

**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ГУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**



EUROHIS

**РАЗРАБОТКА
ОБЩЕГО
ИНСТРУМЕНТАРИЯ
ДЛЯ ОПРОСОВ
О СОСТОЯНИИ
ЗДОРОВЬЯ**

E U R O H I S

**РАЗРАБОТКА
ОБЩЕГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ
ДЛЯ ОПРОСОВ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

**E U R O H I S: DEVELOPING COMMON
INSTRUMENTS FOR HEALTH SURVEYS**

Edited by

Anatoliy Nosikov

*World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen,
Denmark*

and

Claire Gudex

*World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen,
Denmark*

IOS

Press

O H M
Ohmsha

Amsterdam • Berlin • Oxford • Tokyo • Washington, DC

Published on behalf of the World Health Organization Regional Office for Europe by IOS Press

**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ГУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**

E U R O H I S

**РАЗРАБОТКА ОБЩЕГО
ИНСТРУМЕНТАРИЯ
ДЛЯ ОПРОСОВ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Москва 2005

УДК 610
ББК 60.6
Е 71

Редактор русского издания
доктор медицинских наук, профессор *Т.М. Максимова*
Перевод с английского: ст. науч.сотрудник *А.Г. Роговина*, кан. биол.наук *Л.И. Селочник*
Оформление: кан.экон.наук *Н.П. Лушкина*, кан.мед.наук *В.Б. Белов*,
науч. сотрудник *Н.А. Барабанова*

Опубликовано с разрешения Европейского регионального бюро Всемирной организации
здравоохранения издательством IOS Press в 2003 г. под названием *EUROHIS:*
Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья
(Исследования по биомедицине и здравоохранению, № 57)

Права на перевод для русского издания переданы ГУ Национальному научно-
исследовательскому институту общественного здоровья РАМН (Директор, академик РАМН
О.П.Щепин), Москва, Россия региональным директором Европейского регионального бюро
Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген.

За точность перевода несет ответственность только
ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

Translation rights for an edition in Russian have been granted to National Research Institute
of Public Health RAMS, Moscow, Russian Federation by the Regional Director
of the Regional Office for Europe of the World Health Organization, Copenhagen.

Published on behalf of the Regional Office for Europe of the World Health Organization by IOS Press
in 2003 under the title *EUROHIS: Developing Common Instruments*
for Health Surveys (Biomedical and Health Research No. 57)

The National Research Institute of Public Health RAMS
alone is responsible for the accuracy of the translation

**Е 71 Е U R O H I S: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоро-
вья** — М., «Права человека», 2005. — 193 с.

Книга представляет собой анализ возможностей и перспектив использования опросов
населения для изучения и оценки различных аспектов состояния здоровья, включает
конкретные рекомендации по содержанию анкет для обеспечения международной
сопоставимости данных, сформированных в результате выполнения проекта EUROHIS.

Предназначена для специалистов в области общественного здоровья и смежных
дисциплин.

УДК 610
ББК 60.6

ISBN 5-7712-0328-9

© World Health Organization, 2003.

© Всемирная организация здравоохранения, 2003.

© Художественное оформление издательство «Права человека», 2005.

Предисловие

За последние 10–15 лет значительно повысилась доступность и качество результатов опросов населения по изучению состояния здоровья населения в Европе, особенно в странах Центральной и Восточной Европы. Анкетирование теперь признается полноправным методом мониторинга здоровья наряду с регистрацией. Тем не менее остается проблема сопоставимости данных, полученных в ходе опросов о состоянии здоровья населения. Основные источники трудностей: «искусственные» различия в опросах из-за методических расхождений (например, в том, как определяются индикаторы состояния здоровья) и «естественные» различия между группами населения, связанные с установками, образом жизни и отношением к здоровью. Более того, эти два аспекта не всегда удается в точности определить и разделить.

Выработка общепринятых стандартов в отношении рекомендуемых общих методов и инструментария оценки может существенно усилить контроль за первым из основных источников несопоставимости и в то же время повысить значимость и надежность результатов опросов. Это благотворно отразится на практике здравоохранения, поскольку для обоснования политики здравоохранения постоянно проводятся международные сравнения. Но в конечном итоге необходимо достичь большего, чем просто согласование инструментария на международном уровне: следует значительно углубить научное понимание причин любых существенных расхождений в результатах опросов по изучению состояния здоровья населения между странами.

Решение этих задач невозможно без искреннего международного сотрудничества, тщательного анализа сходства и различий в трактовке связанных со здоровьем понятий, подходов и структур отдельными странами и организациями. Информация, полученная в ходе таких проектов, должна использоваться для оптимизации тактики, моделей и приемов в области здравоохранения с тем, чтобы они более полно соответствовали конкретным потребностям и ресурсам каждой страны. Дополнительную значимость таким исследованиям придает обмен идеями между отдельными культурами (в том числе и между организационными секторами), развитие международного взаимодействия и создание связей между исследованиями в области здравоохранения, политикой здравоохранения и отдельными гражданами. Такая позиция — залог успеха проекта EUROHIS.

Для реализации проекта потребовалась финансовая и научная поддержка из многих и различных источников, а также тщательно продуманная программа работы. Особой благодарности заслуживает поддержка и щедрое финансирование со стороны программы исследований в области биомедицины и здравоохранения Европейской Комиссии (BIOMED 2). EUROHIS демонстрирует, что сотрудничество ВОЗ и Комиссии может быть более плодотворно, чем деятельность этих организаций поодиночке. Данный проект внес вклад в решение задач обеих организаций. Он расширил культурное разнообразие, тем самым повысив общую надежность и значимость результатов. Успех проекта EUROHIS очевиден, но в полной мере его значение будет определяться использованием выработанных рекомендаций руководителями здравоохранения в странах-участницах.

Анка Думитреску (Anca Dumitrescu)
Директор, отдел информации
анализа и коммуникаций,
Европейское региональное бюро ВОЗ

Октави Квинтана Триас (Octavi Quintana Trias)
Директор, исследования в области
здравоохранения,
Комиссия Европейских сообществ

Содержание

Предисловие	
<i>Анка Думитреску (Anca Dumitrescu) и Октави Квинтана Триас (Octavi Quintana Trias)</i> . . .	5
Введение	7
Глава 1.	
Международная сопоставимость результатов опросов по изучению состояния здоровья населения: обзор методов и подходов	
<i>Моника Буллинджер (Monika Bullinger)</i>	9
Глава 2.	
Обзор проекта EUROHIS	
<i>Анатолий Носиков (Anatoliy Nosikov) и Клер Гудекс (Claire Gudex)</i>	21
Глава 3.	
Разработка общего инструментария для изучения хронических соматических заболеваний (состояний)	
<i>Виттория Бюратта (Vittoria Buratta), Луиза Фрова (Luisa Frova), Лидия Гаргьюло (Lidia Gargiulo), Эмилио Джаниколо (Emilio Gianicolo), Сабрина Прати (Sabrina Prati) и Люциана Кваattrociocchi</i>	29
Глава 4.	
Разработка общего инструментария для изучения психического здоровья	
<i>Говард Мелтцер (Howard Meltzer)</i>	44
Глава 5.	
Разработка общего инструментария для оценки потребления алкоголя	
<i>Юсси Симпура (Jussi Simpira)</i>	69
Глава 6.	
Разработка общего инструментария для изучения физической активности	
<i>Пекка Ойа (Pekka Oja)</i>	86
Глава 7.	
Разработка общего инструментария для изучения обращаемости за лечебно-диагностической помощью	
<i>Агнес де Брюин (Agnes de Bruin) и Диркъян Бьюкенхорст (Dirkjan Beukenhorst)</i>	101
Глава 8.	
Разработка общего инструментария для оценки потребления лекарств	
<i>Тимо Клаукка (Timo Klaukka) и Яна Мартикайнен (Jaana Martikainen)</i>	127
Глава 9.	
Разработка общего инструментария для изучения обращаемости за профилактической медицинской помощью	
<i>Марике В. де Клейн-де Вранкрийкер (Marijke W. de Kleijn-de Vrankrijker) и Вим Давидзе (Wim Davidse)</i>	135
Глава 10.	
Разработка общего инструментария для изучения качества жизни	
<i>Мик Пауэр (Mick Power)</i>	149
Глава 11.	
Выводы	168
Приложение 1. Рабочие группы по индикаторам EUROHIS	171
Приложение 2. Список участников проекта EUROHIS	181

Введение

Принятие ВОЗ в 1977 г. стратегии здоровья для всех подчеркнуло необходимость международной сопоставимости данных о состоянии здоровья, получаемых в результате опросов населения. Такие данные могут выявлять истинные различия в состоянии здоровья и влияющие на здоровье факторы. Таким образом, политические дискуссии об оптимальных мерах укрепления здоровья населения могут основываться на соответствующих межнациональных сравнениях. Но современный дефицит координации при разработке инструментария опросов препятствует международной сопоставимости результатов. Поэтому главной целью проекта EUROHIS явилась разработка общего инструментария опросов, который обеспечил бы международную сопоставимость национальных данных о состоянии здоровья. Проект, возглавляемый Европейским региональным бюро ВОЗ, продолжался 6 лет и привлек к сотрудничеству исследователей и специалистов из 33 стран европейского региона ВОЗ.

В данной книге описан подход, принятый в рамках проекта EUROHIS, и методы решения различных проблем, возникших в ходе проекта. Она содержит описание программы исследования EUROHIS и итоговые рекомендации в отношении общего инструментария, а также включает методологическое обсуждение аспектов международной сопоставимости.

Кульминацией проекта EUROHIS явился рекомендуемый общий инструментарий по 8 индикаторам здоровья для всех:

- хронические заболевания,
- психическое здоровье,
- потребление алкоголя,
- физическая активность,
- обращаемость за лечебно-диагностической помощью,
- потребление медикаментов,
- обращаемость за профилактической медицинской помощью,
- качество жизни.

Инструментарий разработан на английском языке, имеются переводы на французский, немецкий и русский, а также на 12 других языков: азербайджанский, арабский, иврит, киргизский, латвийский, литовский, македонский, румынский, словацкий, украинский, хорватский и чешский. В настоящее время ряд европейских стран-участниц либо уже применили рекомендованный инструментарий, либо находятся в процессе внедрения его в национальные исследования.

Структура книги

Глава 1 содержит обзор методологических проблем, с которыми сталкиваются исследования международной сопоставимости, а также предпринимаемых в Европе усилий по согласованию инструментария опросов и методологии. В главе 2 приводится подробное описание проекта EUROHIS, включающее общую методику работы и ее основные этапы. Главы 3—10 посвящены разделам, выполненным по каждому из 8 индикаторов, включая методологию, реализованную при разработке общего инструментария, эффективность применения этого инструментария в полевых условиях и рекомендации по его использованию. Глава 11 является заключительной.

Глава 1

Международная сопоставимость результатов опросов по изучению состояния здоровья населения: обзор методов и подходов

Моника Буллинджер (Monika Bullinger)¹
*Отделение медицинской психологии,
Университетская клиника Гамбурга-Эппендорфа, Германия*

1.1 Введение

Доступность данных о состоянии здоровья, представительных для всего населения, — основная предпосылка выявления и понимания проблем общественного здоровья, а также планирования и оценки деятельности в области здравоохранения. Эти данные необходимы и для международных исследований с целью сравнения показателей по оказанию медицинской помощи и уровню здоровья у различных групп населения (Murray, Lopez 1995; Ovreteit 2001; Zwi, Yach 2002). На европейском уровне политическая потребность в таких международных сравнениях возникает из-за европейского процесса унификации, который требует общих стандартов документации и мероприятий в ряде общественно значимых областей, включая проблемы охраны здоровья (Donnan 1998; Borgell et al. 2000). Известным примером на мировом уровне является Доклад о состоянии здоровья в мире, 2000 (WHO 2000).

В эпидемиологии и клинических дисциплинах всегда существовали различные мнения об оценке здоровья. Хотя общепринято, что здоровье — это теоретическое понятие, которое необходимо конкретизировать, прежде чем его можно будет измерить, различаются подходы к выбору аспектов, которые измеряются, и к распределению акцентов между «объективными» и «субъективными» аспектами. История исследования индикаторов здоровья показывает, что приоритеты в этой области сместились от макросоциальной структурной информации (например, младенческая смертность) через клинические индикаторы (например, уровень холестерина в крови) к информации о самооценке здоровья (например, ощущение здоровья и благополучия).

Это изменение акцентов в пользу включения самооценки аспектов состояния здоровья уходит корнями в определение здоровья ВОЗ 1948 (WHO 1985), которое привело к сдвигу парадигмы в трактовке здоровья. Определение ВОЗ включает не только физическое, но и психическое, и социальное благополучие и настаивает, что здоровье не должно просто приравниваться к отсутствию заболеваний и физических недостатков. Хотя определение ВОЗ подвергалось критике за идеали-

¹В данной главе изложена точка зрения автора, она не всегда отражает политику и мнение Европейского регионального бюро ВОЗ.

зорованный взгляд на здоровье, оно привело к усилению психологического и социального аспектов понятия здоровья, а также высветило значимость самооценки состояния здоровья. Тем не менее ВОЗ до сих пор сосредоточена на более объективных индикаторах при обработке статистической информации (WHO SIS) и в других основных проектах, таких как изучение Глобального бремени болезней.

Современный интерес в значительной степени концентрируется вокруг различий, возникающих между клиническими оценками состояния здоровья и самооценкой здоровья, а также специфических проблем, связанных с каждым подходом. Например, неясна значимость результатов клинических лабораторных исследований для прогноза последующей заболеваемости, в то время как на самооценку состояния здоровья влияют психологические и методологические процессы, затрудняя оценку их надежности и обоснованности. Концептуально субъективное или «воспринимаемое» здоровье тесно связано с относительно новой областью исследований, а именно, с качеством жизни. Качество жизни лучше всего объясняется как конкретизация определения здоровья ВОЗ путем включения самооценки благополучия и уровня деятельности в физической, эмоциональной и социальной сферах жизни (Bullinger 1991). Обычно понятие качества жизни акцентирует роль восприятия, т.е. интеллектуальных и эмоциональных оценок информации, связанной со здоровьем, а не просто отчета о собственном поведении и деятельности.

В данном контексте полезно различать «состояние здоровья» (т.е. описание собственного здоровья в связи с симптомами, поведением и опытом) и «качество жизни» (т.е. самооценка симптомов, поведения и опыта). Но трудно исключить концептуальное пересечение интерпретации своего состояния здоровья и качества жизни. Это проявляется, например, в оригинальной конкретизации качества жизни, связанного со здоровьем, группой WHOQOL (Orley, Kuyken 1994), которая определила качество жизни как «степень, в которой опыт отвечает индивидуальным ожиданиям», и измеряет его не только по самооценкам («я удовлетворен»), но и по характеристике собственных действий (например, «я могу»).

Исследование взаимосвязей между объективными и субъективными индикаторами здоровья показывает, что, в зависимости от характера симптомов и диагноза, люди могут быть хорошо осведомлены о своем состоянии здоровья и могут достоверно охарактеризовать симптомы и диагноз в соответствии с клинической информацией (Stewart, Ware 1992). Но как следует из литературы по качеству жизни, оценка симптомов, опыта и поведения не связана прямо пропорционально с такими клиническими индикаторами, как тяжесть симптомов. Поэтому для полноты охвата понятия «состояние здоровья» его оценка должна основываться на клинической информации и данных самооценки (это согласуется с классическим подходом к изучению индикаторов здоровья; Cavelaars et al. 1998) и подкрепляться индикаторами собственного восприятия качества жизни.

Проблема межкультурной и международной сопоставимости данных о состоянии здоровья имеет решающее значение ввиду растущей глобализации здоровья. Не только экономическая глобализация влияет на здоровье, но и оно само является объектом глобализации в силу своей межкультурной природы (Cognia 2001). Оценка индикаторов состояния здоровья сталкивается со следующими основными трудностями: (а) улавливают ли на самом деле индикаторы здоровья значимые моменты, (б) могут ли они быть включены в инструментарий опросов таким образом, чтобы люди могли ответить, и (в) является ли инструментарий опросов методологически устойчивым. Межкультурная оценка сталкивается с дополнительной проблемой: (г) поддается ли полученная информация интерпретации внутри и вне рамок отдельных культур. Кроме того, международное согласование тех индикаторов здоровья, которые уже используются в различных странах, требует разработки критериев, позволяющих судить об их применимости в межкультурном контексте, а также инновационных статистических подходов при межкультурном анализе.

Для получения межкультурных индикаторов здоровья предлагались как нисходящие (по принципу «сверху-вниз»), так и восходящие (по принципу «снизу-вверх») подходы. Нисходящие подходы основываются на теории (например, на знании систем здравоохранения), тогда как восходящие строятся на эмпирической основе (например, путем идентификации часто получаемых данных) (Elola et al. 1995). Восходящий подход потребовал бы определения экспертами (или широкими кругами общественности), предметных областей (доменов) здоровья для последующего выбора вариантов их применения на практике. Восходящий подход заключался бы в анализе существующих индикаторов здоровья и критической оценке их применимости в контексте различных культур. В качестве оптимального метода предлагается сочетание этих двух стратегий.

1.2 Основные индикаторы здоровья

Анализ литературы, посвященной индикаторам здоровья и международной отчетности о состоянии здоровья, показывает значительное варьирование по числу и типу индикаторов, используемых при опросе населения.

Последний поиск литературы в системе Medline (1993–2002 гг.) с использованием соответствующих поисковых терминов дал удивительно мало подходящих статей. Хотя было обнаружено 659 статей по «индикаторам здоровья» в сочетании с «международный», только 127 касались «индикаторов здоровья» и «Европы». 39 работ получено по поисковым словам «индикаторы здоровья» и «межкультурный», и всего 8 обнаружено по «представительным опросам» и «Европа». Поисковые термины «отчетность о состоянии здоровья» и «международный» идентифицировали всего 6 работ. Одна из них описывает международные усилия в оценке качества жизни детей и подростков в Европейском сообществе (Ravens-Sieberer et al. 2001). В другой статье анализируется сбор исчерпывающей информации о состоянии здоровья населения в Европе (Аготаа 1998) и описываются проекты, посвященные опросам по изучению состояния здоровья населения с участием ВОЗ, Организации экономического сотрудничества и развития (ОЕСД) и центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), а также других международных организаций, которые собирают данные о состоянии здоровья и публикуют отчеты об опросах по состоянию здоровья. С 1995 г. по 1998 г. Европейский Союз (ЕС) выступил с рядом инициатив по совершенствованию статистики здоровья населения и развитию мониторинга здоровья. В связи с программами ЕС, направленными на общественное здоровье, в 1997 г. начата программа мониторинга здоровья (НМР)² с целью подготовки перехода к непрерывному мониторингу здоровья в ЕС.

Только в последнее время активизируются усилия по согласованию инструментария и методик эпидемиологических исследований. Например, в области психического здоровья последний обзор европейских данных (Нурkens et al. 1999) указывает на 26 опросов, проведенных в 13 странах Европы, которые включают информацию о состоянии психического здоровья. Но в этих опросах редко используется стандартный инструментарий оценки, который обеспечивал бы сбор данных в рамках международной классификации болезней (МКБ) или диагностического и статистического руководства (DSM)³ Американской психиатрической ассоциации. Последний обзор опросов по изучению состояния здоровья населения в странах ОЕСД (Gudex, Lafortune 2000) показал, что более 50% национальных опросов, посвященных состоянию здоровья, включали, по крайней мере, некоторые оценки психологического и эмоционального благополучия, но опять же различия в использованном инструментарии существенно ограничивают сопоставимость собранных данных.

² Health monitoring programm.

³ Diagnostic and statistic manual.

Ряд европейских исследовательских групп в настоящее время активно занимаются межкультурными аспектами индикаторов здоровья. В области психического здоровья к ним относятся группа психического здоровья программы мониторинга здоровья Европейского Союза, (НМР) проект психического здоровья, руководимый Европейской сетью по ожидаемому состоянию здоровья и процессу инвалидизации (EURO-REVES), также финансируемый через НМР. Что касается экологических рисков для здоровья, то действует европейская система информации о состоянии здоровья и окружающей среды для оценки рисков воздействия и заболевания (EUROHEIS, www.met.ic.ac.uk), а также Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, которое разработало систему информации о состоянии здоровья и окружающей среды (www.who.dk.eprise/main/who/Prog/EHI/home). Более глобально CDC (www.cdc.gov/mmwr/indss_99.html) собирает данные программ опросов по отдельным индикаторам общественного здоровья в конкретных группах населения (молодежь, пожилые), по отдельным заболеваниям (СПИД, астма, малярия) и диагностическим/терапевтическим методикам (например, маммография). Кроме того, существует европейская рабочая группа по социально-экономическому неравенству в состоянии здоровья населения (www.kttl.helsinki.fi), а также программы, которые устанавливают связь между социальными индикаторами и индикаторами здоровья, такие как программа «сеть нищеты», которая отслеживает условия проживания и их влияние на состояние здоровья в мировом масштабе (www.worldbank.org/poverty/data).

Индикаторы здоровья, представленные в докладах о состоянии общественного здоровья, обычно включают социально-демографические показатели, частоту возникновения и распространенность заболеваний и ограничений жизнедеятельности, данные обращаемости за медицинской помощью и информацию об образе жизни. Менее распространено включение субъективной оценки благополучия, социальной поддержки, данных о несчастных случаях и сексуальном поведении, хотя в них содержится чрезвычайно важная информация о связанном со здоровьем качестве жизни, жизненных событиях, стрессе и насилии. База данных европейских опросов по поводу состояния здоровья, финансируемый ЕС проект, содержит банк данных о европейских опросах о состоянии здоровья и включает информацию об их содержании, целях, инструментарии, размере выборки и методике (будет доступна через Интернет начиная с января 2003 г.). Но до сих пор сохраняется дефицит инструментария, который бы обеспечил международную оценку хронических заболеваний, физического, психического и социального здоровья, а также человеческих ресурсов. Чтобы согласовать данные, собранные в результате национальных опросов о состоянии здоровья в различных странах, созданная ЕС рабочая группа в настоящее время анализирует 12 аспектов состояния здоровья с целью получения данных, которые статистически сопоставимы на международном уровне. Среди этих аспектов хронические заболевания, образ жизни, обращаемость за медицинской помощью и потребление медикаментов, а также восприятие собственного здоровья или качества жизни, связанного со здоровьем. Параллельно в Европе ЕСНР⁴ ежегодно проводит многоаспектный опрос, включающий разделы о доходах, демографии, здоровье (в том числе и психическом здоровье), вредных привычках, жилищных условиях и миграции. Но попытки согласования не носили систематического характера. Полезным источником информации об отчетности и мониторинге в области состояния здоровья детей и подростков является последнее международное исследование (Curtie et al. 2001). Это исследование, как и другие международные подходы, которые применялись при изучении детей и взрослых, явились полезным источником информации при подготовке опроса, посвященного здоровью детей в Германии (<http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de/>).

Понятно, что как на международном, так и на европейском уровне предпринималось множество исследований, посвященных индикаторам здоровья. Эти работы варьировали от локальных научных

⁴ European Community Household Panel.

проектов по сбору данных о конкретных нарушениях здоровья до продолжающихся совместных усилий согласовать мониторинг и представление индикаторов здоровья как в области экологии/здравоохранения, так и в программах опросов о состоянии здоровья (например, данные WHO-SIS, CDC или OECD).

Тем не менее к стандартизации индикаторов здоровья, широко используемых в национальной отчетности о состоянии здоровья, приступили только недавно. Учитывая широкий диапазон научных проблем, методов и подходов, такая работа имеет огромное значение. В Европе национальные комитеты статистики (в дополнение к глобальным инициативам ВОЗ и OECD), казалось бы, обладают наилучшими возможностями наблюдения за состоянием здоровья населения в динамике. Если бы оказалось возможным согласовать и стандартизовать сбор данных этими организациями, стала бы доступна значительная база данных для планирования и мониторинга политики здравоохранения в ЕС. Конкретная цель проекта EUROHIS состояла в организации создания такой базы данных.

Интересно, что в современной литературе не рассматривается эффективность индикаторов здоровья при международных сравнениях, за исключением сферы психического здоровья, где чаще опробовались возможности инструментария для решения психометрических задач. Такая информация необходима для выявления методологически выдержанного инструментария и для изучения конкретного вклада стандартизованных индикаторов здоровья в Европе. Поэтому проект EUROHIS может также оказаться первопроходцем в отношении тестирования эффективности оценок состояния здоровья с точки зрения международного анализа.

1.3 Межкультурное согласование и использование индикаторов здоровья

Проблеме мониторинга и описания состояния здоровья уделяется все больше внимания. Современное развитие сферы общественного здоровья требует интенсивного развития международных исследований здоровья, что порождает дискуссии о концептуальной четкости, методологии и практическом внедрении в области международной охраны здоровья.

Данные исследований состояния здоровья могут использоваться как для описания состояния здоровья населения (эпидемиологическая перспектива), так и для оценки мероприятий в системе здравоохранения (клиническая перспектива); тем самым вносится вклад в принятие решений в области общественного здоровья (политическая перспектива). Эти цели важны как на государственном, так и на международном уровнях.

Термин «международный» имеет различные значения: политически он относится к нациям, географически — к странам, антропологически — к культурам, социологически — к обществам, а психологически он относится к общности людей. Все эти значения отражаются в понятии языка, делая его одним из ключевых моментов при работе с оценками состояния здоровья на международном уровне. Необходимо различать термины «международный» и «межкультурный». «Международный» преимущественно обозначает совместные действия различных стран в области охраны здоровья (т.е. исследования конкретных действий, проводящиеся в различных странах). «Межкультурное» исследование обозначает дополнительные совместные усилия, направленные на сравнение и объяснение различий в отношении здоровья (т.е. использование специфического аппарата для оценки состояния здоровья в различных по культуре — т.е. по укладу жизни группах населения). В последнее время термин «межкультурный» уступил место более нейтральному термину «межнациональный».

С точки зрения межнациональных различий, индивидуальная оценка состояния здоровья может в значительной степени зависеть от культурной парадигмы. Как подчеркнул Hutchinson (1996), культурно обусловленные понятия болезни наиболее наглядно представлены в так называ-

емых «народных болезнях». Если болезни, как следует из антропологических исследований, настолько связаны с культурной принадлежностью, то как можно отделить здоровье от культуры? Основной скептицизм, особенно антропологический, представлен в следующей цитате (Johnson 1996, стр. 511):

«Хотя многим исследователям хотелось бы иметь шкалу или аналогичные инструменты для глобальной оценки культур, позволяющие сопоставить «характер» одной культуры с другой, такой шкалы не существует. Фактически, с учетом многообразия переменных или аспектов, образующих культуру, эта цель недостижима как теоретически, так и методологически».

В условиях растущего интереса к оценкам состояния здоровья, применимым на международном уровне, заслуживают рассмотрения следующие вопросы:

- Какие индикаторы здоровья существенны для данного народа или данной культуры?
- Идентичны ли представления о здоровье у различных групп населения/культурных групп?
- Каковы методологически выдержанные способы оценки индикаторов здоровья (надежные, валидные, чувствительные)?
- Может ли состояние здоровья измеряться у различных народов/в различных культурах с использованием одинаковых процедур сбора данных?
- Можно ли сравнивать значения индикаторов здоровья у различных народов/в разных культурах?
- Обосновано ли использование межкультурных данных о состоянии здоровья для принятия решений в области здравоохранения на государственном и международном уровнях?

Почти не встречается литературных источников о разработке индикаторов здоровья, приемлемых на межкультурном уровне, хотя имеются работы, посвященные межкультурным исследованиям качества жизни (Anderson et al. 1993; Bullinger 1997). Удивляет то, что описанные подходы по качеству жизни не были приняты в области исследований индикаторов здоровья. Из этой литературы можно выделить 3 подхода к идентификации основных аспектов здоровья. При последовательном подходе индикатор, возникший в одной культуре, применяется в другой культуре. При параллельном подходе каждая культура может предложить собственный индикатор для существенного аспекта здоровья, который затем принимается всеми другими странами. При совместном подходе новые индикаторы здоровья разрабатываются путем межкультурного согласования.

Какой бы подход ни применялся, в процессе разработки необходимы три основных этапа: перевод индикатора, его методологическая апробация и процесс нормирования.

1.3.1 Перевод

Большая работа велась по проблемам перевода (Sartorius, Kuyken 1994; Guillemin et al. 1993). В межкультурных социологических исследованиях, а также в межкультурной психиатрии и педагогической психологии разрабатывались теоретические основы и различные методологические подходы к переводу инструментария из одной культурной сферы в другую (Brislin et al. 1973; Hui, Triandis 1985). Каждая рабочая группа, как правило, разрабатывала собственные процедуры перевода, которые основывались на прямом переводе на новый язык. Хотя обсуждается необходимое число переводчиков, а также применение обратного перевода (с нового языка на исходный). Анализируя различные подходы к переводу, Asquardo et al. (1996) подчеркивали необходимость сравнительного обсуждения хотя бы двух прямых переводов, они были скептически настроены в отношении использования обратных переводов, которые часто отличаются более низким качеством, что затрудняет оценку прямого перевода. Наиболее важно международное согласование переводов из различных стран; для этого собирается вместе группа представителей из различных стран, которые способны взаимодействовать и критически анализировать переводы друг друга. Хотя в основном философия большинства руководств по переводу

сосредоточена на точности перевода с исходного языка на новый, Guyatt (1993) поставил под вопрос попытку перенести оценку из одной страны в другую как можно точнее, полагая, что при переводе могут возникнуть противоречия и нелогичные формулировки, а также неперебиваемые выражения; он предлагал в таком случае перефразировать соответствующий пункт (и в оригинале тоже), а не адаптировать его на языке перевода. Несмотря на различия в подходах к переводу, большинство авторов согласны, что совершенно необходимо участие двух переводчиков при прямом переводе, рекомендуется использование специальных групп для оценки применимости полученного в результате перевода индикатора здоровья в конкретной стране, а целесообразность обратного перевода вызывает сомнения.

1.3.2 Методологическая апробация

Методы, используемые для проверки эффективности инструментария опроса, основаны на подходах и процедурах, разработанных в рамках психометрической теории. Такое психометрическое тестирование включает повопросную дескриптивную статистику, шкальные оценки, а также оценки надежности, обоснованности и чувствительности (Bullinger et al. 1996). Но различные международные рабочие группы применяют различные процедуры психометрического тестирования. Например, в области качества жизни можно выделить следующие подходы:

- Опросник SF-36 в исследовании здоровья IQOLA⁵ (Aaronson et al. 1992) придает особое значение факторной структуре и теории ответов на вопросы как средства определения различий между культурами в трактовке ответов на вопросы (Ware et al. 1998). Подчеркивается также эффективность анкет с учетом известных групповых различий, т.е. проверка, позволяет ли конкретный критерий дифференцировать пациентов по тяжести заболевания.
- Группа, работающая с анкетой FACT/FACIT, использует анализ вопросов, основанный на модели Rasch, моделях структурного выравнивания и многовариантной статистике, для воспроизведения факторной структуры оценки в различных странах (Cella et al. 1996).
- Проект WHOQOL⁶, а также группа SF-36 применяют модели структурного выравнивания для проверки оценочного аппарата анкет в различных странах. В практике WHOQOL (WHOQOL Group 1994) при обработке данных, полученных от 4500 респондентов из 15 стран, модель сначала применяется к общему массиву данных, а затем — к каждой стране (WHOQOL Group 1998). Для проверки применимости вопросов в различных культурах используется корреляция шкал вопросов и повопросная дескриптивная статистика.
- В группе EORTC⁷ повопросная и шкальная статистика используется для выяснения, совпадают ли модели оценки по отдельным вопросам в различных странах (EORTC 1996).

1.3.3 Нормирование

Хорошим примером исследования в области межкультурной стандартизации является опросник о состоянии здоровья SF-36. Группа IQOLA использовала данные о населении для оценки качества жизни населения в целом в различных странах. Они обнаружили, что модели, соответствующие данным по Западной Европе, очень близки друг к другу. Сравнения между странами по субоценкам (SF-36) также дали аналогичные рейтинги, хотя и с незначительными различиями в профилях промышленно развитых западных стран. Сходство структур SF-36, а также конвергенция значимых шкал в различных культурах предполагают, что в этих странах могут использоваться одинаковые системы взвешивания. Нормативные данные могут затем применяться в каждой стране для по-

⁵ International Quality of Life Assessment.

⁶ WHO quality of life.

⁷ European Organisation for Research and Treatment of Cancer.

лучения базовых данных по каждой возрастно-половой группе, с которыми можно сравнивать клинические данные о качестве жизни и рассчитывать отклонения от соответствующих возрастно-половых норм (Ware et al. 1996, 1998).

В рамках эпидемиологического анализа сравнение данных о качестве жизни в различных странах вызывает затруднения. Это отличается от сравнительного социологического исследования, при котором в различных странах изучаются так называемые «объективные» индикаторы качества жизни. Наличие справочной информации позволяет, например, установить, являются ли различия в качестве жизни следствием социально-экономических условий. В зависимости от цели сравнения такие детерминанты могут изучаться для определения целесообразности принятия мер или подвергаться статистической стандартизации, чтобы выявить другие факторы, возможно, порождающие различия между культурами.

1.4 Необходимые условия согласования индикаторов здоровья и межнационального анализа

При разработке индикаторов здоровья, применимых на межкультурном уровне, важно проанализировать базовое понятие здоровья. Индикаторы отображают ключевые компоненты моделей здоровья. Такие индикаторы могут состоять из отдельного утверждения или вопроса, из нескольких вопросов, которые агрегируются в индекс, или из психометрической шкалы. Индекс аккумулирует отдельные утверждения, вопросы или наблюдения в более сжатую форму с использованием процесса вывода, основанного на конкретной логике и критериях эффективности индикаторов (Bullinger 1992). Психометрическая шкала — это теоретически сконструированный, но эмпирически апробированный инструмент, состоящий из элементов. Она оценивает объект и обладает свойствами шкальности, а также надежности, валидности и чувствительности. Хотя использование таких шкал важно при оценке аспектов здоровья, которые недоступны для непосредственного наблюдения, более легко наблюдаемые индикаторы могут также выиграть от такой методологической строгости.

Основными целями опросов о состоянии здоровья населения являются мониторинг и описание состояния здоровья. Поэтому в данном контексте индикаторы здоровья используются описательно: каждый индикатор отдельно документируется и анализируется. Но полезно было бы дополнить такое описание последующим анализом, при котором индикаторы здоровья объединяются в более емкие характеристики здоровья. Если к этому добавить и потенциальные детерминанты здоровья, то сложится комплексная картина с гораздо более богатыми аналитическими возможностями. Можно было бы выделить многоаспектные изменения состояний здоровья и связать их с детерминантами здоровья, что стало бы основой для разработки мероприятий, подлежащих внедрению и оценке (Laaksonen et al. 2001). Кроме того, можно было бы изучить различия в состоянии здоровья отдельных групп населения (например, в зависимости от заболевания, экономического положения, пола). Можно было бы проводить и межкультурный анализ, выделяя каждую страну в отдельности, или же группируя страны, или формируя общий массив данных по всем странам, а страну используя в качестве объясняющего фактора при анализе. Такие статистические подходы позволяют выявить аналогии и различия в состоянии здоровья между странами, в то же время принимая во внимание взаимодействие индикаторов здоровья и влияние различных других факторов.

ВОЗ недавно описала конкретные методы обеспечения межнациональной сопоставимости результатов опросов в двух документах (www.who.int/health-system-performance/technical-consultants/crossporcomp_background.pdf и [... draftreport.pdf](http://www.who.int/health-system-performance/technical-consultants/crossporcomp_draftreport.pdf)). Эти документы основаны на Исследовании ВОЗ результатов опросов домохозяйств в ряде стран, в котором для оценки состояния здоровья населения используются данные самооценки. Группа экспертов обсуждала, как можно анализировать порядковые переменные (например, упорядоченная пробитная модель из социальных

дисциплин и модель частичного доверия из психометрии). Тестирование этих моделей на одном и том же массиве данных дало различные результаты. Решение может заключаться в том, чтобы использовать иерархическую упорядоченную пробитную модель (НОРПТ)⁸ и иерархическую модель частичного доверия (НРСМ)⁹ для отдельных ответов на предлагаемые ситуации. В обсуждении многоэлементные психометрические шкалы, в которых проблематично дифференциальное функционирование элементов (DIF)¹⁰, противопоставляются подходам к оценке здоровья по отдельным вопросам, что необходимо при опросах. Хотя эти документы очень важны для изучения опросов о состоянии здоровья, они не проясняют оценку здоровья как комплексного явления. Это может быть достигнуто путем комбинации индикаторов в рамках латентного моделирования классов. Источники варьирования тогда можно было бы выявить и отнести к конкретным детерминантам. При динамическом наблюдении за изменением индикаторов здоровья населения (например, путем продольных исследований) появилась бы также возможность оценить прогностические значения таких детерминант.

1.5 Обсуждение

Предпринимался ряд международных попыток оценить межкультурные различия в отношении здоровья, но этому мешает тот факт, что в большинстве опросов о состоянии здоровья используются отдельные индикаторы. Немногие из них применяют аккумулированные данные (индексы), еще реже встречается психометрический инструментарий. Такой инструментарий разработан и применяется в области исследования качества жизни и психического здоровья. Осуществлен перевод и первоначальное тестирование этого инструментария, и теперь можно анализировать его эффективность на межкультурном уровне. Первые результаты, особенно в отношении инструментария по качеству жизни, свидетельствуют о хорошей межкультурной применимости.

Хотя эта глава посвящена методологическим проблемам, возникающим на межнациональном уровне при разработке и анализе индикаторов здоровья, необходимо рассмотреть и философские аспекты. Одним из таких аспектов является возможность этноцентризма при использовании подходов к индикаторам здоровья. Разработанные до сих пор вопросы о самооценке преимущественно основываются на словесном выражении чувств и опыта людей, проживающих в западных странах, что можно рассматривать как точку зрения на здоровье «англосаксонского среднего класса».

Другая проблема заключается в возможности нормативного подхода к понятию индикатора здоровья. Существует опасение, что в особенности сведения личного характера, например, о психическом здоровье, не являются нейтральными величинами, а являются стандартами, которым человек как бы должен соответствовать. Если высокие оценки функционирования и благополучия приравниваются к хорошему здоровью, то люди, не соответствующие этим стандартам, могут чувствовать себя обездоленными или подвергающимися дискриминации. Кроме того, искажения в оценке могут происходить из-за того, как задан вопрос. Например, вопросы в письменной форме могут оказаться не лучшим способом получения информации о состоянии здоровья — возможно, более удачными альтернативами являются картинки или беседа.

Третья проблема касается этических последствий межкультурных исследований состояния здоровья, когда требуется особая осторожность в интерпретации собранной информации об индикаторах здоровья. Сопоставление между странами должно быть тщательно смоделировано, принимая во внимание разнообразное влияние пола, возраста и социально-экономического положения.

⁸ Hierarchial ordered probit.

⁹ Hierarchial partial credit model.

¹⁰ Differential item functioning.

При таких опросах о состоянии здоровья необходима четкость методологии и базовых понятий, а также сдержанность; исследователи должны быть готовы нести ответственность за полученные результаты после публикации.

Опросы о состоянии здоровья выполняют не только описательную функцию. Им присущ и директивный аспект. С индивидуальной точки зрения, здоровье — это общечеловеческая ценность, которая не зависит ни от расы, ни от пола, ни от социального положения, ни от рода занятий (Braveman et al. 2001). Моральным императивом для общества является научное исследование и политическая защита здоровья своих членов. Не каждое общество одинаково способно к охране здоровья своих граждан, особенно это касается стран, где условия жизни оставляют желать лучшего. Данные опросов о состоянии здоровья могут обеспечить информацию о соответствующем положении населения и указать конкретные способы улучшения состояния здоровья. Затем можно оценить результаты принятых мер, и полученная информация может способствовать минимизации разрыва между «развитыми» и «развивающимися» странами.

Итак, здоровье в своих основных аспектах является общечеловеческим понятием, хотя трактовка этих аспектов в разных странах может отличаться. Это влияет на политику в области охраны здоровья в условиях глобализации (Lee et al. 2002). Для различных культур могут быть значимы разные общественные условия, культурные перспективы и типы индивидуального поведения; но это больше касается способов укрепления здоровья, чем его целей. Достижение и поддержание «крепкого здоровья», по-видимому, является целью независимо от культурной среды; на него влияют природа и воспитание, а также индивидуум и общество. Индикаторы здоровья должны как можно лучше отражать базовые компоненты здоровья, критически анализировать их межкультурное значение и обеспечивать надежную основу для политики в области охраны здоровья. Проект EUROHIS, описываемый в настоящей книге, пытается внести вклад в достижение этих целей.

Литература

- AARONSON, N.K. ET AL. (1992) International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of life research*, **1**: 349–351.
- ACQUADRO, C. ET AL. (1996) Language and translation issues. In: Spilker, B. ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp.575–587.
- ANDERSON, R.T. ET AL. (1993) Critical review of the international assessment of health-related quality of life. *Quality of life research*, **2**: 369–395.
- AROMAA, A. (1998) Health observation and health reporting in Europe. *Revue d'épidemiologie et de sante publique*, **46**: 481–490.
- BORRELL, C. ET AL. (2000) Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983–1994). *Preventive medicine*, **31**: 691–701.
- BRAVEMAN, P. ET AL. (2001) World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*, **323**: 678–681.
- BRISLIN, R.W. ET AL. (1973) *Cross-cultural research methods*. New York, John Wiley.
- BULLINGER, M. (1991) Quality of life — definition, conceptualization and implications — a methodologist's view. *Theoretical surgery*, **6**: 143–148.
- BULLINGER, M. (1992) Indices and profiles: advantages versus disadvantages. In: Walker, S., ed. *Key issues in quality of life assessment*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 215–226.

- BULLINGER, M. (1997) The challenge of cross-cultural quality of life assessment. *Psychology and health*, **12**: 815–825.
- BULLINGER, M. ET AL. (1996) Creating and evaluating cross-cultural instruments. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 659–669.
- CAVELAARS, A.E. ET AL. (1998) Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of epidemiology and community health*, **52**: 219–227.
- CELLA, D.F. ET AL. (1996) Cross-cultural instrument equating: current research and future directions. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 707–716.
- CORNIA, G.A. (2001) Globalization and health: results and options. *Bulletin of the World Health Organization*, **79**: 834–841.
- CURRIE, C. ET AL., ED. (2001) *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents Series No.1; document EUR/ICP/IVST 06 03 05(A)).
- DONNAN, S. (1998) The health of adult Europe. Combating inequalities involves measuring what counts. *BMJ*, **316**: 1620–1621.
- ELOLA, J. ET AL. (1995) Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. *American journal of public health*, **85**: 1397–1401.
- EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC) (1996) Modular approach to quality of life assessment in oncology: an update. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 179–191.
- GUDEX, C. & LAFORTUNE, G. (2000) *An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Labour Market and Social Policy, Occasional Paper No. **44**, DEELSA/ELSA/WD(2000)5).
- GUILLEMIN, F. ET AL. (1993) Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, **46**: 1417–1432.
- GUYATT, G.H. (1993) The philosophy of health-related quality of life translation. *Quality of life research*, **2**: 461–465.
- HUI, C. & TRIANDIS, H.C. (1985) Measurement in cross-cultural psychology: a review and comparison of strategies. *Cross-cultural psychology*, **16**: 131–152.
- HUPKENS, C.L. ET AL. (1999) National health interview surveys in Europe: an overview. *Health policy*, **47**: 145–168.
- HUTCHINSON, J.E. (1996) Quality of life in ethnic groups. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 587–595.
- JOHNSON, T.M. (1996) Cultural considerations. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 511–517.
- LAAKSONEN, M. ET AL. (2001) Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European east-west gap in health status? *European journal of public health*, **11**: 65–73.
- LEE, K. ET AL., ED. (2002) *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University.
- MURRAY, J.L. & LOPEZ, A.D. (1995) Press. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors, 1990 and projected to 2020*. Geneva, World Health Organization.

- ORLEY, J. & KUYKEN, W. (1994) *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin & Heidelberg, Springer.
- OVRETVEIT, J. (2001) Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International journal of health planning and management*, **16**: 229–241.
- RAVENS-SIEBERER, U. ET AL. (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Social- und Präventivmedizin*, **46**: 294–302.
- SARTORIUS, N. & KUYKEN, W. (1994) Translation of health status instruments. In: Orley, J. & Kuyken, W., ed. *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin & Heidelberg, Springer, pp. 3–19.
- STEWART, A., WARE, J. (1992) *Measuring function and wellbeing*. Durham, NC, Duke University Press.
- WARE, J.E. JR. ET AL. (1996) Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA Project. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 681–693.
- WARE, J.E. JR. ET AL. (1998) The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology*, **51**: 1159–1165.
- WHOQOL GROUP (1994) The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley, J. & Kuyken, W. ed., *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin & Heidelberg, Springer, pp. 41–61.
- WHOQOL GROUP (1998) The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science and medicine*, **46**: 1569–1585.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985) *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, pp.1–2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- ZWI, A.B. & YACH, D. (2002) International health in the 21st century: trends and challenges. *Social science and medicine*, **54**: 1615–1620.

Глава 2

Обзор проекта EUROHIS

Анатолий Носиков (Anatoliy Nosikov) и Клер Гудекс (Claire Gudex)
*Европейское региональное бюро Всемирной организации
здравоохранения, Копенгаген, Дания*

Опросы о состоянии здоровья остаются уникальным источником информации о некоторых необходимых аспектах или «индикаторах» состояния здоровья, таких как поведение и установки, связанные со здоровьем, модели обращаемости за медицинской помощью и потребления препаратов, влияющих на здоровье. (Термин «индикатор» используется здесь для обозначения всего, что связано с широким понятием: это включает определение понятия и подходов к его оценке, а также методы сбора, обработки и представления соответствующих данных). Опросы — основной источник информации для того, чтобы правительства могли выполнять свою управляющую роль в определении политических приоритетов, а также в планировании, мониторинге и оценке политических решений. Но даже самые сложные государственные информационные системы сами по себе не обеспечивают выполнения этой функции. Все согласны, что необходима международная сопоставимость данных о состоянии здоровья. С точки зрения европейской политики в области охраны здоровья, необходимо подчеркнуть по крайней мере три проблемы.

Во-первых, доступ к сопоставимым на международном уровне данным о состоянии здоровья может выявить истинные различия в состоянии здоровья, а также причины и факторы, связанные с различиями в здоровье между странами. Такой информацией можно будет затем руководствоваться в ходе дискуссий по поводу государственной политики в области оптимизации мер для достижения максимального эффекта и улучшения состояния здоровья населения.

Во-вторых, дефицит надежных сравнительных результатов мешает согласованию политики и стратегий европейских стран и мониторингу измеряемых приоритетных ориентиров для отслеживания динамики и корректировки стратегии. Это может также значительно сокращать правомерность действующих рекомендаций в отношении мероприятий, ослабляя тем самым обоснованность политических решений.

В-третьих, необходимость совершенствования международной сопоставимости — это только наиболее очевидная часть потребности в совершенствовании межкультурной сопоставимости, особенно внутри страны. Роль проблем, связанных с сопоставимостью данных по отдельным социальным группам, обычно недооценивается. Это важно при любой попытке изменения образа жизни, когда разнообразные мероприятия должны быть четко ориентированы на культурные и демографические различия.

Несмотря на преимущества сбора данных, сопоставимых на международном уровне, в европейских национальных опросах населения отмечается тенденция к использованию различного инструментария для оценки одних и тех же индикаторов, различных режимов и методологии опросов и различных форматов представления данных. Инструментарий часто разрабатывали заново для конкретной задачи или адаптировали вариант, разработанный для другой страны, без международного согласования. Из-за этого международное сравнение результатов европейских национальных опросов затруднительно или вообще невозможно. Перспективным направлением для Европы может оказаться изменение ориентации от попыток сопоставления национальных опросов о состоянии

здоровья на организацию международных опросов с участием многих стран. Для ряда индикаторов такой подход скорее обеспечит сопоставимость на международном уровне (с технической, организационной и экономической точек зрения).

Даже при наличии политической санкции и финансовых ресурсов на такой регулярный опрос с участием многих стран национальные опросы о состоянии здоровья будут, безусловно, продолжаться, поскольку государственные деятели все равно нуждаются в более подробной информации об особенностях собственной системы охраны здоровья. Это особенно важно перед лицом сложных социальных изменений, происходящих во многих европейских странах. В этих условиях национальный опрос о состоянии здоровья может обеспечить более гибкий механизм мониторинга. Но не вызывает сомнений, что, поскольку развиваются общая европейская политика и стратегии, все большее значение будет придаваться общему инструментарию опросов, либо в виде модулей в национальных опросах о состоянии здоровья, либо в качестве составной части общеевропейских опросов, а также проблемам межнациональной сопоставимости (см., например, Murray et al. 2002a, 2002b).

2.1 Общие положения проекта EUROHIS

Принятие ВОЗ в 1977 г. стратегии здоровья для всех выдвинуло на первый план потребность в данных о состоянии здоровья, сопоставимых на международном уровне, которые собираются в процессе опросов населения. Для облегчения разработки и внедрения общих методов и инструментария опросов о состоянии здоровья была организована серия из трех консультаций в 1988, 1990 и 1992 гг. Статистическим бюро Нидерландов под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ. На основе этих консультаций и последующего наблюдения были сформулированы конкретные рекомендации в отношении общего инструментария для 11 индикаторов здоровья для всех. Следующим шагом в этом направлении было реальное внедрение этого инструментария в проведение национальных опросов о состоянии здоровья в европейских странах — участницах ВОЗ и оценка его эффективности. Стало понятно, что такая оценка будет способствовать дальнейшему развитию использования общего инструментария и обеспечит сопоставимость данных опросов в целом.

Исследование, проведенное региональным бюро в 1992 г., показало, что различия между странами в отношении оценки примерно половины из 11 индикаторов здоровья для всех отсутствуют или сравнительно невелики. На этой основе было начато дальнейшее исследование для выяснения, насколько сопоставимы данные по этим индикаторам, какие различия в оценках остаются и каковы возможности расширения применения рекомендованного инструментария. Это исследование проводилось Статистическим бюро Нидерландов совместно с другими странами, участвующими в консультациях, и региональным бюро. Были рассмотрены 6 из 11 индикаторов здоровья для всех: самооценка здоровья, временная нетрудоспособность, курение, вес при рождении, вскармливание грудью и индекс массы тела. Анкета была разослана в заинтересованные страны в конце 1993 г. вместе с запросом на данные о процессе мониторинга здоровья для всех в 1993/1994 гг. По каждому из этих 6 индикаторов запрашивалась следующая информация:

- подробные сведения о последнем опросе, в котором были получены результаты по данному индикатору;
- экземпляр полной анкеты и точная формулировка инструментария на английском языке;
- способ сбора информации (интервью наедине, беседа по телефону, самостоятельное заполнение анкеты или другое);
- опрашиваемое население и размер выборки;
- удельный вес неответивших;
- удельный вес интервью по доверенности;
- последние полученные данные по возрасту и полу.

Это исследование дало конкретную информацию о сопоставимости данных опросов по этим 6 индикаторам, в том числе ряд явно сопоставимых массивов данных. Тем самым оно стимулировало дальнейшее использование аналогичных подходов для получения данных, сопоставимых на международном уровне. Сравнение данных было повторено в 1995/1996 г.

В соответствии с потребностью в анализе целей и планов согласования методов и инструментария, в «синей книге» был опубликован обзор достигнутых результатов (de Bruin et al. 1996). Опыт, накопленный в рамках проекта к тому времени, естественно стимулировал расширение процесса согласования с тем, чтобы включить другие ключевые индикаторы, не охваченные предыдущими этапами из-за большей сложности. Важной проблемой явился выбор следующих индикаторов для согласования. Так, в 1995 г. была проведена инвентаризация опросов для выяснения мнения участников о дальнейших приоритетах. Ответы были получены от 25 из 31 опрошенной страны. Все респонденты выразили заинтересованность в проекте, и все, кроме одного, согласились предоставить данные для международного сравнения.

В 1997 г. была проведена четвертая консультация из этой серии для анализа достигнутого уровня и обсуждения возможности разработки общего инструментария для остальных индикаторов здоровья для всех. Результаты обзорного исследования 1995 г. оказались полезны для планирования следующего этапа работы по согласованию европейских опросов о состоянии здоровья (HIS¹¹; отсюда название проекта EUROHIS). Было согласовано, что в рамках общей задачи разработки и внедрения общего инструментария в Европе должны решаться две подзадачи:

- разработка рекомендуемого общего инструментария для национальных опросов о состоянии здоровья и
- разработка методов согласования национальных данных, обеспечивающих межнациональную сопоставимость.

Проект должен делиться на этапы, отражающие мероприятия в рамках каждого из этих двух направлений. Так, разработка рекомендуемого общего инструментария должна включать для каждого индикатора:

- определение главного исследователя и создание рабочей группы;
- анализ инструментария, который используется в Европе в настоящее время;
- выбор и полевые испытания общего инструментария;
- публикация рекомендуемого общего инструментария.

Второе направление — согласование национальных данных — должно включать для каждого индикатора:

- завершение инструкций по сбору и стандартизации данных;
- сбор данных из отдельных стран по почте;
- обработка и стандартизация данных для международных массивов данных;
- анализ результатов и публикация сопоставимых данных.

Этот план лег в основу последующего предложения ЕС/DGXII/BIOMED 2, которое было принято к финансированию в качестве совместного проекта на три года, начиная с 1998 г. Предполагалось разработать общий инструментарий для следующих 8 индикаторов: хронические соматические заболевания, психическое здоровье, потребление алкоголя, физическая активность, обращаемость за медицинской помощью в связи с заболеваниями, потребление медикаментов, обращаемость за профилактической медицинской помощью и качество жизни.

¹¹ Health interview survey.

2.2 Подход EUROHIS

Было признано, что, в то время как первый этап международных консультаций преимущественно отводился на обсуждения в фокус-группах для устранения непринципиальных различий в методах и инструментарии, следующий этап должен более глубоко вникнуть в концептуальную основу и особенности систем здравоохранения в отдельных странах, определяющие разработку и оценку их инструментария. Задача определения концептуального содержания измеряемого аспекта даже важнее при сравнительном межнациональном исследовании, чем при изучении отдельной нации. Проекты типа EUROHIS представляют собой межнациональное исследование особого рода с целенаправленно интегрированной структурой; участвующие в нем группы специалистов из различных стран принимают решения совместно, и все участники выполняют аналогичные действия практически в одно и то же время (Glaser 1977). Такого рода сотрудничество необходимо при межнациональных исследованиях с целью разработки общего инструментария для использования в странах-участницах.

