

ДЕПАРТАМЕНТ ПО МЕЖДУНАРОДНЫМ ЭКОНОМИЧЕСКИМ И СОЦИАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ
СТАТИСТИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ
ЦЕНТР ПО СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ И ГУМАНИТАРНЫМ ВОПРОСАМ

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Серия **F** № **38**

**РАЗРАБОТКА СТАТИСТИЧЕСКИХ
КОНЦЕПЦИЙ И МЕТОДОВ,
КАСАЮЩИХСЯ ИНВАЛИДНОСТИ,
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЙ
ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ**



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Нью-Йорк • 1988

ПРИМЕЧАНИЕ

Условные обозначения документов Организации Объединенных Наций состоят из прописных букв и цифр. Когда такое обозначение встречается в тексте, оно служит указанием на соответствующий документ Организации Объединенных Наций.

ОБЩАЯ ОГОВОРКА

Употребляемые обозначения и представленный материал в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций какого-либо мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района или их властей, или относительно делимитации их границ.

Отдельные цифровые данные и проценты, приведенные в таблицах, ввиду округления необязательно в сумме соответствуют итоговым цифрам.

ST/ESA/STAT/SER.F/38

ИЗДАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

В продаже под № R.88.XVII.4

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание является одним из серии подготовленных Организацией Объединенных Наций технических докладов и специальных статистических исследований о разработке статистики и показателей, касающихся инвалидов.

В резолюции 37/52 от 3 декабря 1982 года Генеральная Ассамблея приняла Всемирную программу действий в отношении инвалидов в связи с подготовкой к проведению Организацией Объединенных Наций в 1983-1992 годах Десятилетия инвалидов и в развитие мероприятий, связанных с проведением в 1981 году Международного года инвалидов (МГИ). Во Всемирной программе действий признается значение статистики инвалидности как основы планирования политики, ее осуществления, контроля, анализа и исследования. В частности, в ней указывается:

"Государствам-членам следует разработать программы исследования причин, видов и распространенности дефектов и инвалидности, экономических и социальных условий инвалидов, а также наличия и эффективности существующих средств решения этих вопросов" (29, пункт I85)*.

"Статистический отдел [Секретариата Организации Объединенных Наций] вместе с другими подразделениями Секретариата, специализированными учреждениями и региональными комиссиями настоятельно призывается сотрудничать с развивающимися странами в разработке реалистической и практической системы сбора данных на основе либо полного перечисления, либо репрезентативной выборки, в зависимости от обстоятельств, в отношении различных видов инвалидности и, в частности, подготовить технические руководства/документы по запросу об использовании обследований домашних хозяйств для сбора таких статистических данных, которые явились бы важным средством и основой разработки программ действий в последующие после МГИ годы с целью улучшения положения инвалидов" (29, пункт I98).

Таким образом, проводимое ООН Десятилетие инвалидов и осуществляемая ею Всемирная программа действий в отношении инвалидов привлекли необходимое внимание к той области статистики, которой часто пренебрегали или роль и значение которой в прошлом недооценивали. Потребность в такой статистике подчеркивалась также в одном из последних обзоров по вопросам инвалидности, озаглавленном Инвалидность: положение, стратегии и политика (29а), который был подготовлен Секретариатом Организации Объединенных Наций.

Секретариатом Организации Объединенных Наций подготовлены два технических доклада о разработке статистики инвалидов. Эти доклады подготовлены во исполнение содержащейся во Всемирной программе действий рекомендации о сотрудничестве с развивающимися странами в разработке системы сбора данных, касающихся различных видов инвалидности. Оба доклада первоначально рассматривались в виде проектов Группой экспертов по разработке статистики инвалидов, совещание которой проходило в Вене 2-6 апреля 1984 года, а впоследствии были пересмотрены с учетом рекомендаций, сформулированных экспертами, а также замечаний и предложений региональных комиссий Организации Объединенных Наций, заинтересованных специализированных учреждений и других национальных и международных экспертов I/.

* Цифры в скобках относятся к пронумерованным справочным материалам, перечисленным в конце настоящего доклада.

Цели обоих докладов дополняют друг друга. В настоящем исследовании на основе выборочного использования опыта и мнений, существующих в отдельных странах и на международном уровне, рассматривается вопрос о разработке статистических концепций и методов, касающихся инвалидности, для применения при проведении обследований домашних хозяйств с целью оказания помощи странам в развитии своей собственной системы проведения обследований. Второй доклад, озаглавленный Разработка статистики инвалидов: тематические исследования (3I), был подготовлен с целью оценки источников статистических данных об инвалидах, которые уже собирались в пяти странах, для того чтобы определить их способность оценивать численность и распределение инвалидов, социальные, экономические и географические условия их жизни, а также чтобы показать, каким образом можно эффективно использовать статистику об инвалидах там, где она уже имеется.

Оба доклада в их совокупности убедительно свидетельствуют о практической и целесообразности сбора статистических данных об инвалидах, используя для этого методы, применяемые в переписях населения и обследованиях домашних хозяйств, и содержат примеры, иллюстрации и предложения в отношении улучшения методов сбора данных, их представления и анализа. Как ожидается, этот материал поможет пользователям и производителям статистических данных и показателей, касающихся инвалидов, в развитых и развивающихся странах в разработке и применении методов сбора и анализа данных, подходящих для социальных и культурных условий каждой страны. Ожидается также, что в течение Десятилетия инвалидов улучшенная статистика и ее распространение будут способствовать принятию и осуществлению более эффективных политики и программ в отношении инвалидов для достижения целей Всемирной программы действий.

Секретариатом Организации Объединенных Наций подготавливаются и другие доклады о статистике инвалидов, которые должны быть изданы в 1988 году. Они посвящены глобальной компиляции статистических данных об инвалидах, собиравшихся в ходе национальных переписей и обследований с 1975 года, в рамках Базы статистических данных Организации Объединенных Наций об инвалидности, а также методам отбора, компиляции и интерпретации основных статистических показателей, касающихся положения инвалидов 2/.

Статистическим отделом Секретариата Организации Объединенных Наций в сотрудничестве с Центром по социальному развитию и гуманитарным вопросам, также входящим в состав Секретариата Организации Объединенных Наций, была учреждена программа разработки статистики инвалидов. Дополнительная финансовая помощь в целях выполнения этой работы была оказана Целевым фондом для Международного года инвалидов. Проект настоящего доклада был подготовлен Дериком Даквортом, научным сотрудником Отдела исследований в области медицинского обслуживания, Кентского университета в Кентербери, Англия, выступавшим в качестве консультанта Секретариата Организации Объединенных Наций. Дж.Н. Тевари, выступая в качестве консультанта Секретариата, оказал помощь в составлении проектов окончательных вариантов на основе замечаний Группы экспертов.

В отношении настоящего доклада было бы желательно получить замечания и предложения. Их следует направлять на имя Директора Статистического отдела Секретариата Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк 10017.

ПРИМЕЧАНИЯ

1/ В совещании приняли участие в личном качестве следующие эксперты: Януш Бейнарович (Польша), Э.Ф. Чинг'анда (Малави), Дерик Дакворт (Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии), Элоиса де Лоренсо (Уругвай), Шри Пёдьастоти (Индонезия), Муньера А.Аль Куэттами (Кувейт), Борхан Шридех (Иордания) и Дж.Н. Тевари (Индия). Доклад о работе совещания Группы экспертов был выпущен в качестве документа ESA/STAT/AC.18/7 на английском и арабском языках.

2/ Документ "Разработка статистики и показателей для контроля за осуществлением Всемирной программы действий в отношении инвалидов и иллюстративная статистика и информация об источниках из Базы статистических данных Организации Объединенных Наций об инвалидности" (отпечатан на mimeографе, июнь 1987 года) был выпущен Статистическим отделом в качестве рабочего документа для общего распространения и получения замечаний. Он основывается на документах, представленных Всемирному совещанию экспертов по обзору и оценке осуществления Всемирной программы действий в отношении инвалидов по состоянию на середину Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций, состоявшемуся в Стокгольме 17-22 августа 1987 года (CSDHA/DDP/GME/4 и CSDHA/DDP/GME/CRP.1).

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
ПРЕДИСЛОВИЕ	iii
ВВЕДЕНИЕ	I
<u>Глава</u>	
I. МАСШТАБЫ, ЦЕЛИ И ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КАСАЮЩИХСЯ ИНВАЛИДНОСТИ	5
А. Цели сбора статистических данных об инвалидности	7
В. Масштабы сбора статистических данных об инвалидах	8
С. Определения инвалидности	15
D. Инвалидность как показатель уровня состояния здоровья населения	17
II. ИСТОЧНИКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ И РОЛЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ	19
А. Переписи населения и обследования домашних хозяйств	19
В. Другие источники данных об инвалидности	21
С. Преимущества и недостатки обследований домашних хозяйств	23
III. СБОР СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ В ХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ	28
А. Планирование обследования	28
В. Выборка при проведении обследования, охватывающего вопросы инвалидности	31
С. Сбор статистических данных об инвалидности в ходе непрерывных обследований	32
D. Концепции, классификации и определения инвалидности, используемые в обследованиях домашних хозяйств	33
Е. Концептуальные рамки Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН)	36
F. Использование МКДИН в обследованиях	38
G. Измерение степени инвалидности в ходе обследований домашних хозяйств	40
H. Включение в непрерывные обследования тем, касающихся инвалидности	41

IV. ИЛЛЮСТРАТИВНЫЕ РЯДЫ И КЛАССИФИКАЦИИ	44
А. Примеры переменных величин, касающихся инвалидов, которые получены в результате обследований	44
В. Национальное выборочное обследование в Индии	45
С. Характеристики, полученные в ходе обследований домашних хозяйств, касающихся инвалидности, которые проведены в других развивающихся странах	50
D. Характеристики, получаемые в развивающихся странах в ходе обследований по вопросу реабилитации на базе общины	53
Е. Некоторые проблемы, связанные с распределением по категориям	53
F. Дезагрегация и распределение по категориям - ряд примеров	54
V. ОЦЕНКА, СОСТАВЛЕНИЕ ТАБЛИЦ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	59
А. Оценка	59
В. Составление таблиц	61
С. Распространение результатов	62
<u>Приложения</u>	
I. ОПЫТ И ПРАКТИКА ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН	65
Примечания к приложению I	78
II. ВЫДЕРЖКИ ИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ, ИНВАЛИДНОСТИ И НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	79
Справочная литература	82

Перечень таблиц

I. Темы, касающиеся инвалидности, для использования в обследованиях домашних хозяйств	II
2. Преимущества и недостатки обследований домашних хозяйств для сбора данных о состоянии здоровья	26
3. Решения, касающиеся планирования национального обследования домашних хозяйств	29
4. Схема операций по планированию и организации обследования, охватывающего вопросы, связанные с состоянием здоровья	30
5. Список дефектов и видов инвалидности, обследованных в Австралии	39

	<u>Стр.</u>
6. Примеры тем, включавшихся в отдельные национальные обследования, охватывающие инвалидность	46
7. Обследование инвалидности: характеристики, получаемые в ходе обследования домашних хозяйств в Индии	48
8. Обследование инвалидности в Индии: характеристики инвалидности, связанной с потерей зрения, относящиеся к каждому инвалиду ...	49
9. Переписи населения и обследования в Африке, в ходе которых осуществлялся сбор данных об инвалидности, 1974-1985 годы	50
10. Темы и характеристики, изучавшиеся в ходе обследования инвалидности в Непале	52
II. Процентная доля лиц с различными видами инвалидности с разбивкой по возрасту, полу и социально-экономическим группам в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии	56
12. Число нетрудоспособных на 1000 чел. населения в Индии	60
13. Принципы правильного построения таблиц	61
A-I. Содержание основных таблиц отчета об обследовании нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц в Великобритании	71
A-2. Категории таблиц, содержащихся в отчете об обследовании нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц в Великобритании	75

Рисунки

I. Концептуальная схема МКДИН	37
A-I. Иллюстративная модель развития состояния инвалидности	67

ВВЕДЕНИЕ

Принимая в 1982 году Всемирную программу действий в отношении инвалидов, Генеральная Ассамблея вновь подтвердила обязательство в отношении оказания содействия принятию эффективных мер по предупреждению инвалидности, реабилитации и достижению целей равноправия и полного участия инвалидов в общественной жизни и развитии (29). Главными направлениями Всемирной программы действий являются предупреждение инвалидности, реабилитация и создание равных возможностей для инвалидов, направленные на вовлечение их в жизнь общества. Для нее устанавливаются конкретные цели в этих областях на период Десятилетия инвалидов, проводимого Организацией Объединенных Наций в 1983-1992 годах на основе опыта своей работы, а также работы правительственных и неправительственных организаций, выполнявшей ими в отношении инвалидности.

