

TOMASZ KUCMIN\*, ADRIANA KUCMIN\*\*

*Kompetencje społeczne studentów I i V roku kierunków  
psychologii UMCS, fizyki UMCS oraz lekarskiego  
Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie*

Social competences of the first- and fifth-year students of psychology and physics of Maria Curie-Skłodowska University and of medical students of the Medical University of Lublin

W ostatnich latach zauważalne jest w psychologii wzrastające zainteresowanie problematyką kompetencji społecznych. Nie jest to jednak termin jednoznaczny. Możemy zatem spotkać się w literaturze z określeniami: inteligencja społeczna, kompetencja komunikacyjna, asertywność, umiejętności komunikacyjne, umiejętności społeczne, efektywność komunikacyjna (Jakubowska 1996, Piotrowska 1993, 1997, Kowalik 1984). Już od 1920 roku w psychologii funkcjonuje pojęcie „inteligencja społeczna”, które wprowadził E. L. Thorndike (za: Plewicka 1981). Według tego autora inteligencja społeczna (występująca obok inteligencji abstrakcyjnej i praktycznej) to umiejętność zrozumienia innych ludzi oraz zdolność do rozumnego zachowania się w stosunku do nich (Pilecka, Pilecki 1990). Podobna tendencja zaznacza się także w innych teoriach, w których to pojęcie jest jednym z czynników szeroko pojętej inteligencji. Na przykład w teorii R. B. Catella (1971) zdolności społeczne stanowią jeden ze składników inteligencji skryształizowanej. J. P. Guilford (1978) natomiast traktuje inteligencję społeczną jako jeden z czterech równowartościowych rodzajów inteligencji, nazywając ją zamiennie inteligencją behawioralną. H. Gardner (Gardner i Hatch 1989, Gardner 1993) w swojej koncepcji wymienia wiele niezależnych rodzajów inteligencji – wśród siedmiu typów podstawowych (inteligencja przestrzenna, muzyczna, logiczno-matematyczna, cielesno-kin-

estetyczna, językowa) znajduje się także inteligencja interpersonalna, która oznacza umiejętność właściwego rozumienia zachowań innych ludzi oraz właściwego reagowania na te zachowania, a także inteligencja intrapersonalna, oznaczająca umiejętność rozumienia siebie samego (Matczak 1997). O inteligencji społecznej i praktycznej pisał R. J. Sternberg (1985), podkreślając ich wpływ na zdolność radzenia sobie ludzi w świecie społecznym i zarazem przeciwstawiając je tzw. inteligencji akademickiej (Piotrowska 1993). Zauważono, że testy inteligencji, w których jedną ze składowych są zdolności społeczne, badają rozumienie i interpretację informacji społecznych, znajomość norm (moralnych, etycznych) oraz wiedzę, jak należy się zachowywać w określonych sytuacjach, nie dając przy tym pewności, że badana jednostka będzie stosować te informacje w codziennym życiu (Piotrowska 1993).

Z uwagi na to, że inteligencja społeczna nie musi oznaczać umiejętności radzenia sobie w rzeczywistych sytuacjach, będąc tylko jednym w wielu czynników powstawania tych umiejętności (Matczak 1997), wprowadzono więc odrębne pojęcie – kompetencje społeczne. Jako nabyte umiejętności opisują kompetencje społeczne Argyle (1991) oraz Stricker i Rock (1990), rozumiejąc przez to określenie zdolność do radzenia sobie z innymi ludźmi, to jest właściwego rozumienia ich zachowań, wpływania, rozumienia ich itd.

Argyle (1999) przez termin „kompetencja społeczna” rozumie zdolność, posiadanie niezbędnych umiejętności do tego, aby uzyskać zamierzony wpływ na innych ludzi w określonych sytuacjach społecznych. Podkreśla także, że zdolności takie mogą być wykorzystane zarówno dla celów antyspołecznych, jak i społecznych.

