

Agnieszka Orłowska  
Mariola Łąguna

## ADAPTACJA KWESTIONARIUSZA WARUNKÓW EFEKTYWNOŚCI PRACY II W GRUPIE POLSKICH PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

ADAPTATION OF THE *CONDITIONS FOR WORK EFFECTIVENESS QUESTIONNAIRE II*  
AMONGST POLISH NURSES AND MIDWIVES

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

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Artykuł prezentuje polską adaptację *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II* (*Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II* – CWEQ II) opracowanego przez Laschinger i współpracowników. *Kwestionariusz warunków efektywności pracy II* służy do pomiaru upodmiotowienia strukturalnego (*structural empowerment*) i ma szerokie zastosowanie w badaniach grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Upodmiotowienie strukturalne to zdolność do mobilizacji dostępnych możliwości, informacji, zasobów i wsparcia w organizacji. Polega ono na tworzeniu warunków sprzyjających indywidualnemu rozwojowi pielęgniarek oraz udostępniających procesy decyzyjne. Celem badania było sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskiej wersji CWEQ II oraz weryfikacja struktury czynnikowej upodmiotowienia strukturalnego w warunkach polskich. **Materiał i metody:** W badaniach wzięło udział 279 osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki lub położnej w szpitalach i przychodniach. Treść pozycji została przetłumaczona z oryginalnej anglojęzycznej wersji przy zastosowaniu metody translacji zwrotnej. **Wyniki:** Konformacyjna analiza czynnikowa potwierdziła, że najlepiej dopasowany do danych jest 6-czynnikowy model upodmiotowienia strukturalnego. Skale narzędzia wykazują wysoką zgodność wewnętrzną, a także zadowalającą trafność teoretyczną oraz kryterialną. **Wnioski:** W ramach prac nad polską adaptacją uzyskano narzędzie o zadowalających właściwościach psychometrycznych, które nadaje się do określania poziomu upodmiotowienia doświadczanego przez pielęgniarki i położne. Med. Pr. 2018;69(5):547–560

**Słowa kluczowe:** upodmiotowienie strukturalne, CWEQ II, pielęgniarki, położne, satysfakcja z pracy, konfirmacyjna analiza czynnikowa

### ABSTRACT

**Background:** The article presents the Polish adaptation of the *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II* (CWEQ II), developed by Laschinger et al. The *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II* measures structural empowerment and is widely used in the research conducted among nurses and midwives. Structural empowerment is the ability to mobilize all available opportunities, information, resources and support in an organization. It refers to creating conditions which allow for individual development and provide access to decision-making processes. The aim of the study was to test psychometric properties of the Polish version of the CWEQ II and to verify the factor structure of structural empowerment in the Polish sample. **Material and Methods:** The participants were 279 nurses and midwives employed in hospitals and clinics. Items were translated from the original English version using the back-translation method. **Results:** The confirmatory factor analysis confirmed the best fit of the 6-factor model. The scales exhibit high internal consistency and satisfactory validity. **Conclusions:** In effect of the study, the Polish adaptation of the tool has been obtained, which shows satisfactory psychometric properties, suitable for evaluation of the level of empowerment in the case of nurses and midwives. Med Pr 2018;69(5):547–560

**Key words:** structural empowerment, CWEQ II, nurses, midwives, job satisfaction, confirmatory factor analysis

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Agnieszka Orłowska, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, al. Raławickie 14, 20-950 Lublin, e-mail: a\_orlowska@onet.pl  
Nadesłano: 18 stycznia 2018, zatwierdzono: 29 marca 2018

### WSTĘP

W pracy zawodowej pielęgniarek konotacje władzy i mocy są nacechowane raczej ujemnie, co wiąże się m.in. z hierarchiczną strukturą szpitala jako organizacji [1]. A jednak istnieje koncepcja nawiązująca do pojęcia władzy, która ma pozytywne znaczenie dla pielęgniarek. Jest nią koncepcja upodmiotowienia (*em-*

*powerment*), w której zamiast przymusu i dominacji władza oznacza efektywność oraz celowość. Upodmiotowienie stanowi istotny element nowoczesnego środowiska opieki zdrowotnej. Szpitale, w których nie szuka się nowych sposobów na zaangażowanie pracowników, nie mogą nawiązać z pacjentami właściwych relacji ani doskonalić świadczonych usług [2]. W wyniku zapewnienia odpowiednich warunków pracy (organizacyjnych

i społecznych) upodmiotowienie umożliwia korzystanie z wiedzy oraz umiejętności pracowników, przyczyniając się w ten sposób do wzrostu ich zaangażowania, jak również do realizacji zamierzeń strategicznych szpitala [3]. Dzięki upodmiotowieniu zarówno organizacje, jak i ich członkowie dążą do maksymalizacji wpływu na własne życie i podejmowane decyzje.

Upodmiotowienie jest pojęciem wielowymiarowym i złożonym – bywa trudne do zdefiniowania oraz różnie interpretowane, w zależności od kontekstu [4]. W literaturze jednak panuje zgodność co do pozytywnego znaczenia upodmiotowienia, jego powiązania z pojęciem władzy (*power*) i użyteczności w kontekście pracy pielęgniarki [4,5]. Na szczególną uwagę zasługuje opisana przez Kanter [6] teoria upodmiotowienia strukturalnego, która znalazła szerokie zastosowanie w analizach pracy zawodowej pielęgniarek [7–9]. Liczne badania prowadzone przez Laschinger i wsp. [8–10] konsekwentnie potwierdzają pozytywną rolę strategii upodmiotowienia strukturalnego w funkcjonowaniu pielęgniarek. Upodmiotowienie strukturalne może wspierać ich dobre samopoczucie i satysfakcję z pracy, redukować stres oraz zwiększać zaangażowanie w pracę, czego efektem jest usprawnienie funkcjonowania szpitala i poprawa opieki nad pacjentem [10].

Badania empiryczne były możliwe dzięki wykorzystaniu rzetelnego i trafnego narzędzia, tj. *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II* (*Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II – CWEQ II*) autorstwa Laschinger i wsp. [10]. Dalszy rozwój badań nad upodmiotowieniem strukturalnym w różnych próbach kulturowych wymaga przygotowania i testowania właściwości psychometrycznych tego narzędzia w innych warunkach kulturowych. W niniejszej pracy autorki wychodzą naprzeciw temu wyzwaniu.

W artykule przedstawiono polską adaptację *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II*, która pozwala pielęgniarkom ocenić, na ile ich warunki pracy są upodmiotawiające. W pierwszej kolejności scharakteryzowano koncepcje upodmiotowienia i upodmiotowienia strukturalnego. Następnie przedstawiono związki upodmiotowienia strukturalnego z satysfakcją z pracy, która jest jednym ze znaczących predyktorów upodmiotowienia [10,11]. W dalszej kolejności opisano kwestionariusz CWEQ II i badanie, które pozwoliło ustalić właściwości psychometryczne jego polskiej wersji.

