

نقش سلامت روانی در رفتارهای پرخطر رانندگی و نگرش به رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی در رانندگان درون شهری

(مقاله پژوهشی)

آیت اله فتاحی^۱، فریبا محمدی^۲، شمسی محمدنژاد^۳، حسین رستمی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۰۶

چکیده

هدف اصلی تحقیق حاضر، تبیین رابطه سلامت روان با رفتارهای پرخطر رانندگی و نگرش به رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی در رانندگان درون شهری شهرستان مرند است. تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی است که به صورت توصیفی-همبستگی اجرا شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر متشکل از کلیه رانندگان درون شهری شهرستان مرند به تعداد ۲۴۰۰ نفر بود و حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان و روش نمونه‌گیری تعداد ۲۵۰ نفر تعیین شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه پنج سلامت روان کیزز (۲۰۰۲)، مقیاس رفتار رانندگی منچستر و از پرسش‌نامه زرابادی (۱۳۹۰) استفاده شد. بین بهزیستی هیجانی و رفتارهای پرخطر، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین بهزیستی روانی و رفتارهای پرخطر، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی رابطه معناداری وجود ندارد، اما بین بهزیستی روانی از مولفه‌های سلامت روان و تخلفات عمدی و غیرعمدی از مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین بهزیستی اجتماعی و رفتارهای پرخطر، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی رابطه منفی و معناداری وجود دارد، اما بین بهزیستی اجتماعی از مولفه‌های سلامت روان و اشتباهات رانندگی از مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه معناداری وجود ندارد. بین بهزیستی هیجانی و متغیرهای نگرش، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین رابطه معناداری وجود ندارد، اما بین بهزیستی هیجانی از مولفه‌های سلامت روان و هنجار ذهنی از مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد. بین بهزیستی روانی و متغیرهای نگرش، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین رابطه معناداری وجود ندارد، اما بین بهزیستی روانی از مولفه‌های سلامت روان و هنجار ذهنی از مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد. بین بهزیستی اجتماعی و متغیرهای نگرش، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین رابطه معناداری وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، رفتارهای پرخطر رانندگی، نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی.

۱. استادیار پژوهشی روان‌شناسی، پژوهشگاه علوم انظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، نویسنده مسئول: a.fathi64@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند

۳. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند

۴. استادیار پژوهشی روان‌شناسی، پژوهشگاه علوم انظامی و مطالعات اجتماعی ناجا

مقدمه

تخلفات رانندگی همواره یکی از علل بروز مشکلات، معضلات و حوادث ترافیکی در همه جوامع هستند و به تناسب بافت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی جوامع میزان و نوع آنها متفاوت است. در بروز تخلفات رانندگی عوامل محیطی کنترلی، اجرایی و تناسب‌نداشتن ساختارهای مواصلاتی با تعداد خودروها و واحدهای عبور و مرور و ... نیز دخیل هستند؛ اما علل انسانی به صورت اصلی‌ترین عامل، دلیل بیشترین درصد تخلفات است. (عباس‌زاده، علی‌زاده‌اقدم، پریزاد، ۱۳۹۶: ۳)

آمارها نشان می‌دهند که در هر ۵ ثانیه یک مرگ بر اثر حادثه رانندگی رخ می‌دهد و برآورد شده است که در سال ۲۰۲۰ سومین عامل مرگ‌ومیر در سطح جهان حوادث ترافیکی و جاده‌ای باشد. در ایران، آمار تصادفات رانندگی در دهه اخیر رشدی ده درصدی داشته، میزان مرگ‌ومیرهای حوادث رانندگی، ۱۵ برابر کشورهای توسعه یافته است. این موضوع سبب شده است تا از چهار عامل انسان، جاده، وسیله‌نقلیه و محیط، انسان مهم‌ترین عامل بروز تصادفات در ایران محسوب شود (شاکری‌نیا و محمدپور، ۱۳۸۹: ۲۲۷). رانندگی رفتاری است که فرد به‌عنوان الگوهای عملی برمی‌گزیند و با وسیله‌نقلیه آنها را به اجرا در می‌آورد، مانند سرعت، میزان تمرکز و حفظ میزان فاصله استاندارد و دو دسته رفتارهای مثبت و رفتارهای منفی را شامل می‌شوند. به مجموعه رفتارهای منفی در رانندگی، رانندگی تهاجمی، یا رانندگی پرخطر گفته می‌شود. (ازکان و لاجونن^۱، ۲۰۰۵: ۳۵۸)

رفتارهای پرخطر، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به‌طور ارادی یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب احتمالی، آنها را انجام می‌دهند (بوستانی، ۱۳۹۱: ۵). این رفتارهای ضداجتماعی، مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی اجتماعی هستند و امروزه شیوع آنها به‌خصوص در بین رانندگان، به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده و مشکلات گسترده و شدیدی را به آنها تحمیل کرده است.

عموماً در تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی، مسئله رانندگی در شهر، به شکل یکی از مؤلفه‌های مهم زندگی شهری اهمیت دارد؛ زیرا مشکل رانندگی و پیامدهای غیراصولی ناشی از آن، به‌ویژه در مناطق شهری بر حیات فردی و زندگی اجتماعی همه افراد تأثیر می‌گذارد (موسویان، ۱۳۹۰: ۱۰۶). به این ترتیب، ناهنجاری‌ها و پرخاش‌گری‌های اجتماعی، خرسندی شهروندان را کاهش می‌دهد و چهره شهر را زشت می‌کند. شهرنشینی و متغیرهای مربوط به آن، رانندگان را ناخواسته درگیر عصبانیت، پرخاش‌گری و بروز ناهنجاری‌های اجتماعی می‌کند و اساسی‌ترین دلایل رفتاری و ناهنجاری‌های اجتماعی در حوادث رانندگی و وقوع تصادفات، رفتارهای پرخطر و قانون‌گریزی به صورت یک رفتار ضداجتماعی است (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶: ۶). در تحقیقات انجام‌شده در مورد رفتارهای پرخطر رانندگی و خطاها و لغزش‌های آن به عوامل متعددی اشاره شده است و عوامل موثر بر عملکرد رانندگان که می‌تواند منجر به بروز رفتارهای پرخطر و در نهایت تصادفات رانندگی شود، بسیار متعدد عنوان شده‌اند (کلارک، وارد و ترومن^۱، ۲۰۱۵: ۵۲۶). برای مثال، می‌توان به عواملی مانند کیفیت و نوع جاده (کراندال و آندروود^۲، ۱۹۹۸: ۴۵۱)، حالت‌های روانی (لی، لی و بویل^۳، ۲۰۰۷)، زمان روز (لین، تریگز و ردمن^۴، ۲۰۱۷)، شرایط آب و هوایی (ادواردز^۵، ۱۹۹۸)، سن (تیسک و استیسی^۶، ۲۰۱۷) تجربه رانندگی (کراندل^۷ و همکاران، ۱۹۹۹) و ویژگی‌های روانی و سلامت روان (بال، اوسلی، اسلوان، رونکر و برون^۸، ۱۹۹۳) اشاره کرد. آمارها نشان می‌دهند که در سال ۲۰۲۰، سومین عامل مرگ‌ومیر در سطح جهان حوادث ترافیکی و جاده‌ای باشد. در ایران، آمار تصادفات رانندگی در دهه اخیر رشدی

-
1. Clarke, Ward & Truman
 2. Crundall & Underwood
 3. Lee, Lee & Boyle
 4. Lenne, Triggs & Redman
 5. Edwards
 6. Twisk & Stacey
 7. Crundall
 8. Ball, Owsley, Sloane, Roenker & Bruni

ده درصدی داشته و در شهریور ماه سال ۱۳۹۸، ۷ نفر بر اثر تصادفات جاده‌ای کشته شده‌اند؛ این در حالی است که ایران یکی از بالاترین تصادفات جاده‌ای در جهان را دارا است که براساس آمارها از شهریور ۱۳۹۷ تا شهریور ۱۳۹۸، ۱۳۶۱ تصادف جاده‌ای با ۲۷۱ نفر منجر به فوت وجود داشته است (رنگریز، ۱۳۹۸: ۲۰). رانندگی رفتاری است که فرد به‌عنوان الگوهای عملی بر می‌گزیند و با وسیله نقلیه آنها را به اجرا در می‌آورد، مانند سرعت، میزان تمرکز و حفظ میزان فاصله استاندارد و دو دسته رفتارهای مثبت و رفتارهای منفی را شامل می‌شوند. به مجموعه رفتارهای منفی در رانندگی، رانندگی تهاجمی، یا رانندگی پرخطر گفته می‌شود (ازکان و لاجونن، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده است که عواملی چون شخصیت والدین، سلامت روان، شیوه‌های تربیتی، وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده و روابط اجتماعی در چگونگی شکل‌گیری اخلاق ترافیکی تاثیر دارد. (حبیب‌زاده؛ عبدالرحمانی، بهزادبصیرت، ۱۳۹۳: ۵۹)

سلامت روان از جمله متغیرهایی است که در رفتارهای پرخطر رانندگان بررسی شده است. محققان به این نتیجه رسیده‌اند که افرادی که از سلامت مطلوب روانی بهره‌مند نیستند، با قرار گرفتن در جایگاه رانندگان شخصی یا عمومی سلامت خود و دیگران را به مخاطره می‌اندازند (شاگری‌نیا و محمدپور، ۱۳۸۹: ۲۲۹). جیسور^۱ (۱۹۹۹) به این نتیجه رسیده است که رانندگان پرخطر، واجد اختلالات روانی دیگری نیز هستند و از طرف دیگر ایورسون و راندمو^۲ (۲۰۰۲) نیز دریافته‌اند که رانندگانی که نمره بالایی در ناهنجاری، به‌عنوان یک مولفه بهداشت روانی کسب می‌کنند، بیشتر درگیر رانندگی پرخطر شده، تعداد تصادفات بیشتری داشته، یا احتمال تصادف کردن در آنها بیشتر بوده است، این‌گونه رانندگان قانون انحراف را می‌پذیرفتند و از قانون‌شکنی ابایی ندارند (به نقل از شاگری‌نیا و محمدپور، ۱۳۸۹: ۲۲۷). بررسی‌های محقق نشان می‌دهد که با توجه به بالا بودن میزان تصادفات رانندگی منجر به فوت در کشورمان که حدود ۱۷۰۰

1. Jassor

2. Iversen & Rundmo

در سال ۹۷ بوده است (سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۳۹۷) و عدم توجه بسیاری از محققان به بررسی رابطه یا تاثیر سلامت روان بر رفتارهای رانندگی، انجام تحقیق حاضر می‌تواند پاسخ‌گوی بسیاری از مشکلات در این زمینه باشد.

