

رابطه بین ادراک خطر و اعتیاد با میانجی‌گری سلامت اجتماعی در موتورسواران شهر تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

مهناز مغانلو^{۱*}، مجید توکلی فرد^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از مطالعه حاضر، بررسی رابطه ادراک خطر و اعتیاد با توجه به نقش میانجی سلامت اجتماعی در بین موتورسیکلت سواران منطقه ۱۲ شهرداری تهران بود.

روش: مطالعه حاضر همبستگی از انواع مطالعات ارتباطی بود که با روش تحلیل رگرسیون ادراک خطر توسط اعتیاد و متغیر میانجی سلامت اجتماعی پیش‌بینی شد. جامعه آماری، کلیه موتورسیکلت سواران مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۱۲ شهرداری تهران در بازه زمانی سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های ادراک خطر موتورسیکلت سواران الیوت و همکاران (۲۰۰۸)، پرسش‌نامه اختلال مصرف مواد برمن و همکاران (۲۰۰۵) و پرسش‌نامه سلامت اجتماعی صفاری‌نیا (۱۳۹۹) پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که اعتیاد با ضریب بتای ۲۲/۱- ادراک خطر را پیش‌بینی می‌کند، سلامت اجتماعی با بتای ۰/۱۴۶ و ابعاد آن به ترتیب شکوفایی اجتماعی ۰/۱۱۱، انسجام اجتماعی ۰/۲۸۲، پذیرش اجتماعی ۰/۶۱۵ و مشارکت اجتماعی ۰/۶۶۲ ادراک خطر را پیش‌بینی می‌کنند و سلامت اجتماع بر اعتیاد با ضریب همبستگی ۰/۲۲۳- اثر دارند و این روابط معنی‌دار می‌باشند.

نتیجه‌گیری: بنابراین اعتیاد می‌تواند سطح ادراک خطر موتورسیکلت سواران را از طریق تاثیر میزان سلامت اجتماعی بر ادراک خطر در فرد موتورسوار، کاهش دهد و منجر به حوادث شود.

کلمات کلیدی: سلامت اجتماعی، ادراک خطر، اعتیاد.

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: m.moghanloo@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، روانشناسی اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران



The Relationship Between Risk Perception and Addiction Considering the Mediating Role of Social Health Among Motorcyclists in Tehran

Received: 2025/10/6 Accepted: 2026/2/8

Mahnaz Moghanloo^{1*}, Majid Tavakkoli fard²

Original Article

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to investigate the relationship between risk perception and addiction, considering the mediating role of social health among motorcyclists in District 12 of Tehran Municipality.

Method: This study employed a correlational design using regression analysis to predict risk perception based on addiction, with social health as a mediating variable. The statistical population consisted of all motorcyclists referring to addiction treatment clinics in District 12 of Tehran Municipality. A purposive sample of 300 participants was selected. Data were collected using the Motorcyclists' Risk Perception Questionnaire (Elliot et al., 2008), the Substance Use Disorder Questionnaire (Berman et al., 2005), and the Social Health Questionnaire (Safarina, 2010).

Results: The results of stepwise regression analysis revealed that addiction significantly predicted risk perception ($\beta = -1.22$, $p < 0.001$). Social health ($\beta = 0.146$) and its dimensions—including social flourishing ($\beta = 0.111$), social cohesion ($\beta = 0.282$), social acceptance ($\beta = 0.615$), and social participation ($\beta = 0.662$)—also significantly predicted risk perception. Furthermore, social health demonstrated a significant negative correlation with addiction ($r = -0.223$, $p < 0.001$).

Conclusion: These findings suggest that addiction may diminish motorcyclists' risk perception, both directly and indirectly through its negative association with social health. This reduction in risk perception may subsequently contribute to an increased likelihood of traffic accidents. The results underscore the importance of considering social health factors in interventions aimed at reducing risky driving behaviors among motorcyclists.

Keywords: Social health, Risk perception, Addiction, Motorcyclists

1 . Assistant Professor, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

* Corresponding Author: m.moghanloo@pnu.ac.ir

2 . M.A in social psychology, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

مقدمه

برآوردهای سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ نشان می‌دهد که حوادث جاده‌ای پنجمین عامل مرگ و میر انسان‌ها خواهد بود و در ایران نیز اولین علت مرگ پس از ناراحتی‌های قلبی و عروقی، حوادث است و در رده‌های سنی زیر چهل سال، نخستین علت میرایی می‌باشد و روزانه ۷۶ نفر و به طور متوسط هر ۲۰ دقیقه یک مرگ به علت حوادث ترافیکی اتفاق می‌افتد (صفاری نیا، ۱۳۹۹). بالاترین تعداد فوت شدگان ناشی از حوادث ترافیکی در کشور مربوط به موتورسواران است که ۴۷ درصد از کل مرگ و میر تصادفات در کشور را در بر می‌گیرد (مهندسين مشاور رهیافت، ۱۴۰۱). در اکثر کشورهای دنیا از جمله ایران، موتورسیکلت به دلیل آزادی بیشتر حرکت از بین وسایل نقلیه، سهولت در پارک کردن، مصرف سوخت و استهلاک بسیار پایین بخش مهمی از جریان ترافیک را به خود اختصاص داده‌است (شیرازی، ۱۳۹۰). ولی رفتارهای پرخطر آنها در رانندگی علاوه بر آسیب جسمانی و مرگ، بر سلامت اجتماعی و روانی شهروندان موثر بوده و موجب فروپاشی روابط اجتماعی، برهم خوردن سلامت روان و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود (سوری، ۱۳۹۹). با وجود تلاش‌های زیادی که در سالهای گذشته برای آگاه کردن کنش‌گران درباره پیامدها و کاهش رفتارهای پرخطر انجام شده اما بروز این رفتارهای پرخطر سیر صعودی داشته‌است (سعادت، ۱۴۰۰). آسیب‌ها و تلفاتی که در اثر وقوع سوانح ترافیکی رخ می‌دهند، دارای مفاهیم مهم برای یک کشور از نظر ابعاد اجتماعی و اقتصادی هستند و پژوهش‌های زیادی بیانگر این مطلب است که عامل انسانی، مؤثرترین عامل در ایجاد سوانح ترافیکی می‌باشد (جلیلی، ۱۴۰۱). از طرفی شواهد بسیار نشانگر اثر منفی مواد مخدر بر ایمنی ترافیکی است (طیبی، ۱۳۹۲) و اعتیاد به مواد یکی از مهم‌ترین علل انگیزندگی رفتارهای پرخطر است و باعث پایین آمدن ادراک خطر در حین رانندگی شده و بر چهارچوب و شیوه زندگی افراد تأثیر گذاشته به طوری که افراد ممکن است تحت تأثیر اعتیاد به فعالیت‌های مخربی مانند رانندگی پرخطر روی بیاورند (بختیاری، ۱۳۹۹). تصمیم‌گیری‌های مخاطره آمیز و تکانش‌گری در سوءمصرف کنندگان^۱ مواد به مراتب بالاتر از افراد فاقد آسیب است و مشکلات زیادی در زمینه فهم و مدیریت هیجان و مهار تکانه‌ها به وجود می‌آورد (نیرومند، ۱۳۹۶). ماهیت پیچیده مشکلات مرتبط با سوء مصرف مواد ضرورت به کارگیری شیوه‌های پژوهشی چند بعدی و سازمان یافته در این خصوص را آشکار می‌کند (بهبهانی، ۱۳۹۶). مواد روان‌گردان چه به صورت مزمن و چه به صورت حاد، یکی از عوامل اصلی ایجاد خطر و در نتیجه وقوع حوادث ترافیکی است و به صورت محسوسی ادراک خطر موتورسواران را پایین می‌آورد (متولیان، اسدی لاری و رحیمی، ۱۳۹۷). ادراک خطر بر اساس دیدگاه شناختی، یک مهارت شناختی است و توانایی راننده در درک و بازشناسی خطر در حال ظهور در خیابان اشاره دارد که راننده را مجبور می‌کند که سرعت و جهت حرکتش را تغییر دهد (مددیان و صوفی ۱۳۹۷). این مهارت به توانایی شناسایی و پاسخ دادن به موقعیت‌های بالقوه خطرناک اطلاق می‌شود. ایمنی ترافیکی با توانایی فرد در درک خطر بر اساس ارزیابی‌های موتورسواران از خطرات است و هرچه ارزیابی‌های ذهنی از خطر بیشتر باشد، رفتار ترافیکی محتاطانه‌تری بروز می‌کند (مغیثی و همکاران، ۱۴۰۰). ادراک خطر پایین پیش‌بینی کننده تصادفات موتورسیکلت سواران می‌باشد (سین چوهان^۲، ۲۰۲۱، اسپینا، ماتوس، جیمز، لویز^۳، ۲۰۲۱، فری^۴، ۲۰۲۱). استنفز (۲۰۱۷) در پژوهشی بر روی ۴۷۰ موتورسوار استرالیایی نشان داد ادراک خطر پایین منجر به خطاهای ترافیکی، نقض سرعت مجاز، عدم استفاده از تجهیزات حفاظتی و خطاهای کنترل و مانع بوده است. پژوهش‌های دیگر (آراباکو و فاتاسکا^۵، ۲۰۲۰؛ مک دونالد^۶، ۲۰۲۱؛ مددیان و صوفی، ۱۳۹۹؛ اقبال زارعی (۱۳۹۸) نیز موید رابطه ادراک خطر پایین و خطاهای ترافیکی در موتورسواران بوده‌است.