## Upodmiotowienie

Tłumaczenie angielskiego pojęcia *empowerment* na język polski przysparza pewnych problemów [12]. W ni-

niejszej publikacji przyjęto tłumaczenie ‘upodmiotowienie’, ponieważ wydaje się, że najlepiej oddaje sens oryginalnego terminu. W języku angielskim główny trzon omawianego pojęcia to wieloznaczne *power*, przekładane na język polski w zależności od kontekstu jako ‘władza, siła, moc, uprawnienie, zdolność lub energia’ [12]. Tłumaczenie pojęcia w paradygmacie zarządzania nawiązuje do pozytywnego znaczenia przekazywania władzy oraz motywowania pracowników, dostarczania im energii i mocy.

Koncepcja upodmiotowienia w zarządzaniu jest określana jako strategia zarządzania, filozofia, metoda, zjawisko organizacyjne, a także proces czy zespół działań lub praktyk menadżerskich [13]. Została ona zaadaptowana i wykorzystana w różnych dyscyplinach, np. naukach o zarządzaniu, ekonomii, pedagogice i psychologii [2].

W literaturze można odnaleźć różnorodne definicje upodmiotowienia [4,10]. Jedną z pierwszych zaproponowali Conger i Kanungo [14]. W ich ujęciu upodmiotowienie to proces wzmacniania poczucia własnej skuteczności wśród pracowników dzięki poszukiwaniu i eliminowaniu warunków sprzyjających bezsilności. Ahmad i Oranye [7] uważają, że upodmiotowienie ma miejsce w sytuacji, gdy zarządzający wspierają pracowników, zwiększając ich niezależność i autonomię poprzez redukcję bezsilności, dzięki czemu wzrasta ich motywacja do wykonania zadania. Krawczyk-Bryłka [15] podobnie definiuje upodmiotowienie – jako wielowymiarowy proces przekazywania prawa do kontrolowania działania i podejmowania decyzji w ręce pracowników, wzmacniania samodzielności oraz autonomii zatrudnionych, a także wydobywania z pracowników entuzjazmu i zaangażowania do działania poprzez wzmacnianie przekonania, że stanowią one wartość dla organizacji. Innymi słowy jest to proces umożliwiający pracownikom kreatywne działanie i podjęcie własnej inicjatywy poprzez przekazanie im prawa do podejmowania decyzji, a także pozwolenie zastosowania odpowiedniego stopnia swobody działań przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności za ich realizację [16].

Większość definicji wskazuje, że strategia upodmiotowienia nakłada na pracodawców zobowiązanie do przekazywania pracownikom większej władzy i autonomii w wykonywaniu zadań oraz podejmowaniu decyzji związanych z ich własną pracą [7]. Koncepcja upodmiotowienia zakłada, że organizacja angażuje pracowników, a przełożeni reagują na to zaangażowanie własnym zainteresowaniem i zamiarem promowania rozwoju podwładnych. Upodmiotowienie umożliwia więc

należyte wykonywanie obowiązków oraz realizowanie interesów organizacji, a ponadto zwiększa motywację do pracy, co udziela się także współpracownikom [10]. Dzieje się tak, gdy pracownicy uzyskują coraz większą kontrolę nad własnym życiem i chcą uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą [10]. Zgodnie z podstawowymi założeniami teorii upodmiotowienia organizacja to coś więcej niż zbiorowość ludzi wykonujących zadania, to wspólnota szukająca możliwości współtworzenia wartości. Dlatego zadaniem menadżerów jest budowanie takiej atmosfery pracy, która daje pracownikom poczucie przynależności do wspólnoty oraz umożliwia postrzeganie środowiska pracy jako przestrzeni wzmocnienia poczucia własnej wartości, godności i samorealizacji [13].

Koncepcje teoretyczne upodmiotowienia rozwijały się w ramach 3 głównych nurtów [1,5]:

1. Krytyczne teorie społeczne (*critical social theories*) [17].
2. Teorie psychologii społecznej (*social psychological theories*) [14].
3. Teorie organizacji i zarządzania (*organizational and management theories*) [6].

Krytyczne teorie społeczne nawiązują do teorii emancypacji, np. feminizmu, w których dąży się do poprawy warunków życia uciskanych grup (takich jak kobiety, mniejszości narodowe czy pielęgniarki) [1]. Zgodnie z tym podejściem upodmiotowienie można zrozumieć jedynie w kontekście historii i struktury, w której znajdują się członkowie organizacji [17]. Teorie te bazują na założeniu, że w społeczeństwie występuje grupa podwładnych i zarządzających, przy czym grupa zarządzających dysponuje mocą, władzą, prestiżem oraz wysokim statusem społecznym. Pielęgniarki w tym ujęciu są grupą „uciskaną”, w której występują hierarchiczność, konkurencja i podporządkowanie przełożonym [4,17]. Z tej perspektywy upodmiotowienie jest więc utożsamiane z wyzwoleniem i walką, ponieważ potężni ludzie niechętnie oddają swoje atrybuty (informacje, zasoby, możliwości i wsparcie), chyba że dostrzegają w tym własną korzyść [4]. Krytyczne teorie społeczne okazują się użyteczne w sytuacji, gdy pielęgniarki muszą za pomocą siły, nacisku lub manipulacji dążyć do upodmiotowienia.

Krytyczne teorie społeczne nie wyjaśniają w pełni istoty upodmiotowienia [4]. W literaturze dostrzega się dodatkową perspektywę – indywidualną każdego pracownika, co jest charakterystyczne dla psychologii społecznej [1,4]. Z psychologicznego punktu widzenia upodmiotowienie to percepcja bycia wspieranym,

przekonanie pracownika o znaczeniu roli, jaką odgrywa w organizacji [14]. Upodmiotowienie postrzegane jest w kontekście indywidualnego rozwoju pracownika, jego wartości i poglądów oraz także analizy stopnia, w jakim są one tożsame z celami organizacji.

Upodmiotowienie w teoriach organizacyjnych odnosi się natomiast do struktury i funkcjonowania szpitala jako organizacji. Polega ono na tworzeniu warunków zapewniających pracownikom indywidualny rozwój i dostęp do procesów decyzyjnych. W tym podejściu zaznacza się, że czynniki strukturalne w środowisku pracy w większym stopniu wpływają na zachowania i postawy pracowników niż indywidualne predyspozycje lub doświadczenia socjalizacyjne [5]. W niniejszej publikacji odniesiono się do teorii organizacji i zarządzania oraz ujęcia upodmiotowienia strukturalnego proponowanego przez Laschinger i wsp. [8,10], bazującego na teorii Kanter [6].

Podejście to nie kwestionuje zagadnienia nadrzędności i podrzędności w relacji przełożony–podwładny, lecz w wyniku delegowania władzy zostaje zwiększony zakres autonomii, obowiązków oraz odpowiedzialności, a realizowane zadania mają coraz bardziej złożony i całościowy charakter [3]. Nie jest to jednak tylko delegowanie obowiązków i uprawnień, ale także wiele działań wzmocniających poczucie autonomii oraz odpowiedzialności pracownika w atmosferze wzajemnego zaufania. Koncepcja ta zmienia klasyczny podział ról w organizacji. Zadaniem przełożonego staje się zachęcanie podwładnych do większego uczestniczenia w podejmowaniu decyzji oraz działań mających wpływ na wykonywaną przez nich pracę [2,3]. Upodmiotowienie oznacza ukierunkowanie działań przełożonych na zachęcanie podwładnych do większej aktywności, angażowanie ich w przejmowanie odpowiedzialności za doskonalenie metod wykonywania zadań oraz upoważnianie do podejmowania ważniejszych decyzji we własnym zakresie (ograniczenie kontroli sprawowanej przez przełożonych) [3].

