

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

TOMASZ GOSZTYŁA, PAWEŁ GRYGIEL, ANETA LEW-KORALEWICZ*

PARTNERSTWO W RELACJACH ZE SPECJALISTAMI W OCENIE RODZICÓW DZIECI Z ZABURZENIAMI NEUROROZWOJOWYMI. *RODZINA–SPECJALISTA. SKALA OCENY PARTNERSTWA – POLSKA ADAPTACJA FAMILY–PROFESSIONAL PARTNERSHIP SCALE*

Wprowadzenie

Współcześnie wzrasta liczba dzieci z diagnozą zaburzeń neurorozwojowych (Tran, Miyake, 2017), do których, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), zalicza się: spektrum autyzmu, zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości ruchowej, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia w komunikowaniu się, specyficzne zaburzenia uczenia się oraz zaburzenia motoryczne. Dzieci z taką diagnozą wymagają kompleksowej terapii oraz uwzględnienia specjalnych potrzeb edukacyjnych (Bagheri, Kerbeshian, Burd, 1999; Sinae, Sujin, 2017). Osobami w największym stopniu odpowiedzialnymi za jej projektowanie oraz przebieg są terapeuci, nauczyciele i rodzice. Kluczowe decyzje dotyczące wyboru terapeuty wiodącego, stowarzyszenia, szkoły, turnusu rehabilitacyjnego, wreszcie poszczególnych zajęć rewalidacyjnych podejmują ci ostatni (Johnston i in., 2005; Bull, 2009; Bowker i in., 2011; Fegert i in., 2011; Mire i in., 2017).

Zasada współpracy z rodziną jest jedną z podstawowych reguł zarówno oddziaływań terapeutycznych, jak i rewalidacyjnych (Dykcik, 2001; Cytowska, 2006; Kupisiewicz, 2013). Wincenty Okoń (2001, s. 443) definiuje współpracę

* Tomasz Gosztyła (<https://orcid.org/0000-0001-5780-2862>); Uniwersytet Rzeszowski, ul. ks. J. Jąłowego 24, 35-010 Rzeszów; tel. +48 17 8721838; e-mail: tomgosz@ur.edu.pl

Paweł Grygiel (<https://orcid.org/0000-0001-9790-3772>); Uniwersytet Jagielloński, ul. Batorego 12, 31-135 Kraków; tel. +48 12 6223926; e-mail: pawel.grygiel@uj.edu.pl

Aneta Lew-Koralewicz (<https://orcid.org/0000-0002-4193-7014>); Uniwersytet Rzeszowski, ul. ks. J. Jąłowego 24, 35-010 Rzeszów; tel. +48 17 8721832; e-mail: alew@ur.edu.pl

jako „współdziałanie ze sobą jednostek lub grup ludzi, wykonujących swoje cząstkowe zadania, aby osiągnąć jakiś wspólny cel”. W kontekście relacji specjalistów z rodziną dziecka z niepełnosprawnością współpraca ta zakłada wzajemne udzielanie sobie wsparcia i pomocy w organizacji oraz realizacji procesu terapeutycznego. Opiera się na aktywności i zaangażowaniu wszystkich jej podmiotów (Drozd, 2017). Zasada współpracy została usankcjonowana w licznych aktach prawnych, dotyczących zarówno prawa oświatowego, jak i resortu zdrowia. Placówki oświatowe zobowiązane są do realizacji działań wspierających rodziców ucznia z niepełnosprawnością oraz nawiązania współpracy z rodziną nie tylko w procesie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania, lecz także przy opracowywaniu programu edukacyjno-terapeutycznego (Rozporządzenie..., Dz. U. 2017 poz. 1578). Rodzice mogą korzystać również z pomocy psychologiczno-pedagogicznej, udzielanej w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń (Rozporządzenie..., Dz. U. 2017 poz. 1591). W ośrodkach podległych Ministerstwu Zdrowia jednym z podstawowych wymagań stawianych specjalistom pracującym z dziećmi z zaburzeniami wieku rozwojowego są kompetencje w zakresie pracy z rodziną (Obwieszczenie..., Dz. U. 2018 poz. 465). Współpraca z rodziną dziecka z zaburzeniami rozwoju warunkuje efektywność oddziaływań pomocowych zarówno na poziomie diagnostycznym, jak i terapeutycznym (Głodkowska, 2017).

Andrzej Twardowski (2012), przyjmując kryterium poziomu współpracy, opisuje modele rodziny. Wyróżnia model skoncentrowany na specjalistach, w którym rodzina pozostaje biernym odbiorcą oddziaływań pomocowych oraz model sojuszu z rodziną, gdzie rodzice realizują zalecenia specjalistów, pod ich opieką i zgodnie z udzielanymi przez nich wskazówkami. W kolejnym modelu, ukierunkowanym na rodzinę, przyjęto założenie, że specjaliści wspólnie z rodzicami dobierają najbardziej optymalne formy pomocy, a wsparcie terapeutów polega na monitorowaniu sposobu, w jaki rodzina z niego korzysta. Propagowany obecnie paradygmat wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, skoncentrowany na rodzinie, zakłada ścisłą współpracę rodziców i profesjonalistów. Współpraca nie jest tu jednak celem, a środkiem, dzięki któremu terapeuci wspierają rodzinę w realizowaniu jej funkcji, przy wzajemnym szacunku, zaufaniu i empatii. Pomoc proponowana rodzinie uwzględnia jej zasoby oraz zdolność do samodzielnego działania.

Istotnym aspektem współpracy jest kształtowanie partnerskich relacji między specjalistami a rodzicami. Według Wincentego Okonia (2001, s. 283) partnerstwo to „rodzaj stosunków pomiędzy jednostkami lub grupami polegający na wspólnocie celów i działań, oparty na zasadach równości, lojalności, wzajemnej odpowiedzialności i pomocy”. Partnerstwo zakłada równorzędność praw i obowiązków, a co za tym idzie dzielenie się odpowiedzialnością za osiągnięte efekty oddziaływań. Partnerstwo i zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny wpływa korzystnie na stymulowanie rozwoju dziecka i stanowi warunek upeł-

nomocnienia rodzin dzieci z niepełnosprawnością (Barlóg, 2018; Twardowski, 2012). Cechami relacji o charakterze partnerskim jest wzajemny szacunek i zaufanie, zaangażowanie obu stron, umożliwienie rodzicom podejmowania niezależnych decyzji oraz udzielanie im wsparcia, a także uwzględnianie ich prawa do wyboru form pomocy najbardziej odpowiadających potrzebom wszystkich członków rodziny (Twardowski, 2012).