В связи с Всемирной программой действий признается, что для анализа политики, предпринятия соответствующих действий и проведения должного контроля необходимы статистические данные, касающиеся инвалидов. В программе содержится призыв к Статистическому отделу Секретариата Организации Объединенных Наций сотрудничать со странами "в разработке реалистической и практической системы сбора данных" об инвалидах и при этом подчеркивается роль обследований домашних хозяйств "для сбора таких статистических данных, которые явились бы важным средством и основой для разработки программ действий в последующие после МГИ годы с целью улучшения условий для инвалидов" (29, пункт 199). Это подчеркивание роли обследований домашних хозяйств для сбора данных о положении инвалидов сопряжено с быстро возрастающим значением и темпами развития обследований домашних хозяйств за последнее десятилетие, проводимых с целью сбора данных по всем аспектам условий жизни, о чем свидетельствует интерес, проявляемый во всем мире к Программе обеспечения развития возможностей для проведения национальных обследований домашних хозяйств Организации Объединенных Наций и участию в ее осуществлении. Хотя программы обследований домашних хозяйств должны разрабатываться в тесной связи с другими важными источниками информации в странах, они играют центральную стратегическую роль в обеспечении статистических данных, которые дают полную картину социальных и экономических условий, влияющих на отдельные лица, домашние хозяйства и особые группы населения.

В настоящем докладе рассматривается вопрос о разработке концепций и методов сбора и компиляции статистических данных об инвалидах и об их социальном и экономическом положении, главным образом в ходе переписей населения и обследований на основе опыта, приобретенного отдельными странами. Цель доклада заключается в том, чтобы способствовать развитию рабочего диалога между статистиками и планировщиками, занимающимися вопросами инвалидности, в целях разработки таких методик проведения обследований, в которых использовались бы концепции инвалидности, пригодные для планирования программ и в разумной степени сопоставимые в статистическом и концептуальном отношениях в рамках любой национальной программы обследований домашних хозяйств.

Для того чтобы обеспечить наиболее удачное количественное определение, планировщики обследований и специалисты, занимающиеся вопросами инвалидности, должны принять во внимание ряд методологических вопросов и, в свою очередь, приложить все силы к тому, чтобы эти вопросы были четко представлены как до, так и после проведения обследования широким кругам общественности, а также аналитикам более широкого профиля и специалистам, занимающимся разработкой политики. Один из наиболее важных из этих вопросов, с которым связаны основные трудности в прикладной статистической работе в данной области, заключается в отыскании способа определения и измерения явления инвалидности для статистических целей. Что касается основных определений, то в настоящем докладе высказывается мнение о том, что

концептуальные рамки и конкретные концепции и определения, принятые в Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН), выпущенной на экспериментальной основе Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1980 году (46), являются самыми четкими и единообразными из всех существующих, а поэтому должны широко использоваться в качестве отправного пункта для разработки основных норм, хотя при их применении в обследованиях и переписях требуется проявлять значительную гибкость.

МКДИН предназначена для обеспечения согласования описаний изменений физического и/или умственного состояния человека, представляемых врачами, учеными, планировщиками, общественностью и даже самими лицами, к которым относятся упомянутые изменения. Это нелегкая задача, поскольку инвалидность описывается различными заинтересованными группами по-разному. Например, врачи определяют инвалидность на основе диагноза, общественность определяет ее, используя непрофессиональные выражения, члены семей инвалидов и сами инвалиды определяют ее согласно наблюдениям и собственному опыту. Работники плановых и законодательных органов, занимающиеся вопросами государственного социального обеспечения и финансовых затрат, нередко определяют инвалидность, исходя из ее влияния на систему или же из способности системы социального обеспечения удовлетворить нужды целого ряда особых групп населения, с учетом, например, сдвигов в возрастном составе населения, изменений в продолжительности предстоящей жизни и структуре доходов домашних хозяйств, безработицы, степени стабилизации числа учащихся в школах, пособий по социальному обеспечению и инвалидности и расходов на здравоохранение, жилищных потребностей и степени доступности общественного транспорта.

В качестве отправного пункта для обобщения такого многообразия различных точек зрения МКДИН является незаменимым всеобъемлющим справочным классификационным пособием, однако она тем не менее должна модифицироваться и улучшаться далее, по мере того как в ходе применения для различных целей будут обнаруживаться и выясняться ее ограничительные стороны и недостатки. МКДИН неизбежно подвергнется модификации в ходе ее дальнейшего применения к группам населения, охватываемым медицинским диагностированием (в больницах, клиниках и медицинских исследовательских заведениях), с одной стороны, и к осуществляемому немедиками фиксированию случаев инвалидности, в отчетах об обследованиях и национальных регистрационных кампаниях, с другой. Требования, предъявляемые к классификации дефектов двумя основными группами пользователей МКДИН, весьма неодинаковы, однако не являются полностью несовместимыми. Было бы полезно попытаться объединить оба вида требований в одной системе классификации с использованием от однозначных до четырехзначных кодов, с тем чтобы учесть расхождения в детальных и общих описаниях дефекта.

В связи с применением МКДИН в обследованиях домашних хозяйств также возникают проблемы, присущие методике проведения обследований. Во-первых, МКДИН по своему предназначению является всеобъемлющей. Если исходить из применения данной системы классификации в буквальном смысле, то, по-видимому, не вызовет сомнений тот факт, что при этом будет выявлен весьма значительный процент в любой подробно исследуемой группе населения, который будет относиться к категории инвалидов или лиц, имеющих дефекты. Однако на вопрос о том, каким образом можно практически ограничить классификацию определенной совокупностью лиц, имеющих дефекты, или инвалидов, считающейся особенно важной с точки зрения какого-либо конкретного анализа или политики, сама классификация не дает ответа, и по этому вопросу до последнего времени в странах накоплен ограниченный опыт систематической (в отличие от специальной) работы. Во-вторых, МКДИН предназначена для охвата широкого круга связанных с инвалидностью ограничений. С одной стороны, она содержит технические концепции и определения, основывающиеся на медицинской терминологии и практике ("дефекты"), тогда как, с другой стороны, она охватывает ограничения

обычной роли отдельных лиц в обществе ("нетрудоспособность"), которые в не меньшей или даже в большей степени могут зависеть от сдерживающих факторов социального характера или окружающей обстановки, чем определенных в медицинских терминах дефектов. Промежуточное место между этими двумя крайностями занимают разные виды "инвалидности" (ограничения физических и умственных функций), которые охватывают значительное и незначительное долгосрочное ограничение деятельности человека как отдельной единицы. Естественно, что для тщательного и детального применения столь широкого круга концепций и определений в статистической работе требуются такая широкая и глубокая подготовка и такой опыт специалистов, которые в широкомасштабной практической работе совершенно не достижимы.

С другой стороны, несомненно имеется серьезная потребность в макроинформации об опыте в области решения проблем инвалидности, накопленном в разных обществах: общее число лиц с тяжелыми формами инвалидности и информация об их общем состоянии и об их домашнем хозяйстве и социально-экономических условиях. Без такой полной картины общего положения инвалидов в обществе нецелесообразно с точки зрения статистики и чревато серьезными заблуждениями делать обобщения на основе результатов мелкомасштабных исследований и другой частичной информации. Следовательно, представляется, что крупномасштабные выборочные обследования призваны сыграть важную роль в сборе статистических данных об инвалидах.

Настоящий доклад посвящен главным образом анализу концептуальных и практических проблем, с которыми приходится сталкиваться при использовании выборочных обследований домашних хозяйств для сбора статистических данных об инвалидах, а также путям решения этих проблем. Однако в рамках настоящего исследования различные технические вопросы подробно не рассматриваются. Примерами статистических областей, требующих дальнейшего изучения и разработки, являются методы выборки, способы статистической и аналитической интеграции данных, полученных из различных источников, и обработка данных. Для получения подробных инструктивных указаний по этим вопросам следует обращаться к специальным публикациям и прибегать к консультациям специалистов в этих областях (см., например, 37 и 37а). В некоторых случаях необходимо провести дальнейшую работу по этим вопросам применительно к проблемам, связанным с инвалидностью.

В целом полезно с самого начала обратить особое внимание на три главных вывода, сделанных в настоящем докладе. Во-первых, проблемы определения инвалидности должны быть рассмотрены и решены на стадии планирования обследования, если желательно, чтобы сбор данных принес значимые результаты. Во-вторых, обследования домашних хозяйств являются только одним из источников данных об инвалидах; данные из дополнительных источников также должны быть полностью табулированы и подвергнуты анализу, с тем чтобы получить максимальную по количеству и качеству информацию при наименьших затратах.

И наконец, два основных недостатка использования обследований домашних хозяйств для сбора данных, а именно, относительная малочисленность целевой совокупности лиц в пределах выборки и трудность организации анализа подготовленным медицинским персоналом медицинских аспектов дефектов в охваченной группе населения, компенсируются двумя важными преимуществами. Во-первых, хорошо спланированное обследование обеспечит с приемлемой степенью достоверности общую картину положения, которая может быть с пользой дополнена более специальной информацией, а, во-вторых, обследования домашних хозяйств, несомненно, являются наиболее эффективным и наименее дорогостоящим способом сбора сравнительно подробной информации не только о состоянии самого инвалида, но и о его социально-экономических условиях и окружающей обстановке. В настоящем докладе, как и во многих других докладах, подготовленных в связи с Десятилетием инвалидов, проводимым Организацией Объединенных Наций, подчеркивается, что нетрудоспособность и инвалидность представляют собой

не просто явление, относящееся к медицинской области, но и отражает взаимодействие состояния здоровья с социально-культурными условиями и окружающей обстановкой. В итоге вопрос об эффективном вовлечении инвалидов в жизнь общества можно должным образом рассматривать лишь на основе сбора статистических данных как об инвалидах, так и об условиях, в которых они находятся.

I. МАСШТАБЫ, ЦЕЛИ И ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КАСАЮЩИХСЯ ИНВАЛИДНОСТИ

При обсуждении планов ведения статистики инвалидности одной из первых целей обычно называют осознанную потребность в информации для оценки общего масштаба проблемы, которую представляет собой инвалидность. Например, во Всемирной программе действий в отношении инвалидов указывается, что "свыше 500 миллионов человек в мире являются инвалидами в результате умственных, физических или сенсорных расстройств"(29, пункт 2), включая 400 миллионов инвалидов, проживающих в развивающихся регионах.

Эти цифры основываются на предположении, что инвалидностью затронуто порядка 10% населения, однако фактические цифры могут оказаться значительно выше (в отношении некоторых развивающихся стран указывалось даже 20%) или ниже, в зависимости не только от реальных различий между странами, но и нередко в весьма значительной степени от используемого определения инвалидности и от того, каким образом оно применяется на практике.

