

Joanna Basiaga-Pasternak, Iwona Malarz, Magdalena Malarz

Inteligencja emocjonalna i kompetencje społeczne u studentów kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Emotional intelligence and social competence among dentistry students of the Jagiellonian University Medical College in Cracow

dr Joanna Basiaga-Pasternak – Zakład Psychologii, Wydział WFiS, AWF Kraków

Chir.stom. Iwona Malarz – Prywatna Praktyka Stomatologiczna, Kraków

Lek.dent. stażysta Magdalena Malarz – Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna, Kraków

Wprowadzenie

Zawód lekarza wymaga niewątpliwie wielu kompetencji, w tym i kompetencji psychologicznych. Lekarz powinien cechować się wysokim stopniem kompetencji społecznych oraz inteligencją emocjonalną, by nawiązać prawidłowe relacje z pacjentem. Te cechy powinno się obserwować także u studentów medycyny, którzy przygotowują się do zawodu lekarza. Już Kępiński (1992, s. 207) mówił, że *od czasów Hipokratesa, a prawdopodobnie od jeszcze dawniejszych, głównym zadaniem każdej szkoły lekarskiej było wychowanie dobrego lekarza. Dobrego, a więc takiego, który także jest empatyczny wobec pacjenta, potrafi zrozumieć jego lęk i ból. Inteligencja emocjonalna uważana jest za ważną kompetencję osób związanych ze służbą zdrowia. Postuluje się nawet, aby stała się jednym z czynników podczas naboru*

do zawodów lekarza czy pielęgniarki (Pau, Croucher, 2003). Rola inteligencji emocjonalnej w pracy lekarza wydaje się być bezdyskusyjna. Jej poziom może ulegać wzrostowi kiedy człowiek zaczyna dawać sobie radę z emocjami i impulsami, potrafi coraz lepiej motywować się do różnych działań, rozwijać empatię i zdolności odnajdywania się w sytuacjach społecznych (Goleman, 2007). Jak podaje Goleman (2007, s. 34) *Najbardziej kompetentnymi lekarzami są ci, którzy pogłębiają swoją wiedzę, śledząc najnowsze odkrycia w medycynie, a jednocześnie mają bogaty zasób własnych doświadczeń i potrafią korzystać z tego wszystkiego w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów.*

Czy zatem studenci medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, szczególnie ci, którzy dopiero rozpoczynają edukację medyczną, cechują się kompetencjami społecz-

nymi i inteligencją emocjonalną? To pytanie stało się punktem wyjścia prezentowanej pracy.

Inteligencja emocjonalna to zdolność rozpoznawania i kontrolowania emocji zarówno swoich, jak i innych ludzi. Związana jest ze samoświadomością (rozumianą często jako głębokie zrozumienie własnych emocji, słabych i mocnych stron, potrzeb i obaw), samokontrolą (rozumianą jako nie uleganie własnym emocjom), motywacją (związaną z zachowaniem oczekiwań sukcesu nawet w obliczu trudności), empatią (zdolnością do rozumienia potrzeb i emocji innych osób) oraz umiejętnościami społecznymi (zdolność do ustalania relacji z innymi i ich podtrzymywanie) i komunikacyjnymi (zdolność do jasnego wyrażania siebie i uważnego słuchania ludzi by zrozumieć co mają do powiedzenia (Yelkikalan, i in., 2012)). Określa także potencjalne zdolności jednostki w zakresie uczenia się umiejętności praktycznych opierających się na samoświadomości, motywacji, kierowaniu samym sobą, empatii, dobrym układaniem stosunków z innymi ludźmi (Goleman, 2007). Zdaniem Golemana (Yelkikalan, i in., 2012) jej poziom wzrasta wraz z wiekiem. Jest bowiem w znaczącym stopniu wyuczona, przez co rozwija się przez całe życie dzięki doświadczeniom (Goleman, 2007). Inteligencja emocjonalna wpływa na efektywność wykonania zadań, a także na osiągnięcia (w tym także i akademickie) (Yelkikalan, i in., 2012).

