

STRUKTURA CZYNNIKOWA I WSTĘPNA WALIDACJA KWESTIONARIUSZA UPODMIOTOWIENIA PSYCHOLOGICZNEGO WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ORAZ KWESTIONARIUSZA UPODMIOTOWIENIA PSYCHOLOGICZNEGO DLA PACJENTÓW

FACTORIAL STRUCTURE AND PRELIMINARY VALIDATION
OF THE *PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT INSTRUMENT*
AMONG POLISH NURSES AND MIDWIVES
AND THE *PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT INSTRUMENT FOR PATIENTS*

Agnieszka Orłowska, Mariola Łaguna

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II / The John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland
Instytut Psychologii / Institute of Psychology

STRESZCZENIE

Wstęp: Artykuł prezentuje weryfikację struktury czynnikowej oraz wstępną walidację 2 narzędzi: *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród polskich pielęgniarek i położnych opracowanego przez Spreitzer oraz *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* opracowanego przez Schutza i wsp. na podstawie koncepcji Spreitzer. W koncepcji tej upodmiotowienie psychologiczne oznacza wewnętrzną motywację pracownika do kształtowania przekonania o znaczeniu własnej roli w organizacji. Analogicznie upodmiotowienie psychologiczne pacjenta to wewnętrzna motywacja, w której wyniku kształtuje on przekonania o znaczeniu roli pełnionej przez siebie w procesie leczenia. Celem badania były weryfikacje właściwości psychometrycznych polskich wersji kwestionariuszy oraz 4-czynnikowej struktury upodmiotowienia psychologicznego w próbach polskich pielęgniarek i pacjentów. **Materiał i metody:** Badania przeprowadzono na 29 oddziałach szpitalnych w 15 polskich szpitalach. Wzięło w nich udział 309 osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki lub położnej w szpitalu oraz 305 pełnoletnich pacjentów. Treść pozycji została przetłumaczona z języka angielskiego przy zastosowaniu metody translacji zwrotnej. **Wyniki:** Konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała akceptowalne dopasowanie do danych 3-czynnikowego modelu upodmiotowienia psychologicznego (bez skali *Nadawania osobistego znaczenia wykonywanej pracy*) w próbie polskich pielęgniarek i położnych oraz modelu 4-czynnikowego w próbie polskich pacjentów. Skale obu narzędzi wykazują wysoką rzetelność. Wstępnie oszacowano także trafność kryterialną skal obu narzędzi. **Wnioski:** Polskie wersje obu narzędzi wykazują zadowalające właściwości psychometryczne. Mogą być stosowane w badaniach pielęgniarek i położnych oraz w badaniach pacjentów. Med. Pr. 2020;71(5):551–568

Słowa kluczowe: upodmiotowienie psychologiczne, *Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego*, pielęgniarki, pacjenci, satysfakcja, konfirmacyjna analiza czynnikowa

ABSTRACT

Background: The article presents the verification of the factor structure and preliminary validation of the following 2 measures: the *Psychological Empowerment Instrument* among Polish nurses and midwives, developed by Spreitzer, and the *Psychological Empowerment Instrument for Patients* developed by Schulz et al. based on Spreitzer's conception. By that theoretical conception, psychological empowerment is an intrinsic motivation manifested in an individual's orientation to his or her work role. Similarly, the patient's psychological empowerment is an intrinsic motivation manifested in an individual's orientation to his or her treatment process. The aim of the study was to test the psychometric properties of the Polish versions of both measures, and to verify the 4-factor structure of psychological empowerment in the samples of Polish nurses and patients. **Material and Methods:** The study was conducted at 29 hospital wards of 15 Polish hospitals. The participants included 309 nurses or midwives employed in these hospitals, and 305 adult patients. Items were translated from the original English version using the back-translation method. **Results:** The confirmatory factor analysis showed the acceptable fit of the 3-factor model (without the *Meaning*) among Polish nurses and midwives, and the 4-factor model among Polish patients. The scales of both measures exhibit high reliability. Preliminary evidence for their criterion validity was also provided. **Conclusions:** The Polish versions of both measures show satisfactory psychometric properties, being suitable for the evaluation of the levels of empowerment in nurses, midwives and patients. Med Pr. 2020;71(5):551–68

Key words: psychological empowerment, *Psychological Empowerment Instrument*, nurses, patients, satisfaction, confirmatory factor analysis

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Agnieszka Orłowska, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii, al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, e-mail: a_orłowska@onet.pl
Nadesłano: 3 grudnia 2019, zatwierdzono: 18 maja 2020

WSTĘP

Wobec wymagań współczesnego systemu ochrony zdrowia oraz aktualnych koncepcji pielęgnowania pielęgniarki w swojej pracy zmierzają do zapewnienia pacjentom coraz doskonalszej opieki pod względem jakościowym zarówno w chorobie, jak i w zdrowiu [1]. Idea zarządzania przez upodmiotowienie (*empowerment*), będąca odpowiedzią na kryzys klasycznych koncepcji zarządzania [2], próbuje także sprostać potrzebom współczesnego pielęgniarstwa. Upodmiotowienie jest siłą aktywizującą, motywującą do zaangażowania i ponoszenia osobistej odpowiedzialności za wykonywane zadania [3]. Jest rozpatrywane jako osobiste przekonanie o możliwości działania i kontroli w zakresie poprawy jakości zdrowia i życia [4].

Wzrost wiedzy o zdrowiu i rozwój koncepcji upodmiotowienia [5] są szansą na bardziej aktywne i znaczące role pielęgniarki i pacjenta jako niezależnych podmiotów decyzyjnych w procesie troski o jakość opieki zdrowotnej. Ponieważ upodmiotowienie jest coraz częściej uznawane za podstawową wartość w opiece zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie [6], ważne jest, aby istniały trafne i rzetelne narzędzia służące do pomiaru upodmiotowienia psychologicznego wśród zarówno pielęgniarek, jak i pacjentów. Koncepcja upodmiotowienia psychologicznego w ujęciu Spreitzer [7] i zaproponowana przez nią metoda pomiaru znalazły zastosowanie w badaniach różnych grup zawodowych [8,9], największym zainteresowaniem cieszy się jednak wśród badaczy środowiska zawodowego pielęgniarek [10,11]. Z kolei Schulz i wsp. [4,12] odnieśli tę koncepcję do pacjentów, tworząc odpowiednie dla tej grupy narzędzie pomiarowe. Dalszy rozwój badań nad upodmiotowieniem psychologicznym w opiece zdrowotnej oraz w różnych kręgach kulturowych wymaga odpowiedniego przygotowania narzędzi i weryfikacji ich właściwości psychometrycznych. Dlatego w opisanych badaniach dokonano weryfikacji struktury czynnikowej oraz wstępnej walidacji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego wśród polskich pielęgniarek i położnych*, a także *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*.

Upodmiotowienie

Empowerment, którego nazwa tłumaczona jest najczęściej jako upodmiotowienie, ale także jako uprawomocnienie, uwłasnowolnienie, upełnomocnienie, umacnianie, wzmacnianie, uprawomocnienie lub uwłaszczanie, jest strategią – coraz częściej wskazywaną jako najlep-

sza – budowania efektywnych i przyjaznych organizacji [2,13]. Idea upodmiotowienia, zapoczątkowana w latach 60. i 70. ubiegłego wieku, kładzie nacisk na prawa i umiejętności (a nie deficyty i potrzeby) osób i społeczności [13]. Na gruncie psychologii oraz zarządzania wskazuje się, że upodmiotowienie prowadzi do wykorzystania kompetencji i umiejętności jednostki, które przy współdziałaniu z innymi pracownikami i przełożonymi inicjuje zmiany i osiąga zamierzone cele organizacji.

W literaturze można odnaleźć różne definicje upodmiotowienia pracowników. Jedną z pierwszych zaproponowali Conger i Kanungo [14], określając upodmiotowienie jako proces wzmacniania poczucia własnej skuteczności u pracowników dzięki poszukiwaniu i eliminowaniu warunków sprzyjających bezsilności. Zachodzi on, gdy zarządzający wspierają pracowników, zwiększając ich niezależność i autonomię, co szczególnie motywuje ich do działania. Strategia upodmiotowienia nakłada na pracodawców zobowiązanie do przekazywania pracownikom większej władzy i autonomii. Upodmiotowienie oznacza jednak nie tyle przekazanie pewnych czynności do samodzielnego wykonywania według ustalonego wzoru, ile nadanie znacznej swobody w podejmowaniu decyzji prowadzących do osiągnięcia wyznaczonego celu, a nawet współdecydowanie o tym, jakie cele warte są osiągnięcia w kontekście przyjętej strategii organizacji i rozwoju osobistego pracownika [3].

Upodmiotowienie jest zjawiskiem złożonym, wielowymiarowym, obejmującym praktycznie wszystkie sfery funkcjonowania organizacji. Trudno jednoznacznie opisać jego strukturę, co znajduje odzwierciedlenie w różnorodności ujęć jego wymiarów [13,15]. Upodmiotowienie może być określane z perspektywy makro i mikro [13]. Perspektywa makro dotyczy struktury organizacyjnej i polityki organizacji, natomiast perspektywa mikro – motywowania pracowników [13]. Odniesienie do struktur organizacyjnych zawarto w koncepcji upodmiotowienia strukturalnego (*structural empowerment*) opracowanej przez Kanter [16]. Natomiast perspektywa mikro nawiązuje do rozumienia upodmiotowienia psychologicznego (*psychological empowerment*) zaproponowanego przez Thomasa i Velthouse'a [17] oraz Spreitzer [7].

