© ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023
УДК: 615.851

**Для корреспонденции**
**Полякова Алена Сергеевна** – медицинский психолог
ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница»
Адрес: 163530, Архангельская обл., Приморский р-н, п. Талаги, д. 31
Телефон: +7 (8182) 66-96-55
E-mail: avt3.29apnd@yandex.ru

**А.С. Полякова, Э.Р. Конопленко**

# Сравнительный анализ психосоциальных характеристик участников программы ассертивной внебольничной терапии и лиц, получающих помощь только в стенах медицинского учреждения

*Оригинальное исследование*

ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Архангельск, Россия

*В одномоментном ретроспективном исследовании с целью сравнения психосоциальных характеристик участников программы ассертивной внебольничной терапии и пациентов, получающих помощь только в стенах медицинского учреждения, оценивались показатели социальной фрустрированности (УСФ-1), качества жизни (SF-36), отношения к приему лекарств (DAI-30). Из 80 пациентов амбулаторной психиатрической службы 40 были участниками программы, контрольную группу составили 40 больных со сходными клиническими и социально-демографическими характеристиками. Показано, что уровень социальной фрустрированности был ниже в основной группе (2,4 против 3,4, p<0,001). Участники программы доброжелательнее воспринимали прием лекарств (20 против 12, p<0,001), а также обнаруживали более высокие оценки социального и ролевого функционирования (56,3 против 37,5; 50 против 0 соответственно, p<0,001).*

***Ключевые слова:*** психосоциальная реабилитация; ассертивность; комплаенс; социальная фрустрированность; качество жизни

***Для цитирования:*** Полякова А.С., Конопленко Э.Р. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик участников программы ассертивной внебольничной терапии и лиц, получающих помощь только в стенах медицинского учреждения // Российский психиатрический журнал. 2023. № 2. С. 46–51.

**AS Polyakova, ER Konoplenko**

# Comparative analysis of psychosocial characteristics of Assertive Community Therapy model participants and patients receiving care in a medical institution only

*Original article*

Arkhangelsk Clinical Psychiatric Hospital, Arkhangelsk, Russia

*In a cross-sectional retrospective study aimed at the comparison of the psychosocial characteristics of participants in the Assertive Community Therapy program and patients receiving care within the walls of a medical institution only, such indicators as social frustratedness (LSF-1), quality of life (SF-36), attitude towards taking medications (DAI-30) were evaluated. 40 out of 80 patients of the outpatient psychiatric service took part in the program, the control group being formed from 40 patients with similar clinical and socio-demographic characteristics. The main group showed lower level of social frustratedness (2.4 vs 3.4, p<0.001). The participants of the program were more open to taking medications (20 vs 12, p<0.001), allowed a better assessment of social and role functioning (56.3 vs 37.5; 50 vs 0, p<0.001).*

***Key words:*** psychosocial rehabilitation; assertiveness; compliance; social frustration; life quality

***For citation:*** Polyakova AS, Konoplenko ER. [Comparative analysis of psychosocial characteristics of Assertive Community Therapy model participants and patients receiving care in a medical institution only]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2023;(2):46–51. (In Russ.)

**Ограничения** во многих сферах социального и межличностного функционирования, свойственные лицам, страдающим психическими расстройствами, в повседневной лечебно-реабилитационной практике требуют разработки, внедрения и совершенствования индивидуализированных подходов психосоциальной реабилитации с целью предотвращения нарастающей изоляции больных и снижения качества их жизни [1, 2]. Вовлеченность пациента и характер терапевтического альянса опосредованы множеством факторов, для модификации которых необходим обязательный учет социально-психологических условий функционирования больных [3, 4].

Персонализированная помощь не только дает возможность выйти за строгие рамки госпитальной психиатрии, но и способствует развитию сотрудничества на основе доверия и доброжелательности, внимания к личностным качествам пациента, условиям его жизни и опыту преодоления болезни [5–7]. Комплексная полифакторная оценка качества жизни больных позволяет точнее выявлять основные мишени для стратегических реабилитационных вмешательств, вести непрерывную работу в контексте индивидуальных потребностей каждого пациента [4, 5, 8].