Analizowano inteligencję emocjonalną u studentów. Z badań międzykulturowych przeprowadzonych na studentach wywodzących się z różnych kultur i studiujących odmienne specjalności, wynika, że inteligencja emocjonalna nie zależy od czynników społecznych (Yelkikalan, i in., 2012). Jednak są i takie doniesienia, z których wynika, że in-

teligencja emocjonalna jest związana z płcią, poziomem wykształcenia rodziców czy też z tym, z jakiego środowiska rodzinnego się pochodzi (Yelkikalan, i in., 2012). Nie ma w tym zakresie zatem jednoznaczności.

Badano także poziom inteligencji emocjonalnej u studentów stomatologii. Zależności pomiędzy niską inteligencją emocjonalną, a wysokim poziomem spostrzeganego stresu, zaobserwowano u badanych w Wielkiej Brytanii. Równocześnie osoby o niskiej inteligencji emocjonalnej zdecydowanie gorzej radziły sobie ze stresem w środowisku pracy lekarza dentystry (Pau., Croucher, 2003). Jak wynika z badań Ravichandry i innych (2015) przeprowadzonych w Indiach na studentach II i III roku stomatologii, zaledwie 11,55% ankietowanych cechuje się wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej. Autorzy wyjaśniali to między innymi specyfiką kulturową (zróżnicowaniem kulturowym) Indii. W kolejnych badaniach zaobserwowano także, że pacjenci studentów o wyższym poziomie inteligencji emocjonalnej cechowali się wyższym poziomem satysfakcji niż studentów z niską inteligencją emocjonalną (Azimi, AsgharNejad Farid, Kharazi Fard., Khoei, 2010).

Obok inteligencji emocjonalnej o efektywnym funkcjonowaniu społecznym decydują także kompetencje społeczne. Matczak i Knopp (2013) uważają inteligencję emocjonalną za podstawę kształtowania się kompetencji społecznych. Podobnie jak inteligencja emocjonalna, także i kompetencje społeczne rozwijają się w głównym stopniu poprzez aktywność społeczną, kontakty z innymi osobami i wyraźnie korelują ze sobą dodatnio.

Kompetencje społeczne oznaczają wyuczoną umiejętność, która pozwala efektywnie stosować ją w rozmaitych sytuacjach społecznych. Do kompetencji społecznych zaliczyć

można umiejętności: *adaptacyjne (zdolność przystosowania się i plastyczności zachowań w różnych kontekstach sytuacyjnych); budowania więzi emocjonalnej (zdolność do tworzenia satysfakcjonujących relacji emocjonalnych i otrzymywania społecznego wsparcia); efektywnego komunikowania się (zdolność do właściwego odczytywania intencji i interpretacji cudzych komunikatów oraz odpowiedniego na nie reagowania); zdolność osiągania własnych celów (sprawczość w działaniu i kontaktach interpersonalnych)* (Henne, 2003, s.113). Są przydatne dla zwiększenia efektywności współpracy i rozwiązywania problemów. Ułatwiają własny rozwój oraz radzenie sobie z trudnościami, porozumienie się z ludźmi, poznanie i wspieranie ich. Dzięki nim jednostka jest akceptowana przez innych (Otrębski, Rutkowska, 2006).

Cel badań

Celem badań było ukazanie poziomu kompetencji społecznych oraz inteligencji emocjonalnej studentów I i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz określenie zależności pomiędzy wymienionymi zmiennymi z uwzględnieniem płci badanych.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a kompetencjami społecznymi u badanych studentów i studentek kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego?

2. Czy istnieje zależność pomiędzy płcią, a poziomem inteligencji emocjonalnej i kompetencjami społecznymi u badanych?

Grupa i narzędzia badawcze

Przebadano 61 osób – studentki (39 osób) i studentów (22 osoby) I i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Badania przeprowadzono grupowo, miały charakter anonimowy. Ankietowani zostali poinformowani o celu badań.

Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych w opracowaniu Anny Matczak (2001). Służy on do oceny kompetencji społecznych, które są traktowane jako nabyte umiejętności. Warunkują one efektywność funkcjonowania jednostki w sytuacjach społecznych. Kwestionariusz pozwala na ocenę wskaźnika ogólnego kompetencji społecznych, ale także i trzech wskaźników szczegółowych, określających poziom kompetencji ujawnianych w: sytuacjach ekspozycji społecznej (ekspozycja społeczna), wymagających asertywności (asertywność) oraz intymności (intymność). Kwestionariusz składa się z 90 pozycji, z czego 60 to pozycje diagnostyczne.

- Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE Schuttea, Malouffa, Halla, Haggertyego, Coopera, Glodena, Dornheima w polskiej adaptacji Ciechanowicz, Jaworowskiej i Matczak (2001). Kwestionariusz mierzy inteligencję emocjonalną czyli zdolność do rozpoznawania, rozumienia i kontrolowania emocji (własnych oraz cudzych), oraz wykorzystywania emocji w kierowaniu działaniem. Kwestionariusz składa się z 33 pozycji o charakterze samoopisowym.

Prezentacja wyników

Jak pokazują wyniki zamieszczone w tabeli 1, u badanych (kobiety i mężczyźni łącznie) średni wynik w skali inteligencji emocjonalnej wynosił $\bar{x}=121,82$, przy odchyleniu standardowym $s=11,94$ (co świadczy o zróżnicowaniu grupy w omawianej cesze). Najwyższy wynik, jaki tu uzyskano wynosił $\max=147$, natomiast najniższy – $\min=91$.

Nieco mniejsze zróżnicowanie zaobserwowano analizując wyniki w skali intymności ($s=5,25$), gdzie średnia wyników wynosiła

$\bar{x}=41,45$ przy $\max=48$ i $\min=23$; w skali ekspozycji społecznej przy średniej wyników $\bar{x}=50,57$, odchyleniu standardowym $s=9,35$, $\max=72$ i $\min=29$ oraz w skali asertywności: średni wynik wynosił tu $\bar{x}=44,27$, odchyleniu standardowym $s=6,75$, $\max=62$ i $\min=30$. Bardzo duże zróżnicowanie w obrębie badanej grupy zauważono jednak analizując łącznie wyniki kompetencji społecznych: odchylenie standardowe $s=20,81$, przy wartości średniej $\bar{x}=168,97$. Najwyższy wynik, jaki tu uzyskano wynosił $\max=224$, natomiast najniższy – $\min=105$.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla Inteligencji emocjonalnej i Kompetencji społecznych

	N	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Inteligencja emocjonalna	61	121,82	91,00	147,00	11,94
Intymność	61	41,45	23,00	54,00	5,25
Ekspozycja Społeczna	61	50,57	29,00	72,00	9,35
Asertywność	61	44,27	30,00	62,00	6,75
Kompetencje Społeczne	61	168,97	105,00	224,00	20,81

Kolejne analizy dotyczą zależności pomiędzy inteligencją emocjonalną, a kompetencjami społecznymi, w tym kompetencjami łącznie oraz intymnością, ekspozycją społeczną i asertywnością. Na podstawie uzyskanych wyników zamieszczonych w tabeli 2 stwierdzono dwa istotne statystycznie związki. Wraz ze wzrostem poziomu inteligencji emocjonalnej wzrastał poziom kompetencji społecznych (ogółem) ($r=0,27$, $p=0,038$) oraz intymności ($r=0,34$, $p=0,007$).

