند؛ یعنی با افزایش سلامت روانی، میزان تاب‌آوری نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین با توجه به اثرات مستقیم مشخص است که سلامت روانی روی ابعاد تاب‌آوری تأثیر دارد که مطالعه محدود صورت گرفته در این باب نیز ارتباط بین سلامت روانی و تاب‌آوری را تأیید می‌کند؛ به‌عنوان مثال مطالعات بلوک و برلسو نشان داد که سلامت روانی با میزان عملکرد اعضای جامعه ارتباط مستقیمی دارد که هراندازه سلامت روانی بالاتر باشد، تاب‌آوری افزایش یافته و در نتیجه رفتارهای پرخطری مانند رانندگی بی‌پروا نیز کاهش خواهد یافت که نتایج به‌دست آمده با یافته‌های افسری، مغیثی و عشایری (۱۳۹۸)، میرشکاری (۱۳۹۶)، شاکری‌نیا (۱۳۸۹) و مک‌دونالد و همکارانش (۲۰۱۸) همسویی مناسبی دارد.

لذا در تبیین یافته فوق می‌توان عنوان کرد که سلامت روانی به‌نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن، شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و امن خواهد بود و در نتیجه پلیس در ابعاد کاری خود می‌تواند از آن بهره‌برداری نماید. در واقع زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است. در واقع امروزه سلامت روانی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی، نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر سلامت فقط عاری‌بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود. لذا اگر بخواهیم سطح سلامت روانی جامعه را به حد مطلوبی برسانیم، به یک‌سری تدابیر و فعالیت‌هایی نیاز داریم که از پیدایش و افزایش بیماری‌های عصبی روانی در جامعه جلوگیری کند؛ چنین فعالیت‌هایی تحت عنوان پیشگیری شناخته می‌شوند که افزایش و تقویت تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار عمل کند. در همین زمینه، نتایج

مطالعات نیز نشان می‌دهد که تاب‌آوری، حاصل توانایی افراد برای تعامل با محیط و فرایندهایی است که هم بهزیستی را بالا می‌برد و هم فرد را علیه مغلوب شدن در برابر عوامل خطر محافظت می‌کند.

در ادامه، یافته‌ی بعدی پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های سلامت روانی به‌صورت مستقیم مؤلفه‌های رفتار پرخطر رانندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این تأثیرات به‌صورت غیرمستقیم و منفی است. در واقع می‌توان این‌گونه استنباط کرد که نمرات مؤلفه‌های رفتار پرخطر رانندگی (گرایش به سرعت، باور به کنترل و نقض قوانین) به‌طور معکوس از نمرات مؤلفه‌های سلامت روانی (علاقه‌مندی به زندگی، رضایت، پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری و هدفمندی در زندگی) تأثیر می‌پذیرند؛ یعنی با افزایش سلامت روانی، نمرات مؤلفه‌های رفتار پرخطر رانندگی کاهش می‌یابد؛ بنابراین با توجه به مقدار ضرایب رگرسیون هر مؤلفه واضح است که سلامت روانی بر میزان گرایش به رفتار پرخطر رانندگی تأثیر دارد که این نتایج با یافته‌های پژوهش عشایری، محمدی، نامیان و امین فلاح (۱۳۹۹)، عباس‌زاده، علیزاده و پریراد (۱۳۹۶)، گومز و گونزالس (۲۰۱۷) و نگیوتسا و کوابنن (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. یافته‌های فوق بیانگر آن است که سلامت روانی و صفات شخصیتی نقش مؤثری در رفتارهای پرخطر رانندگی جوانان دارند؛ زیرا در هر جامعه‌ای، پویاترین گروه‌های آن را قشر جوان تشکیل می‌دهد و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه‌ی سلامت بسیاری از احاد جامعه است. بنابراین رانندگان با سلامت روانی مناسب، میزان گرایش به سرعت، باور به کنترل و عدم نقض قوانین مناسب‌تری نسبت به دیگران دارند و رفتارهای پرخطر عمدی نیز در آن‌ها کمتر است و از نقاط ضعف و قوت خود به‌خوبی آگاه هستند و بسیار محتاطانه و محافظه‌کارانه عمل می‌کنند؛ این افراد به قوانین راهنمایی و رانندگی احترام گذاشته و از اصول تخطی نمی‌کنند؛ در نتیجه، رفتار رانندگی و سطح اشتباهات، خطاها و

لغزش‌ها در آن‌ها بسیار پایین است.