واکوی تصادف‌های ایران نشان می‌دهد مهم‌ترین عامل بروز تصادف‌های رانندگی، عامل انسانی است و در ۹۰ تا ۹۵ درصد از تصادفات وسایل نقلیه، عملکرد انسان‌ها یک عامل اصلی یا کمک‌کننده است. همچنین، بسیاری از تصادفات وسایل نقلیه نتیجه بدعمل کردن یا رفتار نادرست محسوب می‌شود. بنابراین، عواملی مانند رعایت نکردن حقوق دیگر رانندگان و تجاوز به حریم آنها یا ایجاد ناامنی در بین دیگران از رفتارهای پرخطر رانندگان است. در ارتباط با رفتارهای پرخطر رانندگان، ویژگی‌های روانی انسان‌ها یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در وقوع تصادفات و جرایم ناشی از تخلفات رانندگی است و مسلماً پی‌بردن به ارتباط حالت‌های روانی با تخلفات رانندگی برای پیشگیری یا حداقل کاهش این معضل مفید است. (نیازی، سعادت‌ی و منتظرخوش، ۱۳۹۴: ۵)

تخلفات رانندگی همواره یکی از علل بروز مشکلات، معضلات و حوادث ترافیکی در همهٔ جوامع هستند و به تناسب بافت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی جوامع میزان و نوع آنها متفاوت است. در بروز تخلفات رانندگی عوامل محیطی کنترلی، اجرایی و تناسب‌نداشتن ساختارهای مواصلاتی با تعداد خودروها و واحدهای عبور و مرور و ... نیز دخیل هستند؛ اما علل انسانی به صورت اصلی‌ترین عامل، دلیل بیشترین درصد تخلفات است. رفتارهای پرخطر، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به طور ارادی یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب احتمالی آنها را انجام می‌دهند. این رفتارهای ضداجتماعی مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی اجتماعی است و امروزه شیوع آنها به خصوص در بین رانندگان، به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده و مشکلات گسترده و شدیدی را به آنها تحمیل کرده است. عموماً در تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی مسئلهٔ رانندگی در شهر، به شکل یکی از مؤلفه‌های

مهم زندگی شهری اهمیت دارد؛ زیرا مشکل رانندگی و پیامدهای غیراصولی ناشی از آن، به‌ویژه در مناطق شهری بر حیات فردی و زندگی اجتماعی همه افراد تأثیر می‌گذارد. پرداختن به بحث عدم پیروی از قوانین اجتماعی (قانون‌گریزی در رانندگی) به لحاظ اهمیتی که آن برای انسجام اجتماعی و در نهایت پیشرفت یک جامعه دارد، به خصوص در جامعه فعلی ایران که در بخش‌های مختلف از قانون‌گریزی رنج می‌برد، امری ضروری است. پرداختن به قانون‌گریزی و علت آن و ویژگی‌های تأثیرگذار شخصیتی و غیرشخصیتی بر آن به‌عنوان یک مسئله اجتماعی باید مورد توجه و بررسی قرار گیرد. چرا که به‌نظر می‌رسد تصادفات رانندگی در جامعه ما عادی شده است.

مردم به‌دلیل عدم بافت شهری نادرست و ساختار نادرست شهری، عدم تعیین تکلیف مرکز شهر، عدم خط‌کشی درست خیابان‌ها از جمله شهرهایی است که تخلفات رانندگی زیادی در آن صورت می‌گیرد و با توجه به این‌که جوانان، بیشترین تلفات ناشی از تخلفات رانندگی در مردمان را به‌خود اختصاص داده‌اند، هدف اصلی این تحقیق که تعیین رابطه سلامت روانی با رفتارهای پرخطر رانندگی و نگرش به رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی در رانندگان درون‌شهری شهرستان مرند است را تشکیل داده است. لذا با توجه به آمار ارائه‌شده و لزوم توجه به عوامل تأثیرگذار بر افزایش آمار تصادفات رانندگی، پژوهش حاضر در تلاش است به این سوال پاسخ دهد که چه ارتباطی بین سلامت روانی و بروز رفتارهای پرخطر رانندگی و نگرش به رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی وجود دارد؟

پیشینه و مبانی نظری

رفتارهای رانندگی مثل تخطی از قوانین رانندگی و سرعت غیرمجاز و یا اختلال در مهارت‌های رانندگی مثل خستگی، عدم تمرکز و ناتوانی‌های فیزیکی، رابطه با ویژگی‌های شخصیتی فرد دارد. ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند بر رفتارهای خطرآفرین رانندگی و درک افراد از سلامت و خطر تأثیرگذار باشد. رفتار رانندگی خطرآفرین شامل

هرگونه رفتاری است که از راننده سر می‌زند و احتمال وقوع حادثه را افزایش می‌دهد. این رفتار شامل نقض قانون و مقررات راهنمایی و رانندگی مانند سبقت و سرعت غیرمجاز، عدم رعایت حق تقدم، عبور از چراغ قرمز، عدم توجه به علائم رانندگی، انحراف به چپ و تغییر باند است که همه نمونه‌هایی از رفتار رانندگی خطرآفرین است. محققان زیادی به بررسی رفتارهای پرخطر در رانندگان و رابطه سلامت روان و شخصیت با آن پرداخته‌اند. آیورسن و راندمو (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان شخصیت رانندگی خطرناک و درگیر شدن در تصادفات در میان رانندگان نیروی به این نتیجه رسیدند که رانندگانی که نمره بالایی در ناهنجاری، به‌عنوان یک مولفه بهداشت روانی کسب می‌کنند، بیشتر درگیر رانندگی پرخطر شده، تعداد تصادفات بیشتری داشته یا احتمال تصادف کردن در آنها بیشتر بوده است. این رانندگان قانون انحراف را می‌پذیرفتند و از قانون‌شکنی ابایی نداشتند، قانون‌مداری را هدف شخصی خود در نظر نمی‌گرفتند. سیلورستون^۱ (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای نشان داد که بیماران دچار اختلال روان پزشکی به‌طور کلی تصادفات رانندگی بالاتر از دیگران دارند. هم‌چنین بیماران مرد دارای اختلال شخصیت شش برابر گروه کنترل تصادفات جاده‌ای دارند. رانندگان خشن نیز به‌ویژه افرادی که درمان روان‌پزشکی دریافت کرده‌اند، بیشتر ویژگی‌های اختلالات اضطرابی و پرخاش‌گری تکانشی را داشته‌اند (رگینالد، اسبریج، روبرت و ادوارد^۲، ۲۰۰۳؛ به نقل از غرابی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۹۱). صلاحیان، حسنی و ربیعی (۱۳۹۲) رابطه بین سلامت روان و رغبت‌ها با سبک رانندگی را بررسی کرده و رابطه بین علائم اضطرابی با سبک رانندگی پرسرعت را نشان داده‌اند. فداکار گبلو، یونسی، موسوی‌پناه و صادقی (۱۳۹۴) نشان داده‌اند که مؤلفه‌های روان‌شناختی و شخصیتی با رانندگی رابطه معناداری دارند. پژوهش شاکری‌نیا (۱۳۸۹) با عنوان رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاش‌گری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر در شهر رشت نشان

1. Silverstone

2. Reginald, Asbridge, Robert & Edward

داد که بین سلامت روانی، پرخاش‌گری، تیپ شخصیتی و عادات رانندگی رابطه معنادار وجود دارد. به‌علاوه پرخاش‌گری و سلامت روان می‌توانند رفتار خطرناک رانندگی را پیش‌بینی کند اما تیپ شخصیتی A نتوانست رفتار رانندگی خطرناک را پیش‌بینی کند. غرابی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان سلامت روان و تصادفات جاده‌ای نشان دادند که مشکلات سلامت روانی و سابقه مصرف دارو با تصادفات رانندگی ارتباط دارد. در پژوهش آنها نتایج نشان داد که بین نمرات پرسش‌نامه فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی (SCL90-R¹) در بین دو گروه رانندگان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. هرچند که میانگین نمرات شاخص کلی علائم هر دو گروه رانندگان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای بالاتر از نقطه برش برای جمعیت به‌هنگار (۰/۸۱) بود ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین میانگین نمرات ابعاد افکار پارانوئیدی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی و افسردگی در هر گروه بیشتر از سایر ابعاد بود. بین سابقه استفاده از دارو و تصادفات قبلی در هر دو گروه با نمرات بالاتر از نمره معیار در آزمون SCL90-R ارتباط معناداری وجود داشت. شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹) رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاش‌گری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر را در شهر رشت مورد بررسی قرار داده و یافته‌های تحقیق، نشان داد که بین سلامت روانی، پرخاش‌گری، تیپ شخصیتی و عادات رانندگی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین تحلیل رگرسیون به شیوه‌ی گام‌به‌گام نشان داد که متغیرهای پرخاش‌گری و سلامت روان توانسته‌اند رفتار خطرناک رانندگی آزمودنی‌ها را پیش‌بینی کند. در عین حال، شخصیت نوع A نتوانست رفتار رانندگی را پیش‌بینی کند. عسگری، پندی و فنودی (۱۳۹۸) رابطه سلامت روان را با رفتارهای رانندگی در شهر تهران با در نظرگرفتن نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی بررسی کرده و رابطه بین سلامت روان و رفتارهای رانندگی را تایید کرده‌اند. مک‌دونالد^۲ و همکاران (۲۰۱۸) رابطه بین عملکرد

1. The Symptom Checklist-90-R
2. McDonald

رانندگی، رفتارهای پرخطر رانندگی و علایم سلامت روان را در رانندگانی که تازه گواهینامه دریافت کرده‌اند را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که رانندگانی که نمره بالاتری در بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند، رفتارهای پرخطر بیشتری در رانندگی دارند. همچنین، نتایج تحقیق نشان داد که سلامت روان، رابطه معناداری با رفتارهای پرخطر رانندگی ندارد. گومز و گونزالس^۱ (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 با ویژگی‌های شخصیتی مانند قابل‌قبول بودن، خودآگاهی و روان‌رنجورگرایی و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی، رابطه معناداری داشتند.

با توجه به ادبیات تحقیق، می‌توان این‌گونه استدلال کرد که بین سلامت روان و رفتارهای رانندگی رابطه معناداری وجود دارد، ولی رابطه بین مولفه‌های سلامت روان و رانندگی پرخطر و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی چندان مورد توجه محققان نبوده است که پژوهش حاضر، این خلاء تحقیقاتی را پر کرده است.

