

МРНТИ 15.91.70

А.С. Мустафина, С.А. Амитов

*Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан
(E-mail: aigul_m5@mail.ru, sultan_amitov@mail.ru)*

Адаптация опросника «Perceived Social Support Scale»: внутренняя согласованность и факторный анализ

Аннотация. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) вызывает академические и социальные трудности детей. СДВГ оказывает влияние на качество жизни семьи и повышает ее потребность в социальной поддержке. Инструменты оценки социальной поддержки могут значительно повысить эффективность социальной работы с данными семьями. Perceived Social Support Scale (Lai-Chong Ma) является опросником, измеряющим воспринимаемую и ожидаемую социальную поддержку родителей, воспитывающих детей с СДВГ. Цель нашего исследования - адаптация и измерение психометрических свойств, а именно, внутренней согласованности и факторной структуры данного опросника в социокультурных условиях Казахстана. Проведено эмпирическое исследование с участием 21 родителя детей с клинически диагностированным СДВГ. Каждый родитель заполнил бланк опросника и анкету для сбора социодемографических данных. Результаты показали достаточную внутреннюю согласованность 4 шкал опросника. Выявленная факторная структура соответствует теоретической концепции автора. Данный опросник имеет практическое значение для повышения эффективности социальной работы с семьями, воспитывающими детей с СДВГ.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, социальная поддержка, типы поддержки, ресурсы поддержки, внутренняя согласованность, факторный анализ.

DOI: <https://doi.org/10.32523/2616-6895-2020-130-1-206-215>

Поступила: 1.11.19 / **Допущена к опубликованию:** 30.01.20

Введение. СДВГ является психоневрологическим расстройством, общемировая распространенность которого среди детей и подростков составляет 5% [1]. Подобного эпидемиологического исследования в Казахстане не проводилось [2], но в странах СНГ распространенность практически соответствует мировому показателю: в Российской Федерации - 7,6% среди детей 7-10 лет [3], в Республике Беларусь - 6,2% среди детей в возрасте 3–15 лет [4].

Основные симптомы расстройства - это невнимательность, гиперактивность и импульсивность, которые связаны с особенностями развития и функционирования отдельных участков головного мозга. СДВГ приводит к ухудшению в эмоциональной, академической, поведенческой и социальной сферах [5, 166 стр.].

Наличие СДВГ у ребенка влияет на качество жизни детей и их семей. Доказано, что семьи детей с СДВГ имеют больше финансовых расходов из-за склонности детей к травмам и несчастным случаям [6]. Дети с СДВГ чаще обращаются в организации здравоохранения, а именно, к врачам общей практики (60,3% с СДВГ, 37,4% без СДВГ), узким специалистам (50,9% с СДВГ, 12,9% без СДВГ), чаще посещают отделения неотложной помощи (26% с СДВГ, 12,1% без СДВГ) [7].

Часто родители детей с СДВГ становятся социально изолированными, отчасти из-за трудностей, связанных с воспитанием детей с СДВГ, а отчасти из-за социальной стигматизации, связанной с наличием расстройства [8]. Ряд качественных исследований показывает, что родители детей с СДВГ испытывают общественное порицание и негативную реакцию на поведение их детей. В силу низкого импульс-контроля из-за

незрелости функций лобной коры головного мозга, низкого порога сенсорного насыщения, приводящего к гиперактивности, ребенок с СДВГ часто проявляет социально неподходящее и раздражающее поведение [9, 112 стр.].

Все вышеперечисленные трудности и последствия приводят к тому, что родители детей с СДВГ нуждаются в дополнительных ресурсах поддержки со стороны семьи, общества, организаций образования и здравоохранения. Социальная поддержка может выступить важным ресурсом помощи родителям в разрешении возрастных задач, связанных с развитием детей [10].

Социальная поддержка представляет собой «...предоставление социальной сетью психологических и материальных ресурсов, направленных на улучшение способности человека справляться со стрессом» [11, 676 стр.]. Социальная поддержка улучшает функционирование человека и может защитить его от неблагоприятных последствий ситуации риска [12].

