

## رابطه توانمندی خانواده با کنترل متابولیک و پایبندی به برنامه‌های درمان در کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا

ملیحه خلوتی<sup>1\*</sup>؛ ایوب نافی<sup>2</sup>؛ محمود سلطانی<sup>3</sup>

### چکیده

زمینه: امروزه پدر و مادرها به‌طور چشمگیری در آموزش، پرورش و درمان کودکان خود با ناتوانی‌های پیشرفته مشارکت می‌کنند. با در نظر گرفتن محدودیت‌های مالی، تغییر ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی حاکم بر جامعه می‌توان گفت والدین در کنار نقش اصلی خود در مواردی، نمایندگی ابراز نیازهای خاص کودکان خود را نیز به‌عهده دارند. به هم پیوستن این نقش‌های متعدد توانمندسازی نامیده می‌شود، که عاملیت فعال پدر و مادر و احساس کنترل بر خود، فرزند و خانواده خود را منعکس می‌کند. پژوهش حاضر به بررسی رابطه میزان توانمندی والدین در کنترل میزان فنیل و پایبندی به برنامه‌های درمانی کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا در استان فارس می‌پردازد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مطالعات همبستگی است. ابزار پژوهش شامل مقیاس توانمندی خانواده کرن، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، چک‌لیست میزان فی در خون و پایبندی به برنامه‌های درمانی والدین توسط 80 خانواده تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 و با آزمون‌های همبستگی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میزان توانمندی خانواده و کنترل متابولیک ( $r=0/724$ ) و پایبندی به برنامه‌های درمانی ( $r=0/527$ ) ارتباط معناداری وجود دارد ( $P<0/01$ ) و 45 درصد تغییرات واریانس توانمندی والدین توسط تحصیلات مادر تبیین گردید.

نتیجه‌گیری: توانمندی خانواده نگرش، دانش و رفتار خانواده را در حوزه ارتباط خانواده با فرزند، سیستم خدمات و جامعه شرح می‌دهد. این مفهوم می‌تواند به‌عنوان منبع روانی و حمایتی در مراقبت از کودکان مبتلا به اختلالات متابولیک و ناتوانی‌های پیشرفته به حساب آید.

کلیدواژه‌ها: پایبندی به درمان، توانمندسازی، خانواده، فنیل کتونوریا، کنترل متابولیک

«دریافت: 1393/6/10 پذیرش: 1393/8/27»

1. معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

2. گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

3. معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

\* عهده‌دار مکاتبات: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت درمان، تلفن: 09177317699

Email: ma.khalvati@yahoo.com

### مقدمه

رابطه بین سازگاری والدین و تنظیم بیماری‌های مزمن فرزندان و امور درمانی آن‌ها، پدر و مادرها به‌طور چشمگیری در آموزش و پرورش و درمان کودکان مبتلا به ناتوانی‌های پیشرفته مشارکت داده شده‌اند. محدودیت‌های مالی و ایدئولوژی درحال تغییر، نقش پدر و مادر را به مواردی از قبیل جستجوگر اطلاعات مورد نیاز، ارائه‌دهندگان راه‌حل برای مشکلات خاص

شیوع بیماری فنیل کتونوریا حدود 1 در 10000-15000 در جهان است اما در ایران این نرخ حدود 1 در 6000 می‌باشد (1). افراد مبتلا به این بیماری شایع‌ترین و جدی‌ترین شرایط بهداشتی و سلامتی را در دوران نوزادی و کودکی نیاز دارند. با توجه به پیشرفت قابل ملاحظه در توجه متخصصان به

آن می‌داند و آنچه آن‌ها به‌طور بالقوه می‌توانند با خواسته‌های خود انجام دهند) و ج- رفتار (آنچه پدر و مادر در واقع انجام می‌دهند زمانی که به مدیریت بیماری می‌پردازند) است (5).

