

TOMASZ GOSZTYŁA  
<https://orcid.org/0000-0001-5780-2862>  
tgosztyla@ur.edu.pl  
Uniwersytet Rzeszowski  
PAWEŁ GRYGIEL  
<https://orcid.org/0000-0001-9790-3772>  
pawel.grygiel@uj.edu.pl  
Uniwersytet Jagielloński  
ANETA LEW-KORALEWICZ  
<http://orcid.org/0000-0002-4193-7014>  
alew@ur.edu.pl  
Uniwersytet Rzeszowski

ISSN 0137-818X  
DOI: 10.5604/01.3001.0015.9193  
Data wpływu: 16.04.2021  
Data przyjęcia: 26.04.2022

## SKALA PRAKTYK WŁĄCZAJĄCYCH – POLSKA ADAPTACJA ENABLING PRACTICES SCALE

Celem artykułu jest prezentacja procedury polskiej adaptacji Enabling Practices Scale (EPS) autorstwa Iana Dempseya (1995) z Uniwersytetu Newcastle oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia (rzetelności, struktury czynnikowej, trafności zewnętrznej oraz stabilności pomiaru). Skala została opracowana jako narzędzie do diagnozy stosowanych przez profesjonalistów praktyk wspomagających i wzmacniających rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, ale może być także wykorzystywana w badaniach z udziałem rodziców dzieci z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi. W procesie adaptacji przyjęto polską nazwę: Skala Praktyk Włączających. Przeprowadzono badania z udziałem 334 rodziców dzieci z następującymi zaburzeniami neurorozwojowymi: spektrum autyzmu, niepełnosprawnością intelektualną, zespołem deficytu uwagi, specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się, zaburzeniami w komunikowaniu się, zaburzeniami motorycznymi oraz z innymi nieprawidłowościami w rozwoju. Wykonane analizy statystyczne potwierdziły zakładaną przez autora trójczynnikową strukturę skali, wzdłużną skalarną niezmienną pomiarową, wysoki poziom stabilności (test-retest) i zgodności wewnętrznej oraz adekwatną trafność zewnętrzną narzędzia.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia neurorozwojowe, wsparcie, adaptacja narzędzia diagnostycznego

### Wprowadzenie

Zaburzenia neurorozwojowe to grupa nieprawidłowości w rozwoju o neurobiologicznych uwarunkowaniach. Najczęściej diagnozowane są w dzieciństwie i charakteryzują się deficytami, które utrudniają funkcjonowanie indywidualne, społeczne, szkolne, a później także zawodowe. Zakres i głębokość deficytów różni się i może obejmować szereg nieprawidłowości dotyczących zarówno rozwoju motorycznego, jak i intelektualnego, emocjonalnego oraz społecznego (American Psychiatric Association, 2015). Zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), do zaburzeń neurorozwojowych zalicza się: spektrum

autyzmu, zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości ruchowej, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia w komunikowaniu się, specyficzne zaburzenia uczenia się oraz zaburzenia motoryczne.

Jednym z kluczowych czynników dobrej jakości terapii i edukacji dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi jest współpraca specjalistów z rodzicami (Lindsay i in., 2016; Marshall, Mirenda, 2002). Rodzina dziecka z zaburzeniami rozwoju po otrzymaniu diagnozy znajduje się w trudnej sytuacji. Zarówno sam fakt wykrycia niepełnosprawności u dziecka, jak również późniejsze, codzienne funkcjonowanie rodziny mogą stanowić źródło silnego stresu (Craig i in., 2016). Zmaganie się z kryzysem emocjonalnym, jakiego doświadczają rodzice, wiąże się z pokonywaniem jego kolejnych faz – szoku, rozpacz, pozornego przystosowania się i w efekcie konstruktywnego przystosowania się do sytuacji (Twardowski, 2008; Sekułowicz, 2007). W zależności od etapu radzenia sobie z trudnościami, na którym znajduje się rodzina, wymaga ona zróżnicowanych form wsparcia, dedykowanych zarówno rodzicom, jak i rodzeństwu osób z niepełnosprawnością. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się matki, gdyż to zwykle na nich spoczywa największy zakres odpowiedzialności za proces wychowania i rehabilitacji dziecka (Bałóg, 2019; Tomczyszyn, 2018). Znaczne obciążenia dotyczą jednak wszystkich członków rodziny, gdyż niepełnosprawność dziecka jest czynnikiem zakłócającym równowagę i funkcjonowanie całego systemu rodzinnego.

Trudne doświadczenia, które są udziałem rodziny, wpływają na zmiany w relacjach pomiędzy małżonkami, a także kształtowanie postaw rodzicielskich, które cechuje często nadopiekuńczość wobec dziecka i ograniczanie jego autonomii, a z drugiej strony nadmierny dystans i niekiedy odtrącenie. Rodzice są zagubieni w nieznanym dla nich sytuacji i często mają problemy z realną oceną możliwości i ograniczeń dziecka, co utrudnia rozwijanie jego samodzielności (Kościółek, Wolska, 2018; Myśliwczyk, 2017; Marmola, 2015).

