

Research Paper

Psychometric Properties of the Persian Version of the Family Empowerment Scale



*Gholamreza Rajabi¹, Zahra Zolmajd²

1. PhD in Psychology, Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2. MSc., Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.



Citation: Rajabi Gh, Zolmajd Z. [Psychometric Properties of the Persian Version of the Family Empowerment Scale (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018; 24(2):216-229. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.216>

doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.216>

Received: 18 Oct 2017

Accepted: 14 Mar 2018

ABSTRACT

Objectives The aim of the current research was to investigate the psychometric properties of the Persian version of the Family Empowerment Scale in families with children suffering from hyperactivity/attention deficit, autism spectrum and specific learning disorders.

Methods A total of 210 parents of exceptional children with the training settings from educational region 1 and 2 in Ahvaz city were selected using based-purpose and voluntary sampling method and responded to the Family Empowerment and Marital Satisfaction scales. The data were analyzed using exploratory factor analysis and statistical software SPSS-21.

Results The findings revealed that the scale consisted of three factors - empowerment with respect to family system, service system and social/politics system. The Cronbach's alpha coefficients obtained 0.94 for the whole scale and ranged from 0.91 to 0.93 for the three factors, test-retest reliability coefficient was 0.86 and showed the convergent validity coefficient of 0.31 ($P < 0.001$) between the current scale and the Marital Satisfaction Scale.

Conclusion According to the results from this scale it can be used as an appropriate tool for measuring the ability of the parents to give services to their children with hyperactivity/attention deficit, autism spectrum and specific learning in exceptional rehabilitation settings and for identifying and explaining antecedents and consequences of this type of disorders.

Key words:

Psychometric, Empowerment, Family, Hyperactivity/attention deficit, Autism spectrum, Specific Learning

Extended Abstract

1. Introduction

Family empowerment is increasingly seen as a central goal of efforts to improve services for the families where children have disabilities [1]. Empowerment is a general principle for promoting health and is relevant in all the areas of the community [2] and focuses on empowerment of family's abilities rather than deficiencies

[5]. The family empowerment concept has also taken advantages from the synergistic effect of various disciplines focusing on one idea at the same time. Empowerment has been described as both a process and a state, both an individual and collective characteristic, as well as an attitude, perception, ability, knowledge and action, and finally as a phenomenon that can be manifested in a range of circumstances and environments. Family empowering is the potential to alter the family structure. Gutierrez and Ortega introduced three measures to assess different aspects of empowerment among Latinos. Two focused on political em-

* Corresponding Author:

Gholamreza Rajabi, PhD

Address: Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Tel: +98 (16) 33331366

E-mail: rajabireza@scu.ac.ir

powerment, commitment and ethnic activism and the third on personal empowerment, conceptualized as a change strategy [7]. Staples asserted that, "In addition to transformations in consciousness, beliefs and attitudes, empowerment requires practical knowledge, solid information, real competencies, concrete skills, material resources, genuine opportunities and tangible results" [8].

The framework consisted of two dimensions: 1) The level of empowerment; and 2) The way that empowerment is expressed. Regarding the first dimension, empowerment can happen at three levels: 1) Family, i.e. the immediate situation at home that primarily involves the parent's management of day-to-day situations; 2) Service system, i.e., professionals and agencies that provide services to the parent's children that primarily involves the parent's active working with the service system to get needed services for their child; and 3) Community/political, i.e., legislative bodies, policy makers, agencies, and community members concerned with or influencing the services for children with emotional disorders and their families [8].

Regarding the second dimension, empowerment can be expressed in three ways: 1) Attitudes, i.e., what a parent feels and believes; 2) Knowledge, i.e., what a parent knows and can potentially do; and 3) Behavior, i.e., what a parent actually does. Each expression can occur within each dimension level. For example, empowerment with respect to the service system can be exhibited as an attitude, e.g. "Professionals should ask me about services I want for my child"; as knowledge, e.g. "I know what measures to be taken when I am concerned about receiving my child's poor services"; and as a behavior, e.g. "I inform professionals about my opinion on services being provided to my child." Thus, combining three categories with two dimensions results in nine possible combinations, displaying empowerment being experienced or expressed at each time [8].

Koren, DeChillo, and Friesen [8] first developed the Family Empowerment Scale. Few studies have been conducted to assess and measure the reliability and validity of this scale. Studies conducted by Singh, et al., [9]; Florian and Elad [10]; Pauline, et al. [11], Vuorenma, et al. [2], Wakimizu, et al. [12], Khalati, Nefei, and Soltani [13], and Kageyama, et al. [14] all indicated the reliability and validity of this scale. However, the aim of the current research was to investigate psychometric properties of the Persian version of the Family Empowerment Scale in families with children having hyperactivity, autism, and learning disorders.

2. Method

The present research is a psychometric and methodological study. A total of 210 parents among 470 families with children having hyperactivity/attention deficit, autism spectrum and specific learning disorders based on the inclusion criteria were taken for this study. The inclusion criteria are: the length of the marriage of parents between 1 and 15 years, the tendency to participate in the study, having a minimum age of 25 to 45 years, having no marital problems, not having mood and affective problems and not using the substances like drugs were selected by base-aimed and voluntary sampling method from the children's centers at the 1st and 2nd areas of education (Shakerin, Ehsan, Bahar Living, Tolo, Misagh, Nahal, Golshan, and Kosar) from January to May 2015-2016. To measure the family empowerment of Family Empowerment Scale the Korn and colleagues in 1992 [1] and to assess the convergent validity of this scale of the Marital Satisfaction Scale, the Rajabi was used [15].

3. Results

Most of the participants in this study were female parents (54.8%), having a diploma degree (32.9%) and had 2 children (41.4%). The mean and standard deviation of 30 items of the Family Empowerment Scale were 105.85 and 22.33. For factor analysis the Family Empowerment Scale was used as the first principle component analysis and then to determine the underlying factors for the test of Varimax rotation that is an orthogonal rotation method. The 3-factor model with factor loadings higher of 0.40 (based on the exact cutoff point of the 3 factors of the Screen test) gave the analysis that the percentage of variance explained the Family Empowerment Scale items by the removal of 4 items (3, 13, 26, 29) 53.15 was obtained. Finally, by removing these four items, a factor analysis was performed on 30 items of Family Empowerment Scale and the results obtained were Kaiser-Mayer-Olkin sampling test (KMO=0.94) and Bartlett's Test of Sphericity ($\chi^2=3807.24$), which explained 3-factor model 60% of variance of the scale items. In this factor analysis, the first factor of "empowerment with respect to the family system" has about 38.19%; the most share in explaining the variance of the above scale (items 2, 4, 7, 9, 16, 21, 27, 34, 31, 33). The second factor was labeled "empowerment with respect to the service system" with a loading of factor 13.08% (items 1, 5, 6, 11, 12, 18, 19, 23, 28, 30, 32). The third factor, empowerment with respect to the social/political system, was obtained with a variance of 8.72%.

The results of Cronbach's alpha coefficients for the whole scale were 0.94 and for the three factors extracted from the exploratory factor structure ranged from 0.91 to 0.93; the test-retest reliability coefficient of this scale on 92 subject

(with a 2-week interval) was 0.86 ($P < 0.001$); convergent validity coefficients between Family Empowerment Scale and Marital Satisfaction Scale was 0.31, The convergent validity coefficients among three factors of family empowerment scale (empowerment respect to family system, empowerment respect to system of services and empowerment with respect to social/political system) and marital satisfaction scale was from 0.22 to 0.27 ($P < 0.001$).

4. Discussion

The aim of this study was to investigate the psychometric properties of the Persian version of the Family Empowerment Scale in families with children suffering from hyperactivity, autism and learning disorders. The exploratory factor analysis of this scale showed three factors of empowerment with regard to the family system: empowerment with regard to service and empowerment system with regards to the social/political system, that this results in studies in consistence with Koren, et al. [1], Vuorenma, et al., [2] and Wakimizu, et al. [12].