Инструменты измерения социальной поддержки могут значительно повысить эффективность социальной работы с семьями детей с СДВГ, как на этапе оценки, так и на этапе интервенции.

Несмотря на важность социальной поддержки данных семей, в Казахстане и в странах СНГ не найдены инструменты оценки восприятия социальной поддержки родителями детей с СДВГ.

В зарубежной практике используются несколько опросников для измерения восприятия социальной поддержки, но только один предназначен для работы именно с родителями, воспитывающими детей с СДВГ. Профессор Lai-Chong Ma разработала опросник Perceived Social Support Scale (PSS) для оценки воспринимаемой и ожидаемой социальной поддержки. Воспринимаемая социальная поддержка отражает степень удовлетворения оказываемой помощью. Ожидаемая социальная поддержка – это поддержка, которую родитель хотел бы получить от семьи, друзей или других источников.

В разработке опросника Ма использовала классификацию Cohen Wills (1985), включающую четыре типа социальной поддержки: информационную, эмоциональную, инструментальную и аффилиационную. Информационная поддержка помогает людям преодолеть неопределенность, которая связана с диагнозом, лечением и другими аспектами. Иными словами, эта поддержка представляет собой предоставление релевантных сведений. Эмоциональная поддержка представляет собой удовлетворение базовых потребностей быть ценным как личность независимо от достижений. Инструментальная поддержка – это ресурс, который помогает мобилизоваться для удовлетворения основных нужд и включает действенную помощь. Аффилиационная поддержка определяется как взаимная внутренняя связь между людьми (человеческая потребность в дружеском общении) или человеком и различными институтами (степень взаимодействия). При этом в разных специфических ситуациях может больше требоваться один из типов социальной поддержки. Например, на этапе диагностики расстройства, больше требуется информационная и инструментальная.

Кроме того, PSS дифференциально измеряет социальную поддержку из 5 потенциальных источников: семья, друзья, школа, медицинские и социальные организации [10].

В целом, данный опросник имеет ряд преимуществ. Во-первых, опросник разработан специально для родителей детей с СДВГ. Во-вторых, оценивает четыре типа социальной поддержки. В-третьих, включает пять потенциальных источников поддержки.

Таким образом, целью нашего исследования является адаптация опросника PSS, а именно, перевод на русский язык и оценка внутренней согласованности и факторной структуры.

Методология. Наиболее часто применяемым и простым методом оценки внутренней согласованности является «сырой» коэффициент альфы Кронбаха. Данный коэффициент

измеряет то, насколько «...различные части теста (пункты и группы пунктов) могут рассматриваться как различные формы теста» [13, 157 стр.].

Для оценки валидности многомерных тестов со связанными переменными используется факторный анализ. Если в процессе факторного анализа выявленная внутренняя структурасоответствует теоретическому конструкту, который заложен разработчиком опросника, то это можно интерпретировать как валидность теста [13, 231 стр.].

Таким образом, сформулированы два исследовательских вопроса: (1) Какой внутренней согласованностью будет обладать опросник PSS при проведении его на казахстанской выборке?; (2) Будет ли соответствовать внутренняя структура опросника количеству и содержанию факторов, определенных автором, в казахстанском контексте?

Выборка и процедура. В исследовании принял участие 21 родитель, воспитывающий ребенка с СДВГ в возрасте 7-12 лет. Рекрутирование осуществлялось через государственные школы города Алматы. Родители приглашались на двухчасовые психообразовательные беседы, организованные на базе Казахского национального университета имени аль-Фараби. По итогам беседы родителям предлагалось присоединиться к исследованию и заполнить переведенный опросник PSS.

Возраст большинства родителей находился в пределах 36-40 (38,1%), 31-35 (23,8%) и 41-50 лет (28,6%). Все родители, принявшие участие в исследовании, были женщины (100%), имели рабочую занятость на полный день (71,4%), среднеспециальное и высшее образование (42%), средний доход семьи равнялся или превышал 200 тысяч тенге (52,4%).