Warunkiem przywrócenia homeostazy jest reorganizacja życia rodzinnego, a w szczególności kształtowanie pozytywnych więzi pomiędzy poszczególnymi osobami w rodzinie (Twardowski, 2012). Proces pomyślnego adaptacji do niepełnosprawności dziecka, dokonywanie pozytywnych zmian zależą od osobistych zasobów rodziców i wiążą się przede wszystkim z zaangażowaniem w planowanie i realizowanie celów, poczuciem własnej skuteczności oraz wysokim poziomem nadziei podstawowej, rozumianej jako przekonanie o uporządkowaniu i sensowności świata oraz jego przychylności ludziom (Byra, Parchomiuk 2018). W tym kontekście istotnym celem oddziaływań terapeutycznych jest upełnomocnienie rodziców, rozumiane jako zmiany w relacjach pomiędzy rodziną a otoczeniem społecznym, dostrzeżenie odpowiedzialności za własne sprawy i zwiększenie kompetencji rodziców, co wiąże się z samodzielnym zaspokajaniem potrzeb i osiąganiem zamierzonych celów (Twardowski, 2012; Kwaśniewska, 2007; Willis i in., 2019). Aby osiągnąć te cele, konieczne jest zapewnienie wysokiej jakości współpracy z rodzicami, co pozwoli na udzielanie właściwego do potrzeb wsparcia i profesjonalnej pomocy (Skórczyńska, 2006).

W poprzednich dziesięcioleciach, w okresie dominacji modelu medycznego w rehabilitacji, pacjent postrzegany był jako odbiorca usług, które proponowali i realizowali wykwalifikowani profesjonaliści (Twardowski, 2012). Wszelkie decyzje były

podjęmowane przez specjalistów, a od rodziców oczekiwano dostosowania się do wyznaczonych przez nich celów i metod działania. Z czasem, wraz z rozpowszechnieniem się społecznego modelu niepełnosprawności, zmienił się stosunek do udziału rodziców w rehabilitacji. Zaczęto dostrzegać zasoby tkwiące w rodzinie i możliwości ich wykorzystania w procesie terapii dziecka. Rodzina zaczęła być spostrzegana jako ważne, a niekiedy podstawowe ogniwo oddziaływań terapeutycznych i edukacyjnych, warunkujących ich efektywność (Dale, 2009; Azad i in., 2018).

Przyjmując, w myśl podejścia ekologicznego, że rodzina jest podstawowym środowiskiem rozwoju i wychowania dziecka, należy uwzględnić jej podstawowe cechy w planowaniu i realizowaniu oddziaływań pomocowych, co pozwoli na reagowanie zarówno na potrzeby dziecka, jak i całej rodziny. Współpraca specjalistów z rodzicami umożliwia rozpoznawanie potrzeb, aktywizowanie i dynamizowanie rozwoju dziecka w obu kontekstach środowiskowych (Kwaśniewska, 2007; Beveridge, 2005). Profesjonaliści dzielą się z rodzicami swoją wiedzą i doświadczeniem, aby zwiększyć kompetencje matek i ojców oraz nauczyć ich metod pracy z dzieckiem. Pełnią oni funkcję konsultantów i instruktorów dla rodziny. Rodzice natomiast przekazują wiedzę o dziecku, jego potrzebach, możliwościach rodziny. Są postrzegani jako istotny element procesu wspierania rozwoju dziecka, a ich zaangażowanie i uczestnictwo wpływa pozytywnie na efektywność oddziaływań terapeutycznych i edukacyjnych (Kaiser, Roberts, 2012; Dale, 2009; Christenson, 2004).

Podejście zorientowane na rodzinę zakłada partnerskie relacje pomiędzy członkami procesu wspomaganie. Do najważniejszych założeń koncepcji możemy zaliczyć:

- przekonanie o silnym wpływie interakcji pomiędzy rodzicami a dziećmi na osiągnięcia rozwojowe dzieci;
- respektowanie prawa rodziców do podejmowania decyzji w sprawach dotyczących dziecka;
- pogląd, że optymalny rezultat oddziaływań zależy w dużej mierze od wspomaganie rozwoju dziecka w rodzinie;
- doskonalenie umiejętności rodziców w pracy z dzieckiem pozwala im zwiększyć poczucie kompetencji rodzicielskich (Skórczyńska, 2006).

Partnerstwo pomiędzy rodzicami, terapeutami i nauczycielami stanowi jeden z podstawowych warunków skuteczności oddziaływań terapeutycznych, pozwala na generalizowanie efektów terapii i podtrzymanie rozwiniętych u dziecka umiejętności czy sprawności (Kwasiborska-Dudek, 2020). Partnerska współpraca specjalistów z rodzicami jest bardzo ważnym aspektem wpływającym również na upęnomocnienie rodzin dzieci z niepełnosprawnością. W procesie upęnomocnienia rodziców uruchamiane zostają zasoby i siły rodziny w celu samodzielnego pokonywania występujących trudności. Elementy upęnomocnienia to przede wszystkim: poczucie skuteczności, poczucie możliwości decydowania o sobie, przekonanie o wartości własnych działań, możliwość zaspokajania własnych potrzeb, umiejętność korzystania z dostępnych zasobów, rozumienie otoczenia społecznego i wiara w możliwość wpływania na nie, aktywność i zaangażowanie, a także zdolność do występowania we własnym imieniu (Twardowski, 2012, s. 286–287). Rozwój tych umiejętności jest stopniowy

i odbywa się poprzez wspieranie rodziców w procesie wychowania i terapii dziecka. Aby go osiągnąć, konieczne jest pozytywne nastawienie specjalistów do idei upelnomocnienia, a także podjęcie działań na rzecz jej realizacji w partnerskiej relacji (Twardowski, 2012).