Ввиду масштабов и сложности проекта организационная структура включала три уровня. Первый — научно-организационный комитет, состоящий из научных руководителей по каждому индикатору и специальных консультантов по проекту. Второй — сеть групп по каждому индикатору, состоящих из ответственных исполнителей и ряда активных участников. Третий — отдельные организации в 33 европейских странах-участницах, которые обеспечивали постоянную обратную связь по ходу проекта и участвовали в апробировании эффективности инструментария.

2.2.1 Стадия А проекта EUROHIS

Стадия А (разработка рекомендуемого общего инструментария) осуществлялась с июня 1998 г. по март 2001 г. Она включала следующие этапы:

- изучение вопроса и рабочее определение каждого индикатора;
- анализ инструментария, используемого в настоящее время в Европе («изучение исследований»);
- разработка проектов инструментария;
- предварительная апробация в 18 европейских странах;¹²
- международное совещание для анализа достигнутого (промежуточный анализ);
- корректировка проектов инструментария.

Эти этапы составили базовую программу работы для каждой сети по индикаторам. Но, как будет показано в последующих главах, методы разработки инструментария варьировали в зависимости либо от характера самого индикатора, либо от возможности опереться на опыт других проектов. Так, сетевые группы по индикаторам психического здоровья и качества жизни работали с готовыми инструментариями, а инструментарий по потреблению алкоголя и физической активности разрабатывался параллельно с другими международными исследованиями. Напротив, инструментарий для хронических заболеваний, обращаемости за медицинской помощью в связи с заболеваниями, потребления медикаментов и обращаемости за профилактической медицинской помощью разрабатывался только в рамках проекта EUROHIS.

Несмотря на различные пути, которыми следовали сетевые группы по индикаторам, работа по всем инструментариям включала общие этапы. Они описываются здесь во избежание повторов в следующих главах, посвященных каждому индикатору.

¹² «Европейский» здесь и далее означает страны-участницы европейского региона ВОЗ (список стран-участниц европейского региона ВОЗ см. <http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/MH>).

Изучение исследований

Анализ существующего инструментария, который используется в национальных опросах о состоянии здоровья, проводился в 1999/2000 г. совместно с проектом ЕС «Опросы о состоянии здоровья в Европе: оценки и модели HIS и HIS/HES», а также инвентаризацией опросов Статистическим бюро Нидерландов. Это сократило объем сведений, запрашиваемых у стран-участниц, и расширило спектр полученной информации. Основным результатом стала исчерпывающая инвентаризация 30 национальных исследований из 25 стран и обратная связь от руководителей исследований в странах-участницах об их потребностях и предпочтениях к инструментам, разрабатываемым EUROHIS.

Апробация проектов инструментария в 2000 г.

Проекты инструментария были впервые апробированы в 2000 г. на преимущественно небольших выборках в 18 странах: Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Германия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Чешская Республика, Эстония, бывшая Югославская Республика Македония. Использовались различные методы, в разных странах были различными место и способ проведения интервью, метод отбора респондентов, уровень и структура контроля или проверочных вопросов. Число респондентов варьировало от 10 в Российской Федерации до 133 в Болгарии; в большинстве стран их было порядка 20, что оказалось достаточно для выявления основных проблем. По возможности, все инструменты апробировались в комплексе; но в различных странах апробировались различные сочетания инструментов (табл. 2.1).

Таблица 2.1.

Апробация проектов инструментария EUROHIS, 2000 г.

Число стран	Апробированные проекты инструментария^а
10	1. Хронические соматические заболевания 5. Обращаемость за медицинской помощью в связи с заболеваниями 6. Потребление медикаментов 7. Обращаемость за профилактической медицинской помощью 8. Качество жизни, связанное с состоянием здоровья
5	1. Хронические соматические заболевания 4. Физическая активность 5. Обращаемость за медицинской помощью в связи с заболеваниями 6. Потребление медикаментов 7. Обращаемость за профилактической медицинской помощью 8. Качество жизни, связанное с состоянием здоровья
1	1. Хронические соматические заболевания 5. Обращаемость за медицинской помощью в связи с заболеваниями 7. Обращаемость за профилактической медицинской помощью 8. Качество жизни, связанное с состоянием здоровья
1	1. Хронические соматические заболевания 7. Обращаемость за профилактической медицинской помощью 8. Качество жизни, связанное с состоянием здоровья

^а Кроме того, в Германии был апробирован один индикатор, а именно потребление медикаментов.

Апробирование оказалось чрезвычайно полезно для выявления тех разделов и формулировок в инструментарии, которые были неоднозначны, вызывали затруднения или не поддавались переводу на другие языки или в другой культурный контекст, или требовали изменений в последовательности вопросов.

Промежуточный анализ

Результаты апробации EUROHIS были представлены и обсуждались на совещании, проводившемся 2–4 ноября 2000 г. в Копенгагене. На этом совещании присутствовали участники из 27 стран европейского региона ВОЗ, которые являлись активными сотрудниками и научными руководителями и организаторами опросов из стран Восточной Европы и СНГ, участвовавших в апробации инструментария EUROHIS, а также представителями ВОЗ и Организации экономического сотрудничества и развития (OECD)¹³.

2.2.2 Этап Б проекта EUROHIS

Этап Б первоначально планировался как сопоставление и согласование существующих данных по индикаторам для обеспечения международных сравнений. Но в процессе этапа А выяснилось, что достижение этих целей чрезвычайно затруднительно. Проект инструментария EUROHIS включал множество новых элементов, по которым информация раньше не собиралась. Кроме того, имеющиеся данные по отдельным странам слишком различались по содержанию и качеству; результаты попыток их согласования не оправдали бы затраченных усилий. Обсуждения в ходе промежуточного анализа в ноябре 2000 г. дали три варианта для этапа Б проекта: расширение изучения опросов, более масштабное апробирование инструментария в полевых условиях и/или стимулирование внедрения проекта инструментария в национальных опросах о состоянии здоровья. Хотя эти варианты не исключают друг друга, было решено сосредоточиться на более масштабном апробировании проекта инструментария в полевых условиях с целью получения эмпирического подтверждения его эффективности.

Испытание проекта инструментария в полевых условиях в 2001 г.

В мае 2001 г. были завершены стандартные протоколы для CATI¹⁴ (автоматизированного интервью по телефону) и CAPi¹⁵ (автоматизированного личного интервью). В этих протоколах описывалась методология перевода, формирования выборки и сбора данных (включая наблюдение за поведением как интервьюера, так и респондента). Для всех участников полевых испытаний были разработаны пособие по шифровке данных и план анализа данных.

Восемь индикаторов EUROHIS были объединены в общую анкету на английском языке. Чтобы минимизировать нагрузку на респондентов, факультативные вопросы по некоторым индикаторам EUROHIS были исключены, так что заполнение итоговой анкеты занимало 30 минут при интервью по телефону. Прежде чем приступить к переводу, анкета была отредактирована во избежание грамматических ошибок и неточности формулировок. Задачей перевода было обеспечение концептуальной эквивалентности в каждом новом культурном контексте, т.е. одинакового понимания характера и содержания понятий, измеряемых данным инструментарием (Herdman et al. 1998). Это было естественным продолжением процесса разработки инструментария EUROHIS; в нем приняли участие исследователи, принадлежащие к различным культурам; изучались национальные опросы о состоянии здоровья, проводящиеся в Европе. Процесс перевода состоял из четырех ос-

¹³ Organisation for Economic Co-operation and Development.

¹⁴ computer - assisted telephone interview.

¹⁵ computer - assisted personal interview.

новых этапов: (а) прямой перевод на новый язык носителем этого языка; (б) обратный перевод на английский язык носителем английского языка, до этого не знакомым с данной анкетой; (в) анализ обратных переводов сотрудниками регионального бюро; (г) создание окончательного варианта на новом языке. Обратный перевод оказался очень полезен для уточнения интерпретации многих слов и терминов, а также для увеличения сходства вариантов на различных языках.

Полевые испытания проводились в 15 странах. Международный институт рыночных исследований, NIPO, проводил полевые испытания во Франции, Германии и Великобритании в ноябре и декабре 2001 г. с применением стандартизованного подхода CATI; размер выборки составлял 400 полных интервью в каждой стране (случайные выборки, представительные на государственном уровне; возраст 35–75 лет). Одиннадцать стран Восточной Европы и СНГ (Азербайджан, Киргизия, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Хорватия, Чешская Республика и бывшая Югославская республика Македония) провели полевые испытания инструментария с июля по октябрь 2001 г., используя преимущественно личные интервью (в Литве проводился опрос по почте); выборки формировались либо из соображений удобства, либо случайным образом из взрослого населения. Число заполненных анкет составляло от 287 до 656. Израиль провел полевые испытания в ноябре/декабре 2001 г., применив подход CAPi для 924 интервью.

Результаты полевых испытаний были собраны в центральной базе данных; анализ проводился централизованно, а также участниками полевых испытаний и научными руководителями, ответственными за каждый раздел. Следует отметить, что единая методология использовалась при проведении опросов только во Франции, Германии и Великобритании. Хотя предпринимались попытки согласовать методы, использованные в ходе этих полевых испытаний EUROHIS, при проведении остальных опросов различались размеры выборки и тактики, использовались другие режимы организации и представлялись либо взвешенные, либо невзвешенные данные (см. раздел 4.5.1 и табл. 4.1). Результаты полевых испытаний во всех странах были, конечно, полезны для оценки эффективности инструментария EUROHIS, но надежные сравнения реальных данных по индикаторам могут проводиться только с использованием информации из Великобритании, Германии и Франции. Поэтому в последующих главах выводы из полевых испытаний основываются преимущественно на данных из этих трех стран.

2.3 Результаты проекта EUROHIS

Значительный объем материалов, полученных в ходе проекта EUROHIS, свободно доступен для других исследователей. Кроме настоящей книги, эти материалы включают:

- развернутый анализ существующих методов и инструментария, используемых в национальных опросах для оценки семи основных индикаторов состояния здоровья (так называемое «изучение исследований»);
- официальные переводы ВОЗ на французский, немецкий и русский языки «полной» анкеты, использованной в полевых испытаниях (т.е. все вопросы);
- переводы «сокращенного» варианта анкеты, использованной в полевых испытаниях (т.е. за исключением факультативных вопросов), на азербайджанский, арабский (Израиль), иврит (Израиль), киргизский, латвийский, литовский, македонский, румынский (полевые испытания проведены в Республике Молдова и Румынии), русский (полевые испытания проведены в Республике Молдова и Российской Федерации), словацкий, украинский, хорватский и чешский языки;
- национальные отчеты о полевых испытаниях в каждой стране в 2001 г.;
- данные полевых испытаний 2001 г. (обратите внимание, что в публикациях на основе этих данных должны быть соответствующие ссылки на проект EUROHIS и благодарность за финансовую поддержку Европейской Комиссии);

- протоколы САПІ и САРІ, пособие по шифровке и схема анализа, использованные в полевых испытаниях;
- отчеты и данные апробации инструментария EUROHIS в 2000 г.;
- стенограммы шести заседаний комиссии, проведенных в ходе проекта;
- два ежегодных отчета и заключительный отчет по проекту, предназначенные для Европейской Комиссии.

Дальнейшие подробности об этих материалах и о проекте EUROHIS предоставляются Европейским региональным бюро ВОЗ по запросу.

Литература

- DE BRUIN, A. ET AL. (1996) *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 58).
- GLASER, W.A. (1977) The process of cross-national survey research. In: Szalai, A. & Petrella, R., ed. *Crossnational comparative survey research: theory and practice*. Oxford, Pergamon Press, pp. 403–435.
- HERDMAN, M. ET AL. (1998) A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of life research*, 7: 323–335.
- MURRAY, C.J.L. ET AL. (2002a) *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Geneva, World Health Organization (GPE Health Policy Discussion Paper No. 35; http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper35.pdf, accessed 1 October 2002).
- MURRAY, C.J.L. ET AL. (2002b) *Cross-population comparability of evidence for health policy*. Geneva, World Health Organization (GPE Health Policy Discussion Paper No. 46; http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper46.pdf, accessed 1 October 2002).

Глава 3

Разработка общего инструментария для изучения хронических соматических заболеваний (состояний)

Виттория Бюратта (Vittoria Buratta), Луиза Фрова (Luisa Frova),
Лидия Гаргьюло (Lidia Gargiulo), Эмилио Джаниколо (Emilio Gianicolo),
Сабрина Прати (Sabrina Prati) и Люциана Кваттроциочи (Luiciana Quattrococchi)
Итальянский национальный статистический институт (ISTAT), Рим, Италия

3.1 Введение

С хроническими заболеваниями связаны наиболее важные проблемы качества жизни, определяющегося состоянием здоровья, особенно у пожилых, и это одна из главных причин обращаемости за медицинской помощью. Хронические заболевания часто нарушают психологическое состояние или двигательные навыки людей на протяжении длительного времени или даже постоянно. Несмотря на важность отслеживания распределения и тенденций в распространенности хронических заболеваний среди населения в целом, лишь в немногих странах сбор таких данных о заболеваемости проводится регулярно. Обычно данные собираются только по отдельным заболеваниям и по подгруппам, которые не обязательно представительны на уровне всего населения (например, при ведении онкологических регистров).

Во многих странах сбор данных о заболеваемости хроническими соматическими заболеваниями осуществляется путем социологических опросов. Этот подход особенно пригоден в отношении длительно протекающих заболеваний с низким уровнем смертности; он не требует значительных финансовых затрат и сравнительно оперативен, а также позволяет одновременно собирать другую информацию, связанную с состоянием здоровья, такую как обращаемость за медицинской помощью. Но у социологических опросов есть и недостатки. Выборочный метод не позволяет получать оценки состояний с низкой распространенностью; и самооценка может не всегда точно определять состояние, например, человек может быть болен, но не знать об этом или заблуждаться относительно диагноза своего заболевания. Кроме того, наблюдается значительное разнообразие в понятиях и определениях, принятых в различных странах при изучении хронических заболеваний.

Задачей сети EUROHIS в отношении хронических соматических заболеваний было разработать и рекомендовать общий инструментарий для оценки этого индикатора в опросах о состоянии здоровья.

3.2 Методология

Работа по этому пункту включала ряд этапов. Прежде всего, в рамках изучения понятийного аппарата обсуждалось, что подразумевается под «хроническим состоянием». Это привело к дискуссии по ключевым методологическим аспектам, таким как правильный методологический подход к анализу хронических заболеваний, наиболее подходящий период изучения и критерии для отчетно-

сти. Так называемое «изучение исследований» обеспечило обзор инструментария, используемого в настоящее время в европейских странах для оценки хронических соматических заболеваний, и сформировало базу для сравнения вопросов и методов, применяемых в различных странах. Затем был разработан и апробирован предварительный вариант общего инструментария для опроса о хронических соматических заболеваниях. Сначала в рамках предварительных испытаний 2000 г., а затем в более масштабных полевых испытаниях 2001 г. оценивалась эффективность этого инструментария в условиях различных стран, и был предложен окончательный рекомендуемый вариант общего инструментария для опросов по поводу хронических соматических заболеваний.

3.3 Изучение исследований

В европейских странах был проведен почтовый опрос. Собирались информация об определениях, используемых при опросах о хронических заболеваниях, других источниках данных о хронических заболеваниях, имеющихся в каждой стране, и сопоставимости между результатами опросов о здоровье и другими источниками. Девять стран представили информацию о хронических заболеваниях: Австрия, Бельгия, Германия, Испания (Каталония), Италия, Нидерланды, Украина, Финляндия и Швейцария.

Ответы подтвердили значительное разнообразие определений, используемых для хронических заболеваний. Очень немногие страны указали точные критерии, обычно касающиеся природы заболевания и его продолжительности. Тем не менее все сошлись на том, что хронические заболевания протекают длительно или постоянно и, как правило, требуют длительного наблюдения, контроля или лечения. Большинство стран прислало экземпляр описания инструментария, который использовался в опросах о хронических заболеваниях.

Все страны сообщили, что данные о хронических заболеваниях доступны из больничной статистики, и в большинстве из них ведутся также регистры данных. Треть стран указала и на другие источники информации, такие как эпидемиологические исследования или специальные опросы.

Менее чем в половине стран проводились сравнительные исследования имеющейся информации из различных источников. В общем, эти данные непосредственно не сопоставимы из-за различной методологии их сбора. Из информации, предоставленной Италией, Нидерландами и Финляндией, выяснилось, что у регистров и опросов свои преимущества и недостатки, и уровень сопоставимости зависит от характера и прогноза заболевания (табл. 3.1).

Таблица 3.1.

Сопоставимость между результатами опросов о состоянии здоровья и другими источниками информации в Италии, Нидерландах и Финляндии

Страна	Сравниваемые источники	Результат
Финляндия	Опросы населения о здоровье (HIS) и статистика госпитализированных больных	Регистр и результаты опросов непосредственно не сопоставимы, но оба массива данных необходимы. Анализ социально-экономических различий по обоим массивам данных выявляет аналогичные тенденции.
	HIS и HES (медицинские осмотры) ^a	Общая распространенность хронических заболеваний одна и та же независимо от того, оценивается ли она по данным самооценки или по результатам медицинских осмотров, но на индивидуальном уровне возникают расхождения.
	HIS и регистр организаций социального страхования или регистр выбывших из стационара	

		Самооценка достоверна в отношении многих, четко определенных заболеваний (например, диабет), но в отношении таких состояний, как костно-мышечные заболевания и психические нарушения, наблюдаются различия (Heliövaara et al. 1993).
Италия	HIS и HES (Maggi et al. 1994)	Уровень согласованности различается в зависимости от заболевания. Значительные расхождения в распространенности выявляются по гипертензии (возможно, из-за того, что это заболевание у большинства протекает бессимптомно), различия меньше по ишемической болезни сердца, а по диабету — полное совпадение. Ответы по доверенности в процессе HIS обычно дают более низкую распространенность менее тяжелых заболеваний (например, аллергия, артроз)
Нидерланды	Опрос о состоянии здоровья Статистического бюро Нидерландов и Регистр врачей общей практики	Уровень согласованности различается в зависимости от заболевания (или группы заболеваний); на него влияет характер и прогноз заболевания (например, хорошая согласованность по диабету, эпилепсии и злокачественным новообразованиям, но ниже по респираторным нарушениям, гипертензии и мигрени). Как у регистров, так и у опросов о состоянии здоровья есть свои преимущества и недостатки. Слабым местом при сравнениях является разница в продолжительности наблюдения.

^a Исследования состояния здоровья: HIS — Health interview survey, HES — Health examination survey.

3.4 Дальнейший анализ инструментария, используемого в настоящее время в европейских исследованиях

Дальнейшее международное сравнение проводилось на основании результатов изучения исследований с целью модернизации выводов предшествующего исследования EUROSTAT, посвященного сравнению методов оценки, которые использовались в европейских опросах о состоянии здоровья (Nurkens 1998). Это сравнение включало 18 опросов о здоровье из 17 стран: Австрия 1999 г., Англия 1996 г., Бельгия 1997 г., Германия 1998 г., Дания 1994 г., Ирландия 1998 г., Испания 1997 г., Италия 1999/2000 гг., Нидерланды 1999 г., Норвегия 1995 г., Португалия 1995/1996 гг., Украина 1999 г., Финляндия 1996 г. (два опроса), Франция 1998 г., Швейцария 1997 г., Швеция 1996 г., Шотландия 1996 г.

3.4.1 Типы вопросов

При опросах по поводу хронических заболеваний используются вопросы двух типов: открытые вопросы и вопросы о конкретных заболеваниях. Открытый вопрос выясняет, есть ли у респондента хронические заболевания, и если да, то какие. Вопросы о конкретных заболеваниях содержат перечень состояний или заболеваний (или карточку, которая должна предъявляться), и респондентов спрашивают, есть ли у них какие-либо из перечисленных недугов.

Из 18 проанализированных опросов:

- в семи опросах использовались только вопросы о конкретных заболеваниях;
- в четырех опросах использовался только открытый вопрос, а затем респондентов просили определить и описать каждое имеющееся у них заболевание;
- в семи опросах использовались как открытые вопросы, так и вопросы о конкретных заболеваниях.

В последних семи опросах все респонденты, независимо от того указали они на наличие хронического заболевания или нет, должны были также отвечать на вопросы о конкретных заболеваниях (т.е. общий открытый вопрос не выступал в качестве фильтра для вопросов о конкретных заболеваниях).

Открытые вопросы, применявшиеся в различных странах, редко в явном виде указывали на соматическое и/или психическое заболевание, вместо этого речь обычно шла о каком-либо «хроническом заболевании, нарушении или травме». В большинстве случаев открытые вопросы использовали термины «физические или психические недостатки (дефекты)» или «ограниченные возможности» (инвалидность).

В вопросах о конкретных заболеваниях перечни включали различные типы состояний, в том числе соматические состояния, психические проблемы и ограниченные возможности. Терминология в различных странах широко варьировала: в перечни включались названия клинических диагнозов и/или симптомы, и/или жалобы.

3.4.2 Критерии учета заболеваний

В десяти опросах задавался вопрос о диагнозах хронических заболеваний. В трех из них вопрос о конкретных заболеваниях ограничивался теми заболеваниями, которые были диагностированы врачом. В шести опросах респондентов спрашивали, получали они лечение в связи с каким-либо конкретным заболеванием или нет. Только в одном опросе задавался вопрос о помещении в стационар.

3.4.3 Анализируемый период

Открытые вопросы обычно относились к настоящему времени, за исключением одного опроса (где учитывались последние две недели). Вопросы о конкретных заболеваниях касались состояния здоровья как в настоящее время, так и в прошлом в пяти опросах, в последние 12 месяцев в шести опросах, в последние 6 месяцев в одном опросе и в настоящее время только в двух опросах.

3.4.4 Методы проведения

Большинство опросов проводилось в форме интервью наедине. Часто применялся смешанный метод, а именно: индивидуальное интервью и самостоятельное заполнение анкеты в пяти опросах; индивидуальное интервью и телефонный опрос в одном опросе; самостоятельное заполнение анкеты и телефонный опрос в одном опросе; все три метода применялись во Франции. В половине опросов допускались ответы по доверенности за детей, а также часто и за взрослых, которые не могли отвечать сами или которых не было дома.

3.4.5 Другие методологические аспекты

Все 18 опросов о состоянии здоровья были типа «поперечных срезов». В четырех странах такой опрос сочетался с последующим наблюдением. В отношении выборки в девяти опросах использовалась выборка домохозяйств, а в девяти остальных опросах — индивидуальная выборка.

3.4.6 Перечни заболеваний

В пятнадцати опросах использовались перечни заболеваний, но они различались по количеству заболеваний и по типу заболеваний. Число заболеваний варьировало от 7 до 46. Более чем в половине опросов фигурировало более 20 заболеваний. В табл. 3.2 представлены основные группы заболеваний, которые вошли в 15 проанализированных перечней, и заболевания из каждой группы.

Анализ наиболее часто изучаемых групп заболеваний свидетельствует об общей согласованности определений и критериев хронических болезней. Выяснялся хотя бы один из следующих аспектов: распространенность, тяжесть, экономические затраты, обращаемость за медицинской помощью и возможность самооценки.

Все опросы включали хотя бы одно сердечно-сосудистое заболевание. Во всех опросах также изучалась гипертензия. Наиболее часто встречались вопросы об ишемической болезни сердца (сердечные приступы, грудная жаба) и инсульте (соответственно 11, 10 и 7 раз). Как правило, 20% (или более) включаемых в перечни конкретных заболеваний относились к системе кровообращения. Используемая терминология варьировала в зависимости от страны и могла содержать официальные медицинские термины или описания симптомов и/или жалоб. В восьми опросах респонденты могли добавить заболевания, не вошедшие в перечень.

Таблица 3.2.

Группы заболеваний и состояний, включенных в 15 европейских опросов, и наиболее часто встречающиеся конкретные заболевания

Группа заболеваний или состояний	Число опросов	Конкретные заболевания, вошедшие в перечень, и число опросов
Сердечно-сосудистые заболевания	15	Гипертензия, ишемическая болезнь сердца (грудная жаба, сердечный приступ), инсульт
Нарушения обмена веществ	13	Диабет (13), болезни щитовидной железы (5)
Болезни органов дыхания	13	Бронхиальная астма (10), хронический бронхит (11)
Боли и другие костно-мышечные заболевания	12	Боли в спине (11), артрит/артроз (7), остеопороз
Психические нарушения	10	Депрессия/тревожное состояние (9)
Болезни нервной системы	10	Мигрень (9), эпилепсия (7)
Болезни органов пищеварения	10	Язва желудка или 12-перстной кишки (8), камни в желчном пузыре
Болезни мочеполовой системы	10	Камни в почках (10), хронические болезни почек (гломерулонефрит, нефропатия, пиелонефрит, почечная недостаточность), простатит
Аллергия	9	Сенная лихорадка, контактный дерматит, аллергия на продукты питания и т. д.
Злокачественные новообразования	8	Злокачественные новообразования
Кожные заболевания	7	Экзема, псориаз, пузырчатка, витилиго, изъязвление кожи и т. д.
Другие состояния, нарушения	6	Нарушения зрения, нарушения слуха, ампутации и т. д.

12. Аллергия (в том числе аллергическая астма)	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
13. Остеопороз	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
14. Катаракта	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
15. Язва желудка или 12-перстной кишки	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
16. Другое (укажите)	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
.....								
.....								
.....								

3.6 Апробация EUROHIS, 2000 г.

Основной целью апробации было изучение затруднений, возникающих у респондентов в понимании вопросов из проекта инструментария или при ответе на них. Проблемы могли возникнуть в результате перевода английских терминов на другой язык или из-за неоднозначности каких-либо из предложенных вопросов. Проект инструментария по хроническим соматическим заболеваниям объединялся с рядом других проектов инструментариев EUROHIS и испытывался в 17 европейских странах (подробное описание опыта Италии приводится в разделе 3.6.1).

Результаты не выявили никаких проблем при переводе предварительного варианта инструментария по хроническим состояниям, и все страны согласились с уместностью предложенных вопросов. Многие страны отметили ясность и практичность этого инструментария вследствие его краткости и наглядности.

Но ряд предложений возник в отношении вопроса о конкретных заболеваниях.

- Может быть улучшен порядок перечисления заболеваний. Некоторые тяжелые хронические заболевания, такие как рак, попали в начало списка; иногда это вызывало негативную реакцию, и респондент больше не давал информации о других хронических заболеваниях, перечисленных дальше. В связи с этим в Италии опробован измененный порядок заболеваний в перечне (см. раздел 3.6.1 и табл. 3.5).
- Пункты 6 «Астма (в том числе аллергическая астма)» и 12 «Аллергия (в том числе аллергическая астма)» частично совпадают, и из-за этого могут возникнуть проблемы. Поскольку среди больных астмой очень высок удельный вес тех, кто страдает «аллергической астмой», в пункте 6 можно задать дополнительный вопрос: «Если да, то это аллергическая астма?». Тогда пункт 12 должен формулироваться: «Аллергия за исключением аллергической астмы». Этот вариант также проверялся в Италии.
- Многие страны сочли этот перечень слишком коротким и предложили дополнительно такие болезни, как хронические заболевания почек и печени, болезнь Паркинсона и эпилепсия. Было принято соглашение, что страны могут включать и другие болезни, но должны помещать их в конец списка перед «другими» заболеваниями.

Возникла проблема и с вопросом «Вы принимаете лекарства или проходите курс лечения?». Было высказано мнение, что этот вопрос может частично совпадать с некоторыми вопросами, включенными в разделы по двум другим индикаторам EUROHIS: обращаемость за медицинской помощью в связи с заболеваниями и потребление медикаментов. Но целью данного вопроса является выяснение тяжести заболевания, а не оценка потребления лекарств или терапевтических услуг. Этот вопрос можно разделить на два разных вопроса (а именно: «Вы принимаете лекарства?» и «Вы проходите курс лечения?»), или, безусловно, он может быть вообще исключен, поскольку является факультативным.

3.6.1 Анализ результатов апробации в Италии

Апробация в Италии проводилась с 16 по 20 октября 2000 г. с целью оценки пригодности инструментария по 5 индикаторам EUROHIS в соответствии с вышеизложенным¹⁶. Индивидуальные интервью проводились квалифицированными интервьюерами, применявшими методику автоматизированного телефонного опроса (САТИ). Поскольку инструментарий по обращаемости за профилактической помощью включал вопросы о гормональной терапии и обследовании для выявления рака молочной железы и матки, в качестве интервьюеров отбирались только женщины. Интервьюеров контролировали итальянские специалисты EUROHIS, которые могли подключиться для прослушивания любого интервью в любое время. Все проблемы, возникшие во время интервью, обсуждались впоследствии на совещаниях с интервьюерами.

Формирование выборки

Временные и финансовые (порядка € 10 000) ограничения позволяли опросить 301 человека. Использовалась двухэтапная случайная выборка. Отобранное на первом этапе население состояло из абонентов телефонов, поскольку примерно 92% итальянского населения зарегистрировано в файле TELECOM. Элементы первого уровня стратифицировались по географической территории и численности жителей населенных пунктов в соответствии с единым критерием представительства (в каждую страту включалось одинаковое число элементов). Такая методика формирования выборки была принята, чтобы отразить значительные различия как между югом и севером, так и между мелкими и крупными городами. В пределах каждой географической территории случайным образом отбирались элементы в соответствии с квотой выборки, определенной сочетанием поло-возрастных групп (50% мужчин и 50% женщин). Из каждой семьи интервьюировался только 1 человек; он/она отвечал/а на вопросы о себе, а также о семье. Ответы по доверенности принимались только за детей до 14 лет.

Принимались меры, чтобы обеспечить высокий уровень согласия на участие в интервью. Интервью проводились в удобное для общения с семьями время (с понедельника по пятницу с 18.30 до 21.30). Распределение респондентов по полу, возрасту и географической зоне представлено в табл. 3.3.

Таблица 3.3

Распределение респондентов, участвовавших в апробации, по полу, возрасту и страте выборки, Италия, 2000 г.

Страта	Всего (N)	Пол		Возрастные группы (лет)				
		муж	жен	0-14	15-24	25-44	45-64	65+
<i>По географической зоне</i>								
Север	100	50	50	11	12	31	27	19
Центр	99	49	50	13	11	30	26	19
Юг	102	50	52	18	16	30	23	15
Всего	301	149	152	42	39	91	76	53
<i>По числу жителей населенного пункта</i>								
0-250 000 чел.	151	74	77	22	20	46	42	21
> 250 000 чел.	150	75	75	20	19	45	34	32
Всего	301	149	152	42	39	91	76	53

¹⁶ Подробное описание анализа предоставляется по запросу.

Результаты

Вопросы о хронических соматических заболеваниях дали хорошие результаты. Респонденты чувствовали, что говорят о важном аспекте своего здоровья. Но некоторые проблемы возникали при ответе по доверенности за детей, когда вопрос о конкретных заболеваниях вызывал у респондентов негативную реакцию из-за недостатка информации по некоторым пунктам перечня, а иногда интервью даже прерывалось. В перечне для респондентов моложе 15 лет было предложено еще раз пересмотреть порядок следования заболеваний и исключить заболевания, которые могут вызывать тревогу или дискомфорт у респондентов или их родителей (например, злокачественные новообразования, сердечные приступы и инсульт).

Апробация выявила большую распространенность длительных проблем со здоровьем у женщин, а также увеличение распространенности болезней с увеличением возраста. Эти результаты согласуются с данными литературы по эпидемиологии. Общая распространенность хронических заболеваний (24,3%, табл. 3.4) оказалась заниженной по ответам на первый (открытый) вопрос, поскольку распространенность при оценке по ответам на вопрос о конкретных заболеваниях была выше, например, 29,2% только по артриту/артрозу (табл. 3.5). По-видимому, некоторые из тех, кто считает себя здоровым или кто не считает свое состояние хроническим или длительно протекающим, ответили «Нет» на первый вопрос и «Да», когда обнаружили свое состояние в перечне.

Таблица 3.4.

Апробация в Италии, 2000 г. Открытый вопрос: «Есть ли у Вас какие-нибудь длительно протекающие заболевания или проблемы со здоровьем?»

Страта	Всего	Пол		Возрастные группы (лет)				
		муж	жен	0-14	15-24	25-44	45-64	65+
Число респондентов	301	149	152	42	39	91	76	53
Процент	100	49,5	50,5	14,0	13,0	30,2	25,2	17,6
«Да»	73	31	42	3	2	18	24	26
Процент «Да»	24,3	20,8	27,6	7,1	5,1	19,8	31,6	49,1

В табл. 3.5 сопоставляется распространенность отдельных заболеваний по данным апробации, проведенной в 2000 г., с распространенностью по оценке пилотного опроса о состоянии здоровья, проводившегося в Италии в 1998 г. Оба опроса проводились в октябре и применяли метод САПІ. Распространенность заболеваний, по результатам этих двух исследований, в целом аналогична, несмотря на некоторые различия между ними в отношении формирования выборки и ее размера. Распространенность астмы трудно сравнивать, поскольку в этих опросах использовались различные формулировки и разный порядок заболеваний в перечне. В пилотном опросе 1998 г. аллергия была первой в перечне, а вопрос об астме касался конкретно «бронхиальной астмы».

Таблица 3.5.

Данные апробации в Италии в сравнении с данными пилотного опроса о состоянии здоровья, 1998 г. Распространенность на 100 респондентов

	Апробация 2000 г.	Пилотный опрос 1998 г.
1. Астма <i>Если да, это аллергическая астма?</i>	10,3	3,8
2. Аллергия (за исключением аллергической астмы)	14,6	16,7
3. Диабет	2,7	3,8
4. Катаракта	4,3	5,0
5. Гипертензия (повышенное артериальное давление)	14,6	16,2
6. Сердечный приступ (инфаркт миокарда)	1,3	3,0
7. Инсульт, кровоизлияние в мозг	1,3	1,1
8. Хронический бронхит, эмфизема	5,3	7,7
9. Тяжелые кожные заболевания	6,3	—
10. Артроз, (ревматический) артрит	29,2	29,0
11. Остеопороз	8,0	6,6
12. Язва желудка или 12-перстной кишки	5,6	5,8
13. Злокачественные новообразования (включая лейкемию и лимфому)	1,7	2,0
14. Мигрени и частые головные боли	17,6	14,8
15. Хроническая тревога и депрессия	13,0	—

Измененный порядок следования отдельных заболеваний в перечне (табл. 3.6) оказался более удобным. Из-за порядка следования пунктов не произошло потери информации, за исключением интервью по доверенности о детях, как упоминалось выше. Пункт «Астма» и добавленный вопрос «Если да, это аллергическая астма?» выявил, что около трех четвертей астматических состояний связаны с аллергией. Очевидно, включение или исключение аллергической астмы отражается на оценке распространенности астмы и аллергии. Дополнительный вопрос, по мнению авторов, решает эту проблему.

Ранее предполагалось, что «тяжелые кожные заболевания» — это группа болезней, которую стоит добавить в перечень. Для изучения этого был добавлен открытый вопрос, выясняющий, какие состояния люди имели в виду, указывая, что у них есть «тяжелые кожные заболевания». Из 19 ответов шесть не могли быть отнесены к «тяжелым кожным заболеваниям», что говорит о том, что этот термин слишком общий и не обозначает четко определенную группу болезней.

Тридцать респондентов включили в общей сложности 32 заболевания в ответ на открытый вопрос в конце перечня. Все они носили хронический характер, что подтверждает уместность этого вопроса.

Вопрос о диагнозах дал хорошие результаты: около 90% респондентов, страдающих хроническими заболеваниями, ответили, что этот диагноз был поставлен врачом. Как и ожидалось, этот процент был ниже у некоторых часто самостоятельно диагностируемых болезней, таких как мигрень или тревога.

Вопрос: «Вы принимаете лекарства или проходите курс лечения?» — оказался неудачен. Люди иногда просили уточнить, к какому периоду он относится. Высказывалось предположение, что подходящим периодом являются «последние 12 месяцев».

Вопрос: «Вас эта проблема беспокоила за последние 12 месяцев?» — респонденты иногда воспринимали в смысле возникновения болезни в течение последних 12 месяцев. Это может привести к смешению оценок распространенности и первичной выявляемости. Для оценки распространенно-

3.7. Корректировка предварительного варианта общего инструментария

После апробации 2000 г. вопрос об отдельных заболеваниях в предварительном варианте инструментария был изменен следующим образом:

Предварительный вариант	Окончательный вариант
Хронический	Длительно протекающий
Вас эта проблема беспокоила за последние 12 месяцев?	Эта проблема проявлялась у Вас за последние 12 месяцев?
Оно было диагностировано ...?	Это состояние было диагностировано ...?
Вы принимаете лекарства или проходите курс лечения?	Вы принимали лекарства или проходили курс лечения от этого заболевания за последние 12 месяцев?
Врач	Доктор
Сердечный приступ (инфаркт миокарда)	Сердечный приступ
Тяжелые кожные заболевания	Исключены (нечетко определенная группа заболеваний)
Мигрень и частые головные боли	Мигрень или частые головные боли
Хроническая тревога и депрессия	Хроническая тревога или депрессия

Другие внесенные изменения заключались в том, что вопрос: «Эта проблема проявлялась у Вас за последние 12 месяцев?» — передвинут так, чтобы он предшествовал вопросу: «Вы принимали лекарства или проходили курс лечения от этого заболевания за последние 12 месяцев?» Фраза над колонками: «В связи с этим заболеванием» — была заменена на «Если Да, то:»

3.8 Полевые испытания EUROHIS 2001 г.

Откорректированные, как указано выше, вопросы использовались в полевых испытаниях EUROHIS в 2001/2002 гг. На момент написания данной книги результаты полевых испытаний были получены из Азербайджана, Великобритании, Германии, Израиля, Киргизии, Латвии, Литвы, Республики Молдовы, Российской Федерации, Румынии, Словакии, Франции, Хорватии, Чешской Республики и бывшей Югославской Республики Македония.

Анализ отчетов о полевых испытаниях в отдельных странах подтвердил положительные результаты апробации. В большинстве стран у интервьюеров не возникло затруднений в связи с вопросами о хронических заболеваниях, и обратная связь с их стороны была благоприятной.

3.8.1. Качественный анализ

В некоторых странах возникли проблемы с формулировками или переводом. В частности, французский перевод вопроса об отдельных заболеваниях был не корректен, в результате чего интервьюеры часто меняли формулировку вопроса или ответы. По-видимому, как во Франции, так и в Великобритании термин «хронический» более понятен, чем «длительно протекающий».

Ряд вопросов в отношении состава перечня заболеваний возник во время совещаний интервьюеров. Румыния предложила добавить «туберкулез», Российская Федерация предложила «ишемическую болезнь сердца», «гастрит», «заболевания прямой кишки», «болезни почек» и «болезни мочеполовой системы», а Хорватия предложила «болезни щитовидной железы». Великобритания и Румыния, кроме того, предложили исключить из перечня «аллергическую астму», аргументируя

это тем, что она должна входить в более общий пункт «астма», поскольку не каждый респондент может определить характер своей астмы.

Как упоминалось ранее, некоторые респонденты (в Великобритании, Германии, Румынии и Чешской Республике) ответили отрицательно на открытый вопрос и положительно на одно из состояний в перечне. В этих случаях интервьюеры/респонденты исправляли ответ «Нет», который был дан на открытый вопрос.

3.8.2 Количественный анализ

Количественный анализ индикаторов по хроническим заболеваниям основывался как на анализе полноты заполнения (процент отсутствующих данных в зависимости от пола), так и на анализе взаимосвязей (статистический тест хи-квадрат в перекрестных таблицах). В целом анализ отсутствующих ответов показал общую готовность респондентов отвечать на вопросы — за исключением аллергической астмы, по которой частота пропусков была максимальной и составила (во Франции) 21,4%.

Анализ взаимосвязей ограничивался «достоверными» ячейками — с достаточным количеством положительных ответов (более чем в 50% ячеек их было менее 5). Статистические показатели не рассчитывались, если одна из двух переменных являлась константой или если ответ на один из двух вопросов отсутствовал. Анализ достоверных ячеек показал, что в большинстве случаев наличие конкретного заболевания подтверждалось ответами респондента в других разделах интервью (для большинства достоверных ячеек значение P оказалось меньше 0,05).

3.9 Рекомендации в отношении общего инструментария по хроническим соматическим заболеваниям

Рекомендованный инструментарий для сбора данных о хронических соматических заболеваниях состоит из двух вопросов, приведенных в Приложении 3.1. Этот инструментарий разработан для применения в опросах о состоянии здоровья или о проблемах, связанных со здоровьем, когда данные собираются в процессе индивидуальных интервью. Поскольку маловероятно, чтобы кто-то, кроме самих респондентов, смог ответить на эти вопросы о хронических заболеваниях, использование ответов по доверенности не рекомендуется. Хотя первый открытый вопрос о длительно протекающих заболеваниях легко включить в более общие социологические опросы, есть опасность, что в результате распространенность хронических заболеваний будет занижена. Поэтому рекомендуется использовать сочетание этих двух вопросов. По возможности эти вопросы не следует помещать после других вопросов, требующих значительных усилий при заполнении.

Метод перечисления для сбора информации о конкретных заболеваниях был применен, поскольку он обеспечивает стандартизацию инструментария, когда каждый респондент имеет равные возможности при характеристике заболеваний. Это дает более точную оценку распространенности отдельных заболеваний и сокращает количество проблем при шифровке. Заболевания для перечня отбирались на основе их тяжести (они либо опасны смертельным исходом, либо/и ограничивают повседневную жизнедеятельность) и экономических затрат (на оказание медицинской помощи, медикаменты и т.д.). Во избежание недоучета менее тяжелых заболеваний наиболее серьезные состояния помещены ближе к концу перечня.

Порядок следования заболеваний в перечне должен быть один и тот же во всех странах, и, поскольку все участники опроса должны отвечать на вопросы об отдельных хронических заболеваниях, в начале соответствующего вопроса не должно устанавливаться никакого фильтра типа «Если да, то какое именно заболевание?» Странам, которые хотят собрать сведения о заболеваниях, не включенных в перечень, настоятельно рекомендуется помещать их в конец перечня, перед откры-

той категорией. Важно эту открытую категорию помещать в конце, чтобы собрать информацию о заболеваниях, не вошедших в перечень.

Следует отметить, что первый открытый вопрос относится к текущему состоянию здоровья, в то время как вопрос об отдельных заболеваниях касается состояния здоровья, как в настоящее время, так и в прошлом. Хотя только первый ответ в перечне (Есть ли у Вас или было ли у Вас когда-либо ...? Да/Нет), строго говоря, необходим, но сбор данных о распространенности заболеваний в течение последних 12 месяцев полезен для задач мониторинга состояния здоровья населения, поскольку это может помочь в оценке как обращаемости за медицинской помощью, так и потребности в ней. Аналогично вопрос о врачебной диагностике был включен в качестве более объективного индикатора распространенности (люди могут неверно диагностировать собственные нарушения), а вопрос о прохождении терапевтического и фармацевтического лечения был включен, чтобы оценить тяжесть заболевания.

3.10 Выводы

Предложенный здесь общий инструментарий по хроническим заболеваниям является результатом трехлетней работы. Хотя многие страны включают оценку хронических соматических заболеваний в свои опросы о состоянии здоровья, межнациональная сопоставимость распространенности очень ограничена из-за отсутствия согласованности в методах на международном уровне. Целью этой работы была разработка общего инструментария с учетом уже накопленного странами опыта в оценке хронических заболеваний. Хотя подробный анализ существующей практики выявил значительное разнообразие применяемых в различных странах подходов, оказалось возможным определить элементы, пригодные для использования в общем инструментарии.

Обратная связь в процессе полевых испытаний подтвердила эффективность включенных вопросов и привела к внесению некоторых изменений. Окончательный вариант рекомендованного инструментария состоит из двух вопросов, которые обычно включаются в национальные опросы: открытый вопрос, выясняющий, страдают ли респонденты хроническими заболеваниями, и вопрос об отдельных заболеваниях. Первый вопрос позволяет оценить общую распространенность собственных представлений о наличии хронических заболеваний, а второй оценивает распространенность конкретных заболеваний.

Поощряется включение рекомендованного инструментария по хроническим соматическим заболеваниям в возможно большее число национальных опросов по проблемам, связанным с состоянием здоровья. Это обеспечит расширение возможностей проверки восприятия вопросов и анализа сопоставимости полученных в результате данных.

Литература

- HELIOVAARA, M. ET AL. (1993) Reliability and validity of interview data on chronic diseases. *Journal of clinical epidemiology*, **46**: 181–191.
- HUPKENS, C. (1998) *Coverage of health topics by surveys in the European Union*. Brussels, European Commission (Eurostat Working Paper, Population and Social Conditions, 3/1998/E/n.10).
- MAGGI, S. ET AL. (1994) The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods. *Aging*, **6**: 464–473.

Глава 4

Разработка общего инструментария для изучения психического здоровья

Говард Мелтцер (Howard Meltzer)

Национальное Статистическое Бюро, Лондон, Великобритания

4.1 Введение

Работа по этому индикатору началась только в феврале 2001 г. из-за кадровых изменений в организации, которая должна была выступать головным разработчиком. Первое совещание вновь сформированной группы по индикатору психического здоровья было проведено в феврале 2001 г. Его целью было согласовать точку зрения на общий инструментарий по психическому здоровью с учетом того факта, что он должен вписываться в контекст опросов о состоянии здоровья, а не исследований психической заболеваемости. Первоначально в проекте EUROHIS предполагалась разработка общего инструментария по «психическим нарушениям», но группа решила отказаться от этого термина, посчитав его не вполне однозначным. Группа решила заменить его понятием «психического здоровья и психологических расстройств». Участники отдавали себе отчет, что конкретные рекомендации этого первого совещания должны соответствовать расписанию полевых испытаний EUROHIS, намеченных на более поздний период 2001 г.

Члены группы согласились с тем, что значительный объем работы по индикаторам и инструментарию психического здоровья уже был проделан ранее и при создании нового инструментария нет необходимости начинать с нуля. Ряд отчетов, рабочих материалов и инструментариев использовался на совещании в качестве основы для обсуждения подлежащих включению понятий и разработки проекта общего инструментария.

4.2 Анализ понятий

Прежде чем приступить к рассмотрению конкретных вариантов инструментария, группа сочла важным установить понятийный аппарат психического здоровья, который должен будет войти в общий инструментарий. Для обсуждения были предложены следующие понятия:

- полное психическое благополучие,
- психологические расстройства,
- ролевые ограничения,
- социальная поддержка и социальная изоляция,
- оценка существенных общих психических расстройств,
- проблемы со сном,
- алкогольная и наркотическая зависимость,
- самоубийства,
- стрессогенные события,
- интеллектуальные функции и психическое здоровье детей.

Оценки полного психического благополучия и психологических расстройств получили единоглас-

ную поддержку.

Поскольку название группы EUROHIS первоначально было связано с «психическими нарушениями», а не с «психическим здоровьем», развернулась широкомасштабная дискуссия по всем возможным типам нарушений, которые необходимо учитывать. Хотелось бы задать вопросы о различных аспектах повседневной деятельности, но было признано, что это выходит за рамки задач опросов о состоянии здоровья. В конечном итоге группа пришла к выводу, что наиболее важным аспектом нарушений в этом контексте является социальное функционирование, которое включает социальную поддержку и ролевые ограничения, но исключает социальную изоляцию.

Хотя все были согласны с необходимостью оценки распространенности психических расстройств, возникли разногласия относительно того, насколько глубокой она должна быть. Предлагалось оценивать одно расстройство (например, депрессию), два расстройства (например, тревогу и депрессию) или ряд невротических расстройств (например, тревогу, депрессию, панические состояния, навязчивые состояния, фобии). Было принято, что опрос о состоянии здоровья — это неподходящее средство для точной оценки психических расстройств, но не вызывает сомнений, что он должен включать инструментарий для выявления наиболее распространенных расстройств, существенных с точки зрения общественного здоровья: тревоги и депрессии.

Проблемы со сном являются симптомами тревоги и депрессии, группа сочла, что эта тема заслуживает отдельного рассмотрения.

Несмотря на то, что во многих опросах о состоянии здоровья фигурирует вопрос о потреблении алкоголя, а в некоторых также затрагивается употребление наркотиков, ключевой проблемой в связи с политикой в области общественного здоровья является алкогольная и наркотическая зависимость.

Поскольку самоубийства представляют серьезную опасность для общественного здоровья во всех европейских странах, было решено, что опрос о состоянии здоровья должен включать вопросы относительно самоубийств. Первоначальное предложение состояло в том, что необходим один вопрос: «Пытался ли человек когда-либо покончить жизнь самоубийством?» Затем возникло убеждение, что следует выяснить и частоту таких попыток. Кроме того, предлагалось включить вопрос о мыслях о самоубийстве и их частоте.

Включение раздела о стрессогенных событиях не получило поддержки.

4.3 Выбор инструментария оценки

Затем группа рассмотрела ряд инструментариев, которые использовались для оценки психического здоровья, с точки зрения, во-первых, научной обоснованности (то есть надежности, валидности и приемлемости), а во-вторых, согласованности с рекомендациями других экспертных рабочих групп в Европе. Наконец, группа проанализировала общий инструментарий, сформированный на основе существующих.

4.3.1 Полное психическое благополучие

В настоящее время общепринято, что опросы, содержащие раздел психического здоровья, должны включать вопросы о полном психическом благополучии. Хотя в SF-36 есть четыре вопроса об энергии и жизненной активности (Ware, Kosinski 2001), другим вариантом для опросов о состоянии здоровья явилось включение четырехэлементной оценки положительных эмоций WHOQOL (WHOQOLGroup 1998). Было внесено и принято группой предложение о том, чтобы добавить один вопрос о счастье, но впоследствии он был исключен. Другой возможностью могла быть шкала благополучия WHO-Five (Bech et al. в печати), основанная на психологической шкале общего

благополучия. Эта шкала дает линейную оценку положительного мироощущения, и три из пяти ее пунктов аналогичны пунктам SF-36.

В SF-36 в явном виде нет шкалы полного психического благополучия. Шкала «жизненной активности» состоит из двух положительных и двух отрицательных пунктов, и она не охватывает всего концептуального диапазона положительных эмоций, который оценивается подшкалой WHOQOL-100 (она состоит из четырех пунктов). Но ввиду наличия другой группы EUROHIS, рекомендующей инструментарий по качеству жизни, группа психического здоровья остановилась на прагматическом решении воспользоваться пунктами SF-36, поскольку они уже получили широкое распространение. Таким образом, были выбраны четыре вопроса SF-36.

4.3.2. Психологические расстройства

Необходимо было выбрать индикатор психического здоровья (MHI5)¹⁷ из SF-36, GHQ-12 (Goldberg, Williams 1998; Goodchild, Duncan-Jones 1985) или K10 (Andrews, Slade 2001).

Решением большинства предпочтение было отдано MHI5, поскольку он короче и так же надежен, как и GHQ-12. Недостатками GHQ-12 является то, что он не охватывает хронические заболевания, не был опробован на населении старше 64 лет и защищен авторскими правами. Тем не менее было отмечено, что GHQ-12 является основой оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни в сети EUROREVES. После первого совещания было проведено дополнительное рассмотрение анкеты K10. Но поскольку этот инструментарий все еще находился в стадии разработки и ни у кого из членов группы не было опыта его применения, группа сочла, что ему не следует отдавать предпочтение.

4.3.3 Рольевые ограничения

В большинстве опросов о состоянии здоровья населения есть вопросы о длительно протекающих заболеваниях, ограничивающих жизнедеятельность. За исключением Исследования домохозяйств Европейского Сообщества, в большинстве опросов задается два вопроса, один в связи с хроническими соматическими заболеваниями, а другой — с эмоциональными проблемами. Поэтому возникла необходимость добавить вопрос об ограничениях в трудовой или другой повседневной деятельности из-за эмоциональных проблем. Было принято решение, что такие вопросы лучше подходят для рекомендуемого ВОЗ инструментария по ограничениям жизнедеятельности (de Bruin et al. 1996), но если это невозможно, то следует в раздел психического здоровья включить три вопроса из SF-12 (Ware et al. 1996, 1998; Jenkinson, Layte 1997) о ролевых ограничениях.

4.3.4 Социальная поддержка и социальная изоляция

Одним из основных последствий нарушений психического здоровья, ограничивающих жизнедеятельность, является ограничение социального функционирования. Термин «социальное функционирование» включает два различных аспекта: социальную поддержку и социальную изоляцию. В качестве инструментария для социальной поддержки предложена трехэлементная шкала Осло (Dalgard 1996), которая включает пункты о группе непосредственной поддержки, заинтересованности и заботе, проявляемых окружающими, и легкости получения практической помощи.

Группа также рассматривала оценку социальной изоляции. Этот инструментарий включает четыре пункта: наличие кого-либо, заслуживающего доверия; кого-либо, на кого можно положиться в трудную минуту; кого-либо, с кем можно посоветоваться, принимая ответственное решение, и ощущение

¹⁷ Mental Health indicator (MHI5) from SF-36.

любви и заботы со стороны близких. В процессе обсуждений после совещания сложилось впечатление, что эти вопросы можно исключить, поскольку они частично совпадают с социальной поддержкой.

4.3.5 Распространенные расстройства: тревога и депрессия

Одной из предложенных для этого раздела оценок был опросник CIDI¹⁸ (Wittchen et al. 1999) — анкета из 12 пунктов, для заполнения которой требуется в среднем 3½ минуты; она позволяет оценить распространенность тревоги и/или депрессии. Другое предложение состояло в том, чтобы воспользоваться скрининговыми вопросами из откорректированного протокола клинического опроса (CIS-R)¹⁹ (Lewis, Pelosi 1990; Lewis et al. 1992). Но последний не является признанным инструментом для скрининга. Поступило предложение использовать краткий бланк CIDI (CIDI-SF) (Kessler et al. 1998) для генерализованного тревожного расстройства и эпизода глубокой депрессии, это означает порядка десяти вопросов по каждому расстройству. В конечном итоге, был рекомендован CIDI-SF ввиду его краткости, а также из-за того, что он вписывается в Международный опрос ВОЗ о психическом здоровье (WHO 1992).

4.3.6 Проблемы со сном

Были предложены вопросы по поводу сна из опросника ВОЗ о состоянии здоровья и здравоохранении (Международные опросы ВОЗ о состоянии здоровья, <http://www3.who.int/whs>), то есть 3 вопроса.

4.3.7 Алкогольная зависимость

Самая короткая и наиболее широко распространенная анкета по алкогольной зависимости — это CAGE (Mayfield et al. 1974). Существует множество других инструментариев по алкогольной зависимости, например, AUDIT²⁰ (Saunders et al. 1993) или вопросы из исследования ECA в США (Robins, Regier 1991), но CAGE из четырех пунктов был широко признан предпочтительным для включения в опросы о состоянии здоровья.

