

Struktura legitymizacji instytucji ochrony zdrowia

Adaptacja i właściwości psychometryczne *Kwestionariusza legitymizacji (LQ)*

Tomasz Prusiński¹

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Instytut Psychologii

Pracownia Testów Psychologicznych

<https://orcid.org/0000-0002-8782-1498>

Streszczenie

Cel: Celem prezentowanych badań empirycznych było: (a) zidentyfikowanie struktury legitymizacji instytucjonalnej w służbie zdrowia oraz (b) przedstawienie polskiej wersji *Kwestionariusza legitymizacji (LQ)* i jego wartości psychometrycznych, a zwłaszcza trafności i rzetelności pomiaru.

Metoda: Aby osiągnąć założony cel na podstawie danych uzyskanych z dwóch niezależnych pomiarów, przeprowadzono analizy czynnikowe: eksploracyjną ($n_{EFA} = 210 - 134$ kobiety i 76 mężczyzn, $M_{WIEK} = 42,37$) i confirmacyjną ($n_{CFA} = 298 - 184$ kobiety i 114 mężczyzn, $M_{WIEK} = 37,02$). Analizy czynnikowe posłużyły w ocenie trafności. Dokonano również wielowymiarowej oceny rzetelności, posługując się kilkoma współczynnikami: klasycznymi (α Cronbacha, CR Jöreskoga) i nieklasycznymi (γ – Aranowskiej, współczynnik korelacji wewnątrzklasowej Q_2).

Wyniki: Przyjęta strategia analizy danych wykazała trójczynnиковą strukturę legitymizacji instytucjonalnej. Wyniki analiz wniosły mocne dowody wskazujące na zadowalającą dobroć pomiaru legitymizacji polską wersją narzędzia LQ. Rzetelność, podobnie jak trafność teoretyczna, osiągnęły zadowalające oceny i zostały potwierdzone.

Konkluzje: Rezultaty wskazują, że adaptowany kwestionariusz LQ jest wartościowym psychometrycznie narzędziem operacjonalizującym legitymizację w trzech wymiarach: pokrewieństwa normatywnego, obowiązku posłuszeństwa oraz zaufania instytucjonalnego.

Słowa kluczowe: legitymizacja, służba zdrowia, pokrewieństwo normatywne, obowiązek posłuszeństwa, zaufanie instytucjonalne, *Kwestionariusz legitymizacji*

¹ Adres do korespondencji: tomasz.prusinski@op.pl.

Ludzie korzystają ze wsparcia instytucjonalnego, ponieważ uczciwa, pozainstytucjonalna dystrybucja zasobów, jakimi dysponuje społeczeństwo, z uwagi na ich częsty deficytowy charakter lub trudności w przeprowadzeniu samego podziału dóbr między jednostkami, jest niemożliwa (Prusiński, 2020; Tyler, 2006). Nikt już dziś nie kwestionuje założenia, że władza instytucjonalna w sprawowaniu tej kluczowej funkcji wymaga argumentów, dzięki którym będzie postrzegana jako prawomocna (Tyler, 2021). Współcześnie, bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, instytucje społeczne opierają swoją wiarygodność i prawomocność w sprawowaniu władzy oraz zasadność istnienia na czynnikach subiektywnych. Istotne są zwłaszcza oceny samych jednostek korzystających z procesów redystrybucji, jakie te instytucje zapewniają (Calton i Cattaneo, 2014).

Tradycyjny model, wskazujący że władzę instytucjonalną uzasadnia argument religii czy tradycji, a jednostka ma zwyczajnie się podporządkować, występuje obecnie rzadko (Burdziej, 2018). Dzieje się tak również dlatego, iż w proces demokratyzacji społeczeństw konsekwentnie wpisana jest troska o upodmiotowienie człowieka. Jego udział w ewaluacji instytucji społecznych stał się wartością nadrzędną i niekwestionowaną (Carroll i in., 2008). Co jednak istotne, ewaluacja i ocena doświadczeń kontaktu z instytucjami opiera się wyłącznie na zasadzie osiągnięcia antycypowanych korzyści. Efekt dystrybutywny jest istotny, ale nie przesądzający.

Założenie, że ludzie w swoich zachowaniach i podejmowanych decyzjach kierują się racjonalną kalkulacją, czyli korzystają ze wsparcia instytucjonalnego i wybierają takie rozwiązania, które maksymalizują ich interes własny i korzyści, chociaż dominowało przez dziesięciolecia w naukach społecznych, kształtując wiele modeli rozumienia i wyjaśniania ludzkich zachowań, ostatecznie zostało zakwestionowane (Miller, 1999).

Wbrew przesłance interesu własnego badania z zakresu psychologii sprawiedliwości wykazały, że ludzie cenią sposób traktowania i jakość procedur, jakim podlegają bardziej niż rezultaty uzyskiwane dzięki tym procedurom (Burdziej, 2018). Ludzie w kontakcie z instytucjami społecznymi, zwłaszcza wtedy kiedy doświadczają asymetrii informacji lub oczekują od instytucji rozdystrybuowania niedostępnych dla nich a potrzebnych do życia zasobów bądź podjęcia rozstrzygających decyzji, nieustannie i starannie szacują, czy są uczciwie traktowani (Prusiński, 2020; efekt proceduralny) i czy władzę, jaką mają nad nimi przedstawiciele danej instytucji, w zakresie różnorodnych mimowolnie narzuconych postanowień i rozstrzygnięć, jak również dobrowolnie proponowanych rekomendacji, można uznać za prawomocną (Jackson i Pósch, 2019; Tyler i Jackson, 2014; efekt legitymizacji).

Z analiz wyników badań empirycznych wynika, że okazywanie szacunku, podmiotowe traktowanie jednostki czy postrzeganie przez nią przedstawicieli instytucji jako autorytetów mogą być równie ważnymi, jeśli nie ważniejszymi, czynnikami regulującymi chęć współpracy i wolę wyboru skutecznych propozycji rozwiązania problemów własnych jak sam rezultat uzyskiwany dzięki kontaktowi z daną instytucją (Mentovich i in., 2014). W literaturze dotyczącej źródeł autorytetu rozróżnia się autorytet związany z osobą (legitymizacja osobista) i autorytet związany z instytucją (legitymacja instytucjonalna) (Cialdini i Trost, 1998; Rasinski i in., 1985).

Rozważaniom o tym ostatnim, legitymizacji instytucjonalnej, poświęcony jest ten artykuł. Celem badań empirycznych tutaj przedstawionych był pomiar legitymizacji instytucjonalnej w polskiej służbie zdrowia, a mówiąc ściślej, w gabinetach lekarzy, i określenie jej ewentualnych wymiarów oraz przedstawienie polskiej adaptacji narzędzia spełniającego kryteria dobroci pomiaru, *Kwestionariusza legitymizacji (LQ)*.

Założony cel jest ważny, ponieważ jak dotąd analizy legitymizacji instytucjonalnej w służbie zdrowia, w tym zwłaszcza poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o jej strukturę, są prowadzone niezwykle rzadko (Tyler i Jackson, 2014). Prezentowane zaś rezultaty tych analiz nie są jednoznaczne i nie pokrywają się zbyt często, utrzymując niejasności definicyjne (Levi i in., 2009; Tyler i in., 2013). Co istotne, opublikowane badania dotyczące tego zagadnienia są zazwyczaj domeną socjologów i ekonomistów. Dotyczą one raczej szacowania związków legitymizacji z jakością procesów grupowych czy lojalnością grupową nie zaś jej precyzyjnego operacjonalizowania. To ostatnie jest rzadkim działaniem (Díez-Martín, Blanco-González, & Díez-de-Castro, 2021). W rozumieniu legitymizacji dominują ujęcia statyczne: filozoficzne i prawnicze, zaś koncepcja nauk społecznych jest obecna tylko peryferycznie (Burdziej, 2018). Legitymizację często sprowadza się do aspektów formalnych i racjonalnych.

Polscy badacze nie dysponują narzędziami operacjonalizującymi ten konstrukt w instytucjach opieki zdrowia, zwłaszcza skalami, które spełniałyby psychometryczne kryteria dobroci pomiaru. Pojawiają się opracowania dotyczące innych instytucji, np. wymiaru sprawiedliwości (Burdziej i in., 2019). Korzystanie z narzędzi przeznaczonych dla wymiaru sprawiedliwości pozbawione jest sensu z uwagi na ich zakres treściowy. Przedstawienie pierwszych wyników badań, dotyczących struktury omawianego konstrukt i narzędzia pomiarowego, nie tylko uczyni ważnym zjawisko, któremu badacze przypisują kluczowy potencjał regulacyjny, lecz także pozwoli rozpoznać się w wymiarach legitymizacji (Tyler, 2021). Pozwoli również w dalszej perspektywie prowadzić badania empiryczne ujednoliconą metodą. To ostatnie z kolei zapewni możliwość replikacji wyników oraz ich porównywania. Pojawia się pytanie, czy legitymizacja uzyska podobną strukturę w polskiej służbie zdrowia, która charakteryzuje się odmiennymi, historycznymi i społecznymi okolicznościami funkcjonowania. Dysponowanie narzędziem pozwoli też w dalszej perspektywie analizować i dyskutować propozycję wstępnego modelu eksploracyjnego legitymizacji polskiej służby zdrowia w celu uzyskania stabilnego modelu deskryptywnego.

