

The Relationship between Emotional Intelligence and High-Risk Behaviors in Medical Students of Islamic Azad University, Urmia Branch

Somayeh Razmarai Iranagh^{*1}, Pouya Hosseinzadeh², Abdolhassan Kazemi³, Shiva Heydari⁴, Fatemeh Hassanzadeh⁵, Sana Kazemi⁶

1. Master of Nursing, Department of Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran
2. BSc in Nursing, Clinical Research Development Unit of Taleghani Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Professor, Medical Philosophy and History Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4. Master of Nursing, Department of Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran
5. Student of Operating Room Department of Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran
6. Student of Medicine, Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Received: 2022/05/03

Accepted: 2022/07/16

Abstract

Introduction: Emotional intelligence (EI) is one of the most important factors that affect the education, performance and quality of interactions between different people in a society. Today, paying attention to different dimensions of EI and their proper management is an important issue in the rationale of educational management. The aim of this study was to determine the relationship between EI and HRB in medical students of Islamic Azad University, Urmia Branch.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive study that investigated the relationship between EI and HRB among medical students of Islamic Azad University, Urmia Branch in 1998-99. The statistical population of this study included 260 medical students of Urmia Azad University who were evaluated using the Gelman EI Questionnaire.

Results: This study showed that students need intervention to control and promote EI to reduce the impact of EI on HRB ($P=0.001$). Also, the incidence of high-risk behavior in female students was significantly higher than male student ($P=0.001$).

Conclusion: The results of the present study showed that there is a close relationship between EI and the occurrence of risky behavior in students and in order to control EI and improve its various dimensions need positive interventions in the form of workshops and extracurricular classes for students, Professors and parents of students.

***Corresponding Author:** Somayeh Razmarai Iranagh
Address: Department of Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran
Tel: 09141476450
E-mail: s.razmara@gmail.com

Keywords: Emotional intelligence, High-Risk Behaviors, Medical students

How to cite this article: Razmarai Iranagh S., Hosseinzadeh P, Kazemi A, Heydari S, Hassanzadeh F, Kazemi S. The Relationship between Emotional Intelligence and High-Risk Behaviors in Medical Students of Islamic Azad University, Urmia Branch, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2023; 30(2):177-192.

Introduction

The prevalence of HRB is one of the most important concerns of societies and despite the activities carried out in recent years; HRB around the world has grown exponentially. HRB are behaviors that can endanger well-being, health and life path and increase the negative and destructive physical, psychological and social consequences for the individual. These behaviors include drug use, smoking and alcohol, high-risk driving, high-risk sexual behaviors, aggression, and suicide. Many HRB occur between the ages of 25 and 18. Students are one of the most important groups exposed to risky behaviors.

Due to the importance of EI and the lack of a study in the student community of our country, which are considered valuable human resources of any society, this study aims to determine the relationship between EI and risky behaviors in medical students of Islamic Azad University Urmia unit was performed.

Methodology

This research was approved by the ethics code IR.IAU.URMIA.REC.1399.057 in the ethics committee of Islamic Azad University, Urmia branch as a cross-sectional descriptive study. The study began with obtaining informed written consent from the subjects and completing demographic information, the Gelman EI Questionnaire and the Risk Behavior Questionnaire among the students.

The Gelman EI Questionnaire had 33 questions, the components of which were: self-awareness (8 questions), self-regulation (7 questions), self-motivation (7 questions), empathy (6 questions) and social skills (5 questions). Its responses were adjusted on a five-point Likert scale most of the time (a), often (b), sometimes (c), rarely (d), almost never (e). The scoring method in choosing the first option was a score of one, and if he chose option five, he would receive a score of five, and for negative questions (1, 9, 12, 20, 14, 13, 31, 33, 18, 22, 28). The trend will be the opposite, ie if he selected option A, he would receive a score of five, and if he selected option B, C, D, E, he would receive a lower score, respectively. The scores of this questionnaire ranged from 33 to 165. Each person received six separate scores, five of which were related to each component and one total was calculated.

To assess the risk, the Iranian adolescents' risk scale was used. In this questionnaire, 38 questions in seven sections include: Dangerous driving (6 questions), Violence (5 questions), Smoking (5 questions), Drug use (8 questions), Alcohol use (6 questions), High-risk sexual behavior (4 questions) Question) and the opposite sex (4 questions) were used and the answers were on a five-point Likert scale with Strongly Agree, Five Points, Agree, Four Points, Medium, Three Points, Disagree, Two Points, Absolutely On the contrary, one point was distributed among the students. Respondents agreed or disagreed with these statements on a five-point scale from strongly agree (= 5) to strongly disagree (= 1). The scores of this questionnaire ranged from 38 to 190.

The validity of the Iranian Adolescent Risk Scale (IARS) was assessed by Cronbach's alpha of internal harmonization and its construct validity was performed using heuristic factor analysis and principal component analysis method accepted to evaluate the normality of the variables, Kolmogorov-Smirnov method was used to use parametric tests such as t-test and Pearson correlation and ANOVA. The collected data were analyzed using SPSS software version 21 and inferential and descriptive statistics were reported in this study.

Results

This study was performed on 270 students of the Faculty of Medical Sciences of Islamic Azad University of Urmia. The results showed that 164 (7/60%) women, 106 (3/39%) men, 2 (0.7%) under the age of 18, 96 (6/35%) age between 18-20 years, 94 people (8/34%) age between 22-20 years, 78 people (28.9%) age over 22 years, 243 people (90%) single, 27 people (10%) were married . The mean score of EI was 3.10 and the mean of each of the sub-scales were: self-awareness 3.37, self-regulation 2.99, spontaneity 3.10, empathy 2.71, and social skills 3.27. Also, the average of high-risk behavior is 3.60 and the average of each of the subscales are dangerous driving 2.95, violence 3.36, smoking 3.92, drug use 4.17, alcohol consumption 3.92, respectively. Friendship with the opposite sex was 2.88 and high-risk sexual intercourse and behavior was 3.53. EI variables only with marital status ($p = 0.026$), having several children in the

family ($p = 0.042$), mother's job ($p = 0.048$), father's education ($p = 0.023$) and grade point average ($p = 0.032$) There was a significant relationship. EI was higher in men (3.11) than women (3.09). Also, EI is higher in single people (3.11) than married people (2.94). More details have been shown in tables 1-6.

Discussion

EI is one of the most important concepts in the field of management. The results of multivariate regression of this study showed that among the components of EI only empathy ($p = 0.001$) and social skills ($p = 0.001$) were able to predict students' risky behavior and among this component Social skills with the value ($\beta = 0.299$) had the highest ability to predict high-risk behavior. The results of the hypothesis test showed that between gender, field and level of education, place of residence, multiple children in the family, number of siblings, mother's job, mother's education, father's age, father's income, history of separation from parents, history of separation of parents, there is a significant relationship between parents' remarriage history and grade point average and HRB. High-risk behavior was higher in the 20-22 age groups than in other age groups. High-risk behavior was higher in single women than in married women and more in women than men, and the most important reason for this difference could be that more female students suffer from mental disorders. The results of the Jaspal study in 2021, which showed a higher risk of behavior among British female students compared to male students compared to EU students, are consistent with the results of this study. However, the results of the study of Ahmadi et al in 2015 show that the incidence of high-risk behavior in men is higher than women, which was completely different from the results of our study. In the present study, no significant relationship was observed between age and the incidence of high-risk behavior, and the results of our study in comparison with Safari, Hassanpour and Hame Morad were completely consistent and showed that between EI And there is no significant relationship between age, while the study of Rahmani et al. Showed that with age, the incidence of HRB decreases, which is inconsistent with the results of recent research. The tools used and the differences between their subscales as well as how EI was graded.