رفتارهای پرخطر: مفهوم گسترده رفتار پرخطر، شامل سلسله‌ای از رفتارها است که برای فرد درگیر در این رفتار و افراد مهم زندگی وی زیان‌های جدی دارد و همچنین، باعث صدمه دیدن غیرعمدی افراد بی‌گناه می‌شود. در واقع، آنها رفتارهایی هستند که آثار نامطلوبی بر رشد همه‌جانبه و سلامتی افراد دارند و مانع موفقیت‌ها و رشد آنها می‌شوند (افشانی، امامی و میرمنگره، ۱۳۹۳: ۱۳۴). امروزه رفتارهای پرخطر رانندگی به معنای هدررفتن پتانسیل‌های خلاق و سازنده جامعه است و این مسئله عوارض بسیار ناخوشایندی به هم دارد؛ زیرا جبران آن، هزینه‌های فراوانی نیاز دارد. این موضوع به صورت یکی از مسائل و آسیب‌های اجتماعی، سلامت خانواده و به تبع آن، سلامت جامعه را به طور جدی تهدید می‌کند؛ به طوری که در سال‌های اخیر سازمان‌های

1. Gómez & González

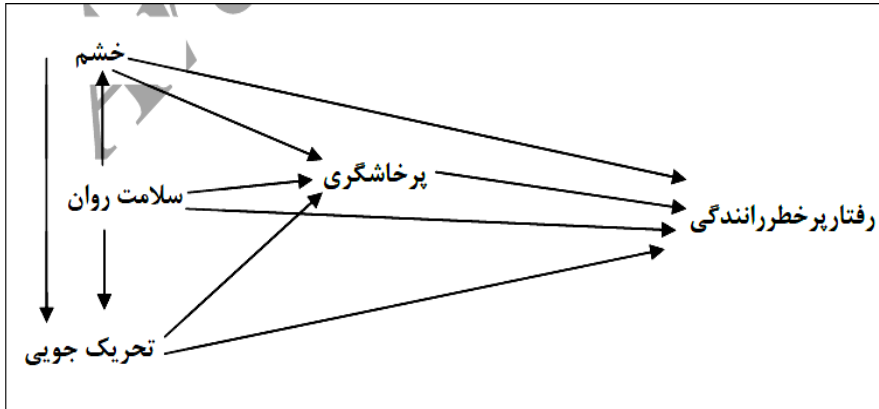
بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی با توجه به تغییرات سریع اجتماعی این موضوع را به‌شکل یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود در جامعه بررسی کرده‌اند. (نیازی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۲)

تخلفات رانندگی به دو دسته مهم تقسیم می‌شوند. تخلفات غیرعمدی و عمدی. تخلفات غیرعمدی رفتارهایی هستند که به نقض قوانین منجر می‌شوند، بدون این‌که در آن قصدی باشد، مانند رانندگی آهسته در یک بزرگراه بار دوطرفه. تخلفات عمدی رفتارهایی هستند که به قصد آسیب‌رساندن و نقض قانون انجام می‌شوند و نوعی رفتار خراب‌کارانه محسوب می‌شوند. به تعبیر دیگر، تخلفات آن دسته از رفتارهایی هستند که ایمنی رانندگی را به‌خطر می‌اندازند مانند سرعت بیش از حد مجاز یا حرکت کردن بدون رعایت فاصله لازم با دیگر وسایل نقلیه. رفتار رانندگی پرخطر ناظر به آن دسته از رفتارهایی است که براساس پرسش‌نامه رفتار رانندگی منچستر در گروه تخلف عمدی طبقه‌بندی شده و دارای ریسک بالا است. (احمدنیا، مدقالچی و فرج‌نیا، ۱۳۹۳: ۵۶)

مدل نظری تحلیل رفتارهای پرخطر رانندگی: چنان‌چه رفتار پرخطر رانندگی را مشتمل بر انجام خطا، لغزش و تخلف در رانندگی بدانیم و بر مبنای سوابق نظری موجود، چهار ویژگی مهم شخصیتی شامل تحریک‌جویی، خشم، پرخاش‌گری و سلامت روان را مؤثر بر رفتار پرخطر رانندگی تلقی کنیم، در این‌صورت برحسب الگوهای نظری مختلف، روابط میان مفاهیم مذکور را می‌توان مبنای گمانه‌سازی رفتار پرخطر رانندگی قرار داد. آن‌چه بدیهی نشان می‌دهد، این است که خصوصیات شخصیتی مذکور به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، رفتار پرخطر را تحت تأثیر قرار می‌دهند (یوسفی، قاسمی ادکان و تقوی گرگی، ۱۳۹۱: ۶۹). بر این اساس، گمانه ذیل را می‌توان مطرح ساخت:

در حالی که رفتار پرخطر رانندگی تحت تأثیر چهار ویژگی سلامت روان، خشم، پرخاش‌گری و تحریک‌جویی است، انتظار می‌رود پرخاش‌گری علت نزدیک رفتار پرخطر رانندگی باشد و سه متغیر، خشم، سلامت روان و تحریک‌جویی، بخشی از تأثیر خود را از طریق پرخاش‌گری بر رفتار پرخطر رانندگی منتقل کنند. به‌علاوه انتظار می‌رود سه

متغیر مذکور، مستقیم نیز بر رفتار پرخطر مؤثر واقع شوند. همچنین انتظار می‌رود سلامت روان، بر خشم و تحریک‌جویی و خشم نیز بر تحریک‌جویی مؤثر واقع شود؛ بر این اساس، دیاگرام علی رفتار پرخطر رانندگی را می‌توان مطابق نمودار ۱ ترسیم کرد:



نمودار ۱- مدل تحلیل نظری رفتار پرخطر رانندگی (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۷۰)

عوامل روانی مؤثر بر رانندگی پرخطر: عوامل روانی، سهم به‌سزایی در رانندگی پرخطر دارند. بسیاری از محققان در حیطه‌های سلامت روان، آسیب‌های روان‌شناختی، شخصیت و آموزش به مطالعه متغیرهای مختلف و اثرگذاری یا ارتباط آنها پرداخته‌اند و نتایج جالبی ارائه داده‌اند. بلوم نشان داد که افراد دارای تحریک‌جویی زیاد، بیش از افراد دارای تحریک‌جویی کم دست به رفتارهای پرخطر زده و کمتر رفتارهای پرخطرشان را خطرناک ارزیابی می‌کنند. به‌عبارت دیگر، چون این افراد، خطر را کمتر از حد ارزیابی کرده بیشتر درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند. جونا، تیسن و آیو-یانگ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده‌اند که هم‌بستگی معناداری بین تحریک‌جویی رفتار رانندگی پرخطر و پرخاش‌گری وجود دارد و وقتی تحریک‌جویی بالا است، احتمال بیشتری وجود دارد که فرد با سرعت بالا رانندگی کند، از کمر بند ایمنی استفاده نکند و پس از مصرف مشروبات الکلی رانندگی کند. (جوناه^۱ و همکاران، ۲۰۱۴: ۶۸۵)

1. Jonah, Thiessen & Au-Yeung

خشم، یک حالت هیجانی منفی است که هنگام رانندگی تجربه می‌شود و با تغییرات خاص شناختی، ادراکی و فیزیولوژیکی همراه است. تجربه خشم در هنگام رانندگی معمولاً با تظاهرات کلامی و رفتاری خصمانه یا رفتارهای پرخاش‌گرانه همراه است (راسموسن، ناپ و گارنر^۱، ۲۰۱۰: ۴۳۹). در یک زمینه‌یابی در انگلستان که ۱۱۳ بزرگسال در آن شرکت داشتند، مشخص شده است که تجربه خشم هنگام رانندگی به‌طور معناداری بیش از تجربه خشم در موقعیت‌های غیر از رانندگی اتفاق می‌افتد. در دانشگاه نوادا در لاس‌وگاس نیز ۷۲ درصد از دانشجویان شرکت‌کننده در زمینه‌یابی، عنوان کردند که حداقل دو تا سه بار در روز در هنگام رانندگی عصبانی می‌شوند (دیفنباخر، اوتینگ و لینخ^۲، ۱۹۹۴: ۸۹). خشم رانندگی پیامدهای منفی متعددی دارد، برای مثال خشم رانندگی با رفتارهای رانندگی بی‌پروا (مثل رانندگی با سرعت بیش از حد مجاز) همراه است (دیفنباخر^۳، ۲۰۱۷). افرادی که هنگام رانندگی خشم بیشتری تجربه می‌کنند، بیشتر تصادف کرده؛ خشم را به شیوه‌های پرخاش‌گرانه و تحریک‌آمیزی ابراز می‌کنند و رفتارهای رانندگی پرخطر و پرخاش‌گرانه بیشتری دارند. (حقایق و اورزی^۴، ۲۰۰۹: ۸۳) پرخاش‌گری (خصمانه و وسیله‌ای)، از دیگر متغیرهای روانی است که در رانندگی پرخطر حائز اهمیت است. پارکر معتقد است که رانندگان مهاجم بیشتر مرتکب پرخاش‌گری وسیله‌ای می‌شوند و از وسیله‌نقلیه خود برای تنبیه دیگران استفاده می‌کنند. وقتی راننده‌ای در شب پشت سر راننده جلویی با نور بالا حرکت می‌کند، وقتی جلوی سرعت راننده عقبی را با حرکت کند می‌گیرد و وقتی با سرعت بالا و بوق ممتد قصد تنبیه سایر رانندگان را دارد، از پرخاش‌گری وسیله‌ای استفاده می‌کند. (ازکان و لاجونان^۵، ۲۰۱۵: ۳۵۹)

-
1. Rasmussen, Knapp & Garner
 2. Deffenbacher, Oetting & Lynch
 3. Deffenbacher
 4. Haghayegh & Oreyzi
 5. Özkan & Lajunen

در نظریه‌ی کارن هورنای، فرد برای رویارویی با اضطراب اساسی از سه گرایش رفتاری، شناختی و ادراکی ویژه بهره می‌گیرد که با عناوین تیپ‌های شخصیتی همراه، پرخاش‌گرانه و گسسته شناخته می‌شود (کولیگ^۱، ۱۹۹۸). کولیگ (۱۹۹۸) پس از یک سری بررسی‌های گسترده بر پایه نظریه هورنای، انواع پرخاش‌گری را به سه گونه پرخاش‌گری بدخواهانه، قدرت‌طلبانه و مخاطره‌جویانه تقسیم‌بندی کرده است. در گونه بدخواهانه، دیگران غیرقابل اعتماد و بد نیت دانسته می‌شوند و باید آنان را از رسیدن به خواسته‌هایشان باز داشت. در نوع قدرت‌طلبانه، تمایل به کنترل دیگران و ابراز قدرت وجود دارد و نوع مخاطره‌جویانه به تنازع بقا باور دارد به‌گونه‌ای که در آن، فرد بدون در نظر گرفتن محدودیت‌ها و با بی‌پروایی تنها در اندیشه نجات خود است. براساس مطالعات کولیج در رانندگی با خشم، بیشتر نوع قدرت‌طلبانه و بدخواهانه مشاهده می‌شود (مارتینز^۲، ۲۰۱۰). مصرف مواد روان‌گردان نیز از عواملی است که ادراک خطر را کاهش می‌دهد. به‌عنوان یک مطالعه مقدماتی در استرالیا، ۱۰۰ راننده به‌طور تصادفی بررسی و از آنها آزمون الکل و داروهای غیرقانونی گرفته شد. نتیجه آزمون هفت درصد شرکت‌کنندگان برای مصرف مواد غیرقانونی مثبت شد؛ بنابراین مصرف الکل و مواد غیرقانونی بر تصادفات موثر است. (دلاور^۳، ۲۰۱۴)

نگرش به رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی: قانون‌پذیری و قانون‌گرایی در جامعه، به‌منزله پذیرش منطق قانون است بدین معنا که هر رفتار و فعالیتی بتواند به شکل قانونی انجام شود این امر به معنایی ایستایی قانون نیست، بلکه مستلزم آن است که در هر مقطع از پویایی و تحرک جامعه و به تناسب آن انسان قانون‌مدار و قانون‌پذیر باشند و این قانون‌پذیری در رفتارها و فعالیت‌های آن جلوه کند (دانایی‌فرد، آذر و صالحی، ۱۳۸۹: ۲۳).