### **Upodmiotowienie strukturalne**

Upodmiotowienie strukturalne to zdolność do mobilizacji wszelkich dostępnych środków, informacji i zasobów do osiągnięcia określonego celu [6]. Innymi słowy jest to zdolność zdobycia i wykorzystania wszystkiego, co jest osobie niezbędne do zrealizowania pożądanego celu w organizacji. Rolą zarządzającego organizacją jest dostarczenie pracownikom odpowiednich narzędzi w postaci informacji, zasobów, wsparcia i możliwości, tak żeby umożliwić im maksymalizowanie własnych umiejętności oraz zdolności [10].

W ujęciu Kanter [6] upodmiotawiające środowisko pracy to miejsce, w którym pracownicy mają dostęp do 4 struktur możliwości (*structure of opportunity*), czyli czynników strukturalnych wewnątrz organizacji. Obejmują one dostęp do wzrostu i rozwoju, informacji, wsparcia oraz zasobów. Wysoki poziom upodmiotowienia wynika z dostępu do tych 4 struktur, które wpływają na postawy pracowników i ich wewnętrzne poczucie spełnienia. Dlatego Kanter [6] wskazuje na upodmiotowienie strukturalne jako klucz do zrozumienia sposobów, w jaki pracownicy postrzegają swoją rolę w organizacji oraz wykonywaną pracę.

Dostęp do wzrostu i rozwoju odnosi się do możliwości doskonalenia zawodowego, rozwoju oraz nauki, a także poczucia pracownika, że w pracy w pełni wykorzystuje on swoją wiedzę i umiejętności, a praca stanowi dla niego wyzwanie [6]. Dostęp do informacji to dane, wiedza techniczna i profesjonalna, które są niezbędne do efektywnego wypełniania obowiązków. Wsparcie wiąże się z informacjami zwrotnymi, wskazówkami, pomocnymi radami od współpracowników i przełożonych. Dostęp do zasobów odnosi się natomiast do środków finansowych, czasu, sprzętu i materiałów koniecznych do osiągnięcia celów organizacji [6].

Dostęp do tych struktur ułatwia w organizacji przejęcie władzy (*power*), która wiąże się ze zdolnością do załatwienia sprawy, mobilizacji zasobów i wykorzystania wszystkiego, czego pracownik potrzebuje do osiągnięcia celów organizacji [6]. Władza w tej koncepcji pozwala mobilizować innych ludzi, przekazywać im możliwości, a także pozwala na samodzielne działanie. W koncepcji Kanter [6] występują 2 źródła władzy w organizacji: formalna (*formal power*), związana ze swoistymi cechami pracy, oraz nieformalna (*informal power*), dotycząca relacji interpersonalnych z przełożonymi, współpracownikami i podwładnymi [6,11]. Władza formalna dotyczy poczucia pracownika, że w jego organizacji elastyczność i innowacyjność są nagradzane, a jego własna praca jest dostrzegana oraz ważna dla organizacji. Władza nieformalna odnosi się natomiast do sprawnej komunikacji między podwładnymi a osobami zarządzającymi, które w sytuacjach problemowych proszą pracownika o pomoc i wsparcie, zachęcając do współpracy w atmosferze przyjaźni.

Pierwsze badania testujące teorię Kanter w odniesieniu do pracy pielęgniarek prowadziła Chandler [11,18]. Laschinger i wsp. [8–10] przeprowadzili natomiast badania – głównie wśród kanadyjskich pielęgniarek – z udziałem najliczniejszych grup uczestników nad modelem upodmiotowienia strukturalnego w opiece pielę-

gniarskiej [11]. Badania te pokazały m.in. dodatnie związki upodmiotowienia strukturalnego z zaufaniem w organizacji i satysfakcją z pracy oraz ujemne – z wypaleniem zawodowym i stresem [4]. Ich wyniki konsekwentnie potwierdzają korzystny wpływ strategii upodmiotowienia strukturalnego w pracy pielęgniarek [4].

### **Upodmiotowienie strukturalne a satysfakcja z pracy**

Teoria postuluje, że upodmiotowiony pracownik powinien odczuwać relatywnie wysoki poziom zadowolenia z pracy [6]. Potwierdzają to liczne badania [7,10,11], których wyniki wykazały silny dodatni związek między upodmiotowieniem a satysfakcją z pracy. Ponadto w badaniach podłużnych nad wpływem upodmiotowienia na satysfakcję z pracy pokazano, że upodmiotowienie strukturalne jest silnym predyktorem satysfakcji z pracy w różnych kontekstach organizacyjnych [10], a także istotnie wpływa na poziom satysfakcji z pracy u pielęgniarek [11]. Z tego względu analiza zależności między upodmiotowieniem strukturalnym a satysfakcją z pracy, rozumianą jako poznawczy aspekt zadowolenia z pracy [19], może być dobrym wskaźnikiem trafności polskiej adaptacji CWEQ II.

### **Kwestionariusz warunków efektywności pracy II (CWEQ II)**

*Kwestionariusz warunków efektywności pracy II* (CWEQ II) jest przeznaczony do pomiaru wymiarów upodmiotowienia – dostrzeganego dostępu do możliwości, wsparcia, informacji i zasobów w indywidualnym środowisku pracy, a także 2 źródeł władzy w organizacji, formalnej i nieformalnej [10]. Został on opracowany na podstawie teorii Kanter [6,10]. Pozycje kwestionariusza zbudowano na podstawie oryginalnego etnograficznego badania Kanter i zmodyfikowano przez Chandlera [11,18] do użytku w populacji pielęgniarskiej. Kwestionariusz CWEQ II jest modyfikacją pierwszej wersji metody, opracowanej przez Laschinger i wsp. [10].

*Kwestionariusz warunków efektywności pracy II* składa się z 21 twierdzeń, które tworzą 7 skal ujmujących 7 wymiarów upodmiotowienia strukturalnego (zostaną one poniżej scharakteryzowane):

1. *Dostęp do możliwości.*
2. *Dostęp do informacji.*
3. *Dostęp do wsparcia.*
4. *Dostęp do zasobów.*
5. *Upodmiotowienie formalne.*
6. *Upodmiotowienie nieformalne.*
7. *Globalna ocena upodmiotowienia.*

*Dostęp do możliwości* odnosi się do możliwości rozwoju, zdobywania nowych umiejętności i wiedzy w obrębie organizacji, a także efektywnego wykorzystywania wiedzy oraz umiejętności pracownika. Skala rozpoczyna się od pytania: „Jak wiele z tych możliwości oferuje Twoja praca?”, a następnie wymienione są możliwości, np. „praca pełna wyzwań”. W ten sposób sformułowano twierdzenia we wszystkich skalach CWEQ II.

Z kolei *Dostęp do informacji* dotyczy posiadania wiedzy na temat obecnego stanu szpitala oraz celów i wartości istotnych dla kadry zarządzającej. Przykładowe pytanie w tej skali brzmi następująco: „Jak duży dostęp do informacji o celach kadry kierowniczej posiadasz w obecnej pracy?”