Оценки численности, выраженные в десятках и сотнях миллионов, подчеркивают масштабы задачи решения человеческой проблемы, связанной с инвалидностью, однако они едва ли являются достаточно надежными или детализированными для целей планирования и формулирования политики. Например, необходимы данные обследования, для того чтобы сопоставить положение инвалидов, проживающих в домашних хозяйствах, и положение инвалидов, содержащихся в специализированных заведениях, с разбивкой по типу домашнего хозяйства и по типу заведения. Указанная статистическая информация очень важна для планирования таких общинных программ реабилитации, как программа, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения (47).

В дополнение к сопоставлению разных условий жизни осуществлению программ реабилитации на базе общины может способствовать использование полученных в результате обследований статистических данных о том, каким образом домашние хозяйства, специализированные заведения и общины обеспечивают условия жизни и работы, подходящие для вовлечения инвалида в повседневную деятельность. К числу тем, которые могут быть охвачены в ходе обследования домашних хозяйств в целях изучения проблемы вовлечения инвалидов в жизнь общества, относятся следующие:

а) Изменения, осуществляемые семьей с целью включения инвалидов в повседневную жизнь:

- i) принимаемые при необходимости меры по специальному уходу за ребенком;
- ii) обеспечение в соответствующих случаях специальных вспомогательных средств, подстилок, подставок, кресел, пандусов и т.п., построенных из имеющихся местных материалов и предназначенных для вовлечения инвалида в повседневную деятельность домашнего хозяйства;
- iii) обеспечение по мере необходимости специальных приспособлений для того, чтобы инвалид мог питаться вместе с остальными членами семьи;
- iv) необходимые приспособления для того, чтобы инвалид мог передвигаться из комнаты в комнату в пределах дома;

b) Изменения, вносимые в местную школьную программу с целью охвата детей-инвалидов школьного возраста:

- i) разрешено ли ребенку учителем (или школьной системой) посещать местную школу?
- ii) может ли ребенок, посещающий школу, сидеть вместе с другими детьми?
- iii) может ли ребенок участвовать в играх других школьников?
- iv) может ли ребенок участвовать в процессе прохождения основной учебной программы, предлагаемой школой?

c) Изменения, осуществляемые соседями для вовлечения инвалида в русло нормального общения между людьми:

- i) является ли их отношение к инвалиду обычно приветливым или насмешливым?
- ii) навещал ли инвалид дом соседа на прошлой неделе?
- iii) включают ли инвалида соседи в число гостей, приглашаемых на праздники?

d) Изменения, осуществляемые работниками местных служб здравоохранения и вносимые в программу первичной медицинской помощи с целью удовлетворения медико-санитарных потребностей инвалида:

- i) посещал ли когда-либо инвалид одного из работников службы здравоохранения или навещался ли он таким работником в связи с инвалидностью?
- ii) предоставлялись ли ему лечение или помощь?
- iii) если предоставлялись, то следует описать их характер;
- iv) оказывается ли инвалиду необходимая медицинская помощь и приходят ли к нему регулярно медицинские работники?

e) Если это инвалид трудоспособного возраста, то указываются изменения, произведенные на рабочем месте:

- i) может ли инвалид работать на рабочем месте, подходящем для его или ее возраста и социального положения, например, на дому, в поле, на складе или на предприятии?
- ii) были ли произведены изменения на рабочем месте, для того чтобы оно удовлетворяло потребности, связанные с данным видом инвалидности?
- iii) какого рода изменения были произведены, для того чтобы инвалид мог продуктивно работать, например, в отношении средств транспорта для доставки на работу, внесения коррективов в программу работы, включения в общую трудовую деятельность?

f) Кто именно из членов общины проявил особое умение или оказал особую помощь в осуществлении изменений и преобразований, требуемых для максимального включения инвалида в жизнь семьи или общины? Что именно они сделали?

При таком подходе статистические данные об инвалидности рассматриваются уже не как поголовный подсчет инвалидов, но как возможность исследовать масштабы проблемы для семей и общин, связанной с необходимостью учитывать разнообразные поведение и потребности людей, в том числе инвалидов и членов их семей.

Отсутствие статистических данных об инвалидности на национальном уровне нередко приводит к использованию оценок, в которых пытаются дать полную картину инвалидности с помощью одной или двух цифр, а именно, общей численности инвалидов в составе населения государства, обладающего более высоким уровнем здоровья. По мере сбора и анализа статистических данных появляются новые цифры, которые нередко существенно отличаются от предыдущих оценок. Определения инвалидности и такие соображения, как возрастно-половая структура населения стран и характеристики распространенности болезней и несчастных случаев, оказывают сильное влияние на число лиц, определяемых как инвалиды в рамках любой программы. На завершающем этапе, однако, как только определены в общих чертах масштабы проблемы и систематизированы некоторые основные статистические данные о численности инвалидов в стране, следует приступить к подготовке более подробных статистических характеристик инвалидов, их семей и общин для целей формулирования политики и планирования программ. В рамках многих программ сбора статистических данных такая аналитическая работа остается незавершенной по целому ряду причин, однако, если на всех стадиях работы над статистическими данными об инвалидности твердо ориентироваться на потребности, связанные с формулированием политики и планированием программ, практически исчезнет риск превращения сбора статистических данных и представления статистики в самоцель. Скорее, сбор данных и разработка статистики будут осуществляться в целях определения политики правительств стран, местных органов власти и других учреждений, направленной на более эффективное решение проблем, связанных с инвалидностью, ее причинами, обстоятельствами и последствиями.

А. Цели сбора статистических данных об инвалидности

Определение конкретных потребностей и формулирование целей сбора статистических данных об инвалидности являются необходимыми предварительными условиями составления плана сбора и компиляции данных.

Потенциальные виды использования статистических данных об инвалидах включают следующее:

- a) общественная информация и привлечение внимания общественности к этой проблеме;
- b) оценка потребностей для программ, планов действий и политики;
- c) планирование и формулирование программ действий;
- d) распределение ресурсов на осуществление программ;
- e) географическое распределение ресурсов;
- f) контроль и оценка;
- g) оценка результатов программ и политики и их влияния на уровень и качество жизни инвалидов.

Одним из важнейших подходов к осуществлению программы являются мероприятия на уровне общины, подобные тем, которые рекомендуются в Справочнике ВОЗ относительно мер по реабилитации на уровне общины, упомянутом выше (47). В то же время совершенно ясно, что с помощью одних лишь мероприятий по реабилитации на уровне общины (30, стр. 17) нельзя устранить основные причины инвалидности в развивающихся странах, в частности недостаточное или неправильное питание, такие болезни как полиомиелит и проказа, а за последние годы - производственный травматизм, несчастные случаи на дорогах и бытовые травмы, которые являются прямым или косвенным результатом индустриализации, не говоря уж о войнах. Необходима также статистика причин инвалидности и ее предупреждения. Национальные обследования обеспечивают более подробные статистические данные о численности, распределении, проблемах и потребностях инвалидов, проживающих на охватываемых этими обследованиями территориях, необходимые для осуществления программ и формулирования политики.

Ключевыми элементами на стадии составления плана обследования являются определение инвалидности, принятое для целей статистических подсчетов, и выбранные способы подсчетов. При установлении детализации статистического определения необходимо учитывать широкое разнообразие концепций инвалидности, каждая из которых чаще всего отражает конкретные административные виды применения, а также культурные традиции и понятия. Один из специалистов по вопросам инвалидности в Соединенных Штатах утверждал следующее:

"Рациональные подходы к проблемам выработки политики в отношении инвалидности требуют некоторой степени общей договоренности относительно концептуальной основы и измерения показателей инвалидности. Однако организации, предоставляющие услуги, определяют инвалидность совершенно по-разному, в зависимости от их интересов, ориентации, целей или сферы полномочий. В связи с ограниченными сторонами критериев конкретных программ приходится подчеркивать необходимость применения сопоставимых и позволяющих все учитывать единиц измерения, для того чтобы иметь возможность анализировать взаимосвязь элементов государственной политики и ее последствия (4а, стр. 319).

Поэтому, чтобы создать общую основу для достижения разнообразных целей, при разработке статистики, касающейся инвалидов, следует четко ориентироваться по конкретным направлениям и основываться на четко сформулированных концепциях. Надежная концептуальная основа необходима для того, чтобы способствовать текущей работе по улучшению статистики и обеспечить непрерывность статистических рядов. Концепция и рамки определения инвалидности, принятого в любой программе сбора данных, имеют решающее значение для установления масштаба и охвата всего процесса сбора статистических данных, а поэтому их нельзя рассматривать исключительно как вопросы, касающиеся только определения.

В. Масштабы сбора статистических данных об инвалидах

Статистика распространенности, выражаемая данными о численности инвалидов с разбивкой по ряду таких категорий, как пол, возрастная группа, дефект и заболевание, регион и социально-экономическая группа или занятие, является той основной информацией об инвалидности, которая требуется работникам директивных и плановых органов. Кроме того, для некоторых получаемых в результате специальных статистических рядов требуются статистические данные о частоте появления случаев инвалидности. Только на основе таких сведений могут быть исчислены потребности медицинских и социальных служб и выработана политика, для того чтобы можно было удовлетворить нужды инвалида. Кроме того, как указывалось в предыдущем разделе, статистика может принести максимальную пользу лишь в том случае, если она охватывает также исследование социально-экономических характеристик и особенностей

среды, окружающей инвалидов, а также виды вредного воздействия окружающей среды, которые, как было обнаружено, могут стать причиной инвалидности.

Необходима информация об уже существующих службах, их доступности для инвалидов и об использовании инвалидами таких служб. Для того чтобы дать возможность администрации таких служб контролировать их работу и результаты этой работы, а также обеспечить рациональное и эффективное использование скудных ресурсов, потребуются также статистические данные об инвалидности, касающиеся частоты заболеваний и появления дефектов.

Пределы статистики инвалидности, которая могла бы быть разработана, ограничиваются имеющимися ресурсами для сбора данных и потребностями тех, кто желал бы их использовать. Было бы целесообразно в качестве отправного пункта изучить некоторые из отчетов о предпринятых национальных обследованиях домашних хозяйств, охватывающих вопросы инвалидности. Несколько таких отчетов рассматриваются в приложении I, ниже. Например, проведенное в 1968-1969 годах в Великобритании обследование нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц показывает, каким образом можно организовать широкое обследование, касающееся инвалидности, и сбор относящихся к ней статистических данных. Оно показывает также, как обследование инвалидности и связанных с ней обстоятельств и условий может явиться результатом стремления правительства получить информацию о многочисленной группе лиц, находящихся в неблагоприятном положении, и дать оценку мер, которые было бы целесообразно принять центральным органам власти в их интересах. Многочисленные дополнительные примеры содержатся в докладе Организации Объединенных Наций Разработка статистики инвалидов: тематические исследования (3I).

При сборе и представлении статистических данных об инвалидности каждой стране присущи свои собственные приоритеты и обстоятельства и каждая страна пожелает скоординировать обработку статистических данных об инвалидности, собираемых методами обследований домашних хозяйств, с обработкой любых других статистических данных здравоохранения, которые могут быть собраны. Основные темы, которые должны охватываться при проведении таких обследований, рассматривались Группой экспертов Организации Объединенных Наций по разработке статистики инвалидов (3Ia), и их предложения, подлежащие дальнейшему изучению и проверке на местах, содержатся в таблице I, ниже. Эксперты рекомендовали рассматривать темы, охватываемые в разделах IV и V этой таблицы и касающиеся социально-экономических характеристик и особенностей окружающей среды, а также распределения и использования услуг и поддержки, как важные области, представляющие интерес в связи со Всемирной программой действий и поставленной перед ней задачей контроля и оценки. Пункты I-IV раздела V этой таблицы предназначены для иллюстрирования усилий, направленных на устранение обстоятельств, ведущих к утрате трудоспособности. Даже в таком ограниченном перечне тем, по-видимому, придется определить приоритеты и сделать выбор. Этот вопрос рассматривается подробнее в главе IV.

