

УДК 159.9.072.5

DOI: 10.26140/anip-2019-0804-0071

## АНАЛИЗ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОПРОСНИКА «УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ»

© 2019

AuthorID: 774382

SPIN: 5756-0326

ResearcherID: F-1647-2019

ORCID: 0000-0001-9833-8963

**Капустина Татьяна Викторовна**, преподаватель кафедры  
общепсихологических дисциплин

AuthorID: 334172

SPIN: 7147-3284

ResearcherID: E - 2665-2019

ORCID: 0000-0002-3778-5548

ScopusID: 57197806634

**Кадыров Руслан Васитович**, кандидат психологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин

ORCID: 0000-0002-2019-4151

**Григорьева Елизавета Максимовна**, студент

*Тихоокеанский государственный медицинский университет*

(690002, Россия, Владивосток, проспект Острякова, 2, e-mail: elizaveta1221@bk.ru)

**Аннотация.** Описание и измерение комплаентности на сегодняшний день является вопросом открытым и актуальным. Комплаентность – это сложный психологический феномен, означающий готовность пациента к сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций, а также включающий в себя сенсорно-эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Среди существующих способов описания комплаенса, не было тех, что затрагивали бы внутренние условия формирования этого феномена. Попытка создания инструмента измерения комплаенса, как психологического феномена была предпринята О.Б. Асриян, Р.В. Кадыровым и С.А. Ковальчук, и представлена новой методикой определения уровня комплаентности. Сконцентрировав внимание на целостном, системном видении процесса разработки тестов, опираясь на схему Н.А. Батурина и М.М. Мельниковой, был проведен анализ опросника «Уровень комплаентности», позволивший описать процедуру его разработки, а также его основные психометрические характеристики – надежность и валидность. Поэтапно проследив и рассмотрев заложенные психометрические параметры, их взаимосвязи друг с другом, были даны рекомендации по улучшению этого действительно актуального инструментария. Анализ позволил установить, что опросник нуждается в доработке и дополнительном изучении критериальной и конструктивной валидности методики, создании стандартных тестовых норм, которые позволят улучшить качество интерпретации результатов опросника.

**Ключевые слова:** опросник, психометрические параметры, стандартизация, ретестовая надежность, валидность, комплаентность, измерение комплаентности.

## ANALYSIS OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE QUESTIONNAIRE “LEVEL OF COMPLIANCE”

© 2019

**Kapustina Tatyana Viktorovna**, lecturer of the Department  
of General psychological disciplines

**Kadyrov Ruslan Vasytovich**, candidate of psychological sciences, associate professor,  
Head of the Department of General psychological disciplines

**Grigoreva Elizaveta Maksimovna**, student

*Pacific State Medical University*

(690002, Russia, Vladivostok, avenue Ostryakova 2, e-mail: elizaveta1221@bk.ru)

**Abstract.** Today, the description and measurement of compliance is an open and relevant issue. Compliance is a complex psychological phenomenon, it is the patient's willingness to cooperate with the doctor and implement his recommendations. Compliance consists of emotional, cognitive and behavioral components. Among the existing methods for describing compliance, there were not those that would affect the internal conditions for the formation of this phenomenon. O.B. Asriyan, R.V. Kadyrov and S.A. Kovalchuk made an attempt to develop a technique for measuring compliance as a psychological phenomenon. The authors of this article focused on a holistic and systematic vision of the test development process, relying on the scheme of N.A. Baturin and M.M. Melnikova, they conducted an analysis of the questionnaire “Level of compliance”. This allowed us to describe the procedure for its development and the basic psychometric properties - reliability and validity. The authors of the article gradually traced and examined the psychometric properties inherent in the questionnaire, their associations with each other. Based on this analysis, recommendations were made to improve this truly relevant technique. The study of the questionnaire made it possible to establish that the questionnaire needs refinement and additional study of the criterial and construct validity of the technique, the definition of standard test standards that will improve the quality of interpretation of the results of the questionnaire.

**Keywords:** questionnaire, psychometric properties, standardization, retest reliability, validity, compliance, measurement of compliance.

### ВВЕДЕНИЕ

Проблемы исследования психометрических параметров психодиагностической методики чрезвычайно актуальны. С одной стороны, отсутствие во многих методиках описания психометрических параметров предлагаемых автором опросников, приводит некорректному их использованию психологами в своей научно-практической деятельности, что снижает ее эффективность [1]. С другой стороны, описанные авторами психометриче-

ские показатели не всегда говорят о качестве, надежности и валидности представленной методики, что может привести к получению недостаточно точных результатов психологического исследования. Современная практика разработки новых опросников в России далека от совершенства, поэтому в отечественной психодиагностике стоит важнейшая задача – повышение качества отечественного инструментария [1, 2].