همچنین یافته‌های بعدی نیز نشان می‌دهد که سلامت روانی به‌طور غیرمستقیم و به‌طور کل نیز با واسطه‌تاب‌آوری، قدرت تبیین رفتارهای پرخطر رانندگی را دارا می‌باشد که مطالعات انجام‌گرفته نزدیک در این زمینه مانند کارسازی، نصیری، اسماعیل‌پور و خانجانی (۱۳۹۶)، میردورقی، مشهدی، صالحی فدردی و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۶) و رم و چند (۲۰۱۷) نیز با این یافته همسو می‌باشند؛ به‌عنوان مثال در پژوهشی که توسط هالیت، ساکره و سلامه (۲۰۲۰) انجام گرفته نتایج نشان می‌دهد که تاب‌آوری، واسطه‌گری مطلوبی در تأثیر وقایع منفی زندگی بر سازگاری مثبت، سلامت روانی و در نتیجه رفتار پرخطر دارد؛ زیرا رفتارهای پرخطر، رفتارهایی را شامل می‌شوند که احتمال پیامدهای منفی، ناخوشایند و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را افزایش می‌دهند. لذا میزان بالای تاب‌آوری سبب بالارفتن قدرت مقابله در مقابل عوامل فشارزای محیطی، اجتماعی و گرایش کمتر به سمت رفتارهای پرخطر رانندگی می‌شود؛ بنابراین بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده و با توجه به اهمیت رفتار رانندگی صحیح در ارتقای ایمنی و کاهش تصادفات و مرگ‌های ناشی از حوادث ترافیکی پیشنهاد می‌شود که در زمان دریافت یا تمدید گواهینامه رانندگی، آزمون‌های معتبری درمورد میزان سلامت روانی اجتماعی، ادراک خطر رانندگی و رفتار رانندگی برای متقاضیان گواهینامه اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که با طرح‌ریزی و همکاری پلیس راهور با دفتر تألیف آموزش و پرورش و همچنین وزارت علوم، برنامه‌های آموزش تنظیم هیجان و مدیریت سلامت روان و گنجاندن آن در برنامه درسی دانش‌آموزان و دانشجویان، مهارت‌های یادگیری شایستگی روانی - اجتماعی را در آن‌ها بهبود بخشید. همچنین پیشنهاد می‌شود که بر اساس مطالعات روان‌شناختی از راهبرد برجسته‌سازی موضوعات و اخبار مرتبط با تصادف‌های رانندگی پرخطر از طریق پایگاه‌های مجازی عام و خاص (پایگاه و

گروه‌های مجازی دانشگاه‌ها) جهت هوشیاری جوانان و جلب مشارکت عمومی تأثیرگذاران در بخش مجازی، در امر آموزش قوانین راهنمایی و رانندگی و ارائه تبلیغات مثبت و تأثیرگذار در فضای مجازی استفاده شود و در آخر پیشنهاد می‌شود که اطلاع‌رسانی در زمینه هیجان‌خواهی و عوارض آن‌ها که در سلامت افراد مؤثر هستند، به‌عنوان یکی از موارد مؤثر در برنامه آموزشی رفتارهای پرخطر رانندگی لحاظ گردد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که اولین و درواقع مهم‌ترین محدودیت، عدم دسترسی آسان به اعضای نمونه به جهت شیوع بیماری کرونا و محدودیت تردد و تعطیلی دانشگاه‌ها بود. همچنین پژوهش حاضر در بین دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز اجرا شده و نتایج آن با اطمینان خیلی زیاد قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست و همچنین عدم کنترل متغیرهای دیگری چون هوش، جنسیت، وضعیت تحصیلی، موقعیت اقتصادی - اجتماعی و عدم پیگیری نتیجه مداخله در طول زمان نیز از جمله محدودیت‌های دیگر این مطالعه هستند.

## منابع

- آبرودی، سید مجتبی؛ کشفی، سید سعید؛ حسینی، سید تیمور. (۱۳۹۷). تأثیر قانون جدید رسیدگی به تخلف راهنمایی و رانندگی بر بازدارندگی و کاهش تلفات و تخلفات. *فصلنامه علمی پژوهشی اقتصاد و مدیریت شهری*، ۶(۴)، ۵۱-۶۲.
- افسری، معصومه؛ هاشمی، سارا؛ مغیثی، علیرضا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رفتار رانندگی بر اساس هوش هیجانی و ادراک خطر رانندگی. *فصلنامه راهور*، ۹(۳۳)، ۷۹-۵۳.
- بوردیو. (۱۳۸۱). *نظریه کنش: دلایل علمی و انتخاب عقلانی* (ترجمه مرتضی مردیها). تهران: انتشارات نقش و نگار.

- حیدری، مائده؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی و سیستم‌های مغزی - رفتاری در وقوع رفتارهای پرخطر رانندگی. فصلنامه راهور، ۶(۲۳)، ۱۵۱-۱۷۳.
- رستمی، حسین؛ احمدیان، حمزه؛ هاشمی، تورج؛ مرادی، امید. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی کارکنان انتظامی. سلامت اجتماعی؛ ۵(۱): ۷۷-۸۶.
- شاکری‌نیا، ایرج؛ محمدپور، مهری. (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاشگری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر، ۱۸ (۳)، ۲۳۳-۲۲۵.
- صدری دمیچی، اسماعیل؛ بشرپور، سجاده؛ رضانی؛ کریمیانپور، شکوفه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری بر خشم و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تکانشور. مجله روانشناسی مدرسه، ۶(۴)، ۱۲۰-۱۳۴.
- صلحی، مهناز؛ محمدعلی، لیلا. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت کنترل خشم در دانشجویان. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۲(۴)، ۲۳۸-۲۵.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر؛ پریزاد بنام، شیدا. (۱۳۹۶). مطالعه تأثیر هوش هیجانی بر رفتارهای پرخطر عمدی رانندگان. پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۶(۱۷)، ۱-۱۶.
- عسکری، آزاده؛ پندی، هدی؛ فنودی، مهشید. (۱۳۹۷). رابطه سلامت روان با رفتارهای رانندگی در شهر تهران: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. فصلنامه راهور، ۸(۲۸)، ۵۷-۸۵.
- عشایری، طاهای؛ محمدی، محسن، نامیان، فاطمه و زهرا امین فلاح. (۱۳۹۸). پیمایش جامعه‌شناختی تخلفات رانندگان و عوامل مؤثر بر آن. فصلنامه راهور، ۹(۳۳)، ۱۲۲-۱۴۴.