Методы измерения. Perceived Social Support Scale (PSS) содержит 5 шкал (семья, друзья, школа, медицинские организации, социальное обслуживание). Каждая шкала имеет 2 подшкалы (воспринимаемая социальная поддержка, ожидаемая социальная поддержка). Таким образом, опросник включает 10 подшкал. Подшкалы включают в себя 4 типа социальной поддержки. Родители оценивают каждый тип в отдельности. Например, вопрос об удовлетворенности поддержкой со стороны семьи сформулирован следующим образом: «С учетом Вашей нынешней ситуации члены Вашей семьи могут оказывать вам различные виды помощи и поддержки. Насколько Вы удовлетворены их поддержкой?», и предлагается оценить 4 типа поддержки: (а) предоставляют Вам информацию о СДВГ (информационная); (b) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку (эмоциональная); (с) предлагают вам прямую непосредственную помощь (инструментальная); (d) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь (аффилиационная).

Таким образом, основное содержание опросника включает 4 одинаковых утверждения для оценки воспринимаемой и ожидаемой социальной поддержки.

Оценка проводится по 4-балльной шкале Лайкерта (1 = очень неудовлетворен, 2 = неудовлетворен, 3 = удовлетворен, 4 = очень удовлетворен). Ожидаемая социальная поддержка оценивается по шкале: 1 = нежелательно, 2 = скорее нежелательно, 3 = скорее желательно, 4 = желательно. Более высокие баллы означают большую удовлетворенность или более высокие ожидания.

Также опросник содержит несколько открытых вопросов, где родители могут описать виды помощи, которые они хотели бы получить от семьи, друзей, школы, медицинских и социальных служб.

Исследования автора опросника показали высокую внутреннюю согласованность, которая варьировалась от 0,80 до 0,91[10].

От автора опросника были получены разрешение на перевод и адаптацию, а также бланк опросника.

В соответствии с существующей практикой осуществлен прямой и обратный перевод опросника. После сопоставления переводов вопросы и утверждения скорректированы.

Статистические процедуры. Статистические процедуры проведены с помощью программы IBM Statistics SPSS 25. Рассчитан коэффициент альфа Кронбаха. Факторный анализ проведен с помощью метода анализа главных компонент (principal components analysis), который является одним из эффективных решений факторного анализа [14, 15]. Для каждого вопроса опросника измерена факторная нагрузка, которая позволяет выявить, действительно ли этот вопрос относится к фактору, определенному в теоретическом конструкте [13, 75 стр.]. Факторные нагрузки измерены с помощью метода вращения варимакс (varimax rotation), основой которого является ортогональное вращение факторных осей. Данный метод позволяет получить более простую структуру и упростить интерпретацию данных [16, 283 стр.].

Результаты. Обсуждение.

Описательная статистика

В связи с тем, что дети с СДВГ не относятся в Казахстане к категории детей с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями, в отличие от существующей зарубежной практики [17], шкала «Социальное обслуживание» была не заполнена большинством участников. В последующем данная шкала была исключена из статистического анализа.

Среднее значение по шкалам варьировалось от 1,78 до 3,58 (таблицы 1-2). Участники наиболее удовлетворены социальной поддержкой со стороны семьи и друзей. В то же время родители были менее удовлетворены поддержкой со стороны школы и медицинских организаций. Эти данные соответствуют результатам исследования, проведенного автором опросника в Гонконге. Родители детей с СДВГ оценили свою первичную социальную сеть (семью, друзей), как более полезную, чем вторичную сеть (школы, медицинские и социальные службы). Также родители Гонконга были меньше всего удовлетворены поддержкой со стороны школы, особенно аффилиационной поддержкой. По мнению Ма, это связано с тем, что в школе нет достаточных ресурсов для удовлетворения особых потребностей детей с СДВГ [10].

Таблица 1

Описательная статистика результатов опросника PSS

Статистические данные	Семья		Друзья		Школа		Медицина	
	ВП	ОП	ВП	ОП	ВП	ОП	ВП	ОП
Среднее	2,13	3,58	2,22	3,20	1,78	3,50	1,88	3,46
Стандартные отклонения	0,67	0,52	0,64	0,55	0,36	0,47	0,77	0,44

Примечание. ВП – воспринимаемая поддержка, ОП – ожидаемая поддержка.