В целях подготовки таблицы I Группа экспертов рассмотрела несколько рабочих документов и проектов технических докладов о разработке статистики инвалидности с использованием переписей населения и обследований и в целом поддержала концепции, касающиеся дефектов и инвалидности, которые были предложены Всемирной организацией здравоохранения. Она отметила, однако, что рамки тем, охватываемых Международной классификацией дефектов, инвалидности и нетрудоспособности, требуют пересмотра, для того чтобы учесть расчеты, связанные с основными концепциями социально-экономического положения и окружающей среды, а также цель создания равных возможностей, поставленную перед Всемирной программой действий в отношении инвалидов. Так, Группа экспертов рекомендовала производить расчеты в отношении нетрудоспособности с учетом социально-экономических характеристик и особенностей среды, включая связанные с окружающей средой препятствия и степень

доступности, как это показано в разделе IV таблицы I. Чтобы обеспечить всеобъемлющую структуру изложения предмета изучения с использованием приемлемой статистической номенклатуры в целях организации работы по проведению обследования и практического включения в нее социальных и экономических тем в этом разделе таблицы использована разработанная Организацией Объединенных Наций комплексная система социальных, демографических и других соответствующих статистических данных. В ходе методологической и концептуальной разработки тесно связываются между собой статистические измеренные показатели социального равенства, экономических возможностей, маргинальности и социально-экономического положения отдельных групп населения. Использование комплексной системы служит стимулом к тому, чтобы не ограничиваться при разработке статистики инвалидности только исследованием инвалидов, но изучать также на основе сопоставления положение с точки зрения инвалидности женщин, мужчин, детей, молодежи, престарелых, перемещенных лиц, недавних мигрантов, домашних хозяйств в сельских районах и общин крупных городских конгломераций.

Таблица I. Темы, касающиеся инвалидности,
для использования в обследованиях домашних хозяйств

Темы и классификация	
I. НАЛИЧИЕ ДЕФЕКТОВ ^{a/}	
<u>Физические дефекты</u>	
<u>Сенсорные</u>	
A. Слуховые	Включают ослабление остроты слуха
B. Речевые	Включают дефекты речи
C. Зрительные	Включают ослабление остроты зрения
<u>Прочие физические недостатки</u>	
D. Висцеральные	Включают дефекты внутренних органов и расстройства таких других специальных функций как функции половых органов, жевание и глотание
E. Скелетные	Включают дефекты в области головы и туловища, двигательные и моторные дефекты конечностей и отсутствие конечностей
F. Уродство	Включает деформации в области головы или туловища и деформации конечностей
<u>Умственные и психологические дефекты</u>	
G. Умственные и прочие психологические дефекты	Включают дефекты умственного развития, памяти, мышления, сознания, бдительности, восприятия, внимания, эмоциональных и волевых функций и поведения
<u>Наиболее распространенные и прочие дефекты</u>	
H. Распространенные сенсорные и прочие дефекты	

Таблица I (продолжение)

- I. Множественные дефекты
Только физические
Прочие дефекты
2. Такие прочие дефекты, как серьезный дефект воздержания, чрезмерная чувствительность к травмам, нарушения обмена и сенсорные дефекты

II. НАЛИЧИЕ ИНВАЛИДНОСТИ

Физическая неполноценность

A. Двигательная

Включает инвалидность амбулаторного характера и прикованность к постели

B. Потеря способности к общению

Неспособность говорить
слышать
видеть
Прочие виды инвалидности

C. Степень способности ухаживать за собой

Включает экскрецию, личную гигиену, одевание и принятие пищи

D. Неспособность управлять своим телом

Включает инвалидность, проявляющуюся в быту, например, в процессе приготовления пищи, подачи пищи и ухода за иждивенцами, а также неспособность совершать такие движения тела, как движения пальцев, хватательные и держательные функции

E. Степень ловкости

Включает неспособность выполнять такую повседневную работу, как пользование дверьми, бытовыми приборами и окнами, неспособность действовать руками, например, управлять движением пальцев, выполнять хватательные и держательные функции

Инвалидность социального характера

F. Поведение

Включает способность осознавать и неспособность реагировать

G. Реактивность

Включает зависимость и выносливость (стойкость) организма, а также экологическую инвалидность, связанную с устойчивостью к экологическим факторам

Таблица I (продолжение)

Прочие виды инвалидности

- Н. Неспособность к приобретению конкретных навыков и другие ограничения активности

III. ПРИЧИНЫ ДЕФЕКТОВ

Причины, пригодные для включения в опрос в ходе выборочных обследований, должны определяться с учетом основного содержания Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ) б/, а также состояния здравоохранения и практических возможностей в каждой стране. Ниже приводится пояснительная основная классификация. Коды МКБ указаны в скобках.

- А. Инфекционные болезни и болезни, вызываемые паразитами (I)
- В. Врожденные аномалии и перинатальные состояния (XIV, XV)
- С. Повреждения (XVII)
1. Автомобильные аварии (E810-E825)
2. Прочие дорожно-транспортные аварии (E800-E807, E826-E848)
3. Прочие несчастные случаи и случайные отравления (E850-E949)
4. Повреждения, полученные в результате военных действий (E990-E999)
5. Другие внешние причины
- Д. Другие болезни и состояния
- IV. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ с/
(включая препятствия и доступность, связанные с окружающей средой)

- А. Пол, возраст
- В. Семейное положение
- С. Характеристики домашнего хозяйства и семьи или проживание в специализированном заведении
- Д. Образование и профессиональная подготовка
- Е. Работа по найму
- Ф. Доход и потребление
- Г. Прочие характеристики состояния здоровья и питания могут включать такие переменные величины, как рост, вес и калорийность питания
- Н. Жилищные условия и окружающая среда
- И. Территориальное распределение
- Ж. Свободное время и культурный досуг
- К. Участие в нормальном человеческом общении

V. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ И ПОМОЩИ д/

- А. Первичное медицинское обслуживание
- В. Профилактика и лечение после несчастного случая или травмы
- С. Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи
- Д. Общее медицинское обслуживание
- Е. Образование (общее, специальное)

Таблица I (продолжение)

- F. Возможности трудоустройства
- G. Восстановление трудоспособности (профессиональной)
- H. Компенсационные экономические меры, социальное обеспечение и пенсии
- I. Консультативные услуги и общественная информация (отношение и поведение в общине и семье)
- J. Правовая защита равных возможностей при отсутствии сегрегации
- K. Обеспечение равных возможностей мобильности
- L. Устранение препятствий, связанных с окружающей средой
- M. Обеспечение технических вспомогательных приспособлений и оборудования
- N. Обеспечение услуг для самостоятельного проживания

a/ На основе Международной классификации дефектов, инвалидности и не-трудоспособности: Руководство по классификации, касающейся последствий болезней (Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1980 год). В результате обследования должны указываться недублированные цифровые данные о лицах, имеющих дефекты и инвалидность. Может также учитываться частота случаев (то есть появление дефекта или инвалидности в течение какого-то определенного периода).

b/ Всемирная организация здравоохранения. Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (девятое пересмотренное издание), тома I и II (Женева, 1977 и 1978 годы).

c/ На основе доклада Социальные показатели: предварительные руководящие принципы и иллюстративные ряды (издание Организации Объединенных Наций, серия M, № 63, в продаже под № E.78.XVII.8).

d/ Там, где это возможно, следует разделять комплексные и сегрегированные услуги и льготы.

С. Определение инвалидности

Совершенно ясно, что статистика инвалидности касается инвалидности, однако этот термин не всегда используется единообразно, и на протяжении ряда лет предлагались многочисленные варианты определения.

Одно из определений, которое хорошо передает широко распространенное значение понятия инвалидности, содержится в статье I Декларации о правах инвалидов. Оно сформулировано следующим образом:

"Выражение "инвалид" означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей".

В основе этого определения очевидно лежит та мысль, что инвалид имеет определенные дефекты в результате наличия физических или умственных недостатков и что эти дефекты и являются "инвалидностью". Однако другое признанное использование термина "инвалидность" сосредоточивает внимание скорее на самих недостатках. Например, "инвалидность" в статистических таблицах нередко относится к физическим аномалиям, дефектам или недостаткам, то есть к тем недостаткам, которые, согласно статье I, приводят к инвалидности.

Поскольку эти и многие другие определения получили широкое распространение, смысл статистики "инвалидности" в разных обследованиях редко бывает единообразным. В результате использование разных концепций, классификаций и определений иногда приводило в прошлом к неправильному пониманию значения статистики инвалидности и нередко, в силу такого неправильного понимания, имело тенденцию препятствовать сотрудничеству на национальном и международном уровне в сборе, распространении и использовании статистических данных по этому вопросу.

Однако в 1980 году Всемирная организация здравоохранения предложила систему определений для использования на экспериментальной основе в рамках Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН) (46). В этой системе "дефекты" относятся соответственно к недостаткам строения или функций тела, в результате чего у человека возникает неспособность осуществлять необходимую деятельность, то есть "инвалидность". В свою очередь, как "дефекты", так и "инвалидность" приводят к "нетрудоспособности" или неблагоприятному положению, связанному с различными сторонами социальной жизни.

С 1980 года МКДИН применялась на экспериментальной основе в разнообразных практических условиях, включая обследования, а также проводились широкие обсуждения и анализ проблем и перспектив эффективного использования МКДИН (см., например, 46а). Подробное рассмотрение этого эксперимента выходит за рамки настоящего доклада, однако в нем будет упомянуто о конкретном опыте работы в связи с обследованием домашних хозяйств, который относится к использованию МКДИН в этой области. В настоящее время Статистическим отделом Секретариата Организации Объединенных Наций подготавливается значительно более полный обзор использования МКДИН или совместимых с ней вариантов в обследованиях, проведенных в 55 странах.

Одна из самых первых целенаправленных попыток использовать МКДИН в национальном обследовании имела место в Австралии в ходе проведения там обследования в 1981 году (I), а об одном из недавних сравнимых экспериментов сообщила Канада (Ia). Среди развивающихся стран интенсивному анализу с использованием концепций и категорий МКДИН были подвергнуты результаты обследования инвалидности, проведенного в 1976/77 году в Индонезии (IIa). Влияние МКДИН, выразившееся в проведении различия между дефектами, инвалидностью и нетрудоспособностью и четком

определении конкретных видов инвалидности, которые подлежали обследованию, отчетливо прослеживалось в обследовании инвалидов, проведенном в 1981 году в Индии (5).

МКДИН подробно рассматривается в разделах C-E главы III, а пока следует подчеркнуть, что, хотя никогда не было намерения полностью применять МКДИН в обследованиях, концептуальные рамки и конкретные определения и категории, которые в ней предусматриваются, являются незаменимым справочным материалом для всей статистической работы в этой области. Поэтому, насколько это возможно, в настоящем докладе далее будут использоваться предложенные в экспериментальном порядке определения В03. Следует, однако, учитывать, что при ссылке на любое конкретное обследование использовавшиеся в нем термины будут сопровождаться соответствующими пояснениями. В сомнительных случаях, где не было намерения использовать определения В03, термины "дефект", "инвалидность" и "нетрудоспособность" будут заключены в кавычки или же в некоторых случаях в качестве общего термина будет использоваться слово "инвалидность".

