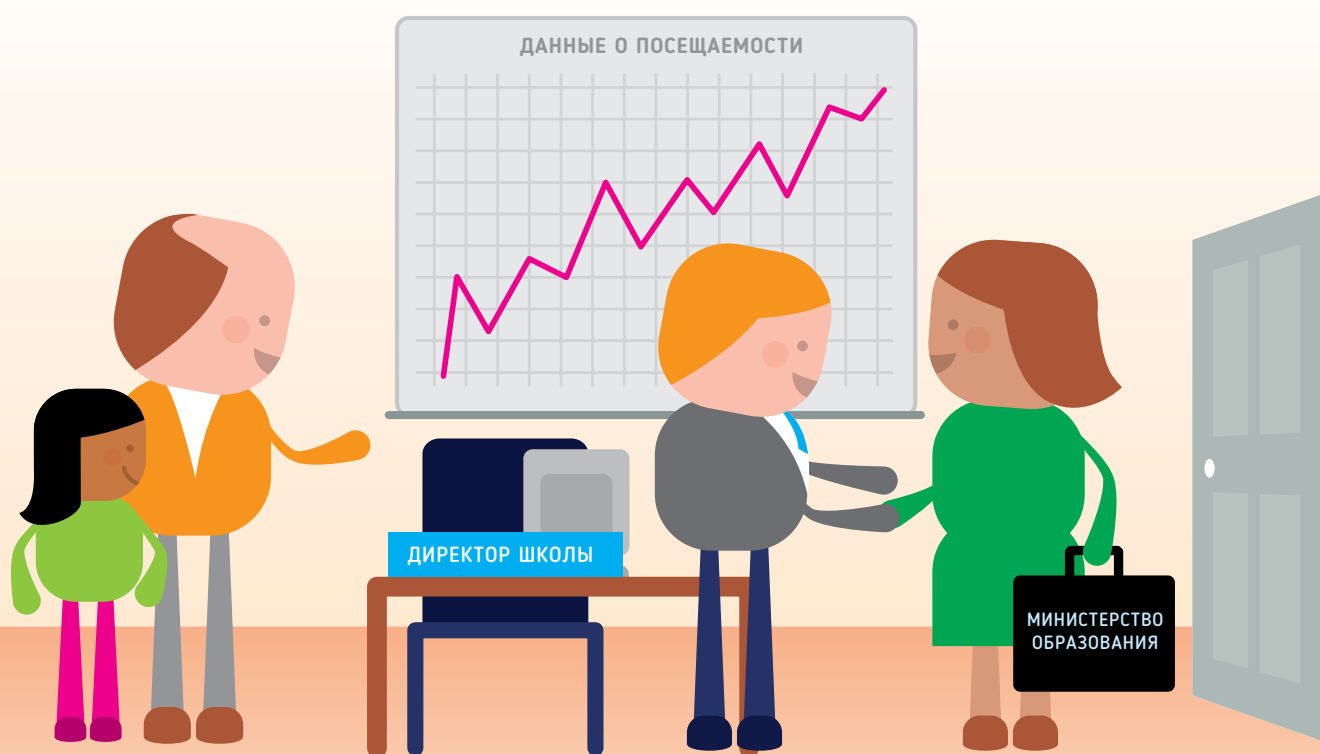


Сбор данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка

Вебинар 4 - Технический путеводитель



©Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 2014 г.

Об авторе: Клаудиа Каппав настоящее время работает в качестве специалиста по статистике в Отделе данных и аналитики Подразделения исследований и политики, в штаб-квартире ЮНИСЕФ. Она отвечает за координацию действий по сбору и анализу данных и методологической работе по вопросам ограничений жизнедеятельности ребенка, развития детей раннего возраста и защиты детей от насилия, эксплуатации и жестокого обращения. Она представляет ЮНИСЕФ в Вашингтонской группе по статистическому измерению ограничений жизнедеятельности ребенка. До прихода в ЮНИСЕФ она работала в Университете Женевы и в Институте социальных исследований Международной организации труда (МОТ). Клаудиа Каппа имеет степень магистра и докторскую степень по исследованиям в области развития Института международных исследований и исследований развития, Швейцария.

Для воспроизведения любой части данной публикации требуется разрешение. Образовательным или некоммерческим организациям разрешение будет предоставляться бесплатно. Другие организации должны внести небольшую плату.

Координатор: Паула Фредерика Хант
Редактирование: Стивен Бойл
Макет: Камилла Туве Этнан

С нами можно связаться: Отдел связей, ЮНИСЕФ, Кому:
Отдел разрешений, 3Юнайтд Нейшенз Плаза, Нью-Йорк,
NY10017, США, Тел:1-212-326-7434;
эл. почта:nyhqdoc.permit@unicef.org



Выражаем глубокую признательность организации Australian Aid за поддержку, оказанную ЮНИСЕФ и его коллегам и партнерам, преданных делу защиты прав детей и лиц с ограниченными возможностями. Партнерство в целях обеспечения прав, образования и защиты (REAP) способствует введению в действие мандата ЮНИСЕФ, с целью поддержки защиты прав всех детей и расширения возможностей для полной реализации их потенциала.

Сбор данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка

Брошюра вебинара

Чем эта брошюра полезна для Вас.....	4
Список сокращений.....	6
I. Введение.....	7
II. Основы для измерения ограничений жизнедеятельности ребенка.....	9
III. Обзор источников данных.....	11
Перепись.....	11
Обследование.....	12
Административные записи.....	12
Клинические оценки.....	12
Качественные методы исследования.....	13
IV. Основные точки зрения для сбора, анализа и распространения данных.....	15
V. Проблемы, влияющие на данные о нарушениях жизнедеятельности ребенка.....	17
VI. Обзор доступности данных.....	19
VII. Выводы.....	21
Глоссарий терминов.....	23
Список используемой литературы.....	24
Примечания и пояснения.....	26

Чем эта брошюра полезна для Вас

Цель этой брошюры и сопутствующего вебинара заключается в оказании помощи сотрудникам ЮНИСЕФ и нашим партнерам для понимания того, почему в настоящее время данные о детях с ограниченными возможностями недостаточны; понимания трудностей, с которыми сопряжен сбор высококачественных данных о детях с ограниченными возможностями, и почему существует реальная необходимость в улучшении сбора, анализа, распространения и использования данных об ограничениях жизнедеятельности.

Из этой брошюры вы узнаете :

- как отсутствие высококачественных данных отрицательно сказывается на доказательствах о наличии у ребенка ограничений жизнедеятельности и как это снижает способность стран обеспечить реализацию истинных потенциалов детей с ограниченными возможностями;
- о ключевых обсуждениях для сбора, анализа и распространения данных;
- какие основные проблемы возникают при сборе данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка;
- о важности надежных данных для выступления в поддержку антидискриминационной политики, а также содействия включению вопросов ограничений жизнедеятельности в политические повестки дня.