На базе амбулаторной службы ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» реализуется программа ассертивной внебольничной терапии (далее – АТ). Спецификой модели является ассертивность (от англ. assertive – настойчивый), что воплощается в виде баланса стимулирующего воздействия и опоры на инициативу и самостоятельность пациента [9–11].

Полипрофессиональная бригада специалистов (врач-психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе, модератор программы) оказывает персонализированную долговременную помощь и поддержку лицам с психическими расстройствами. Работа ориентирована преимущественно на взаимодействие вне стен медицинского учреждения (в любой комфортной для пациента среде). Помощь осуществляют по нескольким направлениям: психосоциальная поддержка и реабилитация, социально-бытовая реабилитация, социально-правовое сопровождение, а также социально-трудовая реабилитация. Помимо встреч вне стен медицинского учреждения и индивидуальной работы модель АТ предусматривает групповые тренинговые и психообразовательные занятия.

Руководитель организации, участковые врачи-психиатры находятся в тесном сотрудничестве с бригадой специалистов, направляют лиц с тяжелыми психическими расстройствами (сопровождающимися нарушением многих сфер функционирования, частыми регоспитализациями в круглосуточный стационар, системным и долгосрочным характером проблем) для включения в комплекс активных медико-социальных вмешательств. Стоит отметить, что привлечение медицинских психологов и специалистов по социальной работе представляется одним из перспективных путей преодоления проблемы кадрового дефицита в условиях нового порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н) [3, 12].

Основным показателем эффективности программы является сокращение количества повторных госпитализаций в психиатрический стационар, что способствует предотвращению социальной изоляции больных, снижению общего дистресса и сохранению достаточного уровня трудовой и межличностной адаптации. Помимо этого, в долгосрочной перспективе такой алгоритм работы подразумевает создание сообществ самопомощи и развитие широкой сети взаимной поддержки лиц с психическими расстройствами. Это снижает затраты на стационарное, полустационарное и амбулаторное лечение, а также оптимизирует нагрузки на учреждения здравоохранения [5, 6, 8].

***Цель*** настоящего исследования – сравнительный анализ психосоциальных характеристик участников программы ассертивной внебольничной терапии и лиц, получающих помощь только в стенах медицинского учреждения.

## Материал и методы

В исследование включено 80 пациентов с верифицированными психическими расстройствами, находящихся под диспансерным наблюдением в амбулаторном звене ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Средний возраст участников составил 36,9 года (SD=10,1). Среди пациентов было 39 женщин и 41 мужчина (48,7 и 51,3% соответственно). Все респонденты проживали в г. Архангельске, имели уровень образования не ниже основного общего (9 классов средней школы). В аспекте активности болезненного процесса лечащие врачи не отмечали нарастания симптоматики, режим лечения не претерпевал изменений в последние 3 месяца.

Для анализа психосоциальных характеристик были сформированы основная и контрольная группы. Основная группа представлена участниками программы АТ и составила 40 человек (были обследованы пациенты, не находящиеся на плановом лечении в дневном стационаре, принимавшие препараты в таблетированной форме), из них 21 женщина и 19 мужчин (52,5 и 47,5% соответственно) в возрасте от 18 до 55 лет (38,9±9,4 года). Контрольная группа была сформирована в соответствии с клиническими и социально-демографическими характеристиками участников программы АТ, в нее вошли 40 лиц с верифицированными психическими расстройствами (табл. 1).