The findings of the present study showed that there is a statistically significant relationship

between the mean score of EI and students' GPA and these results are similar to the findings of the studies of Hame Morad, Samari and Parker while it is different from the findings of the study of Chinese artists and Haj Bagheri. Due to factors such as the stress of university entrance exams, tests and evaluation of students during their studies, the type of education and fields of study and the level of students' interest in the field of study in universities, the effect of EI on education can be very different. Conversely, different educational systems as well as the way of evaluation in universities can be effective in making a difference in the level of EI of different studies. This goal can be achieved by emphasizing the education of students, professors and parents. The main hypothesis of the present study was that: There is a relationship between EI and high-risk behavior of medical students of Islamic Azad University, Urmia Branch. This hypothesis was tested and the findings of this study showed that there is a positive and significant relationship between the dimensions of social skills and EI self-awareness with high-risk behavior of students.

Conclusion

Considering the results of the present study, it can be concluded that there is a significant negative relationship between the occurrence of HRB and students' EI. In other words, by strengthening students' EI, the destructive effects of HRB on their academic achievement can be prevented, of course, EI can act like a double-edged sword, so proper planning to manage students' EI and to improve the various dimensions of EI and reduce the destructive effects of risky behaviors, is very important and necessary. In universities, by holding specialized and explanatory workshops in this field, especially for new students, they should provide the correct methods for promoting EI and the optimal use of different dimensions of EI in reducing HRB.

Acknowledgment

The authors consider it necessary to express their gratitude and appreciation to all the precipitants of this study. This study approved by the Islamic Azad University, Urmia Branch, Vice Chancellor for Research and Technology of this university.

Conflict of Interest: the authors declare that there are no conflicts of interest regarding the publication of this manuscript.

بررسی ارتباط هوش هیجانی با رفتارهای پرخطر در دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

سمیه رزم‌آرای^{*1}، یویا حسین‌زاده^۲، عبدالحسن کاظمی^۳، شیوا حیدری^۴، فاطمه حسن‌زاده^۵، ثنا کاظمی^۶

۱. کارشناس ارشد پرستاری داخلی- جراحی، گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۲. کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. استاد، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری داخلی- جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۵. دانشجوی کارشناسی رشته اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۶. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: هوش هیجانی یکی از مهم‌ترین عواملی است که بر آموزش، عملکرد و کیفیت تعاملات بین افراد مختلف در یک جامعه تأثیر می‌گذارد. امروزه توجه به ابعاد مختلف هوش هیجانی و مدیریت صحیح آنها موضوع مهمی در مقوله مدیریت آموزشی می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، تعیین ارتباط هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر در دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی می‌باشد و ارتباط بین هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر را در میان دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه در سال ۹۹-۹۸ بررسی کرده است. جامعه آماری این مطالعه شامل ۲۶۰ نفر از دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد ارومیه است که با استفاده از پرسش‌نامه هوش هیجانی گلمن مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که دانشجویان برای کنترل و ارتقای هوش هیجانی، نیاز به مداخله دارند تا تأثیر هوش هیجانی افراد مورد مطالعه در بروز رفتار پرخطر کاهش یابد ($p=0/001$). همچنین بروز رفتار پرخطر در دانشجویان دختر به‌طور معناداری بیشتر از دانشجویان پسر بود ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارتباط نزدیکی بین هوش هیجانی و بروز رفتار پرخطر در دانشجویان وجود دارد و به‌منظور کنترل هوش هیجانی و ارتقای ابعاد مختلف آن نیازمند مداخلات مثبت در قالب کارگاه‌های آموزشی و کلاس‌های فوق‌برنامه‌ای برای دانشجویان، استادان و والدین دانشجویان می‌باشد.

* نویسنده مسئول: سمیه رزم‌آرای
نشانی: ارومیه کیلومتر ۲ جاده سلماس دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه
تلفن: ۰۹۱۴۱۴۷۶۴۵۰
رایانامه: s.razmara@gmail.com
شناسه ORCID: 0000-0002-3865-2325
شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-3865-2325

کلیدواژه‌ها:

هوش هیجانی، رفتارهای پرخطر، دانشجویان علوم پزشکی

مقدمه

می‌توانند بهزیستی، سلامتی و مسیر زندگی را به خطر بیندازد و نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را افزایش دهند [۲]. این رفتارها شامل مصرف مواد مخدر، سیگار و الکل، رانندگی‌های پرخطر، رفتارهای جنسی پرخطر، پرخاشگری و

شیوع رفتارهای پرخطر از مهم‌ترین نگرانی‌های جوامع می‌باشد و علی‌رغم فعالیت‌های انجام‌شده، رفتارهای پرخطر در سطح جهان، رشد تصاعدی دارد [۱]. رفتارهای پرخطر رفتاری هستند که

Copyright © 2023 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۳۰، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۴۰۲، ص ۱۹۲-۱۷۷

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

جامعه دانشجویی کشورمان که از منابع انسانی باارزش هر جامعه محسوب می‌شوند، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط هوش هیجانی با رفتارهای پرخطر در دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه انجام گردید.

۲. مواد و روش

این مطالعه توصیفی مقطعی با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1399.057 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه به تصویب رسید و ارتباط بین هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر را در میان دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸ بررسی کرد. ۲۶۰ نفر از دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه به روش تصادفی ساده برای این پژوهش انتخاب شدند. شرایط شرکت در مطالعه، تمایل به همکاری و اعلام رضایت آگاهانه با تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی بود و شرایط خروج از مطالعه، شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه، ارائه نکردن رضایت‌نامه کتبی و تمایل به خروج از مطالعه حین انجام پژوهش بود. شروع مطالعه با اخذ رضایت آگاهانه کتبی از افراد موردپژوهش و تکمیل اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه هوش هیجانی گلمن و پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان مورد پژوهش بود.

پرسش‌نامه هوش هیجانی گلمن ۳۳ سؤال دارد که مؤلفه‌های آن عبارتند از: خودآگاهی (۸ سؤال)، خودتنظیمی (۷ سؤال)، خودانگیزگی (۷ سؤال)، همدلی (۶ سؤال) و مهارت‌های اجتماعی (۵ سؤال). پاسخ‌های آن بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت بیشتر اوقات (الف)، اغلب (ب)، گاهی اوقات (ج)، به ندرت (د)، تقریباً هیچ‌وقت (ه)، تنظیم شده بود. روش نمره‌دهی در انتخاب گزینه اول، نمره یک بود و چنانچه پاسخگو گزینه پنج را انتخاب می‌کرد، نمره پنج دریافت می‌شد و برای سؤالات منفی (۱، ۹، ۱۲، ۲۰، ۱۴، ۱۳، ۳۱، ۳۳، ۱۸، ۲۲، ۲۸) روند برعکس خواهد بود یعنی در صورت انتخاب گزینه الف، پاسخگو نمره پنج را دریافت می‌کرد و در صورت انتخاب گزینه ب، ج، د، ه، به ترتیب نمره کمتری را دریافت می‌کرد. دامنه نمرات این پرسش‌نامه از ۳۳ تا ۱۶۵ بود. هر فرد شش نمره جداگانه دریافت می‌کرد که پنج نمره آن مربوط به هر کدام از مؤلفه‌ها و یک نمره به صورت کل محاسبه می‌شد [۲۴].