1 . Drug abuser
 2 . sing chouhan
 3 . Ospina, Mateus, James, Lopez
 4 . Ferry
 5 .Arabako &Phatsaka
 6 . McDonalds

سوء مصرف مواد با کم شدن کیفیت زندگی و کاهش ارزش‌های اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه در ارتباط بوده است و این امر یکی از مهم‌ترین موضوعات مربوط به سلامت اجتماعی است (جواهری، ۱۳۹۶). معمولاً ادراک خطر پایین با میزان سوء مصرف مواد محرک نظیر شیشه و سایر آمفتامین‌های رایج ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشانگر ارتباط مصرف مواد مخدر و پایین آمدن ادراک خطر در موتورسواران و بروز سوانح ترافیکی است. برای نمونه در کانادا، مصرف کنندگان ماری جوانا، ۴۵ درصد بیش از غیر مصرف کنندگان، ادراک خطر پایین تری دارند (ویکنز^۱، ۲۰۲۳) یا نمره رفتار رانندگی موتور سیکلت سواران با مصرف سیگار، الکل، حشیش، متادون و هروئین ارتباط داشته و بین رفتار رانندگی و سلامت روانی اجتماعی، همبستگی وجود دارد (صوفی، دادگر، شهنازی و نارویی، ۱۳۹۹). مهم‌ترین ماده‌ای که توسط موتورسواران استفاده می‌شود مواد روان گردان است که وابستگی به آنها منجر به افت سریع توانایی‌های فرد برای انطباق در مسائل شغلی و بین فردی است و از لحاظ روانی باعث ایجاد بی‌تفاوتی به محیط و اطرافیان، افت کارکرد، مشکلات شناختی و پرخاشگری می‌شود و رایج‌ترین آنها در ایران حشیش^۲، شیشه^۳ و گل^۴ می‌باشد (مکری، ۱۳۹۷).

از طرفی سلامت اجتماعی نقش موثری در کاهش رفتارهای پرخطر داشته‌است (قریشی زاده و پورجبار، ۱۳۹۸). در واقع سلامت اجتماعی در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی یکی از پیش شرط‌های اصلی گذار از جوامع سنتی به مدرن است. سلامت اجتماعی اشاره به سلامت فرد و تأکید بر توانایی او برای تعامل با دیگران و پیشرفت در موقعیت‌های اجتماعی دارد و در عین حال می‌تواند با سلامت کل جامعه و چگونگی رفتار اعضای آن با یکدیگر در ارتباط باشد (صفاری نیا، ۱۴۰۰). سلامت اجتماعی مفهوم جدیدی است که می‌تواند به عنوان یکی از ارکان اصلی شرایط و نتایج سلامت در مفهوم عام به حساب آید (سپاه منصور، ۱۴۰۰) و می‌تواند نقش میانجی‌گرانه مثبت در عدم گرایش فرد به مصرف مواد داشته باشد (بابایی، ۱۴۰۲) و از ملزومات سلامت اجتماعی در یک جامعه، آموزش، برابری، احترام به حقوق انسانها و برآورده شدن نیازهای اساسی می‌باشد (صدرالسادات، ۲۰۰۴) و پایین بودن این متغیر یکی از مهمترین دلایل بروز آسیب‌های اجتماعی در جوامع بوده است (صفاری نیا، ۱۳۹۹). شواهد نشان می‌دهد مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد روان گردان به شدت با فعالیت‌های مجرمانه پیوند خورده و پایین آورنده سلامت اجتماعی می‌باشند و این دو متغیر یعنی سلامت اجتماعی و سوء مصرف مواد در یک دور باطل قرار می‌گیرند (صفاری نیا، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر به دنبال یافتن این مسئله هستیم که آیا بین ادراک خطر و اعتیاد با توجه به نقش میانجی سلامت اجتماعی در موتورسیکلت سواران شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد یا خیر؟ اهداف اختصاصی پژوهش حاضر شامل بررسی رابطه اعتیاد با ادراک خطر، رابطه سلامت اجتماعی با ادراک خطر و بررسی رابطه اعتیاد و سلامت اجتماعی در موتورسیکلت سواران شهر تهران است.

روش

مطالعه حاضر در زمره طرح‌های همبستگی به روش تحلیل رگرسیون است. در پژوهش حاضر، متغیر ملاک ادراک خطر، متغیر پیش بین اعتیاد و متغیر میانجی سلامت اجتماعی می‌باشد.