Имеется, однако, важная и понятная причина видимых расхождений в концепции инвалидности. Инвалидность не является только свойством отдельных лиц как таковых; она является также "связью между индивидуумом и его или ее окружением" (46). Это означает, что именно окружение индивидуума, которое включает его социальную среду, а также физическую окружающую среду и явления природы, во многом определяет, превратится ли и в какой степени превратится какой-либо дефект (используется терминология В03) в конкретный вид инвалидности или нетрудоспособность. Таким образом, как подчеркнула Группа экспертов по разработке статистики инвалидов, важно получить подсчитанные показатели не только дефектов и инвалидности, как бы они ни определялись, но и сведения о социальной и физической обстановке, в которой находятся инвалиды.

Другим приемлемым основанием для того, чтобы согласиться с различиями в рабочих определениях при планировании и проведении обследования, является законное желание сосредоточить внимание на той или другой группе инвалидов для целей выработки политики. В определенных обществах вполне может быть вероятным, что к категориям с разной степенью серьезности инвалидности и нетрудоспособности относятся разные группы лиц, и обследования должны быть приспособлены к национальным условиям таким образом, чтобы сосредоточить внимание на тех лицах, которые представляют наибольший предмет озабоченности для работников директивных органов в данной ситуации. Поэтому в докладе Организации Объединенных Наций по вопросу о Включении инвалидов в жизнь общины, хотя там и подчеркивается явное широкое расхождение в результатах различных обследований, это не обязательно рассматривается как свидетельство ненадежности процедур или результатов (30, стр. 13). Указывается, например, что в одном из недавних обследований, проведенном в Испании, основное внимание было сосредоточено на тех инвалидах в рамках конкретных категорий, которые охватываются национальной системой социального обеспечения. Все эти лица, согласно любому определению, имели очень тяжелую инвалидность, вследствие чего оценки численности "инвалидов" были относительно низкими и составляли всего около 3% населения. В противоположность этому, в обследовании, проведенном в Австралии, о котором упоминалось выше, в тех случаях, когда в качестве главной цели сбора статистических данных были выбраны данные о "причинах инвалидности", то есть о болезнях, расстройствах, повреждениях и заболеваниях, которые приводили к появлению дефекта, "инвалидами" можно было бы считать для определенных целей около 23% гражданского населения. Такие расхождения являются приемлемыми в том случае, если целям проводимой политики, в связи с которыми они возникают, дано четкое определение и объяснение.

D. Инвалидность как показатель уровня состояния здоровья населения

Возможность использования различных статистических данных, в том числе касающихся инвалидности, для показателей уровня состояния здоровья населения является предметом широкого обсуждения за последнее время, включая такие вопросы, как характер, использование и рамки охвата статистики здравоохранения. В основе обсуждения лежит та мысль, что хорошее здоровье является понятием, которое с трудом поддается непосредственному измерению. Поэтому один из распространенных подходов к сбору и обработке статистики здравоохранения заключался в том, чтобы получить статистические ряды смертности или статистические ряды, относящиеся к поддающимся измерению понятиям плохого здоровья, например, конкретным видам заболеваемости.

Подробная статистика смертности в рамках конкретных совокупностей населения собирается и обрабатывается в некоторых странах в соответствии с программами, рассчитанными на 200 лет и более, или путем анализа данных переписей населения или же на основе актов гражданской регистрации и других аналогичных данных. Даже в развитых странах весьма редко да и то большей частью только в последнее время собирались данные, относящиеся к дефектам и инвалидности. По всей вероятности, именно по той причине, что сбор и анализ данных об инвалидности и построение индексов инвалидности являются относительно новым новшеством, некоторые другие такие показатели уровня состояния здоровья, как смертность грудных детей, состояние питания, детская смертность, процент иммунизации, продолжительность предстоящей жизни в определенной возрастной категории, материнская смертность, считаются существенными, тогда как показатели дефектности и инвалидности редко упоминаются.

Целесообразность разработки таких показателей была обоснована Всемирной организацией здравоохранения (45, стр. 6). Это целесообразно прежде всего потому, что предположительно многие развивающиеся страны найдут возможность выводить показатели смертности в результате конкретных заболеваний, особенно инфекционных. Эти показатели могут служить отражением уровня состояния здоровья населения, так же как и показатели смертности грудных детей. Затем, по мере того как страны начинают освобождаться от бремени инфекционных болезней, среди их населения будут все более возрастать показатели заболевания раком, сердечно-сосудистых заболеваний и несчастных случаев. При этом, по мере того как болезни, не уменьшающие в сколько-нибудь значительной степени продолжительность предстоящей жизни, будут занимать все более заметное место в общей картине заболеваемости, такие показатели, как смертность с разбивкой по причинам, будут становиться сами по себе все менее пригодными как показатели уровня состояния здоровья населения. В Соединенных Штатах, например, на основе неполных данных было высказано предположение, что по мере снижения смертности показатели нетрудоспособности среди мужчин скорее повысились, чем уменьшились (3а, стр. 185). Иными словами, снижение смертности не обязательно связано с уменьшением показателей коэффициентов нетрудоспособности или, в более общем смысле, вполне вероятно, что снижение смертности может скорее всего сопровождаться ухудшением состояния здоровья тех, кто остался в живых, а не указывать на улучшение состояния здоровья в данной возрастной группе.

При таких обстоятельствах показатели заболеваемости, которые обычно выражаются в статистике в частоте случаев и/или степени распространенности конкретных болезней и повреждений, приобретают решающее значение. В данном контексте самое большое значение имеет измерение хронических состояний и связанных с этим дефектов. Такие показатели заболеваемости, включая дефекты, имеют существенное значение для подробной оценки состояния здоровья и для планирования в области здравоохранения.

Используя глобальное определение здоровья, предложенное ВОЗ, статистика инвалидности, в отличие от статистики заболеваемости и дефектов, сосредоточивается на последствиях для здоровья, выражающихся в виде функциональных недостатков и ограничений активности в результате болезней, расстройств и повреждений. Однако, как уже указывалось, термин "инвалидность" часто используется в отношении аномалий, недостатков, пороков и общих расстройств, то есть в значении "дефекта", как он определяется в терминологии ВОЗ. В тех случаях, когда в обследованиях домашних хозяйств сосредоточивается внимание на общем понятии инвалидности без разбивки на дефекты, инвалидность и нетрудоспособность в соответствии с терминологией ВОЗ, явно предполагается, что конкретный термин "инвалидность" включает только те последствия заболеваний и повреждений, которые выражаются в ограничениях деятельности какого-либо лица в повседневной жизни и обществе. Если будет принята эта концепция инвалидности, польза от статистических данных, получаемых в результате обследований домашних хозяйств, независимо от того, предназначены ли они для определения показателей состояния здоровья; или же, более непосредственным образом, для ориентировки планирования политики и услуг для инвалидов, была бы увеличена в максимальной степени.

II. ИСТОЧНИКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ И РОЛЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ

Руководство по обследованию домашних хозяйств (переработанное издание), подготовленное Статистическим отделом Секретариата Организации Объединенных Наций, содержит техническую информацию и инструктивные указания для персонала национальных статистических служб, занимающихся планированием и осуществлением работы, связанной с проведением выборочных обследований домашних хозяйств. Материалы, содержащиеся в настоящей главе, частично почерпнуты из этого Руководства, однако, по своей природе инвалидность такова, что многие из общих принципов, применимые к обследованиям домашних хозяйств, должны быть видоизменены, чтобы их можно было применить с учетом вышеуказанной специфики.

В разделах А и В настоящей главы рассматриваются переписи населения, обследования домашних хозяйств и другие источники статистических данных об инвалидах и инвалидности. Подчеркивается взаимодополняемость разных источников. Единственные в своем роде преимущества и недостатки использования обследований домашних хозяйств в этой области суммированы в разделе С. В последующих главах рассматриваются такие вопросы, как способы определения инвалидности и методы сбора, табулирования и оценки статистических данных об инвалидности.

А. Переписи населения и обследования домашних хозяйств

Обследования домашних хозяйств относятся к числу наиболее важных средств сбора статистических данных о народонаселении, однако подобно всем источникам данных они дают наилучшие результаты, если разрабатываются на основе взаимодополняемости с другими основными источниками данных. В документе, озаглавленном Разработка контрольных показателей для руководства в работе по достижению здоровья для всех к 2000 году (45), который упоминался в главе I, высказывается предположение, что обследования домашних хозяйств могут быть более эффективными в качестве альтернативного источника, чем в качестве первичного источника данных по техническим аспектам здоровья, необходимым для работников плановых, директивных и административных органов. Во многих развивающихся странах, однако, все еще развиты слабо такие соответствующие первичные источники, как регистрация актов гражданского состояния, учетные документы в больницах и эпидемиологические исследования, а поэтому обследования домашних хозяйств, возможно, являются единственным из имеющихся источников, охватывающим всю страну. Некоторые из преимуществ и недостатков обследований домашних хозяйств в данном контексте рассматриваются ниже и анализируются подробнее в двух других технических исследованиях Организации Объединенных Наций: Роль ПВНОД в обеспечении информации о здоровье в развивающихся странах (36) и Разработка статистики инвалидов: тематические исследования (31).

Развитые страны, которые проводят обследования домашних хозяйств непрерывно, обладают многолетним опытом проведения переписей населения и жилого фонда. Такие переписи считаются важными для создания прочной статистической основы для проведения обследований различного рода, включая обследование домашних хозяйств, поскольку перепись населения обеспечивает всеобщий учет людских ресурсов государства. Обычно только при наличии такой основы обследование домашнего хозяйства может быть полностью эффективным, поскольку одной из основных целей обследования домашних хозяйств является обновление данных переписи в период между переписями.

Таким образом, как указывается в Руководстве по обследованию домашних хозяйств (переработанное издание) и в Принципах и рекомендациях в отношении проведения переписей населения и жилого фонда (33), переписи и обследования

являются взаимодополняющими. Переписи обеспечивают нерегулярные, но территориально детализированные комбинационные данные, тогда как обследования обеспечивают значительно более регулярные временные ряды, которые отражают непрерывные изменения в общине. Другой аспект взаимодополняемости переписей и обследований, о котором упоминается в Руководстве, заключается в том, что переписи используются для получения довольно поверхностных данных по широкому кругу тем, тогда как обследования могут ограничиваться меньшим числом тем, возможно даже всего одной темой, и углубляться в них с помощью вопросов, касающихся подробностей, которые могли быть особенно важными в период планирования и проведения обследования.

Поэтому при планировании обследования домашних хозяйств необходимо прежде всего изучить любые имеющиеся данные переписи. Кроме того, может оказаться разумным рассмотреть возможность включения вопросов типа используемых в переписи, например, об основных демографических данных, поскольку по ответам, полученным в ходе переписи, можно контролировать точность данных обследования домашних хозяйств (и наоборот). Более того, поскольку для последующего табулирования и анализа потребуется, чтобы ответы на вопросы об инвалидности в обследованиях домашних хозяйств соотносились путем комбинационного табулирования с основными демографическими данными (по таким вопросам, как пол), необходимо, чтобы в ходе обследования собирались как демографические данные, так и данные об инвалидности по каждому отдельному лицу.

Степень взаимодополняемости переписей и обследований при их сравнении как средств сбора данных об инвалидности подробно рассматривается в докладе Канцелярии начальника службы регистрации актов гражданского состояния и комиссара по проведению переписей по Индии (6). В докладе рассматриваются ответы на вопрос об инвалидности, включенный в вопросник по переписи жилого фонда, которая составляла часть переписи населения, проводившейся в Индии в 1981 году. Вопрос был предназначен для сбора информации о числе лиц, являющихся "полностью слепыми, полностью немыми и полностью калеками", отдельно по сельским и городским районам на разных уровнях административного деления. Как утверждает в докладе, результаты этого мероприятия обеспечили определение рамок последующего подробного обследования другими учреждениями, поскольку они дали широкое представление о масштабах этой проблемы в разных районах страны.

