



Agnieszka Orłowska
Mariola Łaguna

UPODMIOTOWIENIE STRUKTURALNE A DOPASOWANIE SFERY RODZINNEJ I ZAWODOWEJ U PIELEŃNIAREK

STRUCTURAL EMPOWERMENT AND WORK–FAMILY FIT IN NURSES

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II / The John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland
Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii / Faculty of Social Sciences, Institute of Psychology

STRESZCZENIE

Wstęp: Celem badania było poznanie związku między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej wśród pielęgniarek. Upodmiotowienie strukturalne to strategia zarządzania poprzez dostarczenie pracownikom możliwości, informacji, zasobów i wsparcia niezbędnych do efektywnego wykonywania obowiązków służbowych. Na dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej składają się 2 rodzaje oddziaływania między tymi sferami – konfliktowe (funkcjonowanie w jednej roli utrudnia wypełnianie obowiązków w drugiej roli) i facylitujące (wypełnianie obowiązków związanych z jedną rolą ułatwia/ubogaca wypełnianie drugiej roli). **Materiał i metody:** Badaniem objęto 159 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach. W badaniu wykorzystano polską wersję Kwestionariusza Warunków Efektywności Pracy oraz Kwestionariusz Dopasowania Pracy i Rodziny. Do analizy wyników wykorzystano hierarchiczną analizę regresji liniowej. **Wyniki:** Wyniki badań potwierdzają istnienie związku między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej wśród pielęgniarek. W środowisku szpitalnym, charakteryzującym się wysokim stopniem upodmiotowienia, pielęgniarki odczuwają niższy poziom konfliktu praca–rodzina i wyższy poziom facylitacji w obu kierunkach. **Wnioski:** Strategia zarządzania szpitalem oparta na koncepcji upodmiotowienia strukturalnego pielęgniarek jest związana z łatwiejszym godzeniem ról zawodowych i rodzinnych. Dlatego ważne jest, żeby w szpitalach tworzono odpowiednie warunki pracy, dzięki czemu pielęgniarki będą mogły efektywnie godzić obowiązki w obu sferach. Med. Pr. 2016;67(6):787–800

Słowa kluczowe: pielęgniarki, konflikt praca–rodzina, konflikt rodzina–praca, upodmiotowienie strukturalne, facylitacja praca–rodzina, facylitacja rodzina–praca

ABSTRACT

Background: The goal of the study was to investigate the relationship between structural empowerment and work–family fit in Polish nurses. Structural empowerment is a strategy for managing by providing the employees with opportunities, information, support and resources essential for the effective performance of work duties. Work–family fit takes 2 forms of relationships between these 2 spheres: conflict (functioning in one role is more difficult because of participation in the other role) and facilitation (fulfilling the duties associated with one role enriches filling up the other role). **Material and Methods:** A total of 159 nurses employed in hospitals took part in the study. The Polish versions of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire and the Work–Family Fit Questionnaire were used. Hierarchical linear regression analysis was applied for data analysis. **Results:** The results show statistically significant relationships between structural empowerment and work–family fit in nurses. In the hospital environment, characterized by a high degree of empowerment, nurses experience a lower level of work–family conflict and a higher level of facilitation in both directions. **Conclusions:** Hospital management strategy based on structural empowerment of nurses favors reconciliation of professional and family roles. Therefore, it is important for hospitals to create appropriate working conditions that allow nurses to effectively deal with demands arising from work and family spheres. Med Pr 2016;67(6):787–800

Key words: nurses, work–family conflict, family–work conflict, structural empowerment, work–family facilitation, family–work facilitation

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Agnieszka Orłowska, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, e-mail: a_orlowska@onet.pl
Nadesłano: 24 lutego 2016, zatwierdzono: 19 kwietnia 2016

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) wskazuje, że pielęgniarstwo jest kluczowym zawodem w opiece zdrowotnej, i podkreśla, że w celu poprawy stanu opieki zdrowotnej na świe-

cie należy zadbać, żeby pielęgniarki i pielęgniarze stanowili silną grupę zawodową wykonującą swoją pracę z przyjemnością i satysfakcją [1]. Zarówno w literaturze, jak i mediach podkreśla się jednak, że pielęgniarstwo staje się „zawodem wymierającym” [1,2]. Kampania społeczna „Ostatni dyżur” [2] alarmuje, że w świetle

najnowszych prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już za niespełna 5 lat Polacy mogą zostać pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, gdyż z roku na rok drastycznie zmniejsza się liczba pielęgniarek i położnych w Polsce. Istnieje więc realna potrzeba podjęcia natychmiastowych działań mających na celu zapewnienie społeczeństwu opieki realizowanej przez pielęgniarki.

Odpowiedzią na tę potrzebę może okazać się strategia zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia oparta m.in. na koncepcji upodmiotowienia [1]. Strategia ta zakłada, że zadaniem kierownictwa jest dostarczenie pracownikom możliwości, informacji, zasobów i wsparcia niezbędnych do efektywnego wykonywania obowiązków służbowych, dzięki czemu upodmiotowiony pracownik aktywnie uczestniczy w podejmowaniu decyzji, uświadamia sobie sens płynący z wykonywanych obowiązków, chętnie je wykonuje i równie chętnie podnosi swoje kwalifikacje. Tak zorganizowana praca staje się źródłem satysfakcji [1], a dzięki temu można ją łatwiej pogodzić z życiem rodzinnym [3].

Odpowiednie dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej jest celem trudnym do osiągnięcia dla wielu aktywnych zawodowo kobiet [4], także pielęgniarek. Wskazanie sposobu, w jaki postrzeganie strategii upodmiotowienia w ochronie zdrowia przekłada się na godzenie wymagań sfery zawodowej i rodzinnej przez pielęgniarki, może przyczynić się do lepszego zrozumienia funkcjonowania zawodowego tej grupy. Badania nad warunkowaniami dopasowania sfery pracy i rodziny mają więc nie tylko znaczenie dla praktyki, ale wnoszą także wkład w rozwój teorii wyjaśniających to zjawisko.

W literaturze przedmiotu brakuje badań nad związkiem między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej. Badania nad upodmiotowieniem strukturalnym w grupie zawodowej pielęgniarek prowadzone są zaledwie od kilku lat, głównie za granicą [1,5–7]. W Polsce badania nad upodmiotowieniem zostały zapoczątkowane bardzo niedawno [8]. Dotychczasowe badania, prowadzone głównie przez Laschinger i wsp. [1,6,7,9–12], wskazują m.in. na pozytywne związki upodmiotowienia strukturalnego z satysfakcją z pracy i efektywnością wykonywanej pracy oraz negatywne – ze stresem zawodowym, wypaleniem zawodowym i przeciążeniem pracą. Skoro pielęgniarki odczuwają korzystne efekty stosowania strategii upodmiotowienia strukturalnego w ich pracy, to można przypuszczać, że funkcjonowanie szpitala oparte na zasadzie upodmiotowienia strukturalnego może wiązać się z korzystnymi efekta-

mi w postaci ułatwienia godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Co ciekawe, konsekwencje strategii upodmiotowienia dla dopasowania rodzina-praca nie były dotychczas analizowane.

Niniejsze badania nad związkiem między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej wśród pielęgniarek są odpowiedzią na istniejącą lukę w wiedzy. Stanowią także weryfikację zaproponowanego przez Laschinger i wsp. [1,7] modelu upodmiotowienia strukturalnego w nowym kontekście kulturowym oraz modelu dopasowania sfery rodzinnej i zawodowej opisanego przez Lachowską [3] w środowisku zawodowym pielęgniarek. Ich wyniki mogą zostać wykorzystane do ulepszenia metod zarządzania w ochronie zdrowia.

Specyfika zawodu pielęgniarki

Zawód pielęgniarki jest jednym z zawodów określanych w literaturze anglojęzycznej jako 'helping professions' lub 'human service professions', czyli jest to zawód społeczny, opierający się głównie na zasadzie niesienia pomocy innym ludziom i zaangażowaniu w problemy innych ludzi [13]. Wykonywanie tego zawodu wiąże się z koniecznością zdobycia odpowiedniego wykształcenia, stałego doskonalenia zawodowego, a także rozwijania postaw, wartości i predyspozycji, które ułatwiają pracę z pacjentami [13].