Tabela 2. Analiza korelacji pomiędzy Inteligencją Emocjonalną, a Kompetencjami Społecznymi

	Inteligencja emocjonalna
Intymność	r=0,34 p=0,007
Ekspozycja Społeczna	r=0,14 p=0,279
Asertywność	r=0,15 p=0,237
Kompetencje Społeczne	r=0,27 p=0,038

Ostatnie analizy zaprezentowane w tabeli 3 dotyczą związków pomiędzy płcią a inteligencją emocjonalną i kompetencjami społecznymi. Okazało się, że jedynie dla jednego z wymiarów kompetencji społecznych – asertywności, wpływ płci był istotny statystycznie (stwierdzono jedną istotną statystycznie róż-

nicę). Mężczyzn cechował zatem wyższy poziom asertywności w porównaniu z badanymi kobietami.

Dla pozostałych wymiarów kompetencji społecznych oraz inteligencji emocjonalnej nie stwierdzono istotności statystycznej.

Tabela 3. Analiza związków pomiędzy płcią badanych a Inteligencją Emocjonalną i Kompetencjami Społecznymi

Zmienna	Testy t; Grupująca: Płeć Grupa 1: K Grupa 2 M								
	Średnia K	Średnia M	t	df	p	N ważnych K	N ważnych M	Odchylenie standardowe K	Odchylenie standardowe M
Inteligencja emocjonalna	122,50 (5 sten)	120,64 (5 sten)	0,58	58	0,565	38	22	10,69	14,03
Intymność	42,34 (5 sten)	39,91 (5 sten)	1,76	58	0,084	38	22	5,49	4,51
Ekspozycja Społeczna	50,00 (5 sten)	51,55 (5 sten)	- 0,61	58	0,542	38	22	8,75	10,45
Asertywność	42,66 (5 sten)	47,05 (5 sten)	- 2,54	58	0,014	38	22	6,40	6,56
Kompetencje Społeczne	166,95 (5 sten)	172,45 (5 sten)	- 0,99	58	0,328	38	22	20,71	21,00

Dyskusja

Uzyskane wyniki zaprezentowane powyżej pozwoliły odpowiedzieć na postawione pytania badawcze. Okazało się, że istnieje związek inteligencji emocjonalnej z ogólnym poziomem kompetencji społecznych. Potwierdza to rezultaty badań, jakie uzyskały Matczak i Knopp (2013), z których wynika, że istnieją dodatnie korelacje pomiędzy inteligencją emocjonalną a kompetencjami społecznymi, a osoby o wysokiej inteligencji emocjonalnej są równocześnie w większym stopniu kompetentne społecznie.

Można przypuszczać, że osoby badane cechujące się wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej oraz kompetencji społecznych, będą zarazem bardziej efektywne w kontaktach interpersonalnych z pacjentami w przeszłości. Ponadto zauważono, że wzrost poziomu inteligencji emocjonalnej także wiązał się ze wzrostem poziomu intymności. Intymność to kompetencja szczególna, zakładająca bliski bezpośredni kontakt z drugim człowiekiem, z jego problemami. Relacja lekarz – pacjent często ma taki właśnie charakter. Bardzo korzystne wydaje się, że przyszli lekarze, którzy cechują się inteligencją emocjonalną, potrafią jednocześnie nawiązać bliski, intymny kontakt w relacji z drugim człowiekiem.

Jak wynika z analizy uzyskanych rezultatów, płęć badanych studentów stomatologii nie różnicowała poziomu inteligencji emocjonalnej. Jest to zbieżne z rezultatami opisywanymi przez Beckera, Greena i Ackleya (2010) przeprowadzonymi na lekarzach – stomatologach, z których wynika, że płęć nie wpływa na poziom inteligencji emocjonalnej, a także z poglądami Golemana (2007), który uważał, że zdolność do wyczuwania tego, o czym myśli inny człowiek nie różnicuje obu płci. Jednak kobiety potrafią lepiej niż mężczyźni wykrywać

ulotne uczucia innych osób (Goleman, 2007). Być może stąd wynikają niejednoznaczności – znane są także rezultaty badań, z których wynika, że jednak jest związek pomiędzy płcią a inteligencją emocjonalną. I tak jej wyższy poziom zaobserwowano u kobiet – studentek medycyny (Yelkikalan, Hacıoglu, Kiray, Ezilmez, Soylemezoglu, Cetin, Sonme, Öztürk., 2012). Podobnie badania studentów stomatologii przeprowadzone przez Azimi i innych (2010) wykazały, że są pewne różnice w wymiarach inteligencji emocjonalnej w zależności od płci. Dotyczyło to kontroli stresu, nastroju i skali dotyczącej relacji interpersonalnych – mężczyźni uzyskali wyższe wyniki w porównaniu do kobiet. Być może te różnice, jakie płyną z doniesień, wynikają bardziej z różnic kulturowych, a nie z samych zależności płci – inteligencja emocjonalna.

