

MONIKA TYSZKIEWICZ-BANDUR<sup>1,2</sup>, MACIEJ WALKIEWICZ<sup>3</sup>, MAŁGORZATA TARTAS<sup>3</sup>, JUSTYNA BANKIEWICZ-NAKIELSKA<sup>1,2</sup>

## Kompetencje emocjonalne i społeczne wśród studentów kierunków medycznych

Emotional and social competencies among medical students

<sup>1</sup>Ośrodek Treningu Psychologicznego dla lekarzy KOHERENCIA

<sup>2</sup>Katedra Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>3</sup>Katedra Psychologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

### KEYWORDS

emotional intelligence, medical education, medical students, professional role

### SUMMARY

**Introduction.** The research data indicate that emotional intelligence in medical profession is associated with the level of stress, motivation to work and quality of teamwork, as well as job satisfaction, work effectiveness and patient satisfaction.

**Aim.** The aim of this study is to compare the level of emotional intelligence and social competencies among medical students and other medical studies. An additional objective is to compare these variables between male and female population of students.

**Material and methods.** 328 students of the Pomeranian Medical University in Szczecin, Poland took part in the research. Emotional intelligence was assessed by the Emotional Intelligence Inventory – DINEMO (Matczak, Jaworska). Social competencies were assessed by the Social Competence Questionnaire – KKS (Matczak).

**Results.** Medical students achieved lower scores of emotional intelligence than other students, in the ability to: recognize, understand and respect other people's emotions and also awareness of themselves and express their own emotions. What is more, medical students received lower scores in the area of social competence on intimate situations. In general, female students had a higher level of emotional intelligence and social skills than male, except in situations requiring assertiveness.

**Conclusions.** The study has identified deficits of emotional intelligence and social competence with intimate situations among medical students.

### WPROWADZENIE

Termin „inteligencja emocjonalna” (IE) oznacza: zdolność spostrzegania, oceny i wyrażania emocji w trafny i przystosowany sposób, zdolność rozumienia emocji i wiedzy o nich, zdolność docierania do i/lub wzbudzania emocji, które wspomagają aktywność poznawczą oraz zdolność kontrolowania emocji własnych i innych ludzi (1). Od momentu pojawienia się w psychologii pojęcia „inteligencji emocjonalnej” mija ćwierć wieku (2). W tym czasie koncepcja zyskała ogromną popularność, widoczną zarówno w badaniach naukowych, jak również w zainteresowaniu praktyków. Wydaje się, że idea IE mogła być odpowiedzią na ważne ludzkie potrzeby i wiązała się z opozycją przeciwko dominacji konceptu inteligencji ogólnej (IQ). Mayer i Salovey sugerowali, że przetwarzanie informacji o emocjach wymaga innych umiejętności od tych, jakie są potrzebne

do przetwarzania informacji werbalnych, matematycznych czy wzrokowo-przestrzennych, używanych w tradycyjnych testach na inteligencję (1). Goleman wyakcentował tezę, że sukces w pracy i osiągnięcie ważnych celów życiowych nie wynika z inteligencji ogólnej (IQ), lecz właśnie emocjonalnej (IE) (3). Owa zdolność do rozpoznawania i radzenia sobie z emocjami własnymi i innych zaczęła stanowić przeciwwagę do przekonania, że wyłącznie czynniki genetyczne determinują granicę naszej inteligencji i wyznaczają powodzenie w życiu. Popularność pojęcia IE wynika również z faktu, że w przeciwieństwie do IQ, determinowana jest przez środowisko i może być rozwijana (4). Skuteczne radzenie sobie w życiu zależy od zintegrowanego działania wielu kompetencji emocjonalnych, a deficyty w spostrzeganiu i wyrażaniu emocji zaburzają rozwój i funkcjonowanie człowieka (5). Osoby, które lepiej rozpoznają i rozumieją swoje stany emocjonalne, są mniej depresyjne (6).