Upodmiotowienie strukturalne, nazywane także organizacyjnym [10,16], polega na tworzeniu warunków umożliwiających pracownikom indywidualny rozwój oraz dostęp do procesów decyzyjnych. W ujęciu Kanter [16] upodmiotowienie strukturalne to zdolność

do mobilizacji wszelkich środków, informacji i zasobów do osiągnięcia określonego celu. Obejmuje ono celowe działania podejmowane w organizacji na rzecz zaktywizowania pracowników i zachęcenia ich do zwiększenia udziału w decyzjach dotyczących wykonywanej przez nich pracy. Są to działania zmierzające do upodmiotowienia psychologicznego pracowników, czyli ich wzmocnienia i usamodzielnienia dzięki stworzeniu kontekstu organizacyjnego kształtującego stan „bycia upodmiotowionym” na płaszczyźnie indywidualnej/psychologicznej [7,10,13]. To upodmiotowienie psychologiczne, określane także jako indywidualne, dotyczy przekonania pracownika, że posiada on siłę i zdolności, aby aktywnie uczestniczyć w funkcjonowaniu organizacji [7,13]. Rozumiane jest jako stan poznawczy, świadomość możliwości wpływu na własne działanie oraz na organizację, w której jest się zatrudnionym [7].

Koncepcje upodmiotowienia strukturalnego w ujęciu Kanter [16] oraz upodmiotowienia psychologicznego w ujęciu Spreitzer [7] znalazły szerokie zastosowanie w analizie pracy zawodowej pielęgniarek [10,11]. Laschinger i wsp. [10,11] prowadzili liczne badania wśród pielęgniarek, w których wykorzystywali *Kwestionariusz warunków efektywności pracy II (Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II – CWEQ II)* przeznaczony do pomiaru upodmiotowienia strukturalnego. Jest on stosowany w wielu krajach [10,11], w tym także w Polsce [18]. Z kolei do pomiaru upodmiotowienia psychologicznego wykorzystywany jest opracowany przez Spreitzer [7] *Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego (Psychological Empowerment Instrument – PEI)*. Koncepcja upodmiotowienia psychologicznego w ujęciu Spreitzer została także zastosowana w odniesieniu do pacjentów i zaowocowała opracowaniem przez Schulza i wsp. [4,12] *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów (Psychological Health Empowerment Scale – PHES)*. Wszystkie te narzędzia mają szerokie zastosowanie w badaniach w opiece zdrowotnej – niniejsza praca prezentuje wstępną walidację 2 kwestionariuszy, które dotychczas nie miały polskich wersji.

Upodmiotowienie psychologiczne pielęgniarek

Zawód pielęgniarki związany jest ze szczególnym zaufaniem społecznym: pielęgniarka to osoba, której powierza się najwyższe dobro człowieka – zdrowie i życie [19]. Profesja ta charakteryzuje się potrzebą głębokiego poczucia odpowiedzialności w stosunku do pacjenta [19]. Od osoby podejmującej się wykonywania takiego zawodu wymaga się także umiejętności radzenia sobie

z wieloma problemami oraz pokonywania trudności, m.in. stałej gotowości do kontaktu z ludźmi cierpiącymi i oczekującymi pomocy [1]. Dlatego ważne jest, aby niezależnie od miejsca pracy oraz rodzaju świadczonych usług pielęgniarki miały możliwość wykonywania zawodu w warunkach zapewniających im poczucie bezpieczeństwa, gwarantujących pewność działania, chroniących przed niekorzystnymi następstwami dla ich stanu zdrowia. Jednocześnie pielęgniarstwo jest zawodem o niskim statusie społecznym, zwykle niedocenianym przez społeczeństwo [19,20]. Jak wspomniano, strategia upodmiotowienia ma zastosowanie w pracy pielęgniarek, a liczne badania konsekwentnie potwierdzają jej pozytywny wpływ na funkcjonowanie tej grupy zawodowej [11,20]. Upodmiotawiające środowisko pracy wspiera zdrowie fizyczne i psychiczne pielęgniarek, redukuje stres, zwiększa zaangażowanie w pracę, pozytywnie wpływa na współpracę w zespole i w rezultacie na wyniki leczenia pacjentów [11].

Prekursorem badań nad koncepcją upodmiotowienia psychologicznego jest Spreitzer [7]. Odwołując się do poznawczego modelu upodmiotowienia (*cognitive model of empowerment*) [17], traktuje ona upodmiotowienie psychologiczne jako wewnętrzną motywację do wykonywania pracy dzięki posiadanym kompetencjom, wpływowi i możliwości samostanowienia [7]. Upodmiotowienie w perspektywie psychologicznej (określanej też jako indywidualna lub osobista) to wielowymiarowy stan poznawczy – percepcja bycia upodmiotowionym [2]. Prowadzi ono do zwiększania u pracowników poczucia własnej skuteczności dzięki zidentyfikowaniu warunków, które powodują niemoc, i ich usuwaniu – zarówno poprzez stosowanie formalnych praktyk i działań menadżerskich, jak też nieformalnych technik zapewniających informację zwrotną na temat ich działań [17]. Upodmiotowienie jest więc psychologicznym przekonaniem pracownika o posiadaniu autonomii, kompetencji, wpływu i znaczenia wykonywanej przez niego pracy wynikającym z działań przedłożonych [2]. Przekonanie to przejawia się w zestawie ocen poznawczych, odzwierciedlających rolę pracownika w organizacji [7].

W ujęciu Spreitzer [7] upodmiotowienie psychologiczne to wewnętrzna motywacja widoczna w 4 ocenach poznawczych odzwierciedlających indywidualne podejście do roli zawodowej pracownika, w tym także pielęgniarki. Wymiary upodmiotowienia psychologicznego to [7]:

1. Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy (*meaningfulness*).

2. Znajomość własnych kompetencji (*competence*).
3. Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów (*choice*).
4. Przekonanie o wartości pracy własnej (*impact*).

Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy wiąże się z dopasowaniem wymagań stanowiska pracy oraz indywidualnych wartości i przekonań pracownika. Dotyczy przekonania pracownika, że cele i zadania organizacji są zgodne z jego własnymi celami i wartościami, a także że jego praca jest wartościowa [17].

Znajomość własnych kompetencji odnosi się do poczucia skuteczności, do przekonania pracownika, że ma on zdolności i umiejętności do wykonywania swoich obowiązków zawodowych i dzięki temu wykonuje je prawidłowo [17]. Ten wymiar upodmiotowienia psychologicznego zawiera przekonanie i wiarę w możliwość wykonywania obowiązków biegle i profesjonalnie [7,10].

Przekonanie o możliwości aktywnego wybierania, określane także jako autodeterminowanie (*self-determination*) [7,10], odnosi się do odczuwanej przez pracownika możliwości wyboru czynności, metod i instrumentów służących do właściwego wykonywania zadań. To poczucie autonomii oraz przekonanie pracownika, że może samodzielnie inicjować, planować i kierować własnymi działaniami, wpływając na wykonywaną pracę [7,10].

I wreszcie przekonanie o wartości pracy własnej określa odczucie pracownika, że przez swoje działania może on aktywnie wpływać na funkcjonowanie organizacji [17], jego decyzje mogą zaważyć na istotnych celach wydziału, a w przypadku pracy pielęgniarki w szpitalu – na cele oddziału, na którym ona pracuje [7,10].

Upodmiotowienie pacjenta

W literaturze coraz częściej dostrzega się także znaczenie teorii upodmiotowienia w kontekście relacji pacjent–pielęgniarka [21]. Idea upodmiotowienia pacjenta budzi coraz szersze zainteresowanie [6]. Upodmiotowienie ujmowane jako uczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji związanych z jego stanem zdrowia [4] było przedmiotem analiz różnych dyscyplin naukowych, np. psychologii, zarządzania, socjologii, pracy społecznej, nauk medycznych. Dzięki upodmiotowieniu pacjenci zwiększają swoją autonomię i zaangażowanie, stają się aktywnymi współuczestnikami procesu leczenia i podejmują odpowiedzialność za działania poprawiające jakość ich zdrowia i życia. Schulz i wsp. [4,12] na podstawie teorii upodmiotowienia psychologicznego w ujęciu Thomasa i Velthouse'a [17] oraz Spreitzer [7]

zaadaptowali definicję upodmiotowienia psychologicznego pracowników do warunków opieki zdrowotnej, tworząc definicję upodmiotowienia psychologicznego pacjenta. W ich ujęciu oznacza to przekonanie pacjenta o władzy, kontroli i skuteczności oraz zaangażowanym uczestnictwie w trosce o własny stan zdrowia [12]. Tak jak w przypadku upodmiotowienia pracowników [2], upodmiotowienie pacjenta jest także jednym z elementów partycypacji pacjenta w procesie leczenia, czyli takiego sposobu postępowania w czasie konsultacji medycznej, który wpływa na proces podejmowania decyzji związanych z terapią [22].

Należy zwrócić uwagę na to, że upodmiotowienie psychologiczne pacjenta oznacza jego gotowość do bardziej autonomicznego uczestnictwa w decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej, ale niekoniecznie wiąże się z posiadaną przez niego specjalistyczną wiedzą medyczną. W tej koncepcji pacjent stawiany jest w roli aktywnego odbiorcy informacji, który ma za zadanie nie tylko słuchać i akceptować decyzje personelu medycznego, ale także nadawać im osobiste znaczenie, wybierać i wdrażać w życie porady i zalecenia, które uznaje za odpowiednie dla swojego stanu zdrowia [4]. Upodmiotowiony pacjent, który nie uzyskał rzetelnych informacji od personelu medycznego, mógłby podejmować niebezpieczne lub nieracjonalne decyzje związane z opieką zdrowotną. Rolą personelu medycznego (w tym także pielęgniarzkiego) jest więc właściwe informowanie pacjenta, dostarczanie mu wiedzy i umiejętności niezbędnych do efektywnego zarządzania procesem leczenia.