Понимая это, считаем необходимым провести дополни-

тельный анализ психометрических показателей изданного нами в 2014 году опросника «Уровень комплаентности». Комплаентность – это сложный психологический феномен, означающий готовность пациента к сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций, а также включающий в себя сенсорно-эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Измерение же уровня комплаентности, является актуальным в практической деятельности психолога, психотерапевта так и врача, работающего с хроническими или опасными для жизни заболеваниями.

В основе опросника «Уровень комплаентности» лежит биопсихосоциозитическая модель Г.В. Залевского, согласно которой человек и его здоровье рассматриваются как образования с целостной организацией с преобладанием в ней духовной составляющей, определяющей ответственность человека за состояние своего здоровья [3].

Опросник ориентирован на выявление уровня комплаентности, которая представлена тремя составляющими:

- социальная комплаентность – стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение;
- эмоциональная комплаентность – склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью;
- поведенческая комплаентность – стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие [4].

Эти компоненты представляют комплаентность с разных ее сторон – все они характеризуют степень готовности и желание следовать указаниям врача, но отличаются мотивами, причинами и установками пациента. Например, эмоциональная комплаентность связана и зависит, в первую очередь, от индивидуально-личностных характеристик пациента, поведенческая – от отличительных характеристик мотивационно-волевой сферы пациента выражающихся в его поведении, а социальная – от степени конформности, взаимодействия и отношения к социуму.

Создание авторской методики – сложный, многоуровневый, включающий в себя множество задач процесс. Согласно Н.А. Батурину и Н.Н. Мельниковой, существует 8 этапов создания психодиагностических методик любого типа. Реализация каждого шага согласно инструкции – необходимое условие для создания качественной, надежной и валидной методики. Пропуск шагов или некачественное их выполнение обязательно скажется на конечном результате, снизив качество методики и, увеличит в дальнейшем количество времени и средств, потраченных на исправление ошибок [5].

Для того чтобы понять, насколько правильно и корректно был составлен опросник «Уровень комплаентности», необходимо поэтапно отследить пройденные шаги по созданию методики, проверить правильность, корректность и четкость их выполнения. Так, взяв за основу 8 этапов (Н.А. Батурин и Н.Н. Мельникова), проанализируем опросник «Уровень комплаентности» по каждому из них.

Таким образом, *цель исследования*: выявить и описать существующие возможности улучшения качества, надежности и валидности опросника «Уровень комплаентности» О.Б. Асриян, Р.В. Кадырова, С.А. Ковальчук.

#### ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ОПРОСНИКА И ЕГО ПУНКТОВ

Первый этап – *организационный*, и на нем необходимо определить адекватные и информативные источники надежности и валидности конструируемого теста [5, 6, 7]. Цель данного опросника – оценка уровня комплаентности, значит основной источник валидности – это соответствие реальных психологических характеристик пациента, отражающих отношение к лечению, уровню

комплаентности по данной методике. Следовательно, акцент необходимо сделать на конструктивную валидность. Для этого, на данном этапе можно было сделать специально организованные исследования, которые уточнили бы ключевую терминологию еще при теоретическом анализе. Авторами опросника «Уровень комплаентности» подобные исследования не проводились, в целом, это необязательный шаг в процессе создания опросника, однако это было бы хорошим подспорьем для следующего этапа.

На втором этапе – *содержательном*, проводится большая теоретическая работа над концептом опросника, а также определяются и закладываются основы валидности опросника. Он состоит из двух шагов: первый – определение содержания, и второй – составление спецификации теста. Первый шаг включает в себя решение трех серьезных задач: 1) определение исходного теоретического концепта; 2) формирование репрезентативной выборки содержания; 3) описание ключевой феноменологии.

1) Определение концепта – это четкое определение явлению, которое будет изучаться данной методикой. Оно должно иметь точное, однозначное значение и понимание. В понимании авторов опросника понятие комплаентности означает: меру, отражающую адекватность выполнения пациентом назначений врача; согласие пациента на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение его рекомендаций; сознательное выполнение пациентом терапевтических указаний в процессе лечения. В данном случае авторы обозначили недостаточно конкретное определение, допустив «расплывчатость» и слишком сильную обобщенность понятия. Да, действительно, проблема комплаенса молода и различие в мнениях и определениях – естественный и конструктивный процесс, но следует понимать – перед разработчиком стоит проблема необходимости точного и четкого выбора [8, 9]. Поэтому необходимо провести еще более подробный теоретический анализ данного понятия с учетом новых исследований в этом направлении и дать конкретизированное понятие термину комплаентности и его видам для упрощения измерения.