Mimo rozwoju różnorodnych form terapii oraz rozwiązań edukacyjnych, wciąż znaczący odsetek rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi sygnalizuje, że potrzeby ich dzieci, jak również całej rodziny, nie są zaspokajane w ramach oferowanego wsparcia formalnego (Zablotsky i in., 2015; Jacobs i in., 2016). Wyniki badań ukazują trudności w relacjach specjalistów i rodziców w procesie pomocowym (Sińska, 2007; Lichtańska, 2019). Jedną z istotnych przyczyn trudności we współpracy jest stres rodzicielski, wynikający nie tylko z samej diagnozy dziecka, lecz także z braku odpowiedniego wsparcia ze strony specjalistów. Sprzeczne dążenia obu stron, brak rzetelności w przekazywaniu informacji, w tym niewłaściwy sposób komunikacji utrudniają współdziałanie (Pisula, 2012). U poszczególnych rodziców oczekiwania odnośnie do współpracy, a także ich roli w procesie terapii dziecka, są zróżnicowane, a formy proponowanej pomocy nie zawsze adekwatne do oczekiwań (Lew-Koralewicz, 2013). Brak odpowiedniego wsparcia rodziny bywa przyczyną przewlekłego stresu, który w konsekwencji prowadzi do wyczerpania sił i wypalenia rodziców (Sekulowicz, 2007).

Jedną z kluczowych kwestii jest satysfakcja rodziców z relacji zarówno z poszczególnymi profesjonalistami, jak i całym zespołem (instytucją) wspierającymi dziecko i rodzinę (Marshall, Mirenda, 2002; Lindsay i in., 2016; Slade i in., 2018). Najczęściej wymieniane czynniki satysfakcji rodziców to: komunikacja z profesjonalistami (Rattaz i in., 2014); dostępność, ciągłość i elastyczność usług (Rivard i in., 2015); skuteczność terapii oraz poczucie wspierających relacji z osobami i instytucjami opiekującymi się dzieckiem (Mackintosh, Goin-Kochel, Myers, 2012); nastawienie specjalistów i/lub instytucji na współpracę oraz uwzględnianie kontekstu rodzinnego i unikalnej historii dziecka (Jones, Gallus, 2016). Ujęcie wspomnianych czynników, zarówno w badaniach naukowych, jak i działaniach ewaluacyjnych, wymaga posłużenia się narzędziami diagnostycznymi o zadawalających właściwościach psychometrycznych. Przygotowane z tą myślą skale i kwestionariusze funkcjonują w obiegu międzynarodowym (Dunst, Trivette, Hamby, 2006). W Polsce, jak do tej pory, ich brakowało.

Celem artykułu jest prezentacja procedury polskiej adaptacji skali *Family-Professional Partnership Scale* (FPPS) oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia (rzetelności, struktury czynnikowej, trafności zewnętrznej oraz stabilności pomiaru).

Charakterystyka oryginalnej wersji *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS)

Family–Professional Partnership Scale (FPPS) została opracowana przez Jean A. Summers z zespołem Beach Center on Disability Uniwersytetu Kansas (Summers i in., 2005). Służy do diagnozy partnerstwa jako kluczowego wymiaru współpracy między rodzicami dzieci z niepełnosprawnością a specjalistami pracującymi z ich dziećmi, takimi jak: terapeuta behawioralny, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, logopeda, doradca zawodowy, pielęgniarka, lekarz, pracownik społeczny, psycholog, koordynator usług terapeutycznych, pedagog specjalny. Partnerstwo zostało zdefiniowane jako wzajemnie wspierające interakcje między rodzinami a profesjonalistami, skoncentrowane na zaspokajaniu potrzeb dzieci i rodzin, charakteryzujące się poczuciem kompetencji, zaangażowania, równości, pozytywnej komunikacji, szacunku oraz zaufania (Blue-Banning i in., 2004; Summers i in., 2005).

Skala ma zastosowanie w odniesieniu do szerokiego spektrum wieku dziecka, nie jest ograniczona do określonych usług terapeutycznych ani rodzaju niepełnosprawności. Osoba badana wybiera spośród specjalistów tego, z którym w ciągu ostatnich sześciu miesięcy współpracowała w największym zakresie. Narzędzie wypełnia rodzic, który najczęściej kontaktował się z profesjonalistami. FPPS składa się z 18 twierdzeń. Osoba badana ustosunkowuje się do nich, określając swój stopień zadowolenia z określonych działań i postaw wybranego specjalisty na 5-stopniowej skali (1 – bardzo niezadowolona/y, 2 – niezadowolona/y, 3 – trudno powiedzieć, 4 – zadowolona/y, 5 – bardzo zadowolona/y).

Punktem wyjścia konstrukcji skali było badanie jakościowe (analiza wypowiedzi uczestników grup fokusowych oraz indywidualnie prowadzone wywiady – z udziałem rodziców i profesjonalistów). W jego ramach opracowano wskaźniki reprezentujące postawy i zachowania związane z sześcioma obszarami: profesjonalnych umiejętności, zaangażowania, szacunku, zaufania, komunikacji oraz równości. Analiza eksploracyjna (wyniki uzyskane od 291 rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, z ADD/ADHD, z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością ruchową, chorobami psychicznymi, urazami mózgu, specyficznymi trudnościami w uczeniu się, zaburzeniami emocjonalnymi, z niepełnosprawnością słuchu i/lub mowy, z niepełnosprawnością narządu wzroku i innymi problemami zdrowotnymi) doprowadziła do rekonfiguracji tych sześciu domen w dwie podskale: *Relacji skoncentrowanych na dziecku* i *Relacji skoncentrowanych na rodzinie*. Ich istnienie potwierdziła konfirmacyjna analiza czynnikowa (badania z udziałem 205 respondentów). Każda z dwóch podskal składa się z dziewięciu twierdzeń, jest jednowymiarowa i wewnątrznie spójna. Alfa Cronbacha dla 18-itemowej kompletnej Skali wynosi 0,96; dla podskal *Relacji skoncentrowanych na dziecku* i *Relacji skoncentrowanych na rodzinie* odpowiednio zaś: 0,94 i 0,92. Podskale są silnie skorelowane ze sobą (współczynnik

korelacji wynosi 0,94), co wskazuje, że można je wykorzystać jako ogólną miarę partnerstwa między rodzicami dzieci z niepełnosprawnością a specjalistami.