*Dostęp do wsparcia* definiuje się poprzez posiadanie konkretnych informacji dotyczących tego, co pracownik robi dobrze i co należy poprawić, oraz udzielanie wskazówek i porad w rozwiązywaniu problemów przez kadrę zarządzającą. Przykładowe twierdzenie tej skali dotyczy określenia stopnia posiadania „konkretnych informacji dotyczących tego, co należy poprawić”.

*Dostęp do zasobów* charakteryzuje się dysponowaniem czasem niezbędnym na uzupełnienie dokumentacji i realizację obowiązków służbowych oraz możliwość uzyskania doraźnej pomocy w razie potrzeby. Znajduje się tu m.in. twierdzenie o następującej treści: „Jak duży dostęp do uzyskania doraźnej pomocy w razie potrzeby posiadasz w obecnej pracy?”

Upodmiotowienie w ujęciu formalnym oznacza nagradzanie innowacyjności, elastyczności i dostrzeganie walorów pracownika wewnątrz instytucji. Pozycje tej skali rozpoczynają się od zdania: „W moim środowisku pracy/zatrudnienia...”, a kończą np. „...innowacyjność jest nagradzana”. Wyższe wyniki w skali *Upodmiotowienie formalne* reprezentują aktywność organizacyjną pracownika, która stawia go na ceniej/wysokiej pozycji wewnątrz organizacji, dlatego skala ta bywa również określana jako *Skala aktywności pracy (Job Activities Scale)*.

Z kolei *Upodmiotowienie nieformalne* obejmuje nawiązywanie współpracy z lekarzami i innymi specjalistami, a także udzielanie rad oraz wskazówek na prośbę innych współpracowników. Określają je twierdzenia dotyczące możliwości oferowanych przez pracę, np. „bycie proszonym o pomoc w rozwiązywaniu problemów przez przełożonych”. Wyższe wyniki w skali *Upodmiotowienie nieformalne* świadczą o silnych sojuszach w pracy i współpracy w atmosferze wzajemnego zaufania, dlatego też tę skalę określa się także jako *Skalę relacji wewnątrz organizacji (Organization Relationship Scale)*.

Wyróżnia się także *Globalną ocenę upodmiotowienia*, obliczaną poprzez zsumowanie 2 ostatnich pozycji kwestionariusza, które brzmią następująco – „Ogółem, moje obecne środowisko pracy umożliwia mi wypełnianie obowiązków w efektywny sposób” i „Ogółem, uważam moje miejsce pracy za środowisko stymulujące/wzmacniające pozycję”. Wysokie wyniki świadczą o silnym przekonaniu pracownika o upodmiotawiającym charakterze środowiska pracy.

Odpowiedzi udzielane są na 5-stopniowej skali, gdzie w zależności od treści pozycji testowej 1 oznacza „wcale / brak wiedzy / żaden / zdecydowanie się nie zgadzam”, 3 – „trochę / trochę wiem / ograniczony”, natomiast 5 – „bardzo / wiem dużo / duży / bardzo dużo / zdecydowanie zgadzam się”. Zsumowane odpowiedzi tworzą wynik w każdej ze skal, natomiast sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia (wynik ogólny) jest sumą odpowiedzi udzielanych na pytania z 6 podwymiarów (z pominięciem 2 ostatnich pozycji odnoszących się do oceny globalnej) i mieści się on w przedziale 19–95 pkt.

Dzięki opracowaniu CWEQ II możliwe było prowadzenie szerokich badań nad upodmiotowieniem strukturalnym. Badania Laschinger i wsp. prowadzono wśród kanadyjskich pielęgniarek [4]. Dostępne są również badania prowadzone przez badaczy z innych krajów i kultur, powstały m.in. adaptacje kulturowe CWEQ II do kultury chińskiej [20], hiszpańskiej [21], portugalskiej [22,23] czy też brazylijskiej [24]. Metoda ta była wykorzystywana do badań w próbach pielęgniarek [20,22,24], a także nauczycieli akademickich [23] i pracowników różnych zawodów [21]. W badaniach wykorzystywano pełną wersję kwestionariusza [24] oraz jego skrócone wersje: składającą się z 19 pozycji – z pominięciem *Globalnej oceny upodmiotowienia* [20,22], oraz z 12 pozycji – uwzględniającą jedynie 4 struktury możliwości, informacji, zasobów oraz wsparcia [21,23].

Prowadzenie polskich badań nad upodmiotowieniem strukturalnym, które – jak wykazano w wcześniejszej części artykułu – ma istotne znaczenie w pracy pielęgniarek, będzie możliwe pod warunkiem opracowania polskiej adaptacji metody CWEQ II. Jest to narzędzie szeroko używane na świecie, którego wysokie właściwości psychometryczne wykazano w wielu badaniach [10,20,21]. Obecnie oryginalny CWEQ II, opracowany przez Laschinger i wsp., jest narzędziem ogólnodostępnym [25], natomiast polska adaptacja była możliwa dzięki uzyskaniu zgody na jej dokonanie od właściciela majątkowych praw autorskich do metody. Poniżej zaprezentowano wyniki badania walidacyjnego, którego celem było określenie właściwości psychome-

trycznych polskiej wersji CWEQ II w próbie polskich pielęgniarek i położnych.

## MATERIAŁ I METODY

### Procedura badania

Zanim przystąpiono do właściwych badań, w każdej placówce uzyskano zgodę dyrektora lub pielęgniarki naczelnej na ich przeprowadzenie. Uczestnicy badania zostali poinformowani o jego celu, jak również o tym, że jest ono dobrowolne i anonimowe oraz że w każdej chwili mogą się z niego wycofać. Uczestników poproszono o wypełnienie kwestionariuszy w dogodnym dla siebie czasie i miejscu, a następnie zwrócenie ich osobie przeprowadzającej badanie. Kryterium doboru próby było zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki lub położnej.

### Osoby badane

W badaniu uwzględniono 279 ankiet wypełnionych przez pracowników zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki (258 osób, 92% badanych) lub położnej (21 osób, 8% badanych). Grupa badana składała się z 277 kobiet i 2 mężczyzn – 223 osoby (80%) były zatrudnione w szpitalu, a pozostałe 56 osób (20%) pracowało w przychodni.

Osoby badane były w wieku 22–60 lat ( $M = 40,13$ ,  $SD = 8,25$ ). W tej grupie 70 badanych (25%) posiadało wykształcenie wyższe magisterskie, 115 osób (41%) – wyższe licencjackie, 92 osoby (33%) – średnie, a 2 osoby (1%) – zawodowe. W badanej grupie 272 osoby (98%) wskazały, że pracują na pełen etat. Staż pracy badanych wynosił od miesiąca do 40 lat ( $M = 18$  lat,  $SD = 9,34$ ), przy czym średni staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia to 13 lat ( $SD = 8,8$ ).

### Narzędzia badawcze

Polską wersję CWEQ II opracowano z wykorzystaniem metody translacji zwrotnej. Pierwszym etapem było przetłumaczenie angielskiej wersji tekstu na język polski przez 3 niezależnych tłumaczy. Następnie tłumaczenia przekazano do kolejnego tłumacza, który utworzył roboczą wersję polską, uwzględniając ich najbardziej wartościowe elementy. Kolejnymi etapami były translacja zwrotna i analiza różnic między wersjami oryginalną a translacyjną. W tych analizach uczestniczyło 2 tłumaczy o wykształceniu psychologicznym, którzy sprawdzali tekst nie tylko pod względem językowym i gramatycznym, lecz również znaczeniowym, dokonując stosownych korekt w finalnej wersji polskiej.