برای سنجش خطرپذیری، از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی ۱ استفاده گردید [۲۵]. در این پرسش‌نامه ۳۸ سؤال در

خودکشی می‌باشد [۳]. بسیاری از رفتارهای پرخطر در سنین ۲۵ تا ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد [۴]. دانشجویان یکی از مهم‌ترین گروه‌های در معرض رفتارهای پرخطر می‌باشند [۵، ۶]. حاجیان شیوع درگیری فیزیکی ۳۳/۵ درصد، شیوع مصرف سیگار ۱۳/۷ درصد، شیوع استفاده از مواد مخدر و داروی‌های نیروزا ۰/۳ درصد را از دانشجویان دانشگاه بابل گزارش کرد [۷]. مقصودی (۱۳۹۳) شیوع بالای رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه لارستان گزارش کرد [۸]. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه رفتارهای پرخطر دانشجویان نشان می‌دهند که این رفتارها در میان دانشجویان تأثیرات منفی بسیاری دارند که برخی از آنها آثار جبران‌ناپذیری دارند [۹، ۱۰]. برای رفتارهای پرخطر علل مختلفی مانند فقر اقتصادی و فرهنگی، رضایت اندک از زندگی، افسردگی، عزت نفس پایین و اضطراب اشاره شده است ولی از عوامل مورد توجه در سال‌های اخیر برای گرایش به رفتارهای پرخطر، توانایی فرد در تنظیم هیجانات یا خودتنظیمی هیجانی می‌باشد [۱۱].

احمدی نشان داد که یکی از علل وقوع رفتارهای پرخطر و شیوع آن در میان دانشجویان، هوش هیجانی می‌باشد [۱۲]. گنجی نشان داد که هوش هیجانی پایین یا نامناسب در افراد با رفتارهای پرخطر همراه می‌باشد. معنای هوش هیجانی، استفاده بهینه از هیجانات می‌باشد [۱۳]. مایر و سالووی، هوش هیجانی را توانایی درک و فهم به‌منظور ارزیابی افکار و خلق‌وخو و تنظیم آنها به گونه‌ای که موجب تعالی و رشد عقلانی-هیجانی گردد تعریف کرده‌اند [۱۴]. گلمن هوش هیجانی را مهارت‌هایی می‌داند که فرد بتواند انگیزه فعالیت و تمرکز خود را حفظ کند و علاوه بر مقاومت در مقابل ناملایمات، نیروی تفکر او آسیب نبیند. میزان هوش هیجانی در افراد مختلف تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، متفاوت می‌باشد و می‌توان به‌وسیله آموزش و یادگیری آن را افزایش داد [۱۵]. پارکر معتقد است که هوش هیجانی منجر به بهبود عملکرد شخص می‌شود [۱۸]. هوش هیجانی می‌تواند رفتارهای پرخطر شخص را کاهش دهد و نظم و ثبات را در زندگی ایجاد کند [۱۹]. از نظر عسکریان (۱۳۶۸) مراکز آموزشی یکی از مهم‌ترین زمینه‌های موردبررسی هوش هیجانی می‌باشد [۲۰]. هوش هیجانی در موفقیت افراد در سازمان‌های بهداشتی و درمانی دارای اهمیت بالایی می‌باشد که منجر می‌شود افراد در شرایط سخت، روند فکری بهتری داشته باشند و ذهن خود را به‌راحتی و آرام مدیریت کنند و چشم‌اندازهایی از ایده‌های خلاق به سمت خود بگشایند [۲۱-۲۳].

با توجه به اهمیت مقوله هوش هیجانی و نبود مطالعه‌ای در

خطرپذیری را تبیین کند [۲۵].

برای بررسی نرمال بودن متغیرها از روش کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد تا براساس نتیجه آن از آزمون‌های پارامتری همچون t و همبستگی پیرسون و ANOVA استفاده گردد همچنین از سایر روش‌های غیر پارامتری معادل همچون من-ویتنی یا همبستگی اسپیرمن و آزمون کروسکال-والیس استفاده شد. همچنین برای بررسی تأثیر از رگرسیون و تحلیل عاملی استفاده گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ورژن ۲۱ تحلیل شد و آمار استنباطی و توصیفی در این مطالعه گزارش گردید.

۳. یافته‌ها

یافته‌ها این مطالعه بر روی ۲۶۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه انجام شد. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ گزارش شده است.

هفت بخش شامل: رانندگی خطرناک (۶ سؤال)، خشونت (۵ سؤال)، سیگار کشیدن (۵ سؤال)، مصرف مواد مخدر (۸ سؤال)، مصرف الکل (۶ سؤال)، رفتار جنسی پرخطر (۴ سؤال) و گرایش به جنس مخالف (۴ سؤال) مورد استفاده قرار گرفت و پاسخ‌های آن بر مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم، پنج امتیاز، موافقم، چهار امتیاز، متوسط، سه امتیاز، مخالفم، دو امتیاز، کاملاً مخالفم، یک امتیاز در بین دانشجویان توزیع شد. پاسخ‌گویان، موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱) بیان کردند. دامنه نمرات این پرسش‌نامه از ۳۸ تا ۱۹۰ بود.

اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) به روش همسازی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مولفه‌های اصلی بررسی شد و روایی سازه IARS از طریق تحلیل عاملی اکتشافی انجام پذیرفت و یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی نشان داد IARS می‌تواند ۶۴/۸۴ درصد واریانس

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهشی

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۶۴
	مرد	۹۶
سن	کمتر از ۱۸	۲
	۱۸-۲۰	۹۶
رشته	۲۰-۲۲	۹۴
	بیشتر از ۲۲	۷۸
مقطع	پرستاری	۹۴
	اتاق عمل	۷۹
	مامایی	۴۰
	علوم آزمایشگاهی	۱۸
ترم	دامپزشکی	۳۹
	کارشناسی	۲۳۱
وضعیت تأهل	دکتری	۳۹
	۱-۶	۲۵۰
محل سکونت	۶-۸	۷
	بیشتر از ۸	۱۳
چندمین فرزند خانواده	مجرد	۲۴۳
	متاهل	۲۷
وضعیت تأهل	شهر	۲۴۰
	روستا	۳۰
محل سکونت	۱-۲	۲۱۲
	۲-۳	۴۹
چندمین فرزند خانواده	بیشتر از ۳	۹
	کمتر از ۱	۱۴۹

۳۰/۴	۸۲	۱-۲	تعداد خواهر و برادر
۶/۳	۱۷	۲-۳	
۸/۱	۲۲	بیشتر از ۳	
۱/۱	۳	کمتر از ۳۰	سن مادر
۱۰/۷	۲۹	۳۰-۴۰	
۶۰	۱۶۲	۴۰-۵۰	
۲۶/۷	۷۲	۵۰-۶۰	
۱/۵	۴	بیشتر از ۶۰	
۹۰/۷	۲۴۵	کمتر از ۵ میلیون تومان	درآمد مادر
۹/۳	۲۵	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	
۰	۰	بله (اعتیاد داشتن)	اعتیاد مادر
۱۰۰	۲۷۰	خیر (عدم اعتیاد)	
۴/۴	۱۲	۳۰-۴۰	سن پدر
۴۹/۳	۱۳۳	۴۰-۵۰	
۴۱/۹	۱۱۳	۵۰-۶۰	
۴/۴	۱۲	بیشتر از ۶۰	
۶۰/۷	۱۶۴	کمتر از ۵ میلیون تومان	درآمد پدر
۳۵/۹	۹۷	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	
۳/۳	۹	بیشتر از ۱۰ میلیون تومان	
۳/۷	۱۰	بله (اعتیاد داشتن)	اعتیاد پدر
۹۶/۳	۲۶۰	خیر (عدم داشتن)	
۲۱/۵	۵۸	بله	سابقه جدایی از والدین
۷۸/۵	۲۱۲	خیر	
۹/۳	۲۵	بله	سابقه جدایی والدین از همدیگر
۹۰/۷	۲۴۵	خیر	
۷۵/۹	۲۰۵	بله	علاقه به رشته تحصیلی خود
۲۴/۱	۶۵	خیر	
۳/۷	۱۰	پدر	سابقه ازدواج مجدد والدین
۲/۲	۶	مادر	
۹۴/۱	۲۵۴	هیچ‌کدام	

مقیاس‌ها به ترتیب: رانندگی خطرناک $۲/۹۵+۰/۴۵$ ، خشونت $۳/۳۶+۰/۴۶$ ، سیگار کشیدن $۳/۹۲+۰/۴۹$ ، مصرف مواد مخدر $۴/۱۰+۱۷/۴۸$ ، مصرف الکل $۳/۹۲+۰/۴۸$ ، دوستی با جنس مخالف $۲/۱۰+۸۸/۵۱$ و رابطه و رفتار جنسی پرخطر $۳/۵۳+۰/۵۲$ بود که در جدول ۲ درج شده است.