Szczególny charakter tego zawodu wynika także z tego, że w swojej pracy pielęgniarki stykają się z wieloma stresorami oraz sytuacjami trudnymi. Badania przeprowadzone przez Perek i wsp. [14] wskazują, że do najczęstszych przyczyn trudnych sytuacji w pracy pielęgniarek zalicza się: niskie wynagrodzenie, nieproporcjonalną liczbę obowiązków w stosunku do obsady pielęgniarskiej, odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, zagrożenie bezpieczeństwa osobistego z powodu możliwości zakażeń, obawa przed popełnieniem nieodwracalnego błędu, brak właściwej współpracy między grupami zawodowymi, jednoczesne wykonywanie kilku czynności i pracę zmianową. Ponadto do wielu trudnych sytuacji dochodzi w wyniku konfliktów międzyludzkich, niedostatecznego wzajemnego zaufania, braku umiejętności otwartego komunikowania się i współpracy w zespole oraz nieznaności oczekiwań członków zespołu [14]. W konsekwencji pojawia się zjawisko przenoszenia emocji z pracy na środowisko domowe [14], co może nasilać problemy także w środowisku rodzinnym.

Wykonywanie zawodu związanego z niesieniem pomocy innym ludziom, zwłaszcza cierpiącym, umożliwia osiągnięcie satysfakcji życiowej, ale wiąże się z występo-

waniem wielu obciążeń fizycznych i psychicznych oraz stresu [14], może prowadzić do niskiego poziomu zadowolenia z życia, braku poczucia sukcesu zawodowego, a także braku satysfakcji zawodowej [15]. W pokonywaniu trudności pomocne mogą się okazać zarówno zasoby osobiste, jak i wsparcie społeczne, zrozumienie i docenienie społeczne. Funkcjonowanie szpitala, oparte na zasadzie upodmiotowienia pracowników, budujące zaufanie pracowników do przełożonych, dające możliwość wykorzystywania własnych umiejętności w sposób kreatywny, może ułatwiać radzenie sobie z licznymi trudnościami występującymi w tym zawodzie oraz godzenie pracy zawodowej i życia rodzinnego.

Upodmiotowienie strukturalne

Niektórych trudnych sytuacji w pracy pielęgniarek [13,14] można uniknąć dzięki wdrożeniu strategii upodmiotowienia/uprawomocnienia (empowerment), która opiera się na wdrażaniu w organizacji systemowych i konsekwentnych działań z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi, które wzmacniają zaangażowanie pracowników poprzez kreowanie atmosfery otwartości i zaufania [16]. Bugdol [17] zwraca uwagę, że termin 'uprawomocnienie' nie w pełni oddaje znaczenie, w związku z czym anglojęzyczne pojęcie 'empowerment' zostało przez autorki tej pracy przetłumaczone jako upodmiotowienie.

Upodmiotowienie jest zjawiskiem złożonym, wielowymiarowym, obejmującym praktycznie wszystkie sfery funkcjonowania organizacji. Geneza upodmiotowienia jest związana z podstawowymi teoriami motywacji i społecznego uczenia się oraz koncepcjami samozarządzania, projektowania pracy i udziału pracowników w podejmowaniu decyzji [17]. Upodmiotowienie jest jedną z koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi, która obejmuje psychologiczne i strukturalne aspekty delegowania władzy, autonomii i zwiększania realnego wpływu pracowników na funkcjonowanie organizacji [17]. Jednym z istotnych elementów upodmiotowienia jest partycypacja pracownicza, czyli udział pracowników w procesach zarządzania. Zarządzanie przez partycypację, jako technika motywacyjna, ma na celu zaaktywizowanie podwładnych, dzięki czemu pracownik jest włączony do procesu zarządzania i ma wpływ na podejmowanie decyzji [18]. Upodmiotowienie polega więc na zachęcaniu pracowników do efektywnej partycypacji w procesie doskonalenia jakości wykonywanej pracy.

Strategia upodmiotowienia nakłada na pracodawców zobowiązanie do przekazywania pracownikom

większej władzy i autonomii w wykonywaniu zadań i podejmowaniu decyzji związanych z ich własną pracą. Inaczej rzecz ujmując, jest to dawanie podwładnym możliwości podejmowania samodzielnych działań [19]. Koncepcja upodmiotowienia zakłada, że organizacja angażuje pracowników, a przełożeni reagują na to zaangażowanie własnym zainteresowaniem i zamiarem promowania ich rozwoju. Zgodnie z podstawowymi założeniami teorii upodmiotowienia „organizacja to coś więcej niż zbiorowość ludzi gotowych wykonać zadanie, to wspólnota szukająca możliwości współtworzenia wartości. Oznacza to, że zadaniem menadżerów jest budowanie takiej atmosfery pracy, żeby ludzie mieli poczucie przynależności do wspólnoty, a środowisko pracy postrzegali jako przestrzeń wzmacniania poczucia własnej wartości, godności i samorealizacji” [20].

W ujęciu Kanter [6] upodmiotowienie łączy w sobie płaszczyznę organizacyjną – upodmiotowienie strukturalne (structural empowerment) – z płaszczyzną psychologiczną, indywidualną dla każdego pracownika – upodmiotowieniem psychologicznym (psychological empowerment) [16,20]. Indywidualne upodmiotowienie jest rozumiane jako wyobrażenia i postawy pracowników o ich własnej pracy i rolach, jakie pełnią w organizacji [21]. Jest to percepcja, odbiór bycia wspieranym, wzmocnionym i upodmiotowionym [20], reakcja pracownika na warunki pracy stworzone na podstawie upodmiotowienia strukturalnego [10]. Natomiast upodmiotowienie organizacyjne (strukturalne) jest definiowane jako zespół celowych działań i praktyk menadżerskich dających władzę, kontrolę i autorytet podwładnym – działania te zmierzają do upodmiotowienia pracowników, czyli ich wzmocnienia i usamodzielnienia dzięki stworzeniu kontekstu organizacyjnego kształtującego stan „bycia upodmiotowionym” (state empowerment), czyli upodmiotowienia na płaszczyźnie indywidualnej, psychologicznej [20]. W niniejszym badaniu skupiono się na upodmiotowieniu strukturalnym, ponieważ przedmiotem zainteresowania jest znaczenie działań organizacji, w tym przypadku szpitala, w godzeniu sfery rodzinnej i zawodowej przez pielęgniarki. Dalsze badania mogą obejmować także rolę upodmiotowienia psychologicznego.

W ujęciu Kanter [1,11] upodmiotowienie strukturalne to określona strategia zarządzania poprzez dostarczanie pracownikom dostępu do:

- możliwości nauki i rozwoju,
- informacji,
- wsparcia,
- zasobów koniecznych do pracy.

Wymiary te charakteryzują upodmiotowienie strukturalne. Możliwości rozwoju i nauki wiążą się z dostępem do wyzwań, nagród i możliwości doskonalenia swoich kwalifikacji zawodowych, a także pełnym wykorzystaniem umiejętności i wiedzy pracownika. Dostęp do informacji to przede wszystkim posiadanie wiedzy o wartościach cenionych w organizacji, celach i polityce kadry kierowniczej oraz wykorzystanie tej wiedzy tak, żeby być efektywnym pracownikiem. Posiadane informacje dają pracownikom możliwość samodzielnego podejmowania decyzji, pozwalają na osiąganie stawianych celów, a przez to stwarzają możliwość osiągnięcia celów całej organizacji. Z kolei na wsparcie składają się reakcje i informacje zwrotne zarówno od przełożonych, jak i współpracowników, a także wskazówki i konkretne informacje pomocne w rozwiązywaniu problemów. Natomiast zasoby definiuje się jako czas niezbędny do wykonania poszczególnych czynności, materiały, wyposażenie i środki finansowe, które są warunkiem koniecznym wykonywania obowiązków służbowych.

Dodatkowo w literaturze przedmiotu wskazuje się na rozróżnienie między upodmiotowieniem formalnym a nieformalnym (formal and informal power) [6,11]. Upodmiotowienie formalne jest związane z charakterystykami pracy: elastycznością pracy, twórczym wkładem pracownika w osiąganie celów organizacji oraz określeniem stopnia, z jakim poszczególni pracownicy mają możliwość podejmowania decyzji dostrzeganych wewnątrz instytucji, jaką jest szpital. Natomiast upodmiotowienie nieformalne odnosi się do sprawnej komunikacji między podwładnymi a kadrami kierowniczą oraz współpracy w atmosferze przyjaźni [6]. Upodmiotowienie nieformalne to także poczucie pracownika, że jest potrzebny współpracownikom i przełożonym, którzy proszą go o pomoc i wsparcie w sytuacjach problemowych. A więc upodmiotowienie nieformalne wynika z rodzaju interakcji między członkami organizacji, z kolei upodmiotowienie formalne odnosi się do poczucia pracownika, że jego praca jest doceniana, innowacyjna i elastyczna [6].

Dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej

Praca i rodzina to ważne sfery aktywności dorosłego człowieka, które wzajemnie się uzupełniają [3,4]. Środowiska te mogą być źródłem niepokoju, stresu i przemęczenia, jak również stanowić źródło wsparcia i satysfakcji z życia, także w życiu pielęgniarzek. To dwukierunkowe przenikanie emocji, doświadczanego wsparcia i stresu między środowiskami rodzinnym i zawodowym może powodować zarówno negatywne, jak i pozy-

tywne konsekwencje [4]. Badacze zajmujący się tematyką pełnienia przez człowieka wielorakich ról wyróżniają 2 perspektywy teoretyczne ujmujące wzajemne zależności między rolami rodzinnymi a zawodowymi – perspektywę konfliktu i perspektywę ubogacenia/umacniania się pełnionych ról, określaną jako facylitacja.

Perspektywa konfliktu przykuwała uwagę badaczy częściej i wcześniej, natomiast perspektywa ubogacenia jest uwzględniana w badaniach stosunkowo od niedawna [3,22]. Ponadto wzajemne zależności między pełnionymi rolami były ujmowane w licznych badaniach jednokierunkowo – z perspektywy wpływu pracy na środowisko rodzinne, z uwagi na założenie, że granica między obszarem pracy zawodowej a sferą życia zawodowego jest asymetrycznie przepuszczalna – rola zawodowa w większym stopniu oddziałuje na pełnienie roli rodzinnej niż odwrotnie [3,23]. Coraz częściej przyjmuje się jednak, że zjawisko to ma charakter dwukierunkowy – nie tylko pełnienie roli zawodowej może wpływać na funkcjonowanie w rolach rodzinnych, ale także pełnienie ról rodzinnych może oddziaływać na funkcjonowanie w rolach zawodowych [3,23].

W konsekwencji zaproponowany został 4-czynnikowy model dopasowania między pracą a rodziną, uwzględniający 2 kierunki i 2 rodzaje wpływu [4,16,18]. Przyjmuje się w nim, że rodzina i praca to 2 odrębne mikrosystemy utworzone przez wzorce aktywności, ról i relacji interpersonalnych doświadczanych w bezpośrednich kontaktach, w których obowiązują różne zasady, wzorce myślenia i zachowania [3,23]. Jeżeli jednak granice między nimi są dostatecznie przepuszczalne i elastyczne, to charakterystyki pracy i rodziny oddziałują na siebie wzajemnie w sposób dwukierunkowy – związane z obszarem pracy oddziałują na obszar rodziny, a te związane z obszarem rodziny oddziałują na obszar pracy zawodowej.

Jednocześnie rozróżniane są 2 rodzaje wpływu, przez które charakterystyki pracy i rodziny są powiązane ze sobą, czyli konflikt i facylitacja [4,19]. Traktowane są one jako 2 odrębne konstrukty teoretyczne, a nie przeciwstawne krańce tego samego kontinuum, co oznacza, że osoba może doświadczać jednocześnie dużego konfliktu i dużej facylitacji między rolami lub też małego konfliktu i małej facylitacji [23]. Zgodnie z założeniem dwukierunkowości działania konfliktu i facylitacji wyróżnia się więc 4 czynniki [4,19]:

- konflikt praca–rodzina,
- konflikt rodzina–praca,
- facylitacja praca–rodzina,
- facylitacja rodzina–praca.

Konflikt praca–rodzina pojawia się wtedy, gdy wymagania roli zawodowej utrudniają realizację wymagań roli rodzinnej, a konflikt rodzina–praca, gdy wymagania roli rodzinnej utrudniają realizację wymagań roli zawodowej [23]. Analogicznie facylitacja praca–rodzina pojawia się, gdy zasoby roli zawodowej ulepszają lub ułatwiają pełnienie ról w obszarze rodziny, a facylitacja rodzina–praca występuje w sytuacji, gdy zasoby roli rodzinnej ułatwiają lub poprawiają funkcjonowanie w rolach zawodowych [23]. Dopasowanie praca–rodzina w tym ujęciu traktowane jest jako kombinacja wymiarów konfliktu i facylitacji między obszarami [3,24], choć bywa także definiowane inaczej w innych koncepcjach [22,25].

Znaczna część pielęgniarek to kobiety mające rodzinę i dzieci, pełniące role zarówno zawodowe, jak i rodzinne. W ich pracy zawodowej jest wiele wymagań i sytuacji trudnych [13,14], jednak praca ta może być także źródłem zasobów sprzyjających ubogacaniu, podobnie dzieje się w środowisku rodzinnym [4,18,19]. Wymagania i zasoby te mogą utrudniać lub ułatwiać pełnienie ról zawodowych i rodzinnych, wyzwalając procesy konfliktu i facylitacji między pracą a rodziną. Poziom doświadczanego konfliktu i facylitacji między obiema sferami może być zależny m.in. od sposobu funkcjonowania organizacji, w której osoba pracuje.

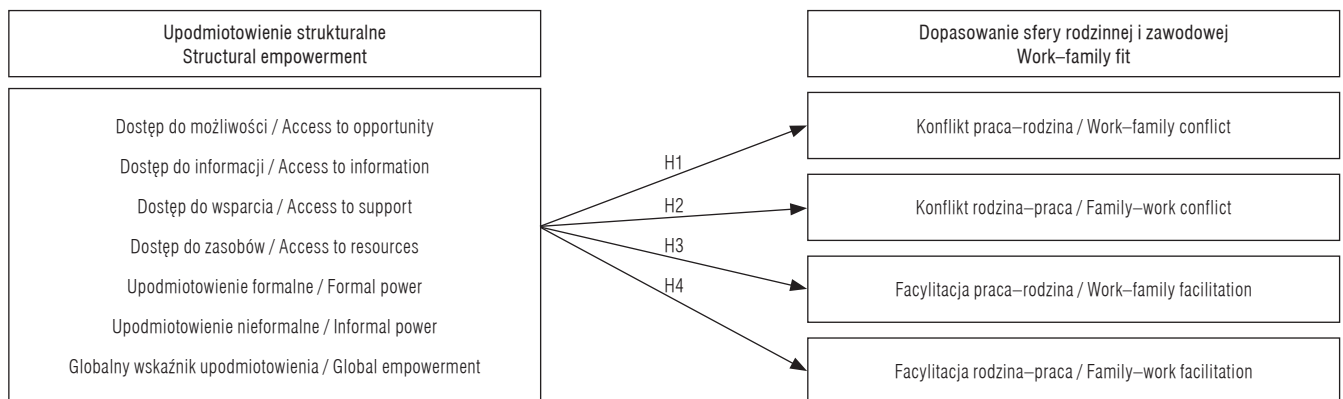
Zależności między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej

Teoria upodmiotowienia opisana przez Kanter była wielokrotnie stosowana w badaniach dotyczących funkcjonowania zawodowego pielęgniarek [1,6,7,9–12,21]. Dotychczas jednak nie są znane zależności między sto-

sowaniem strategii upodmiotowienia strukturalnego w środowisku pracy pielęgniarek a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej u tych pracownic, a więc doświadczanym przez nie konfliktem i facylitacją między obydwoma obszarami. Dlatego celem tego badania było udzielenie odpowiedzi na pytanie, jaki jest związek między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej u pielęgniarek. Na bazie dokonanego przeglądu literatury sformułowano hipotezy, które zostały przedstawione graficznie na rycinie 1. oraz uzasadnione poniżej.

Dotychczasowe badania nad upodmiotowieniem strukturalnym pokazują, że wpływa ono ujemnie na rozwój wypalenia zawodowego [6] i stresu związanego z pracą [5]. Ponadto odczuwane przez osoby upodmiotowienie strukturalne ma związek z ich poczuciem satysfakcji [5,11,12] i wydajności w pracy [11]. Z kolei konflikt między rolami rodzinnymi a zawodowymi zmniejsza poczucie satysfakcji z życia [3,23,26], powoduje powstawanie stresu [26], a także wypalenia zawodowego i zamiaru odejścia z pracy [26]. Dostęp do możliwości, informacji, wsparcia i zasobów w pracy, promowany przez strategię upodmiotowienia, może sprawiać, że wymagania związane z pracą będą w mniejszym stopniu utrudniały pełnienie ról rodzinnych.

Jednocześnie większa ogólna satysfakcja [5,11,12], a także większa autonomia w wykonywaniu zadań i podejmowaniu decyzji, będące efektem strategii upodmiotowienia [17], mogą sprawiać, że wymagania związane z pełnieniem ról rodzinnych będą łatwiejsze do pogodzenia z wymaganiami roli zawodowej. W związku z powyższym można się spodziewać, że im wyższe jest upodmiotowienie strukturalne w pracy pielęgniarek,



H1–H4 – hipotezy badawcze / study hypotheses.