The first factor with 10 items with the title empowerment in the family indicates that parents are equipped with child-rearing practices and the ability to manage problems in everyday situations, which has led parents to adopt new ways to grow their children. They feel good about parenthood with their parents' knowledge and awareness of their ability to solve problems etc. The second factor was with 11 items of empowerment related to the service system, with parents' knowledge and information in working with services for children with developmental disorders and specialists to provide services for their children, the parents' attitude to the need for their child's services approval and their opinions are as important as experts; communication with professionals to collaborate on their relation to child's services for more information on child disorder and parents' knowledge when dealing with child problems, decisions to problems, sharing your view with experts and getting ahead included to have their child's services better [1].

The third factor was with 9 items empowerment in relation to the social/political system's ability, which to take parental actions to defend or improve services for children and families, their attitude towards their effectiveness on services that felt helpful in relation to their child's problem, knowledge about their rights and their children in the educational system, encouraging executives or legislators to listen to their conversations [1]. Evidence showed that problem some of the families are worried about obtaining appropriate services for their children. It is necessary to provide solid information that the increase in one level of empowerment stimulates other levels, or in other words

whether empowering at one level would increase it at other levels or be separated from each other.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guideline

Parents of Autism Children were selected with complete consent, knowing what this research was and what they should answer.

Funding

This article was extracted from a MA thesis in Family Counseling with the permission of Shahid Chamran University's Research Deputy of Ahvaz.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We sincerely thank the cooperation of the management of the exceptional children's educational centers of Ahvaz and all the parents who provided the opportunity to do this research.

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس توانمندسازی خانواده

* غلامرضا رجیبی^۱، زهرا ذوالمجدد^۲

۱- دکترای روانشناسی، استاده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 ۲- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

حکده

تاریخ دریافت: ۲۶ مهر ۱۳۹۶
 تاریخ پذیرش: ۲۳ اسفند ۱۳۹۶

اهداف: هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس توانمندسازی خانواده در خانواده‌های با کودکان با اختلال‌های بیش‌فعالی/نقص توجه، طیف اوتیسم و یادگیری خاص بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه روان‌سنجی بود. ۲۱۰ والد از کودکان با اختلال‌های بیش‌فعالی/نقص توجه، طیف اوتیسم و یادگیری خاص از مراکز آموزش کودکان استثنایی نواحی ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر اهواز به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به مقیاس‌های توانمندسازی خانواده و رضایت زناشویی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و نرم‌افزار آماری SPSS-۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها مقیاس توانمندسازی خانواده (FES) شامل سه عامل توانمندسازی با توجه به سیستم خانوادگی، توانمندسازی با توجه به سیستم خدماتی و توانمندسازی با توجه به سیستم اجتماعی-سیاسی می‌شود (با حذف چهار ماده). ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ و برای سه عامل استخراج‌شده از ۰/۹۱ تا ۰/۹۳، ضریب بازآزمایی ۰/۸۶ (P < ۰/۰۰۱) و ضریب روایی همگرا بین مقیاس حاضر و مقیاس رضایت زناشویی ۰/۳۱ (P < ۰/۰۰۱) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده، از این مقیاس می‌توان به عنوان ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری توانایی‌های والدین برای ارائه خدمات به کودکان با اختلال‌های بیش‌فعالی/نقص توجه، طیف اوتیسم و یادگیری خاص در مراکز استثنایی و بازپروری استفاده کرد. همچنین می‌توان از آن در تبیین و شناسایی پیشایندها و پیامدهای ناشی از این نوع اختلال‌ها بهره برد.

کلیدواژه‌ها:

روان‌سنجی، توانمندسازی، خانواده، اوتیسم، بیش‌فعالی/نقص توجه، یادگیری خاص

مقدمه

توانمندسازی خانواده^۱ به طور فزاینده‌ای هدف اصلی در جهت تلاش‌هایی برای بهبود خدمات به خانواده‌هایی است که کودکان ناتوان دارند [۱]. توانمندسازی یکی از اصول کلی ترویج بهداشت است و به تمام حوزه‌های جامعه مربوط می‌شود [۲] که بر نیرومندسازی و توانایی‌های خانواده تمرکز می‌کند نه بر نقص‌ها [۳]. واژه Empower در فرهنگ واژگان آکسفورد «قدرتمند شدن»، «مجوز دادن»، «ارائه قدرت» و «توانا شدن» معنی شده است [۴]. تعریف توانمندسازی بیشتر بر کاربردپذیری خاص آن برای کودکان و خانواده تأکید می‌کند [۵]. توانمندسازی نوعی فرایند، حالت، ویژگی فردی و ویژگی جمعی و نوعی نگرش، ادراک، توانایی، دانش، عمل و پدیده‌ای که می‌تواند در دامنه‌ای از شرایط و محیط‌ها ظاهر شود، توصیف شده است. منظور از

توانمندسازی خانواده، ایجاد توانایی تغییر در ساختار خانواده است. نقش خانواده گاهی نقش گروهی است که تلاش می‌کند اعضایش را در موقعیت‌های مختلف زندگی به گونه‌ای شکل دهد که می‌خواهد باشد [۶].

تلاش‌های اندکی برای اندازه‌گیری توانمندسازی به صورت کمی انجام گرفته است. گاتیرز و ارتگا^۲ سه شاخص را برای اندازه‌گیری جنبه‌های متفاوت توانمندسازی میان اسپانیایی‌ها و فرانسوی‌ها تدوین کردند: ۱. توانمندسازی سیاسی؛ ۲. توانمندسازی تعهد و فعالیت اخلاقی؛ ۳. توانمندسازی شخصی. [۷]. چارچوبی که استاپلس^۳ در سال ۱۹۹۰ مطرح کرد، شامل دو بعد است: ۱. سطح توانمندسازی، ۲. روشی که توانمندسازی بیان می‌شود. با توجه به اولین بعد، توانمندسازی می‌تواند در سه سطح رخ

2. Gutierrez & Ortega

3. Staples

1. Family empowerment

* نویسنده مسئول:

دکتر غلامرضا رجیبی

نشانی: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه مشاوره.

تلفن: ۳۳۳۳۱۳۶۶ (۱۶) ۹۸+

پست الکترونیکی: rajabireza@scu.ac.ir

را ۰/۸۱ و بازآزمایی را ۰/۸۸ [۱۲]؛ خلوتی، نافی و سلطانی ضرایب در کل مقیاس را ۰/۹۱ و در خرده‌مقیاس‌های خانواده ۰/۸۳، سیستم خدماتی ۰/۸۸ و اجتماعی‌سیاسی را ۰/۶۳ [۱۳] و کاگیاما و همکاران^{۱۶} ضرایب خرده‌مقیاس‌های خانواده را ۰/۸۷، سیستم خدماتی را ۰/۸۶ و اجتماعی‌سیاسی را ۰/۸۹ [۱۴] گزارش کردند.

کورن و همکاران در مطالعه‌ای از نوع تحلیل عاملی اکتشافی روی مقیاس توانمندسازی خانواده سه عامل را شناسایی کردند: ۱. سیستم اجتماعی‌سیاسی؛ ماده‌های این عامل شامل اقدامات والدین برای دفاع یا بهبود خدمات برای کودکان و خانواده‌ها می‌شود. در اینجا ماده‌ها به تعامل والدین با قانون‌گذاران و مجریان آژانس‌ها، فراهم کردن کمک برای دیگر خانواده‌ها و داشتن باورهای قوی که می‌توانند بر بهبود خدمات تأثیر داشته باشند، مربوطند؛ ۲. سیستم خدماتی؛ ماده‌های این عامل توانمندسازی مربوط به سیستم خدماتی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل دانش و آگاهی والدین در کار با آژانس‌ها و متخصصان برای کسب خدمات برای کودکانشان و اعتماد به نفس در تصمیم‌ها و ظرفیت‌هایشان است؛ ۳. خانواده؛ این عامل بر توانمندسازی درون خانواده تمرکز دارد و بیشترین رابطه را با مقوله خانواده از چارچوب مفهومی دارد. ماده‌های این عامل بر این موضوعات تأکید می‌کنند: اعتماد و اطمینان به والدگری و توانایی اداره مشکلات، حق ذاتی والدین برای تصمیم‌گیری درباره کودکانشان و باوری که والدین دارند و کاری که انجام می‌دهند [۱].