4.3.8 Суицидальные мысли и поведение

Ввиду отсутствия специального инструментария по этому разделу потребовалось четыре новых вопроса: (а) были ли у респондента мысли о самоубийстве; (б) если да, то сколько раз; (в) пытался ли респондент покончить жизнь самоубийством; (г) если да, то сколько раз. Предлагались два принимаемых во внимание периода: в течение предшествующего года или на протяжении жизни. Окончательное решение состояло в том, чтобы выяснить, были ли у респондента когда-либо мысли о попытке самоубийства или пытался ли он покончить с собой на самом деле.

4.3.9 Интеллектуальные функции

Большинство вопросов об интеллектуальных функциях чувствительны к культурной среде, их нелегко применять, когда задачей является международная сопоставимость данных. Рассматривалась возможность того, чтобы в начале общего инструментария задать вопросы мини-интеллектуального теста (Folstein et al. 1975; Nelson et al. 1986; Vertesi et al. 2001) всем тем, чей возраст составляет 65 лет или старше, чтобы решить, стоит ли продолжать интервью. Это предложение было ос-

¹⁸ Composite International Diagnostic Interview.

¹⁹ Clinical Interview Schedule (CIS-R).

²⁰ Alcohol use Disorders Identification Test.

тавлено для дальнейшего рассмотрения. При желании включить в опросы о состоянии здоровья вопросы о дефиците интеллекта. Подходящими являются два пункта о памяти и внимании из Канадского опроса о состоянии здоровья (Swain et al. 1999).

4.3.10 Дети

В отношении детей важно получить данные об эмоциональных, поведенческих и гиперкинетических расстройствах, которые оказывают влияние на ребенка и создают нагрузку для семьи. Если опрос о состоянии здоровья должен быть рассчитан на детей, следует задавать вопросы из краткого варианта анкеты Goodman о том, что дается ребенку легко и с трудом (Goodman 1997, 1999; Goodman, Scott 1999; Goodman et al. 1998). Он включает шесть пунктов: пять относятся к симптомам, а последний выясняет влияние этих симптомов на обучение в школе и жизнь в семье.

4.4 Сокращение отобранного инструментария до минимального набора вопросов

При проектировании полевых испытаний, когда инструментарий по всем восьми индикаторам EUROHIS должен был опробоваться целиком, пришлось опустить ряд вопросов о психическом здоровье из-за временных ограничений, приемлемых при интервью по телефону. Но было отмечено, что критерием при этом не должно служить просто число вопросов. Во-первых, в некоторых из выбранных критериев не все пункты применимы ко всем респондентам. Например, хотя два инструментария CIDI для оценки тревожных и депрессивных расстройств содержат около 65 вопросов, для 75% респондентов, от которых ожидается отрицательный ответ на вводные вопросы, общее число вопросов, на которые придется отвечать, составляет порядка восьми. Во-вторых, психометрические свойства многих инструментариев по психическому здоровью требуют, чтобы все вопросы были заданы. Поэтому целесообразно использовать только часть критериев.

Таким образом, при выборе, какие критерии опустить, внимание уделялось: (а) применимости критерия (например, ко всем респондентам или только к их части); (б) пороговым пунктам или вопросам-фильтрам в блоке вопросов; (в) возможности исключения отдельных пунктов из критерия и (г) простоте ответа на вопросы. Анализировалась также возможность частичного совпадения с другими разделами проекта инструментария EUROHIS, а также были ли рассматриваемые критерии уже широко опробованы где-нибудь еще (и в связи с этим не требуют дальнейших полевых испытаний).

В связи с этим было решено исключить следующие критерии:

- полное психическое благополучие,
- проблемы со сном,
- алкогольная зависимость,
- самоубийства,
- интеллектуальные функции,
- психическое здоровье детей.

Таким образом, остались следующие критерии:

- психологические расстройства (5 вопросов из SF-36),
- ролевые ограничения (3 вопроса из SF-36),
- шкала социальной поддержки Осло (3 вопроса),
- краткий бланк CIDI по эпизодам глубокой депрессии и генерализованным тревожным расстройствам (4 вопроса для респондентов, у которых за последние 12 месяцев не было ни депрессии, ни тревожного состояния; порядка 18 вопросов для респондента с депрессией; порядка 24 вопросов для респондента с тревожным состоянием).

4.5 Полевые испытания 2001 г.

Отдельные фрагменты инструментария для изучения психического здоровья были включены в полевые испытания EUROHIS 2001 г. Качественные результаты (которые преимущественно заключаются в обратной связи от интервьюеров) в основном получены из трех стран Европейского Союза (Великобритания, Германия и Франция), где обратная связь с интервьюерами обеспечивалась систематически и с применением единой методологии. Описанный в данном разделе инструментарий представлен в Приложении 4.1.

4.5.1 Психологические расстройства (из SF-36)

Следует отметить, что для этих вопросов в полевые испытания были включены только пять из шести вариантов ответа SF-36, а именно: все время, большую часть времени, время от времени, редко и никогда. Средний вариант ответа «довольно часто» был исключен.

Качественный анализ

Единственное критическое замечание было высказано на совещании интервьюеров, которые проводили опрос во Франции. Они считают, что чередование положительных и отрицательных утверждений, которые необходимо оценить, иногда сбивает с толку респондентов. Но такая смена положительных и отрицательных утверждений — ключевой элемент в построении инструментария, который предназначен для сбора мнений, поскольку она снижает вероятность «направленности ответов», то есть сокращает возможность того, что респонденты будут отвечать одинаково на все вопросы. По существу, такая методика заставляет респондента обдумывать каждый вопрос и варианты ответа.

Случаи, когда у интервьюеров возникали трудности с зачитыванием вопросов или вариантов ответа очень немногочисленны: 40 из 400 интервью в каждой стране исследовали на проблемы такого типа. Во французском и немецком вариантах проблем не возникало вообще, а в английском варианте однажды возникла проблема с вопросом 4 (За последние 4 недели случалось ли Вам чувствовать себя подавленным или угнетенным?).

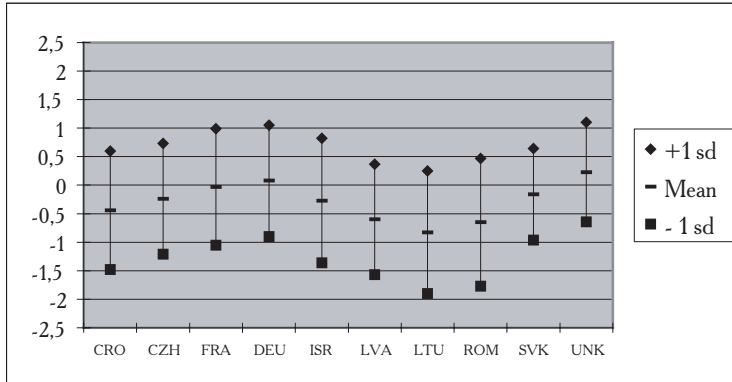
Хотя один или два английских интервьюера меняли либо формулировки вопросов, либо варианты ответа, они не указали, что, по их мнению, нуждается в изменении и каковы результаты изменения. Но формулировки вопросов и варианты ответа — это часть утвержденного инструментария, который широко использовался и апробировался, и менять формулировки не рекомендуется.

Количественный анализ

В Великобритании, Германии и Франции почти не было случаев, чтобы респонденты (менее 0,5% из 1200) отказывались отвечать на вопрос или говорили, что они не знают. Распределения оценок по пяти вариантам ответа укладывались в ожидаемый диапазон, и направленность явных различий по полу была корректна. Результаты, представленные на рис. 4.1, демонстрируют средние величины и стандартные отклонения z-трансформаций оценок MHI5 по десяти странам, участвовавшим в полевых испытаниях, в сравнении с оценками по всему населению США (средняя равна 0 и стандартное отклонение равно 1; более высокие оценки означают лучшее состояние психического здоровья).

Следует отметить, что опросы EUROHIS в процессе полевых испытаний проводились по-разному, несмотря на все усилия согласовать методологию (см. более подробное описание опросов в табл. 4.1). Так, в них был неодинаков размер выборки, охват (территории, муниципалитеты, районы, страна в целом), объекты выборки (например, частные домохозяйства, пациенты, обратившиеся к врачу общей практики), стратегии формирования выборки и режимы опроса (лично, по телефону, по почте), возраст участников; результаты частично предоставлялись во взвешенном виде, а частично — не во взвешенном. Поэтому полученные в этих странах данные не подлежат достоверному сравнению и приводятся здесь только в качестве иллюстрации.

Рис. 4.1. Средняя и стандартное отклонение z-трансформированных оценок индекса психического здоровья SF-36 (по сравнению с США: средняя равна 0 и стандартное отклонение равно 1)



CRO = Хорватия,
 CZH = Чешская Республика,
 FRA = Франция,
 DEU = Германия,
 ISR = Израиль,

LVA = Латвия,
 LTU = Литва,
 ROM = Румыния,
 SVK = Словакия,
 UNK = Великобритания

Вывод

Вопросы МНН5 о психологических расстройствах должны стать частью основного блока по психологическим расстройствам, рекомендованного для включения в опросы о состоянии здоровья.

4.5.2 Рольные ограничения (из SF-12)

Качественный анализ

На английском и немецком языках проблем с формулировками вопросов и вариантами ответа почти не возникало, но поступило несколько предложений об изменении текста вопросов по-французски. Возможно, это связано с режимом опроса (беседа по телефону). Эти проблемы должны быть решены посредством более четких инструкций интервьюерам.

Количественный анализ

В Великобритании, Германии и Франции почти не было случаев, чтобы респонденты (менее 1% из 1200) отказывались отвечать на вопросы или говорили, что они не знают. Распределения ответов в этих трех странах были очень похожи и допустимы по величине.

Вывод

Эти вопросы, безусловно, следует включить в модуль психического здоровья, поскольку они обеспечивают ключевую информацию о ролевых ограничениях в связи с нарушениями психического здоровья. Наряду с вопросами о социальной поддержке они дают необходимые сведения об экономических и социальных последствиях нарушений психического здоровья.

4.5.3 Социальная поддержка (шкала Осло)

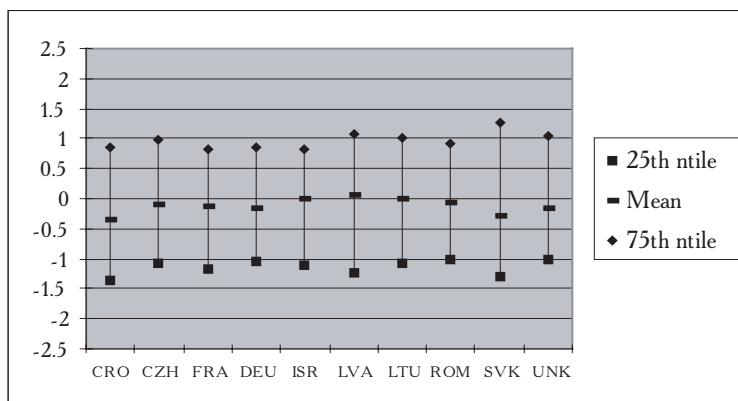
Качественный анализ

На английском и немецком языках проблем с формулировками вопросов и категориями ответов не возникало, но некоторые затруднения испытывали интервьюеры, задававшие вопросы по-французски. В ряде случаев французские интервьюеры меняли формулировку и варианты ответа у всех трех вопросов. Почему это делалось, неясно. Впоследствии перевод редактировался, но эффективность французского инструментария нуждается в дальнейшем изучении.

Количественный анализ

В Великобритании, Германии и Франции почти не было случаев, чтобы респонденты (менее 1% из 1200) отказывались отвечать на вопросы или говорили, что они не знают. Распределения оценок представляются допустимыми. Результаты полевых испытаний по десяти странам представлены на рис. 4.2. Опять следует иметь в виду различные способы проведения опроса. Поэтому рис. 4.2. приводится только для иллюстрации типа сравнения, которое можно проводить; само распределение данных здесь не имеет особого значения.

Рис. 4.2. Медиана и 25-й и 75-й процентиля z-трансформации оценок социальной поддержки по шкале Осло



CRO = Хорватия,
 CZH = Чешская Республика,
 FRA = Франция,
 DEU = Германия,
 ISR = Израиль,

LVA = Латвия,
 LTU = Литва,
 ROM = Румыния,
 SVK = Словакия,
 UNK = Великобритания

Вывод

Не должно возникнуть проблем с включением данного раздела по социальной поддержке в основной блок вопросов рекомендуемого модуля по психическому здоровью. В связи с их общим характером они могут также использоваться в качестве зависимой переменной для многих других вопросов при опросах о состоянии здоровья, в частности, о хронических соматических заболеваниях и качестве жизни.

4.5.4 Приступ глубокой депрессии (краткий бланк CIDI)

Качественный анализ

Общее мнение заключалось в том, что данный раздел содержит повторы и слишком велик. Возможно, это произошло потому, что вопросы об оценке психологических расстройств задавались в том же модуле, что и при приступе глубокой депрессии, а эти оценки до некоторой степени совпадают. Немецкие интервьюеры указали, что респондентам с депрессией требовалось больше времени на этот раздел, поскольку они говорят медленно. Этого и следовало ожидать, так как респонденты без депрессии отвечали только на несколько вопросов, а все вопросы относятся только к тем, кто страдает депрессией.

Один из способов сократить эти вопросы — исключить те пункты, которые преимущественно касаются консультаций с медицинскими работниками и приема лекарств. Эти вопросы не являются частью алгоритма диагностики приступа глубокой депрессии и, возможно, более уместны при опросах о психической заболеваемости, чем при опросах о состоянии здоровья, охватывающих проблематику в целом.

Случаи, когда у интервьюеров возникали трудности с зачитыванием вопросов или вариантов ответа по-английски, по-немецки или по-французски, очень немногочисленны. Некоторые интервьюеры сомневались в определениях «печальный» и «мрачный» в первом вопросе, считая их слишком американскими. Но три слова в этом вопросе «печальный, мрачный или подавленный» используются в качестве вариантов, и при восприятии содержания не должно возникать затруднений.

Количественный анализ

Во всех трех странах почти никто из респондентов (менее 1% из 1200) не отказывался отвечать на вопросы и не ссылался на незнание. Как и ожидалось, результаты показали, что более 80% в этих трех выборках отвечали максимум на три вопроса. Распространенность приступов глубокой депрессии за последний год составила порядка 12% в Великобритании и 6% в Германии и Франции. Частота в Великобритании гораздо выше, чем предполагалось. Результаты по другим странам, участвовавшим в полевых испытаниях, приводятся в табл. 4.1.

Особенно высокой оказалась частота в Литве, и это могло произойти потому, что только там при полевых испытаниях применялось анкетирование по почте. Но имеют место и упоминавшиеся выше ограничения в связи с различиями в методах проведения опроса.

Таблица 4.1.

Распространенность глубокой депрессии за последние 12 месяцев

Страна	Распространенность за 12 месяцев	Размер выборки	Возраст (лет)	Взвешенные или невзвешенные данные	Тип выборки	Метод проведения опроса
Великобритания	11,9	402	35+	Взвешенные	RDD ^a	По телефону
Германия	5,5	402	35+	Взвешенные	RDD ^a	По телефону
Израиль	7,9	992	16+	Невзвешенные	RDD ^a	По телефону
Латвия	7,4	323	16+	Невзвешенные	Регистр населения	Личная беседа
Литва	17,1	455	20—64	Невзвешенные	Регистр населения	По почте

Румыния	11,8	602	20–79	Невзвешенные	Регистр населения	Личная беседа
Словакия	11,0	306	16–75	Невзвешенные	Региональная выборка из сообщений из удобства	Личная беседа и самостоятельное заполнение анкеты
Франция	6,3	400	35+	Взвешенные	RDD ^a	По телефону
Хорватия	10,0	361	16–85	Невзвешенные	Регистр врача общей практики	Личная беседа
Чешская Республика	7,6	512	15+	Невзвешенные	Регистр населения	Личная беседа

^a RDD — случайная выборка номеров телефона государственной телефонной компании.

Вывод

Вопросы о глубокой депрессии (кроме относящихся к обращаемости за медицинской помощью) из краткого бланка CIDI следует рекомендовать в качестве факультативного блока вопросов при опросах о состоянии здоровья, когда особое внимание уделяется распространенности психических нарушений.

4.5.5 Генерализованное тревожное расстройство (краткий бланк CIDI)

Качественный анализ

В отношении формулировки вопросов этого раздела проблем возникало очень мало. Интервьюеры внесли одно или два изменения, например, вместо «период» во втором вопросе следует использовать «период времени» во избежание неоднозначности. Но следует иметь в виду общее соображение, что раздел психического здоровья в целом слишком велик и содержит повторы. Как и в отношении вопросов о проявлениях глубокой депрессии, одним из способов сокращения числа этих вопросов является отказ от тех пунктов, которые преимущественно касаются консультаций с медицинскими работниками и приема лекарств. Как и при оценке депрессии, эти вопросы не являются частью алгоритма диагностики генерализованного тревожного расстройства и, вероятно, более уместны при исследовании психической заболеваемости, чем при опросах о состоянии здоровья.

Количественный анализ

В Великобритании, Германии и Франции почти не было случаев, чтобы респонденты (менее 1% из 1200) отказывались отвечать на вопросы или говорили, что они не знают. Как и ожидалось, результаты показали, что более 70% в этих трех выборках отвечали максимум на два вопроса.

Распространенность генерализованного тревожного расстройства за последний год составила порядка 5% в Великобритании и Франции и около 3% в Германии. Эти значения правдоподобны. Результаты по десяти странам, участвовавшим в полевых испытаниях, приводятся в табл. 4.2. Опять же, сопоставление этих данных требует осторожности, учитывая различия в применявшихся методологических подходах.

Таблица 4.2.

**Распространенность генерализованного тревожного расстройства
за последние 12 месяцев**

Страна	Распространенность за 12 месяцев	Размер выборки	Возраст (лет)	Взвешенные или невзвешенные данные	Тип выборки	Метод проведения опроса
Великобритания	5,3	402	35+	Взвешенные	RDD ^a	По телефону
Германия	2,6	402	35+	Взвешенные	RDD ^a	По телефону
Израиль	2,3	992	16+	Невзвешенные	RDD ^a	По телефону
Латвия	3,1	323	16+	Невзвешенные	Регистр населения	Личная беседа
Литва	16,0	455	20–64	Невзвешенные	Регистр населения	По почте
Румыния	4,3	602	20–79	Невзвешенные	Регистр населения	Личная беседа
Словакия	5,3	306	16–75	Невзвешенные	Региональная выборка из соображений удобства	Личная беседа и самостоятельное заполнение анкеты
Франция	4,6	400	35+	Взвешенные	RDD ^a	По телефону
Хорватия	7,2	361	16–85	Невзвешенные	Регистр врача общей практики	Личная беседа
Чешская Республика	4,7	512	15+	Невзвешенные	Регистр населения	Личная беседа

^a RDD — случайная выборка номеров телефона государственной телефонной компании.

Вывод

Вопросы о генерализованном тревожном расстройстве (кроме относящихся к началу заболевания или обращаемости за медицинской помощью) следует рекомендовать в качестве факультативного блока вопросов для опроса о состоянии здоровья, когда особое внимание уделяется распространенности психических расстройств. Снова, результат Литвы представляется завышенным и может являться следствием того, что опрос проводился по почте. Можно было бы ожидать, что результаты из Хорватии окажутся самыми высокими, поскольку выборку там составили пациенты, обратившиеся к врачу общей практики.

4.6 Рекомендуемый общий инструментарий по психическому здоровью

Рекомендуемый общий инструментарий опроса разделили на три блока. В первом представлены оценки, которые рекомендуются в качестве основных индикаторов психического здоровья, то есть

те, что считаются ключевыми для понимания психического здоровья населения в целом. Для этого базового блока предлагаются четыре инструмента, хотя полевые испытания прошли только три: полное психическое благополучие, психологические расстройства, ролевые ограничения и ощущение социальной поддержки. Рекомендуется проводить опрос по этим четырем инструментам в том порядке, в каком они приведены в описании инструментариев в Приложении 4.1. Опрос по этим четырем инструментам одновременно имеет три основных преимущества:

- Три инструмента взяты из SF-36, который уже используется во многих европейских странах, и имеется нормативная база для проведения сравнений. Для тех стран, где уже используется SF-12, добавление нескольких новых вопросов менее обременительно, чем включение целого нового блока вопросов.
- Во всех инструментах применяется скорее количественный, чем качественный подход к оценке соответствующего явления, что дает распределение оценок среди всего населения.
- Общее число вопросов по всем четырем инструментам — 15, и они должны занять не более 5 минут.

Второй блок рекомендуемых инструментов опроса включает два инструмента, которые также взяты из одного и того же общего источника: CIDI-SF. Они оценивают проявления глубокой депрессии и генерализованное тревожное расстройство. Эти два инструмента совместимы с опросом ВОЗ о состоянии психического здоровья (<http://www.who.int/evidence/whs>). Их следует применять, когда в центре внимания находится распространенность психических нарушений и в тех странах, где нет программ изучения психической заболеваемости. Хотя они кажутся длинными в рамках опросов о состоянии здоровья и охватывают множество тем, следует подчеркнуть, что 70–80% всех респондентов, участвующих в опросе, будут заданы только три вопроса по поводу депрессии и два — по поводу тревоги.

Третий блок инструментов является факультативным (то есть, они желательны, но не обязательны). Они касаются проблем со сном, алкогольной зависимости и попыток самоубийства. Вопросы об алкогольной зависимости рекомендуется включить в модуль EUROHIS об употреблении алкоголя.

Все эти блоки инструментов описаны в Приложении 4.1, наряду с указаниями о подсчете баллов.

Литература

- ANDREWS, G. & SLADE, T. (2001) Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australia and New Zealand journal of public health*, **25**: 494–497.
- BECH, P. ET AL. Measuring well-being rather than absence of distress symptoms. A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International journal of methods in psychiatric research (in press)*.
- DALGARD, O.S. (1996) Community health profile as tool for psychiatric prevention. In: Trent, D.R. & Reed, C., ed. *Promotion of mental health*, Vol. 5. Aldershot, Avebury.
- DE BRUIN, A. ET AL. ED. (1996) *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 58).
- FOLSTEIN, M.F. ET AL. (1975) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, **12**: 189–198.
- GOLDBERG, D.P. & WILLIAMS, P. (1998) *Users' guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, NFER-Nelson.
- GOODCHILD, M.E. & DUNCAN-JONES, P. (1985) Chronicity and the General Health Questionnaire. *British journal of psychiatry*, **146**: 55–61.

- GOODMAN, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, **38**: 581–586.
- GOODMAN, R. (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry*, **40**: 791–801.
- GOODMAN, R. & SCOTT, S. (1999) Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behaviour Checklist: is small beautiful? *Journal of abnormal child psychology*, **27**: 17–24.
- GOODMAN, R. ET AL. (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European child and adolescent psychiatry*, **7**: 125–130.
- JENKINSON, C. & LAYTE, R. (1997) Development and testing of the UK SF-12. *Journal of health services research policy*, **2**: 14–18.
- KESSLER, R.C. ET AL. (1998) The World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International journal of methods in psychiatric research*, **7**: 172–185.
- LEWIS, G. & PELOSI, A.J. (1990) *Manual of the revised clinical interview schedule (CIS-R)*. London, Institute of Psychiatry.
- LEWIS, G. ET AL. (1992) Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised instrument for use by lay interviewers. *Psychological medicine*, **22**: 465–486.
- MAYFIELD, D. ET AL. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American journal of psychiatry*, **131**: 1121–1123.
- NELSON, H.E. ET AL. (1986) Bedside cognitive screening instruments: a critical assessment. *Journal of nervous and mental disease*, **174**: 73–83.
- ROBINS, L.N. & REGIER, D.A., ED. (1991) *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press.
- SAUNDERS, J.B. ET AL. (1993) Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*, **88**: 791–804.
- SWAIN, I. ET AL. (1999) The national population survey. *Health reports, Statistics Canada*, **10**: 69–82.
- VERTESI, A. ET AL. (2001) Standardized Mini-Mental State Examination: use and interpretation. *Canadian family physician*, **47**: 2018–2023.
- WARE, J.E. & KOSINSKI, M.A. (2001) *SF-36: Physical and Mental Health Summary Scales. A manual for users of Version 1 (2nd edition)*. Lincoln, RI, Quality Metric Inc.
- WARE, J.E. ET AL. (1996) A 12-item Short Form Health Survey (SF-12): construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, **32**: 220–233.
- WARE, J.E. ET AL. (1998) *SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*, 3rd ed. Lincoln, RI, Quality Metric Inc. and Boston, MA, Health Assessment Laboratory.
- WHOQOL GROUP (1998) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science and medicine*, **46**: 1569–1585.
- WITTCHEN, H.U. ET AL. (1999) Screening for Mental Disorders: performance of the Composite International Diagnostic Screener (CID-S). *International journal of methods in psychiatric research*, **8**: 59–70.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.

Приложение 4.1

Рекомендуемый EUROHIS общий инструментарий по состоянию психического здоровья

1. Основной блок рекомендуемых инструментариев: общие критерии (За исключением шкалы SF-36 для полного психического благополучия эти критерии прошли полевые испытания в 2001 г. в рамках проекта EUROHIS)

1.1 Полное психическое благополучие (из SF-36)

Как часто на протяжении последних 4 недель...

		Все время	Большую часть времени	Доволь- но часто	Время от вре- мени	Редко	Никог- да
vital1	Вы были жиз- нерадостны?	1	2	3	4	5	6
vital2	Вы были полны сил?	1	2	3	4	5	6
vital3	Вы ощущали упадок сил?	1	2	3	4	5	6
vital4	Вы чувствува- ли усталость?	1	2	3	4	5	6

Подсчет баллов психологического благополучия (позитивного психического настроения и жизненной энергии) из SF-36

*ВОПРОСЫ SF-36 О ЖИЗНЕННОЙ ЭНЕРГИИ (с vital1 по vital4)

*ПРОСТАВЬТЕ БАЛЛЫ ПО ДВУМ ПУНКТАМ В ОБРАТНОМ ПОРЯДКЕ (vital1 и vital2)

*ПОСЛЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОРЯДКА БАЛЛОВ ВСЕ ПУНКТЫ ОЦЕНИВАЮТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО: то есть, чем выше балл, тем меньше усталости и тем больше энергии.

*ШКАЛА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО: то есть, чем выше балл, тем больше жизненная энергия

Программа SPSS для расчета уровня психологического благополучия, то есть Индекса жизненной энергии: vital

DO REPEAT i = vital1, vital2, vital3, vital4.

+ IF (i<1 OR i>6) i = \$SYSMIS.

END REPEAT.

COMPUTE vital = 100*(MEAN.2(7- vital1, 7- vital2, vital3, vital4) - 1)/ 5.

VARIABLE LABEL vital 'SF-36 Индекс жизненной энергии (0-100)'.

1.2 Психологические расстройства (из SF-36)

Как часто на протяжении последних 4 недель...

		Все время	Большую часть времени	Довольно часто	Время от времени	Редко	Никогда
mhi1	Вы ощущали сильную нервозность?	1	2	3	4	5	6
mhi2	Вы были так подавлены, что ничего Вас не радовало?	1	2	3	4	5	6
mhi3	Вы были миролюбиво и спокойно настроены?	1	2	3	4	5	6
mhi4	Вы были расстроены и подавлены?	1	2	3	4	5	6
mhi5	Вы были очень счастливы?	1	2	3	4	5	6

Подсчет баллов психологического расстройства (Индекс психического здоровья, МНН²¹) из SF-36

*ВОПРОСЫ SF-36 О СОСТОЯНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (с mhi1 по mhi5)

*ПРОСТАВЬТЕ БАЛЛЫ ПО ДВУМ ПУНКТАМ В ОБРАТНОМ ПОРЯДКЕ (mhi3 и mhi5)

*ПОСЛЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОРЯДКА ВСЕ ПУНКТЫ ОЦЕНИВАЮТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО: то есть, чем выше балл, тем лучше психическое здоровье.

*ШКАЛА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО: то есть, чем выше балл, тем лучше психическое здоровье

Программа SPSS для расчета уровня психологических расстройств, то есть Индекса психического здоровья (mhi)

DO REPEAT i = mhi1 , mhi2, mhi3, mhi4, mhi5.

+ IF (i<1 OR i>6) i = \$SYSMIS.

END REPEAT.

COMPUTE mhi =100*(MEAN.3(mhi1, mhi2, 7- mhi3, mhi4, 7- mhi5) - 1)/ 5

VARIABLE LABEL mhi 'SF-36 Индекс психического здоровья (0-100)'.

²¹ Mental Health Index (позиции из известного опросника SF-36).

1.3 Ролевые ограничения (из SF-36)

На протяжении последних 4 недель у Вас возникали какие-либо из следующих проблем с работой или другой повседневной деятельностью из-за эмоциональных проблем (таких как чувство подавленности или тревоги)?

		Да	Нет
role1	Сокращение продолжительности работы или другой деятельности?	1	2
role2	Выполнение не всего, что хотелось бы?	1	2
role3	Менее внимательное отношение к работе или другой деятельности, чем обычно?	1	2

1.4 Восприятие социальной поддержки (шкала Осло)

		Оценка	
oslo1	Сколько человек настолько близки Вам, что Вы можете рассчитывать на них в случае возникновения серьезных личных проблем?	Никто	1
		1 или 2	2
		От 3 до 5	3
		6 и более	4
oslo2	Насколько люди внимательны к тому, что Вы делаете?	Очень внимательны и заинтересованы	5
		Проявляют некоторую заинтересованность	4
		Не знаю	3
		Недостаточно внимательны и заинтересованы	2
		Не проявляют ни внимания, ни интереса	1
oslo3	Насколько легко Вам получить практическую помощь от соседей в случае необходимости?	Очень легко	5
		Легко	4
		Возможно	3
		Трудно	2
		Очень трудно	1

Описание шкалы

Общая сумма баллов рассчитывается суммированием стандартизованных оценок Z по каждому пункту.

Общая сумма баллов может использоваться как непрерывная или как дискретная переменная разбиением, например, на 3 или 5 групп равного размера.

Программа SPSS для расчета общей оценки

IF (oslo1<1 or oslo1>4) oslo1 = \$SYSMIS.

IF (oslo2<1 or oslo2>5) oslo2 = \$SYSMIS.

IF (oslo3<1 or oslo3>5) oslo3 = \$SYSMIS.

DESCRIPTIVES

VARIABLES = oslo1 oslo2 oslo3 /SAVE/MISSING=LISTWISE.

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

COMPUTE OSLO = zoslo1 + zoslo2 + zoslo3.

2. Блок рекомендуемых инструментов по выявлению психических расстройств (оба эти инструмента CIDI прошли полевые испытания в 2001 г. в рамках проекта EUROHIS)

2.1 Проявление глубокой депрессии (краткий бланк CIDI)

- A1. За последние 12 месяцев случалось ли Вам чувствовать себя печальным, мрачным или подавленным на протяжении двух недель подряд или дольше?²
- | | | |
|-----|---|------|
| Да | 1 | →A1a |
| Нет | 5 | →A9 |
- Если респондент указал:
«Я принимал лекарства/антидепрессанты»
- | | | |
|--|---|-----|
| | 6 | →A9 |
|--|---|-----|
- A1a. Отвечая на несколько следующих вопросов, вспомните, пожалуйста, о том двухнедельном периоде за последние 12 месяцев, когда эти ощущения были особенно сильны. В это время ощущение тоски, упадка настроения или подавленности продолжалось...
- | | | |
|---------------------------------------|---|------|
| весь день, | 1 | →A1b |
| большую часть дня, | 2 | →A1b |
| около половины дня, | 3 | →A1b |
| или меньше половины дня? ² | 4 | →A9 |
- A1b. На протяжении этих двух недель Вы чувствовали себя таким образом...
- | | | |
|-------------------------------|---|------|
| каждый день, | 1 | →A1c |
| почти каждый день, | 2 | →A1c |
| или менее часто? ² | 3 | →A9 |
- A1c. На протяжении этих двух недель Вы теряли интерес к большинству занятий, таких как хобби, работа или дела, которые обычно доставляют Вам удовольствие?²
- | | | |
|-----|---|--|
| Да | 1 | |
| Нет | 5 | |
- A1d. Размышляя о тех же самых двух неделях, полагаете ли Вы, что чувствовали большую усталость или упадок сил, чем обычно?²
- | | | |
|-----|---|--|
| Да | 1 | |
| Нет | 5 | |
- A2. Вы теряли или прибавляли в весе без специальных усилий или Ваш вес практически не изменялся?² (Интервьюеру: Если респондент спросит: «Мы обсуждаем все те же 2 недели?» Ответ: «Да»)
- | | | |
|--|---|------|
| Прибавка в весе | 1 | →A2a |
| Потеря в весе | 2 | →A2a |
| Если респондент сам указал на потерю или прибавку в весе | 3 | →A2a |
| Практически без изменений | 4 | →A3 |
| Если респондент сам указал: «Соблюдал диету» | 5 | →A3 |
- A2a. На сколько примерно (Вы поправились/похудели/Ваш вес изменился)?
(Интервьюеру: Примите приблизительный ответ)
- фунтов иликг

- A2b. (Интервьюер кодирует: Вес респондента изменился на 10 фунтов/5 кг или больше?)
- | | | |
|-----|---|--|
| Да | 1 | |
| Нет | 5 | |
- A3. В течение этих двух недель Вам было труднее заснуть, чем обычно?
- | | | |
|-----|---|------|
| Да | 1 | →A3a |
| Нет | 5 | →A4 |
- A3a. Это происходило...
- | | | |
|---|---|--|
| каждую ночь, | 1 | |
| почти каждую ночь, | 2 | |
| или менее часто на протяжении этих двух недель. | 3 | |
- A4. В течение этих двух недель было ли Вам гораздо труднее сосредоточиться, чем обычно?
(Интервьюеру: Если респондент спросит: «Мы обсуждаем все те же 2 недели?»
Ответ: «Да»)
- | | | |
|-----|---|--|
| Да | 1 | |
| Нет | 5 | |
- A5. Иногда люди чувствуют себя ничтожными, недостойными, ни на что не годными. На протяжении того двухнедельного периода Вы испытывали что-либо подобное?
(Интервьюеру: Если респондент спросит: «Мы обсуждаем все те же 2 недели?»
Ответ: «Да»)
- | | | |
|-----|---|--|
| Да | 1 | |
| Нет | 5 | |
- A6. Вы много думали о смерти — своей собственной, чьей-либо еще или о смерти вообще — на протяжении этих двух недель?
- | | | |
|-----|---|-----|
| Да | 1 | →A9 |
| Нет | 5 | →A9 |
- [Вопросы A7 и A8 здесь не используются]
- A9. За последние 12 месяцев случалось ли Вам на две недели или больше терять интерес к большинству вещей, таких как хобби, работа или дела, которые обычно Вам доставляют удовольствие?
- | | | |
|-----|---|------------------|
| Да | 1 | →A9a |
| Нет | 5 | →Закончить опрос |
- Если респондент указал: «Я принимал лекарства/антидепрессанты»
- | | | |
|--|---|------------------|
| | 6 | →Закончить опрос |
|--|---|------------------|
- A9a. Отвечая на несколько следующих вопросов, вспомните, пожалуйста, о том двухнедельном периоде за последние 12 месяцев, когда утрата интереса ко всему была наиболее полной. На протяжении этого двухнедельного периода утрата интереса продолжалась...
- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| весь день, | 1 | →A9b |
| большую часть дня, | 2 | →A9b |
| около половины дня, | 3 | →A9b |
| или меньше половины дня? | 4 | →Закончить опрос |
- A9b. На протяжении этих двух недель Вы чувствовали себя таким образом каждый день, почти каждый день или не так часто?
- | | | |
|--------------|---|------|
| каждый день, | 1 | →A9c |
|--------------|---|------|

- | | | | |
|-------|--|-----------------------|---|
| | почти каждый день
или менее часто? | 2
3 | →А9с
→Закончить опрос |
| A9с. | На протяжении этих двух недель Вы чувствовали большую усталость или упадок сил, чем обычно? | | |
| | Да
Нет | 1
5 | |
| A10. | Вы теряли или прибавляли в весе без специальных усилий или Ваш вес практически не изменялся? (Интервьюеру: Если респондент спросит: «Мы обсуждаем все те же 2 недели?» Ответ: «Да») | | |
| | Прибавка в весе
Потеря в весе
Если респондент сам указал на потерю
или прибавку в весе
Практически без изменений
Если респондент сам указал: «Соблюдал диету» | 1
2
3
4
5 | →А10а
→А10а
→А10а
→А11
→А11 |
| A10а. | На сколько примерно (Вы поправились/похудели/Ваш вес изменился)?
(Интервьюеру: Примите приблизительный ответ) | | |
| | фунтов иликг | | |
| A10b. | (Интервьюер кодирует: Вес респондента изменился на 10 фунтов/5 кг или больше?) | | |
| | Да
Нет | 1
5 | |
| A11. | В течение этих двух недель Вам было труднее заснуть, чем обычно? | | |
| | Да
Нет | 1
5 | →А11а
→А12 |
| A11а. | Это происходило... | | |
| | каждую ночь,
почти каждую ночь,
или менее часто на протяжении этих двух недель. | 1
2
3 | |
| A12. | В течение этих двух недель было ли Вам гораздо труднее сосредоточиться, чем обычно?
(Интервьюеру: Если респондент спросит: «Мы обсуждаем все те же 2 недели?»
Ответ: «Да») | | |
| | Да
Нет | 1
5 | |
| A13. | Иногда люди чувствуют себя ничтожными, недостойными, ни на что не годными. На протяжении того двухнедельного периода Вы испытывали что-либо подобное?
(Интервьюеру: Если респондент спросит: «Мы обсуждаем все те же 2 недели?»
Ответ: «Да») | | |
| | Да
Нет | 1
5 | |
| A14. | Вы много думали о смерти — своей собственной, чьей-либо еще или о смерти вообще — на протяжении этих двух недель? | | |
| | Да
Нет | 1
5 | |

Программа SPSS для расчета частоты проявления глубокой депрессии (МД).

*** Создание переменной для вероятности дисфорической депрессии.**

COMPUTE MD1=0.

* Обработка отсутствующих значений.

DO IF ((A1<1) OR (A1=2) OR (A1=3) OR (A1=4) OR (A1>6))

OR (A1a<1) OR (A1a>4)

OR (A1b<1) OR (A1b>3).

COMPUTE MD1=\$SYSMIS.

END IF.

* Подсчет числа симптомов.

COUNT MD1SYMP=A1c A1d A2b A3a A4 A5 A6 (1).

* Создание первой переменной депрессии.

DO IF (A1=1)

AND ((A1a=1) OR (A1a=2) OR (A1a=3))

AND ((A1b=1) OR (A1b=2))

AND (MD1SYMP>2).

COMPUTE MD1=1.

END IF.

*** Создание переменной для вероятности ангедонической депрессии.**

COMPUTE MD2=0.

* Обработка отсутствующих значений.

DO IF ((A9<1) OR (A9=2) OR (A9=3) OR (A9=4) OR (A9>6))

OR ((A9a<1) OR (A9a>4))

OR ((A9b<1) OR (A9b>3)).

COMPUTE MD2=\$SYSMIS.

END IF.

* Подсчет числа симптомов.

COUNT MD2SYMP = A9c A10b A11a A12 A13 A14 (1).

* Создание второй переменной депрессии.

DO IF (A9 =1)

AND ((A9a=1) OR (A9a=2) OR (A9a=3))

AND ((A9b=1) OR (A9b=2))

AND (MD2SYMP>2).

COMPUTE MD2=1.

END IF.

* Создание переменной для вероятности приступа глубокой депрессии

COMPUTE MD=0.

DO IF (MD1=1 OR MD2=1)

COMPUTE MD=1.

END IF.

VARIABLE LABEL MD «Вероятность приступа глубокой депрессии».

VALUE LABEL MD (1) Случай приступа вероятен (0) Случай приступа невероятен.

2.2 Генерализованное тревожное расстройство (краткий опросник CIDI)

- B1. За последние 12 месяцев случилось ли Вам на протяжении месяца или дольше чувствовать большую часть времени беспокойство, напряжение или тревогу?³
- | | | |
|-----|---|------|
| Да | 1 | →B2 |
| Нет | 5 | →B1a |
- B1a. Люди сильно различаются в отношении того, насколько они обеспокоены положением вещей. Случалось ли Вам за последние 12 месяцев беспокоиться гораздо сильнее, чем большинство людей, окажись они на Вашем месте?³
- | | | |
|-----|---|------------------|
| Да | 1 | →B2 |
| Нет | 2 | →Закончить опрос |
- B2. Этот период прошел или он все еще продолжается?³
- | | | |
|----------------------|---|------|
| Прошел | 1 | →B2a |
| Все еще продолжается | 2 | →B2b |
- B2a. Сколько месяцев или лет он продолжался, прежде чем закончиться?³
- | | | |
|--|--|-----|
| ----- месяцев, или | | →B3 |
| ----- лет, или | | →B3 |
| Если респондент сам указал без специального вопроса «всю жизнь» или «сколько себя помню» | | →B3 |
- B2b. Сколько месяцев или лет он продолжается?³
- | | | |
|--|--|-----|
| ----- месяцев, или | | →B3 |
| ----- лет, или | | →B3 |
| Если респондент сам указал без специального вопроса «всю жизнь» или «сколько себя помню» | | →B3 |
- B3. *Интервьюер проверяет:*
- B2a/B2b – 6 месяцев или дольше,
Или добровольное признание «всю жизнь» или
«сколько себя помню»*
- | | | |
|---------------------------------------|---|------------------|
| | 1 | →B4 |
| <i>B2/B2b – меньше, чем 6 месяцев</i> | 2 | →Закончить опрос |
- B4. (На протяжении этого периода) Ваша тревога (была/остаётся) сильнее, чем у других?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- B5. Вы (беспокоились/беспокоитесь) большую часть времени?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- B6. Вы обычно (беспокоились/беспокоитесь) о чем-нибудь одном, например о сохранении или ухудшении здоровья близкого Вам человека, или о разных вещах?³
- | | |
|----------------|---|
| Об одном | 1 |
| О разных вещах | 2 |

- В7. Вам (казалось/кажется), что перестать беспокоиться — трудно?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- В8. Вам (случалось/случается) беспокоиться о нескольких вещах одновременно?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- В9. Как часто Ваше беспокойство (было) настолько сильно, что Вам не (удавалось/удается) выбросить его из головы, как бы Вы ни старались —
- | | |
|---------------------------|---|
| часто, | 1 |
| иногда, | 2 |
| редко, | 3 |
| или никогда? ³ | 4 |
- В10. Как часто Вам (бывало/бывает) трудно справиться с беспокойством —
- | | |
|---------------------------|---|
| часто, | 1 |
| иногда, | 2 |
| редко, | 3 |
| или никогда? ³ | 4 |
- В11. О чем Вы обычно больше всего (беспокоитесь/беспокоились)?³
(УТОЧНИТЕ: О чем еще Вы часто беспокоитесь?)³
- В12. Когда Вы (были) обеспокоены или встревожены:
- a. Вы не (находите/находили) себе места?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- b. Вы (бываете/были) взвинчены или на пределе?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- c. Вы быстро (устаєте/уставали)?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- d. Вам (бывает/было) трудно сосредоточиться на том, что Вы делаете?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- e. Вы (бываете/были) более раздражительны, чем обычно?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- f. Вы (чувствуете/чувствовали) напряжение, тяжесть или боль в мышцах?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |
- g. Вы (испытываете/испытывали) затруднения со сном или засыпанием?³
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 5 |

Программа SPSS для расчета случаев генерализованного тревожного расстройства (GAD) (не иерархического)

```

COUNT GADSYMP = B12a B12b B12c B12d B12e B12f B12g (1)
DO IF ((B1<1) OR (B1=2) OR (B1=3) OR (B1=4) OR (B1>5))
  AND ((B1a<1) OR (B1a>2))
  AND ((B3<1) OR (B3>2))
COMPUTE GAD=$SYSMIS.
ELSE IF ((B1=1) OR (B1a=1) AND (B3=1))
  AND (B4=1)
  AND (B5=1)
  AND ((B6=2) OR (B8=1))
  AND ((B7=1) OR (B9=1) OR (B10=1))
  AND (GADSYMP>2).
COMPUTE GAD=1.
ELSE.
COMPUTE GAD=0.
END IF.

```

VARIABLE LABEL GAD «Случай неиерархического генерализованного тревожного расстройства».
 VALUE LABEL GAD (1) Случай имеет место, (0) Случай не имеет места.

3. Факультативный блок рекомендуемых инструментов

(Ни один из этих критериев не проходил полевых испытаний в 2001 г. в рамках проекта EUROHIS)

3.1 Проблемы со сном (из опроса ВОЗ о состоянии здоровья и здравоохранения)

Как часто за последние 4 недели у Вас были проблемы с...

		Ни разу	Иногда	Часто	Почти всегда	Посто- янно
spi1	Засыпанием?	5	4	3	2	1
spi2	Частыми пробуждениями в течение ночи?	5	4	3	2	1
spi3	Пробуждением слишком рано утром?	5	4	3	2	1

Комментарий по поводу расчета этого критерия.

Ответы на эти вопросы не формируют индекса. Но они используются в качестве предиктора бессонницы (расстройств сна) в выборках при анализе первичной медицинской помощи. Чтобы обеспечить совместимость этого критерия с другими критериями SF-36, его значение может быть рассчитано следующим образом: '0' означает серьезные проблемы со сном, '100' — отсутствие проблем со сном.

(Предварительная) оценка проблем со сном

* ВОПРОСЫ ПРО СОН (со spi1 по spi3)

* ВСЕ ВОПРОСЫ ОЦЕНИВАЮТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО — чем выше балл, тем лучше положение со сном.

* ШКАЛА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО — чем выше балл, тем лучше положение со сном.

Программа SPSS для расчета уровня индекса проблем со сном (spi)

```
DO REPEAT i= spi1, spi2, spi3.
+ IF (i<1 OR i>5) i = $SYSMIS.
END REPEAT.

COMPUTE spi = 100* (MEAN.2(spi1, spi2, bspi3) - 1)/4.
VARIABLE LABEL spi 'Индекс проблем со сном (0-100)'.
```

3.2 Алкогольная зависимость (анкета CAGE)

		Да	Нет
F1	Вы пытались пить меньше?	1	0
F2	Близкие Вам люди возмущались Вашим пьянством?	1	0
F3	Вы испытывали чувство вины из-за выпивки?	1	0
F4	Вам бывало трудно «открыть глаза» с утра?	1	0

Оценка по CAGE

Суммируйте ответы с F1 по F4.

Минимальный балл — 0, максимальный балл — 4.

Программа SPSS для расчета оценки CAGE

```
DO REPEAT i = F1, F2, F3, F4.
+ IF (i<0 OR i>1) i = $SYSMIS.
END REPEAT.
```

```
COMPUTE CAGE = (F1+F2+F3+F4).
```

Интерпретация оценок

Оценка 1 или 2 указывает на проблему с пьянством.

Оценка 3 или 4 указывает на алкогольную зависимость.

3.3 Суицидальные мысли и поведение

G1.	Вы когда-нибудь думали о самоубийстве?		
	Да	1	→G2
	Нет	2	→Закончить опрос
G2.	Сколько раз Вы думали о самоубийстве?		
	Один раз	1	
	Два раза	2	
	Три раза	3	
	Четыре раза и более	4	
G3.	Вы когда-нибудь пытались покончить с собой?		
	Да	1	→G4
	Нет	2	→Закончить опрос

G4.	Сколько раз Вы пытались покончить с собой?	
	Один раз	1
	Два раза	2
	Три раза	3
	Четыре раза и более	4

Оценка в баллах вопросов о суицидальных намерениях и поведении.

Две оценки формируются по этим четырем вопросам: i) частота суицидальных намерений на протяжении жизни и ii) частота попыток самоубийства на протяжении жизни.

Программа SPSS для расчета индекса суицидальных намерений (*suicidea*)

```
DO IF (G1<1 OR >2).
COMPUTE suicidea = $SYSMIS.
ELSE IF (G1=2).
COMPUTE suicidea = 0.
ELSE IF (G2=1).
COMPUTE suicidea = 1.
ELSE IF (G2=2).
COMPUTE suicidea = 2.
ELSE IF (G2=3).
COMPUTE suicidea = 3.
ELSE IF (G2=4).
COMPUTE suicidea = 4.
ELSE.
END IF.
```

VARIABLE LABEL suicidea «Индекс суицидальных намерений на протяжении жизни».
VALUE LABEL suicidea (0) никогда (1) один раз (2) два раза (3) три раза (4) четыре раза и более.

Программа SPSS для расчета индекса попыток самоубийства (*suicatt*)

```
DO IF (G3<1 OR >2).
COMPUTE suicatt = $SYSMIS.
ELSE IF (G3=2).
COMPUTE suicatt = 0.
ELSE IF (G4=1).
COMPUTE suicatt = 1.
ELSE IF (G4=2).
COMPUTE suicatt = 2.
ELSE IF (G4=3).
COMPUTE suicatt = 3.
ELSE IF (G4=4).
COMPUTE suicatt = 4.
ELSE.
END IF.
```

VARIABLE LABEL suicatt «Индекс попыток самоубийства на протяжении жизни».
VALUE LABEL suicatt (0) никогда (1) один раз (2) два раза (3) три раза (4) четыре раза и более.

Глава 5

Разработка общего инструментария для оценки потребления алкоголя

Юсси Симпура (Jussi Simpura)

Национальный научно-исследовательский центр благополучия и здоровья (STAKES), Финляндия²¹

5.1 Введение

Опросы о состоянии здоровья почти всегда включают оценку потребления алкоголя, что отражает значение этого аспекта для здоровья населения. Целью обычно является определение доли лиц с повышенным в связи с потреблением алкоголя риском для здоровья в различных группах населения в разное время и отслеживание изменений в этих группах населения. Наиболее важны три аспекта потребления алкоголя:

- объем потребления алкоголя;
- частота случаев приема больших доз алкоголя («пьянства»);
- распитие спиртных напитков в рискованных условиях (дорожное движение, производство, некоторые виды досуга).

Эти проблемы связаны с двумя основными направлениями профилактической работы в отношении потребления алкоголя: контроль потребления (Edwards et al. 1994) и сокращение ущерба (Rehm 1999). Для решения этих задач в проект ВОЗ по глобальному бремени болезней включены специальные разделы об ущербе, связанном с алкоголем, и его детерминантах (Rehm, Gmel 2000). Другим примером того, как существующие базы данных о режимах потребления спиртных напитков используются для международного сравнительного анализа, является европейский проект о режимах потребления спиртных напитков среди женщин (Knibbe, Bloomfield 2001).

Из результатов «изучения исследований», проведенного в рамках проекта EUROHIS, а также из обзора работ по режимам потребления спиртных напитков (Simpura, Karlsson 2001a), составленного в связи с Европейским сравнительным анализом потребления алкоголя (ECAS) (Norstrom 2002), следует, что опрос о состоянии здоровья почти никогда не раскрывает в должной мере ни один из трех вышеупомянутых аспектов потребления алкоголя. На самом деле потреблению алкоголя обычно уделяется лишь незначительное внимание, а вопросы анкет преимущественно сосредоточены на тривиальных аспектах потребления алкоголя, таких как трезвый образ жизни, общая частота потребления алкоголя и, возможно, частота потребления отдельных типов спиртных напитков. Безусловно, эти аспекты также важны для эпидемиологии (известно, например, что у трезвенников бывает повышен или понижен риск сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с употребляющими алкоголь в небольших дозах), но это является незначительным по сравнению с тремя основными аспектами потребления спиртных напитков: объем, пьянство и рискованные обстоятельства. Общая частота потребления алкоголя может использоваться для приблизительной оценки объема потребления в отдельной стране, но не при международных сравнениях. Предпочтения в отношении

²¹ В настоящее время в Статистическом бюро Финляндии, Хельсинки, Финляндия.

спиртных напитков (например, вино или пиво, или крепкие напитки) играют гораздо меньшую роль в объяснении различий, связанных с потреблением алкоголя, чем принято думать (Norström 2001).

5.1.1 Методология

Процесс разработки инструментария EUROHIS для потребления алкоголя несколько отклонился от первоначального плана, представленного в протоколе EUROHIS, из-за того, что результаты изучения исследований стали доступны слишком поздно для подготовки предварительного варианта. Но это не вызвало особых затруднений, поскольку в распоряжении исследовательской группы были другие фрагменты анкет по потреблению спиртных напитков.

При разработке инструментария EUROHIS для изучения потребления алкоголя особое внимание уделялось не его психометрическим свойствам, а основным трудностям, возникающим при сравнительном анализе потребления алкоголя. Были предприняты следующие шаги:

1. разработка проекта общего инструментария в 1999 г.;
2. «изучение исследований», дополненное материалами ECAS;
3. анализ протоколов: качественное исследование культурных различий в интерпретации вопросов анкет;
4. применение проекта инструментария в рамках ECAS в 2000 г.;
5. полевые испытания 2001 г., наряду с проектами других инструментов EUROHIS.

5.2 Разработка проекта общего инструментария

Проект общего инструментария был подготовлен в 1999 г. на основании обширного опыта международных сравнительных исследований характера потребления спиртных напитков²². Было решено, что инструментарий должен охватывать четыре основных аспекта: трезвый образ жизни и распространенность потребления, частота потребления и обычные объемы, пьянство и распитие в особых обстоятельствах. Этот проект инструментария был переведен на шесть языков (без обратного перевода).

Важный вклад в инструментарий EUROHIS по алкоголю внес научный семинар по проблемам оценки потребления алкоголя и вопросам, связанным с алкоголем, организованный Стокгольмским университетом в апреле 2000 г. (Dawson, Room 2000; Room 2000). Были подготовлены неофициальные подробные рекомендации²³ по минимальному массиву данных для опросов с чрезвычайными ограничениями по времени. Рекомендовалось включать следующие аспекты:

- трезвый образ жизни: на протяжении всей жизни и в течение последних 12 месяцев;
- общая частота потребления алкоголя (любые спиртные напитки; в днях в год, месяц или неделю);
- обычное количество (любые спиртные напитки; количество в день); и
- употребление в день пяти доз или более, т.е. эквивалента 60 грамм этилового спирта (в днях в год, месяц или неделю).

Возможно, наиболее спорным моментом здесь является использование дней в качестве единицы

²² Проблемы международных сравнений результатов опросов о привычках в отношении потребления алкоголя регулярно обсуждались на ежегодных симпозиумах по эпидемиологии потребления алкоголя, проводимых обществом Kettil Bruun, начиная с 1980-х гг. На этих заседаниях обсуждались неофициальные компиляции и обзоры анкет опросов. Ряд членов сети EUROHIS по потреблению алкоголя активно участвовали в этой деятельности с самого начала.