1. Wickens
2. Hashish
3. methamphetamine
4. Marijuana

جامعه پژوهش کلیه موتورسیکلت سواران مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در منطقه ۱۲ شهرداری تهران از خرداد ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ می باشد که در پرونده کلینیکی آنها حداقل یک سال سابقه سوء مصرف حشیش، شیشه و گل وجود داشته است. به دلیل تعداد زیاد مراجعین و تنوع افراد، آمار دقیقی از جامعه آماری نداشتیم و به همین دلیل تعداد جامعه در پژوهش حاضر شناور است. در تحلیل رگرسیون چند متغیری، نسبت تعداد نمونه (مشاهدات) به متغیرهای مستقل نباید کمتر از ۵ باشد تا نتایج تعمیم پذیر باشد. نسبت محافظه کارانه تر ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل را هالینسکی و فلورت^۱ (۱۹۷۰) پیشنهاد کردند. از دیدگاه جیمز استیونس^۲ (۱۹۹۵) حتی در نظر گرفتن ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر پیش بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد، یک قاعده سرانگشتی خوب به حساب می آید (حبیبی و جلال نیا، ۱۴۰۱). روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر نمونه‌گیری هدفمند می باشد و دلیل انتخاب این روش نمونه‌گیری این است که نمونه انتخاب شده در این روش دارای صفات و خصوصیتی است که مورد نظر پژوهشگر بوده است (دلور، ۱۳۹۸).

ابزارهای پژوهش

الف) آزمون تشخیص اختلال مصرف مواد (DUDIT^۳): آزمون تشخیص اختلال مصرف مواد در سال ۲۰۰۵ میلادی توسط برمن و همکارانش در سوئد ساخته شد. این آزمون به منظور ارزیابی مصرف مواد و پیامدهای مرتبط با آن در طول یکسال گذشته و برای سنجش طیفی از مواد مخدر کاربرد دارد و اطلاعات جامعی را از فرد مصرف کننده در سه حوزه (۱) فراوانی مصرف دارو، (۲) مشکلات مربوط به دارو و (۳) علائم وابستگی به دارو بررسی می‌کند. این آزمون ۱۱ سوال دارد که بر اساس معیارهای تشخیصی ICD-10 و DSM برای سوء مصرف و وابستگی به مواد تدوین شده است و هدفش تشخیص الگوی مصرف و مشکلات مرتبط با آن است. در طیف لیکرت که سوالات ۱ تا ۹ آن از ۰ تا ۴ و سوالات ۱۰ و ۱۱، به صورت ۰، ۲ و ۴ نمره گذاری می‌شود و مجموع نمره‌های آن بین ۰ تا ۴۴ متغیر است و کسب نمره بالا، بیانگر شدت بیشتر مشکلات ناشی از مواد است. ویژگی‌های روان سنجی و کاربرد بالینی این آزمون در تشخیص اختلالات مصرف مواد در جمعیت‌های مختلف بررسی شده از جمله جمعیت‌های عمومی، افراد وابسته به مواد و درمان شده در بیمارستان، زندانیان، بیماران روانی و سوءمصرف کنندگان موادی که در برنامه‌های درمانی سرپایی، حضور می یابند. این آزمون ابزار مناسب برای امور بالینی و پژوهشی است که تعداد کم سوالات، کاربرد آن را به ویژه در زمان‌هایی که زمان کافی برای پاسخ به پرسش نامه‌های طولانی وجود ندارد، و یا در شرایط بررسی تعداد بیشتری از افراد در زمان محدود، دوچندان کرده است. برمن و همکارانش، آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را روی افراد وابسته به مواد و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را برای جمعیت‌های عمومی گزارش کرده‌اند. حبیبی (۱۳۹۳) در ایران به زبان فارسی ترجمه شد، سپس ترجمه به انگلیسی برگردانده شد و مقایسه با نسخه اصلی صورت گرفت. یافته‌های آن‌ها نشان داد که آلفای کرونباخ در این پرسش نامه ۰/۸۱ بود (حبیبی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۶ بود.

ب) پرسش نامه ادراک خطر موتورسیکلت سواران (MRBQ^۴): پرسش نامه ادراک خطر توسط الیوت^۵ و همکاران ساخته شد و توسط کان و همکارانش گسترش یافت و در سال ۱۳۹۰، توسط پروفیسور عباس متولیان و همکارانش بومی سازی و اعتبارسنجی شد و ۶ بعد رفتار رانندگی موتورسیکلت سواران (تخلفات سرعت، خطاهای ترافیکی، تخلفات ایمنی، تخلفات ترافیکی، حرکات نمایشی و خطاهای کنترل) را در قالب ۴۸ سوال اندازه گیری می‌کند. در این پژوهش، از پاسخ دهندگان خواسته

1 .Hollinsky and Fleurt

2 . James Stevens

3 . Drug Use Disorders Identification Test

4 . Motorcycle riders' behavior questionnaire

5 . Elliott

شد تا فراوانی رفتاری خود را در یک سال گذشته با انتخاب یکی از پنج گزینه موجود در این پرسش‌نامه پاسخ دهند. پرسش‌نامه بصورت لیکرت بوده و دارای ۶ گزینه می‌باشد. نمره‌گذاری MRBQ صفر تا ۴ بوده و مقدار تکرار یک رفتار را نشان می‌دهد (صفر= هرگز، ۱= به ندرت، ۲= گاهی، ۳= اغلب و ۴= اکثر اوقات). کمترین نمره کسب شده صفر و بیشترین نمره ۱۹۲ می‌باشد و نمره بیشتر در این پرسش‌نامه نشان دهنده توجه کمتر به قوانین ترافیک بوده‌است (حسن زاده، شیلا و همکاران ۱۳۹۸). در نسخه ۴۸ سوالی پرسش‌نامه MRBQ آلفای کرونباخ برای تخلفات سرعت ۰/۹۱، خطاهای ترافیکی ۰/۷۹، تخلفات ایمنی ۰/۸۵، تخلفات ترافیکی ۰/۷۹، فاکتور حرکات نمایشی ۰/۸۰ و خطای کنترل ۰/۹۰ محاسبه شده‌است (صوفی و همکاران ۱۳۹۹). لازم به ذکر است در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه محاسبه شد و برای تخلفات سرعت، خطاهای ترافیکی، تخلفات ایمنی، تخلفات ترافیکی، حرکات نمایشی و خطای کنترل به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد.

ج) پرسش‌نامه سلامت اجتماعی صفاری نیا: پرسش‌نامه سلامت اجتماعی توسط پروفیسور صفاری نیا ساخته شده و نسخه ۳۳ سوالی اولیه این پرسش‌نامه بر اساس دیدگاه کبیز و شاپیرو (۲۰۰۴) طراحی شده بود. نمره گذاری آن بر پایه طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام یافت و در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۶ تعداد چهار سوال به علت بار عامل ضعیف از کل پرسش‌نامه حذف شدند و در نتیجه ضریب پایایی پرسش‌نامه ۲۸ سوالی با استفاده از روش بازآزمایی (۰/۸۵) و همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر (۰/۷۷) بدست آمد. سوال ۹ نیز در هیچ کدام از عوامل بارگذاری شده نبود در نتیجه این پرسش‌نامه به ۲۸ سوال کاهش یافت (صفاری نیا، ۱۳۹۹). در کل برای یافتن اعتبار این پرسش‌نامه از دو پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی و سلامت روان استفاده شده که اعتبار آن‌ها به ترتیب ۰/۴۶۲ و ۰/۲۳۸ می‌باشد. نمره گذاری گویه‌ها که بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد به صورت زیر است (کاملاً موافقم=۵)، (موافق=۴)، (نظری ندارم=۳)، (مخالف=۲)، (کاملاً مخالف=۱) و بنابراین حداقل نمره ۲۸ و حداکثر آن ۱۴۰ خواهد بود و لازم به ذکر است که گویه‌های ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۸ و ۹ و ۱۱ و ۱۴ و ۲۱ بصورت معکوس نمره گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه حاضر برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