Ryc. 1. Hipotetyczne zależności między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej wśród pielęgniarek

Fig. 1. Hypothetical relationships between structural empowerment and work-family fit in nurses

tym niższy konflikt praca–rodzina (hipoteza 1 – H1) oraz konflikt rodzina–praca (hipoteza 2 – H2).

Jak wcześniej wspomniano, upodmiotowienie strukturalne wiąże się dodatnio z poczuciem satysfakcji z pracy i wydajnością w pracy, a ujemnie z odczuwanym stresem [5,11,12]. Podobnie facylitacji praca–rodzina i rodzina–praca towarzyszą satysfakcja z życia [3,23,27] i emocjonalne przywiązanie do organizacji [27]. Ponadto poczucie facylitacji jest ujemnie związane z odczuwanym w pracy i rodzinie dystresem [3,23]. Partycypacyjne zarządzanie szpitalem, które daje większą autonomię pracownikom [17], oferując dostęp do możliwości, informacji, wsparcia i zasobów, może ułatwiać godzenie wymagań ról rodzinnej i zawodowej.

Mniejszy stres oraz większa satysfakcja [5,11,12], będące efektem upodmiotowienia, mogą wspierać lepsze funkcjonowanie w rolach rodzinnych, a w konsekwencji także ułatwiać wpływ rodziny na wykonywanie obowiązków zawodowych. Biorąc pod uwagę powyższe zależności, można przypuszczać, że im wyższe jest upodmiotowienie strukturalne w pracy pielęgniarek, tym wyższa facylitacja praca–rodzina (hipoteza 3 – H3) oraz facylitacja rodzina–praca (hipoteza 4 – H4).

MATERIAŁ I METODY

Procedura

Badanie zostało przeprowadzone w 8 szpitalach województw mazowieckiego i lubelskiego od sierpnia do listopada 2014 r. Przed nawiązaniem kontaktu z pielęgniarkami (próba składa się jedynie z kobiet) w każdym szpitalu uzyskano zgodę dyrekcji lub pielęgniarki naczelnej na przeprowadzenie badań.

Uczestniczki zostały poinformowane, że udział w badaniu jest dobrowolny, a wyniki są anonimowe oraz że w każdej chwili mogą się z niego wycofać. Zostały poproszone o wypełnienie ankiety w dogodnym dla siebie czasie i miejscu, a następnie zwrócenie jej osobie przeprowadzającej badanie. Przy doborze próby zastosowane zostały 4 kryteria: 1) zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki lub położnej, 2) zatrudnienie w szpitalu, 3) posiadanie rodziny, 4) w której przynajmniej 1 dziecko nie ukończyło 18 lat.

Osoby badane

Badaniem objęto 159 kobiet w wieku 22–56 lat (średnia (mean – M) = 40,63, odchylenie standardowe (standard deviation – SD) = 6,26). W tej grupie 40 badanych (25%) posiadało wykształcenie wyższe magisterskie, 54 oso-

by (34%) – wykształcenie wyższe licencjackie, 63 osoby (40%) – wykształcenie średnie, a tylko 2 (1%) – wykształcenie zawodowe.

Podstawa zatrudnienia dla 149 badanych (93%) to zatrudnienie stałe, pozostałe 10 pielęgniarek, a więc zaledwie 7% badanych, wskazało na zatrudnienie okresowe, umowę na zastępstwo lub odbywany staż. W badanej grupie 157 pielęgniarek (99%) wskazało, że pracuje na pełen etat. Staż pracy badanych wynosił od 0,5 roku do 38 lat, średnio 19 lat (SD = 7,83), przy czym średni staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia wynosił 15 lat (SD = 9,03). Wszystkie te dane wskazują, że w grupie badanych można mówić o trwałości stosunku pracy.

Badane pielęgniarki były zatrudnione na różnych oddziałach szpitalnych (m.in. chirurgicznym, dermatologicznym, diagnostycznym, dializ, dziecięcym, ginekologicznym) i pracowały średnio 42 godz. tygodniowo (SD = 6,38), przy czym minimalny czas to 30 godzin, maksymalny aż 72 godz. tygodniowo. Osoby badane poświęcały średnio 45 min na dojazdy do pracy. Ich praca przebiegała głównie w systemie zmianowym – 116 respondentek (73%) wskazało, że pracuje zarówno w dzień, jak i w nocy. Większość badanych nie zajmowała stanowiska kierowniczego (144 badane, a więc ponad 90%). Ponadto 46 pielęgniarek (30,9%) podejmowało dodatkowe zajęcia poza pracą, np. praca na umowy-zlecenia i zleczone dyżury, praca w przychodni lub poradni, opieka okołodomowa.

Jeżeli chodzi o sytuację rodzinną badanych, to wszystkie posiadały co najmniej 1 dziecko poniżej 18. roku życia. Wiek dzieci wynosił od 1,5 roku do 32 lat. Prawie połowa badanych (73 osoby) miała 2 dzieci, 53 badane (33%) miały 1 dziecko, a 30 respondentek (18%) – 3 dzieci. Ponadto 2 badane miały 4 dzieci, a 1 badana – 5. Większość badanych (130 kobiet, czyli 82%) żyła w związku małżeńskim. Jedynie 4 badane deklarowały, że żyją w związku partnerskim. Po rozwodzie było 11 badanych, 9 było wdowami, a 5 badanych samotnie wychowywało dzieci. Ponadto 44 pielęgniarki (29,5%) sprawowały opiekę nad innymi członkami rodziny poza dziećmi.

Narzędzia badawcze

Upodmiotowienie strukturalne zostało zmierzone za pomocą polskiej wersji Kwestionariusza Warunków Efektywności Pracy (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II) opracowanego przez Laschinger i wsp. [9]. Polska wersja kwestionariusza została opracowana przy udziale 6 niezależnych tłumaczy, przy za-

stosowaniu metody translacji zwrotnej i charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi [8].

Kwestionariusz składa się z 21 twierdzeń, które dotyczą 6 komponentów upodmiotowienia strukturalnego: Dostępu do możliwości, Dostępu do informacji, Dostępu do wsparcia, Dostępu do zasobów, Upodmiotowienia formalnego i Upodmiotowienia nieformalnego oraz Globalnego wskaźnika upodmiotowienia, który jest odrębną skalą od wyniku ogólnego (wyliczane go z 6 pierwszych skal). Dostęp do możliwości odnosi się do możliwości rozwoju, zdobywania nowych umiejętności i wiedzy w obrębie organizacji, a także wykorzystywania wiedzy i umiejętności pracownika w sposób efektywny. Skala rozpoczyna się od zapytania: „Jak wiele z tych możliwości oferuje Twoja praca?”. Następnie wymienione zostały możliwości, np. „praca pełna wyzwania”. W ten sposób zostały sformułowane twierdzenia we wszystkich skalach Kwestionariusza Warunków Efektywności Pracy.

Z kolei Dostęp do informacji dotyczy posiadania wiedzy na temat obecnego stanu szpitala oraz celów i wartości istotnych dla kadry zarządzającej. Dostęp do wsparcia definiuje się poprzez posiadanie konkretnych informacji dotyczących tego, co pracownik robi dobrze i co należy poprawić, oraz udzielanie cennych wskazówek i porad w rozwiązywaniu problemów przez kadrę zarządzającą. Dostęp do zasobów charakteryzuje się posiadaniem niezbędnego czasu na uzupełnienie dokumentacji i realizację obowiązków służbowych oraz możliwość uzyskania doraźnej pomocy w razie potrzeby. Upodmiotowienie w ujęciu formalnym oznacza nagradzanie innowacyjności, elastyczności i dostrzeganie walorów pracownika wewnątrz instytucji. Z kolei Upodmiotowienie nieformalne określa się jako nawiązywanie współpracy z lekarzami i innymi specjalistami, a także udzielanie rad i wskazówek na prośbę innych współpracowników. Upodmiotowienie nieformalne określają pozycje dotyczące możliwości oferowanych przez pracę, np. „bycie proszonym o pomoc w rozwiązywaniu problemów przez przełożonych”.