Satysfakcja z pracy została zbadana *Skalą satysfakcji z pracy* [19], która składa się z 5 pozycji wzorowanych

na *Skali satysfakcji z życia* [26]. Twierdzenia sformułowane tak, żeby dotyczyły poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy, np. „Mam świetne warunki pracy”, „Jestem zadowolony z pracy”. Odpowiedzi udzielane są na 7-stopniowej skali, gdzie odpowiedź 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, 2 – „nie zgadzam się”, 3 – „raczej się nie zgadzam”, 4 – „trudno powiedzieć, czy się nie zgadzam, czy się zgadzam”, 5 – „raczej się zgadzam”, 6 – „zgadzam się”, 7 – „zdecydowanie się zgadzam”. Wynik ogólny skali stanowi suma odpowiedzi, która mieści się w przedziale 5–35 pkt. Im wyższy wynik, tym wyższa satysfakcja z pracy. Rzeczliwość *Skali satysfakcji z pracy* uzyskana w tym badaniu, określona za pomocą współczynnika  $\alpha$  Cronbacha, wynosi 0,83.

### Strategia analizy danych

W pierwszej kolejności zanalizowano statystyki opisowe i korelacje między poszczególnymi pozycjami kwestionariusza ( $r$  Pearsona). Następnie wykonano konfirmacyjną analizę czynnikową przy użyciu programu Amos. Ocenę psychometrycznych właściwości uzyskanych w ten sposób skal przeprowadzono, obliczając statystyki opisowe i korelacje oraz dokonując analizy zgodności wewnętrznej i trafności kryterialnej skal kwestionariusza. Do tych analiz wykorzystano program IBM SPSS 24.

## WYNIKI

### Statystyki opisowe i korelacje między pozycjami

Analiza statystyk opisowych dla poszczególnych pozycji polskiej wersji CWEQ II (tabela 1) pozwala stwierdzić, że najwyższą średnią osiągnęła pozycja 3 ( $M = 3,65$ ,  $SD = 0,9$ ), natomiast najniższą pozycja 13 ( $M = 1,99$ ,  $SD = 1,06$ ). Podobny rozkład średnich uzyskano w oryginalnych badaniach (wartości średnich dla poszczególnych pozycji wynosiły 1,9–4) [10]. Biorąc pod uwagę charakterystyki rozkładu odpowiedzi, można stwierdzić, że dla większości pozycji (1–9, 12, 16–18, 20) rozkład jest lewoskośny, a więc przeważają wyniki wysokie. Pozostałe pozycje (10–11, 13–15, 19, 21) wykazują rozkład prawoskośny (przeważają wyniki niskie). Z kolei analiza wartości kurtozy pozwala stwierdzić, że rozkład jest platokurtyczny dla większości pozycji. Jedynie dla 3 pozycji (8, 10, 11) rozkład jest leptokurtyczny, a więc duża część wyników jest skoncentrowana wokół średniej.

Analiza korelacji (tabela 2) wskazuje, że prawie wszystkie pozycje są ze sobą istotnie statystycznie skorelowane. Jedynie w przypadku związku między pozy-

**Tabela 1.** Statystyki opisowe dla pozycji polskiej wersji *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II (CWEQ II)*  
**Table 1.** Descriptive statistics for items of the Polish version of the *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ II)*

Wymiar i pozycja Dimension and item	M	SD	Skośność Skewness	Kurtoza Kurtosis
<i>Dostęp do możliwości / Access to Opportunities</i>				
1	3,63	1,01	-0,29	-0,33
2	3,46	0,97	-0,31	-0,15
3	3,65	0,90	-0,16	-0,17
<i>Dostęp do informacji / Access to Information</i>				
4	3,10	1,09	-0,31	-0,50
5	2,94	1,09	-0,24	-0,57
6	2,90	1,17	-0,18	-0,78
<i>Dostęp do wsparcia / Access to Support</i>				
7	3,35	1,04	-0,47	-0,12
8	3,45	0,95	-0,42	0,29
9	3,30	1,00	-0,37	-0,13
<i>Dostęp do zasobów / Access to Resources</i>				
10	3,06	0,81	0,17	0,58
11	3,34	0,74	0,02	0,27
12	3,30	0,96	-0,18	-0,41
<i>Upodmiotowienie formalne / Formal Power</i>				
13	1,99	1,06	0,74	-0,59
14	2,48	1,08	0,17	-0,88
15	2,49	1,14	0,18	-0,98
<i>Upodmiotowienie nieformalne / Informal Power</i>				
16	3,20	1,11	-0,06	-0,76
17	3,58	0,87	-0,01	-0,54
18	2,97	1,09	-0,24	-0,67
19	2,57	1,18	0,14	-0,94
<i>Globalna ocena upodmiotowienia / Global Empowerment</i>				
20	3,17	0,91	-0,17	-0,19
21	2,89	0,99	0,02	-0,45

cjami 1 i 13 oraz 1 i 10 wartość korelacji nie jest istotna statystycznie, choć jest dodatnia. Pozycje wchodzące w skład każdej z podskal są skorelowane silniej ze sobą niż z pozycjami przynależącymi do innych podskal.

### Trafność teoretyczna – konfirmacyjna analiza czynnikowa

Najważniejszym, podstawowym i koniecznym rodzajem trafności jest trafność teoretyczna, czyli ocena,

w jakim stopniu dany test odzwierciedla latentną cechę psychologiczną [27]. Jedną z metod szacowania trafności teoretycznej jest badanie wewnętrznej struktury testu za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej, która ma na celu sprawdzenie, czy dany test składa się z określonej – na podstawie teorii psychologicznej – liczby czynników [27].

W celu oceny, czy omawiana wcześniej koncepcja struktury upodmiotowienia strukturalnego potwierdza

**Tabela 2.** Korelacje między pozycjami polskiej wersji *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II (CWEQ II)*  
**Table 2.** Correlation between items of the Polish version of the *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ II)*

Wymiar i pozycja Dimension and item	Korelacje Correlations								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Dostęp do możliwości / Access to Opportunities</i>									
1									
2	0,65***								
3	0,55***	0,63***							
<i>Dostęp do informacji / Access to Information</i>									
4	0,14*	0,22***	0,20**						
5	0,15*	0,27***	0,18**	0,70***					
6	0,18**	0,28***	0,22***	0,70***	0,89***				
<i>Dostęp do wsparcia / Access to Support</i>									
7	0,23***	0,39***	0,26***	0,49***	0,50***	0,50***			
8	0,25***	0,39***	0,29***	0,42***	0,52***	0,50***	0,76***		
9	0,17**	0,39***	0,25***	0,41***	0,48***	0,49***	0,75***	0,79***	
<i>Dostęp do zasobów / Access to Resources</i>									
10	0,11 <sup>+</sup>	0,30***	0,24***	0,31***	0,33***	0,33***	0,38***	0,40***	0,40***
11	0,18**	0,35***	0,31***	0,26***	0,32***	0,33***	0,35***	0,33***	0,35***
12	0,33***	0,42***	0,38***	0,33***	0,37***	0,37***	0,39***	0,39***	0,45***
<i>Upodmiotowienie formalne / Formal Power</i>									
13	0,09	0,23***	0,17**	0,28***	0,34***	0,35***	0,28***	0,32***	0,34***
14	0,20**	0,20***	0,23***	0,33***	0,31***	0,33***	0,29***	0,30***	0,24***
15	0,17**	0,29***	0,23***	0,25***	0,31***	0,33***	0,41***	0,42***	0,42***
<i>Upodmiotowienie nieformalne / Informal Power</i>									
16	0,33***	0,45***	0,37***	0,33***	0,37***	0,41***	0,45***	0,40***	0,40***
17	0,39***	0,38***	0,34***	0,29***	0,31***	0,33***	0,40***	0,38***	0,37***
18	0,22***	0,24***	0,18**	0,26***	0,34***	0,34***	0,46***	0,41***	0,38***
19	0,21***	0,32***	0,22***	0,37***	0,36***	0,38***	0,41***	0,34***	0,37***
<i>Globalna ocena upodmiotowienia / Global Empowerment</i>									
20	0,31***	0,42***	0,31***	0,30***	0,35***	0,36***	0,35***	0,39***	0,34***
21	0,26***	0,40***	0,26***	0,27***	0,37***	0,37***	0,36***	0,39***	0,39***