میانگین نمره هوش هیجانی، برابر $۳/۱۰+۰/۱۹$ و میانگین هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب: خودآگاهی $۳/۳۷+۰/۳۲$ ، خودتنظیمی $۲/۹۹+۰/۳۶$ ، خودانگیختگی $۳/۱۰+۰/۳۴$ ، همدلی $۲/۷۱+۰/۴۰$ ، مهارت‌های اجتماعی $۳/۲۷+۰/۴۷$ بود. همچنین میانگین رفتار پرخطر $۳/۶۰+۰/۲۵$ و میانگین هریک از زیر

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی و رفتار پرخطر و زیر مقیاس‌های آنها

متغیر	زیرمقیاس	میانگین و انحراف معیار
هوش هیجانی	خودآگاهی	$۳/۳۷+۰/۳۲$
	خودتنظیمی	$۲/۹۹+۰/۳۶$
	خودانگیختگی	$۳/۱۰+۰/۳۴$
	همدلی	$۲/۷۱+۰/۴۰$
	مهارت‌های اجتماعی	$۳/۲۷+۰/۴۷$

۳/۱۰+۰/۱۹	هوش هیجانی (کل)	رفتار پر خطر
۲/۹۵+۰/۴۵	رانندگی خطرناک	
۳/۳۶+۰/۴۶	خشونت	
۳/۹۲+۰/۴۹	سیگار کشیدن	
۴/۱۷+۰/۴۸	مصرف موادمخدر	
۳/۹۲+۰/۴۸	مصرف الکل	
۲/۸۸+۰/۵۱	دوستی با جنس مخالف	
۳/۵۳+۰/۵۲	رابطه و رفتار جنسی	
۳/۶۰+۰/۳۵	رفتار پر خطر (کل)	

بر اساس جدول ۳ متغیر هوش هیجانی بر اساس متغیرهای دموگرافیکی گزارش گردیده است گزارش شد. همچنین در جدول ۴ متغیر رفتار پرخطر برحسب اطلاعات دموگرافیکی گزارش شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره هوش هیجانی برحسب متغیرهای دموگرافیکی

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین و انحراف معیار	آماره آزمون	سطح معناداری
جنسیت	زن	۱۶۴(۶۰/۷)	۳/۰+۰/۹/۳۵	-۰/۳۰۷	*۰/۷۵۹
	مرد	۱۰۶(۳۹/۳)	۳/۰+۰/۱۱/۴۲		
سن	کمتر از ۱۸	۲(۰/۷)	۳/۰+۰/۱۲/۰۸	۰/۲۶۰	**۰/۱۸۵۴
	۱۸-۲۰	۹۶(۳۵/۶)	۳/۰+۰/۱۳/۳۷		
	۲۰-۲۲	۹۴(۳۴/۸)	۳/۰+۰/۷/۳۹		
	بیشتر از ۲۲	۷۸(۲۸/۹)	۳/۰+۰/۹/۳۸		
رشته	پرستاری	۹۴(۳۴/۸)	۳/۰+۰/۱۵/۴۳	۱/۲۱	***۰/۳۰۳
	اتاق عمل	۷۹(۲۹/۳)	۳/۰+۰/۸/۳۹		
	مامایی	۴۰(۱۴/۸)	۳/۰+۰/۱/۳۷		
مقطع	علوم آزمایشگاهی	۱۸(۶/۷)	۳/۰+۰/۱۳/۱۹	۰/۱۵۲۵	*۰/۶۰۰
	دامپزشکی	۳۹(۱۴/۴)	۳/۰+۰/۷/۲۹		
	کارشناسی	۲۳۱(۸۵/۶)	۳/۰+۰/۱۰/۳۹		
ترم	دکتری	۳۹(۱۴/۴)	۳/۰+۰/۷/۲۹	۲/۸۸	**۰/۰۵۸
	۶-۱	۲۵۰(۹۲/۶)	۳/۰+۰/۱۱/۳۸		
وضعیت تأهل	۸-۶	۷(۲/۶)	۳/۰+۰/۴/۱۹	۲/۲۳	*۰/۰۲۶
	بالتر از ۸	۱۳(۴/۸)	۲/۰+۰/۸۶/۲۵		
محل سکونت	مجرد	۲۴۳(۹۰)	۳/۰+۰/۱۱/۳۸	-۰/۱۶۹	*۰/۸۶۶
	متاهل	۲۷(۱۰)	۲/۰+۰/۹۴/۳۳		
چندمین فرزند خانواده	شهر	۲۴۰(۸۸/۹)	۳/۰+۰/۱۰/۳۸	۳/۲۰	**۰/۰۴۲
	روستا	۳۰(۱۱/۱)	۳/۰+۰/۱۱/۳۷		
	۲-۱	۲۱۲(۷۸/۵)	۳/۰+۰/۸/۳۸		
تعداد خواهر و برادر	۳-۲	۴۹(۱۸/۱)	۳/۰+۰/۱۲/۳۵	۲/۲۵	**۰/۰۸۳
	بیشتر از ۳	۹(۳/۳)	۳/۰+۰/۴۰/۳۹		
	کمتر از ۱	۱۴۹(۵۵/۲)	۳/۰+۰/۱۳/۳۹		
	۲-۱	۸۲(۳۰/۴)	۳/۰+۰/۱/۳۲		
	۳-۲	۱۷(۶/۳)	۳/۰+۰/۱۳/۳۹		
	بیشتر از ۳	۲۲(۸/۱)	۳/۰+۰/۱۸/۴۴		

۰/۲۳۶**	۱/۳۹	۲/۰+۹۲/۴۶	۳(۱/۱)	کمتر از ۳۰	سن مادر
		۲/۰+۹۹/۴۳	۲۹(۱۰/۷)	۴۰-۳۰	
		۳/۰+۱۴/۳۷	۱۶۲(۶۰)	۵۰-۴۰	
		۳/۰+۰۶/۳۶	۷۲(۲۶/۷)	۶۰-۵۰	
۰/۲۸۶*	۱/۰۶	۲/۰+۹۸/۰۸	۴(۱/۵)	بیشتر از ۶۰	درآمد مادر
		۳/۰+۱۱/۳۸	۲۴۵(۹۰/۷)	کمتر از ۵ میلیون تومان	
		۳/۱+۰۲/۰۶	۲۵(۹/۳)	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	
۰/۲۲۵**	۱/۴۶	۲/۰+۸۸/۳۸	۱۲(۴/۴)	۴۰-۳۰	سن پدر
		۳/۰+۱۱/۳۷	۱۳۳(۴۹/۳)	۵۰-۴۰	
		۳/۰+۱۱/۳۷	۱۱۳(۴۱/۹)	۶۰-۵۰	
		۳/۰+۰۶/۵۳	۱۲(۴/۴)	بیشتر از ۶۰	
۰/۲۲۴**	۱/۵۰	۳/۰+۱۲/۴۰	۱۶۴(۶۰/۷)	کمتر از ۵ میلیون تومان	درآمد پدر
		۳/۰+۰۵/۳۴	۹۷(۳۵/۹)	۵-۱۰ میلیون تومان	
		۳/۰+۲۴/۳۴	۹(۳/۳)	بیشتر از ۱۰ میلیون تومان	
۰/۴۳*	۰/۷۸۶-	۳/۰+۰۷/۳۰	۵۸(۲۱/۵)	بله	سابقه جدایی از والدین
		۳/۰+۱۱/۴۰	۲۱۲(۷۸/۵)	خیر	
۰/۸۶۷*	۰/۱۶۹-	۳/۰+۰۹/۲۵	۲۵(۹/۳)	بله	سابقه جدایی والدین از همدیگر
		۳/۰+۱۰/۳۹	۲۴۵(۹۰/۷)	خیر	
۰/۴۱۲*	۰/۸۲۱	۳/۰+۱۱/۳۹	۲۰۵(۷۵/۹)	بله	علاقه به رشته تحصیلی
		۳/۰+۰۶/۳۴	۶۵(۲۴/۱)	خیر	
۰/۵۶۵**	۰/۵۷۲	۳/۰+۰۱/۲۶	۱۰(۳/۷)	پدر	سابقه ازدواج مجدد والدین
		۳/۰+۲۲/۰۸	۶(۲/۲)	مادر	
		۳/۰+۱۰/۳۸	۲۵۴(۹۴/۱)	هیچکدام	