Для получения информации о следующих смежных темах смотрите другие модули в этой серии:

1. Концептуализация инклюзивного образования и его контекстуализация в рамках Миссии ЮНИСЕФ
2. Определение и классификация ограничений жизнедеятельности и здоровья
3. Законодательство и политика в области инклюзивного образования
4. Сбор данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка (настоящая брошюра)
5. Картографирование детей с ограниченными возможностями, не посещающих школу
6. Информационные системы управления образованием и дети с ограниченными возможностями
7. Партнерства, продвижение интересов и коммуникации в целях социальных изменений
8. Финансирование инклюзивного образования
9. Инклюзивные программы дошкольного образования
10. Доступ к школе и учебная среда I – физические аспекты, информация и коммуникации
11. Доступ к школе и учебная среда II – универсальный проект для обучения
12. Учителя, инклюзивное обучение, ориентированное на ребенка и педагогика
13. Участие родителей, семьи и сообщества в инклюзивном образовании
14. Планирование, мониторинг и оценка

Как пользоваться этой брошюрой

В этом буклете вы найдете ключевые слова, выделенные жирным шрифтом. Они включены в глоссарий в конце документа.

Если в любое время вы пожелаете вернуться к началу этой брошюры, просто нажмите на предложение "Вебинар 4-Брошюра по техническим вопросам для партнеров" в верхней части каждой страницы, и вы будете перенаправлены на Содержание.

Для доступа к вебинару просто
отсканируйте QR-код



Список сокращений

КПР	Конвенция о правах ребенка
КПИ	Конвенция о правах инвалидов
ОИ	Организация инвалидов
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НПО	Неправительственная организация
КПИ	Конвенция о правах инвалидов

I. Введение

Дети с ограниченными возможностями имеют такое же право на образование, как и другие дети, о чем свидетельствуют положения Конвенции о правах ребенка (КПР) и Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (КПИ). Однако достоверные статистические данные о детях с ограниченными возможностями являются неполными по количеству, качеству и объему, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Это усложняет учет и оценку количества детей, посещающих и не посещающих школу, а также анализ причин непосещаемости и того какие барьеры в окружении могут оказать влияние на полное участие детей с ограниченными возможностями в школьной среде.

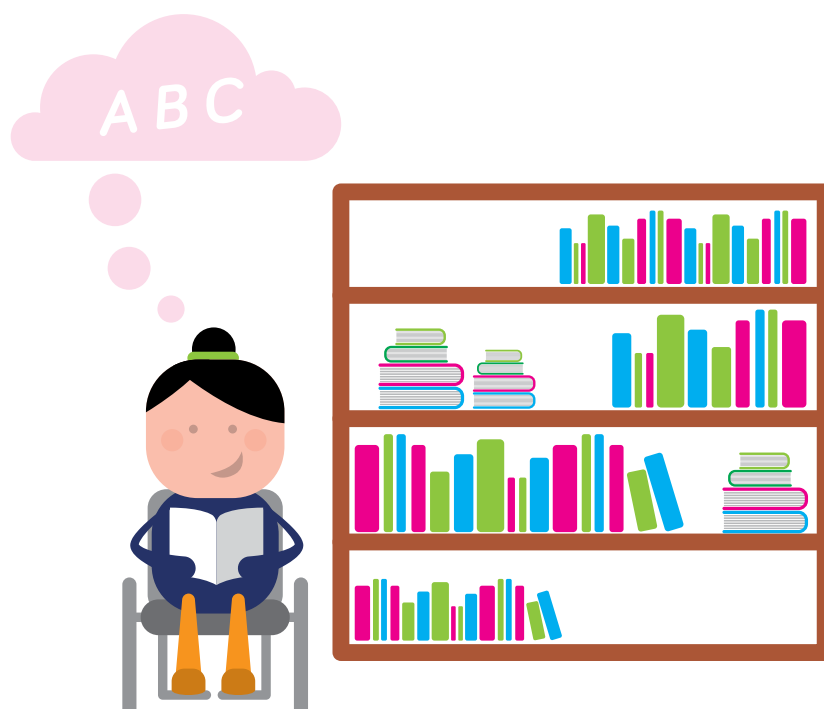
В настоящее время на качество и достоверность данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка влияет их отсутствие, а также время и способы сбора данных с помощью различных определений, вопросников и методологий, что делает проблемным сравнение между странами по времени. Ограниченная доступность и низкое качество данных о детях с ограниченными возможностями исходят, в некоторых случаях, из недостаточного понимания ограничений жизнедеятельности ребенка и, в других – от стигмы или недостаточного инвестирования в улучшение измерения. Хотя в настоящее время достигнуто общее согласие в том, что определения «инвалидности» должны включать социальные детерминанты, измерение ограничений жизнедеятельности остается преимущественно медицинской, с акцентом на конкретные физические или психические нарушения. Данные об ограничениях на участие и факторах окружающей среды собираются редко, однако они являются необходимыми для создания полного понимания ограничений жизнедеятельности и выявления областей для вмешательств путем разработки программ и политики. Это включает в себя, например, идентификацию дискриминационного отношения, физических и коммуникационных барьеров, а также пробелов в законодательстве и предоставлении инклюзивных услуг. В настоящее время лучшие практики для получения полных и достоверных статистических данных о детях с ограниченными возможностями не установлены, и это уже давно негативно сказывается на способности стран и международного сообщества контролировать благополучие этих детей и обеспечить их включение в политику и программы, которые поддерживают реализацию их полного потенциала.

После проведения исследований участники пришли к согласию в том, что дети с ограниченными возможностями являются одной из наиболее обездоленных категорий детей с точки зрения участия в школьной жизни.¹ Слишком часто дети с ограниченными возможностями испытывают ограничения в участии, потому что системы образования не приспособлены для удовлетворения их потребностей, им не хватает всего, начиная с доступных зданий школы до учителей, подготовленных к преподаванию в условиях инклюзивного образования. Данные обследований домашних хозяйств из 13 стран с низким и средним уровнем дохода показывают, что у детей с ограниченными возможностями в возрасте от 6 до 17 лет значительно меньше вероятность зачисления в школу или ее посещения, чем у их сверстников без ограниченных возможностей.² В частности, исследование в 2004 году в Малави показало, что у детей с ограниченными возможностями в два раза меньше шансов посещать школу, чем у детей без ограниченных возможностей.³ В Индии, стране, которая почти добилась обеспечения всеобщего начального образования, из 2,9 миллиона детей с ограниченными возможностями, 990 000 в возрасте от 6 до 14 лет (34 %) не посещают школу. Показатели несколько выше среди детей с ограниченными интеллектуальными возможностями (48%), нарушением речи (36%) и множественными нарушениями развития (59%) (обследования Института социальных исследований и исследований в сельской местности Международного бюро исследований рынка, 2009). Дети с нарушением слуха, участвующие в интегрированных классах в отдельных школах в Камбодже, заявили, что учителя их не любят и не очень внимательны к ним, поскольку занимаются с другими детьми.⁴

Отсутствие надежных и сопоставимых данных о детях с ограниченными возможностями – их количество, характер, степень ограничений жизнедеятельности и их образовательные потребности – только умножает серьезные проблемы, с которыми они сталкиваются в образовании, что затрудняет разработку эффективных стратегий и мероприятий, направленных на улучшение их благополучия. Надежные и качественные данные имеют большое значение для понимания влияния факторов окружающей среды, которые действуют в качестве барьеров или посредников для полного участия детей с ограниченными возможностями. Таким образом, достоверные данные имеют решающее значение для завоевания доверия ответственных лиц и сообщества, принимающих решения в ходе адвокации антидискриминационной политики и разработки программ, содействия включению вопросов ограничений жизнедеятельности в национальные и международные политические повестки дня. Имея сопоставимые статистические данные, также можно выделить международное и внутригосударственное неравенство между различными группами населения в отношении детей с ограниченными возможностями, например, этническую принадлежность, пол, возраст, регион или тип нарушения.