Однако, что касается всего остального, то в докладе содержатся критические замечания по поводу качества данных, полученных в ответах на этот вопрос. По-видимому, вопрос о "физических дефектах" включался в переписи по Индии с самого начала их проведения в 1872 году и до 1931 года, когда бывшим в то время комиссаром по проведению переписей было указано на недостатки в ответах. Его преемник подтвердил это мнение в 1941 году, и вплоть до 1981 года в ходе переписей не предпринималось никаких попыток собирать данные об инвалидности. В 1981 году нынешний комиссар по проведению переписей отмечает, что "как показывает опыт, попытка определить численность лиц, имеющих конкретные виды инвалидности, ... подтверждает существовавшее ранее мнение, что операции, связанные с переписями, не позволяют... выявить лица, с особыми характеристиками такого рода". Он заключает, что "в лучшем случае перепись может очертить рамки проведения дальнейших выборочных обследований" (6, стр. 72-73).

Как упоминалось в главе I, выше, Организацией по проведению национальных выборочных обследований (ОНВО) в Индии было предпринято отдельное обследование домашних хозяйств силами опытного и квалифицированного персонала. Как и перепись населения, обследование проводилось в 1981 году специально в связи с Международным годом инвалидов. Однако, в противоположность переписи, оно было сосредоточено исключительно на инвалидах. Тем не менее, его рамки ограничивались некоторыми конкретно определенными аспектами инвалидности, а именно,

потерей зрения, утратой способности к общению и утратой подвижности, хотя была также использована возможность сбора информации о характере поведения и основных моментах развития всех детей в возрасте 5-13 лет, с тем чтобы можно было определить степень и распространенность отставания в умственном развитии.

Использовавшиеся графики проведения обследований были весьма детализированы, с тем чтобы получить большее количество данных, на основе которых можно было бы определить распространенность и частоту случаев конкретных видов инвалидности, о которых собиралась информация, по избранным штатам Индии. Использование разных подходов в ходе переписей и обследований имело результатом существенные расхождения в полученных оценках:

Обнаружились большие расхождения между оценками численности инвалидов, полученными в результате настоящего опроса, и примерно сопоставимыми цифрами, полученными в результате переписи 1981 года. Оценочное число инвалидов с потерей зрения, лишенных светового восприятия, на 100 000 населения составляла 219 человек по сельским районам страны и 135 человек по городским районам, тогда как по данным переписи цифры составляли 84 и 35 соответственно по сельским и городским районам. По сравнению с 39 немыми (то есть лишенными способности говорить) на 100 000 населения по сельским районам страны и 21 немым по городским районам, согласно данным переписи, в результате настоящего опроса были получены такие данные: 142 человека по сельским районам и 102 человека по городским (5, пункт 7.26).

Следует, однако, указать, что анализ результатов переписи, даже если имело место неполное перечисление, может пролить важный свет на основополагающие демографические распределения, как это показано в тематических исследованиях Организации Объединенных Наций (31). Кроме того, в ходе переписей подтверждаются основные направления распределения результатов, например, что показатели по сельским районам выше, чем по городским, и что возраст и пол существенно влияют на показатели инвалидности.

В. Другие источники данных об инвалидности

Некоторую информацию о совокупности населения, охватываемой обследованием, по-видимому, можно было бы почерпнуть из различных административных регистрационных документов, однако данные об инвалидности из таких источников, по всей вероятности, оказались бы неполными, что в любом случае частично оправдывает проведение обследований домашних хозяйств по этому вопросу. Большая часть административных регистрационных документов в развитых странах - и значительно меньшая часть в развивающихся - являются неполными, несогласующимися и ограниченными по охвату. Например, при изучении качества административных регистрационных документов, касающихся инвалидов, были подвергнуты анализу регистрационные документы 15 учреждений, которые предположительно занимались оказанием помощи инвалидам, в Кентербери, Англия, в 1972 году (41). Были подвергнуты анализу также пять реестров "нетрудоспособных" лиц, принадлежащих созданным на основе закона органам, поскольку в Британии в соответствии с законом о хронически больных и инвалидах 1970 года местные органы власти, например, города Кентербери, должны вести учет нетрудоспособных лиц, имеющих право на получение разного рода помощи, предоставляемой Организацией социального индивидуального обслуживания. Данный анализ проводился после трехэтапного обследования каждого домашнего хозяйства в Кентербери, имевшего целью выявление всех лиц с дефектами, проживающих в общине. Расхождения в рассмотренных перечнях были очевидными: в ходе обследования были выявлены 1608 инвалидов, а в реестрах указывались 907 фамилий; всего 586 лиц были указаны в том и другом перечнях. Из 586 лиц, указанных

в обоих перечнях, 402 человека в ходе обследования были отнесены к категории "нетрудоспособных" (то есть имеющих более серьезную инвалидность), однако в целом в результате обследования к этой категории было отнесено 770 человек.

В Британии реестры инвалидов составляются для целей трудоустройства. Регистрация осуществляется на добровольных началах, и преимущества от такой регистрации часто считаются минимальными. Поэтому для реестров обычно характерно занижение численности, то есть им свойственны такие же недостатки, связанные с неполным охватом, какие свойственны регистрационным документам местных органов власти.

В Новой Зеландии проблема такого же характера отмечалась в докладе министерства здравоохранения (I6). Регистрируются случаи определенных заболеваний и расстройств, а именно: рака, слепоты, врожденных дефектов и эхинококкоза (или наличия солитеров). Регистрируются также случаи стерилизации и деторождений, а дальнейшая информация о наличии инвалидности может быть получена из обычных источников данных о подлежащих регистрации заболеваниях и состояниях и из историй болезни стационарных или амбулаторных больных. Однако несмотря на неполный охват при регистрации, в докладе высказывается предположение, что эти источники "обеспечивают ценную возможность проникнуть в суть причин распространения более серьезных состояний и частоты их случаев в пределах конкретных возрастных категорий каждой расовой группы". В нем также высказывается предположение, что эти источники данных могут быть дополнены опросами населения и обследованиями состояния здоровья, чтобы получить возможность своевременно и безошибочно выявлять тенденции заболеваемости.

Министерство здравоохранения Новой Зеландии явно оптимистически относится к возможностям использования определенных регистрационных документов в качестве дополнения к результатам обследований, или результатов обследований в качестве дополнения к регистрационным документам. В переработанном издании Руководства по обследованию домашних хозяйств высказывается предположение, что в целях обеспечения эффективности при применении такого подхода должны быть с самого начала сведены друг с другом, по крайней мере путем использования сопоставимых концепций и определений два источника данных, то есть регистрационные документы и результаты обследования домашних хозяйств. Однако помимо проблем, упомянутых выше, данные административного характера, обеспечиваемые системой здравоохранения, обычно неизбежно ограничиваются сведениями о тех лицах, которые обращаются к этой системе. Поэтому все же необходимо проводить обследования домашних хозяйств, чтобы получить данные, которые не могут обеспечить административные источники.

В целом в Руководстве высказывается предположение, что обследования являются наиболее эффективным источником данных, когда другие источники данных утрачивают свою ценность, то есть:

- а) когда данные переписи устарели или являются недостаточно подробными для планирования или других целей или же недостаточно охватывают требуемые темы;
- б) когда такие другие постоянные источники, как административные регистрационные документы, являются неполными или вообще отсутствуют или же концептуально не отвечают требованиям, предъявляемым к данным;
- с) когда для целей анализа важно рассмотреть определенные взаимосвязи (например, взаимосвязи домашнего хозяйства и семьи, определение доходов домашнего хозяйства и т.п.), которые обычно не обнаруживаются в других системах данных.

С. Преимущества и недостатки обследований домашних хозяйств

Этот вопрос также рассматривается в переработанном издании Руководства по обследованию домашних хозяйств. Возможно, главным доводом в пользу обследований домашних хозяйств как источника данных о состоянии здоровья и инвалидности является то, что некоторые считают основным недостатком обследований домашних хозяйств, то есть тот факт, что при их проведении полагаются на память опрашиваемых лиц. Независимо от потребности в определенном роде информации, было бы бесполезно надеяться получить ее в ходе обследования домашних хозяйств, если мала вероятность того, что она сможет быть предоставлена с достаточной степенью точности опрашиваемыми лицами. Хотя в этом отношении самоотчет может оказаться ненадежным, он способен, однако, обнаружить те аспекты, связанные с инвалидностью, которые осознаются самими инвалидами или теми, кто ухаживает за ними в общине.

Инвалидность, поддаваясь описанию по собственным впечатлениям опрашиваемого лица, несколько отличается от возникшего заболевания. Для определения болезни требуются опыт и знания врача, позволяющие установить, каким образом ее следует лечить. Вообще говоря, дефекты, почти по определению, значительно меньше поддаются чисто медицинскому вмешательству. Иногда самое большее, на что можно надеяться, - это облегчение боли и обогащение социальных контактов. Опыт и знания врача будут играть свою роль, по крайней мере в первом из этих процессов, однако непрофессиональное восприятие, по-видимому, требуется для второго, причем оно может оказаться в высшей степени ценным и достоверным способом его описания. Обследования домашних хозяйств связаны с потенциальной возможностью использовать непрофессиональные восприятия, и, таким образом, давать толкование более субъективным элементам социальных процессов. Другие источники данных об инвалидности, например, истории болезни, в силу своего объективного, "обезличенного" характера такой возможности не обеспечивают.

Например, слепота во многих развивающихся странах может считаться существенной причиной инвалидности. Даже больничные службы не всегда могут дать точную медицинскую оценку этого состояния, поскольку может не оказаться оборудования, с помощью которого можно было бы точно измерить остроту зрения или поле зрения. Однако в контексте обследований домашних хозяйств степень инвалидности и нетрудоспособности, связанных с потерей зрения, может быть определена на основе описанных в самоотчете ограничения активности и ее социальных последствий. Фактически, вполне возможно, что самоотчет является наилучшим из имеющихся методов измерения этих аспектов инвалидности, а, следовательно, и сбора статистических данных об инвалидности в ходе обследований домашних хозяйств.

В данном случае также следует занять сбалансированную позицию и рассматривать обследования домашних хозяйств как один из нескольких взаимодополняющих подходов к сбору данных. Надежность данных, собранных в ходе обследований домашних хозяйств, в немалой степени зависит от четкого определения того, что именно обследуется. Так, инвалидность представляет собой особую проблему, частично объясняющуюся тем, что непрофессиональное понимание самой сути вопроса, изложенное без применения систематизированной терминологии и не на основе теоретических перспектив, обязательно окажется ненадежным и противоречивым. Однако, как указывалось в главе I и подробно рассматривается в связи с оценкой данных переписей и обследований, проведенных в Индии (6), даже на самом первичном уровне подсчета численности инвалидов совершенно необходимо определить то, что именно следует считать инвалидностью или кого именно следует считать инвалидом. Как только предпринимается попытка сформулировать четко обозначенные категории инвалидности по аналогии с категориями заболеваний, возникает еще большее количество проблем. В таком случае, поскольку инвалидность, разумеется, является

более четкой, чем заболевание, концепцией, которая в некоторых своих аспектах способна подразделяться по степеням, необходимо учитывать степени или категории инвалидности, с тем чтобы проводить различие между тяжелой инвалидностью и менее тяжелыми случаями.

Еще одной серьезной трудностью, связанной с использованием обследований домашних хозяйств как метода получения информации, является их относительно высокая стоимость. При ограниченных финансовых ресурсах часто возникает желание получить максимум информации путем введения по возможности большего числа тем в содержание определенного обследования. Однако при определенной степени возрастания этого числа возникает очевидная опасность того, что объем подробной информации, получаемой по каждой отдельной теме, может оказаться слишком ограниченным для такого вторичного анализа, который могут запланировать статистики, чтобы удовлетворить требования работников директивных органов. Возможное компромиссное решение заключается в том, чтобы использовать обычный набор основных тем в ходе каждого последовательного обследования и дополнять это на основе ротации различными модулями, относящимися к конкретным темам, в число которых можно с полным основанием включить темы инвалидности и состояния здоровья. Такая практика, которая в течение многих лет существовала в Индии, помимо экономии денежных средств, имеет еще одно преимущество: перегрузка опрашиваемых и опрашиваемых является менее вероятной, чем в том случае, когда опрос по каждой теме проводится за один раунд.