²³ Другие рекомендации находятся в стадии подготовки в рамках международного исследования «Пол, алкоголь и культура» (GENACIS). Более подробную информацию см.: <http://www.icap.org/international/gender.html>.

измерения, а не случаев. Основной аргумент заключается в том, что понятие случая в различных культурах трактуется по-разному.

5.3 Два изучения исследований

Изучение исследований в рамках EUROHIS оказалось очень полезным источником сведений о различных методах, использовавшихся для регистрации потребления алкоголя при опросах о состоянии здоровья. Хотя большинство опросов о состоянии здоровья включали вопросы о потреблении алкоголя, эти вопросы сильно отличались по охвату, детализации, определению понятий и единицам измерения (табл. 5.1).

Таблица 5.1.

Различия опросов о состоянии здоровья в отношении вопросов о потреблении алкоголя

	Число опросов о состоянии здоровья
<i>А. Распространенность потребления спиртных напитков</i>	
Потребление в отличие от трезвого образа жизни	
Период не определен	5
Один месяц	1
Один год	3
На протяжении жизни	2
Никогда	3
Потребление отдельных спиртных напитков	5
<i>В. Частота потребления спиртных напитков</i>	
Общая частота потребления спиртных напитков	
Период не определен	4
Одна неделя	3
Один месяц	5
Один год	3
Отдельных спиртных напитков	3
<i>С. Объемы потребления алкоголя</i>	
Типичная или средняя доза	
За раз	5
В день	4
В неделю	4
В месяц	3
В год	3
Отдельных спиртных напитков	5
Реальная доза	
В день	3
В неделю	4
В месяц	3
Отдельных спиртных напитков	5
<i>Д. Пьянство</i>	
«Объективные» критерии: типичный объем потребления спиртных напитков – 4+, 5+ и т.д. за раз	1
«Субъективные» критерии: потребление такого количества, чтобы ощутить действие выпитого	4
<i>Е. Прием алкоголя в конкретных условиях</i>	2
Типичное или реальное потребление спиртных напитков: в одиночестве, во время еды, в пивных или барах, на спортивных мероприятиях, прежде чем сесть за руль	
<i>Ф. Другие аспекты потребления алкоголя</i>	10

В другом обзоре исследований, ECAS (Norström 2002) обобщены данные о режимах потребления алкоголя, собранные в процессе общих опросов населения в Европе и Норвегии с 1950 г. по 1995 г. (Simpura, Karlsson 2001a). Эти материалы были собраны сетью национальных экспертов в странах ЕС. В табл. 5.2 представлены сведения о доступности информации в отношении алкоголя по опросам 1990-х годов, а также степень охвата различных аспектов потребления алкоголя. Следует отметить, что цифры в ячейках основываются на экспертной оценке авторов и не содержатся непосредственно в оригиналах отчетов стран.

Эти два изучения исследований показали, что в 1990-х годах данные опросов о режимах потребления алкоголя были, в целом, наиболее доступны в северных странах, что, несомненно, определяется острой заинтересованностью этих стран в политике контроля потребления алкоголя. В Нидерландах, а позднее в Великобритании, также часто собиралась разнообразная информация о режимах потребления спиртных напитков. Существенный вклад внесли и последние итальянские исследования. В этих ведущих странах основным источником информации являются специальные исследования режимов потребления алкоголя, за исключением Великобритании, где данные о режимах потребления спиртных напитков собираются в рамках общих опросов о состоянии здоровья.

В большинстве других изученных стран общие опросы о состоянии здоровья — наиболее важный источник сведений об алкоголе. Эпизодические специальные исследования по поводу алкоголя проводились в Австрии и Германии, в то время как в некоторых северных европейских странах и в Италии на протяжении 1990-х гг. ряд специальных опросов о режимах потребления спиртных напитков, дают информацию о тенденциях в этой области. Наконец, есть ряд стран, где данные о динамике потребления алкоголя практически отсутствуют.

В тех странах, где собирается больше всего таких сведений, наиболее широк и охват аспектов потребления алкоголя в соответствующих опросах. Напротив, в тех странах, где результаты опросов немногочисленны, они включают обычно только некоторые аспекты потребления спиртных напитков. Стандартный вопрос касается потребления алкоголя в отличие от соблюдения трезвого образа жизни, часто как часть вопроса о частоте потребления спиртного вообще. Другие аспекты потребления алкоголя затрагиваются гораздо реже, так что проведение достоверных международных сравнений затруднительно, даже на основе изучений — срезов. Сопоставление режимов потребления алкоголя в динамике по собираемой в настоящее время информации едва ли возможно вообще.

Таблица 5.2.

Доступность и охват данных об алкоголе из опросов в странах—членах ЕС и в Норвегии в 1990-х годах

Условные обозначения

Доступность информации

- 1 Некоторое количество
- 2 Достаточное количество
- 3 Большое количество

Охват ключевых аспектов поведения, связанного с потреблением алкоголя (от А до F)

- 0 Отсутствует
- 1 Иногда присутствует
- 2 Присутствует примерно в половине исследований
- 3 Присутствует во всех или большинстве исследований

Страны в порядке их появления в таблице

AUT	Австрия	BEL	Бельгия	DEU	Германия	DEN	Дания
IRE	Ирландия	NET	Нидерланды	UNK	Великобритания	SPA	Испания
FRA	Франция	GRE	Греция	ITA	Италия	POR	Португалия
FIN	Финляндия	NOR	Норвегия	SWE	Швеция		

	Страны, где распространено употребление пива							Страны, где распространено употребление вина					Страны, где раньше было распространено употребление крепких напитков		
	AUT	BEL	DEU	DEN	IRE	NET	UNK	SPA	FRA	GRE	ITA	POR	FIN	NOR	SWE
Доступность информации	1	1	1	1	2	2	3	1	2	1	3	1	3	3	3
<i>Охват</i>															
А. Распространенность потребления спиртных напитков	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2	1	3	3	3
В. Частота потребления спиртных напитков	0	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	2	3	3	3
С. Объемы потребления алкоголя	2	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3
Д. Пьянство	1	2	2	1	0	1	2	1	2	2	1	0	3	1	1
Е. Прием алкоголя в конкретных условиях	1	1	0	2	0	2	1	1	2	1	3	2	3	1	1
Ф. Другие аспекты потребления алкоголя	1	0	1	2	0	2	2	1	1	0	2	1	2	2	3

5.4 Анализ протоколов: процесс восприятия и интерпретация вопросов в зависимости от культурной среды

Проект общего инструментария 1999 г. использовался при анализе протоколов в 2000 г. в Германии, Италии, Нидерландах и Финляндии. Первоначально предполагалось также собрать французский материал, но эти попытки натолкнулись на ряд препятствий. Основная идея метода анализа протоколов состоит в том, что даже если анкеты в различных странах технически идентичны, возможно, что вопросы трактуются по-разному. Такие различия в интерпретации могут возникать из-за разного отношения к потреблению спиртного в различных культурах или из-за культурных различий в мышлении при ответе на вопросы анкеты (Midanik, Hines 1991).

Результаты анализа протоколов с трудом поддаются количественной оценке, поскольку в основном они носят качественный характер. Интервью в процессе анализа протоколов записывались на пленку, а затем ответы представлялись в виде печатного текста. Потом разрабатывался количественный код, обеспечивающий возможность дальнейшего анализа этого печатного текста. Результаты свидетельствуют о необходимости принимать во внимание различия между странами, как связанные с мышлением, так и с культурно обусловленным восприятием вопросов о потреблении алкоголя. Некоторые различия между странами явились результатом скорее культурных особенностей

тей, связанных с ответом на вопросы, чем реальной разницы в изучаемом поведении. Например, страны могут значительно различаться по социальной обстановке трапез; ужин на севере Европы может состоять из легкой закуски, а в расположенных южнее европейских странах продолжаться по нескольку часов (см. подробнее Raitasalo et al. 2002). Но эти различия могут быть сравнительно малы по сравнению с разницей в точности указания потребления алкоголя, которая обсуждается в следующем разделе. Общее влияние в чем-то аналогично вариабельности, связанной с малыми выборками. Тем не менее к интерпретации различий между странами следует подходить с осторожностью, и только очень значительные различия могут считаться достоверными.

5.5 ECAS 2000: огромные различия в занижении потребления

Занижение потребления алкоголя — это постоянная проблема в опросах по этому поводу во всем мире. Основанные на результатах опросов оценки подушевого потребления алкоголя обычно составляют порядка 40-60% реального, статистически подтвержденного или расчетного уровня потребления (Simpura 1996). Люди забывают или намеренно дают заниженные ответы. Занижение может быть разным в одной и той же стране в различные годы, и оно может быть неодинаково для различных типов спиртных напитков (см., например, подробное описание финского опыта Mustonen et al. 1999).

Эти различия в указанных оценках поддаются контролю при национальных опросах, но уловить другие аспекты гораздо труднее. Надежность ответов о потреблении алкоголя может варьировать в зависимости от социально-демографической группы. Она может также быть различной в отношении различных сторон потребления спиртных напитков, таких как употребление алкоголя вообще (трезвый образ жизни/распространенность употребления), частота употребления, доза за раз и т.д.

По тем исследованиям, в которых не предпринимается попытки оценить объем потребления алкоголя респондентами или в которых это невозможно (например, Европейский проект опроса учащихся по поводу алкоголя и наркотиков (ESPAD), см. Hibell et al. 2001), невозможно узнать, в какой степени различия между странами являются на самом деле различиями в оценках, а не различиями в поведении. Таким образом, в опросах об образе жизни, связанном со здоровьем, возникает риск самообмана: если исследование сравнивает свои результаты с независимыми параллельными индикаторами или если вопросы, обеспечивающие возможность таких сравнений, не задавались, существует опасность игнорирования важных аспектов сопоставимости.

В мае 2000 г. ECAS провел сравнительное изучение режимов потребления алкоголя в шести странах (Великобритания, Германия, Италия, Финляндия, Франция и Швеция) (см. подробнее Leifman 2001). Структура анкеты была в основном аналогична проекту инструментария EUROHIS, но в формулировках было много отличий. Тщательный перевод анкеты осуществлялся экспертами, и во всех странах применялась стандартная процедура сбора данных. Были выявлены значительные различия в полноте оценок. В Германии и Франции основанные на результатах опроса оценки потребления составили менее 30% реального потребления; в Финляндии и Швеции они составили от 40% до 50%; в Италии — около 55%, а в Великобритании достигли невероятного уровня — 90%. Результат Великобритании — беспрецедентен в истории изучения потребления алкоголя. Исследователи проверили все возможные технические ошибки, которые могли бы объяснить столь необыкновенно высокие цифры, но ничего не обнаружили²⁴.

²⁴ Чтобы «скорректировать» данные для международного сравнения, заманчиво воспользоваться обратной величиной охвата в качестве калибровки или поправочного коэффициента. Например, если, по данным опроса, уровень составляет 0,4, то оценки потребления следует умножить на 2,5, а оценки частоты на 1,58 (поскольку это квадратный корень из 2,5), исходя из предположения, что занижение равномерно распределяется между частотой употребления спиртных напитков и дозой за раз; здесь наблюдается мультипликативная связь, когда объем=средняя частота x средняя доза за раз). Но такая простая корректировка всегда произвольна.

Уроком данного опыта является то, что сравнительные данные опросов о состоянии здоровья по разным странам или в динамике не могут восприниматься буквально. Следует учитывать и обсуждать возможность занижения (или, конечно, завышения). Более того, это, вероятно, характерно не только для исследований, связанных с алкоголем, но является общей проблемой образа жизни, имеющего отношение к здоровью.

5.6 Полевые испытания EUROHIS в 2001 г.

В полевых испытаниях EUROHIS, проводившихся в Великобритании, Германии и Франции в 2001 г., использовался несколько измененный, по сравнению с первоначально предложенным, вариант инструментария. Модификации касались исключительно стиля и не изменяли ни структуры, ни состава инструментария. Анкета полевых испытаний (см. Приложение 5.1) охватывала все основные компоненты сложного индикатора «потребление алкоголя», описанные выше в этой главе:

- трезвый образ жизни (с двумя отчетными периодами: один год и один месяц);
- общая частота потребления алкоголя (число дней с приемом спиртного за последние четыре недели);
- средняя доза алкоголя за день с принятием спиртных напитков, которая складывается из:
 - частоты приема каждого из четырех типов спиртных напитков;
 - количества выпитого по каждому из спиртных напитков за день, когда потреблялось спиртное;
- частота случаев приема больших доз, определяемых объективно (пять порций или более), или субъективно («столько, чтобы почувствовать»);
- частота распития спиртных напитков в шести конкретных ситуациях (обстоятельствах).

Вопросы о частоте потребления алкоголя и потреблении за один «питейный» день обеспечили базу для формирования оценки объема принятого алкоголя на протяжении четырех недель, предшествующих интервью.

Эффективность анкеты, применявшейся в полевых испытаниях, определялась с учетом следующих пяти аспектов:

1. Результаты качественных наблюдений сравнивались с аналогичными данными по другим инструментариям EUROHIS, а также изучался уровень отказа от ответа.
2. Результаты полевых испытаний по основным компонентам потребления алкоголя сравнивались с выводами других исследований, проводившихся в последнее время в Великобритании, Германии и Франции, описанных в обзоре *Simpura* и *Karlsson* (2001a, b), а также исследования с участием шести стран, проводившегося в 2000 г. и представленного *Leifman* (в печати).
3. Компоненты инструментария для оценки потребления алкоголя проверялись на внутреннюю согласованность.
4. Формировались производные индикаторы по отдельным видам спиртных напитков для сравнения результатов EUROHIS и других исследований.
5. Эффективность инструментария оценивалась в целом.

5.6.1 Качественные наблюдения и отказ от ответа

Качественная информация, которая собиралась в ходе полевых испытаний, включала отчет по каждому вопросу о том, как часто респонденты нуждались в разъяснениях и повторении, прерывали интервьюера во время чтения вариантов ответа, выражали сомнения или затруднялись с ответом. Таким образом, качественная оценка отражает общее восприятие вопросов.

Качественные результаты анализировались с трех различных точек зрения. Во-первых, реакция на блок вопросов об алкоголе сравнивалась с реакцией на другие инструментарию EUROHIS. Это показало, что вопросы об алкоголе не являются ни более трудными, ни более легкими, чем другие блоки, по крайней мере, это не проявляется систематически (данные здесь не приводятся). Во-вторых, сопоставление отдельных вопросов по поводу алкоголя показало, что в Германии и Франции различия в потребности в объяснениях были немногочисленны, а в Великобритании ответ на вопрос об объеме потребления алкоголя в день вызывал больше затруднений, чем другие вопросы. В-третьих, сравнение между тремя странами выявило очень мало различий между Германией и Францией, в то время как респонденты из Великобритании испытывали гораздо большие трудности при ответе. Доля немецких и французских респондентов, затруднявшихся с ответом, варьировала от 2% до 24% и от 4% до 16% соответственно, причем наиболее простым был вопрос о частоте приема спиртного в таком количестве, чтобы «ощутить результат», а наиболее сложным — вопрос о дозе потребления в день «других алкогольных напитков». Удельный вес респондентов в Великобритании, которые испытывали затруднения, был в целом выше, 13-33%. Наиболее простым здесь оказался вопрос о частоте потребления спиртных напитков, а наиболее сложным — вопрос об их дневной дозе.

В первом приближении, вопрос считается не вполне корректным, если более 20% респондентов испытывают затруднения при ответе на него. С учетом этого один вопрос во Франции, ни одного вопроса в Германии, но семь вопросов в Великобритании оказались слишком сложными для респондентов. В частности, респонденты из Великобритании затруднялись с ответом на вопросы, которые касались потребления пива, количества потребляемых спиртных напитков и «объективной» частоты опьянения. Эти выводы из качественного анализа предполагают, что культурные различия могут играть роль в различиях результатов, полученных в разных странах, даже если технически и лингвистически используются одни и те же вопросы о потреблении алкоголя.

Что касается частоты отказа от ответа, почти в 10% интервью отсутствовало так много данных, было столько отказов или ответов «не знаю», что оказалось невозможно рассчитать оценки потребления алкоголя по отдельным типам напитков для этих лиц. Это существенная доля общей выборки, и она может внести искажения в результаты анализа.

5.6.2 Сравнение результатов по основным компонентам алкоголя с соответствующими данными других исследований

Было проведено приблизительное сравнение с другими исследованиями, посвященными алкоголю, чтобы определить, насколько значительны отклонения результатов полевых испытаний от ожидаемых величин. Результаты по данным литературных источников приведены здесь в виде диапазонов (на основании данных, описанных Simpara, Karlsson 2001a и в некоторых случаях Leifman, в печати). Там, где результаты для возрастной группы, участвовавшей в полевых испытаниях (т.е., 35-75 лет), были недоступны, соответствующие диапазоны основывались на мнении экспертов.

В отношении распространенности неупотребления спиртных напитков или приверженности трезвому образу жизни (табл. 5.3) результаты полевых испытаний выявили сравнительно низкий удельный вес отказа от употребления алкоголя среди мужчин и сравнительно высокий удельный вес трезвенниц. В отношении общей частоты употребления спиртных напитков (табл. 5.4) получены ожидаемые значения у мужчин, но сравнительно высокие частоты у женщин. Но вопрос, который задавался при полевых испытаниях (число дней, когда употреблялись спиртные напитки, за последние четыре недели) отличался от тех вопросов, которые обычно задавались при опросах о режимах потребления алкоголя (как правило: «Как часто Вы пьете...», причем вариантами ответа являются: ежедневно, почти ежедневно и т.д.).

Таблица 5.3.

Удельный вес непьющих: сравнение данных полевых испытаний с результатами других исследований (процент респондентов в возрасте от 35 до 75 лет)

		Франция	Великобритания	Германия
Полевые испытания	Мужчины	4	8	10
	Женщины	25	20	19
Типичные диапазоны	Мужчины	5–10	7–15	10–15
	Женщины	15–25	12–20	15–20

Примечание: Непьющие — это те, кто сообщил, что не употреблял алкоголь на протяжении 12 месяцев до интервью.

Таблица 5.4.

Среднее число дней за последние четыре недели, когда употреблялся алкоголь: сравнение данных полевых испытаний с результатами других исследований

		Франция	Великобритания	Германия
Полевые испытания	Мужчины	18	15	14
	Женщины	13	11	10
Типичные диапазоны	Мужчины	12–20	10–15	9–15
	Женщины	5–10	5–10	5–10

В отношении распространенности случаев приема высоких доз алкоголя (табл. 5.5) учитываемый период в полевых испытаниях отличался от использовавшегося в других исследованиях. Поэтому, как и ожидалось, величины при полевых испытаниях оказались выше, чем полученные в предыдущих исследованиях. Кроме того, как и ожидалось, было выявлено, что «частота интоксикации» в Великобритании выше, чем в Германии и Франции.

Таблица 5.5.

Число дней/случаев, когда было выпито пять или более порций спиртных напитков, за последние четыре недели: сравнение данных полевых испытаний с результатами других исследований

		Франция	Великобритания	Германия
Полевые испытания	Мужчины	10	48	17
	Женщины	12	20	6
Типичные диапазоны	Мужчины	8–12	30–40	8–15
	Женщины	2–3	3–4	3–4

Примечание: При полевых испытаниях задавался вопрос о числе дней, когда было выпито пять или более порций спиртных напитков, на протяжении предшествующих четырех недель. В большинстве других исследований был вопрос, как часто респондент выпивает пять или более порций спиртных напитков, с вариантами ответа: ежедневно, почти ежедневно и т.д.

5.6.3 Внутренняя согласованность

Исследовались те аспекты потребления алкоголя, которые, как ожидалось, коррелируют или проявляют параллельные тенденции. При полевых испытаниях таких индикаторов было три: частота потребления алкоголя, индивидуальное потребление алкоголя в год и частота случаев приема больших доз алкоголя.

Были получены две оценки частоты (табл. 5.6): общая частота потребления алкоголя и сумма частот потребления отдельных напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и другие алкогольные напитки). Суммарная частота обычно превышает общую, поскольку последняя включает и те случаи, когда несколько типов напитков потребляются одновременно. Это подтверждено данными полевых испытаний во всех странах и для обоих полов.

Таблица 5.6.

Сравнение двух оценок частоты (общая: на основании одного вопроса об общей частоте; суммарная: на основании суммы частот по отдельным напиткам). Цифры обозначают число дней, когда употреблялось спиртное, за последние четыре недели

		Франция	Великобритания	Германия
Общая	Мужчины	18	15	14
	Женщины	13	11	10
Суммарная	Мужчины	24	19	18
	Женщины	16	14	13

Две параллельные оценки потребления алкоголя в год формировались по вопросам о частоте потребления отдельных напитков и объемах потребления в день, а также по связанным с ними одиночным вопросам (сколько дней потреблялся алкоголь за последние четыре недели; сколько порций выпивалось за один такой день). Как и ожидалось, эти две оценки тесно коррелируют между собой, и во всех трех странах картина аналогична.

В отношении распространенности приема больших доз алкоголя «субъективная» частота опьянения (достаточно, чтобы ощутить последствия) сравнивалась с «объективной» частотой опьянения (пять порций или более в день). Можно было предположить, что не каждый раз, когда выпивалось пять или более порций, респондент считал, что выпил достаточно, чтобы ощутить последствия. Таким образом, объективная оценка должна давать большую распространенность приема высоких доз алкоголя, чем субъективная. В большинстве случаев это подтверждается результатами полевых испытаний. Как ни удивительно, значения обоих индикаторов у французских мужчин ниже, чем у французских женщин. Это может отражать некоторые проблемы с культурно обусловленной интерпретацией вопросов во Франции. В других отношениях все различия между мужчинами и женщинами и между странами были по обоим индикаторам аналогичны.

Таблица 5.7.

Сравнение «объективной» и «субъективной» оценки приема больших доз алкоголя, по данным полевых испытаний. Цифры обозначают среднее число дней за последние четыре недели

		Франция	Великобритания	Германия
Объективная	Мужчины	0,8	4,0	1,4
	Женщины	1,1	1,7	0,5
Субъективная	Мужчины	0,1	3,0	1,2
	Женщины	0,5	1,8	0,3

Примечание: «Субъективная» касается приема алкоголя в количестве «достаточно, чтобы ощутить последствия», «объективная» — приема пяти или более порций.

5.6.4 Формирование производных индикаторов потребления алкоголя для сравнения с результатами других исследований

Затем рассчитывались производные индикаторы, исходя из ответов на несколько вопросов полевых испытаний. Эти производные индикаторы включали подушевое потребление алкоголя в год (табл. 5.8) и основанное на нем соотношение потребления алкоголя мужчинами и женщинами (табл. 5.9). Возраст респондентов полевых испытаний EUROHIS составлял от 35 до 75 лет, в то время как данные о потреблении алкоголя по объемам продаж относятся ко всему населению, начиная с 15 лет. Это по-разному влияет на сопоставимость объемов потребления по этим двум источникам в разных странах, а также у мужчин и у женщин. Многие исследования в Великобритании выявили, что молодежь (в возрасте до 30 лет) пьет больше, чем их старшие соотечественники, в то время как во Франции высокие дозы потребления алкоголя более характерны для мужчин старшего возраста. Вероятно также, что респонденты-немцы старшего возраста пьют несколько больше, чем молодежь (см., например, Simpura, Karlsson 2001a,b).

В табл. 5.8 результаты полевых испытаний сравниваются с расчетной величиной подушевого потребления алкоголя для населения в возрасте 15 лет и старше, основанной на данных регионального бюро ВОЗ за 1999 г. в отношении здоровья для всех (www.euro.who.int/HFADB). Данные в отношении здоровья для всех базируются на статистике продаж и не учитывают незарегистрированного потребления (например, алкоголь, производящийся в домашних условиях и т.д.). Поэтому в идеале объемы потребления не должны выражаться отдельной цифрой, их следует указывать в виде диапазона. На сопоставимость данных в табл. 5.8, также влияет возможность того, что уровень недоучета существенно варьирует от страны к стране, как обсуждалось выше в данной главе.

Таблица 5.8.

Объемы потребления (литры чистого алкоголя на душу населения): сравнение данных полевых испытаний EUROHIS с официально зарегистрированными объемами продаж

Потребление алкоголя на человека (15+ лет)	Франция	Великобритания	Германия
Полевые испытания EUROHIS	10,2	9,1	10,4
Данные «Здоровья для всех» 1999 г.	13,3	10	12,6

Исходя из предположения, что данные полевых испытаний EUROHIS достоверны, и учитывая упомянутые выше различия в зависимостях потребления алкоголя от возраста между странами, недоучет в Великобритании представляется гораздо менее значительным, чем во Франции и Германии. Этот результат аналогичен выводам Leifman (2001), обсуждавшимся ранее в данной главе. Важно выявление того, что недоучет значителен, равно как и различия в недоучете между странами.

Данные полевых испытаний также показали объемы потребления отдельных напитков, соответствующие данным других источников. Как и ожидалось, во Франции преобладающим напитком является вино, а в Великобритании и Германии — пиво.

Последняя проверка достоверности данных полевых испытаний связана с различиями в общем потреблении алкоголя по полу. И здесь влияние возраста может быть различно у мужчин и женщин в различных странах. По данным опросов населения в Европе, доля алкоголя, потребляемого женщинами, составляет порядка 30%. Поэтому цифры из таблицы 5.9 примерно попадают в ожидаемый интервал для каждой страны. Соотношение мужчины: женщины, равное 3, означает, что женщины выпивают четверть всего потребляемого алкоголя.

Таблица 5.9.

Соотношение подшевого потребления алкоголя мужчины/женщины: сравнение результатов полевых испытаний EUROHIS с данными других исследований

	Франция	Великобритания	Германия
Полевые испытания EUROHIS	3,6	3,1	2,6
Типичные диапазоны	3,0–3,5	2,5–3,5	2,5–3,0

5.6.5 Общая оценка эффективности инструментария EUROHIS по алкоголю

В результате полевых испытаний не выявлено никаких систематических отклонений от ожидаемых значений, исходя из существующих работ. Обнаружен ряд не поддающихся объяснению неожиданных результатов, но они не имеют особого значения. Поэтому сделан вывод, что этот инструментарий успешно работает в Западной Европе и не требует принципиального изменения или совершенствования. Тем не менее необходимы инструкции интервьюерам и респондентам, особенно в отношении вопросов, которые касаются количества потребляемого алкоголя. Наконец, несмотря на общее точное совпадение результатов с данными других исследований, полевые испытания подтверждают, что результаты опросов не следует использовать в их буквальном значении для международных сравнений. В ответах на опросы о состоянии здоровья всегда присутствуют зависимости от культурной среды различия, даже при использовании эквивалентных переводов технически идентичных вопросов.

5.7 Рекомендуемый общий инструментарий для опросов по потреблению алкоголя

Часто целесообразно, чтобы анкета о потреблении алкоголя содержала ряд вопросов, которые сами по себе не особенно важны. Поэтому имеет смысл начать с того, чтобы спросить, употребляет ли респондент вообще спиртные напитки, хотя распространенность неупотребления спиртного сама по себе имеет второстепенное значение. Аналогично, технически полезно спрашивать о различных типах спиртных напитков, хотя очень мало известно о влиянии на состояние здоровья отдельных алкогольных напитков. Отдельные вопросы о каждом типе напитков помогают оценить подшевое потребление алкоголя, которое, в свою очередь, является необходимой информацией для оценки достоверности данных. Другая возможность состоит в том, чтобы спрашивать о количестве доз напитков (порций, стаканов и т.д.) в день и отдельно по будням и в выходные. Это позволит оценить подшевое потребление в выборке, а также даст важную характеристику приема алкоголя по рабочим дням, в отличие от приема алкоголя по выходным. Поэтому в конце рекомендуемого инструментария приводится такой альтернативный блок вопросов.

Наиболее сложной проблемой при использовании данных опросов о потреблении алкоголя для международных сравнений является недоучет, который варьирует в зависимости от конкретной страны, типа спиртных напитков, а также в динамике. Это не удастся преодолеть совершенствованием инструментария опроса, и этому фактору следует уделять серьезное внимание.

Существуют и другие проблемы, связанные с предложением общего европейского инструментария для применения в опросах о состоянии здоровья.

- *Трезвый образ жизни/распространенность употребления алкоголя.* Существуют культурные различия в определении алкогольных напитков, поэтому необходимо задавать вопро-

сы о потреблении различных типов спиртных напитков — один и тот же тип напитка может отличаться по своим характеристикам в разных странах. В некоторых странах, например, слово «алкоголь» относится только к крепким напиткам. Во многих других странах респонденты не всегда считают слабые напитки (пиво, сидр) алкогольными.

- *Частота/объемы.* Трудно определить научно и культурно обоснованные временные рамки для вопросов об алкоголе. Альтернативы варьируют от одного дня до года и даже до всей жизни. В странах, где принято ежедневное употребление алкоголя, временной интервал должен быть коротким, в то время как более продолжительный период предпочтителен для стран с более низкой частотой потребления.
- *Объемы/крупная выпивка.* Нелегко определить сопоставимые дозы (порции, размер стаканов) алкогольных напитков. Хотя важно использовать названия доз, понятные рядовым людям в каждой стране (например, количество стаканов или бутылок), они должны позволять провести в дальнейшем расчеты в общепринятых единицах, таких как миллилитры алкоголя, чтобы обеспечить международные сравнения.
- *Крупная выпивка/конкретные условия.* Культурные различия существуют и в отношении приема алкоголя в терминах времени, компании, места и условий, и понятие «крупная выпивка» неодинаково в разных странах. Для некоторых употребление напитка на вечеринке может быть просто эпизодом в рамках того, что они не считают случаем «крупной выпивки», в то время как другие могут рассматривать всю вечеринку случаем «кутежа».

Рекомендуемый инструментарий, представленный в Приложении 5.1, создан, чтобы преодолеть эти проблемы, а также, чтобы обеспечить сопоставимость полученных данных с основной массой существующих результатов опросов о режимах потребления спиртного. Он состоит из двух частей: базовый элемент, который должен включаться всегда, и факультативный элемент, который может применяться при наличии ресурсов для сбора дополнительной информации.

Инструментарий EUROHIS также сравнивался с блоком вопросов об алкоголе, включенных в опрос ВОЗ о состоянии здоровья и деятельности систем здравоохранения (WHO 2000). Из 14 вопросов этого опроса, посвященных алкоголю, четыре направлены на описание режимов потребления алкоголя, а остальные касаются симптомов алкогольной зависимости и заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Из этих четырех вопросов два (общая частота приема алкоголя и злоупотребление алкоголем) аналогичны соответствующим вопросам EUROHIS. Два других (неупотребление спиртных напитков на протяжении жизни и обычная доза за раз) не включены в предложение EUROHIS, поскольку в условиях Европы это слишком грубые индикаторы потребления алкоголя. Например, выражение «Сколько стандартных порций спиртных напитков...» не подходит для европейского контекста. Но в инструментарий EUROHIS по алкоголю были внесены очень небольшие изменения, чтобы улучшить его сопоставимость с анкетой ВОЗ (WHO 2000).

5.8 Выводы

Задача разработки инструментария для изучения потребления алкоголя в рамках общеевропейского опроса была достаточно сложной, преимущественно из-за проблем, которые не могут быть решены стандартными социологическими методами, такими как идентичные приемы формирования выборки и сбора данных, а также идентичные анкеты, адекватно переведенные. Но и применение стандартных методов не может гарантировать, что результаты окажутся сопоставимы. Особого внимания требует обработка культурных различий в ответах на вопросы. Даже наиболее искренние люди искаженно освещают свое отношение к приему алкоголя и другие аспекты поведения, связанные с состоянием здоровья, и это искажение меняется в зависимости от времени и места.

С этими оговорками группа EUROHIS по изучению потребления алкоголя предлагает здесь общий инструментарий для использования в европейских опросах о состоянии здоровья. Этот инструментарий направлен на охват четырех основных элементов потребления алкоголя, влияющих на состояние здоровья: общая распространенность, объемы потребления (на основании учета обычной частоты употребления спиртного и типичной дозы за раз), «кутёж» (т.е. количество дней, когда доза алкоголя велика) и распространенность приема алкоголя в определенных обстоятельствах, связанных с риском. Рекомендуемый инструментарий допускает модификации с целью удовлетворения особых культурных требований, связанных с типами спиртных напитков и единицами измерения, такими как размер бутылок и стаканов.

Литература

- DAWSON, D. & ROOM, R. (2000) Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö conference overview. *Journal of substance abuse*, **12**: 1–23.
- EDWARDS, G. ET AL. (1994) *Alcohol policy and the public good*. Oxford, Oxford University Press.
- HIBELL, B. ET AL. (2001) *The 1999 Espad Report. The European School Survey Project on Alcohol and Drugs. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm, CAN.
- KNIBBE, R. & BLOOMFIELD, K. (2001) Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: comparability and sensitivity for gender differences. *Substance abuse*, **22**: 23–47.
- LEIFMAN, H. (2001) Homogenisation in alcohol consumption in the European Union. *Nordic studies on alcohol and drugs*, **18** (English Supplement): 15–30.
- LEIFMAN, H. (2002) A comparative analysis of drinking habits in six European countries year 2000. *Journal of drug issues* (in press).
- MIDANIK, L.T. & HINES, A.M. (1991) «Unstandard» ways of answering standard questions: protocol analysis in alcohol survey research. *Drug and alcohol dependence*, **27**: 245–252.
- MUSTONEN, H. ET AL. (1999) *Finnish drinking habits in 1968, 1976, 1984, 1992 and 1996*. Helsinki, STAKES (Themes 7/1999).
- NORSTRÖM, T. (2001) Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries. *Addiction*, **96** (Suppl. 1): S113–S118.
- NORSTRÖM, T., ED. (2002) *Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, Almqvist & Wicksell.
- RAITASALO, K. ET AL. (2002) *Behind questions: intercultural differences in answering questions on drinking behavior in Health Interview Surveys – A protocol analysis study in four European countries*. Helsinki, STAKES (Themes from Finland 2/2002).
- REHM, J. (1999) Draining the ocean to prevent shark attacks? *Nordic studies on alcohol and drugs*, **16** (English Supplement): 46–54.
- REHM, J. & GMEL, G. (2000) Aggregating dimensions of alcohol consumption to predict medical and social consequences. *Journal of substance abuse*, **12**: 155–169.
- ROOM, R. (2000) Measuring drinking patterns: the experience of the last half century. *Journal of substance abuse*, **12**: 24–33.
- SIMPURA, J. (1996) Trends in alcohol consumption and drinking patterns: lessons from world-wide development. In: Holder, H. & Edwards, G., ed. *Alcohol and public policy. Evidence and issues*. Oxford, Oxford University Press, pp. 7–37.

- SIMPURA, J. & KARLSSON, T. (2001a) Trends in drinking patterns in 15 European countries, 1950 to 1995. A review of existing research. *Nordic studies on alcohol and drugs*, **18** (English Supplement): 31–53.
- SIMPURA, J. & KARLSSON, T. (2001b) *Trends in drinking patterns in fifteen European countries, 1950 to 2000*. A collection of country reports. Helsinki, STAKES.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva, World Health Organization (document WHO/MSD/MSB/00.4).

Приложение 5.1

Рекомендуемый EUROHIS общий инструментарий для изучения потребления алкоголя

ВНИМАНИЕ: БАЗОВЫЕ ВОПРОСЫ ПОМЕЧЕНЫ ЗВЕЗДОЧКОЙ (*)

Распространенность потребления/трезвость

- *1а. Вы пили спиртное за последние 12 месяцев (пиво, вино, крепкие напитки, [другие местные алкогольные напитки])?²
- Да/Нет
Если «Нет», на этом заканчивайте опрос.
- 1б. Вы пили спиртное (пиво, вино, крепкие напитки, [другие местные алкогольные напитки]) за последние 4 недели?
- Да/Нет
Если «Нет», на этом заканчивайте опрос.

Частота выпивки

- 2а. На протяжении последних 4 недель сколько было дней, когда Вы пили пиво?²
- 2б. На протяжении последних 4 недель сколько было дней, когда Вы пили вино?²
- 2с. На протяжении последних 4 недель сколько было дней, когда Вы пили крепкие напитки?²
- 2д. На протяжении последних 4 недель сколько было дней, когда Вы пили [другие местные алкогольные напитки]?²
- *2е. (Итак, всего) Сколько было дней за последние 4 недели, когда Вы пили какие-либо алкогольные напитки?²

Для каждого из вопросов 2а-2е: _____ дней (соответствующее число дней, сопровождавшихся приемом алкоголя за месяц)

Не знаю

Доза за раз

- 3а. За день, когда Вы пьете пиво, сколько Вы обычно выпиваете?² Вы можете ответить в [различных единицах в зависимости от страны]
- Бутылки по 0,7-0,75 л _____ (число) в день
или
Стаканы по 0,12-0,2 л _____ (число) в день
- 3б. За день, когда Вы пьете вино, сколько Вы обычно выпиваете?² Вы можете ответить в [различных единицах в зависимости от страны]
- [две или три альтернативы] _____ (число) в день
- 3с. За день, когда Вы пьете крепкие напитки, сколько Вы обычно выпиваете?² Вы можете ответить в [различных единицах в зависимости от страны]
- [две или три альтернативы] _____ (число) в день
- 3д. За день, когда Вы пьете [другие местные напитки], сколько Вы обычно выпиваете?² Вы можете ответить в [различных единицах в зависимости от страны]
- [две или три альтернативы] _____ (число) в день

ВНИМАНИЕ: БЛОКИ ВОПРОСОВ 2 И 3 ПОЗВОЛЯЮТ РАССЧИТАТЬ КРИТЕРИЙ КОЛИЧЕСТВА – ЧАСТОТЫ (QF) ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЛЯ КАЖДОГО РЕСПОНДЕНТА.

- *3е. (Итак, всего) За день, когда Вы пьете какие-либо алкогольные напитки, сколько Вы обычно выпиваете в общей сложности? Сложите все дозы, бутылки пива, стаканы вина, рюмки крепких напитков и т.д.
- 1–2
 - 3–4
 - 5–6
 - 7–9
 - 10 или более

Злоупотребление алкоголем

- *4а. За последние 4 недели сколько было дней, когда Вы выпили, по крайней мере, одну бутылку вина и/или 0,2 л крепких напитков (примерно 5 рюмок), и/или 5 бутылок [или эквивалентное количество в местных единицах измерения, 1 бутылка=0,3-0,4 л] пива за раз?
 _____ Число дней с числом порций 5+
- 4б. За последние 4 недели сколько было дней, когда Вы выпили «достаточно, чтобы ощутить последствия» [или соответствующий местный культурно приемлемый термин]?
 _____ Число дней с «ощутимыми последствиями»

Прием алкоголя в особых условиях

За последние 7 дней сколько дней Вы пили алкогольные напитки при следующих обстоятельствах:

- 5а. В одиночестве
 - 5б. В баре, кафе
 - 5с. На спортивных мероприятиях
 - 5д. За обедом
 - 5е. За ужином
 - 5ф. Перед тем как сесть за руль
- Ответ: [Число дней, 0-7; 9=Не знаю]

Альтернативный вариант вопросов 3а-3с (будние дни и выходные рассматриваются отдельно): (Эти вопросы не проходили полевых испытаний в 2001 г.)

- 6а. Как часто Вы обычно пьете алкогольные напитки по рабочим дням?
 _____ Число дней из 5 рабочих дней в неделю (0-5)
- 6б. Сколько (порций/бутылок/стаканов) Вы обычно выпиваете за рабочий день, когда употребляете алкоголь?
 _____ Число (порций/бутылок/стаканов)
- 6с. Вы обычно пьете спиртное по субботам и/или воскресеньям?
- 1 Нет
 - 2 Да, только по субботам
 - 3 Да, только по воскресеньям
 - 4 Да, и в субботу, и в воскресенье
- 6д. Сколько (порций/бутылок/стаканов) Вы обычно выпиваете за выходной день, когда употребляете алкоголь?
 _____ Число (порций/бутылок/стаканов)

Глава 6

Разработка общего инструментария для изучения физической активности

Пекка Ойя (Pekka Oja)

Исследования в области охраны здоровья, Институт УКК, Тампере, Финляндия

6.1 Введение

Научный опыт, накопленный на протяжении 1990-х гг. (например, Bouchard et al. 1990, 1994; Kesäniemi et al. 2001; US Department of Health and Human Services 1996) неизменно свидетельствует, что физическая активность существенно снижает риск ишемической болезни сердца, инсульта, ожирения, диабета типа II, гипертонии, рака прямой кишки и переломов, связанных с остеопорозом, в среднем и пожилом возрасте. Кроме того, физическая активность способствует росту и развитию детей и молодежи, помогает сохранить функциональные возможности и независимость лицам преклонного возраста. Ввиду этих потенциальных преимуществ для здоровья и широкой распространенности физической пассивности в большинстве стран влияние усиления физической активности на общественное здоровье может быть очень существенным.

Была разработана новая трактовка физической активности, способствующей укреплению здоровья (НЕРА²⁵). Полчаса умеренных физических нагрузок в день очень полезно для здоровья малоподвижного населения (US Department of Health and Human Services 1996). Поэтому для изучения уровней и режимов физической активности, способствующей укреплению здоровья населения, необходим новый социологический инструментарий, дающий возможность оценить ключевые характеристики НЕРА.

Одновременно с выполнением проекта EUROHIS возникла международная инициатива IPAQ²⁶ (Международная анкета по физической активности) с целью разработки стандартных методов опроса населения для оценки НЕРА. Глобальная сеть IPAQ предложила ряд анкет по физической активности. Они были положены в основу разработки инструментария EUROHIS по физической активности.

6.2 Методология

Разработка инструментария EUROHIS по физической активности включала шесть основных этапов. Прежде всего, обсуждалось понятие НЕРА. Это привело к выработке рабочего определения НЕРА, которое использовалось в качестве концептуальной основы в дальнейшем. Затем анализировались результаты «изучения исследований» EUROHIS. Это дало информацию об инструментариях, которые уже используются в европейских странах для оценки физической активности. Тре-

²⁵ Health-enhancing physical activity.

²⁶ International Physical Activity Questionnaire.

тым этапом явилась разработка проекта инструментария в связи с глобальным проектом IPAQ. Этот проект затем прошел предварительные испытания в 2000 г. наряду с проектами других инструментов EUROHIS. Надежность и достоверность предложенного инструментария также оценивалась в рамках глобального проекта IPAQ. Наконец, проект инструментария EUROHIS прошел полевые испытания в 2001 г. как часть общей анкеты EUROHIS.

6.3 Определение физической активности

На первом совещании группы по физической активности в Берлине в апреле 1999 г. предметом обсуждения было определение понятия физической активности. В соответствии с результатами исследований по HEPA, было принято следующее рабочее определение для создания индикатора физической активности:

Физическая активность заключается в движениях частей тела, производимых сокращением скелетных мышц, которые увеличивают расход энергии по сравнению с базовым уровнем. Физическая активность проявляется в процессе работы или учебы, на транспорте, при ведении домашнего хозяйства, на отдыхе, и ее ключевыми характеристиками являются частота, интенсивность, продолжительность и непрерывность.

Из этого определения следует, что учитываются не только занятия спортом, но и повседневная деятельность на работе (например, физический труд), дома (например, работа по дому и на приусадебном участке) и при передвижении (например, ходьба пешком, езда на велосипеде).

Современные общие рекомендации по поводу физической активности, способствующей укреплению здоровья, призывают к получасовым в общей сложности нагрузкам умеренной интенсивности большую часть дней в неделю (US Department of Health and Human Services 1996). Информация о ключевых характеристиках HEPA — продолжительности, интенсивности и частоте — позволила бы оценить достаточность физической активности отдельных лиц и населения в целом для их здоровья. Поскольку анкета IPAQ разработана в соответствии с этой концепцией, формат IPAQ был принят и для проекта EUROHIS.

6.4 Изучение исследований

Изучение исследований EUROHIS включало раздел с вопросами об инструментариях по физической активности, которые используются в настоящее время в европейских национальных опросах о состоянии здоровья. Были получены тридцать две анкеты о физической активности из 29 стран. Анализ 28 анкет, предоставленных на английском языке, позволил выявить следующие типы вопросов:

- частота физических нагрузок (15);
- самостоятельная классификация физических нагрузок (8);
- количественное описание физических нагрузок (3);
- наличие/отсутствие физических нагрузок (1);
- продолжительность ходьбы пешком (1).

Хотя почти половина опросов включает вопросы о физической активности, эти вопросы различаются в отношении типа физической активности, о которой идет речь. В большинстве опросов используется шкала интенсивности для оценки величины физических нагрузок, но лишь в немногих рассматривается весь диапазон легких/умеренных/высоких нагрузок. Методы опроса отличаются и с точки зрения вида деятельности, о котором задаются вопросы, т.е. связаны ли физические нагрузки с досугом, профессиональной деятельностью, работой по дому или передвижением. В центре внимания проводимых опросов находится физическая активность в свободное время. Из всех

проанализированных анкет только два инструментария по физической активности оказались идентичными.

Таким образом, результаты изучения исследований подтвердили отсутствие единообразия в инструментариях по физической активности, применяемых в настоящее время в Европе, а кроме того, их несоответствие концепции физической активности IPAQ. Хотя эти данные больше не изучались в рамках проекта EUROHIS, дальнейший анализ результатов изучения исследований обеспечил бы важную историческую информацию по поводу методологии опросов о физической активности в Европе.

6.5 Создание инструментария IPAQ

Проект IPAQ был официально начат в 1996 г., когда группа ученых предложила международное сотрудничество в разработке стандартной анкеты для нужд мониторинга общественного здоровья в отношении физической активности. В 1998 г. в г. Женеве при поддержке Центров контроля и профилактики заболеваний США и ВОЗ, а позднее Шведского Каролинского института собрались исследователи физической активности из 14 стран и начали разработку анкет, которые могли бы использоваться в национальных опросах населения. Продолжение международного сотрудничества привлекло большинство научных центров мира, которые в настоящее время занимаются оценкой физической активности в связи с состоянием здоровья. В нем участвовали три члена группы EUROHIS по физической активности. Выбор IPAQ означал, что проект EUROHIS может воспользоваться результатами уже ведущейся обширной, важной и своевременной международной работы.

Инструментарий IPAQ направлен на оценку общих объемов повседневных физических нагрузок путем выяснения соответственно частоты, продолжительности и интенсивности всех видов физической активности, т.е. на работе/учебе, при передвижении, при ведении домашнего хозяйства и на отдыхе. Задаются также вопросы о количестве времени за неделю, которое посвящается ходьбе и проводится в сидячем положении. К концу 1999 г.²⁷ сеть IPAQ создала восемь вариантов инструментария, которые отличались по объему (короткие/длинные), анализируемому периоду (обычная неделя/последние семь дней) и методу организации (опрос по телефону/самостоятельное заполнение анкеты).

Предложенные краткие варианты IPAQ содержат девять вопросов о нагрузках на работе, при передвижении из одного места в другое, работе по дому в помещении и на улице, а также физических упражнениях, отдыхе и спортивных занятиях на протяжении одной недели. Два вопроса касаются частоты и продолжительности всех интенсивных нагрузок, два вопроса — частоты и продолжительности всей физической активности умеренной интенсивности, три вопроса — частоты, продолжительности и темпа ходьбы и два вопроса — времени, которое проведено в сидячем положении.

Предложенные развернутые варианты IPAQ содержат 31 вопрос относительно интенсивности и продолжительности физических нагрузок на работе, при передвижении, дома и в свободное время. Включены также два вопроса по пассивному времяпрепровождению в терминах продолжительности пребывания в сидячем положении.

²⁷ Проект IPAQ в целом был завершен в 2001 г. Результаты были представлены в виде научной статьи (Craig et al., в печати). Продолжением проекта является Международное исследование распространенности физической активности (IPS), которое будет координироваться научным комитетом, включающим экспертов в области физической активности, общественного здоровья и систем мониторинга. Более подробно см.: www.ipaq.ki.se.

6.6 Апробация EUROHIS: применимость

В сентябре/октябре 2000 г. в рамках проекта EUROHIS вместе с проектами инструментариев для других индикаторов, предложенных EUROHIS, инструментарий IPAQ (либо развернутый, либо краткий вариант) был апробирован в Болгарии, Венгрии, Испании, Словакии и на Украине. В каждой стране приняли участие 20-25 респондентов, большинство из которых были работниками социологических институтов или принадлежали к другим группам, находящимся «под рукой». Переводы делались без соблюдения формального протокола. Результаты были представлены и обсуждались на промежуточном совещании EUROHIS в ноябре 2000 г. Короткую анкету по физической активности Болгария сочла слишком сложной, а Венгрия — недостаточно конкретной, в то время как Испания, Словакия и Украина сочли развернутую анкету приемлемой, хотя и несколько сложной для заполнения.

6.7 Полевые испытания в сети IPAQ: надежность и достоверность

На протяжении 2000 г. сеть IPAQ сравнивала эффективность, применимость, надежность и достоверность инструментария IPAQ в шести европейских странах: Англия (2 центра), Италия, Нидерланды, Португалия, Финляндия и Швеция. Каждый центр выбран для проверки нескольких из восьми вариантов анкеты. Принимали участие находящиеся «под рукой» выборки, состоящие из 30-200 респондентов (см. табл. 6.1).

Надежность в отношении первичного-повторного опроса оценивалась путем повторного заполнения той же анкеты максимум через восемь дней. Сопутствующая достоверность оценивалась сравнением краткой и развернутой анкет, охватывающих один и тот же период. Обоснованность критериев определялась сравнением отобранной краткой анкеты IPAQ с итоговыми показаниями акселерометра CSA за тот же период. Акселерометр CSA пристегивался к поясу человека и регистрировал все движения тела в трех измерениях, связанные с ускорением, превышающим установленный порог. Было показано, что такой метод точно оценивает общий расход энергии за анализируемый период.

Таблица 6.1.

Методология и характеристики выборки в полевых испытаниях IPAQ, 2000 г.

Центр	Бристоль, Англия	Кембридж, Англия	Финляндия	Италия	Нидерланды	Португалия	Швеция*
Пол	83М 93Ж	38М 64Ж	43М 45Ж	15М 14Ж	24М 36Ж	96М 100Ж	22/77М 28/123Ж
Возраст (лет)	18–39	42–50	28–74	65–66	В среднем 33	В среднем 35	В среднем 41 В среднем 47
Надежность первичного-повторного опроса	S7S	SUT	SUS	S7S	S7S	SUS	SUS & S7T
Сопутствующая достоверность	S7S/ L7S	—	S7S/ L7S	—	—	SUS/ LUS	SUS/ LUS & S7T/L7T

Обоснованность критериев	S7S/CSA	SUT&S7T/частота пульса, выносимость	SUS/CSA, шагомер	S7S/выносимость	S7S/CSA	—	S7S/CSA
--------------------------	---------	-------------------------------------	------------------	-----------------	---------	---	---------

^a В Швеции было две выборки

Варианты анкеты IPAQ:

SUT: краткий/обычная неделя/телефон; SUS: краткий/обычная неделя/самостоятельное заполнение; S7T: краткий/последние 7 дней/телефон; S7S: краткий/последние 7 дней/самостоятельное заполнение;

LUT: развернутый/обычная неделя/телефон; LUS: развернутый/обычная неделя/самостоятельное заполнение; L7T: развернутый/последние 7 дней/телефон; L7S: развернутый/последние 7 дней/самостоятельное заполнение;

CSA: акселерометр CSA; в Кембридже использовалась долговременная регистрация частоты пульса и оценка кардиореспираторной выносимости в качестве критерия достоверности, а в Финляндии — общее число шагов по показаниям шагомера.

Переводы на голландский и финский языки делались в соответствии со стандартным протоколом перевода IPAQ и включали следующие этапы: (а) перевод исходного английского текста на новый язык двумя независимыми переводчиками; (б) анализ этих переводов группой лиц, владеющих двумя языками, и составление отредактированного варианта; (в) обратный перевод отредактированного варианта на английский язык двумя различными переводчиками и (г) анализ этих обратных переводов и создание окончательного варианта группой лиц, владеющих двумя языками. Переводы на итальянский, португальский и шведский осуществлялись без соблюдения формальностей.

6.7.1. Результаты

Коэффициенты надежности первичного-повторного опроса (табл. 6.2) для кратких вариантов анкеты IPAQ колебались от хорошей до отличной, в целом свидетельствуя о приемлемой воспроизводимости.

Между вариантами анкеты не выявлено существенных различий. Аналогичный анализ результатов первичного и повторного опроса по анкетам S7S и SUS в трех центрах за пределами Европы (Соединенные Штаты и Япония) дал аналогичные коэффициенты воспроизводимости (0,73-0,89) (Craig et al., в печати).

Таблица 6.2.

Надежность и достоверность отдельных кратких анкет IPAQ

Страна	Количество	Надежность первичного-повторного опроса ^a		Обоснованность критериев ^b		Сопутствующая достоверность ^c	
Англия: Бристоль Кембридж	149	S7S	0,69	S7S	0,58	S7S	0,74
	101	SUT	0,85	—	—	—	—
Финляндия	87	SUS	0,65	S7S	0,60	S7S	0,72
Италия	29	S7S	0,68	S7S	0,28	—	—
Нидерланды	60	S7S	0,95	S7S	0,37	—	—

Португалия	196	SUS	0,79	–	–	SUS	0,46
Швеция	50	SUS	0,70	S7S	0,07	SUS	0,78
	200	S7T	0,67	–	–	S7T	0,66

^a Надежность первичного-повторного опроса: ранжированный коэффициент корреляции (ICC) между визитом 1 и визитом 2 в отношении физической активности за неделю в минутах MET (произведение уровня метаболизма в покое на продолжительность активности).

^b Обоснованность критериев: ранжированный ICC между общей физической активностью за неделю в минутах MET, полученной по анкете S7S, и данными CSA.

^c Сопутствующая достоверность: ранжированный ICC между общей физической активностью за неделю в минутах MET по краткой и соответствующей развернутой анкете.

S7S: краткий/последние 7 дней/самостоятельное заполнение; SUS: краткий/обычная неделя/самостоятельное заполнение; S7T: краткий/последние 7 дней/телефон.

Коэффициенты обоснованности критерия (табл. 6.2) варьировали от 0,07 до 0,60. За исключением очень низкого коэффициента по шведским данным, полученные результаты сопоставимы с выводами предшествующих исследований об обоснованности критериев анкет по физической активности (Kriska, Caspersen 1997). В результате оценки обоснованности критериев в неевропейских странах получены аналогичные коэффициенты: 0,35-0,48 для анкеты S7S и 0,13-0,48 для анкеты SUS (Craig et al., в печати).