ورنما^{۱۷} و همکاران در تحلیلی عاملی روی این مقیاس به سه عامل سیستم مرتبط با خانواده، سیستم خدماتی و اجتماعی دست یافتند و روایی همگرایی آن را با استفاده از همبستگی بین ماده‌ها با خرده‌مقیاس‌های خانواده از ۰/۷۸ تا ۰/۸۵، سیستم خدماتی از ۰/۵۹ تا ۰/۸۰ و اجتماعی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند [۲]. سینگ و همکاران در تحلیلی عاملی اکتشافی روی ۲۲۸ نفر از والدین دارای کودک مبتلا به اختلال عاطفی شدید به چهار عامل سیستم دفاعی^{۱۸}، دانش، شایستگی^{۱۹} و خودکارآمدی^{۲۰} دست یافتند [۹]. فلورین و الد روایی مقیاس توانمندسازی خانواده با مقیاس عزت نفس روزنبرگ^{۲۱} را ۰/۵۴ (P<۰/۰۰۱) گزارش کردند [۱۰].

خانواده‌هایی که یک یا چند عضو معلول دارند و خانواده‌های مهاجر و فقیر از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه هستند. اولین قدم مهم در فرایند توانمندسازی خانواده‌های دارای عضو معلول

دهد: الف) خانواده^۴، یعنی وضعیت فوری و بحرانی در خانه. این مؤلفه شامل مدیریت والدین از وضعیت‌های روزانه است؛ ب) سیستم خدماتی^۵، یعنی آژانس‌ها و متخصصانی که خدماتی را برای والدین کودکان تدارک می‌بینند که شامل مشارکت مستقیم و فعالانه والدین با سیستم‌های خدماتی و مردم‌نهاد است برای دستیابی به خدماتی که کودک او نیازمند است؛ ج) سیستم اجتماعی‌سیاسی^۶، یعنی بخش‌های قانون‌گذاری، آژانس‌ها، سازندگان و اعضای جامعه که در ارتباط با ارائه خدمات برای کودکان با اختلال‌های هیجانی و اعضای خانواده‌هایشان هستند [۸]. با توجه به دومین بعد، توانمندسازی می‌تواند دوباره به سه روش بیان شود: الف) نگرش^۷، آنچه که یک والد احساس و باور می‌کند؛ ب) دانش^۸، آنچه والد می‌داند و می‌تواند به طور بالقوه انجام دهد؛ ج) رفتارها^۹، آنچه که والد واقعاً انجام می‌دهد. هریک از این سه نوع بیانات می‌توانند در هر مقوله از سطح بعد رخ دهند. بنابراین ترکیب این سه مقوله در دو بعد به ۹ ترکیب اصلی می‌انجامد و بیانگر این است که تا چه اندازه توانمندسازی ممکن است در مقطع زمانی معینی تجربه یا بیان شود [۸].

از زمانی که اولین بار کورن، دیچیلو و فریسن^{۱۰} در سال ۱۹۹۲ مقیاس توانمندسازی خانواده را تدوین کردند، مطالعات اندکی درباره بررسی و اندازه‌گیری پایایی و روایی این مقیاس صورت گرفته است. کورن و همکاران ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خانواده، سیستم خدماتی و اجتماعی‌سیاسی را از ۰/۸۷ تا ۰/۸۸، ضرایب پایایی بازآزمایی (با فاصله ۳ تا ۴ هفته) را از ۰/۸۳ تا ۰/۸۵، ضرایب توافق بین ارزیابی‌کننده‌ها [ضریب کاپا] را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و ضریب کل را ۰/۷۷ [۱]؛ سینگ و همکاران^{۱۱} ضریب کل مقیاس را ۰/۹۳ و خرده‌مقیاس‌های سیستم حمایتی، دانش، شایستگی و خودکارآمدی را از ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ [۹]؛ فلورین و الد^{۱۲} ضریب کل مقیاس را ۰/۹۱ و در خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ [۱۰]؛ پائولین و همکاران^{۱۳} ضرایب خرده‌مقیاس‌های خانواده را ۰/۸۸، سیستم خدماتی را ۰/۸۷ و اجتماعی‌سیاسی را ۰/۸۸ [۱۱]؛ ورنما و همکاران^{۱۴} ضرایب خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ [۲]؛ واکیمیزو و همکاران^{۱۵} ضرایب خرده‌مقیاس‌های خانواده را ۰/۸۷، سیستم خدماتی را ۰/۸۶ و اجتماعی‌سیاسی

4. Family
5. Service
6. Community/political
7. Attitude
8. Knowledge
9. Behavior
10. Koren, DeChillo & Friesen
11. Singh
12. Florian & Elad
13. Pauline
14. Vuorenma et al.
15. Yoneyama, Iejima, & Miyamoto

16. Nakamura, Kobayashi, & Yokoyama
17. Vuorenma
18. Advocacy system
19. Competence
20. Self-efficacy
21. Rosenberg Self-Esteem Scale

ملاقات ضرورت و اهمیت این پژوهش و تمامی مسائل مربوط به رعایت اصول اخلاق پژوهش از جمله دادن زمان کافی به هر شرکت‌کننده برای تکمیل پرسش‌نامه که با توجه به حجم پرسش‌ها ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شده بود، توضیح‌های اضافه درباره سؤال‌های مقیاس‌ها در صورت نیاز، اجازه خروج از مطالعه، اطمینان از بی‌نام‌بودن مقیاس‌ها، تکمیل انفرادی پرسش‌نامه‌ها و اجازه باخبرشدن از نتایج پژوهش به آن‌ها گوشزد شد. ویژگی‌های جمعیتی گروه نمونه در جدول شماره ۱ آمده است.

برای اندازه‌گیری توانمندسازی خانواده از مقیاس توانمندسازی خانواده کورن و همکاران استفاده شد که در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است و شامل ۳۴ ماده و ۳ خرده‌مقیاس می‌شود: خانواده (۱۲ ماده)، سیستم‌های خدماتی (۱۲ ماده) و اجتماعی-سیاسی خدماتی (۱۰ ماده). ماده‌های این مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج رتبه‌ای شامل ۱=کاملاً غلط تا ۵=کاملاً صحیح، نمره‌گذاری می‌شوند و حداقل و حداکثر نمره‌های آن به ترتیب ۳۴ و ۱۷۰ است. نمره بین ۳۴ تا ۶۸ نشان‌دهنده توانمندی ضعیف خانواده، نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ نشان‌دهنده توانمندی متوسط و نمره بیشتر از ۱۰۲ نشان‌دهنده توانمندی قوی خانواده است [۱]. برای به‌دست‌آوردن نسخه فارسی از ترجمه-ترجمه وارون [۲] استفاده شد. بدین صورت که ابتدا ماده‌های جمع‌آوری شده این مقیاس به فارسی ترجمه شد و یکی از استادان زبان‌های خارجی دانشگاه شهید چمران آن را با متن اصلی نیز مقایسه کرد. در مرحله بعد یکی از استادان بخش زبان‌های خارجی متن ترجمه‌شده را دوباره به زبان اصلی برگرداند که بیشتر هماهنگی را با متن اصلی داشت. در آخر، متن دوباره به فارسی برگردانده شد که کمترین اختلاف ترجمه‌ای را با متن اولیه داشت و یکی از استادان روان‌شناس دانشگاهی از نظر محتوای ماده‌ها آن را ارزیابی کرد.