Warto podkreślić, że poziom inteligencji emocjonalnej u badanych w prezentowanej pracy kobiet i mężczyzn można określić jako przeciętny (uwzględniając normy stenowe) (Jaworowska, Matczak, 2001). Od przyszłych lekarzy można by oczekiwać wyższego poziomu inteligencji emocjonalnej – być może w toku studiów, praktyk studenckich a także poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem nastąpi trening w zakresie inteligencji emocjonalnej i jej poziom wzrośnie.

Podobnie w zakresie kompetencji społecznych, badani studenci i studentki uzyskali wartości przeciętne na tle populacji studentów polskich (Matczak, 2001). Jedynie w zakresie asertywności zaobserwowano związek z płcią – mężczyźni byli bardziej asertywni. Jest to zgodne z wynikami badań Marszałika (2009, za Matczak, Knopp, 2013), z których wynika, że u mężczyzn wskaźniki inteligencji emocjonalnej korelują dodatnio właśnie z asertywnością. O wyższym poziomie aser-

tywności u mężczyzn mówili także Curhan i Overbeck (2008). Jak widać, badani studenci i studentki kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego nie odznaczają się ponadprzeciętnymi umiejętnościami społecznymi. Podobnie jak w przypadku inteligencji emocjonalnej, także i tu wskazane wydaje się być rozwijanie umiejętności społecznych u studentów. Warto także uwzględnić omawiany aspekt podczas rekrutacji na studia medyczne o czym ponad dekadę temu mówili Pau i Croucher (2003). Codzienne kontakty z licznymi pacjentami mogą przy tym stać się doskonałą formą treningu interpersonalnego, gdyż jak podają Matczak i Knop (2013, s.105) *aktywność społeczna o dużej intensywności ułatwia nabywanie zarówno inteligencji emocjonalnej, jak i kompetencji społecznych.*

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że w grupie badanej:

1. Istnieje zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a kompetencjami społecznymi u badanych studentów i studentek stomatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

2. U badanych wzrost poziomu inteligencji emocjonalnej wiązał się ze wzrostem poziomu intymności.

3. Nie istnieje zależność pomiędzy płcią a poziomem inteligencji emocjonalnej.

4. Badanych mężczyzn cechował wyższy poziom asertywności niż kobiety.

Postulat praktyczny: warto rozwijać umiejętności społeczne oraz inteligencję emocjonalną u studentów medycyny.

Implikacje do dalszych badań: warto przeprowadzić badania lekarzy z różnym stażem zawodowym celem porównania poziomu

inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych. Być może poziom ten wzrasta wraz z doświadczeniem lekarskim.

Streszczenie

Celem badań było ukazanie poziomu kompetencji społecznych oraz inteligencji emocjonalnej studentów I i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz określenie zależności pomiędzy wymienionymi zmiennymi z uwzględnieniem płci badanych. Przebadano 61 osób – studentki (39 osób) i studentów (22 osoby) kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Wykorzystano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych oraz Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej. Uzyskane badania wykazały, że: istnieje zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a kompetencjami społecznymi u badanych studentów i studentek stomatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego; wzrost poziomu inteligencji emocjonalnej wiązał się ze wzrostem poziomu intymności; nie wystąpiła zależność pomiędzy płcią a poziomem inteligencji emocjonalnej; badanych mężczyzn cechował wyższy poziom asertywności.