Legitymizacja w służbie zdrowia

Służba zdrowia, jako ważna instytucja zarządzająca i dzieląca różnorodne zasoby, pełni kluczową rolę w społeczeństwie, ponieważ zabezpiecza ważny interes jednostkowy oraz społeczny, jakim jest zdrowie i perspektywa długiego życia człowieka.

Wyniki badań wskazują, że chociaż uleganie różnorodnym decyzjom i rozstrzygnięciom, które w służbie zdrowia przyjmować mogą postać przestrzegania

zaleceń medycznych, powinno leżeć w dobrze pojętym interesie pacjentów; ci ostatni często nie stosują się do rekomendacji, jakie na wizycie lekarskiej określone są przez lekarza (Smith, 2001). Pacjenci pomimo kolejnych wizyt w gabinecie lekarza nadal wybierają styl życia lub pozostają przy stylu, który skutecznie prowadzi ich do pogłębienia choroby (Mentovich i in., 2014). W takich okolicznościach zasadniczy wzrost kosztów opieki zdrowotnej czy występowanie możliwych do uniknięcia problemów zdrowotnych to główne, choć nie jedyne, problemy, jakie stoją przed instytucją ochrony zdrowia.

Podobnie jak w przypadku innych instytucji społecznych (sądy, policja, praca) okazuje się, że legitymizacja instytucjonalna może być ważnym czynnikiem oceny instytucji ochrony zdrowia. Wysoko oceniona legitymizacja może motywować do postępowania zgodnie z rekomendacjami tej instytucji w zakresie kształtowania zachowań związanych ze zdrowiem. Legitymizacja instytucjonalna okazuje się jednym z czynników regulujących postawy wobec zdrowia poprzez stosunek do samej instytucji, która dostarcza rozwiązań mających na celu chronienie zdrowia lub, w razie choroby, powrót do zdrowia (Tyler i in., 2013).

Dlaczego można rozważać potencjał regulacyjny legitymizacji w instytucjach chroniących zdrowie? Legitymizacja to rodzaj motywacji do działania, który opiera się na pozytywnym, rozmyślnym oraz dobrowolnym przekonaniu o prawie instytucji do władzy i wpływu. Tyler i Jackson (2013) podkreślają, że uznanie przez jednostkę prawomocności instytucji powoduje, iż uznaje ona także za odpowiednie i stosowne prawo tej instytucji do narzucania jej odpowiednich zachowań. Akceptacja legitymizacji instytucjonalnej pozwala przedstawicielom instytucji egzekwować od jednostek dostosowanie się do oczekiwań i postanowień, zaś dla tych ostatnich jest źródłem uzasadnienia dla ulegania im.

Nadal stosunkowo niewiele jest badań empirycznych, które wykazywałyby wielkość efektu legitymizacji na postępowanie pacjentów w procesie leczenia (Pérez-Arechaederra, 2019). Istniejące dowody empiryczne uzyskane z badań prowadzonych w instytucjach medycznych pokazują, że ta ocena kształtuje uczucia i zachowania ludzi związane z poczuciem odpowiedzialności za realizowanie określonych postaw i podporządkowywania się rekomendacjom (Tyler i in., 2013). To właśnie ze względu na wysoki efekt legitymizacji ludzie przyjmują, że powinni podporządkować się decyzjom, zasadom czy wskazaniom, jakie otrzymują w trakcie kontaktu z lekarzem. I, jak podkreślają Tyler i Jackson (2014), czynią tak z poczucia obowiązku posłuszeństwa wobec prawomocności autorytetu medycznego, nie zaś pod wpływem strachu przed karą czy w związku z oczekiwaniem nagrody. Utrzymanie wysokiego poziomu legitymizacji służby zdrowia powinno być wysoce pożądanym stanem, ponieważ w takich okolicznościach chęć podążania za rekomendacjami wynika ze świadomego szacunku wobec tej instytucji i wobec realizowanych przez nią wartości (Tyler, 2021). Co więcej, legitymizacja służby zdrowia może być kluczowym czynnikiem kształującym postawy pacjentów, gdyż inne rozwiązania, bazujące na mechanicznym podporządkowywaniu się oczekiwaniom instytucjonalnym z uwagi na grożące sankcje prawne, wydają się niemożliwe do zastosowania.

Rozbudowane analizy empiryczne dotyczące znaczenia legitymizacji w publicznych szpitalach, w których uczestniczyli tak pacjenci, jak i personel

medyczny, prowadzone przez zespół Prado-Roman (2020), potwierdziły przypuszczenia o ważnej roli legitymizacji wobec wzrostu organizacyjnej wydajności. W wysoce zinstytucjonalizowanych środowiskach, w których interesy publiczne są zbieżne z normami społecznymi i trwałością szpitali, legitymizacja jest warunkiem koniecznym, który uważa się za oczywisty, generując znaczący wpływ na oczekiwane wyniki. Najbardziej legitymizowanym organizacjom łatwiej będzie rozwijać swoją działalność, ponieważ otrzymają większe wsparcie od swoich interesariuszy. Brak legitymizacji może prowadzić do systematycznego kwestionowania działań organizacyjnych, negatywnie wpływając na wdrażanie procesów redystrybucji dóbr (Prado-Roman i in., 2020).

Co ważne, dotychczasowe badania (Tyler i in., 2013) wstępnie wykazały, że związek między postrzeganiem instytucji opieki zdrowotnej jako sprawiedliwej, prawomocnej i godnej zaufania a przestrzeganiem zaleceń medycznych ma charakter przyczynowo-skutkowy i że to ocena jakości funkcjonowania instytucji jest przyczyną w tym związku. Badania metodą eksperymentu pozwoliły odrzucić alternatywną hipotezę, że gdy ludzie stosują się do decyzji lekarzy, są bardziej skłonni postrzegać je jako bardziej sprawiedliwe, a sam autorytet lekarza jako prawomocny.

Model legitymizacji Tylera

Jak trafnie zauważa zespół Díez-Martín (zob. Díez-Martín, Blanco-González, & Díez-de-Castro 2021), legitymizacja to wielowymiarowy konstrukt, a wybór wartościowego modelu wymaga zmierzenia się z zawłościami zróżnicowanych terminologii, podejść i koncepcji. Z tej różnorodności wyłaniają się różne propozycje teoretyczne, które gruntują metodologię pomiaru. Jednak to zróżnicowanie generuje niepewność co do wyboru najlepszego modelu. W przypadku legitymizacji instytucjonalnej niekiedy trudnością jest to, że te ostatnie – propozycje pomiarowe trudno uogólnić. Jest to spowodowane specyfiką działania instytucji, która wynika z przypisania jej niepowtarzalnych funkcji, sposobów działania, zagregowanego systemu doświadczeń, na bazie którego wyłania się i ewoluuje personel instytucjonalny (Suddaby i in., 2017). Istnieją bardzo wartościowe propozycje integrujące, wskazujące, że legitymizację można mierzyć na ogólnym poziomie, na którym uwzględniane i integrowane są wszystkie rodzaje legitymizacji (Díez-Martín, Blanco-González, & Díez-de-Castro, 2021).

Poniżej przedstawiona propozycja, stanowiąca ramy teoretyczne dla legitymizacji w tym artykule, opracowywana była przez dziesięciolecia na bazie prowadzonych różnorodnych badań empirycznych. Proponuje ona konkretne narzędzia, w tym jedno bezpośrednio odnoszące się do służby zdrowia i, co ważne, do pomiaru tego zjawiska w kontekście personelu medycznego. Takie uszczegółowienie jest wartościowe, ponieważ pozwala uchwycić proces legitymizacyjny na bardzo konkretnym poziomie – personelu służby zdrowia, a w przyszłości potraktować ocenę legitymizacji uzyskaną na tym poziomie jako ważny czynnik umożliwiający rozwiązywać wspomniane wcześniej kluczowe problemy obecne w służbie zdrowia.

Jednym z czołowych badaczy, który na gruncie nauk społecznych zajmuje się zagadnieniem uczciwości instytucjonalnej i legitymizacji instytucjonalnej, jest Tyler. Jego prace badawcze, prowadzone często w zespołach badawczych, dotyczą różnych instytucji społecznych. Najczęściej instytucji prawnych, takich jak sądy (Tyler, 2007), więzienia (Jackson i in., 2010) czy policja (Sunshine i Tyler, 2003), rzadziej instytucji pracy. Tyler rozpatruje legitymizację instytucjonalną z punktu widzenia jednostki uczestniczącej w procesach instytucjonalnych. Jednostka ta zaś nie ma pełnej kontroli nad tym procesem i, mimowolnie lub dowolnie, podlega instytucjonalnym decyzjom oraz rozstrzygnięciom. Ocena końcowa kontaktu z daną instytucją społeczną, pod pewnymi warunkami, może rzeczywiście zaważyć na jej osobistych decyzjach i kształtować jej zachowanie. Warunkiem jest uznanie, że instytucja, wypowiadająca się poprzez swoich przedstawicieli w ważnych dla jednostki sprawach, jest prawomocna.