Jednakże, jak obrazują to badania, relacje o charakterze partnerskim pomiędzy rodzicami, terapeutami i nauczycielami nie są standardem w oddziaływaniach wspierających (Jacobs i in., 2016). Rodzice, pomimo gotowości, w niewielkim stopniu uczestniczą w zajęciach terapeutycznych, a otrzymywane wsparcie często oceniają jako niewystarczające. Również samodzielne decyzje rodziców nie zawsze są akceptowane przez specjalistów. System wsparcia rodziny jest niedostateczny, konieczne jest w szczególności otwarcie się na dialog i nawiązanie partnerskich relacji, zamiast wychodzenie z pozycji autorytetu (Barłóg, 2019; Żyta, Ćwirynkało, 2015).

W kontekście powyższych rozważań istotna jest diagnoza zadowolenia rodziców ze współpracy ze specjalistami, a w szczególności ze stosowanych przez nich praktyk związanych z upelnomocnieniem rodziców. W Polsce, jak do tej pory, brakowało stosownych narzędzi diagnostycznych, które by temu służyły. Celem artykułu jest przedstawienie procesu adaptacji oraz zaprezentowanie właściwości psychometrycznych Enabling Practices Scale (Skali Praktyk Włączających) autorstwa Iana Dempseya (1995) z Uniwersytetu Newcastle.

### Enabling Practices Scale (EPS)

EPS została opracowana jako narzędzie do pomiaru stosowanych praktyk wspomagających i wzmacniających rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (Dempsey, 1995), ale z powodzeniem może być wykorzystywana w badaniach z udziałem rodziców dzieci z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi. Istotnym założeniem przy konstruowaniu narzędzia było wsparcie skoncentrowane na rodzinie. Wzmocnienie jest tu rozumiane jako proces, w którym rodzice dzieci z niepełnosprawnością przejmują kontrolę nad swoim życiem i uzyskują krytyczne zrozumienie swojego otoczenia.

Narzędzie składa się z 24 twierdzeń dotyczących tego, w jakim stopniu – zdaniem rodzica – zespół profesjonalistów stosuje się do praktyk wspomagających i upodmiotawiających. Respondenci ustosunkowują się do każdego stwierdzenia na 5-stopniowej skali. Każdorazowo rodzic ocenia cały zespół. Poszczególne twierdzenia dotyczą m.in.: poszanowania przez zespół wartości ważnych dla rodziny; poczucia, że jest się równorzędnym partnerem; otwartości na sugestie ze strony rodzica; troski wyrażanej przez zespół o dziecko i rodzinę; współpracy przy tworzeniu programu dla dziecka; poczucia, że wskazówki i sugestie zespołu są możliwe do wykonania i przynoszą pożądane rezultaty.

Na podstawie badań przeprowadzonych z udziałem 127 rodziców dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną wyodrębniono następujące czynniki: poczucie komfortu w relacji (*comfort with relationship*), współpraca (*collaboration*), autonomia rodziców (*parental autonomy*). Wartość współczynnika alfa Cronbacha dla nich wyniosła odpowiednio: 0,93; 0,85 i 0,70. Z kolei w badaniach M. Cartera, C. Kemp i N. Sweller (2017) z wykorzystaniem EPS, przy udziale 128

rodzin dzieci z niepełnosprawnością, nie potwierdzono takiej struktury czynnikowej, uzyskując alternatywną: komfort i wzajemność (*comfort and reciprocity*), autonomia (*autonomy*) i wsparcie (*support*). Autorzy potwierdzają użyteczność narzędzia w zakresie oceny usług związanych z upodmiotowieniem rodziny osoby z niepełnosprawnością, jednocześnie postulując dalsze badanie jego właściwości psychometrycznych. EPS nie służy do oceny konkretnego specjalisty, ale całego zespołu, co może być przydatne przy ewaluacji działania fundacji, stowarzyszenia, szkoły albo oceny kompleksowego programu (projektu) skierowanego do rodzin z dzieckiem z zaburzeniami neurorozwojowymi.

### Opracowanie polskiej wersji skali

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki (DEC-2018/02/X/HS6/02306). Przed przystąpieniem do prac translatorskich i – w dalszej kolejności – badań empirycznych, uzyskano zgodę Dempseya na dokonanie polskiej adaptacji narzędzia. Postarano się również o zgody autorów polskich wersji kwestionariuszy i skal wykorzystywanych w ocenie trafności zewnętrznej adaptowanego narzędzia. Projekt uzyskał aprobatę Komisji Bioetycznej. Proces adaptacji obejmował opisane poniżej działania. Poszczególne pozycje narzędzia, wraz z instrukcją, przełożono z języka angielskiego na polski przy udziale trzech niezależnych tłumaczy z doświadczeniem w zakresie przekładania tekstów o tematyce psychospołecznej. Na podstawie uzyskanych tłumaczeń uzgodniono wersję roboczą skali, która poddana została tłumaczeniu zwrotnemu na język angielski (procedura backtranslation) przez dwóch niezależnych tłumaczy, którzy ustalili wersję zwrotną w języku oryginału. Następnie przygotowano drugą polską wersję roboczą skali, na podstawie tłumaczenia i tłumaczenia zwrotnego, która stała się przedmiotem eksperckiej analizy jakościowej z udziałem psychologów, pedagogów specjalnych i polonisty z dobrą znajomością języka angielskiego. Po uwzględnieniu uwag przyjęto ostateczną polską wersję skali, którą wykorzystano w badaniach z udziałem rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi.