**Таблица 1.** Распределение респондентов по нозологической принадлежности

| **Диагноз по МКБ-10** | **Основная группа (*n*)** | **Контрольная группа (*n*)** | **%** |
|---|---|---|---|
| Параноидная шизофрения (F20.0) | 23 | 23 | 57,5 |
| Смешанное расстройство личности (F61) | 5 | 5 | 12,5 |
| Шизотипическое расстройство (F21) | 4 | 4 | 10 |
| Биполярное аффективное расстройство (F31) | 3 | 3 | 7,5 |
| Органическое расстройство личности (F07.0) | 2 | 2 | 5 |
| Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.2) | 1 | 1 | 2,5 |
| Органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2) | 1 | 1 | 2,5 |
| Органический галлюциноз (F06.0) | 1 | 1 | 2,5 |

Была проведена стандартизированная оценка уровня социальной фрустрированности (опросник УСФ-1 Л.И. Вассермана) [13], отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory – DAI-30) [14] и ряда аспектов качества жизни – «Жизненная активность» (Vitality), «Социальное функционирование» (Social Functioning), «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (Role-Emotional) и «Психическое здоровье» (Mental Health) (Health Status Survey – SF-36) [15]. Исследование проводилось в виде индивидуального тестирования с использованием бланковых вариантов методик.

*Статистический анализ.* Статистические процедуры реализованы в программе JASP Team, Version 0.16 [16]. Нормальность распределения определялась с посредством критерия Шапиро–Уилка. Поскольку его параметры в большинстве переменных отличались от нормального, был применен критерий Манна–Уитни. Статистически значимыми рассматривались различия при $p$<0,05.

*Этический аспект.* Респонденты были проинформированы о конфиденциальности ответов, подписали добровольное согласие на участие в исследовании.

## Результаты и обсуждение

Социальная фрустрированность определяется как невозможность полноценного удовлетворения своих потребностей и реализации возможностей в различных областях функционирования. Длительное воздействие фрустрирующих факторов способствует нарастанию напряженности компенсаторных механизмов с высокой вероятностью их истощения, дестабилизации состояния с последующим обострением болезненных проявлений. Сравнительный анализ индекса социальной фрустрированности в основной и контрольной группах представлен на рис. 1.

Как следует из рис. 1, у участников основной группы индекс социальной фрустрированности находится в зоне так называемой неопределенной оценки, тогда как больные, регулярно получающие лечение в амбулаторных условиях, но не взаимодействующие с бригадой специалистов в рамках персонализированных реабилитационных вмешательств, обнаруживали значение, приближенное к зоне умеренной социальной фрустрированности, декларируя значимо большую неудовлетворенность в различных областях функционирования.

Для более детального анализа были построены условные профили оценок обозначенных сфер отношений в основной и контрольной группах (рис. 2).

Как следует из рис. 2, участники программы АТ отмечали более высокую удовлетворенность в 15 из 20 областей функционирования. Вместе с тем не обнаруживалось различий в оценке сфер, связанных с предшествующим жизненным опытом больного. Например, удовлетворенность образованием и уровнем профессиональной подготовки у участников основной и контрольной групп не различалась, однако недовольство сферой актуальной профессиональной деятельности, работой в целом и материальным положением у участников реабилитационной программы было значимо ниже. Помимо этого, одинаковый фрустрирующий потенциал для больных обеих групп представляли взаимоотношения с супругами, детьми и родителями, что позволяет предполагать более высокую устойчивость семейной дисгармонии к улучшению общего социального функционирования. Описанные особенности требуют активной интеграции членов ближайшего окружения пациента в процесс психосоциальной реабилитации с целью гармонизации семейной системы.