W prezentowanej pracy odwołujemy się również do koncepcji kompetencji społecznych, rozumianych jako umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych, powstające w toku treningu w rzeczywistych sytuacjach społecznych, których efektywność zależy od inteligencji emocjonalnej. Tak więc kompetencje społeczne i IE należą do tej samej grupy pojęć, choć należy wspomnieć, że intensywność treningu społecznego, w którym kształtowane są kompetencje emocjonalne, zależy również od takich zmiennych, jak osobowość czy temperament (7).

Badania wskazują, że w zawodach medycznych IE związana jest z efektywnością w pracy. Wysoki poziom IE negatywnie koreluje z poziomem stresu (8), a pozytywnie z motywacją do współpracy i jakością pracy zespołowej (9, 10), satysfakcją z pracy (11, 12) i co wydaje się być najważniejsze – z oceną satysfakcji pacjentów z opieki medycznej (13, 14). Satysfakcja zawodowa związana jest przede wszystkim z takimi elementami inteligencji emocjonalnej, jak „emocjonalna zrozumiałość” (ang. *emotional clarity*), czyli zdolności do rozumienia, nazywania i identyfikowania własnych emocji, oraz „emocjonalna naprawa” (ang. *emotional repair*), rozumianą jako umiejętność przerywania negatywnych, a podtrzymywania pozytywnych stanów emocjonalnych (15). Pracownicy sektora ochrony zdrowia uzyskujący wysokie wyniki w zakresie wymienionych obszarów IE odczuwają mniejszy stres, natomiast osoby z wysokimi wynikami na skali „skoncentrowanie na emocjach” (ang. *attention to emotions*) doświadczają większego stresu związanego z pracą (16). Warto także wspomnieć, iż u pracowników opieki zdrowotnej na szczeblu kierowniczym widoczny jest pozytywny związek inteligencji emocjonalnej z zaangażowaniem zawodowym (17).

Wyniki dotyczące związku inteligencji emocjonalnej z płcią w zawodach medycznych są sprzeczne. Większość badań sugeruje jednak, że inteligencja emocjonalna jest lepiej rozwinięta u kobiet (18-22). Pogląd na temat rozwoju IE wraz z wiekiem również znajduje swoje potwierdzenie w większości badań dotyczących zawodów medycznych. Poziom inteligencji emocjonalnej lekarzy koreluje dodatnio z ich wiekiem i doświadczeniem zawodowym (23). Można także zaobserwować intrygujące zjawisko dotyczące procesu edukacji lekarzy. Studenci kończący studia medyczne w porównaniu do tych rozpoczynających edukację uzyskują wyższe wyniki w zakresie zdolności do „rozumienia i analizy” oraz „regulacji emocji” (18).

## CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest porównanie poziomu inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych wśród studentów medycyny i innych kierunków medycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Dodatkowym celem jest porównanie wymienionych zmiennych ze względu na płeć badanych.

## MATERIAŁ I METODY

### Grupa badana

Badaniami objęto 328 studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie: 181 studentów medycyny ( $M = 21 \pm 0,8$ ) oraz 147 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, promocja zdrowia, kosmetologia, ratownictwo, dietetyka ( $M = 22 \pm 2,0$ ). Badani wypełniali kwestionariusze poza zajęciami i oddawali je na kolejnych. Procedurę przeprowadziła osoba z zewnątrz (odsetek odpowiedzi 328/430 = 76%; kobiety = 68%).