Конвенция ООН о правах инвалидов призывает государства собирать соответствующую информацию, включая статистические и исследовательские данные, позволяющую им разрабатывать и осуществлять политику в целях реализации Конвенции (статья 31).

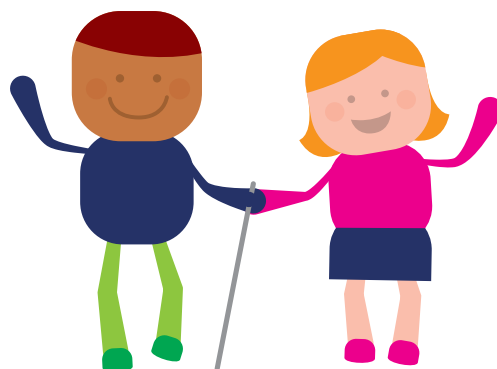
Важность совершенствования статистических данных о детях с ограниченными возможностями также подчеркивалась на Генеральной Ассамблее ООН 2011 г.- специальный раздел в «Статусе Конвенции о правах ребенка».



II. Основы для измерения ограничений жизнедеятельности ребенка

При оценке распространенности «нарушений функций и ограничений жизнедеятельности» в данной популяции концептуальная основа для сбора данных оказывает значительное влияние на результаты. Определение «ограничение жизнедеятельности» развивалось с течением времени. Медицинская модель «инвалидности», которая идентифицирует детей на основе диагностики и фокусируется на нарушениях или заболеваниях (например, церебральный паралич, слепота, глухота, расщелина позвоночника и т.д.), была заменена био-психо-социальной моделью, которая включает в себя функциональные способности ребенка в нескольких областях. Медицинские диагнозы и оценка распространенности, в которых делается акцент на нарушениях и заболеваниях, могут быть полезны для планирования медицинских вмешательств и мероприятий по реабилитации. Но они могут недооценить количество детей с ограниченными возможностями, которые, в соответствии с био-психо-социальной моделью, включают в себя детей с функциональными расстройствами (независимо от причины). В соответствии с КПИ, «к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». (статья 1). Принятие КПИ и био-социальной модели «инвалидности» обеспечили сдвиг в концептуализации «инвалидности», что, в свою очередь, породило новые комплексные требования в отношении данных. Это включает в себя необходимость сбора информации как о персональных, так и об экологических факторах и их взаимодействии в дополнение к информации о нарушениях. Большинство действий, связанных со сбором данных об «инвалидности», до сих пор сосредоточено на выявлении нарушений и состояний на индивидуальном уровне, в то время как гораздо меньше внимания уделяется пониманию барьеров, создаваемых обществом, которые могут мешать детям с нарушениями осуществлять их основные права.

Как отмечалось в брошюре 2 этой серии «Определение и классификация ограничений жизнедеятельности», Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ на концептуальном уровне обеспечивает теоретическую основу для классификации функционирования человека, связанного с состоянием здоровья и учитывает многомерный и динамичный характер ограничений жизнедеятельности.⁵ Хотя МКФ не содержит конкретных указаний или технических деталей по измерению ограничений жизнедеятельности, она предлагает категории, которые могут использоваться для управления разработкой комплексных измерений, ограничений жизнедеятельности потому охватывают комплексный, динамический характер жизненного опыта детей с ограниченными возможностями и их семей. Со статистической точки зрения сбор данных только о нарушениях предусматривает низкую распространенность «ограничений жизнедеятельности» среди населения и не обеспечивает полной и реальной картины ни в отношении отдельных лиц, ни в отношении популяции. Например, дети с нарушениями зрения и слуха относятся к небольшой подгруппе детей с тяжелыми нарушениями, но не предусматривается



III. Обзор источников данных

Существует широкий спектр методов сбора данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка, в том числе:

- Перепись
- Обследование
- Административные записи
- Клинические оценки
- Качественные исследования

Метод сбора выбранных данных диктуется в какой-то степени ситуацией в стране, в которой будет проведено исследование. Что касается детей, в частности, в странах с высоким уровнем доходов, возможность выявления детей с ограниченными возможностями часто доступна через инфраструктуру, например, образовательные и медицинские учреждения или национальные реестры. Тем не менее, во многих странах с низкими средним уровнем дохода определение детей с ограниченными возможностями может осуществляться не на соответствующем уровне, когда отсутствуют образовательные или другие официальные службы. В этом случае другие методы, такие, как перепись и целевые обследования домашних хозяйств, уже широко используются для оценки распространенности «инвалидности»

Каждый описанный метод обеспечивает различную информацию, чтобы ответить на вопросы об ограничениях жизнедеятельности ребенка. Например, обследования домашних хозяйств с целью выявления участия детей в школьном образовании отличаются от административных записей, содержащих данные охвата школьным обучением, потому что участие в школьном образовании необязательно совпадает с зачислением в школу. Таким образом, каждый из этих методов может использоваться для измерения различных аспектов ограничений жизнедеятельности ребенка, имеющих собственные преимущества и недостатки. Если скоординированно используется более одного метода, то сильные стороны каждого метода можно сохранить и избежать ограничений каждого из них.

Перепись

Перепись населения представляет собой полный перечень всего населения, потому что это общенациональное мероприятие, в котором каждый человек перечисляется отдельно и его характеристики регистрируются отдельно. В большинстве национальных статистических систем перепись населения является основным источником статистических данных о численности населения и его характеристиках. Характеристики могут включать в себя возраст, пол, структуру домохозяйств, миграцию, благосостояние, язык, религию, образование, занятость, род занятий и степень ограничения основных категорий жизнедеятельности. Несмотря на то что в перепись может быть включен широкий спектр тем, большинство тем охватываются лишь вкратце из-за бюджетных, кадровых и временных ограничений. Переписи населения, следовательно, это крупные статистические операции, требующие значительных ресурсов, организации и подготовки, которые, как правило, осуществляются каждые 10 лет по всей стране.

