



**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ  
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ**

Distr.  
GENERAL

ECE/CES/2006/4/Add.2  
1 February 2006

RUSSIAN  
Original: ENGLISH

ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАТИСТИКОВ

Пятьдесят четвертая пленарная сессия  
Париж, 12-16 июня 2006 года  
Пункт 4 предварительной повестки дня

Доклад о работе совещания Группы экспертов по измерению состояния здоровья,  
состоявшегося 14-16 ноября 2005 года

Записка секретариата

Настоящее совещание было организовано совместно со Всемирной организацией здравоохранения и Евростатом.

**ВВЕДЕНИЕ**

1. Совместное совещание ЕЭК ООН/ВОЗ/Евростата по измерению состояния здоровья состоялось 14-16 ноября 2005 года в Будапеште (Венгрия). В нем приняли участие представители Австралии, Австрии, Болгарии, Венгрии, Дании, Ирландии, Испании, Италии, Канады, Латвии, Литвы, Монголии, Нидерландов, Новой Зеландии, Норвегии, Польши, Республики Молдова, Республики Сан-Марино, Российской Федерации, Румынии, Сербии и Черногории, Словацкой Республики, Словении, Соединенных Штатов Америки, Турции, Финляндии, Франции, Чешской Республики и Швейцарии. Страны представляли делегаты национальных статистических управлений, министерств здравоохранения, институтов общественного здравоохранения и других национальных институтов, занимающихся проблемами здоровья и статистики. Европейская комиссия

была представлена Евростатом и коллегами из программы "Партнерство по вопросам здравоохранения" ЕС. На нем также присутствовали представители Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Международного бюро труда (МБТ) и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). По приглашению секретариата в нем приняли участие три эксперта - один из университета Оттавы (Канада), один из университета Амстердама (Нидерланды) и один из Сети ПРОМИС (США).

2. Председателем совещания была избрана г-жа Дженифер Мейданс (США).

3. В рамках прошедших в ходе совещания заседаний на основе специальных документов были обсуждены следующие основные темы:

Заседание 1: История, терминология и охват

С сообщениями выступили: ВОЗ, Австралия и США.

Руководители обсуждения: г-н Майкл Уолфсон (Канада), г-н Ховард Мелцер (программа "Партнерство по вопросам здравоохранения" ЕС/Соединенное королевство) и г-жа Арпо Аромаа (Финляндия)

Заседание 2: Критерии отбора областей и идентификация областей

С сообщениями выступили: Канада и Сеть ПРОМИС (США).

Руководители обсуждения: г-жа Салли Гудспид (Австралия) и г-жа Жанетт Климонт (Австрия)

Заседание 3: Разработка вопросов по каждой области

С сообщениями выступили: Канада, США и Италия.

Руководитель обсуждения: г-н Ян Макдоуэл (Университет Оттавы, Канада)

Заседание 4: Международная сопоставимость

С сообщениями выступили: Евростат и ВОЗ

Руководитель обсуждения: г-н Гаэтан Ля Фортюн (ОЭСР).

#### Заседание 5: Следующие шаги и будущая работа

С сообщениями выступили: США, Нидерланды и Канада.

Руководитель обсуждения: г-н Нильс Расмуссен (программа "Партнерство по вопросам здравоохранения" ЕС/Дания).

4. Все документы и доклады совещания размещены на вебсайте ЕЭК ООН по следующему адресу: <http://www.unece.org/stats/documents/2005.11.health.htm>

### **РЕЗЮМЕ ОБСУЖДЕНИЙ И ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ, СДЕЛАННЫХ НА СОВЕЩАНИИ**

#### **Заседание 1: История, терминология, охват**

5. Участники совещания обсудили работу Целевой группы ЕЭК ООН по измерению состояния здоровья. Они подчеркнули необходимость четкого описания цели измерений, ее концептуальной основы и разработки недвусмысленных определений. Была также подчеркнута необходимость обособления, описания состояния здоровья как такового от определяющих его факторов и последствий. Участники также согласились с необходимостью измерения состояния здоровья предпочтительно с точки зрения способности, одновременно признав, что это не всегда может быть практически осуществимым или уместным (например, область "боль/дискомфорт"). В ходе обсуждения участники признали необходимость помещения понятия "состояние здоровья" в определенные рамки для измерения состояния здоровья, одновременно признав важность других элементов или областей.