### Narzędzia

Do oceny inteligencji emocjonalnej wykorzystano Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINE-MO (24) oparty na modelu Salovey i Mayer (2). Narzędzie przeznaczone jest do pomiaru podstawowych składowych inteligencji emocjonalnej, takich jak: zdolności do uzyskiwania przez jednostkę dostępu do własnych i cudzych emocji, respektowania ich i rozumienia ich funkcji, ocenianych na podstawie tego, jak badana osoba interpretuje różne emocjogenne sytuacje i jak skłonna jest na nie reagować. Kwestionariusz składa się z dwóch skal: interpersonalnej i intrapersonalnej. Skala dotycząca umiejętności interpersonalnych oznacza zdolność do rozpoznawania, rozumienia i respektowania emocji innych ludzi. Skala dotycząca umiejętności intrapersonalnych oznacza zdolność do uświadamiania sobie, rozumienia, respektowania i wyrażania własnych emocji. Kwestionariusz składa się z 33 pozycji testowych. Ocena dokonana jest na podstawie interpretacji różnych sytuacji wzbudzających emocje oraz skłonności osoby badanej do określonego reagowania na nie. Badany ma wybrać najbardziej typową dla siebie reakcję. Zawsze tylko jedna odpowiedź uznawana jest za prawidłową i uzyskuje 1 punkt. Wysoki wynik w skali dotyczącej umiejętności interpersonalnych uzyskują osoby trafnie rozpoznające emocje u innych ludzi. Rozumieją one reakcje emocjonalne innych i potrafią przewidzieć ich skutki, potrafią także skutecznie wpływać na stany emocjonalne innych. Wysokie wyniki w skali dotyczącej umiejętności intrapersonalnych uzyskują osoby uświadamiające sobie swoje stany emocjonalne, rozumiejące ich przyczyny, doceniające wartość informacyjną doświadczanych emocji oraz biorące je pod uwagę w podejmowaniu decyzji. Ponadto umiejące wyrażać swoje emocje w sposób dostosowany do wymagań sytuacji (24).

Do oceny kompetencji społecznych zastosowano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych – KKS. Narzędzie ocenia umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych, powstające w toku treningu w rzeczywistych sytuacjach społecznych, których efektywność zależy od inteligencji społecznej i emocjonalnej (7). Poszczególne pozycje kwestionariusza to określenia różnych czynności o charakterze społecznym, w których mają miejsce bezpośrednie kontakty interpersonalne. Diagnoza kompetencji społecznych odbywa się na trzech skalach czynnikowych:

1. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych: bliski kontakt interpersonalny, umiejętności związane z ujawnianiem, np. zwieraniem się z osobistych problemów lub wysłuchiowaniem zwierzeń.
2. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznych, czyli bycie obiektem uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób.
3. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, które oznaczają realizację własnych celów czy potrzeb poprzez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych.

Odpowiedzi dotyczące poszczególnych pozycji diagnostycznych są punktowane w skali od „1 – zdecydowanie źle” do „4 – zdecydowanie dobrze”. Otrzymany przez osobę badaną wynik łączny stanowi sumę punktów uzyskanych za odpowiedzi na wszystkie pytania diagnostyczne, minimalny wynik to 60 punktów, a maksymalny 240. Po przeliczeniu wyników surowych na wyniki stenowe, przy ocenie korzystamy z następującej kategoryzacji: steny 1-3 – wyniki niskie, steny 4-7 – wyniki przeciętne, steny 8-10 – wyniki

wysokie. Wysokie wyniki w KKS pozwalają wnosić o dobrych predyspozycjach badanego do pracy w zawodach czy na stanowiskach wymagających kontaktów z ludźmi, natomiast dla dobrego radzenia sobie w zawodach wymagających nawiązania głębszych relacji z ludźmi, między innymi w zawodach o charakterze opiekuńczym, szczególne znaczenie mają kompetencje mierzone skalą – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych (7).

## WYNIKI

Studenci Wydziału Lekarskiego uzyskali niższe niż studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu wyniki we wszystkich miarach inteligencji emocjonalnej mierzonej skalą DINEMO oraz niższe wyniki w zakresie kompetencji społecznych w sytuacjach intymnych (tab. 1).

Studentki charakteryzowały się wyższym od studentów poziomem w zakresie: ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej oraz w wymiarze interpersonalnym, a także wyższy wynik w zakresie kompetencji społecznych w sytuacjach intymnych (tab. 2).