Таблица 2

Описательная статистика восприятия 4 типов поддержки

Типы поддержки		Среднее значение (стандартные отклонения)			
		Друзья	Школа	Медицина	
Информационная	ВП	1,95 (0,86)	2,19 (0,98)	1,48 (0,51)	1,81 (0,81)
	ОП	3,19 (0,81)	2,95 (0,66)	3,90 (0,30)	3,90 (0,30)
Эмоциональная	ВП	1,76 (0,62)	2,43 (0,87)	1,71 (0,84)	1,95 (0,92)
	ОП	3,71 (0,56)	3,57 (0,50)	3,67 (0,57)	3,57 (0,59)

Инструментальная	ВП	2,29 (0,78)	2,29 (0,78)	1,76 (0,62)	1,81 (0,92)
	ОП	3,76 (0,56)	3,38 (0,80)	3,48 (0,68)	3,33 (0,65)
Аффилиционная	ВП	2,14 (0,79)	2,10 (0,83)	1,57 (0,59)	1,76 (0,78)
	ОП	3,67 (0,57)	2,90 (0,76)	2,95 (0,66)	3,05 (0,59)

Примечание. ВП – воспринимаемая поддержка, ОП – ожидаемая поддержка

Больше всего родители недовольны информационной социальной поддержкой; среднее значение варьируется от 1,48 до 2,19. Наибольший разрыв между воспринимаемой и ожидаемой социальной поддержкой наблюдается в поддержке со стороны школы и медицинских организаций. Выявлен низкий уровень воспринимаемой эмоциональной поддержки со стороны семьи и школы (1,76 и 1,71 соответственно), который значительно отличается от ожидаемой. Родители менее удовлетворены инструментальной и аффилиционной поддержкой со стороны школы и медицинских служб.

Важно отметить, что выявленный уровень удовлетворенности социальной поддержкой ниже, чем в предыдущем исследовании; средние значения шкал восприятия поддержки варьировались от 2,34 до 2,94 [10].

Анализ открытых вопросов показал, что родители хотели бы получить следующую помощь от семьи: (1) понимание природы возникновения СДВГ другими членами семьи; (2) поддержка супругом; (3) активное участие отца в воспитании детей; (4) материальная поддержка и (5) хорошие отношения между детьми семьи. Также результаты показали, что участники нуждаются в следующей поддержке со стороны школы: (1) дополнительная помощь со стороны школьного психолога, логопеда, социального педагога; (2) понимание природы СДВГ школьными работниками; (3) понимание со стороны учителя; (4) обучение учителей работе с детьми с СДВГ; (5) привлечение к внеклассной деятельности и поощрение активности ребенка. Со стороны организаций здравоохранения родители нуждаются в совершенствовании диагностики и лечения.

Корреляционный анализ показал, что все шкалы коррелируют между собой (таблица 3). При этом, как и предполагалось, шкалы воспринимаемой и ожидаемой социальной поддержки имеют отрицательную связь.

Таблица 3

Корреляция шкал опросника PSS

Шкалы	1	2	3	4	5	6	7	8
1) ВП семьи	-							
2) ОП семьи	-0,38	-						
3) ВП друзья	0,50	-0,12	-					
4) ОП друзья	0,14	0,62	-0,21	-				
5) ВП школа	0,41	-0,30	0,09	-0,37	-			
6) ОП школа	0,36	0,12	0,20	0,12	-0,57	-		
7) ВП медицина	0,47	0,25	0,34	-0,09	-0,00	0,31	-	
8) ОП медицина	0,31	0,57	-0,16	0,41	-0,12	0,10	-0,12	-

Примечание. ВП – воспринимаемая поддержка, ОП – ожидаемая поддержка

Наиболее значимая отрицательная корреляция выявлена между воспринимаемой и ожидаемой поддержкой школы (-0,57) и семьи (-0,38). Корреляционная связь между воспринимаемой (0,50) и ожидаемой (0,62) поддержкой со стороны семьи и друзей подтверждает значимость и взаимосвязь данных первичных источников поддержки.