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



---

---

Korelacje Correlations										
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
0,55***										
0,50***	0,54***									
0,30***	0,33***	0,35***								
0,25***	0,33***	0,34***	0,46***							
0,23***	0,44***	0,41***	0,55***	0,43***						
0,24***	0,43***	0,53***	0,36***	0,42***	0,58***					
0,29***	0,39***	0,48***	0,28***	0,28***	0,43***	0,66***				
0,26***	0,28***	0,40***	0,41***	0,34***	0,48***	0,51***	0,53***			
0,23***	0,29***	0,39***	0,39***	0,43***	0,41***	0,48***	0,42***	0,60***		
0,28***	0,41***	0,45***	0,34***	0,45***	0,42***	0,57***	0,48***	0,46***	0,45***	
0,24***	0,36***	0,41***	0,46***	0,49***	0,55***	0,55***	0,41***	0,48***	0,44***	0,64***

---

się w warunkach polskich, przetestowano 5 alternatywnych modeli:

1. Model 1-czynnikowy zakłada istnienie 1 czynnika, w którego skład wchodzi wszystkie pozycje kwestionariusza.
2. Model 2-czynnikowy zakłada 2-czynnikową strukturę upodmiotowienia, w którym pierwszy czynnik obejmuje pozycje dotyczące dostępu do możliwości rozwoju, informacji, wsparcia i zasobów w pracy pielęgniarki (pozycje 1–12), natomiast drugi czynnik obejmuje pozycje odnoszące się do źródeł władzy w organizacji oraz percepcji środowiska pracy (pozycje 13–21).
3. Model 3-czynnikowy postuluje 3-czynnikową strukturę upodmiotowienia, w której pierwszy czynnik – analogicznie do poprzedniego modelu – obejmuje pozycje 1–12, drugi czynnik dotyczy pozycji na temat źródeł władzy w organizacji (pozycje 13–19), natomiast na trzeci czynnik składają się pozycje związane z globalną percepcją środowiska pracy jako upodmiotawiającego (pozycje 20, 21).
4. Model 6-czynnikowy obejmuje 19 pozycji kwestionariusza, pomijając 2 pozycje wchodzące w skład *Globalnej oceny upodmiotowienia*. Taki właśnie model był testowany przez autorów oryginalnego narzędzia i został przyjęty jako najlepiej dopasowany do danych [10]. Z tego powodu został uwzględniony także w tej analizie.
5. Model 7-czynnikowy, ujmujący 7 czynników odpowiadających 7 skalom, uwzględniając *Globalną ocenę upodmiotowienia*.

Porównanie dopasowania alternatywnych modeli prezentuje tabela 3. W niniejszym badaniu wzięto pod uwagę następujące miary dopasowania modeli:

- RMSEA (*root mean square error of approximation*) – skorygowany pierwiastek błędu średniokwadratowego,

- SRMR (*standardized root mean square residual*) – wystandaryzowany pierwiastek średniego kwadratu reszt,
- CFI (*comparative fit index*) – porównawczy wskaźnik dopasowania [28].

W literaturze przyjmuje się, że wartości RMSEA i SRMR poniżej 0,05 świadczą o dobrym dopasowaniu do danych, natomiast poniżej 0,08 – o dopasowaniu zadowalającym [27]. Wskaźnik CFI przyjmuje wartości 0–1, gdzie 1 oznacza najlepsze, a wartości powyżej 0,9 – dobre dopasowanie do danych.

Model 6-czynnikowy uzyskał zadowalające dopasowanie do danych w próbie polskiej:  $\chi^2 = 283$ ,  $df = 137$ ,  $p < 0,001$ , RMSEA = 0,06, SRMR = 0,047, CFI = 0,95, kryterium informacyjne Akaikego (*Akaike information criterion* – AIC) = 389,03, Bayesowskie kryterium informacyjne (*Bayesian information criterion* – BIC) = 581,49. Wskaźniki te są zbliżone do otrzymanych w przypadku oryginalnej wersji kwestionariusza ( $\chi^2 = 279$ ,  $df = 129$ , RMSEA = 0,54, CFI = 0,992) [10].

Podobnie zadowalające dopasowanie uzyskał model 7-czynnikowy:  $\chi^2 = 326$ ,  $df = 168$ ,  $p < 0,001$ , RMSEA = 0,06, SRMR = 0,045, CFI = 0,95, AIC = 452,69, BIC = 681,46). Wszystkie pozostałe modele nie były dobrze dopasowane do danych. Porównanie miar dopasowania modelu 7-czynnikowego oraz 6-czynnikowego wskazuje, że ten ostatni jest istotnie lepiej dopasowany do danych ( $\Delta\chi^2 = 43$ ,  $\Delta df = 31$ ,  $p < 0,05$ ; niższe wartości AIC i BIC), dlatego został on przyjęty jako finalny model dobrze odzwierciedlający strukturę czynnikową metody. Wartości ładunków czynnikowych w tym modelu są wysokie i wynoszą 0,60–0,94. Pozwala to wyliczać wyniki w 6 skalach metody, traktując *Globalną ocenę upodmiotowienia* jako wskaźnik dodatkowy, podobnie jak robią to autorzy wersji oryginalnej metody [10].

**Tabela 3.** Dopasowanie innych modeli polskiej wersji *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II* (CWEQ II)  
**Table 3.** Fit of other models of the Polish version of the *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II* – CWEQ II

Model	$\chi^2$	df	p	RMSA	SRMR	CFI	AIC	BIC
1-czynnikowy / The 1-factor	1 438	189	< 0,001	0,150	0,988	0,630	1 522,31	1 716,82
2-czynnikowy / The 2-factor	1 196	188	< 0,001	0,140	0,094	0,700	1 281,77	1 480,91
3-czynnikowy / The 3-factor	1 173	186	< 0,001	0,140	0,094	0,700	1 263,68	1 427,08
6-czynnikowy / The 6-factor	283	137	< 0,001	0,060	0,047	0,950	389,03	581,49
7-czynnikowy / The 7-factor	326	168	< 0,001	0,060	0,045	0,950	452,69	681,46

RMSEA – skorygowany pierwiastek błędu średniokwadratowego / root mean square error of approximation, SRMR – wystandaryzowany pierwiastek średniego kwadratu reszt / standardized root mean square residual, CFI – porównawczy wskaźnik dopasowania / comparative fit index, AIC – kryterium informacyjne Akaikego / Akaike information criterion, BIC – Bayesowskie kryterium informacyjne / Bayesian information criterion.