Legitymizację instytucjonalną rozumie się w tym modelu jako cechę przypisywaną danej władzy czy instytucji, która sprawia, że poddani im ludzie uznają ich istnienie za właściwe, a je same za sprawiedliwe (Tyler, 2006). W przypadku służby zdrowia legitymizacja to subiektywne przekonanie pacjenta (wymiar poznawczy) i towarzyszące mu uczucie (wymiar afektywny) na temat władzy, jaką ta instytucja ma nad nim (Tyler i in., 2013). Legitymizacja wyraża się w poczuciu obowiązku czy gotowości pacjenta do posłuszeństwa oraz współpracy z władzą, którą reprezentuje personel medyczny, w tym zwłaszcza lekarze (Tyler, 2009). Kluczowym elementem tak rozumianej legitymizacji jest zaufanie do ochrony zdrowia, czyli przekonanie, że jej przedstawiciele sprawują swoją władzę w zgodzie z akceptowanym przez pacjenta porządkiem prawnym i normami społecznymi (Cao i Graham, 2019). Ta definicja zwraca uwagę na to, iż dwa elementy: uznanie władzy i traktowanie jej tak w praktyce, czyli postępowanie zgodnie z rekomendacjami personelu, są kluczowymi wymiarami legitymizacji. Można zatem powiedzieć, że oczekiwania instytucji medycznej, która jest legitymizowana przez pacjentów, znajdują swoje przełożenie i spełnienie w postaci rzeczywistego podporządkowania pacjenta jej zaleceniom.

Legitymizacja ma tu charakter relacyjny, a wymiar afektywny jest wyrażnie obecny w tej koncepcji. Tylerowska operacjonalizacja legitymizacji opiera się na indywidualnych odczuciach jednostek. Zawiera komponentę utożsamiania się z daną instytucją na poziomie emocjonalnym (Díez-Martín, Blanco-González, & Díez-de-Castro, 2021).

Co istotne, dotychczasowe (przedtylerowskie) definicje legitymizacji instytucjonalnej zwracały uwagę na kwestie formalnoprawne. Wartościowy przegląd zróżnicowania koncepcyjnego w tym zakresie został wykonany przez zespół Díez-Martína (zob. Díez-Martín, Blanco-González, & Prado-Román, 2021). Legalność instytucji wynikała ze spełniania przez nią pewnych wymogów formalnych, czyli utrzymania określonego poziomu biurokratyzacji, i z faktu podlegania instytucji pod zewnętrzne regulacje i przepisy (Burdziej, 2018). Legitymizacja miała charakter obiektywny (Schulhofer i in., 2011). Osiągnięcie przez instytucję pewnego poziomu formalności w działaniu i w traktowaniu zadań czyniło zadość warunkom świadczącym o legitymizacji.

Tyler (2006, 2021) zwraca uwagę, że to jednostka korzystająca z instytucji dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia na temat prawomocności wydawanych

przez nią decyzji i proponowanych rozwiązań. Legitymizacja finalnie określona i potwierdzona zostaje w faktycznym podążaniu przez jednostkę za tymi niwelującymi nierównowagę wskazaniem i zaleceniami. Głównym kryterium jest ocena jednostki. Jednostka zaś bierze pod uwagę bardziej czynniki nieinstrumentalne, takie jak sposób potraktowania czy uznanie i szacunek dla personelu medycznego, mniej zaś czynniki obiektywne w postaci efektywności świadczonej pomocy.

Tylerowski model legitymizacji instytucjonalnej obejmuje zazwyczaj trzy elementy składowe: poczucie obowiązku posłuszeństwa, zaufanie do instytucji i pokrewieństwo normatywne (Jackson i Gau, 2015; Tyler i Jackson, 2014). Pierwszy wymiar wskazuje, że ludzie żywią przekonanie, iż władzy co do zasady należy się podporządkować bez względu na kalkulowane korzyści i straty. Drugi, zaufanie, to przekonanie i towarzyszące mu poczucie, że przedstawiciele danej instytucji sami postępują w zgodzie z normami egzekwowanymi od innych. Pokrewieństwo normatywne, trzecia dymensja, rozumiane jest jako poczucie, że przedstawiciele instytucji zasadniczo podzielają główne wartości z członkami społeczności, dla której pracują.

Pomiar legitymizacji w służbie zdrowia – kwestionariusz LQ

Prowadząc pomiar legitymizacji w służbie zdrowia, Tyler zaproponował narzędzie diagnostyczne, *Kwestionariusz legitymizacji* (LQ; Tyler i in., 2013). Mierzy on subiektywnie odczuwaną legitymizację pacjenta wobec instytucji służby zdrowia. Legitymizacja operacjonalizowana jest zgodnie z Tylerowskim modelem. Ocenę legitymizacji oparto na stwierdzeniach odnoszących się do doświadczeń pacjenta dotyczących kontaktu z lekarzami. Co jednak istotne, narzędzie LQ adresowane do oceny poziomu legitymizacji instytucji chroniących zdrowie nie ma podskali i nie szacuje trzech wymiarów zazwyczaj konceptualizowanych w literaturze.

Nierozwiązanym problemem pozostaje zatem kwestia struktury czynnikowej legitymizacji instytucjonalnej. Jeśli chodzi o inne instytucje społeczne, np. sądy, to większość z publikowanych na temat legitymizacji studiów potwierdza trójczynnikową strukturę konstruktów (Tyler i Jackson, 2014). Pojawiają się również prace wskazujące na dwie dymensje legitymizacji (Levi i in., 2009). Jednak specyfika funkcjonowania każdej instytucji nie pozwala na przygotowanie jednej skali legitymizacji bez uwzględniania rodzaju instytucji, w której konstrukt jest mierzony. Stąd narzędzie LQ jest odrębną skalą przeznaczoną do pomiaru legitymizacji w służbie zdrowia i Tyler nie publikuje doniesień na temat jego struktury czynnikowej. Dotychczasowe dowody empiryczne wydają się sugerować, że LQ mierzy ogólny, jednoczynnikowy konstrukt legitymizacji w służbie zdrowia (Mentovich i Satyavada, 2013). Ta luka uruchamia potrzebę kontynuowania badań nad wymiarowością konstruktów legitymizacji instytucjonalnej oraz sprawdzenia, czy narzędzie LQ mierzy wyłącznie ogólną legitymizację, czy raczej jest ona, zgodnie z przewidywaniami teoretycznymi, metazmienną składającą się z wymiarów.

Legitymizację instytucjonalną można mierzyć na różnym poziomie: w instytucjach i wobec poszczególnych ról instytucjonalnych. Można również badać legitymizację określonych procesów instytucjonalnych (Blanco-González i in., 2017).

Propozycja Tylerowska pozwala zmierzyć legitymizację w kontekście określonego typu autorytetu medycznego. Wprowadzając perspektywę psychologiczną, rozszerza dotychczasowe propozycje formalnonormatywne o istotne elementy. Model Tylera pozwala na swoistą precyzję w określeniu legitymizacji. Tyler (2006) odróżnia ją np. od kluczowej w innych koncepcjach legitymizacji: moralności, wskazując na zasadnicze różnice między tymi pojęciami i podkreślając ich niekiedy zamienną rolę. Odwołuje się do modelu kontroli społecznej, w którym współpraca pomiędzy członkami społeczeństwa a instytucją opiera się na wykazywaniu kompetencji i uczciwości przedstawicieli instytucji. Tym samym legitymizacja w modelu Tylerowskim jest tak operacjonalizowana, że stanowi czynnik odrębny, chociaż spójny z innymi, istotnymi procesami wzmacniającymi zasadność funkcjonowania instytucji społecznych: sprawiedliwością proceduralną czy instytucjonalnym upodmiotowieniem (Tyler, 2021). Legitymizacja nie jest tu elementem sprawiedliwości proceduralnej, a raczej jej podstawą. Model Tylerowski jest zatem wartościowy, ponieważ pozwala ulokować zjawisko legitymizacji w szerszej koncepcji emergencji ładu społecznego.

Cele bieżących badań

Badania prezentowane w niniejszym artykule mają dwa cele badawcze:

- (1) zbadanie struktury czynnikowej legitymizacji polskiej służby zdrowia
- (2) przedstawienie polskiej adaptacji *Kwestionariusza legitymizacji* oraz jego wartości psychometrycznych, w tym trafności i rzetelności pomiaru.

Metoda

Osoby badane

Osoby, które uczestniczyły w badaniu, rekrutowano spośród pacjentów samodzielnych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych przychodni przyszpitalnych oraz pacjentów korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej na terenie całego kraju. W pomiarze walidacyjnym dokonano oceny legitymizacji instytucjonalnej na podstawie przebadania 508 osób. Cała grupa badawcza składała się z dwóch prób. Liczebność pierwszej próby wyniosła 210 osób, zaś drugiej – 298 osób. W badaniu uczestniczyły osoby pozostające w procesie leczenia własnego problemu zdrowotnego.

Metody statystyczne

Zastosowano pakiety statystyczne SPSS 26 i IBM SPSS AMOS 26. Wstępne analizy danych socjodemograficznych uczestników, eksploracyjna analiza czynnikowa (na pierwszej próbie, $n = 210$), analizy rzetelności i korelacji zostały

przeprowadzone za pomocą SPSS 26. Do analizy modeli CFA (na drugiej próbie, $n = 298$) wykorzystano pakiet AMOS 26.