Narzędzie może być pomocne w ewaluacji różnych programów terapeutycznych, przy ocenie partnerstwa rodzice–specjaliści, ocenie jakości pracy personelu oraz porównaniu różnorodnych typów usług w odniesieniu do różnych grup wiekowych. Pozwala określić szczególne potrzeby dotyczące rozwoju umiejętności oraz postaw profesjonalistów, może także służyć jako narzędzie badawcze do diagnozy relacji między rodzicami a terapeutami ich dzieci.

Opracowanie polskiej wersji skali

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki, przyznanych na podstawie decyzji DEC-2018/02/X/HS6/02306. W pierwszej kolejności uzyskano zgodę Jean A. Summers na dokonanie polskiej adaptacji narzędzia. Zadbano również o zgody autorów polskich wersji kwestionariuszy i skali wykorzystywanych w badaniu trafności zewnętrznej adaptowanego narzędzia. Następnie uzyskano aprobatę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego. Proces adaptacji obejmował: (1) przełożenie treści pozycji narzędzia z języka angielskiego na polski (przy udziale trzech niezależnych tłumaczy, z doświadczeniem w zakresie przekładania tekstów o tematyce psychospołecznej); (2) uzgodnienie wersji roboczej skali; (3) tłumaczenie zwrotne wersji roboczej na język angielski (*back-translation*) przez dwóch niezależnych tłumaczy i ustalenie wersji zwrotnej w języku oryginału; (4) przygotowanie drugiej polskiej wersji roboczej skali, na podstawie tłumaczenia i tłumaczenie zwrotne; (5) przeprowadzenie eksperckiej analizy jakościowej, z udziałem psychologów, pedagogów specjalnych i polonisty, z dobrą znajomością języka angielskiego; (6) przyjęcie ostatecznej polskiej wersji skali, którą wykorzystano w badaniu opisanym w dalszej części artykułu.

Charakterystyka osób badanych i procedury badawczej

Przeprowadzono badania z udziałem 334 rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, takimi jak: spektrum autyzmu (146 przypadków), niepełnosprawność intelektualna (33 przypadki), zespół deficytu uwagi (13 przypadków), specyficzne zaburzenia w uczeniu się (3 przypadki), zaburzenia w komunikowaniu się (22 przypadki), zaburzenia motoryczne (43 przypadki) oraz innymi nieprawidłowościami w rozwoju (63 przypadki). W badaniach wzięły udział 232 matki i 39 ojców, a 63 osoby odmówiły podania płci. W grupie respondentów 172 osoby (153 kobiety i 19 mężczyzn) legitymowały się wykształceniem wyższym; 70 (60 kobiet i 10 mężczyzn) – średnim; 20 (12 kobiet i 8 mężczyzn) – zasadniczym zawodowym; 9 (7 kobiet i 2 mężczyzn) – podstawowym lub niepełnym podstawowym; swojego wykształcenia nie podały 63 osoby. Badani byli w wieku

od 23 do 64 lat ($M = 38,4$; $SD = 6,86$). Ich stan cywilny przedstawiał się następująco: 6 osób – panna lub kawaler (5 kobiet i 1 mężczyzna); 234 osoby – w związku małżeńskim (200 kobiet i 34 mężczyzn); 2 osoby – wdowa lub wdowiec (1 kobieta i 1 mężczyzna); 27 osób – rozwiedzionych bądź w separacji (26 kobiet i 1 mężczyzna); odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 65 osób. W pełnym wymiarze etatu pracowało 110 osób (84 kobiety i 26 mężczyzn); 21 osób (19 kobiet i 2 mężczyzn) – w niepełnym; 14 osób (13 kobiet, 1 mężczyzna) było zatrudnionych na umowy o dzieło bądź umowy zlecenia; 29 osób (27 kobiet i 2 mężczyzn) zadeklarowało się jako osoby bezrobotne (poszukujące pracy); 2 kobiety – jako osoby uczące się; 3 osoby (2 kobiety i 1 mężczyzna) – jako emeryci; 87 osób (83 kobiety i 4 mężczyzn) – jako renciści. Pozostali respondenci nie udzielili tej informacji. Posiadanie jednego dziecka deklarowało 81 osób (71 kobiet i 10 mężczyzn); 122 osoby (102 kobiety i 20 mężczyzn) zgłosiły, że mają 2 dzieci; 48 (41 kobiet i 7 mężczyzn) – 3; 14 (12 kobiet i 2 mężczyzn) – 4; 3 kobiety – 5 i również 3 kobiety – 6. Pozostałe osoby nie odpowiedziały na to pytanie.

Badania były anonimowe, a udział w nich w pełni dobrowolny. Każdy zestaw narzędzi badawczych znajdował się w kopercie i zawierał pisemną instrukcję, wyjaśniającą, w jakim celu realizowany jest projekt. Respondenci zostali poinformowani o możliwości odstąpienia od badań w każdym momencie. Rodzice dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi byli proszeni o wypełnienie narzędzi badawczych za pośrednictwem przeszkolonych terapeutów oraz nauczycieli, zatrudnionych w instytucjach wspierających rozwój ich dzieci (stowarzyszenia, fundacje, szkoły i przedszkola znajdujące się na terenie trzech województw: podkarpackiego, lubelskiego i śląskiego).

Wykorzystane analizy statystyczne służące określeniu właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali

Plan analiz statystycznych obejmował weryfikację struktury czynnikowej polskiej wersji skali, jej rzetelności (zgodności wewnętrznej), niezmienności pomiarowej oraz trafności zewnętrznej.

Biorąc pod uwagę to, że odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza mierzone były – podobnie jak w przypadku oryginalnej wersji angielskiej narzędzia – na 5-stopniowej skali porządkowej, confirmacyjna analiza czynnikowa została przeprowadzona na podstawie macierzy korelacji polichorycznej z wykorzystaniem estymatora ważonych najmniejszych kwadratów ze skorygowaną średnią i wariancją (*Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted* – WLSMV). Jest to standardowa procedura współczesnych analiz psychometrycznych (Humenny, Grygiel, 2015).

Korelacja polichoryczna jest lepszą niż macierz korelacji Pearsona miarą zależności między zmiennymi porządkowymi. Współczynnik korelacji *r*-Pearsona zakłada, że korelowane zmienne mają charakter ciągły – w przypadku analizo-

wanej skali mamy do czynienia ze zmiennymi dyskretnymi. W konsekwencji wykorzystywanie macierzy korelacji Pearsona jako podstawy do przeprowadzenia analiz czynnikowych bazujących na zmiennych porządkowych prowadzi do systematycznego zaniżania siły związku między zmiennymi, co skutkować może obniżeniem wiarygodności szacowanych parametrów modelu i miar dobroci dopasowania (Brown, 2006; Flora, Curran, 2004). Badania symulacyjne (Finney, DiStefano, 2006; Flora, Curran, 2004; Maydeu-Olivares, 2001; Wang, 2005) wskazują z kolei, że metoda estymacji WLSMV, lepiej niż inne metody, radzi sobie z szacowaniem zmiennych porządkowych, przede wszystkim w przypadku niewielkich prób oraz danych cechujących się znaczną skośnością. Zastosowana procedura jest współcześnie standardowo stosowaną w przypadku analizowania danych porządkowych.