**Tabela 4.** Statystyki opisowe, rzetelność oraz korelacje skal polskiej wersji *Kwestionariusza warunków efektywności pracy II (CWEQ II)*  
**Table 4.** Descriptive statistics, reliability, and correlations between scales of the Polish version of the *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ II)*

Zmienna Variable	Korelacje Correlations								M	SD	Skośność Skewness	Kurtosis Kurtosis	Współczynnik α Cronbacha Cronbach's α	
	1	2	3	4	5	6	7	8						
Wymiar / Dimension														
1. <i>Dostęp do możliwości / Access to Opportunities</i>									10,74	2,48	-0,18	-0,11	0,82	
2. <i>Dostęp do informacji / Access to Information</i>	0,26***								8,95	3,07	-0,20	-0,62	0,91	
3. <i>Dostęp do wsparcia / Access to Support</i>	0,37***	0,57***							10,10	2,75	-0,45	0,28	0,91	
4. <i>Dostęp do zasobów / Access to Resources</i>	0,42***	0,44***	0,51***						9,71	2,07	-0,11	-0,01	0,75	
5. <i>Upodmiotowienie formalne / Formal Power</i>	0,30***	0,42***	0,45***	0,50***					6,97	2,65	0,39	-0,55	0,73	
6. <i>Upodmiotowienie nieformalne / Informal Power</i>	0,43***	0,46***	0,54***	0,54***	0,62***				12,32	3,43	-0,02	-0,66	0,82	
7. <i>Globalna ocena upodmiotowienia / Global Empowerment</i>	0,42***	0,41***	0,44***	0,48***	0,62***	0,76***			6,06	1,72	-0,03	-0,28	0,78	
8. <i>Sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia / Total Structural Empowerment</i>	0,61***	0,73***	0,78***	0,74***	0,75***	0,83***	0,69***		58,78	12,22	-0,03	-0,69	0,92	
Kryterium / Criterion														
Satysfakcja z pracy / Work satisfaction	0,39***	0,28***	0,38***	0,38***	0,45***	0,46***	0,56***	0,53***	20,14	5,59	-0,11	-0,45	0,83	

1-8 – skale CWEQ II / scales of CWEQ II.

Poziom istotności (dwustronnie) / Significance (two-tailed): \*\*\*p < 0.001.

### Statystyki opisowe i korelacje między skalami

Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej pozwalają na analizę wyników w skalach CWEQ II (tabela 4). Najwyższą średnią wśród wymiarów składających się z 3 pytań (*Dostęp do możliwości*, *Dostęp do informacji*, *Dostęp do wsparcia*, *Dostęp do zasobów* oraz *Upodmiotowienie formalne*) osiągnęła zmienna *Dostęp do możliwości* ( $M = 10,74$ ), natomiast najniższą – *Upodmiotowienie formalne* ( $M = 6,97$ ).

Biorąc pod uwagę stopień asymetrii rozkładu, można stwierdzić, że dla większości wymiarów rozkład jest lewoskośny, co świadczy o tym, że przeważają wyniki wysokie oraz platokurtyczny. Jedynie dla *Upodmiotowienia formalnego* rozkład jest prawoskośny, a dla *Dostępu do wsparcia* leptokurtyczny. Średnia wyników *Sumarycznego wskaźnika upodmiotowienia* wynosi 58,78.

Analiza korelacji między skalami polskiej wersji CWEQ II wykazała, że wszystkie skale są ze sobą dodatnio skorelowane, korelacje wynoszą 0,26–0,62 (tabela 4). Poszczególne skale wykazują także wysokie dodatnie korelacje z *Sumarycznym wskaźnikiem upodmiotowienia* (wartość współczynnika  $r$  Pearsona – 0,61–0,83), a także (choć nieco niższe) z *Globalną oceną upodmiotowienia*.

### Rzetelność skal

Dodatkowo w celu oszacowania zgodności wewnętrznej, dokonano analizy rzetelności za pomocą współczynnika  $\alpha$  Cronbacha. Zgodność wewnętrzna, inaczej określana jako homogeniczność metody, oznacza stopień, w jakim dany test można uznać za miarę jednego konstrukt [27]. Rzetelność skali w oryginalnej wersji określona za pomocą współczynnika  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,67–0,89 [29]. Skale dotyczące upodmiotowienia strukturalnego w niniejszym badaniu uzyskały wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha w przedziale 0,73–0,92 (tabela 4), co w porównaniu z wynikami badań przeprowadzonych przez Laschinger i wsp. [29] stanowi jeszcze wyższy poziom zgodności wewnętrznej. Skale polskiej wersji CWEQ II wykazują więc wysoki poziom zgodności wewnętrznej.

### Trafność kryterialna

Trafność kryterialna, zwana także trafnością zewnętrzną, to zgodność wyników testu z kryterium zewnętrznym [27]. Z punktu widzenia testowania trafności teoretycznej istotny jest dobór właściwego kryterium, a więc zachowania czy właściwości, o której chcemy wnioskować na podstawie wyników danego testu [27]. Jak już wcześniej wykazano, satysfakcja z pracy silnie dodatnio wiąże się z upodmiotowieniem struktural-

nym [7,10,11]. Może więc zostać uznana za zewnętrzne kryterium trafności skal CWEQ II.

Analiza korelacji (tabela 4) między skalami CWEQ II a satysfakcją z pracy pokazuje, że związek ten jest istotny statystycznie, dodatni i wysoki. Także *Sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia* i *Globalna ocena upodmiotowienia* wiążą się dodatnio z satysfakcją z pracy. Świadczy to o trafności kryterialnej polskiej wersji CWEQ II w próbie pielęgniarek i położnych.

### OMÓWIENIE

Celem niniejszego badania była weryfikacja struktury czynnikowej upodmiotowienia strukturalnego wśród polskich pielęgniarek i położnych oraz sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskiej wersji CWEQ II. Przeprowadzona confirmacyjna analiza czynnikowa pokazała, że najlepiej dopasowany do danych w warunkach polskich jest model 6-czynnikowy, w którym wyróżniono następujące wymiary upodmiotowienia strukturalnego: *Dostęp do możliwości*, *Dostęp do informacji*, *Dostęp do wsparcia*, *Dostęp do zasobów*, *Upodmiotowienie formalne* oraz *Upodmiotowienie nieformalne*. Dodatkowo można wyliczać wskaźnik *Globalnej oceny upodmiotowienia*, a także *Sumaryczny wskaźnik upodmiotowienia*. Uzyskane wyniki są zgodne z założeniami teorii i strukturą oryginalnej wersji kwestionariusza [10]. W badaniu uzyskano również wysoki poziom zgodności wewnętrznej, wskazujący na wysoką rzetelność skal metody. Podobnie została potwierdzona trafność kryterialna skal określona za pomocą zewnętrznego kryterium, jakim jest satysfakcja z pracy.

