

## Magdalena Brodowicz<sup>1</sup>, Danuta Zarzycka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studentka studiów doktoranckich, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

# A adaptacja kulturowa Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich i rzetelności pomiaru

Adaptation Scale Development Nursing Competence, reliability competence  
measurement

### STRESZCZENIE

**Wstęp/Cel.** Celem badania była adaptacja skali przeznaczonej do oceny rozwoju kompetencji pielęgniarskich u studentów pielęgniarstwa (ACS, *Ascent to Nursing Competence Scale*) i określenie rzetelności pomiaru z jej wykorzystaniem. Proponowana polska nazwa kwestionariusza to: Skala Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich. W skład skali wchodzi trzy obszary, dotyczące aktywności zawodowej studenta pielęgniarstwa. Pierwszy obszar bada współpracę w relacji student–opiekun/nauczyciel (W1–W6), drugi ocenia potrzebę przynależności studenta do grupy (B1–B17), trzeci obszar pozwala na ocenę wiedzy i umiejętności zawodowych studenta pielęgniarstwa (L1–L13). Zgodnie ze wskazaniem autora skali może ona być stosowana do badania rozwoju kompetencji pielęgniarskich nie tylko studentów pielęgniarstwa, ale również pozwala na ocenę kompetencji zawodowych już pracujących pielęgniarek.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 103 studentów pielęgniarstwa pierwszego roku studiów magisterskich Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Wyniki.** Zastosowana procedura adaptacyjna pozwala na wykazanie, że adaptowana skala spełnia kryteria rzetelności psychometrycznej na akceptowanym poziomie. Trzy obszary wchodzące w skład Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich cechuje umiarkowana rzetelność i podobieństwo teoretyczne do wersji oryginalnej.

**Wnioski.** Badania wskazują, że polskojęzyczna wersja narzędzia badawczego ACS to proste w użyciu i skutecznie różniące podmioty badane narzędzie diagnostyczne służące do oceny rozwoju kompetencji pielęgniarskich. Trzy obszary adaptowanego narzędzia: współpraca studenta–pielęgniarki z opiekunem/nauczycielem (W1–W6), potrzeba przynależności studenta–pielęgniarki do grupy (B1–B17), wiedza i umiejętności studenta–pielęgniarki (L1–L13), mogą znaleźć zastosowanie w badaniach oryginalnych i replikacyjnych oraz wspomagać monitorowanie rozwoju efektów kształcenia studentów pielęgniarstwa.

**Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (2): 171–176**

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka; kompetencje zawodowe; Skala Rozwoju Kompetencji

### ABSTRACT

**Introduction/Aim.** The aim of the study was the adaptation and validation of the scale designed to assess the development of nursing competencies among nursing students (ACS, *Ascent to Nursing Competence Scale*), the suggested Polish name: The Scale of Development Nursing Competence The scale consists of three areas concerning the conduct of student-nurse. The first area examines cooperation in the student-nurse relationship with the tutor/teacher (W1–W6), the second examines the student-nurse's need for belonging to the group (B1–B17), the third area allows the assessment of student-nurse's knowledge and skills (L1–L13).

**Material and method.** The study included 110 nursing students of the first year master degree at Medical University of Lublin.

**Adres do korespondencji:** mgr Magdalena Brodowicz, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wólka Pełkińska 257 A, 37–511 Wólka Pełkińska, tel.: 662 980 412, e-mail: brmagdalena@gmail.com

DOI: 10.5603/PP.2015.0029

Grant Młodzi Naukowcy (PN/DN-0771/186/14) pt.: „Ewaluacja podmiotowego postrzegania osoby pacjenta przez studentów studiów licencjackich. Analiza trzyletnia”

**Results.** The adaptive procedure allows to demonstrate that the adapted scale fulfils the psychometric criteria for an acceptable level. Three areas of the Scale of Development Nursing Competence is characterized by high accuracy and reliability.