### Osoby badane i procedura

W badaniach udział wzięło 334 rodziców dzieci z następującymi zaburzeniami neurorozwojowymi: spektrum autyzmu (146 przypadków), niepełnosprawnością intelektualną (33 przypadki), zespołem deficytu uwagi (13 przypadków), specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się (3 przypadki), zaburzeniami w komunikowaniu się (22 przypadki), zaburzeniami motorycznymi (43 przypadki) oraz innymi nieprawidłowościami w rozwoju (63 przypadki). O rodzaju zaburzenia stwierdzonego u dziecka informowali badani. Badania były anonimowe, a udział w nich w pełni dobrowolny. Wśród respondentów znalazły się 232 matki i 39 ojców, 63 osoby odmówiły podania płci. 172 osoby miały wykształcenie wyższe, 70 średnie, 20 zasadnicze zawodowe, 9 podstawowe lub niepełne podstawowe, 63 osoby nie udzieliły informacji na ten temat. Badani byli w wieku od 23 do 64 lat ( $M = 38,4$ ;  $SD = 6,86$ ). Zestawy narzędzi badawczych rozprowadzono w kopertach, z pisemną instrukcją wyjaśniającą, w jakim celu realizowany

jest projekt. Respondenci byli informowani o możliwości odstąpienia od badań w każdym momencie. Do rodziców docierano za pośrednictwem przeszkolonych terapeutów i nauczycieli, zatrudnionych w instytucjach wspierających rozwój ich dzieci (stowarzyszenia, fundacje, szkoły i przedszkola znajdujące się na terenie trzech województw: podkarpackiego, lubelskiego i śląskiego).

### Analizy statystyczne

Na uzyskanym materiale przeprowadzona została analiza: (a) rzetelności (zgodności wewnętrznej w oparciu o współczynniki alfa Cronbacha oraz omega); (b) zakładanej struktury czynnikowej; (c) wzdlużnej niezmienności pomiarowej; (d) stabilności longitudinalnej konstruktów latentnych (rzetelności typu test-retest: ci sami rodzice, badani po 1–2 tygodniach); (e) trafności zewnętrznej, z wykorzystaniem zmodyfikowanych polskich wersji Kwestionariusza do badania relacji między terapeutą i pacjentem F.-M. Starka (T-P) w wersji dla pacjentów (Cechnicki, Wojnar, 1997), Skali zaufania pacjent – lekarz Anderson i Dedrick (SZPL) (Krajewska-Kułak 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”). W przypadku analizy czynnikowej wykorzystano model konfirmacyjny, ponieważ celem było potwierdzenie struktury uzyskanej już przez Dempseya (1995). W modelowaniu struktury czynnikowej oraz niezmienności pomiarowej zastosowano estymator ważonych najmniejszych kwadratów ze skorygowaną średnią i wariancją (WLSMV) oraz eliminację braków danych parami (*pairwise deletion*). Niezbędne obliczenia wykonano za pomocą pakietów: SPSS, lavaan oraz semTools. Dwa ostatnie funkcjonują w otwartym środowisku R.

### Wyniki

Wykorzystując pracę tłumaczy i analizę ekspercką, przyjęto polską nazwę adaptowanego narzędzia: Skala Praktyk Włączających (SPW).

Pierwszy krok analiz obejmował weryfikację struktury czynnikowej skali SPW. 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). Przyjęto (Marsh, Hau, Grayson, 2005; Yu, 2002), że 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.

Przeprowadzone analizy potwierdziły, że zakładany przez autora skali model trójczynnikowy jest stosunkowo dobrze dopasowany do danych (por. tabela 1) i lepiej odzwierciedla relacje między zmiennymi niż model zakładający

występowanie jednego czynnika ( $\Delta\chi^2 = 201,817$ ;  $\Delta df = 3$ ;  $p < 0,001$ ;  $\Delta CFI = -0,023$ ;  $\Delta TLI = -0,025$ ;  $\Delta RMSEA = 0,027$ ).

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

Model	$\chi^2$	$df$	$p$	RMSEA	CFI	TLI	$\Delta RMSEA$	$\Delta CFI$	$\Delta TLI$
jednoczynnikowy	877,24	252	< 0,001	0,095	0,953	0,948	–	–	–
trójczynnika	566,61	249	< 0,001	0,068	0,976	0,973	0,027	-0,023	-0,025

Uwaga:  $\chi^2$  = 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*;  $\Delta$  = różnica

Standaryzowane ładunki czynnikowe dla wymiarów Komfortu, Współpracy i Autonomii były istotnie statystycznie różne od 0 (por. tabela 2). Średnia wielkość ładunków czynnikowych dla „Komfortu” wyniosła 0,786; dla „Współpracy” 0,818; dla „Autonomii” zaś 0,639.