Tab. 1. Średnie wyniki testu t-Studenta dla oceny inteligencji emocjonalnej a kierunek studiów

	Wydział Nauk o Zdrowiu N = 147 M ± SD	Wydział Lekarski N = 181 M ± SD	t (df = 326)	p
Ogólna inteligencja emocjonalna	20,50 ± 4,17	18,65 ± 4,61	3,769157	0,000194
inteligencja emocjonalna – intrapersonalna	8,96 ± 2,15	8,34 ± 2,36	2,466826	0,014145
inteligencja emocjonalna – interpersonalna	13,12 ± 3,31	11,66 ± 3,50	3,827384	0,000155
Ogólne kompetencje społeczne	177,24 ± 23,74	172,86 ± 22,96	1,690526	0,091883
kompetencje w sytuacjach intymnych	45,01 ± 6,30	42,22 ± 6,17	4,035615	0,000068
kompetencje społeczne – ekspozycja społ.	52,59 ± 9,37	52,34 ± 9,44	0,245105	0,806529
kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	47,37 ± 7,84	46,52 ± 8,04	0,960498	0,337516

Tab. 2. Średnie wyniki testu t-Studenta dla oceny inteligencji emocjonalnej a płeć

	Kobiety N = 249 M ± SD	Mężczyźni N = 79 M ± SD	t (df = 326)	p
Ogólna inteligencja emocjonalna	20,10 ± 4,38	17,51 ± 4,36	4,58942	0,000006
inteligencja emocjonalna – intrapersonalna	8,75 ± 2,28	8,20 ± 2,28	1,84867	0,065411
inteligencja emocjonalna – interpersonalna	12,89 ± 3,34	10,49 ± 3,34	5,56050	0,000000
Ogólne kompetencje społeczne	174,92 ± 24,64	174,53 ± 18,99	test Kolmogorowa-Smirnowa	p > 0,10
kompetencje w sytuacjach intymnych	44,21 ± 6,36	41,15 ± 5,90	3,78762	0,000181
kompetencje społeczne – ekspozycja społ.	52,19 ± 9,69	53,30 ± 8,40	-0,91870	0,358931
kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	46,29 ± 8,39	48,81 ± 6,02	test Kolmogorowa-Smirnowa	p < 0,025

W przypadku skali ogólnych kompetencji społecznych oraz tych w sytuacjach wymagających asertywności nie zostały spełnione założenia wymagane do zastosowania testu t-Studenta (na przykład o jednorodności wariancji). Dlatego przeprowadzono analizę w oparciu o test Kołmogorowa-Smirnowa dla porównania dwóch prób niezależnych. Weryfikacji poddano również hipotezę o jednakowych wartościach testów w obu badanych grupach. W efekcie kobiety wykazywały mniejsze kompetencje społeczne warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności niż mężczyźni.

## DYSKUSJA

Dla osoby wykonującej zawód medyczny wysokie kompetencje społeczne i dobra komunikacja wydają się być kluczem do skuteczności we współpracy z pacjentem. W prezentowanej pracy studenci Wydziału Lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w porównaniu ze studentami Wydziału Nauk o Zdrowiu uzyskali niższe wyniki w zakresie kompetencji społecznych dotyczących zachowań w sytuacjach intymnych. W zakresie kompetencji społecznych warunkujących zachowania w sytuacji ekspozycji społecznej oraz asertywności nie odnotowano znaczących różnic pomiędzy porównywanymi grupami. Powyższy wynik można interpretować tak, że studenci medycyny ujawniają mniejsze potencjały do radzenia sobie w warunkach bliskiego kontaktu interpersonalnego niż studenci innych kierunków medycznych. Ogólnie wysokie wyniki w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych pozwalają wnosić o dobrych predyspozycjach do pracy w zawodach wymagających kontaktów z ludźmi. Wynik dotyczący kompetencji społecznych w sytuacjach intymnych jest fundamentalny, gdyż odnosi się do umiejętności wymagających nawiązania pogłębionych emocjonalnie relacji z ludźmi. Wysokie kwalifikacje w tym obszarze określają dobre radzenie sobie w zawodach pomocowych (7).