Schulz i Nakamoto [4,12] za Spreitzer [7] wyróżniają 4 wymiary upodmiotowienia psychologicznego pacjenta:

1. Nadawanie osobistego znaczenia (*meaningfulness or relevance*).
2. Znajomość własnych kompetencji (*self-efficacy or competence*).
3. Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów (*self-determination or choice*).
4. Poczucie wpływu (*impact*).

Nadawanie osobistego znaczenia odnosi się do wyznawanych wartości i ideału życia pacjenta – poczucia, że to, co robi dla zdrowia, jest ważne i warte troski. Znaczenie to dotyczy przekonania pacjenta, że cele i zadania personelu medycznego są zgodne z jego własnymi celami i wartościami. Uznawanie działań za nieważne i nieznaczące może prowadzić do rezygnacji, apatii i niezaangażowania w wykonywane działania [4]. I odwrotnie, wzrost osobistego znaczenia wykonywanych

działań wiąże się ze wzrostem zaangażowania w proces troski o swoje zdrowie.

Znajomość własnych kompetencji to przeświadczenie pacjenta o zdolności osiągnięcia pożądaných rezultatów dzięki swoim działaniom [4]. Innymi słowy jest to przekonanie o umiejętnym wykonywaniu swoich ról i zadań zdrowotnych. Dzięki znajomości własnych kompetencji pacjenci mogą prawidłowo dbać o swoje zdrowie i podtrzymywać motywację do działania.

Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów wiąże się z ewentualnością podejmowania autonomicznych decyzji. Pacjent czuje, że ma możliwość wyboru metod i kierunków leczenia służących do poprawy jego stanu zdrowia, jest przekonany, że te decyzje i wybory nie są narzucone przez innych. Przekonanie to zwiększa zaangażowanie pacjenta oraz prowadzi do poprawy jakości zdrowia i życia [4].

Poczucie wpływu wiąże się z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli w procesie troski o własne zdrowie [17]. Określa ono odczucie pacjenta, że przez własne działania może on aktywnie wpływać na stan zdrowia i proces leczenia.

Upodmiotowienie a satysfakcja z pracy i życia

Liczne badania empiryczne potwierdzają dodatni związek pomiędzy upodmiotowieniem psychologicznym a satysfakcją z pracy wśród pielęgniarek [11], jak również pośród przedstawicieli innych zawodów [23]. Okazuje się, że upodmiotowienie psychologiczne jest silnym predyktorem satysfakcji z pracy [11]. Badania potwierdzają także dodatnie związki upodmiotowienia pacjenta z jego satysfakcją z życia [24]. Z tego względu analiza zależności między upodmiotowieniem psychologicznym a satysfakcją z pracy, rozumianą jako poznawczy aspekt zadowolenia z pracy [25], oraz satysfakcją z życia [26] mogą być dobrymi wskaźnikami trafności polskich adaptacji narzędzi do pomiaru upodmiotowienia w grupach pielęgniarek i pacjentów.

Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego

Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego, opracowany przez Spreitzer [7], jest przeznaczony do pomiaru 4 wymiarów upodmiotowienia psychologicznego. W literaturze kwestionariusz ten bywa także nazywany *Skalą upodmiotowienia psychologicznego (Psychological Empowerment Scale – PES)* [10]. Kwestionariusz jest narzędziem ogólnodostępnym [7], a opracowanie jego polskiej wersji było możliwe dzięki uzyskaniu zgody autorki na tłumaczenie i adaptację metody. Zawiera on 12 twierdzeń, które tworzą 4 skale (po 3 twierdzenia w każdej

skali) ujmujące 4 wymiary upodmiotowienia psychologicznego, opisane we wcześniejszej części artykułu:

1. Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy – przykładowe twierdzenie: „Praca, którą wykonuję, jest dla mnie ważna”.
2. Znajomość własnych kompetencji – przykładowe twierdzenie: „Jestem przekonany/a, że potrafię wykonywać moją pracę”.
3. Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów – przykładowe twierdzenie: „Mam znaczną autonomię w decydowaniu o tym, jak wykonuję moją pracę”.
4. Przekonanie o wartości pracy własnej – przykładowe twierdzenie: „Mam duży wpływ na to, co dzieje się na moim oddziale”.

Odpowiedzi udzielane są na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 – „zdecydowanie się zgadzam”. Zsumowane odpowiedzi tworzą wynik w każdej ze skal. Dodatkowo wylicza się wynik ogólny, będący sumą odpowiedzi ze wszystkich skal kwestionariusza.

Oryginalny PEI ma zastosowanie w badaniach różnych grup pracowników [7–9], ale szczególnie popularny jest w badaniach pielęgniarek [7,10]. Niniejsza adaptacja, podobnie jak wiele innych [8,27–29], także została opracowana na potrzeby testowania tej grupy zawodowej. W wersji polskojęzycznej w 3 pozycjach kwestionariusza (4, 6 i 11) określenie „my department” przetłumaczono jako „oddział” (dla innych grup pracowników można tłumaczyć jako „dział” organizacji, np. „Mam duży wpływ na to, co dzieje się w moim dziale”). Kwestionariusz PEI był wielokrotnie adaptowany do różnych warunków kulturowych, opracowano wersje m.in. chińską [29], hiszpańską [27], turecką [8], szwedzką [28], wszystkie bazujące na danych zebranych wśród badanych pielęgniarek.

Autorka oryginalnej wersji metody dostarcza danych wskazujących na dobre dopasowanie modelu 4-czynnikowego hierarchicznego, który zawierał – oprócz 4 zmiennych latentnych opisujących 4 wymiary upodmiotowienia – także wynik ogólny, będący zmienną latentną wyższego rzędu, w próbie kalifornijskich menadżerów (AGFI = 0,87, RMSEA = 0,07) [7]. Badania przeprowadzone wśród kanadyjskich pielęgniarek i położnych także potwierdzają dobre dopasowanie modelu 4-czynnikowego hierarchicznego ($\chi^2 = 117$, $df = 49$, CFI = 0,996, RMSEA = 0,059) [10], podobnie jak przywoływane wcześniej adaptacje PEI: w próbie pielęgniarek tureckich ($\chi^2 = 90$, $df = 48$, $p < 0,001$, RMSEA = 0,05, AGFI = 0,91) [8], szwedzkich ($\chi^2 = 294,66$, $df = 50$,

$p < 0,001$, RMSEA = 0,080, AGFI = 0,91) [28] czy też hiszpańskich ($\chi^2 = 121$, $df = 50$, $p < 0,001$, RMSEA = 0,072, CFI = 0,919) [27]. Autorzy hiszpańskiej adaptacji podają, że usunięcie 1 pozycji kwestionariusza (pozycja 10.) ze skali *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy* poprawia dopasowanie modelu do danych w próbie pielęgniarek ($\chi^2 = 76$, $df = 40$, $p < 0,001$, RMSEA = 0,058, CFI = 0,96) [27].

Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów

Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów został przygotowany przez Schulza i wsp. [4,12] na podstawie Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego Spreitzer [7]. Opracowanie polskiej wersji tego narzędzia było możliwe dzięki uzyskaniu zgody autora na adaptację i tłumaczenie metody. Operacjonalizacja pojęcia upodmiotowienia na potrzeby badania pacjentów polegała na zastąpieniu sformułowań dotyczących pracy określeniami dotyczącymi zdrowia.

Kwestionariusz w wersji dla pacjentów składa się z 12 twierdzeń, które tworzą 4 skale (po 3 twierdzenia w każdej skali) ujmujące 4 wymiary upodmiotowienia psychologicznego opisane we wcześniejszej części artykułu:

1. Nadawanie osobistego znaczenia – przykładowe twierdzenie: „Radzenie sobie z moim stanem zdrowia jest dla mnie bardzo ważne”.
2. Znajomość własnych kompetencji – przykładowe twierdzenie: „Jestem przekonany/a, że potrafię radzić sobie z moim stanem zdrowia”.
3. Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów – przykładowe twierdzenie: „Posiadam dużą autonomię w decydowaniu o tym, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia”.
4. Poczucie wpływu – przykładowe twierdzenie: „Mam znaczny wpływ na to, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia”.

Odpowiedzi udzielane są na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 – „zdecydowanie się zgadzam”. Zsumowane punkty odpowiedzi tworzą wynik w każdej ze skal. Dodatkowo z odpowiedzi we wszystkich skalach kwestionariusza wylicza się także wynik ogólny.

Podobnie jak w wersji dla pielęgniarek, tak i dla tej metody testowano hierarchiczną strukturę konstruktów. W badaniach włoskich i szwajcarskich pacjentów model 4-czynnikowy hierarchiczny uzyskał dobre dopasowanie do danych ($\chi^2 = 60$, $df = 40$, SRMR = 0,04, RMSEA = 0,05, CFI = 0,99) [12].

Prowadzenie polskich badań nad upodmiotowieniem psychologicznym, które – jak wykazano we wcześniejszej części artykułu – ma istotne znaczenie w pracy pielęgniarek oraz procesie dbania o stan zdrowia pacjentów, będzie możliwe pod warunkiem opracowania polskich wersji obydwu opisanych narzędzi. Poniżej zaprezentowano wyniki wstępnego badania walidacyjnego, którego celem było określenie właściwości psychometrycznych polskich wersji obydwu metod w próbie polskich pielęgniarek i położnych oraz polskich pacjentów.