**Tabela 2.** Standaryzowane ładunki czynnikowe (model konfirmacyjny – CFA)

Nr pozycji	Komfort		Nr pozycji	Współpraca		Nr pozycji	Autonomia	
	Ładunek	Błąd stand.		Ładunek	Błąd stand.		Ładunek	Błąd stand.
1	0,765**	0,030	13	0,643**	0,051	4	0,758**	0,038
2	0,730**	0,027	15	0,921**	0,017	10	0,264**	0,093
3	0,786**	0,023	16	0,870**	0,019	17	0,585**	0,069
5	0,873**	0,018	19	0,804**	0,017	21	0,947**	0,041
6	0,789**	0,023	20	0,854**	0,019	–	–	–
7	0,865**	0,016	–	–	–	–	–	–
8	0,810**	0,023	–	–	–	–	–	–
9	0,864**	0,018	–	–	–	–	–	–
11	0,753**	0,024	–	–	–	–	–	–
12	0,795**	0,028	–	–	–	–	–	–
14	0,800**	0,025	–	–	–	–	–	–
18	0,609**	0,040	–	–	–	–	–	–
22	0,796**	0,022	–	–	–	–	–	–
23	0,750**	0,033	–	–	–	–	–	–
24	0,807**	0,022	–	–	–	–	–	–

Uwaga: \* oznacza  $p < 0,05$ ; \*\* oznacza  $p < 0,01$

Kolejny krok poświęcono ustaleniu rzetelności pomiaru (jego zgodności wewnętrznej) skali kwestionariusza SPW. W tym celu wykorzystano klasyczny współczynnik alfa Cronbacha (1951) oraz – niezakładający tau-ekwiwalentności

– współczynnik omega (McDonald, 1999). Obie miary wiarygodności obliczane zostaną za pomocą polichorycznej macierzy korelacji, oddającej porządkowy poziom pomiaru wskaźników (Gadermann, Guhn, Zumbo, 2012). Narzędzie może zostać uznane za rzetelne (wewnętrznie zgodne), gdy miary alfa/omega osiągną wartość przynajmniej 0,7 (DeVellis, 2012).

Analizy rzetelności konstruktów latentnych dla modelu trójczynnika okazały się satysfakcjonujące (w przypadku „Komfortu”: alfa = 0,965; omega = 0,866; w przypadku „Współpracy”: alfa = 0,897; omega = 0,873; w przypadku „Autonomii”: alfa = 0,816; omega = 0,769).

W następnym kroku zweryfikowano wzdłużną niezmienną pomiarową, będącą krytycznym założeniem każdego porównania longitudinalnego lub międzygrupowego (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 niezmienną pomiarowa dowodzi pomiarowej „stabilności” cechującej narzędzie. Jest więc istotnym wskaźnikiem rzetelności narzędzia badawczego.

W omawianych analizach wykorzystano podejście zaproponowane przez Dubravkę Svetinę z zespołem (2020) oraz Hao Wu i Ryne’a Estabrooka (2016), zgodnie z którym w kroku pierwszym estymuje się model konfiguracyjny (M0), w którym wszystkie parametry modelu w każdym z okresów testuje się jako niezależne od siebie. W kroku drugim estymowany jest model zakładający równość odpowiadających sobie progów twierdzeń (niezmienną progowa). W ramach kroku trzeciego zakłada się dodatkowo niezmienną ładunków czynnikowych (niezmienną typu metrycznego). W kroku ostatnim estymowany zostaje model skalarny, w którym – oprócz wielkości ładunków czynnikowych oraz progów – ograniczenie równości nakłada się także na – odpowiadające sobie – średnie itemów.

Dla sprawdzenia, czy nałożone ograniczenia w znaczącym stopniu pogarszają dopasowanie modelu do danych w stosunku do modelu bez ograniczeń, uwzględniono zmianę ( $\Delta$ ) trzech miar:  $\chi^2$ , RMSEA oraz CFI. Przyjęto regułę, że hipoteza o niezmienności pomiarowej zostanie odrzucona, gdy spełniony zostanie któryś z trzech warunków: poziom istotności  $\Delta\chi^2$  będzie mniejszy niż 0,05,  $\Delta\text{RMSEA} \leq 0,01$ ,  $\Delta\text{CFI} \geq -0,002$  (Svetina, Rutkowski, Rutkowski, 2020).

Miary dopasowania modeli testowanych w ramach wzdłużnej niezmienności pomiarowej i różnice między nimi zebrano w tabelach 3 i 4. Przeprowadzone analizy wykazały, że kwestionariusz SPW charakteryzuje się częściową skalarną inwariancją pomiarową. Do jej osiągnięcia (por. poziom istotności różnic testu chi kwadrat) niezbędne stało się uwolnienie średnich dla dwóch pozycji: numer 10 oraz 13.

Dodatkowo stwierdzono stosunkowo wysokie korelacje wzdłużne między odpowiadającymi sobie zmiennymi latentnymi (dla „Autonomii”  $r = 0,87$ ; dla „Komfortu”  $r = 0,89$ ; dla „Współpracy”  $r = 0,89$ ), co świadczy o stosunkowo wysokim poziomie stabilności narzędzia.