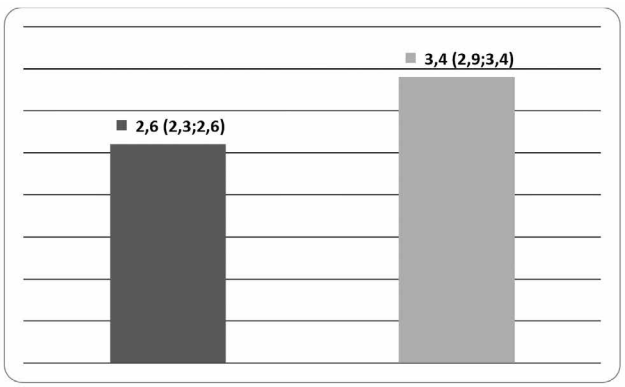


**Рис. 1.** Общий индекс социальной фрустрированности в основной и контрольной группах, *Me* (Q1;Q3).

Критерий Манна–Уитни, $p$<0,001. АТ – программа ассертивной внебольничной терапии.

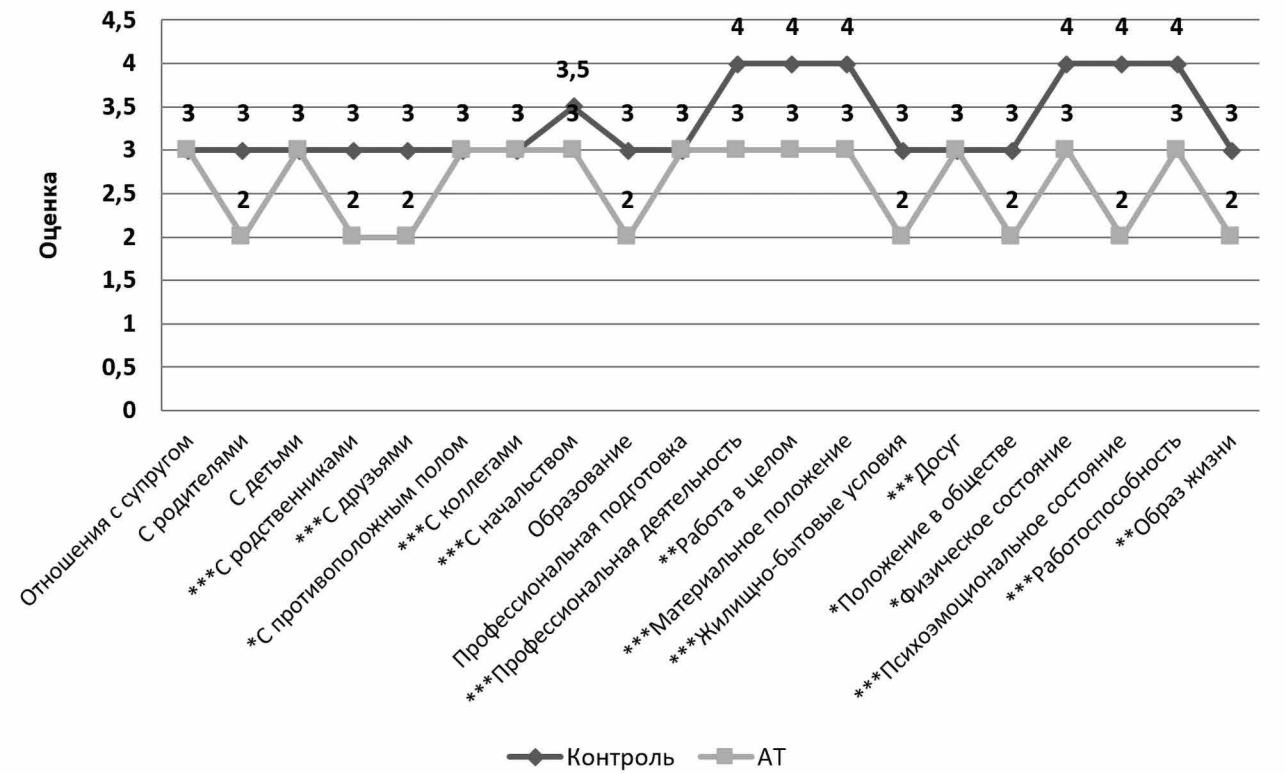


**Рис. 2.** Усредненные профили удовлетворенности сферами психосоциального функционирования у основной и контрольной групп, *Me*.