**Conclusions.** The study indicates that the Polish language version of the research tool: Ascent to Nursing Competence Scale is easy to use and can effectively differentiate the examined agents. The tool can assess the development of nursing competences. Three areas of adapted tool (student–nurse collaboration with the tutor/teacher (W1–W6), student's need of belonging to the group (B1–B17), student–nurses' knowledge and skills (L1–L13). The tool can be used in the original and replication studies and support the development of nursing students' learning effects.

**Nursing Topics 2015; 23 (2): 171–176**

**Key words:** nurse; professional competence; Ascent to Nursing Competence Scale

## Wstęp

Rozwijające się pielęgniarstwo stawia nowe wymagania i wyzwania, ale równocześnie tworzy nowe możliwości dla pielęgniarstwa/pielęgniarek określane w terminologii kształcenia kompetencjami.

Termin kompetencje według Światowej Organizacji Zdrowia to „wymagania dotyczące wiedzy, stosowanych postaw i zauważalnych manualnych oraz intelektualnych umiejętności, które razem tworzą zdolność dawania ukazujących efektywne zastosowanie wiedzy, umiejętności i poglądów” [1].

Natomiast według Symeli kompetencje zawodowe to zdolność wykonywania określonych zadań zawodowych, uprawnienia do działania, decydowania, wypowiadania sądów oraz ocen potrzebnych pracownikom do wypełniania ich funkcji oraz odgrywania ról zawodowych zgodnie z przyjętymi kryteriami lub standardami wykonania. Kompetencje są cechą charakterystyczną rzeczywistych kwalifikacji zawodowych, jakie posiada i rozwija pracownik określonego zakresu obowiązków i odpowiedzialności [2].

Instytut Badań Edukacyjnych definiuje kompetencje jako: „Zdolność kształtowania własnego rozwoju oraz autonomicznego i odpowiedzialnego uczestniczenia w życiu zawodowym i społecznym, z uwzględnieniem etycznego kontekstu własnego postępowania”, co jest wiodące dla niniejszego opracowania [3]. Kompetencja społeczna, zdefiniowana w standardzie kształcenia studentów studiów licencjackich dla zawodu pielęgniarki, która posiada znaczenie dla adaptacji skali przeznaczony do oceny rozwoju kompetencji pielęgniarskich (ACS, *Ascent to Nursing Competence Scale*) brzmi „D.K.2. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu” [3].

Dla potrzeb skonstruowania modelu badanej rzeczywistości z wykorzystaniem adaptowanej skali ACS zastosowano teorię profesjonalizmu o węższym i szerszym znaczeniu autorstwa Fish [za: 4]. Znaczenie „węższe” profesjonalizmu, to synonim „biegłości”, funkcjonuje w mowie potocznej.

Szersze ujęcie profesjonalizmu mieści się w koncepcji profesjonalnego działania. Według przyjętej

teorii, profesjonalizm składa się z: autonomicznego osądu sytuacji, integralności, osądzenia umiejętności technicznych w szerokim kontekście celów, wartości i powinności [5]. Koncepcja ta zakłada, że teoria jest zawarta w praktyce, a rozwój praktyki warunkuje, czy też współwyznacza rozwój teorii. I podobnie — rozwój teorii warunkuje rozwój praktyki, co w kontekście podjętych badań uzasadnia ich użyteczność. Jednym z istotnych elementów operacyjnych teorii profesjonalizmu według Fish jest określenie cech profesjonalisty: — „możliwości personalne” — cechy osobowości (samoświadomość, wrażliwość na innych, umiejętność wyważonej samooceny, dystans, pokora, odwaga, bezstronność, otwartość umysłu, entuzjazm, wyobraźnia, empatia); — odpowiedni poziom wiedzy merytorycznej i przedmiotowej; — zestaw umiejętności określony wymaganiami akredytacyjnymi; — wiedza edukacyjna — istota, efekty, kontekst nauczania i uczenia się; — edukacyjne rozumienie wzmocnione wiedzą pedagogiczną; — profesjonalna kolegalność — współdziałanie; — profesjonalny rozwój [4, 6].