Обследование

Обследования предназначены для применения на выборке, проведенной с помощью какого-то другого инструмента (часто переписи), и ориентированы на ответы на конкретные вопросы о населении. Опросы населения не предназначены для перечисления каждого домохозяйства или физического лица в стране, они скорее предназначены для характеристики типичных явлений для общей численности исследуемого населения. Обследования населения охватывают множество различных и часто специализированных тем, таких как здравоохранение, социальное обеспечение, рабочая сила, сельское хозяйство и другие социально-экономические проблемы. Во время обследования населения эксперты исследуют и записывают факты, наблюдения и опыт выборки. По сравнению с другими методами выявления детей с ограниченными возможностями, обследования населения, которые конкретно рассматривают вопрос об ограничениях жизнедеятельности ребенка или включают меры, разработанные специально для оценки ограничений жизнедеятельности ребенка, обеспечили более надежные данные, которые можно сравнивать на международном уровне.

Административные записи (отчеты)

Правительства регулярно собирают статистические данные для контроля и управления политиками и программами. Школы, медицинские учреждения и другие учреждения регулярно предоставляют данные по ограничениям жизнедеятельности ребенка. Эти данные затем используются для оценки результатов в отношении национальных целей и планов, а также определения будущей политики, планов и механизмов управления в области развития. Административные данные могут принимать различные формы, в зависимости от характера службы, используемого формата, типа собранной информации и способа и частоты сбора.⁸ Некоторые примеры включают реестры населения, системы социального обеспечения, центры раннего развития, реабилитационные программы, службы, обслуживающие вспомогательные средства, и другие услуги, специально предназначенные для удовлетворения потребностей детей с ограниченными возможностями.

Информация, как правило, собирается по причинам, относящимся к администрированию программы, но может быть полезной для сбора данных о детях с ограниченными возможностями, поскольку они часто предоставляют уникальные сведения, которые не учитываются в переписи или обследовании. Например, можно отслеживать в течение долгого времени доступ к реабилитационным услугам, или записи посещаемости школы могут использоваться в качестве сравнения уровня посещаемости детьми с ограниченными возможностями и детьми без ограниченных возможностей. Кроме того, эти данные часто собираются ежегодно, что обеспечивает источник данных с течением времени по числам и характеристикам пользователей услуг, по типам, количеству и стоимости предоставляемых услуг.

Клинические оценки

Клинические оценки дают подробную, исчерпывающую информацию о детском функционировании в конкретной области и в целом по всем областям. Любая клиническая оценка может использоваться для обеспечения данных на уровне группы или на уровне населения, аналогичных тем, которые в переписи⁹ получены путем агрегирования по группам¹⁰.

Клинические оценки обычно принимают во внимание историю развития ребенка и медицинский осмотр. Задаются вопросы о родовых, перинатальных и послеродовых событиях

и достижении ребенком основных этапов физического и умственного развития. Часто обращаются к медицинским картам, если таковые имеются, так как они могут быть ценным источником информации, содержащим информацию о беременности, родоразрешении, состоянии при рождении, оценке по шкале Апгаривесе при рождении и т.д. Наблюдение за ребенком также обеспечивает неоценимую информацию для оценки благодаря отчетам родителей и других взрослых, таких, как школьные учителя. Процесс сбора информации является относительно длительным и детальным, часто включает в себя тестирование развития учащихся, проводимое различными специалистами и групповые встречи со специалистами и родителями. Результаты диагностической оценки затем используются для идентификации и обеспечения надлежащих услуг по лечебно-терапевтическому вмешательству для детей с задержкой в развитии. В условиях, когда установлено, что ресурсы, доступные для проведения клинических оценок детей, имеют ограничения в деятельности, оценку необходимо усилить, чтобы включить и предоставить документацию о результатах диагностических тестов. Такая документация может быть чрезвычайно полезной для эпидемиологических исследований причин "нарушений функций и ограничений жизнедеятельности", планирования и мониторинга последствий стратегий вмешательства, направления лечения, а также для консультирования родителей и затронутых детей. Для выявления причин излечимых нарушений, связанных с "инвалидностью", таких, как катаракта, важны точные и своевременные диагнозы, потому что они обеспечивают основу для лечения, которое может устранить ограничение активности и связанное с ним ограничение участия. Поэтому, хотя диагностические оценки по определению первопричин или медицинской классификации "инвалидности" не являются существенными для целей оценки частоты "нарушений функций и ограничений жизнедеятельности" среди населения, они могут быть полезны и даже необходимы для других целей.

Качественные методы исследования

Иногда вопросы или потребности детей с ограниченными возможностями невозможно оценить с помощью информации, которая выражается исключительно в цифрах, например, проценты, суммы, частота или размер (далее – количественные данные). Количественные методы, такие, как переписи и обследования, имеют свои сильные стороны в идентификации универсальностей и обеспечении статистических или вероятностных обобщений, а также в определении корреляции между двумя измеримыми явлениями. Но они не могут ответить на вопросы «почему?» или «как?». Также могут иметь место ограничения на использование количественных методов для сбора данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка. Например, низкие показатели распространенности различных групп нарушений могут усложнить процесс статистических выводов о групповых различиях, а неоднородность нарушений, ограничений деятельности и участия усложняют проверку на расхождения.^{11 12} Для смягчения некоторых из этих ограничений качественные методы можно добавить к мероприятиям по сбору данных. Качественные методы являются способами сбора достоверной информации, что не может быть выражено в цифрах, например, мотивы, мнения и чувства людей, и могут включать в себя такие вопросы, как:

- Почему семьи с детьми с ограниченными возможностями не пользуются образовательными программами, на которые у них есть право?
- Каковы представления детей без ограниченных возможностей, о детях с ограниченными возможностями, посещающих школу?
- Как дети, имеющие устройства для передвижения, пользуются этими устройствами в школах?

Качественные методы лучше использовать для исследования субъективных понятий в культуре, понимания взглядов, убеждений и социальных традиций.¹³ Это делает качественные методы особенно полезными для понимания ограничений жизнедеятельности ребенка в контексте¹⁴, и в том числе понимания точек зрения детей.¹⁵ Примером служит ученик средней школы с

IV. Основные точки зрения для сбора, анализа и распространения данных

Для сбора высококачественных данных необходимо тщательное планирование, проектирование и внедрение независимо от того, заключается ли цель в сборе данных для оценки распространенности ограничений жизнедеятельности в группе детей или для выявления препятствий и посредников в отношении участия детей с ограничениями деятельности в школьном образовании. Хотя каждое мероприятие по сбору данных столкнется со своими особыми проблемами, существует много общих вопросов, которые необходимо рассмотреть так, как вкратце охарактеризовано здесь:

Планирование	Проектирование	Внедрение
<ul style="list-style-type: none"> • Определить масштабы и цели. • Выбрать показатели. • Определить соответствующее содержание. • Исследовать этические последствия. 	<ul style="list-style-type: none"> • Определить методы. • Выбрать инструменты. • Спроектировать выборку. 	<ul style="list-style-type: none"> • Провести общественную информационную кампанию. • Осуществить сбор данных. • Собрать и обучить команду по сбору данных. • Разработать план направления.