Перечень преимуществ и недостатков в связи с использованием обследований домашних хозяйств для сбора данных приводится в докладе Всемирной организации здравоохранения о разработке контрольных показателей (45, пункт I56). В таблице 2, ниже, представлен адаптированный вариант этого перечня. В последующих главах будут упоминаться некоторые из преимуществ и недостатков, однако на данной стадии есть все основания предполагать, что преимущества обследований домашних хозяйств таковы, что даже при наличии в каждой стране идеально организованной системы сбора данных, маловероятно, чтобы обследования домашних хозяйств были полностью вытеснены другими источниками данных. Однако с самого начала следует отдавать себе отчет в том, что все обследования требуют умения, опыта и других ресурсов для осуществления таких важных операций, как выборка, разработка хорошо составленных вопросников и проведение опроса. Поэтому в переработанном издании Руководства по обследованию домашних хозяйств особо подчеркивается необходимость создания бригад по проведению обследования и использования опыта других стран.

Рассмотрение вопроса о сравнительных преимуществах и недостатках обследований домашних хозяйств можно завершить ссылкой на общее обследование домашних хозяйств в Соединенном Королевстве, которое началось в 1971 году (20). Подход, использованный при проведении этого непрерывного процесса обследования, показывает, каким образом в некоторых отношениях преимущества оказываются на стороне обследований, составляющих часть непрерывной программы, по сравнению с отдельными обследованиями, предпринимаемыми на специальной основе. Использование методов специального обследования, на основе которых обследование по конкретному вопросу проводится в определенное время без проведения каких-либо последующих мероприятий, означает, что каждый раз, когда планируется проведение обследования, надо начинать все с самого начала. Даже развитые страны редко могут позволить себе производить набор нового персонала для каждого периодически проводимого специального обследования. Таким образом, британское обследование 1968/69 года, рассматриваемое в приложении I, было и остается единственным всеобъемлющим обследованием инвалидности, которое когда-либо предпринималось в основной части Соединенного Королевства. В настоящее время рассматривается вопрос о проведении нового обследования, которое будет сосредоточено на вопросах отбора лиц, имеющих

право на пособия по инвалидности, однако нельзя с уверенностью сказать, будет ли оно проводиться. Для того чтобы объяснить причину этого, достаточно лишь напомнить о расходах, связанных с проведением обследования такого масштаба, а также о необходимости иметь полную уверенность в том, что эти расходы явно будут оправданы ценностью полученных данных с учетом того, что солидная база данных об инвалидах трудоспособного возраста была создана в 1969 году и что некоторая информация о соответствующих группах может быть получена из других источников.

**Таблица 2. Преимущества и недостатки обследований
домашних хозяйств для сбора данных
о состоянии здоровья а/**

Преимущества и недостатки
<p align="center"><u>Преимущества</u></p> <p>а) медицинская информация о состоянии здоровья может сопоставляться с прочей одновременно собираемой о домашних хозяйствах информацией, что позволит осуществить ее анализ в том объеме, который был бы невозможен при получении аналогичных данных из других источников;</p> <p>б) информация, находящаяся вне сферы официальных служб здравоохранения, может быть получена при прямом опросе населения (например, использование ресурсов медицинской помощи частного сектора);</p> <p>с) данные о тех формах заболеваемости и инвалидности, которые не требуют медицинской помощи, но ведут к ограничению активности, могут быть получены лишь из этого источника;</p> <p>д) таким способом могут быть изучены некоторые случаи заболеваемости и инвалидности, не охваченные медицинской помощью, и причины неиспользования служб здравоохранения, что имеет особо важное значение для определения социально-экономических и морально-психологических факторов, влияющих на доступность служб;</p> <p>е) данные охвата населения различными службами могут быть проверены путем опроса относительно их реального использования;</p> <p>ф) научные методы выборки могут обеспечить расчетные данные для вычисления соотношений и коэффициентов, охватывающих все население.</p> <p align="center"><u>Недостатки</u></p> <p>а) правильная организация и проведение обследований, основанных на вероятностной выборке, связаны со значительными трудностями и расходами, если отсутствует утвердившаяся национальная программа обследований;</p> <p>б) на качество информации о перенесенных в прошлом заболеваниях и прочих явлениях, сообщаемой опрошенными лицами, влияют пробелы в памяти этих лиц и умышленные недоговорки;</p> <p>с) редко возникающие состояния или состояния, дающие высокую вариабельность среди населения, требуют для точной оценки весьма крупных размеров выборки;</p> <p>д) для получения адекватной информации о показателях для небольших районов или малых групп населения требуются крупные размеры выработки, а широкая раздробленность территории страны, разделенной на "поднациональные" районы, требует практически полного охвата населения, а не использования отдельных выборок;</p> <p>е) обследования, проводимые как одноразовые мероприятия, в редких случаях приводят к установлению постоянной процедуры регулярного сбора информации.</p>

а/ Адаптированный текст из документа Разработка контрольных показателей для руководства в работе по достижению здоровья для всех к 2000 году (Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1981 год).

Подводя итоги рассмотрению вопросов настоящей главы, следует заметить, что в ней приведены аргументы, подтверждающие особую целесообразность использования обследований домашних хозяйств для сбора информации по вопросам, касающимся инвалидности. Доводы в пользу этого можно суммировать в виде общего аргумента, четко сформулированного в изданной ВОЗ Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН) (46).

В основу аргумента положена та мысль, что каждая страна, независимо от уровня ее социально-экономического развития, нуждается в количественной информации о состоянии здоровья ее населения, об использовании служб здравоохранения и социального обеспечения и о социально-экономических и экологических факторах, влияющих на состояние здоровья. В зависимости от того, для каких целей ее предполагается использовать, информация может требоваться на национальном, региональном и местном уровнях. В некоторых странах часть данных, содержащих такую информацию, может собираться в ходе повседневной работы имеющимися там службами здравоохранения и социального обеспечения. В ряде других стран такие службы могут предоставить мало данных или же они могут быть настолько слабо развиты, что не имеют возможности собирать такие данные. Кроме того, даже при условии самого завершеного и хорошо организованного процесса повседневного сбора административной статистики в службах здравоохранения и социального обеспечения в собранных данных обязательно бывают существенные пробелы. Например, службы здравоохранения обычно могут собирать лишь данные, относящиеся к фактическим пользователям системы здравоохранения. Характеристики лиц, не пользующихся услугами этой системы, и информация о причинах, которыми они это объясняют, могут быть получены только из других источников, в частности в ходе обследований домашних хозяйств.

Данные, собираемые внутри служб здравоохранения страны, нередко оказываются неполными в других отношениях. Собранные данные обычно бывают двух видов. Во-первых, имеются данные о заболеваемости, собираемые отдельными врачами и регистрируемые ими в личных историях болезни пациентов. Во-вторых, имеются данные, получаемые в более конкретном виде из больничных регистрационных записей, которые являются побочным продуктом выполнения внутренних административных требований. Эти данные относятся к таким вопросам, как количество больничных коек, численность и состав обслуживающего персонала, списки ожидающих госпитализации и количество пациентов в разных секторах системы. Отличительной особенностью этих источников данных является то, что они не только обеспечивают данные, исключительно относящиеся к пользователям существующей системы, но и сами являются продуктом этой системы, а поэтому отражают ее потребности и взятые ею обязательства. В результате эти данные нелегко использовать даже для оценки самой этой системы в качестве основы для формулирования вопросов о пригодности, соответствии, целесообразности и эффективности. В данном случае также требуется привлекать дополнительные данные, полученные в идеальном варианте из какого-либо такого другого внешнего независимого источника, как обследование домашних хозяйств. Кроме того, данные о заболеваемости, обеспечиваемые теми службами здравоохранения, которые занимаются вопросами инвалидности, едва ли будут относиться к чему-либо более конкретному, чем довольно расплывчатая концепция инвалидности, трактуемой как наиболее постоянное долгосрочное последствие таких определенных заболеваний и расстройств, как диабет и паралич, а также телесных повреждений. Поэтому данные об инвалидности, полученные из разных подразделений системы здравоохранения или даже из регистрационных записей разных больниц или медицинских работников, отличаются такими неточностями, что с большим трудом поддаются сопоставлению.

Таким образом, всеобъемлющая статистика инвалидности должна собираться из таких объединенных в систему источников, как обследования домашних хозяйств при использовании точных определенных понятий, о которых требуется собрать информацию, составляющую основу для разработки статистики. Определения, содержащиеся в МКДИН, в краткой форме изложены в главе I и подробнее рассматриваются в главе III, ниже, начиная с раздела D.

III. СБОР СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ В ХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ

А. Планирование обследования

Сбор данных в ходе обследований домашних хозяйств является темой, которая обстоятельно рассмотрена во многих стандартных учебниках и в документе Организации Объединенных Наций Руководство по обследованию домашних хозяйств (переработанное издание) (12,32 и ссылки в каждом из справочных материалов). Различные вопросы, требующие внимания в процессе планирования и проведения обследований домашних хозяйств, рассматриваются в общих чертах в подразделе Руководства, озаглавленном "Подготовка обследования". Там перечислена каждая стадия работы, связанной с обследованием, а затем все они рассматриваются в деталях. Примером применения организационных принципов обследования в конкретном контексте, который частично охватывает вопросы, связанные с состоянием здоровья, является Международное обследование фертильности (МОФ). Некоторые руководства, исследования и доклады, выпущенные в связи с МОФ, имеют отношение как к содержанию настоящей главы, так и к другим главам настоящего доклада. Например, в части второй выпущенного организаторами Международного обследования фертильности Руководства по организации обследования, которая посвящена планированию и организации национального обследования, содержится полезный контрольный перечень основных решений, связанных с планированием, которые необходимо принять для того, чтобы обследование домашних хозяйств было проведено правильно (II). Те части этого перечня, которые имеют отношение к настоящему разделу, приводятся в несколько сокращенной форме в таблице 3. Все перечисленные вопросы рассматриваются в этом и других руководствах МОФ.

Введение к разработке мелкомасштабных обследований для учреждений, обладающих ограниченным опытом проведения такой работы, было выпущено ВОЗ и Международной эпидемиологической ассоциацией (МЭА) (48). В руководстве описывается в удобной для чтения форме поэтапное планирование и организационные мероприятия, которые следует осуществить в тех случаях, когда предполагается провести обследование по вопросам состояния здоровья населения в рамках местной общины. В таблице 4 приводится несколько видоизмененный и сокращенный вариант схемы операций, которой предпослано подробное описание того, каким образом следует планировать и проводить обследование в рамках такого источника данных. В таблице 3 в значительно большей степени подчеркиваются задачи подготовки документации, набора персонала, а также организационные и оперативные вопросы, тогда как в таблице 4, в противоположность этому, на передний план выдвигаются вопросы планирования и политики, которые должны быть тщательно рассмотрены в ходе подготовки обследования.