Źródłem wiedzy profesjonalnej jest „mądrość praktyczna” i profesjonalny osąd. Nabywanie jej należy oprzeć na praktyce działania i odkrywaniu znaczeń [7]. Uczenie się poprzez praktykę działania wymaga wspomagania ze strony wielokierunkowej edukacji, której celem jest:

- docenienie złożonego charakteru praktyki i złożoności jej uczenia się;
- zdolności i umiejętności w zakresie badania praktyki;
- zdolności, gotowości i umiejętności w zakresie jej doskonalenia;
- zdolności i umiejętności wyprowadzania teorii z praktyki;
- zdolności do prowadzenia refleksji nad praktyką;
- rozumienie złożoności relacji między myślą i działaniem;
- wiedza i formalna teoria — zdolność do korzystania z niej dla „oświecenia” praktyki [8].

**Tabela 1.** Ocena zgodności opinii sędziów kompetentnych względem treści pytań skali ACS**Table 1.** Assessment of compliance reviews competent judges with respect to the questions of scale ACS

Wyniki testu W-Kendalla/kryterium	Zrozumiałość	Komunikatywność	Jednoznaczność
n	5	5	5
W Kendalla	0,247	0,219	0,246
Chi <sup>2</sup>	41,962	37,221	41,778
Df	34	34	34
Istotność asymptotyczna	0,164	0,323	0,169

Powyżej przedstawione wyznaczniki procesu profesjonalizacji tworzące podstawy teoretyczne, łączące wiedzę teoretyczną i praktykę, definiujące wzór osoby profesjonalisty poprzez cechy, które posiada, wykorzystano w Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich.

Celem pracy była charakterystyka procesu adaptacji Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich (ACS) i określenie rzetelności pomiaru z jej wykorzystaniem.

### Material i metody

Badania realizowano na przełomie stycznia i lutego 2014 roku wśród 103 studentów I i II roku studiów magisterskich, stacjonarnych, na kierunku pielęgniarstwo, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Udział studentów w badaniach był dobrowolny i bezpłatny, z zachowaniem anonimowości. Wśród badanych przeważały kobiety (n = 100; 97,1%), większość badanych była w wieku pomiędzy 23. a 38. rokiem życia (n = 66; 67,4%). Większość badanych studiuje i nie pracuje (n = 79; 76,7%). Charakterystykę szczegółową grupy badanych studentów przedstawiono w tabeli 1.

W badaniach zastosowano procedurę adaptacji skali wraz z metodą sędziów kompetentnych oraz sondaż diagnostyczny w celu pozyskania danych ilościowych do określenia współczynnika rzetelności testu. Technika badawczą było ankietowanie a narzędziem badawczym Skala Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich (ACS). Wyniki badań opracowano z wykorzystaniem testów W-Kendalla i Cronbacha z zastosowaniem pakietu Statistica 9.1. (StatSoft, Polska).

### Charakterystyka Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich (ACS)

Skala Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich została opracowana przez Levett-Jones i Lathean w roku 2009 w Australii. Według autorów celem skali jest ułatwienie studentom nauki i postępu na drodze do osiągnięcia profesjonalnych kompetencji. Osiągnięcie kompetencji wymaga osobistego zaangażowania

i aktywnego udziału studentów, wsparcia i wskazówek nauczycieli akademickich, pielęgniarek praktyki i środowisk klinicznych. Skala ta sprawdza warunki i atrybuty kształtowania kompetencji profesjonalnych studentów pielęgniarstwa. Jest ona oparta na ramach koncepcyjnych wcześniej scharakteryzowanych. Skala została zbudowana w oparciu o metodę DeVellis „s” z uwzględnieniem literatury oraz w konsultacji z panelem ekspertów. Na etapie wstępnej oceny psychometrycznej, skalą badano studentów trzeciego roku pielęgniarstwa co cztery tygodnie w trakcie klinicznej praktyki. Badania wykazały, że współczynnik  $\alpha$  Cronbacha Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich ma akceptowalne wartości wewnętrznej spójności.

Skala składa się z pytań zamkniętych z odpowiedziami do wyboru w oparciu o 5-stopniową skalę Likerta, uporządkowanych tematycznie w trzy podskale. Pierwsza podskala składa się z 6 pozycji (W1–W6), które pozwalają na określenie relacji studenta/pielęgniarki z opiekunem/nauczycielem oraz znaczenia wprowadzenia wsparcia studentem podczas rozpoczynania zajęć na danym oddziale.