На всех этапах привлечение местных сотрудников, на местах, местных органов власти, государственных учреждений и ОИ/НПО, членов местных общин, участников и членов их семей будет способствовать успешным мероприятиям по сбору данных. Привлечение сообщества инвалидов на ранних этапах также необходимо, потому что они часто лучше информированы о потребностях, приоритетах и целях лиц с ограниченными возможностями. Достоверная информация позволяет правительствам, ОИ/НПО и сообществам оказывать услуги детям и их семьям, в том числе и выполнение образовательных программ.

Данные о детской инвалидности могут наиболее эффективно использоваться для оценки участия и обеспечения равных возможностей для детей с ограниченными возможностями при условии должным образом проведенного анализа, интерпретации и представления всем заинтересованным сторонам. Для максимизации полезности данных важно выявлять целевые аудитории и их потребности и принимать это во внимание при представлении результатов.

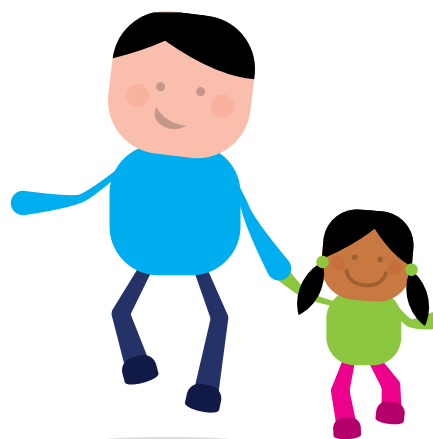
Для передачи более значимой информации руководящими органами разработчикам программ подсчеты должны показать особенности детей с ограниченными возможностями с точки зрения их опыта «инвалидности», а также их социально-экономических и экологических характеристик. Комплексный план анализа данных об ограничениях жизнедеятельности ребенка должен включать сводные таблицы, сравнивающие детей с ограниченными возможностями и без ограниченных возможностей по ключевым социальным и экономическим характеристикам. Включение детей без ограниченных возможностей обеспечивает референтную группу населения, по сравнению с которой возможна оценка

V. Проблемы, влияющие на данные об ограничениях жизнедеятельности ребенка

В то время как многие страны проводили сбор данные об ограничениях жизнедеятельности в рамках общих обследований взрослого населения, дети были менее заметны в повестке дня. В литературе четко указано, что обследования домашних хозяйств и перепись, которые включают общие вопросы о людях с ограниченными возможностями всех возрастов, недостаточны для выявления детей с ограниченными возможностями.¹⁸ Исследования показывают, что детей могут пропустить в обследованиях, в которых отсутствуют вопросы, касающиеся конкретно их.¹⁹ Дети с низким социально-экономическим статусом (девочки) могут, в частности, не учитываться в рамках этого типа инструмента сбора общих данных. Переписи особенно склонны к недооценке. Отдел статистики ООН подчеркивает в Принципах и рекомендациях в отношении переписей населения и жилищного фонда, Версия 1, относительно включения ограничений жизнедеятельности в качестве темы, что "ограниченное количество вопросов, включенных в переписи, не может обеспечить точное измерение количества людей с ограничениями жизнедеятельности, особенно среди детей...".²⁰

Целевые обследования домашних хозяйств, разработанные специально для рассмотрения проблем ограничений жизнедеятельности ребенка или включающие меры, предназначенные специально для детей, дали лучшие результаты.²¹ Однако даже эти типы исследований могут показать недостоверные данные об ограничениях жизнедеятельности, если один набор вопросов применяется к детям всех возрастов. По общему мнению, сбор данных об ограничениях жизнедеятельности среди детей в возрасте до двух лет невозможен с помощью обследований населения, учитывая сложные процессы развития, которые происходят в таком раннем возрасте. Кроме того, дети постоянно развиваются и находятся в переходном периоде от младенчества до среднего детства и от среднего детства до подросткового возраста, и их способность выполнять определенные основные виды деятельности меняется от одной стадии жизни к другой. С точки зрения измерений это подразумевает необходимость конкретных вопросов, которые могут отражать этапы развития ребенка и его способностей в разных возрастных группах, что в дальнейшем затрудняет мероприятия по сбору данных.

Дополнительная проблема измерения связана с тем, что сбор данных о детях с ограниченными возможностями опирается на информацию, предоставленную представителем ответчика. Обследования домашних хозяйств и переписи являются самоотчетами с вопросами, которые, как правило, задаются родителям или другим лицам, обеспечивающим уход. Хотя родители/лица, обеспечивающие уход, часто очень хорошо определяют, испытывают ли их дети трудности при выполнении конкретных задач, их ответов недостаточно для установления распространенности ограничений жизнедеятельности. Например, в ходе обследования ситуации с микроэлементами в Таджикистане, которое проводилось в 2008 году, респондентам задавали следующий вопрос:
«Есть ли в этом доме дети в возрасте до пяти лет



VI. Обзор доступности данных

Различия в методологиях, использованных для сбора данных об "ограничениях жизнедеятельности ребенка", способствовали возникновению значительных проблем в обеспечении надежных и сопоставимых международных статистических данных об "ограничениях жизнедеятельности ребенка". Распространенность "ограничений жизнедеятельности" среди детей является чрезвычайно чувствительной и зависит от того, каким образом она определяется. Определение "ограничение жизнедеятельности" не было последовательным в течение долгого времени в разных местах, а также в мероприятиях по сбору данных. Способ определения "ограничений жизнедеятельности" сказывается на том, какие данные необходимо собирать, в том числе кого следует идентифицировать как имеющего ограниченные возможности.²² Практически все страны мира собирают определенную информацию об "ограничениях жизнедеятельности". Большинство стран, проводивших более одного обследования по "инвалидности", собирают данные в течение очень долгого времени (начиная с 1800-х годов в некоторых случаях), и в течение последних 50 лет включение вопросов об "инвалидности" в рамки переписей и обследований значительно увеличилось. Тем не менее, непоследовательность в определении и измерении "инвалидности" в результате дала информацию, которая варьируется по характеру и качеству, препятствуя нашему пониманию масштабов и характера у детей.

Как упоминалось ранее, задаваемые взрослым вопросы часто неуместны или неприменимы по отношению к детям (например, вопросы о падениях, потере памяти и т.д.), однако во многих исследованиях для оценки ситуации с "инвалидностью" применялся одинаковый набор вопросов к взрослым и к детям. Следующий вопрос использовался для определения распространенности "инвалидности" применительно ко всему населению (включая детей) в 2011 г. в Переписи населения, домохозяйств и жилищ в Черногории: «Имеет ли человек какие-либо ограниченные возможности, не позволяющие ему/ей выполнять повседневную деятельность в связи с длительной болезнью, "инвалидностью" или преклонным возрастом?» Явная отсылка к пожилому населению/ людей с ограниченными возможностями определенно не актуальна для оценки трудности функционирования среди детей и создает предвзятое мнение в сознании респондента в плане того, что следует рассматривать как "ограничение жизнедеятельности среди детей".