*آزمون t مستقل **آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA)

جدول ۴. مقایسه میانگین رفتار پرخطر بر حسب اطلاعات دموگرافیک

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین و انحراف معیار	آماره آزمون	سطح معناداری
جنسیت	زن	۱۶۴(۶۰/۷)	۳/۰+۷۴/۶۴	۴/۷۹	۰/۰۰۱*
	مرد	۱۰۶(۳۹/۳)	۳/۰+۳۹/۵۲		
سن	کمتر از ۱۸	۲(۰/۷)	۳/۰+۶۱/۷۲	۰/۱۷۵	**۰/۹۱۳
	۲۰-۱۸	۹۶(۳۵/۶)	۳/۰+۵۶/۵۸		
	۲۲-۲۰	۹۴(۳۴/۸)	۳/۰+۶۳/۶۴		
	بیشتر از ۲۲	۷۸(۲۸/۹)	۳/۰+۶۱/۶۵		
رشته	پرستاری	۹۴(۳۴/۸)	۳/۰+۶۸/۶۴	۷/۳۹	**۰/۰۰۱
	اتاق عمل	۷۹(۲۹/۳)	۳/۰+۷۷/۶۴		
	مامایی	۴۰(۱۴/۸)	۳/۰+۵۸/۵۳		
	علوم آزمایشگاهی	۱۸(۶/۷)	۳/۰+۲۸/۶۰		

			۳/۰+۲۲/۳۸	۳۹(۱۴/۴)	دامپزشکی
			۳/۰+۶۶/۶۳	۲۳۱(۸۵/۶)	کارشناسی
۰/۰۰۱ *	۵/۹۵		۳/۰+۲۲/۳۸	۳۹(۱۴/۴)	دکتری
			۳/۰+۶۳/۶۲	۲۵۰(۹۲/۶)	۶-۱
۰/۰۰۴ **	۵/۶۸		۲/۰+۹۲/۶۰	۷(۲/۶)	۸-۶
			۳/۰+۳۵/۳۱	۱۳(۴/۸)	بالاتر از ۸
۰/۲۳۹ *	۱/۱۸		۳/۰+۶۲/۶۱	۲۴۳(۹۰)	مجرد
			۳/۰+۴۷/۶۵	۲۷(۱۰)	متاهل
۰/۰۱۴ *	۲/۴۶		۳/۰+۶۳/۶۲	۲۴۰(۸۸/۹)	شهر
			۳/۰+۳۴/۵۱	۳۰(۱۱/۱)	روستا
			۳/۰+۵۷/۶۲	۲۱۲(۷۸/۵)	۲-۱
۰/۰۱۷ **	۴/۱۱		۳/۰+۶۴/۵۹	۴۹(۱۸/۱)	۳-۲
			۴/۰+۱۶/۴۳	۹(۳/۳)	بیشتر از ۳
			۳/۰+۵۳/۶۰	۱۴۹(۵۵/۲)	کمتر از ۱
۰/۰۰۱ **	۷/۸۱		۳/۰+۵۲/۶۰	۸۲(۳۰/۴)	۲-۱
			۳/۰+۹۸/۵۳	۱۷(۶/۳)	۳-۲
			۴/۰+۰۷/۶۰	۲۲(۸/۱)	بیشتر از ۳
			۳/۰+۶۵/۵۷	۱۸۹(۷۰)	خانه دار
			۳/۰+۶۴/۹۰	۱۶(۵/۹)	کارمند
۰/۰۳۹ **	۲/۵۶		۲/۰+۵۳/۶۵	۵۱(۱۸/۹)	دبیر
			۳/۰+۰۹/۵۶	۳(۱/۱)	بازنشسته
			۳/۰+۱۳/۶۲	۱۱(۴/۱)	کادر درمان
			۳/۰+۸۸/۸۱	۳(۱/۱)	کمتر از ۳۰
			۳/۰+۵۸/۶۹	۲۹(۱۰/۷)	۴۰-۳۰
۰/۱۳۱ **	۱/۷۹		۳/۰+۵۳/۶۳	۱۶۲(۶۰)	۵۰-۴۰
			۳/۰+۷۵/۵۵	۷۲(۲۶/۷)	۶۰-۵۰
			۳/۰+۶۳/۳۷	۴(۱/۵)	بیشتر از ۶۰
			۳/۰+۶۲/۶۳	۲۴۵(۹۰/۷)	کمتر از ۵ میلیون تومان
۰/۱ *	۱/۶۹		۳/۰+۴۴/۴۹	۲۵(۹/۳)	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان
			۴/۰+۰۱/۷۱	۴(۱/۵)	بیکار
			۳/۰+۵۷/۶۱	۱۱۸(۴۳/۷)	آزاد
			۳/۰+۶۴/۵۷	۲۵(۹/۳)	دبیر
۰/۱ **	۱/۷۹		۳/۰+۵۰/۷۱	۵۵(۲۰/۴)	کارمند
			۳/۰+۸۳/۴۷	۳۳(۱۲/۲)	بازنشسته
			۳/۰+۷۴/۵۰	۱۸(۶/۷)	نظامی
			۳/۰+۳۹/۶۴	۱۷(۶/۳)	کادر درمان
			۳/۰+۴۶/۹۳	۱۲(۴/۴)	۴۰-۳۰
۰/۰۰۲ **	۵/۱۸		۳/۰+۴۷/۶۱	۱۳۳(۴۹/۳)	۵۰-۴۰
			۳/۰+۷۵/۵۷	۱۱۳(۴۱/۹)	۶۰-۵۰
			۳/۰+۸۶/۴۱	۱۲(۴/۴)	بیشتر از ۶۰