MATERIAŁ I METODY

Etyka

Projekt niniejszych badań został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję do Spraw Etyki Badań Naukowych przy Instytucie Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie. Wszyscy uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu, które zostało przeprowadzone zgodnie z wytycznymi Deklaracji Helsińskiej.

Procedura badania

W każdym szpitalu uzyskano od dyrekcji i pielęgniarki naczelnej zgodę na przeprowadzenie badania oraz wskazanie oddziału, na którym miało być ono przeprowadzone. Dane z 2 grup badawczych, pielęgniarek i pacjentów, zebrano z każdego wybranego oddziału. Uczestnicy badania zostali poinformowani o jego celu, dobrowolnym i anonimowym udziale oraz możliwości rezygnacji w dowolnym momencie. Respondenci otrzymali ankiety, w których każda z części została poprzedzona krótką instrukcją ułatwiającą jej wypełnienie. Zostali poproszeni o uzupełnienie kwestionariuszy w dogodnym dla siebie czasie i miejscu, a następnie zwrócenie ich osobie prowadzącej badanie.

Kryterium doboru do próby pielęgniarek było zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki lub położnej. Do próby pacjentów kwalifikowały się osoby pełnoletnie oraz przebywające w szpitalu dłużej niż 3 dni.

Badane grupy

Badanie zostało przeprowadzone w 15 szpitalach z województw: mazowieckiego, lubelskiego, podkarpackiego, małopolskiego, wielkopolskiego i świętokrzyskiego. Dane zebrano na 29 oddziałach szpitalnych, w tym na 5 oddziałach ginekologiczno-położniczych, 5 chirurgicznych, 4 ortopedycznych, 4 wewnętrznych, 2 rehabilitacyjnych, 2 kardiologicznych oraz po 1 oddziale: reumatologicznym, nefrologicznym, okulistycznym,

neurologicznym, neurochirurgicznym, hematologicznym oraz chorob płuc.

Pierwszą grupę badanych stanowiło 309 osób zatrudnionych w szpitalu na stanowisku pielęgniarki (270 osób, co stanowi 87% badanych) oraz położnej (39 osób, 13% badanych). Grupa ta składała się z 292 kobiet (95%) oraz 17 mężczyzn (5%). Były to osoby w wieku 21–65 lat ($M = 43,59$, $SD = 11,16$). Większość ankietowanych deklarowała wykształcenie wyższe: 115 osób (37%) – wyższe magisterskie, oraz 111 osób (36%) – licencjat. Ponadto 81 osób (26%) miało wykształcenie średnie, a 2 osoby (1%) – zawodowe. Większość badanych (296 osób, 96%) pracowała na pełen etat. Dla większości respondentów zatrudnienie miało stały charakter (270 osób, 87%), dla 31 osób (10%) – okresowy (umowa o pracę na czas określony), 7 osób (2%) pracowało na podstawie kontraktu, umowy-zlecenia bądź umowy na zastępstwo. Staż pracy w zawodzie wynosił od roku do 44 lat ($M = 19,65$, $SD = 12,71$), a średni staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia – ponad 16 lat ($M = 16,51$, $SD = 12,47$). Respondenci pracowali średnio 41 godzin ($SD = 5,62$) w tygodniu, większość z nich pracowała zarówno w dzień, jak i w nocy (239 osób, 77%). Pracę tylko w dzień deklarowało 68 osób (22%), 1 osoba pracowała wyłącznie w nocy. Ponad 19 osób (6%) zajmowało stanowisko kierownicze (np. pielęgniarka oddziałowa, koordynująca, zastępca oddziałowej). Dość liczna grupa badanych (73 osoby, 24%) podejmowała dodatkowe zajęcia zarobkowe (np. pielęgniarka w przychodni, ratownik medyczny, rehabilitant, opieka długoterminowa domowa, praca w hospicjum).

Drugą grupę badanych stanowiło 305 pełnoletnich pacjentów, w tym 177 kobiet (58%) oraz 128 mężczyzn (42%). Były to osoby w wieku 18–87 lat ($M = 47,37$, $SD = 17,65$). Przebywały w szpitalu z różnych przyczyn, najliczniejsza grupa – z powodu choroby przewlekłej (85 pacjentów, 28% respondentów) oraz planowanego zabiegu bądź operacji (74 pacjentów, 24%). Inne powody hospitalizacji to badania profilaktyczne (32 pacjentów, 11%), diagnostyczne (36 pacjentów, 12%) oraz leczenie powypadkowe bądź pourazowe (40 pacjentów, 13%). Grupa 21 pacjentek (7%) przebywała w szpitalu w związku z ciążą (np. komplikacje w ciąży, ból podbrzusza). Pobyt w szpitalu trwał średnio 7 dni ($SD = 7,44$). Badani pacjenci deklarowali zróżnicowane wykształcenie. Najliczniejsza grupa 112 osób (37%) posiadała wykształcenie średnie. Wykształcenie wyższe wskazały 102 osoby: 32 pacjentów (11%) ukończyło studia licencjackie, natomiast 70 pacjentów (23%) – studia magisterskie. Wykształcenie zawodowe miało

65 ankietowanych (21%), a podstawowe – 25 osób (8%). Ponad połowa pacjentów to osoby żyjące w związku małżeńskim bądź partnerskim (193 osoby, 65%), stanu wolnego (kawaler/panna) było 55 osób (18%), po rozwodzie lub w separacji – 15 osób (5%); 40 osób (13%) było owdowiałych.

Narzędzia badawcze

Przygotowane zostały, jak opisano wcześniej, polskie wersje językowe *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* oraz *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*. Pierwszym etapem pracy było przetłumaczenie oryginalnej angielskiej wersji każdej z metod na język polski przez 3 niezależnych tłumaczy. Opracowane teksty zostały przekazane do kolejnego tłumacza, który utworzył wersję polską, tzw. zbiorczą, uwzględniając najbardziej wartościowe elementy 3 tłumaczeń. Kolejnym etapem było przekazanie wersji polskiej do tłumaczenia zwrotnego na język angielski przez kolejnego niezależnego tłumacza. Wersja ta została porównana z wersją oryginalną każdej z metod. Przeanalizowano rozbieżności pomiędzy wersjami oryginalną a translacyjną. W analizach tych uczestniczyło 2 tłumaczy o wykształceniu psychologicznym, którzy skontrolowali tekst nie tylko pod względem językowym i gramatycznym, lecz również znaczeniowym. Dodatkowo polskie wersje każdej z metod poddano analizie sędziów kompetentnych (12 pielęgniarek oraz 14 pacjentów), którzy oceniali pozycje testowe pod względem zrozumiałości. W wyniku wszystkich tych działań opracowano polskie wersje każdego z kwestionariuszy.

Do pomiaru zmiennych wykorzystanych przy testowaniu trafności kryterialnej zastosowano 2 metody. Poziom satysfakcji z pracy u pielęgniarek i położnych zbadano za pomocą *Skali satysfakcji z pracy* autorstwa Zalewskiej [25]. Skala ta składa się z 5 pozycji mierzących poznawczy aspekt ogólnego zadowolenia z pracy. Przykładowe twierdzenie: „Pod bardzo wieloma względami moja praca bliska jest ideału”. Odpowiedzi udzielane są na 7-stopniowej skali, od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”, do 7 – „zdecydowanie się zgadzam”. W badaniu tym rzetelność skali szacowana za pomocą współczynnika α Cronbacha wyniosła 0,86.

Poziom satysfakcji z życia u pacjentów mierzono za pomocą *Skali satysfakcji z życia* autorstwa Dienera i wsp. [30] w polskiej adaptacji Jankowskiego [26]. Skala ta składa się z 5 twierdzeń wartościujących życie całościowo i służy do pomiaru poznawczego aspektu ogólnej satysfakcji z życia. Przykładowe twierdzenie:

„W większości aspektów moje życie jest bliskie mojemu ideału” – odpowiedzi udzielane są na 7-stopniowej skali, od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, do 7 – „zdecydowanie zgadzam się”. W niniejszym badaniu skala uzyskała rzetelność α Cronbacha równą 0,88.

Strategia analizy danych

W celu oceny właściwości psychometrycznych pozycji kwestionariuszy przeanalizowano – dla każdej ankiety osobno – statystyki opisowe oraz korelacje pomiędzy poszczególnymi pozycjami. Następnie, w celu weryfikacji struktury czynnikowej, wykonano confirmacyjną analizę czynnikową z estymacją największej wiarygodności (*maximum likelihood* – ML). Aby ocenić psychometryczne właściwości skal, wykonano analizę statystyk opisowych i korelacji dla skal polskich wersji każdego z kwestionariuszy. Analizie poddano także rzetelność skal (zgodność wewnętrzną) oraz wstępnie trafność kryterialną, testując korelacje skal z kryterium zewnętrznym, którym był pomiar satysfakcji z pracy w przypadku pielęgniarek i położnych lub satysfakcji z życia w przypadku pacjentów. Analizy przeprowadzono z użyciem programu IBM SPSS 24 oraz IBM SPSS Statistic Amos.

W analizie dopasowania modeli testowanych za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej wzięto pod uwagę następujące miary dopasowania: RMSEA, SRMR, CFI [31]. Przyjmuje się, że wartości RMSEA i SRMR poniżej 0,05 świadczą o dobrym dopasowaniu do danych, poniżej 0,08 – o dopasowaniu zadowalającym, a powyżej 0,10 – o złym dopasowaniu modelu [31]. Wskaźnik CFI przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie 1 oznacza najlepsze, a wartości $>0,9$ – dobre dopasowanie do danych [31].