Критерий Манна–Уитни, * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. АТ – программа ассертивной внебольничной терапии.

Комплаенс рассматривается как согласие добровольно следовать всем рекомендациям врача (соблюдение схемы приема психотропных препаратов, нормализация режима дня, дозирование физических и эмоциональных нагрузок), что направлено на избавление пациента от дезадаптирующих симптомов заболевания или снижение их интенсивности. Одной из наиболее распространенных причин повторных госпитализаций в круглосуточный стационар у лиц с психическими расстройствами является недостаточная приверженность лечению. Сравнительный анализ оценки отношения к приему лекарств у участников реабилитационного процесса и контрольной группы представлен на рис. 3.

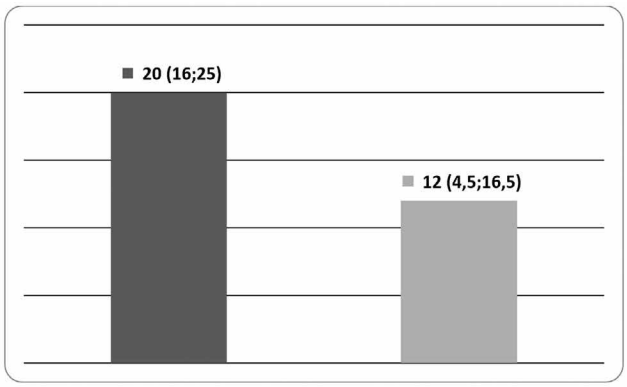


**Рис. 3.** Оценка отношения к приему лекарств в основной и контрольной группах, *Me* (Q1;Q3).

Критерий Манна–Уитни, $p<0,001$. АТ – программа ассертивной внебольничной терапии.

Установлено, что участники программы АТ демонстрируют более доброжелательное отношение к приему лекарственных средств. Соответственно, можно говорить о наличии достаточно устойчивого терапевтического альянса с лечащим врачом, доверии и приверженности фармакологическому лечению у лиц, регулярно взаимодействующих со специалистами вне стен медицинского учреждения.

Болезненные проявления психического расстройства неизбежно влекут за собой снижение качества жизни ввиду нарушения привычного функционирования, частичной или полной утраты способности выполнения профессиональных и социальных ролей, интернализации стигматизирующих установок. Обобщенные результаты сравнительного анализа некоторых аспектов качества жизни участников программы АТ и респондентов контрольной группы представлены в табл. 2.

Сравнительный анализ характеристик качества жизни выявляет более высокое субъективное благополучие по всем исследуемым параметрам у лиц, вовлеченных в персонализированный реабилитационный процесс. Участники программы АТ не ощущали себя столь обессиленными и инактивными в отличие от больных, получающих помощь только в стенах медицинского учреждения (Vitality) декларировали меньший уровень нервно-психического неблагопо-

**Таблица 2.** Сравнительный анализ показателей качества жизни в основной и контрольной группах, *Me* (Q1;Q3), критерий Манна–Уитни

| Показатель | Основная группа (*n*=40) | Контрольная группа (*n*=40) | p |
|---|---|---|---|
| Жизненная активность (Vitality) | 55 (40;65) | 30 (25;47,5) | <0,001 |
| Социальное функционирование (Social Functioning) | 56,3 (50;75) | 37,5 (25;50) | <0,001 |
| Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional) | 50 (33,3;100) | 0 (0;33,3) | <0,001 |
| Психическое здоровье (Mental Health) | 56 (48;70) | 40 (28;46) | <0,001 |

лучия (Mental Health). Интерес представляют и показатели, отражающие влияние психоэмоционального состояния на сферу социального взаимодействия, а также на возможность выполнять привычные ролевые модели (Social Functioning, Mental Health). Респонденты контрольной группы оценивали влияние актуального состояния на повседневную активность как дезадаптирующее, показатель качества ролевого функционирования соответствовал минимальному, тогда как участники основной группы отмечали средний уровень удовлетворенности возможностью выполнения привычных ролей.