2) Задача формирования репрезентативной выборки содержания и задача описания феноменологии – первые шаги перехода от теории к практике, непосредственное конструирование опросника. Эти задачи тесно между собой связаны и показывают «где» искать эмпирические проявления комплаентности, и «как» она дает о себе знать. Для грамотного и правильного построения вопросов необходимо понимать ситуативное поле, в котором будет проявляться нужная черта, важно определить круг релевантных черт ситуаций во всей полноте. Проанализировав каждое утверждение опросника, можно выделить несколько содержательных ошибок. Во-первых, не все утверждения ситуативно подходят изучаемому феномену комплаентности, а именно вопросы о перепадах настроения, желании делиться деталями болезни с близкими людьми, о связи болезни и работы, учебы. Эти ситуативные поля, возможно, слишком расплывчаты и недостаточно характеризуют конкретное явление приверженности к лечению. Во-вторых, некоторые утверждения не подходят по своей сути к тому виду комплаентности, к которому они отнесены. Например, положение №49 («Я не считаю, что болезнь может мешать моей работе/учебе») отнесено к эмоциональной комплаентности. Маловероятно, что данное утверждение может говорить о приверженности к лечению, связанное с чувствительностью, эмоциональностью и переживаниями пациента. В-третьих, отмечены грамматические и орфографические ошибки, которые конечно же, необходимо исправить, ведь грамотно оформленные утверждения опросника – обязательное условие его качества. Например, в инструкции орфографическая ошибка («*Выберете* наиболее соответствующий...»), в №10 («Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то,

как я соблюдаю режим приема препаратов и стараюсь этого избежать») отсутствует ясность чего избежать. В утверждении 15 («Я помню, когда и какие препараты, мне необходимо принимать во время болезни») лишняя запятая, в №25 орфографическая ошибка «...что бы их преодолеть...»). Все эти пункты были откорректированы.

3) Третьим и последним шагом содержательного этапа является составление спецификации. Итак, Н.А. Батурин и Н.Н. Мельникова говорят о том, что спецификация – это схема теста, в котором определены все его формальные характеристики [5]: тип теста; формат пунктов; описание невербального стимульного материала (при необходимости); состав и количество шкал; количество пунктов; соотношение содержательных элементов; процедура тестирования; способы обработки результатов; формы отчетов о результатах.

Спецификация – это план-программа всех дальнейших этапов разработки теста. Для подробного анализа, мы можем представить данные характеристики в виде таблицы с комментариями (Таблица 1).

Таблица 1. Комментарии по спецификации опросника «Уровень комплаентности»

Критерии спецификации	Опросник «Уровень комплаентности»	Комментарии
1. Тип теста	Опросник	-
2. Формат пунктов	Утверждения	В опроснике формат пунктов называется «вопросы»
3. Описание невербального стимульного материала (при необходимости)	Инструкция	Краткая, точная, легка к пониманию
4. Состав и количество шкал	3 шкалы в соответствии с видами комплаентности: социальная, эмоциональная, поведенческая	-
5. Количество пунктов	66	-
6. Соотношение содержательных элементов	Каждое утверждение характеризует исключительно один вид комплаентности	-
7. Процедура тестирования	Выдача стимульного материала и регистрационного бланка, время не ограничено	-
8. Способы обработки результатов	Подсчет баллов вручную по каждой шкале. Суммируются показатели по шкалам, чтобы оценить общую комплаентность	Если исследуемый получил высокий балл по какому-либо виду комплаентности, но набрал низкий показатель общей комплаентности, что будет являться достоверным результатом? Возникает вопрос, корректно ли вообще суммировать баллы таким образом по данным шкалам, и являются ли они независимыми
9. Формы отчетов о результатах	Интерпретация по высоким, средним и низким показателям каждой шкалы	Следует понимать, что для качественной и правильной интерпретации необходимы нормы – правила преобразования сырых данных, которые определяются путем проведения этой методики на большой репрезентативной выборке. Нельзя говорить, что тот или иной балл высок или низок просто так, а только после сравнения со средними значениями. Авторами стандартизация пока не проводилась.

