



Валидация модифицированной русскоязычной версии опросника «Patient Experience Questionnaire»

Ионов М. В.¹, Дубинина Е. А.^{2,3}, Звартау Н. Э.¹, Конради А. О.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В Российской Федерации не существует специальных шкал для комплексной оценки удовлетворённости пациентов и восприятия ими полученной консультативной врачебной помощи в амбулаторных условиях.

Цель. Провести валидацию ранее переведённого на русский язык норвежского опросника Patient Experience Questionnaire (PEQ), оценивающего опыт получения пациентами плановой амбулаторной помощи.

Материалы и методы. Опросник предлагалось заполнить пациентам старше 18 лет в течение 24 часов после посещения врача с помощью перехода по ссылке, содержащейся в QR [quick response] -коде, напечатанном на медицинском заключении (справке). Проводился анализ конструктивной, дискриминантной валидности и надёжности отдельных шкал и всего опросника в целом.

Результаты. Всего заполнили опросник 452 пациента (47,3% мужчин, медиана возраста 55 [38–68] лет). Было зафиксировано менее 18% пропущенных ответов. Пропуски были признаны случайными. В основном пациенты имели высшее образование (67,7%), находились в браке (58%), а консультативный приём проводила врач-женщина (91,4%). При проведении конфирматорного факторного анализа факторные нагрузки вопросов были стабильно выше 0,6 единиц, надёжность каждого вопроса, отдельных шкал и всего опросника находилась выше отметки 0,8 единиц. Общая модель опросника соответствовала всем критериям согласия.

Выводы. Подтверждена конструктивная, дискриминантная валидность переведённого и модифицированного опросника PEQ. Данный опросник предлагается использовать в повседневной клинической практике и в научных проектах под названием RuPEQ.

Ключевые слова: опросник; показатели исходов, сообщаемых пациентами; валидация; надёжность; пациентоориентированная медицина; кросс-культурная адаптация

Для цитирования: Ионов М. В., Дубинина Е. А., Звартау Н. Э., Конради А. О. Валидация модифицированной русскоязычной версии опросника «Patient Experience Questionnaire». *Качественная клиническая практика*. 2024;(3):14–25. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2024-3-14-25>. EDN: EYWRCE.

Поступила: 08.08.2024. **В доработанном виде:** 09.09.2024. **Принята к печати:** 24.09.2024. **Опубликована:** 30.09.2024

Validation of a modified Russian-language version of the Norwegian “Patient Experience Questionnaire”

Mikhail V. Ionov¹, Elena A. Dubinina^{2,3}, Nadezhda E. Zvartau¹, Alexandra O. Konradi¹

¹ Almazov National Medical Research Center, Saint-Petersburg, Russian Federation

² Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russian Federation.

³ Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation

Abstract

To date, there are no specific scales in the Russian Federation for the comprehensive assessment of patient satisfaction and experience of outpatient medical care.

Objective. To validate the previously translated Norwegian "Patient Experience Questionnaire" (PEQ), a validated patient-reported experience measure (PREM) for outpatients.

Materials and methods. Patients aged over 18 years were invited to complete the questionnaire within 24 h after visiting a physician by clicking on a link in the QR [quick response] code printed on the medical report. The construct, discriminant validity, and reliability of individual questions, domains, and the entire questionnaire were analyzed.

Results. A total of 452 patients (47.3% male, median age 55 [38–68] years) completed the questionnaire. Less than 18% of the responses were missing. These responses were considered "missing at random". Most patients in this cohort had higher education (67.7%), were married (58%), and were seen by a female physician (91.4%). In confirmatory factor analysis, the factor loadings of the questions were all above 0.6 units, and the reliability of each question, individual scales, and the entire questionnaire was above 0.8 units. The overall questionnaire model met all the goodness-of-fit criteria.

Conclusions. The construct and discriminant validity of the previously translated into Russian language Patient Experience Questionnaire, has been confirmed. This PREM is proposed to be used in routine clinical practice and scientific studies under the name "RuPEQ".

Keywords: surveys and questionnaires; outpatient; patient satisfaction; validation studies; translating; cross-cultural comparison; patient-oriented medicine

For citation: Ionov MV, Dubinina EA, Zvartau NE, Konradi AO. Validation of a modified Russian-language version of the Norwegian "Patient Experience Questionnaire". *Kachestvennaya klinicheskaya praktika = Good Clinical Practice*. 2024;(3):14–25. (In Russ.). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2024-3-14-25>. EDN: EYWRCE.

Received: 08.08.2024. **Revision received:** 09.09.2024. **Accepted:** 24.09.2024. **Published:** 30.09.2024.

Введение / Introduction

Современные исследования убедительно свидетельствуют о значении различных аспектов опыта пациента во взаимодействии с врачом/медицинской системой (удовлетворённости медицинской помощью, оценки качества взаимоотношений с врачом, его коммуникативных качеств и т. д.) в формировании прогноза приверженности лечению, качества жизни, течения заболевания [1, 2]. Необходимость учёта личности больного, его отношения к болезни и лечению является одной из ключевых идей психологии лечебного процесса [3], однако лишь в последние десятилетия подход в духе ориентированности на потребности и ценности пациента выходит за границы индивидуальной практики и начинает реализовываться на уровне организационных решений — происходит постепенный переход к ценностно-ориентированной медицине [4–6].