Testowane były dwa modele: jednowymiarowy oraz – zakładany przez twórców skali – model dwuwymiarowy. Założono, że polska adaptacja powinna wskazywać na lepsze dopasowanie modelu dwu- niż jednowymiarowego. W ocenie dopasowania modeli do danych uwzględnione zostały trzy miary: (a) pierwiastek ze średniego kwadratu błędu przybliżenia (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA); (b) względny indeks dopasowania (*Comparative Fit Index* – CFI) oraz (c) nienormowany indeks dopasowania (*Tucker–Lewis Index* – TLI). Zgodnie z powszechnie przyjętymi regułami (Marsh, Hau, Grayson, 2005; Yu, 2002) model wskazujący na adekwatne dopasowanie do danych cechuje się wartościami RMSEA równymi lub mniejszymi niż 0,06 oraz wartościami CFI i TLI większymi niż 0,90. Jednocześnie o lepszym dopasowaniu modelu do danych, bardziej adekwatnym odzwierciedleniu „faktycznej” struktury czynnikowej, świadczą niższe wartości współczynników RMSEA oraz wyższe wartości współczynników CFI i TLI.

Obliczone zostały także dwa współczynniki rzetelności (zgodności wewnętrznej): alfa Cronbacha (1951) oraz omega (McDonald, 1999). Współczynnik alfa Cronbacha (najczęściej stosowana miara rzetelności) zakłada tau-ekwiwalentność, to jest (przede wszystkim) równość ładunków czynnikowych (Sijtsma, 2009). Niestety, empiryczne dane dość rzadko spełniają takie warunki (Peters, 2014). Omega jest alternatywną miarą rzetelności, która nie zakłada, że ładunki czynnikowe są takie same. Omega jest równie dobrym wskaźnikiem rzetelności jak alfa, gdy założenie o tau-ekwiwalentności jest spełnione, a jednocześnie daje bardziej trafne oszacowanie rzetelności, gdy założenie to jest naruszone (Dunn, Baguley, Brunnsden, 2014). Obie miary wiarygodności obliczane zostaną za pomocą polichorycznej macierzy korelacji (Gadermann, Guhn, Zumbo, 2012). Narzędzie może zostać uznane za rzetelne (wewnętrznie zgodne), gdy miary alfa/omega osiągną wartość przynajmniej 0,7 (DeVellis, 2012).

Kolejny krok analiz obejmował wersyfikację wzdłużnej (ci sami rodzice, badani po 1–2 tygodniach) niezmienności pomiarowej skali. Niezmiennosc pomiarowa jest krytycznym założeniem w każdym porównaniach longitudinalnych

lub międzygrupowych (Millsap, 2011). Brak przynajmniej częściowej niezmienności pomiarowej uniemożliwia interpretowanie różnic występujących pomiędzy określonymi parametrami modelu, między turami badań i/lub między grupami (Horn, Mcardle, 1992). Wzdłużna niezmienność pomiarowa dowodzi pomiarowej „stabilności” cechującej narzędzie. Jest więc istotnym wskaźnikiem rzetelności narzędzia badawczego.

Robert J. Vandenberg i Charles E. Lance (2000) zaproponowali sposób testowania niezmienności pomiarowej wykorzystujący porównania pomiędzy hierarchicznie zagnieżdżonymi modelami, z których każdy nakłada więcej ograniczeń związanych z równością parametrów między grupami. Zgodnie z propozycją Dubravki Svetiny z zespołem (2020) oraz Hao Wu i Ryne’a Estabrooka (2016) w kroku pierwszym estymowany został model konfiguracyjny (M0), to jest model, w którym nie zakłada się jakiegokolwiek niezmienności narzędzia (wszystkie parametry modelu w każdym z okresów będą testowane jako potencjalnie niezależne od siebie). W drugim kroku, estymowany został model zakładający równość odpowiadających sobie progów twierdzeń (niezmienność progowa). W ramach trzeciego kroku zweryfikowana została dodatkowo niezmienność ładunków czynnikowych (niezmienność typu metrycznego). W ostatnim kroku estymowany został model skalarny, w którym – oprócz wielkości ładunków czynnikowych oraz progów – ograniczenie równości zostało nałożone także na, odpowiadające sobie, średnie itemów.

W celu sprawdzenia, czy nałożone ograniczenia w znaczącym stopniu pogarszają dopasowanie modelu do danych w stosunku do modelu bez ograniczeń, uwzględniona została zmiana (Δ) trzech miar: χ^2 , RMSEA oraz CFI. Przyjęto dosyć liberalną (łatwo pozwalającą odrzucić hipotezę zerową) regułę, że hipoteza o niezmienności pomiarowej zostanie odrzucona, gdy poziom istotności $\Delta\chi^2$ będzie mniejszy niż 0,05, Δ RMSEA \leq 0,01, a Δ CFI \geq -0,002 (Svetina, Rutkowski, Rutkowski, 2020).

Ostatni etap analiz poświęcony został wstępnej weryfikacji trafności zewnętrznej na podstawie korelacji (r-Pearsona) z wynikami w innych skalach, mierzących podobne konstrukty, to jest: zmodyfikowanych polskich wersji Kwestionariusza do badania relacji między terapeutą i pacjentem F.-M. Starcka (T-P) w wersji dla pacjentów (Cechnicki, Wojnar, 1997), Skali zaufania pacjent–lekarz Anderson i Dedrick (SZPL) (Krajewska-Kułałak i in., 2008) oraz Kwestionariusza do pomiaru relacji terapeutycznej McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson i Priebe (STAR-P) (Sosnowska i in., 2011). Modyfikacja polegała na zastąpieniu sformułowań „mój terapeuta/lekarz”, wyrażeniami „terapeuta/lekarz mojego dziecka”.

Analizę struktury czynnikowej (w tym wzdłużnej niezmienności pomiarowej) przeprowadzono za pomocą pakietu *lavaan* oraz *semTools*. Współczynniki rzetelności obliczono pakietem *psych* oraz *semTools*. Wykorzystane pakiety funkcjonują w otwartym środowisku R.