بر اساس ادبیات توانمندسازی مادرانی که مسئول رسیدگی به مشکلات زیادی در خانه هستند، می‌دانند که چگونه باید با ارایه‌دهندگان خدمات برخورد کنند و در بهبود خدمات جامعه‌ای نیز درگیر هستند و به فرزندانشان در برخورد با امور مربوط به بیماری و دستیابی به کنترل بهتر سطح بیماری بهتر کمک می‌کنند (6). کاملاً واضح است که والدین، به‌خصوص مادران کودکان مبتلا به PKU با بسیاری از امور روزمره مقابله می‌کنند و بعضی مواقع وظایف مشکلی از قبیل کنترل سطح فنیل، حفظ دقیق و متعادل رژیم غذایی و برنامه‌های کاردرمانی، گفتاردرمانی و... بر عهده آن‌ها می‌باشد. همچنین آن‌ها درگیر ویزیت‌های منظم متخصصان برای پایش‌های دوره‌ای، حملات تشنج و بستری شدن کودکانشان در بیمارستان در زمان‌های لازم می‌باشند. همه این امور محدودیت‌هایی را در شیوه زندگی همه اعضای خانواده به وجود می‌آورد.

مطالعه حاضر اقدام به بررسی بیشتری در سهم منابع روانی والدین در تنظیم سطح فنیل کودکان مبتلا به PKU نموده است. به‌خصوص این پژوهش سهم مفهوم نسبتاً جدید حس توانمندی والدین در پایداری آن‌ها به برنامه‌های درمانی و کنترل سطح فنیل کودکان مبتلا به PKU را بررسی می‌کند.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه، خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به PKU بودند که در زمان انجام پژوهش برای دریافت خدمات مشاوره درمانی، تغذیه‌ای و دریافت شیر و مواد غذایی رژیمی در تابستان 1390 به درمانگاه احمد نادر کاظمی شیراز مراجعه نمودند. بر

کودک، عضویت در گروه‌های مختلف به واسطه نیاز کودکانشان، یادگیری آموزش‌های خاص، فعالیت سیاسی و مهم‌تر از همه نمایندگی ابراز نیازهای خاص کودکان خود گسترش داده است. بهم پیوستن این نقش‌های متعدد، توانمندسازی نامیده می‌شود، که منعکس‌کننده عاملیت فعال پدر و مادر و احساس کنترل برخورد، فرزند و خانواده است (2). توانمندسازی فرایندی هدفمند و مداوم است که از طریق آن افراد فاقد سهم برابر از منابع، امکان دسترسی و کنترل بیشتر بر آن منابع را به‌دست می‌آورند (3).

جونز، گارلو، تورنبال و باربر (1996) پیشنهاد کردند که توانمندسازی، در سطوح فردی و خانوادگی، شامل پنج ایده می‌باشد: 1- کنترل و اثربخشی درک‌شده از رویدادها در طول زندگی، 2- اثربخشی در تأثیرگذاری بر شرایط زندگی از طریق مهارت حل مسأله، استراتژی-های مقابله‌ای و استفاده مؤثر از منابع، 3- روابط مشارکتی خانواده با متخصصین، 4- مشارکت جامعه‌ای از جمله رهبری در سازمان‌ها و 5- تنوع موقعیتی و زمانی، که در آن توانمندسازی در زمینه‌های مختلف، اشکال مختلف به خود می‌گیرد و منجر به تفاوت افراد در موقعیت‌های مشابه می‌شود (4). کرن، دچیلو و فریزن (1992) توانمندی والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی‌های پیشرفته را با ترکیب دو بعد نظری، مفهوم-سازی کرده‌اند. بعد اول سطوح توانمندسازی است که شامل سه حوزه: الف- خانواده بلاواسطه (احساس اثربخشی در حل مشکلات در خانه)؛ ب- ارتباط با سیستم خدمات (اقدام برای به‌دست آوردن خدمات مناسب برای فرزند خود) و ج- جامعه (فعالیت‌های پدر و مادر که باعث بهبود خدمات به‌طورکلی برای خانواده‌ها و کودکان می‌شود) است. بعد دوم اشاره به راه‌هایی که توانمندسازی ظاهر می‌شود دارد و شامل حوزه‌های: الف- نگرش (آنچه پدر و مادر در مورد مدیریت بیماری احساس می‌کند و به آن اعتقاد دارد)؛ ب- دانش (آنچه پدر و مادر در مورد بیماری و درمان

زیرمقیاس‌های خانواده، سیستم خدمات و جامعه /سیاست به ترتیب 0/83، 0/88 و 0/63 به دست آمد. کنترل متابولیک: برای تعیین سطح فنیل خون کودکان نیز با بازخوانی نتایج آزمایش میزان فی که در یک آزمایشگاه مشخص (آزمایشگاه سعادت شهر شیراز) از طریق نمونه برداری از خون کودک به دست آمده بود استفاده شد. میزان فی نرمال در کودکان مبتلا به PKU 4-7 می‌باشد که در این پژوهش حد بالا یا پایین تر از نرمال نشان‌دهنده عدم کنترل سطح فنیل کودک می‌باشد. بنابراین کنترل متابولیک در چکلیست به صورت دارد/ ندارد ارزیابی گردید.