Согласно Всемирной организации здравоохранения, качество медицинской помощи должно быть «ориентированным на потребности людей», то есть необходимо «предоставление медицинской помощи с учётом индивидуальных предпочтений, потребностей и ценностей» [7].

Для их объективизации разработаны специальные опросники, которые в англоязычной литературе называются Patient Reported Experience Measures (PREM) [8]. В этих инструментах могут оцениваться различные параметры качества помощи, например: общение с врачом, вовлечённость в процесс принятия терапевтических решений, доступность медицинских услуг [9]. Результаты опросов с применением PREM всё чаще включаются в публичную отчётность медицинских организаций и бенчмаркинг [10]. Показано, что чем выше показатели PREM, тем лучше результаты и безопасность лечения, выше ре-

портируемое пациентами качество жизни, связанное со здоровьем [11, 12]. За последние два десятилетия в Европе и в странах Северной Америки разработан и успешно апробирован ряд PREM для стационарного и амбулаторного звена здравоохранения [13]. В Российской Федерации было разработано несколько опросников-анкет для пациентов [14], однако в основном речь в них идёт об *удовлетворённости* обслуживанием, а не об *опыте* получения и *восприятии* оказанной помощи в широком понимании.

Несмотря на то, что показатели PREM связаны с удовлетворённостью лечением, они не тождественны оценке удовлетворённости, являются самостоятельным классом опросников, направлены на оценку конкретного опыта пациента во взаимодействии с медицинским персоналом. В этом отношении их применение позволяет прояснить, какие именно аспекты в получении медицинской помощи могли стать источником недостаточной удовлетворённости [8].

В России активно развивается идеология ценностной медицины, разработка методов/средств для оценки опыта и восприятия пациентами оказанной помощи. Так как за рубежом уже разработан ряд таких опросников, то решено было не создавать собственный, а выполнить кросс-культурную адаптацию и валидацию существующего. В качестве исходного выбран норвежский опросник «Patient Experience Questionnaire» (PEQ), в котором в том числе анализируется эмоциональный компонент [15]. Это первый в Скандинавии опросник для амбулаторной службы, не ограничивающийся вопросами об удовлетворённости. На первом этапе, описанном ранее, мы модифицировали содержание и структуру опросника: **а)** изменили метод оценки последнего домена; **б)** сократили количество вопросов до 15 за счёт удаления одного вопроса в первой сфере и двух вопросов, касающихся вспомогательного персонала (iv до-

мен), таким образом в) сократив и количество сфер до четырёх, и г) переименовав третью сферу в *коммуникативную компетентность* (которая состоит из активного слушания, правильно организованного рабочего пространства, установления контакта). Если изменение характера представления последнего домена эмоций после визита к врачу (замена рейтинговой шкалы на шкалу Ликерта) было продиктовано результатами индивидуальных интервью с пилотной группой пациентов, то причиной сокращения количества вопросов и сфер стали результаты эксплораторного факторного анализа, в котором была продемонстрирована низкая значимость трёх вопросов в статистическом и смысловом понимании [16]. Для окончательной валидации опросника необходимо проведение полноценного подтвердительно-факторного анализа на отдельной когорте пациентов и оценка внутренней согласованности (надёжности) оставленных вопросов и модифицированных шкал [17].

Материалы и методы / Materials and methods

Исследование проведено на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России (Центр) и представляет собой поперечное валидационное исследование. Набор пациентов проводился в Клинико-диагностическом центре — многопрофильном амбулаторном подразделении учреждения.

Оригинальный опросник REQ содержит 18 вопросов и состоит из 5 сфер: I) результаты этого приёма у врача; II) впечатления от общения с врачом; III) препятствия для продуктивного общения; IV) опыт общения со вспомогательным персоналом и V) эмоции после этого визита к врачу. В данном сегменте работы был использован модифицированный вариант опросника с 15 вопросами, которые распределены по 4 сферам (без IV компонента оригинальной анкеты) и с оценкой эмоций после визита к врачу по шкале Ликерта.

Анкетирование проводилось только среди взрослых пациентов (возраст от 18 лет и старше). В конце консультации у врача при формировании им медицинского заключения (диагноз и врачебные рекомендации) автоматически генерировался уникальный QR-код, который был распечатан в нижней части справки. В QR-код была встроена интернет-ссылка, позволяющая в течение 24 часов после консультации, получить онлайн-доступ к анкете, и затем анонимно хранить данные на внутреннем сервере Центра. Пациентам предлагалось ответить на вопросы PREM, обозначить свой пол, возраст, а также по желанию заполнить поля с дополнительной информацией —

уровнем образования, семейным положением, а также указать пол врача, который проводил консультацию и тип консультации (первичная или повторная).

Пациенты включались в исследование самостоятельно, когда переходили к заполнению анкеты по ссылке, поэтому иных критериев включения/исключения не было. От пациентов было получено устное (врачом на приёме) и письменное (в электронном формате после перехода по ссылке) информированное согласие. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом (№ 77 от 15 мая 2017 г.).

Статистический анализ / Statistical analysis

Количественные переменные представлены в виде среднего и среднеквадратичного отклонения, медианы, 25- и 75-го квартилей. Проверка согласия распределения количественных показателей с нормальным (Гауссовым) проводилась при помощи критериев Шапиро-Уилка. В случае соответствия распределения нормальному, различия средних количественных показателей были проверены с помощью t-теста Стьюдента между группами и внутри групп. В противном случае использованы непараметрические аналоги указанного критерия (U-критерий Манна-Уитни, Уилкоксона). Категориальные переменные представлены в виде абсолютных значений с долями в виде процентов. Сравнения категориальных переменных выполнялись с использованием χ^2 -теста и теста Мак-Немара (для связанных выборок). Сравнение между 3 и более группами были проведены с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) или тестов Крускала-Уоллеса/Фридмана, в зависимости от типа распределения данных.