Narzędzia pomiarowe

Kwestionariusz legitymizacji – proces adaptacji

Narzędzie LQ zostało przetłumaczone z języka angielskiego na polski przez specjalistę, niezależnego tłumacza bilingwistę, oraz równolegle uzyskano wersję tłumaczenia dokonaną przez psychologa posługującego się językiem angielskim.

Powstałe w ten sposób dwie wersje językowe zostały porównane, sprawdzone i skorygowane, co doprowadziło do ustalenia ostatecznego brzmienia pozycji testowych, z uwzględnieniem nie tylko ich poprawności językowej, lecz także równoważności semantycznej i funkcjonalnej z oryginałem. W efekcie otrzymano pierwszą wersję językową kwestionariusza.

Przygotowana w ten sposób wersja narzędzia została użyta w pomiarze na próbie 11 osób w celu dokonania bazowej oceny, czy instrukcja oraz pozycje kwestionariusza są zrozumiałe dla osób badanych. Przebadano 5 kobiet oraz 6 mężczyzn (w wieku 23–26 lat z wykształceniem średnim oraz wyższym). Po wykonanym badaniu osoby badane zapraszane były na rozmowę, podczas której mogły podzielić się odczuciami towarzyszącymi im w trakcie wypełniania narzędzia. Podczas rozmowy zapytano ich o to, czy instrukcja i pytania były jasne i zrozumiałe oraz czy któreś z pytań budziło jakieś wątpliwości lub sprawiało kłopot. Badani ocenili kwestionariusz jako zrozumiały i nie męczący przy wypełnianiu.

Po tym etapie weryfikacji skala została poddana procedurze retranslacji i kwestionariusz przetłumaczono zwrótnie na język angielski. Inny tłumacz dokonał retranslacji polskiej wersji na język oryginału. Wersja oryginalna i tłumaczenie zostały następnie porównane, a wszelkie niuanse językowe i różnice przedyskutowano, formułując pozycje testowe w polskiej wersji językowej kwestionariusza w sposób bardziej jednoznaczny. Poprawki, które naniesiono, dotyczyły niewielkiej liczby pojedynczych określeń. Tak opracowaną wersję skali potraktowano jako ostateczną, przeznaczoną do badań.

Walidowana wersja skali LQ ma jedną wersję, przeznaczoną dla pacjenta. Składa się z 14 twierdzeń, operacjonalizujących konstrukt legitymizacji, które badany ocenia na skali Likerta jako trafnie bądź nietrafnie opisujących jego doświadczenia w zakresie kontaktu ze służbą zdrowia. Kwestionariusz buduje 6 stwierdzeń pozytywnych i 8 negatywnych.

Dane demograficzne

Pomiar uzupełniono o rozbudowaną ankietę pozwalającą na kontrolę zmiennych demograficznych i zmiennych z kontekstu prowadzonego procesu leczenia. Narzędzie zawierało pytania o standardowe dane socjodemograficzne, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, jak również pytania o zmienne

istotne z punktu widzenia tematyki badania: rodzaj specjalności posiadanej przez lekarza (lekarz pierwszego kontaktu– rodzinny czy lekarz specjalista), długości czasu leczenia aktualnego problemu zdrowotnego oraz liczby odbytych wizyt u danego lekarza.

Procedura pomiarowa

Pomiar legitymizacji wykonywano bezpośrednio po wyjściu pacjenta z gabinetu lekarza. Przed przystąpieniem do pomiaru upewniano się w rozmowie, że badany był po doświadczeniu korzystania z porady lekarza, w trakcie której zasadnicze interakcje między nim a lekarzem pozwoliły mu wyrobić ocenę tego, jak jego problem zdrowotny jest leczony, jakie są wobec niego oczekiwania i zalecenia lekarskie.

Pacjenci oceniali legitymizację instytucjonalną w kontekście leczenia jednego, bieżącego problemu zdrowotnego oraz – w kontekście tego leczenia – doświadcząc kontaktu z jednym, wybranym przez siebie lekarzem.

Przed badaniem każda osoba była informowana o celu badania i proszona o wyrażenie na nie zgody. Po uzyskaniu takiej zgody badany wypełniał narzędzia.

W badaniu przeanalizowano dane zebrane w jednorazowym pomiarze. Badani nie otrzymywali wynagrodzenia za uczestniczenie w badaniu. Przeprowadzono je po uzyskaniu zgody dyrektorów placówek opieki zdrowotnej i szpitali, na obszarze których prowadzono badania.

Badanie zostało pozytywnie ocenione przez Komisję Etyki ds. Badań Naukowych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Numer decyzji dotyczącej oceny komisji: 209–2019/2020. Komisja ds. Etyki Badań Naukowych nie zgłosiła zastrzeżeń natury etycznej do przedstawionego projektu badania.

Wyniki

Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Uczestnicy pierwszego badania to 134 kobiety i 76 mężczyzn. Byli oni w wieku od 17 do 79 roku życia ($M = 42,37$; $SD = 15,49$), w większości mieli wykształcenie średnie (41%) lub wyższe (38,6%). Grupa uczestników była wyrównana pod względem miejsca zamieszkania: 30,5% osób zamieszkiwało wieś, 28,6% niewielkie miasteczka do 20 tys., a 41% duże miasta na terenie Polski. Tylko 27,1% osób w tej próbie badawczej uczestniczyło w badaniu, pozostając w procesie leczenia własnego problemu zdrowotnego u lekarza rodzinnego, pozostała grupa – 72,9% uczestniczyła w badaniu, pozostając w procesie leczenia własnego problemu zdrowotnego pod opieką lekarza specjalisty. W trakcie uczestniczenia w badaniu po pierwszej wizycie u lekarza było 20,5% badanych, po dwóch wizytach 25,2%, po trzech wizytach 17,1%, zaś po czterech i więcej było 37,2% osób. Badani leczyli swój aktualny problem zdrowotny odpowiednio: 16,7% przez ostatni

miesiąc, 21,9% od miesiąca do trzech miesięcy, 15,7% od 3 miesięcy do pół roku, 45,7% powyżej 6 miesięcy.

Uczestnicy drugiego badania to 184 kobiety i 114 mężczyzn. Byli oni w wieku od 18 do 85 roku życia ($M = 37,02$; $SD = 16$), w większości mieli wykształcenie średnie (41,6%) lub wyższe (49,3%). Grupa uczestników badania w 21,85% zamieszkiwała wieś, w 8,7% niewielkie miasteczka do 20 tys., a 69,5% osób mieszkało w dużych miastach na terenie Polski. W tej próbie badawczej 42,3% osób uczestniczyło w badaniu, pozostając w procesie leczenia własnego problemu zdrowotnego u lekarza rodzinnego, natomiast 57,7% pozostając w procesie leczenia własnego problemu zdrowotnego pod opieką lekarza specjalisty. W trakcie uczestniczenia w badaniu po pierwszej wizycie u lekarza było 26,5% badanych, po dwóch wizytach 18,1%, po trzech wizytach 11,4%, zaś po czterech i więcej było 44% osób. Badani leczyci swój aktualny problem zdrowotny odpowiednio: 21,1% przez ostatni miesiąc, 15,8% od miesiąca do trzech miesięcy, 11,7% od 3 miesięcy do pół roku, 51,1% powyżej 6 miesięcy.

Struktura czynnikowa LQ – trafność polskiej adaptacji skal LQ

Eksploracyjna analiza czynnikowa

Analizę struktury czynnikowej przeprowadzono w dwóch etapach. Skoro w literaturze przedmiotu często wskazuje się, że legitymizacja nie jest konstruktem jednorodnym (Burdziej, 2018), a sam Tyler mówi o jej trójwymiarowości (Tyler i Jackson, 2014), zdecydowano, że w pierwszym kroku zostanie przeprowadzona swobodna estymacja struktury czynnikowej legitymizacji. Macierz korelacji odpowiedzi otrzymanych z przebadania osób w pierwszej próbie poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej (EFA) przeprowadzonej metodą osi głównych (PAF). Zastosowano rotację ukośną Oblimin. Rozwiązań poszukiwano przy założeniu różnych wartości skośności czynników, czyli dla wartości parametru delta równiej od 0 do + 0.4. Nie zaproponowano żadnej wstępnej struktury komponentów legitymizacji i żadna taka struktura nie została narzucona.

Zdecydowano się na przyjęcie rozwiązania przy wartości parametru delta równej 0, gdzie zarówno standaryzowane wartości współrzędnych pozycji na odtworzonych wymiarach (w macierzy modelowej), jak i korelacje itemów z wymiarami (w macierzy strukturalnej) były wysokimi liczbami nieróżniącymi się znacznie w obydwu macierzach, tzn. odtwarzającymi ten sam porządek siły związku pozycji z czynnikami, a zatem dającymi możliwość zaakceptowania uzyskanego rozwiązania. Przy identyfikacji liczby czynników skorzystano z dwóch metod: głównej – metody Kaisera (przyjmującej liczbę czynników, dla których wartość własna jest większa niż 1) oraz metody Catella, opartej na wykresie osypiska, dzięki której potwierdzono to rozwiązanie.