W ostatnim kroku 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 Skali Praktyk Włączających z wynikami ogólnymi w STAR-P:  $r = 0,474$ ;  $p < 0,001$ ; z wynikiem w SZPL:  $r = 0,504$ ;  $p < 0,001$ ; z T-P (Akceptacja):  $r = 0,455$ ;  $p < 0,001$ ; z T-P (Profesjonalizm):  $r = 0,546$ ;  $p < 0,001$ ; z T-P (Niepewność):  $r = -0,430$ ;  $p < 0,001$ ; z T-P (Dominacja):  $r = -0,399$ ;  $p < 0,001$ ; z T-P (Odrzucenie):  $r = -0,403$ ;  $p < 0,001$ . Uzyskane wyniki potwierdziły więc trafność zewnętrzną adaptowanej skali.

**Tabela 3.** Miary dopasowania modeli testowanych w ramach wzdluznej niezmiennosci pomiarowej

Poziom niezmiennosci	$\chi^2$	$df$	$p$	RMSEA	CFI	TLI
konfiguralny	1978,40	1055	< 0,01	0,052	0,969	0,967
progowy	2025,27	1100	< 0,01	0,051	0,969	0,969
metryczny	2038,24	1123	< 0,01	0,050	0,970	0,970
skalarny bez modyfikacji	2066,97	1146	< 0,01	0,050	0,970	0,970
skalarny – modyfikacja 1	2063,29	1145	< 0,01	0,050	0,970	0,970
skalarny – modyfikacja 2	2060,86	1144	< 0,01	0,050	0,970	0,970

Uwaga:  $\chi^2$  = 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*. Modyfikacja 1 = uwolnienie sredniej pozycji numer 10. Modyfikacja 2 = uwolnienie sredniej pozycji numer 13

**Tabela 4.** Różnice miar dopasowania modeli testowanych w ramach wzdluznej niezmiennosci pomiarowej

Porównywane modele	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	$p$	$\Delta RMSEA$	$\Delta CFI$	$\Delta TLI$
progowy vs konfiguralny	31,105	45	0,943	-0,001	0,000	0,001
metryczny vs progowy	30,053	23	0,148	-0,001	0,000	0,001
skalarny – bez modyfikacji vs metryczny	48,002	23	0,002	0,000	0,000	0,000
skalarny – modyfikacja 1 vs metryczny	37,163	22	0,023	0,000	0,000	0,000
skalarny – modyfikacja 2 vs metryczny	30,341	21	0,085	-0,000	0,000	0,001

Uwaga:  $\chi^2$  = 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*;  $\Delta$  = różnica

## Procedura badania polską wersją skali

SPW składa się z 24 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na 5-stopniowej skali, gdzie: 1 – zupełnie nieprawdziwe, 2 – w dużej mierze nieprawdziwe, 3 – trochę prawdziwe, 4 – w dużej mierze prawdziwe, 5 – bardzo prawdziwe. Ogólny wynik SPW jest sumą liczb oznaczonych dla każdego twierdzenia

i maksymalnie może wynosić 120 punktów. Wyniki w podskalach uzyskuje się poprzez zsumowanie odpowiednich pozycji, zgodnie z podanym kluczem:

Komfort: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 18, 22, 23, 24  
 Współpraca: 13, 15, 16, 19, 20  
 Autonomia rodziców: 4, 10, 17, 21

## Podsumowanie

Celem artykułu było opisanie procedury polskiej adaptacji Enabling Practices Scale (EPS), autorstwa Dempseya oraz przedstawienie właściwości psychometrycznych adaptowanego narzędzia. Skala Praktyk Włączających pozwala na ujęcie stosowanych przez profesjonalistów pracujących z dziećmi z zaburzeniami neurorozwojowymi (terapeutów, pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych i nauczycieli) praktyk wspomagających i wzmacniających rodziców, w ich subiektywnej ocenie. Stwarza także możliwości praktycznej ewaluacji jakości pracy instytucji (szkoły, stowarzyszenia) bądź realizacji przedsięwzięć, np. turnusów rehabilitacyjnych. W odróżnieniu od niektórych wcześniejszych analiz (Carter i in., 2017) przeprowadzona konfirmacyjna analiza czynnikowa potwierdziła – zakładaną przez autora skali – trójczynnиковą strukturę kwestionariusza.

Narzędzie daje możliwość obliczenia wyników w podskalach Komfortu, Współpracy i Autonomii. Składa się z 24 twierdzeń, jest stosunkowo krótkie, a czas jego wypełnienia nie przekracza 10 minut. Skala w polskiej adaptacji ma zadowalające właściwości psychometryczne: wysoki poziom zgodności wewnętrznej, stabilności wzdłużnej oraz trafności zewnętrznej.