Третий этап – *подготовительный*, включает в себя два последовательных шага: «Разработка пунктов» и «Сборка версий теста для апробации». Этот этап опирается на работу предыдущего этапа, в частности на спецификацию, именно по ней строится вся работа подготовительного этапа. На подготовительном этапе необходимо не просто составить утверждения, которые подходят по содержанию, но и тщательно их отредактировать, убрать ненужные акценты, например, гендерного характера, а также социально одобряемые формулировки. На шаге сборки версий теста, авторам необходимо создать одну или несколько пробных версий. Их специфика состоит в том, что они являются предварительной заготовкой, которая имеет весьма узкое назначение: используется лишь для того, чтобы на следующем этапе после эмпирической проверки отобрать лучшие по статистическим характеристикам пункты. Пробные версии следует отличать от рабочих версий с утверждённым составом и структурой, процедурой и инструкцией, готовых для проверки надёжности, валидности и стандартизации [5, 6]. Важно отметить, что пробная версия должна иметь избыточное количество пунктов, не менее чем в три раза превышающее желательное количество. В данном опроснике пробная версия состояла из 86 утверждений, в итоговом варианте их 66. Однако, для успешной и качественной апробации пробных версий должно быть несколько, в данном случае версия была одна, тем не менее, этого было достаточно.

Следующий этап – *исследовательский*. На данном этапе апробируются пункты, конструируются шкалы опросника, уточняется процедура тестирования. Также, стоит отметить о важнейшие части этого этапа – подтверждение внутренней согласованности теста [6, 10, 11]. Авторами опросника «Уровень комплаентности» пока не проводился данный анализ, поэтому сделать окончательные выводы о внутренней согласованности или независимости шкал опросника – «социальная комплаентность», «эмоциональная комплаентность» и «поведенческая комплаентность» – на данный момент не является возможным. О чем также говорит 8 критерий спецификации (Таблица 1).

Далее проводится уточнение последовательности действий в ходе тестирования, определение времени тестирования, разработка и апробирование инструкций, уточнение алгоритмов обработки данных. В итоге процедура должна быть максимально формализована, а тест приведён в рабочую форму, готовую к широкомасштабным психометрическим исследованиям. В целом, процесс тестирования с помощью опросника «Уровень комплаентности» состоит в зачитывании инструкции, раздаче и сборе бланков и подсчёте баллов с помощью ключа.

#### ОЦЕНКА НАДЕЖНОСТИ, ВАЛИДНОСТИ И СТАНДАРТИЗАЦИИ ОПРОСНИКА

Также на исследовательском этапе проводится проверка основных психометрических параметров – надёжности и валидности. Ретестовая надёжность показывает, в какой степени результаты теста можно распространить на различные случаи его применения. Чем она выше, тем менее чувствительны тестовые показатели к случайным суточным изменениям состояния тестируемых и обстановки тестирования [10, 11, 12, 13, 14, 15]. Группа лиц, привлекаемых для проверки теста, должна включать от 200 человек [12]. Если говорить о временном интервале, мнения исследователей по этому поводу разнятся. Некоторые психодиагносты склоняются к наименьшему промежутку, например, А.Г. Шмелев считает, что он должен быть 2 недели [13], а некоторые – к наибольшему, как Л.Ф. Бурлачук предлагает интервал полгода, обосновывая это тем, что исследуемые могут запомнить свои ответы и воспроизвести их во второй раз [14]. Согласно Н.А. Батурину, выбор временного интервала остается на усмотрение авторов, но должен быть обоснован и не превышать полгода [10].



Проверка надежности опросника «Уровень комплаентности» производилась посредством метода повторного тестирования, в двухнедельном интервале на выборке из 60 человек. В данном случае, измеряемое явление считается довольно устойчивым, почти неизменчивым, поэтому большой или малый интервал не должен исказить результаты тестирования.