این پژوهش از خرداد سال ۱۴۰۲ تا خرداد سال ۱۴۰۳، توسط خود محقق انجام گرفته و پژوهشگر در تکمیل پرسش‌نامه‌ها همکاری نداشته و برای انجام پرسش‌نامه‌ها به کلیه مراکز درمان سرپایی و سوءمصرف مواد واقع در منطقه ۱۲ شهرداری تهران مراجعه کرد که بر اساس آمار رسمی، میزان جرائم ارتكابی منطقه ۱۲ شهرداری تهران که به تهران عهد ناصری شهرت دارد، بیش از سایر مناطق شهر تهران است (زنگی آبادی و همکاران، ۱۳۹۴). در این پژوهش سه آزمون وجود داشت که به توالی بر روی شرکت‌کنندگان انجام شد. پژوهشگر ضمن تشکر از همکاری شرکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داد که این آزمون‌ها و نتایج آن، صرفاً جنبه پژوهشی داشته و مربوط به هیچ ارگان انتظامی نیست و برای اطمینان‌بخشی و جلب همکاری بیشتر آنها در پاسخ گویی صحیح و دقیق با آزمون‌ها به آنها گفته شد که ضرورتی برای نوشتن مشخصات شخصی مثل نام و نام خانوادگی وجود ندارد ولی بقیه مشخصات مانند سن و سطح تحصیلات نوشته می‌شد. توضیحات لازم برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه شد و از هر گونه توصیفی که احتمال می‌رفت سوگیری در پاسخ ایجاد کند خودداری شد. رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان کسب شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها با رعایت حفظ گمنامی آنها محرمانه خواهد بود و از افشای آن خودداری می‌شود و پژوهشگر حافظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان بود. اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به شرکت‌کنندگان گفته شد که هر موقع در حین انجام پرسش‌نامه به هر دلیلی حاضر به ادامه کار نباشند و خواستند انصراف دهند، آزاد هستند. سعی شده در انجام این پرسش‌نامه‌ها جوی آرام برای شرکت‌کنندگان وجود داشته باشد و هر عامل

تنش‌زا را که در روند انجام کار باعث ایجاد تنش و فشار عصبی در شرکت‌کنندگان می‌شد کنترل شود و چهارچوب‌های اخلاقی در انجام پژوهش رعایت شود.

یافته‌ها

از نظر توزیع سطح تحصیلی در گروه نمونه پژوهش حاضر ۲۸/۶۲ درصد در سطح دبیرستان، ۱۷/۶۶ درصد در سطح راهنمایی، ۱۸ درصد فوق‌دیپلم، ۱۷/۶۶ درصد تحصیلات راهنمایی، ۱۵/۶۶ درصد دارای دیپلم، ۱۰/۶۶ درصد تحصیلات ابتدایی، ۶ درصد لیسانس و بالاتر و ۲/۶۲ درصد بیسواد بودند. از نظر توزیع سنی، سنین بین ۳۰ تا ۴۰ سال با ۳۴/۳ درصد، بیشترین آمار نمونه پژوهش را تشکیل می‌دادند و کمترین درصد فراوانی، مربوط به افراد بالای ۵۰ سال بود که ۶ درصد نمونه را تشکیل می‌دادند. بین این دو گروه ۲۸/۶ درصد بین ۱۸ تا ۳۰ سال، ۲۳/۶ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۷/۳ درصد کمتر از ۱۸ سال بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۵۴/۶ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش متأهل، ۳۹ درصد مجرد، ۶ درصد متارکه و ۰/۳ درصد همسرانشان فوت شده بودند. این اطلاعات بیانگر این موضوع است که توزیع وضعیت تاهل در این گروه مطالعاتی نسبتاً متفاوت است و بیشترین بخش از این گروه را افراد متأهل و کمترین بخش را افرادی تشکیل می‌دهند که همسرانشان فوت شده‌اند. ۶۵/۳ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش گواهینامه موتوری داشتند و ۳۴/۶ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه، گواهینامه موتوری نداشتند. از نظر نوع ماده مصرفی در بین افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ۶۱ درصد افراد مصرف شیشه، ۲۴ درصد مصرف حشیش و ۱۵ درصد ماده مخدر گل مصرف می‌کردند.

در جدول ۱ داده‌های توصیفی کلیه متغیرهای پژوهش به تفکیک آورده شده است.

جدول ۱: داده‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیر اعتیاد، سلامت اجتماعی و ادراک خطر

متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی با اعتیاد	ضریب همبستگی با ادراک خطر
اعتیاد	۳۸	۲/۲	-	۰/۲۲۴**
سلامت اجتماعی	۶۴/۱۵	۷/۵۸	-۰/۲۲۳**	-۰/۳۴۵**
شکوفایی اجتماعی	۱۳/۷۰	۱/۲۴	-۰/۲۴۳**	-۰/۳۳۳**
همبستگی اجتماعی	۱۱/۲۵	۱/۹۸	-۰/۴۷۲**	-۰/۳۸۲**
انسجام اجتماعی	۱۳/۴۱	۱/۸۲	-۰/۲۹۷**	-۰/۲۸۱**
پذیرش اجتماعی	۱۲/۶۵	۱/۳۵	-۰/۵۷۰**	-۰/۶۱۵**
مشارکت اجتماعی	۱۳/۱۴	۱/۱۹	-۰/۶۱۲**	-۰/۶۲۲**
ادراک خطر در رانندگی	۱۹/۷۷	۷/۱۰	۰/۲۲۴**	۰/۲۲۴**
تخلفات سرعت	۲۳/۹۰	۸/۰۶	۰/۴۰۳**	۰/۴۰۳**
خطاهای ترافیکی	۱۵/۴۳	۵/۳۹	۰/۳۱۰*	۰/۳۱۰*
تخلفات ایمنی	۲۲/۲۵	۷/۹۴	۰/۳۹۷**	۰/۳۹۷**
تخلفات ترافیکی	۱۳/۱۳	۵/۲۴	۰/۲۲۹**	۰/۲۲۹**
حرکات نمایشی	۱۳/۱۲	۴/۶۳	۰/۳۱۳**	۰/۳۱۳**
خطاهای کنترلی	۱۲/۰۲	۴/۲۵	۰/۲۲۴**	۰/۲۲۴**

با توجه به نمرات حاصل از پرسش‌نامه سلامت اجتماعی، میانگین نمرات شرکت‌کننده در مطالعه ۶۴/۱۵ است که با توجه به حداقل نمره و حداکثر نمره کسب شده در این پرسش‌نامه که بین ۲۸ و ۱۴۰ می‌باشد، نمرات حاصله نشانگر سطح پایین سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان در آزمون می‌باشد. با توجه به نمرات و میانگین حاصله از پرسش‌نامه سنجش ادراک خطر موتورسیکلت

سواران، بیشترین بعد تخلف موتورسواران بعد تخلفات سرعت با میانگین ۲۳/۹۰ بوده و کمترین میزان تخلفات در بعد خطاهای کنترلی با ۱۲/۰۲ می‌باشد.