Mimo obiecujących wyników warto też zasygnalizować pewne ograniczenia niniejszych badań, mających na celu adaptację skali. Próba badawcza nie miała charakteru reprezentatywnego i dominowały w niej kobiety. Jeśli chodzi o poszczególne zaburzenia neurorozwojowe, przeważali rodzice dzieci ze spektrum autyzmu (blisko 44% badanych), a w przypadku niektórych problemów w rozwoju procentowy udział rodziców był niewielki, przykładowo, rodzice dzieci z zespołem deficytu uwagi stanowili około 4% badanych, a ze specyficznymi zaburzeniami w uczeniu się – niecały 1%. Ze względu na rozbieżne wyniki uzyskiwane przez różnych badaczy (por. np. Carter i in., 2017) w przyszłości należałoby dodatkowo zweryfikować strukturę narzędzia na większej, reprezentatywnej próbie badawczej z wykorzystaniem bardziej zróżnicowanych technik analitycznych (w tym eksploracyjnych analiz czynnikowych, eksploracyjnej analizy grafów etc.).

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2015). *Neurodevelopmental Disorders : DSM-5® Selections*. American Psychiatric Association Publishing.
- Azad, G.F., Marcus, S.C., Sheridan, S.M., Mandell, D.S. (2018). Partners in School: An Innovative Parent-Teacher Consultation Model for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 28(4), 460–486, doi: 10.1080/10474412.2018.1431550

- Barłóg, K. (2019). Upelnomocnienie rodziców dziecka z niepełnosprawnością w oddziaływaniach edukacyjno-rehabilitacyjnych. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 36, 176–191, doi: 10.4467/25439561.NP.19.053.12296
- Beveridge, S. (2005). *Children, Families and Schools. Developing partnerships for inclusive education*. London-New York: RoutledgeFalmer.
- Byra, S., Parchomiuk, M. (2018). Pozytywne zmiany w percepcji matek dzieci z niepełnosprawnością – struktura i uwarunkowania. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 30, 324–342, doi: 10.4467/25439561.NP.18.034.9872
- Carter, M., Kemp, C., Sweller, N. (2017). Construct validation of the Enabling Practices Scale. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(3), 223–229, doi: 10.3109/13668250.2016.1230182
- Cechnicki, A., Wojnar, M. (1997). Konstrukcja kwestionariusza do badania relacji między terapeutą a pacjentem psychiatrycznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 6, 269–276.
- Christenson, S.L. (2004). The family-school partnership: An opportunity to promote the learning competence of all students. *School Psychology Review*, 33, 83–104, doi: 10.1521/scpq.18.4.454.26995
- Craig, F., Operto, F.F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Ivagnes, S., Monaco, M., Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Research*, 242, 121–129, doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.016
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Dale, N. (2009). *Working with Families of Children with Special Needs: Partnerships and Practice*. London: Taylor and Francis e-library.
- Dempsey, I. (1995). The Enabling Practices Scale: The Development of an Assessment Instrument for Disability Services. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(1), 67–73.
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development: Theory and applications (3rd ed)*. London, New Delhi: SAGE.
- 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.
- 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.
- 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, doi:10.1111/bld.12141
- Kaiser, A.P., Roberts, M.Y. (2012). Parent-implemented enhanced milieu teaching with preschool children who have intellectual disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(1), 295–309, doi: 10.1044/1092-4388(2012/11-0231)
- Kościółek, M., Wolska, D. (2018). *Możliwości terapii i wsparcia osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UP.
- 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., Gołębiwska, A. (2008). Ocena zaufania pacjent lekarz z zastosowaniem skali Anderson i Dedrick. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(3), 414–418.

- Kwasiborska-Dudek, J. (2020). Rola rodziców we wczesnej interwencji terapeutycznej ESDM (Early Start Denver Model). W: A. Prokopiak (red.), *Osoby ze spektrum autyzmu w biegu życia* (s. 63–69). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kwaśniewska, G. (2007). Współczesne tendencje we wczesnej interwencji. W: G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny* (s. 88–93). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- 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, doi: 10.1111/1460-6984.12226
- Marmola, M. (2015). Relacje w małżeństwie a postawy rodziców wobec niepełnosprawnych dzieci. *Kultura – Przemiany – Edukacja*, 3, 132–142.
- 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). Mahwah, NJ: 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, doi: 10.1177/10883576020170040401
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: a unified treatment*. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Millsap, R.E. (2011). *Statistical approaches to measurement invariance*. New York: Routledge.
- Myśliwczyk, I. (2017). (Nie)szczęśliwi rodzice – refleksje rodziców dorosłych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w rekonstrukcjach biograficznych. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 25, 55–71, doi: 10.4467/25439561.NP.17.003.8079
- Sekułowicz, M. (2007). Rodzina wobec niepełnosprawności dziecka – problemy adaptacji i funkcjonowania. W: G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny* (s. 44–59). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Skórczyńska, M. (2006). *Współczesne tendencje we wczesnej interwencji u dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych. Perspektywa edukacyjna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- 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.
- 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, doi: 10.1080/10705511.2019.1602776
- Tomczyszyn, D. (2018). Podział obowiązków i władzy w rodzinie wychowującej dziecko z niepełnosprawnością intelektualną. *Opuscula Sociologica*, 1(23), 65–82, doi: 10.18276/os.2018.1-06
- Twardowski, A. (2008). Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 543–582). Warszawa: WSiP.
- Twardowski, A. (2012). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Willis, C.E., Reid, S., Elliott, C., Nyquist, A., Jahnsen, R., Rosenberg, M., Girdler, S. (2019). "It's important that we learn too": Empowering parents to facilitate participation in physical activity for children and youth with disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(2), 135–148, doi: 10.1080/11038128.2017.1378367
- 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, doi: 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*. Los Angeles: University of California.
- Żyta, A., Ćwirynkało, K. (2015). Wspieranie rodzin dzieci z niepełnosprawnością – perspektywa zmiany. *Wychowanie w Rodzinie*, 11(1), 377–396, doi: 10.23734/wwr2015.377.396