WYNIKI

Właściwości psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego wśród pielęgniarek i położnych

Statystyki opisowe dla pozycji metody i korelacje między pozycjami

Dla poszczególnych pozycji polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych zostały obliczone podstawowe statystyki opisowe (tabela 1) oraz korelacje (tabela 2). Dla wszystkich pozycji wykorzystano pełną skalę odpowiedzi (1–7). Najwyższą średnią osiągnęła pozycja 2 ($M = 5,83$, $SD = 1,14$). Biorąc pod uwagę charakterystyki rozkładu odpowiedzi, można stwierdzić, że dla wszystkich pozycji rozkład jest lewoskośny, a więc prze-

ważają wyniki wysokie. Z kolei analiza wartości kurtozy pozwala wysunąć wnioski, że rozkład jest leptokurtyczny dla 7 pozycji (1–3, 5, 9, 10, 12), co oznacza, że wyniki osób badanych dla tych pozycji koncentrują się wokół średniej. Dla pozostałych 5 pozycji rozkład jest platokurtyczny, a więc przeważają wyniki skrajne – w tym przypadku wysokie.

Analiza korelacji (tabela 2) wskazuje, że wszystkie pozycje są ze sobą dodatnio i istotnie statystycznie powiązane. Pozycje składające się na każdą z podskal są skorelowane silniej ze sobą niż z pozycjami przynależącymi do innych podskal. W ramach podskal związki te są silne i dodatnie. Jedynie w przypadku podskali *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy* korelacje niektórych pozycji są słabe i umiarkowane.

Trafność teoretyczna – confirmacyjna analiza czynnikowa

Najważniejszym, podstawowym i koniecznym do weryfikacji rodzajem trafności jest trafność teoretyczna, czyli ocena stopnia, w jakim dany test odzwierciedla latentną cechę psychologiczną [32]. Jedną z metod szacowania trafności teoretycznej jest badanie wewnętrznej struktury testu za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej – sprawdzającej, czy dany test składa się z określonej, na podstawie teorii psychologicznej, liczby czynników [32].

W celu oceny, czy omawiana wcześniej koncepcja struktury upodmiotowienia psychologicznego potwierdza się w warunkach polskich w próbie pielęgniarek i położnych, testowano alternatywne modele struktury czynnikowej. Porównanie miar dopasowania modeli upodmiotowienia psychologicznego w badanej próbie zaprezentowano w tabeli 3. Model 4-czynnikowy, z 4 skorelowanymi zmiennymi latentnymi odpowiadającymi zakładanym wymiarom upodmiotowienia, nie uzyskał dobrego dopasowania we wszystkich analizowanych wskaźnikach – wartość CFI była zadowalająca, wartość SRMR – akceptowalna (nieznacznie przekroczyła wartość 0,80), natomiast wartość RMSEA przekroczyła 0,10. Podobnie model 4-czynnikowy hierarchiczny, zbudowany zgodnie z propozycją Spreitzer [7] i zakładający 4-czynnikową strukturę upodmiotowienia psychologicznego oraz 1 czynnik nadrzędny, uzyskał słabe wskaźniki dopasowania. W związku z tym, że pozycja 5 (składająca się na skalę *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy*) w modelu 4-czynnikowym miała bardzo niski ładunek czynnikowy (0,27), uzasadniający usunięcie jej ze skali, a także z uwagi na to, że pozycje w tej skali miały dosyć niskie moce dyskryminacyjne (korelacja pozycji z wynikiem ogólnym w całej skali, tabela 1) oraz sil-

Tabela 1. Statystyki opisowe dla pozycji polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych
Table 1. Descriptive statistics for items of the Polish version of the *Psychological Empowerment Instrument* among nurses and midwives

Wymiar i pozycja Dimension and item	M	SD	Skośność Skewness	Kurtoza Kurtosis	K-S	Korelacja pozycji z wynikiem ogólnym Item-to-total correlation
Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy / Meaning						
2. Praca, którą wykonuję, jest dla mnie ważna / The work that I do is important to me	5,83	1,14	-0,988	1,467	0,20***	0,62
5. Moje obowiązki zawodowe mają dla mnie osobiste znaczenie / My job activities are personally meaningful to me	4,90	1,37	-0,666	0,585	0,19***	0,44
10. Praca, którą wykonuję, ma dla mnie znaczenie / The work I do is meaningful to me	5,73	1,19	-0,926	1,100	0,18***	0,66
Znajomość własnych kompetencji / Competence						
1. Jestem przekonana/y, że potrafię wykonywać moją pracę / I am confident about my ability to do my job	5,81	1,15	-0,986	1,480	0,19***	0,68
9. Opanowałam/em umiejętności niezbędne do wykonywania mojej pracy / I have mastered the skills necessary for my job	5,72	1,17	-0,722	0,168	0,18***	0,80
12. Jestem pewna/pewien moich umiejętności do wykonywania zadań w mojej pracy / I am self-assured about my capabilities to perform my work activities	5,73	1,12	-0,751	0,636	0,19***	0,77
Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów / Choice						
3. Mam znaczną autonomię w decydowaniu o tym, jak wykonuję moją pracę / I have significant autonomy in determining how I do my job	4,82	1,30	-0,399	0,208	0,16***	0,56
7. Mogę samodzielnie decydować, w jaki sposób wykonuję moją pracę / I can decide on my own how to go about doing my own work	4,40	1,43	-0,319	-0,212	0,15***	0,76
8. Mam dużą swobodę i niezależność w tym, jak wykonuję moją pracę / I have considerable opportunity for independence and freedom in how I do my job	4,35	1,43	-0,323	-0,092	0,17***	0,77
Przekonanie o wartości pracy własnej / Impact						
4. Mam duży wpływ na to, co dzieje się na moim oddziale / My impact on what happens in my department is large	4,03	1,50	-0,012	-0,350	0,17***	0,74
6. Mam dużą kontrolę nad tym, co dzieje się na moim oddziale / I have a great deal of control over what happens in my department	4,05	1,54	-0,061	-0,503	0,15***	0,79
11. Mam istotny wpływ na to, co dzieje się na moim oddziale / I have significant influence over what happens in my department	4,17	1,51	-0,016	-0,481	0,15***	0,75

Oznaczenia poziomu istotności (dwustronnie) / Statistical significance level (2-tailed): *** $p < 0,001$.

K-S – Test Kołmogorowa-Smirnowa / Kolmogorov-Smirnov test.

nie korelowały z pozycjami składowymi innych skal (tabela 2), postanowiono przetestować model 3-czynniowy z pominięciem całej skali *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy*. Wyniki analizy pokazały, że modele 3-czynniowy oraz 3-czynniowy hierarchiczny, zakładające istnienie 3 wymiarów upodmiotowienia (z pominięciem wymiaru *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy*) oraz czynnika nadrzędnego, uzyskały zadowalające dopasowanie do danych w próbie polskich pielęgniarek i położnych. Pozwala to na analizę 3 wymiarów upodmiotowienia psychologicznego z pominięciem skali *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy* oraz na analizę wyniku ogólnego kwestionariusza.

Wartości ładunków czynnikowych w tym modelu są umiarkowane i wysokie, wynoszą od 0,47 do 0,83.

Ponieważ niektóre miary dopasowania dla modelu 4-czynnikowego mimo mankamentów pozycji w składzie wymiaru *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy* były akceptowalne, autorzy uznali, że można dopuścić wyliczenie wyniku także w 4 wymiarze upodmiotowienia, choć wyniki te należy traktować bardzo ostrożnie. Dlatego w dalszych analizach opisano także wyniki w skali *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy*, a wynik ogólny wyliczono w 2 wersjach: z uwzględnieniem pozycji pochodzących z 3 oraz z 4 skal metody.

Tabela 2. Korelacje pomiędzy pozycjami polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych
Table 2. Correlations between items of the Polish version of the *Psychological Empowerment Instrument* among nurses and midwives

Wymiar i pozycja Dimension and item	Korelacja r Pearsona Pearson's r correlation											
	2	5	10	1	9	12	3	7	8	4	6	11
Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy / Meaning												
2				0,61***								
5	0,38***			0,17***		0,35***				0,43***		
10	0,70***	0,42***		0,49***	0,58***	0,34***	0,29***	0,30***	0,20***	0,24***		
Znajomość własnych kompetencji / Competence												
1												
9	0,47***	0,25***		0,66***		0,24***	0,29***	0,27***	0,12*	0,14**		
12	0,46***	0,29***	0,57***	0,62***	0,78***	0,25***	0,27***	0,26***	0,17***	0,24***	0,21***	
Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów / Choice												
3	0,44***			0,33***								
7	0,28***	0,35***		0,23***		0,52***			0,52***	0,60***		
8	0,29***	0,37***		0,26***		0,54***	0,79***		0,55***	0,58***		
Przekonanie o wartości pracy własnej / Impact												
4	0,25***			0,18***		0,46***						
6	0,25***	0,46***		0,15***		0,49***			0,71***			
11	0,31***	0,38***	0,28***	0,21***	0,14**	0,53***	0,55***	0,56***	0,66***	0,72***		

Oznaczenia poziomu istotności (dwustronnie) / Statistical significance level (2-tailed): * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Opis pozycji jak w tabeli 1 / Description of the items as in Table 1.