Был применён алгоритм максимизации ожиданий (expectation maximization) в рамках теста Литтла (Little's Missing Completely at Random) для определения количества и характера отсутствующих данных. Пропущенные данные были восстановлены методом максимального правдоподобия (maximum likelihood).

В рамках проведения подтвердительно-факторного анализа (КФА) оценивалась эффективность модели по следующим критериям согласия: стандартизованный эффект квадратного корня из среднего (SRMR) $<0,10$; среднеквадратичная ошибка приближения (RMSEA) $<0,09$; ненормированный критерий или индекс Tucker-Lewis и сравнительный критерий согласия (CFI) $>0,90$.

Внутренняя согласованность опросника (надёжность) проверялась с помощью коэффициентов альфа Кронбаха и омега Макдональда для каждого вопроса, фактора, а также для всей шкалы в целом.

Адекватным значением минимальной внутренней согласованности считались $\geq 0,70$ единиц.

Двухсторонний критерий значимости различий был установлен на уровне 0,05. Все этапы статистической обработки данных были проведены с использованием программного пакета SPSS Statistics ver. 23.0 (IBM Corp., Armonk, США) и программы jamovi ver. 2.5 (the jamovi project, <https://www.jamovi.org>).

Результаты / Results

Участники анкетирования и качество заполнения опросника

Приняли участие в анкетировании 452 пациента. Медиана возраста составила 55 лет (38–68 лет, минимальный возраст 18 лет и максимальный — 100 лет); из них 214 (47,3%) — мужчины, 262 (58%) состояли в браке, 306 (67,7%) — с высшим образованием. Подавляющее большинство консультаций ($n = 413$, 91,4%) провела врач-женщина. В отношении дополнительных и факультативных вопросов 95 пациентов сообщили, что посетили врача-кардиолога (21%), а первичный

визит был проведён среди 54 пациентов (11,9%). На последние 2 вопроса отказались предоставить ответ 326 (72,1%) и 373 (82,5%) пациентов, соответственно.

В результате проведения качественного анализа заполнения опросника 77 вопросов остались без ответа (17,1%). Из них в последнем домене (сфера эмоций после визита к врачу) было пропущено 9,1% ответов. Результаты теста MCAR Little оказались отрицательными ($\chi^2 = 349,0$; $p = 0,0001$), однако с учётом отсутствия какого-либо стабильного паттерна пропусков (например, в зависимости от половозрастных характеристик и проч.), они были признаны пропущенными случайно (missing at random). Поэтому использование метода максимального правдоподобия в рамках КФА было обоснованным [18].

Конфирматорный факторный анализ

В таблице 1 показано, что стандартизованные факторные нагрузки каждого вопроса находились выше отметки в $>0,5$ единиц.

Статистика всех критериев согласия удовлетворяла предъявляемым требованиям (табл. 2).

Таблица 1

Результаты конфирматорного факторного анализа

Table 1

The results of the confirmatory factor analysis

Фактор	Вопрос	z	p	СФН
Результаты этого визита к врачу	вопрос 1 • После посещения врача Вы узнали, как сократить количество трудностей со здоровьем? (или как предотвратить появление проблем со здоровьем?)	24,5	<0,001	0,905
	вопрос 2 • После этого посещения врача знаете ли Вы, чего следует теперь ожидать в плане Вашего состояния здоровья?	24,3	<0,001	0,899
	вопрос 3 • Как Вы считаете, это посещение врача снизит количество трудностей со здоровьем? (или поможет предотвратить их?)	19,8	<0,001	0,792
Впечатления от общения с врачом	вопрос 4 • Мы с врачом хорошо побеседовали	24,6	<0,001	0,9
	вопрос 5 • Я почувствовал, что врач вселил в меня уверенность, успокоил	26,2	<0,001	0,933
	вопрос 6 • Врач понял, что меня беспокоило	25,2	<0,001	0,913
	вопрос 7 • Я почувствовал (а), что обо мне позаботились	26,2	<0,001	0,932
Коммуникативная компетентность	вопрос 8 • Общаться с врачом было для меня довольно трудно	20,2	<0,001	0,81
	вопрос 9 • Слишком много времени ушло на разговоры на отвлеченные темы	17	<0,001	0,719
	вопрос 10 • Мне было несколько трудно задавать вопросы	21,1	<0,001	0,838

Фактор	Вопрос	z	p	СФН
Коммуникативная компетентность	вопрос 11 • Важные решения по обследованию и лечению были приняты без учёта моего мнения	15,6	<0,001	0,676
	вопрос 12 • После приёма у врача (озабоченность...облегчение)	19,4	<0,001	0,785
Эмоции после этого визита к врачу	вопрос 13 • После приёма у врача (печаль...радость)	20,3	<0,001	0,809
	вопрос 14 • После приёма у врача (полон сил...утомлён)	21	<0,001	0,831
	вопрос 15 • После приёма у врача (напряжение...спокойствие)	24,4	<0,001	0,907

Примечания: z — значение критерия в единицах стандартного нормального распределения; СФН — стандартизованная факторная нагрузка.