برای اندازه‌گیری روایی همگرا مقیاس توانمندسازی خانواده از مقیاس فرم کوتاه رضایت زناشویی [۳] محرابیان استفاده شد که در سال ۱۹۹۸ تهیه شده، ابزار اندازه‌گیری مربوط به بررسی جنبه‌های مختلف رضایت زناشویی است و ۱۳ ماده دارد. شرکت‌کنندگان پاسخ خود را به هر ماده در پیوستاری (۱=عدم توافق، ۲=توافق کم، ۳=توافق متوسط، ۴=توافق زیاد و ۵=توافق بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌کنند. ماده‌های ۳، ۴، ۶، ۸ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های این مقیاس می‌توانند بین ۱۳ تا ۶۵ متغیر باشند که نمره بالا بیانگر میزان زیاد رضایت زناشویی زوجین از یکدیگر است. در پژوهشی که ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ است، تحلیل عاملی نشان داد مقیاس رضایت زناشویی شامل دو عامل رضایت از ازدواج و نارضایتی از ازدواج است. همچنین ضریب روایی هم‌زمان این مقیاس با پرسش‌نامه

این است که متخصص تشخیص دهد والدین، شایستگی و درک کافی درباره نیازهای کودکانشان را دارند. در این راستا، نیاز به وجود ابزاری برای ارزیابی توانایی و نقطه‌قوت‌ها و ضعف‌های این خانواده‌ها برجسته‌تر می‌شود. دوم، همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، تنها یک ابزار برای سنجش و ارزیابی توانمندی این خانواده‌ها در خارج از کشور ساخته شده است و هنوز در ایران ابزاری برای این کار ساخته یا اعتباریابی نشده است. سوم، به طور معمول، در خدمات مرسوم برای کودکان دچار مشکلات روان‌شناختی، نقش والدین و شناسایی والدین به عنوان عامل اثرگذار بر مشکلات نادیده گرفته می‌شود، اما در حال حاضر مداخله برای توانمندسازی والدین و خانواده عامل مهمی در درمان کودکان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی شناخته می‌شود. با توجه به نکات ذکر شده، سه سؤال مطرح شد: ۱. مقیاس توانمندسازی خانواده از چند عامل تشکیل شده است؟ ۲. آیا مقیاس توانمندسازی خانواده پایایی مناسبی دارد؟ ۳. آیا مقیاس توانمندسازی خانواده روایی همگرای مناسبی دارد؟

روش

مطالعه حاضر روان‌سنجی از نوع مطالعات روش‌شناسی است. جامعه این پژوهش، شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم، بیش‌فعالی/نقص توجه (ADHD) و یادگیری خاص، استفاده‌کننده از مراکز آموزش کودکان استثنایی شاکرین، احسان، بهار زندگی، طلوع، میثاق، نهال و گلشن در ناحیه ۱ و مرکز کوثر در ناحیه ۲ آموزش و پرورش شهر اهواز بود. ارجاع این کودکان به این مراکز و تحصیل آن‌ها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی بوده است. ۲۱۰ والد از میان ۴۷۰ خانواده به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به صورت داوطلبانه بین دی‌ماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۶ و با اطلاع از اینکه این پژوهش برای چیست و باید به چه چیزهایی پاسخ بدهند، با رضایت کامل و شفاهی انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود این مطالعه عبارت بودند از: مدت ازدواج والدین بین ۱ تا ۱۵ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل بین ۲۵ تا ۴۵ سال، نداشتن اختلاف‌های زناشویی، نداشتن مشکلات خلقی و عاطفی و مصرف نکردن مواد مخدر. انتخاب ملاک‌های ورود ۲ تا ۴ مذکور بر اساس مصاحبه بالینی DSM-5 صورت گرفته است. ابتدا مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از دانشگاه کسب شد و به مراکز کودکان استثنایی نواحی ۱ و ۲ آموزش و پرورش شامل شاکرین، احسان، بهار زندگی، طلوع، میثاق، نهال، گلشن و کوثر مراجعه شد. پس از هماهنگی‌های لازم و با مراجعه به این مراکز، فهرستی از والدین کودکان دچار ناتوانی تهیه و با والدینشان تماس گرفته شد و درباره هدف پژوهش به آن‌ها توضیح مختصری داده شد. سپس ترتیبی اتخاذ شد که با والدین خانواده‌های این کودکان ملاقات صورت گیرد؛ طی این

22. Back translation

23. Marital Satisfaction Scale (MSS)

تحلیل آماری آن‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار خانواده‌ها در مقیاس توانمندسازی خانواده به ترتیب ۱۱۸/۷۷ و ۲۲/۵۲ است. بیشترین میانگین‌ها در ماده ۲۴ «می‌دانم حقوق والدین و فرزندان تحت قوانین آموزشی خاص کدامند.» ۳/۷۱ و در ماده ۱۵ «به خانواده‌های دیگر برای دریافت خدمات مورد نیازشان کمک می‌کنم.» ۳/۷۰ و کمترین میانگین‌ها در ماده‌های ۲۶ «هنگامی که در خانواده‌ام با مشکلاتی مواجه می‌شوم، از دیگران کمک می‌خواهم.» ۳/۱۴ و ماده ۱۳ «با متخصصانی که خدماتی را به فرزندم ارائه می‌دهند، تماس منظم برقرار می‌کنم.» ۳/۲۲ به دست آمد.

برای تحلیل عاملی مقیاس توانمندسازی خانواده در آغاز

رضایت زناشویی اینریچ^{۲۴} ۰/۸۳ گزارش شده است [۱۵].

تحلیل داده‌ها با استفاده از این روش‌ها انجام شد: ۱. تحلیل عامل اکتشافی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی)^{۲۵} برای شناسایی عامل‌های زیربنایی و با استفاده از دو شاخص کفایت نمونه‌گیری کایزر-مایر-الکین^{۲۶} و اندازه‌گیری کرویت بارتلت^{۲۷}؛ ۲. همسانی درونی مقیاس از طریق ضرایب پایایی آلفای کرونباخ^{۲۸} برای فعالیت‌های پژوهشی ۰/۸۰ و بیشتر و برای کارهای تشخیصی ۹۰ و بیشتر و بازآزمایی به فاصله دو هفته از طریق معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون برآورد شدند؛ ۳. برای بررسی ضریب روایی همگرا مقیاس حاضر از مقیاس رضایت زناشویی استفاده شد که

24. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

25. Principal components analysis

26. Kaiser-Meyer-Olkin

27. Bartlett's Test of Sphericity

28. Cronbach's α reliability

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

| متغیر | میانگین (انحراف معیار) | حداقل (حداکثر) | فراوانی (درصد فراوانی) |
|---------------|------------------------|----------------|------------------------|
| سن | ۳۵/۲۶(۴/۷۵) | ۲۳(۳۶) | - |
| مدت ازدواج | ۱۰/۲۶(۲/۷۵) | ۵(۲۳) | - |
| جنس | مرد | - | ۹۵(۴۵/۲) |
| | زن | - | ۱۱۵(۵۴/۸) |
| | جمع | - | ۲۱۰(۱۰۰) |
| میزان تحصیلات | زیر دیپلم | - | ۳۵(۱۶/۷) |
| | دیپلم | - | ۶۹(۳۲/۹) |
| | فوق دیپلم | - | ۴۵(۲۱/۴) |
| | لیسانس | - | ۵۱(۲۴/۳) |
| | فوق لیسانس | - | ۹(۴/۳) |
| | دکتری | - | ۱(۰/۵) |
| | جمع | - | ۲۱۰(۱۰۰) |
| تعداد فرزند | ۱ فرزند | - | ۷۵(۳۵/۷) |
| | ۲ فرزند | - | ۸۷(۴۱/۴) |
| | ۳ فرزند | - | ۳۸(۱۸/۱) |
| | ۴ فرزند | - | ۹(۴/۳) |
| | ۵ فرزند و بیشتر | - | ۱(۰/۵) |
| جمع | - | ۲۱۰(۱۰۰) | |
| نوع اختلال | طیف اوتیسم | - | ۵۴(۲۵/۷) |
| | بیش‌فعالی/نقص توجه | - | ۷۹(۳۷/۶) |
| | یادگیری خاص | - | ۷۷(۳۶/۷) |