Według Borkowskiego (2003) kompetencje społeczne rozumiane są jako spójny i funkcjonalny asortyment wiedzy, doświadczeń, cech osobowości, umiejętności i zdolności społecznych, ułatwiający człowiekowi podejmowanie i rozwój stosunków i kontaktów z innymi ludźmi, aktywne współuczestnictwo w pracy rozmaitych grup społecznych, wystarczająco dobre sprawowanie ról społecznych oraz skuteczne wspólne przełamywanie powstających problemów. Osoba będąca społecznie kompetentna jest zarazem przedmiotem i podmiotem społecznego wpływu.

Kompetencje społeczne służą następującym celom (Borkowski 2003): zapewniają lepsze rozumienie się i porozumiewanie, ułatwiają poznawanie nowych osób, wspomagają radzenie sobie w nowych sytuacjach, rozszerzają możliwości zaspokajania potrzeb społecznych, ułatwiają udzielanie wsparcia społecznego, otwierają szersze perspektywy uczestniczenia w życiu obywatelskim, podnoszą indywidualną i grupową efektywność współpracy, pobudzają proces autokracji i kierowania własnym rozwojem, zwiększają możliwości rozwiązywania problemów, konfliktów i patologii społecznych.

Argyle (1994, 1998, 1999) w skład kompetencji społecznych zalicza asertywność, komunikację werbalną, komunikację niewerbalną, gratyfikację i wsparcie,

empatię, poznanie i rozwiązywanie problemów, zdolności w różnych sytuacjach i związkach oraz samoprezentację. Z kolei Borkowski (2003) wymienia następujące składowe kompetencji społecznych: myślenie prospołeczne, doświadczenie społeczne, wiedzę gospodarczą, osobowość społeczną, inteligencję emocjonalną i społeczną, dojrzałość moralną, autorytet społeczny i zaufanie. Podkreśla zarazem zdolności i umiejętności takie jak otwartość i uznanie, dokładne i jednoznaczne wzajemne zrozumienie (przekazywanie myśli i emocji), wpływanie na siebie i pomaganie sobie oraz konstruktywne rozwiązywanie wspólnych problemów i konfliktów (Johnson, za: Borkowski 2003).

Kompetencje społeczne nabywane są w wyniku treningu społecznego (Argyle, za: Matczak 1994) trwającego przez całe życie jednostki. Zarówno trening, jak i płynące z niego umiejętności społeczne zależą od oddziaływań środowiskowych, którym poddawana jest dana jednostka, natomiast umiejętności indywidualne są wskaźnikiem skuteczności wspomnianych oddziaływań. Jedną z najważniejszych umiejętności jest inteligencja społeczna. Wydajność treningu społecznego jest jednak zależna od inteligencji ogólnej oraz innych czynników (Matczak 1997). Wyer i Srull (za: Matczak 1997) wymieniają czynniki osobowościowo-temperamentalne, do których należą: reaktywność, poziom lęku, ekstrawersja-introwersja. Greenspan (1981) podaje trójczynnikową strukturę kompetencji społecznych, na którą składają się: charakter, temperament oraz świadomość społeczna.

Według Argyle'a najbardziej różnicującymi cechami osobowości są ekstrawertyzm (warunkujący dobrą komunikację i znajdowanie przyjemności w kontaktach międzyludzkich) oraz neurotyzm (łączy się z brakiem pewności siebie, niepokojem, złym rozumieniem intencji). Wymienia on także związki między kompetencjami społecznymi a innymi zmiennymi, takimi jak płeć (Argyle 1998). Kobiety wykazują wyższe zdolności w zakresie empatii czy kooperacji, a także rozumienia komunikatów werbalnych i niewerbalnych dotyczących emocji. Mężczyźni natomiast są bardziej zaradni w sytuacjach wymagających asertywności, co również z dużą łatwością komunikują. Podobne wnioski płyną z badań Matczak (1998): najwyraźniejsze różnice zaznaczyły się w skali dotyczącej sytuacji intymnych, związanych z bliskimi kontaktami między ludźmi (wyższy wynik u kobiet).

Wspomniane wcześniej cechy osobowości wpływają zarówno na jakość, jak i intensywność treningu społecznego, któremu poddawana jest jednostka, ponieważ mają wpływ na wybierany rodzaj kontaktów społecznych oraz ich nasycenie, a zatem wpływają na ilość i jakość uzyskanych przez daną jednostkę doświadczeń (Matczak 1997).