-
1. Coolidge
 2. Martinez
 3. Delavar

نظریه ساختاری فرصت، فقر و قانون‌گریزی: رابرت مرتن^۱ در نظریه ساختاری فرصت توضیحات جامعه‌شناختی متقاعدکننده‌ای در مورد ارتباط فقر با قانون‌گریزی ارائه می‌کند. او استدلال می‌کند، جامعه‌ای که تأکید زیادی بر موفقیت مادی دارد و میزان دارایی را معیار موفقیت افراد می‌شناسد، ثروت به‌عنوان یک هدف فرهنگی و اجتماعی شناخته می‌شود و غالب مردم عملاً می‌پذیرند که موفقیت، قاطعانه با معیار ثروت و مادیات سنجیده می‌شود. از آن‌جا که قشر کوچکی در جامعه، دسترسی گسترده‌ای به امکانات و اهداف مالی دارند، ولی قشر وسیع‌تری دسترسی ناچیزی به شیوه‌های درآمدزا، چنان‌که موافق و مطلوب معیارهای سنجش موفقیت باشند، می‌بایند، بنابراین، برای گروه مردم (فقرا) ابزار و هدف اجتماعی بر هم منطبق نیستند. این گروه هدف را مطلوب می‌داند، ولی امکان دسترسی به آن را ندارد. از نظر مرتن در این شرایط مردم فقیر به روش‌های مختلف سعی بر انطباق اجتماعی می‌کنند. سعی این افراد در گزینش شیوه‌های انطباق با هدف اجتماعی ممکن است به طیفی از رفتارهای مختلف، از قبیل فراهم‌آوردن امکانات جدید برای خود که مورد قبول جامعه نیست و یا روی آوری به رفتارهای غیرقانونی برای کسب درآمد و ثروت باشد. در مجموع، از نظر مرتن، وقتی فقر در جامعه گسترش می‌یابد که جامعه ابزار و امکانات تولید ثروت را یکسان توزیع نمی‌کند و استعداد و توانایی اعضای جامعه برای تلاش مشروع نیز به‌طور یکسان پرورش نمی‌یابد. بنابراین، در این شرایط، باید انتظار داشت که فقرا برای تطبیق‌پذیری، رفتارهای غیرقانونی بیشتری برای پاسخ‌گویی تقاضاها و رفع نیازهای ضروری خود انجام دهند. (مؤمنی، ۱۳۸۱، نقل از عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۵)

قانون‌گریزی در نظریه بوم‌شناختی: نظریه بوم‌شناختی به تحلیل سیستمی از میزان‌های قانون‌گریزی و جرم که به‌لحاظ جغرافیایی در یک شهر یا سکونت‌گاه توزیع می‌شوند، اشاره می‌کند. در این نظریه، میزان‌های قانون‌گریزی و مصادیق آن اغلب به صورت نقشه ترسیم شده و با سایر ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی ساکنان در ارتباط

1. Robert Merton

گذاشته شده است. یکی از پیش فرض‌های اساسی نظریه بوم‌شناسی که در مکتب شیکاگو توسعه یافته، این است که آن دسته از حوزه‌های درون شهرهای تجاری و صنعتی که به لحاظ اجتماعی دچار بی‌سازمانی شده‌اند، ارزش‌ها و سنت‌های قانون‌شکنی و روی‌آوری به رفتارهای بزه‌کارانه را توسعه می‌دهند. براساس نظریه برگس، مناطق طبیعی شهر به‌خصوص منطقه انتقالی به وسیله شاخص‌های ویژه‌ای، نظیر: سطح بالای تحرک و تراکم جمعیت، ویرانی خانه‌ها، تنگ‌بودن کوچه‌ها و خیابان‌ها، پایین‌بودن سطح بهداشت عمومی اماکن و نیز وجود گروه‌های خرده فرهنگی همراه با پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین ساکنان این مناطق مشخص می‌شوند؛ که نسبت به سایر مناطق شیوع رفتارهای قانون‌گریزانه و اعمال خراب‌کارانه بیشتر است. (ممتاز، ۱۳۹۵)

از دیدگاه انتخاب عقلانی و با توجه به تئوری انتخاب ویلسون و هرنستین^۱ (۱۹۸۵)، می‌توان گفت که کاهش بالقوه پیوندهای اجتماعی و انسجام اجتماعی می‌تواند به آسانی به‌عنوان بازدارنده بالقوه در نظر گرفته شود، چرا که این کاهش از نظر فرد به عنوان هزینه‌ای برای گرایش به انحراف محسوب شده و اولین هزینه را با سود خالص آن مقایسه کرده و تصمیم‌گیری نهایی را نسبت به انجام دادن رفتار به وجود می‌آورد. در نهایت، براساس تئوری انتخاب عقلانی می‌توان گفت که در صورت وجود انسجام و پیوندهای اجتماعی و وجود روابط گرم متقابل و اعتماد کافی بین اعضای جامعه، افراد در اغلب موارد، مرتکب جرم و کج‌روی نمی‌شوند، به‌خاطر این‌که با انجام دادن آن، شبکه روابط خود را از دست داده و از طرف کسانی که با آنها رابطه داشته‌اند، طرد می‌شوند، طوری که این فرآیند هزینه زیادی برای آنها خواهد داشت (چلبی و مبارکی، ۱۳۹۴: ۲۰).

تئوری بی‌سازمانی اجتماعی: این تئوری در تبیین جرم و کج‌روی بر روی عوامل اجتماعی و اقتصادی به‌ویژه ساختار و سازمان اجتماعی جامعه تأکید دارد. از دید این تئوری به‌علت توسعه شهرنشینی، تغییرات سریع در صنعتی شدن، مهاجرت به شهرها و

1. Wilson & Hernestin

اجتماعات مدرن، به‌ویژه کلان‌شهرها، با تغییراتی مواجه بوده‌اند که موجب افزایش جرم و کج‌روی می‌شود. (رید^۱، ۲۰۰۰؛ کروم، آمبروز، گارنت و روث^۲ و همکاران، ۲۰۰۳)

تئوری بی‌سازمانی بر شرایط تأکید می‌کند (شرایط بی‌سازمانی) که در آن وابستگی به نهادهای اجتماعی و سازمان اجتماعی از هم پاشیده و دیگر کنترل اعمال نمی‌شود. بی‌سازمانی اجتماعی نشان می‌دهد، جوانان در کسب ارزش‌ها، روابط اجتماعی و توانایی برای کسب اهداف مشترک تحت تأثیر والدین، همسایه‌ها و ساکنان محل هستند. مشخصه‌های ساختاری هم‌چون فقر و بیکاری همگی پیش‌بینی کننده نتایج بی‌سازمانی هستند. لذا، سطح پایین‌تر انسجام اجتماعی و کنترل اجتماعی جوانان، اغلب با متغیرهای ساختاری مرتبط می‌توانند پیامدهای آنومی‌زا را افزایش دهند (باون، باون، گری و ویر^۳، ۲۰۱۲: ۴۷۳). بنابراین، تئوری بی‌سازمانی اجتماعی چارچوبی فراهم می‌کند که گسیختگی اجتماعی شبکه‌های اجتماعی را که مبنای کنترل اجتماعی است، به هم می‌ریزد. بنابراین، گسیختگی اجتماعی بر پیوندهای اجتماعی آسیب می‌زند، چون سطوح دسترس‌پذیری سرمایه اجتماعی و تاثیرپذیری جمعی را کاهش می‌دهد (کلیر و رز^۴، ۲۰۰۲: ۱۸۹).

سلامت روان: سلامت روان، به‌عنوان سطحی از بهزیستی روان‌شناختی یا عدم ابتلا به بیماری روانی تعریف شده است، حالتی از فرد که تعادل رفتاری و عاطفی در وی برقرار است (اشنایدر^۵، ۲۰۱۴). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، به مجموعه‌ای از کارکردهای زیستی، روانی و اجتماعی اطلاق می‌شود که با عدم وجود بیماری همراه است (آویلا- پالنسیا، ۲۰۱۸: ۱۹۹).

با توجه به تعریف به‌هنجاری از دیدگاه‌های مختلف و پیچیدگی علوم رفتاری در پزشکی و عدم تعیین مرز و حد رفتار عادی، ارتباط جسم و روان، رابطه علوم رفتاری با

-
1. Reid
 2. Crum, Ambrose, Garnett & Roth
 3. Bowen, Bowen, Gary, Ware
 4. Rose & Clear
 5. Snyder

فیزیولوژی و پزشکی از یک طرف و روان‌شناسی، فلسفه، علوم انسانی و جامعه‌شناسی از طرف دیگر، کمبود تحقیقات و مطالعات در بیماری‌های روانی و نحوه اجرای انواع پیشگیری‌ها که پایه و اساس بهداشت را در پزشکی تشکیل می‌دهند همگی نقاط ضعفی است که تعریف، هدف و برنامه‌های بهداشت روانی را دچار اشکال می‌کند.