Studenci medycyny ujawniają także niższe wyniki w zakresie inteligencji emocjonalnej, zarówno w obszarze intrapersonalnym, jak i interpersonalnym. Oznacza to, iż w porównaniu do studentów innych kierunków medycznych – mniej trafnie rozpoznają i rozumieją emocje u innych ludzi, w mniejszym zakresie potrafią przewidzieć

ich skutki, a także potrafią mniej skutecznie wpływać na stany emocjonalne innych. Mniej efektywnie uświadamiają sobie także swoje stany emocjonalne, rozumieją ich przyczyny, doceniają wartość informacyjną doświadczanych emocji, biorą je pod uwagę w podejmowaniu decyzji oraz potrafią wyrażać swoje emocje w sposób dostosowany do wymagań sytuacji. Wymienione powyżej cechy wydają się być niezbędne do wykonywania zawodu lekarza w sposób profesjonalny i zastanawiające są ich niższe kompetencje właśnie wśród studentów medycyny. Należy dodać, że umiejętność adekwatnego reagowania na emocjonalne zachowanie pacjenta czy też umiejętność stawiania granic są czynnikami przeciwdziałającymi wypaleniu zawodowemu. Ponadto uważa się, że inteligencja emocjonalna odgrywa główną rolę w rozwoju kompetencji emocjonalnych oraz umiejętności społecznych, a właściwości te są postrzegane jako szczególnie ważne dla zdrowia psychicznego (tab. 3) (25, 26).

Dodatkowym celem badania było porównanie różnic w poziomie inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych ze względu na płeć badanych. Zgodnie z przewidywaniami okazało się, że kobiety cechowały się wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych niż mężczyźni, z wyjątkiem sytuacji wymagających asertywności.

Wydaje się być uzasadnionym przypuszczenie, że inteligencja emocjonalna, podobnie jak inne rodzaje zdolności, powinna wykazywać związek z kierunkiem studiów i rodzajem zawodu. Związki tego rodzaju można próbować wyjaśniać tendencją ludzi do wybierania zawodu zgodnego z posiadanymi predyspozycjami, jak również treningiem doskonalącym określone zdolności. W odniesieniu do IE można sądzić, że wyższy niż przeciętny jej poziom powinien charakteryzować osoby, które dokonały wyboru zawodu silnie związanego z kontaktami z ludźmi lub są w trakcie jego studiowania, zwłaszcza zaś zawodów medycznych.

W tej perspektywie uzyskane wyniki zdają się nakłaniać do stawiania hipotez, że studenci Wydziału Lekarskiego dokonują wyboru kierunku studiów w oparciu o inne kryteria definiowania zawodu lekarza niż kryterium „zawodu pomocowego”. Zastanawiające jest także, w jakim stopniu studia medyczne stanowią środowisko, które potencjalnie

**Tab. 3.** Podsumowanie najważniejszych wyników w zakresie inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych wśród studentów kierunków medycznych

	Wydział Nauk o Zdrowiu	vs	Wydział Lekarski	Kobiety	vs	Mężczyźni
Ogólna inteligencja emocjonalna	↑		↓	↑		↓
inteligencja emocjonalna – intrapersonalna	↑		↓	–		
inteligencja emocjonalna – interpersonalna	↑		↓	↑		↓
Kompetencje w sytuacjach intymnych	↑		↓	↑		↓
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	–			↓		↑

pomagałoby w rozwoju kandydatów na przyszłych lekarzy w zakresie inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych. Sprowadzając te kwestie do praktyki klinicznej, można zatem postawić pytanie, na ile kandydaci do zawodu lekarza są gotowi do dialogu z pacjentem, który uwzględniałby i wykorzystywał aspekty emocjonalne obu partnerów interakcji. Istotna wydaje się również odpowiedź na pytanie, czy proces edukacji zapewnia studentom medycyny warunki do rozwoju umiejętności prowadzenia tego rodzaju dialogu. Wydaje się, że nie w pełni. W związku z tym, biorąc pod uwagę prezentowane dane, należałoby postulować, aby wśród studentów medycyny podkreślać wagę rozwijania umiejętności związanych z inteligencją emocjonalną. Podczas trwania studiów należałoby zwrócić szczególną uwagę na grupę mężczyzn, ze względu na ich niższe niż kobiet wyniki w tym obszarze.