Tabela 3. Dopasowanie alternatywnych modeli polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych
Table 3. Model fit for alternative models of the Polish version of the *Psychological Empowerment Instrument* among nurses and midwives

Model	χ^2	df	p	RMSEA	SRMR	CFI
4-czynnikowy / 4-factor	212	48	<0,001	0,105	0,081	0,925
4-czynnikowy hierarchiczny / Hierarchical 4-factor	356	50	<0,001	0,141	0,138	0,861
3-czynnikowy / 3-factor	63	24	<0,001	0,073	0,043	0,976
3-czynnikowy hierarchiczny / Hierarchical 3-factor	63	24	<0,001	0,073	0,043	0,976

Statystyki opisowe dla skal i korelacje między skalami

Statystyki opisowe dla *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych przedstawia tabela 4. Najwyższą średnią uzyskała skala *Znajomość własnych kompetencji* ($M = 17,26$, $SD = 3,06$), natomiast najniższą – *Przekonanie o wartości pracy własnej* ($M = 12,26$, $SD = 4,06$). Biorąc pod uwa-

gę stopień asymetrii rozkładu, można stwierdzić, że dla wszystkich wymiarów rozkład jest lewoskośny, z przewagą wyników wysokich. Z kolei wartości kurtozy wskazują na wyniki leptokurtyczne dla większości wymiarów, jedynie dla *Przekonania o wartości pracy własnej* rozkład jest platokurtyczny.

Analiza korelacji między skalami polskiej wersji metody wykazała, że wszystkie skale są ze sobą dodatnio

Tabela 4. Statystyki opisowe, rzetelność i korelacje pomiędzy skalami polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych
Table 4. Descriptive statistics, reliability and correlations between scales of the *Psychological Empowerment Instrument* among nurses and midwives

Zmienna Variable	Korelacja Correlation						Maks. Max	M	SD	Skośność Skewnes	Kurtosis Kurtosis	α Cronbacha Cronbach's α
	1	2	3	4	5	6						
Wymiar / Dimension												
1. Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy / Meaning							4	16,46	3,00	-0,718	1,019	0,74
2. Znajomość własnych kompetencji / Competence	0,56***						5	17,26	3,06	-0,839	1,019	0,87
3. Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów / Choice	0,47***	0,34***					3	13,57	3,59	-0,312	0,226	0,83
4. Przekonanie o wartości pracy własnej / Impact	0,44***	0,22***	0,70***				3	12,26	4,06	-0,031	-0,223	0,87
5. Upodmiotowienie psychologiczne (wynik ogólny dla 4 skal) / Psychological empowerment (the overall score for the 4 scales)	0,78***	0,65***	0,84***	0,81***			23	59,54	10,61	-0,397	0,889	0,89
6. Upodmiotowienie psychologiczne (wynik ogólny dla 3 skal) / Psychological empowerment (the overall score for the 3 scales)	0,62***	0,61***	0,88***	0,85***			16	43,08	8,49	-0,188	0,576	0,89
Kryterium / Criterion												
satisfakcja z pracy / job satisfaction	0,20***	0,42***	0,37***	0,40***	0,49***	0,46***	5	21,04	6,01	-0,339	-0,216	0,86

1-6 – skale i wynik ogólny *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych / scales and the overall score of the *Psychological Empowerment Instrument* among nurses and midwives.
 Poziom istotność (dwustronnie) / Statistical significance (2-tailed): ***p < 0,001.

skorelowane: korelacje wynoszą od 0,22 do 0,70 (tabela 4). Także wynik ogólny silnie koreluje dodatnio z poszczególnymi wymiarami.

Rzetelność skal

W celu oszacowania rzetelności przeprowadzono analizę zgodności wewnętrznej za pomocą współczynnika α Cronbacha. Pozwala on określić homogeniczność skali, czyli stopień, w jakim można uznać ją za miarę jednego konstruktów [32]. W niniejszym badaniu 3 skale kwestionariusza uzyskały wartość współczynnika α Cronbacha w przedziale 0,83–0,87 (tabela 4), co wskazuje na ich rzetelność. Natomiast skala *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy* uzyskała niższą wartość równą 0,74, co potwierdza problematyczność tej skali stwierdzoną w opisanych analizach. Rzetelność dla wyniku ogólnego – zarówno dla 3, jak i dla 4 skal – wynosi 0,89.

Wstępne oszacowanie trafności kryterialnej metody

Jak wykazano, satysfakcja z pracy silnie dodatnio wiąże się z upodmiotowieniem psychologicznym [11]. Może więc zostać uznana za zewnętrzne kryterium do wstępnego oszacowania trafności zbieżnej *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego*. Analiza korelacji (tabela 4) między skalami kwestionariusza a *Skalą satysfakcji z pracy* pokazuje, że – zgodnie z oczekiwaniami – związek ten jest istotny statystycznie, dodatni i umiarkowany. Także wynik ogólny upodmiotowienia psychologicznego wiąże się dodatnio z satysfakcją z pracy. Wstępnie potwierdza to trafność kryterialną polskiej wersji kwestionariusza w próbie pielęgniarek i położnych.

Właściwości psychometryczne polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*

Statystyki opisowe dla pozycji metody i korelacje między pozycjami

Dla poszczególnych pozycji polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* także zostały obliczone statystyki opisowe (tabela 5) oraz korelacje (tabela 6). Biorąc pod uwagę charakterystyki rozkładu odpowiedzi, można stwierdzić, że dla wszystkich pozycji rozkład jest lewoskośny, a więc przeważają wyniki wysokie. Z kolei analiza wartości kurtozy pozwala na konkluzję, że dla większości pozycji rozkład jest platurkiczny, co oznacza, że przeważają wyniki skrajne. Jedynie dla 2 pozycji (1, 5) rozkład jest leptokurtyczny – dla nich wyniki koncentrują się wokół średniej.

Wszystkie pozycje kwestionariusza korelują ze sobą istotnie statystycznie (tabela 6). Związki te są dodatnie, umiarkowane i silne pomiędzy pozycjami składającymi się na poszczególne skale. Przeważająca większość pozycji wykazuje jednak równie silne związki z pozycjami obecnymi w innych skalach.

Trafność teoretyczna – konfirmacyjna analiza czynnikowa

W celu oceny, czy omawiana wcześniej koncepcja struktury upodmiotowienia psychologicznego pacjentów potwierdza się w warunkach polskich, przetestowano 2 alternatywne postulowane teoretycznie modele czynnikowe (tabela 7). Żaden z nich – ani model zawierający 4 skorelowane czynniki, ani model 4-czynnikowy hierarchiczny – nie uzyskał zadowalającego dopasowania do danych w każdym z analizowanych wskaźników dopasowania. Na dobre dopasowanie obydwu modeli wskazują miary CFI oraz SRMR, natomiast wskaźnik RMSEA przekracza wartości świadczące o akceptowalnym dopasowaniu modelu do danych. Ponieważ wskaźnik RMSEA może być czuły na wielkość próby oraz odchylenia od normalności rozkładu, przeprowadzono dodatkowo analizę z wykorzystaniem metody estymacji asymptotycznej (*asymptotically distribution-free*). Jest ona przeznaczona dla dużych prób, dlatego nie była wybrana jako podstawowa metoda estymacji. Jej wyniki pokazały, że RMSEA uzyskuje wartość 0,077, tj. akceptowalną. Pozwala to przypuszczać, że w większej próbie model ten byłby dobrze dopasowany do danych.

Model 4-czynnikowy ze skorelowanymi czynnikami ma nieco lepsze dopasowanie do danych niż model 4-czynnikowy hierarchiczny. Wartości ładunków czynnikowych w tym modelu są umiarkowane i wysokie, wynoszą od 0,46 do 0,75.

Dodatkowo testowano także – analogiczne do analizowanych w próbie pielęgniarek i położnych – modele: 3-czynnikowy oraz hierarchiczny 3-czynnikowy, z usunięciem skali *Nadawanie osobistego znaczenia*. Żaden z tych modeli nie był jednak dobrze dopasowany do danych ($\chi^2 = 192$, $df = 24$, $p < 0,001$, RMSEA = 0,152, SRMR = 0,044, CFI = 0,925).

Statystyki opisowe dla skal i korelacje między skalami

Mimo pewnych problemów z pełnym dopasowaniem modelu konfirmacyjnej analizy czynnikowej można przyjąć, że *Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* pozwala przeanalizować wyniki w 4 skalach (tabela 8). Najwyższą średnią uzyskała skala

Tabela 5. Statystyki opisowe dla pozycji polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*
Table 5. Descriptive statistics for items of the Polish version of the *Psychological Empowerment Instrument for Patients*

Wymiar i pozycja Dimension and item	M	SD	Skośność Skewness	Kurtoza Kurtosis	K-S	Korelacja pozycji z wynikiem ogólnym Item-to-total correlation
Nadawanie osobistego znaczenia / Meaning						
1. Radzenie sobie z moim stanem zdrowia jest dla mnie bardzo ważne / Dealing with my health is very important to me	5,82	1,44	-1,323	1,409	0,26***	0,63
5. Czynności, które wykonuję, aby radzić sobie z moim stanem zdrowia, mają dla mnie osobiste znaczenie / The activities I do to handle my health are meaningful to me	5,40	1,46	-0,824	0,169	0,20***	0,67
9. Aktywne radzenie sobie z moim stanem zdrowia ma dla mnie znaczenie / Dealing actively with my health is meaningful to me	5,26	1,43	-0,668	-0,192	0,22***	0,65
Znajomość własnych kompetencji / Competence						
2. Jestem przekonana/y, że potrafię sobie radzić z moim stanem zdrowia / I am confident about my ability to do deal with my health	5,06	1,62	-0,704	-0,152	0,17***	0,70
6. Jestem pewna/pewien swoich zdolności radzenia sobie z moim stanem zdrowia / I am self-assured about my capabilities to deal with my health	4,84	1,56	-0,462	-0,381	0,15***	0,79
10. Jestem pewna/pewien moich umiejętności radzenia sobie z moim stanem zdrowia / I am prepared to do the activities necessary to handle my health	4,83	1,54	-0,418	-0,662	0,17***	0,73
Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów / Choice						
3. Posiadam dużą autonomię w decydowaniu o tym, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia / I have significant autonomy in determining how I deal with my health	5,00	1,51	-0,539	-0,248	0,16***	0,70
7. Mogę samodzielnie decydować, w jaki sposób radzić sobie z moim stanem zdrowia / I can decide on my own how to handle my health	4,79	1,64	-0,555	-0,377	0,16***	0,74
11. Mam dużą swobodę i niezależność w tym, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia / I have considerable opportunity for independence and freedom in how I deal with health	4,84	1,55	-0,343	-0,680	0,16***	0,76
Poczucie wpływu / Impact						
4. Mam znaczny wpływ na to, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia / My control over the management of my health is large	5,03	1,60	-0,686	-0,250	0,18***	0,68
8. Mam dużą kontrolę na tym, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia / I have a great deal of control over the management of my health	4,88	1,53	-0,458	-0,471	0,15***	0,71
12. Mam zdecydowany wpływ na to, jak radzę sobie z moim stanem zdrowia / I have considerable control over the management of my health	4,87	1,62	-0,467	-0,579	0,17***	0,74

Oznaczenia poziomu istotności (dwustronnie) / Statistical significance level (2-tailed): ***p < 0,001.