از تعاریف فوق چنین استنباط می‌شود که بهداشت روانی، عملی است برای بهزیستی و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از محیط خانه گرفته تا مدرسه، دانشگاه، محیط کار و نظایر آن را دربر می‌گیرد. در بهداشت روانی آن‌چه برای فرد برقرار نشود، سلامت فکر و تعادل روان و بهبود روابط انسانی معنی و مفهومی نخواهد داشت. روی این اصل، بهداشت روانی را دانش یا هنری می‌دانند که به افراد کمک می‌کند که با ایجاد روش‌های صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری حاصل کرده و برای حل مشکلات از راه‌های مطلوب اقدام کنند. مجدداً به این واقعیت تأکید می‌شود که در بهداشت روانی تنها نداشتن علائم بیماری کافی نیست. بهداشت مناسب باید افراد را قادر سازد، توانایی‌های جسمی و روانی خود را به حداکثر رسانیده، از استرس‌های ناشی از برخوردهای بین افراد جلوگیری کرده، زندگی اجتماعی - اقتصادی بارور و هماهنگ با محیط داشته باشند. (میلانی‌فر، ۱۳۸۲)

فرضیه‌های تحقیق

بین سلامت روان و رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه وجود دارد.
بین سلامت روان و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش‌های کمی گردآوری داده‌ها از نوع تحقیقات توصیفی - هم‌بستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر متشکل از کلیه رانندگان درون‌شهری شهرستان مرند است که تعداد آنها براساس آمار اعلام‌شده از سوی

مرکز ترافیک شهری شهرستان مرند، ۲۴۰۰ نفر است. نمونه آماری تحقیق حاضر، تعداد ۲۵۰ نفر از رانندگان درون شهری شهرستان مرند هستند که با استفاده از جدول مورگان و روش نمونه‌گیری در دسترس به‌دست آمده است. به‌منظور گردآوری از پرسش‌نامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از مقیاس رفتار رانندگی منچستر و پرسش‌نامه زرآبادی (۱۳۹۰) مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌دار فرانسویس و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد.

پرسش‌نامه سلامت روان کیز (۲۰۰۲): پرسش‌نامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شده و شامل ۱۴ سوالات و ۳ مولفه است. نمره‌گذاری آن براساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت ((کاملاً مخالفم، مخالفم، بی‌تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. در این پرسش‌نامه، ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقه‌مندی به زندگی و رضایت) برای نشان‌دادن 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) جهت نشان‌دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. روایی پرسش‌نامه در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) سنجیده شده است و در پژوهش حاضر نیز با تایید اساتید رشته روان‌شناسی، روایی آن حاصل شده است. پایایی این پرسش‌نامه توسط خلیلی ورنکشی (۱۳۹۴) و سرمد و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است. هم‌چنین پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است که به ترتیب برای مولفه‌های بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر رانندگی منچستر: پرسش‌نامه رفتار رانندگی منچستر^۱ در سال ۱۹۹۰ و در ساختمان روان‌شناسی دانشگاه منچستر، به‌وسیله ریسون، مانستید، استرادلینگ، باکستر و کمبل^۲ (۱۹۹۰) تنظیم و تدوین شد. این مقیاس در کشورهای مختلف مانند انگلستان، استرالیا، چین و فنلاند اجرا و اعتباریابی شده است. پرسش‌نامه رفتار رانندگی منچستر شامل ۵۰ سوال است که در یک طیف لیکرت ۰ تا ۵ درجه‌بندی می‌شود. رفتارهای ناهنجار شامل ۴ دسته بودند: لغزش رانندگی، اشتباهات، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی. پایایی این پرسش‌نامه توسط عریضی و حقایق (۱۳۸۸) با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریمکس محاسبه شده است که نتایج حاکی از آن بوده است که ضریب هم‌سانی درونی عامل لغزش‌های رانندگی $(0/77=\alpha)$ بود. ضریب هم‌سان درونی تخلفات عمدی رانندگی $0/86$ بود. ضریب هم‌سانی درونی عامل اشتباهات رانندگی برابر $0/81$ ($0/81=\alpha$) بود. ضریب هم‌سانی درونی عامل تخلفات غیرعمدی رانندگی برابر $0/65$ ($0/65=\alpha$) بود. هم‌چنین، پارکر و ریسن در بررسی پایایی بازآزمایی ۸۰ نفر راننده و در یک فاصله هفت هفته‌ای ضرایب هم‌بستگی ۸۱ درصد برای خطاها و ۷۵ درصد برای تخلفات را به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است که به‌ترتیب برای مولفه‌های لغزش‌های رانندگی، اشتباهات، تخلفات عمدی و غیرعمدی برابر با $0/73$ ، $0/74$ ، $0/76$ و $0/74$ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی: به‌منظور سنجش نگرش نسبت به تخلفات رانندگی، پرسش‌نامه‌ای با استفاده از راهنمای تهیه پرسش‌نامه، براساس نظریه رفتار برنامه‌دار طراحی شده (فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۴)، توسط زرآبادی (۱۳۹۰) تهیه شده است؛ این پرسش‌نامه محقق‌ساخته متشکل از ۱۴ سوال است که دارای چهار مولفه نگرش به قوانین، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد

1. Manchester driving behavior questionnaire
2. Reason, Manstead, Stradling, Baxter & Campbell

رعایت قوانین است. پایایی این پرسش‌نامه توسط زرابادی و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و ۰/۸۹ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است که برای مولفه‌های نگرش به قوانین، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمده است.

یافته‌ها

در مجموع، داده‌های مربوط به ۲۵۰ شرکت‌کننده تحلیل شد. ۱۰۶ نفر از افراد، دیپلم دارند که ۴۲/۴ درصد نمونه آماری را تشکیل می‌دهد و بیشترین فراوانی را دارد، ۲۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر دارند که ۸/۸ درصد نمونه آماری را تشکیل می‌دهد و کمترین فراوانی را دارد و ۵۷ نفر (۲۲/۸ درصد) و ۶۵ نفر (۲۶/۰ درصد) به ترتیب مدرک تحصیلی کاردانی و کارشناسی دارند. ۸۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در تحقیق دارای سابقه شغلی ۱ تا ۵ سال هستند که ۳۴ درصد نمونه آماری را تشکیل می‌دهد و بیشترین فراوانی را دارد، ۴ نفر دارای سابقه شغلی ۲۱ تا ۲۵ سال هستند که ۱/۶ درصد نمونه آماری را تشکیل داده و کمترین فراوانی را دارد و ۷۲ نفر (۲۸/۸ درصد)، ۳۵ نفر (۱۴ درصد)، ۳۸ نفر (۱۵/۲ درصد) و ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) به ترتیب دارای سابقه شغلی بین ۶ تا ۱۰ سال، ۱۱-۱۵ سال، ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۶ تا ۳۰ سال هستند. ۶۷ نفر از افراد که ۲۶/۸ درصد نمونه آماری را تشکیل می‌دهد، مجرد هستند و کمترین فراوانی را دارد و ۱۸۳ نفر از افراد که ۷۳/۲ درصد نمونه آماری را تشکیل می‌دهد، متاهل و بیشترین فراوانی را دارد.

در بین مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی، لغزش رانندگی با میانگین ۳۹/۱۴ و انحراف معیار ۷/۷۱ و مولفه تخلفات غیر عمدی با میانگین ۰۶/۶۷ و انحراف معیار ۲/۱۶ به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را دارند. از بین مولفه‌های سلامت روان، مولفه بهزیستی روانی با میانگین ۲۲/۱۰ بیشترین و مولفه بهزیستی هیجانی با میانگین

۱۲/۳۴ کمترین مقدار را دارند و از بین مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی، مولفه هنجار ذهنی با میانگین ۱۰/۵۳ و انحراف معیار ۷/۲۸ و مولفه قصد رعایت قوانین با میانگین ۲/۴۱ و انحراف معیار ۲/۸۸ به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را دارند. برای تحلیل رابطه بین سلامت روان و رفتارهای پرخطر رانندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۱- نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سلامت روان و رفتارهای پرخطر رانندگی

تخلفات غیر عمدی	تخلفات عمدی	اشتباهات رانندگی	لغزش رانندگی		
-۰/۱۹۵**	-۰/۱۹۳**	-۰/۱۴۳*	-۰/۱۴۲*	همبستگی	بهزیستی
۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۲۳	۰/۰۲۴	سطح معناداری	هیجانی
-۰/۱۷۲**	-۰/۱۷۵**	-۰/۰۵۲	-۰/۱۰۲	همبستگی	بهزیستی
۰/۰۰۶	۰/۰۰۵	۰/۴۱۰	۰/۱۰۸	سطح معناداری	روانی
-۰/۱۶۹**	-۰/۲۲۸**	-۰/۱۱۱	-۰/۱۲۶*	همبستگی	بهزیستی
۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۰۷۴	۰/۰۴۷	سطح معناداری	اجتماعی

** رابطه در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار است. * رابطه در سطح ۰/۰۵ درصد معنادار است.

در جدول فوق، نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای تحلیل رابطه سلامت روان و مولفه‌های آن (بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی) و رفتارهای پرخطر رانندگی و مولفه‌های آن (لغزش در رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی) ارائه شده است. همان‌طور که روشن است، مقدار همبستگی در آزمون رابطه بین بهزیستی هیجانی با لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات

عمدی و تخلفات غیرعمدی به ترتیب $-۰/۱۴۲$ ، $-۰/۱۴۳$ ، $-۰/۱۹۳$ و $-۰/۱۹۵$ با سطح معناداری به ترتیب $۰/۰۲۴$ ، $۰/۰۲۳$ ، $۰/۰۰۲$ و $۰/۰۰۲$ به دست آمده است که سطح معناداری برای همه متغیرها کمتر از $۰/۰۵$ است؛ لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی هیجانی و رفتارهای پرخطر شامل لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی رابطه منفی و معناداری وجود دارد که با توجه به مقدار همبستگی به دست آمده رابطه بین بهزیستی هیجانی و تخلفات غیرعمدی ($R=-۰/۱۹۵$) نسبت به سایر مولفه‌ها قوی‌تر است. همچنین، مقدار همبستگی در آزمون رابطه بین بهزیستی روانی با لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی به ترتیب $-۰/۱۰۲$ ، $-۰/۰۵۲$ ، $-۰/۱۷۵$ و $-۰/۱۷۲$ سطح معناداری به ترتیب $۰/۱۰۸$ ، $۰/۴۱۰$ ، $۰/۰۰۵$ و $۰/۰۰۶$ به دست آمده است که سطح معناداری برای دو متغیر لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی بزرگ‌تر از $۰/۰۵$ است؛ لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی روانی و این متغیرها رابطه معناداری وجود ندارد. اما با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای مولفه‌های تخلفات عمدی و غیرعمدی که کوچک‌تر از $۰/۰۵$ است، می‌توان گفت که بین بهزیستی روانی از مولفه‌های سلامت روان و تخلفات عمدی و غیرعمدی از مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. مقدار همبستگی در آزمون رابطه بین بهزیستی هیجانی با لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی به ترتیب $-۰/۱۲۶$ ، $-۰/۱۱۱$ ، $-۰/۲۲۸$ و $-۰/۱۶۹$ با سطح معناداری به ترتیب $۰/۰۴۷$ ، $۰/۰۷۴$ ، $۰/۰۰۰۰$ و $۰/۰۰۷$ به دست آمده است که سطح معناداری برای سه متغیر لغزش رانندگی، تخلفات عمدی و غیرعمدی کوچک‌تر از $۰/۰۵$ است، لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی اجتماعی و این متغیرها رابطه منفی و معناداری وجود دارد، اما با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای مولفه اشتباهات رانندگی که بیشتر از $۰/۰۵$ است، می‌توان گفت که بین بهزیستی اجتماعی از مولفه‌های سلامت روان و اشتباهات رانندگی از مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه معناداری وجود ندارد.