Słowa kluczowe: inteligencja emocjonalna, kompetencje społeczne, studenci stomatologii

Abstract

The aim of the study was to show the level of social competence and emotional intelligence among 1st and 5th – year dentistry students of the Jagiellonian University Medical College and the interplay between these variables considering the gender of the subjects. The study was carried out on 61 dentistry students (22 male and 39 female) of the Jagiellonian

University Medical College in Cracow. The Social Competence Questionnaire and Emotional Intelligence Questionnaire were used. The results that were received showed that: there is an interplay between emotional intelligence and social competence among examined male and female students of the Jagiellonian University; high level of emotional intelligence was associated with increased level of intimacy; there was no interplay between gender and the level of emotional intelligence; men were marked by a higher level of assertiveness.

Keywords: emotional intelligence, social competence, dentistry students

Chir.stom. Iwona Malarz
Prywatna Praktyka Stomatologiczna,
ul.Wolska 1, 30-663 Kraków, Poland
Tel. 501-284-724
imalarz@wp.pl

dr Joanna Basiaga-Pasternak
Akademia Wychowania Fizycznego, Zakład
Psychologii, Al. Jana Pawła II 78, 31-571
Kraków, Poland
joanna.basiaga@awf.krakow.pl

lek.dent. stażysta Magdalena Malarz
Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna
im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka,
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej, ul. Batorego 3, 31-135 Kraków,
Poland

mmalarz@wp.pl

Bibliografia

1. Azimi S., AsgharNejad Farid A. A., Kharazi Fard M. J. Khoei N. 2010, Emotional intelligence of dental students and patient satisfaction, European Journal of Dental Education, Volume 14, Issue 3: 129-132.
2. Becker I.M., Green R.A., Ackley D.C. 2010, Emotional Intelligence and Dentistry: <http://www.irwinbeckerinitiative.com/assets/pdfs/articles/EmotionalIntelligenceandDentistry.pdf> (24.01.2016)
3. Curhan J.R., Overbeck JR. (2008). Making a Positive Impression in a Negotiation: Gender Differences in Response to Impression Motivation. Negotiation and Conflict Management Research. Volume 1, Number 2: 179-193.
4. Goleman, D. (2007). Inteligencja emocjonalna w praktyce. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.
5. Henne K. (2003). Kompetencja społeczna i inteligencja emocjonalna a zaangażowanie w Internet. Psychologia Jakości Życia. tom 2 nr: 1 111-130.
6. Jaworowska A., Matczak A., (2001). Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, s: 1-69.
7. Kępiński A. (1992). Rytm życia. SagitariusWarszawa.
8. Matczak A., (2001), Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego,

Warszawa, s: 1-65.

9. Matczak A., Knopp K.A. (2013).
Znaczenie inteligencji emocjonalnej
w funkcjonowaniu człowieka.
Wydawnictwo Stowarzyszenia Filomatów
Redakcja Liberi Libri.
10. Otrębski W., Rutkowska K. (2006).
Kompetencje społeczne instruktorów
sportu. Studia z psychologii w KUL. Tom
13 red.: P. Francuz, W. Otrębski, Lublin:
Wyd. KUL: 81-98.
11. Pau A.K.H., Croucher R., (2003).
Emotional Intelligence and Perceived
Stress in Dental Undergraduates,
Journal of Dental Education, Volume 67,
Number 9: 1023-1028.
12. Ravichandra K. S, Ravi G. R.,
Kandregula C.R., Vundavalli S.,
Srikanth K., Lakhota D., 2015,
Emotional Intelligence among
Dental Undergraduate Students: An
Indispensable and Ignored Aspect in
Dentistry, Journal of International Oral
Health 2015; 7(4):69-72.
Yelkikalan N., Hacıoğlu G., Kiray A.,
13. Ezilmez B., Soylemezoglu E., Cetin H.,
Sonme R., Öztürk S., (2012), Emotional
intelligence characteristics of students
studying at various faculties and colleges
of universities, European Scientific
Journal, vol. 8, No.8: 33-50.