W ramach prac nad polską adaptacją uzyskano więc narzędzie o zadowalających właściwościach psychometrycznych. Wyniki te pokazują, że polska wersja CWEQ II nadaje się do określania poziomu upodmiotowienia odczuwanego przez pielęgniarki i położne. Może być ona stosowana w badaniach zarówno naukowych, jak i aplikacyjnych środowiska pracy pielęgniarek i położnych. Ze względu na stosunkowo niewielką liczbę pozycji może być szczególnie użyteczna w badaniach czasochłonnych, w których wykorzystuje się baterie testów złożone z wielu narzędzi.

Analizując ograniczenia niniejszych badań, należy wziąć pod uwagę to, że obejmowały one jedynie pielęgniarki i położne zatrudnione w przychodni lub szpitalu. Ogranicza to zakres generalizacji wyników na inne próby lub na pracowników innych zawodów. Wybór próby badawczej był podyktowany dobrym osadze-

niem teorii upodmiotowienia strukturalnego w badaniach pielęgniarek [10] i potrzebą opracowania polskiej wersji metody pomiaru upodmiotowienia strukturalnego, możliwej do wykorzystania w przyszłych badaniach w tej właśnie grupie zawodowej. Istnieją jednak także badania pokazujące użyteczność CWEQ II w innych próbach, np. wśród pracowników różnych zawodów [21] czy nauczycieli akademickich [23].

Dalsze badania z wykorzystaniem przedstawionej w artykule polskiej wersji metody mogą zmierzać do ustalenia jej właściwości psychometrycznych w innych próbach. Dodatkowo CWEQ II może być stosowany do badania przełożonych pielęgniarek czy też osób zarządzających zespołem pielęgniarskim / szpitalem / / przychodnią [30]. Także to zastosowanie metody wymagałoby dalszych badań walidacyjnych. Kwestia właściwości psychometrycznych metody w innych próbach pozostaje więc otwarta.

## WNIOSKI

Pielęgniarstwo jest zawodem, od którego przedstawiciele społeczeństwa wymaga powołania, poświęcenia i troski o innych [2]. W aktualnym kontekście systemu opieki zdrowotnej bardzo ważne jest stworzenie odpowiedniego środowiska pracy dla pielęgniarek. Nie ulega wątpliwości, że upodmiotawiające warunki pracy przynoszą korzystne efekty w pracy pielęgniarek [11]. Dlatego tak ważne jest, żeby analizować, upowszechniać i wykorzystywać koncepcję upodmiotowienia w kontekście pracy zawodowej pielęgniarki z punktu widzenia celów zarówno naukowych, jak i praktycznych. Niezbędne są do tego wiarygodne i trafne narzędzia do pomiaru poziomu upodmiotowienia. Zaprezentowana adaptacja CWEQ II spełnia te kryteria i może być wykorzystywana w polskich warunkach.

## PODZIĘKOWANIA

Bardzo dziękujemy pani Kamili Zych za pomoc w tłumaczeniu metody i zbieraniu danych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kuokkanen L., Leino-Kilpi H.: Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *J. Adv. Nurs.* 2000;31(1):235–241, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>
2. Smith N.J.: Nursing and change: Is it time to revisit empowerment? *Int. J. Nurs. Sci.* 2014;1(2):134–136, <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.011>

3. Mazurkiewicz A.: Motywowanie pracowników w czasie kryzysu – znaczenie środków niematerialnych. *Przedsięb. Reg.* 2010;2:49–59
4. Bradbury-Jones C., Sambrook S., Irvine F.: Power and empowerment in nursing: A fourth theoretical approach. *J. Adv. Nurs.* 2008;62(2):258–266, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04598.x>
5. Trus M., Razbadauskas A., Doran D., Suominen T.: Work-related empowerment of nurse managers: A systematic review. *Nurs. Health Sci.* 2012;14(3):412–420, <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00694.x>
6. Kanter R.M.: Men and women of the corporation. Basic Books, New York 1977
7. 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, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01093.x>
8. Laschinger H.K.S., Wong C.A., Grau A.L.: Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. *J. Nurs. Manag.* 2013;21:541–552, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01375.x>
9. Laschinger H.K.S., Nosko A., Wilk P., Finegan J.E.: 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, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010>
10. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J.: The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Manage. Rev.* 2001;26(3):7–23, <https://doi.org/10.1097/00004010-200107000-00002>
11. Cicolini G., Comparcini D., Simonetti V.: Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *J. Nurs. Manag.* 2014;22(7):855–871, <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>
12. Szarfenberg R.: Empowerment – krótkie wprowadzenie [Internet]: Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2015 [cytowany 15 stycznia 2018]. Adres: <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/Empowerment2.pdf>
13. Moczydłowska J.M.: Empowerment – upodmiotowienie we wspólnocie. *Ekon. Organ. Przedsięb.* 2013;11:15–23
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. Krawczyk-Bryłka B.: Empowerment – strategia zarządzania oparta na zaufaniu. *Zarz. Finans.* 2012;4(1):313–330

16. Rzeźnik B.: Empowerment i jego wpływ na zaangażowanie pracowników w przedsiębiorstwie. *Pr. Mater. Wydz. Zarz. Uniw. Gdań.* 2009;3(2):343–352
17. Fulton Y.: Nurses' views on empowerment: A critical social theory perspective. *J. Adv. Nurs.* 1997;26(3):529–536, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-13-00999.x>
18. Chandler G.E.: The relationship of nursing work environment to empowerment and powerlessness [praca doktorska]. University of Utah, Salt Lake City 1986
19. Zalewska A.: Skala satysfakcji z pracy – pomiar poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. *Folia Psychol.* 2003;7:49–61
20. Sun N., Li Q.J., Lv D.M., Lu G.Z., Lin P., An X.M.: The psychometric properties of the Chinese version of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II. *J. Nurs. Manag.* 2014;22(7):848–854, <https://doi.org/10.1111/jonm.12045>
21. Román M.J.J., Bretones F.D.: Spanish adaptation of the Structural Empowerment Scale. *Span. J. Psychol.* 2013; 16(7):1–7
22. Cardoso-Teixeira A., Almeida-Nogueira M.A., Pereira-Alves P.J.: Structural empowerment in nursing: Translation, adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II. *Revista de Enfermagem Referência* 2016;4(10):39–47, <https://doi.org/10.12707/RIV16014>
23. Orgambidez-Ramos A., Gonçalves G., Santos J., Borrego-Alés Y., Mendoza-Sierra M.I.: Empowering employees: A Portuguese adaptation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ-II). *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia* 2015;29(1):1–10
24. Bernardino E., Dyniewicz A.M., Carvalho K.L.B., Kalinowski L.C., Bonat W.H.: Transcultural adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness-Questionnaire-II instrument. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2013;21(5):1112–1118, <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500014>
25. 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](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
26. Hornowska E.: Testy psychologiczne: teoria i praktyka. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009
27. Hu L., Bentler P.M.: Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct. Equ. Modeling* 1999;6(1):1–55, <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
28. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., Casier S.: Organizational trust and empowerment in restructured health-care settings. Effects on staff nurse commitment. *J. Nurs. Adm.* 2000;30(9):413–425
29. Laschinger H.K.S., Purdy N., Almost J.: The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *J. Nurs. Adm.* 2007;37(5):221–229, <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000269746.63007.08>