برای بررسی رابطه بین سلامت روان و رفتارهای پرخطر رانندگی و مولفه‌های آن پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول ۲ آمده است به ارائه مدل برازش یافته پرداخته شده است.

جدول شماره ۲- آماره‌های خلاصه مدل رگرسیونی بررسی رابطه بین سلامت روان و

رفتارهای پرخطر رانندگی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد شده	دوربین واتسون
۱	۰/۲۷۸ ^a	۰/۱۷۷	۰/۱۶۲	۰/۷۸۵	۱/۸۱۵

a: متغیرهای مستقل: لغزش در رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی، تخلفات غیرعمدی

B: متغیر وابسته: سلامت روان

۴۵

با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون بین مقدار استاندارد ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم؛ ضریب همبستگی بین متغیر مستقل و وابسته برابر ۰/۲۷۸ است. مقدار ضریب تبیین ۰/۱۷۷ به دست آمد، که این مقدار نشان می‌دهد که ۱۷ درصد سلامت روان می‌تواند در تبیین رفتارهای پرخطر رانندگی نقش داشته باشد. در جدول زیر معنادار بودن رگرسیون به وسیله آزمون F محاسبه شده است.

جدول شماره ۳- تحلیل واریانس مدل رگرسیونی بررسی رابطه بین سلامت روان و رفتارهای

پرخطر رانندگی^b

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۳۹۰۶/۸۵۳	۴	۹۷۶/۷۱۳		
باقیمانده	۴۶۵۶۰/۷۶۳	۲۴۵	۱۹۰/۰۴۴	۵/۱۳۹	۰/۰۰۱ ^a
کل	۵۰۴۶۷/۶۱۶	۲۴۹			

a: متغیرهای مستقل: لغزش در رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی، تخلفات غیرعمدی

B: متغیر وابسته: سلامت روان

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، مقدار آماره F برابر $۵/۱۳۹$ با سطح معناداری $۰/۰۰۱$ به دست آمده است. چون میزان سطح معناداری کمتر از $۰/۰۱$ است لذا مدل، نشان از معنادار بودن رگرسیون در سطح ۹۹ درصد دارد. از این رو ضروری است به منظور شناسایی و تبیین ضرایب رگرسیون جدول ضرایب رگرسیون عنوان شود.

جدول شماره ۴- ضرایب رگرسیون برای تحلیل رابطه بین سلامت روان و رفتارهای پرخطر رانندگان

سطح معناداری	آماره آزمون t	ضرایب		مدل
		استاندارد شده	استاندارد نشده رگرسیونی	
		بتا	برآورد انحراف استاندارد	برآورد پارامترهای مدل
$۰/۰۰۰$	$۱۴/۶۳۳$		$۴/۶۴۷$	$۶۷/۹۹۸$
$۰/۰۲۲$	$۰/۸۱۰$	$-۰/۰۷۹$	$۰/۱۷۹$	$۰/۱۴۵$
$۰/۰۶۷$	$۰/۳۱۵$	$-۰/۰۲۷$	$۰/۳۰۸$	$۰/۰۹۷$
$۰/۰۰۰$	$-۲/۸۱۳$	$-۰/۲۳۸$	$۰/۱۵۵$	$-۰/۴۳۵$
$۰/۰۰۱$	$-۲/۲۲۶$	$-۰/۱۶۴$	$۰/۴۸۵$	$-۱/۰۸۰$

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود از بین ضرایب استاندارد مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی مرتبط با سلامت روان، بالاترین میزان بتا مربوط به مولفه تخلفات عمدی (بتا= $-۰/۲۳۸$) با سطح معناداری $۰/۰۰۰$ که کوچک‌تر از $۰/۰۱$ بوده و حاکی از معنادار بودن رابطه دارد، است و پایین‌ترین بتا مربوط به مولفه اشتباهات رانندگی (بتا= $-۰/۰۲۷$) با سطح معناداری $۰/۰۰۱$ است. بتا برای لغزش رانندگی و تخلفات غیرعمدی به ترتیب $-۰/۰۷۹$ و $-۰/۱۶۴$ به ترتیب با سطح معناداری $۰/۰۲۲$ و $۰/۰۰۱$ به

دست آمده است، بدین معنی که با توجه به بتاهای به‌دست آمده سلامت روان می‌تواند به‌ترتیب ۲۳ درصد، ۱۶ درصد، ۷ درصد و ۲ درصد مولفه‌های تخلفات عمدی، تخلفات غیرعمدی، لغزش رانندگی و اشتباهات رانندگی را تبیین کند. نتایج این آزمون یافته‌های آزمون همبستگی پیرسون را برای این فرضیه تایید می‌کند.

برای تحلیل رابطه بین سلامت روان و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. جدول ۵- نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سلامت روان و نگرش به

قوانین راهنمایی و رانندگی

نوع نگرش	نگرش به قوانین	هنجار ذهنی	کنترل رفتاری ادراک شده	قصد رعایت قوانین	
بهبودی	همبستگی	۰/۰۳۹-	۰/۱۳۶	۰/۰۳۴	۰/۰۲۶
هیجانی	سطح معناداری	۰/۵۴۰	۰/۰۳۱	۰/۵۹۷	۰/۶۷۸
بهبودی	همبستگی	۰/۰۳۳-	۰/۱۴۵	۰/۰۱۹-	۰/۰۰۷-
روانی	سطح معناداری	۰/۶۰۰	۰/۰۲۲	۰/۷۷۰	۰/۹۱۴
بهبودی	همبستگی	۰/۰۷۴-	۰/۱۰۳	۰/۰۵۹	۰/۰۰۳-
اجتماعی	سطح معناداری	۰/۲۴۴	۰/۱۰۴	۰/۳۵۶	۰/۹۶۱

** رابطه در سطح ۰/۰۱ درصد معناداری است * رابطه در سطح ۰/۰۵ درصد معناداری است

در جدول ۵، نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای تحلیل رابطه سلامت روان و مولفه‌های آن (بهبودی هیجانی، بهبودی روانی و بهبودی اجتماعی) و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی و مولفه‌های آن (نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین) ارائه شده است. همان‌طور که روشن است، مقدار همبستگی در آزمون رابطه بین بهبودی هیجانی و نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین به‌ترتیب ۰/۰۳۹-، ۰/۱۳۶، ۰/۰۳۴ و ۰/۰۲۶ با سطح معناداری ۰/۵۴۰، ۰/۰۳۱، ۰/۵۹۷ و ۰/۶۷۸ به‌دست آمده است که سطح معناداری برای سه متغیر نگرش، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین بزرگ‌تر از ۰/۰۵

است؛ لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی هیجانی و این متغیرها رابطه معناداری وجود ندارد، اما با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده برای مولفه هنجار ذهنی که کوچک‌تر از $0/05$ است لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی هیجانی از مولفه‌های سلامت روان و هنجار ذهنی از مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد.

هم‌چنین مقدار هم‌بستگی در آزمون رابطه بین بهزیستی روانی و نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین به‌ترتیب $0/033$ ، $0/145$ ، $0/019$ و $0/007$ - با سطح معناداری به‌ترتیب $0/600$ ، $0/022$ ، $0/770$ و $0/914$ به دست آمده است که سطح معناداری برای سه متغیر نگرش، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین بزرگ‌تر از $0/05$ است لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی روانی و این متغیرها رابطه معناداری وجود ندارد، اما با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده برای مولفه هنجار ذهنی که کوچک‌تر از $0/05$ است. لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی روانی از مولفه‌های سلامت روان و هنجار ذهنی از مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد.

مقدار هم‌بستگی در آزمون رابطه بین بهزیستی اجتماعی و نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین به‌ترتیب $0/074$ ، $0/103$ ، $0/059$ و $0/003$ - با سطح معناداری $0/244$ ، $0/104$ ، $0/356$ و $0/961$ به‌دست آمده است که سطح معناداری برای هر چهار متغیر نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین بزرگ‌تر از $0/05$ است لذا می‌توان گفت که بین بهزیستی اجتماعی و این متغیرها رابطه معناداری وجود ندارد.

برای بررسی رابطه بین سلامت روان و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی و مولفه‌های آن پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول ۶ آمده است به ارائه مدل برازش یافته پرداخته شده است.

جدول شماره ۶- آماره‌های خلاصه مدل رگرسیونی بررسی رابطه بین سلامت روان و نگرش به

قوانین راهنمایی و رانندگی

مدل	ضریب هم‌بستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد شده	دوربین واتسون
۱	۰/۱۷۲ ^a	۰/۰۳۰	۰/۰۱۴	۰/۱۳۸	۱/۷۳۷

a: متغیرهای مستقل: نگرش به قوانین، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین

B: متغیر وابسته: سلامت روان

با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون بین مقدار استاندارد ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم، ضریب هم‌بستگی بین متغیر مستقل و وابسته برابر ۰/۱۷۲ است. مقدار ضریب تعیین ۰/۰۳۰ به دست آمده که این مقدار نشان می‌دهد که ۳ درصد سلامت روان، می‌تواند در تبیین نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی نقش داشته باشد. در جدول زیر معنادار بودن رگرسیون به وسیله آزمون F محاسبه شده است.

جدول ۷- تحلیل واریانس مدل رگرسیونی بررسی رابطه بین سلامت روان و نگرش به قوانین

راهنمایی و رانندگی^b

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۴۹۰/۵۲۰	۴	۳۷۲/۶۳۰		
باقیمانده	۴۸۹۷۷/۰۹۶	۲۴۵	۱۹۹/۹۰۷	۱/۸۶۴	۰/۰۴۹ ^a
کل	۵۰۴۶۷/۶۱۶	۲۴۹			

a: متغیرهای مستقل: نگرش به قوانین، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین

B: متغیر وابسته: سلامت روان

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود مقدار آماره F برابر ۱/۸۶۴ با سطح معناداری ۰/۰۴۹ به دست آمده است. چون میزان سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ است لذا مدل،

نشان از معنادار نبودن رگرسیون در سطح ۹۹ درصد دارد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت روان و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد و سلامت روان می‌تواند حداقل یکی از مولفه‌های نگرش به قوانین را تبیین کند.