چکلیست پایداری به برنامه‌های درمان: پایداری والدین به برنامه‌های درمان نیز از طریق دفعات مراجعه والدین در طول سال به درمانگاه احمد نادر کاظمی و دریافت مشاوره تغذیه و حضور در جلسات آموزشی مخصوص والدین مورد سنجش قرار گرفت و به صورت پایداری به درمان دارد/ ندارد در چکلیست ثبت گردید.

#### یافته‌ها

32/5 درصد مادران و 37/5 درصد پدران بی‌سواد و فقط 5 درصد مادران و 3/5 درصد پدران تحصیلات دانشگاهی داشتند. در واقع متوسط سطح تحصیلات مادران و پدران شرکت‌کننده در مطالعه، مقطع راهنمایی بود. 5 درصد خانواده‌ها فاقد درآمد مستمر بوده و گذران زندگی آن‌ها از طریق مساعدت افراد نیکوکار امکان‌پذیر بود، 75 درصد خانوارها نیز درآمدی تا 500 هزار تومان داشتند. 42/5 درصد مراجعه‌کنندگان به درمانگاه نادر کاظمی در تابستان 1390 ساکن روستاهای استان فارس، 20 درصد ساکن شهرستان‌های استان فارس و 37/5 درصد نیز ساکن مرکز استان بودند. 30 درصد دارای یک فرزند، 35 درصد دارای دو فرزند، 21 درصد دارای سه فرزند، 13/8 درصد چهار فرزند و بیشتر بودند.

67/5 درصد کودکان مبتلا به فنیل کتونوری

این اساس که 80 خانواده دارای حداقل یک فرزند مبتلا به PKU وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس توانمندسازی خانواده و چکلیست کنترل متابولیک و پایداری به برنامه‌های درمان بود.

مقیاس توانمندسازی: این مقیاس توسط کرن و همکاران (1992) تدوین شده و شامل 34 گزینه است که در اصل برای ارزیابی توانمندی والدینی که فرزندان مبتلا به ناتوانی‌های حسی دارند تهیه شده است. در تنظیم گزینه‌ها از طیف لیکرت استفاده شده است (1= کاملاً غلط و 5= کاملاً درست). این مقیاس دارای سه زیرمقیاس خانواده با 12 گزینه (2، 4، 7، 9، 16، 21، 26، 27، 29، 31، 33 و 34)، سیستم خدمات با 12 گزینه (1، 5، 6، 11، 12، 13، 18، 19، 23، 28، 30 و 32) و جامعه/سیاست با 10 گزینه (3، 8، 10، 14، 15، 17، 20، 22، 24 و 25) است. کرن، دچیلو و فریزر در مطالعه‌ای به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس پرداختند. در مطالعه آن‌ها 440 والدین که دارای کودک مبتلا به اختلالات عاطفی و رفتاری بودند شرکت کردند. ثبات مناسب داخلی برای هر یک از سه زیرمقیاس (اجتماعی/سیاسی:  $a=0/88$ ، سیستم خدمات:  $a=0/87$  و خانواده:  $a=0/88$ ) به دست آمد. قابلیت اطمینان در retest ( $N=107$ ) برای هر یک از سه زیرمقیاس (خانواده:  $r=0/83$ ، سیستم خدمات:  $r=0/770$  و اجتماعی/سیاسی:  $r=0/85$ ) مناسب بود. اعتبار مقیاس نیز از تحلیل عاملی ارزیابی شد، که از سطوح و ابعاد چارچوب مفهومی حمایت کرد (5). مقیاس مذکور ابتدا به فارسی ترجمه شد. نسخه فارسی سپس با تکنیک برگشت ترجمه مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس پرسشنامه توسط 28 مادر دارای کودک مبتلا به فنیل کتونوریا و سه مادر دارای فرزند مبتلا به کالاکتوز از طریق مصاحبه فردی توسط محقق تکمیل گردید و ابهامات موجود در عبارت‌ها رفع گردید. آلفای کرونباخ کل مقیاس 0/91 بود و برای

جدول 1- فراوانی پایداری به برنامه‌های درمانی و کنترل متابولیک بر حسب جنسیت

متغیرها		جنسیت			
		پسر		دختر	
تعداد	درصد	جمع کل		تعداد	درصد
		ندارد	41		
دارد	13	16/2	6	7/5	19
ندارد	43	53/7	19	23/8	62
دارد	11	13/8	7	8/7	18

پایداری به برنامه‌های درمانی (0/332) است ( $P < 0/01$ ) (جدول 3).