Odpowiedzi w Kwestionariuszu Warunków Efektywności Pracy udzielane są na skali 5-stopniowej (od 1 do 5), której krańce opisano stosownie do treści pozycji testowej. Zsumowane wyniki dla każdego z podwymiarów mieszczą się w przedziale 3–15 pkt, natomiast Sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia (wynik ogólny) jest sumą odpowiedzi wyliczaną z 6 podwymiarów i mieści się on w przedziale 19–95 pkt. Globalny wskaźnik upodmiotowienia, który oblicza się poprzez zsumowanie 2 pozycji kwestionariusza, za-

wiera się w przedziale 2–10 pkt. Struktura czynnikowa metody została potwierdzona za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej – model 7-czynnikowy, odzwierciedlający wszystkie opisane wyżej skale metody, uzyskał dobre dopasowanie do danych w próbie polskiej: $\chi^2 = 343$; stopień swobody (df) = 168; $p < 0,001$; skorygowany pierwiastek błędu średniokwadratowego (root mean square error of approximation – RMSEA) = 0,06; wystandaryzowany pierwiastek średniego kwadratu reszt (standardized root mean squared residual – SRMR) = 0,05; porównawczy wskaźnik dopasowania (comparative fit index – CFI) = 0,95. Rzetelność poszczególnych skal w oryginalnej wersji, określona za pomocą wskaźnika α Cronbacha, wynosi 0,67–0,89 [7], natomiast w niniejszym badaniu wynosi 0,79–0,92 dla poszczególnych skal, co jest zadowalającym poziomem zgodności wewnętrznej.

Dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej zostało zmierzone za pomocą Kwestionariusza Dopasowania Pracy i Rodziny (Work-Family Fit Questionnaire) autorstwa Grzywacz i Bass w tłumaczeniu Lachowskiej [3]. Za pomocą tego narzędzia uzyskano poznawczą ocenę zakresu, w jakim wymagania lub zasoby w jednej sferze życia utrudniają lub poprawiają funkcjonowanie w drugiej sferze. Kwestionariusz składa się z 16 pozycji, które tworzą 4 skale:

- Konflikt praca–rodzina,
- Konflikt rodzina–praca,
- Facylitacja praca–rodzina,
- Facylitacja rodzina–praca.

Odpowiedzi są udzielane na 5-stopniowej skali i określają częstotliwość (od 1 – „nigdy” do 5 – „cały czas, prawie zawsze”), z jaką badany spotkał się w ciągu ostatniego roku z daną sytuacją. Badana osoba w każdym z wymiarów może uzyskać wynik mieszczący się w przedziale 4–20 pkt, gdzie wyższy wynik wskazuje na większe nasilenie danego typu wpływu. Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza, określona za pomocą wskaźnika spójności wewnętrznej α Cronbacha, wynosi 0,72–0,81 [23], natomiast w tym badaniu zawiera się w podobnym przedziale 0,71–0,80.

Dodatkowo zebrane zostały dane dotyczące stosunku pracy: miejsca zatrudnienia, podstawy zatrudnienia, wymiaru czasu pracy, pracy w systemie zmianowym, dojazdów do pracy, zajmowania stanowiska kierowniczego oraz stażu pracy. Dalsze informacje dotyczyły osób badanych i ich sytuacji rodzinnej: wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, liczby i wieku dzieci, a także opieki nad innymi członkami rodziny (poza dziećmi).

Sposób analizy wyników

W celu weryfikacji hipotez zostały zastosowane proste korelacje parami, a także analiza liniowej regresji hierarchicznej, która pozwala kontrolować jednoczesny udział wielu zmiennych w wyjaśnianiu zmiennej zależnej [28]. Analizy przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics, wersja 23.

W modelach regresji wyjaśniających kolejno 4 wymiary konfliktu i facylitacji między pracą a rodziną w pierwszym bloku jako predyktory zostały wprowadzone zmienne kontrolowane: staż pracy i liczba posiadanych dzieci, a w następnym wymiary upodmiotowienia strukturalnego. Wybór zmiennych kontrolowanych został podyktowany analizą dotychczasowych badań, z których wynika m.in., że liczba posiadanych dzieci wpływa na zdolność do dystansowania się, a co za tym idzie pielęgniarki, które mają rodzinę i dzieci, są mniej skłonne do rezygnacji w sytuacji porażki [29]. Ponadto pielęgniarki posiadające rodzinę i dzieci rzadziej cierpią z powodu wypalenia zawodowego [30]. Z dotychczasowych badań wynika także, że istnieje zależność między stażem pracy a poziomem wypalenia zawodowego, grupą najbardziej zagrożoną występowaniem tego zjawiska są pielęgniarki pracujące 11–20 lat [31]. Można więc przypuszczać, że zarówno długość stażu pracy, jak i liczba posiadanych dzieci mogą mieć znaczenie dla konfliktu i facylitacji między pracą a rodziną. Dlatego zmienne te były kontrolowane w analizach.

WYNIKI

Analiza korelacji parami (tab. 1) zarówno dla Wyniku ogólnego, jak i podwymiarów upodmiotowienia strukturalnego wskazuje, że są one generalnie zgodne z oczekiwaniami ujętymi w hipotezach. Wraz ze wzrostem upodmiotowienia strukturalnego maleje Konflikt praca–rodzina, a wzrasta Facylitacja praca–rodzina. Wzrostowi upodmiotowienia strukturalnego towarzyszy także wzrost Facylitacji rodzina–praca, natomiast nie istnieje statystycznie istotna zależność między Globalną oceną upodmiotowienia a Konfliktem rodzina–praca.

Co więcej, w przypadku związku między jednym z podwymiarów upodmiotowienia – Dostępem do wsparcia – a Konfliktem rodzina–praca możemy mówić o istnieniu istotnie statystycznej dodatniej zależności o słabej sile (0,14), co oznacza, że im większy Dostęp do wsparcia w miejscu pracy, tym paradoksalnie wyższy Konflikt rodzina–praca. Analiza korelacji między wynikami ogólnymi w skali upodmiotowienia a wy-

miarami Konfliktu i Facylitacji rodzina–praca i praca–rodzina pozwala więc przyjąć hipotezy 1., 3. i 4., natomiast odrzucić hipotezę 2.

Warto zauważyć, że poszczególne podwymiary upodmiotowienia strukturalnego są ze sobą istotnie statystycznie skorelowane (tab. 1). Korelacje te są dodatnie, o umiarkowanej sile dla wymiarów określających Dostęp do możliwości, informacji, wsparcia i zasobów (0,28–0,54), natomiast Upodmiotowienie nieformalne jest umiarkowanie i silnie skorelowane z pozostałymi wymiarami (0,45–0,70), podobnie jak Globalny wskaźnik upodmiotowienia (0,36–0,68) oraz Sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia (0,59–0,83). Z tego względu w analizie regresji, żeby uniknąć problemu współliniowości predyktorów, uwzględnione zostaną jedynie 4 pierwsze, najbardziej od siebie odrębne wymiary upodmiotowienia strukturalnego. Wskaźnik współliniowości (variance inflation factor – VIF) wyliczony dla tych 4 zmiennych wynosi 1,11–1,52, co wskazuje na brak problemów z ich współliniowością [32]. Pozwala to wprowadzić je jako predyktory w jednym równaniu regresji.

Żeby poznać wielozmiennowe zależności między 4 wymiarami upodmiotowienia a konfliktem i facylitacją między pracą a rodziną, wykorzystana została hierarchiczna liniowa analiza regresji wielokrotnej metodą wprowadzania. Pozwoliła ona na kontrolowanie unikatowego udziału każdej ze zmiennych kontrolowanych (stażu pracy, liczby posiadanych dzieci) oraz zmiennych wyjaśniających (4 wymiarów upodmiotowienia strukturalnego: Dostępu do możliwości, Dostępu do informacji, Dostępu do wsparcia i Dostępu do zasobów) w wyjaśnianiu Konfliktu i Facylitacji między pracą a rodziną. Każda z 4 zmiennych wyjaśnianych była analizowana w osobnej serii modeli regresji.

Wyniki hierarchicznej analizy regresji (tab. 2) pokazały, że modele wyjaśniające Konflikt praca–rodzina (model 1) i Konflikt rodzina–praca (model 3) na podstawie zmiennych staż pracy i liczba posiadanych dzieci są nieistotne statystycznie. Dopiero uwzględnienie w kolejnych modelach (modele 2 i 4), oprócz zmiennych kontrolowanych w 1. bloku, także 4 wymiarów upodmiotowienia strukturalnego pozwoliło istotnie wyjaśnić wariancję zmiennych zależnych (w modelu 4 na poziomie tendencji statystycznej). Uwzględnione w modelach zmienne wyjaśniają odpowiednio 12% zmienności Konfliktu praca–rodzina oraz zaledwie 4% zmienności Konfliktu rodzina–praca.