Внутренняя согласованность

Внутренняя согласованность опросника (за исключением шкалы «Социальное обслуживание») достаточная; коэффициент альфа Кронбаха для всего опросника составил 0,87. Внутренняя согласованность для шкал «Семья» и «Друзья» достаточная, для шкалы «Школа» удовлетворительная и для шкалы «Медицина» высокая (таблица 4).

Таблица 4

Внутренняя согласованность опросника (коэффициент альфа Кронбаха)

Источник социальной поддержки	Коэффициент альфа Кронбаха	
	Воспринимаемая	Ожидаемая
Семья	0,84	0,82
Друзья	0,80	0,80
Школа	0,61	0,84
Медицина	0,93	0,81

Факторная структура

Факторный анализ показал наличие 8 факторов (главных компонентов) в структуре опросника, что соответствует количеству факторов, определенных автором (за исключением двух компонентов шкалы «Социальное обслуживание», которая была исключена из статистического анализа).

Восемь главных компонентов определяют 83% дисперсии среди 32 пунктов. Данные компоненты и есть факторы, являющиеся «...единицами группировки переменных (признаков) на основе имеющихся между ними связей» [16, 279 стр.]. Факторный анализ подтверждает наличие 8 факторов, а именно 4 факторов воспринимаемой социальной поддержки и 4 факторов ожидаемой.

С помощью метода вращения варимакс определены факторные нагрузки (factor loadings), которые являются коэффициентами корреляции между переменными (пунктами опросника) и факторами (главными компонентами, определяющими наибольшую часть дисперсии).

В таблице 5 представлены факторные нагрузки. Ермолаев считает, что идеально факторные нагрузки должны быть больше 0,70, но данный стандарт достаточно высокий. В соответствии с минимальным уровнем значимости коэффициента корреляции в факторном анализе, мы рассматривали факторные нагрузки от 0,41 и выше (0,60 и выше - высокий уровень нагрузки, 0,41-0,59 - средний уровень факторной нагрузки, 0,40 и ниже - низкий уровень факторной нагрузки) [16, 285 стр.].

Таблица 5

Факторные нагрузки вопросов опросника PSS

Типы и ресурс социальной поддержки	Компоненты							
	2	3	4	5	6	7	8	
1								
Поддержка семьи								

Воспринимаемая	информационная	0,63							
	эмоциональная	0,79							
	инструментальная	0,61							
	аффилиционная	0,77							
Ожидаемая	информационная		0,68						
	эмоциональная		0,82						
	инструментальная		0,90						
	аффилиционная		0,79						
Поддержка друзей									
Воспринимаемая	информационная			0,61					
	эмоциональная			0,75					
	инструментальная			0,49					
	аффилиционная			0,84					
Ожидаемая	информационная				0,77				
	эмоциональная				0,42				
	инструментальная				0,59				
	аффилиционная				0,90				
Поддержка школы									
Воспринимаемая	информационная					0,48			
	эмоциональная					0,83			
	инструментальная					0,54			
	аффилиционная					0,81			
Ожидаемая	информационная						0,86		
	эмоциональная						0,77		
	инструментальная						0,82		
	аффилиционная						0,72		
Поддержка медицины									
Воспринимаемая	информационная							0,80	
	эмоциональная							0,93	
	инструментальная							0,91	
	аффилиционная							0,76	
Ожидаемая	информационная								0,64
	эмоциональная								0,92
	инструментальная								0,75
	аффилиционная								0,78

Примечание. Типы поддержки соответствуют вопросам опросника: информационная – предоставляют Вам информации о СДВГ; эмоциональная - разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку; инструментальная - предлагают вам прямую непосредственную помощь; аффилиционная - сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь.