Druga podskala składa się z 17 pozycji (B1–B17), bada potrzebę przynależności studenta/pielęgniarki do grupy. Ukazuje niezbędność opiekunów/nauczycieli dla studentów w uzyskaniu poczucia akceptacji przez zespół medyczny. Levett-Jones sugeruje, że relacje student–pracownicy są kluczem do postrzegania przez studentów przynależności do środowiska klinicznego [9]. Studenci pielęgniarstwa muszą dopasować się i czuć się częścią zespołu, a nie być traktowani jak osoby z zewnątrz.

Trzecia podskala składa się z 13 pozycji skali (L1–L13), które pozwalają na ocenę wiedzy i umiejętności zawodowych studenta/pielęgniarki, łączy teorię z praktyką. Chapaman i Orb podają, że jeśli teoria jest nauczana na uniwersytecie jednocześnie z praktyką w środowisku klinicznym obawa studentów przed niewiadomym zmniejsza się i ich zdolność zdobywania wiedzy rośnie. Połączenie procesu uczenia się i zdobywania kompetencji w jednej podskali sugeruje, że potrzeby te są powiązane [10].

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy

Table 2. Characteristics of the study group

Zmienne		Wartości	
		n	%
Rok studiów	I	99	96,1%
	II	4	3,9%
Wiek	21–22	32	32,6%
	23–38	66	67,4%
Płeć	Kobieta	100	97,1%
	Mężczyzna	3	2,9%
Aktywność zawodowa	Studiuje/pracuje	24	23,3%
	Studiuje/nie pracuje	79	76,7%

### Charakterystyka procesu adaptacji kulturowej ACS

Opisywane w literaturze procedury metodologiczne oraz zakładaną umiarkowaną uniwersalność kulturową i językową krajów twórcy narzędzia i autorów pracy podjęto wieloetapowy proces adaptacji narzędzia.

W pierwszym etapie oryginalna anglojęzyczna wersja kwestionariusza została przetłumaczona z języka angielskiego na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy. Po wspólnym uzgodnieniu ostatecznej wersji tłumaczenia przez obu anglistów, została ona poddana zwrotnemu tłumaczeniu na język angielski przez tłumacza, który nie miał wglądu do wersji oryginalnej. Obie wersje nie wykazały większych różnic między nimi, dlatego też wersję tłumaczenia uznano za poprawną.

Do uznanej za lingwistycznie poprawną, wersji językowej zastosowano metodę sędziów kompetentnych, aby sprawdzić czy brzmienie poszczególnych pozycji skali konotujących badane zjawisko jest komunikatywne. Po zastosowaniu poprawek wynikających z tego etapu walidacji, wykonano badania mierzące do określenia podstawowych właściwości psychometrycznych przetłumaczonej i skorygowanej wersji skali. W polskiej adaptacji został nadany układ graficzny bardzo podobny do wersji oryginalnej, w taki sposób powstała polska wersja kwestionariusza.

Powyżej przedstawiona procedura adaptacji narzędzia badawczego otrzymała pozytywną opinię Komisji Bioetycznej znajdującej się przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oznaczoną numerem KE-0254/112/2014. Autorzy artykułu posiadają również zgodę autorów skali na dokonanie adaptacji i walidacji ACS oraz wykorzystanie jej w badaniach.

### Wynik badania stopnia zgodności ocen sędziów kompetentnych

Metoda sędziów kompetentnych jest to metoda poznania opinii osób, którym są stawiane pytania otwarte, gdzie nie istnieje odpowiedź w jednoznacznym kluczu, według którego można wyliczyć interesującą badacza cechę. Sposób interpretacji wyniku testu leży w subiektywnym odczuciu osoby oceniającej, jej punktu widzenia na pytanie osoby badanej [11]. Dlatego też, aby uniknąć błędu subiektywizmu osoby oceniającej wybiera się kilka osób, sędziów kompetentnych do oceny tego samego materiału badawczego i każda z tych osób otrzymuje te same wskazówki odnośnie oceniania kwestii podmiotowej [12].