Wyniki

Na podstawie pracy tłumaczy i analizy eksperckiej przyjęto następującą polską nazwę adaptowanego narzędzia: *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa*. Autorzy oryginalnej wersji skali zakładali występowanie dwóch czynników.

Tabela 1. Miary dopasowania modelu jedno- i dwuczynnikowego testowanych w ramach konfirmacyjnej analizy czynnikowej

Model	χ^2	df	p	RMSEA	CFI	TLI	Δ RMSEA	Δ CFI	Δ TLI
jednoczynnikowy	252,08	135	<0,01	0,056	0,995	0,994	–	–	–
dwuczynnikowy	226,42	134	<0,01	0,050	0,996	0,995	0,006	–0,001	–0,001

χ^2 = test dobroci dopasowania chi-kwadrat; df = stopnie swobody; p = poziom istotności; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker–Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; Δ = różnica.

Źródło: badania własne.

Zarówno model jedno- jak dwuczynnikowy okazały się dobrze dopasowane do danych (por. tabela 1). Jednocześnie porównanie współczynników RMSEA, CFI oraz TLI wskazywało na nieco lepsze dopasowanie modelu dwuczynnikowego niż jednoczynnikowego. Korelacja między obu wymiarami była – podobnie zresztą, jak w przypadku wersji oryginalnej – wysoka, wynosząc 0,96. Dowodzi to, że polska wersja narzędzia pod względem struktury czynnikowej nie odbiega od wersji oryginalnej.

Standaryzowane ładunki czynnikowe – tak w przypadku pozycji tworzących wymiar *Relacje skoncentrowanych na dziecku*, jak itemów wymiaru *Relacje skoncentrowanych na rodzinie* – były nie tylko istotnie statystycznie różne od 0, lecz także wyraźnie przekraczały graniczną wartość 0,3 (por. tabela 2). Średnia wielkość ładunków czynnikowych dla *Relacji skoncentrowanych na dziecku* wyniosła 0,90, *Relacji skoncentrowanych na rodzinie* zaś 0,91.

Współczynniki rzetelności konstruktów latentnych dla modelu dwuczynnikowego także okazały się satysfakcjonujące (w przypadku *Relacji skoncentrowanych na dziecku*: alfa = 0,97; omega = 0,88; w przypadku *Relacji skoncentrowanych na rodzinie*: alfa = 0,97; omega = 0,95).

Analizy wykazały jednocześnie występowanie skalarnej wzdłużnej niezmienności pomiarowej – brak istotnych różnic ze względu na średnie, progi oraz ładunki czynnikowe (por. tabela 3 oraz tabela 4).

Obliczone współczynniki korelacji między konstruktami latentnymi okazały się dość wysokie. W przypadku *Relacji skoncentrowanych na dziecku* współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona (pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem) wyniósł 0,81, w przypadku zaś *Relacji skoncentrowanych na rodzinie* równy był 0,76, potwierdzając, że narzędzie można uznać za stabilne w czasie.

Tabela 2. Standaryzowane ładunki czynniki (model konfirmacyjny – CFA)

Nr pozycji	Relacja skoncentrowana na dziecku		Nr pozycji	Relacja skoncentrowana na rodzinie	
	Ładunek	Błąd Standardowy		Ładunek	Błąd Standardowy
1.	0,877**	0,018	6.	0,824**	0,022
2.	0,920**	0,016	10.	0,887**	0,017
3.	0,907**	0,016	12.	0,901**	0,018
4.	0,850**	0,026	13.	0,903**	0,013
5.	0,917**	0,015	14.	0,909**	0,013
7.	0,934**	0,014	15.	0,923**	0,012
8.	0,920**	0,012	16.	0,904**	0,016
9.	0,916**	0,011	17.	0,943**	0,012
11.	0,882**	0,023	18.	0,953**	0,018

** poziom istotności mniejszy niż 0,01; * poziom istotności mniejszy niż 0,05.

Źródło: badania własne.

Tabela 3. Miary dopasowania modeli testowanych w ramach wzdłużnej niezmienności pomiarowej

Poziom niezmienności	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA	CFI	TLI
konfiguralny	696,85	570	<0,01	0,026	0,996	0,995
progowy	726,91	602	<0,01	0,025	0,996	0,995
metryczny	742,14	617	<0,01	0,025	0,996	0,996
skalarny	759,31	632	<0,01	0,025	0,996	0,996

χ^2 = test dobroci dopasowania chi-kwadrat; *df* = stopnie swobody; *p* = poziom istotności; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker–Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*.

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Różnice pomiędzy miarami dopasowania modeli testowanych w ramach wzdłużnej niezmienności pomiarowej

Porównywane modele	$\Delta\chi^2$	Δdf	<i>p</i>	$\Delta RMSEA$	ΔCFI	ΔTLI
progowy vs konfiguralny	28,294	32	0,655	0,001	0,000	0,000
metryczny vs progowy	11,837	15	0,691	0,000	0,000	0,000
skalarny vs metryczny	25,876	16	0,056	0,000	0,000	0,000

χ^2 = test dobroci dopasowania chi-kwadrat; *df* = stopnie swobody; *p* = poziom istotności; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker–Lewis Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; Δ = różnica.

Źródło: badania własne.

Przeprowadzono także ocenę trafności zewnętrznej polskiej wersji skali. Zakładano pozytywne korelacje wyników ogólnych adaptowanego narzędzia z wynikami ogólnymi w STAR-P, SZPL, czynnikami Akceptacja i Profesjonalizm w T-P oraz negatywne, z następującymi czynnikami T-P: Niepewnością, Dominacją i Odrzuceniem. Korelacje wyniku ogólnego narzędzia *Rodzina–Osoba Wspierająca* z wynikami ogólnymi w STAR-P: $r = 0,68$; $p < 0,01$; z wynikiem w SZPL: $r = 0,35$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Akceptacja): $r = 0,40$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Profesjonalizm): $r = 0,65$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Niepewność): $r = -0,45$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Dominacja): $r = -0,44$; $p < 0,01$; z T-P (czynnik: Odrzucenie): $r = -0,54$; $p < 0,01$. Potwierdza to adekwatną trafność zewnętrzną skali.