K-S – Test Kolmogorowa-Smirnowa / Kolmogorov-Smirnov test.

Tabela 6. Korelacje pomiędzy pozycjami polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*
Table 6. Correlation between items of the Polish version of the *Psychological Empowerment Instrument for Patients*

Wymiar i pozycja Dimension and item	Korelacja r Pearsona Pearson's r correlation											
	1	5	9	2	6	10	3	7	11	4	8	12
Nadawanie osobistego znaczenia / Meaning												
1												
5	0,57***			0,54***			0,54***			0,56***		
9	0,54***	0,60***		0,49***	0,58***		0,51***	0,45***		0,48***	0,58***	
Znajomość własnych kompetencji / Competence												
2	0,45***											
6	0,37***	0,58***		0,69***			0,68***			0,60***		
10	0,45***	0,54***	0,62***	0,62***	0,72***		0,66***	0,69***		0,60***	0,75***	
Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów / Choice												
3	0,43***			0,74***								
7	0,32***	0,49***		0,58***	0,64***		0,63***			0,56***		
11	0,35***	0,52***	0,54***	0,66***	0,65***	0,75***	0,66***	0,71***		0,59***	0,68***	
Poczucie wpływu / Impact												
4	0,42***			0,66***			0,73***					
8	0,33***	0,48***		0,58***	0,71***		0,59***	0,73***		0,60***		
12	0,38***	0,46***	0,51***	0,54***	0,62***	0,71***	0,60***	0,66***	0,76***	0,64***	0,69***	

Oznaczenia poziomu istotności (dwustronnie) / Statistical significance level (2-tailed): *** p < 0,001.
 Opis pozycji jak w tabeli 6 / Description of the items as in Table 6.

Tabela 7. Dopasowanie alternatywnych modeli polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*
Table 7. Fit of alternative models of the Polish version of the *Psychological Empowerment Instrument for Patients*

Model	χ^2	df	p	RMSEA	SRMR	CFI
4-czynnikowy / 4-factor model	268	48	<0,001	0,123	0,044	0,921
4-czynnikowy hierarchiczny / Hierarchical 4-factor model	275	50	<0,001	0,122	0,045	0,919

Nadawanie osobistego znaczenia (M = 16,48, SD = 3,67), natomiast najniższą – *Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów* (M = 14,65, SD = 4,14). Biorąc pod uwagę stopień asymetrii rozkładu, można stwierdzić, że dla wszystkich wymiarów, a także dla wyniku ogólnego, rozkład jest lewoskośny, przeważają wyniki wysokie. Z kolei wartości kurtozy wskazują, że dla większości skal, a także dla wyniku ogólnego, rozkład jest platokurtyczny. Jedynie dla skali *Nadawanie osobistego znaczenia* rozkład jest leptokurtyczny, gdzie wyniki skoncentrowane są wokół średniej.

Analiza korelacji między skalami wykazała, że wszystkie skale są ze sobą dodatnio skorelowane. Korelacje wynoszą od 0,62 do 0,94 (tabela 8). Poszczególne skale wykazują także wysokie dodatnie korelacje z wynikiem ogólnym (wartość współczynnika r Pearsona w przedziale 0,81–0,94).

Zgodność wewnętrzna

Rzetelność wyniku ogólnego metody w próbie polskich pacjentów szacowana za pomocą współczynnika α Cronbacha wynosi 0,95. Także poszczególne skale uzyskały

wysokie wartości współczynnika α Cronbacha, w przedziale 0,80–0,86, co wskazuje na ich zgodność wewnętrzną.

Wstępne oszacowanie trafności kryterialnej metody

Zgodnie z przewidywaniami satysfakcja z życia umiarkowanie i dodatnio koreluje ze wszystkimi skalami upodmiotowienia psychologicznego (tabela 8) w grupie polskich pacjentów (współczynnik r Pearsona w przedziale 0,36–0,45). Satysfakcja z życia wykazuje także dodatni związek o umiarkowanej sile ($r = 0,45$) z wynikiem ogólnym wśród pacjentów. Wyniki te stanowią wstępne potwierdzenie trafności kryterialnej metody.

OMÓWIENIE

Celem niniejszego badania była weryfikacja struktury czynnikowej upodmiotowienia psychologicznego oraz sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskich wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* [7] wśród pielęgniarek i położnych oraz *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* [4,12]. Obydwie metody bazują na tej samej koncepcji teoretycznej [7,17] i są analogicznie zbudowane. Opracowując ich polskie wersje, przetłumaczono oba narzędzia oraz zweryfikowano ich właściwości psychometryczne w 2 grupach: wśród polskich pielęgniarek i położnych oraz pośród pacjentów.

Konfirmacyjna analiza czynnikowa *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych pokazała, że najlepiej dopasowany do danych zebranych w warunkach polskich jest model 3-czynnikowy, choć z dużą ostrożnością można wyliczać także wynik w skali *Nadawanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy*. Skala ta jest jednak mniej rzetelna. Posiada także pewne mankamenty tworzących ją pozycji – przewagę wyników bardzo wysokich. Problemy z pozycjami tej skali były obserwowane także w innych adaptacjach kulturowych metody. Autorzy hiszpańskiej adaptacji podają, że usunięcie 1 pozycji z tej skali (pozycja 10.) poprawiło dopasowanie modelu do danych w próbie pielęgniarek [27]. Może to wynikać z różnic międzykulturowych, a także ze specyfiki pracy pielęgniarek w krajach europejskich, różniacej się od warunków amerykańskich czy kanadyjskich. Dlatego w przypadku takich porównań metoda ta może nie uzyskać równoważności międzykulturowej dla pełnego modelu 4-czynnikowego. Hipoteza ta wymaga jednak dalszych badań walidacyjnych.

Tabela 8. Statystyki opisowe, korelacje i rzetelność pomiędzy skalami polskiej wersji *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* / **Table 8.** Descriptive statistics, correlations and reliability between scales of the Polish version *Psychological Empowerment Instrument for Patients*

Wymiar / Dimension	Zmienna Variable	Korelacja Correlation					Maks. Max	Min.	SD	M	Skośność Skewnes	Kurtosis Kurtosis	α Cronbacha Cronbach's α
		1	2	3	4	5							
1. Nadawanie osobistego znaczenia / Meaning							3	16,48	3,67	16,48	0,483	0,80	
2. Znajomość własnych kompetencji / Competence		0,68***					3	14,74	4,17	14,74	-0,272	0,86	
3. Przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów / Choice		0,63***	0,86***				3	14,65	4,14	14,65	-0,655	0,86	
4. Poczuć wpływ / Impact		0,64***	0,83***	0,85***			3	14,81	4,13	14,81	-0,539	0,84	
5. Upodmiotowienie psychologiczne pacjenta (wynik ogólny dla 4 skal) / Psychological empowerment of the patient (the overall score for the 4 scales)		0,81***	0,94***	0,93***	0,91***		12	55,64	13,32	55,64	-0,372	0,94	
Kryterium / Criterion													
satysfakcja z życia / life satisfaction		0,36***	0,41***	0,42***	0,45***	0,45***	5	23,02	6,37	23,02	-0,116	0,88	

1–5 – skale i wynik ogólny *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* / scales and the overall score of the *Psychological Empowerment Instrument for Patients*. Poziom istotności (dwustronnie) / Statistical significance (2-tailed): ***p < 0,001.

Kwestionariusz upodmiotowienia psychologicznego wśród pielęgniarek i położnych w wersji polskiej charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W badaniu uzyskano wysoki poziom zgodności wewnętrznej, wskazujący na rzetelność skali metody. Jedynie skala *Nadawania osobistego znaczenia wykonywanej pracy* osiągnęła niższą rzetelność.

Rzetelność skali polskiej wersji jest zbliżona do rzetelności skali oryginalnej wersji metody (α Cronbacha wynosiła 0,80–0,88 w próbie kanadyjskich menadżerów [7]), a także do uzyskiwanej w badaniach kanadyjskich pielęgniarek (α Cronbacha 0,82–0,89 [10]). W badaniach hiszpańskich pielęgniarek osiągnięto nieco niższą rzetelność (α Cronbacha w przedziale 0,73–0,91), przy czym najniższą wartość współczynnika α Cronbacha uzyskała skala *Poczucie wpływu* [27]. Wstępnie oszacowano także trafność kryterialną skali metody określoną za pomocą zewnętrznego kryterium, jakim jest satysfakcja z pracy.