با توجه به جدول، ضرایب همبستگی بین دو متغیر سلامت اجتماعی و اعتیاد (۰/۲۲۳-) نشان می‌دهد رابطه منفی بین دو متغیر وجود دارد و این بدان معناست که هر چه سلامت اجتماعی پایین تر باشد، میزان اعتیاد بیشتر است. ضرایب همبستگی بین سلامت اجتماعی و ادراک خطر ۰/۳۴۵- است و این ضریب همبستگی در مورد ارتباط تمام خرده مقیاس‌های سلامت اجتماعی با ادراک خطر به صورت منفی است. با توجه به اینکه نمره بالاتر در پرسش‌نامه ادراک خطر به معنای رعایت کمتر قوانین رانندگی و ادراک خطر کمتر است؛ افرادی که سلامت اجتماعی بالاتری دارند نمرات پایین تری در پرسش‌نامه ادراک خطر کسب می‌کنند و تخلفات رانندگی کمتری دارند. در نهایت ضریب همبستگی بین اعتیاد و نمره کلی ادراک خطر ۰/۲۲۴- و ادراک خطر به همراه تمام خرده مقیاس‌های آن با اعتیاد رابطه مستقیم دارند. با توجه به اینکه نمره بالاتر در پرسش‌نامه ادراک خطر به معنای رعایت کمتر قوانین رانندگی و ادراک خطر کمتر است؛ با افزایش نمره اعتیاد نمره فرد در پرسش‌نامه ادراک خطر افزایش می‌یابد و این رابطه معنادار است. به عبارت دیگر با افزایش اعتیاد، نمرات ادراک خطر موتورسیکلت سواران افزایش می‌یابد تخلفات رانندگی بیشتری مرتکب می‌شوند.

قبل از انتخاب آزمون‌ها، ابتدا نوع توزیع داده‌ها بررسی شده تا با مشخص شدن توزیع داده‌ها، نرم افزار و آزمون مربوطه مشخص گردد و بدین منظور از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که بر اساس یافته‌های جدول ۲، داده‌های مربوط به اعتیاد دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۲: آزمون کولموگروف-اسمیرنف

متغیر	تعداد	انحراف معیار	کولموگروف	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	۳۰۰	۲/۷۴	۳/۷۲۷	۰/۰۰۲۱
ادراک خطر	۳۰۰	۷/۱۰۲	۹/۷۵۶	۰/۰۰۶۲
اعتیاد	۳۰۰	۲/۲	۰/۸۵۰	۰/۰۷۱

برای بررسی نقش میانجی متغیر سلامت اجتماعی در رابطه بین اعتیاد و ادراک خطر از آزمون رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام استفاده شد.

جدول ۳: نتایج مربوط به ضرایب رگرسیونی متغیر پیش بین اعتیاد و متغیر میانجی سلامت اجتماعی برای متغیر ملاک ادراک خطر

متغیرهای پیش بین	R2	F	Beta	T	P
متغیر پیش بین اول (اعتیاد)			۲۲/۱		۰/۰۰۰۱
متغیر پیش بین دوم یا میانجی (سلامت اجتماعی)	۰/۱۱۱	-۴۷/۵۸۸	-۰/۳۳	-۶/۸۹	۰/۰۰۰۱
متغیر پیش بین سوم یا میانجی (سلامت اجتماعی)	۰/۱۴۶	-۶۵/۴۴۳	-۰/۳۸۲	-۸/۰۹	۰/۰۰۰۱
متغیر پیش بین چهارم یا میانجی (سلامت اجتماعی)	۰/۰۸۰	-۳۳/۰۴۷	-۰/۰۸۲	-۵/۷۴	۰/۰۰۰۱
متغیر پیش بین پنجم یا میانجی (سلامت اجتماعی)	۰/۳۷۸	-۲۳۲/۲۶۷	-۰/۶۱۵	-۱۵/۲۴	۰/۰۰۰۱
متغیر پیش بین ششم یا میانجی (سلامت اجتماعی)	۰/۳۸۷	-۰/۲۴۲/۷۵	-۰/۶۲۲	-۱۵/۵۱	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول ۳، اعتیاد و ادراک خطر رابطه مستقیم دارند و داشتن اعتیاد با بالا رفتن تخلفات رانندگی و نمره بالاتر در پرسش‌نامه ادراک خطر همراه است (چون نمره ادراک خطر بالاتر با تخلفات رانندگی بیشتر همراه است). از طرف دیگر متغیر میانجی سلامت اجتماعی همراه با خرده مقیاس‌های خود شامل شکوفایی اجتماعی ۱۱ درصد، همبستگی اجتماعی ۱۴ درصد،

انسجام اجتماعی ۸ درصد، پذیرش اجتماعی ۳۷ درصد و مشارکت اجتماعی ۳۸ درصد قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی ادراک خطر می‌باشد. در کل بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی و ادراک خطر (تخلفات رانندگی بیشتر) یک رابطه معکوس برقرار است (چون نمره بالاتر در پرسش‌نامه ادراک خطر به معنای تخلفات رانندگی بیشتر است) به نحوی که هر چه نمره سلامت اجتماعی بیشتر باشد، نمره ادراک خطر هم کمتر (تخلفات رانندگی کمتر) می‌شود و هر چه سلامت اجتماعی پایین‌تر باشد، تخلفات رانندگی بیشتر و ادراک خطر کمتری در موتورسیکلت سواران وجود دارد (از آنجا که نمره بالاتر در پرسش‌نامه ادراک خطر به معنای رعایت کمتر قوانین رانندگی و ادراک خطر کمتر است). بنابراین نقش متغیر میانجی سلامت اجتماعی در رابطه میان اعتیاد و ادراک خطر تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی رابطه ادراک خطر و اعتیاد با توجه به نقش میانجی سلامت اجتماعی در بین موتورسیکلت سواران منطقه ۱۲ شهرداری تهران بود. فرضیه اول پژوهش این بود که بین اعتیاد و ادراک خطر در موتورسیکلت سواران منطقه ۱۲ شهرداری تهران رابطه معنادار وجود دارد و نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین این دو متغیر یعنی ادراک خطر و اعتیاد، رابطه معنادار و منفی وجود دارد به طوری که با افزایش متغیر اعتیاد، ادراک خطر کاهش می‌یابد. در پرسش‌نامه ادراک خطر موتورسواران که بر روی شرکت‌کنندگان انجام شد متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، داشتن گواهینامه و اشتغال با موتور وارد مدل رگرسیون شد و نتایج بیانگر این بود که متغیرهای وارد شده در مدل، می‌توانند ۲۲/۷ درصد تغییرات مربوط به رانندگی شرکت‌کنندگان در آزمون را پیش‌بینی کنند. پس از حذف متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، داشتن گواهینامه و اشتغال با موتورسیکلت؛ متغیر مصرف مواد مخدر به تنهایی می‌تواند ۱۳/۸ از تغییرات رفتار رانندگی شرکت‌کنندگانی ما را پیش‌بینی کند و این امر نشان دهنده این است که مصرف مواد، مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی کننده رفتار رانندگی در شرکت‌کنندگان در پژوهش ما می‌باشد. این نتایج با نتایج پژوهش متولیان و همکاران (۱۳۹۷)، همسو بوده است و نهایتاً می‌توان نتیجه گرفت که اعتیاد به عنوان مهم‌ترین عامل در ادراک خطر موتورسیکلت سواران در حین رانندگی می‌تواند باشد. پژوهش حاضر، همسو با نتایج پژوهش صوفی و همکاران (۱۳۹۹)، ویکنز (۲۰۲۳)، مک دونالد و همکارانش (۲۰۲۱)، اسحاق آراباکو و همکارانش (۲۰۲۰)، پالیدو و همکاران (۲۰۱۱) و ارین کلی و همکارانش (۲۰۰۴) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس نظر زاگرمین (۱۹۹۷)، هیجان خواهی و ریسک طلبی در افراد دارای سوء مصرف موارد بالاتر از جامعه عادی است و همین امر منجر به رانندگی بی احتیاط و پر مخاطره در آنها می‌شود. از طرف دیگر از نظر نوروسایکولوژیکی مصرف مواد روان گردان (که در نمونه حاضر بالاترین ماده مصرفی بود) و مصرف مواد مخدر منجر به تکانشی‌تر شدن و ضعیف شدن کنترل قشر پیش‌پیشانی بر قسمت‌های زیرقشری مغز می‌گردد و بنابراین فرد قدرت قضاوت، آینده‌نگری، تنظیم هیجان و مدیریت و کنترل رفتار را از دست می‌دهد. در حال حاضر ۳۰۰ نوع ماده محرک وجود دارد که از بین آنها ترکیبات آمفتامین، بیشترین مصرف در جهان را دارد و بر این اساس، مصرف مواد محرک و توهم‌زا باعث ایجاد تغییراتی در سطح هوشیاری شده و تمایلات عاطفی احساسی فرد را افزایش داده و باعث بروز توهمات بینایی به همراه اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری می‌شود (براتی، الله وردی، جلیلیان، ۱۳۹۰). این عوامل با افزایش مونوآمین‌های مغزی مانند دوپامین^۱، سروتونین^۲ و اپی نفرین^۳ صورت پذیرفته و ضمناً علاوه بر اختلالات فوق‌الذکر باعث ایجاد علائم عصب روانی شامل اختلالات حافظه، اختلالات رفتاری، اختلال در انجام حرکات ظریف، بیماری‌های روانی و