Osoba badana ustosunkowuje się do twierdzeń na 5-stopniowej skali (1 – bardzo niezadowolona/y, 2 – niezadowolona/y, 3 – trudno powiedzieć, 4 – zadowolona/y, 5 – bardzo zadowolona/y). Istnieją dwie możliwości zliczania wyników. Możliwość pierwsza – ogólny wynik jest sumą wartości oznaczonych dla każdego twierdzenia (może wynosić od 18 do 90 pkt). Wyniki w podskalach liczy się zgodnie z następującym kluczem: *Relacje skoncentrowane na dziecku* – twierdzenia: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11. *Relacje skoncentrowane na rodzinie* – twierdzenia: 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Możliwość druga – oblicza się ogólny średni wynik dla 18 pozycji (średnia arytmetyczna z wartości oznaczonych dla wszystkich twierdzeń, może wynosić od 1 do 5 pkt). Analogicznie, z uwzględnieniem klucza, oblicza się średnie dla dwóch podskali.

Podsumowanie

Celem artykułu było opisanie procedury polskiej adaptacji skali *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS) opracowanej przez Jean A. Summers z zespołem Beach Center on Disability Uniwersytetu Kansas oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia. *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa* posiada dobre właściwości psychometryczne i pozwala na wykonanie badania w dość krótkim czasie. Przedstawione wyniki badań wskazują, że polska wersja FPPS może zostać uznana za rzetelne, wzdłużnie stabilne oraz trafne narzędzie służące diagnozie jakości partnerstwa i współpracy między rodzicami dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi a specjalistami pracującymi z ich dziećmi. Przeprowadzone analizy potwierdzają – postulowaną przez Autorów narzędzia – dwuczynnikową strukturę skali (*Relacje skoncentrowane na dziecku* oraz *Relacje skoncentrowane na rodzinie*). Wysokie korelacje między obu czynnikami skłaniają do wniosku, że skala może być – zgodnie z sugestiami Jean A. Summers (Summers i in., 2005) – stosowana także do pomiaru ogólnej jakości partnerstwa/współpracy.

Prezentowane badanie nie jest wolne od ograniczeń. Próba nie miała charakteru reprezentatywnego, dobór był celowy, wśród badanych dominowały mat-

ki. Jeśli chodzi o poszczególne zaburzenia neurorozwojowe, przeważali rodzice dzieci ze spektrum autyzmu (prawie 44% badanych), a w przypadku niektórych problemów w rozwoju liczebności były niewielkie: przykładowo, rodzice dzieci z zespołem deficytu uwagi stanowili ok. 4% badanych, a ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się – niecały 1%.

Mimo zasygnalizowanych ograniczeń wprowadzenie do obiegu naukowego tego narzędzia pozwoli na dalszą weryfikację jego właściwości psychometrycznych, a także realizację badań z zakresu psychologii, pedagogiki specjalnej oraz nauk o zdrowiu, dotyczących satysfakcji rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju z relacji ze specjalistami, ich korelatów i uwarunkowań w polskich warunkach. Stwarza również możliwości praktycznej ewaluacji jakości pracy poszczególnych terapeutów i nauczycieli, funkcjonowania całych instytucji (szkoły, stowarzyszenia), bądź realizacji przedsięwzięć, takich jak turnusy rehabilitacyjne.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Wyd. 5. Washington, DC.
- Bagheri, M.M., Kerbeshian, J., Burd, L. (1999). Recognition and management of Tourette's syndrome and tic disorders. *American Family Physician*, 59(8), 2263–2272.
- Barłóg, K. (2018). Rodzina i jej zaangażowanie w proces wspomagania rozwoju, rehabilitacji dziecka. *Wychowanie w Rodzinie*, 19(3), 223–240.
- Blue-Banning, M., Summers, J.A., Frankland, C., Nelson, L.L., Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167–184. <https://doi.org/10.1177/001440290407000203>
- Bowker, A., D'Angelo, N.M., Hicks, R., Wells, K. (2011). Treatments for autism: Parental choices and perceptions of change. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(10), 1373–1382. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1164-y>
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Bull, L. (2009). Survey of complementary and alternative therapies used by children with specific learning difficulties (dyslexia). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(2), 224–235. <https://doi.org/10.1080/13682820802015643>
- Cechnicki, A., Wojnar, M. (1997). Konstrukcja kwestionariusza do badania relacji między terapeutą a pacjentem psychotycznym. *Postępy Psychiatrii Neurologii*, 6, 269–276.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Cytowska, B. (2006). Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka* (s. 15–26). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Wyd. 3. New York: SAGE.
- Drozd, E. (2017). Rodzina podmiotem kształcenia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W: J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna. Od systematyki do projektowania dydaktyki specjalistycznych* (s. 234–259). Warszawa: WN PWN.
- Dunn, T.J., Baguley, T., Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., Hamby, D.W. (2006). *Technical manual for measuring and evaluating family support program quality and benefits*. Asheville, North Carolina: Winterberry Press.

- Dykcik, W. (2001). Zakres i przedmiot zainteresowań pedagogiki specjalnej. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna* (s. 67–93). Poznań: WN UAM.
- Fegert, J.M., Slawik, L., Wermelskirchen, D., Nübling, M., Mühlbacher, A. (2011). Assessment of parents' preferences for the treatment of school-age children with ADHD: A discrete choice experiment. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(3), 245–252. <https://doi.org/10.1586/erp.11.22>
- Finney, S.J., DiStefano, C. (2006). Nonnormal and categorical data in structural equation models. W: G.R. Hancock, R.O. Mueller (red.), *Structural equation. Modeling: A second course* (s. 269–314). Greenwich, CT: Information Age.
- Flora, D.B., Curran, P.J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9(4), 466–491. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>
- Gadermann, A.M., Guhn, M., Zumbo, B.D. (2012). Estimating ordinal reliability for likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(3), 1–13. <https://doi.org/10.7275/N560-J767>
- Głodkowska, J. (2017). Dydaktyka specjalna – system znaczeń i relacji w projektowaniu dydaktyk specjalistycznych. W: J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna. Od systematyki do projektowania dydaktyk specjalistycznych* (s. 36–74). Warszawa: WN PWN.
- Horn, J.L., Mcardle, J.J. (1992). A practical and theoretical guide to measurement invariance in aging research. *Experimental Aging Research*, 18(3), 117–144. <https://doi.org/10.1080/03610739208253916>
- Humenny, G., Grygiel, P. (2015). Wielowymiarowa struktura latentna w perspektywie analizy czynnikowej. W: A. Pokropek (red.), *Modele cech ukrytych w badaniach edukacyjnych, psychologii i socjologii. Teoria i zastosowania* (s. 130–165). Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Jacobs, M., Downie, H., Kidd, G., Fitzsimmons, L., Gibbs, S., Melville, C. (2016). Mental health services for children and adolescents with learning disabilities: A review of research on experiences of service users and providers. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(3), 225–232. <https://doi.org/10.1111/bld.12141>
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: Relations to parents' beliefs and attributions. *Child: Care, Health & Development*, 31(6), 669–677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00555.x>
- Jones, J.L., Gallus, K.L. (2016). Understanding Deinstitutionalization. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 41(2), 116–131. <https://doi.org/10.1177/1540796916637050>
- Krajewska-Kułał, E., Wróblewska, K., Kruszewa, R., Szpakow, A., Kułał, W., Baranowska, A., Jankowiak, B., Krajewska, K., Kondzior, D., Lewko, J., Łukaszuk, C., Rolka, H., Klimaszewska, K., Kowalczyk, K., Sierakowska, M., Szyszko-Perłowska, A., Van Damme-Ostapowicz, K., Jaszewski, M., Kowalewska, B., Chilińska, J., Gołębiewska, A. (2008). Ocena zaufania pacjent lekarz z zastosowaniem skali Anderson i Dedrick. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(3), 414–418.
- Kupisiewicz, M. (2013). *Słownik pedagogiki specjalnej*. Warszawa: WN PWN.
- Lew-Koralewicz, A. (2013). Rola rodziny w terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju w opiniach rodziców i terapeutów. W: J. Baran, G. Gunia (red.), *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością* (s. 181–198). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lichtańska, K. (2019). Opinie rodziców na temat jakości współpracy oraz wsparcia uzyskiwanego w procesie terapeutycznym ich dziecka z niepełnosprawnością. Raport z badań. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 64(2), 271–283.
- Lindsay, G., Ricketts, J., Peacey, L.V., Dockrell, J.E., Charman, T. (2016). Meeting the educational and social needs of children with language impairment or autism spectrum disorder: The parents' perspectives. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(5), 495–507. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12226>