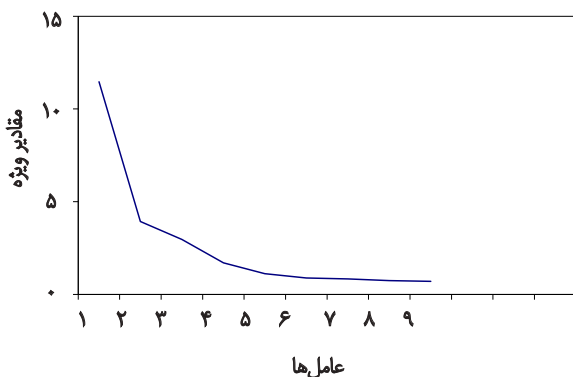
جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ماده‌های مقیاس توانمندسازی خانواده

| ماده‌ها | میانگین (انحراف معیار) | ماده‌ها | میانگین (انحراف معیار) | ماده‌ها | میانگین (انحراف معیار) | ماده‌ها | میانگین (انحراف معیار) | ماده‌ها | میانگین (انحراف معیار) |
|------------------------------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|
| ۱ | ۳/۴۴(۱/۱۱) | ۸ | ۳/۷۲(۱/۲۰) | ۱۵ | ۳/۷۸(۱/۲۸) | ۲۲ | ۳/۶۴(۱/۲۱) | ۲۹ | ۳/۲۸(۰/۹۵) |
| ۲ | ۳/۵۶(۱/۲۸) | ۹ | ۳/۵۳(۱/۲۵) | ۱۶ | ۳/۴۷(۱/۲۸) | ۲۳ | ۳/۴۴(۱/۱۴) | ۳۰ | ۳/۶۲(۱/۱۵) |
| ۳ | ۳/۲۸(۱/۰۴) | ۱۰ | ۳/۵۵(۱/۲۴) | ۱۷ | ۳/۶۳(۱/۲۲) | ۲۴ | ۳/۷۱(۱/۱۰) | ۳۱ | ۳/۲۲(۱/۲۶) |
| ۴ | ۴/۴۱(۱/۳۳) | ۱۱ | ۳/۳۷(۱/۱۷) | ۱۸ | ۳/۵۶(۱/۱۴) | ۲۵ | ۳/۶۸(۱/۱۵) | ۳۲ | ۳/۴۰(۱/۱۴) |
| ۵ | ۳/۲۹(۱/۲۷) | ۱۲ | ۳/۲۲(۱/۲۱) | ۱۹ | ۳/۳۵(۱/۱۸) | ۲۶ | ۳/۱۴(۱/۶۰) | ۳۳ | ۳/۳۶(۱/۲۹) |
| ۶ | ۳/۴۷(۱/۲۱) | ۱۳ | ۳/۶۰(۱/۰۳) | ۲۰ | ۳/۶۰(۱/۱۹) | ۲۷ | ۳/۴۲(۱/۰۶) | ۳۴ | ۳/۵۲(۱/۳۲) |
| ۷ | ۳/۴۶(۱/۲۶) | ۱۴ | ۳/۷۰(۱/۲۰) | ۲۱ | ۳/۴۵(۱/۳۱) | ۲۸ | ۳/۴۰(۱/۱۴) | - | - |
| مجموع میانگین (انحراف معیار) | | | | | ۱۱۸/۷۷(۲۲/۵۲) | | | | |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

ماده‌های مقیاس توانمندسازی خانواده با حذف چهار ماده شامل ۳، ۱۳، ۲۶ و ۲۹، برابر با ۵۳/۱۵ به دست آمد (تصویر شماره ۱). با حذف این چهار ماده، تحلیلی عاملی بر ۳۰ ماده مقیاس توانمندسازی خانواده انجام گرفت که آزمون‌های شاخص کفایت نمونه‌گیری کایزر-مایر-الکین (KMO=۰/۹۴) و اندازه‌گیری کرویت بارتلت ($\chi^2=۳۸۰۷/۲۴$) به دست آمد.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌کنید، تحلیل عاملی با حذف چهار ماده از مقیاس توانمندسازی خانواده با استفاده از چرخش متعامد به روش واریمکس و تعداد ثابت سه عامل ۶۰ درصد واریانس ماده‌های مقیاس تبیین کرد. در این تحلیل عاملی، عامل اول «توانمندی با توجه به سیستم خانواده» در حدود ۳۸/۱۹ درصد بیشترین مشارکت را در تبیین واریانس مقیاس مذکور بر عهده دارد (ماده‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۶، ۲۱، ۲۷، ۳۴، ۳۱، ۳۳). عامل دوم «توانمندسازی با توجه به سیستم خدماتی» نام‌گذاری شد با بار عاملی ۱۳/۰۸ درصد (ماده‌های ۱، ۵، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲) و عامل سوم «توانمندسازی با توجه به سیستم اجتماعی سیاسی» با واریانس



تصویر ۱. آزمون اسکری (صخره)

از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و سپس برای تعیین عوامل زیربنایی آزمون از چرخش واریمکس^{۲۹} استفاده شد که روش چرخش متعامد^{۳۰} است. در واقع، این روش به شیوه‌ای است که عوامل زیربنایی را به صورت مستقل نشان می‌دهد. شاخص کفایت نمونه‌گیری کیز-میر-الکین و آزمون کرویت بارتلت به ترتیب ۰/۹۲ و ۳۹۸۲/۷۵ ($P<۰/۰۰۱$) به دست آمد که نشان می‌دهد مفروضه‌های آماری عادی بودن چندمتغیری رعایت شده و اندازه نمونه برای تحلیل عاملی کافی با بارهای عاملی ۰/۴۰ و بیشتر مناسب است؛ ضمن اینکه بین ماده‌ها همبستگی درونی وجود ندارد و ماتریس همبستگی، ماتریس اتحاد است.

تحلیل ابتدایی نمودار اسکری^{۳۱} مدل پنج‌عاملی با مقادیر ویژه بیشتر از ۱ و واریانس کل ۶۱/۴۴ درصد را نشان داد. عامل‌های چهارم با ۲ ماده و پنجم با ۳ ماده استخراج شد که بر اساس دیدگاه کارشناسان روان‌سنجی که با تحلیل عاملی کار می‌کنند، از نظر تعداد ماده‌ها مدل مناسبی به حساب نمی‌آید. مدل چهارعاملی نیز با واریانس ۵۸/۱۷ درصد تحلیل شد که ماده‌های عامل چهارم این مدل با چهار ماده که از لحاظ محتوایی با یکدیگر بتوانند نام‌گذاری مشخصی داشته باشند، مشاهده نشد. مثلاً، ماده ۱۳ بر اساس محتوای آن که باید روی عامل اول قرار می‌گرفت، روی عامل چهارم قرار گرفت و به همین ترتیب سه ماده دیگر.