جدول شماره ۸- ضرایب رگرسیون برای تحلیل رابطه بین سلامت روان و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی

سطح معناداری	آماره آزمون t	ضرایب		مدل	
		استاندارد شده	استاندارد نشده رگرسیونی		
		بتا	برآورد انحراف استاندارد	برآورد پارامترهای مدل	
۰/۰۰۰	۲۵/۵۴۲		۲/۰۱۱	۵۱/۳۶۶	عرض از مبدأ
۰/۲۲۷	-۱/۲۱۲	-۰/۰۸۹	۰/۲۱۰	-۰/۲۵۵	نگرش به قوانین
۰/۰۱۷	۲/۳۹۵	۰/۱۵۱	۰/۱۲۳	۰/۲۹۶	هنجار ذهنی
۰/۶۱۵	۰/۵۰۴	۰/۰۳۵	۰/۱۷۹	۰/۰۹۰	کنترل رفتاری ادراک شده
۰/۶۸۸	۰/۴۰۳	۰/۰۳۰	۰/۳۶۷	۰/۱۴۸	قصد رعایت قوانین

همان‌طور که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود از بین ضرایب استاندارد، مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی مرتبط با سلامت روان، بالاترین میزان بتا مربوط به مولفه هنجار ذهنی (بتا=۰/۱۵۱) با سطح معناداری ۰/۰۱۷ که کوچک‌تر از ۰/۰۱ بوده و حاکی از معنادار بودن رابطه دارد. با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای سایر مولفه‌های نگرش به قوانین که به ترتیب ۰/۲۲۷، ۰/۶۱۵ و ۰/۶۸۸ برای مولفه‌های نگرش به قوانین، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین است و بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است لذا رابطه بین آنها

معنادار نیست. لذا می‌توان گفت که سلامت روان فقط می‌تواند هنجار ذهنی را به میزان ۱۵ درصد تبیین کند و سایر مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی را تبیین نمی‌کند. یافته‌های تحلیل رگرسیون، نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون را تایید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سلامت روان، رفتارهای پرخطر و نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رانندگان درون‌شهری شهرستان مرند است که نتایج حاصل از یافته‌ها بدین شرح است:

رابطه بین سلامت روان شامل مولفه‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی و رفتارهای پرخطر شامل چهار مولفه لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی مورد بررسی قرار گرفت که یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که بین بهزیستی هیجانی و رفتارهای پرخطر شامل لغزش رانندگی، اشتباهات رانندگی، تخلفات عمدی و تخلفات غیرعمدی رابطه منفی و معناداری وجود دارد و بین بهزیستی روانی و لغزش در رانندگی و اشتباهات رانندگی رابطه معناداری وجود ندارد. بین بهزیستی روانی از مولفه‌های سلامت روان و تخلفات عمدی و غیرعمدی از مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین بهزیستی اجتماعی و لغزش رانندگی، تخلفات عمدی و غیرعمدی رابطه منفی و معناداری وجود دارد، ولی بین بهزیستی اجتماعی از مولفه‌های سلامت روان و اشتباهات رانندگی از مولفه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه معناداری وجود ندارد. در این زمینه، شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹) رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاش‌گری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر را در شهر رشت مورد بررسی قرار داده و یافته‌های به‌دست آمده از تحقیق، نشان داد که بین سلامت روانی، پرخاش‌گری، تیپ شخصیتی و عادات رانندگی رابطه معناداری وجود دارد. هم‌چنین تحلیل رگرسیون به شیوه‌ی گام‌به‌گام نشان داد که متغیرهای پرخاش‌گری و سلامت روان توانسته‌اند

رفتار خطرناک رانندگی آزمودنی‌ها را پیش‌بینی کند، که یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیق حاضر هم‌سو است. همچنین، مک‌دونالد^۱ و همکاران (۲۰۱۸) رابطه بین عملکرد رانندگی، رفتارهای پرخطر رانندگی و علائم سلامت روان را در رانندگانی که تازه گواهینامه دریافت کرده‌اند را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که رانندگانی که نمره بالاتری در بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند، رفتارهای پرخطر بیشتری در رانندگی دارند. همچنین، نتایج تحقیق نشان که سلامت روان رابطه معناداری با رفتارهای پرخطر رانندگی ندارد، که یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیق حاضر هم‌سو است. در تبیین یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان گفت که بهزیستی یک راننده ممکن است بر تفسیر او از محیط ترافیک و رفتارهای رانندگی تاثیر بگذارد و بنابراین راننده مضطرب به دلیل تفسیر نادرست، قادر به واکنش درست نیز نخواهد بود. بهزیستی منفی اجتماعی نیز از طریق بیشتر کردن رفتارهای پرخطر گرایانه احتمال تصادفات رانندگی را بیشتر می‌کند. اعتقاد بر این است افرادی که از سلامت روان برخوردار نیستند با قرار گرفتن در جایگاه رانندگان شخصی یا عمومی سلامت خود و دیگران را به‌خطر می‌اندازند. رانندگانی که نمره بالایی در نابه‌نجاری کسب می‌کنند بیشتر درگیر رانندگی پرخطر شده، تعداد تصادفات بیشتری داشته یا احتمال تصادف در آنها بیشتر بوده است. نتایج دیگر این‌که، رابطه بین سلامت روان شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی و گرش به قوانین راهنمایی و رانندگی شامل چهار مولفه نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک‌شده و قصد رعایت قوانین بررسی شد که نتایج حاکی از آن است که بین بهزیستی هیجانی و متغیر نگرش، کنترل رفتاری ادراک‌شده و قصد رعایت قوانین رابطه معناداری وجود ندارد، ولی بین بهزیستی هیجانی از مولفه‌های سلامت روان و هنجار ذهنی از مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد. بین بهزیستی روانی و متغیر نگرش، کنترل رفتاری ادراک‌شده و قصد رعایت قوانین رابطه معناداری وجود ندارد، ولی

1. McDonald

بین بهزیستی روانی از مولفه‌های سلامت روان و هنجار ذهنی از مولفه‌های نگرش به قوانین راهنمایی و رانندگی رابطه معناداری وجود دارد و بین بهزیستی اجتماعی و نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری ادراک شده و قصد رعایت قوانین رابطه معناداری وجود ندارد. در این زمینه، مک‌دونالد و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود با عنوان رانندگی پرخطر، سلامت روان، رفتارهای سازگار با سلامت به بررسی آن در بین جوانان و بزرگسالان پرداختند. بین مصرف الکل، افسردگی و مشکلات رفتاری بزرگسالان و جوانان و بروز رفتارهای پرخطر رانندگی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، علائم افسردگی و مشکلات رفتاری پیش از ۱۵ سالگی نیز با بروز رفتارهای پرخطر در رانندگی پس از بزرگسالی رابطه معناداری دارد، که یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیق حاضر هم‌سو نیست که علت آن را می‌توان جامعه آماری متفاوت دانست. در تبیین یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان گفت که عدم رعایت حقوق دیگر رانندگان و تجاوز به حریم آنها یا ایجاد وحشت و اضطراب و کاهش بهزیستی روانی در بین دیگران نشانه خشونت و بدرفتاری فرد است. رانندگی، در دو جمله یعنی رعایت قانون و مقررات و رعایت حقوق و حریم دیگران است. ما باید این باور را در ذهن خود بپرورانیم که از عدم رعایت قانون و مقررات راهنمایی و رانندگی نمی‌توان برای نمایش توانمندی‌ها و استعدادهای نهفته خود استفاده کرد. زیرا با این کار تنها شخصیت ما نزد دیگران تضعیف می‌شود و موجب ترویج و توسعه فرهنگ غلط رانندگی در بین اطرافیان و اعضای خانواده خود می‌شویم.

از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به دسترسی سخت به رانندگان و کسب رضایت از آنها جهت مشارکت در فرایند تحقیق و عدم همکاری برخی از رانندگان در انجام تحقیق اشاره کرد. در رابطه با نتایج تحقیق و با توجه به این که رانندگی پرخطر پدیده‌ای است که آسیب‌های جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند، پیشنهاد تحقیق این است که با مدیریت نیروی انتظامی و با هدف کاهش خطرات و آسیب‌های احتمالی، هنگام اخذ گواهینامه رانندگی و هنگام تمدید آن و حتی در فواصل زمانی منظم

ارزیابی‌های روان‌شناختی از رانندگان (شخصی یا همگانی) اخذ شود و رانندگان پرخطر یا هجومی که نیازمند آموزش یا مشاوره هستند در برنامه‌های آموزشی قرار گیرند. همچنین در رابطه با نتایج تحقیق و رابطه بین سلامت‌روان و نگرش به قوانین پیشنهاد می‌شود که براساس مولفه‌های سلامت‌روان باید رانندگان پرخطر شناسایی شده و به آنها خدمات مشاوره و راهنمایی و آموزش اختصاصی از طریق مشاوران روان‌شناسی، پلیس و ارزیابی خصوصیات روان‌شناختی متقاضیان گواهینامه هنگام اخذ گواهینامه رانندگی یا تمدید آن و حتی در سایر رانندگان در فواصل زمانی منظم ارائه شود تا بتواند به کاهش خطرهای ناشی از سوانح رانندگی منجر شود. به پژوهش‌گران آتی پیشنهاد می‌شود که تحقیقی با همین موضوع در جامعه آماری متفاوت رانندگان مانند رانندگان برون‌شهری نیز انجام شود.

منابع

احمدنیا، هادی؛ مدقالچی، علی؛ فرج‌زاده، محمدرضا. (۱۳۹۳). رابطه بین رفتارهای پرخطر رانندگی و گرایش به قانون‌گریزی رانندگان ناوگان حمل‌ونقل برون‌شهری، مطالعات پژوهشی راهور، سال سوم، شماره ۹، ص ۷۲-۵۳.

http://talar.jrl.police.ir/article_11583.html

افشانی، سیدعلیرضا؛ امامی، شرمین؛ میرمنگره، اکرم. (۱۳۹۳). دینداری و رفتارهای پرخطر. فصلنامه علمی- پژوهشی توسعه اجتماعی. ۹ (۲): ۱۵۸-۱۳۱.

http://qjds.scu.ac.ir/article_11914.html

بوستانی، داریوش. (۱۳۹۱). سرمایه‌اجتماعی و رفتار پرخطر، مجله علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، سال ۹، شماره ۱، ص ۳۱-۱.

<https://social.um.ac.ir/article/view/16879>

حبیب‌زاده، اصحاب؛ عبدالرحمانی، رضا؛ بهزاد بصیرت، شهریار. (۱۳۹۳). نقش خانواده در قانون‌گریزی از قوانین و مقررات ترافیکی. فصلنامه مطالعات مدیریت ترافیک. ۳۵ (۱۳۹۳): ۷۹-

۵۷. http://tms.jrl.police.ir/article_18559.html

چلبی، مسعود، مبارکی، محمد. (۱۳۹۴). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان، مجله جامعه‌شناسی، شماره ۲، دوره ششم، ص ۳-۴۴.

http://www.jsi-isa.ir/article_25377.html

دانایی‌فرد، حسن؛ آذر، عادل؛ صالحی، علی. (۱۳۸۹). قانون‌گریزی در ایران. فصلنامه دانش انتظامی. سال یازدهم، شماره ۳. ص ۵۶-۸.