## Заключение

Таким образом, у пациентов, включенных в программу АТ, выявляется более высокая удовлетворенность многими сферами социального функционирования и образом жизни в целом, хотя взаимоотношения с ближайшим окружением имеют одинаковый фрустрирующий потенциал для лиц с психическими расстройствами. Пациенты, регулярно взаимодействующие с полипрофессиональной бригадой, более доброжелательно воспринимают прием лекарственных средств и демонстрируют достаточную убежденность в пользе фармакологического лечения. Субъективная оценка таких аспектов качества жизни, как социальное и ролевое функционирование, жизненная активность и психическое благополучие, свидетельствует в пользу необходимости оказания персонализированной помощи с формированием совместной заинтересованности в повышении уровня социально-психологической адаптации пациента.

**Сведения об авторах**

*Полякова Алена Сергеевна* – медицинский психолог ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница» (Архангельск)

*Индексы:* ResearcherID: GLS-9312-2022; ORCID: 0000-0002-8140-5100

*E-mail:* avt3.29apnd@yandex.ru

*Конопленко Эльвира Расимовна* – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница» (Архангельск)

*Индекс:* ORCID: 0000-0002-0824-5809

*E-mail:* elvir2@yandex.ru

**Информация о конфликте интересов и источнике финансирования**

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

**Литература**

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
2. Данилов Д.С., Тювина Н.А., Морозова В.Д. Терапевтическое сотрудничество (комплайенс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества // Российский психиатрический журнал. 2013. № 2. С. 64–71.
3. Гурович И.Я., Краснов В.Н., Шмуклер А.Б. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 5–9.
4. Лутова Н.Б. Комплаенс в психиатрии и подходы к его улучшению // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 20–25.
5. Савельева О.В., Петрова Н.Н., Серазетдинова Л. Г. Клинико-организационные аспекты медико-реабилитационной работы в психоневрологическом диспансере // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 24–29.
6. Шмуклер А.Б. Клинико-психопатологический подход в системе реабилитации психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 1. С. 8–12.
7. Jochems E.C., Duivenvoorden H.J., van Dam A. et al. Testing the Integral Model of treatment motivation in outpatients with severe mental illness // Motiv. Emot. 2018. Vol. 42, No 6. P. 816–830. DOI: https://doi.org/10.1007/s11031-018-9708-0; PMID: 30416227

## Литература


8. Шендеров К.В., Винидиктова Г.И., Костюк Г.П. и др. Сравнительный анализ контингента и используемых лечебно-реабилитационных подходов в полустационарных подразделениях психоневрологического диспансера (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 45–52.
9. Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T., Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients // Dis. Manag. Health Outcomes. 2001. Vol. 9, No 3. P. 142–157. DOI: https://doi.org/10.2165/00115677-200109030-00003
10. Bond G.R., Drake R.E. Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT" // Community Ment. Health J. 2007. Vol. 43, No 4. P. 435–437. DOI: https://doi.org/10.1007/s10597-007-9091-x
11. Kortrijk H.E., Kamperman A.M., Mulder C.L. Changes in individual needs for care and quality of life in Assertive Community Treatment patients: an observational study // BMC Psychiatry. 2014. Vol. 14. P. 306. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-014-0306-8
12. Galderisi S., Rossi A., Rocca P. et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia // World Psychiatry. 2014. Vol. 13, No 3. P. 275–287. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20167
13. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустированности и ее практическое применение: Методические рекомендации. НИПНИ им. Бехтерева, 2004. 28 с. URL: http://nmic.bekhterev.ru/upload/documents/2004_socifrust.pdf?ysclid=ll40bq3bg3325776045 (дата обращения: 09.03.2023).
14. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity // Psychol. Med. 1983. Vol. 13, No 1. P. 177–183. DOI: https://doi.org/10.1017/s0033291700050182
15. Подкаменный В.А., Лиханди Д.И., Гордеенок С.Ф. и др. Использование опросника SF-36 для оценки качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца после операций коронарного шунтирования без искусственного кровообращения // Сибирский медицинский журнал. 2010. Т. 97, № 6. С. 227–229.
16. Love J., Selker R., Marsman M. JASP: Graphical Statistical Software for Common Statistical Designs // J. Stat. Softw. 2019. Vol. 88, No 2. P. 1–17. DOI: https://doi.org/10.18637/jss.v088.i02