6.7.2 Выводы

Ряд общих выводов можно сделать на основании апробации EUROHIS и полевых испытаний IPAQ.

Во-первых, хотя ответы на вопросы анкет вызвали затруднения (например, возникли проблемы с оценкой времени, проводимого в положении сидя, разграничением интенсивных и умеренных нагрузок, точным определением интенсивных работ по дому и сезонными различиями), краткая анкета была признана приемлемой для опросов населения. Краткий вариант особенно понравился руководителям, ответственным за проведение национальных опросов о состоянии здоровья, многие из которых даже не рассматривали развернутый вариант, поскольку сочли его слишком сложным и требующим много времени. Некоторые представители стран EUROHIS надеялись, что одного вопроса о физической активности будет достаточно.

Во-вторых, хотя характеристики надежности и достоверности вариантов «последние 7 дней» и «обычная неделя» были аналогичны, обе сети – IPAQ и EUROHIS – пришли к общему мнению, что вариант «последние 7 дней» предпочтителен.

В-третьих, характеристики надежности и достоверности интервью и самостоятельного заполнения анкет оказались сопоставимы. Поэтому страны могут выбрать тот из этих вариантов, который им более привычен или который предполагается применить при опросах о состоянии здоровья.

В силу практической необходимости упростить инструментарий по физической активности были внесены следующие изменения:

- Вопрос о темпе ходьбы был исключен, поскольку разница в общем количестве минут MET ходьбы за неделю с или без учета темпа ходьбы оказалась ничтожно мала: 0,0-2,3% (и преимущественно менее 1%), по европейским стандартам.

- Для оценки пассивного времяпрепровождения был включен вопрос только о сидении по будням (т.е. не о сидении в выходной). Поскольку характеристики надежности обоих вопросов о сидении высоки и сопоставимы, было решено, что одного вопроса достаточно.

6.8 Полевые испытания EUROHIS 2001 г.

Исходя из результатов вышеописанных исследований, в полевых испытаниях EUROHIS 2001 г. использовался краткий вариант анкеты IPAQ, относящийся к последним 7 дням (S7S). Телефонные интервью с применением компьютеров проводились в Великобритании, Германии и Франции. В каждой стране проведено по 400 интервью с мужчинами и женщинами в возрасте от 35 до 75 лет. В Приложении 6.1 приводится использованный в этих интервью инструментарий по физической активности.

В рамках полевых испытаний было решено проанализировать три основных проблемы. Во-первых, эффективность инструментария по физической активности как составной части общего опроса о состоянии здоровья изучалась посредством анализа частоты отказа от ответа на каждый вопрос и впечатлений интервьюеров. Во-вторых, полученные данные исследовались на предмет выявления различий между странами, участвующими в полевых испытаниях. В-третьих, опробовался метод классификации уровня физической активности.

Поскольку полевые испытания оценивали применимость данного инструмента как компонента общего исследования здоровья, эти результаты сочли не подходящими для описательного или сопоставительного эпидемиологического анализа.

6.8.1 Результаты применения вопросов о физической активности

В таблице 6.3 представлена полнота ответов на вопросы о физической активности по странам и полу. Частота ответов была довольно низкой, от 50% до 83%, у вопросов о числе дней в неделю, когда имели место интенсивные и умеренные физические нагрузки, и женщины были менее склонны отвечать, чем мужчины. По вопросам, касающимся продолжительности умеренных и интенсивных физических нагрузок в день, частота ответов в Великобритании была низкой (55–74%), а во Франции и Германии отказов практически не встречалось (100%). Высока частота ответов и на вопросы о ходьбе пешком и сидении, в целом свыше 90%. Эти результаты свидетельствуют, что респонденты затрудняются в определении «интенсивных» и «умеренных» физических нагрузок и в указании точного числа дней, когда они имели место. В Великобритании проблемы возникли и с указанием времени, в течение которого были такие нагрузки.

Обратная связь с интервьюерами подтвердила затруднения, выявленные по частоте отказов от ответа. Французский опыт свидетельствует, что людям трудно давать точные ответы, но было высказано предположение, что прояснению вопросов способствовало бы приведение большего числа примеров. (Фактически IPAQ рекомендует использовать соответствующие культурной среде примеры для иллюстрации нагрузок различной интенсивности). Особое предложение касалось того, чтобы при ответе на вопрос о «сидении» учитывалось время, проводимое за столом во время приема пищи. Немецкие интервьюеры отметили, что вопросы о физической активности в целом длинные, так что интервьюерам часто приходилось повторять вопросы. Кроме того, они указали, что большинство респондентов затруднялись в различиях между интенсивными и умеренными физическими нагрузками. Например, домохозяйки не знали, отнести ли работу по дому к интенсивным или умеренным нагрузкам. Немецкие участники также полагают, что было бы полезно включить «сидение за столом в процессе приема пищи» в вопрос о «сидении».

Таблица 6.3.

Частота ответа на вопросы о физической активности, по странам и полу

Вопросы	Франция						Германия						Великобритания					
	Муж (196)		Жен (204)		Всего (400)		Муж (184)		Жен (217)		Всего (401)		Муж (197)		Жен (205)		Всего (402)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Число дней с интенсивными нагрузками за последнюю неделю	115	58,7	102	50,0	217	54,2	119	64,7	122	56,2	241	60,1	125	63,5	112	54,6	237	59,0
Общее время интенсивных нагрузок в минутах за день	194	99,0	204	100	398	99,5	184	100	217	100	401	100	124	62,9	112	54,6	236	58,7
Число дней с умеренными нагрузками за последнюю неделю	125	63,8	130	63,7	255	63,7	144	78,3	179	82,5	323	80,5	146	74,1	124	60,0	270	67,2
Общее время умеренных нагрузок в минутах за день	196	100	204	100	400	100	184	100	217	100	401	100	145	73,6	123	60,0	268	66,7
Число дней за последнюю неделю, когда имела место ходьба пешком	184	93,9	191	93,6	375	93,7	161	87,5	204	94,0	365	91,0	181	91,9	189	92,2	370	92,0
Общее время ходьбы пешком в минутах за день	196	100	204	100	400	100	184	100	217	100	401	100	180	91,4	189	92,2	369	91,8
Общее время сидения в минутах за день	196	100	204	100	400	100	184	100	217	100	401	100	197	100	205	100	402	100

6.8.2 Различаются ли страны Западной Европы по физической активности?

Результаты полевых испытаний позволили сделать предварительные выводы о возможности различий между странами в отношении физической активности. Вырисовывается отчетливая картина преобладания среди французских респондентов тех, кто отмечает ежедневные интенсивные (табл. 6.4) и/или умеренные (табл. 6.5) физические нагрузки. Тем не менее между тремя странами не выявлено существенных различий в общей продолжительности этих нагрузок. Аналогичные ре-

зультаты получены по данным о ходьбе (табл. 6.6): больше французских респондентов указывают, что они ходят пешком каждый день. Среди французских респондентов больше и тех, кто ходит пешком более двух часов в день, по сравнению с респондентами из Великобритании и Германии. Сидение на протяжении более чем шести часов в день оказалось более распространено в Великобритании, чем в Германии и Франции (табл. 6.7).

Эти наблюдения различий в режимах физических нагрузок в странах, участвовавших в полевых испытаниях, позволяют сформулировать гипотезы, подлежащие дальнейшему изучению с помощью инструментария IPAQ.

Таблица 6.4.

Частота и продолжительность интенсивных физических нагрузок (%), по странам и полу

	Франция			Германия			Великобритания		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
<i>Число дней за последнюю неделю, когда имели место интенсивные физические нагрузки</i>									
1	27	17	22	17	25	21	13	20	17
2	10	22	15	29	16	23	18	28	22
3	16	12	14	18	29	24	12	14	13
4	14	5	10	13	8	10	11	9	10
5	9	11	10	7	8	7	16	15	16
6	2	4	3	2	1	1	9	2	6
7	23	25	24	14	12	13	20	12	16
<i>Общая продолжительность интенсивных физических нагрузок в день</i>									
0–59 минут	23	27	25	17	17	17	34	28	31
60–120 минут	43	43	43	48	50	49	31	47	39
>120 минут	34	30	32	35	33	34	35	25	30

Таблица 6.5.

Частота и продолжительность умеренных физических нагрузок (%), по странам и полу

	Франция			Германия		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
<i>Число дней за последнюю неделю, когда имели место умеренные физические нагрузки</i>						
1	14	19	17	16	12	14
2	15	16	16	17	23	20
3	12	17	15	19	15	16
4	5	4	4	6	7	7
5	4	8	6	10	11	11
6	7	2	4	3	2	3
7	41	29	35	29	30	29
<i>Общая продолжительность умеренных физических нагрузок в день</i>						
0–59 минут	30	38	34	28	33	31
60–120 минут	40	35	38	44	42	43
>120 минут	30	27	28	28	25	26

Таблица 6.6.

Частота и продолжительность ходьбы пешком (%), по странам и полу

	Франция			Германия			Великобритания		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
<i>Число дней за последнюю неделю, когда имела место ходьба</i>									
1	2	3	2	5	2	3	7	5	6
2	5	5	5	9	7	8	9	6	7
3	5	7	6	6	7	6	10	8	9
4	2	4	3	9	6	7	6	5	5
5	8	1	5	5	11	8	6	13	9
6	2	1	2	6	5	5	8	6	7
7	76	77	77	61	61	61	55	58	56
<i>Общая продолжительность ходьбы в день</i>									
0–59 минут	30	32	31	37	36	36	46	50	48
60–120 минут	42	40	41	39	37	38	28	31	30
>120 минут	28	28	28	24	27	26	26	19	22

Таблица 6.7.

Частота и продолжительность сидения (%), по странам и полу

	Франция			Германия			Великобритания		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
<i>Общая продолжительность сидения в день</i>									
0–59 минут	5	6	5	2	0	1	0	5	2
60–120 минут	12	17	15	15	14	14	8	7	7
121–180 минут	15	21	18	11	16	14	10	20	15
181–240 минут	22	14	18	17	22	20	14	18	16
241–300 минут	11	14	13	17	15	16	14	8	11
301–360 минут	7	10	8	14	11	12	11	11	11
>360 минут	28	18	24	25	21	22	44	32	35

6.8.3 Классификация физической активности

Конечной целью оценки физической активности, связанной с состоянием здоровья, в процессе национальных исследований состояния здоровья является определение режимов нагрузок, которые могут указывать на риски для здоровья как в рамках одной страны, так и на международном уровне. Поскольку концепция IPAQ еще находится в стадии разработки, критерии нагрузок, влияющих на состояние здоровья, еще не установлены, например, такие как уровень физических нагрузок, ниже которого существенно увеличивается риск заболевания. Эти критерии могут быть выработаны только по результатам новых эпидемиологических исследований. Кроме индивидуальных оценок, по анкетам IPAQ могут быть сформированы производные показатели физической актив-

ности. Так, IPAQ обеспечивает количественную оценку общей физической нагрузки за неделю в минутах (MET=кратное уровня основного обмена), основанную на недельной частоте и продолжительности интенсивных и умеренных физических нагрузок, а также ходьбы пешком.

Общая оценка минут MET за неделю рассчитывается следующим образом:

1. Общая оценка минут MET для ИНТЕНСИВНЫХ нагрузок
= частота в неделю (Q.1 из Приложения 6.1) x продолжительность в день (Q.2) x 8MET
[где 8=обобщенная оценка MET для интенсивных нагрузок]
2. Общая оценка минут MET для УМЕРЕННЫХ нагрузок
= частота в неделю (Q.3) x продолжительность в день (Q.4) x 4MET
3. Общая оценка минут MET для ХОДЬБЫ
= частота в неделю (Q.5) x продолжительность в день (Q.6) x 3,3 MET
4. Суммарная оценка минут MET = 1+2+3 полученные выше

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что физические нагрузки, превышающие 1000 ккал в неделю, связаны с сокращением смертности от всех причин до 30%, а нагрузки, превышающие 500 ккал, могут оказывать благоприятное влияние на общую смертность (Kesäniemi et al. 2001). Поскольку 1000 ккал в неделю примерно равно 1000 минут MET, а 500 ккал примерно равно 500 минут MET, эти значения использовались при анализе данных полевых испытаний в качестве критериев классификации следующим образом:

- НИЗКИЙ уровень физической активности: ≤ 499 минут MET в неделю;
- СРЕДНИЙ уровень физической активности: 500–999 минут MET в неделю;
- ВЫСОКИЙ уровень физической активности: ≥ 1000 минут MET в неделю.

По этой классификации, данные полевых испытаний свидетельствуют о следующих значениях распространенности уровней физической активности: Великобритания – 16% низкая, 9% средняя, 75% высокая; Германия – 7% низкая, 8% средняя, 85% высокая; Франция – 15% низкая, 7% средняя, 78% высокая. Во всех трех странах оказалась одинаково распространена высокая физическая активность. Предшествующие эпидемиологические оценки физической активности преимущественно учитывали только физические нагрузки в свободное время, что приводило к большей распространенности низкой физической активности. Преимуществом IPAQ является включение по физической активности на работе, при перемещении из одного места в другое и в домашних условиях. Эти результаты свидетельствуют о необходимости новых эпидемиологических исследований, связанных с состоянием здоровья критериев физической активности, оцениваемой, например, инструментарием IPAQ.

6.9 Заключение и выводы

Основные итоги разработки инструментария EUROHIS по физической активности сводятся к следующему.

- Апробация применимости анкеты в пяти странах (Болгария, Венгрия, Испания, Словакия и Украина) на небольших имеющихся «под рукой» выборках показала, что развернутый вариант можно использовать, несмотря на определенные затруднения при ответах. Краткий вариант в двух странах сочли сложным и неконкретным.
- Оценка надежности и достоверности инструментариев IPAQ в шести европейских странах показала приемлемую воспроизводимость в отношении первичного-повторного опроса и обоснованность критериев. Полученные результаты аналогичны данным по предшествую-

щим инструментариям для оценки физической активности. Данные Соединенных Штатов и Японии согласуются с европейскими выводами.

- Исходя из оценок характеристик инструментария IPAQ, краткая анкета считается приемлемой для опросов о состоянии здоровья населения, по мнению экспертов в методологии и организации опросов. В отношении анализируемого периода рекомендуется вариант «последние семь дней». Формы, как интервью, так и самостоятельного заполнения считаются сопоставимыми и приемлемыми.
- Рекомендуемый инструментарий EUROHIS по физической активности включает семь вопросов: по два вопроса об интенсивных и умеренных нагрузках, два о ходьбе пешком и один о сидении. Здесь в Приложении 6.1 приводится вариант интервью, использованный в полевых испытаниях EUROHIS и согласующийся с формой, рекомендованной IPAQ. (Исполнительный Комитет IPAQ предложил два незначительных изменения в формулировке анкеты в отношении описания интенсивных нагрузок и продолжительности различных нагрузок. Все последние анкеты IPAQ доступны по www.ipaq.ki.se).
- Частота отказов от ответа и обратная связь с интервьюерами в трех европейских странах, которые проводили полевые испытания этого инструментария, свидетельствуют, что у респондентов вызывает затруднения определение «интенсивных» и «умеренных» нагрузок, а также оценка числа дней и количества времени, уделенных этим нагрузкам. Рекомендуется включение культурно и национально обоснованных примеров нагрузок, чтобы помочь респондентам при ответе.
- Инструментарий обеспечивает международную сопоставимость данных о физической активности, связанной с состоянием здоровья. Отдельные проведенные сравнения могут служить основой для дальнейших исследований.
- Предложенный инструментарий может использоваться для оценки общей активности за неделю в минутах MET в отношении интенсивных и умеренных нагрузок и ходьбы пешком. Их сумма может применяться в качестве показателя физической активности, связанной с состоянием здоровья, в то время как время, проводимое за день в положении сидя, может использоваться как оценка пассивности. Но до сих пор нет возможности предложить систему классификации физической активности в связи со здоровьем. Для установления надежных критериев такой классификации необходимы дальнейшие эпидемиологические исследования с применением данного инструментария.

Литература

- AINSWORTH ET AL. (2000) Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, **32** (Suppl.): S498–S516.
- BOUCHARD, C. ET AL., ED. (1990) *Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge*. Champaign, IL, Human Kinetics.
- BOUCHARD, C. ET AL., ED. (1994) *Physical activity, fitness and health. International proceeding and consensus statement*. Champaign, IL, Human Kinetics.
- CRAIG, C.L. ET AL. (in press) The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*.
- KESÄNIEMI, Y.A. ET AL. (2001) Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and science in sports and exercise*, **33** (Suppl.): S351–S358.
- KRISKA, A.M. & CASPERSEN, C.J. (1997) A collection of physical activity questionnaires for health-related research. *Medicine and science in sports and exercise*, **29** (Suppl.): S1–S205.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996) *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Pittsburg, PA, President's Council on Physical Fitness and Sports.

Приложение 6.1

Рекомендуемый EUROHIS общий инструментарий по физической активности (несколько измененный после полевых испытаний 2001 г.)

Международная анкета по физической активности [IPAQ] для молодежи и людей среднего возраста: Краткий вариант, охватывающий последние семь дней – вариант для опроса по телефону

Мы заинтересованы в том, чтобы выяснить, какие виды физических нагрузок люди выполняют в повседневной жизни. Я собираюсь спросить Вас о времени, на протяжении которого Вы были физически активны, за последние семь дней. Ответьте, пожалуйста, на каждый вопрос, даже если Вы не считаете себя активным человеком. Я задам Вам вопросы о нагрузках, которые Вы выполняете на рабочем месте, чтобы попасть из одного места в другое, в процессе работы по дому или на приусадебном участке, а также в свободное время, на отдыхе, при занятиях физкультурой или спортом.

Вспомните обо всех интенсивных нагрузках, которые потребовали от Вас **тяжелых физических усилий** за последние семь дней. Интенсивные нагрузки заставляют Вас дышать гораздо чаще, чем обычно, и могут заключаться в подъеме тяжестей, вскапывании земли, аэробике или быстрой езде на велосипеде. Вспомните *только* те физические нагрузки, которые продолжались не менее 10 минут без перерыва.

[Примечание: примеры нагрузок можно заменить вариантами, соответствующими культурной среде, с теми же значениями MET – см. Ainsworth et al. 2000].

1. На протяжении последних семи дней сколько было дней, когда Вы выполняли интенсивные физические нагрузки?

[Пояснение интервьюера: Учитывайте только те физические нагрузки, которые продолжались не менее 10 минут без перерыва.]
[Учитывайте все виды деятельности.]

_____ дней
[Ни одного = 0]
[Отказ = 8]
[Не знаю = 9]

[Интервьюер: Если респондент отвечает 0, 8 или 9, перейдите к вопросу 3.]

2. Сколько всего времени Вы обычно в такой день уделяли **интенсивным** физическим нагрузкам?

_____ часов _____ минут/день

[Пояснение интервьюера: Учитывайте только те физические нагрузки, которые продолжались не менее 10 минут без перерыва.]

[Уточнение интервьюера: Выясняется среднее время за день. Если респондент не может ответить из-за того, что затраченное время в разные дни существенно различается, спросите: «Сколько времени всего Вы уделяете **обычно за неделю** интенсивным физическим нагрузкам?»]

_____ часов _____ минут/неделя]

Теперь вспомните обо всех делах, требующих **умеренных физических усилий**, которыми Вы занимались за последние семь дней. Умеренные физические нагрузки заставляют Вас дышать несколько чаще, чем обычно, и могут заключаться в перемещении небольших грузов, езде на велосипеде в обычном темпе или парной игре в теннис. Не учитывайте ходьбу пешком. Снова учитывайте только те физические нагрузки, которые продолжались не менее 10 минут без перерыва.

3. На протяжении последних семи дней сколько было дней, когда Вы испытывали **умеренные** физические нагрузки?

[Пояснение интервьюера: Учитывайте только те физические нагрузки, которые продолжались не менее 10 минут без перерыва.]

[Учитывайте все виды деятельности.]

_____ дней
 [Ни одного = 0]
 [Отказ = 8]
 [Не знаю = 9]

[Интервьюер: Если респондент отвечает 0, 8 или 9, перейдите к вопросу 5.]

4. Сколько всего времени Вы обычно в такой день уделяли **умеренным** физическим нагрузкам?

_____ часов _____ минут/день

[Пояснение интервьюера: Учитывайте только те физические нагрузки, которые продолжались не менее 10 минут без перерыва.]

[Уточнение интервьюера: Выясняется среднее время за день. Если респондент не может ответить из-за того, что затраченное время в разные дни существенно различается, спросите: «Сколько времени всего Вы уделяете **обычно за неделю** умеренным физическим нагрузкам?»]

_____ часов _____ минут/неделя]

5. Теперь вспомните о том времени за последние семь дней, когда Вы ходили **пешком**. Это включает ходьбу на работе и дома, перемещение пешком из одного места в другое и любую другую ходьбу, которой Вы могли заниматься исключительно в качестве отдыха, спорта, физических упражнений или способа проведения досуга?

[Пояснение интервьюера: Учитывайте только ходьбу, которая продолжалась не менее 10 минут без перерыва.]

[Учитывайте все виды деятельности.]

_____ дней
 [Ни одного = 0]
 [Отказ = 8]
 [Не знаю = 9]

[Интервьюер: Если респондент отвечает 0, 8 или 9, перейдите к вопросу 7.]

6. Сколько всего времени Вы обычно в такой день уделяли **ходьбе пешком**?

_____ часов _____ минут/день

[Уточнение интервьюера: Выясняется среднее время за день. Если респондент не может ответить из-за того, что затраченное время в разные дни существенно различается, спросите: «Сколько времени всего Вы уделяете **обычно за неделю** ходьбе пешком?»]

_____ часов _____ минут/неделя]

7. Теперь вспомните о том времени в будний день, которое Вы провели **сидя**, на протяжении последних семи дней. Принимайте во внимание то время, что Вы сидели за письменным столом, в гостях у друзей, во время поездки на автобусе, читая, а также когда Вы смотрели телевизор сидя или лежа. На протяжении последних семи дней сколько всего времени **в будний день** Вы обычно проводили сидя?

_____ часов _____ минут

[Пояснение интервьюера: Учитывайте время, которое Вы провели лежа (без сна) и сидя.]

[Уточнение интервьюера: Выясняется среднее время за день. Если респондент не может ответить из-за того, что затраченное время в разные дни существенно различается, спросите: «Сколько всего времени Вы провели сидя в прошлую среду?»]

_____ часов _____ минут

Глава 7

Разработка общего инструментария для изучения обращаемости за лечебно-диагностической помощью

Агнес де Брюин (Agnes de Bruin) и Диркьян Бьюкенхорст (Dirkjan Beukenhorst)
*Статистическое бюро, Воорбург и Хеерлен, Нидерланды*²⁸

7.1 Введение

В настоящее время обращаемость за лечебно-диагностической помощью на национальном уровне обычно определяется по медицинской документации и/или по результатам опросов о состоянии здоровья. Хотя у обоих этих подходов есть и достоинства, и недостатки, считается, что опросы о состоянии здоровья дают четкую дополнительную информацию к медицинской документации, особенно в отношении интегрированных данных, данных о тех, кто не обращается за лечебно-диагностической помощью, а также данных о тех услугах, которые не отражаются или недостаточно отражаются в документации.

В общем, учетные данные более точны и надежны, чем информация, полученная в ходе опросов о состоянии здоровья. Вследствие недостатка медицинских знаний и особенностей памяти респонденты опросов о состоянии здоровья не всегда могут точно указать диагнозы или, например, продолжительность пребывания в стационаре. Информацию о пациентах психиатрических лечебниц часто можно получить только из документации, поскольку многие из таких пациентов не могут сами ответить на вопросы о состоянии здоровья. Наконец, в медицинской документации часто полностью отражается обращаемость за изучаемой лечебно-диагностической помощью, в то время как опросы о состоянии здоровья всегда подвержены искажениям в связи с формированием выборки и отказами от ответа. Этот фактор имеет особое значение, когда исследуются редко встречающиеся явления или когда необходима более подробная информация.

Но опрос о состоянии здоровья обладает рядом важных преимуществ по сравнению с медицинской документацией. Из-за интегрированного сбора больших объемов информации, связанной со здоровьем, появляется возможность установить связь между обращаемостью за различными видами лечебно-диагностической помощи у одного и того же лица. Например, по результатам опроса о состоянии здоровья можно ответить на вопросы: «Сколько человек за год обратились более чем за одним видом лечебно-диагностической помощи?» и «Сколько человек вообще не обращаются за медицинской помощью?» Можно изучать и зависимость между обращаемостью за лечебно-диагностической помощью различного типа, а также устанавливать связь между обращаемостью за лечебно-диагностической помощью и демографическими и социально-экономическими характеристиками пациентов. Аналогичным образом, на основе опроса о состоянии здоровья возможна интеграция с данными о факто-

²⁸ Точка зрения, изложенная в этом документе, принадлежит авторам и может отличаться от политики или позиции Статистического бюро Нидерландов или любой другой организации.

рах, влияющих на здоровье, и о состоянии здоровья. Обобщающие исследования такого типа, большей частью, невозможны по медицинской документации, поскольку в нее включается лишь ограниченный набор фоновых характеристик, а установление связей между различными видами документации часто затруднительно или невозможно.

Важным преимуществом опроса о состоянии здоровья перед медицинской документацией является и то, что можно сравнить тех, кто обращается за лечебно-диагностической помощью, с теми, кто за ней не обращается, по ряду существенных характеристик, таких как социально-экономическое положение. Информация о более здоровых и менее здоровых лицах, не обращающихся за лечебно-диагностической помощью, полезна для политических деятелей и, например, для медицинских страховых компаний.

Наконец, опрос о состоянии здоровья — это сравнительно дешевый и оперативный способ восполнить пробелы в данных, доступных из медицинской документации. В Нидерландах, например, не существует (пока) полной регистрации обращений за услугами врачей общей практики, врачей — узких специалистов, физиотерапевтов и народных целителей (Swinkels 1996a).

Итак, опрос о состоянии здоровья — это важный способ мониторинга уровня и динамики обращаемости за лечебно-диагностической помощью. Поэтому задачей группы EUROHIS по обращаемости за лечебно-диагностической помощью явилась разработка общего инструментария для измерения этого индикатора в процессе опроса о состоянии здоровья как составной части национальных информационных систем в области здравоохранения. Этот инструментарий предназначен для оценки обращаемости респондентов за наиболее распространенными медицинскими услугами (WHO 1997) и должен:

- обеспечивать данные, необходимые для мониторинга и оценки политики в области охраны здоровья;
- органично вписываться в регулярные национальные социологические опросы;
- быть ориентирован на использование в ходе личного интервью среди рядового населения, хотя желательно предусмотреть возможности других способов применения (телефонный опрос, самостоятельное заполнение);
- быть относительно краток и прост при анализе и интерпретации;
- обеспечивать международную сопоставимость оценок.

7.2 Методология, положенная в основу разработки общего инструментария по обращаемости за лечебно-диагностической помощью

Группа по обращаемости за лечебно-диагностической помощью выполняла общую рабочую программу EUROHIS, включающую следующие этапы.

Предварительный анализ понятий

На первом заседании группы в г. Лейдене (9–10 апреля 1999 г.) было сформулировано рабочее определение данного индикатора и сделан предварительный выбор разделов первой и второй очереди (типов медицинских услуг). В рамках этих разделов анализировались существенные концептуальные элементы, подлежащие оценке.

Обзор инструментариев, используемых в настоящее время, и уточнение понятийного аппарата

После первого заседания группы был проведен почтовый опрос в странах—участницах европейского региона ВОЗ («изучение исследований»). Была собрана информация по обращаемости за ле-

чебно-диагностической помощью, о мнениях стран по поводу определений и подлежащих измерению элементов, а также об инструментариях и методологии, использованных в последних опросах населения. На основании этих данных и выводов первого совещания сети группа, занимающаяся разработкой индикаторов, уточнила классификацию и состав разделов, подлежащих оценке по базовому инструментарию, а также разделы и элементы, оценка которых обеспечивается факультативными дополнениями.

Разработка проекта общего инструментария

На втором заседании сети в г. Брюсселе (12–13 мая 2000 г.) были сформулированы проекты вопросов по отдельным разделам. На этом этапе полезным источником информации явились рабочие материалы Eurostat об охвате аспектов состояния здоровья в опросах стран Европейского Союза (Нурkens 1997). При выборе подлежащих включению элементов учитывались следующие критерии. Они должны:

- составить базовый инструментарий (с ограниченным числом вопросов);
- обеспечить оценку отобранных разделов и элементов;
- соответствовать методологии формулировки вопросов;
- учитывать различия в национальных системах здравоохранения (т.е. обеспечивать применимость во всех странах);
- как можно более (после того как удовлетворены ранее перечисленные критерии) соответствовать вопросам, уже применяющимся в опросах.

Апробация проекта инструментария

Апробация проводилась в 4 странах Европейского Союза и 12 странах Центральной и Восточной Европы и вновь образованных государствах (СЦВЕ/ННГ) в сентябре/октябре 2002 г. Апробация большей частью носила качественный характер, число респондентов варьировало от 20 до 200, причем проводилось углубленное понятийное интервью (т.е., интервью состояло не только из вопросов анкеты, но также из качественных вопросов относительно интерпретации ключевых понятий и того, как респондент выбирает и формулирует свои ответы). По результатам обсуждения полученных результатов в ходе промежуточного анализа EUROHIS в ноябре 2000 г. в инструментарий были внесены дальнейшие корректировки.

Полевые испытания проекта инструментария

Полевые испытания 2001 г. прошли только некоторые вопросы из-за временных ограничений в связи с проведением опроса по телефону в трех странах Европейского Союза. Испытания инструментария проводились и в ряде стран СЦВЕ/ННГ и Израиле, преимущественно в форме личных интервью или по почте. Основная цель полевых испытаний состояла в выяснении возможности широкомасштабного внедрения инструментария, но они также дали шанс непредвзято проверить некоторые качественные аспекты вопросов.

Окончательный вариант рекомендуемого общего инструментария

По результатам полевых испытаний в инструментарий был внесен еще ряд изменений. Были сформированы развернутый вариант инструментария и несколько сокращенных вариантов. Был отобран минимальный перечень основных вопросов и высказаны рекомендации по поводу дополнительных базовых и факультативных вопросов.

7.3 Изучение исследований

Двадцать две страны по результатам 32 опросов ответили на анкету EUROHIS об исследованиях проблем обращаемости за лечебно-диагностической помощью. Подробное описание собранной информации предоставляется по запросу.

7.3.1 Разделы

Наиболее часто в национальные опросы о состоянии здоровья включаются разделы по госпитализации, консультациям лечащих врачей (врачей общей практики или семейных врачей, специалистов и т.д.) и консультациям стоматологов (табл. 7.1). В категории «другие медицинские услуги» наиболее распространенными профилями являются физиотерапевт, психотерапевт/психолог, народный целитель (гомеопат, специалист по акупунктуре, мануальный терапевт, натуропат), центр психического здоровья и сиделка. Хотя помощь на дому и обслуживание на дому, не связанное с лечением, также часто включается в опрос о состоянии здоровья, рабочая группа сочла, что эти разделы не относятся к индикатору «обращаемость за лечебно-диагностической помощью», поэтому здесь они больше не рассматриваются.

Таблица 7.1.

Охват разделов обращаемости за лечебно-диагностической помощью в национальных опросах о состоянии здоровья 22 стран^a

Раздел	Число стран	Раздел	Число стран
Госпитализация	20	Другие медицинские услуги:	
		Физиотерапевта	7
Обращения в поликлинику	5	Психотерапевта/психолога	4
Обращения в скорую помощь	3	Диетолога	2
		Логопеда	2
Посещения врача	15	Гомеопата	6
– общей практики	11	Специалиста по акупунктуре	5
– специалиста	11	Мануального терапевта	5
		Натуропата	4
Посещения стоматолога	16	Центра психического здоровья	4
		Сиделки	5
		Обслуживание на дому	6
		Социальная помощь	4
		Другие категории (13 видов)	21

^a Данные изучения исследований EUROHIS.

7.3.2 Анализируемый период

В инструментариях, отраженных в процессе изучения исследований, наблюдается широкое варьирование анализируемых периодов. В таблице 7.2 приводится обзор распространенных разделов, фигурирующих в опросах о состоянии здоровья. Чаще всего используется период двенадцать месяцев, особенно в отношении госпитализации.

Таблица 7.2.

**Анализируемые периоды, применяемые для разделов обращаемости
за лечебно-диагностической помощью в национальных опросах
о состоянии здоровья 22 стран^a**

Раздел	Анализируе- мый период	Число стран	Раздел	Анализируе- мый период	Число стран
Госпитализация	2 недели	1	Специалист	4 недели	1
	4 недели	1		2 месяца	2
	3 месяца	3		6 месяцев	1
	12 месяцев	16		12 месяцев	6
			3 года	1	
Врач	2 недели	4	Стоматолог	2 недели	2
	4 недели	2		2 месяца	2
	3 месяца	3		3 месяца	2
	12 месяцев	6		6 месяцев	1
			12 месяцев	9	
Врач общей практики	2 недели	3			
	4 недели	2			
	2 месяца	2			
	6 месяцев	1			
	12 месяцев	6			

^a Данные изучения исследований EUROHIS.

7.3.3 Разнообразие инструментариев

На основании ответов, полученных в ходе изучения исследований, был сделан вывод о значительном разнообразии инструментариев для оценки обращаемости за лечебно-диагностической помощью в европейском регионе. Различия наблюдались в отношении определения разделов, анализируемых периодов и состава вопросов. Поэтому мало надежды на проведение международных сравнений посредством согласования ранее полученных массивов данных (как первоначально планировалось проектом EUROHIS). Поэтому группа по обращаемости за лечебно-диагностической помощью сосредоточилась на разработке нового инструментария, основанного на мнениях, высказанных в ходе изучения исследований, обсуждений на совещаниях группы, а также на доступной методологической литературе. Национальные инструментарии, собранные в результате изучения исследований, обеспечили необходимую справочную базу для формулировки соответствующих вопросов и вариантов ответа.

7.4 Определение концепции, разделы и элементы общего инструментария

7.4.1 Определение концепции

Понятие «обращаемость за лечебно-диагностической помощью» определяется как обращаемость населения за услугами, оказываемыми работниками, учреждениями и/или компаниями в области лечения заболеваний медицинскими и парамедицинскими методами.

7.4.2 Состав разделов

Критерии, использованные при выборе разделов, которые должны найти отражение в общем инструментарии, включали значение раздела с точки зрения объемов и затрат, возможность оценки посредством опроса о состоянии здоровья, включение в опросы о состоянии здоровья, проводящиеся в настоящее время, возможность международных сравнений и доступность национальных учетных данных.

Таким образом, были выбраны следующие наиболее важные разделы:

- госпитализация;
- посещения врачей, особенно врачей общей практики и специалистов;
- посещения стоматологов.

Хотя данные о выписке из стационара регистрируются во всех странах, госпитализации придается первоочередное значение, поскольку учетные данные обычно относятся к случаю госпитализации, а не к пациенту. Опрос о состоянии здоровья населения дает дополнительную возможность определить число госпитализаций отдельного лица. Кроме того, преимуществом считается возможность в рамках опроса о состоянии здоровья, анализа информации в связи с социально-экономическими показателями и другими переменными, связанными со здоровьем. Недостатками метода опроса о состоянии здоровья по этому разделу является необходимость большого размера выборки (из-за сравнительно редкого оказания стационарной помощи на индивидуальном уровне) и потенциальные искажения, когда опрашиваются только те люди, которые находятся дома. Но последняя проблема преимущественно ограничивается старшими возрастными группами.

Первоначально в качестве факультативного компонента было предложено включить раздел «обращения в поликлинику по поводу диагностических исследований». Но после анализа результатов апробации принято решение не включать его из-за пересечения с вопросами о госпитализации и посещениях врачей.

В качестве разделов второй очереди были выбраны следующие «другие» медицинские услуги:

- физиотерапевта;
- диетолога;
- логопеда;
- народного целителя (гомеопата, специалиста по акупунктуре, мануального терапевта, натуропата и др.);
- учреждений амбулаторной психиатрической помощи;
- психолога и психотерапевта вне учреждений амбулаторной психиатрической помощи.

Хотя обращения к диетологу и логопеду редко упоминались в ходе изучения исследований, они включены, поскольку обычно входят в состав официальных парамедицинских услуг здравоохранения. Инструментарий, разработанный для оценки этих разделов второй очереди, построен таким образом, что могут легко добавляться и другие разделы, если страны сочтут их необходимыми для своих национальных информационных систем в области здравоохранения.

7.4.3 Определение наиболее важных разделов

Стационары

К стационарам относятся многопрофильные больницы, специализированные стационары, университетские клиники (вузов) и психиатрические больницы.

Все страны, принявшие участие в изучении исследований, поддержали необходимость включения этих типов стационаров. Хотя ряд стран также упомянули больницы сестринского ухода и интернаты для психически больных, было решено их исключить, поскольку население, находящееся в учреждениях длительного пребывания, обычно не участвует в национальных опросах о состоянии здоровья.

Врачи

Было решено, что оценка посещений врачей должна включать посещения врачей общей практики и специалистов. Поскольку в различных странах общую медицинскую помощь оказывают разные типы врачей, принято решение, что к посещениям врачей, кроме врачей общей практики, относятся врачи отделений скорой и неотложной помощи, врачи на производстве, педиатры (в анкетах, адресованных детям) и специалисты. Хотя в некоторых странах гинекологи также участвуют в оказании общей медицинской помощи женщинам, решено не выделять их в отдельную категорию. Но они включены в факультативный вопрос о типе специалиста, к которому респондент обращался в последний раз.

Указание различных типов врачей в вопросах обладает тем преимуществом, что оценивается одно и то же понятие «врача», что различия в общей частоте лучше поддаются интерпретации. В конечном итоге было принято решение, что этим конкретным вопросам должен предшествовать общий «всеобъемлющий» вопрос о посещениях врачей всех типов (см. раздел 7.5.2). Это в настоящее время практикуется многими странами, принявшими участие в изучении исследований (15 из 22 используют всеобъемлющий вопрос).

В понятие «врач», таким образом, включаются лечащие врачи всех типов, а именно врачи общей практики (семейные врачи), врачи скорой и неотложной помощи, врачи на производстве, педиатры и специалисты. Термин «специалист» относится к врачу, прошедшему дополнительное обучение по конкретной специализации, либо хирургической (например, хирург общего профиля, хирург-ортопед), либо терапевтической (например, невролог, пульмонолог и т.д.).

Стоматолог

По результатам изучения исследований был сделан вывод, что ортодонтологическую помощь в большинстве стран оказывают как стоматологи, так и ортодонты, а в некоторых странах только ортодонты. Поэтому при создании сопоставимого инструментария сочтено целесообразным включить ортодонтов в определение стоматологов. Поэтому обращение к стоматологу определяется как посещение стоматолога и/или ортодонта.

7.4.4 Выбор элементов, подлежащих оценке

По наиболее важным разделам инструментарий должен оценивать, по крайней мере, частоту посещений или приема по каждому типу медицинских работников или учреждений. Другие включенные элементы были различны для каждого раздела. В таблице 7.3 представлены элементы, отобранные по каждому разделу, и первоначально присвоенный им приоритет. Некоторые элементы, указанные здесь как базовые, были в дальнейшем сочтены факультативными.

Выбор элементов в значительной степени основывается на мнениях, выраженных в ходе изучения исследований. Например, ввиду тенденции к расширению оказания стационарной помощи в режиме дневного пребывания было решено включить в общий инструментарий по госпитализации отдельный вопрос о помещении в дневной стационар, кроме круглосуточной госпитализации. Большинство стран полагают, что необходимо оценивать и продолжительность круглосуточной госпитализации (для пациентов дневных стационаров это включается в показатель частоты). Вопросы о некоторых элементах при изучении исследований отдельно не задавались. Но группа EUROHIS сочла их важными, например, вопрос о «наличии собственных зубов» в связи с обращениями к стоматологу. Этот вопрос был включен из соображений сопоставимости: наличие собственных зубов варьирует от страны к стране и оказывает существенное влияние на число обращений к стоматологу.

По разделам *второй очереди* («другие медицинские услуги») было решено оценивать только, обращался ли респондент за соответствующим видом лечебно-диагностической помощи в течение

последних 12 месяцев. Это частично объясняется меньшей значимостью этих разделов, а также недостаточным количеством положительных значений, которые были бы получены по населению в целом, если бы оценивалась частота.

Кроме описанных выше базовых элементов, группа EUROHIS предложила также ряд факультативных элементов (табл. 7.3). Другими элементами, которые обсуждались, но не были включены, являются разграничение первичной и повторной госпитализации или первичного/повторного посещения врача (это слишком сложно для респондентов) и разграничение частных/государственных учреждений/практик (это зависит от конкретной страны). Такие предложения, как направления на консультацию (медработником к медработнику) и наличие очередей, не включены в общий инструментарий, поскольку они расценены как слишком конкретные, с точки зрения основной задачи общего инструментария. Хотя опрос о состоянии здоровья является уникальным средством для оценки удовлетворенности лечебно-диагностической помощью, такой вопрос включен не был, поскольку он выходит за рамки индикатора «обращаемость за лечебно-диагностической помощью».

Таблица 7.3.

Элементы, отобранные для разделов индикатора «обращаемость за лечебно-диагностической помощью», и предварительная разбивка на базовые и факультативные элементы

Раздел	Элемент	Предварительный приоритет
Госпитализация	Частота и продолжительность круглосуточного пребывания в стационаре	Основной
	Частота пребывания в дневном стационаре	Основной
	Причина госпитализации	Основной
Посещения врачей	Продолжительность госпитализации по отдельным причинам	Факультативный
	Операции	Факультативный
	Частота	Основной
	Доля лиц, обратившихся в течение 12 месяцев	Основной
Посещения стоматолога	Причина обращения	Основной
	Место оказания помощи	Основной
	Тип специалиста	Основной
	Болезнь или нарушение, ставшее поводом для обращения	Факультативный
	Частота	Основной
Обращения за другими медицинскими услугами	Доля лиц, обратившихся за последние 12 месяцев	Основной
	Причина обращения	Основной
	Наличие собственных зубов	Основной
	Регулярность посещения стоматолога	Факультативный

7.5 Разработка проекта общего инструментария

Элементы, представленные в таблице 7.3, были конкретизированы и оформлены в виде предварительного перечня вопросов и вариантов ответа, как описано ниже²⁹. Эффективность полученного проекта инструментария оценивалась в ходе апробации EUROHIS в 2000 г. и более масштабных полевых испытаний в 2001 г. Окончательный вариант рекомендуемого инструментария представлен в разделе 7.7 и Приложении 7.1.

Данный инструментарий предназначен, в первую очередь, для использования в ходе личных и телефонных интервью с взрослыми. В опросах такого типа (с помощью компьютера) легко осуществить сложные переходы от вопроса к вопросу, а анализируемый период можно уточнить, добавляя в формулировку вопроса («то есть, с ... (дата) ...»). Такие обороты неприменимы при самостоятельном заполнении анкет. Поэтому в случае применения в режиме почтового опроса инструментарий нуждается в адаптации.

При необходимости инструментарий годится для ответа по доверенности. Это дает то преимущество, что потенциальные респонденты, находящиеся в настоящий момент в стационаре, или те, кто слишком болен, чтобы участвовать в опросе, могут все же быть охвачены, тем самым, обеспечивая большую представительность выборки. Когда в исследуемое население входят дети, ответы на вопросы даются доверенным лицом и некоторые вопросы нуждаются в адаптации. Ряд предложений по этому поводу описан в руководстве по окончательному варианту рекомендуемого инструментария (но инструментарий не проверялся на детях).

7.5.1 Проект вопросов по госпитализации

Вводная часть

Представляется необходимым включение вводного текста, чтобы объяснить термин «госпитализация». В соответствии с принятым определением (см. раздел 7.4.3) это охватывает поступление в больницы всех типов, к которым относятся все многопрофильные и специализированные стационары, университетские клиники и психиатрические больницы. Поскольку нецелесообразно перечислять в анкете все эти различные типы больниц, просто указывается, что следует иметь в виду все стационары. Судя по изучению исследований, лишь в немногих странах часто используется термин «клиника» для обозначения больницы — там рекомендуется изменить вводный текст, указав «все больницы и клиники».

Первоначально в вводном тексте исключались некоторые типы больниц длительного пребывания, но это иногда с трудом поддавалось переводу и не мешало респондентам все же указывать пребывание в стационарах длительного пребывания. Поэтому от такого исключения пришлось отказаться; тем не менее, в тех странах, где распространено пребывание в санаториях и профилакториях, особенно по немедицинским показаниям, рекомендуется их в явном виде исключить. Если инструментарий все же приводит к учету данных по долговременной госпитализации (это в любом случае будет ничтожно малая величина, поскольку в большинстве опросов не участвует население, находящееся в специализированных учреждениях), информация может быть соответствующим образом скорректирована. Например, можно провести международное сравнение длительности пребывания в стационаре для тех лиц, кто сообщает только об одном случае госпитализации за последний год, а длительные пребывания (> 30 суток) можно исключить.

Признается, что в составе опрашиваемой выборки могут быть недостаточно представлены пациенты, прошедшие курс лечения по поводу психического заболевания.

²⁹ Подробный технический отчет предоставляется авторами по запросу.

С учетом высокой частоты госпитализации в связи с родами, а также ввиду различий в уровне рождаемости и месте родов (в стационаре или на дому) между странами, было сочтено целесообразным во введении указать на включение в рассмотрение госпитализации по поводу родов. Чтобы обеспечить возможность ее отдельного анализа в дальнейшем, госпитализация в связи с рождением ребенка выделяется в вопросах среди причин госпитализации.

Лечебно-диагностическая помощь в режиме круглосуточного и дневного стационара

Административные установки, дифференцирующие дневное и круглосуточное пребывание в стационаре, отличаются от страны к стране, что объясняет невозможность создания общего инструментария опросов, который отвечал бы потребностям всех стран. В то время как во многих странах в качестве точки отсчета используется полночь (0.00 часов), в других — например, полдень (12.00 часов). Для общего инструментария было выбрано наиболее часто используемое время, полночь (т.е. круглосуточное пребывание включает проведение в больнице ночи). В формулировке вопросов это четко оговаривается, чтобы в различных странах оценивалось одно и то же понятие. Чтобы различать оказание помощи пациентам в режиме дневного стационара и амбулаторное обслуживание, было решено включить в определение дневной стационарной помощи тот факт, что пациент помещается на стационарную койку. По результатам апробации слово «помещается» было подчеркнуто, а термин «для лечения» исключен во избежание путаницы с амбулаторной диагностикой.

Таким образом, круглосуточная стационарная помощь определяется как пребывание в стационаре в течение суток или дольше, а обслуживание в режиме дневного стационара — как помещение на стационарную койку с ее освобождением до полуночи в тот же день.

В некоторых странах может возникнуть проблема, что система государственной отчетности не рассматривает родовспоможение в стационаре как часть круглосуточной стационарной помощи, а результаты опросов относят ее к таковой (например, если госпитализация по поводу родов продолжается после полуночи, она будет расцениваться как круглосуточная, даже если общее время пребывания составляет менее 24 часов). Если такие страны сочтут необходимым выделить число госпитализаций по поводу родов, можно включить дополнительный вопрос (сформулированный в соответствии с национальным определением) после вопроса о причине помещения в круглосуточный стационар.

Частота госпитализации, анализируемый период

Оптимальным анализируемым периодом для госпитализации является 12 месяцев из-за низкой распространенности госпитализации в обычной опрашиваемой выборке. Вероятность недоучета из-за особенностей памяти незначительна, поскольку люди не склонны забывать о поступлении в стационар (Hupkens 1997; Swinkels 1996b). Кроме того, в большинстве стран уже применяется анализируемый период 12 месяцев, и их опыт преимущественно положительный, например, при сравнении с учетными данными.

Для решения проблемы пребывания в стационаре, которые пересекают границы анализируемого периода (например, пребывания, которые начались более 12 месяцев назад, но закончились менее 12 месяцев назад, а также пребывания, которые еще продолжаются в момент интервью) было определено, что во внимание принимаются только случаи пребывания в стационаре, которые закончились на протяжении анализируемого периода в 12 месяцев. В случае интервьюирования доверенного лица следует уточнить, что продолжающуюся госпитализацию необходимо исключить. Кроме того, использование формулировки «Вы были в больнице ...» вместо «Вас клали в больницу ...» подразумевает включение тех случаев пребывания в стационаре, которые начались более 12 месяцев назад и закончились в течение анализируемого периода.

Таким образом, частота госпитализации определяется как число пребываний в круглосуточном стационаре и число дней, проведенных в дневном стационаре, которые закончились в течение последних 12 месяцев.

Продолжительность круглосуточной госпитализации (объем)

При определении продолжительности пребывания в стационаре обычно рекомендуется считать число ночей, поскольку это не так неоднозначно, как число дней (Hupkens 1997). Тогда можно подсчитывать общее число ночей (во всех случаях госпитализации за последние 12 месяцев), число ночей в каждом случае госпитализации в отдельности или только число ночей при последнем пребывании в стационаре. Обычно предпочтение отдается (Hupkens 1997) подсчету ночей в каждом случае госпитализации в отдельности, для чего задается вопрос о датах поступления и выбытия из стационара, но это было сочтено нецелесообразным для общего инструментария. Выяснение продолжительности только последней госпитализации имеет тот недостаток, что таким образом недооценивается госпитализация тех, кто часто попадает в стационар. Кроме того, при этом менее точно определяется на индивидуальном уровне общее число ночей, проведенных в стационаре, за последний год (умножением числа ночей во время последнего пребывания на число случаев госпитализации за предшествующий год). Ввиду последнего обстоятельства при анализе корреляции с другими переменными будут недооцениваться реальные последствия.

Поэтому было решено оценивать продолжительность круглосуточной госпитализации, задавая вопрос об общем числе ночей во всех случаях пребывания в стационаре, которые закончились за последние 12 месяцев.

На совокупном уровне, таким образом, определяется объем госпитализации (число ночей) за 12 месяцев. Ночи продолжающихся случаев госпитализации не учитываются, но это компенсируется включением всех ночей пребывания в стационаре, которые начались более 12 месяцев назад (и закончились в течение последних 12 месяцев). Существует возможность ошибки, связанной с тем, что респондента просят сложить все ночи, проведенные в больнице за несколько госпитализаций без указания дат. Но поскольку огромное большинство населения госпитализируется на протяжении года только однажды, лишь немногим респондентам придется подсчитывать число ночей в нескольких случаях пребывания в стационаре.

Данный инструментарий может также применяться для оценки средней продолжительности госпитализации путем деления общего числа ночей в завершившихся случаях стационарного лечения на число законченных случаев госпитализации за последние 12 месяцев.

Если страны хотят оценить продолжительность госпитализации по причинам помещения в стационар, они могут ввести для этого дополнительный вопрос (обратите внимание, что это будет факкультативный вопрос, а не часть базового инструментария).

Причина госпитализации

Ряд стран, участвовавших в изучении исследований, сочли, что причину госпитализации (с разбивкой на широкие категории) следует включить в общий инструментарий. Но такая информация должна быть очень общей из-за небольшого числа госпитализировавшихся респондентов; кроме того, респондентам может оказаться трудно отнести свой диагноз к наиболее подходящей категории.

Поэтому было решено, что отдельные вопросы следует задавать только по поводу категорий «роды» и «травмы и несчастные случаи», а другие причины должны включаться в дополнительный вопрос (впоследствии классифицированный как факультативный) с предоставлением возможности произвольного ответа. Если страны захотят более подробно изучить причины госпитализации, им придется впоследствии закодировать ответы, и лучше, чтобы это сделал квалифицированный медицинский работник на основе либо международной классификации болезней (МКБ) (WHO 1992), либо международной классификации первичной медицинской помощи (ICPC³⁰) (Lamberts,

³⁰ International Classification of Primary Care.

Wood 1998). Имеется электронная версия ICPC, применимая для автоматизированного учета данных о пациентах и исследовательских задач, которая может быть конвертирована в МКБ-10 (Okkes et al. 2000).

Из практических соображений было принято решение, что следует выяснять причину только последнего пребывания в стационаре, которое закончилось в последние 12 месяцев, и последнего посещения дневного стационара за последние 12 месяцев.

Чтобы получить возможность приблизительно оценить частоту хирургических вмешательств, можно добавить отдельный вопрос по этому поводу относительно последнего (законченного) случая госпитализации. Это факультативный вопрос, выходящий за рамки базового инструментария.

7.5.2 Проект вопросов о посещениях врачей

Вводная часть

Необходимо уточнить, какие посещения врачей учитываются, а какие нет. Для общего инструментария к посещениям врачей относятся: (а) только консультации по поводу собственных заболеваний (обращения доверенных лиц допускаются только у детей); (б) консультации во врачебном офисе, на дому (для врачей общей практики) и по телефону; (в) посещения врача в поликлинике и (г) обращения к врачу отделения скорой помощи или травматологии. Не должны учитываться: (а) контакты, целью которых является только запись на прием и (б) консультации во время пребывания в стационаре. В результате вводный текст довольно значителен по объему, но это неизбежно.

Врачи

Предварительный вариант анкеты включал только посещения врачей определенного типа, отобранных сетью EUROHIS (см. раздел 7.4.3); общую частоту посещений можно было тогда определить суммированием этих отдельных частот. Но апробация выявила значительные различия между странами в определении этих типов врачей, что, вероятно, приведет к несопоставимости данных. Во избежание этого был введен общий «всеобъемлющий» вопрос о посещениях любых врачей, за которым следуют более узкие вопросы. Перечень типов врачей не может быть исчерпывающим для всех стран, но первый «всеобъемлющий» вопрос должен обеспечить сбор данных по всем типам. Кроме того, возможен удобный для респондента порядок (фильтр), когда респонденты, не обращавшиеся за консультацией в течение последних 12 месяцев, пропускают все вопросы о врачах отдельных специальностей, в то время как те, кто посещал врача в последние 12 месяцев, но не в последние четыре недели, могут пропустить все «четырёхнедельные» вопросы о врачах отдельных специальностей.

В ходе полевых испытаний выяснилось, что у респондентов возникают проблемы с разграничением общего вопроса обо всех врачах и следующего вопроса о врачах общей практики. Для преодоления этого было включено короткое вводное предложение перед этими вопросами. Для нужд перевода и инструктажа интервьюеров было конкретизировано определение «специалиста» (см. раздел 7.4). Из практических соображений было решено, что тип специалиста следует выяснять только в отношении последнего посещения за предшествующие 12 месяцев. Варианты ответа с присвоенными кодами для типов специалистов основаны на общих категориях по результатам изучения исследований EUROHIS. Консультации с другими специалистами могут быть получены из открытого варианта ответа.