## BADANIA WŁASNE

W badaniach własnych skoncentrowano się na sprawdzeniu kompetencji społecznych studentów trzech kierunków, z których dwa – psychologia (UMCS) i lekarski (AM Lublin) – zostały uznane za kierunki „społeczne”, natomiast fizyka (UMCS) została uznana za kierunek „niespołeczny”. Do grupy badanej wybrano studentów, po to aby sprawdzić trafność twierdzenia Argyle’a (1998), według którego studenci to jedna z największych grup ujawniających braki kompetencji społecznych. Wybrano studentów psychologii i kierunku lekarskiego, ponieważ absolwenci obu tych „społecznych” kierunków – psychologowie i lekarze – w życiu zawodowym nawiązują podobny typ kontaktu z ludźmi (pacjentami, klientami). Jednym z celów przygotowania przeddyplomowego jest trening umiejętności przydatnych w relacjach z innymi ludźmi – co w praktyce ma ułatwić zbieranie informacji w wywiadzie czy stworzenia dobrego, wręcz terapeutyzującego kontaktu. Ponadto lekarze według Argyle’a (1998), pełniąc ważne funkcje w społeczeństwie, powinni być przygotowani na szczególnie trudne sytuacje społeczne, w związku z czym poziom ich kompetencji społecznych powinien być wysoki. Według Matczak osoby o wyższych kompetencjach społecznych preferują zawody „społeczne” i częściej je wybierają. Z drugiej strony kierunki studiów przygotowujące do tego typu zawodów powinny kształcić umiejętności związane z kontaktem z innymi ludźmi, a także zwiększać zainteresowanie nim (Matczak 1998).

Analizując powyższe dane, sformułowano następujące hipotezy:

1. Poziom kompetencji społecznych studentów fizyki (kierunek „niespołeczny”) jest niższy niż u studentów kierunku lekarskiego i psychologii – uznanych za „społeczne” niezależnie od roku studiów.
2. W trakcie studiów poziom kompetencji społecznych na kierunkach „społecznych” zwiększa się.
3. W trakcie studiów na kierunkach „niespołecznych” poziom kompetencji społecznych nie ulega zmianie.

## METODA BADAŃ

W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) w opracowaniu Matczak (2001) – wersję samoopisową do badania uczniów i studentów (KKS-AM). Kwestionariusz składa się z 90 pozycji, z których 60 to pozycje dotyczące kompetencji społecznych (diagnostyczne). Pozostałe 30 pozycji dotyczy czynności niespołecznych – są one niediagnostyczne. W odpowiedzi na problemy zawarte w każdej z 90 pozycji KKS badani mogli udzielić jednej z czterech możliwych odpowiedzi – w nawiasie podano liczbę punktów przypisanych do poszczególnych odpowiedzi: „zdecydowanie dob-

rze''(4 punkty) , „nieźle'' (3 punkty), „raczej słabo'' (2 punkty), „zdecydowanie słabo'' (1 punkt). W analizowaniu wyników KKS można brać pod uwagę wynik łączny – liczbę punktów uzyskanych we wszystkich 60 pozycjach diagnostycznych (maksymalnie 240 punktów) lub też analizować poszczególne skale wyodrębnione w KKS:

\* Skala I (kompetencje mające wpływ na zachowanie się w sytuacjach intymnych) – 15 pozycji – maksymalnie 60 punktów.

\* Skala ES (kompetencje mające wpływ na zachowanie się w sytuacjach ekspozycji społecznej) – 18 pozycji – maksymalnie 72 punkty.

\* Skala A (kompetencje mające wpływ na zachowanie się w sytuacjach wymagających asertywności) – 17 pozycji – maksymalnie 68 punktów (Matczak 1997).

Badania zostały przeprowadzone w październiku 2004 roku. Miejscem badań były sale wykładowe wspomnianych kierunków studiów. Badania miały charakter grupowy, przeprowadzane były anonimowo.