Przetestowano założenia analizy czynnikowej. Uzyskane rozwiązanie EFA charakteryzowało się wysokim współczynnikiem adekwatności próby ($KMO = 0,88$). Wyznacznik macierzy korelacji osiągnął bardzo niską wartość: 0,001, co pozwalało uznać, że dane można poddać analizie czynnikowej. Test sferyczności Bartletta

osiągnął wartość 1552,76 i okazał się istotny statystycznie, więc macierz korelacji zawierała korelacje istotnie różne od zera. Osiągnięto umiarkowany, ale zdecydowanie akceptowalny procent całkowitej wariancji wyników (61,03% dla uzyskanego rozwiązania). W tabeli 1 przedstawiono współrzędne pozycji na czynnikach ukośnych dla legitymizacji w analizowanym rozwiązaniu. Wskazano wyłącznie wartości, które mogły być rozpatrywane jako istotnie budujące dany czynnik.

Tabela 1

Wartości ładunków czynnikowych pozycji kwestionariusza legitymizacji dla czterech czynników rozwiązania (n = 210)

Pozycja	Czynnik			
	1	2	3	4
LQ2	0,869			
LQ6	0,809			
LQ3	0,799			
LQ5	0,775			
LQ12	0,714			
LQ10		0,828		
LQ4		0,805		
LQ14		0,773		
LQ7			0,796	
LQ8			0,770	
LQ1			0,675	
LQ9				0,546

EFA zaproponowała rozwiązanie czteroczynnikowe. Czynnik 4 budowany był przez jeden item i dlatego od razu zdecydowano, że nie będzie on brany pod uwagę. Macierz czynnikowa uzyskana przy założeniu skośności czynników wykazała niewielkie rozdrobnienie czynników. Ładunki czynnikowe poszczególnych pozycji kwestionariusza, budujące interpretowalną strukturę czynników, osiągają wartości wysokie i umiarkowane.

Jak wspomniano, dokonując interpretacji rezultatów eksploracyjnej analizy czynnikowej, w zakresie liczby czynników, zastosowano kryterium wartości własnych Keisera, skorzystano z wykresu ospiska oraz uwzględniono, stosując najbardziej restrykcyjne kryterium wartości ładunków czynnikowych, ładunki czynnikowe z wartościami $>0,7$ lub bliskie $0,7$ (Aranowska, 2005). Zastosowano również kryterium merytorycznej interpretowalności czynników.

Metody identyfikujące czynniki wskazały na tę samą ich liczbę. Wartości własne powyżej 1 osiągnięto dla trzech czynników. Dla kolejnych czynników wynosiły: czynnik 1: 6,11, czynnik 2: 1,78, czynnik 3: 1,20. Uwzględniając wykres

osypiska, na czynniku 4 kończyła się stromizna, stąd do rozwiązania zaliczono trzy czynniki powyżej tego punktu.

Ostatecznie, uwzględniając wartości ładunków czynnikowych wysycających wymiary, wyodrębniło trzy czynniki w strukturze legitymizacji. Do rozwiązania zaproponowanego przez EFA weszło 11 z 14 pytań kwestionariusza LQ. Co istotne, ujawnionym skupiskom pozycji kwestionariusza wskazującym na odrębne wymiary legitymizacji można nadać znaczenie takie, jak wskazują Tyler i Jackson (2014).

I tak jako dające się odrębnie interpretować czynniki ujawniły się kolejno: pokrewieństwo normatywne (średnia ładunków czynnikowych wynosi 0,79, a czynnik tłumaczy 41% wariacji), obowiązek posłuszeństwa (średnia ładunków czynnikowych wynosi 0,80, a czynnik tłumaczy 10,4% wariacji) i zaufanie do instytucji (średnia ładunków czynnikowych wynosi 0,75, a czynnik tłumaczy 5,6 % wariacji). Pokrewieństwo normatywne² to żywione przez osobę poczucie, że przedstawiciele służby zdrowia, w tym przypadku lekarze, podzielają wartości i normy istotne dla społeczności, dla której pracują. Drugi czynnik, obowiązek posłuszeństwa³, to przekonanie, że wpływowi lekarza, który oddziałuje na pacjenta poprzez proces leczenia i wskazówki dawane w tym procesie, należy się podporządkować. Trzeci czynnik, zaufanie do instytucji⁴, to przekonanie, że przedstawiciele danej instytucji sami postępują w zgodzie z normami egzekwowanymi od innych.

Na koniec w tabeli 2 przedstawiono wartości korelacji między wygenerowanymi czynnikami.

Tabela 2

Macierz korelacji czynników ukośnych (n = 210)

Czynnik	1	2	3
1	1,00	0,447	0,394
2		1,00	0,400
3			1,00

Obserwując wartości czynników korelacji zamieszczone w tabeli 2, widać, że związki między wymiarami są na umiarkowanym, graniczącym z niskim, poziomie. Wymiary legitymizacji: pokrewieństwo normatywne, obowiązek posłuszeństwa, zaufanie do instytucji są ze sobą skorelowane, ale poziom tego skorelowania jest średni.

² Przykładowe itemy: „Lekarze chronią ludzi władzy, a nie przeciętnego Polaka”, „Są sprawy dotyczące lekarzy, które należy zmienić”.

³ Przykładowe itemy: „Lekarze są uprawnionymi autorytetami i ludzie powinni przestrzegać ich wytycznych”, „Najlepszym sposobem na utrzymanie zdrowia jest przestrzeganie zaleceń lekarzy”.

⁴ Przykładowe itemy: „Jestem przekonany, że lekarze dobrze wykonują swoją pracę”, „Lekarze są tak dokładni, jak powinni”.

Analizy czynnikowe prowadzono dalej, ponieważ w obecnej postaci zaproponowany model legitymizacji można było traktować jedynie jako eksploracyjny empiryczny model deskryptywny (Jonkisz, 1998; Szymańska, 2016). I jako taki mógł, chociaż nie musiał, mieć charakteru uniwersalnego. Nie można po pierwszej analizie przesądzać o pewności wnioskowania o strukturze legitymizacji. Model pochodzący z EFA wymagał dalszych dowodów na swoją stabilność strukturalną. Dowodów takich poszukiwano w kolejnych analizach z drugiego pomiaru kwestionariuszowego.

Konfirmacyjna analiza czynnikowa

W drugim etapie na wynikach otrzymanych przez osoby wchodzące w skład drugiej z badanych prób przeprowadzona została konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA). Rozpatrywano dwa modele. Pierwszy wskazywał, że wszystkie pozycje narzędzia tworzą jeden ogólny czynnik latentny legitymizacji. Chodziło o sprawdzenie, czy jednak rozwiązanie jednoczynnikowe nie jest możliwe i nie ujawni się w kolejnym pomiarze. Drugi model zakładał istnienie, zgodnie z omawianą propozycją teoretyczną Tylera i bieżącym rezultatem EFA, trójwymiarową strukturę legitymizacji: trzy czynniki latentne (pokrewieństwo normatywne, obowiązek posłuszeństwa i zaufanie do instytucji) i metazmienną legitymizacji instytucjonalnej. Rozpatrywane dwa modele, ze zmiennymi latentnymi oraz ich modelem pomiarowym, zilustrowano graficznie na rysunku 1 (s. 57).

Rezultaty analiz podsumowano w tabeli 3 zawierającej indeksy dopasowania dla dwóch rozpatrywanych modeli.

Tabela 3

Wskaźniki dopasowania dla dwóch modeli legitymizacji instytucjonalnej (n = 298)

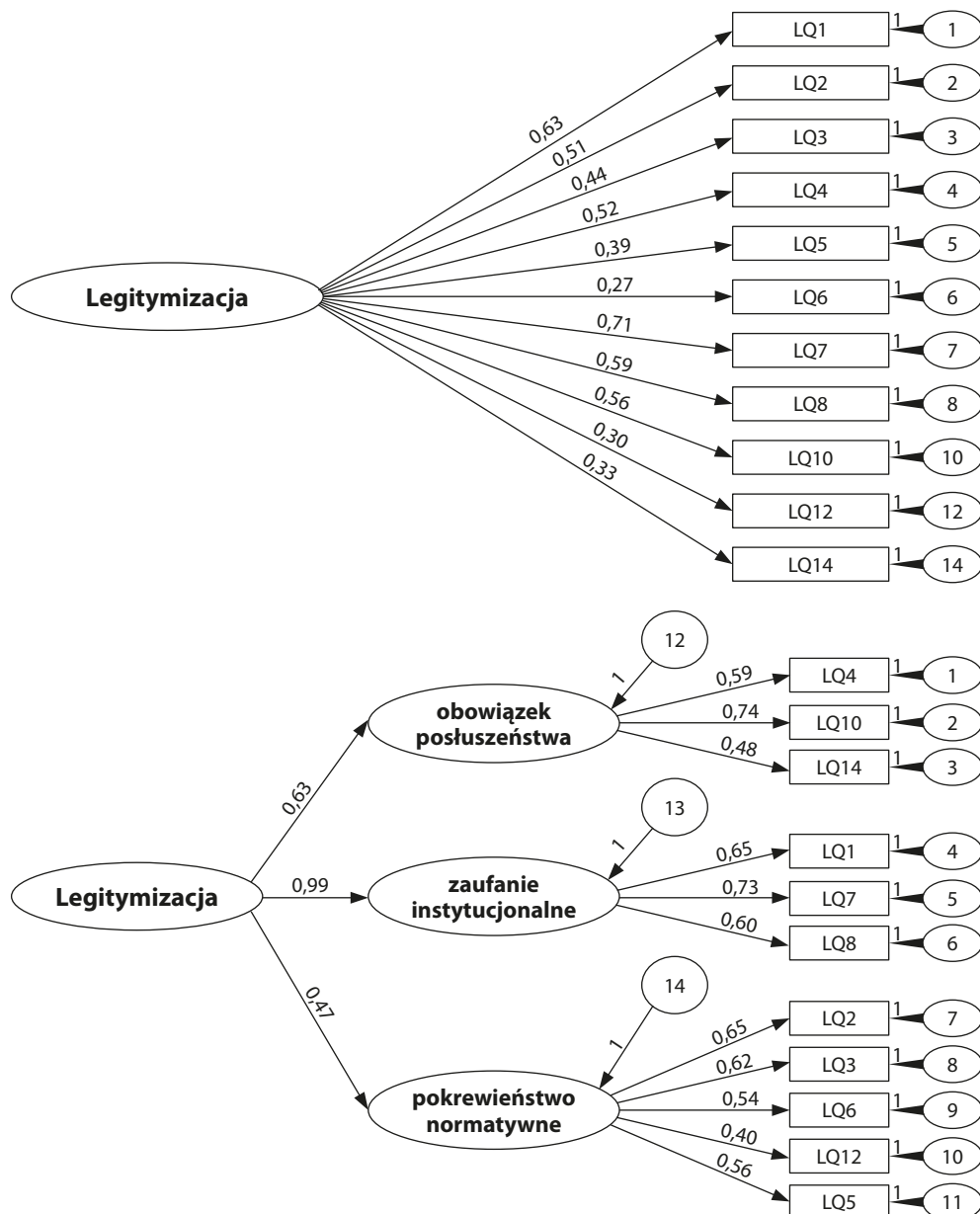
MODEL	χ^2	<i>df</i>	χ^2/df	RMSEA	RMSEA LO	RMSEA UP	CFI	TLI	ECVI	MECVI	M (λ)
Jednoczynnikowy	223,78	44	5,09*	0,117	0,102	0,133	0,73	0,66	0,90	0,91	0,48*
Trójczynnikowy	87,35	41	2,13*	0,062	0,044	0,080	0,93	0,91	0,46	0,47	0,60*