6. Была отмечена необходимость изучения вопроса о достижении международного соглашения относительно привязки вопросов обследования к концепциям МКР.

7. Целевая группа однозначно отдала предпочтение формулированию вопросов с точки зрения способности. Было упомянуто, что различие между способностью и (практическим) функционированием в целях измерения состояния здоровья, хотя и представляется концептуально ясным, может быть не во всех случаях практически применимым в целях измерений. Подход Евростата к поиску ответа на вопрос "Является ли лицо А менее дееспособным, чем лицо В") был несколько иным и сосредоточен на долгосрочных ограничениях способностей и одновременно охватывал ограничения, касающиеся деятельности в повседневной жизни/полезной деятельности в повседневной жизни (ADL и IADL). Индивидуальный выбор и степень хотения частично объясняют

различия между способностью и фактическим результатом. Методика использования и интерпретации данных будет в значительной степени определять разработку инструмента измерений. Данные о состоянии здоровья будут в значительной степени лишены практического значения, если не будут созданы системы, позволяющие вносить изменения в политику. Было также подчеркнуто, что данные, разрабатываемые с использованием таких типов инструментов, должны быть релевантными для целей планирования политики и иметь практическое значение. Дополнительная информация может собираться с помощью обследований состояния здоровья, возможность проведения которых следует также изучить.

8. Ответы на вопросы о том, какие области включать и каким образом компоновать вопросы, должны опираться на эмпирические данные. Это также касается вопросов "с помощью или без помощи", "вспомогательные средства (включая лекарственные средства)" и "средства адаптации". Была подчеркнута необходимость координации различных текущих мероприятий, включая работу Евростата и Вашингтонской группы по разработке модуля "состояние здоровья".

9. В ходе обсуждения были вновь подчеркнуты трудности обеспечения международной сопоставимости. Было признано наличие противоречия между потребностью в обеспечении преемственности с текущими усилиями по сбору данных в каждой стране и стремлением к обеспечению сопоставимости. Тем не менее очевидным является факт, что нам необходимо осуществить переход от результатов, опирающихся в основном на смертность, к результатам нефатальных исходов. Текущая деятельность должна быть увязана с другими проводимыми мероприятиями, такими, как создание банков обследуемых признаков в отношении различных категорий больных, а также Европейского модуля обследований состояния здоровья.

## **Заседание 2: Критерии отбора областей и идентификация областей**

10. Используя описание критериев, разработанное Целевой группой, руководители обсуждения привлекли внимание к ряду вопросов, связанных с отбором областей:

- а) необходимость оценки на практике того, насколько критерии сочетаются с составленными наборами, например путем оценки взаимосвязи между результатами измерения состояния здоровья в разбивке по социально-экономическому статусу, возрастом и другими определяющими факторами состояния здоровья;

- b) полезность критериев для отбора областей, по которым возможно получить адекватные данные в отношении значительной части населения.

11. В ходе общего обсуждения также были подняты следующие вопросы:

- a) цель измерений оказывает определяющее влияние на отбор областей, а также вопросов в рамках определенной области (например, при обследовании населения трудоспособного возраста повышенное внимание следует уделять функциональности подвижности верхних конечностей);
- b) отбор скорее большего, чем меньшего числа областей, по которым будет проводиться тестирование вопросов;
- c) возможность/необходимость обеспечения конвергенции во времени по областям, отобранным с помощью различных процессов: Вашингтонская группа (ВГ), Европейский модуль состояния здоровья (ЕМСЗ), совещания ЕЭК ООН/ВОЗ/Евростата;
- d) возможности использования опыта, накопленного в рамках процессов получения данных от пациентов (например, Сеть ПРОМИС США и опыт Голландии) в ходе личных опросов населения;
- e) должны или нет признаки "боль" и "бодрость/усталость" использоваться в качестве отдельных областей для измерения состояния здоровья;
- f) представленные пациентами данные свидетельствуют о том, что некоторые вопросы, такие, как "половая дисфункция" и "потребность в помощи" - выходят за границы отобранных областей; и
- g) для отбора вопросов по областям было предложено использовать Теорию тестовых заданий (ТТЗ), а также банки опросов обследуемых признаков (в США и Нидерландах) для измерения результатов клинического лечения.

### **Заседание 3: Разработка вопросов по каждой области**

12. Участники совещания рассмотрели работу, сделанную Целевой группой по разработке основных вопросов по каждой из отобранных областей. Участники обсудили общие вопросы, касающиеся формулировки вопросов наряду с конкретными вопросами, касающимися каждой области. Сообщение Сети ПРОМИС США обогатило дискуссию за

счет предоставления полезной информации о накопленном в ее рамках опыте, касающемся отбора областей и формулирования вопросов. Результаты анализа и тестирования данных, проведенные ПРОМИС, могут послужить полезным подспорьем для Целевой группы в ходе завершения подготовки проектов вопросов. В связи с разработкой окончательного всеобъемлющего и согласованного набора вопросов для измерения состояния здоровья были обсуждены следующие темы.

### **Общие вопросы**

- a) Заимствование образцов вопросов, связанных с различными областями, не только из международных/наднациональных модулей (таких, как модули РГ и Европейский модуль состояния здоровья (ЕМСЗ), но также использование богатого опыта национальных обследований состояния здоровья.
- b) Были запрошены разъяснения в отношении того, каким образом данный набор вопросов связан с другими процессами, такими, как разработка модуля инвалидности РГ и ЕМСЗ. Возможно следует также предпринять усилия по обеспечению максимальной согласованности между этими тремя процессами.
- c) Включение критериев в процесс отбора областей и вопросов для обеспечения того, чтобы отобранные вопросы могли описывать каждую область с помощью небольшого набора описательных упорядоченных категорий.
- d) рассмотрение вопроса о разработке вводных замечаний к модулю и/или каждой области/вопросу;
- e) поскольку проекты вопросов разрабатываются обособленно для каждой из отобранных областей, в настоящее время существует потребность в рассмотрении всего набора с целью укрепления связей между различными областями и подготовки модуля в качестве "пакета";
- f) для обеспечения сопоставимости определений и подходов, используемых для измерения состояния здоровья, возможно, следует также разработать инструкции для счетчиков;
- g) указание общего объема времени, необходимого для заполнения всего модуля. Некоторые высказались в пользу применения трех-четырехминутного модуля; (кроме того, ряд вопросов носит двусмысленный характер, поскольку в некоторых случаях они имеют множественные варианты ответов).

13. Было также выдвинуто предложение о разработке руководящих принципов по стандартизации компоновки вопросов в каждой области состояния здоровья. Однако в этих руководящих принципах следует признать, что в случае некоторых областей их соблюдение будет невозможным или нерациональным. Эти руководящие принципы могли бы охватывать следующие вопросы:

- a) включение или не включение вопроса об использовании вспомогательных средств или лекарственных средств;
- b) одномерность вопросов. В некоторых случаях требуется применение жесткого критерия, что должно рассматриваться в качестве желательного подхода для обеспечения ясности концепции;
- c) использование нескольких категорий ответов. Сеть ПРОМИС располагает определенными эмпирическими результатами, которые могут содействовать определению стандартного числа категорий; в основном в качестве оптимальных может рассматриваться пять категорий;
- d) временные рамки. Сеть ПРОМИС располагает определенными эмпирическими результатами, свидетельствующими о том, что респонденты в разные моменты времени представляют неодинаковые данные;
- e) использование или неиспользование фильтров;
- f) какой аспект должен измеряться: интенсивность, частота, продолжительность, интерференция, качество или место.