Универсальный или отсеивающий вопрос о том, есть ли в доме лицо с ограниченными возможностями, также создает проблемы в обеспечении надежных статистических данных об "ограничениях жизнедеятельности" у детей. Например, в переписи населения и жилищного фонда в Сьерра-Леоне в 2004 году главе семьи был задан следующий вопрос о каждом члене семьи: "Является ли (имя) с ограниченными возможностями". Широкий характер этого вопроса означает, что интерпретация того, что представляет собой "ограничение жизнедеятельности", предоставлена на усмотрение респондентов. Неудивительно, что такие показатели распространенности "ограничений жизнедеятельности" были необычно низкими: менее одного процента для людей в возрасте 25 лет, и около двух процентов людей в возрасте 25 лет и выше. Вопрос, который использовался в переписи 2004 года в Иордании, являлся следующим: «Страдает ли какой-либо член вашей семьи от любого нарушения?» И соответствующие данные о распространенности "ограничений жизнедеятельности" составили около одного процента для детей в возрасте 0-14 лет и лиц в возрасте от 15 лет и старше. В последние годы все больше стран используют инструменты для сбора данных, основанные на более подробном перечне состояний и более широкой направленности на функционирование. Примеры включают в себя набор вопросов, используемых для определения распространенности "ограничений жизнедеятельности" по отношению ко всему населению (включая детей) в обследовании "инвалидности" 2009 г., проведенном в Объединенной Республике Танзании.

В результате такого изменения в составе вопросов показатель распространенности нарушений функций и ограничений жизнедеятельности ребенка колеблется от менее одного процента до 50 процентов в разных странах. Страны с низким показателем нарушений функций и ограничений жизнедеятельности ребенка включают, например, Афганистан, Анголу, Аргентину, Буркина-Фасо, Канаду, Камбоджу, Чад, Китай, Колумбию, Египет, Сальвадор, Грецию, Иорданию, Лесото, Государство Палестина, Оман, Руанду, ЮАР, Узбекистан и Вьетнам. На другой чаше весов находятся страны с высоким уровнем распространенности нарушений функций и ограничений жизнедеятельности ребенка. К ним относятся Армения, Австралия, Белиз, Бутан, Центральная Африканская Республика, Эфиопия, Македония, Мадагаскар, Мальдивы, Новая Зеландия, Суринам и Йемен. Экономическое и социальное развитие этих стран представляет собой широкий континуум, начиная от стран с низким уровнем доходов до стран с высоким уровнем доходов с выраженными различиями в культурах, структуре заболеваемости, уровне смертности и опытом конфликтов или стихийных бедствий, вызванных опасными природными явлениями.

Большие различия в показателях распространенности ограничений жизнедеятельности обнаружены не только между странами, но также в пределах одной страны, когда проводилось несколько обследований с использованием различных вопросников и проектов исследований. В Уганде, например, показатели распространенности ограничений жизнедеятельности варьировались от одного до 20% в течение 15-летнего периода. Например, в 1991 году в переписи в Уганде сообщалось, что около одного процента населения имели определенную степень нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, когда их спрашивали, есть ли в семье человек с ограниченными возможностями. В то время как в ходе Медико-демографического исследования в 2006 году уровень распространенности «ограничений жизнедеятельности» составил около 20% для лиц в возрасте от пяти лет в результате использования короткого набора из шести вопросов, разработанных Вашингтонской группой ООН по статистическому измерению ограничений жизнедеятельности ребенка. В перепись населения и жилищного фонда 2002 г. в Уганде и национальное обследование домашних хозяйств 2005/06 г.г. в Уганде включили подобный вопрос для всех членов семьи: «Испытывает ли (имя) какие-либо трудности в перемещении, со зрением, слухом, речью или в обучении, которые длятся или предположительно длились последние шесть месяцев или больше?» Исходя из этого, в ходе переписи 2002 г. было обнаружено, что около четырех процентов населения сообщили о некоторых видах нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, в то время как обследование 2005/06 г.г. сообщило о распространенности той или иной степени ограничения основных категорий жизнедеятельности на уровне 7%.

Примечания

VII. Выводы

Поскольку данные об ограничениях жизнедеятельности являются недостаточными, но крайне необходимыми для населения в целом, дети представляют собой группу, заслуживающую особого внимания и в то же время создающую особые проблемы при измерении. Остаются большие пробелы в информации относительно того, что известно об ограничениях жизнедеятельности среди детей. Среди них: сколько детей испытывают ограничения и как окружение (в том числе физические, социальные и поведенческие факторы) влияет на участие детей в жизни своих общин. Существует явная необходимость в улучшении сбора, анализа, распространения и использования данных об ограничениях жизнедеятельности и согласовании инструментов измерений для осуществления оценки, которая должна являться надежной, действительной, всеобъемлющей и сопоставимой в международном плане. Кроме того, существует необходимость в сборе такой информации с течением времени для поддержки мониторинга политики и программ, касающихся инвалидов. Это будет способствовать выработке надлежащей политики и программных мероприятий со стороны правительств и их международных партнеров и, таким образом, соблюдению требований Конвенции о правах инвалидов и Конвенции о правах ребенка.

Инициативы ЮНИСЕФ по измерению ограничений жизнедеятельности у детей

В настоящее время ЮНИСЕФ и его партнеры реализуют много инициатив, связанных с необходимостью получения кросс-национальных сопоставимых и достоверных данных о детях с ограниченными возможностями. Они включают в себя разработку и тестирование новых анкет, а также разработку административных принципов для сбора, анализа и распространения данных.

Модуль ЮНИСЕФ/ВГ по функционированию и ограничениям

жизнедеятельности у детей ЮНИСЕФ и Вашингтонской группой Организации Объединенных Наций по статистическому измерению **ограничений жизнедеятельности ребенка** (ВГ)²³ был разработан и апробирован новый модуль сбора данных об ограничениях жизнедеятельности у детей для использования в обследованиях домохозяйств и переписях.

В соответствии с био-психо-социальной моделью понимания ограничений жизнедеятельности модуль ориентирован на выявление и степень функциональных трудностей, а не на функции и структуру или состояние организма, т.е. причины этих трудностей. Эти функциональные трудности могут создать для детей риск возникновения ограниченного участия в неуступчивой среде.

Модуль охватывает основные области функционирования в двух возрастных группах: от 2-х до 4-х лет и от 5 до 17 лет. Общие области в обеих возрастных группах: зрение, слух, ходьба, общение, познание/обучение и поведение. Специально для младшей возрастной группы включили функционирование мелкой моторики и игру, в то время как области для старшего возраста включают самопомощь, эмоции, внимание и способность справиться с изменением и отношениями.

Модуль был представлен, обсуждался и пересматривался в ходе нескольких консультаций экспертов начиная с 2011 года с участием представителей организаций людей с ограниченными физическими возможностями, научных учреждений, международных организаций и национальных статистических управлений. Модуль претерпел всестороннюю научную апробацию для определения качества задаваемых

вопросов и определения его культурного понимания со стороны респондентов. Модуль был апробирован в Индии, США, Белизе, Омане и Черногории. Пилотирование модуля проводилось в Камеруне, Индии, Италии, на Гаити и Самоа. Также планируется провести пилотирование в еще одной стране в начале 2015 года. ЮНИСЕФ и ВГ также работают над разработкой руководства для поддержки реализации модуля. Модуль и руководство, как ожидается, должны быть готовы к фактическому сбору и использованию данных странами в конце 2015 года.