Notes: z is the value of the criterion in units of the standard normal distribution; СФН is the standardized factor load.

Таблица 2

Статистики критериев согласия

Table 2

Statistics of the consent criteria

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	90% ДИ RMSEA		тест Фишера-Йейтса	
				Нижняя граница	Верхняя граница	χ^2	Значение p
0,98	0,975	0,027	0,0568	0,0470	0,0666	206	<0,001

Примечания: CFI — сравнительный критерий согласия; TLI — критерий Tucker-Lewis (ненормированный критерий согласия); SRMR — стандартизованный эффект квадратного корня из среднего; RMSEA — среднеквадратичная ошибка приближения (и её 90% доверительный интервал (ДИ)).

Notes: CFI is the comparative criterion of agreement; TLI is the Tucker-Lewis criterion (non-normalized criterion of agreement); SRMR is the standardized square root effect of the mean; RMSEA is the standard error of approximation (and its 90% confidence interval (CI)).

Оценка внутреннего согласия и дополнительные результаты

В результате корреляционного анализа «вопрос-шкала» показатели варьировали от 0,58 до 0,90. При удалении вопросов показатели альфа Кронбаха и омега Макдональда были стабильно высокими (от 0,930), но не превышали 0,959 единиц (табл. 3).

Эти же показатели для всей шкалы находились в рамках 0,950–0,960, и, хотя для отдельных шкал были несколько ниже, все же превышали значения в 0,800 единиц (табл. 4).

Средняя балльная оценка по всему опроснику составила $4,40 \pm 0,828$. При этом для четырёх факторов средние оценки равнялись: $4,31 \pm 1,05$ (результаты этого визита к врачу), $4,63 \pm 0,916$ (впечатления от общения с врачом), $4,59 \pm 0,803$ (коммуникативная компетентность) и $4,04 \pm 0,908$ (эмоции после этого визита). В общей сложности лишь у 38 пациентов (8,4%) общий балл по опроснику составил от 3 и менее. По отдельным шкалам такую низкую оценку поставили 53 (11,7%), 36 (8,0%), 32 (7,1%) и 65 (14,4%) пациентов, соответственно.

Не было найдено отличий по общему баллу опросника между большинством сравниваемых групп (пол пациента, пол и специальность врача, семейное положение, тип визита). Однако при проверке различий между подгруппами пациентов, согласно сообщаемому уровню полученного образования, были выявлены статистические различия: среди пациентов с высшим образованием средний балл по опроснику был выше ($4,46 \pm 0,77$), чем в группах пациентов со средним специальным ($4,29 \pm 0,86$) или полным средним образованием ($4,14 \pm 1,11$; F-критерий = 3,63; $p = 0,027$) (Рис. 1).

Пример раздаточного материала с русскоязычной версией опросника был опубликован ранее [16]. Версия опросника с названием сфер и балльной оценкой вопросов представлена в Приложении. Инструкции по подсчёту баллов просты: предполагается расчёт среднего арифметического по всему опроснику или его отдельным сферам. Нам представляется это более приемлемым, нежели суммирование балльной оценки всех вопросов, особенно с учётом довольно частого пропуска ответов на отдельные вопросы.

Таблица 3

Результаты оценки внутренней согласованности (надёжности) для отдельных вопросов

Table 3

The results of the assessment of internal consistency (reliability) for individual issues

Вопрос	Корреляция вопрос-шкала	Если вопрос удаляется	
		α Кронбаха	ω Макдоналда
вопрос 1 • После посещения врача Вы узнали, как сократить количество трудностей со здоровьем? (или как предотвратить появление проблем со здоровьем?)	0,812	0,954	0,957
вопрос 2 • После этого посещения врача знаете ли Вы, чего следует теперь ожидать в плане Вашего состояния здоровья?	0,813	0,954	0,957
вопрос 3 • Как Вы считаете, это посещение врача снизит количество трудностей со здоровьем? (или поможет предотвратить их?)	0,743	0,955	0,958
вопрос 4 • Мы с врачом хорошо побеседовали	0,869	0,953	0,955
вопрос 5 • Я почувствовал, что врач вселил в меня уверенность, успокоил	0,903	0,952	0,954
вопрос 6 • Врач понял, что меня беспокоило	0,84	0,953	0,956
вопрос 7 • Я почувствовал (а), что обо мне позаботились	0,865	0,953	0,955
вопрос 8 • Общаться с врачом было для меня довольно трудно	0,715	0,956	0,958
вопрос 9 • Слишком много времени ушло на разговоры на отвлечённые темы	0,658	0,957	0,959
вопрос 10 • Мне было несколько трудно задавать вопросы	0,74	0,955	0,958
вопрос 11 • Важные решения по обследованию и лечению были приняты без учёта моего мнения	0,584	0,959	0,961
вопрос 12 • После приёма у врача (озабоченность...облегчение)	0,698	0,956	0,959
вопрос 13 • После приёма у врача (печаль...радость)	0,667	0,956	0,959
вопрос 14 • После приёма у врача (полон сил...утомление)	0,738	0,955	0,958
вопрос 15 • После приёма у врача (напряжение...спокойствие)	0,823	0,953	0,956

Таблица 4

Результаты оценки внутренней согласованности (надёжности) для отдельных сфер и всего опросника в целом

Table 4

The results of the assessment of internal consistency (reliability) for individual areas and the entire questionnaire as a whole