14. Сеть ПРОМИС согласилась и далее обмениваться протоколами и другими соответствующими материалами по мере их разработки. Кроме того, вопросы Целевой группы ЕЭК ООН могут быть включены в программу когнитивных опросов, сбора данных (намеченного на апрель 2006 года) и анализа данных Сети ПРОМИС. Группы будут обмениваться информацией о дальнейших разработках и координировать усилия, по мере необходимости.

#### **Подвижность**

- a) Анализ нынешней формулировки наряду с категориями ответов

- b) Из соображений экономии следует рассмотреть вопрос о сокращении числа вопросов для этой области

### **Физическая ловкость**

- a) Что касается общей совокупности населения, то проблемы физической ловкости являются мало приоритетными, однако это может являться более актуальной темой для групп пожилого возраста. Возможно, существует необходимость повторного обсуждения причин и релевантности включения этой области в краткий набор вопросов.
- b) Необходимо обеспечить возможность адаптации используемого подхода и конкретных целей к культурным особенностям респондентов.
- c) Рассмотрение релевантности двух предложенных вопросов; второй вопрос, возможно, следует заменить более широким вопросом, касающимся, например, достижимости предметов не только с использованием рук.
- d) Тщательное обсуждение полезности второго вопроса и его значимости исходя из соображений экономии.

### **Бодрость/Усталость**

- a) Усталость является трудной областью для измерения, поскольку она в большей степени выглядит культурным аспектом, чем аспектом здоровья. Пересмотр определения этой области и изучение возможности использования продолжительности и качества сна вместо усталости.
- b) Из соображений экономии может быть обсуждена возможность использования одного вопроса вместо двух.
- c) Тестирование в рамках ЕСМЗ позволит получить релевантную информацию.

### **Аффективный аспект**

- a) Необходимо провести дополнительный анализ вопросов, касающихся хорошего настроения (позитивный аффект). Из двух аспектов этой области более важной выглядит депрессия (негативный аффект) с точки зрения



изучения ухудшения состояния здоровья, однако противопоставление депрессии и хорошего настроения позволяет различные интерпретации, а депрессия необязательно означает плохое настроение.

- b) Оба аспекта могут быть также негативным образом сформулированы в вопросах.
- c) Участники также обсудили возможность объединения беспокойства и депрессии в одну область, как это сделано в существующих инструментах, таких, как SF-36.

### **Беспокойство**

- a) Изъять ссылки на лекарственные средства.
- b) Из соображений экономии пересмотреть необходимость измерения с помощью различных вопросов интенсивности и частоты. Рассмотреть рациональность включения одновременно интенсивности и частоты, изучить возможность комбинирования интенсивности и частоты в один вопрос с помощью различных категорий ответов. В случае хронических условий возможно более целесообразно измерять интенсивность, в то время как в случае других условий более подходящим показателем является частота.
- c) Рассмотреть вопрос о приближении формулировок вопросов к формулировкам, используемым в обычной жизни людьми. Избежание научных и технических терминов. Формулировка типа "Как часто вы чувствовали обеспокоенность..?" выглядит более простой.

### **Боль**

- a) Необходимо продолжить анализ для понимания того, что является важным для измерения: интенсивность, частота и место? Как показывает практика, место является менее важным показателем бремени боли, в то время как частота выглядит более важной, хотя релевантность интенсивности и частоты меняется от типа условий.
- b) Все вопросы касаются только боли, а не дискомфорта.

- c) Хотя вопросы интерференции, как показывает практика, охватывают значительную часть области боли, концепцию "болезненности при прикосновении" не планируется измерять, поскольку она в большей мере выглядит показателем воздействия.
- d) Необходимо рассмотреть возможность комбинирования интенсивности и частоты в один вопрос.