برای پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته میزان توانمندی والدین بر اساس 5 متغیر مستقل (محل زندگی، تعداد فرزندان، درآمد خانواده و سطح تحصیلات مادر و پدر) از مدل رگرسیونی و روش Enter استفاده شد.

در مدل به دست آمده مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها 0/411 است که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته، همبستگی در حد قابل قبول وجود دارد. ضریب تعیین تعدیل شده ( $R^2_{adj}$ ) که برابر با 0/113 می‌باشد نشان می‌دهد که 11/3 درصد از کل تغییرات میزان توانمندی والدین وابسته به 5 متغیر مستقل ذکر شده در این معادله می‌باشد. به عبارت دیگر مجموعه متغیرهای مستقل، تنها حدود یک دهم از واریانس میزان توانمندی والدین را برآورد می‌کنند.

جدول 2- فراوانی میزان توانمندی خانواده

میزان توانمندی	تعداد	درصد	درصد تجمعی
خیلی کم	6	7/5	7/5
کم	19	23/8	31/3
متوسط	30	37/5	68/8
زیاد	17	21/3	90/0
خیلی زیاد	8	10/0	100/0
جمع	80	100/0	

شرکت‌کننده در مطالعه پسر و 32/5 درصد دختر بودند که نشان می‌دهد شیوع PKU بین کودکان پسر بیشتر از دختران بوده است.

بر اساس نتایج 51/3 درصد خانواده‌هایی که فرزند پسر و 25 درصد خانواده‌هایی که فرزند دختر مبتلا به فنیل کتونوریا داشتند به برنامه‌های درمانی پایبند نبودند یعنی در کلاس‌های آموزشی مخصوص والدین و کودکان و مشاوره تغذیه حضور نمی‌یافتند. تنها 23/7 درصد خانواده‌ها به برنامه‌های درمانی پایبند بودند. 53/7 پسران و 23/8 درصد دختران مبتلا به فنیل کتونوریا میزان فی کنترل شده نداشته و فقط 22/5 درصد کودکان کنترل متابولیک داشتند (جدول 1).

همچنین 31/3 درصد خانواده‌ها میزان توانمندی خود را خیلی کم و کم بیان کردند. میزان توانمندی 37/5 درصد از خانواده‌ها متوسط، 21/3 درصد زیاد و 10 درصد خیلی زیاد اظهار شده است. میانگین نمره کل توانمندی والدین  $118/1 \pm 24/2$  به دست آمد. میانگین نمره توانمندی والدین در زیرمقیاس‌های خانواده، سیستم خدمات و اجتماعی / سیاسی به ترتیب  $39/3 \pm 9/1$ ،  $43/2 \pm 8/8$ ،  $35/5 \pm 8/8$  به دست آمد (جدول 2).

نتایج آزمون همبستگی نشان‌دهنده همبستگی میزان توانمندی والدین با میزان فی کنترل شده کودک مبتلا به فنیل کتونوریا (0/724) و با پایداری به برنامه‌های درمانی والدین (0/527) و همبستگی کنترل متابولیک با

جدول 3 - ضرایب رگرسیونی

Sig.	t	ضرایب استاندارد		Model	
		Beta	خطای استاندارد B		
0/000	6/771		0/446	3/023	ضرایب
0/002	3/157	0/452	0/029	0/091	تحصیلات مادر
0/437	-0/781	-0/110	0/028	-0/022	تحصیلات پدر
0/990	0/012	0/001	0/147	0/002	درآمد
0/800	-0/254	-0/027	0/100	-0/025	تعداد فرزندان
0/099	-1/671	-0/179	0/129	-0/215	محل زندگی