## WNIOSKI

Studenci medycyny uzyskali niższe wyniki od studentów innych kierunków medycznych w zakresie inteligencji emocjonalnej, zarówno w obszarze zdolności do rozpoznawania, rozumienia i respektowania emocji innych ludzi, jak i uświadamiania sobie i wyrażania własnych emocji. Podobnie studenci medycyny uzyskali niższe wyniki w obszarze kompetencji społecznych dotyczących zachowań w sytuacjach intymnych. Generalnie kobiety cechowały się wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych niż mężczyźni, z wyjątkiem sytuacji wymagających asertywności. Wydaje się, że warto byłoby wprowadzić dla studentów medycyny profilaktykę psychologiczną podczas procesu edukacji, np. rozszerzając możliwość odbywania treningów psychologicznych akcentujących właśnie emocjonalny aspekt kontaktu z drugim człowiekiem.

## KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów  
None

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Monika Tyszkiewicz-Bandur  
Ośrodek Treningu Psychologicznego  
dla lekarzy KOHERENCJA  
ul. 5 lipca 14/14, 70-376 Szczecin  
tel. +48 504-122-953  
monbandur@gmail.com

## PIŚMIENNICTWO

1. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR: Emotional intelligence: theory, findings, and implications. *Psychol Inq* 2004; 15(3): 197-215.
2. Salovey P, Mayer JD: Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990; 9: 185-211.
3. Goleman D: *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2009.
4. Carr A: *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. 2<sup>nd</sup> ed. Routledge, London 2011.
5. Snyder CR: *Coping: The Psychology of What Works*. Oxford University Press 1999: 368.
6. Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barrett L: *Handbook of Emotions*. 3<sup>rd</sup> ed. The Guilford Press, New York 2010: 848.
7. Matczak A: *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
8. Oginska-Bulik N: Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *Int J Occup Med Environ Health* 2005; 18(2): 167-175.
9. McCallin A, Bamford A: Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *J Nurs Manag* 2007; 15(4): 386-391.
10. Morrison J: The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *J Nurs Manag* 2008; 16(8): 974-983.
11. Gueleryuez G, Gueney S, Aydin EM, Asan O: The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(11): 1625-1635.
12. Sener E, Demirel O, Sarlak K: The effect of the emotional intelligence on job satisfaction. *Stud Health Technol Inform* 2009; 146: 710-711.
13. Weng H-C, Steed JF, Yu S-W et al.: The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2011; 16(5): 591-600.
14. Weng H-C, Hung C-M, Liu Y-T et al.: Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Med Educ* 2011; 45(8): 835-842.
15. Landa AJM, Pulido Martos M, Lopez-Zafra E: Emotional intelligence and personality traits as predictors of psychological well-being in Spanish undergraduates. *J Soc Behav Pers* 2010; 38(6): 783-793.
16. Landa AJM, Lopez-Zafra E, Berríos Martos MP, Aguilar-Luzon MDC: The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(6): 888-901.
17. Humphreys J, Brunsen B, Davis D: Emotional structure and commitment: implications for health care management. *J Health Organ Manag* 2005; 19(2): 120-129.

18. Todres M, Tsimtsiou Z, Stephenson A, Jones R: The emotional intelligence of medical students: An exploratory cross-sectional study. *Med Teach* 2010; 32(1): E42-E48.
19. Faye A, Kalra G, Swamy R et al.: Study of emotional intelligence and empathy in medical postgraduates. *Indian J Psychol* 2011; 53(2): 140-144.
20. Austin EJ, Evans P, Goldwater R, Potter V: A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Pers Individ Dif* 2005; 39(8): 1395-1405.
21. Carrothers RM, Gregory SW, Gallagher TJ: Measuring emotional intelligence of medical school applicants. *Acad Med* 2000; 75(5): 456-463.
22. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL: Changes in medical students' emotional intelligence: An exploratory study. *Teach Learn Med* 2008; 20(3): 279-284.
23. Weng H-C, Chen H-C, Chen H-J et al.: Doctors' emotional intelligence and the patient doctor relationship. *Med Educ* 2008; 42(7): 703-711.
24. Matczak A, Jaworowska A: DINEMO – Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006.
25. Saarani C: The development of emotional competence. Guilford, New York 1999.
26. Denham SA (ed.): The Emotional Basis of Learning and Development in Early Childhood Education. Lawrence Erlbaum Associates Publishers 2006.

nadesłano: 15.02.2017

zaakceptowano do druku: 09.03.2017