## **Слух**

- a) Возможно, следует более подробно пояснить, почему проводится различие между разговором с одним лицом и разговором с несколькими лицами. Если цель заключается в измерении слуха в условиях фонового шума, создаваемого одновременно говорящими несколькими лицами, то тогда следует пересмотреть вопросы.
- b) Возможно, следует рассмотреть вопрос о введении нескольких шкал категорий ответов.
- c) Необходимо дополнительно обсудить вопрос о включении слуховых аппаратов в вопросы.

## **Зрение**

- Возможно, следует дополнительно обсудить вопрос о методике учета использования очков.

## **Социальные связи**

- a) Было достигнуто общее согласие относительно важности этой области.
- b) Необходимо дополнительно обсудить релевантность и практическую возможность включения этой области. Концептуально может быть трудно отразить способность налаживания социальных связей в виде показателя здоровья в различных странах. Необходимо проявлять осторожность при изучении практической возможности измерения данного аспекта в ходе обследований состояния здоровья. Неясно, смогут ли респонденты описать свою способность налаживать социальные связи.

- c) В случае включения этой области необходимо рассмотреть возможность сужения концепции, предназначенной для измерения, а также ее более четкого определения.
- d) Важно провести различие между общением и связями.

### **Когнитивная способность**

- a) Наиболее трудным для измерения представляется аспект памяти. В частности, использование текущего вопроса создает трудности с проведением различия между тем, что человек думает о своей забывчивости, и какова его реальная способность к запоминанию.
- b) Также трудно определить показатель, который можно было бы в равной степени применять к различным возрастным группам.

### **Заседания 4 и 5: Международная сопоставимость, следующие шаги и будущая работа**

15. Обсуждение было сосредоточено на вопросах сопоставимости как между различными группами населения, временными периодами и между странами, которые не могут игнорировать национальные и международные статистические органы. Также были подняты вопросы о качестве существующих данных, собранных методом саморегистрации. В этом контексте была подчеркнута необходимость разработки стандартизированных и эффективно скомпонованных инструментов наблюдения, обеспечивающих межъязыковую непротиворечивость при использовании непривязанных категорий ответов.

16. Было признано, что надлежащая концептуализация, разработка/отбор и последующий перевод всех вопросов и категорий ответов не могут гарантировать получение эквивалентных ответов от примерно схожих групп населения в различных странах. В то же время были также описаны другие подходы, такие, как краткие описания, используемые в обследованиях ВОЗ, и методы постсогласования, такие, как Теория тестовых заданий (ТТЗ). Была выражена озабоченность по поводу сопоставимости фиксированных уровней, присутствующих в кратких описаниях, при переводе на различные языки. Ряд участников высказались за использование тестов, обеспечивающих внешнюю калибровку, а не кратких описаний, которые предусматривают второй этап перевода и вопросы для саморегистрации.

17. Состоялась обстоятельная дискуссия по вопросу о том, может ли использование кратких описаний устранить имеющиеся межкультурные различия в субъективном опыте оценки состояния здоровья. Анализ заполненных методом саморегистрации вопросников по различным областям здоровья в Швеции и Италии позволил сделать вывод о том, что, хотя результаты саморегистрации по категориям были весьма различными в зависимости от страны, эти различия главным образом были обусловлены систематическими различиями в способе использования категорий ответов. Представитель ВОЗ заявил, что краткие описания не были призваны решить проблемы личного восприятия или субъективности в ответах, а обеспечить различное использование категорий ответов для одного и того же уровня измеряемых признаков (независимо от того, является ли позиция объективной, связанной с личным восприятием или субъективной).