## POLISH ADAPTATION OF THE ENABLING PRACTICES SCALE

### *Abstract*

The aim of this paper is to present the procedure of the Polish adaptation of Enabling Practices Scale (EPS) by I. Dempsey (1995) from the Newcastle University and to present the psychometric properties of the adapted tool (reliability, factor structure, external validity and measurement stability). The scale was developed as a tool for diagnosing the support and empowerment practices used by professionals for parents of children with intellectual disabilities, but it can also be used in research involving parents of children with other neurodevelopmental disorders. In the adaptation process, the following Polish name was adopted: *Skala Praktyk Włączających*. The research was conducted among 334 parents of children with the following neurodevelopmental disorders: autism spectrum disorder, intellectual disability, attention deficit disorder, specific learning disorders, communication disorders, motor disorders, and other developmental disorders. The statistical analyses performed confirmed the three-factor structure of the scale assumed by the author, the longitudinal scalar measurement invariance, the high level of stability (test-retest) and the internal conformity as well as the adequate external validity of the instrument.

**Keywords:** neurodevelopmental disorders, support, diagnostic tool adaptation

**Skala Praktyk Włączających**

Ian Dempsey

w polskiej adaptacji T. Gosztyły, P. Grygiela i A. Lew-Koralewicz

Skala zawiera różne twierdzenia dotyczące sposobów, w jakich specjaliści mogą współdziałać z rodzinami i je traktować. Zakreśl tę odpowiedź, która najlepiej określa, na ile prawdziwie poszczególne twierdzenia opisują sposób, w jaki specjaliści współpracują z Tobą i Twoją rodziną.

Zakreśl cyfrę, która najlepiej opisuje Twoją odpowiedź lub odczucia odnośnie każdego twierdzenia	Zupełnie nieprawdziwe	W dużej mierze nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	W dużej mierze prawdziwe	Bardzo prawdziwe
Specjaliści i ja jesteśmy zgodni odnośnie tego, co jest najważniejsze w planie terapii mojego syna/mojej córki	1	2	3	4	5
Łatwo jest postępować zgodnie z radami specjalistów	1	2	3	4	5
Omawiając plan terapii mojego syna/mojej córki, specjaliści uwzględniają moją rodzinę i bliskich	1	2	3	4	5
To ja jestem osobą podejmującą najważniejsze decyzje dotyczące planu terapii mojego syna/mojej córki	1	2	3	4	5
Sugestie specjalistów dotyczące pracy z moim synem/moją córką sprawiają, że czuję się komfortowo	1	2	3	4	5
Specjaliści akceptują wartości i przekonania naszej rodziny	1	2	3	4	5
Jestem równorzędnym partnerem w relacji ze specjalistami	1	2	3	4	5
Współpraca ze specjalistami sprawiła, że czuję się bardziej kompetentna/y	1	2	3	4	5
Przy planowaniu terapii mojego syna/mojej córki dobrze się współpracuje ze specjalistami	1	2	3	4	5
Mam poczucie, że to mnie należy się największe uznanie za postępy mojego syna/mojej córki	1	2	3	4	5

Zakreśl cyfrę, która najlepiej opisuje Twoją odpowiedź lub odczucia odnośnie każdego twierdzenia	Zupełnie nieprawdziwe	W dużej mierze nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	W dużej mierze prawdziwe	Bardzo prawdziwe
Z pomocą specjalistów jestem w stanie szybko rozwiązywać problemy	1	2	3	4	5
Sugestie specjalistów są pozytywne	1	2	3	4	5
Specjaliści zachęcają mnie do kontaktu z rodziną i bliskimi, kiedy potrzebuję rady	1	2	3	4	5
Specjalistom zależy na moim synu/mojej córce i rodzinie	1	2	3	4	5
Wsparcie specjalistów spełnia potrzeby naszej rodziny	1	2	3	4	5
Specjaliści wychodzą naprzeciw troskom i potrzebom naszej rodziny	1	2	3	4	5
To ja w największym stopniu odpowiadam za ważne zmiany w życiu mojego syna/mojej córki	1	2	3	4	5
Czuję się swobodnie, dając rady specjalistom, jeśli poproszą mnie o wsparcie	1	2	3	4	5
Stosując się do sugestii specjalistów, nauczyłam/em się, jak radzić sobie z trudnościami w mojej rodzinie	1	2	3	4	5
Specjaliści oferują pomoc w odpowiedzi na potrzeby naszej rodziny	1	2	3	4	5
Decyduję o planach terapii dla mojego syna/mojej córki	1	2	3	4	5
Specjaliści chętnie przyjmują moje sugestie	1	2	3	4	5
Czuję, że potrafię wprowadzić w życie sugestie specjalistów	1	2	3	4	5
Sugestie specjalistów dotyczące zajmowania się moim synem/moją córką w domu przynoszą dobre rezultaty	1	2	3	4	5

Copyright © 1995 Ian Dempsey  
Wszelkie prawa zastrzeżone