Анализируемый период

Сравнительно длинный анализируемый период 12 месяцев, который обычно используется в вопросах анкет о медицинских консультациях (см. табл. 7.2) был сочтен приемлемым только для оценки того, имела место консультация или нет. В таком контексте можно рассчитать процент лиц, консультировавшихся за последние 12 месяцев (удельный вес обратившихся), а также изучить причину последней консультации (за предшествующие 12 месяцев).

Но для определения частоты посещений необходим гораздо более короткий анализируемый период из-за особенностей памяти. Анализируемый период две недели рекомендован для посещения врача общей практики, чтобы минимизировать влияние недоучета забытых посещений и включения лишних обращений, выходящих за пределы анализируемого периода (телескопический эффект). Но ввиду того, что общий инструментарий предназначен также для оценки посещений других врачей, к которым обращаются не так часто, двухнедельный анализируемый период дает недостаточные величины с учетом среднего размера опрашиваемой выборки. Кроме того, представляется необходимым использовать одинаковый анализируемый период для различных врачей, чтобы респондент не путался. Поэтому после длительных дискуссий сеть приняла решение воспользоваться анализируемым периодом четыре недели.

Причина обращения

Как и в разделе 7.5.1 по поводу госпитализации, было решено спрашивать о причине посещения врача только в связи с последним обращением за последние 12 месяцев. Выясняется только основная причина, и ответам заранее присвоены коды; категории определялись по примерам, собранным в процессе изучения исследований EUROHIS. Из практических соображений одни и те же варианты ответа используются для каждого типа врачей, хотя в ряде стран некоторые варианты менее существенны для врачей некоторых типов.

Варианты ответа начинаются с «несчастливого случая или травмы», затем следует общая рубрика для других проблем со здоровьем (болезнь или недомогание). Следующий вариант, «осмотр», первоначально предшествовал варианту «профилактическое исследование или анализ», но в процессе апробации выяснилось, что различие между последней категорией и «осмотром» недостаточно четко, и она была исключена. Вариант «осмотр» был уточнен указанием, что он не связан ни с заболеванием, ни с недомоганиями. Включение варианта «организационные вопросы» особенно важно для международных сравнений, поскольку это частая причина для обращений (например, в связи с оформлением больничного листа) в некоторых странах.

Можно добавить факультативный открытый вопрос для сбора информации о заболеваниях или недомоганиях, которые привели к обращению к врачу, с применением системы кодирования МКБ или ICD-9.

7.5.3 Проект вопросов по стоматологической помощи

Вводная часть

В ходе апробации выяснилось, что необходимо разъяснение по поводу первого вопроса о наличии собственных зубов. Комментарий «отвечайте 'да', если у Вас остался хотя бы один зуб» был исключен после апробации, но полевые испытания продемонстрировали его необходимость. Поэтому он был перенесен в указания интервьюеру.

Анализируемый период

Из соображений единообразия и сопоставимости было решено использовать тот же анализируемый период, который выбран для посещений врачей, т.е. четыре недели для оценки частоты и 12 месяцев для выяснения процента лиц, обращавшихся к стоматологу/ортодонту, и причины последнего посещения.

Причина обращения

Предварительно закодированные варианты ответа были отобраны по результатам изучения исследований EUROHIS. «Исправление прикуса (скобка)» было включено в качестве варианта из-за специфического характера этого вида лечения, а также потому, что обращения к ортодонту включены в определение стоматологической помощи. По результатам апробации вариант «из-за боли» заменен на «боль или жалобы» и добавлен вариант «для протезирования».

Регулярность посещений стоматолога

Можно добавить факультативный вопрос о регулярности обращений к стоматологу. Этот вопрос касается работы стоматологов общего профиля и не относится к ортодонтам. Если страна сочтет это важным для собственных национальных информационных потребностей, она может также включить факультативный вопрос о том, приглашают ли стоматологи респондентов на плановые осмотры.

7.5.4 Проект вопросов о/об пользовании/обращаемости за другими видами медицинской помощи

Конкретизация медицинских услуг

Для некоторых видов медицинской помощи было трудно подобрать формулировку вопроса, поскольку организация и номенклатура таких услуг часто различается в зависимости от страны. Поэтому было решено определить медицинские услуги в общем инструментарии как можно в более общем виде, как в случае народных целителей. Странам следует использовать местные формулировки по мере необходимости.

Общий инструментарий состоит из базового перечня медицинских услуг. В соответствии с национальными потребностями в этот перечень могут добавляться другие медицинские услуги, но их следует помещать после последнего элемента базового перечня.

Анализируемый период

Поскольку оценке подлежит только процент лиц, обратившихся за этими медицинскими услугами, был выбран анализируемый период 12 месяцев, как и для обращений за терапевтической и стоматологической помощью.

7.6 Полевые испытания EUROHIS в 2001 г.

Размер инструментария по обращаемости за лечебно-диагностической помощью пришлось ограничить для нужд полевых испытаний (при которых опрос по всему инструментарии должен был занимать не более 30 минут). Поэтому полевые испытания прошли только следующие разделы: частота госпитализации в круглосуточном и дневном режиме, продолжительность пребывания в стационаре, частота посещения врачей и стоматологов. Некоторые разделы (например, консультации врачей конкретного типа) вызывали больше проблем, чем другие (например, госпитализация), хотя проблемы возникли не во всех странах. Сообщалось о множестве проблем во Франции, а в Германии их не отмечено вовсе.

7.6.1 Госпитализация

Вопросы о госпитализации в круглосуточном и дневном режиме почти не вызывали проблем при полевых испытаниях, хотя до сих пор не ясно, правильно ли респонденты понимают разницу между круглосуточным и дневным стационаром. Если какие-либо страны хотят изучить этот вопрос более подробно, им рекомендуется задавать не только базовый минимум вопросов, но также и дополнительные вопросы, например, о причине госпитализации (как указано в Приложении 7.1), а возможно, и о продолжительности каждого пребывания в круглосуточном стационаре. Тогда неправильно указанные пребывания в стационаре (например, случаи длительной госпитализации) можно будет исключить на этапе контроля данных.

7.6.2 Посещения врачей и стоматологов

Существует множество различий между странами в отношении типов врачей и причин обращения к ним. Это осложняет сопоставление общего объема таких обращений. Поэтому проект инструментария включает «всеобъемлющий» вопрос, который касается посещений врача вообще, за которым

следует ряд вопросов об обращениях к врачам конкретного типа. В трех странах Европейского Союза, участвовавших в полевых испытаниях, «всеобъемлющий» вопрос об общем числе посещений за последние четыре недели не использовался в качестве фильтра при переходе к конкретным вопросам (т.е., даже если указывалось отсутствие посещений за четыре недели, респондентам все равно задавались конкретные вопросы о последних четырех неделях). Это дало возможность изучить особенности памяти, сопоставляя частоту, исходя из ответа на «всеобъемлющий» вопрос, с суммарной частотой по ответам на конкретные вопросы. На основании этих данных можно также оценить целесообразность применения фильтрующего вопроса. В полевых испытаниях в странах СЦВЕ/ННГ «всеобъемлющий» вопрос использовался в качестве фильтра в соответствии с рекомендациями проекта инструментария.

Предполагалось, что применение «всеобъемлющего» вопроса дает более низкую частоту, чем при использовании отдельных вопросов по конкретным профилям. Таблица 7.4 подтверждает это и показывает, что частота посещений за предшествующие четыре недели, судя по «всеобъемлющему» вопросу, недооценивалась в странах Европейского Союза, например на 4% в Германии и почти на 10% в Великобритании (невзвешенные данные). В странах СЦВЕ/ННГ, из которых в таблицу 7.4 в качестве примера включена Чешская Республика, частота, исходя из «всеобъемлющего» вопроса, была также ниже, но здесь разница меньше из-за использования фильтра. Рабочая группа решила, что уровень недооценки, формируемый «всеобъемлющим» вопросом, является приемлемым и, кроме того, компенсируется преимуществами международной сопоставимости. Анализ данных по Европейскому Союзу, полученных «без фильтра», далее показал, что всего два респондента указали, что не обращались к врачу, в ответ на «всеобъемлющий» вопрос и в то же время ответили положительно на один или более конкретных вопросов. Поэтому безоговорочно рекомендуется использовать «всеобъемлющий» вопрос в качестве фильтра, чтобы сократить среднюю продолжительность интервью.

Таблица 7.4 также демонстрирует преимущество сбора международных данных о посещениях врачей конкретных профилей. Из нее следует, что в Чешской Республике, как, возможно, и в других СЦВЕ, к врачам по месту работы обращаются гораздо чаще, чем в странах Европейского Союза, хотя общая частота посещений почти такая же, как в Германии. В Великобритании, по-видимому, к специалистам обращаются реже (а к врачам общей практики чаще), чем в других странах. Таким образом, вопросы о врачах конкретных профилей (а также выясняющие причину посещения) дают важную информацию для интерпретации различий в общем объеме.

Таблица 7.4.

Число посещений врачей (за последние четыре недели), исходя из ответов на «всеобъемлющий» вопрос, по сравнению с числом обращений, судя по вопросам о врачах конкретных профилей

Страна	Невзвешенные					Взвешенные						
	Все врачи	Отдельные профили				Все врачи	Отдельные профили					
		ВОП	ТС	ПР	Спец		ВОП	ТС	ПР	Спец		
Великобритания	193	164	8	3	38	213	193	158	14	3	29	204
Германия	494	258	4	3	245	510	494	274	4	3	245	526
Франция	415	275	9	9	159	452	410	292	9	8	157	466
Всего	1102					1175	1097					1196
Чешская Республика	494	267	15	24	194	500						

ВОП — врач общей практики; ТС — травматолог и врач скорой помощи; ПР — врач на производстве; Спец — врач узкого профиля. Общий размер выборки = 400 из каждой страны.

В ходе полевых испытаний, если респонденты не обращались к врачу в течение предшествующих четырех недель, их спрашивали, имела ли место такая консультация в последние 12 месяцев, более 12 месяцев назад, или вообще не имела места. Целью данного вопроса было обеспечить возможность расчета частоты посещений в год (доли лиц с одним или более посещением за 12 месяцев), а также выделить больше респондентов для ответа на последующие вопросы о причине обращения. Интервьюеров при полевых испытаниях просили следить за поведением респондентов и отмечать, если респонденты (а) просили разъяснений или прерывали интервьюера и (б) сомневались в ответе или затруднялись с выбором варианта ответа.

В Великобритании и Франции респонденты довольно часто прерывали интервьюера и/или просили разъяснений, а в Германии, по-видимому, вопросы воспринимались хорошо. Проблемы во Франции могли быть связаны с ошибками в переводе, но данные свидетельствуют, что респонденты из Великобритании были менее уверены в своих ответах. Затруднения в том, чтобы вспомнить дату последнего обращения, возможно, объясняются сравнительно низкой частотой посещений в Великобритании, что предполагает меньшую надежность данных, полученных в ответ на вопросы о последних четырех неделях, по сравнению с теми, которые относятся к последним 12 месяцам. Но проблемы с памятью не представляли серьезных затруднений при ответе на вопросы о 12 месяцах, поэтому рекомендуется оставить эти вопросы в общем инструментарии с тем, чтобы для всех медицинских услуг использовался один и тот же временной интервал.

7.7 Рекомендуемый общий инструментарий по обращаемости за лечебно-диагностической помощью

Окончательный вариант рекомендуемого общего инструментария является «развернутым», он включает минимальный набор из 10 базовых вопросов, рекомендуются для включения ряд дополнительных важных вопросов и некоторые факультативные вопросы (см. табл. 7.5 и Приложение 7.1). Отдельные страны могут, безусловно, дополнять общий инструментарий и другими вопросами в соответствии с собственными национальными приоритетами. Для обеспечения сопоставимости такие вопросы следует вставлять после общих вопросов.

Таблица 7.5.

Обзор основных и дополнительных вопросов в окончательном варианте инструментария с указанием тех, что прошли апробацию и полевые испытания EUROHIS (номера вопросов взяты из Приложения 7.1)

Раздел	Минимальные базовые вопросы	Дополнительные базовые вопросы	Факультативные вопросы	Апробация	Полевые испытания
<i>Круглосуточная госпитализация</i>					
Частота за 12 месяцев	1,2			X	X
Общая продолжительность за 12 месяцев	3			X	X
Продолжительность последнего пребывания			4e	X	
Причина последнего пребывания		4a, 4b		X	
Другие причины последнего пребывания (открытый вопрос)			4c	X	
Операции во время последнего пребывания			4d		

<i>Лечение в дневном стационаре</i>				
Частота за 12 месяцев	5, 6		X	X
Причина последнего пребывания		7а, 7б	X	
Другие причины последнего пребывания (открытый вопрос) ^а			7с	X
Операции во время последнего пребывания ^а			7d	
<i>Посещения врача (вообще)</i>				
Частота за четыре недели	8			X
Посещение за последние 12 месяцев	9(и 8)			X
<i>Посещения врача общей практики*)</i>				
Частота за четыре недели		10	X	X
Посещение за последние 12 месяцев		11(и 10)	X	X
Причина последнего обращения ^б		12а	X	
Место последнего оказания помощи			12б	X
<i>Обращения к врачам скорой помощи и травматологам</i>				
Частота за четыре недели		13	X	X
Обращение за последние 12 месяцев		14(и 13)	X	X
Причина последнего обращения ^б		15	X	
<i>Посещения врача по месту работы</i>				
Частота за четыре недели		16	X	X
Посещение за последние 12 месяцев		17(и 16)	X	X
Причина последнего обращения ^б		18	X	
<i>Обращения к врачам – узким специалистам и хирургам</i>				
Частота за четыре недели		19	X	X
Обращение за последние 12 месяцев		20 (и 19)	X	X
Причина последнего обращения ^б		21а	X	
Профиль узкого специалиста, к которому было последнее обращение			21б	X
<i>Посещения стоматолога</i>				
Частота за четыре недели	23		X	X
Посещение за последние 12 месяцев	24 (и 23)		X	X
Причина последнего обращения		25	X	
Наличие собственных зубов	22		X	X
Регулярность посещений			26	X
<i>Обращения за другими видами медицинской помощи</i>				
Обращение за последние 12 месяцев			27	X

^а Позволяет оценить способность респондента отличать госпитализацию в режиме дневного стационара от амбулаторных посещений.

^б С предварительным кодированием вариантов ответа. После этого может быть добавлен открытый вопрос: «Каково было Ваше заболевание или нарушение здоровья?»

^{*)} В России — это может быть участковый терапевт (прим. переводчика).

При анализе данных, собранных с помощью общего инструментария, рекомендуется применять следующие подходы для определения различных частот и уровней обращаемости.

7.7.1 Круглосуточная госпитализация

Процент лиц, госпитализированных в круглосуточные стационары, в течение одного года: [Число респондентов, побывавших в круглосуточных стационарах за последние 12 месяцев (вопрос 1) – Число респондентов, госпитализировавшихся 1 раз и до сих пор не выписанных («0 случаев» в вопросе 2)] / Общее число респондентов (вопрос 1).

Число случаев круглосуточной госпитализации за один год на душу населения: Общее число случаев пребывания в круглосуточном стационаре, которые закончились за последние 12 месяцев (вопрос 2) / Общее число респондентов (вопрос 1).

Число случаев круглосуточной госпитализации за один год на одного госпитализированного: Общее число случаев круглосуточной госпитализации, которые завершились в течение последних 12 месяцев (вопрос 2) / Общее число респондентов с одним или более случаев госпитализации (вопрос 2).

Число дней пребывания в стационаре за один год на душу населения: Общее число ночей за все случаи пребывания в стационаре, которые завершились в течение последних 12 месяцев (вопрос 3) / Общее число респондентов (вопрос 1).

Число дней пребывания в стационаре за один год на одного госпитализированного: Общее число ночей за все случаи пребывания в стационаре, которые завершились в течение последних 12 месяцев (вопрос 3) / Общее число респондентов с одним или более случаев госпитализации (вопрос 2).

Средняя продолжительность круглосуточной госпитализации: Общее число ночей за все случаи пребывания в стационаре, которые завершились в течение последних 12 месяцев (вопрос 3) / Общее число случаев круглосуточной госпитализации, которые завершились за последние 12 месяцев (вопрос 2).

7.7.2 Лечение в дневном стационаре

Процент лиц, госпитализированных в дневные стационары в течение одного года: определяется непосредственно по ответу на вопрос 5.

Число случаев госпитализации в дневном стационаре в год на душу населения: Общее число случаев лечения в дневном стационаре (вопрос 6) / Общее число респондентов (вопрос 5).

Число случаев госпитализации в дневном стационаре в год на одного пролеченного: Общее число случаев лечения в дневном стационаре (вопрос 6) / Общее число респондентов с одним или более случаев лечения (вопрос 6).

7.7.3 Посещения врачей и стоматологов

Следующие оценки могут быть получены по ответам на вопросы 8/9, 10/11, 13/14, 16/17, 19/20 и 23/24, где каждая пара состоит из вопроса о четырех неделях, за которым следует вопрос о последнем годе.

Процент лиц, обратившихся в течение четырех недель: определяется непосредственно по вопросу о четырех неделях. Эта величина дает наиболее достоверную оценку обращаемости к врачам и стоматологам.

Но следующий показатель (частота посещений в год) полезен при анализе обращаемости за медицинской помощью отдельных профилей.

Процент лиц, обратившихся в течение года: (Число респондентов, обратившихся в течение последних четырех недель + Число респондентов, не обратившихся в течение последних четырех недель, но обратившихся в последний раз менее 12 месяцев назад) / Общее число респондентов (вопрос о четырех неделях).

Число посещений в год на душу населения: (Общее число посещений в течение последних четырех недель \times 13) / Общее число респондентов (вопрос о четырех неделях).

Число посещений в год на одного обратившегося: (Общее число посещений в течение последних четырех недель \times 13) / (Число респондентов, обратившихся в течение последних четырех недель + Число респондентов, не обратившихся в течение последних четырех недель, но обратившихся в последний раз менее 12 месяцев назад).

7.7.4 Обращения за другими видами лечебно-диагностической помощи

Процент лиц, обратившихся в течение года за другими видами лечебно-диагностической помощи, определяется непосредственно по вопросу 27.

7.8 Выводы

Разработка общего инструментария по обращаемости за лечебно-диагностической помощью была сопряжена с трудностями, связанными с разнообразием структуры европейских систем здравоохранения и особенностей их функционирования. Кроме того, из-за многообразия существующего социологического инструментария пришлось создать новый инструментарий, для которого ранее не существовало методологической базы. Несмотря на эти препятствия, рабочая группа EUROHIS нашла общие аспекты и сопоставимые определения и разработала инструментарий, который может применяться во всех странах. С учетом стремления удовлетворить потребность в простом инструментарии, который, тем не менее, давал бы важную и сопоставимую информацию, не все проблемы удалось решить полностью, но были сформулированы «оптимальные решения». Полевые испытания полученного инструментария дали достаточно хорошие результаты. Инструментарий построен таким образом, что кроме десяти базовых вопросов страны могут выбрать дополнительные базовые и/или факультативные вопросы, а также при желании добавить собственные. Предполагается, что данный инструментарий дает информацию, обеспечивающую международную сопоставимость данных по обращаемости за медицинской помощью, и будет способствовать интерпретации существующих различий.

Литература

- HUPKENS, C. (1997) *Coverage of health topics by surveys in the European Union*. Luxembourg, EUROSTAT (Working Paper Population and Social Conditions, 3/1998/E/No. 10).
- LAMBERTS, H. & WOOD, M. (1998) *International Classification of Primary Care*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- OKKES, I. ET AL. (2000) ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *Family practice*, **17**: 101-107.
- SWINKELS, H. (1996a) *Measuring medical consumption: registrations or health interview surveys?* Paper presented at the PHARE Seminar on Health Interview Surveys, 28 May – 6 June 1996. Voorburg, Statistics Netherlands.
- SWINKELS, H. (1996b) *Health interview surveys and the measurement of medical consumption*. Paper for PHARE Seminar on Health Interview Surveys, 28 May – 6 June 1996. Voorburg, Statistics Netherlands.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th revision. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997) *Common methods and instruments for health interview surveys in Europe. Report on the 4th WHO Consultation, 26–28 February 1997*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document EUR/ICP/INFO 02 03 05).

Приложение 7.1

Рекомендуемый EUROHIS общий инструментарий по обращаемости за лечебно-диагностической помощью по поводу заболеваний

(окончательно сформирован после полевых испытаний 2001 г.;
обратите внимание, что вопросы 4, 7, 12, 15, 18, 21 и 25–27
не были включены в анкету при полевых испытаниях)

Указания руководителям опросов

Технические подробности

Указание перед вопросом 1: в странах, где люди часто используют термин «клиника» для обозначения больницы, рекомендуется упомянуть, что «имеются в виду все больницы и клиники». В странах, где часто практикуются пребывания в санатории или профилактории по немедицинским показаниям, исключение таких случаев можно специально оговорить во вводном тексте.

Анкета предназначена для интервью при личном общении и по телефону. Для самостоятельного заполнения (опросы по почте) текст необходимо адаптировать.

Инструментарий можно использовать при ответах по доверенности, хотя при этом необходимы некоторые изменения, т.е. замена в вопросах местоимения «Вы» на имя лица; вопрос 4 также следует изменить на: «Рассматривая последнее завершённое пребывание в круглосуточном стационаре...»

В странах, где не существует дневных стационаров, вопросы 5–7 можно исключить, а 7b можно исключить в странах, где госпитализация в связи с родами всегда продолжается не менее суток.

Факультативный вопрос о болезни или нарушении здоровья, повлекших за собой (последнее) посещение врача, может быть добавлен после вопросов 12a, 15, 18 и 21a: «Какая болезнь или нарушение здоровья были поводом?» (с открытым вариантом ответа). Этот вопрос должен пропускаться, когда ответом на предыдущий (12a, 15, 18, 21a) является «профосмотр».

Комментарии для переводчика

Представленные здесь формулировки инструментария являются окончательными, рекомендованными после апробации и полевых испытаний предварительных вариантов.

При необходимости странам следует использовать местные названия лечебных учреждений и медицинских работников, упомянутых в вопросах 21b и 27.

Вопрос 13: термин «травматологический пункт или станция скорой помощи» следует перевести только в том случае, когда такие учреждения функционируют отдельно от соответствующих отделений больницы.

Вопрос 16: «врач по месту Вашей работы» означает врачей в медицинских пунктах на производстве.

Вопрос 23: «по поводу собственного здоровья» обозначает, что респондент сам проходил обследование или курс лечения (а не сопровождал ребенка, супругу и т.д.).

Адаптация для детей (0-14 лет)

Если в опрашиваемую выборку входят дети, на вопросы должно отвечать доверенное лицо (см. «технические подробности» выше). Во вводном тексте перед вопросом 1 и вопросами 4b и 7b тер-

мин «при родах» следует заменить на «при рождении». В вопросах 16–18 термин «врач по месту Вашей работы» следует заменить на «педиатр». В вопросах 19–21 термин «врач — узкий специалист или хирург» следует заменить на «врач — узкий специалист или хирург, кроме педиатра».

Сокращенные варианты анкеты

В вопросах можно использовать только часть инструментария, в зависимости от национальных приоритетов, хотя рекомендуется всегда включать минимальный набор базовых вопросов (см. табл. 7.5). Но порядок вопросов менять не следует, и дополнительные местные вопросы должны всегда включаться после соответствующих базовых вопросов.

Если вопросы о врачах конкретных профилей (вопросы 10–21) не используются, дополнительный вопрос о причине последнего посещения врача может включаться после вопроса 9 (на него отвечают только в том случае, если ответ на вопрос 8 > 0, а на вопрос 9 — «менее 12 месяцев назад»), т.е. «Последний раз, когда Вы обращались к врачу, какова была основная причина обращения?» Варианты ответа как в вопросе 12а.

АНКЕТА (полный вариант, 15+ лет)

Интервьюер: Следующие вопросы касаются госпитализации. Включаются все виды стационаров. [Для женщин в возрасте до 50 лет добавьте:] Включается также пребывание в стационаре в связи с родами.

1. За последние 12 месяцев, то есть с (дата год назад) поступали ли Вы в круглосуточный стационар, на сутки или более продолжительный срок?
 - Да
 - Нет → 5
2. Сколько раз Вы поступали в круглосуточный стационар, начиная с (дата год назад)?
 - Учитываются все госпитализации, которые закончились за этот срок.
 - ... раз [если все еще в стационаре = 0 раз → 5]
3. Сколько всего ночей Вы провели в круглосуточном стационаре во всех этих случаях?
 - ... ночей
4. Рассматривая последний случай пребывания в круглосуточном стационаре:
 - a. Вы поступали в больницу из-за травмы или несчастного случая?
 - Да → 4d
 - Нет → 4b, если респондент — женщина в возрасте 15–50 лет; в ином случае → 4c
 - b. Вы поступали в больницу в связи с родами?
 - Да → 4d
 - Нет
 - c. Из-за какого заболевания или нарушения здоровья Вы были госпитализированы?
 -
 - d. Вам делали операцию?
 - Да
 - Нет

Вопрос e. задается, только если в ответе на вопрос 2 более одного случая пребывания в стационаре:

е. Сколько ночей Вы провели в больнице во время последней госпитализации?

... ночей

5. За последние 12 месяцев, т.е. с (дата год назад) поступали ли Вы в дневной стационар, то есть помещали ли Вас на больничную койку без требования оставаться на ночь?

Да

Нет → 8

6. Сколько раз Вы были пациентом дневного стационара, начиная с (дата год назад) ... раз [= число дней; считайте каждый день]

7. Рассматривая последний случай пребывания в дневном стационаре:

а. Вы поступали в больницу из-за травмы или несчастного случая?

Да → 7d

Нет → 7b, если респондент — женщина в возрасте 15–50 лет, в ином случае → 7c

б. Вы поступали в больницу в связи с родами?

Да → 7d

Нет

с. Из-за какого заболевания или нарушения здоровья Вас госпитализировали?

.....

d. Вам делали операцию?

Да

Нет

Интервьюер: Следующие вопросы касаются посещений врачей. Включаются обращения в медицинские учреждения, к частным врачам, визиты врача на дом и консультации по телефону. Учитывайте обращения к врачам в поликлинике и в отделениях скорой помощи, но исключите контакты в процессе пребывания в стационаре.

(Указание интервьюеру: не следует учитывать контакты, единственной целью которых была запись на прием)

Интервьюер: Первый вопрос — о посещениях врачей всех профилей.

8. За последние четыре недели вплоть до вчерашнего дня, то есть с (дата), сколько раз Вы обращались к врачу по поводу собственного здоровья (то есть, не сопровождали ребенка, супруга и т.д.)?

... раз → [ни разу = 0] если 0, то → 9
если > 0, то → 10

9. Когда Вы в последний раз обращались к врачу по поводу собственного здоровья?

• Менее 12 месяцев назад, то есть после (дата год назад)

• До этого или никогда → 22

Интервьюер: Теперь мы зададим Вам ряд вопросов о врачах отдельных специальностей, к которым Вы обращались.

(Если ответ на вопрос 8=0, пропустите 10)

10. За последние четыре недели вплоть до вчерашнего дня, то есть с (дата), сколько раз Вы обращались к врачу общей практики или к семейному врачу по поводу собственного здоровья?

... раз → [ни разу = 0], если 0, то → 11
если > 0, то → 12

11. Когда Вы в последний раз обращались к врачу общей практики или семейному врачу по поводу собственного здоровья?
 • Менее 12 месяцев назад, то есть после (*дата год назад*)
 • До этого или никогда →13
12. Рассматривая последний случай Вашего обращения к врачу общей практики или семейному врачу:
 а. Какова была основная причина этого обращения (*прочтите все ответы, выберите один ответ*)
 несчастный случай или травма,
 заболевание или нарушение здоровья,
 профосмотр,
 возобновление рецептов,
 административная процедура (получение документа, справки, направления и т.д.),
 какая-либо другая причина?
 б. Где или как Вы получили консультацию врача общей практики:
 в кабинете врача общей практики,
 у себя дома,
 по телефону,
 в другом месте?

(Если ответ на вопрос $\delta=0$, пропустите 13)

13. За последние четыре недели вплоть до вчерашнего дня, то есть с (*дата*), сколько раз Вы обращались к врачу травматологического пункта или скорой помощи по поводу собственного здоровья?
 ... раз → [ни разу=0], если 0, то →14
 если >0, то →15
14. Когда Вы в последний раз обращались к врачу травматологического пункта или скорой помощи по поводу собственного здоровья?
 • Менее 12 месяцев назад, то есть после (*дата год назад*)
 • До этого или никогда →13
15. Рассматривая последний случай Вашего обращения к врачу травматологического пункта или скорой помощи, какова была основная причина этого обращения (*прочтите все ответы, выберите один ответ*):
 несчастный случай или травма,
 заболевание или нарушение здоровья,
 профосмотр,
 возобновление рецептов,
 административная процедура (получение документа, справки, направления и т.д.),
 какая-либо другая причина?

(Если ответ на вопрос $\delta=0$, пропустите 16)

16. За последние четыре недели вплоть до вчерашнего дня, то есть с (*дата*), сколько раз Вы обращались по поводу собственного здоровья к врачу по месту Вашей работы?
 ... раз → [ни разу=0], если 0, то →17
 если >0, то →18
- Нет врача по месту работы [код 97] →19
17. Когда Вы в последний раз обращались по поводу собственного здоровья к врачу по месту Вашей работы?
 • Менее 12 месяцев назад, то есть после (*дата год назад*)
 • До этого или никогда →19

(Указание интервьюеру: если при последнем посещении получена консультация более чем одного специалиста, укажите только того специалиста, к которому респондент обратился в первую очередь).

Интервьюер: Следующие вопросы касаются посещения стоматологов и ортодонтотв. В этой связи мы хотели бы прежде всего задать вопрос о Ваших зубах.

22. У Вас еще сохранились собственные зубы?

Да

Нет

(Указание интервьюеру: респондент должен ответить «Да», если у него остались какие-либо собственные зубы, даже если их немного).

23. За последние четыре недели, вплоть до вчерашнего дня, то есть с (дата), сколько раз Вы обращались к стоматологу или ортодонтоту по поводу собственного здоровья (то есть, не сопровождали ребенка, супруга и т.д.)?

... раз → [ни разу=0], если 0, то →24
если >0, то →25

24. Когда Вы в последний раз обращались к стоматологу или ортодонтоту по поводу собственного здоровья?

• Менее 12 месяцев назад, то есть после (дата год назад)

• До этого или никогда →26

25. Рассматривая последний случай Вашего обращения к стоматологу или ортодонтоту, какова была основная причина этого обращения (прочтите все ответы, выберите один ответ):

боль или жалоба,
очередной профосмотр,
лечение после профосмотра,
длительное лечение,
ортодонтотическая скоба,
протезирование,
какая-либо другая причина?

26. Какое из следующих утверждений лучше всего описывает регулярность Ваших обращений к стоматологу? (прочтите все варианты, отметьте первый подходящий один вариант)

- Я обращаюсь к стоматологу не реже раза в год для профилактического осмотра
- Я обращаюсь к стоматологу раз в два года для профилактического осмотра
- Я регулярно обращаюсь к стоматологу для профилактического осмотра, но с интервалом более двух лет
- Я обращаюсь к стоматологу, только когда заболит зуб или возникнет аналогичная проблема
- Я никогда или почти никогда не обращаюсь к стоматологу

(Указание интервьюеру: респондент должен выбрать один вариант, который лучше всего описывает его поведение в настоящее время).

Интервьюер: Следующий вопрос касается обращений за другими видами медицинских услуг.

27. За последние 12 месяцев, то есть с (дата год назад,) обращались ли Вы к следующим медицинским работникам или в лечебные учреждения по поводу собственного здоровья?

Физиотерапевт

Диетолог

Логопед

Да/Нет

Да/Нет

Да/Нет

Гомеопат	Да/Нет
Специалист по акупунктуре	Да/Нет
Мануальный терапевт	Да/Нет
Натуропат	Да/Нет
Другой народный целитель	Да/Нет
Услуги сиделки на дому	Да/Нет
Учреждение амбулаторной психиатрической помощи	Да/Нет
Психолог или психотерапевт вне учреждений амбулаторной психиатрической помощи	Да/Нет

Глава 8

Разработка общего инструментария для оценки потребления лекарств

Тимо Клаукка (Timo Klaukka) и Яна Мартикайнен (Jaana Martikainen)

Научно-исследовательский центр,

Институт социального страхования (KELA), Хельсинки, Финляндия

8.1 Введение

Потребление лекарств в Европе увеличивается по мере увеличения числа лиц преклонного возраста, роста ожиданий населения, связанных со здоровьем, и прогресса медицины. Основная проблема, с которой сталкиваются различные страны, — это постоянный рост расходов на лекарственные препараты, связанный, прежде всего, с заменой старых препаратов на новые, более дорогие. Лекарства часто являются важным средством борьбы с болезнями, но чрезмерное увлечение ими ведет к дополнительным затратам и вредным последствиям. С другой стороны, все еще встречается недостаточное использование лекарств из-за дефицита финансовых средств.

В связи с этим насущной задачей является рациональное использование лекарств. Для оценки качества медикаментозного лечения необходима информация о масштабах и особенностях потребления лекарств в различных группах населения. Опросы о состоянии здоровья вносят важный вклад в информационное обеспечение в области потребления лекарств. Они являются ценным источником информации, дополняющей учетные данные и статистику продаж. Но используемая в различных странах методология должна быть одинакова, чтобы улучшить сопоставимость данных.

Группа EUROHIS по изучению потребления лекарств разработала новый перечень вопросов по потреблению лекарств на основе информации, собранной в ходе «изучения исследований». Это изучение включало 20 национальных опросов о состоянии здоровья в 17 странах, в которых задавались вопросы о потреблении медикаментов. Число вопросов о медикаментах варьировало от 1 до 14, но многие вопросы состояли из нескольких пунктов. Хотя подходы в этих 20 исследованиях несколько отличались друг от друга, в них обнаружилось много полезного для разработки нового инструментария по применению лекарств.

Предварительные испытания нового проекта инструментария проводились в ряде европейских стран. После изменения вопросов в трех странах Европейского Союза были проведены более масштабные полевые испытания: в Великобритании, Германии и Франции. Теперь окончательный вариант инструментария готов для широкого применения.

8.2 Зачем изучать потребление лекарств?

Инструментарий, обеспечивающий оценку потребления лекарств, необходим по ряду причин.

- Важно знать, какая часть населения применяет различные группы препаратов. Это потребление должно оцениваться с учетом возраста, пола и социально-экономического положения;

исследования должны повторяться с регулярными интервалами для выявления тенденций в потреблении лекарств.

- Необходимо иметь информацию о роли лекарств в лечении основных заболеваний. Применение определенных препаратов может выявить пока неизвестные аспекты заболеваемости.
- Важным предметом изучения является распространенность самолечения, поскольку самолечение может заменять применение выписанных врачом препаратов. То же самое относится к использованию фитотерапии (по поводу нее ВОЗ периодически проводит опросы), которая может заменять или дополнять официальное лечение, а также может отражать отношение населения к официальной системе здравоохранения.
- Важно изучать витаминные добавки и минералы, поскольку эти компоненты все шире используются для поддержания и укрепления здоровья (ни то, ни другое не является их первоначальной или официальной задачей). Такое применение свидетельствует о полезном для здоровья поведении и может коррелировать с другими формами здорового образа жизни.

8.3 Что такое лекарство?

Чтобы изучить применение лекарств, сначала необходимо определить, что считается лекарством. Хотя существует юридическое определение Европейского Союза, оно, по-видимому, трактуется странами-членами ВОЗ по-разному, и классификация различных субстанций по категориям отличается от страны к стране. В то время как вещества, для продажи которых требуется лицензия, часто официально относятся к лекарствам, для продажи традиционных препаратов растительного происхождения обычно не требуется лицензии, поэтому по ним отсутствует документация, необходимая для регистрации. Гомеопатические средства, напротив, теперь официально признаны лекарствами в соответствии с законодательством Европейского Союза. Кроме того, непрофессионалы часто воспринимают вещества всех этих типов как лекарства, поскольку считается, что они облегчают симптомы и укрепляют здоровье.

В ходе опросов о состоянии здоровья собираются данные от непрофессионалов, тем самым формируется полезная основа для определения понятия лекарств. Анализ вопросов, использованных в национальных опросах, выявил, однако, что, возможно, нет необходимости объяснять респонденту, что подразумевается под «лекарством». В ряде опросов просто выяснялось, применял ли респондент «какие-либо лекарства» в течение определенного периода времени, а в некоторых опросах приводились примеры, такие как таблетки, капли, мази, инъекции, глазные капли или пластыри. Но в некоторых исследованиях отдельно упоминались определенные категории препаратов, вероятно потому, что в противном случае наблюдается тенденция (правомерно или ошибочно) либо их включать в ответы, либо исключать из них. Примерами таких категорий являются витамины, минералы, пищевые добавки, натуральные/растительные препараты, противозачаточные таблетки и гормональные препараты. Их включение в ответы (или исключение из них) может значительно повлиять на сопоставимость полученных данных.

После анализа понятий, используемых в настоящее время при опросах о состоянии здоровья, рабочая группа определила лекарство следующим образом:

Лекарство — это продукт, который используется для облегчения симптомов, профилактики заболеваний или укрепления ослабленного здоровья и обычно покупается в аптеках.

8.4 Как можно оценить применение лекарств?

В ходе изучения исследований выяснилось, что в различных странах используются различные подходы к оценке применения лекарств населением. Наиболее распространенный метод состоит в том, что приводится перечень определенных заболеваний (или жалоб) и/или целей применения. Тогда

респондент отмечает подходящие категории. Другой подход заключается в том, чтобы спросить о названии лекарства, которое применял респондент.

8.4.1 Перечень определенных категорий

Применение лекарств можно оценивать, предлагая респонденту отвечать по перечню заболеваний или симптомов (например, лекарства от астмы, препараты, понижающие уровень холестерина) и/или выясняя применение заранее определенных групп препаратов (например, снотворные, обезболивающие). Такой перечень обычно включает распространенные заболевания или группы достаточно часто применяемых лекарств. На возможность выявления потребителей препаратов в этих группах значительно влияет размер выборки.

В ходе изучения исследований выявлено 44 различные категории, фигурировавшие в качестве цели медикаментозного лечения или группы лекарств. Категории, встречавшиеся, по крайней мере, в пяти различных опросах, выглядят следующим образом (в порядке убывания частоты):

- обезболивающие (12), часто определяемые как средства от ревматизма, нарушений костно-мышечной системы и т.д.;
- средства, понижающие артериальное давление (10);
- седативные препараты, транквилизаторы (10);
- сердечные (сердечно-сосудистые) препараты (8), в некоторых исследованиях подразделяются на средства от инфаркта, ишемической болезни сердца и т.д.;
- слабительные (7);
- лекарства от диабета (7), в одном исследовании инсулин и таблетки от диабета перечислялись отдельно;
- снотворные (7);
- пенициллин или другие антибиотики (6), также просто антибиотики;
- препараты от аллергии (6), также антигистаминные препараты;
- витамины (6), также вместе с минералами или как общеукрепляющие средства;
- средства от астмы (5);
- антидепрессанты (5), также называемые «стимулирующими средствами»;
- вещества, снижающие уровень холестерина в крови (5);
- препараты от расстройства пищеварения (5).

В рамках исследования EUROHIS было отмечено, что возможно частичное совпадение вопросов о применении лекарств и вопросов о профилактическом обслуживании, поскольку последние могут также выяснять аспекты приема препаратов, например, витаминов, средств, понижающих артериальное давление и уровень холестерина в крови. Поэтому, если в опросе собирается информация по обоим разделам, целесообразно проверить, чтобы в них не было существенных повторов.

8.4.2 Регистрация лекарств по фирменному (торговому) наименованию

В пяти опросах респондентам предлагалось указать наименования препаратов, которыми они пользовались во время исследования или в течение определенного периода. При таком подходе лекарства могут классифицироваться по официальной системе, такой как группы АТС³¹. С другой стороны, один и тот же препарат может использоваться с различными целями (например, аспирин как обезболивающее или средство предотвращения образования тромбов; бета-блокаторы для пониже-

³¹ Anatomical Therapeutic Chemical Classification — анатомическая терапевтическая химическая классификация лекарственных средств. Рекомендована ВОЗ в 1981 г. в качестве международной классификации лекарственных средств (прим. переводчика).

ния артериального давления или от мигрени). Таким образом, указание наименования средства не всегда отражает цель его приема респондентом.

Информация о названиях препаратов более надежна, когда анкета заполняется респондентом самостоятельно или когда интервью проводится у респондента дома, где можно посмотреть на упаковки или рецепты.

8.4.3 Анализируемый период

Прием таблетки — это не особенно выдающееся событие, поэтому анализируемый период при опросе о применении лекарств должен быть сравнительно коротким. С другой стороны, чем продолжительнее период, тем больше материала для дальнейшего анализа.

При изучении исследований наиболее распространенным анализируемым периодом (8 опросов) оказались 14 дней (две недели). Другими вариантами были «в настоящее время», «за последние два дня», «на протяжении четырех недель», «на протяжении шести месяцев» и даже «когда-либо». Рабочая группа EUROHIS сочла двухнедельный период наиболее подходящим для сведения к минимуму проблем с памятью. Учитывалось, что этот анализируемый период короче того, который используется в инструментарии EUROHIS по обращаемости за медицинской помощью в связи с заболеваниями.

8.5 Разработка проекта инструментария

Рабочая группа не нашла существующего инструментария, который можно было бы рекомендовать для применения по всей Европе, хотя во многих странах осуществляются полезные подходы к оценке потребления лекарств. Поэтому было принято решение создать новый инструментарий на основе вопросов, уже используемых европейскими странами, а затем провести дальнейшие испытания этого инструментария. Для полевых испытаний были составлены следующие вопросы:

1. Вы принимали какие-либо выписанные врачом препараты (включая противозачаточные таблетки или другие гормоны) на протяжении последних двух недель?

Да

Нет [ПЕРЕЙДИТЕ К 4]

2. (Если да) Были ли это лекарства:
 - A. от высокого давления?
 - B. от других сердечно-сосудистых заболеваний?
 - C. для понижения уровня холестерина в крови?
 - D. от диабета?
 - E. от боли в суставах (артроза, артрита)?
 - F. от головной боли или мигрени?
 - G. от другой боли?
 - H. от астмы?
 - I. от хронического бронхита или эмфиземы?
 - J. от симптомов аллергии (экземы, насморка)?
 - K. от депрессии?
 - L. от нарушений пищеварения?

Или это были:

M. снотворные?

N. антибиотики, такие как пенициллин?

O. (для женщин детородного возраста — предположительно не старше 50 лет) противозачаточные таблетки?

- Р. (для женщин в возрасте менопаузы или старше — предположительно 45 лет и старше) гормоны для менопаузы или от остеопороза?
- Q. какие-либо другие лекарства, выписанные врачом? (Если да): Лекарства какого типа? _____
3. (ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ) Как назывались выписанные врачом лекарства, которые Вы принимали в течение последних двух недель?
Лекарство 1 ... Лекарство 10.
4. Вы принимали какие-либо лекарства (в том числе витамины и минералы), не выписанные врачом, в течение последних двух недель?
Да/Нет
5. (Если да) Это были лекарства от:
А. боли?
В. простуды, гриппа или болей в горле?
С. симптомов аллергии (экземы, насморка)?
D. расстройства пищеварения?
Или это были:
E. витамины, минералы или стимулирующие средства?
F. какие-либо другие лекарства, не выписанные врачом? (Если да): Лекарства какого типа? _____
6. (ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ) Как назывались лекарства, не выписанные врачом, которые Вы принимали в течение последних двух недель?
Лекарство 1 ... Лекарство 10.

8.6 Апробация EUROHIS 2000 г.

Проект инструментария по потреблению лекарств был опробован вместе с проектами инструментариев по качеству жизни, хроническим заболеваниям, обращаемости за медицинской помощью лечебного характера и профилактическими услугами здравоохранения в 15 европейских странах (Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Украина, Финляндия, Чешская Республика и Эстония) в августе—октябре 2000 г. Инструментарий был также проверен на небольшой выборке в Германии.

При переводе вопросов о потреблении лекарств не возникло никаких проблем. Апробация проекта инструментария прошла сравнительно гладко, и раздел потребления лекарств вызвал мало замечаний. Тем не менее было указано, что разграничение между выписываемыми и не выписываемыми препаратами может быть различным в разных странах, вследствие чего результаты не будут непосредственно сопоставимы. Кроме того, врачи могут назначать лекарства, рецепт на которые не требуется. Одним из предложенных решений по этому поводу было то, что первый блок вопросов о потреблении выписанных лекарств следует трактовать как относящийся ко всем препаратам, выписанным врачом или применявшимся по инициативе или рекомендации врача. Тогда второй блок вопросов о невыписанных лекарствах будет относиться к потреблению лекарств независимо от врача. Было принято решение, что эти разъяснения должны быть включены в инструкции интервьюерам.

На промежуточном совещании EUROHIS в ноябре 2000 г. проект инструментария был представлен организаторам национальных опросов о состоянии здоровья из 30 европейских стран. Ряд организаторов выразили озабоченность региональными различиями в интерпретации понятия «лекарство». Кроме того, респонденты старшего возраста не всегда знают, от какого заболевания они

принимают препараты. По последнему поводу было предложено собирать информацию на уровне наименований лекарств.

8.7 Полевые испытания EUROHIS 2001 г.

Полевые испытания инструментария по потреблению лекарств проводились в Великобритании, Германии и Франции почти в первоначальном виде. Но информация о наименованиях применяемых препаратов не собиралась, поскольку возникли серьезные затруднения с определением общей базы данных для кодирования этих наименований. Различные страны могут использовать различные наименования для одних и тех же препаратов, что затрудняет формирование общей базы данных. Классификация АТС не используется в европейских странах, и иногда сложно найти категорию для лекарства, доступного только в одной или двух странах.

При полевых испытаниях инструментария не возникло серьезных технических проблем, и в основном полученные результаты соответствовали ожиданиям. Потребление лекарств оказалось широко распространено среди респондентов среднего и особенно пожилого возраста. Большинство респондентов из стран Европейского Союза (в возрасте 35–75 лет) принимали выписанные врачом лекарства в течение двух недель до интервью, а именно, 52% мужчин в Великобритании и Франции и 61% мужчин в Германии. Соответствующие значения для женщин составили 59%, 68% и 71%. Несколько более высокие проценты в Германии в основном связаны с более старшим возрастным составом выборки в Германии, по сравнению с остальными двумя странами.

Тот факт, что женщины чаще принимают выписанные лекарства, чем мужчины, продемонстрировался ранее в ряде исследований и статистических данных. Доля лиц, принимающих лекарства, во всех трех странах с возрастом увеличивается, но не вполне систематически. Эти незначительные отклонения могут быть вызваны сравнительно небольшим числом респондентов. Не выявлено устойчивой корреляции образования с уровнем потребления выписанных врачом лекарств.

Распределение применяемых лекарств оказалось аналогично распределению, которое наблюдается по статистике продаж. Во всех трех странах чаще всего принимаются средства от повышенного артериального давления и различные обезболивающие. Преобладание женщин по частоте потребления выписанных лекарств распространяется не на все типы препаратов. Больше мужчин, чем женщин, принимают лекарства от повышенного артериального давления, другие сердечно-сосудистые препараты, средства для снижения уровня холестерина в крови и препараты от диабета, в то время как обратное соотношение характерно для обезболивающих и психотропных препаратов. В соответствующих возрастных группах широко распространен прием противозачаточных таблеток и гормонов в связи с менопаузой, этим частично объясняется более высокий уровень потребления лекарств среди женщин.

Достоверность ответов предварительно оценивалась сравнением данных, полученных по инструментарию о потреблении лекарств, с результатами применения инструментария по хроническим заболеваниям, поскольку некоторые группы препаратов, о которых задавались вопросы, были связаны с хроническими заболеваниями, включенными в перечень. Основное различие между этими двумя инструментариями состоит в анализируемом периоде, который составлял две недели в инструментарию по потреблению лекарств, но 12 месяцев в инструментарию по хроническим заболеваниям. Респонденты во всех трех странах Европейского Союза дали аналогичные ответы на соответствующие вопросы из двух инструментарию. В идеале все респонденты, ответившие «Да» на вопрос о приеме определенных лекарств в течение предшествующих двух недель, должны были ответить положительно и на вопрос о наличии соответствующего хронического заболевания в течение предыдущих 12 месяцев. Такая проверка показала 100% соответствие для некоторых пунктов и несколько более низкое соответствие — но все же высокое, порядка 90% — для других.

Невыписанные препараты применялись не так часто, как выписанные. Удельный вес респондентов, принимавших лекарства, не назначенные врачом, в течение предшествующих двух недель, составил от 20% (мужчины во Франции) до 45% (женщины в Великобритании). Из различных подгрупп дополнительных препаратов во всех трех странах чаще всего указывались витамины, минералы и стимуляторы. Часто принимаются также обезболивающие и средства от обычной простуды. В анкете не были заложены возможности внутреннего контроля данных о потреблении дополнительных лекарств. Вообще, невыписанные препараты применяются временно, в то время как многие хронические состояния требуют длительного медикаментозного лечения. Использование сравнительно короткого периода означало, что вероятность выявить респондентов, регулярно принимавших лекарства, была выше, чем у респондентов, которые применяли их эпизодически. Таким образом, представляется логически обоснованной четкая разница в удельном весе потребителей назначенных и неназначенных препаратов.

Комментарии в ходе полевых испытаний указывают, что респонденты колебались, отвечая на некоторые вопросы, но такие затруднения были незначительны и не требовали изменения состава перечней или формулировки вопросов.

8.8 Выводы

Инструментарий по потреблению лекарств хорошо проявил себя в отношении перевода вопросов, а также в ходе апробации и более масштабных полевых испытаний. Число вопросов приемлемо, и данный инструментарий не займет много места в опросе. В процессе работы был высказан ряд критических замечаний по поводу методологии, но лучших решений не предложено. Основным методологическим отклонением от первоначального замысла является отказ от сбора наименований применяемых лекарств. Но в национальных опросах это все же может быть целесообразным, если имеется современная классификация препаратов, а организаторы опроса способны закодировать и интерпретировать результаты. Инструментарий, приведенный в Приложении 8.1, рекомендуется использовать в качестве базового набора вопросов для обеспечения международной сопоставимости данных по потреблению лекарств.

Приложение 8.1

Рекомендуемый EUROHIS общий инструментарий для оценки потребления лекарств (скорректирован по результатам полевых испытаний 2001 г.)

1. Вы принимали какие-либо выписанные врачом препараты (включая противозачаточные таблетки или другие гормоны) на протяжении последних двух недель? [*Примечание: этот вопрос относится ко всем лекарствам, которые были назначены врачом или принимались по инициативе или рекомендации врача*]

Да

Нет [ПЕРЕЙДИТЕ К 3]

2. (Если да) Были ли это лекарства (Да/Нет по каждому пункту):

A. от высокого давления?

B. от других сердечно-сосудистых заболеваний?

C. для понижения уровня холестерина в крови?

D. от диабета?

E. от боли в суставах (артроза, артрита)?

F. от головной боли или мигрени?

G. от другой боли?

H. от астмы?

I. от хронического бронхита или эмфиземы?

J. от симптомов аллергии (экземы, насморка)?

K. от депрессии?

L. от нарушений пищеварения?

Или это были:

M. снотворные?

N. антибиотики, такие как пенициллин?

O. (для женщин детородного возраста — предположительно не старше 50 лет) противозачаточные таблетки?

P. (для женщин в возрасте менопаузы или старше — предположительно 45 лет и старше) гормоны от симптомов менопаузы или от остеопороза?

Q. какие-либо другие лекарства, выписанные врачом? (Если да): Лекарства какого типа? _____

3. Какие-либо лекарства (в том числе витамины и минералы), не выписанные врачом, Вы принимали в течение последних двух недель? [*Примечание: этот вопрос относится ко всем лекарствам, которые принимались независимо от врача*]

Да/Нет

4. (Если да) Это были лекарства от (Да/Нет по каждому пункту):

A. боли?

B. простуды, гриппа или болей в горле?

C. симптомов аллергии (экземы, насморка)?

D. расстройства пищеварения?

Или это были:

E. витамины, минералы или стимулирующие средства?

F. какие-либо другие лекарства, невыписанные врачом? (Если да): Лекарства какого типа? _____

Глава 9

Разработка общего инструментария для изучения обращаемости за профилактической медицинской помощью

Марике В. де Клейн-де Вранкрийкер (Marijke W. de Kleijn-de Vrankrijker)
и Вим Давидзе (Wim Davidse)
TNO Институт профилактической медицины, Лейден, Нидерланды

9.1 Введение

Хотя известно, что не все болезни могут быть предотвращены, укрепление здоровья и профилактические услуги здравоохранения способствуют сокращению заболеваемости и смертности, и, следовательно, сокращают расходы на здравоохранение и социальные последствия нарушений здоровья. Доступность сопоставимых международных данных — важный элемент в разработке политики профилактического здравоохранения на государственном и международном уровнях.

В рамках проекта EUROHIS «обращаемость за профилактической медицинской помощью» трактуется широко и нетрадиционно; в это понятие включаются факторы риска, условия развития заболеваний, травматизм, врожденные состояния и ограниченные возможности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограниченных возможностей и состояния здоровья (WHO 2001), а также вмешательства, осуществляемые медицинскими работниками, и действия, предпринимаемые отдельными лицами.

Разработка инструментария по обращаемости за профилактической медицинской помощью включала следующие этапы:

- анализ понятийного аппарата и выбор основных разделов;
- выбор актуальных вопросов внутри разделов;
- анализ инструментариев, используемых в европейских странах;
- дальнейшая разработка актуальных вопросов;
- апробация EUROHIS 2000 г.;
- полевые испытания 2001 г.;
- формирование рекомендуемого инструментария по обращаемости за профилактической медицинской помощью.

9.2 Анализ понятийного аппарата и выбор основных разделов

Первое совещание группы состоялось 10 апреля 1999 г. в Лейдене, Нидерланды. Участники согласились с тем, что, хотя в здравоохранении часто используется классическое определение профилактики (первичной, вторичной и третичной), для целей проекта EUROHIS более полезно сформировать рабочее определение в терминах состояний/ситуаций (заболевания, ограниченные возможности, несчастные случаи), которые необходимо предотвратить.

Это привело к обсуждению, следует ли включать в рассмотрение осложнения заболеваний. Например, хотя все согласились, что профилактика осложнений гипертензии — это мера профилактики, большинство участников, полагало, что профилактика пролежней у хронически больного пациента — это аспект лечения. В связи с этим было решено, что общий инструментарий не должен включать осложнения заболеваний.