W badaniu wzięło udział pięciu sędziów, którymi byli: psycholog kliniczny, pielęgniarka-nauczyciel akademicki, pielęgniarka praktyk, studentka studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i studentka studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo. Sędziowie oceniali każdą pozycję skali według następujących kryteriów: zrozumiałość (tak, nie, nie wiem), komunikatywność (tak, nie, nie wiem), jednoznaczność (tak, nie, nie wiem).

Wyniki przeprowadzonej analizy testem W-Kendalla wykazały, że opinie sędziów kompetentnych są zgodne na poziomie nieistotnym statystycznie w każdym z trzech badanych kryteriów zrozumiałości ( $W = 0,247$ ;  $p = 0,164$ ), komunikatywności ( $W = 0,219$ ;  $p = 0,323$ ) i jednoznaczności ( $W = 0,246$ ;  $p = 0,169$ ), zamieszczone w tabeli 2. Opinia sędziów kompetentnych stanowiła podstawę do modyfikacji wybranych wyznaczników skali ACS. Analiza jakościowa ocen sędziów kompetentnych doprowadziła do modyfikacji pozycji w skali ACS. Dzięki zastosowaniu powyższej metody zredukowano możliwość błędnego zinterpretowania wypowiedzi przez badanych.

Przykłady: Pozycje skali przed oceną sędziów kompetentnych:

1. „Czułam się włączona w działania jednostki”.
2. „Jestem w stanie zintegrować teorie i praktykę dzięki odbytemu stażowi”.

Pozycje skali po ocenie sędziów kompetentnych:

1. „Czułam się włączona w pracę oddziału”.
2. „Jestem w stanie łączyć teorię z praktyką dzięki odbyciu stażu”.

### Wyniki

#### Analiza rzetelności pomiaru

W ocenie stałości skali uzyskano zadowalające wyniki wyrażone współczynnikiem rzetelności  $\alpha$  Cronbacha zestawione w tabeli 3. W ostatniej podskali ACS-LC współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,921, natomiast w kolejnej podskali ACS-B współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całości wynosi 0,900 oraz w podskali



**Tabela 3.** Statystyki rzetelności podskali ACS-W, ACS-B, ACS-LC**Table 3.** Subscale reliability statistics ACS-W, ACS-B, ACS-LC

Lp.	Subskala ACS	$\alpha$ Cronbacha
1.	ACS-W	0,710
2.	ACS-B	0,900
3.	ACS-LC	0,921

ACS-W współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całości wynosi 0,710. Wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha przyjmuje wartości od 0 do 1. Im większa wartość, tym większa rzetelność skali. Wartości powyżej 0,7 oznaczają akceptowaną rzetelność skali.

Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha obliczony dla podskali bez pozycji jest to miara określająca spójność pozycji wchodzących w skład danej podskali, czyli określa, na ile pozycje wchodzące w skład danego czynnika, skali są do siebie podobne, czy badają to samo zjawisko, ten sam konstrukt teoretyczny.

Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie skorelowanych ze sobą pytań, znajdujących odzwierciedlenie w propozycji czterech czynników skali (ACS), jako wyjście naprzeciw wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha podskali ACS-W we wzorze 3-czynnikowym. Dla wyodrębnionych czterech czynników/subskal obliczono wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha, które zamieszczono w tabeli 4.

W ocenie proponowanej skali z podziałem na cztery subskale uzyskano następujące wyniki wyrażone współczynnikiem rzetelności  $\alpha$  Cronbacha. W ostatniej podskali ACS-M (nazwa zaproponowana przez autora) współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,554, natomiast najwyższą wartość współczynnika uzyskała skala ACS-W, dla której współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wyniósł 0,926. Przeprowadzona analiza wskazuje, że podskala ACS-M nie spełnia standardowego kryterium rzetelności psychometrycznej narzędzi badawczych (tab. 5). Dlatego też autorzy proponują na tym etapie adaptacyjnym skalę ACS w układzie trójczynnikowym.