Далее, происходит проверка критериальной валидности – выбирается объективный критерий, который должен отражать содержание, то есть то, что измеряет опросник; и с этим критерием сравнивают полученные результаты. Опросник «Уровень комплаентности» не проходил проверку на критериальную валидность. Критериев для соотнесения может быть несколько, они качественно разнообразны и требуют неодинаковых методических решений [13, 15]. В качестве таких критериев в данном случае может использоваться, например пол, возраст, сопутствующий текущий диагноз, которые мы можем узнать с помощью анкеты. Естественный вопрос, который возникает: какой критерий будет более адекватен для проверки валидности данного теста? Ответ на этот вопрос следует искать, обратившись к цели тестирования: как, для чего и на каких популяциях планируется использовать тест. Авторы опросника исследовали выборку испытуемых, болеющих различными заболеваниями, но соотнесли эти результаты с конвергентной валидностью валидностью по возрастной дифференциации. При оценке валидности по возрастной дифференциации был выполнен статистический анализ значимости различий в уровне выраженности комплаентности между несколькими группами. Выборка пациентов для апробации методики включала следующие группы: пациентов с диагнозом инсулиннезависимый сахарный диабет второго типа и здоровых людей; пациентов с диагнозом хронический поверхностный гастрит и здоровых людей; пожилых людей, находящихся в доме-интернате и пожилых людей, живущих в семьях; старших подростков. Изучение результатов исследования показало, что социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность более выражена у пожилых людей, живущих в семьях и в доме-интернате. Второе место – у людей в возрасте от 40 до 60 лет (к ним относятся пациенты с диагнозом поверхностный хронический гастрит и инсулиннезависимый сахарный диабет). Следовательно, можно утверждать, что выявленный уровень комплаентности соответствует реальной картине отношения людей к лечению у разных возрастных групп, поскольку старшее поколение более ответственно относится к своему здоровью, чем молодежь.

Далее проходит проверка конструктивной валидности. Известно, что когда говорят о проверке конструктивной валидности, подразумевают соотнесение результатов тестирования с имеющимися теоретическими представлениями и предполагаемыми следствиями. В данном случае проводилась проверка конвергентной валидности, которая была проведена в 2012–2014 годах на общей выборке 180 человек (болеющих различными заболеваниями и здоровыми). Результаты методики «Уровень комплаентности» были сопоставлены с результатами методики «Ценностные ориентации» (по М. Рокичу), направленной на изучение ценностно-мотивационной сферы человека; Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), предназначенной для скринингового выявления у личности тревоги и депрессии; опросника травматических событий (Life Experience Questionnaire, LEQ), методики «Шкалы психологического благополучия» (ШПБ), направленных на измерение, как уровня психологического благополучия, так и на определение характера соотношения его компонентов; опросника SF-36 («SF-36 Health Status Survey»), направленного на оценку качества жизни человека; метода заданных ассоциаций, направленного на выявление возникающих у человека ассоциаций с понятиями, связанными с отношением к лечению.

Рассмотрев процесс определения конструктивной валидности, можно сделать вывод, что выбор методики для корреляционного анализа не очень удачен. Комплаентность – это приверженность лечению, включающая в себя, безусловно много граней. Однако, в методику «Ценностные ориентации» по М. Рокичу входит лишь одна из 36 шкал, соответствующая ценности «Здоровье». Плюс ко всему, стоит учитывать, что ценность здоровья не равна желанию лечиться, но, конечно, имеет место быть. В методике «Шкалы психологического благополучия» нет измеряемого нам феномена, но в нем измеряется качество жизни. Авторы имели в виду, что полноценность жизни связана с состоянием здоровья, соответственно, с поддержанием его человеком, и как следствие с комплаентностью. Вопросник SF-косвенно соотносится с конструктом комплаентности, поскольку то, как себя физически чувствует человек сейчас, сложно сопоставить с тем, как он будет лечиться. Метод заданных ассоциаций с понятиями, связанными с отношением к лечению – соответствует поставленной задаче, ведь мы можем выбрать максимально точные и подходящие терминологии стимульные слова. Так же, как и «Госпитальная шкала депрессии и тревоги», поскольку беспокойство и мнительность в отношении течения болезни и лечения может приводить к требованию дополнительной информации о болезни, страху вероятных осложнений и таким образом, связана с отношением к лечению [16]. Следовательно, необходимо расширить исследование по определению конструктивной валидности опросника, для этого необходимо провести более тщательный анализ психологических характеристик личности, которые могли бы более точно быть соотнесены с комплаентностью.

Хотелось бы отметить, что валидизация опросника – это долгий, постепенный процесс накопления информации из различных исследований. Только понимание точного, грамотного концепта позволит сформулировать правильные гипотезы исследований, и, как следствие, провести их, получив действительно ценные результаты.