Adnotacja. χ^2 – statystyka χ^2 dopasowania modelu, *df* – liczba stopni swobody, χ^2/df – iloraz statystyki χ^2 i liczby stopni swobody, RMSEA – pierwiastek ze średniego kwadratu błędu aproksymacji, RMSEA LO – dolna granica wskaźnika RMSEA, RMSEA UP – górna granica wskaźnika RMSEA, CFI – wskaźnik względnego dopasowania, TLI – indeks Tuckera-Lewisa, ECVI i MECVI – kryteria informacyjne służące porównywaniu jakości modeli, M(λ) – średnia wartość ładunków czynnikowych współczynnika regresji.

* $p < 0,001$

Rysunek 1

Konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA) z wynikami analizy ścieżek (standardowe współczynniki λ)



Adnotacja. Model pierwszy – pierwotnie przyjmowany model jednowymiarowy, drugi – trójwymiarowy. LQ (z indeksem od 1 do 14) – kolejne pozycje kwestionariusza LQ (wskaźniki częściowe) operacjonalizujące poszczególne zmienne latentne lub operacjonalizujące bezpośrednio meta-zmienną legitymizacji.

Zgodnie z wytycznymi zespołu Cirasoli (2020), aby ocenić dopasowanie modelu, wykorzystano indeksy z różnych kategorii dla modeli analizowanych w CFA ($\chi^2/df < 2,5$; RMSEA = $<0,8$; CFI – wartości bliskie 0,9 lub ją przekraczające; TLI – wartości bliskie 0,95), uwzględniono i przeanalizowano wartości parametrów ścieżkowych i wariancji szacujących model oraz zastosowano kryteria informacyjne w postaci testów ECVI i MECVI. Za najlepszy uznaje się ten model, w przypadku którego wartości wspomnianych testów są najniższe.

Na podstawie wskaźników uzyskanych dla modelu jednoczynnikowego ($\chi^2/df = 5,09$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,117; CFI = 0,73; TLI = 0,66; ECVI = 0,90 i MECVI = 0,91) uznano, że nie uzyskano dopasowania jednoczynnikowej struktury legitymizacji z danymi empirycznymi. Model zakładający istnienie jednego ogólnego czynnika legitymizacji nie będzie rozpatrywany.

Model postulujący istnienie trzech wymiarów legitymizacji i konstruktów głównego, pierwotnie uzyskany z analiz EFA, na podstawie wskaźników pochodzących z analiz konfirmacyjnych został potwierdzony. Model charakteryzuje się bardzo dobrymi wartościami dopasowania, biorąc pod uwagę zdecydowaną większość wskaźników (RMSEA = 0,062; CFI = 0,93; TLI = 0,91). Zwłaszcza wartość najważniejszego estymatora dopasowania modelu RMSEA jest dobra. Wskaźniki informujące ECVI i MECVI uzyskują zaś lepsze wartości w modelu zakładającym strukturę trzech czynników.

Wartości ładunków czynnikowych (λ) określających siłę związku między poszczególnymi pozycjami kwestionariusza a zmiennymi latentnymi okazały się istotne statystycznie w każdej z rozpatrywanych zależności (pozycja–zmienna latentna) i tym samym wszystkie mogą podlegać interpretacji. Nie są to wartości wysokie, ale umiarkowane i akceptowalne. Średnia wartość ładunków czynnikowych współczynnika regresji dla pokrewieństwa normatywnego (λ od 0,650 do 0,404) wynosi $M\lambda = 0,554$, dla obowiązku posłuszeństwa (λ od 0,741 do 0,476) $M\lambda = 0,602$, zaś dla zaufania (λ od 0,735 do 0,603) $M\lambda = 0,662$. Współczynnik korelacji wielokrotnej R^2 wskazuje, że rozpatrywany model trzech czynników wyjaśnia średnio 44% wariancji.

Wyniki analiz konfirmacyjnych ostatecznie zadecydowały o przyjęciu trzech komponentów legitymizacji. Jest to zgodne z założeniami teoretycznymi twórców i badaczy konstruktów legitymizacji. Rezultaty tych analiz są również mocnym dowodem, ponieważ wspartym na dwóch niezależnych pomiarach oraz potwierdzonych w dwóch niezależnych rozbudowanych analizach czynnikowych, na trafność pomiaru narzędziem LQ w wymiarze teoretycznym. Dalsze analizy dotyczące innych wartości psychometrycznych będą przedstawione dla 11-itemowego kwestionariusza mierzącego wynik ogólny dla legitymizacji instytucjonalnej oraz dla trzech dymensji: pokrewieństwa normatywnego, obowiązku posłuszeństwa i zaufania instytucjonalnego.

Interkorelacje podskal LQ

Ważnych informacji o trafności narzędzia LQ dostarczyło sprawdzenie korelacji między jego podskalami. Tabela 4 (s. 59) zawiera współczynniki korelacji ρ Spearmana między podskalami.

Tabela 4*Macierz korelacji między podskalami w LQ*

PODSKALE	Pokrewieństwo normatywne	Obowiązek posłuszeństwa	Zaufanie instytucjonalne
Pokrewieństwo normatywne		0,178*	0,437*
Obowiązek posłuszeństwa			0,507*
Zaufanie instytucjonalne			

*Adnotacja. * $p < 0,001$*

Wyniki korelacji przedstawione w tabeli 4 wskazują, że podskale pozostają ze sobą w istotnej korelacji. Wartości korelacji są umiarkowane lub niskie. Z psychometrycznego punktu widzenia podskale charakteryzujące się ortogonalnością dają lepszą możliwość oszacowania legitymizacji. Umiarkowana niezależność podskal pozwala zakładać, że każdy wymiar legitymizacji ma wyjątkowy udział w całości rozpatrywanego konstrukt.

Rzetelność kwestionariusza LQ

Na podstawie danych zgromadzonych w drugim pomiarze ($n = 298$) policzono rzetelność narzędzia LQ. Wskaźniki rzetelności estymowano dla poszczególnych podskal oraz dla wyniku ogólnego legitymizacji. W celu uzyskania wielowymiarowej oceny rzetelności posłużono się kilkoma współczynnikami (Aranowska, 2005). Rzetelność estymowano współczynnikiem zgodności wewnętrznej α Cronbacha, indeksem rzetelności konstrukt CR Jöreskoga (kluczowy wskaźnik dla podskal uzyskanych z analiz CFA), współczynnikiem γ – Aranowskiej (korygujący indeks CR) oraz współczynnikiem korelacji wewnątrzklasowej ϱ^2 . W tabeli 5 podano wyniki analiz.

Tabela 5*Współczynniki rzetelności dla podskal i wyniku ogólnego narzędzia LQ ($n = 298$)*

Skala i podskale	α	CR	γ	ϱ_2
Pokrewieństwo normatywne	0,69	0,69	0,56	0,30
Obowiązek posłuszeństwa	0,62	0,64	0,60	0,36
Zaufanie instytucjonalne	0,70	0,70	0,66	0,43
Legitymizacja	0,77	0,86	0,60	0,23

Adnotacja. α – współczynnik zgodności wewnętrznej Cronbacha, CR – współczynnik konstrukt Jöreskoga, γ – współczynnik rzetelności Aranowskiej, ϱ_2 – współczynnik korelacji wewnątrzklasowej.