		۳/۰+۷۲/۶۶	۱۶۴(۶۰/۷)	کمتر از ۵ میلیون تومان	
۰/۰۰۱ **	۸/۷۰	۳/۰+۴۰/۵۰	۹۷(۳۵/۹)	۵-۱۰ میلیون تومان	درآمد پدر
		۳/۰+۶۱/۵۱	۹(۳/۳)	بیشتر از ۱۰ میلیون تومان	
۰/۰۴۳ *	۲/۰۲-	۳/۰+۴۵/۷۳	۵۸(۲۱/۵)	بله	سابقه جدایی از والدین
		۳/۰+۶۴/۵۸	۲۱۲(۷۸/۵)	خیر	
۰/۰۰۱ *	۳/۳۱-	۳/۰+۲۱/۵۲	۲۵(۹/۳)	بله	سابقه جدایی والدین از همدیگر
		۳/۰+۶۴/۶۱	۲۴۵(۹۰/۷)	خیر	
۰/۰۶۴ *	۱/۸۶	۳/۰+۶۴/۶۱	۲۰۵(۷۵/۹)	بله	علاقه به رشته تحصیلی
		۳/۰+۴۸/۶۴	۶۵(۲۴/۱)	خیر	
۰/۰۰۲ **	۶/۴۵	۲/۰+۹۳/۴۶	۱۰(۳/۷)	پدر	سابقه ازدواج مجدد والدین
		۳/۰+۴۹/۵۲	۶(۲/۲)	مادر	
		۳/۰+۶۳/۶۱	۲۵۴(۹۴/۱)	هیچکدام	
		۳/۰+۳۴/۵۳	۲۳(۸/۵)	کمتر از ۱۴	
		۳/۰+۳۰/۴۷	۳۳(۱۲/۲)	۱۵-۱۴	
		۳/۰+۵۲/۵۸	۳۲(۱۱/۹)	۱۶-۱۵	
۰/۰۰۱ **	۵/۹۵	۳/۰+۷۶/۶۰	۶۳(۲۳/۳)	۱۷-۱۶	معدل
		۳/۰+۴۱/۷۱	۴۵(۱۶/۷)	۱۸-۱۷	
		۳/۰+۷۷/۶۰	۴۳(۱۵/۹)	۱۹-۱۸	
		۳/۰+۹۲/۴۹	۳۱(۱۱/۵)	بیشتر از ۱۹	

*آزمون t مستقل **آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA)

هیجانی به رفتار پرخطر به ترتیب در زیرمقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی ($r=0/395$) و خودآگاهی ($r=0/298$) مشاهده شد. جدول ۵ ضرایب همبستگی بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با رفتار پرخطر را نشان می‌دهد.

میان نمره هوش هیجانی و رفتار پرخطر، همبستگی مثبت و معناداری از نظر آماری وجود داشت ($r=0/244$ ، $p=0/001$). به این صورت که افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، رفتار پرخطر بیشتری انجام می‌دهند. این همبستگی در تمام زیرمقیاس‌های هوش هیجانی معنادار بود. در این مطالعه، بیشترین تأثیر هوش

جدول ۵. ضرایب همبستگی بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با رفتار پرخطر

متغیر	میانگین و انحراف معیار	R	سطح معناداری
خودآگاهی	۳/۳۷±۰/۶۳	۰/۲۹۸	۰/۰۰۱
خودتنظیمی	۲/۹۹±۰/۵۲	۰/۱۵۲	۰/۰۱۲
خودانگیزگی	۳/۱۰±۰/۵۱	۰/۱۸۲	۰/۰۰۳
همدلی	۲/۷۱±۰/۷۰	۰/۲۴۹	۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	۳/۲۷±۰/۷۰	۰/۳۹۵	۰/۰۰۱
هوش هیجانی	۳/۱۰±۰/۳۸	۰/۲۴۴	۰/۰۰۱

*آزمون همبستگی پیرسون

($p=0/001$) قادر به پیش‌بینی رفتار پرخطر بودند. همچنین در بین این مؤلفه‌ها مهارت‌های اجتماعی با مقدار β (۲۹۹/۰) از

نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی تنها همدلی ($p=0/001$) و مهارت‌های اجتماعی

هیجانی نشان می‌دهد.

بیشترین توان پیش‌بینی رفتار پرخطر برخوردار می‌باشد. جدول ۶ رگرسیون چندمتغیره رفتار پرخطر را برحسب مقیاس‌های هوش

جدول ۶. رگرسیون چندمتغیره رفتار پرخطر برحسب مقیاس‌های هوش هیجانی

متغیر	B	SE	Beta	t	Sig
مقدار ثابت	۲/۳۸۸	۰/۲۷۲	-	۸/۷۷۳	۰/۰۰۱
خودآگاهی	۰/۰۷۵	۰/۰۶۵	۰/۰۷۷	۱/۱۵۱	۰/۲۵۱
خودتنظیمی	۰/۱۱۸	۰/۰۷۴	۰/۰۹۹	۱/۶۰۲	۰/۱۱۰
خودانگیزگی	۰/۱۴۶	۰/۰۷۸	۰/۱۲۰	۱/۸۶۶	۰/۰۶۳
همدلی	-۰/۲۵۹	۰/۰۵۴	-۰/۲۹۳	-۴/۷۹۴	۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	۰/۲۶۴	۰/۰۵۱	۰/۲۹۹	۵/۱۴۶	۰/۰۰۱
توجه:	R=0/501	R2=0/251	ADJ.R2= 0/237		

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هوش هیجانی یکی از مهم‌ترین مفاهیم حیطه مدیریت می‌باشد. سالوی (۱۹۹۰) هوش هیجانی را توانایی فرد برای کنترل احساسات و هیجانات خود و دیگران، تمایز بین احساسات و هیجانات خود و دیگران و همچنین توانایی استفاده از این اطلاعات برای هدایت اعمال و افکار تعریف نمود [۲۶] گیلمن (۱۹۹۶) هوش هیجانی را یکی از توانمندی‌هایی که با موفقیت افراد رابطه مستقیم دارد و واجد پنج بعد شامل خودآگاهی، خودکنترلی، خودانگیزی، مهارت همدلی و مهارت اجتماعی است، توصیف کرده است [۲۷]. اهمیت هوش هیجانی و تأثیر آن در بروز رفتار پرخطر، پژوهش مقطعی حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر در دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه انجام گردید. نتایج رگرسیون چندمتغیره این مطالعه نشان داد که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی تنها همدلی ($p=0/001$) و مهارت‌های اجتماعی ($p=0/001$) قادر به پیش‌بینی رفتار پرخطر دانشجویان بودند و در بین این مؤلفه‌ها مهارت‌های اجتماعی با مقدار ($B=0/299$) از بیشترین توان پیش‌بینی رفتار پرخطر برخوردار بود.

نتایج آزمون فرضیه بین جنسیت، رشته و مقطع تحصیلی، محل سکونت، چندمین فرزند خانواده، تعداد خواهر و برادر، شغل مادر، تحصیلات مادر، سن پدر، درآمد پدر، سابقه جدایی از والدین، سابقه جدایی والدین از همدیگر، سابقه ازدواج مجدد والدین و معدل و رفتارهای پرخطر ارتباط معناداری نشان داد. رفتار پرخطر در گروه سنی ۲۲-۲۰ بیشتر از سایر گروه‌های سنی و در مجردها بیشتر از متأهلین و در زنان بیشتر از مردان بود که

مهم‌ترین عامل توجه این تفاوت می‌تواند ابتلا بیشتر دانش‌جویان دختر به ناراحتی‌های روحی و روانی باشد [۲۸]. نتایج مطالعه Jaspal (۲۰۲۱) در انگلستان، بالا بودن میزان رفتار پرخطر دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان اتحادیه اروپا را گزارش کرد که این نتایج با نتایج مطالعه ما همسو می‌باشد [۲۹]. احمدی (۱۳۹۴) نشان داد که میزان بروز رفتار پرخطر در مردها بیشتر از زنان است که با نتایج مطالعه ما کاملاً متفاوت بود.

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سن و بروز رفتار پرخطر مشاهده نگردید و نتایج مطالعه ما در مقایسه با مطالعه صفری [۳۰]، حسن‌پور [۳۱] و حمه مراد [۳۲] نیز کاملاً همسو بود و نشان داد که بین هوش هیجانی و سن رابطه، معناداری وجود ندارد، رحمانی کاهش یافتن بروز رفتارهای پرخطر را با افزایش سن گزارش کرد که با نتایج پژوهش اخیر غیرهم‌سو است.