Следующий этап – *стандартизационный*. Ни одна методика без хорошей стандартизации не пригодна к использованию, поэтому это неотъемлемая часть работы. Для того чтобы этап был осуществлен качественно, необходимо правильное формирование выборки стандартизации – а именно ее объем и репрезентативность. Данный опросник рассчитан на достаточно широкие объемы популяции, поэтому очень важна репрезентативность, то есть разнородность выборки. В данный момент стандартизация опросника только планируется авторами, в нужный момент она не проводилась. Авторами выделены высокие, средние и низкие значения, без выборки стандартизации, опираясь на теоретические основы. Чтобы грамотно организовать процесс стандартизации, важно понимать для какой цели создаются тестовые нормы. Нормы нужны для дальнейшей интерпретации результатов теста. Конечно, чем шире группа людей, на которых ориентирован тест, тем должна быть больше выборка стандартизации, либо разнороднее [10, 12, 17, 18].

Когда сформирована выборка стандартизации, проводится массовое обследование с помощью разработанной методики. Переход к нормированным данным основан на преобразовании сырых показателей в стандартную шкалу, ориентированную на эмпирически полученное распределение показателей в выборке стандартизации. Существует несколько способов преобразования сырых оценок в стандартные (среди них проценты, Z-показатели, T-баллы, станайны и др.). Примером нормализованных показателей могут быть станайны и стены, которые представлены в удобной для пользователя форме (например, 9-балльная шкала станайнов или 10-балльная шкала стенов). Нормализация как способ формирования тестовых норм – нужный и важный ме-

тод [10, 12, 18, 19, 20].

### ВЫВОДЫ

Рассмотрев изучаемый опросник «Уровень комплаентности» через схему процесса разработки тестов, созданную Н.А. Батуриным и М.М. Мельниковой, удалось выявить достоинства и ограничения метода, оценить его возможности. Опросник готов, исходя из сведений о коэффициентах надежности и валидности психодиагностических к использованию. Однако существуют возможности большой и серьезной работы по улучшению качества, надежности и валидности опросника «Уровень комплаентности», которые заключаются в:

- исследовании критериальной и конструктивной валидности опросника;
- создании стандартных тестовых норм, которые позволят улучшить качество интерпретации результатов опросника.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Батурин Н.А. Современная психодиагностика России // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2008. Вып. 2. С. 4–9.
2. Эльзесер А.С., Капустина Т.В. Проблема диагностических возможностей психологических методик: современное состояние // Психолог. 2019. № 3. С. 1–9.
3. Залевский Г.В., Залевский В.Г., Кузьмина Ю.В. Антропологическая психология: биопсихосоциогенетическая модель развития личности и ее здоровья // Сибирский психологический журнал. 2009. № 33. С. 99–103.
4. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. // Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Мор. гос. ун-т. 2014. 74 с.
5. Батурин Н.А., Мельникова Н.Н. Технология разработки тестов: Часть I // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2009. № 30 (163). С. 4–14.
6. Батурин Н.А., Мельникова Н.Н. Технология разработки тестов: Часть II // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2009. № 42 (175). С. 11–25.
7. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов: введение в психометрическое проектирование. Киев: Изд-во ПАН Лтд, 1994. 688 с.
8. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. 2013. № 11. С. 6–15.
9. Асриян О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача // Тихоокеанский медицинский журнал. 2016. № 4. С. 93–97.
10. Батурин Н.А., Мельникова Н.Н. Технология разработки тестов: Часть III // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2010. № 4 (180). С. 11–16.
11. Носс И.Н. Психодиагностика. Тест, психометрия, эксперимент. М.: Издательство «КСП+», 1999. 320 с.
12. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб.: Питер, 2001. 688 с.
13. Шмелев А.Г. Основы психодиагностики: учеб. пособие. М.; Ростов н/Д: «Феникс», 1996. 544 с.
14. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2006. 351 с.
15. Майоров А.Н. Теория и практика создания тестов для системы образования. М.: «Интеллект-Центр», 2001. 296 с.
16. Adherence to long-term therapies. Evidence for action // World Health Organization. Geneva, 2003. p. 110
17. Золотарева А. А. Диагностика перфекционизма в кросс-культурной перспективе: психометрические возможности методики BDPI // Журнал Высшей школы экономики. 2017. № 1. С. 22–37
18. Furr R.M., Bacharach V.R. Psychometrics: an introduction. Sage Publications, Inc., 2008. 349 p.
19. Garcia-Campayo J. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS) / J. GarciaCampayo, M. Navarro-Gil, E. Andrés, J. Montero-Marin, L. López-Artal, MM. Demarzo // Health And Quality Of Life Outcomes. 2014. Vol. 12
20. Sjöberg, L. Correction for faking in self-report personality tests // Scandinavian Journal of Psychology. 2015. Vol. 56. pp. 582–591.

Статья поступила в редакцию 26.08.2019

Статья принята к публикации 27.11.2019