Przedstawione w tabeli 5 wartości estymatorów wskazują, że pomiar legitymizacji instytucjonalnej dokonany za pomocą narzędzia LQ charakteryzuje się umiarkowanie dobrą rzetelnością dla wyniku ogólnego i podskali zaufania instytucjonalnego. Jeśli chodzi o współczynnik zgodności wewnętrznej Cronbacha, to dwie pozostałe podskale: pokrewieństwa normatywnego i obowiązku posłuszeństwa uzyskały wartości granicznie akceptowalne lub nieco poniżej poziomu akceptowalności (akceptowalna wartość 0,7).

W celu sprawdzenia, czy podskale charakteryzują się stałą tendencją do używania niskich wartości rzetelności pomiaru, przeprowadzono dodatkową estymację rzetelności pomiaru dla wyniku ogólnego i podskal narzędzia LQ współczynnikiem zgodności wewnętrznej α Cronbacha. Wykorzystano do tego dane zgromadzone w pierwszym pomiarze ($n = 210$). Uzyskano następujące wartości α Cronbacha: Legitymizacja_{WYNIK_OGÓLNY} = 0,89, Pokrewieństwo normatywne = 0,89, Obowiązek posłuszeństwa = 0,85, Zaufanie instytucjonalne = 0,81. W przeprowadzonej estymacji uzyskano już zadowalające wartości rzetelności. Wynik wskazuje, że niska rzetelność podskal nie jest stałym ich atrybutem. Niemniej jednak w przyszłych badaniach empirycznych należy być bardzo ostrożnym w interpretowaniu i analizowaniu uzyskanych wartości na podstawie pomiaru kwestionariuszem LQ dla dwóch wskazanych wyżej wymiarów legitymizacji instytucjonalnej. Zaleca się również przeprowadzenie własnych analiz rzetelności z wykorzystaniem własnych danych. Nawiązując do pozostałych wyników z tabeli 5, należy też zauważyć, że bardziej restrykcyjne kryteria rzetelności, w postaci indeksów γ Aranowskiej i CR Jöreskoga, pozwalają wnioskować, iż pomiar skalą LQ jest rzetelny

Dyskusja

Chociaż zachowania sprzyjające zdrowiu człowieka, podobnie jak inne obszary jego funkcjonowania, nie są wolne od jakiegokolwiek regulacji instytucjonalnej, to jednak jest to przestrzeń najmniej uregulowana i tylko w niewielkim stopniu podlegająca zewnętrznej presji społecznej oraz regulacjom prawnym (Thüm i in., 2012). Zarządzający przestrzenią służby zdrowia, którzy zastosowali w jej obszarze rozwiązania represyjne, szybko przekonali się, że nie przynoszą one pożądanego rezultatu (Dietz i in., 2009). Ludzie stawiają niewiarygodnie silny opór i odczuwają niechęć do sankcjonowania ich za wybory dotyczące stylu życia (Parker i Nielsen, 2011; Puhl i Heuer, 2011). Zdrowie jednak jest zasobem kruchym a jego utrzymanie lub odzyskanie wymaga wsparcia instytucjonalnego (Tyler i in., 2013). Pojawia się zatem pytanie, jakimi środkami można motywować człowieka do podążania za rozwiązaniami sprzyjającymi zdrowiu a pochodzącymi wprost z zaleceń i wymagań instytucjonalnych, skoro interes własny jednostki nie jest wystarczającym do tego powodem (Tyler, 2021).

Czynnik legitymizacji zaproponowany przez Tylera sugeruje, że należy wyjść poza dotychczasowe tezy dotyczące emergencji ładu społecznego, a wskazujące na istnienie wyłącznie instrumentalnych czynników kształtujących ludzkie zachowania we wspomnianym wyżej zakresie. Legitymizacja instytucjonalna jako

czynnik motywujący ludzi do uznania rozwiązań instytucjonalnych za ich własne opiera się na założeniu, że ludzie dobrowolnie współpracują z instytucją i akceptują jej zalecenia z uwagi na prawomocność, jaką ta instytucja ma w ich oczach (Burdziej, 2018).

Głównym celem analiz przedstawionych w niniejszym artykule było sprawdzenie, czy legitymizacja instytucjonalna w kontekście służby zdrowia to konstrukt homogeniczny, jak wskazywały wyniki badań empirycznych (Tyler i in., 2013), czy – jak podkreśla się w literaturze przedmiotu (Burdziej, 2018; Tyler i Jackson, 2014) – jest to konstrukt wielowymiarowy. W badaniu uczestniczyły osoby pozostające w procesie leczenia własnego problemu zdrowotnego, mające aktualne doświadczenia interakcji z lekarzem, co z kolei maksymalizowało prawdopodobieństwo, że posiadają one ocenę tego, jak problem zdrowotny jest leczony i jakie są wobec nich oczekiwania oraz zalecenia lekarskie.

Wyniki tego studium empirycznego dały mocne podstawy do odrzucenia założenia o jednorodności konstrukt legitymizacji i pozwoliły na identyfikację trzech jego dymensji. Tylerowskie trzy wymiary: pokrewieństwo normatywne, obowiązek posłuszeństwa oraz zaufanie instytucjonalne uzyskały dobre dopasowanie do danych empirycznych. Jeśli zatem dotychczasowe ustalenia wskazują legitymizację jako istotny argument uznania przez jednostki proponowanych przez instytucje rozstrzygnięć i przychylności wobec wskazywanych rekomendacji lub podejmowanych decyzji, to z przedstawionych badań wynika, że motywację do uznania i akceptacji w służbie zdrowia organizują trzy elementy. Rozstrzygnięcie o prawomocności jest pochodną trzech ocen w zakresie: obowiązku podporządkowania i posłuszeństwa, zaufania żywionego wobec lekarzy i pokrewieństwa normatywnego. Co istotne, okazuje się, że największy udział w legitymizacji instytucjonalnej ma pokrewieństwo normatywne (wyniki EFA). Legitymizacja służby zdrowia zależy od tego, czy lekarze, którzy rozstrzygają w ważnych dla ludzi kwestiach zdrowotnych, mają zbieżne z nimi wartości i standardy moralne. Przekonanie, że władzy należy podporządkować się co do zasady oraz zaufanie do instytucji wnoszą ważny, chociaż nie tak duży jak wspomniane wyżej pokrewieństwo normatywne, udział do całościowej oceny legitymizacji (wyniki EFA). Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej wyeliminowały również niepewność dotyczącą tego, czy w populacji polskiej istnieją inne komponenty legitymizacji. Z kolei wyniki CFA pokazały odmienny udział poszczególnych czynników. To zaufanie do instytucji ma największy udział w legitymizacji. Wynik ten może wskazywać na istotność wymiaru relacyjności w kontakcie jednostka – przedstawiciele systemu służby zdrowia.

Ważnym celem badawczym było przedstawienie polskiej adaptacji *Kwestionariusza legitymizacji* oraz wykazanie dobroci pomiaru tą wersją narzędzia. Trafność teoretyczną pomiaru kwestionariuszem LQ oszacowano za pomocą dwóch analiz: eksploracyjnej analizy czynnikowej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej. Wyniki obu analiz czynnikowych były zbieżne z założeniami modelu teoretycznego opisującego strukturę legitymizacji instytucjonalnej. Trafność osiągnęła zadowalające oceny i została potwierdzona. Co należy podkreślić, dzięki dwóm separowanym próbom badawczym analizy eksploracyjnej określającej wstępną strukturę legitymizacji uzyskały, kluczowe dla rozważań o strukturze konstrukt, potwierdzenie w analizie konfirmacyjnej. Celem dalszych badań nad trafnością pomiaru kwestionariuszem LQ

powinno być określenie trafności kryterialnej, rozumianej jako zgodność wyników testowych z kryterium zewnętrznym. Takim zewnętrznym kryterium, wspomnianym w literaturze przedmiotu jako warunek legitymizacji, jest sprawiedliwość proceduralna (Levi i in., 2009; Murphy i in., 2009).

Wskaźniki spójności, szacowane interkorelacjami, dla trzech podskal były umiarkowane lub niskie, co wskazuje na niewielki stopień identyczności i niewielkie nachodzenie między sobą pozycji testowych operacjonalizujących kolejne wymiary legitymizacji. Z porównania podskal między sobą wynika, iż charakteryzują się one umiarkowaną heterogenicznością. Można zatem uznać, że w sporej części są one odrębne i szacują zasadniczo różne wymiary konstruktów głównych. Chcąc zatem precyzyjnie uchwycić zjawisko legitymizacji, należy równocześnie rozpatrywać wiele jej aspektów. Wykazana niezależność nie jest jednak na najwyższym poziomie i być może stanowi bardziej złożony problem, a to znaczy, że powinna być poddana analizie w dalszych badaniach empirycznych.

Rozbudowana analiza rzetelności kwestionariusza LQ, uwzględniająca nie tylko standardowe estymatory tego wymiaru dobroci pomiaru, finalnie wykazała, że współczynniki rzetelności wszystkich podskal i wyniku ogólnego osiągają dobre i, co istotne, akceptowalne wartości. Niektóre niskie wartości rzetelności pomiaru dla podskal uzyskane na początku nie potwierdziły się w kolejnej estymacji. W zakresie rzetelności pomiaru kwestionariuszem LQ bardziej pożądane byłoby jednak uzyskanie jeszcze wyższych wartości rozpatrywanych estymatorów w kolejnych rundach walidacyjnych.