Модуль ЮНИСЕФ/ВГ по инклюзивному образованию

ЮНИСЕФ и ВГ разрабатывают новый модуль обследования для измерения характеристик школьной среды и участия детей в образовании. Модуль измеряет барьеры и факторы, способствующие, образованию детей с ограниченными возможностями или без ограниченных возможностей. Этот модуль будет дополнять модуль по функционированию и ограничениям жизнедеятельности детей. Вместе они обеспечат комплексное измерение ограничений жизнедеятельности – оценку функциональных трудностей, а также взаимодействия детей в пределах своего окружения. Модуль будет охватывать следующее: отношение, доступность, возможность добраться в школу.

Цель этого набора вопросов заключается в предоставлении информации для осознанной и продуманной разработки политики, обеспечения статистической сводки воздействий окружающей среды на участие в школьном образовании, а также выявления областей с ключевыми узкими местами, которые можно в последующем контролировать. Перечень вопросов можно добавлять в проведение и другого обследования.

Вопросы ориентированы на образование через официальный механизм и факторы окружения, которые влияют на участие в этом образовании. Вопросы были разработаны, чтобы отследить взаимодействие между участником и окружением, поскольку для понимания проблем, возникающих в школе у учащихся с ограниченными возможностями, необходимо исследовать взаимодействие учащегося и факторов окружения. После завершения модуль будет проходить апробацию и полевые испытания. Ожидается, что он будет готов для применения по фактическому сбору и использованию данных странами в конце 2016 года.

Руководящие принципы измерения детской инвалидности

Настоящий документ будет служить руководством для тех, кто рассматривает возможность сбора данных о детях с ограниченными возможностями. В руководящих принципах обсуждаются концептуальные и теоретические вопросы, связанные с оценкой ограничений жизнедеятельности у детей, и методы анализа и инструменты, которые ранее использовались для сбора данных в этой области. Представлены определенные идеи и предложения для проектирования, планирования и реализации сбора данных об ограничениях жизнедеятельности у детей. Эти руководящие принципы в настоящее время разрабатываются при участии нескольких международных экспертов. Ожидается, что они будут окончены в начале 2016 года.

Глоссарий терминов

"Инвалидность" - Согласно Статье 1 КПИ к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Инклюзивное образование - это «процесс учета и удовлетворения разнообразных потребностей всех учащихся за счет увеличения участия в обучении, культуре и жизни сообщества и уменьшения изоляции изнутри и со стороны образования. Оно включает в себя изменения и модификации в содержании, подходах, структуре и стратегиях, с общим видением, которое охватывает всех детей соответствующей возрастной группы и убежденностью в том, что обязанностью государства является обучение всех детей» (см.Брошюру1).

Инклюзивное окружение (школа, колледж, учебный центр на уровне общины, и т.д.), где все студенты могут учиться и осмысленно участвовать в процессе обучения вместе.

Медицинская модель "инвалидности" объясняет "инвалидность" как проблему со здоровьем или состоянием здоровья человека, которую можно лечить с помощью медицины. Таким образом, "инвалидность" является результатом медицинского состояния. Лицо с инвалидностью рассматривается в качестве нуждающегося в лечении, и обязанностью медработника является облегчение его/ее боли и страданий. (ЮНИСЕФ оспаривает эту модель везде, где она встречается, в целях поддержки системного внедрения социальной модели инвалидности - см.Брошюру1).

Результаты являются преднамеренными, ожидаемыми последствиями функционирования образовательной системы.

Педагогика широко используется в сфере образования для указания на действие по преподаванию вместе с сопутствующим дискурсом. Это то, что нужно знать, и навыки, которыми нужно овладеть.

Социальная модель "инвалидности" объясняет результаты по инвалидности от взаимодействий между индивидом с конкретным физическим, интеллектуальным, сенсорным или умственным нарушением здоровья и окружающей социальной и культурной среды. "Инвалидность" следует понимать, как социально-политический конструкт, в результате чего поведенческие, экологические и организационные барьеры, которые по своей сути существуют в обществе, систематически исключают и создают дискриминацию в отношении людей с ограниченными возможностями. Показатели инвалидности можно снизить при удалении таких барьеров.(Это модель, за которую выступает ЮНИСЕФ - см.Брошюру1).

Вашингтонская группа является группой, созданной Статистической комиссией ООН для разработки рекомендаций по улучшению показателей, связанных с ограничениями жизнедеятельности сопоставимых в международном масштабе, для мониторинга и оценки. Членство в ней открыто для национальных статистических управлений всех стран-членов ООН. Статистическая комиссия ООН называет свои группы в честь первого города, в котором проводится их заседание, отсюда и название Вашингтонская группа. Ее веб-сайт http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm.

Список использованной литературы

Кресуэлл, Джон У. Дизайн исследования: подходы качественных, количественных и смешанных методов. 3-е издание. Лос-Анджелес: Sage Publications, Inc. 2009 г.

Крофт, Элисон (2012) Обеспечение доступа к образованию для детей с ограниченными возможностями в странах с низким уровнем дохода: нам нужно знать количество детей-инвалидов? Международный журнал по развитию образования, 33(3).

Дюбуа Дж.Л.иТрани, Дж. (2009), Увеличение парадигмы возможностей для устранения сложности инвалидности, Альтер-Европейский журнал по исследованиям инвалидности, 3 (3).

Деркин МС (1991), Исследования детской инвалидности на основе население в развивающихся странах: обоснование и проектирование исследования. Международный журнал психического здоровья, 20 (2).

Эйде, А.Г.и Леб, М.Э.(2005) Данные и статистика по вопросам инвалидности в развивающихся странах. Знания по инвалидности и программа исследований, Норвич/Лондон: Группа по международному развитию, Университет Восточной Англии/Health Link Worldwide.

Хартли Салли, Мохаммад Мухит(2003 г.) Использование качественных методов исследования в исследованиях инвалидности в большинстве стран мира, Азиатско-Тихоокеанский журнал по реабилитации инвалидов, Т. 14№ 2, 2003 г.

Янус, М.и Оффорд, Д. (2007). Разработка и психометрические свойства инструмента раннего развития(EDI): Измерение готовности детей к школе. Канадский журнал поведенческих наук, 39(1).

ДжеффриР., Сингал, Н.(2008) Оценки инвалидности: последствия меняющейся картины общественно-политической борьбы. Аналитическая записка №3.Кембридж:исследовательский консорциум по результатам образования и бедности. Кембриджский университет.

Кариуки Д, Ани К.К., Мак Грегор Г. Отношение к школе и психо-социальная функция слабовидящих детей, обучающихся в обычных школах в Кении. Архив заболеваний детства 2001 года;86(1).

Мак,М.,и Нортвайт, Б.Г.(июнь 2011 г.) Разумное приспособление или образование для всех? Дело детей, живущих с инвалидностью в Камбодже. Журнал исследований политики в области инвалидности, 22(1).