## References


1. Gurovich IYa. [Directions for improvements of psychiatric care]. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2014;24(1):5–9. (In Russ.)
2. Danilov DS, Tyuvina NA, Morozova VD. [Therapeutic cooperation (compliance) in schizophrenia and psychopharmacotherapeutic methods to improve the quality]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2013;(2):64–71. (In Russ.)
3. Gurovich IYa, Krasnov VN, Shmukler AB. [Current condition of psychiatric care: immediate and long-term challenges]. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2015;25(3):5–9. (In Russ.)
4. Lutova NB. [Compliance in psychiatry and methods of its improvement]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2012;(2):20–5. (In Russ.)
5. Savel'eva OV, Petrova NN, Serazetdinova LG. [Clinical and organizational aspects of medical and rehabilitation work in a neuropsychiatric dispensary]. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2014;24(3):24–9. (In Russ.)
6. Shmukler AB. [Clinical-psychopathological approach in the system of rehabilitation of mental patients]. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2020;30(1):8–12. (In Russ.)
7. Jochems EC, Duivenvoorden HJ, van Dam A, et al. Testing the Integral Model of treatment motivation in outpatients with severe mental illness. Motiv Emot. 2018;42(6):816–30. DOI: https://doi.org/10.1007/s11031-018-9708-0
8. Shenderov KV, Vinidiktova GI, Kostyuk GP, et al. [Comparative analysis of patients characteristics and treatment and rehabilitation approaches in day-program units of a psychoneurological dispensary (based on one-day census data)]. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2015;25(1):45–52. (In Russ.)
9. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. Dis Manag Health Outcomes. 2001;9(3):142–57. DOI: https://doi.org/10.2165/00115677-200109030-00003
10. Bond GR, Drake RE. Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT". Community Ment Health J. 2007;43(4):435–7. DOI: https://doi.org/10.1007/s10597-007-9091-x
11. Kortrijk HE, Kamperman AM, Mulder CL. Changes in individual needs for care and quality of life in Assertive Community Treatment patients: an observational study. BMC Psychiatry. 2014;14:306. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-014-0306-8
12. Galderisi S, Rossi A, Rocca P, et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. World Psychiatry. 2014;13(3):275–87. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20167
13. Vasserman LI, Iovlev BV, Berebin MA. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki urovnya sotsial'noi frustirovannosti i ee prakticheskoe primenenie: Metodicheskie rekomendatsii. NIPNI im. Bekhtereva; 2004. 28 p. (In Russ.) URL: http://nmic.bekhterev.ru/upload/documents/2004_socifrust.pdf?ysclid=ll40bq3bg3325776045 (accessed on: 09.03.2023).
14. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychol Med. 1983;13(1):177–83. DOI: https://doi.org/10.1017/s0033291700050182
15. Podkamennyy VA, Likhandi DI, Gordeenok SF, et al. Using the SF-36 questionnaire to assess life quality of patients with coronary heart disease after coronary artery bypass surgery without cardiopulmonary bypass. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. 2010;97(6):227–9. (In Russ.)
16. Love J, Selker R, Marsman M. JASP: Graphical Statistical Software for Common Statistical Designs. J Stat Softw. 2019;88(2):1–17. DOI: https://doi.org/10.18637/jss.v088.i02