در نهایت، با توجه به تحلیل مدل‌های پنج و چهارعاملی که به طور دقیق و گویا عامل‌های مشخص و معینی را استخراج کنند، مدل سه‌عاملی با بارهای عاملی ۰/۴۰ و بیشتر بر اساس نقطه برش دقیق سه عاملی آزمون اسکری، تحلیل شد که درصد واریانس

29. Varimax rotation

30. Orthogonal

31. Scree test

جدول ۳. ماتریس ساختار سه‌عاملی چرخش یافته واریماکس مرتبه دوم مقیاس توانمندسازی خانواده

| ماده | بعد | | | ماده | عامل | | | ماده | بعد | | |
|------|----------|-------|------|------|----------|-------|------|------|-----|------|-----|
| | سطح | بیان | اول | | سوم | دوم | اول | | دوم | اول | دوم |
| ۱ | سیستم | نگرش | ۰/۶۰ | ۱۸ | سیستم | نگرش | ۰/۶۴ | - | - | - | |
| ۲ | خانوادگی | رفتار | - | ۱۹ | سیستم | رفتار | ۰/۷۳ | - | - | - | |
| ۳ | | حذف | | ۲۰ | اجتماعی | رفتار | - | - | - | ۰/۶۳ | |
| ۴ | خانوادگی | نگرش | ۰/۶۷ | ۲۱ | خانوادگی | نگرش | - | - | - | ۰/۸۶ | |
| ۵ | سیستم | دانش | ۰/۶۹ | ۲۲ | اجتماعی | دانش | - | - | - | ۰/۶۶ | |
| ۶ | سیستم | رفتار | ۰/۷۰ | ۲۳ | سیستم | دانش | - | - | - | ۰/۷۰ | |
| ۷ | خانوادگی | دانش | - | ۲۴ | اجتماعی | دانش | - | - | - | ۰/۶۸ | |
| ۸ | اجتماعی | رفتار | - | ۲۵ | اجتماعی | نگرش | - | - | - | ۰/۶۸ | |
| ۹ | خانوادگی | نگرش | ۰/۷۷ | ۲۶ | | حذف | - | - | - | | |
| ۱۰ | اجتماعی | دانش | - | ۲۷ | خانوادگی | رفتار | - | - | - | ۰/۶۵ | |
| ۱۱ | اجتماعی | دانش | ۰/۷۱ | ۲۸ | سیستم | رفتار | - | - | - | ۰/۶۳ | |
| ۱۲ | سیستم | دانش | ۰/۶۱ | ۲۹ | | حذف | - | - | - | | |
| ۱۳ | | حذف | | ۳۰ | سیستم | دانش | - | - | - | ۰/۶۹ | |
| ۱۴ | اجتماعی | دانش | - | ۳۱ | خانوادگی | رفتار | - | - | - | ۰/۶۲ | |
| ۱۵ | اجتماعی | رفتار | - | ۳۲ | سیستم | نگرش | - | - | - | | |
| ۱۶ | خانوادگی | دانش | ۰/۷۴ | ۳۳ | خانوادگی | دانش | - | - | - | ۰/۶۸ | |
| ۱۷ | اجتماعی | نگرش | - | ۳۴ | خانوادگی | نگرش | - | - | - | ۰/۶۳ | |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

توانمندسازی خانواده ۱۰۵/۸۵ و ۲۲/۳۳ به دست آمد.

بحث

هدف این پژوهش، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس توانمندسازی خانواده در خانواده‌هایی با کودکان دارای اختلال‌هایی همچون بیش‌فعالی/نقص توجه، اوتیسم و یادگیری بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نسخه فارسی مقیاس توانمندسازی خانواده سه عامل توانمندی با توجه به سیستم خانواده، توانمندی با توجه به سیستم خدماتی و توانمندی با توجه به سیستم اجتماعی-سیاسی نشان داد این نتایج با پژوهش‌های کورن و همکاران [۱]، ورنما و همکاران [۲]، کایاما و همکاران [۱۴] و واکیمیزو و همکاران [۱۲] همسو است. عامل اول با ۱۰ ماده با عنوان توانمندسازی در خانواده، بیانگر این است که والدین به شیوه‌های فرزندپروری آشنا هستند و توانایی اداره مشکلات در موقعیت‌های روزمره را دارند که این عامل نگرش والدین را در به کارگیری شیوه‌های جدید برای رشد و پیشرفت فرزند خود،

۸/۷۲ درصد بود (ماده‌های ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵). بارهای عاملی ماده‌ها روی سه عامل استخراج شده در جدول شماره ۳ آمده است. شایان ذکر است ماده‌های این مقیاس در بعد سطح (خانوادگی، خدماتی و اجتماعی-سیاسی) و بیان (نگرش، دانش و رفتار) دسته‌بندی شده‌اند.

نتایج ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴، برای سه عامل به دست آمده از ساختار عاملی اکتشافی از ۰/۹۱ تا ۰/۹۳؛ ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس روی ۹۲ نفر با فاصله دو هفته، ۰/۸۶ (P>۰/۰۰۱)؛ ضرایب روابی همگرا بین مقیاس توانمندسازی خانواده و مقیاس رضایت زناشویی ۰/۳۱ و ضرایب روابی همگرا بین عامل‌های سه‌گانه مقیاس توانمندسازی خانواده (توانمندی با توجه به سیستم خانوادگی، توانمندسازی با توجه به سیستم خدماتی و توانمندسازی با توجه به سیستم اجتماعی-سیاسی) و مقیاس رضایت زناشویی از ۰/۲۲ تا ۰/۲۷ (P<۰/۰۰۱) معنادار به دست آمد. همچنین میانگین و انحراف معیار ۳۰ ماده مقیاس

والدین در هر سه سطح توانمندسازی است. شواهد نشان می‌دهد مشکل برخی از خانواده‌ها نگرانی در به‌دست‌آوردن خدمات مناسب برای فرزندشان است. نیاز است اطلاعات محکمی مبنی بر اینکه افزایش در یک سطح توانمندسازی باعث تحریک در دیگر سطوح می‌شود یا به عبارت دیگر آیا توانمندسازی در یک سطح به افزایش آن در سطوح دیگر منجر می‌شود یا این سطوح مجزا از هم هستند، گردآوری شود.

همکاری بیشتر با سیستم خدماتی با توانمندی زیاد در ارتباط است. با این حال، خدمات ضعیف‌تر باعث جست‌وجوی بیشتر والدین برای خدمات بهتر بود. نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از کاربرد این مقیاس برای ارزیابی اثربخشی مداخلات یا برنامه‌هایی است که برای افزایش توانمندسازی والدین یا دیگر مراقبان خانواده طراحی شده است. استفاده از توانمندسازی خانواده باید به طراحان برنامه‌ها کمک کند تا با وضوح بیشتری مشخص کنند کدام جنبه از برنامه‌های خود به معنای ترویج توانمندسازی در سطوح خانواده، سیستم خدماتی و اجتماعی سیاسی است. مفاهیم مربوط به توانمندسازی به طور فزاینده‌ای نقش مهمی در شکل‌دادن خدمات برای خانواده‌هایی بازی می‌کند که فرزندان دارای اختلال دارند. با توجه به اینکه والدین کودکان مبتلا به اختلال‌هایی همچون بیش‌فعال و درخودمانده از کاهش کیفیت زندگی رنج می‌برند و از طرفی این کودکان به علت نیاز به مراقبت و کنترل سلامتی‌شان به والدین وابسته هستند و کیفیت مراقبتی که آن‌ها دریافت می‌کنند تحت تأثیر بهزیستی و احساس خوب بودن والدین قرار دارد، بنابراین مهم است که مراقبان سلامت به ویژه افرادی که با والدین و این کودکان کار می‌کنند، به این دو قشر توجه کافی داشته باشند.

مقیاس توانمندسازی خانواده و سه خرده‌مقیاس آن پایایی مناسب و رضایت‌بخشی داشت. ضرایب سه عامل و کل مقیاس بیشتر از ۰/۹۰ بودند که این‌ها بیانگر همگونی و تجانس ماده‌های مقیاس هستند و از سازه واحدی خبر می‌دهند. ضریب بازآزمایی مقیاس هم در دو نوبت معنادار بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های کورن و همکاران، خلوتی و همکاران، کاگیاما و همکاران، ورنما و همکاران، فلورین و آلد، سینگ و همکاران، پائولین و همکاران و اکیمیزو و همکاران که ضرایب پایایی را مطلوب و رضایت‌بخش گزارش کردند، همسو است [۱۴-۹، ۲۰، ۱]. ضرایب پایایی به‌دست‌آمده در این پژوهش حتی بیشتر از ضرایب تحقیقات ذکر شده‌اند و این نشان‌دهنده این است که این مقیاس کفایت و همسانی درونی یکنواخت و مناسبی دارد. به عبارت دیگر، این نتایج حاکی از دقت زیاد به دلیل عوامل مربوط به آزمون‌شونده، عوامل مربوط به آزمون و شرایط برگزاری و همچنین عوامل مرتبط با این ابزار در اندازه‌گیری است.