## Dyskusja

Przedstawione wyniki wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha dla zaadaptowanego narzędzia ACS są porównywalne do rzetelności tej skali uzyskanych przez jej autorów.

W badaniach przeprowadzonych w Australii przez Levett-Jones i Lathean podskala ACS-W uzyskała współczynnik  $\alpha$  Cronbacha, który wyniósł 0,885. Co stanowi najniższą wartość względem dwóch pozostałych podskal. Jednocześnie wynik ten wskazuje na

**Tabela 4.** Analiza 4-czynnikowa skali ACS**Table 4.** Analysis of 4-factor scale ACS

Lp.	Składnik			
	1	2	3	4
ACS-32	0,802	0,130	0,125	-0,013
ACS-34	0,726	0,171	0,327	-0,074
ACS-29	0,692	0,112	0,138	0,196
ACS-35	0,675	0,186	0,157	-0,060
ACS-30	0,665	0,102	0,124	0,239
ACS-26	0,655	0,185	-0,094	0,368
ACS-27	0,648	0,356	0,072	0,260
ACS-33	0,643	0,282	0,198	-0,195
ACS-25	0,631	0,531	-0,067	0,126
ACS-36	0,623	0,290	0,113	0,066
ACS-31	0,619	0,240	0,275	-0,096
ACS-28	0,577	0,241	0,023	0,103
ACS-22	0,535	0,422	0,218	0,298
ACS-24	0,474	0,445	0,226	0,112
ACS-13	0,404	0,287	0,248	0,155
ACS-21	0,241	0,798	0,117	0,162
ACS-12	0,333	0,723	0,110	0,056
ACS-16	0,269	0,720	0,254	0,025
ACS-20	0,051	0,712	-0,063	0,094
ACS-15	0,278	0,675	0,336	0,262
ACS-14	0,222	0,603	0,257	0,098
ACS-11	0,073	0,600	0,204	0,065
ACS-23	0,295	0,541	0,116	0,040
ACS-17	0,225	0,526	0,164	0,199
ACS-19	0,178	0,515	0,179	-0,062
ACS-10	0,326	0,511	0,138	-0,182
ACS-7	0,189	0,429	0,273	0,108
ACS-8	0,217	0,405	0,398	0,116
ACS-4	0,190	0,329	0,703	0,112
ACS-3	0,081	0,116	0,683	0,013
ACS-6	0,223	0,405	0,670	-0,006
ACS-5	0,185	0,263	0,616	0,260
ACS-18	-0,089	0,221	-0,133	0,783
ACS-9	0,015	0,091	0,296	0,618
ACS-2	0,297	0,162	0,071	0,550

podobną prawidłowość jaką stwierdzono w przedstawionych badaniach polskojęzycznej wersji skali. W drugiej podskali ACS-B, w wersji australijskiej

**Tabela 5.** Wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha dla 4-czynnikowej skali ACS**Table 5.** Values Cronbach's  $\alpha$  coefficient for the 4-factor scale ACS

Lp	Subskala ACS	$\alpha$ Cronbacha
1.	ACS-W	0,926
2.	ACS-B	0,901
3.	ACS-LC	0,771
4.	ACS- M	0,554

współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosił 0,963 i w trzeciej podskali ACS-LC współczynnik  $\alpha$  Cronbacha osiągnął wartość 0,952. W odniesieniu do całej skali *Ascent to Nursing Competence Scale* współczynnik  $\alpha$  Cronbacha przyjął wartość 0,975 [14].

W wersji polskojęzycznej w podskali ACS-W współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całości wynosi 0,710, natomiast w kolejnej podskali ACS-B współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całości wynosi 0,900 oraz w podskali ACS-LC współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,921. Wyniki te pozwoliły stwierdzić, że polska wersja skali ACS uzyskała ocenę dobrej wewnętrznej spójności.