- Mackintosh, V.H., Goin-Kochel, R.P., Myers, B.J. (2012). "What do you like/dislike about the treatments you're currently using?": A qualitative study of parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 27(1), 51–60. <https://doi.org/10.1177/1088357611423542>
- Marsh, H.W., Hau, K.-T., Grayson, D. (2005). Goodness of fit evaluation in structural equation modeling. W: A. Maydeu-Olivares, J.J. McArdle, R.P. McDonald (red.), *Contemporary psychometrics: A festschrift for Roderick P. McDonald* (s. 275–340). New York: Erlbaum.
- Marshall, J.K., Mirenda, P. (2002). Parent-professional collaboration for positive behavior support in the home. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 17(4), 216–228. <https://doi.org/10.1177/10883576020170040401>
- Maydeu-Olivares, A. (2001). Limited information estimation and testing of Thurstonian models for paired comparison data under multiple judgment sampling. *Psychometrika*, 66(2), 209–227. <https://doi.org/10.1007/BF02294836>
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. New York: Erlbaum Associates.
- Millsap, R.E. (2011). *Statistical approaches to measurement invariance*. New York: Routledge.
- Mire, S.S., Gealy, W., Kubiszyn, T., Burrige, A.B., Goin-Kochel, R.P. (2017). Parent perceptions about autism spectrum disorder influence treatment choices. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 32(4), 305–318. <https://doi.org/10.1177/1088357615610547>
- Obwieszczenie MZ z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz. U. 2018 poz. 465.
- Okoń, W. (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Peters, G.J. (2014). The alpha and the omega of scale reliability and validity: Why and how to abandon Cronbach's alpha and the route towards more comprehensive assessment of scale quality. *The European Health Psychologist*, 16(2), 56–69.
- Pisula, E. (2012). *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: WN PWN.
- Rattaz, C., Ledesert, B., Masson, O., Ouss, L., Ropers, G., Baghdadli, A. (2014). Special education and care services for children, adolescents, and adults with autism spectrum disorders in France: Families' opinion and satisfaction. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 18(2), 185–193. <https://doi.org/10.1177/1362361312460952>
- Rivard, M., Lépine, A., Mercier, C., Morin, M. (2015). Quality determinants of services for parents of young children with autism spectrum disorders. *Journal of Child & Family Studies*, 24(8), 2388–2397. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0041-2>
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz. U. 2017 poz. 1578.
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dz. U. 2017 poz. 1591.
- Sekułowicz, M. (2007). Rodzina wobec niepełnosprawności dziecka. W: G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny* (s. 44–59). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Sinae, A., Sujin, H. (2017). Cognitive rehabilitation with neurodevelopmental disorder: A systematic review. *Neurorehabilitation*, 41(4), 707–719. <https://doi.org/10.3233/NRE-172146>
- Sińska, J. (2007). Opinie matek dzieci z zaburzeniami rozwoju na temat współpracy ze specjalistami. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością* (s. 239–253). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Slade, N., Eisenhower, A., Carter, A.S., Blacher, J. (2018). Satisfaction with individualized education programs among parents of young children with ASD. *Exceptional Children*, 84(3), 242–260. <https://doi.org/10.1177/0014402917742923>

- Sosnowska, M., Prot-Klinger, K., Scattergood, M., Paczkowska, M., Smolicz, A., Ochocka, M. (2011). Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty. *Psychiatria Polska*, 45(5), 723–735.
- Summers, J.A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., Poston, D., Nelson, L.L. (2005). Measuring the quality of family-professional partnerships in special education services. *Exceptional Children*, 72(1), 65–83.
- Svetina, D., Rutkowski, L., Rutkowski, D. (2020). Multiple-group invariance with categorical outcomes using updated guidelines: An illustration using M plus and the lavaan/semTools packages. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 27(1), 111–130. <https://doi.org/10.1080/10705511.2019.1602776>
- Tran, N.V., Miyake, K. (2017). Neurodevelopmental disorders and environmental toxicants: Epigenetics as an underlying mechanism. *International Journal of Genomics*, 1–23. Academic Search Ultimate, EBSCOhost. <https://doi.org/10.1155/2017/7526592>
- Twardowski, A. (2012). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Poznań: WN UAM.
- Vandenberg, R.J., Lance, Ch.E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3(1), 4–70. <https://doi.org/10.1177/109442810031002>
- Wang, W.C. (2005). Comparison of alternative estimation methods in confirmatory factor analyses of the General Health Questionnaire. *Psychological Reports*, 97(5), 3–10. <https://doi.org/10.2466/pr0.97.1.3-10>
- Wu, H., Estabrook, R. (2016). Identification of confirmatory factor analysis models of different levels of invariance for ordered categorical outcomes. *Psychometrika*, 81(4), 1014–1045. <https://doi.org/10.1007/s11336-016-9506-0>
- Yu, C. (2002). *Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes*. University of California.
- Zablotsky, B., Pringle, B.A., Colpe, L.J., Kogan, M.D., Rice, C., Blumberg, S.J. (2015). Service and treatment use among children diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 36(2), 98–105. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500549>

RODZINA–SPECJALISTA SKALA OCENY PARTNERSTWA

**Jean A. Summers, Beach Center on Disability, University of Kansas
w polskiej adaptacji Tomasza Gosztyły, Pawła Grygiela i Anety Lew-
-Koralewicz**

INFORMACJA O BADANIU I INSTRUKCJA

Wszystkie przekazane nam informacje są poufne. Twoje imię i nazwisko nie będą powiązane z żadną z nich. Ważne, żeby odpowiedzieć na jak najwięcej pytań, ale proszę pominąć te z nich, które sprawiają, że czujesz się niekomfortowo.