#### OSOBY BADANE

Dane dotyczące osób badanych zamieszczono w tabeli 1.

Tab. 1. Dane dotyczące płci, wieku i miejsca pochodzenia osób badanych  
Data concerning gender, age and social background of the subjects

		Lekarski		Psychologia		Fizyka	
		I rok	V rok	I rok	V rok	I rok	V rok
N		63	36	47	31	31	30
Pochodzenie	miasto	49	27	35	28	19	20
	wieś	14	9	12	3	12	10
Płeć	kobiety	40	21	45	28	9	12
	mężczyźni	23	15	2	3	22	18
Średnia wieku		19,80	23,61	19,36	23,29	19,48	22,7

Wśród osób badanych studiujących psychologię na pierwszym roku kwestionariusze wypełniło tylko 2 mężczyzn, natomiast na V roku tylko 3 osoby płci męskiej, co stanowiło odpowiednio 4% i 9% badanej grupy na poszczególnych latach psychologii. Sytuacja ta związana jest z ogólną przewagą płci żeńskiej wśród studentów tego kierunku. Ten specyficzny rozkład zmiennej płci na psychologii został uwzględniony przy interpretacji wyników badań.

## WYNIKI BADAŃ

W celu ułatwienia odczytywania danych z tabel zastosowano następujące skróty: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, WO – wynik ogólny KKS, I – relacje intymne, ES – ekspozycja społeczna, A – asertywność.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki skal KKS uzyskane przez badanych w zależności od kierunku bez względu na rok studiów. W celu sprawdzenia, czy wyniki KKS zależą w istotny sposób od kierunku studiów (bez względu na rok studiów), zastosowano test Scheffe (tab. 2).

Tab. 2. Porównanie średnich wyników KKS w zależności od kierunku studiów  
Comparison of average KKS results depending on the subject of studies

Skale KKS	Lekarski (W)		Psychologia (P)		Fizyka (F)		Test post hoc Scheffe Różnica średnich		
	M	SD	M	SD	M	SD	W-P	W-F	P-F
WO	174,48	22,99	174,53	19,88	163,28	23,05	0,04	11,21*	11,25*
I	37,59	5,63	37,47	4,92	35,13	6,09	0,11	2,45*	2,34*
ES	50,85	8,45	51,81	8,34	46,54	8,57	0,96	4,31*	5,27*
A	47,82	8,47	46,71	6,69	46,54	7,52	1,11	1,28	0,16

\* Różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05.

Wyniki KKS studentów fizyki – kierunku „niespołecznego” – są niższe niż studentów kierunków „społecznych”. We wszystkich skalach KKS, oprócz skali asertywności, różnice te są istotne statystycznie.

Sprawdzając hipotezy, że na kierunkach „społecznych” poziom kompetencji społecznych zwiększa się w czasie studiowania, a na kierunku „niespołecznym” nie zmienia się, zastosowano test t-Studenta, którego wyniki dla poszczególnych kierunków przedstawione są w tabelach 2, 3 i 4.

Tab. 3. Porównanie średnich wyników KKS w poszczególnych skalach uzyskanych przez studentów kierunku lekarskiego

Comparison of average KKS results in the individual scales obtained by the medical students

	Rok studiów				Test t-Studenta	
	I		V			
	M	SD	M	SD	t	p
WO	176,33	19,11	171,25	28,58	1,059	0,292
I	38,03	5,08	36,81	6,47	1,043	0,300
ES	51,52	7,88	49,67	9,36	1,052	0,295
A	48,14	6,93	47,25	10,73	0,502	0,617

Tab. 4. Porównanie wyników średnich KKS w poszczególnych skalach uzyskanych przez studentów psychologii

Comparison of average KKS results in the individual scales obtained by the students of psychology

	Rok studiów				Test t-Studenta	
	I		V		t	p
	M	SD	M	SD		
WO	170,68	19,07	180,35	19,98	2,151	0,035
I	36,85	5,00	38,42	4,72	1,385	0,170
ES	51,23	8,04	52,68	8,83	0,746	0,458
A	45,15	6,84	49,06	5,81	2,711	0,008

Różnice pomiędzy studentami I i V roku kierunku lekarskiego we wszystkich skalach KKS po zbadaniu testem t-Studenta okazały się nieistotne.