- کارسازی، حسین؛ نصیری، محمد؛ اسماعیل‌پور، فاروق و خانجانی، زینب. (۱۳۹۶). بررسی نقش اختلال نقص توجه بیش‌فعالی بزرگ‌سالان در رفتارهای پرخطر رانندگی با میانجی‌گری دشواری در تنظیم هیجان، *مجله طب انتظامی*، ۶(۳)، ۱۶۷-۱۷۷.
- مهماندار، محمدرضا؛ شیخی چمان، محمدرضا؛ خلیلی احسان؛ مبادری، توفیق؛ آریانا، محمد. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط هوش هیجانی با رفتارهای پرخطر رانندگی و پیامدهای آن در رانندگان متخلف شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸، ۹۲۱-۹۳۴.
- میردورقی، فاطمه؛ مشهدی، علی؛ صالحی فدردی، جواد؛ رسول‌زاده طباطبایی، سیدکاظم. (۱۳۹۶). مقایسه رفتارهای پرخطر در مبتلایان و غیرمبتلایان به اختلال کم-توجهی / بیش‌فعالی، *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹ (۱).
- میرشکاری، حمیدرضا. (۱۳۹۶). تبیین رفتار رانندگی پرخطر بر اساس ویژگی‌های شخصیتی در بین رانندگان خطرآفرین شهر زاهدان در سال‌های ۹۶-۱۳۹۵. دومین کنگره ملی روان‌شناسی و آسیب‌های روانی - اجتماعی، چابهار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر استانداری استان سیستان و بلوچستان، سازمان منطقه آزاد تجاری صنعتی چابهار و سایر دستگاه‌های علمی و اجرایی استان.
- Belloc, P. & Breslow, G. (2012). Basic Psychological Needs, Suicidal Ideation, and Risk for Suicidal Behavior in Young Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 72(2).
- Downey, L. (2017). Emotional Intelligence and risky behavior in adults. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 49, 124-131.
- Elliott, M. A. & Thomson, J. A. (2010). The social cognitive determinants of offending drivers' speeding behaviour. *Accident Analysis & Prevention*, 42(6), 1595-1605.
- Finley, Kari, Jay Otto Nicholas Ward. (2018). The Role of Social Capital in Traffic Safety Citizenship, *The International Journal of Interdisciplinary Civic and Political Studies*, 3(4):54-78.



- Gómez, J. A. & González, B. (2017). The role of personality and anger in the explanation of youth women's risky driving behaviours. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 26(2), 318-324.
- Hallit, S., Sacre, H. & Salameh, P. (2020). Effect of waterpipe dependence on risk motives, attitudes and other health-related risky behaviors in Lebanese university students. *Environmental Science and Pollution Research*, 27(4), 4390-4403.
- Hervey AS, Epstein JN, Curry JF. (2004). Neuropsychology of adults with attentiondeficit/ hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *J Neuropsychol*; 18(3):485-503.
- Keyes CL, Shapiro AD. (2004). Social wellbeing in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*. 21(3):350-72.
- Martin, A, J .& Marsh, H. (2014). Academic resilience and its psychological and educational correlations: a construct validity approach, *Psychology in the Schools*, (10)43, 267-281.
- McDonald, Catherine C., Marilyn S. Sommers, Jamison D. (2018). Simulated Driving Performance, Self-Reported Driving Behaviors, and Mental Health Symptoms in Adolescent Novice Drivers. *Nursing Research*, 2018; 1.
- Ngueutsa, R., Kouabenan, D. (2017). Fatalistic beliefs, risk perception and traffic safe behaviors. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 67 (6), 307-316.
- Rimmö, P. A. (2002). Aberrant driving behaviour: homogeneity of a four-factor structure in samples differing in age and gender. *Ergonomics*, 45(8), 569-582.
- Secer, Z. (2019). Social Skills and Problem Behaviour of Children With Different Cognitive Style Who Attend Preschool Education. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 46(1): 1554-1560.
- Smit, J.S. (2013). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6): 1869-1880.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C. & Najaka, S. S. (2006). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of quantitative criminology*, 17(3), 247-272.
- Yellman, M. A., Bryan, L., Sauber-Schatz, E. K., & Brener, N. (2020). Transportation Risk Behaviors Among High School Students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR supplements*, 69(1), 77.