Badanie dotyczy Twoich odczuć na temat osoby, która pracuje z Tobą i Twoim dzieckiem. Informacje uzyskane w tym badaniu mogą być przydatne do poinstruowania decydentów i instytucji pracujących z dziećmi oraz rodzinami. Być może w pracę z Twoim dzieckiem o specjalnych potrzebach zaangażowanych jest kilka osób, takich jak nauczyciele, pracownicy socjalni, logopedzi, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci czy terapeuci behawioralni. **Proszę pomyśl o osobie, która NAJCZĘŚCIEJ pracowała z dzieckiem w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i podaj rodzaj wykonywanej przez nią pracy.**

(zaznacz tylko jedną opcję)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Terapeuta behawioralny | <input type="checkbox"/> |
| Nauczyciel | <input type="checkbox"/> |
| Terapeuta zajęciowy | <input type="checkbox"/> |
| Fizjoterapeuta | <input type="checkbox"/> |
| Pracownik opieki społecznej | <input type="checkbox"/> |
| Psycholog | <input type="checkbox"/> |
| Logopeda | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz | <input type="checkbox"/> |
| Pielęgniarka | <input type="checkbox"/> |
| Doradca zawodowy | <input type="checkbox"/> |
| Inny (określ, jaki) _____ | <input type="checkbox"/> |

PARTNERSTWO–RODZINA–SPECJALISTA					
W jakim stopniu jesteś zadowolona/y z tego, jak osoba pracująca z Twoim dzieckiem	<i>Bardzo niezadowolona/y</i>	<i>Niezadowolona/y</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Zadowolona/y</i>	<i>Bardzo zadowolona/y</i>
1. Pomaga Ci zdobyć umiejętności lub informacje potrzebne do uzyskania tego, czego potrzebuje Twoje dziecko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Posiada umiejętności potrzebne, aby pomóc Twojemu dziecku osiągnąć sukces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Świadczy usługi, które spełniają indywidualne potrzeby Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pracując z innymi specjalistami, występuje w najlepszym interesie Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informuje Cię o tym, co dziecko robi dobrze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jest dostępna/y, kiedy jej/go potrzebujesz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Traktuje Twoje dziecko z szacunkiem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bazuje na mocnych stronach Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ceni Twoją opinię o potrzebach Twojego dziecka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jest szczerą/y, nawet, kiedy trzeba przekazać złą wiadomość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dbą o bezpieczeństwo Twojego dziecka, mając je pod opieką.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Używa zrozumiałych dla Ciebie słów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Chroni prywatność Twojej rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Szanuje wartości i przekonania Twojej rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Słucha bez osądzania Twojego dziecka lub rodziny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jest osobą, na której możesz polegać i której możesz zaufać.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zwraca uwagę na to, co masz do powiedzenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jest przyjaźnie nastawiona/y.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy! Zakończyłaś/eś wypełnianie skali. Upewnij się, że odpowiedziałaś/eś na wszystkie pytania.

PARTNERSTWO W RELACJACH ZE SPECJALISTAMI W OCENIE RODZICÓW
DZIECI Z ZABURZENIAMI NEURORÓZWOJOWYMI. *RODZINA–SPECJALISTA*.
SKALA OCENY PARTNERSTWA – POLSKA ADAPTACJA FAMILY–PROFESSIONAL
PARTNERSHIP SCALE

Abstrakt

Celem artykułu jest prezentacja procedury polskiej adaptacji skali *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS) opracowanej przez Jean A. Summers z zespołem Beach Center on Disability, Uniwersytetu Kansas oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia (rzetelności, struktury czynnikowej, trafności zewnętrznej oraz stabilności pomiaru). Przyjęto następującą polską nazwę skali: *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa*. Właściwości psychometryczne narzędzia zweryfikowano na podstawie badania z udziałem 334 rodziców dzieci z różnymi zaburzeniami neurorozwojowymi. *Skala Oceny Partnerstwa* służy do diagnozy zadowolenia rodziców z partnerstwa jako kluczowego aspektu współpracy ze specjalistami pracującymi z ich dziećmi. Składa się z 18 twierdzeń. Daje możliwość obliczenia wyniku ogólnego i wyników w dwóch podskalach: *Relacji skoncentrowanych na dziecku* i *Relacji skoncentrowanych na rodzinie*. Posiada dobre właściwości psychometryczne i pozwala na wykonanie badania w krótkim czasie.

Słowa kluczowe: zaburzenia neurorozwojowe, rodzina, specjaliści, partnerstwo, adaptacja narzędzia diagnostycznego

PARTNERSHIP IN RELATIONS WITH PROFESSIONALS IN THE ASSESSMENT
OF PARENTS OF CHILDREN WITH NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS.
RODZINA–SPECJALISTA. SKALA OCENY PARTNERSTWA – POLISH ADAPTATION
OF THE FAMILY–PROFESSIONAL PARTNERSHIP SCALE

Abstract

The aim of the article is to present the procedure of Polish adaptation of the *Family–Professional Partnership Scale* (FPPS) developed by Jean A. Summers with the team of Beach Center on Disability, University of Kansas and also describe the psychometric properties of the adapted tool (reliability, structure factor, external validity and measurement stability). The following Polish name was used for the scale in the adaptation process: *Rodzina–Specjalista. Skala Oceny Partnerstwa*. The psychometric properties of the tool were verified based on research involving 334 parents of children with various neurodevelopmental disorders. *Skala Oceny Partnerstwa* is used to diagnose parents' satisfaction with the partnership as a key aspect of cooperation with professionals working with their children. It consists of 18 items. It enables researchers to calculate the overall score as well as the scores in two subscales: *Child-Focused Relationships* and *Family-Focused Relationships*. The scale has good psychometric properties and allows for conducting the testing in a relatively short time.

Keywords: neurodevelopmental disorders, family, professionals, partnership, adaptation of assessment tool