Różnice w skali wyniku ogólnego oraz skali asertywności pomiędzy studentami I i V roku psychologii okazały się istotne statystycznie. W pozostałych skalach różnice te okazały się nieistotne statystycznie (tab. 5).

Tab. 5. Porównanie wyników średnich KKS w poszczególnych skalach uzyskanych przez studentów fizyki

Comparison of average KKS results in the individual scales obtained by the students of physics

	Rok studiów				Test t-Studenta	
	I		V		t	p
	M	SD	M	SD		
WO	163,58	25,130	162,97	21,120	0,103	0,918
I	35,16	5,809	35,10	6,467	0,039	0,969
ES	46,81	10,163	46,27	6,716	0,244	0,808
A	45,52	7,822	47,60	7,190	1,082	0,284

Różnica wyników w poszczególnych skalach KKS pomiędzy studentami I i V roku fizyki jest nieistotna statystycznie.

W celu zweryfikowania hipotezy dotyczącej różnicy wyników pomiędzy studentami V roku psychologii a studentami V roku kierunku lekarskiego użyto testu t-Studenta. Otrzymane wyniki pokazały, że różnica pomiędzy wynikami w poszczególnych skalach jest statystycznie nieistotna.

#### DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI

Uzyskane wyniki badań potwierdzają hipotezę mówiącą o tym, że poziom kompetencji społecznych studentów fizyki jest niższy niż studentów kierunku lekarskiego i studentów psychologii niezależnie od roku studiów (tab. 2). Potwierdza to przypuszczenia o wyższych wynikach na kierunkach kształcących

umiejętności społeczne, przydatne w późniejszej pracy z ludźmi. Zastanawiające są wysokie wyniki w skali asertywności uzyskane przez studentów fizyki. Wyniki te nie odbiegają w istotny sposób od wyników studentów psychologii i kierunku lekarskiego. Wydaje się to zgodne w wnioskami płynącymi z badań Bobrowskiej-Jabłońskiej (2003), która sugeruje, że wysokie wyniki w skali asertywności mogą być cechą charakterystyczną obecnych czasów. Współcześni ludzie coraz lepiej radzą sobie w sytuacjach wymagających asertywności, co może być wynikiem nie tylko celowego treningu, lecz także wpływu innych czynników.

Hipoteza dotycząca wzrostu poziomu kompetencji społecznych studentów V roku w porównaniu do studentów I roku kierunków „społecznych” została potwierdzona jedynie w przypadku studentów psychologii (tab. 4). Wydaje się, że wpływ na taką różnicę może mieć program studiów, ponieważ jednym z celów kształcenia akademickiego psychologów jest podnoszenie ich kompetencji społecznych.

Zaskakujące są wyniki uzyskane przez studentów kierunku lekarskiego, pokazujące, że średni wynik studentów V roku jest niższy niż studentów I roku, chociaż różnica ta nie jest istotna statystycznie w żadnej ze skal KKS. Wydaje się, że celowe mogłoby być wprowadzenie na wydziale lekarskim dodatkowych zajęć kształcących umiejętności interpersonalne studentów.

Poziom kompetencji społecznych studentów fizyki – kierunku „niespołecznego” – w czasie studiów pozostaje na podobnym poziomie, co jest zgodne z postawioną hipotezą.

Artykuł ten nie wyczerpuje problematyki kompetencji społecznych. Poziom kompetencji społecznych jest predyktorem radzenia sobie w rozmaitych sytuacjach związanych nie tylko z życiem zawodowym, ale także prywatnym. Badania prowadzone w celu poznania tych umiejętności w różnych grupach zawodowych mogą być pomocne w ustalaniu zapotrzebowania i form uczenia umiejętności społecznych. Wydaje się, że celowe byłoby dalsze zgłębianie wiedzy na temat zmian poziomu kompetencji społecznych w zależności od kierunku studiów w powiązaniu z rokiem studiów.