Przeprowadzona procedura określenia właściwości rzetelności psychometrycznej narzędzia wskazała, że polskojęzyczna wersja posiada niższe wskaźniki rzetelności względem wersji oryginalnej. Wyodrębnienie 4 czynników składowych i obliczenie wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha dla każdego z nich nie wpłynęło na poprawę rzetelności narzędzia. Autorzy polskojęzycznej wersji skali rozważali możliwość usunięcia 4 pozycji skali o najsłabszym związku z konstruktem zasadniczym skali, jednak analiza treści pozycji, które są istotne dla badania kompetencji zawodowych przeważały za ich pozostawieniem w niezmięnionej formie. Polskojęzyczna wersja ACS pozostała w proponowanej autorskiej formie z trzema podskalami, co po zastosowaniu tego narzędzia w badaniach, stwarza możliwość dokonywania analiz porównawczych.

Wyniki przeprowadzanych badań wskazują, że polska wersja skali wykazuje treściowe i konstrukcyjne podobieństwo do australijskiej oryginalnej wersji narzędzia, co można interpretować jako argument zwiększający zaufanie do niej. Szersze zaprezentowanie wyników porównawczych skali ACS jest utrudnione z powodu braku publikacji na ten temat.

Skala w wersji polskojęzycznej jest dostępna u Autorki artykułu (patrz adres do korespondencji).

## Wnioski

- Opinie sędziów kompetentnych dotyczące pozycji skali wyrażone w kryteriach: zrozumiałość, komunikatywność, jednoznaczność nie są zgodne na poziomie

istotnym statystycznie, dlatego dokonano ponownej modyfikacji treściowej poszczególnych pozycji skali.

- Wartości współczynnika rzetelności  $\alpha$  Cronbacha dla podskal ACS mieszczą się w granicach od 0,92 do 0,71.
- Podział pozycji skali ACS na cztery składowe nie wpłynął w stopniu oczekiwanym na poprawę jej rzetelności, dlatego ostatecznie pozostawiono wersję trójczynnиковą.

## Podziękowania

Autorki artykułu dziękują Levett-Jones i Lathlean za udzielenie zgody na możliwość adaptacji i walidacji Skali Rozwoju Kompetencji Pielęgniarskich (*Ascent to Nursing Competence Scale*) oraz wykorzystania w projekcie badawczym PN/DN-0771/186/14.

## Piśmiennictwo

- Story L. WSP. Competency in Healthcare. Radcliffe Medical Press, Oxford, 2002.
- Smela K. Jakość kształcenia zawodowego. W: Bigaj A., Kwiatkowski S.M. (red.). Szkoła a rynek pracy. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2006.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. W sprawie studentów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Dz. U. z dnia 5 czerwca 2012r. poz. 631, załącznik nr 4.
- Fiński model kształcenia i oceniania kompetencji społecznych — inspiracje dla polskich interesariuszy szkolnictwa wyższego. Biblioteka Instytutu Badań Edukacyjnych, 2011.
- Witkowski L. Praca socjalna i profesjonalizm pedagogiczny. WSEZiNS, Łódź 2010.
- Watson R., Stimpson A. Clinical assessment of competence in nursing: a systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 10: 12–21.
- Key Competences for Lifelong Learning, European Reference Framework, Education and Culture DG, European Communities, Belgium 2007; 18.
- Norman J., Watson R., Murrells. Validity and reliability of methods to assess the competence to practice of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39 (2): 133–145.
- Levett-Jones T., Lathlean J. The framework of competences. Results from affiliation. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 18 (20): 28–35.
- Chapman, R. & Orb, A. "The nursing students lived experience of clinical practice [electronic version]. *Australian Electronic Journal of Nursing Education* 2000; 5: (2).
- Włodarczak Z. Badanie zgodności opinii sędziów kompetentnych metodami statystycznymi. *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie*. 2006; 45: 99–105.
- Michelle A., McCoy. Development and psychometric testing of the Ascent to Competence Scale, University of Newcastle 2010.
- Brzeziński J. (red.). Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 61–82, 180–183.
- Andrews G.J., Brodie, D.A., Andrews, J.P., Wong J., Thomas, B.G. Place (ment) matters: students' clinical experiences and their preferences for first employers. *International Nursing Review* 2005; 52: 142–153.