بین مقیاس توانمندسازی خانواده و خرده‌مقیاس‌های آن با مقیاس رضایت‌ناشویی همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد.

احساس خوب به والد بودن، دانش و آگاهی والدین از توانایی‌شان در حل‌وفصل مشکلات، توانایی کسب اطلاعات جدید برای درک بهتر اختلال فرزند، آگاهی از اختلال کودک و رفتار هدفمند و عاقلانه والدین هنگام برخورد با مشکلاتی که در خصوص با اختلال فرزندشان به وجود می‌آید، می‌آزماید.

نتایج این پژوهش با یافته کورن و همکاران که در پژوهش خود عامل سوم را با عنوان توانمندسازی با توجه به سیستم خانواده معرفی کردند و شامل برداشت والدین از شایستگی و صلاحیت و اعتمادبه‌نفس در توانایی‌شان برای کمک به رشد و پیشرفت کودک است و همچنین با یافته‌های سینگ و همکاران که به عامل «شایستگی و صلاحیت» دست یافتند، همسو است [۹، ۲۰، ۱]. عامل دوم با ۱۱ ماده شامل مؤلفه‌های دانش و اطلاعات والدین در کار با مراکز خدمات کودکان با اختلال رشدی، ارتباط و همکاری با متخصصان برای کسب خدمات مورد نیاز برای اختلال فرزندانشان و دانش و آگاهی والدین هنگام برخورد با مشکلات مربوط به فرزند است. نتایج این پژوهش با یافته کورن و همکاران، ورنما و همکاران و سینگ و همکاران که در عامل دوم یافته‌هایشان با عنوان «توانمندسازی با توجه به سیستم خدماتی» که شامل آگاهی و دانش والدین از سیستم خدمات، اعتمادبه‌نفس آن‌ها در تصمیم‌ها و ظرفیتشان در اختلال فرزند خود است و میزان توانایی والدین در همکاری با سیستم خدماتی را نشان می‌دهد، همسو است [۹، ۲۰، ۱]. عامل سوم با ۹ ماده با عنوان توانمندی با توجه به سیستم اجتماعی سیاسی بود که این موارد را ارزیابی می‌کرد: اقدامات والدین برای دفاع یا بهبود خدمات برای کودکان و خانواده، نگرش آن‌ها به مؤثر بودن خودشان بر خدمات که احساس مفید بودن درباره مشکل فرزند خود به آن‌ها را دست می‌دهد، آگاهی و دانش از حقوق خود و فرزندشان در نظام آموزشی، ترغیب مدیران اجرایی یا قانون‌گذار مبنی بر اینکه به صحبت‌هایشان گوش کنند، داشتن ایده درباره نظام ارائه خدمات که والدین بر اساس تجارب خودشان درباره فرزند دارای اختلال می‌توانند کارآمدترین ایده‌ها را در اختیار کارشناسان قرار دهند، ترغیب مدیران به همکاری در برنامه‌های مورد نیاز فرزند خود، ارتباط با دیگر مؤسسات و مراکز دولتی و کمک به خانواده‌های دیگر که نشان‌دهنده دفاع والدین از خدمات بهتر برای کودک دچار ناتوانی است. نتایج این عامل با عامل سوم کورن و همکاران و سینگ و همکاران با عنوان توانمندسازی با توجه به سیستم اجتماعی سیاسی مؤلفه‌ای که اقدامات والدین برای دفاع یا بهبود خدمات برای کودکان را می‌سنجد، همسو است (جدول شماره ۳) [۹، ۱].

نمره‌های بیشتر در هر خرده‌مقیاس منعکس‌کننده سطوح بالاتری از توانمندسازی است. مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و همکاری بیشتر با سیستم خدماتی نشان‌دهنده توانمندی زیاد

برگرفته از پایان کارشناسی ارشد مشاوره خانواده زهرا ذوالمجد با مجوز معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز است.

بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منابع وجود نداشته است.

توانمندسازی خانواده به طور کلی به معنای نقطه‌قوت‌ها و کارآمدی خانواده در مقابله با مشکلات است و از آنجا که رضایت زناشویی هم به همین شکل سازه مثبتی است که حاکی از رضایت زوجین از کیفیت ارتباطاتشان در برخورد با مسائل روزمره است، در نتیجه توانمندی زیاد خانواده‌ها با افزایش رضایت زوجین همراه است. به دلیل ارتباط این دو متغیر نیز می‌توان گفت رضایت زیاد زوجین هم از توانمندی زیاد خانواده خبر می‌دهد. این یافته‌ها با تحقیقات ورنما و همکاران که نشان دادند بین ماده‌های این مقیاس با خرده‌مقیاس‌های خانواده، سیستم خدماتی و اجتماعی سیاسی [۲]، فلورین و والد که نشان دادند بین مقیاس توانمندسازی خانواده با مقیاس عزت نفس روزنبرگ [۱۰]، سینگ و همکاران [۹]، کاگیاما و همکاران [۱۴] و کورن و همکاران [۱] که دریافتند بین خرده‌مقیاس‌های توانمندسازی خانواده همبستگی وجود دارد، هماهنگ است. مفهوم روایی بیانگر این مطلب است که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد خصیصه مد نظر را می‌سنجد.

نتیجه‌گیری

بنابراین بر اساس نتایج می‌توان از این مقیاس به عنوان ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری توانمندسازی والدین دارای کودکان با اختلال‌هایی مانند بیش‌فعالی/نقص توجه، اوتیسم و یادگیری استفاده کرد. اجرای اصولی توانمندسازی خانواده با تأکید بر اعضای خانواده می‌تواند به ارتقای دانش، خودکارآمدی و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود. شاید بتوان از این مدل استخراج‌شده برای والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های دیگر استفاده کرد. در تبیین نتایج ذکر شده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که با توجه به رشد روزافزون تعداد خانواده‌های دارای اختلال‌های رشدی و بروز چنین مشکلاتی در میان آن‌ها نیاز به وجود ابزاری برای سنجش و شناسایی این اختلال‌ها در جامعه لازم و ضروری به نظر می‌آید. در همین راستا، مقیاس توانمندسازی خانواده بررسی شد و با دارابودن پایایی و روایی مناسب در ماده‌های آن مشخص شد که کفایت مورد نیاز برای استفاده در پژوهش را دارد.