\* \* \*

Autorzy pracy pragną serdecznie podziękować mgr. Rafałowi P. Bartczukowi (Katedra Psychologii Społecznej i Psychologii Religii KUL) za okazaną pomoc.

## BIBLIOGRAFIA

- Argyle M. (1991). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: PWN.
- Argyle M. (1994). *Nowe ustalenia w treningu umiejętności społecznych*. W: W. Domachowski, M. Argyle (red.), *Reguły życia społecznego. Oksfordzka psychologia społeczna* (s. 197–208). Warszawa: PWN.
- Argyle M. (1998). *Zdobności społeczne*. W: S. Moscovici (red.), *Psychologia społeczna w relacji ja–inni* (s. 77–100). Warszawa: WSiP.
- Argyle M. (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: PWN.
- Bobrowska-Jabłońska K. (2003). Znaczenie inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych w kształceniu w SGH – raport z badań. *E-mentor*, 2.
- Borkowski J. (2003). *Podstawy psychologii społecznej*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Cattell R.B. (1971). *Abilities: Their Structure, Growth and Action*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Gardner H. (1993). *Multiple intelligences. The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Gardner H., Hatch T. (1989). Multiple intelligences go to school: Educational implications of the theory of multiple intelligences. *Educational Researcher*, 18.
- Greenspan S. (1981). *Defining childhood social competence: a proposed working model*. W: B. K. Keogh (red.), *Advances in Special Education* (s. 1–39), t. 3. Greenwich: JAI Press.
- Guilford J.P. (1978). *Natura inteligencji człowieka*. Warszawa: PWN.
- Jakubowska U. (1996). Wokół pojęcia „kompetencja społeczna” – ujęcie komunikacyjne. *Przegląd Psychologiczny*, 39.
- Kowalik S. (1994). *Komunikacja językowa*. W: W. Domachowski, S. Kowalik, J. Miluska (red.), *Z zagadnień psychologii społecznej*. Warszawa: PWN.
- Matczak A. (1997). Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. *Studia z Psychologii*, 8.
- Matczak A. (1998). Preferencje zawodowe młodzieży a kompetencje społeczne. *Psychologia Wychowawcza*, 41.
- Matczak A. (2001). *KKS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Pilecka W., Pilecki J. (1990). Model kompetencji społecznych w ujęciu S. Greenspana, *Rocznik Pedagogiki Specjalnej*, 1.
- Piotrowska A. (1993). Techniki pomiaru inteligencji społecznej. *Psychologia Wychowawcza*, 36.
- Piotrowska A. (1997). Z badań nad inteligencją społeczną. *Psychologia Wychowawcza*, 40.
- Plewicka Z. (1981). Inteligencja społeczna – przegląd teorii i pomiarów. *Przegląd Psychologiczny*, 24.
- Sternberg R. J. (1985). *Beyond IQ: A Thiarchic Theory of Human Intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stricker L. J., Rock D. A. (1990). Interpersonal competence, social intelligence and general ability. *Personality and Individual Differences*, 11, 8.

## SUMMARY

The article deals with problems of social competences. The development of the phenomenon and ways of perceiving this notion by individual authors have been reviewed. On the basis of an analysis of the available material, the phenomenon was defined after M. Argyle: social competences are the skill to have indispensable abilities to achieve the intended effect on other people in certain social situations.

Authors' own research has been made by means of Social Competences Questionnaire (KKS) after A. Matczak's design. The examined group of 238 people were the first- and fifth-year students of psychology and medicine (social subjects) and physics (non-social subject). The outcome was elaborated by means of the following tests: Scheffe's *post hoc* test and t-Student's test.

The results indicate the higher level of social competences of the "social studies" students, regardless the year of the studies. The results obtained by the fifth-year students of psychology proved to be better than those of the first-year students of psychology. The average results of the fifth-year medical students proved to be less satisfactory than those achieved by the first-year students, however, without any statistic significance. The average results gained by the first- and fifth-year students of physics were on the same level. There was no statistically significant difference as regards KKS results obtained by the fifth-year students of psychology and medicine.