Кроме того, хотя все участники согласились с тем, что экономическая эффективность и распространенность — важные аспекты профилактического здравоохранения, однако было решено, что это выходит за рамки общего инструментария и поэтому не должно включаться в рабочее определение обращаемости за профилактической медицинской помощью.

В рамках проекта EUROHIS принято решение, что профилактическая медицинская помощь включает мероприятия/вмешательства, сосредоточенные на:

- профилактике и контроле факторов риска;
- профилактике и раннем выявлении заболеваний;
- профилактике травматизма и наследственных болезней;
- профилактике нарушений, ограничений жизнедеятельности и увечий в терминах Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и увечий (WHO 1993); в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничения жизнедеятельности и состояния здоровья (WHO 2001) это равносильно профилактике ограниченной жизнедеятельности (т.е. нарушений, ограничений в деятельности и участии в жизни).

Кроме того, оказание профилактической медицинской помощи определяется как предоставление этой помощи профессионалами, а также использование специальных средств или принятие мер со стороны частных лиц.

Основными разделами, которые принимаются во внимание, являются:

- иммунизация и программы вакцинации,
- укрепление здоровья,
- прием лекарств/пищевых добавок,
- профилактические осмотры,
- специальные программы улучшения качества жизни лиц с нарушениями здоровья.

9.3 Выбор тем для обсуждения внутри разделов

Аспекты, подлежащие оценке в рамках каждого раздела, рассматривались на основании следующих критериев:

- важность данного нарушения здоровья с точки зрения общественного здоровья и профилактики;
- распространенность данного нарушения здоровья;
- возможность формулировки вопросов для включения в регулярные национальные опросы населения;
- новые нарушения здоровья и проблемы, существенные для профилактики;
- вопросы, не раскрываемые другими индикаторами EUROHIS.

Вопросы, отобранные по каждому разделу, выглядят следующим образом.

Иммунизация/вакцинация

- Грипп (лица преклонного возраста и другие группы риска)
- Дифтерия (все население); полиомиелит, краснуха и туберкулез (дети)

Укрепление здоровья

- Режим питания и изменение веса (тем самым не включаются физическая активность, курение, потребление алкоголя, использование ремней безопасности и гипертензия)

Лекарства/добавки

- Заменители гормонов (тем самым не включаются прием препаратов кальция и витамина D)

Профилактические осмотры

- Рак груди
- Рак матки
- Гипертензия
- Повышенное содержание холестерина в крови (тем самым не включаются стоматологические осмотры и дородовое наблюдение)

На последующем совещании комитета EUROHIS 29 мая 1999 г. в г. Риме было принято решение рассмотреть еще два аспекта:

- Реабилитация как структурная программа.
- Профилактика профессиональных заболеваний в целом.

9.4 Анализ инструментов, используемых в европейских странах

В 1999–2000 гг. ВОЗ провела почтовый опрос («изучение исследований»), чтобы составить представление об инструментах, используемых в настоящее время (или разрабатываемых) в европейском регионе для мониторинга показателей EUROHIS. В отношении обращаемости за профилактической медицинской помощью задавались следующие вопросы:

- Какие из отобранных профилактических программ (включая реабилитацию как структурную программу и профилактику профессиональных заболеваний в целом) реализуются в Вашей стране?
- Какие медицинские работники (например, врачи общей практики или семейные врачи, узкие специалисты в больницах, специалисты в области общественного здоровья или профилактики, медицинские сестры, другие) или учреждения (например, больницы, центры профилактики, другие) принимают участие?
- На какие группы населения они направлены (все население, группы риска, отдельные возрастные группы и т.д.)?
- Какая информация доступна в Вашей стране по этим профилактическим программам (число участников и уровень охвата, данные об отказе от участия, эффективность)?

Ответы, касающиеся более общих вопросов профилактической медицинской помощи (т.е. организации и реализации профилактических программ и т.д.), получены из 12 стран: Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Дания, Испания, Италия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Украина и Чешская Республика. Результаты опроса обсуждались на втором совещании рабочей сети, состоявшемся в мае 2000 г. в г. Брюсселе.

Наиболее важные выводы сводятся к следующему:

- Конкретные вопросы, имеющие отношение ко многим из отобранных аспектов, задаются в ряде национальных опросов о состоянии здоровья.
- Некоторые профилактические программы реализуются почти во всех странах, например, осмотры по поводу рака матки и груди, иммунизация в целом. В большинстве стран эти программы направлены на все население.
- Некоторые программы, такие как выявление повышенного уровня холестерина, реабилитационные программы и профилактика профессиональных заболеваний, в большинстве стран еще не функционируют, а эстрогенное замещение как мера профилактики используется только в одной или двух странах.
- В большинстве стран профилактические мероприятия осуществляют медицинские работники, занимающиеся лечебной работой (врачи общей практики, узкие специалисты и медицин-

ские сестры). В ряде стран в некоторых программах участвуют специалисты в области общественного здоровья; обычно они работают в больницах, но иногда в специальных центрах общественного здоровья.

- Из полученной информации был сделан вывод, что реабилитационные программы не следует рассматривать как составную часть профилактической медицинской помощи.
- Лишь в немногих странах ведется учет охвата/участия населения в профилактических программах.
- Профилактические программы в различных странах направлены на аналогичные группы населения.

В отношении охватываемых групп можно выделить ряд общих черт.

- Осмотры по поводу рака груди обычно проводятся у женщин в возрасте от 40–50 лет до 70, хотя в некоторых странах соответствующая группа гораздо моложе.
- Осмотры по поводу рака матки обычно проводятся у женщин от 25–30 до 55–60 лет.
- Осмотры по поводу гипертензии в некоторых странах проводятся у лиц в возрасте 40 лет и старше, в то время как в других они охватывают тех, кому больше 50 или 60 лет.
- Осмотры по поводу повышенного содержания холестерина в крови обычно проводятся у лиц в возрасте 35–40 лет и старше.
- Прививки от гриппа обычно предлагаются тем, кто подвергается повышенному риску, и пожилым (60–65 лет и старше).
- Иммунизация детей проводится в возрасте 0–9 и 0–12 лет.

9.5 Дальнейшая разработка актуальных аспектов

Реальные анкеты, содержащие вопросы по профилактике, были получены из 19 стран: Австрия, Бельгия, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Российская Федерация, Словакия, Словения, Финляндия, Швейцария и Швеция. Большинство из этих анкет использовались в национальных опросах о состоянии здоровья.

При формулировке вопросов по каждому из аспектов, включенных в основные разделы, было решено придерживаться по возможности одного и того же формата, а именно:

- когда-либо участвовал/никогда не участвовал,
- когда участвовал в последний раз,
- причина (почему да или почему нет),
- по чьей инициативе.

9.5.1 Иммунизация: грипп

Иммунизация лиц преклонного возраста (60 лет и старше) и других групп риска широко распространена в большинстве стран. Выделение групп риска может осуществляться по наличию хронического заболевания, например, больные диабетом, инфарктом и хроническими болезнями сердца (порок сердца), хроническими обструктивными болезнями легких (включая бронхит и эмфизему), астмой и почечной недостаточностью.

Обычно иммунизацию проводит врач общей практики, но возможна и самостоятельная вакцинация. Общий инструментарий может выяснить, когда проводилась иммунизация, по чьей инициативе это делалось, а также причину иммунизации. Могут задаваться факультативные вопросы об информированности и мнении респондента по поводу иммунизации от гриппа. Вопросы о прививках против гриппа содержатся во многих анкетах национальных опросов о состоянии здоровья.

9.5.2 Иммунизация: дифтерия, полиомиелит, краснуха и туберкулез

Прививки от ряда инфекционных заболеваний — важная профилактическая программа (почти) во всех странах, а в некоторых странах они обязательны. Лишь в немногих странах функционируют системы мониторинга. Неизменно важно обеспечение информации об иммунизации населения от дифтерии, полиомиелита и краснухи. Существующие анкеты содержат лишь несколько вопросов по этому поводу. Общий инструментарий может включать вопросы о времени последней прививки, а также по чьей инициативе она делалась. Вопросы о туберкулезе могут задаваться в тех странах, где функционирует программа вакцинации детей от туберкулеза.

9.5.3 Режим питания и изменение веса

Многие опросы о состоянии здоровья включают большое число вопросов по этому поводу. Огромное большинство вопросов дает эпидемиологическую информацию, которая может быть положена в основу разработки профилактических программ. Но сами эти данные нельзя считать профилактическими программами или профилактическими мерами. Рабочая группа сосредоточилась на вопросах, касающихся изменения режима питания, его побудительных причин и роли медицинских работников. Ряд существующих вопросов был признан подходящим для включения в инструментарий EUROHIS. Было отмечено, что если одновременно проводится изучение состояния здоровья, то такая информация о питании может быть увязана с артериальным давлением, индексом массы тела и уровнем холестерина в крови.

9.5.4 Гормонально-заместительная терапия

Многие страны сталкиваются с проблемой чрезмерного употребления эстрогенов для компенсации симптомов в период менопаузы, поскольку при этом (особенно) увеличивается риск рака груди. Важными аспектами в этом отношении являются: когда начата и закончена гормонально-заместительная терапия, причины ее применения и лицо, по инициативе которого она была начата. Можно включить факультативный вопрос о наименовании использованного препарата. В существующих опросах о состоянии здоровья не обнаружено подходящих вопросов.

9.5.5 Профилактические осмотры: рак груди

Какая-либо программа профилактических осмотров проводится почти во всех странах (преимущественно маммография, иногда только пальпация груди, эффективность которой не доказана). В большинстве стран эта программа предназначена для некоторых групп населения. В большинстве стран она направлена на женщин в возрасте 40–50 лет и старше, хотя в некоторых странах целевая группа значительно моложе. Рабочая группа пришла к выводу, что соответствующие вопросы должны задаваться женщинам в возрасте 20 лет и старше, и должны касаться времени последней маммографии, причины маммографии и частоты последующих осмотров. Для тех стран, где действует национальная программа рентгеновских исследований, рекомендованы дополнительные вопросы о принятии или непринятии приглашения (для исследования). Страны, где такой программы нет, могут включить вопросы о самостоятельном осмотре.

9.5.6 Профилактические осмотры: рак шейки матки

Какая-либо программа профилактических осмотров проводится почти во всех странах, преимущественно она охватывает все население. Обычно целевой группой являются женщины в возрасте от 25–30 до 55–60 лет. Рабочая группа пришла к выводу, что вопросы должны задаваться женщинам в возрасте 20 лет и старше и касаться времени последнего взятия мазка на анализ, причины этого и частоты последующих осмотров. Для тех стран, где действует национальная программа

профилактических осмотров, рекомендованы дополнительные вопросы о согласии на участие или в других случаях о приглашении.

9.5.7 Профилактические осмотры: гипертензия

Лишь в немногих странах действует такая национальная профилактическая программа. Обычно семейные врачи предлагают обследование (выявление случаев) пациентам, которые предположительно подвергаются риску, но мало где проводится систематическая оценка результатов. Вопросы, рекомендованные для включения в общий инструментарий, касаются того, когда в последний раз измерялось артериальное давление, кто его измерял, сообщалось ли респондентам, что у них повышено артериальное давление, и какие медицинские советы были даны после этого. Другие вопросы могут выяснять, почему было измерено артериальное давление, по чьей инициативе это было сделано, а также проводятся ли профилактические осмотры по месту работы.

9.5.8 Профилактические осмотры: повышенный уровень холестерина в крови

Лишь в немногих странах действует национальная профилактическая программа. Охват всего населения обычно не практикуется, и это, по-видимому, экономически неэффективно. Обычно семейные врачи предлагают обследование (выявление случаев) пациентам, которые предположительно подвергаются риску, но мало где проводится систематическая оценка результатов. Вопросы, рекомендованные для включения в общий инструментарий, касаются того, когда в последний раз проверялся уровень холестерина в крови, сообщалось ли респондентам, что уровень холестерина у них слишком высок, и какие медицинские советы были даны после этого. Другие вопросы могут выяснять, по чьей инициативе измерялся уровень холестерина в крови, проводятся ли профилактические осмотры по месту работы, а также знает ли респондент свой уровень холестерина.

9.5.9 Реабилитационные программы и профилактика профессиональных заболеваний

Несмотря на важность этих тем, рабочая группа не рекомендует включать их в общий инструментарий. Во-первых, в Европе велики различия, как в организации систем здравоохранения, так и в значении слова «реабилитация». Во-вторых, эти проблемы слишком специфичны для общего опроса о состоянии здоровья населения.

9.5.10 Формирование проекта общего инструментария

После выбора включаемых аспектов был проведен анализ различных существующих вопросов по каждому аспекту. Затем были сформированы прототипы вопросов инструментария EUROHIS. 14 вопросов были приняты в первоначальном виде. Другие девятнадцать вопросов основаны на существовавших ранее, но их формулировка изменена. Это сделано с учетом разницы систем здравоохранения в различных странах. В целом 12 вопросов были новыми.

9.6 Апробация 2000 г.

После второго совещания группы в 2000 г. в г. Брюсселе были изучены возможные совпадения предварительного проекта инструментария по обращаемости за профилактической медицинской помощью с некоторыми другими инструментариями EUROHIS — по хроническим заболеваниям, обращаемости за лечебно-диагностической помощью и потреблению лекарств. Но возникли лишь незначительные проблемы, и они не повлекли за собой никаких изменений в проекте инструментария по профилактической медицинской помощи. При подготовке к апробации ряд вопросов был несколько изменен (например, орфография и грамматика, чтобы обеспечить максимально точные ответы). Апробация проводилась в 17 странах в августе—октябре 2000 г.

Основные выводы по итогам апробации, обсуждавшиеся на промежуточном совещании EUROHIS в ноябре 2000 г., таковы:

- предложенный перечень вопросов слишком велик;
- большинство респондентов с трудом припоминают прививки, которые делались в детстве, и не могут ответить на соответствующие вопросы;
- формулировку некоторых вопросов можно улучшить;
- при переводе на различные языки проблем почти не возникало, при необходимости подбирались эквивалентные замены.

Поэтому было предложено сократить число вопросов. Предпочтение было отдано включению в качестве базовых только вопросов относительно «когда-либо/никогда?» и «когда в последний раз?», а все остальные вопросы оставлены в качестве факультативных. Кроме того, можно было отказаться от всех вопросов о прививках, сохранив только вопросы об иммунизации от гриппа.

В результате апробации проект инструментария был изменен следующим образом:

- сокращено число основных вопросов и увеличено количество факультативных вопросов;
- исключены вопросы о прививках от дифтерии, полиомиелита, туберкулеза и краснухи;
- введены некоторые дополнительные варианты ответа, например, «оливковое масло» и «чтобы вести более здоровый образ жизни» в вопросы об изменении режима питания и «не знаю» там, где это необходимо;
- изменена формулировка некоторых вопросов;
- введен новый вопрос, советовал ли кто-либо респонденту изменить привычное питание;
- добавлены указания о пропуске вопросов;
- при наличии нескольких вариантов ответа даны соответствующие указания (т.е., «только один ответ» или «возможно более одного ответа»).

9.7 Полевые испытания 2001 г.

Основные вопросы проекта инструментария по обращаемости за профилактической медицинской помощью (см. Приложение 9.1) прошли полевые испытания в 2001 г. вместе с другими инструментами EUROHIS. Затем проведен количественный и качественный анализ данных.

Количественный анализ включал проверку согласования с результатами по другим показателям EUROHIS (например, корреляции ответов о частоте измерения артериального давления с пунктом о хронических заболеваниях, в котором спрашивают о гипертензии), контроль того, чтобы только женщины отвечали на вопрос о гормональной терапии и осмотрах по поводу рака груди/матки, оценку распределения вариантов ответа. Был сделан вывод, что единственная проблема заключалась в том, что некоторые респонденты затруднялись вспомнить точное время событий, например, месяц, когда им делали прививку от гриппа, когда им в последний раз измеряли артериальное давление или уровень холестерина в крови или когда они в последний раз принимали гормоны, проходили маммографию или сдавали мазок на анализ. Эти проблемы незначительны, и изменение вопросов не было сочтено целесообразным.

Качественный анализ не выявил проблем, с точки зрения интервьюеров. Респонденты прерывали интервьюеров в 1–30% случаев, преимущественно по поводу вопросов о том, сколько времени прошло со времени измерения артериального давления или уровня холестерина в крови, а также применялась ли когда-либо гормональная терапия. Другие реакции (например, когда респонденты просили объяснить, повторить и т.д. или выражали сомнение, давали оценку или изменяли свой ответ) наблюдались в 1–15% случаев. Вместе с тем корректировка вопросов была сочтена нецелесообразной.

9.8 Выводы

Усилия по разработке показателей EUROHIS были предприняты с целью обеспечить международную сопоставимость данных по обращаемости за профилактической медицинской помощью в Европе. Тем странам, которые раньше не включали в свои национальные опросы вопросы о профилактической медицинской помощи, инструментарий, представленный в Приложении 9.1, дает возможность на уровне государств собирать информацию, приемлемую для сравнения на международном уровне. Для тех стран, которые уже проводят опросы на регулярной основе и поэтому не хотят менять свои вопросы, чтобы не нарушить сопоставимость в течение значительного отрезка времени, рекомендуемый инструментарий может служить в качестве справочного пособия: в зависимости от степени сходства между национальным инструментарием и рекомендуемым общим инструментарием сравнения могут проводиться «картированием» сходных вопросов.

В любом случае следует иметь в виду, что инструментарий еще не был полностью опробован.

Отметим, что рекомендуемый инструментарий состоит из основных и факультативных вопросов. Из практических соображений факультативные вопросы не проходили полевых испытаний, но в настоящий отчет они включены для удобства потенциального пользователя.

Литература

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993) *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva, World Health Organization.

Приложение 9.1

Рекомендуемый общий инструментарий EUROHIS по обращаемости за профилактической медицинской помощью (откорректирован по результатам полевых испытаний 2001 г.; обратите внимание, что факультативные вопросы не включались в анкету при полевых испытаниях)

Интервьюер: Теперь я хотел бы задать Вам ряд вопросов о прививках от гриппа

1. Вам когда-нибудь делали прививку от гриппа?
 - Да
 - Нет → Q3
 - Не знаю → Q3
- 2а. Когда Вам в последний раз делали прививку от гриппа? Это было (отметьте первый подходящий вариант)
 - в 2001 г.?
 - в 2000 г.?
 - в 1999 г. или раньше? → Q3
 - не знаю → Q3
- 2б. В каком месяце?
 - Месяц (1...12. Не знаю = 99)

Факультативные вопросы

- I. В последний раз Вам делали прививку (только один ответ):
 - по Вашей собственной инициативе,
 - по совету врача или другого медицинского работника,
 - по совету работодателя или врача по месту работы,
 - по совету местных органов здравоохранения,
 - по совету кого-либо еще?
- II. Почему Вам не делали прививку от гриппа? (допускается более одного ответа):
 - потому что Вы не знаете, как ее получить?
 - потому что Вы не думали об этом?
 - потому что Вы не верите в ее эффективность?
 - потому что Вы опасаетесь, что прививки могут быть вредны?
 - потому что Вы не знали, что можно сделать прививку?
 - по какой-либо другой причине?

Интервьюер: Теперь я хотел бы задать Вам ряд вопросов о характере Вашего питания

3. Изменился ли характер Вашего питания за последние 3 года?
 - Да
 - Нет → Q5
 - Не знаю → Q5
4. Что изменилось в Вашем питании?
 - а. Теперь Вы едите масла и маргарина гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
 - б. Теперь Вы используете оливковое масло гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
 - с. Теперь Вы, в целом, едите жиров гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?

- d. Теперь Вы едите мяса и колбасы гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- e. Теперь Вы едите рыбы гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- f. Теперь Вы едите фруктов, овощей и салатов гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- g. Теперь Вы едите цельнозерновых продуктов, таких как мюсли или хлеб грубого помола, гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- h. Теперь Вы едите хлебо-булочных и макаронных изделий гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- i. Теперь Вы потребляете соли гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- j. Теперь Вы потребляете сахара гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- k. Теперь Вы едите яиц гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?
- l. В целом, теперь Вы едите гораздо больше, примерно столько же или гораздо меньше, чем раньше?

(Варианты ответа: «гораздо больше», «примерно столько же», «гораздо меньше» и «не знаю»)

Факультативные вопросы

- III. Какова была основная причина того, что Вы изменили характер питания? Вы сделали это (только один ответ):
 - чтобы снизить вес,
 - чтобы сохранить вес,
 - чтобы вести более здоровый образ жизни,
 - из-за болезни или нарушения здоровья,
 - по какой-либо другой причине?
- IV. Кто-либо советовал Вам изменить характер питания?
 - Да
 - Нет → Q5
 - Не знаю → Q5
- V. Кто советовал Вам сделать это (допускается более одного ответа):
 - диетолог,
 - кто-либо другой,
 - Вы сделали это по собственной инициативе?

Интервьюер: Теперь я хотел бы задать Вам ряд вопросов относительно артериального давления

- 5. Вам когда-нибудь измеряли артериальное давление?
 - Да
 - Нет → Q7
 - Не знаю → Q7
- 6. Когда Вам в последний раз измеряли артериальное давление?
 - это было менее 3 месяцев назад,
 - 3-5 месяцев назад,
 - от 6 месяцев до 1 года назад,
 - 1-3 года назад,
 - более 3 лет назад?
 - Не знаю

Факультативные вопросы

- VI. Кто в последний раз измерял Вам артериальное давление?
врач, медсестра или другой медицинский работник,
Вы сами,
измерял другой непрофессионал?
- VII. При измерении артериального давления Вам когда-либо говорили, что артериальное давление у Вас высокое?
Да
Нет → Q7
Не знаю → Q7
- VIII. Из-за повышенного артериального давления врач рекомендовал Вам (*допускается более одного ответа*):
сократить потребление соли?
похудеть?
сократить потребление алкоголя?
повысить физическую активность?

Интервьюер: Следующие вопросы касаются холестерина

7. Вам когда-нибудь проверяли уровень холестерина в крови?
Да
Нет женщины → Q9; мужчины → закончить опрос
Не знаю женщины → Q9; мужчины → закончить опрос
8. Когда в последний раз Вам измеряли уровень холестерина в крови?
это было менее 3 месяцев назад,
3-5 месяцев назад,
от 6 месяцев до 1 года назад,
1-3 года назад,
более 3 лет назад?
Не знаю

Факультативные вопросы

- IX. При измерении уровня холестерина в крови кто-нибудь говорил Вам, что он слишком высок?
Да
Нет женщины → Q9; мужчины → закончить опрос
Не знаю женщины → Q9; мужчины → закончить опрос
- X. Из-за повышенного уровня холестерина в крови врач тогда рекомендовал Вам (*допускается более одного ответа*):
принимать лекарства?
похудеть?
изменить характер питания?
повысить физическую активность?

(Вопросы 9-16 – только для женщин в возрасте 20 лет и старше; в ином случае → закончить опрос)

Интервьюер: Следующие вопросы касаются гормонально-заместительной терапии

9. Вы когда-нибудь подвергались гормональной (эстрогенной) заместительной терапии (таблетки, уколы, гели или компрессы) не с целью контрацепции?
Да
Нет → Q13
Не знаю → Q13

10. В каком году это началось?
В году (1900...2001. Не знаю=99)
11. Это еще продолжается?
Да → факультативные вопросы XI и XII
Нет
12. В каком году Вы перестали ею пользоваться?
В году (1900...2001. Не знаю=99)

Факультативные вопросы

- XI. Почему Вы ее применяли (*допускается более одного ответа*):
для лечения нарушений?
для профилактики сердечных заболеваний?
для профилактики остеопороза?
для профилактики других нарушений?
по какой-либо другой причине?
- XII. Вы начали ее применять (*только один ответ*):
по Вашей собственной инициативе,
по совету врача,
по совету медсестры или другого медицинского работника?

Интервьюер: Следующие вопросы касаются профилактических осмотров по поводу рака груди

13. Вам когда-нибудь делали маммографию, то есть рентгеновский снимок одной или обеих молочных желез?
Да
Нет → Q15
Не знаю → Q15
14. В каком году Вам последний раз делали маммографию (рентген молочных желез)?
В году (1900...2001 г. Не знаю=99)

Факультативные вопросы

- XIII. По какой причине Вам в последний раз делали маммографию (рентген молочных желез)? (*допускается более одного ответа*):
Вы сами заметили какие-то нарушения в молочной железе (например, опухоль)?
Ваш врач общей практики заметил нарушения в молочной железе при осмотре?
Ваш врач общей практики посоветовал сделать это при отсутствии каких-либо нарушений?
Ваш гинеколог посоветовал сделать это при отсутствии каких-либо нарушений?
Из-за случая рака груди в Вашей семье?
По приглашению к участию в государственной или местной профилактической программе?
По какой-либо другой причине?
- XIV. В каком возрасте Вам впервые сделали маммографию (рентген молочных желез)?
..... лет. (Не знаю=99)
- XV. Как часто Вы проходите такие профилактические осмотры со времени первой маммографии (рентген молочных желез)? (*только один ответ*):
не реже раз в год,
каждые два года,
каждые три года,
порядка одного раза в пять лет,

реже, чем раз в пять лет,
никогда?

(Вопросы XVI-XVIII предназначены для тех стран, где действует государственная профилактическая программа рентгеновского исследования молочных желез, и для женщин не моложе 20 лет; в ином случае → Q15)

XVI. Вас приглашали на профилактический осмотр по поводу рака груди в течение последних двух лет?

Да
Нет → Q15

XVII. Вы прошли осмотр, на который Вас приглашали?

Да → Q15
Нет

XVIII. Почему нет? (*допускается более одного ответа*):

потому что Вы не сочли это необходимым?
потому что такие осмотры Вам неприятны?
потому что у Вас не было на это времени?
потому что Вы уже проходили курс лечения или Вам сделали операцию?
потому что Вы уже проходите регулярные профилактические осмотры?
потому что Вам недавно делали рентген?
потому что Вам скоро будут делать рентген?
по какой-либо другой причине?

Интервьюер: Теперь я хотел бы задать Вам ряд вопросов о мазках из влагалища

15. У Вас когда-нибудь брали мазок на анализ?

Да
Нет → закончить опрос
Не знаю → закончить опрос

16. В каком году у Вас в последний раз брали мазок на анализ?

В году (1900...2001 гг. Не знаю=99)

Факультативные вопросы

XIX. По какой причине у Вас в последний раз брали мазок? (*только один ответ*):

из-за симптомов,
потому что Вы обратились к гинекологу,
по приглашению к участию в государственной или местной профилактической программе,
по другой причине медицинского характера,
по какой-либо другой причине (не медицинского характера)?

XX. В каком возрасте у Вас впервые взяли мазок?

В лет (Не знаю=99)

XXI. Как часто Вы проходите профилактические осмотры с тех пор, как впервые сдали мазок на анализ? (*только один ответ*):

не реже раза в год,
каждые два года,
каждые три года,
примерно раз в пять лет,
реже, чем раз в пять лет,
никогда?

(Вопросы XXII-XXIV предназначены для тех стран, где действует государственная программа профилактики рака матки, и для женщин в возрасте 20 лет и старше, в ином случае → закончить опрос)

- XXII. Вас приглашали на профилактический осмотр по поводу рака матки в течение последних пяти лет?
Да
Нет → закончить опрос
- XXIII. Вы прошли осмотр, на который Вас приглашали?
Да → закончить опрос
Нет
- XXIV. Почему нет? (*допускается более одного ответа*):
потому что Вы не сочли это необходимым?
потому что такие осмотры Вам неприятны?
потому что у Вас не было на это времени?
потому что Вы уже проходили курс лечения или Вам сделали операцию?
потому что Вы уже проходите регулярные профилактические осмотры?
потому что Вы недавно сдавали мазок?
потому что у Вас скоро будут брать мазок?
по какой-либо другой причине?

Глава 10

Разработка общего инструментария для изучения качества жизни

Мик Пауэр (Mick Power)

Университетская клиника Эдинбурга, Великобритания

10.1 Введение

Выражение «качество жизни» используется многими различными способами, и одна из основных проблем, с которой мы сталкиваемся в этой области, — как определить и интерпретировать этот термин. Одним из ключевых разграничений является различие качества жизни, связанного и не связанного со здоровьем (например, Spilker 1996). Отправной точкой ряда определений, связанных со здоровьем, стало известное определение Всемирной организации здравоохранения (1948) здоровья как «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствия болезней или нарушений».

Такое включение благополучия в определение ВОЗ привело к тому, что некоторые исследователи ограничились рассмотрением самооценки психического благополучия как единственно важного аспекта качества жизни (например, Dupuy 1984). Но «благополучие» следует считать более узким термином; это важный аспект качества жизни (например, Vech 1996), но не единственный, который необходимо принимать во внимание. Задача состоит в том, чтобы определить весь спектр аспектов качества жизни, связанных и не связанных со здоровьем, так, чтобы «качество жизни» не стало просто еще одним термином для «благополучия».

Определение здоровья ВОЗ, безусловно, дало отличную отправную точку для определения качества жизни (например, WHOQOL Group 1995), но оно не дает ответа на два ключевых вопроса. Первый — какие еще области должны включаться, кроме физических, психических и социальных? И второй — следует ли включать в это понятие, например, объективные характеристики индивидуума, кроме его субъективной оценки? Существующие определения и показатели основываются на множестве различных подходов к этим двум вопросам, как будет продемонстрировано ниже при описании трех наиболее широко используемых показателей. Тем не менее, теперь намечалась единая точка зрения по обоим этим ключевым позициям. В настоящее время признается, что, кроме физических, психических и социальных аспектов, в связанное со здоровьем качество жизни необходимо включать духовные и религиозные аспекты (например, Power et al. 1999; Spiker 1996; WHOQOL Group 1995), а ряд аспектов физического окружения индивидуума должны включаться в качество жизни, не связанное со здоровьем.

Термин «качество жизни» теперь широко используется в литературе по показателям состояния здоровья. Существует множество определений этого термина, но Всемирной организацией здравоохранения предложено следующее определение (WHOQOL Group 1995):

восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и ценностной ориентации, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, нормами и заботами. Это комплексное понятие, подверженное сложному воздействию физического здоровья человека, его психического состояния, степени независимости, общественных взаимо-

отношений и особенностей окружающей среды.

С учетом распространения этого понятия во всех областях, имеющих отношение к здоровью, очевидна потребность в шкале, которая могла бы применяться для сравнения подгрупп в рамках не только каждой конкретной культуры, но и для сопоставлений между различными культурами.

10.2 Методология

Разработка показателей качества жизни (КЖ) для проекта EUROHIS включала пять основных этапов:

- анализ существующих инструментариев для КЖ — «изучение исследований»,
- выбор инструментария для КЖ,
- разработка проекта общего инструментария — вопросов и шкал ответов,
- перевод вопросов,
- апробация EUROHIS 2000 г.,
- полевые испытания EUROHIS 2001 г.

Результаты, приведенные в настоящем отчете, получены по массивам данных, собранных по одному или более вариантам оценки качества жизни ВОЗ, WHOQOL. Основной задачей настоящего исследования явилось изучение возможности того, чтобы ограниченное число вопросов WHOQOL характеризовало качество жизни таким образом, чтобы обеспечить их использование в национальных опросах о состоянии здоровья. Приводятся также предварительные итоги полевых испытаний EUROHIS.

10.3 Изучение исследований

В ходе предварительного анализа инструментариев, используемых в европейском регионе ВОЗ, получены данные о 25 национальных опросах о состоянии здоровья. Ответы показали, что в настоящее время в национальных опросах о состоянии здоровья применяется множество разнообразных вопросов о КЖ, хотя часть из них основывается на опубликованных инструментариях. В одиннадцати опросах использовались инструментарии для КЖ или вопросы, сформулированные в соответствии с собственными задачами. По поводу четырех опросов сообщалось, что в них вообще не оценивалось качество жизни. Применение SF-36 отмечено в семи опросах, WHOQOL — в трех опросах и EuroQol — в трех опросах.

Таким образом, результаты отражают концептуальную разнородность в исследуемой области. SF-36 применяется более широко, чем WHOQOL и EuroQol, хотя число исследований недостаточно, чтобы оценить, насколько существенно это различие. Кроме того, это не имеет особого значения, поскольку эти три инструментария оценивают различные, хотя и очень близкие понятия. Это подтверждается тем, что в ряде опросов параллельно используется ряд инструментариев. Например, в датском опросе о состоянии здоровья применяются вопросы из WHOQOL, SF-36 и EuroQol. Опрос о состоянии здоровья в Нидерландах планирует объединить собственные анкеты с SF-12. По-видимому, это свидетельствует о том, что ни один инструментарий в отдельности полностью не охватывает все связанные между собой, но различные понятия, объединяемые под названием «качество жизни», и не решает всех задач, которые ставятся при обработке данных о качестве жизни — это достигается только применением сочетания инструментариев.

По мнению респондентов, наиболее важными требованиями к инструментарию качества жизни, используемому в опросах о состоянии здоровья, являются «простота восприятия» и «простота оценки и интерпретации». Несколько менее важно, чтобы он был «коротким» и «применялся в

возможно большем числе стран». Эффективность при распределении ресурсов была признана менее существенной.

10.4 Выбор инструментария для КЖ

Существование признанных инструментариев, основанных на весьма различных трактовках КЖ, наводит на мысль, что при отборе вопросов можно воспользоваться теми, которые включены в ранее разработанные анкеты. Тот факт, что три опросника положены в основу оценки КЖ при более чем половине национальных опросов, предполагает, что при выборе инструментария можно ограничиться рассмотрением этих трех³².

Каждый из обсуждаемых инструментариев — SF-36, EuroQol и WHOQOL — отражает различные подходы к трактовке КЖ. Поэтому в ноябре 1999 г. в Барселоне было проведено совещание, на котором заслушаны доклады представителей этих трех направлений. Ниже приводится краткое изложение основных аргументов; опубликован полный отчет о совещании (WHO 2000).

- SF-36 признается наиболее широко распространенным средством оценки КЖ и обладает тем преимуществом, что существуют его переводы на многие языки. К недостаткам относится то, что данный опросник был разработан в рамках одной культуры, его диапазон ограничен так называемыми эффектами «пола» и «потолка», в нем сочетаются как объективные, так и субъективные оценки. Но основная проблема его использования в рамках EUROHIS — поступление информации о том, что в ближайшем будущем опросник будет существенно переработан. Поэтому, если бы в проекте EUROHIS за основу индикатора КЖ был выбран SF-36, велика опасность, что отобранные вопросы пришлось бы вскоре заменить в соответствии с новым вариантом этого инструментария.
- EuroQol также широко распространен и доступен на многих европейских языках. В рамках EuroQol КЖ определяется как отсутствие проблем по ряду пунктов и разделов. Эта трактовка противоречит подходу, положенному в основу SF-36 и WHOQOL. С учетом формулировки ВОЗ, что «здоровье — это не просто отсутствие ...», рабочая группа сочла, что, хотя EuroQol может быть полезным средством оценки изменений при клинических исследованиях, это не соответствует требованиям, предъявляемым к опросам населения. В терминах психометрии положительный конец шкалы сводится к нулю или значению «отсутствия» в EuroQol, что может породить значительные нежелательные эффекты для здорового населения.
- Из рассматриваемых вариантов WHOQOL был разработан позже всего. WHOQOL последовательно придерживается субъективного подхода к оценке качества жизни, он учитывает как положительные, так и отрицательные аспекты, и его главное преимущество состоит в том, что разработка велась одновременно в ряде различных культур. Дополнительным практическим преимуществом WHOQOL является возможность доступа к значительным массивам данных, собранных во многих различных европейских культурах. Хотя сбор этих данных проводился по сформированным по случаю, а не представительным выборкам, возможность одновременного доступа к этим базам данных дает возможность исключить некоторые этапы при разработке индикатора.

На основании информации, представленной группе на барселонском совещании, и последующих обсуждений в рабочей группе EUROHIS было решено принять WHOQOL в качестве отправной точки при отборе вопросов для инструментария EUROHIS по КЖ.

³² Рабочая группа КЖ также обсуждала шкалу благополучия WHO-Five (Bech et al., в печати), но ее сочли менее полезной в данном контексте из-за одномерности.

10.5 Разработка проекта общего инструментария — вопросы и шкалы ответов

Выбор конкретного инструментария, WHOQOL, дал возможность группе EUROHIS применить иной метод выбора вопросов и шкал ответов, чем для многих других индикаторов. А именно, наличие различных баз данных по европейским и неевропейским респондентам позволило использовать статистический и концептуальный способ отбора потенциальных вопросов для включения в индикатор, исключив необходимость заново формулировать вопросы и шкалы ответов, как это делалось для некоторых других индикаторов. Таким образом, исходным пунктом анализа стали данные, собранные по краткому варианту WHOQOL из 26 вопросов, так называемому WHOQOL-BREF.

10.5.1 Существующие базы данных WHOQOL

Для анализа использовались три основные базы данных, кратко описываемые ниже.

- «OLD 100» (N=4802) — это первоначальный массив данных, собранный по пилотному варианту WHOQOL и использованный при создании WHOQOL-100. Информация поступила из 15 центров по всему миру, причем почти 48% (N=2300) данных получены от европейских респондентов. Это единственный глобальный массив данных, который включает и отдельные рейтинги значимости по каждому разделу для каждого респондента.
- «NEW 100» (N=7701) был сформирован в результате полевых испытаний WHOQOL-100 в 19 различных центрах по всему миру. Хотя большинство центров, участвовавших в апробации первоначального варианта WHOQOL, предоставили и данные полевых испытаний, эта база включает информацию и из ряда новых центров (например, из Бразилии, Германии и Китая), которые не принимали участия в первоначальном исследовании. Примерно 39% (N=3032) данных поступили из европейских центров. Большая часть этой информации наряду с данными из массива OLD 100 использовалась при создании краткого варианта WHOQOL, WHOQOL-BREF.
- «BREFNEW 1» (N=11830) получен при полевых испытаниях WHOQOL-BREF и недавно анализировался для получения оценок надежности и валидности WHOQOL-BREF. Поэтому данные получены по 26 вопросам WHOQOL-BREF, около 61% (N=7251) поступило из европейских центров. Информация получена из 32 различных центров по всему миру.

Следует отметить, что выбор потенциальных вопросов для EUROHIS ограничился 26 вопросами WHOQOL-BREF, а не всеми вопросами расширенного варианта WHOQOL-100. Такое ограничение максимизирует использование существующих баз данных и обеспечивает в дальнейшем сопоставимость баз данных EUROHIS и WHOQOL-BREF. Предварительный анализ включал семь этапов, описанных в следующем разделе.

10.5.2 Предварительный анализ

ЭТАП 1 — АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ

Анализовались проблемы частоты ответа на вопросы. Как и в ранее опубликованных исследованиях WHOQOL, проблема частоты отмечалась, когда у двух или более смежных вариантов ответа частота составляла менее 10% всех допустимых ответов. В соответствии с предшествующими рекомендациями (Bullinger et al. 1996), вопросы, по которым не менее 50% центров столкнулись с проблемами частоты, должны стать кандидатами на исключение (номера вопросов соответствуют порядку в WHOQOL-BREF).

Потенциальная проблема частоты

F1 — Как Вы оцениваете качество своей жизни?

Также отмечены

F11 – Устраивает ли Вас ваш внешний облик?

F13 – Насколько доступна для Вас информация, необходимая в повседневной жизни?

F20 – Удовлетворены ли Вы своими взаимоотношениями с другими людьми?

F24 – Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинской помощи?

ЭТАП 2 – АНАЛИЗ НАДЕЖНОСТИ

Внутренняя надежность шкал или анализ согласованности проводился с помощью Cronbach alpha. Этот анализ показывает, во-первых, вносит ли вопрос вклад в свою шкалу и, во-вторых, повысит ли исключение данного вопроса внутреннюю согласованность шкалы. В данном случае Cronbach alpha рассчитывались для варианта BREF из четырех разделов. Вариант из шести разделов не проверялся, поскольку один из этих разделов (духовность) состоял бы из одного вопроса, при этом анализ внутренней надежности невозможен.

В соответствии с предшествующими исследованиями WHOQOL и с общими рекомендациями, приводящимися в литературе, любой вопрос, скорректированная общая корреляция которого с собственным разделом $< 0,4$, отмечался как потенциально проблематичный. Вопросы, которые вызвали проблемы надежности в максимальном числе центров, перечислены ниже.

Подлежит исключению

F8 – Насколько защищенным Вы чувствуете себя в повседневной жизни?

Еще у двух вопросов, F21 и F22, также проявились проблемы надежности, но тот факт, что они принадлежат к разделу, состоящему всего из трех вопросов, делает анализ Cronbach alpha менее достоверным.

На этапе разделения трех массивов данных на европейскую и неевропейскую части проблем не возникало.

ЭТАП 3 – АНАЛИЗ MAP

Так называемый анализ MAP – это сокращенное название адаптированного варианта программы многофакторного анализа, использованного в предшествующих исследованиях WHOQOL и основанного на математическом обеспечении, которое применялось при разработке SF-36. В данном более простом случае анализ MAP используется для определения вопросов, которые имеют больший вес на других подшкалах, чем на собственной подшкале (последний представляется в виде скорректированной общей корреляции вопроса).

После суммирования по трем массивам данных и анализа информации как по всему миру, так и только по Европе, проблемы MAP отмечены по следующим вопросам (начиная с наиболее проблематичного):

F8 – Насколько защищенным Вы чувствуете себя в повседневной жизни?

F10 – Достаточно ли у Вас сил для повседневной жизни?

F16 – Удовлетворены ли Вы собственным сном?

То есть, эти вопросы склонны больше «нагружать» другие разделы, чем свой. Ряд вопросов выявил проблемы в одном из двух анализов, но их не стоит здесь отмечать.

Однако следует отметить, что перекрестная приложимость вопросов не представляет собой существенной проблемы, если целью, как в настоящем исследовании, является составление репрезентативной выборки вопросов. Все, безусловно, зависит от того, как определяется «репрезентативность». То есть, если вопросы отбираются с целью максимального представления определенного раздела, не следует отбирать вопрос с большей приложимостью к другому разделу. Но если вопро-

сы отбираются просто для того, чтобы оптимально отразить общее качество жизни (не принимая во внимание расположенные ниже в структуре разделы или составляющие), то возможность включения такого вопроса вполне может быть рассмотрена.

Проблема интерпретации результатов анализа MAP ставит вопрос об уровне, на котором группа EUROHIS хотела бы представить отобранные вопросы. Первоначально этот вопрос обсуждался при выборе вопросов, когда из WHOQOL-100 формировался WHOQOL-BREF. В конечном итоге было решено сохранить в структуре отдельные составляющие (фасеты), отобрав по одному вопросу для представления каждого из 24 фасетов WHOQOL-100, а также включить два общих вопроса. Аналогичным решением для группы EUROHIS было бы отобрать по крайней мере по одному вопросу, представляющему каждый из четырех разделов, наряду с возможностью включения одного из общих вопросов BREF. Поэтому ряд последующих исследований был посвящен проверке правильности отбора вопросов с сохранением структуры разделов.

ЭТАП 4 – ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ, РЕГРЕССИОННЫЙ И ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ

Корреляционный анализ – самый простой способ определения вклада каждого вопроса в собственный раздел. Такой анализ свидетельствует, что наиболее важны следующие вопросы:

Раздел 1 – F18, F17

Раздел 2 – F19, F6, F5

Раздел 3 – F20, F21

Раздел 4 – F12, F23, F25

Факторный анализ, проведенный для каждого раздела, предполагает необходимость обратить внимание на следующие вопросы, поскольку они значительно нагружают соответствующие факторы:

Раздел 1 – F18, F17, F10, F4

Раздел 2 – F19, F6, F5

Раздел 3 – F20, F21

Раздел 4 – F12, F13, F24

Проведено два варианта множественного регрессионного анализа. В первом варианте вопросы проверялись поэтапной множественной регрессией с целью оценки их вклада в совокупное число баллов собственного раздела. Были выделены следующие вопросы:

Раздел 1 – F18, F17, F10, F4

Раздел 2 – F19, F6, F5

Раздел 3 – F21, F20, F22

Раздел 4 – F12, F23

Во втором варианте множественного регрессионного анализа отдельные вопросы внутри разделов использовались для прогноза совокупного числа баллов КЖ, определяемого как сумма двух общих вопросов, вошедших в BREF (F1 и F2). Полученные результаты свидетельствуют о значимости следующих вопросов:

Раздел 1 – F17, F10

Раздел 2 – F19, F5, F26

Раздел 3 – F20, F22

Раздел 4 – F23, F8, F14, F12

Проведенный анализ показывает, что некоторые вопросы статистически более важны по своему вкладу в различные разделы.

ЭТАП 5 – КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ

Результаты иерархического кластерного анализа, проведенного по различным массивам данных, с трудом поддаются интерпретации, несмотря на попытки применения различных подходов к кластерному анализу.

ЭТАП 6 – МНОГОМЕРНОЕ ШКАЛИРОВАНИЕ (ММШ)

Для проведения многомерного шкалирования использовалась программа SPSS ALSCAL. Для сравнения решений по европейским и неевропейским центрам применялось евклидово расстояние, интервальная метрика и метод повторного ММШ. Изучение 2-мерных и 3-мерных решений по трем массивам данных свидетельствует, что для исследуемых решений центральными являются следующие вопросы:

Раздел 1 – F10, F17, F18, F4

Раздел 2 – F19

Раздел 3 – (слишком мало переменных)

Раздел 4 – F13, F24

В то время как результаты по разделам 1 и 2, по-видимому, неплохо согласуются с итогами предшествующих видов анализа, полученные данные по разделу 4 представляются иными, хотя неясно, почему возникают такие различия.

ЭТАП 7 – АНАЛИЗ ДАННЫХ О ЗНАЧИМОСТИ СОСТАВЛЯЮЩИХ (ФАСЕТОВ)

Данные о значимости составляющих имеются только по первому массиву информации, полученному в рамках пилотного проекта WHOQOL и использованному для создания WHOQOL-100. Тем не менее, было сочтено целесообразным провести простой анализ этих данных для обоснования выбора вопросов в рамках проекта EUROHIS. Поэтому эти составляющие были просто проранжированы по средним величинам рейтингов их значимости в каждом разделе аналогично их ранжированию в глобальных и европейских массивных данных (наиболее значимая составляющая указывается первой):

Раздел 1 – F17, F10, F15

Раздел 2 – F5, F7, F19

Раздел 3 – F20, F22, F21

Раздел 4 – F23, F8, F12

Данные о ранжировании по значимости требуют дополнительных пояснений. Во-первых, вопрос F17 (Насколько Вы удовлетворены своими возможностями справиться с повседневными делами?) относится к составляющей, наиболее значимой как по глобальному, так и по европейским массивам данных. Во-вторых, вопрос F21 (Насколько Вы удовлетворены своими сексуальными отношениями?) относится к составляющей, считающейся наименее значимой по этим массивам данных.

ИТОГИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА

Таким образом, было принято решение о возможности выделения «оптимальных» вопросов по итогам проведенного анализа с тем, чтобы дальнейшие исследования ограничить более узким кругом вопросов. Формирование конкретного подмножества вопросов возможно на основании следующих критериев:

- вопросы EUROHIS должны сохранять структуру разделов BREF (например, из каждого раздела выбирается один или два вопроса, «лучше всего» представляющие этот раздел);
- каждый вопрос должен получить высокие оценки значимости по итогам большинства, если не всех вариантов предшествующего анализа;

- предпочтительно, чтобы в отношении вопросов не возникало проблем частоты или надежности;
- для рассматриваемых задач проблемам с анализом МАР, вероятно, можно не придавать особого значения.

По этим критериям для первого этапа дальнейшего анализа были отобраны следующие вопросы:

Общие — F2: Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья?

Раздел 1 (Физический)

F10: Достаточно ли у Вас сил для повседневной жизни?

F17: Насколько Вы удовлетворены своими возможностями справляться с повседневными делами?

Раздел 2 (Психологический)

F5: Насколько Вы удовлетворены жизнью?

F19: Насколько Вы удовлетворены собой?

Раздел 3 (Социальный)

F20: Насколько Вы удовлетворены своими взаимоотношениями с другими людьми?

F21: Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

Раздел 4 (Окружающая среда)

F12: Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?

F23: Насколько Вы удовлетворены своими жилищными условиями?

10.5.3 Подтверждающий факторный анализ и анализ Rasch

Задачей подтверждающего факторного анализа (ПФА) (выполнявшегося с помощью программы EQS) и анализа Rasch (выполнявшегося с помощью программы WINMIRA 32) был отбор из десяти вопросов сокращенного варианта тех, которые лучше всего отражают разделы и общую структуру WHOQOL.

Задачей ПФА было, прежде всего, выявление тех сочетаний, если таковые имеются, которые включают по одному вопросу из каждого раздела плюс общий вопрос, которые давали бы хорошие значения индексов соответствия для единственного решения латентных характеристик. Аналогично анализ Rasch применялся для проверки, какие вопросы согласуются с единственной базовой латентной характеристикой, а какие нет. Поэтому необходимо подчеркнуть, что такое использование анализа Rasch и ПФА отличается от того, как эти виды анализа применялись в исследовании WHOQOL до сих пор. В то время как ранее такой анализ, в первую очередь, предназначался для проверки концептуальной структуры WHOQOL (например, иерархические модели из 4-го и 6-го разделов), данный анализ служил методом отбора потенциальных вопросов для проекта EUROHIS.

Итоги ПФА

Фактически ПФА показал, что сочетание общего вопроса (F2) с любой комбинацией из четырех дополнительных вопросов (по одному из каждого раздела) дает удовлетворительные индексы соответствия, причем, например, все значения CFI³³ больше 0,9 (нормальное приемлемое пороговое значение уровня соответствия). То есть, результаты ПФА свидетельствуют, что любой набор вопросов, сформированный таким образом, может быть адекватно представлен одним фактором или базовой характеристикой; эти результаты устойчивы по всем массивам данных и по всем видам анализа только для европейских данных.

³³ CFI (сравнительный индекс соответствия) показывает общее соответствие параметров эмпирической модели параметрам оцениваемой модели.

Итоги анализа Rasch

Анализ Rasch использовался как средство исключения вопросов из девятиэлементного набора, но с условием, чтобы был представлен каждый раздел. Для применявшейся программы анализа Rasch, WINMIRA 32, существенное значение так называемого индекса Q (который является специфической для класса оценкой соответствия вопроса для моделей Rasch) указывает, что конкретный вопрос не вписывается в ожидаемую схему единой базовой характеристики. Анализ только европейских данных по каждому из трех информационных массивов показал следующий порядок исключения вопросов из массивов данных. То есть, на первом этапе исключается вопрос, соответствие которого минимально (индекс Q максимален), затем анализ проводится вновь и на следующем этапе исключается вопрос с худшими характеристиками соответствия, и так далее с соблюдением отмеченных выше ограничений.

	<u>OLD100</u>	<u>NEW100</u>	<u>BREF</u>
Этап 1	F12	F5	F12
Этап 2	F5	F21	F21
Этап 3	F20	F12	F5
Этап 4			F10

Таким образом, анализ Rasch предполагает исключение F12, F5, F21 и, возможно, F10 (а не F17) из раздела 1.

Применение анализа Rasch для принятия решения о составе вопросов приводит к предложению следующих 5 вопросов:

F2: Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья?

F17: Насколько Вы удовлетворены своими возможностями справляться с повседневными делами?

F19: Насколько Вы удовлетворены собой?

F20: Насколько Вы удовлетворены своими взаимоотношениями с другими людьми?

F23: Насколько Вы удовлетворены своими жилищными условиями?

Дальнейшие комментарии и анализ

- Набор из пяти предложенных вопросов концептуально охватывает достаточно широкий спектр аспектов КЖ, включая самооценку, социальную поддержку, жилищные условия, повседневную деятельность и общее состояние здоровья. Единственное, возможно, несущественное сомнение вызывает, что все вопросы касаются «удовлетворенности», хотя это и не удивительно, учитывая, что семь из девяти вопросов, отобранных для дальнейшего анализа, были именно такими.
- ПФА дает для пяти предложенных вопросов $CFI=0,923$ (хи-квадрат=1232,97) при повторном тестировании по трем европейским массивам данных относительно единого факторного решения.
- Анализ надежности Cronbach alpha дает для этих пяти вопросов значения 0,72; 0,77 и 0,76 соответственно по европейским массивам данных OLD100, NEW100 и BREF.
- Корреляция между суммарной оценкой по пяти вопросам и суммарной оценкой разделов для всех вопросов BREF по трем европейским массивам данных составила от 0,63 (суммарная оценка по разделу 4 OLD100) до 0,79 (суммарная оценка по разделу 2 BREF). С учетом того что 8 из 12 значений корреляции были не менее 0,70, можно сделать вывод о хорошем совпадении оценок по пяти предложенным EUROHIS вопросам и полным разделам BREF.

10.5.4 Дальнейший анализ

Комментируя результаты проведенного до сих пор анализа, рабочая группа по индикатору КЖ поставила ряд вопросов для дальнейшего обсуждения, изложенных ниже. Это привело к дальнейшим исследованиям.

Пункт 1. Ряд результатов зависит от состава выборки, причем особенно важен статус болен/здоров.

Были проанализированы итоговые таблицы по трем массивам данных с точки зрения статуса болен/здоров. Основной вывод по этим таблицам состоит в том, что исходный массив данных OLD100 отличается от двух других, поскольку выборка состояла из 250 больных и 50 здоровых лиц. Напротив, в массивах NEW100 и BREFNEW больные и здоровые представлены в соотношении примерно 50:50, хотя значительный объем отсутствующей информации делает эту оценку весьма проблематичной. Тем не менее, большее сходство результатов анализа по этим массивам данных может просто отражать тот факт, что массив OLD100 совсем другой по составу.

Пункт 2. Анализ многомерного шкалирования был бы более информативным, если бы включались одновременно все вопросы, вместо того чтобы проводить его на уровне разделов²

В результате такой анализ был проведен для двух- и трехмерных решений по трем массивам данных. Этот анализ, по крайней мере, указал на центральное положение вопроса F1 (Как Вы оцениваете качество своей жизни?) и дает серьезные основания для повторного включения его в EQS и Rasch (несмотря на проблемы с его частотными характеристиками, выявленные на первом этапе анализа).

Пункт 3. Результаты анализа Rasch не оправдали ожиданий, поскольку он привел к отбору только вопросов об удовлетворенности (состоянием здоровья).

Прежде всего, анализ Rasch проводился следующим образом. Начиная, например, с девяти вопросов, проводится проверка их соответствия модели Rasch с единой базовой характеристикой. Затем вопрос, хуже всего согласующийся с моделью Rasch (что выражается высоким положительным значением индекса Q или стандартизованного значения Zq), исключается, и анализ повторяется для восьми вопросов, и так далее, пока либо все оставшиеся вопросы не будут согласовываться с моделью Rasch, либо не будет найдено ни одной модели Rasch для согласования.