Моника Бартли(2001). Плюсы и минусы данных, собранных с помощью переписи: опыт стран Карибского бассейна, ESA/STAT/AC.81/6-2, ООН, Нью-Йорк.

Робсон,С.и ЭвансП.(2003) Образование детей ограниченными возможностями в развивающихся странах:Рольнаборов данных. Париж:ОЭСР.

СусанаСильва иСильвияФрага(2012). Качественные исследования в эпидемиологии. Эпидемиология – современные перспективы по проведению исследований и практике, проф. НуноЛюне (ред.).

ДЭСВООН,2001 г., Руководящие положения и принципы развития статистики по инвалидности, ООН, Нью-Йорк.

ЮНЕСКО(2004), Право на образование для лиц с ограниченными возможностями: На пути к инклюзивности. Флагман программы ОДВ. Париж: ЮНЕСКО.

ЮНЕСКО(2010 г.), Работа с группами населения, находящимися в неблагоприятном социальном положении. Флагман программы ОДВ. Всемирный доклад по мониторингу. Париж/Оксфорд: ЮНЕСКО/Oxford University Press.

ЮНЕСКО(2013). "Дети все еще борются за право ходить в школу". Программный документ ОДВВДМ10.Париж: ЮНЕСКО. Ссылка:<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221668E.pdf>

ЮНИСЕФ и Университет Школы общественного здравоохранения штата Висконсин(2008 г.) "Мониторинг детской инвалидности в развивающихся странах: Результаты МИКО", Нью-Йорк: Отдел ЮНИСЕФ по разработке политики и практик/Университет Висконсина.

ЮНИСЕФ, Положение детей в мире, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, 2013 год.

Организация Объединенных Наций (2006 г.) Конвенция о правах инвалидов и Факультативный протокол. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций.

ВОЗЭСКАТО(2008), Учебное пособие по статистике по инвалидности, Организации Объединенных Наций, Бангкок.

ВОЗ. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ, Женева, 2001 г.

Уиртц С.,Хартли С., УоллБ,Лихтиг И, КоутуМ, Карвелло Р, Доклад о работе, связанной с низкой обеспеченностью расходов для глухих детей в развивающихся странах. В: Колевей А. (ред.) Глухота и развитие. Издательский дом Университета Бристоля. 2001 год.

Всемирный банк (2007). "Измерение распространенности инвалидности". Документ по обсуждению ИП№0706,Вашингтон,округ Колумбия: Всемирный банк.

Примечания и пояснения

1. ЮНЕСКО(2013). "Дети все еще борются за право ходить в школу". Программный документ ОДВВДМ10. Париж: ЮНЕСКО. Ссылка: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221668E.pdf>
2. ЮНИСЕФ, Положение детей в мире, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, 2013 год.
3. Там же.
4. Мак,М.,и Нортвайт, Б.Г.(июнь 2011 г.) Разумное приспособление или образование для всех? Дело детей, живущих с инвалидностью в Камбодже. Журнал исследований политики в области инвалидности, 22(1), 55-64.
5. ДЭСВООН,2001 г., Руководящие положения и принципы развития статистики по инвалидности, ООН, Нью-Йорк
6. ВОЗЭСКАТО(2008), Учебное пособие по статистике по инвалидности, Организации Объединенных Наций, Бангкок.
7. Там же.
8. Там же.
9. Янус,М.иОффорд, Д. (2007). Разработка и психометрические свойства инструмента раннего развития(EDI): Измерение готовности детей к школе. Канадский журнал поведенческих наук, 39(1). 1-22
10. Там же.
11. Уиртц С.,Хартли С., УоллБ,Лихтиг И, КоутуМ, Карвелло Р, Доклад о работе, связанной с низкой обеспеченностью расходов для глухих детей в развивающихся странах. В: Колевей А. (ред.) Глухота и развитие. Издательский дом Университета Бристоля. 2001 год.
12. Кариуки Д, Ани К.К., Мак Грегор Г. Отношение к школе и психо-социальная функция слабовидящих детей, обучающихся в обычных школах в Кении. Архив заболеваний детства 2001 года;86(1):. 34-34.
13. Хартли Салли, Мохаммад Мухит(2003 г.) Использование качественных методов исследования в исследованиях инвалидности в большинстве стран мира, Азиатско-Тихоокеанский журнал по реабилитации инвалидов, Т. 14№ 2, 2003 г.
14. Джеффри Р.,Сингал, Н.(2008) Оценки инвалидности: последствия меняющейся картины общественно-политической борьбы. Аналитическая записка №3. Кембридж: исследовательский консорциум по результатам образования и бедности. Кембриджский университет.
15. Робсон,С.и ЭвансП.(2003) Образование детей с ограниченными возможностями в развивающихся странах: Роль наборов данных. Париж: ОЭСР.
16. Крофт, Элисон (2012) Обеспечение доступа к образованию для детей с ограниченными возможностями в странах с низким уровнем дохода: нам нужно знать количество детей-инвалидов? Международный журнал по развитию образования,33(3). ст. 233-243.
17. Кресуэлл, Джон У.Дизайн исследования: подходы качественных, количественных и смешанных методов. 3-е издание. Лос-Анджелес:Sage Publications, Inc.2009 г.
18. ДеркинМС (1991), Исследования детской инвалидности на основе население в развивающихся странах: обоснование и проектирование исследования. Международный журнал психического здоровья, 20 (2):47-60

19. Там же.
20. Моника Бартли(2001). Плюсы и минусы данных, собранных с помощью переписи: опыт стран Карибского бассейна, ESA/STAT/AC.81/6-2, ООН, Нью-Йорк.
21. Деркин МС (1991), Исследования детской инвалидности на основе население в развивающихся странах: обоснование и проектирование исследования. Международный журнал психического здоровья, 20 (2):47-60
22. Дюбуа Дж.Л.иТрани, Дж. (2009), Увеличение парадигмы возможностей для устранения сложности инвалидности, Альтер-Европейский журнал по исследованиям инвалидности, 3 (3): 2-28.
23. ВГ является рабочей группой на добровольной основе в составе представителей более чем 100 национальных статистических управлений и международных, неправительственных организаций и организаций инвалидов. Она была организована под эгидой Статистического отдела Организации Объединенных Наций и существует с 2001 года. Основная цель ВГ заключается в продвижении и координации международного сотрудничества в области статистики здравоохранения с акцентом на способ измерения инвалидности, подходящий для проведения переписей и национальных обследований. Ее основная задача заключается в предоставлении основной необходимой информации об инвалидности, сопоставимой в международном масштабе. Основным достижением Вашингтонской группы была разработка, апробация и утверждение краткого перечня вопросов, которые могут использоваться в ходе переписей, выборочных национальных обследований или в других статистических форматах, с целью обоснованной политики по полному включению лиц с ограниченными возможностями в гражданское общество. ВГ разработала также всесторонний набор вопросов по функционированию, который будет использоваться в качестве компонента обследований населения, в качестве дополнения к опросам или в качестве основного обследования инвалидности для использования в обследованиях, которые расширяют неполный набор.