1. Dopamine
2. Serotonin
3. Epinephrine

تحریک‌پذیر بیش از حد عصبی می‌شود (کلاته، قارزی، ناظمی، ۱۳۹۳). مصرف شیشه با ایجاد آسیب در عملکرد لوب جلوی پیشانی موجب اختلال در عملکرد اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی شده و ضعف در عملکردهای اجرایی، باعث اختلال در حل مسئله، اجرا و ارزیابی راه حل‌ها می‌شود و این افراد در اثر مصرف در کنترل ولع مصرف و اتخاذ راه‌حل در کنترل ولع مصرف ناکارآمد می‌مانند (قاسمی، نظام‌الدین و همکاران، ۱۳۹۶). به طور کلی مصرف کنندگان شیشه، در مقایسه با افراد عادی از لحاظ تعداد خطاها، تفاوت معناداری دارند و در زمینه واکنش مصرف کنندگان شیشه، کمترین زمان واکنش و بیشترین میزان خطا را دارند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین نتیجه تحقیق حاضر دور از انتظار نیست.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سلامت اجتماعی و ابعاد آن با متغیر ادراک خطر رابطه معناداری وجود دارد و هر چه سلامت اجتماعی در افراد جامعه بالاتر باشد، ادراک خطر در موتورسواری در آنها بالاتر خواهد بود و بالعکس. افراد دارای سلامت اجتماعی بالاتر، در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک در رانندگی با موتور، واکنش‌های مناسب‌تری نشان داده و در نتیجه دارای ادراک خطر بالاتری در رانندگی می‌باشند و این امر می‌تواند به کاهش ایجاد سوانح و تصادفات ترافیکی کمک کند. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، ابعاد سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک ما یعنی ادراک خطر می‌باشند و همبستگی اجتماعی بیشترین قدرت پیش‌بینی را دارا می‌باشد. این یافته در راستا و همسو با پژوهش‌های شاه مرادی و همکارانش (۱۴۰۲)، عباس زاده و همکارانش (۱۳۹۱)، سعادت (۱۳۹۹)، صالحی (۱۳۸۹)، هیلد^۱ و همکارانش (۲۰۱۹) و زانگ^۲ و همکارانش (۲۰۱۷) می‌باشد. سلامت اجتماعی و ابعاد آن با رفتارهای پرخطر، رابطه معکوس دارند و در واقع سلامت اجتماعی به‌طور مستقیم با رفتارهای پرخطر رابطه دارد. سلامت اجتماعی جوانان سبب کاهش گرایش آنها به رفتارهای پرخطر است که این مسئله اهمیت سلامت اجتماعی در جامعه را نشان می‌دهد (رفخی اندر و همکاران، ۱۴۰۰). برخورداری از سلامت اجتماعی یعنی تأمین و حفظ سلامت روانی فرد و اجتماعی، به طوری که فرد بتواند فعالیت‌های روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با خانواده و محیط اطراف خود ارتباط مناسب برقرار نماید و رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه خود نداشته باشد و زمانی شخص واجد سلامت اجتماعی است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند. بعد اجتماعی سلامت در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است و در واقع زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط‌های اقتصادی و اجتماعی احاطه کننده فرد از سوی دیگر است (کیخاونی، علیپور، صفاری نیا، ۱۳۹۹). بر اساس نظریه کورز^۳ (۲۰۰۳) افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامت اجتماعی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت جسمی روانی را در سه مقوله (۱) شرایط اقتصادی و کاری، (۲) منابع روانی و اجتماعی و (۳) سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی مطرح می‌کند. در نمونه تحقیق حاضر موتورسواران بر اساس یافته‌های جمعیت شناختی (جدول ۱) سطح سواد و امنیت شغلی و وضعیت تاهل مناسبی نداشتند بنابراین پایین بودن سلامت اجتماعی در آنها دور از انتظار نیست. از طرف دیگر بر اساس نظریه پیوستاری متغیرهایی که کنش (اقدام) را تحت تأثیر قرار می‌دهند مانند ادراک خطر و اثربخشی پیش‌بینی کنندگی آنها در یک معادله پی‌بینی ترکیب شده‌است. در این معادله، برای هر فرد یک ارزش عددی به دست می‌دهد و این ارزش عددی به عنوان احتمال اقدام فرد در نظر گرفته می‌شود. در این نظریه‌ها هر فرد در طول یک پیوستار، احتمال اقدام قرار می‌گیرد. از آنجا که هر نظریه صرفاً یک معادله پیش‌بینی واحد دارد، شیوه‌های ترکیب متغیرها برای تحت تأثیر قرار دادن اقدام، احتمالاً برای همه یکسان است و بسیاری از نظریه‌های مشهور در حوزه سلامت نظیر نظریه عمل معقولانه، رفتار مدبرانه، مدل باور سلامت، انگیزش حفاظت و

1. Hilde
2. Zhang
3. Kurz

سودمندی مورد انتظار ذهنی در زمره نظریه‌های پیوستاری قرار دارند (صفاری نیا، ۱۴۰۰). بر اساس این نظریه‌ها نیز افراد دارای سلامت اجتماعی پایین طبیعی است ادراک خطر و خودمراقبتی کمتری داشته باشند.