این پژوهش تنها به قشر خاصی از جامعه، یعنی والدین کودکان با اختلال بیش‌فعال، اوتیسم و یادگیری خاص شهر اهواز محدود بود و تعمیم آن به دیگر جامعه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در مانگرانی که با این نوع خانواده‌ها کار می‌کنند، مدلی از پیشایندها، پیامدها و متغیرهای میانجی را طراحی کنند. در تحقیقات بعدی، توصیه می‌شود مدل سه‌عاملی استخراج‌شده در جامعه دیگر بر اساس مدل تحلیل عاملی تأییدی بررسی شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری مدیریت مراکز آموزش کودکان استثنایی شهر اهواز و تمامی والدین کودکان که امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. این مقاله

References

- [1] Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ. Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*. 1992; 37(4):305-21. [DOI:10.1037//0090-5550.37.4.305]
- [2] Vuorenma M, Halme N, Astedt-Kurki P, Kaunonen M, Perala M. Validity and reliability of the personnel version of the Family Empowerment Scale (FES) for the social, health and educational services in Finland. *Journal Advance Nurses*. 2014; 70(4):927-36. [DOI:10.1111/jan.12242]
- [3] Poertner J, Ronnau J. A strengths approach to children with emotional disabilities. In: Saleebey D, editor. *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. New York: Longman; 1992. [PMID]
- [4] Harrison T, Waite K, Hunter GL. The internet, information and empowerment, *European Journal Marketing*. 2006; 40(10):972-93. [DOI:10.1108/03090560610680961]
- [5] Dunst CJ, Paget KD. Parent-professional partnerships and family empowerment. In: Fine MJ, editor. *Collaboration With Parents of Exceptional Children*. Brandon: Clinical Psychology Publishing; 1991.
- [6] Sampsel D, McNichols S, Kordash RD, Bonitati D. Information for integration. A senior services program spurs development of a multi-hospital integrated network. *Health Progress*. 1994; 75(7):40-3. [PMID]
- [7] Gutierrez L, Ortega R. Developing methods to empower Latinos: The importance of groups. *Social Work Groups*. 1991; 14(2):23-43. [DOI:10.1300/J009v14n02_03]
- [8] Staples LH. Powerful ideas about empowerment. *Administration Social Work*. 1990; 14(2):29-42. [DOI:10.1300/J147v14n02_03]
- [9] Singh NN, Curtis WJ, Ellis CR, Nicholson MW, Villani TM, Wechsler HA. Psychometric analysis of the Family Empowerment Scale. *Journal of Emotional Behavioral Disorders*. 1995; 3(2):85-91. [DOI:10.1177/106342669500300203]
- [10] Florian V, Elad D. The impact of mothers' sense of empowerment on the metabolic control of their children with juvenile diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 1998; 23(4):239-47. [DOI:10.1093/jpepsy/23.4.239]
- [11] Pauline J, Jean M, Kruzich B, Friesen J, Robinson A. Family perceptions of participation in educational planning for children receiving mental health services. *School of Social Work Journal*. 2007; 32(1):75-92.
- [12] Wakimizu R, Fujioka H, Yoneyama A, Iejima A, Miyamoto S. Effectiveness of the group-based positive parenting program with Japanese families raising a child with developmental disabilities: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014; 3:113. [DOI:10.4172/2329-9525.1000113]
- [13] Khalvati M, Nafai A, Soltani M. [Relationship of family empowerment with metabolic control and adherence to treatment plans in children with phenylketonuria (Persian)]. *Journal Kermanshah University of Medical Sciences*. 2015; 18(8):491-97.
- [14] Kageyama M, Nakamura Y, Kobayashi S, Yokoyama K. Validity and reliability of the Family Empowerment Scale for caregivers of adults with mental health issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010; 23(8):521-31. [DOI:10.1111/jpm.12333]
- [15] Rajabi Gh. [Factorial structural Marital Satisfaction Scale in marriage staff's members of Shahid Chamran University (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2010; 15(4):359-67.

پیوست ۱.

| ماده‌ها | ماده‌های مقیاس توانمندسازی خانواده | ماده‌ها | ماده‌های مقیاس توانمندسازی خانواده |
|---------|---|---------|---|
| ۱ | احساس می‌کنم حق دارم تمامی خدماتی را که فرزندم دریافت می‌کند، تأیید کنم. | ۱۸ | عقاید من به اندازه عقاید متخصصان، در خصوص اینکه فرزندم به چه خدماتی نیاز دارد، حائز اهمیت است. |
| ۲ | هنگامی که مشکلاتی درباره فرزندم بروز می‌کند، به‌خوبی آن‌ها را اداره می‌کنم. | ۱۹ | دیدگاه خود و آنچه را که درباره خدمات ارائه‌شده به فرزندم تصور می‌کنم، به کارشناسان می‌گویم. |
| ۳ | احساس می‌کنم می‌توانم در بهبودبخشیدن به خدمات برای کودکان جامعه‌ام نقشی داشته باشم. | ۲۰ | به مؤسسات و مراکز دولتی می‌گویم که چگونه می‌توان خدمات ارائه‌شده به کودکان را بهبود بخشید. |
| ۴ | به توانایی‌ام برای کمک به فرزندم که رشد و پیشرفت کند، اعتماد دارم. | ۲۱ | معتقد می‌توانم به همراه فرزندم، مشکلاتی را که اتفاق می‌افتند، حل‌وفصل کنم. |
| ۵ | می‌دانم در مواقعی که فرزندم خدمات ضعیف و ناچیزی دریافت می‌کند، باید چه گام‌هایی بردارم. | ۲۲ | می‌دانم چگونه مدیران اجرایی یا قانون‌گذار را ترغیب کنم که به صحبت‌هایم گوش کنند. |
| ۶ | از این که متخصصان نظراتم را درباره خدمات مورد نیاز فرزندم درک می‌کنند، اطمینان خاطر پیدا می‌کنم. | ۲۳ | می‌دانم که فرزندم چه خدماتی نیاز دارد. |
| ۷ | در مواقعی که کودکم دچار مشکل می‌شود، می‌دانم چه کاری باید انجام دهم. | ۲۴ | می‌دانم حقوق والدین و فرزندان تحت قوانین آموزشی خاص کدامند. |
| ۸ | هنگامی که لایحه‌های مهمی درباره کودکان به تصویب می‌رسد، سعی می‌کنم آن‌ها را به‌خوبی درک و درباره کودکم استفاده کنم. | ۲۵ | احساس می‌کنم دانش و تجربه‌ام به عنوان یک والد، می‌تواند در بهبودبخشیدن به خدمات برای کودکان و خانواده‌ها استفاده شود. |
| ۹ | احساس می‌کنم زندگی خانوادگی‌ام تحت کنترل است. | ۲۶ | هنگامی که در خانواده‌ام با مشکلاتی مواجه می‌شوم، از دیگران کمک می‌خواهم. |
| ۱۰ | درک می‌کنم که نظام ارائه خدمات به کودکان چگونه سازمان‌دهی می‌شود. | ۲۷ | سعی می‌کنم شیوه‌های جدید و نوینی را برای کمک به رشد فرزندم بیاموزم. |
| ۱۱ | قادرم تصمیم‌های خوبی درباره اینکه فرزندم چه خدماتی نیاز دارد، بگیرم. | ۲۸ | در صورت لزوم، در جست‌وجوی خدمات برای فرزند و خانواده‌ام پیش‌قدم می‌شوم. |
| ۱۲ | برای تصمیم‌گیری درباره خدمات مورد نیاز فرزندم می‌توانم با موسسه‌ها و متخصصان همکاری کنم. | ۲۹ | در برخورد با فرزندم به همان اندازه که به مشکلات توجه دارم، به چیزهای خوب هم توجه می‌کنم. |
| ۱۳ | با متخصصانی که خدماتی را به فرزندم ارائه می‌دهند، تماس منظم برقرار می‌کنم. | ۳۰ | درک خوبی از نظام خدماتی‌ای دارم که فرزندم در آن درگیر است. |
| ۱۴ | درباره نظام خدمات ایده‌آل به کودکان ایده‌هایی دارم. | ۳۱ | در هنگام برخورد با یک مشکل در رابطه با فرزندم، تصمیم می‌گیرم که چه کاری را انجام دهم و سپس آن را انجام می‌دهم. |
| ۱۵ | به خانواده‌های دیگر برای دریافت خدمات مورد نیازشان کمک می‌کنم. | ۳۲ | تصمیم می‌گیرم که چه کاری را انجام دهم و سپس آن را انجام می‌دهم. |
| ۱۶ | برای کمک به درک بهتر فرزندم قادرم اطلاعاتی کسب کنم. | ۳۳ | درک خوبی از اختلال کودکم دارم. |
| ۱۷ | معتقدم من و والدین دیگر می‌توانیم بر خدمات ارائه‌شده به کودکانمان تأثیر بگذاریم. | ۳۴ | احساس می‌کنم والد خوبی هستم. |