Во-вторых, к сожалению, было обнаружено, что только вопросы об «удовлетворенности», по видимому, согласуются с моделью Rasch. Это может просто отражать лингвистическое сходство формулировок вопросов (такая точка зрения часто высказывалась Rex Billington при обсуждении WHOQOL), но это может быть связано и с проблемой включения общего вопроса «Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья?».

Поэтому дальнейший анализ Rasch проводился с выбором другого общего вопроса: «Как вы оцениваете качество своей жизни?» — в качестве отправной точки. Но результаты по трем массивам данных оказались проблематичны, причем массиву OLD 100 не соответствовала ни одна модель Rasch. Возможно, наиболее разумная точка зрения в свете этого состоит в том, что при создании WHOQOL не ставилось задачи, чтобы она обладала качествами шкалы типа Rasch, поэтому результатам анализа Rasch не следует придавать такого значения, как итогам многовариантного анализа другого типа. Допущения, лежащие в основе модели Rasch, могут быть неприменимы к существующим данным: модель предполагает одномерность, т.е. она сосредоточена на едином параметре (а именно, расположение вопросов на шкале), и ее значения зависят от конкретной выборки.

Результаты дальнейшего анализа

При выборе в качестве отправной точки для последующего анализа другого общего вопроса, приемлемой альтернативой вопросам, предложенным ранее, являются следующие пять вопросов:

F1: Как Вы оцениваете качество своей жизни?

F10: Достаточно ли у Вас сил для повседневной жизни?

F19: Насколько Вы удовлетворены собой?

F20: Насколько Вы удовлетворены своими взаимоотношениями с другими людьми?

F12: Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?

10.5.5 Итоговые результаты анализа

Проведенный анализ свидетельствует, что наиболее целесообразно взять для дальнейшего исследования все восемь вопросов, отобранных по двум вариантам анализа и включить их в пилотный опрос EUROHIS. Полученные данные дадут информацию о вопросах по представительным на государственном уровне выборкам населения в дополнение к анализу их эффективности и характеристик, по сравнению с другими инструментариями EUROHIS. Эти восемь вопросов таковы:

F1: Как Вы оцениваете качество своей жизни?

F2: Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья?

F10: Достаточно ли у Вас сил для повседневной жизни?

F17: Насколько Вы удовлетворены своими возможностями справляться с повседневными делами?

F19: Насколько Вы удовлетворены собой?

F20: Насколько Вы удовлетворены своими взаимоотношениями с другими людьми?

F12: Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?

F23: Насколько Вы удовлетворены своими жилищными условиями?

10.6 Перевод вопросов

Существование широкого спектра вариантов WHOQOL на различных языках сократило потребность в новых переводах вопросов, предложенных для опроса EUROHIS. Тем не менее, тот факт, что ряд центров, участвующих в апробации, стремились включить индикатор качества жизни в свою апробацию других индикаторов, дал возможность проверить существующие переводы вопросов, сделать переводы на новые языки и собрать качественные и количественные данные обратной связи об эффективности предложенных вопросов.

10.7 Апробация EUROHIS 2000 г.

Ряд центров в Западной и Восточной Европе собрали ответы по части предлагаемых индикаторов EUROHIS, в том числе по индикатору КЖ. Обратная связь обычно основывалась на небольшой выборке из примерно 20 лиц, по которой собиралась как количественная, так и качественная информация. В целом, обратная связь была положительной в отношении применения инструментария по КЖ из восьми вопросов, но возник ряд моментов.

- Отдельные выражения в некоторых вопросах не имеют точных эквивалентов или могут привести к неоднозначному толкованию в ряде языков, например, такие выражения, как «условия жизни», «повседневная жизнедеятельность» и «жилищные условия». Ключевым моментом при переводе в методологии WHOQOL является то, что буквальный перевод нежелателен по мере возможности, предпочтение следует отдавать смысловым эквивалентам и местным идиоматическим выражениям.
- По крайней мере, один центр отметил, что сам термин «качество жизни» не относится к числу понятий, легко воспринимаемых в данной культурной среде. И здесь, как и в предыдущем случае, центры должны подобрать смысловой эквивалент понятия в собственном языке, даже если у самого выражения «качество жизни» нет прямого перевода.
- Если «официальные» переводы WHOQOL на конкретный язык уже существуют, следует использовать их, а не новые переводы, в противном случае данные, собранные по WHOQOL-BREF и EUROHIS-QOL, могут оказаться несопоставимыми для соответствующей культурной среды.

Исходя из этих соображений, а также результатов обсуждения на промежуточном обзорном совещании в Копенгагене 2–4 ноября 2000 г., сформировано следующее предложение по поводу про-

екта инструментария для включения в полевые испытания в 2001 г. Было решено, что оценка КЖ может проводиться на трех различных уровнях:

- *Первый уровень.* Абсолютным минимумом является включение хотя бы одного общего вопроса:
F1: Как Вы оцениваете качество своей жизни?
- *Второй уровень.* Восемь вопросов дают полезное представление о важных разделах КЖ для многих опросов о состоянии здоровья.
- *Третий уровень.* Там, где это возможно, в национальный опрос могут включаться все 26 основных вопросов WHOQOL-BREF, особенно если индикатору КЖ придается ключевое значение.

Итак, КЖ является необходимым индикатором для опросов о состоянии здоровья, но его можно оценивать на разных уровнях детализации: например, по одному обобщенному вопросу, по короткому блоку из восьми вопросов, которые могут объединяться, формируя общую шкалу, или по традиционной шкале, уже получившей широкое распространение в различных исследованиях.

10.8 Полевые испытания EUROHIS 2001 г.

Проект инструментария по КЖ прошел полевые испытания наряду с семью другими проектами инструментариев EUROHIS. Здесь представлены результаты из Великобритании, Германии и Франции; в каждой стране было проведено по 400 интервью по телефону. Собиралась также информация по ряду дополнительных социально-демографических показателей.

Предварительный анализ по отдельным вопросам показал, что удельный вес недостающих значений, например, из-за отказа от ответа или неприменимости, был очень низким. По трем выборкам почти все недостающие значения составили менее 1%, кроме вопроса 5 (Насколько Вы удовлетворены собой?) по французской выборке, где удельный вес недостающих значений — 1,8%.

Распределение частот пяти вариантов ответа по каждому вопросу показывает некоторое смещение данных к позитивному концу шкалы ответов. Предварительно проблематичное распределение для вопросов WHOQOL определялось как менее 10% общего числа ответов по двум или нескольким смежным категориям (WHOQOL Group 1998). Только у одного вопроса, вопроса 2 (Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья?), оказалось хорошее распределение по всем трем выборкам, кроме того, вопрос 4 и вопрос 7 были хорошо распределены соответственно по британской и французской выборкам. Поэтому с точки зрения опросов населения интересно, что лучше всего распределен вопрос о КЖ, связанный со здоровьем. Другие опросы свидетельствуют о том, что в представительных выборках населения Западной Европы неизбежно некоторое смещение ответов к позитивному концу шкалы или в сторону «большой удовлетворенности».

Сопоставление средних значений ответов о КЖ по трем выборкам показывает, что эти выборки не различаются только в отношении одного вопроса, вопроса 2. По другим вопросам характер различий был очень разнообразен, но только по одному вопросу, вопросу 3 (Достаточно ли у Вас сил для повседневной жизни?), все различия достоверны (средняя по Великобритании = 3,9; средняя по Франции = 4,1; средняя по Германии = 4,3). По общей оценке для всех восьми вопросов о КЖ французская выборка котируется достоверно ниже (средняя = 30,9), чем британская (средняя = 32,0) и немецкая (средняя = 32,6) выборки, различия между которыми недостоверны.

Анализ эффективности шкал дает удовлетворительные значения Cronbach alpha для внутренней надежности по всем трем центрам (Франция = 0,734, Великобритания = 0,795 и Германия = 0,795), так что суммарная оценка по трем выборкам удовлетворительна (alpha = 0,779).

Заключительный этап исследований дает предварительное представление о том, как КЖ может быть связано с некоторыми другими индикаторами, включенными в данные, которые были собраны по трем выборкам. Изучение корреляций нулевого порядка между некоторыми социально-демографическими показателями и значениями других индикаторов с суммарной оценкой КЖ (которая получается простым суммированием оценок по 8 вопросам, причем более высокие оценки свидетельствуют о лучшем КЖ) выявило ряд достоверных корреляций. С КЖ достоверно коррелирует общая оценка состояния здоровья респондента ($r = -0,511, p < 0,001$), а также общая физическая активность ($r = 0,228, p < 0,001$), общее количество физических симптомов ($r = -0,423, p < 0,001$) и уровень психологических проблем ($r = 0,541, p < 0,001$). Затем переменные были включены в ряд уравнений регрессии для прогнозирования общего КЖ, наряду с некоторыми бинарными социально-демографическими характеристиками, в том числе возраст («молодые» — «пожилые»), семейное положение («состоящие в браке» — «остальные»), пол и статус занятости («работающие» — «остальные»). Ряд уравнений множественной регрессии определял вклад этих восьми переменных в общее КЖ. Оптимальные результаты для этих переменных представлены в таблице 10.1.

Таблица 10.1.

**Множественный регрессионный анализ:
вклад отдельных переменных в общее КЖ**

Переменная	Beta	Sig. T
Возраст (молодые — пожилые)	0,111	0,012
Семейное положение	0,107	0,002
Статус занятости	0,053	0,087
Самооценка состояния здоровья	0,363	0,001
Общее количество соматических симптомов	0,120	0,001
Уровень физической активности	0,107	0,001
Состояние психического здоровья	0,356	0,001

[Mult. R= 0,687; R²=0,472; Adj. R²=0,467]

Из таблицы 10.1 видно, что семь из восьми переменных вносят существенный вклад при данном сочетании переменных. То есть все переменные, кроме пола, вносят свой вклад, хотя влияние статуса занятости довольно незначительно. Интересно, что выявляется некоторое взаимодействие возраста и статуса занятости в том смысле, что, хотя общее КЖ имеет тенденцию улучшаться с возрастом, это искажается потерей работы в старшем возрасте, противодействующей общему улучшению КЖ с возрастом. Другие переменные в уравнении свидетельствуют о явном и независимом вкладе в общее КЖ самооценки состояния здоровья, общего количества соматических симптомов из индикатора физического состояния, уровня психологических проблем из индикатора психического здоровья и уровня физической активности из индикатора физической активности. Проведенный анализ, безусловно, носит предварительный характер, и ожидается, например, улучшение суммарных оценок для таких индикаторов, как потребление алкоголя, лекарств и обращаемость за профилактической медицинской помощью. Тем не менее, это является первым шагом в изучении взаимодействия данных показателей состояния здоровья по результатам опросов представительных выборок населения по всей Европе, а также из других частей света.

Был проведен углубленный анализ данных о КЖ и их соотношений с состоянием физического и психического здоровья в странах как Западной, так и Восточной Европы. Полученные результаты указывают на то, что КЖ оказывает значительное влияние на показатели и физического, и психического здоровья, и подтверждают необходимость включения индикатора КЖ в национальные опросы о состоянии здоровья.

10.9 Выводы

Представленные в настоящей главе результаты различных концептуальных и эмпирических исследований приводят к ряду важных заключений. Во-первых, ясно, что КЖ — ключевой индикатор состояния здоровья, который должен регулярно оцениваться в ходе опросов о состоянии здоровья. Во-вторых, до настоящего времени в опросах о состоянии здоровья используется ряд инструментов — как стандартизованных, так и нестандартизованных. Проведенный авторами анализ указывает на преимущества набора оценок WHOQOL. Предлагается три уровня возможной оценки КЖ с нарастанием детализации:

- как минимум единственный вопрос: «Как Вы оцениваете качество своей жизни?»;
- промежуточный уровень, состоящий из восьми вопросов (см. Приложение 10.1);
- подробный уровень, состоящий из 26 вопросов WHOQOL-BREF (см. Приложение 10.2), который дает кроме общего индекса оценки по четырем разделам КЖ.

Таким образом, окончательный выбор, какой из этих уровней использовать для оценки КЖ, зависит от цели и задач, которые ставятся перед опросом о состоянии здоровья, а также от уровня детализации, необходимой при оценке КЖ.

Литература

- BECH, P. (1996) *The Bech, Hamilton and Zung Scales for mood disorders: screening and listening*, 2nd ed. Berlin, Springer.
- BECH, P. ET AL. (2002) Measuring well-being rather than absence of distress symptoms. A Comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International journal of methods in psychiatric research (in press)*.
- BULLINGER, M. ET AL. (1996) Creating and evaluating cross-cultural instruments. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, pp. 659–669.
- DUPUY, H.J. (1984) The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. In: Wenger, N.K. et al., ed. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. New York, Le Jacq.
- POWER, M.J. ET AL. (1999) The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health psychology*, **18**: 495–505.
- SPIKER, B. (1996) Introduction. In: Spilker, B., ed. *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven.
- WHOQOL GROUP (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, **41**: 1403–1409.
- WHOQOL GROUP (1998) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science and medicine*, **46**: 1569–1585.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948) *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, pp.1–2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) *Report of the second meeting of the Quality of Life Indicator Network, Barcelona, Spain, 6 November 1999*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document INFO 02 03 02).

Приложение 10.1

Рекомендуемый EUROHIS общий инструментарий по качеству жизни (прошел полевые испытания в 2001 г.)

Интервьюер: Эта группа вопросов задается, чтобы узнать Ваше мнение о качестве Вашей жизни, Вашем здоровье или других аспектах Вашей жизни. Более конкретно мы спрашиваем Ваше мнение о Вашей жизни в последние две недели.

1. Как Вы оцениваете качество своей жизни:

- очень плохое,
- плохое,
- ни плохое, ни хорошее,
- хорошее,
- очень хорошее?

2. Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья:

- полностью неудовлетворены,
- неудовлетворены,
- более или менее,
- удовлетворены,
- полностью удовлетворены?

3. Достаточно ли у Вас сил для повседневной жизни:

- совсем нет,
- в основном нет,
- более или менее,
- в основном да,
- вполне достаточно?

4. Насколько Вы удовлетворены своими возможностями справиться с повседневными делами:

- полностью неудовлетворены,
- неудовлетворены,
- более или менее,
- удовлетворены,
- полностью удовлетворены?

5. Насколько Вы удовлетворены собой:

- полностью неудовлетворены,
- неудовлетворены,
- более или менее,
- удовлетворены,
- полностью удовлетворены?

6. Насколько Вы удовлетворены своими взаимоотношениями с другими людьми:

- полностью неудовлетворены,

неудовлетворены,
более или менее,
удовлетворены,
полностью удовлетворены?

7. Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей:

совсем нет,
в основном нет,
более или менее,
в основном да,
вполне достаточно?

8. Насколько Вы удовлетворены своими жилищными условиями:

полностью неудовлетворены,
неудовлетворены,
более или менее,
удовлетворены,
полностью удовлетворены?

Приложение 10.2
WHOQOL-BREF
(Номера в скобках обозначают номера вопросов в WHOQOL-100)

		Очень плохое	Плохое	Ни плохое, ни хорошее	Хорошее	Очень хорошее
1(G1)	Как Вы оцениваете качество своей жизни?	1	2	3	4	5

		Полностью недовольны	Неудовлетворены	Более или менее	Удовлетворены	Полностью удовлетворены
2(G4)	Насколько Вы удовлетворены состоянием собственного здоровья?	1	2	3	4	5

Следующие вопросы выясняют, **насколько сильны** были у Вас некоторые ощущения на протяжении последних двух недель.

		Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
3(F1.4)	В какой степени Вы ощущаете, что (физическая) боль мешает Вам делать то, что необходимо?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Насколько Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	Насколько Вы удовлетворены жизнью?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	В какой степени Вы ощущаете, что Ваша жизнь имеет смысл?	1	2	3	4	5

		Совсем нет	В основ- ном нет	Более или менее	В основ- ном да	Вполне
7(F5.3)	Насколько Вам уда- ется сосредоточиться?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Насколько защищен- ным Вы чувствуете себя в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Насколько благопри- ятна окружающая Вас физическая среда?	1	2	3	4	5

Следующие вопросы выясняют, **насколько** хорошо Вы чувствовали себя или были способны делать некоторые вещи на протяжении последних двух недель.

		Совсем нет	В основ- ном нет	Более или менее	В основ- ном да	Вполне
10(F2.1)	Достаточно ли у Вас сил для повседнев- ной жизни?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Устраивает ли Вас ваш внешний облик?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Достаточно ли у Вас де- нег для удовлетворения своих потребностей?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Доступна ли Вам ин- формация, необходимая в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Насколько у Вас есть возможность для досуга?	1	2	3	4	5

		Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
15(F9.1)	Насколько успешно Вы передвигаетесь?	1	2	3	4	5

Следующие вопросы выясняют, насколько Вы были **удовлетворены** различными аспектами своей жизни на протяжении последних двух недель.

		Полностью неудов- летворены	Неудов- летворены	Более или менее	Удовлет- ворены	Полнос- тью удов- летворены
16(F3.3)	Насколько Вы удовлетво- рены собственным сном?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Насколько Вы удовлет- ворены своими возмож- ностями справляться с повседневными делами?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Насколько Вы удовлет- ворены своей работо- способностью?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Насколько Вы удовлет- ворены собой?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Насколько Вы удовлет- ворены своими взаимо- отношениями с другими людьми?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Насколько Вы удовлет- ворены своей сексуаль- ной жизнью?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Насколько Вы удовлетво- рены поддержкой, которую оказывают Вам друзья?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Насколько Вы удовлет- ворены своими жилищ- ными условиями?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Насколько Вы удовлет- ворены доступностью медицинской помощи?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Насколько Вы удовлет- ворены имеющимся в Вашем распоряжении транспортом?	1	2	3	4	5

Следующий вопрос выясняет, **как часто** Вы испытывали некоторые ощущения или переживания на протяжении последних двух недель.

		Никогда	Редко	Довольно часто	Очень часто	Постоян- но
26(F8.1)	Как часто Вы испытыва- ли отрицательные эмоции, такие как тоска, отчаяние, тревога, депрессия?	1	2	3	4	5

Глава 11

Выводы

В данной книге содержится краткий обзор проекта EUROHIS, а основное внимание уделяется главному результату — рекомендуемым инструментам по всем восьми индикаторам состояния здоровья. Но из предшествующих глав ясно, что в разработку этих инструментов вложен колоссальный труд. Кроме того, итогом проекта являются не только сами инструменты. Характер проекта был таков, что требовал взаимодействия широкого круга лиц внутри рабочих групп по индикаторам и между ними, принадлежащих к различным научным дисциплинам и различным культурам. Это породило обширную и неоценимую сеть контактов, позволившую в ходе проекта использовать разнообразную экспертизу, результаты которой доступны.

Проект такого масштаба, как EUROHIS, неизбежно порождает и другие проблемы, помимо научных. Не последнюю роль в их возникновении сыграл размер проекта, включавшего восемь рабочих групп по отдельным индикаторам, в состав которых входили исследователи из 11 стран Европейского Союза. Хотя эти группы должны были действовать независимо, разрабатывая инструменты совершенно различного характера, их работа должна была координироваться, следовать единой общей программе и обеспечивать единый комплекс предварительных вариантов инструмента для апробации, а затем полевых испытаний. В связи с большим количеством участников — учреждений и отдельных лиц — и сложностью задач, проект потребовал значительных усилий для реализации согласованного подхода, как внутри восьми рабочих групп, так и между ними, а также для привлечения всех стран ЕС и ряда стран, не входящих в ЕС, в процесс разработки, апробации и полевых испытаний.

Подводя итоги работы, проведенной в рамках EUROHIS, можно сделать ряд основных выводов.

Во-первых, несомненно, что получение межкультурной сопоставимости данных о состоянии здоровья имеет основополагающее значение для европейского региона ВОЗ. Такие данные необходимы для формирования обоснованной политики охраны здоровья населения, направленной на оптимизацию состояния здоровья и деятельности здравоохранения в интересах всего населения. Отсутствие таких данных исключает возможность адекватной оценки и мониторинга состояния здоровья на государственном и международном уровнях. Даже в странах с наиболее развитыми информационными системами имеются проблемы в данных о состоянии здоровья некоторых групп населения. Острота этой проблемы и ее масштабы различны в разных странах, но она актуальна для всех и требует решения.

В связи с разнообразием методов и инструментов, используемых в настоящее время в странах—членах ВОЗ, рамки проекта EUROHIS были целенаправленно ограничены наиболее важными, широко распространенными индикаторами с акцентом на разработку кратких общих инструментов для задач мониторинга, а не углубленного изучения. Первоначальной предпосылкой проекта стало то, что согласование исходной информации (т.е. используемых инструментов) является эффективным средством согласования выходных данных (т.е. международных результатов опросов о состоянии здоровья). Предполагалось, что это будет возможно как для уже существующих данных ранее проведенных опросов, так и для результатов опросов, которые будут проводиться в дальнейшем. Но к моменту промежуточного отчета по проекту стало ясно, что такие ожидания не-

реальны в отношении многих индикаторов, а именно: физической активности, потребления алкоголя, качества жизни, психического здоровья и профилактической медицинской помощи. Выяснилось, что сравнительно новые понятия, оцениваемые этими индикаторами, редко применяются на практике и поэтому в довольно большом числе опросов не оценивались. Кроме того, даже по тем аспектам этих понятий, которые, возможно, оценивались адекватно, данные с трудом поддаются ретроспективному согласованию. Эта точка зрения позднее подтвердилась в ходе полевых испытаний.

Хотя в проекте EUROHIS первоначально не планировалось проводить более масштабных полевых испытаний проектов инструментариев, это оказалось полезно для дальнейшего совершенствования инструментариев и обоснования их валидности. Полученные в результате качественные данные свидетельствуют об адекватном функционировании инструментариев во всех странах. Количественные данные интерпретировать труднее. Хотя инструментарии успешно проявили себя во всех странах, результаты телефонных опросов в Великобритании, Германии и Франции не поддаются достоверному сопоставлению с данными, полученными из других стран, участвовавших в полевых испытаниях, которые преимущественно ограничили имеющейся в распоряжении выборкой и личным интервью из-за ограничений в средствах. Эти искажения, связанные с применением различных методов полевых испытаний, вероятно, усугубились языковыми различиями. Несмотря на попытку добиться смысловой эквивалентности переводов, неизвестно, эквивалентны ли переводы на самом деле, и в некоторых странах внесены местные изменения в инструментарии в соответствии с культурными особенностями, привычками или структурой здравоохранения. Поэтому использование количественных результатов полевых испытаний требует особой осторожности. Это ни в коей мере не умаляет ценности проекта, поскольку формальные международные сравнения результатов полевых испытаний не являлись условием приемлемости рекомендуемых инструментариев. Конечно, дальнейший анализ данных полевых испытаний явился бы дополнительным плюсом при условии учета и четкого описания всех ограничений.

Результаты проекта EUROHIS подтверждают, что применение общих инструментов (т.е. согласование исходной информации) является необходимым условием, но не гарантирует получения данных о состоянии здоровья, которые сопоставимы на международном уровне (т.е. согласования выходной информации). Рекомендуемые общие инструменты исключают различия, порождаемые инструментариями, которые используются в настоящее время, и побуждают опираться на наиболее существенные и приемлемые аспекты, с точки зрения межкультурных сравнений. Но данный проект продемонстрировал и ограниченные возможности согласования исходной информации. Во-первых, в различных культурах различны социальные нормы того, что является приемлемым поведением и какие ответы допустимы на вопросы о состоянии здоровья, что вносит искажения в данные. Во-вторых, в странах европейского региона ВОЗ различны условия жизни и обеспеченность медицинской помощью; это отражается в четком западно-восточном градиенте благосостояния, измеряемого, например, ВВП на душу населения. Такие различия влияют на восприятие инструментариев населением каждой отдельной страны.

В-третьих, по-видимому, существуют различия в трактовке понятия здоровья (а отсюда и различия в том, как люди оценивают состояние своего физического и/или психического здоровья) в разных частях европейского региона. Предварительный анализ данных EUROHIS по всем индикаторам и всем странам, участвовавшим в полевых испытаниях, (но с учетом методических различий, на которых базируются эти данные) свидетельствует о возможности выделения, по крайней мере, двух трактовок населением здоровья и самооценки — одна характерна для западных, а другая для восточных европейских стран (Schmidt et al. 2002).

Межкультурное согласование исходной информации — это задача, которая по своей природе требует длительного времени. В настоящее время наиболее целесообразно стремиться, насколько это возможно, согласовать индикаторы и инструментарии, отдавая себе отчет в существовании по-

ятий, которые пока не вполне сопоставимы. Согласование понятий, лежащее в основе согласования индикаторов и инструментариев, постоянно совершенствуется по мере развития науки и техники, а также реформирования систем здравоохранения и динамики населения. Поэтому согласование индикаторов и инструментариев отражает базовый процесс межкультурального объединения, заметно ускорившийся в последнее десятилетие. Эти проблемы требуют создания международного органа, который обеспечил бы преемственность и экономическую эффективность усилий по согласованию, предпринимаемых многочисленными коллективами в разных странах. Этот орган должен сосредоточиться на опросах о политике здравоохранения и мониторинге здоровья, а не на чисто научных исследованиях и разработке инструментариев оценки. Необходимо создавать в Европе практическую экспертизу для согласования результатов опросов о состоянии здоровья, в которых применяются согласованные инструментарии. Приводимое в настоящей книге описание разработки общего инструментария по потреблению алкоголя иллюстрирует, какого рода теоретическая подготовка и эпидемиологические навыки могут оказаться необходимы для того, чтобы судить о сопоставимости результатов, полученных по согласованному инструментарию. Этот пример, вероятно, важен для всех индикаторов, основанных на самооценке поведения, связанного со здоровьем. В различных регионах Европы уже накоплен значительный экспертный опыт, эта деятельность требует формального объединения и оперативного управления. Необходимо разрабатывать и согласовывать соответствующие принципы и методологию согласования, и в то же время мы нуждаемся и в прояснении культурных различий в понимании здоровья и их влияния на ответы респондентов при опросах.

Проект EUROHIS сосредоточился на сопоставимости данных опросов о состоянии здоровья и вскрыл ряд проблем, возникающих при попытке сравнения информации из различных стран. Безусловно, аналогичные проблемы межкультурной сопоставимости возникают и при сравнении данных из других источников, таких как статистика здравоохранения, и там они так же сложны и трудно разрешимы. Но одним из важных преимуществ опросов о состоянии здоровья является относительно невысокая стоимость и незначительные затраты времени, необходимые для адаптации их для нужд тех, кто формирует политику в области здравоохранения.

В результате проекта EUROHIS ученые и политические деятели получили набор рекомендуемых общих инструментов для оценки восьми индикаторов состояния здоровья. Разработка этих инструментов потребовала тщательного рассмотрения соответствующих общих понятий и того, как их следует определять и использовать. Инструменты открыты для применения во всех странах с целью совершенствования государственных информационных систем в области здравоохранения и облегчения международных сравнений данных о состоянии здоровья.

Литература

SCHMIDT, S. ET AL. (2002) *Cross-cultural analysis of relationships of health indicators across Europe: first results based on the EUROHIS project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document EUR/02/5041391).

Приложение 1.

Рабочие группы
по индикаторам EUROHIS

ИНДИКАТОР 1.**Хронические соматические заболевания (состояния)****Principal Investigator**

Viviana Egidi

Central Director, Population and Territory
Direction

Italian National Statistical Institute (ISTAT)

Via Adolfo Rava 150
00148 Rome, Italy**Ответственный исполнитель**

Viviana Egidi

Директор, Отделение населения и территорий

Итальянский национальный статистический
институт (ISTAT)Via Adolfo Rava 150
00148 Rome, Italy**Active Participants**Vittoria Buratta, Italian National Statistical I
nstitute (ISTAT), Rome, ItalyAgnes de Bruin, Statistics Netherlands,
Voorburg, NetherlandsLuisa Frova, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, ItalyLidia Gargiulo, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, ItalyEmilio Gianicolo, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, ItalyRosa Gispert, Departament de Sanitat
i Seguretat Social, Barcelona, SpainMarkku Heliovaara, National Public Health
Institute (KTL), Helsinki, FinlandHoward Meltzer, Office for National
Statistics, London, United KingdomSabrina Prati, Italian National Statistic
al Institute (ISTAT), Rome, ItalyLuciana Quattrococchi, Italian National
Statistical Institute (ISTAT), Rome, ItalyJean-Marie Robine, Institut national
de la Sante et de la Recherche medicale,
Montpellier, France**Активные участники**Vittoria Buratta, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, ИталияAgnes de Bruin, Статистическое бюро
Нидерландов, ВООРБУРГ, НидерландыLuisa Frova, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, ИталияLidia Gargiulo, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, ИталияEmilio Gianicolo, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, ИталияRosa Gispert, Департамент здравоохранения и
социального обеспечения, Барселона, ИспанияMarkku Heliovaara, Национальный институт
общественного здоровья (KTL), Хельсинки
ФинляндияHoward Meltzer, Национальное Статистическое
Бюро, Лондон, ВеликобританияSabrina Prati, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, ИталияLuciana Quattrococchi, Итальянский
национальный статистический институт
(ISTAT), Рим, ИталияJean-Marie Robine, Национальный Институт
здравоохранения и медицинских исследований,
Монпелье, Франция

ИНДИКАТОР 2. Психическое здоровье

Principal Investigator (from November 2000)

Howard Meltzer
Principal Social Survey Officer
Social Survey Division
Room D1/22
National Statistics
1 Drummond Gate
London SW1V 2QQ, United Kingdom

(until May 2000)

Martti Heikkinen, National Public Health
Institute (KTL), Helsinki, Finland

Active Participants

Jordi Alonso, Institut Municipal
d'Investigacio Medica (IMIM), Barcelona,
Spain

John H. Henderson, Mental Health
Europe, Haddington, Scotland,
United Kingdom

Rachel Jenkins, Institute
of Psychiatry, London,
United Kingdom

Viviane Kovess, Mutuelle generale
de l'Education nationale (MGEN),
Paris, France

Christine Kuehner, Central Institute
of Mental Health, Mannheim, Germany

Hans Ormel, University of Groningen,
Groningen, Netherlands

Jean-Marie Robine, Institut national
de la Sante et de la Recherche medicale,
Montpellier, France

Ответственный исполнитель (с ноября 2000 г.)

Howard Meltzer
Руководитель социологических опросов
Отделение социологических опросов
Room D1/22
National Statistics
1 Drummond Gate
London SW1V 2QQ, United Kingdom

(до мая 2000 г.)

Martti Heikkinen, Национальный институт
общественного здоровья (KTL), Хельсинки,
Финляндия

Активные участники

Jordi Alonso, Муниципальный Институт
медицинских исследований (IMIM),
Барселона, Испания

John H. Henderson, Психическое здоровье
Европы, Хаддингтон, Шотландия
Великобритания

Rachel Jenkins, Институт психиатрии,
Лондон, Великобритания

Viviane Kovess, Mutuelle generale
de l'Education nationale (MGEN),
Париж, Франция

Christine Kuehner, Центральный институт
психического здоровья, Маннхейм, Германия

Hans Ormel, Гронингенский Университет,
Гронинген, Нидерланды

Jean-Marie Robine, Национальный институт
общественного здоровья и медицинских
исследований, Монпелье, Франция

ИНДИКАТОР 3. Потребление алкоголя

Principal Investigator (until autumn 2001)

Jussi Simpura
Alcohol and Drug Research Unit
National Research and Development Centre
for Welfare and Health (STAKES)
P.O. Box 220
FIN-00531 Helsinki, Finland

(Jussi Simpura now works at Statistics
Finland, Helsinki)

Active Participants

Francesco Cipriani, Osservatorio Epidemiologico dell'Agenzia Regionale di Sanita della Regione Toscana, Prato, Italy

Ronald Knibbe, Universiteit Maastricht, Maastricht, Netherlands

Ludwig Kraus, Institut fur Therapieforschung, Munich, Germany

Ответственный исполнитель (до осени 2001 г.)

Jussi Simpura
Отделение изучения алкоголя и наркотиков
Национальный научно-исследовательский
центр благосостояния и здоровья (STAKES)
P.O. Box 220
FIN-00531 Helsinki, Finland

(Jussi Simpura в настоящее время работает в
Статистическом Бюро Финляндии, Хельсинки)

Активные участники

Francesco Cipriani, Лаборатория эпидемиологии Регионального агентства здравоохранения области Тосканы, Прато, Италия

Ronald Knibbe, Маастрихтский Университет, Маастрихт, Нидерланды

Ludwig Kraus, Институт терапевтических исследований, Мюнхен, Германия

ИНДИКАТОР 4.**Физическая активность****Principal Investigator**

Pekka Oja
Scientific Director
UKK Institute for Health Promotion
Research

Kaupipuistoinkatu 1
FIN-33501 Tampere, Finland

Ответственный исполнитель

Pekka Oja
Научный директор
УКК Институт исследований в области
укрепления здоровья

Kaupipuistoinkatu 1
FIN-33501 Tampere, Finland

Active Participants

Peter Fentem, Emeritus Professor of Stroke-
Medicine, Great Chesterford,
United Kingdom

Jose Antonio Ribeiro Maia, Laboratorio,
de Cineantropometria, Porto, Portugal

Gert Mensink, Robert Koch-Institut,
Berlin, Germany

Willem van Mechelen, Institute for Research
in Extramural Medicine, VU University
Medical Center, Amsterdam, Netherlands

Активные участники

Заслуженный профессор в отставке в области
лечения инсульта,
Грейт Честерфорд, Великобритания

Jose Antonio Ribeiro Maia, Лаборатория
антропометрии, Порто, Португалия

Gert Mensink, Институт Роберта Коха,
Берлин, Германия

Willem van Mechelen, Научно-исследова-
ТЕЛЬСКИЙ институт внебольничной медицины,
VU Университетский медицинский центр,
Амстердам, Нидерланды

ИНДИКАТОР 5.**Обращаемость за лечебно-диагностической помощью****Principal Investigator
(from 01 November 2000)**

Agnes de Bruin
Statistics Netherlands
Prinses Beatrixlaan 428
2273 AZ Voorburg, Netherlands

**Ответственный исполнитель
(с 01 ноября 2000 г.)**

Agnes de Bruin
Статистическое бюро Нидерландов
Prinses Beatrixlaan 428
2273 AZ Voorburg, Netherlands

(until 31 October 2000)

Jaap van den Berg, Statistics
Netherlands, Heerlen, Netherlands

(до 31 октября 2000 г.)

Jaap van den Berg, Статистическое бюро
Нидерландов, Хеерлен, Нидерланды

Active Participants

Sisko Arinen, National Public Health
Institute (KTL), Helsinki, Finland

Paola Baroncini, Italian National
Statistical Institute (ISTAT), Rome, Italy

Vittoria Buratta, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, Italy

Milagros Garcia Barbero, WHO European
Office for Integrated Health Care Services,
Barcelona, Spain

Lidia Gargiulo, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, Italy

Herman van Oyen, Institute
of Public Health, Brussels, Belgium

Активные участники

Sisko Arinen, Национальный институт
общественного здоровья (KTL), Хельсинки,
Финляндия

Paola Baroncini, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, Италия

Vittoria Buratta, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, Италия

Milagros Garcia Barbero, Европейское бюро ВОЗ
по интегрированным медицинским услугам,
Барселона, Испания

Lidia Gargiulo, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, Италия

Herman van Oyen, Институт
общественного здоровья, Брюссель, Бельгия

Methodological research and analysis

Dirkjan Beukenhorst, Statistics
Netherlands, Heerlen, Netherlands

Методология исследований и анализа

Dirkjan Beukenhorst, Статистическое бюро
Нидерландов, Хеерлен, Нидерланды

ИНДИКАТОР 6. Потребление лекарств

Principal Investigator

Timo Klaukka
Research Department
The Social Insurance Institution (KELA)
Nordenskiöldinkatu 12
FIN-00101 Helsinki, Finland

Ответственный исполнитель

Timo Klaukka
Департамент научных исследований
Институт социального страхования (KELA)
Nordenskiöldinkatu 12
FIN-00101 Helsinki, Finland

Active Participants

Manfred S. Green, Chaim Sheba Medical,
Center, Gertner Institute, Tel Hashomer,
Israel

Ebba Holme Hansen, Royal Danish
School of Pharmacy, Copenhagen, Denmark

Jaana Martikainen, Social Insurance
Institution (KELA), Helsinki, Finland

John Yfantopoulos, National and Capodistrian
University of Athens, Athens, Greece

Активные участники

Manfred S. Green, Медицинский центр Хаим
Шеба, Институт Гертнера,
Тель Хашомер, Израиль

Ebba Holme Hansen, Королевская Датская
фармацевтическая школа, Копенгаген, Дания

Jaana Martikainen, Институт социального
страхования (KELA), Хельсинки, Финляндия

John Yfantopoulos, Национальный Афинский
университет, Афины, Греция

ИНДИКАТОР 7.**Обращаемость за профилактической
медицинской помощью****Principal Investigator**

Marijke de Kleijn-de Vrankrijker
TNO Institute of Preventive Health Care
Department of Public Health
Wassenaarseweg 56
NL-2333 AL Leiden, Netherlands

Ответственный исполнитель

Marijke de Kleijn-de Vrankrijker
TNO Институт профилактической медицины
Департамент здравоохранения
Wassenaarseweg 56
NL-2333 AL Leiden, Netherlands

Active Participants

Paola Baroncini, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, Italy

Wim Davidse, TNO Institute of Preventive
Health Care, Leiden, Netherlands

Viviana Egidi, Italian National Statistical
Institute (ISTAT), Rome, Italy

Eberhard Greiser, Institut für
Präventionsforschung und Sozialmedizin
(BIPS), Bremen, Germany

Olli Impivaara, Social Insurance
Institution (KELA), Turku, Finland

Jean Tafforeau, Institute of Public
Health, Brussels, Belgium

Активные участники

Paola Baroncini, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, Италия

Wim Davidse TNO Институт профилактической
медицины, Лейден, Нидерланды

Viviana Egidi, Итальянский национальный
статистический институт (ISTAT), Рим, Италия

Eberhard Greiser, Институт профилактических
исследований и социальной медицины (BIPS),
Бремен, Германия

Olli Impivaara, Институт социального
страхования (KELA), Хельсинки, Финляндия

Jean Tafforeau, Институт общественного
здоровья, Брюссель, Бельгия

ИНДИКАТОР 8.**Качество жизни****Principal Investigator
(from May 2000)**

Mick Power
Department of Psychiatry
University Hospital of Edinburgh
Morningside Park
Edinburgh EH10 5HF, United Kingdom

(until May 2000)

Anatoliy Nosikov, Quality Information and Knowledge Base, Health Information and Evidence, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Active Participants

Per Bech, WHO collaborating centre in mental health, Frederiksborg General Hospital, Hillerod, Denmark

Jakob Bjorner, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark (has left the project and now works at the Institute of Occupational Medicine, Copenhagen)

Monika Bullinger, University Hospital of Hamburg Eppendorf, Hamburg, Germany

Jiri Holub, Institute of Health Information and Statistics, Prague, Czech Republic

Ramona Lucas Carasco, Barcelona, Spain

Suzanne M. Skevington, Department of Psychology, University of Bath, Bath, United Kingdom

**Ответственный исполнитель
(с мая 2000 г.)**

Mick Power
Департамент психиатрии
Университетская клиника Эдинбурга
Morningside Park
Edinburgh EH10 5HF, United Kingdom

(до мая 2000 г.)

Anatoliy Nosikov, Качественная информация и база знаний, Информация и доказательства в области здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Активные участники

Per Bech, Сотрудничающий центр ВОЗ по психическому здоровью, Общая больница Фредериксборга, Хиллерод, Дания

Jakob Bjorner, Копенгагенский Университет, Копенгаген, Дания (покинул проект и в настоящее время работает в Институте производственной медицины, Копенгаген)

Monika Bullinger, Университетская клиника Гамбурга-Эппендорф, Гамбург, Германия

Jiri Holub, Институт медицинской информации и статистики, Прага, Чешская Республика

Ramona Lucas Carasco, Барселона, Испания

Suzanne M. Skevington, Кафедра психологии, Батский Университет, Бат, Великобритания

Приложение 2.
Список участников
проекта EUROHIS

1. Участники, имеющие право на финансирование Европейской Комиссией

Официальное название организации	Институт общественного здоровья
Город	Брюссель
Страна	Бельгия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Jean Tafforeau Jean.Tafforeau@iph.fgov.be
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Johan van der Heyden johan.vanderheyden@iph.fgov.be
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Herman Jo van Oyen Herman.Vanoyen@iph.fgov.be
Официальное название организации	Национальный институт общественного здоровья
Город	Копенгаген
Страна	Дания
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р N.K. Rasmussen nkr@niph.dk
Официальное название организации	Институт психиатрии, Фредериксборгская общая больница
Город	Хиллерод
Страна	Дания
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Per Bech pebe@fa.dk
Официальное название организации	Королевская Датская школа фармации
Город	Копенгаген
Страна	Дания
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Ebba Holme Hansen ehh@dfk.dk
Официальное название организации	Нет
Город	Копенгаген
Страна	Дания
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Joan F. Davidson liebgotttdavidson@get2net.dk
Официальное название организации	Национальный Институт общественного здоровья (KTL)
Город	Хельсинки
Страна	Финляндия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Sisko Arinen sisko.arinen@ktl.fi
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Arpo Aromaa arpo.aromaa@ktl.fi
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Markku Heliovaara marku.heliovaara@ktl.fi

Официальное название организации	STAKES – Национальный научно-исследовательский центр благосостояния и здоровья
Город	Хельсинки
Страна	Финляндия
Ответственный исполнитель проекта	Профессор Jussi Simpura (до осени 2001г.)
E-Mail (present)	jussi.simpura@stat.fi
Официальное название организации	Институт социального страхования (KELA)
Город	Турку
Страна	Финляндия
Ответственный исполнитель проекта	М-р Olli Impivaara, Ph.D.
E-Mail	olli.impivaara@kela.fi
Город	Хельсинки
Страна	Финляндия
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Timo Klaukka
E-Mail	timo.klaukka@kela.fi
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Jaana Martikainen
E-Mail	jaana.martikainen@kela.fi
Официальное название организации	УКК Научно-исследовательский институт укрепления здоровья
Город	Тампере
Страна	Финляндия
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Pekka Oja
E-Mail	ukpeoj@uta.fi
Официальное название организации	Национальный институт общественного здоровья и медицинских исследований (INSERM)
Город	Монпелье
Страна	Франция
Ответственный исполнитель проекта	М-р Jean-Marie Robine
E-Mail	robine@valdorel.fnclcc.fr
Официальное название организации	Министерство труда
Город	Париж
Страна	Франция
Ответственный исполнитель проекта	М-р Gerard Badeyan
E-Mail	gerard.badeyan@sante.gouv.fr
Официальное название организации	Mutuelle generale de l'Education nationale (MGEN)
Город	Париж
Страна	Франция
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Viviane Kovess
E-Mail	vkovess@mgen.fr

Официальное название организации	Нет
Город	Страсбург
Страна	Франция
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Iain Bamforth iainbamforth@wanadoo.fr
Официальное название организации	Центральный институт психического здоровья
Город	Маннхейм
Страна	Германия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Christine Kuehner kuehner@as200.zi-mannheim.de
Официальное название организации	Институт профилактических исследований и социальной медицины (BIPS)
Город	Бремен
Страна	Германия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор E. Greiser greiser@bips.uni-bremen.d
Официальное название организации	Институт терапевтических исследований (IFT)
Город	Мюнхен
Страна	Германия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	М-р Ludwig Kraus kraus@ift.de
Официальное название организации	Институт Роберта Коха
Город	Берлин
Страна	Германия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Gert Mensink mensinkg@rki.de
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Thomas Ziese zieset@rki.de
Официальное название организации	Университетская клиника Гамбурга-Эппендорфа
Город	Гамбург
Страна	Германия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Д-р M. Bullinger bullinger@uke.uni-hamburg.de
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Silke Schmid sischmid@uke.uni-hamburg.de
Официальное название организации	Национальный Афинский Университет
Город	Афины
Страна	Греция
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор John Yfantopoulos yfa@otenet.gr

Официальное название организации	Департамент здоровья и детства
Город	Дублин
Страна	Ирландия
Ответственный исполнитель проекта	М-р Н. Magee
E-Mail	hugh_magee@health.irlgov.ie
Официальное название организации	Нет
Город	Дублин
Страна	Ирландия
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Sylvia Yates
E-Mail	
Официальное название организации	Институт Гертнера, Медицинский центр Хаим Шеба
Город	Тель-Хашомер
Страна	Израиль
Ответственный исполнитель проекта	Профессор Manfred S. Green
E-Mail	m.green@icdc.health.gov.il
Официальное название организации	Институт здоровья
Город	Рим
Страна	Италия
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Giovanni de Girolamo
E-Mail	gdg@iss.it
Официальное название организации	Итальянский национальный статистический институт (ISTAT)
Город	Рим
Страна	Италия
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Paola Baroncini
E-Mail	baroncini@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Vittoria Buratta
E-Mail	buratta@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Viviana Egidi
E-Mail	egidi@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Luisa Frova
E-Mail	frova@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Lidia Gargiulo
E-Mail	gargiulo@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	М-р Emilio Gianicolo
E-Mail	emilio.gianicolo@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Sabrina Prati
E-Mail	prati@istat.it
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Luciana Quattrococchi
E-Mail	quattrococchi@istat.it

Официальное название организации	Лаборатория эпидемиологии Регионального агентства здравоохранения области Тосканы
Город	Прато
Страна	Италия
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Francesco Cipriani
E-Mail	fcipriani@usl4.toscana.it
Официальное название организации	НИРО Международный институт рыночных исследований
Город	Амстердам
Страна	Нидерланды
Ответственный исполнитель проекта	М-р R.N. Bos
E-Mail	info@nipo.nl
Официальное название организации	Статистическое бюро Нидерландов
Город	Хеерлен
Страна	Нидерланды
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Dirkjan J. Beukenhorst
E-Mail	dbkt@cbs.nl
Город	Воорбург
Страна	Нидерланды
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Agnes de Bruin
E-Mail	abun@cbs.nl
Официальное название организации	TNO Институт профилактической медицины
Город	Лейден
Страна	Нидерланды
Ответственный исполнитель проекта	Д-р W. Davidse
E-Mail	w.davidse@pg.tno.nl
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Marijke de Kleijn-de Vrankrijker
E-Mail	mw.dekleijn@pg.tno.nl
Официальное название организации	Гронингенский Университет
Город	Гронинген
Страна	Нидерланды
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Hans Ormel
E-Mail	j.ormel@med.rug.nl
Официальное название организации	Маастрихтский Университет
Город	Маастрихт
Страна	Нидерланды
Scientific Official responsible for the project	Д-р Ronald Knibb
E-Mail	r.knibbe@zw.unimaas.nl

Официальное название организации	VU Университетский медицинский центр, Научно-исследовательский институт внебольничной медицины
Город	Амстердам
Страна	Нидерланды
Ответственный исполнитель проекта	Профессор Willem van Mechelen
E-Mail	w.van_mechelen.emgo@med.vu.nl
Официальное название организации	Статистическое бюро Норвегии
Город	Осло
Страна	Норвегия
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Jorun Ramm
E-Mail	jrm@ssb.no
Официальное название организации	Лаборатория антропометрии
Город	Порто
Страна	Португалия
Ответственный исполнитель проекта	М-р Jose Antonio Ribeiro Maia
E-Mail	jmaia@fcdef.up.pt
Официальное название организации	Национальный институт здоровья
Город	Лиссабон
Страна	Португалия
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа M. de Jesus A. Charrua Graca
E-Mail	ceb.onsa@insarj.pt
Официальное название организации	Муниципальный Институт медицинских исследований (IMIM)
Город	Барселона
Страна	Испания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Jordi Alonso
E-Mail	jalonso@imim.es
Официальное название организации	Министерство здравоохранения и потребления
Город	Мадрид
Страна	Испания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р L. Biglino
E-Mail	lbiglino@msc.es
Официальное название организации	Департамент охраны здоровья, Generalitat de Catalunya
Город	Барселона
Страна	Испания
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Rosa Gispert
E-Mail	rgispert@dsss.scs.es

Официальное название организации	Нет
Город	Барселона
Страна	Испания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Ramona Lucas Carasco
E-Mail	18350rlc@comb.es
Официальное название организации	Институт психиатрии
Город	Лондон
Страна	Великобритания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Rachel Jenkins
E-Mail	r.jenkins@iop.kcl.ac.uk
Официальное название организации	Национальное статистическое бюро
Город	Лондон
Страна	Великобритания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Н. Meltzer
E-Mail	howard.meltzer@ons.gov.uk
Официальное название организации	Батский Университет, Кафедра психологии
Город	Бат
Страна	Великобритания
Ответственный исполнитель проекта	Профессор S. Skevington
E-Mail	s.m.skevington@bath.ac.uk
Официальное название организации	Университетская клиника Эдинбурга
Город	Эдинбург
Страна	Великобритания
Ответственный исполнитель проекта	Профессор М. Power
E-Mail	mj@srv1.med.ed.ac.uk
Официальное название организации	Нет
Город	Грейт Честерфорд
Страна	Великобритания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Peter Fentem
E-Mail	phf@fentem.demon.co.uk
Официальное название организации	Нет
Город	Хаддингтон
Страна	Великобритания
Ответственный исполнитель проекта	Д-р John H. Henderson
E-Mail	john@mhech.freemove.co.uk

2. Участники, не имеющие право на финансирование Европейской Комиссией

Официальное название организации	Научно-исследовательский институт пульмонологии
Город	Баку
Страна	Азербайджан
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Leyli Aliyeva
E-Mail	fma@who.baku.az (Liaison Officer)
Официальное название организации	Институт общественного здоровья Сербской Республики
Город	Банжа Лука
Страна	Босния и Герцеговина
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Milorad Balaban
E-Mail	kab.moh@bih.net.ba
Официальное название организации	Федеральный институт общественного здоровья
Город	Сараево
Страна	Босния и Герцеговина
Ответственный исполнитель проекта	Д-р А. Pilav
E-Mail	idanap@hotmail.com
Официальное название организации	Национальный статистический институт (NSI)
Город	София
Страна	Болгария
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа Finka Denkova
E-Mail	fdenkova@nsi.bg
Официальное название организации	Хорватский национальный институт общественного здоровья
Город	Загреб
Страна	Хорватия
Ответственный исполнитель проекта	Д-р М. Kuzman
E-Mail	marina.kuzman@zg.tel.hr
Официальное название организации	Институт медицинской информации и статистики Чешской Республики
Город	Прага
Страна	Чешская Республика
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Jiri Holub
E-Mail	holub@uzis.cz
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Vlasta Mazankova
E-Mail	mazankova@uzis.cz
Официальное название организации	Министерство социального обеспечения Эстонии
Город	Таллинн
Страна	Эстония
Ответственный исполнитель проекта	Г-жа М. Ruuge
E-Mail	mare.ruuge@sm.ee

Официальное название организации	Центральное статистическое бюро Венгрии
Город	Будапешт
Страна	Венгрия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Eva Gardos eva.gardos@office.ksh.hu
Официальное название организации	Министерство здравоохранения
Город	Будапешт
Страна	Венгрия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Zoltan Voko vokoz@elender.hu
Официальное название организации	Республиканский центр последипломного образования медицинских и фармацевтических работников
Город	Бишкек
Страна	Киргизия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Gulnara Yusupova wholokgz@elcat.kg (Liaison Officer)
Официальное название организации	Государственный центр укрепления здоровья
Город	Рига
Страна	Латвия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Iveta Pudule iveta.vvc@parks.lv
Официальное название организации	Каунасский медицинский университет
Город	Каунас
Страна	Литва
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Vilius Grabauskas vilgra@kmu.lt
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Kristina Jureniene krista@kmu.lt
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Abdonas Tamosiunas atamos@kmu.lt
Официальное название организации	Департамент медицинской информации, Министерство здравоохранения
Город	Гуардамангия
Страна	Мальта
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р R. Pace Ascjak renzo.pace-ascjak@gov.mt
Официальное название организации	Центр общественного здоровья и управления
Город	Чисино
Страна	Республика Молдова
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р V. Sava mam@moldnet.md

Официальное название организации	Национальный центр медицинской статистики и информации
Город	Бухарест
Страна	Румыния
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа D. Deleanu deleanu@ms.ro
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Ioana Pertache ipertach@ms.ro
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р D. Ursuleanu dursulea@ms.ro
Официальное название организации	Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А.Семашко Российской академии медицинских наук
Город	Москва
Страна	Российская Федерация
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Vitaliy Belov tmaximova@mail.ru (Профессор Maximova's e-mail)
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Г-жа Olga Gaenko tmaximova@mail.ru (Профессор Maximova's e-mail)
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Профессор Т. М. Maximova tmaximova@mail.ru
Официальное название организации	Трнавский Университет
Город	Братислава
Страна	Словакия
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Gabriel Gulis gulissk@yahoo.com
Официальное название организации	Институт общественного здоровья Республики Словения
Город	Любляна
Страна	Словения
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р M. Macarol-Hiti metka.hiti@gov.si
Ответственный исполнитель проекта E-Mail	Д-р Andrej Marusic andrej.marusic@ivz-rs.si

Официальное название организации	Институт эпидемиологии, биостатистики и медицинской информатики
Город	Скопье
Страна	Бывшая Югославская Республика Македония
Ответственный исполнитель проекта	Профессор R. Isjanovska
E-Mail	isjanovska@yahoo.com
Официальное название организации	Хацеттепский Университет, Институт изучения народонаселения
Город	Анкара
Страна	Турция
Ответственный исполнитель проекта	Д-р А. Toros
E-Mail	atoros@hacettepe.edu.tr
Официальное название организации	Украинский институт общественного здоровья
Город	Киев
Страна	Украина
Ответственный исполнитель проекта	Д-р Irene Koveshnikova
E-Mail	health@uiiph.kiev.ua
Ответственный исполнитель проекта	Профессор А. Nahorna
E-Mail	health@uiiph.kiev.ua

EUROHIS. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья

Ответственный за выпуск И. Зайцев
Художник В. Те
Технический редактор Т. Котелкина

ИД № 02184 от 30.06.2000. Подписано в печать 23.05.2005.
Формат 70X100/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 300 экз. Заказ №

Издательство «Права человека»
119992, Москва, Zubovskiy bulvar, 17
www.hrpublishers.org
E-mail: hrpubl@oss.ru

ЗАО Рекламно-информационное Агентство «ДАР»

Фабрика офсетной печати, г. Обнинск, ул. Королева, 6