Сферы	α Кронбаха	ω Макдоналда
Весь опросник	0,958	0,960
Результаты этого визита к врачу	0,897	0,900

Сферы	α Кронбаха	ω Макдоналда
Впечатления от общения с врачом	0,956	0,957
Коммуникативная компетентность	0,835	0,847
Эмоции после этого визита к врачу	0,898	0,903

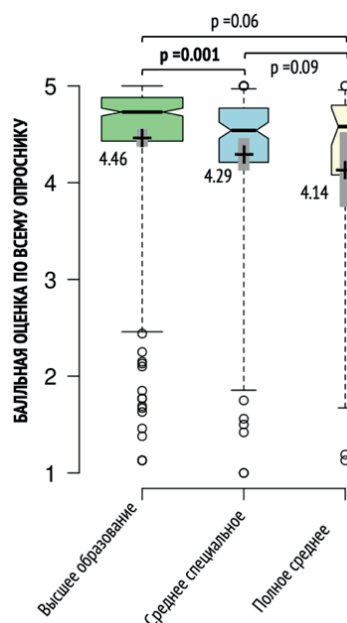


Рис. 1. Подгрупповой анализ общей балльной оценки по всему опроснику в зависимости от уровня образования

Fig. 1. Subgroup analysis of the overall score for the entire questionnaire, depending on the level of education

Обсуждение / Discussion

Пациентоориентированная медицинская помощь привлекает всё больше внимания в обществе и среди специалистов, рассматривается как одна из важнейших целей современного здравоохранения [19], поэтому разработка PREM представляет определённый научно-практический интерес. В этом исследовании мы активно использовали информационно-коммуникационные технологии для повышения вовлечённости пациентов в анкетирование, ускорения сбора и систематизации данных.

В данном исследовании мы провели внутреннюю валидацию реструктурированного на более раннем этапе опросника РЕQ. Было показано, что четырёх-факторная модель опросника, которая была предложена на первом этапе межкультурной адаптации, содержит важные для пациентов вопросы, о чём свидетельствуют высокие их факторные нагрузки, а сами сферы опросника и в целом вся анкета являются валидными (то есть отражающими саму заложенную в опросник концепцию) и надёжными, и могут быть использованы для различных групп пациентов, получающих кон-

сультативную врачебную поддержку в амбулаторном формате. Активное использование PREM помогает лучше понять проблемы с позиции пациента, усилить позиции ценностно-ориентированной медицинской помощи в России. Более того, опросник РЕQ в оригинальной и переведённой версии уже был протестирован в одном из проектов по ценностно-ориентированной телемедицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией в нашем Центре [20].

Опросник РЕQ был изначально выбран в качестве референсного, так как был создан не только для оценки удовлетворённости, но и для изучения восприятия полученной помощи пациентами. Для нас это было важно, так как анкеты по удовлетворённости уже существуют в отечественной практике, а появление на рынке частных медицинских центров, коммерциализация медицинских услуг и фокус именно на удовлетворённость создают условия не для коллегиальной формы взаимодействия между врачом и пациентом и продуктивного диалога, а для медицинского консьюмеризма [21], что, хотя и носит амбивалентный характер для отрасли, всё же не приближает переход отечественной медицины к ценностной.

Опросник РЕQ был выбран также и по причине его хорошей валидности и удобства использования. В одном из актуальных систематических обзоров 29 доступных на данный момент PREM, данная анкета была признана по большинству статистических параметров приемлемой [22]. Как уже было сказано, в мире за последние десятилетия было разработано большое количество подобных опросников, и логика подсказывает, что идеального не существует. Выбранный нами опросник также подвергался обоснованной критике со стороны других исследовательских команд по причине недостаточной надёжности [23]. Однако критические замечания касались несоответствия статистических результатов национальному масштабу желаемого критиками внедрения опросника. Для подобного общенационального уровня оценки были разработаны другие, более массивные и сложные инструменты, например, Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) или его амбулаторный аналог Clinician and Group CAHPS. Как и британский NHS Patient Experience, они требуют создания отдельных агентств по сбору и анализу данных, неудобны для научной

работы [24]. Нашу задачу по валидации опросника REQ мы видели не в создании инструмента для общенационального опроса или, наоборот, для узкого контингента пациентов с определённой нозологией (болезнь-специфический опросник), а в том, чтобы дать возможность врачам понять, что беспокоит пациентов и каким образом они воспринимают оказанную им помощь. Тем более что, как и в большинстве стран, амбулаторное звено в России является ключевым для всей системы здравоохранения.

На первом этапе данной работы мы показали, что заполнение опросника онлайн не превышает 7 минут [16], а онлайн-анкетирование является приемлемой и вполне жизнеспособной опцией для медицинских учреждений с большим потоком пациентов, так как не требует крупных финансовых вложений, способствует снижению нагрузки на респондентов и увеличению отклика [25].

При оценке средних показателей отдельных шкал и всего опросника в целом мы пришли к выводу, что большинство пациентов положительно отнеслись к проведённой консультации и высоко оценили опыт получения помощи. Вновь, как и на первом этапе, наши результаты отличаются от оригинального исследования, в котором около половины пациентов хотели бы получить больше информации о своём состоянии здоровья для выработки лечебной стратегии. Эту диспропорцию в результатах можно объяснить с одной стороны тем, что выборка для данного анализа была смещена в сторону крупного медицинского центра с большим количеством высококвалифицированных специалистов, а с другой — тем, что в основном у пациентов-участников в диагнозе фигурировали хронические и неонкологические заболевания, то есть респонденты не ожидали серьёзного изменения вектора лечения.