Наиболее высокая и равномерная факторная нагрузка выявлена в отношении шестого (ожидаемая поддержка со стороны школы) и седьмого (воспринимаемая поддержка со стороны медицины) компонентов; варьировалась от 0,72 до 0,93. Наиболее низкий уровень факторной нагрузки выявлен в отношении вопроса об ожидаемой эмоциональной поддержки со стороны друзей (0,42). Перекрестные значимые нагрузки не выявлены.

Таким образом, выявлена восьмифакторная структура: 4 фактора воспринимаемой

социальной поддержки со стороны семьи, друзей, школы и медицины; 4 фактора ожидаемой поддержки от этих же источников. Факторный анализ показал, что внутренняя структура опросника соответствует структуре, заявленной автором.

Заключение. Результаты исследования показали достаточный уровень внутренней согласованности. Валидность опросника подтверждает внутренняя структура опросника, соответствующая теоретическому конструкту. В то же время шкалу «Социальное обслуживание» не удалось проверить на психометрические свойства, так как не получены данные от большинства участников. В Казахстане дети с СДВГ не относятся к категории детей с особыми образовательными потребностями, и не предусмотрены программы социальной помощи и защиты, также, как и иные вспомогательные услуги, финансируемые государством. В связи с этим содержание шкалы «Социальное обслуживание» не соответствует казахстанскому опыту. Данный факт не снижает практической значимости PSS; четыре шкалы (семья, друзья, школа, медицина) имеют достаточную внутреннюю согласованность и соответствующую факторную структуру.

Важно отметить, что данные процедуры измерения надежности и валидности опросника не охватывают все существующие методы. Выбор внутренней согласованности, как критерия надежности, и факторной структуры, как критерия валидности, обусловлен наибольшей экономичностью процедуры. Положительный результат данного исследования определяет будущие направления по измерению психометрических свойств. Например, проведение ретестовой процедуры, стандартизация тестовых норм.

Адаптация PSS имеет практическую значимость для социальной работы с семьями детей с СДВГ. Именно социальный работник помогает родителю наладить эффективное взаимодействие с социальными институтами (например, школой или организациями здравоохранения), укрепить сеть социальной поддержки. Поэтому знания о получаемой и ожидаемой социальной поддержке из различных источников помогут социальному работнику повысить эффективность интервенций.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual V. – Washington: American Psychological Association, 2013. – 970 p.
2. Алипбаева С.Р., Бекболатова С.Б. Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого-медико-педагогической консультации // Медицина. - 2013. - №8. - С.64-66.
3. Завыденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: новое в диагностике и лечении // Журнал медико-биологических исследований. - 2014. - №1. - С. 31-39.
4. Емельянцева Т. А. Гендерные аспекты скрининга гиперкинетических расстройств у детей в популяции Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013 - №3 (23) – С. 43-47.
5. Barkley, R. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. / R. Barkley. - New York: The Guilford Press, 2006. – 784 p.
6. Faraone S. V., Asherson P. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder // Nature reviews. Disease primers. – 2015. – №1. – P.1-23.
7. De Ridder A., De Graeve D. Healthcare Use, Social Burden and Costs of Children With and Without ADHD in Flanders, Belgium // Clinical Drug Investigation. – 2006. - №26 (2). –P. 75-90.
8. Ma J. L. C., Lai K. Y. C. Family engagement in children with mental health needs in a Chinese context: A dream or reality? Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work. – 2014. - №23(3-4). – P.173-189.
9. Романчук, О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / О.И. Романчук. – М.: Генезис, 2016. – 350с.
10. Ma J.L.-C., Lai K.Y.C., Lo J.W.K. Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice //Social Work in Mental Health. – 2017. - № 15 (1). – P.28-46.