از نتایج قابل‌توجه مطالعه حاضر، تفاوت آماری معنادار در بالاتر بودن میانگین نمره هوش هیجانی در دانشجویان مجرد نسبت به متأهلین بود در حالی که در نتایج مطالعه حمه مراد [۳۳]، احتشام‌زاده [۳۴] و محمدی [۳۵] تفاوت معناداری میان دانشجویان مجرد و متأهل با میانگین نمره هوش هیجانی مشاهده نشد. قادری [۳۶] نیز نشان داد که افراد متأهل، تفاوت معناداری در نمره هوش هیجانی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند و علت را ناشی از تفاوت ابزار مورداستفاده و زیرمقیاس‌های آنها و همچنین نحوه سطح بندی هوش هیجانی بوده باشد.

در این مطالعه، نمره کل هوش هیجانی برحسب محل سکونت، تفاوت معناداری نداشت که این نتایج با یافته‌های مطالعه سبزی هم‌خوانی دارد ولی با مطالعه حمه مراد [۳۳] ناهمسو است و این اختلاف می‌تواند به علت استفاده از مقیاس‌های سنجش مختلف

و تفاوت در رشته و دانشگاه محل تحصیل باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمره هوش هیجانی با معدل دانشجویان، ارتباط آماری معناداری وجود دارد و این نتایج مشابه یافته‌های حاصل از پژوهش‌های حمه مراد [۳۳]، ثمری [۳۷] و پارکر [۳۸] می‌باشد در حالی که با یافته‌های چینی‌پردازان [۳۹] و حاج باقری [۴۰] متفاوت است. با توجه به عواملی نظیر نحوه استرس کنکور دانشگاه‌ها، آزمون‌ها و ارزشیابی دانشجویان در طول تحصیل، نوع آموزش و رشته‌های تحصیلی و میزان علاقه دانشجویان به رشته تحصیلی در دانشگاه‌ها، تأثیر هوش هیجانی در آموزش می‌تواند بسیار متفاوت باشد و برعکس نظام‌های مختلف آموزشی و نحوه ارزشیابی در دانشگاه‌ها نیز می‌توانند در ایجاد تفاوت در میزان هوش هیجانی مطالعات مختلف تأثیرگذار باشد. بر اساس گزارش تمنایی فر [۴۱] هیچ ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی وجود نداشت. بنابراین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که ساختارهای تحصیلی کنونی با عملکردهای شناختی به‌ویژه ظرفیت‌های حافظه و یادگیری شخصی کاملاً در ارتباط نمی‌باشد در حالی که هوش هیجانی با موفقیت فرد در ایجاد روابط بین فردی ارتباط بیشتری دارد. بنابراین، کسب نمره بالا در هوش هیجانی، تنها قادر به پیش‌بینی موفقیت فرد می‌باشد و پیشرفت تحصیلی افراد می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعدد و متفاوتی قرار داشته باشد. در خصوص ارتباط میان هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی می‌توان چنین استنباط کرد که هوش هیجانی، توانایی درک، توصیف، دریافت و کنترل هیجان‌ها را بر عهده دارد و افرادی که بهره هوش هیجانی بالاتری دارند، غالباً در تحصیلات، زندگی شخصی و اجتماعی از شانس موفقیت بیشتری برخوردار هستند، همچنین می‌توان چنین نتیجه گرفت که افرادی که دارای میانگین نمره هوش هیجانی بیشتری نسبت به سایرین هستند می‌توانند پیشرفت تحصیلی بهتری داشته باشند.

علی‌زاده [۴۲] و افشاری [۴۳] نشان دادند که تمامی رفتارهای پرخطر شامل مصرف الکل، دوستی با جنس مخالف و استفاده از مواد مخدر و روان‌گردان، جنسیت (پسر)، تحصیلات مادر (دانشگاهی)، رشته تحصیلی (انسانی) و درآمد خانواده (زیر ۲۰۰ هزار تومان) بیشترین واریانس رفتار پرخطر را به خود اختصاص می‌دهد. ارتباط تنگاتنگ میان هوش هیجانی و رفتارهای پرخطر، زنگ خطر را برای متولیان سلامت اجتماعی و نهادهایی مانند خانواده، آموزش عالی و آموزش و پرورش به صدا در می‌آورد که با صرف هزینه کمتر و در زمان کوتاه‌تری، نسبت به شناسایی ریشه‌ای رفتارهای پرخطر اقدام کنند تا از بروز این رفتارها در

جامعه دانشجویی کشور پیشگیری شود. با تأکید بر آموزش دانشجویان، استادان و والدین می‌توان به این هدف دست یافت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین ابعاد مهارت‌های اجتماعی و خودآگاهی هوش هیجانی با رفتار پرخطر دانشجویان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و با افزایش مهارت‌های اجتماعی و خودآگاهی، هوش هیجانی و رفتار پرخطر دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه افزایش می‌یافت، در حالی که ارتباط معناداری میان سایر ابعاد هوش هیجانی با بروز رفتار پرخطر وجود نداشت. افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، بهترین وضعیت سلامت روانی-اجتماعی را دارند و بهتر از سایرین می‌توانند در زمینه شناخت و مدیریت احساسات و هیجانات عمل کنند و قدرت بیشتری در برقراری رابطه مناسب با مخاطبین و رضایت و نگرش مثبت بیشتری به زندگی داشته باشند.

نتایج این مطالعه وضعیت بروز رفتارهای پرخطر با هوش هیجانی دانشجویان را دارای رابطه منفی معناداری نشان داد. تقویت هوش هیجانی دانشجویان می‌تواند از آثار مخرب بروز رفتارهای پرخطر بر پیشرفت تحصیلی آنان جلوگیری کند. هوش هیجانی می‌تواند همانند یک شمشیر دو لبه عمل کند از این رو برنامه‌ریزی صحیح برای مدیریت هوش هیجانی دانشجویان و در راستای ارتقای ابعاد مختلف هوش هیجانی و کاهش آثار مخرب رفتارهای پرخطر، امری بسیار ضروری است و مسئولین و متولیان امور دانشگاه‌ها باید با برگزاری کارگاه‌های تخصصی و توجیهی، به‌ویژه برای دانشجویان جدیدالورود، شیوه‌های صحیح ارتقای هوش هیجانی و استفاده بهینه ابعاد مختلف هوش هیجانی را در کاهش رفتارهای پرخطر فراهم کنند. محدودیت‌های این مطالعه شامل مقطعی بودن، سؤالات بسیار و به تبع آن پاسخ‌های زیاد، وجود افرادی با ویژگی‌های مختلف فردی، اجتماعی و فرهنگی در جمعیت موردنظر بود. همچنین از محدودیت‌های دیگر این مطالعه، تمایل پایین دانشجویان برای شرکت کردن در تحقیق بود و برای کاستن این محدودیت‌ها به دانشجویان این اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه خواهد ماند و در هر زمان از مطالعه می‌توانند خارج شوند. تکمیل نکردن کامل فرم‌ها نیز منجر به حذف تعدادی از شرکت‌کنندگان گردید. محدودیت دیگر در توزیع و تکمیل پرسش‌نامه بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه دانشجویان و خانواده‌های آنان که در انجام این پژوهش همکاری لازم را داشتند، سپاسگزارند. این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد

تحقیق وجود ندارد.