Istotnym statystycznie predyktorem obu rodzajów konfliktu okazał się Dostęp do zasobów, jest on ujem-

Tabela 1. Statystyki opisowe i korelacje między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem rodzina-praca u pielęgniarek
Table 1. Descriptive statistics and correlations between structural empowerment and work-family fit in nurses

Zmienna Variable	M	SD	Korelacja rho Spearmana Spearman's rho correlation														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1. Dostęp do możliwości / / Access to opportunities	10,31	2,44	1,00														
2. Dostęp do informacji / / Access to information	8,40	3,11	0,28***	1,00													
3. Dostęp do wsparcia / / Access to support	9,82	2,70	0,45***	0,52***	1,00												
4. Dostęp do zasobów / / Access to resources	9,55	1,98	0,36***	0,43***	0,54***	1,00											
5. Upodmiotowienie formalne / Formal power	6,88	2,73	0,31***	0,48***	0,52***	0,54***	1,00										
6. Upodmiotowienie nieformalne / Informal power	11,94	3,42	0,45***	0,49***	0,62***	0,61***	0,70***	1,00									
7. Globalny wskaźnik upodmiotowienia / Global empowerment	5,83	1,79	0,36***	0,49***	0,51***	0,51***	0,51***	0,62***	0,68***	1,00							
8. Sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia / Total structural empowerment	56,89	12,34	0,59***	0,72***	0,80***	0,73***	0,79***	0,83***	0,71***	1,00							
9. Konflikt praca-rodzina / / Work-family conflict	12,47	2,83	-0,04	-0,26**	-0,29***	-0,37***	-0,31***	-0,30***	-0,21**	-0,34***	1,00						
10. Konflikt rodzina-praca / / Family-work conflict	9,38	2,99	-0,03	0,11	0,14**	-0,08	0,21	0,10	0,13	0,11	0,28***	1,00					
11. Facylitacja praca-rodzina / / Work-family facilitation	10,57	2,93	0,16*	0,42***	0,30***	0,25**	0,40***	0,36***	0,31***	0,42***	-0,03	0,33***	1,00				
12. Facylitacja rodzina-praca / / Family-work facilitation	13,30	2,96	0,21**	0,26**	0,17*	0,18*	0,25**	0,31***	0,27**	0,31***	0,09	0,23**	0,58***	1,00			

M – średnia / mean, SD – odchylenie standardowe / standard deviation.
 Poziom istotności (dwustronnie) / Significance level (two-tailed): *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,051.

Tabela 2. Wyniki hierarchicznej liniowej analizy regresji wielokrotnej wyjaśniającej dopasowanie rodzina-praca u pielęgniarek na podstawie zmiennych demograficznych i 4 wymiarów upodmiotowienia strukturalnego

Table 2. Results of hierarchical multiple regression analyses predicting work-family fit in nurses based on demographic variables and 4 dimensions of structural empowerment

Zmienna niezależna Independent variable	Zmienna zależna Dependent variable							
	Konflikt praca-rodzina Work-family conflict		Konflikt rodzina-praca Family-work conflict		Facylitacja praca-rodzina Work-family facilitation		Facylitacja rodzina-praca Family-work facilitation	
	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7	model 8
Staż pracy / Work experience	0,16*	0,10	0,03	0,02	-0,16*	-0,13	-0,32***	-0,31***
Liczba dzieci / Number of children	-0,04	-0,08	-0,08	-0,05	-0,10	-0,03	-0,01	0,04
Dostęp do możliwości / Access to opportunities	-	0,14	-	-0,08	-	-0,02	-	0,06
Dostęp do informacji / Access to information	-	-0,09	-	0,08	-	0,36***	-	0,24**
Dostęp do wsparcia / Access to support	-	-0,19*	-	0,27*	-	0,06	-	-0,03
Dostęp do zasobów / Access to resources	-	-0,23*	-	-0,22*	-	0,02	-	-0,03
Dopasowanie modeli / Model fit								
R ²	0,02	0,16	0,01	0,08	0,04	0,20	0,10	0,16
Skorygowane R ² / Adjusted R ²	0,01	0,12	-0,01	0,04	0,03	0,16	0,09	0,12
ΔR ²	0,02	0,13***	0,01	0,07*	0,04*	0,15***	0,10***	0,06*
F	1,93	4,64***	0,52	2,08*	3,42*	6,06***	8,60***	4,60***
df	2	6	2	6	2	6	2	6

R² – współczynnik determinacji / coefficient of explained variance, ΔR² – zmiana R² / R² change, F – test istotności statystycznej modelu / test of statistical significance of the model, df – stopień swobody / degree of freedom.

Poziom istotności (dwustronnie) / Significance level (two-tailed): *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05, + p < 0,1.

nie i słabo powiązany z Konfliktem praca-rodzina ($\beta = -0,23$) i Konfliktem rodzina-praca ($\beta = -0,22$). Ponadto istotnym predyktorem Konflikту rodzina-praca ($\beta = 0,27$) okazał się Dostęp do wsparcia, podobnie jak w przypadku analizy korelacji parami, kierunek tej zależności jest dodatni – wraz ze wzrostem o 1 odchylenie standardowe Dostępu do wsparcia poziom odczuwanego Konflikту rodzina-praca wzrasta o 0,27 odchylenia standardowego.

Modele wyjaśniające facylitację w obu kierunkach (modele 5–8) okazały się dobrze dopasowane do danych (są istotne statystycznie) i wyjaśniają 3–16% wariacji (tab. 2). Staż pracy okazał się predyktorem Facylitacji praca-rodzina ($\beta = -0,16$) (istotność na poziomie tendencji statystycznej) (model 5) oraz istotnym statystycznie predyktorem Facylitacji rodzina-praca (zarówno w modelu 7, jak i modelu 8). Ponadto istotnym predyktorem Facylitacji w obu kierunkach ($\beta = 0,36$

i $\beta = 0,24$) okazał się Dostęp do informacji – osoba posiadająca duży dostęp do informacji w miejscu pracy przejawia także wysoki poziom Facylitacji praca-rodzina i Facylitacji rodzina-praca.

W przypadku wszystkich wyjaśnianych zmiennych dodanie do modeli wymiarów upodmiotowienia strukturalnego istotnie statystycznie zwiększało poziom wyjaśnianej wariacji zmiennych zależnych. Wskazuje to na znaczenie upodmiotowienia, choć w dalszym ciągu duży procent zmienności Konflikту i Facylitacji, podobnie jak i w innych badaniach [23], nie został wyjaśniony przez zmienne uwzględnione w modelach.

OMÓWIENIE

Przedstawione wyniki badań były próbą udzielenia odpowiedzi na pytanie, jaki jest związek między upodmiotowieniem strukturalnym a dopasowaniem

sfery rodzinnej i zawodowej u pielęgniarek. Podsumowując, uzyskane wyniki pokazują, że im wyższe jest poczucie upodmiotowienia u pielęgniarek, tym niższy poziom odczuwanego konfliktu praca–rodzina, a także tym wyższy poziom facylitacji w obu kierunkach (zarówno praca–rodzina, jak i rodzina–praca).

Wyniki analizy korelacji parami pozwoliły na potwierdzenie hipotezy 1., która postulowała, że im wyższe upodmiotowienie strukturalne, tym niższy konflikt praca–rodzina. Na podstawie analiz wielozmiennych z wykorzystaniem hierarchicznej analizy regresji można stwierdzić, że wraz ze wzrostem dostępu do zasobów oferowanych ze strony szpitala poziom odczuwanego przez pielęgniarki konfliktu praca–rodzina spada. Uwzględniając wpływ innych zmiennych (zmiennych demograficznych i 4 podwymiarów upodmiotowienia strukturalnego), konflikt praca–rodzina wyjaśnia w największym stopniu dostęp do wsparcia i zasobów. Pozostałe zmienne nie są istotnymi predyktorami tego rodzaju konfliktu.

Druga hipoteza, postulująca występowanie związku między upodmiotowieniem strukturalnym a konfliktem rodzina–praca, nie została potwierdzona. Współczynniki korelacji wskazują, że jedynie dostęp do wsparcia ma związek z negatywnym wpływem rodziny na pracę. Wbrew hipotezie związek ten jest dodatni, a więc wysoki poziom postrzeganego wsparcia ze strony szpitala wiąże się z wysokim poczuciem negatywnego wpływu rodziny na pracę. Także wyniki analizy regresji wskazują na dodatnią zależność między dostępem do wsparcia a konfliktem rodzina–praca. Dodatkowo z analizy regresji wynika, że zmienną wyjaśniającą konflikt rodzina–praca, podobnie jak w przypadku konfliktu praca–rodzina, jest dostęp do zasobów – wraz ze wzrostem dostępu do zasobów, przy kontrolowaniu pozostałych zmiennych, konflikt rodzina–praca spada. Pozostałe podwymiary upodmiotowienia ujęte w analizie regresji (tj. dostęp do możliwości i dostęp do informacji) nie mają tak dużego znaczenia w wyjaśnianiu konfliktu rodzina–praca.