11. Cohen S. Social Relationships and Health // American Psychologist. – 2004. – №4. – P.676-684.
12. Demary M. K, Malesky C. K. Critical Levels of Perceived Social Support Associated with Student Adjustment // School Psychology Quarterly. – 2002. – №17 (3). – P.213–241.
13. Psychometrics: an Introduction. Michael Furr Verne R. Bacharach translation from English A.S. Naumenko A.U. Popova under the editorship N.A. Baturina E.V. Eidman. - Chelyabinsk: South Ural State University, 2010. – 445p.
14. Гесман Х.В, Шеронов Е.А. Валидность психологического теста // Современная зарубежная психология. - 2013.- №4. – С.20-31.
15. Субботина А.В., Гржибовский А.С. Описательная статистика и проверка нормальности распределения количественных данных // Экология человека. - 2014. - №2. – С.51-57.
16. Ермолаев, О.Ю. Математическая статистика для психологов: учеб. для вузов / О.Ю. Ермолаев. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2003. - 336 с.
17. Мустафина А.С., Амитов С.А. Зарубежный опыт реализации прав детей с СДВГ в образовании и здравоохранении // Вестник КазНУ им. аль-Фараби. Серия психологии и социологии. - 2018. - №2. -С.104-115.

А.С. Мустафина, С.А. Амитов

Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

Аннотация. Гипербелсенділік және зейін жетіспеушілік синдромы (ГЗЖС) балалардың академиялық және әлеуметтік қиындықтарын тудырады. ГЗЖС отбасы өмірінің сапасына әсер етеді және оның әлеуметтік қолдауына қажеттілігін арттырады. Әлеуметтік қолдауды бағалау құралдары осы отбасылармен әлеуметтік жұмыстың тиімділігін едәуір арттыра алады. Perceived Social Support Scale (Lai-Chong Ma) ГЗЖС-мен балаларды тәрбиелеп отырған ата-аналарға қабылданатын және күтілетін әлеуметтік қолдауды өлшейтін сауалнама болып табылады. Біздің зерттеуіміздің мақсаты-психометрикалық қасиеттерді, атап айтқанда, Қазақстанның әлеуметтік-мәдени жағдайында берілген сауалнаманың ішкі келісімділігі мен факторлық структурасын бейімдеу және өлшеу. Клиникалық диагностикалық ГЗЖС бар балалардың 21 ата-анасының қатысуымен эмпирикалық зерттеу жүргізілді. Әр ата-ана сауалнама бланкісін және социодемографиялық деректерді жинауға арналған сауалнаманы толтырды. Нәтижелер барлық сауалнаманың жеткілікті ішкі келісімділігін және оның шкаласын көрсетті. Анықталған факторлық құрылым автордың теориялық тұжырымдамасына сәйкес келеді. Бұл сауалнаманың ГЗЖС бар балалардың отбасыларымен әлеуметтік жұмыстың тиімділігін арттыру үшін практикалық маңызы бар.

Түйін сөздер: назар тапшылығы және гипербелсенділік синдромы, әлеуметтік қолдау, қолдау түрлері, қолдау ресурстары, ішкі келісім, факторлық талдау.

A.C. Mustafina, C.A. Amitov

Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

**Adaptation of the questionnaire's "Perceived Social Support Scale":
internal consistence and factor analysis**

Abstract. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) entails some academic and social difficulties of children. ADHD influences on the quality of life of family and increases the parents' need of social support. Measures of social support can significantly improve the efficiency of social work with these family. Perceived Social Support Scale (Lai-Chong Ma) is a scale assessing the perceived and desire social support of parents of children with ADHD. The goal of the present study was to adapt and measure the psychometric properties, namely, internal consistence and factor structure of the questionnaire in the socio-cultural conditions in Kazakhstan. Twenty-one parents of clinically diagnosed ADHD children were the participants of this empirical research. Each parents had completed the scale and socio-demographic questionnaire. The results of indicated satisfactory internal consistence for 4 subscales. The identified factor structure confirmed the theoretical structure that was used by the author of scale. This scale is an