و تحت حمایت مادی و معنوی معاونت پژوهشی و فناوری این دانشگاه انجام گردیده است. هیچ‌گونه تعارض منافی در این

References

- [1]. Malekshahi F, Moumennasab M. The Effects of High-Risk-Behavior Prevetion Educational Program on the Knowledge and Attitude of School Health Trainers in Khoramabad in 2005.9(2): p. 47-54. (Persian)
- [2]. Zadehmohammadi A, Ahmadabadi ZO. The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran. Journal of Family Research. 2008 ;4(13):87-100. (Persian)
- [3]. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. American journal of preventive medicine. 2004;27(3):224-31. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.001>
- [4]. Sahimi Izadian E. Drug use condition among school students in Iran. Social Welfare Quarterly. 2006;5(19):9-30.
- [5]. Flisher AJ, Chalton DO. Adolescent contraceptive non-use and covariation among risk behaviors. Journal of Adolescent Health. 2001;28(3):235-41. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00157-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00157-9)
- [6]. Baskin-Sommers A, Sommers I. The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. Journal of Adolescent Health. 2006;38(5):609-11. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00157-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00157-9).
- [7]. Heydari ST, Izedi S, Sarikhani Y, Kalani N, Akbary A, Miri A, Mahmoodi M, Akbari M. The prevalence of substance use and associated risk factors among university students in the city of Jahrom, Southern Iran. International journal of high risk behaviors & addiction. 2015;4(2). (Persian)
- [8]. Maghsoudi, A., et al., Estimating the prevalence of HRB using network scale-up method in university students of Larestan in 2014. Journal of Substance Use. 2017; 22(2):145-148. (Persian)
- [9]. Aliverdinia, A., The Study of High Risk Behaviors among University Students from Sociological Perspective. Journal of Social Development, 2013;7(3):123-154. (Persian)
- [10]. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. Journal of Studies on Alcohol, supplement. 2002; (14):101-17. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.101>
- [11]. Hansen RJ, Ponton LE. Handbook of adolescent health risk behavior. Springer Science & Business Media; 1996. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0203-0>
- [12]. Ahmadi H, Moeini M. An investigation of the relationship between social skills and high risk behaviors among the youth: the case of Shiraz city. Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan. 2015;4(1):1-24. (Persian)
- [13]. Ganji, H., Psychology of individual differences. 1993, Beasat (In Persian).
- [14]. Mayer, J.D. and P. Salovey, The intelligence of emotional intelligence. 1993, JAI. [https://doi.org/10.1016/0160-2896\(93\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0160-2896(93)90010-3)
- [15]. Goleman, D., Emotional intelligence: Issues in paradigm building. The emotionally intelligent workplace, 2001; 13: 26.
- [16]. Mishar, R. and Y.R. Bangun, Create the EQ modelling instrument based on Goleman and Bar-on models and psychological defense mechanisms. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2014. 115: p. 394-406. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.446>
- [17]. Carter P. Test your EQ: assess your emotional intelligence with 22 personality questionnaires. Kogan Page Publishers; 2009.
- [18]. Ashforth, B.E., Reuven Bar-On and James DA Parker. The Handbook of Emo. ROBERT G. JONES, 2001: p. 721. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2001.tb00230.x>
- [19]. Ghamar M, Shamsolmolok J, Mohammad F. The effect of emotional intelligence on communication skills of nursing students. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(1):27-32. (Persian)
- [20]. Cherniss, C., Emotional intelligence and organizational effectiveness. The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations, 2001: p. 27-44.
- [21]. Cherniss, C. Adler, M. Promoting emotional intelligence in organizations: Make training in emotional intelligence effective. American Society for Training and Development. 2000.
- [22]. Todres M, Tsimitsiou Z, Stephenson A, Jones R. The emotional intelligence of medical students: an exploratory cross-sectional study. Medical teacher. 2010;32(1):e42-8. <https://doi.org/10.3109/01421590903199668>
- [23]. Ahmadi S, Baradaran TR, Hosseini MA, Mehrabian F. The study of emotional intelligence in medical & dentistry students of international branch of Guilan University of Medical Sciences in 2013;6(2): p. 1-10. (Persian)
- [24]. Mansouri R. Emotional Intelligence Questionnaire Sybrya Schering standardization among students at Tehran University [master's thesis]. Tehran, Iran: University of Allameh Tabatabai. 2000. (Persian)
- [25]. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2011;17(3). (Persian)
- [26]. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality. 1990;9(3):185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD>
- [27]. Goleman D. Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. Bloomsbury Publishing; 1996.
- [28]. Stallman HM. Psychological distress in university students: A comparison with general population data. Australian psychologist. 2010;45(4):249-57. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>
- [29]. Jaspal R, Lopes B, Wignall L, Bloxson C. Predicting sexual risk behavior in British and European union university students in the United Kingdom. American Journal of Sexuality Education. 2021;16(1):140-59. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1869129>
- [30]. Safari Dehnavi Y, Abedi A. Correlation between emotional intelligence, cognitive intelligence, and Managers Job performance at LENJAN schools. New Educational Approaches. 2012;7(2):121-40. (Persian)
- [31]. Hasanpour M, Ghaedi Heidari F, Hasanzadeh A. Emotional intelligence of nursing students in different educational levels. Journal of Nursing Education. 2017;6(2):33-40. <https://doi.org/10.21859/jne-06025>
- [32]. Khoo TS, Jamal R, Abdul Ghani NA, Alauddin H, Hussin NH, Abdul Murad NA. Retention of somatic memory associated with cell identity, age and metabolism in induced pluripotent stem (iPS) cells reprogramming. Stem cell reviews and reports. 2020;16(2):251-61. <https://doi.org/10.1007/s12015-020-09956-x>
- [33]. Hamah-Morad J, Mostafazadeh A, Areshtanab HN, Ebrahimi H, Bostanabad MA, Hosseinzadeh M. The use of virtual social networks and the relationship to emotional intelligence among nursing students. Journal

- of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi. 2021;12(4). <https://doi.org/10.14744/phd.2021.14237>
- [34]. Ehteshamzadeh, P., study of comparing the emotional stability level between married and single female students. Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, : Mashhad 2007. (Persian)
- [35]. Mohammadi, M., Z. Amini Rastabi, and M. Mahmoodi, Evaluation and comparison of emotional intelligence of single and married students of Payame Noor University, in Second National Conference on Law, Social Sciences and Humanities, Psychology and Counseling. 2017;Civilica: Tehran- Iran. (Persian)
- [36]. Ghaderi M, Nasiri M, Zakeri Y, Khedri Meirghaidi R. Assessment of emotional intelligence in Ahvaz Universities students in 2014. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;14(5):379-92. (Persian)
- [37]. Samari AA, Tahmasbi F, The study of correlation between emotional intelligence and academic
- [38]. achievement among university students, The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2007; 9(35-36): 121-8. (Persian)
- [39]. Parker JD, Summerfeldt LJ, Hogan MJ, Majeski SA. Emotional intelligence and academic success: Examining the transition from high school to university. Personality and individual differences. 2004;36(1):163-72. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00076-X)
- [40]. Chinipardaz Z, Ghafourian Boroujerdni M, Pasalar P, Shiravy Khozany A, Keshavarz A. Investigation of Emotional Intelligence and Its Relationship with Academic Achievement in Medical Students of Tehran University of Medical Sciences in 20082009. Strides in Development of Medical Education. 2012;8(2):167-72. (Persian)
- [41]. Adib-Hajbaghery M, Lotfi MS. The association of emotional intelligence with academic achievement and characteristics of students of Kashan university of medical sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2013;13(9):703-10. (Persian)
- [42]. Tamanaifar MR, Sedighi Arfai F, Salami Mohammad Abadi F. The relationship of emotional intelligence, self concept and self esteem to academic achivenment. Quarterly journal of research and planning in higher education. 2011;16(2):99-113. (Persian)
- [43]. Zadehmohammadi A, Ahmadabadi ZO. The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran. Journal of Family Research. 2008;4(13):87-100. (Persian)
- [44]. Afshari A, Barzegari A, Esmali A. Prevalence of high-risk behaviors among students based on demographic variables. Journal of Psychology New Ideas. 2017;1(4):29-42. (Persian)