کودکانی با اختلالات عاطفی قابل توجه، اختلال توجه و بیش‌فعالی نشان داد (10). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین مشخصات جمعیت‌شناختی، فقط میزان تحصیلات مادر است که رابطه مثبتی با میزان توانمندی اظهارشده توسط خانواده دارد. در مطالعه رایبسون (2005) رابطه مثبت و قوی بین سطح تحصیلات و درآمد والدین و توانمندی درک شده توسط والدین دارای کودکان ناتوان گزارش شد (11). در مطالعه حاضر، همبستگی بین میزان توانمندی والدین و کنترل متابولیک و پایبندی به برنامه‌های درمانی، قوی و معنادار بود. که این یافته‌ها در جهت تأیید یافته‌های مطالعه فلورین و الد (1998) بود که نشان داد سطح تحصیلات مادر به‌طور قابل‌توجهی با کنترل متابولیک و پایبندی به درمان در کودکان رابطه دارد و مادرانی که حس توانمندی بیشتری را تجربه می‌کنند کمک بیشتری به کودکان خود در تطابق با بیماری دیابت خود می‌کنند. در مطالعه سینگ و همکاران (1997)، عضویت والدین در گروه‌های حمایتی نیز ارتباط بسیار قوی‌ای با توانمندی والدین داشت. والدینی که در گروه‌های حمایتی عضو بودند در همه بعدهای مقیاس توانمندی، خود را بالاتر از والدینی که عضو این گروه‌ها نبودند ارزیابی کردند (10). مطالعه ویس و همکاران (2012) نشان داد که هرچه میزان توانمندی والدین بیشتر باشد

با توجه به مقدار F (3/005) در سطح خطای کوچک‌تر از 0/01 می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از 5 متغیر مستقل و یک متغیر وابسته، مدل مناسبی نبوده و متغیرهای مستقل قادر نیستند تغییرات میزان توانمندی والدین را تبیین کنند. همچنین 45 درصد تغییرات واریانس توانمندی والدین توسط تحصیلات مادر تبیین می‌شود. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی تنها تحصیلات مادر با میزان توانمندی آن‌ها رابطه معنادار نشان داد (جدول 3).

### بحث

با وجود استفاده گسترده از مفهوم توانمندسازی در ادبیات بالینی برای توصیف روند مطلوب و نتیجه‌ارایه خدمات (7) و وضعیت آن به‌عنوان یک واژه شناخته‌شده در ادبیات ناتوانی، این واژه بیشتر به‌صورت یک ساختار نظری و نه عملی (8) باقی مانده است. در حیطه توانمندی والدین، مطالعات پراکنده و محدودی صورت پذیرفته است. در پژوهش فلورین و الد (1998) از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، وضعیت اقتصادی خانواده با حس توانمندی مادر رابطه معنادار نشان داد (9). در مطالعه سینگ و همکاران (1997) از متغیرهای جمعیت‌شناختی نژاد والدین و سطح تحصیلاتشان، همبستگی قوی‌ای با میزان توانمندی والدین دارای

می‌کند (15). در مجموع نتایج مطالعه حاضر، حمایت تجربی بیشتری برای یافته‌های کرن (1992) مبنی بر این که ارزیابی جنبه‌های اصلی توانمندی والدین در میان جمعیت‌های گوناگون امکان‌پذیر است را فراهم کرد و نشان داد که توانمندی والدین می‌تواند به‌عنوان یک منبع برای حمایت و مراقبت از کودکان مورد توجه قرار بگیرد.

### نتیجه‌گیری

سطح تحصیلات مادر می‌تواند در میزان توانمندی والدین دارای کودک مبتلا به بیماری متابولیک اثرگذار باشد. سطح تحصیلات بالاتر مادران باعث می‌شود که آن‌ها ماهیت بیماری را بهتر درک کنند و استراتژی‌های مناسب‌تری در برخورد با نیازهای کودکانشان در پیش بگیرند. سطح تحصیلات مادر در محاسبه میزان پروتئین روزانه مورد نیاز کودک و دستور طبخ غذاهای مخصوص کودک نیز بسیار مؤثر است و اهمیت دارد. کنترل میزان فی موجود در خون کودک و ارتباط مداوم با متخصصین، مهم‌ترین عوامل در حفظ سلامتی کودک مبتلا به فنیل کتونوریا هستند. مطالعه حاضر نشان داد که والدینی که توانمندی خود را بالاتر ابراز کردند میزان فی کنترل‌شده‌تری از آزمایشات کودکانشان به‌دست آمد و پایداری بیشتری به برنامه‌های درمانی و ارتباط با متخصصین داشتند. همچنین توانمندی والدین می‌تواند به‌عنوان واسطه در حمایت و مراقبت از کودکان دارای ناتوانی‌های پیشرفته مورد توجه و مذاقه قرار بگیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز که امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند و همچنین همکاران درمانگاه احمد نادر کاظمی شیراز و تمامی خانواده‌هایی که در پژوهش مشارکت نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