Мы также не выявили статистически значимых различий между большинством подгрупп пациентов, кроме того факта, что пациенты с более высоким уровнем образования выше оценивают опыт получения медицинской помощи. Эта находка не является исключительной. В нескольких исследованиях и метаанализах было показано, что чем выше образованность, тем выше удовлетворённость помощью [26, 27]. Вероятно, это связано с тем, что пациенты с высшим образованием понимают и принимают новую парадигму пациентоориентированного подхода и совместного принятия решения (то есть положительно воспринимают коллегиальную модель взаимодействия), в то время как пациенты с более низким уровнем образования остаются сторонниками патерналистской модели и более прямого, биомедицинского подхода. Это

ещё раз подчёркивает необходимость индивидуально-го подхода к пациенту, дабы укрепить доверие между врачом и пациентами из разных социальных групп.

Ограничения исследования / Limitations of the study

Необходимо упомянуть о ряде ограничений исследования. Как и на первом этапе, проводя набор пациентов в крупном многопрофильном и высокотехнологичном центре столичного города, невозможно избежать систематической ошибки отбора (*selection bias*). Более того, необходимо подчеркнуть, что пациенты включались в исследование самостоятельно и без предварительной подготовки. Последний факт не обязательно является ограничивающим, так как пациенты принимают решение самостоятельно без какого-либо давления, что повышает достоверность результатов опроса. Стоит заметить, что, хотя консультативное отделение нашего учреждения, по сути — многопрофильный центр (врачебный приём по более чем 50 специальностям), большое количество пациентов, принявших участие и сообщивших о профессиональном направлении специалиста, сообщили, что прошли консультацию у врача-кардиолога. Мы рассчитываем, что проведённая нами работа станет основой для внешней валидации опросника в других амбулаторных медицинских учреждениях, в том числе поликлиниках и фельдшерских пунктах. Это поможет, во-первых, естественным образом многократно увеличить выборку пациентов, а во-вторых, поможет повысить разнообразие когорты респондентов.

Также в данном исследовании не были использованы специальные валидационные вопросы для попытки провести дополнительный анализ дискриминационной валидности. На наш взгляд, подобные простые и дискретного характера вопросы будут уместны в дальнейших и лонгитудинальных исследованиях с повторными опросами. Дополнительной задачей для внешней валидации опросника могли бы стать структурированные интервью с пациентами, обозначившими низкую оценку одной или нескольких сфер опросника.

Выводы / Conclusions

Подтверждена конструктивная, дискриминантная валидность ранее переведённого на русский язык опросника, оценивающего опыт получения пациентами амбулаторной помощи Patient Experience Questionnaire. Подавляющее большинство пациентов крупного многопрофильного медицинского центра оценивают опыт получения амбулаторной помощи

высоко. Пациенты с высшим образованием воспринимают консультативную помощь позитивнее, нежели пациенты с более низким уровнем образования. Данный опросник предлагается использовать в реальной клинической практике и в научных проектах под названием **RuPEQ**.

Приложение

Опросник восприятия пациентами оказанной медицинской помощи (RuPEQ)

Для того чтобы повысить качество оказываемой помощи, мы просим Вас поделиться впечатлениями от этого приёма у врача, что Вы чувствовали во время приёма и какое значение этот приём имел для Вас и для состояния Вашего здоровья.

Пожалуйста, ответьте на все вопросы, даже если Вы пришли на приём к врачу без какой-либо конкретной жалобы или проблемы.

Результаты этого приёма у врача

После посещения врача Вы узнали, как сократить количество трудностей со здоровьем? (или как предотвратить появление проблем со здоровьем?)	
Теперь я знаю значительно больше	5
Теперь я знаю немного больше	4
Теперь я знаю чуть больше	3
Я узнал очень немного	2
Я знаю не больше, чем до посещения	1
После этого посещения врача знаете ли Вы, чего следует теперь ожидать в плане Вашего состояния здоровья?	
Теперь я знаю значительно больше	5
Теперь я знаю немного больше	4
Теперь я знаю чуть больше	3
Я узнал очень немного	2
Я знаю не больше, чем до посещения	1
Как Вы считаете, это посещение врача снизит количество трудностей со здоровьем? (или поможет предотвратить их?)	
Определённо нет	1
Слегка снизит	2
Снизит в незначительной степени	3
Снизит в определённой степени	4
Снизит в значительной степени	5

Впечатления от общения с врачом

Мы с врачом хорошо побеседовали	
Полностью согласен / согласна	5
Скорее согласен / согласна	4
Более или менее	3
Скорее, не согласен / согласна	2
Полностью не согласен / согласна	1
Я почувствовал, что врач вселил в меня уверенность, успокоил	
Полностью согласен / согласна	5
Скорее согласен / согласна	4
Более или менее	3
Скорее, не согласен / согласна	2
Полностью не согласен / согласна	1
Врач понял, что меня беспокоило	
Полностью согласен / согласна	5
Скорее согласен / согласна	4
Более или менее	3
Скорее, не согласен / согласна	2
Полностью не согласен / согласна	1
Я почувствовал (а), что обо мне позаботились	
Полностью согласен / согласна	5
Скорее согласен / согласна	4
Трудно сказать	3
Скорее, не согласен / согласна	2
Полностью не согласен / согласна	1