نتیجه سوم تحقیق حاضر این بود که بین سلامت اجتماعی و اعتیاد موتورسیکلت سواران، یک رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. به طوری که با کاهش میزان متغیر سلامت اجتماعی، ابتلا به اعتیاد افزایش می‌یابد و سلامت اجتماعی و ابعاد آن (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی)، قادر به پیش‌بینی متغیر اعتیاد می‌باشد. پایین بودن سلامت اجتماعی یکی از مهم‌ترین دلایل بروز آسیب‌های اجتماعی در جوامع بوده و پژوهش‌های بسیار زیادی موید رابطه مستقیم سلامت اجتماعی با بروز آسیب‌های اجتماعی است (صفاری نیا، ۱۳۹۹). پژوهش حاضر در راستا و همسو با پژوهش‌های شاکری و دبیری (۱۳۹۷)، خیزات و قادری (۱۴۰۰)، سعادت (۱۳۹۹)، اومالی و جانسون^۱ (۲۰۱۳) می‌باشد. همان طور که گفته شد نظریه‌های پیوستاری ارتباط معکوس بین رفتارهای سلامتی و سبک زندگی سالم و میزان سلامت اجتماعی را نشان داده‌اند. بر اساس این نظریات افراد دارای سلامت اجتماعی پایین، سلامت بدنی و جسمانی پایین‌تری هم دارند و گرایش به رفتارهای مخرب و آسیب‌های اجتماعی و بزهکاری بالاتری دارند. گراهام (۲۰۱۰) مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم، نتیجه شرایط اقتصادی، اجتماعی است و افرادی که از لحاظ اقتصادی، اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر به وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند و به باور گراهام، عواملی که باعث می‌شود تغییرات در وضعیت اقتصادی، اجتماعی افراد بر سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی موثر باشد در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند. عوامل مادی شامل محیط فیزیکی، خانه، محله، محل کار به اضافه استانداردهای زندگی است که به وسیله درآمد تأمین می‌شود. عوامل رفتاری عبارتند از عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی که یک مسیر اقتصادی، اجتماعی قوی را نشان می‌دهد و این عادات شامل استعمال دخانیات، مشروبات الکلی، فعالیت‌های اوقات فراغت و رژیم غذایی است و عوامل روانی، اجتماعی بیشتر به برداشت‌های فرد از وضعیت اجتماعی و مقایسه خود با دیگران از لحاظ اقتصادی، اجتماعی و مشاهده زندگی افراد در یک جامعه نابرابر اطلاق می‌شود (صفاری نیا ۱۴۰۰). هوث^۲ و ویلیامز^۳ نیز عنوان کردند که افراد دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی و قومی نژادی محروم جامعه از سطوح پایین سلامت در جامعه برخوردارند. بنابراین پایین‌تر بودن سطح سلامت اجتماعی و سلامت بدنی در قشر موتورسواران (قشر فرودست اجتماع) قابل انتظار است که با افزایش اعتیاد، پایین‌تر بودن ادراک خطر و در نتیجه افزایش حوادث ترافیکی در آنها همراه است.

از آنجا که این پژوهش بر روی موتورسیکلت سواران مصرف‌کننده مواد انجام شد، نتایج آن قابل تعمیم به موتورسیکلت سواران سالم نمی‌باشد. ضمناً از آنجایی که مصرف‌کننده مواد در این پژوهش، مصرف‌کنندگان مواد محرک بودند، لذا نتایج این پژوهش قابل تعمیم به موتورسیکلت سواران مصرف‌کننده مرفین و الکل نمی‌باشد. در این پژوهش امکان کنترل کامل متغیر اعتیاد وجود نداشت و در حین انجام پرسش‌نامه اثر اعتیاد بر پاسخگویی ممکن بود موثر بوده‌باشد و توانایی شناختی وهوشی در درک سوالات و پاسخ دادن شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه را تحت شعاع قرار داده‌باشد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی افراد مصرف‌کننده الکل و مرفین نیز انجام شود و اثر متغیرهای مختلفی چون استفاده از تلفن همراه، سن و جنسیت و ... بر روی ادراک خطر موتورسیکلت سواران سنجیده شود. به علاوه سنجش نقش واسطه‌ای متغیرهای دیگر نظیر اختلال‌های شخصیتی و سایر اختلال‌های بالینی در رابطه میان ادراک خطر و تخلفات رانندگی پیشنهاد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود نهادهای ذیربط، در قالب تشکیل کارگاه‌های آموزشی و وضع قوانین تازه، به کاهش تصادفات ترافیکی موتورسیکلت سواران کمک کنند. انجام غربالگری سلامت روانی و جسمانی قبل از اعطای گواهینامه موتور سیکلت در کاهش

1. Omalley & Johnston

2. Huth

3. Williams

بروز حوادث ترافیکی می‌تواند پیشگیرانه باشد. همچنین با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی و تبعات پایین بودن آن در رفتارهای پرخطر، اهمیت توسعه این حوزه از علم میان‌رشته‌ای به حل و پیگیری از معضلات اجتماعی جامعه ما بسیار کمک کننده خواهد بود که باید مدنظر مدیریت اجرایی کشور باشد و نهادهای مربوطه با پژوهش‌های کاربردی امکان رسیدن به این مهم را در کشور فراهم کنند.

منابع

- آقابوسفی، علیرضا؛ صفاری نیا، مجید؛ عباسپور، پریسا (۱۳۹۴). بررسی آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان پزشکی: نقش مولفه‌های ذهنی خشم، اعتیاد پژوهی، ۹(۳۵)، ۲۵-۳۵
- بابایی، انسیه (۱۴۰۳). الگویابی گرایش به مصرف مواد بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی در زنان بازپروری شده شهر مشهد، مجله فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۸(۶۵)، ۱۸۵-۲۰۶.
- بختیاری، لطفعلی (۱۴۰۰). مدیریت مبارزه با ساختارهای اجتماعی، فردی و علل اعتیاد به مواد مخدر در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی، اطلاعاتی و جنایی، ۱۵(۵۸)، ۱۸-۳۹.
- جلیلی، سجاد (۱۴۰۱). پیش‌بینی ترجیحات شخصیتی و رفتارهای پرخطر رانندگی موثر بر تصادفات رانندگی، فصلنامه علمی پژوهشی حمل و نقل، ۱۹(۱)، ۷۰.
- خیزات، لطف‌الله؛ قادری، زهرا (۱۴۰۰). مقایسه سلامت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در مردان معتاد و عادی، نهمین همایش سلامت.
- دلاور، علی؛ نقش بندی، سیامک (۱۳۹۸). تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی (جورج فرگوسن و یوشیو تاکانه)، نشر ارسباران، چاپ هفدهم.
- رفخی اندرو، محمد نبی؛ قلی پور، ماجده؛ حیدرآبادی، ابوالقاسم؛ پهلوان، منوچهر (۱۴۰۲). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی در بین مددجویان تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان نوشهر، مجله توانبخشی، ۲۴(۲)، ۲۳۴-۲۴۷.
- زنگی آبادی، علی؛ پرهیز، فریاد؛ خیام‌باشی، احسان (۱۳۹۴). تحلیل زمانی، مکانی آسیب‌های اجتماعی مرتبط با مواد مخدر (مطالعه موردی منطقه ۱۲ شهرداری تهران)، ۴(۱)، ۹۵-۱۱۶.
- سپاه منصور، مژگان (۱۴۰۰). سلامت اجتماعی و ابعاد آن، فصلنامه روان‌شناسی سلامت و سلامت اجتماعی، ۷(۱)، ۱۰۳-۱۰۵.
- سعادت، موسی (۱۳۹۹). تبیین اجتماعی رانندگی مخاطره‌آمیز بر اساس سازه سرمایه اجتماعی، مجله پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۰(۳۸)، ۲۱-۴۰.
- سعادت، موسی (۱۳۹۹). تحلیل بوردیویایی نقش عوامل سرمایه‌ای در بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز، فصلنامه جامعه‌شناسی ورزشی، ۵(۱۴)، ۹۰-۱۴۱.
- سعادت، موسی (۱۳۹۹). مطالعه جامعه‌شناختی نقش فرآیند اجتماعی در تبیین رفتار پرخطر، مجله پژوهش‌های راهبردی وسایل اجتماعی ایران، ۹(۲)، ۱۰۹-۱۳۴.
- شاه‌مرادی، مرتضی؛ مشفق، فاطمه (۱۴۰۲). رابطه ارتکاب به رفتارهای پرخطر بر اساس میزان برخورداری از هوش فرهنگی و سلامت اجتماعی نوجوانان مبتنی بر نقش پلیس، ۱۰(۴)، ۳۹-۴۵.
- شیرازی، جواد (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط با حوادث جاده‌ای موتورسیکلت رانان، هفتمین همایش سراسری بهداشت.
- صالحی، ذاکر (۱۳۸۹). مطالعه سبک زندگی و رفتارهای ترافیکی رانندگان درون شهری تبریز و عوامل اجتماعی موثر بر آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه علوم اجتماعی.
- صفاری نیا، مجید؛ اکبری، مهرداد (۱۳۹۱). پیش‌بینی رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان و بررسی رابطه آن با منبع کنترل و سبک‌های تصمیم‌گیری، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۶(۲)، ۶۲-۷۳