Podsumowując, chociaż badania nad charakterystyką psychometryczną kwestionariusza LQ dopiero rozpoczęto w społeczeństwie polskim, zaś walidacja dotyczyła stosunkowo szeroko zdefiniowanej populacji i opierała się przede wszystkim na próbach niedobieranych w sposób losowy, to jednak argumenty statystyczne prezentowane w tym artykule wystarczają, by rekomendować narzędzie w dalszych badaniach empirycznych.

Ograniczenia obecnych badań

Należy wspomnieć o różnych ograniczeniach tego badania. Przyszłe badania wymagają zwiększenia wielkości próby, tak by analizy czynnikowe mogły uzyskać silniejsze wsparcie empiryczne. Należy estymować trafność pomiaru zróżnicowanymi sposobami. Trzeba uważniej dobierać próby pomiarowe, żeby uzyskać odpowiednie reprezentacje większości wartości ważnych zmiennych kontekstowych.

Bibliografia

- Aranowska, E. (2005). *Pomiar ilościowy w psychologii*. Scholar.
- Blanco-González, A., Prado-Román, C., Díez-Martín, F. (2017). Building a European legitimacy index. *American Behavioral Scientist*, 61(5), 509–525. <https://doi.org/10.1177/0002764217693282>

- Burdziej, S. (2018). *Sprawiedliwość i prawomocność*. Wydawnictwo Naukowe UMK.
- Burdziej, S., Guzik, K., Pilitowski, B. (2019). Fairness at trial: The impact of procedural justice and other experiential factors on criminal defendants' perceptions of court legitimacy in Poland. *Law & Social Inquiry*, 44(2), 359–390. <https://doi.org/10.1111/lsi.12358>
- Calton, J., Cattaneo, L. B. (2014). The effects of procedural and distributive justice on intimate partner violence victims' mental health and likelihood of future helpseeking. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 329–340. <https://doi.org/10.1037/h0099841>
- Cao, L., Graham, A. (2019). The measurement of legitimacy: a rush to judgment? *Asian Journal of Criminology*, 14(4), 291–299. <https://doi.org/10.1007/s11417-019-09297-w>
- Carroll, J. E., Smith, H., Hillier, S. (2008). When Will Older Patients Follow Doctors' Recommendations? *Journal of Applied Social Psychology*, 38(5), 1127–1146. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00342.x>
- Cialdini, R. B., Trost, M. R. (1998). Social influence: Social norms, conformity, and compliance. W: D. T. Gilbert, S. T. Fiske i G. Lindzey (red.), *The handbook of social psychology* (s. 151–192). McGraw-Hill.
- Cirasola, A., Midgley, N., Fonagy, P., Impact Consortium, Martin, P. (2020). The factor structure of the Working Alliance Inventory short form in youth psychotherapy: An empirical investigation. *Psychotherapy Research*, 31(4), 535–547. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1765041>
- Dietz, W. H., Benkin, D. E., Hunter, A. S. (2009). Public Health Law and the Prevention and Control of Obesity. *Milbank Quarterly*, 87(1), 215–227. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00553.x>
- Díez-Martín, F., Blanco-González, A., Díez-de-Castro, E. (2021). Measuring a scientifically multifaceted concept: The jungle of organizational legitimacy. *European Research on Management and Business Economics*, 27(1), artykuł 100131. <https://doi.org/10.1016/j.iedeen.2020.10.001>
- Díez-Martín, F., Blanco-González, A., Prado-Román, C. (2021). The intellectual structure of organizational legitimacy research: A co-citation analysis in business journals. *Review of Managerial Science*, 15(4), 1007–1043. <https://doi.org/10.1007/s11846-020-00380-6>
- Jackson, J., Gau, J. M. (2015). Carving up Concepts? Differentiating between Trust and Legitimacy in Public Attitudes towards Legal Authority. W: E. Shockley, T. Neal, L. Pytlik-Zillig i Brian Bornstein (red.), *Interdisciplinary Perspectives on Trust: Towards Theoretical and Methodological Integration*. Springer.
- Jackson, J., Pósch, K. (2019). New directions of research in fairness and legal authority: A focus on causal mechanisms. W: J. Jackson i K. Pósch (red.), *Social psychology and justice* (s. 181–212). Routledge.
- Jackson, J., Tyler, T. R., Bradford, B., Taylor, D., Shiner, D. (2010). Legitimacy and Procedural Justice in Prisons. *Prison Service Journal*, 191, 4–10.
- Jonkisz, A. (1998). *Ciągłość teoretycznych wytworów nauki. Ujęcie strukturalne*. Wydawnictwo UMCS.
- Levi, M., Sacks, A., Tyler, T. R. (2009). Conceptualizing Legitimacy, Measuring Legitimizing Beliefs. *American Behavioral Scientist*, 53(3), 354–375. <https://doi.org/10.1177/0002764209338797>

- Mentovich, A., Rhee, E., Tyler, T. R. (2014). My life for a voice: The influence of voice on health-care decisions. *Social Justice Research*, 27(1), 99–117. <https://doi.org/10.1007/s11211-014-0201-y>
- Miller, D. T. (1999). The norm of self-interest. *American Psychologist*, 54(12), 1053–1060.
- Murphy, K., Tyler, T. R., Curtis, A. (2009). Nurturing regulatory compliance: Is procedural justice effective when people question the legitimacy of the law? *Regulation & Governance*, 3, 1–26. <https://doi.org/10.1111/j.1748-5991.2009.01043.x>
- Parker, C., Nielsen, V. L. (2011). *Explaining Compliance: Business Responses to Regulation*. Cheltenham.
- Pérez-Arechaederra, D. (2019). The Psychology of Perceived Justice in Shared Health Care Decision Making. W: J. Jackson i K. Pósch (red.), *Social psychology and justice* (s. 284–294). Routledge.
- Prado-Roman, C., Diez-Martin, F., Blanco-Gonzalez, A. (2020). The effect of communication on the legitimacy and performance of organizations. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 22(3), 565–581. <https://doi.org/10.7819/rbgn.v22i3.4071>
- Prusiński, T. (2020). What Motivates People to Comply With the Law and Regard It as Legitimate in the Polish System of Justice? The Identification and Analysis of the Construct of Procedural Justice. *Polish Psychological Bulletin*, 51(2) 126–138. <https://doi.org/10.24425/ppb.2020.133770>
- Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2011). Public Opinion about Laws to Prohibit Weight Discrimination in the United States. *Obesity*, 19(1), 74–82. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.126>
- Rasinski, K., Tyler, T. R., Fridkin, K. (1985). Legitimacy and leadership endorsement: Mediating effects of personal and institutional legitimacy on leadership endorsement and system support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(2), 386–394.
- Schulhofer, S. J., Tyler, T. R., Huo, A. Z. (2011). American Policing at a Crossroads: Unsustainable. Policies and the Procedural Justice Alternative. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 101(2), 335–374
- Smith, J. (2001). Patients' Failure to Adhere to Prescriptions Accounts for 10% of Hospital Admissions. *Health Care Strategic Management*, 19(6), 10.
- Suddaby, R., Bitektine, A., Haack, P. (2017). Legitimacy. *Academy of Management Annals*, 11(1), 451–478. <https://doi.org/10.5465/annals.2015.0101>
- Sunshine, J., Tyler, T. R. (2003). The Role of Procedural Justice and Legitimacy in Shaping Public Support for Policing. *Law & Society Review*, 37(3), 513–548. <https://doi.org/10.1111/1540-5893.3703002>
- Szymańska, A. (2016). Założenia formalne modeli weryfikowanych przy pomocy układów równań strukturalnych. *Studia Psychologica*, 1(16), 5–25.
- Thüm, S., Janssen, C., Pfaff, H., Lefering, R., Neugebauer, E. A., Ommen, O. (2012). The association between psychosocial care by physicians and patients' trust: a retrospective analysis of severely injured patients in surgical intensive care units. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9, Doc04. <https://doi.org/10.3205/psm000082>
- Tyler, T. R. (2006). Psychological perspectives on legitimacy and legitimation. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 375–400. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190038>

-
- Tyler, T. R. (2007). Procedural Justice and the Courts. *Court Review*, 44(1/2), 26–31.
- Tyler, T. R. (2009). Legitimacy and Criminal Justice: The Benefits of Self-Regulation. *Ohio State Journal of Criminal Law*, 7, 307–359.
- Tyler, T. R. (2021). *Why people obey the law*. Princeton University Press.
- Tyler, T., Jackson, J. (2013). Future challenges in the study of legitimacy and criminal justice. *Yale Law School, Public Law Working Paper*, 264, 1–27. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2141322>
- Tyler, T. R., Jackson, J. (2014). Popular legitimacy and the exercise of legal authority: Motivating compliance, cooperation and engagement. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(1), 78–95. <https://doi.org/10.1037/a0034514>
- Tyler, T., Mentovich, A., Satyavada, S. (2013). What motivates adherence to medical recommendations? The procedural justice approach to gaining deference in the medical arena. *Regulation & Governance*, 8(3), 350–370. <https://doi.org/10.1111/rego.12043>