Коммуникативная компетентность

Общаться с врачом было для меня довольно трудно	
Полностью согласен / согласна	1
Скорее согласен / согласна	2
Трудно сказать	3
Скорее, не согласен / согласна	4
Полностью не согласен / согласна	5
Слишком много времени ушло на разговоры на отвлечённые темы	
Полностью согласен / согласна	1
Скорее согласен / согласна	2
Трудно сказать	3
Скорее, не согласен / согласна	4
Полностью не согласен / не согласна	5

Коммуникативная компетентность

Мне было несколько трудно задавать вопросы	
Полностью согласен / согласна	1
Скорее согласен / согласна	2
Трудно сказать	3
Скорее, не согласен/согласна	4
Полностью не согласен/согласна	5

Коммуникативная компетентность

Важные решения по обследованию и лечению были приняты без учёта моего мнения	
Полностью согласен / согласна	1
Скорее согласен / согласна	2
Трудно сказать	3
Скорее, не согласен / согласна	4
Полностью не согласен / согласна	5

Эмоции после конкретно этого визита к врачу

Оцените, пожалуйста, Ваши эмоции после этого конкретного посещения врача. Отметьте только один вариант, которые точнее характеризует Ваши ощущения.				
После приёма у врача я...				
...почувствовал (а) значительное облегчение	...почувствовал (а) незначительное облегчение	...не почувствовал (а) ни облегчения, ни озабоченности	...почувствовал (а) незначительную озабоченность	...почувствовал (а) значительную озабоченность
5	4	3	2	1
После приёма у врача я...				
...стал (а) печальным (ой)	...стал (а) несколько опечален (ной)	...не почувствовал (а) ни печали, ни радости	...немного обрадовался (алась)	...стал (а) очень радостным (ой)
1	2	3	4	5
После приёма у врача я...				
...почувствовал (а) себя полным (ой) сил	...почувствовал (а) некоторую бодрость	...не почувствовал (а) себя ни полным сил, ни утомленным (ой)	...почувствовал (а) себя немного утомленными (ой)	...почувствовал (а) себя очень утомленным (ой)
5	4	3	2	1
После приёма у врача я...				
...стал (а) очень напряженным (ой)	...стал несколько напряженными (ой)	...не почувствовал (а) ни напряжения, ни спокойствия	...почувствовал (а) некоторое спокойствие	...стал (а) очень спокойным (ой)
1	2	3	4	5

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Финансирование

Работа выполнялась без спонсорской поддержки.

ADDITIONAL INFORMATION

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interest.

Authors' participation

All authors have made an equivalent contribution to the preparation of the publication.

Funding

The work was carried out without sponsorship.

Благодарности

Авторы выражают благодарность всем пациентам-участникам исследования. Авторы также благодарны главному врачу Университетской клиники ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России Дмитрию Александровичу Овчинникову и инженеру отдела средств вычислительной техники ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Николаю Васильевичу Смирнову за их помощь в наборе пациентов и техническую поддержку проекта.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ионов Михаил Васильевич — к. м. н., н. с. научно-исследовательской лаборатории патогенеза и терапии артериальной гипертензии научно-исследовательского отдела «Артериальной гипертензии» ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку

e-mail: ionov_mv@almazovcentre.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3664-5383>

РИНЦ SPIN-код: 5264-2391

Дубинина Елена Александровна — к. псих. н., доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО РГПУ им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург, Российская Федерация; н. с. лаборатории клинической психологии и психодиагностики, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1740-6659>

РИНЦ SPIN-код: 9480-1770

Звартау Надежда Эдвиновна — к. м. н., заместитель генерального директора по работе с регионами ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6533-5950>

РИНЦ SPIN-код: 3818-0597

Конради Александра Олеговна — д. м. н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8169-7812>

РИНЦ SPIN-код: 2298-8269

Acknowledgements

The authors express their gratitude to all participants. The authors are also grateful to Dmitry A. Ovchinnikov, Chief Physician of the University Clinic of the Almazov National Medical Research Centre, and Nikolay V. Smirnov, Engineer of the Information and Communication Department of the Almazov National Medical Research Centre, for their assistance in patient recruitment and technical support of the project.

ABOUT THE AUTHORS

Mikhail V. Ionov — PhD, Cand. Sci. (Med), Researcher, Department for Arterial Hypertension, Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russian Federation

Corresponding author

e-mail: ionov_mv@almazovcentre.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3664-5383>

RSCI SPIN code: 5264-2391

Elena A. Dubinina — PhD, Cand. Sci. (Psychol), Associate Professor, Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, The Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russian Federation; Research Associate, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russian Federation

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1740-6659>

RSCI SPIN code: 9480-1770

Nadezhda E. Zvartau — PhD, Cand. Sci. (Med), Deputy General Director for work with regions, Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russian Federation

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6533-5950>

RSCI SPIN code: 3818-0597

Alexandra O. Konradi — PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of RAS, Deputy General Director on Research, Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russian Federation