18. Было сообщено, что краткие описания подвержены ошибкам измерения в той же степени, что и методы саморегистрации состояния здоровья, и неизменно будут страдать индивидуальной вариацией и отклонениями. Однако было также отмечено, что до тех пор, пока сигнал не искажается шумом, краткие описания позволяют получать полезную информацию, содействующую повышению сопоставимости собранных методом саморегистрации данных о состоянии здоровья. Существуют примеры, когда краткие описания позволяют выявление значительных различий между группами, которые в ином случае были бы затухиваны влиянием изменений цензовых величин.

19. Было продемонстрировано, что для отбора вопросов или компоновки целых вопросников с наибольшим информационным содержанием может использоваться Теория информации, что может повысить эффективность отбора областей/вопросов.

20. Что касается обеспечения сопоставимости между странами, то была подчеркнута важность обеспечения перевода концепций модулей обследований в различных странах. Было рассказано об опыте Евростата в области разработки протокола перевода. Для обеспечения сопоставимости между национальными версиями обследования состояния здоровья Евростата в протокол включены концептуальные карты перевода для каждой части модуля, которые были подготовлены с целью оказания помощи переводчикам в понимании и переводе основополагающих концепций здравоохранения.

21. В ходе дискуссии была отмечена важность использования когнитивного тестирования (также называемого "разбором полетов"), и представлена подробная информация о методологиях. Использование стандартных методологий для проведения когнитивного тестирования обеспечивает более высокий уровень стандартизации между центрами тестирования и содействует одинаковому пониманию того, каким образом механизмы ответа действуют в различных странах.

### *Общие рекомендации*

22. Что касается следующего совещания, то документы должны быть подготовлены заблаговременно до его начала и распространены среди участников таким образом, чтобы они имели достаточно времени для ознакомления с документами.

23. Исходя из соображений удобства и четкой идентификации было рекомендовано использовать в отношении данного направления работы ЕЭК ООН-ВОЗ-Евростата в области статистики здравоохранения название "Будапештская инициатива".

### **БУДУЩАЯ РАБОТА**

24. Участники совещания с удовлетворением отметили качественную и насыщенную работу, сделанную Целевой группой и Руководящей группой, и предложили, чтобы обе группы продолжили свою работу в своем нынешнем составе. Страны, которые хотели бы присоединиться к одной или обеим группам, должны сообщить о своем желании ЕЭК ООН не позднее, чем через две недели после окончания совещания.

25. Целевой группе предлагается при координации Руководящей целевой группы:

- a) наладить связь с другими группами, работающими над модулями обследований, связанных с состоянием здоровья (в частности, Вашингтонской группой, ВОЗ и Евростатом);
- b) связаться и наладить взаимодействие с Сетью ПРОМИС США (Система информации и измерений мнений пациентов);
- c) завершить подготовку рабочих документов 1, 2 и 3 с учетом предложений, высказанных в ходе совещания и обобщенных в настоящем докладе и отчетах о соответствующих заседаниях (март 2006 года) с целью их возможного включения в окончательный документ "Будапештской инициативы";
- d) провести в марте/апреле 2006 года совещание с целью завершения отбора областей и подготовки набора вопросов и разработки плана тестирования для осуществления странами;
- e) координировать и анализировать результаты тестирования странами-членами;

- f) координировать свою работу с Евростатом и учитывать результаты европейского тестирования, насколько это позволят сроки анализа этих результатов;
- g) проводить работу в целях подготовки руководства по измерению состояния здоровья (март 2006 года - декабрь 2007 года).

26. Предлагается организовать следующее пленарное совещание в декабре 2006 года с целью рассмотрения работы Целевой группы по разработке вопросов, анализу результатов тестирования, поступивших на тот момент, пересмотра вопросов на основе итогов дискуссий и анализа, а также одобрения пересмотренного проекта набора вопросов.

27. Предлагается организовать работу следующего совещания в форме заседаний рабочих групп с целью обеспечения полного участия всех их членов.

#### **УТВЕРЖДЕНИЕ ДОКЛАДА**

28. На заключительном заседании участники утвердили доклад о работе совещания.

-----