- صفاری نیا، مجید؛ علیپور، احمد؛ زارع، حسین؛ زالی زاده، محسن (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مدل (ناظر، کاشف و مشاور-ارزش‌ها) بر شایستگی اجتماعی-هیجانی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان دارای رفتار پرخطر، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۱۳، ۵۱، ۷۵-۹۲.
- صفاری نیا، مجید (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی اجتماعی، انتشارات ارسباران، چاپ دوم.
- صفاری نیا، مجید (۱۴۰۰). روان‌شناسی سلامت اجتماعی، انتشارات آوای نور، چاپ پنجم.
- صوفی، خدامراد؛ دادگر، فرهاد؛ شهنوازی، مدینه؛ نارویی، سکینه (۱۳۹۹). رفتار رانندگی موتورسیکلت سواران و عوامل مرتبط با آن در شهرستان سرباز، مجله طب پیشگیری ۷ (۲)، ۳۱-۳۹.
- عباس زاده، محمد؛ عابدینی، عیسی؛ حسنی، محمد رضا (۱۳۹۱). آشننگی اجتماعی و رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی در رانندگان شهر تبریز، مجله پژوهش راهبردی مسائل اجتماعی ۴ (۱)، ۱۹-۳۸.
- عسگریان، فاطمه سادات؛ نامداری، مهشید؛ سوری، حمید (۱۴۰۰). بررسی شیوع مرگ و میر در مصرف‌کنندگان حشیش در موتورسواران مصرف‌کننده در سراسر جهان، مجله بین‌المللی کنترل آسیب و ارتقای ایمنی، ۲۷ (۲)، ۱۳۶-۱۴۳.
- قریشی راد، فخرالسادات؛ پورجبار، فریبا (۱۳۹۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و صفات شخصیتی با رفتارهای پرخطر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۸ (۲)، ۱۰۷-۱۲۰.
- متولیان، عباس؛ اسدی لاری، محسن؛ رحیمی، حبیب‌الله... (۱۳۸۹). اعتبارسنجی پرسش‌نامه سنجش رفتار رانندگی موتورسواران MRBQ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران.
- متولیان، عباس؛ غریب نواز، حسن؛ سراجی، شیرین؛ اسدی لاری، محسن (۱۳۹۷). مقایسه رفتار رانندگی موتورسواران مصرف‌کننده آفتامین و متادون با موتورسواران عادی شهر تهران، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۴ (۳)، ۲۵۴-۲۶۴.
- مرشد بهبهانی، مهدی؛ میاتی، داوود (۱۳۹۶). رابطه علی‌هویت سردرگم و خودکارآمدی با آمادگی به اعتیاد با نقش میانجی هیجان خواهی، ۱۱ (۴۴)، ۲۵۸.
- نیرومند، فاطمه (۱۳۹۶). بررسی تکانشوری در سوءمصرف‌کنندگان مواد قبل و پس از درمان نگهدارنده با متادون، فصلنامه علمی پژوهشی سوءمصرف مواد، ۱۱ (۴۴)، ۲۴۴-۲۷۶.
- Arabako, I., Jose, H., Phatsaka, S., (2020). Perception and use of psychoactive substances among commercial, motor cyclists, Nigeria Journal resumed, 3 (3), 229-223. doi.org/10.4103/1596-3519.55678
- Frey, R. (2021) Psychological provers of individual differences in risk perception: A Systematic case study focusing on 5G. Psychological science, 32 (10) 1592-1604. doi: 101177/0956797621998312.
- Hilde, A. (2019). The impact of social and emotional isolation on risk behaviors among women injection drug users in Portland, dissertation of master of public health, department of public health & preventive medicine and the Oregon health & science university, school of medicine. doi.org/10.6083/M47H1GH2
- Omalley, P. M, Johnston, L. D. (2013). Driving after drug or alcohol use by us height school seniors, journal of psychology, 103 (11), 227-34. doi: 10.2105/AJPH.2013.301246
- Ospina, Mateus H, James, LQ, Lopez, Valdes, F. J. (2021). The rider behavior questionnaire to explore associations of motorcycle Taxi crashes in Cartagena (Colombia), Traffic in J Previn, 22 (1). doi: 101080/15389588, 2021, (197,749)
- Pulido, J., Barrio, G., Lardelli, P., Bravoo, M (2011). Affiliations between cannabis and cocaine us traffic crashes, European Journal of public health, 21, 753-755. doi: 10.1093/eurpub/ckq161
- Sing chouhan, S. (2021). Examining-riding behavior in India, using motor cycle rider behavior questionnaire, national institute of health, (160):106312. doi: 10.1016/j.aap.2021.106312
- Vezina, J. Herbert, M., Pulin, F. (2017). History of family violence childhood behavior problems and adolescent high-risk behavior as predictor of girls-repeated patters of dating victimization in two developmental periods, Journal of violence against women, 21 (4), 435-459. doi: 10.1177/1077801215570481

- Wickens, C., Andre, J., MC Donald, Haylex A., Hamilton, Tara., Watson, M. (2021). Driving under the influence of cannabis risk perceptions and behaviour: A population-based study in Ontario, Canada, *Preventive Medicine* 153 (6):106793. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106793
- Zhang, X; Qu,X; Tao, D; Xue, H. (2019). The association between sensation seeking and driving outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Analysis & prevention*, 123, 222-234. doi: 10.1016/j.aap.2018.11.023