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=128904>

رنگریز، وحید. (۱۳۹۸). مدل‌سازی کاهش خسارت‌ها در تصادفات جاده‌ای. فصلنامه مطالعات مدیریت ترافیک. ۵۲ (۱۳۹۸): ۴۰-۱۹. http://tms.jrl.police.ir/article_91835.html

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، دوره ۱۸، شماره ۳، ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر، ص ۲۲۳-۲۲۵.

http://jssu.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=1096&sid=1&slc_lang=fa

صلاحیان، افشین؛ حسنی، هدی؛ ربیعی، مهدی. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین سلامت روان و رغبت‌ها با سبک رانندگی. فصلنامه علمی تخصصی طب کار. ۵ (۱): ۶۵-۵۷. https://iranjournals.nlai.ir/article_481138_5eb7220c692ddfb1049bdeeea91c58f.pdf

عباس‌زاده، محمد؛ علی‌زاده اقدم، محمدباقر؛ پریزاد بنام، شیدا. (۱۳۹۶). مطالعه تاثیر هوش هیجانی بر رفتارهای پرخطر عمدی رانندگی، پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، مقاله دوم، دوره ۶، شماره ۲، ص ۱۶-۱. http://ssoss.ui.ac.ir/article_21752.html

عباس‌زاده، محمد؛ عابدینی، عیسی؛ حسنی، محمدرضا؛ مبارک بخشایش. (۱۳۹۱). آشفتنگی اجتماعی و رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی (مورد مطالعه: رانندگان شهر تبریز). پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران. ۱ (۴): ۳۸-۱۹. http://ssoss.ui.ac.ir/article_17076.html

عسگری، آزاده؛ پندی، هدی؛ فنودی، مهشید. (۱۳۹۸). رابطه سلامت روان با رفتارهای رانندگی در شهر تهران: نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی. فصلنامه علمی راهور، ۲۸ (۱۳۹۸): ۶۰-۴۳.

http://talar.jrl.police.ir/article_91602.html

غرایبی، بنفشه؛ حسن‌زاده، سیدمهدی؛ یداللهی، زهرا؛ قلعه‌بندی، فرهاد؛ علوی، کاوه؛ مشیرپور، شیرین. (۱۳۸۸). سلامت روان و تصادفات جاده‌ای. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، ۹ (۳۳): ۱۸۹-۲۰۰. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=110485>

فداکارگبلو، پرویز؛ یونسی، جلیل؛ موسوی‌پناه، سیدمسلم؛ صادقی، میثم. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای سلامت عمومی، پرخاش‌گری و خطرپذیری در پیش‌بینی رفتار رانندگی. فصلنامه علمی راهور. ۱۲ (۱۳۹۴): ۷۶-۵۵. http://talar.jrl.police.ir/article_11601.html

ممتاز، فریده. (۱۳۹۵). *انحرافات اجتماعی*، تهران: شرکت سهامی انتشار.
موسویان، ابوالحسن. (۱۳۹۰). رفتار اجتماعی رانندگان و اهمیت آن در جامعه شهری، مطالعات مدیریت ترافیک، سال ۶، شماره ۲۱، ص ۱۱۴-۱۰۱.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/969598>

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۸۲). بهداشت روانی. نشر تهران. قوس.
نیازی، محسن؛ سعادت، موسی؛ منتظرخوش، حسن. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در بروز رفتارهای پرخطر (مطالعه موردی جوانان شهر تبریز)، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، شماره ۴۲، ص ۳۰-۱.

<https://faculty.kashanu.ac.ir/niazi/fa/articlesInPublications/2605>

یوسفی، علی؛ قاسمی ادکان، فاطمه؛ تقوی گرجی، حسین. (۱۳۹۱). تحلیل چندگانه رفتارهای پرخطر رانندگی در کلان‌شهر مشهد، جغرافیا و مخاطرات محیطی، شماره چهارم، ص ۷۸-۶۵.

<https://geoeh.um.ac.ir/index.php/geo/article/view/20448>

Avila-Palencia, I. (2018). The effects of transport mode use on self-perceived health, mental health, and social contact measures: A cross-sectional and longitudinal study. *Environment International*. 120: 199–206. DOI: 10.1016/j.envint.2018.08.002

Ball, K.; Owsley, C.; Sloane, M.E.; Roenker, D.L.; Bruni, J.R. (1993). Visual attention problems as a predictor of vehiclecrashes in older drivers. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 34(11), 3110-3123. doi:<https://doi.org/>

Bowen, N.K.; Bowen, Gary L.; Ware, W. (2012). Neighborhood Social Disorganization, Families, and the Educational Behavior of

Adolescents, *Journal of Adolescent Research*, Vol. 17, No. 5, Pp: 468 – 490. doi.org/10.1177/0743558402175003

Cellar, DF.; Nelson, ZC.; Yorke, CM.; Bauer, C. (2001). The five-factor model and safety in the workplace: Investigating the relationships between personality and accident involvement. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. 2001; 22(1):43±52. <https://doi.org/10.1080/10852350109511210>

Clarke, D.D.; Ward, P.; Truman, W. (2015). Voluntary risk taking and skill deficits in young driver accidents in the UK. *Accident Analysis and Prevention*, 37(3), 523-529. DOI: 10.1016/j.aap.2005.01.007

Coolidge, FL.; Horney-Coolidge. (1998). *Tridimensional Inventory: Manual*. Colorado Springs, CO: Author.

Crum, B.; Ambrose, K.; Garnett, R.; Roth, F. (2003). *Social Disorganization Theory and Crime in West Virginia*, Thesis Submitted to the Graduate College of Marshall University.

Crundall, D.E.; Underwood, G. (1998). Effects of experience and processing demands on visual information acquisition in drivers. *Ergonomics*, 41(4), 448-458. doi.org/10.1080/001401398186937

Deffenbacher, JL; Oetting, ER; Lynch, RS. (1994). Development of a driving anger scale. *Psychological reports*. 1994 Feb 1; 74(1): 83-91. DOI: 10.2466/pr0.1994.74.1.83

Delavar, A. (2014). *Applied Probability and Statistics in Psychology and Educational Sciences (revised)*, Roshd Publication, Tehran, 2014. [Persian].

Diebold, JC. (2013). *Mindfulness in the machine: A mindfulness-based cognitive therapy for the reduction of driving anger*. Dissertation submitted at Hofstra University.

Edwards, J.B. (1998). The relationship between road accident severity and recorded weather. *Journal of Safety Research*, 29(4), 249-262. doi.org/10.1016/S0022-4375 (98) 00051-6.

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. Retrieved from

<https://revistas.um.es/analesps/article/view>.

<http://revistas.um.es/analesps>

Haghighayegh, A.; Oreyzi, H.R. (2009). Relation of Aggression Types according to Karen Horney's Theory with Negative and Positive Driving Behaviors and Accidents. *IJPCP*. 2009; 15(1):81-85 [Persian]. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-668-en.html>

Iversen, H.; Rundmo, T. (2002). Personality, risky driving and accident involvement among Norwegian drivers. *Personality and Individual Differences*. 2002; 33(8):1251±63. DOI: 10.1016/S0191-8869 (02) 00010-7

Jonah, B.A.; Thiessen, R.; Au-Yeung, E. (2014). Sensation seeking, risky driving and behavioral adaptation. *Accident Analysis and Prevention*. 33(5): 679- 684. DOI: 10.1016/s0001-4575(00)00085-3

Lee, Y.C.; Lee, J.D.; Boyle, L.N. (2007). Visual attention in driving: The effects of cognitive load and visual disruption. *Human Factors*, 49(4), 721-733. DOI: 10.1518/001872007X215791

Lenné, M.G.; Triggs, T.J.; Redman, J.R. (2017). Time of day variations in driving performance. *Accident Analysis & Prevention*, 29(4), 431-437. DOI: 10.1016/s0001-4575(97)00022-5

Martinez, E.M. (2010). Mapping Drug Driving, Drug Use and Risk Perceptions of On-road Drivers, Entertainmentvenue Attendees and Newly-licensed Drivers in the Australian Capital Territory. University of Canberra.

<https://researchprofiles.canberra.edu.au/en/studentTheses/mapping-drug-drivingdrug>

McDonald, Catherine C.; Marilyn, S.; Sommers, Jamison, D.; Fargo, Thomas; Seacrist, Thomas Power. (2018). Simulated Driving Performance, Self-Reported Driving Behaviors, and Mental Health Symptoms in Adolescent Novice Drivers. *Nursing Research*, 2018; 1 DOI: 10.1097/NNR.0000000000000270

Özkan, T.; Lajunen, T. (2015). A new addition to DBQ: Positive driver behaviours scale. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. 30; 8(4): 355-68. doi.org/10.1016/j.trf.2005.04.018

Özkan, T.; Lajunen, T. (2005). A new addition to DBQ: Positive driver behaviors scale. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior*, 8(4), 355-368. DOI: 10.1016/j.trf.2005.04.018

Rasmussen, C.; Knapp, T.J.; Garner, L. (2010). Driving-induced stress in urban college students. *Perceptual and motor skills*. 2000 Apr;90 (2):437-43. DOI: 10.2466/PMS.90.2.437-443

Reid, S.T. (2000). *Crime and Criminology*, McGraw-Hill Higher Education, a Division of McGraw-Hill Companies.

Reason, J.; Manstead, A.; Stradling, S.; Baxter, J.; Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics*, 33(10-11), 1315-1332. DOI: 10.1080/00140139008925335

Rose, D.A.; Clear, T.R. (2002). Incarceration, Social Capital, and Crime: Implications for social Disorganization Theory, *Criminology*. Beverly Hills. 36 (3): 183-200. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1998.tb01255.x>

Snyder, C. (2014). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. Lopez, Shane J., Pedrotti, Jennifer Teramoto (Third ed.). Thousand Oaks.

Twisk, D.A.M.; Stacey, C. (2017). Trends in young driver risk and countermeasures in European countries. *Journal of Safety Research*, 38(2), 245-257. doi.org/10.1016/j.jsr.2007.03.006

Reginald, G.; smart, Asbridge; Mark, Robert E man; Edward, M Adlaf. (2003). Psychiatric distress among road rage victims and perpetrators. *Canadian Journal of Psychiatry*. 48: 681-688. DOI:10.1177/070674370304801007

Silverstone, T. (1988). The influence of Psychiatric disease and its treatment on driving performance. *International Clinical Psychopharmacology*, 3(suppl. 1): 59- 66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3042860>.