مشکلات روانی مربوط به داشتن کودک اوتیسم در آن‌ها کم‌تر خواهد بود (12). میانگین نمره توانمندی والدین در مطالعه حاضر  $118/1 \pm 24/2$  به‌دست آمد. دمسی و دانست (2004) میانگین نمره کل توانمندی والدین در مطالعه خود در آمریکا را  $119/43 \pm 12/53$  و در استرالیا  $108/45 \pm 11/96$  به‌دست آوردند (13). در مطالعه ابراهیمی (2013) در ایران میانگین نمره توانمندی والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم در تبریز در خرده‌مقیاس‌های خانواده، سیستم خدمات و جامعه/سیاست پایین‌تر از میانگین به‌دست‌آمده (14) در مطالعه کرن و همکاران (1993) و دمسی و دانست (2004) گزارش شده است. یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعه ابراهیمی (2013) مبنی بر پایین بودن میانگین نمره توانمندی والدین در خرده‌مقیاس‌های توانمندی والدین و پایین بودن میزان توانمندی والدین ایرانی نسبت به والدین در سایر کشورها را تأیید می‌کند. متغیر پایداری به درمان در مطالعه حاضر بیانگر ارتباط مستمر والدین کودک مبتلا به فنیل کتونوریا با متخصصین و خانواده‌هایی است که دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا هستند. با توجه به ارتباط معناداری که بین پایداری به برنامه‌های درمانی و میزان توانمندی والدین به‌دست‌آمد می‌توان این‌گونه استدلال کرد که برخورداری از حمایت حرفه‌ای متخصصین و ارتباط با خانواده‌هایی با مشکلات مشابه می‌تواند بر میزان توانمندی والدین اثرگذار باشد همان‌گونه که مطالعه سینگ و همکاران (1997) و یافته‌های گریو و شلتون (2007) نیز این مهم را تصدیق می‌کند (10 و 15). گریو و شلتون (2007) در مطالعه‌شان که به بررسی رابطه بین میزان خانواده‌محور بودن خدمات مراقبتی دریافت شده توسط والدین، توانمندی والدین و مشکلات رفتاری کودکان پرداخته بودند به این نتیجه رسیدند که توانمندی خانواده و دریافت خدمات خانواده‌محور به‌طور مستقل بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان تأثیر دارند و در واقع توانمندی والدین به‌عنوان واسطه عمل

**References**

1. <http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=157&newsview=10693>[cited Apr 13 2014]
2. Staples, LH. Powerful ideas about empowerment. *Adm Soc Work*. 1990;14(2):29-42.
3. Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5): 581-99.
4. Jones TM, Garlow JA, Turnbull HR, Barber PA. Family empowerment in a family support program. In: Singer GH, Powers LE, Olson AL. *Redefining family support: innovations in public-private partnerships*. 1<sup>st</sup> ed. Baltimore: P.H. Brookes Publishing. 1996;86.
5. Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ. Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*. 1992;37(4):305-21.
6. Pond H. Parental attitudes toward children with a chronic medical disorder: Special reference to diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1979;2(5):425-31.
7. Salzer MS. Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. *Adm Policy Ment Health*. 1997;24(5):425-34.
8. Zimmerman MA. Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In Rappaport JL, Seidman E editores. *Handbook of community psychology*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Kluwer Academic Press. 2000;75.
9. Florian V, Elad D. The Impact of mothers' sense of empowerment on the metabolic control of their children with juvenile diabetes. *J Pediatr Psychol*. 1998;23(4):239-47.
10. Singh NN, Curtis WJ, Ellis RC, Wechsler AH, Best AM, Cohen R. Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 1997;5(4):223-9.
11. Robinson GM. Predictors of empowerment among parents of school-age children with disabilities: the role of family-centered behavior. PhD Thesis. British Columbia: Faculty of psychology. University of British Columbia. 2005;181.
12. Weiss AJ, Cappadocia MC, MacMullin J, Vecili M, Lunskey Y. The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*. 2012;16(3):261-74.
13. Dempsey I, Dunst JC. Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2004;29(1):40-51.
14. Ebrahimi H, Malek A, Babapoor J, Abdorrahmani N. Empowerment of mothers in raising and caring of child with autism spectrum disorder. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*. 2013;4(10):3109-13.
15. Graves KN, Shelton TL. Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child & Family Studies*. 2007;16(4):556-66.