Hipotezy 3. i 4. dotyczące związku upodmiotowienia strukturalnego z facylitacją między pracą a rodziną zostały potwierdzone. Wyniki pokazały, że upodmiotowienie strukturalne wiąże się zarówno z facylitacją praca–rodzina, jak i rodzina–praca, a związki te mają kierunek dodatni. Im wyższy poziom wszystkich podwymiarów upodmiotowienia (dostępu do możliwości, dostępu do informacji, dostępu do wsparcia, dostępu do zasobów oraz upodmiotowienia formalnego i nieformalnego), tym wpływ pracy na rodzinę i rodziny na

pracę jest bardziej facylitujący. Biorąc jednak pod uwagę zależność wielozmienną (kontrolowanie zmiennych demograficznych i 4 podwymiarów upodmiotowienia strukturalnego), w największym stopniu facylitację wyjaśnia dostęp do informacji. Wraz ze wzrostem dostępu do informacji w szpitalu facylitacje praca–rodzina i rodzina–praca u pielęgniarek także wzrastają.

Warto także zwrócić uwagę, że istotnym predyktorem facylitacji rodzina–praca okazał się staż pracy. Wraz ze wzrostem stażu pracy spada poziom facylitującego wpływu rodziny na pracę. Natomiast druga zmienna kontrolowana w analizach, czyli liczba dzieci, nie wyjaśnia żadnej ze zmiennych odnoszących się do dopasowania sfery rodzinnej i zawodowej u pielęgniarek.

WNIOSKI

Zgodnie z wynikami wcześniejszych badań upodmiotowienie strukturalne wiąże się z korzystnymi efektami w pracy zawodowej pielęgniarek [5,6,11,12]. Niniejsze badania pokazały, że zmienne organizacyjne w postaci upodmiotowienia strukturalnego w większym stopniu wyjaśniają występowanie pozytywnych, facylitujących oddziaływań między pracą a rodziną niż oddziaływań konfliktowych. Dotychczasowe badania nad facylitacją wskazywały, że facylitacja praca–rodzina silniej wiąże się ze zmiennymi dotyczącymi środowiska pracy, natomiast facylitacja rodzina–praca ze zmiennymi innymi niż te dotyczące pracy [3]. Co prawda w niniejszym badaniu ujęto jedynie zmienne dotyczące pracy (upodmiotowienie strukturalne), ale uzyskane wyniki pokazują, że zarówno facylitacja praca–rodzina, jak i rodzina–praca wiąże się z podobną siłą z upodmiotowieniem strukturalnym ze strony pracodawcy. Organizacja pracy szpitala, gwarantująca pielęgniarkom możliwość aktywnego podejmowania decyzji, zapewniająca im szansę samodzielnego działania i dostęp do wsparcia i zasobów, daje pracownikom poczucie, że łatwiej jest im godzić obowiązki zawodowe i rodzinne.

Zgodnie z założeniami koncepcji oddziaływań między sferą rodzinną a zawodową [3,22,23,25] zasoby pracy są relatywnie ważniejsze dla występowania facylitacji niż konfliktu i pozostają w pozytywnym związku z wielkością oddziaływań facylitujących. Upodmiotowienie strukturalne może być potraktowane jako zasób występujący w miejscu pracy. Tak więc niniejsze badania, z których wynika, że upodmiotowienie strukturalne w większym stopniu wiąże się z facylitacją niż konfliktem, potwierdzają empirycznie założenia koncepcji Voydanoff [22,25] i Lachowskiej [3,23].

Warto także zwrócić uwagę, że facylitacja w obu kierunkach jest zależna przede wszystkim od dostępu do informacji, a więc posiadanej wiedzy o wartościach cenionych w organizacji, celach i polityce kadry kierowniczej oraz wykorzystaniu tej wiedzy tak, żeby być jak najefektywniejszym pracownikiem [1]. Posiadane informacje dają pracownikom możliwość samodzielnego podejmowania decyzji, pozwalają na osiągnięcie stawianych im celów, a przez to stwarzają możliwość osiągnięcia celów całej organizacji. Dzięki temu pielęgniarki czują, że nie tylko praca ułatwia im wypełnianie obowiązków domowych, ale także, że rodzina ułatwia im wypełnianie obowiązków zawodowych.

Wyniki niniejszych badań wskazują, że poziom konfliktu między sferą zawodową a rodzinną jest zależny od dostępu do zasobów. A więc w szpitalach, w których pielęgniarki mają zagwarantowany czas na wypełnianie obowiązków służbowych oraz dostęp do niezbędnych materiałów i wyposażenia, odczuwają niższy poziom konfliktu praca–rodzina i rodzina–praca. W radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi w pracy pielęgniarki wykorzystują głównie sposoby radzenia sobie ze stresem oparte na koncentracji na zadaniu oraz analizie problemu [14]. Koncentracja na wykonywanym zadaniu i prawidłowa analiza problemu są dużo łatwiejsze do osiągnięcia, gdy pracownik ma dostęp do odpowiedniego sprzętu, możliwości i czasu na wypełnianie obowiązków zawodowych.

Nieoczekiwany kierunek okazały się przyjmować zależności między dostępem do wsparcia a konfliktem między pracą a rodziną. Wraz ze wzrostem postrzeganego dostępu do wsparcia maleje doświadczanie konfliktu praca–rodzina, ale wzrasta doświadczanie konfliktu rodzina–praca. Na wsparcie ze strony szpitala składają się reakcje i informacje zwrotne zarówno od przełożonych, jak i współpracowników, a także rady, wskazówki pomocne w rozwiązywaniu problemów [1]. Utrudniający wpływ pracy na rodzinę u pielęgniarek jest więc mniejszy, gdy odczuwają one wsparcie współpracowników i przełożonych. Odwrotnie jest natomiast w przypadku doświadczania utrudniającego wpływu rodziny na pracę, który jest wyższy u pielęgniarek doświadczających wsparcia w miejscu pracy. Być może jest tak dlatego, że – jak wskazuje Rostowska [4] – społeczne wsparcie w pracy jest buforem doświadczanego stresu dla mężczyzn, natomiast dla kobiet bardziej znaczącym buforem w tej sytuacji jest wsparcie ze strony współmałżonka/partnera. Także badania nad pielęgniarkami [30] wskazywały, że źródłem wsparcia w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi w pracy może być

dla nich rodzina. Być może więc raczej wsparcie ze strony rodziny niż ze strony przełożonych i współpracowników obniża doświadczanie konfliktu rodzina–praca u pielęgniarek. Nie jest także wykluczone, że ta zależność może być krzywoliniowa, podobnie jak związek między wsparciem społecznym a zadowoleniem z pracy i wyczerpaniem emocjonalnym u pielęgniarek i pielęgniarzy [33], zbyt silne wsparcie może okazać się również szkodliwe jak jego brak. Te hipotezy wymagają weryfikacji w dalszych badaniach.

Na uwagę zasługuje także to, że w niniejszej analizie nie wykazano zależności między liczbą posiadanych dzieci a dopasowaniem sfery rodzinnej i zawodowej. Natomiast długość stażu pracy wiąże się jedynie z facylitacją rodzina–praca, wraz ze wzrostem stażu pracy, rodzina w mniejszym stopniu ułatwia wypełnianie obowiązków zawodowych. Co ciekawe, w przypadku ułatwiającego wpływu pracy na rodzinę, a także utrudniających oddziaływań między pracą a rodziną w obu kierunkach, długość stażu pracy nie wiąże się z tymi procesami. Znaczenie tych dwu zmiennych nie jest więc tak istotne, jak mogłoby wynikać z wcześniejszych badań [31].

Mocne strony i ograniczenia badań

Większość dotychczasowych badań przeprowadzanych wśród pielęgniarek zawiera dosyć proste analizy oparte jedynie na statystykach opisowych [14,31], często prowadzone w bardzo małych próbach [29]. W niniejszym badaniu wykorzystano analizy wielozmiennowe, które pozwalają kontrolować jednocześnie zarówno staż pracy i liczbę dzieci, jak i znaczenie wszystkich pozostałych zmiennych ujętych w modelach. Za zaletę można także uznać to, że obejmują dość jednorodną grupę zawodową pielęgniarek i położnych zatrudnionych w kilku szpitalach.

Natomiast ograniczeniem tych badań jest to, że nie pozwalają one na określenie wpływu upodmiotowienia strukturalnego na dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej wśród pielęgniarek, a jedynie pozwalają wskazać ich powiązania, gdyż nie miały one charakteru podłużnego. Mogą one jednak stanowić punkt wyjścia do dalszej eksploracji zjawiska, są to bowiem jedne z pierwszych badań prowadzonych w Polsce w tym zakresie.

Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi a zawodowymi są zależne od bardzo wielu procesów i zjawisk [3,25–27]. Jak pokazały wyniki analizy regresji, za pomocą podwymiary upodmiotowienia strukturalnego udało się wyjaśnić jedynie pewien wycinek (maksymalnie 16%) zmienności tych złożonych konstruktyw. Jest to wynik podobny do uzyskiwanego w innych bada-

niach [3]. W dalszych analizach warto więc poszukiwać innych zmiennych, które mogą wyjaśniać dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej u pielęgniarek.

Implikacje praktyczne

Świadomość znaczenia warunków funkcjonowania szpitala w utrudniających lub facylitujących relacjach między pracą a rodziną może mieć praktyczne zastosowanie w budowaniu strategii zarządzania szpitalem, a także przy tworzeniu programów mających na celu pomaganie pracownikom w łączeniu aktywności rodzinnej z zawodową. Wyniki niniejszego badania pokazują, że pielęgniarkom łatwiej jest godzić obowiązki zawodowe i rodzinne, gdy mają odpowiednią ilość czasu na opiekę nad pacjentem, wypełnianie dokumentacji i inne obowiązki służbowe, a także dostęp do sprzętu niezbędnego do wypełniania obowiązków służbowych. Dodatkowym elementem ułatwiającym godzenie obowiązków zawodowych i rodzinnych jest dostęp do informacji w miejscu pracy. Oprócz tego istotne jest, żeby posiadały one także wiedzę o obecnym stanie szpitala oraz wartościach i celach ważnych dla kadry zarządzającej.

Konkludując, kierownictwo szpitala powinno tworzyć warunki pracy pielęgniarek na podstawie zasad wynikających z koncepcji upodmiotowienia [1,5,7,9–11]. Upodmiotowienie to wyzwalanie władzy drzemiącej w pielęgniarkach – ich wiedzy, doświadczenia i motywacji – oraz ukierunkowanie tej siły na osiągnięcie celu, jakim jest nie tylko zdrowie i życie pacjenta, ale także obustronne poczucie komfortu i bezpieczeństwa [7]. Pielęgniarki, kierując się własną rozważą i roztropnością, mogą przekraczać zwyczajowe wymogi wchodzące w zakres ich obowiązków po to, żeby w sposób możliwie doskonały zaspokajać potrzeby pacjentów.

W literaturze wskazuje się coraz częściej na konieczność zmian w zarządzaniu organizacjami publicznymi, z uwagi na zmiany zachodzące w ochronie zdrowia [1,2]. Ochrona zdrowia staje więc przed poważnym wyzwaniem, jakim jest nie tylko poszukiwanie wyspecjalizowanych pracowników, ale także powstrzymanie już zatrudnionych przed migracją za granicę [2]. Odpowiednie zarządzanie szpitalem, oparte na zasadzie upodmiotowienia, może okazać się skuteczną metodą podnoszenia atrakcyjności zatrudnienia w ochronie zdrowia, w szczególności na stanowisku pielęgniarki. W szpitalach mogą powstawać specjalne programy mające na celu ułatwienie godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Na podstawie niniejszych badań w programach tych warto uwzględnić także zasoby dostępne w pracy, wsparcie ze strony organizacji oraz dostęp do informacji.

PODZIĘKOWANIA

Bardzo dziękujemy Pani Joannie Maciejczyk za pomoc w zbieraniu danych.

PIŚMIENNICTWO

1. Laschinger H.K.S., Nosko A., Wilk P., Finegan J.: Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: A time-lagged study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2014;51(12):1615–1623, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010>
2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych [Internet]: Kampania społeczna „Ostatni dyżur” [cytowany 23 lutego 2016]. Adres: <http://www.oipip-koszalin.org/index.php/ostatni-dyzur>
3. Lachowska B.: Praca i rodzina. Konflikt czy synergia? Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi i zawodowymi – uwarunkowania i znaczenie dla jakości życia kobiet i mężczyzn. Wydawnictwo KUL, Lublin 2012
4. Rostowska T.: Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008
5. Lautizi M., Laschinger H.K.S., Ravazzolo S.: Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: An exploratory study. *J. Nurs. Manag.* 2009;17(4):446–452, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00984.x>
6. Saramiento T.P., Laschinger H.K.S., Iwasiw C.: Nurse educator's workplace empowerment, burnout and job satisfaction: Testind Kanter's theory. *J. Adv. Nurs.* 2004;46(2):134–143, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02973.x>
7. Laschinger H.K.S., Gilbert S., Smith L.M., Lesile K.: Toward's a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: Applying Kanter's empowerment theory to patient care. *J. Nurs. Manag.* 2010;18:4–13, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
8. Zych K.: Autentyczne przywództwo a satysfakcja z pracy wśród pielęgniarek. Mediacyjna rola upodmiotowienia strukturalnego [niepublikowana praca magisterska]. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin 2014
9. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., Wilk P.: Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing settings. *J. Nurs. Adm.* 2001;31(5):260–272, <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>
10. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., Wilk P.: A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *J. Organ. Behav.* 2004;25: 527–545, <http://dx.doi.org/10.1002/job.256>

11. Wong C.A., Laschinger H.K.S.: Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *J. Adv. Nurs.* 2013;69(4):947–959, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x>
12. Cicolini G., Comparacini D., Simonetti V.: Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *J. Nurs. Manag.* 2014;22:855–871, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12028>
13. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Specyfika pracy pielęgniarskiej w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania. Część I. *Pielęg. Zdr. Publ.* 2011;1(2):163–167
14. Perek M., Kózka M., Twarduś K.: Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Probl. Pielęg.* 2007;15(4):223–228
15. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kiełbatowska B., Kocięcka A.: Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Probl. Pielęg.* 2011;19(2):143–147
16. Krawczyk-Bryłka B.: Empowerment – strategia zarządzania oparta na zaufaniu. *Zarządz. Finan.* 2012;4(1):313–330
17. Bugdol M.: Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006
18. Zimniewicz K.: Nauka o organizacji zarządzania. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1990
19. Zeglat D., Aljaber M., Alrawabdeh W.: Understanding the impact of employee empowerment on customer-oriented behavior. *J. Bus. Stud. Q.* 2014;6(1):55–68
20. Moczydłowska J.M.: Empowerment – upodmiotowienie we wspólnocie. *Ekon. Organ. Przedsięb.* 2013;11:15–23
21. Ahmad N., Oranye O.: Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: A comparative analysis of nurses working in Malaysia and England. *J. Nurs. Manag.* 2010;18:582–591, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01093.x>
22. Voydanoff P.: The effects of work demands and resources on work-to-family conflict and facilitation. *J. Marriage Fam.* 2004;66(5):398–412, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2004.00028.x>
23. Lachowska B.: Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi i zawodowymi a jakość życia pracujących rodziców. *Psychol. Społ.* 2012;74(23):353–371
24. Grzywacz J.G., Bass B.L.: Work, family and mental health: Testing different models of work-family fit. *J. Marriage Fam.* 2003;65(2):248–262, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00248.x>
25. Voydanoff P.: Toward a conceptualization of perceived work-family fit and balance: A demands and resources approach. *J. Marriage Fam.* 2005;67:822–836, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00178.x>
26. Allen T.D., Herst D.E.L., Bruck C.S., Sutton M.: Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *J. Occup. Health Psychol.* 2000;5(2):278–308, <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.278>
27. McNall L.A., Nicklin J.M., Masuda A.D.: A meta-analytic review of the consequences associated with work-family enrichment. *J. Bus. Psychol.* 2010;25(3):381–396, <http://dx.doi.org/10.1007/s10869-009-9141-1>
28. Bedyńska S., Książek M.: Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych. Wydawnictwo Akademickie Sedno, Warszawa 2012
29. Olkiewicz J., Andruszkiewicz A.: Związek między typami zachowań i przeżyć w pracy a zmiennymi społeczno-demograficznymi w grupie pielęgniarek neurologicznych. *Pielęg. Neurol. Neurochir.* 2012;1(2):70–75
30. Cegła B., Dowbór-Dzwonka A., Filanowicz M., Szynekiewicz E., Kędziora-Kornatowska K., Bartuzi Z.: Sytuacja materialna rodzin pielęgniarek a poziom występującego wypalenia zawodowego. *Probl. Pielęg.* 2010;18(4):393–398
31. Ogińska J., Żuralska R.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Probl. Pielęg.* 2010;18(4):435–442
32. Mason C.H., Perreault W.D.: Collinearity, power, and interpretation of multiple regression analysis. *J. Mark. Res.* 1991;28(3):268, <http://dx.doi.org/10.2307/3172863>
33. Cieślak R., Klonowicz T.: Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocia. W: Sęk H., Cieślak R. [red.]. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, ss. 152–169