important measure to improve the efficiency of social work with family of children with ADHD.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, social support, types of support, sources of support, internal consistence, factor analysis.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual V. (American Psychological Association, Washington, 2013).
2. Alipbaeva S.R., Bekbolatova S.B. Metody diagnostiki sindroma giperaktivnosti s defitsitom vnimaniya v usloviyakh psikhologo-mediko-pedagogicheskoy konsultatsii [Methods of diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in the conditions of psychological, medical and pedagogical consultation]. *Meditina [Medicine]*, 8, 64-66 (2013). [in Russian]
3. Zavydenko N.N. Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti: novoe v diagnostike i lechenii [Attention deficit hyperactivity disorder: new knowledge in diagnosis and treatment]. *Zhurnal mediko-biologicheskikh issledovaniy [Journal of biomedical research]*, 1, 31-39 (2014). [in Russian]
4. Emelyantseva T. A. Gendernyye aspekty skrininga giperkineticheskikh rasstroystv u detey v populyatsii Belarusi [Gender aspects of screening of hyperactivity disorder of child in the Belorussian population], *Sotsialnaya i klinicheskaya psixiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 3 (23), 43-47 (2013). [in Russian]
5. Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. (The Guilford Press, New York, 2006).
6. Faraone S. V., Asherson P. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder, *Nature reviews. Disease primers*, 1, 1-23 (2015).
7. De Ridder A., De Graeve D. Healthcare Use, Social Burden and Costs of Children with and without ADHD in Flanders, Belgium, *Clinical Drug Investigation*, 26 (2), 75-90 (2006).
8. Ma J. L. C., Lai K. Y. C. Family engagement in children with mental health needs in a Chinese context: A dream or reality? *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 23 (3-4), 173-189 (2014).
9. Romanchuk O.I. Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detej [Attention deficit hyperactivity disorder in children] (Genezis, Moscow, 2016).
10. Ma J.L.-C., Lai K.Y.C., Lo J.W.K. Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice, *Social Work in Mental Health*, 15 (1), 28-46 (2017).
11. Cohen S. Social Relationships and Health, *American Psychologist*, 4, 676-684 (2004).
12. Demary M. K., Malesky C. K. Critical Levels of Perceived Social Support Associated with Student Adjustment, *School Psychology Quarterly*, 17 (3), 213-241 (2002).
13. Psychometrics: an Introduction. Michael Furr Verne R. Bacharach translation from English A.S. Naumenko A.U. Popova under the editorship N.A. Baturina E.V. Eidman. (South Ural State University, Chelyabinsk, 2010).
14. Gesman H.V., Sheronov E.A. Validnost' psihologicheskogo testa [Validity of psychological test], *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya [Foreign modern psychology]*, 4, 20-31 (2013).
15. Subbotina A.V., Grzhibovskiy A.S. Opisatel'naya statistika i proverka normal'nosti raspredeleniya kolichestvennykh dannykh [Descriptive statistic and exploring of normal distribution of qualitative date], *Ehkologiya cheloveka [Human ecology]*, 2, 51-57 (2014).
16. Ermolaev O.U. Matematicheskaya statistika dlya psihologov [Mathematical statistic for psychologists] (Moscow psychological social institute, Moscow, 2003).
17. Mustafina A. S., Amitov S.A. Zarubezhnyy opyt realizatsii prav detey s SDVG v obrazovanii i zdavoohranenii [Foreign experience in realizing the rights of children with ADHD in education and public health], *Vestnik KazNU im al-Farabi. Seriya psihologii i sotsiologii [Bulletin of al-Farabi Kazakh National University. Psychology and Sociology Series]*, 2, 104-115 (2018).

Сведения об авторах:

Мустафина А.С. – докторант 3 курса, специальность «Социальная работа», Казахский национальный университет имени аль-Фараби, пр.аль-Фараби, 71, Алматы, Казахстан.

Амитов С.А. – кандидат социологических наук, и.о. доцента кафедры социологии и социальной работы, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, пр.аль-Фараби, 71, Алматы, Казахстан.

Mustafina A.S. – 3rd year PhD student of the specialty “Social work”, Al-Farabi Kazakh National University, Al-Farabi str., 71, Almaty, Kazakhstan.

Amitov S.A. – Candidate of Sociological Sciences, Senior Lecturer, Department of “Sociology and Social work”, Al-Farabi Kazakh National University, Al-Farabi str., 71, Almaty, Kazakhstan.