Analiza właściwości *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* wykazała, że – wprawdzie z pewnymi zastrzeżeniami – można jednak przyjąć model 4-czynnikowy, odzwierciedlający 4 wymiary upodmiotowienia psychologicznego. W badaniu uzyskano wysoki poziom zgodności wewnętrznej dla wszystkich skali metody, wskazujący na ich rzetelność. Wskaźniki rzetelności dla polskiej adaptacji są nieco wyższe od wartości uzyskanych w badaniach Schulza i wsp. [12] (α Cronbacha 0,75–0,88). Oszacowano wstępnie także trafność kryterialną skali metody, określoną za pomocą korelacji z zewnętrznym kryterium, jakim jest satysfakcja z życia.

Dobre osadzenie teorii upodmiotowienia psychologicznego w kontekście opieki zdrowotnej [10,11] potwierdza zasadność dokonywania adaptacji kulturowej bazujących na niej narzędzi pomiarowych. W ramach prac nad polską wersją 2 kwestionariuszy uzyskano narzędzia o zadowalających właściwościach psychometrycznych. Wyniki te dowodzą, że polskie wersje *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych oraz *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* mogą być stosowane do określania poziomu upodmiotowienia odczuwanego przez pielęgniarki i położne oraz poziomu upodmiotowienia psychologicznego odczuwanego przez pacjentów. Umożliwiają wykorzystanie ich w badaniach zarówno naukowych, jak i aplikacyjnych w środowisku medycznym. Ze względu na niewielką liczbę pozycji kwestionariusze te mogą być szczególnie użyteczne w badaniach czasochłonnych, w których wykorzystuje się baterie testów złożone z wielu narzędzi.

Analizując ograniczenia niniejszych badań, należy wziąć pod uwagę to, że analizy *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* były przeprowadzone na próbie złożonej jedynie z pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalach. Ogranicza to zakres generalizacji wyników na pielęgniarki zatrudnione w innych jednostkach (np. w przychodniach, hospicjach, domach opieki), ale także na pracowników innych zawodów. Wybór próby był podyktowany dobrym osadzeniem teorii upodmiotowienia psychologicznego w badaniach pielęgniarek [11] i potrzebą opracowania polskiej wersji metody pomiaru możliwej do wykorzystania w tej właśnie grupie zawodowej. Autorka metody stworzyła jednak narzędzie uniwersalne, możliwe do stosowania w różnych grupach zawodowych [7]. Dalsze badania z wykorzystaniem przedstawionej w artykule polskiej wersji metody mogą zmierzać do ustalenia jej właściwości psychometrycznych w innych próbach. Potrzebne są także dalsze badania struktury czynnikowej *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów*, prowadzone na próbach większych niż zebrana w tym badaniu. Pozwoliłoby to ponownie poddać weryfikacji strukturę czynnikową tego narzędzia. Obie metody wymagają także dalszych badań walidacyjnych, które zweryfikowałyby ich trafność z wykorzystaniem innych podejść i metod niż zastosowane w tym badaniu.

WNIOSKI

Rosnące oczekiwania pacjenta, wiążące się z dostępnością do informacji medycznej, stanowią nowe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Badania pokazują, że upodmiotawiające warunki pracy przynoszą korzystne efekty dla zarówno pielęgniarek [11], jak i pacjentów [4,12]. Dlatego tak ważne jest z punktu widzenia celów naukowych i praktycznych, żeby analizować, upowszechniać i wykorzystywać koncepcję upodmiotowienia psychologicznego w kontekście procesu leczenia. Niezbędne są do tego wiarygodne i trafne narzędzia do pomiaru poziomu upodmiotowienia psychologicznego. Zaprezentowane adaptacje *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego* wśród pielęgniarek i położnych oraz *Kwestionariusza upodmiotowienia psychologicznego dla pacjentów* spełniają te kryteria i mogą być wykorzystywane w polskich warunkach.

PIŚMIENNICTWO

1. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Probl. Piel.* 2009;17(1);8–12

2. Dankiewicz M.: Empowerment w organizacji czyli siła w pracownikach. W: Hennel-Brzozowska A. [red.]. Empowerment, czyli dodawanie siły w praktyce psychologicznej. Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2016, ss. 237–256
3. Deszczyński B.: Upodmiotowienie pracowników jako element przewagi konkurencyjnej w organizacjach ukierunkowanych na zarządzanie relacjami. Stud. Ekon. 2016;255;280–288
4. Schulz P.J., Nakamoto K.: Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. Patient Educ. Couns. 2013;90(1):4–11, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
5. Sarbinowska J., Jędrzejek M., Synowiec-Piłat M.: Idea upodmiotowienia na rzecz zdrowia na przykładzie wybranych europejskich kampanii społecznych. Hygeia Public Health. 2013;48(4):424–431
6. Pekonen A., Eloranta S., Stolt M., Virolainen P., Leino-Kilpi H.: Measuring patient empowerment – a systematic review. Patient Educ. Couns. 2020;103(4):777–787, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019>
7. Spreitzer G.M.: Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. Acad. Manage. J. 1995;38(5):1442–1465, <https://doi.org/10.5465/256865>
8. Uner S., Turan S.: The construct validity and reliability of the Turkish version of Spreitzer's psychological empowerment scale. BMC Public Health. 2010;10(1):117, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-117>
9. Lee A.N., Nie Y.: Understanding teacher empowerment: Teachers' perceptions of principal's and immediate supervisor's empowering behaviours, psychological empowerment and work-related outcomes. Teach. Teach. Educ. 2014;41:67–79, <https://doi.org/10.1016/j.tate.2014.03.006>
10. Laschinger H., 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
11. Cicolini G., Comparacini D., Simonetti V.: Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. J. Nurs. Manag. 2014;22:855–871, <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>
12. Londoño A.M.M., Schulz P.J.: Influences of health literacy, judgment skills, and empowerment on asthma self-management practices. Patient Educ. Couns. 2015;98(7):908–917, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.003>
13. Bugdol M.: Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006
14. Conger J.A., Kanungo R.N.: The empowerment process: Integrating theory and practice. Acad. Manage. Rev. 1988;13(3):471–482, <https://doi.org/10.5465/amr.1988.4306983>
15. Orłowska A., Łąguna M., Celińska-Miszczuk A.: Pracownik jako podmiot. Upodmiotowienie w organizacji. W: Jakość życia w refleksji psychologicznej według uczniów i przyjaciół Marii M. Straś-Romanowskiej. Bartosz B., Dryll E., Klebaniuk J. [red.]. ENETEIA Wydawnictwo Szkolenia, Warszawa 2017, ss. 275–287
16. Kanter R.M.: Men and women of the corporation. Basic Books, New York 1993
17. Thomas K.W., Velthouse B.A.: Cognitive elements of empowerment: An “interpretive” model of intrinsic task motivation. Acad. Manage. Rev. 1990;15(4):666–681, <https://doi.org/10.5465/amr.1990.4310926>
18. Orłowska A., Łąguna M.: Adaptacja Kwestionariusza warunków efektywności pracy II w grupie polskich pielęgniarek i położnych. Med. Pr. 2018;69(5):547–560, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00748>
19. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. Probl. Pielęg. 2012;20(2):192–200
20. Bradbury-Jones C.: Review: Engaging new nurses: The role of psychological capital and workplace empowerment. J. Res. Nurs. 2015;20(4):278–279, <https://doi.org/10.1177/1744987114528024>
21. Laschinger H.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, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
22. Krot K.: Partycypacja pacjenta w procesie leczenia a zaufanie do lekarzy. Handel Wew. 2018;4(375):156–165
23. Seibert S.E., Silver S.R., Randolph W.A.: Taking empowerment to the next level: A multiple-level model of empowerment, performance, and satisfaction. Acad. Manage. J. 2004;47(3):332–349, <https://doi.org/10.5465/20159585>
24. Tambuyzer E., Van Audenhove C.: Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? Health Expect. Int. J. Public Particip. Health Care Health Policy 2015;18(4):516–526, <https://doi.org/10.1111/hex.12052>
25. Zalewska A.: Skala satysfakcji z pracy – pomiar poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. Folia Psychol. 2003;(7):49–61, <http://hdl.handle.net/11089/3708>
26. Jankowski K.S.: Is the shift in chronotype associated with an alteration in well-being? Biol. Rhythm Res. 2015;

- 46(2):237–248, <https://doi.org/10.1080/09291016.2014.985000>
27. Albar M.J., García-Ramírez M., Jiménez A.M.L., Garrido R.: Spanish adaptation of the scale of psychological empowerment in the workplace. *Span. J. Psychol.* 2012;15(2):793–800, https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38891
28. Hochwälder J., Brucefors A.B.: A psychometric assessment of a Swedish translation of Spreitzer's empowerment scale. *Scand. J. Psychol.* 2005;46(6):521–529, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2005.00484.x>
29. Sun N, Li Q.J., Lv D.M., Lin P., Lu G.Z., An X.M.: The psychometric properties of the Chinese version of the Problem Areas in Psychological empowerment Scale (PES): scale development. *J. Clin. Nurs.* 2011;20(3–4):369–376, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03519.x>
30. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S.: The Satisfaction With Life Scale. *J. Pers. Assess.* 1985;49(1):71–75, https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
31. Hu L., Bentler P.M.: Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct. Equ. Model. Multidiscip. J.* 1999;6(1): 1–55, <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
32. Hornowska E.: *Testy psychologiczne: teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009