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8169-7812>

RSCI SPIN code: 2298-8269

Список литературы / References

1. Barbosa CD, Balp MM, Kulich K, et al. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:39-48. doi: 10.2147/PPA.S24752.
2. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
3. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1984. — 191 с. [Tashlykov VA. Psikhologiya lechebnogo protsessa [Psychology of the treatment process]. Leningrad: Meditsina, 1984. (In Russ.).]
4. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010 Dec 23;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024.
5. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ*. 2017;356:j816. doi: 10.1136/bmj.j816.
6. Casaca P, Schäfer W, Nunes AB, Sousa P. Using patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures to elevate the quality of healthcare. *Int J Qual Health Care*. 2023 Dec 26;35(4):mzad098. doi: 10.1093/intqhc/mzad098.
7. Качество медицинской помощи [Электронный ресурс] Всемирная организация здравоохранения. [Quality of care [Electronic resource]

- World Health Organization. [cited 2024 Jun 25]. (In Russ.)). Доступно по: URL: <https://www.who.int/ru/health-topics/quality-of-care>. Ссылка активна на 25.06.2024.
8. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*. 2017;17(4):137-144. doi: 10.1093/bjaed/mkw060.
 9. Bele S, Teela L, Zhang M, et al. Use of Patient-Reported Experience Measures in Pediatric Care: A Systematic Review. *Front Pediatr*. 2021 Dec 20;9:753536. doi: 10.3389/fped.2021.753536.
 10. Burgess R, Lewis M, Hill JC. Benchmarking quality of care using patient reported outcome measure data for patients presenting with musculoskeletal conditions in primary care GP practices. *Musculoskeletal Care*. 2023 Sep;21(3):713-722. doi: 10.1002/msc.1744.
 11. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013 Jan 3;3(1):e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570.
 12. Black N, Varaganum M, Hutchings A. Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Saf*. 2014 Jul;23(7):534-42. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002707.
 13. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*. 2019 Oct;54(5):1023-1035. doi: 10.1111/1475-6773.13187.
 14. Анкета для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях [Электронный ресурс] Портал независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями. [Questionnaire for assessing the quality of conditions of service delivery by medical organisations in outpatient settings (Anketa dlya ocenki kachestva uslovij okazaniya uslug medicinskih organizacijami v ambulatornyh usloviyah)] [Electronic resource] Portal of independent assessment of the quality of conditions of service delivery by medical organisations. (Portal nezavisimoy ocenki kachestva uslovij okazaniya uslug medicinskih organizacijami). [cited 2024 Jun 25]. (In Russ.)). Доступно по: URL: <https://anketa.minzdrav.gov.ru/staticogv-justank/64/1>. Ссылка активна на 25.06.2024.
 15. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract*. 2001 Aug;18(4):410-8. doi: 10.1093/fampra/18.4.410.
 16. Ionov M, Dubinina E, Tregubenko I, et al. Russian-language translation and cultural adaptation of the Norwegian 'Patient Experience Questionnaire'. *PEC Innov*. 2023 Jun 7;2:100174. doi: 10.1016/j.pecinn.2023.100174.
 17. Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol*. 2010 Feb 10;10:13. doi: 10.1186/1471-2288-10-13.
 18. Baker SG. Maximum likelihood estimation with missing outcomes: From simplicity to complexity. *Stat Med*. 2019 Sep 30;38(22):4453-4474. doi: 10.1002/sim.8319.
 19. Goldfarb MJ, Saylor MA, Bozkurt B, et al. Patient-Centered Adult Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2024 May 14;149(20):e1176-e1188. doi: 10.1161/CIR.0000000000001233.
 20. Ionov MV, Zhukova OV, Yudina YS, et al. Value-based approach to blood pressure telemonitoring and remote counseling in hypertensive patients. *Blood Press*. 2021 Feb;30(1):20-30. doi: 10.1080/08037051.2020.1813015.
 21. Лядова А.В., Лядова М.В. От патернализма к консюмеризму: смена парадигмы взаимодействия врача и пациента. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2019;6(62):20-25. [Lyadova AV, Lyadova MV. From paternalism to consumerism: a paradigm shift in doctor-patient relationship. *Society: Sociology, Psychology, Pedagogics*. 2019;6(62):20-25. (In Russ.)). doi: 10.24158/spp.2019.6.2.
 22. Derriennic J, Nabbe P, Barais M, et al. A systematic literature review of patient self-assessment instruments concerning quality of primary care in multiprofessional clinics. *Fam Pract*. 2022 Sep 24;39(5):951-963. doi: 10.1093/fampra/cmz007.
 23. Holmboe O, Iversen HH, Danielsen K, Bjertnaes O. The Norwegian patient experiences with GP questionnaire (PEQ-GP): reliability and construct validity following a national survey. *BMJ Open*. 2017 Oct 2;7(9):e016644. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016644.
 24. Boiko O, Campbell JL, Elmore N, Davey AF, Roland M, Burt J. The role of patient experience surveys in quality assurance and improvement: a focus group study in English general practice. *Health Expect*. 2015 Dec;18(6):1982-94. doi: 10.1111/hex.12298.
 25. Lin Y, Hong YA, Henson BS, et al. Assessing Patient Experience and Healthcare Quality of Dental Care Using Patient Online Reviews in the United States: Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*. 2020 Jul 7;22(7):e18652. doi: 10.2196/18652.
 26. Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, de Boer D. Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Serv Res*. 2012 Aug 17;12:261. doi: 10.1186/1472-6963-12-261.
 27. Munawarah S, Arifin S, Febriana SKT. Meta-Analysis Study: Examining the Associations between Service Quality, Educational Level, Occupational Background, and Patient Satisfaction in Healthcare Facilities. *River Studies*. 2023;1:104-18. doi: 10.61848/rst.v1i2.6.