И наконец, Группа экспертов по разработке статистики инвалидов особо подчеркивала следующие основные процедуры, необходимые для улучшения качества данных обследования:

- а) набор счетчиков на основе проявленного умения осуществлять сбор данных путем опроса и регулярная профессиональная подготовка и перепроверка качества выполнения работы;
- б) набор и подготовка компетентных контролеров операций на местах;
- в) опытная проверка всех процедур и вопросников и послепереписное обследование и анализ;
- г) сравнение результатов, получаемых при использовании разных вопросов, определений и методов сбора данных (например, самооценка опрашиваемого по сравнению с данными о медицинском осмотре его);

Таблица 3. Решения, касающиеся планирования национального обследования домашних хозяйств а/

Подготовка к обследованию	
A. Создание организации по проведению обследования	
B. Подготовка документации	<p>Разработка , адаптирование, перевод вопросников и руководств</p> <p>Распечатка вопросников и руководств для предварительного опробования</p> <p>Составление и распечатка контрольных карт</p> <p>Выбор процедур кодирования</p>
C. Выборка	<p>Отбор территориальной выборки и составление карты (там, где это требуется)</p> <p>Набор и подготовка счетчиков и контролеров</p> <p>Составление списка домашних хозяйств или жилищ (там, где это требуется)</p> <p>Отбор выборки домашних хозяйств или жилищ</p>
D. Проведение предварительной проверки	<p>Набор и подготовка регистраторов и контролеров для проведения предварительной проверки</p> <p>Изучение результатов предварительной проверки и внесение поправок в документацию</p>
E. Печатание вопросников и руководств для главного обследования	
F. Персонал и его работа на местах	<p>Набор и подготовка контролеров и регистраторов</p> <p>Переписной лист по домашним хозяйствам</p> <p>Индивидуальный вопросник</p>
G. Кодирование и редактирование	<p>Набор и подготовка кодировщиков и редакторов</p> <p>Осуществление кодирования, редактирования и обработки</p>

а/ Адаптированный текст из Руководства по организации обследования, Международное обследование фертильности, основная документация № 2 (Международный статистический институт, Гаага, 1975 год), стр. 34-35.

Таблица 4. Схема операций по планированию и организации обследования, охватывающего вопросы, связанные с состоянием здоровья а/

Контрольный перечень действий для целей планирования и организации

Планирование

- I. Выявить и определить потребности и проблемы.
2. Решить, какая требуется информация для удовлетворения этих потребностей и решения проблем.
3. Навести справки о наличии такой информации; изучить и использовать любую имеющуюся информацию.
4. Решить вопрос о том, можно ли в результате обследования получить требуемую информацию.
5. Составить перечень основных вопросов, на которые следует получить ответы в ходе обследования.
6. Определить методы, с помощью которых может быть получена информация.
7. Решить вопрос о том, сколько времени потребуется для проведения работы на местах.
8. Принять решение о плане выборки.
9. Оценить затраты, связанные с обследованием, и, в случае необходимости, внести изменения в план обследования.
10. Принять окончательные решения в отношении обследования, особенно по таким вопросам, как:
 - а) основная информация, которая должна быть собрана;
 - б) масштабы обследования.
- II. Составить и изложить в письменном виде;
 - а) вопросник;
 - б) план выборки;
 - с) инструкции для регистратора.

Организация

1. Подготовить общину к проведению обследования.
2. Опробовать методы обследования.
3. Подготовить регистраторов.
4. Провести работу на местах.
5. Выделить информацию.
6. Написать и распространить отчет об обследовании.

а/ Адаптированный текст из документа Планирование и организация обследования состояния здоровья под редакцией В.Лутца (Всемирная организация здравоохранения и Международная эпидемиологическая ассоциация, Женева, 1981 год), стр. 5-7.

е) проверка качества на каждом этапе обработки данных;

ф) постоянное уточнение вопросов и усовершенствование кодирования, а также связанных с этим методов на основе результатов, полученных на местах, с целью достижения максимальной простоты и согласованности в применении концепций, классификаций и определений.

Темы, обсуждаемые в настоящей главе касаются преимущественно вопросов, которые возникают в отдельных и конкретных случаях при сборе данных, касающихся инвалидности и тесно связанных с этим факторов. К их числу относятся план выборки, разработка процедур выборки и рабочее использование концепций и определений, касающихся инвалидности, в ходе обследования.

В. Выборка при проведении обследования, охватывающего вопросы инвалидности

Выборка является одной из самых сложных задач при любом обследовании. Организация Объединенных Наций опубликовала Краткое руководство по выборкам (35) и технический доклад, озаглавленный Инструментарий и план выборки для Комплексной программы обследований домашних хозяйств (37), а ВОЗ и МЭА подготовили сопроводительное руководство к документу Планирование и организация обследования состояния здоровья (48), упомянутому в предыдущем подразделе, озаглавленное Выборка: как отбирать людей, домашние хозяйства, местности для изучения здоровья общины (49).

В последнем из названных руководств указывается, что выборка в развивающихся странах обычно начинается с поиска содержимого для списка или инструментария выборки, в которых использовались бы территориальные единицы с достаточно хорошо определенными границами и с населением - в идеальном случае - менее чем по 200 домашних хозяйств в каждой. Довольно часто за основу инструментария выборки берется перепись населения. Выборка из этих единиц, начиная с 100, составляет территориальную выборку. Следующей операцией является включение в перечень для домашних хозяйств в пределах каждой территориальной выборки. После этого примерно от одного из 10 до одного из пяти домашних хозяйств отбираются для основного обследования. Однако эта процедура является недостаточной для обследования инвалидности, поскольку вполне вероятно, что всего лишь примерно одно из пяти вошедших в выборку домашних хозяйств будет включать подходящее лицо или лиц. В развитых странах эта проблема может быть решена путем "отсева" по почте, когда письмо и бланк анкеты посылаются по почте домашним хозяйствам, включенным в выборку, взятую из какого-либо известного реестра или инструментария выборки. Эта процедура предназначена для того, чтобы заполненные анкеты были возвращены по почте, с тем чтобы их можно было подвергнуть анализу и выявить инвалидов для проведения опроса. Если полученные ответы составляют менее 80%, должна быть взята выборка из неответивших, используемая для того чтобы проверить путем посещения домашних хозяйств, включенных в эту выборку репрезентативность ответов, полученных по почте.

Эти предложения взяты из руководства по проведению обследований, составленного специалистами по обследованиям, которые участвовали в обследовании нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц, проводимом в Великобритании (24). В руководстве, составленном таким образом, чтобы оно было пригодно для использования счетчиками, которые не обязательно являются статистиками, предлагается метод уточнения выборки адресатов, основанной на списке, составленном для выборов, с тем чтобы получить одновременно и хорошую выборку домашних хозяйств и репрезентативную выборку отдельных лиц всех возрастов. Основным принципом, показанным на примере предложенной процедуры выборки, основывается на вероятности того, что до проведения опроса следует в ходе какого-либо предварительного этапа выявить инвалидов. В развивающейся стране также потребуются какая-либо процедура такого рода. Как показывает раздел С таблицы 3, в высшей степени желательно пользоваться перечнями

из инструментария эталонной выборки или же из постоянной программы обследований домашних хозяйств в качестве основы для предварительного "отсева", осуществляемого с целью выявления домашних хозяйств, в которых имеются инвалиды. В развивающейся стране, по всей вероятности, нет иного выбора, кроме как воспользоваться услугами специально подготовленных счетчиков для осуществления такой сортировки. Одной из возможностей, обычно используемых в связи с обследованиями домашних хозяйств, например, в Канаде (1983 год) и в Египте (1979-1981 годы), является включение в целях указанной сортировки вопросов об инвалидности в обследование рабочей силы или обследование состояния здоровья, после чего проводится более подробный опрос специально подготовленным регистратором. Таким образом, план приобретает следующий вид:

Генеральный инструментарий выборки
(обычно тот, который использовался для переписи населения)



Национальное обследование домашних хозяйств
(опрос в целях отсева осуществляется обычным регистратором)



Вариант специального обследования инвалидности
(подробный опрос специально подготовленным регистратором)

План такого типа существенно сокращает объем затрачиваемых усилий на выяснение вопросов, связанных с инвалидностью, в домохозяйствах, в которых инвалидов не имеется.

Тот факт, что инвалиды составляют всего лишь малую долю населения в целом, также влияет на работу по распределению данных после проведения обследования. Этот вопрос подробно рассматривается в главе IV и в документе о тематических исследованиях Организации Объединенных Наций (31).

С. Сбор статистических данных об инвалидности в ходе непрерывных обследований

В главе II, в которой рассматривались возможности использования обследований домашних хозяйств для сбора данных об инвалидности, не проводилось четкого различия между типами обследований домашних хозяйств, используемых для этой цели. Причина этого заключается в том, что до последнего времени большинство опросов об инвалидности, проводимых в ходе обследований, которые были более чем поверхностными, осуществлялись на специальной основе. Обычно принималось решение о проведении одноразового обследования инвалидности, с тем чтобы службы реабилитации и другие службы могли осуществлять более эффективное планирование. До сих пор в редких случаях предпринимались попытки повторных обследований инвалидности. Идеальным решением было бы проведение регулярного обследования инвалидности в какой-либо форме, однако, как правило, непрерывные обследования используются для получения данных по такому широкому кругу тем, что в них остается мало места для вопросов об инвалидности. Обследование в форме опроса о состоянии здоровья, проведенное в Соединенных Штатах Америки, является одним из примеров непрерывного обследования состояния здоровья, в том числе инвалидности (39). Большинство программ

непрерывных национальных обследований охватывают на регулярной основе такие темы, как занятость и доход, народонаселение и демографические характеристики и, возможно, жилой фонд.

При проведении непрерывных обследований, поскольку сбор данных происходит постоянно, может сохраняться общая структура вопросов, касающихся конкретных важных тем, а в пределах этой структуры темы состояния здоровья и инвалидности могут включаться на регулярной, хотя и не обязательно на постоянной основе. Преимущества такого подхода с точки зрения планирования и практического осуществления заключаются в возможности использовать гибкую, ранее созданную инфраструктуру, включая персонал, инструментарий выборки и опыт, а с точки зрения существа вопроса - в обеспечиваемой при проведении обследования возможности дополнять другие источники данных, с тем чтобы обеспечить временные ряды в разных областях и показать, как они взаимодействуют. Несомненно, основное преимущество непрерывного обследования заключается в создаваемой им возможности охватывать эти темы на регулярной основе и в то же время обеспечивать информацию по ним, по возможности тесно увязанную с потребностями различных административных департаментов. Другое преимущество, разумеется, заключается в том, что оно позволит надолго сохранить общую структуру, на основе которой можно выстраивать непрерывные статистические ряды. Вопросы, которые задаются периодически, могут использоваться для построения временных рядов и обеспечивать данные в периоды между переписями.

Д. Концепции, классификации и определения инвалидности, используемые в обследованиях домашних хозяйств

І. Вопросы общего характера

В главе І уже было уделено некоторое внимание определению инвалидности, а в настоящей главе более подробно рассматриваются концептуальные вопросы. Когда речь идет об охвате вопроса об инвалидности в обследованиях, определенные моменты следует подчеркивать неоднократно.

Первый из этих моментов заключается в том, что особенно трудно бывает определить границы концепции инвалидности, на которой основывается обследование. Очевидно, что основная направленность обследования должна зависеть от его целей, однако всегда имеется вероятность влияния на принятое определение границ, оказываемого значениями, обычно распространенными в обществе, в рамках которого проводится обследование. Вероятно, именно по этой причине подчеркивается, что определения инвалидов, которые использовались при проведении обследования в Индии были приняты для конкретной цели, связанной с устным опросом, которая заключалась в том, чтобы "оценить распространенность и частоту случаев острых форм инвалидности среди населения" (5).

Вторая причина, объясняющая трудность определения границ концепции инвалидности при проведении обследования, заключается в том, что в любом обществе общее понятие является широким и охватывает по меньшей мере "любое ограничение или отсутствие способности функционировать таким образом и в таких пределах, которые считаются для человека нормальными", согласно этому процитированному определению, принятому при проведении обследования в Индии и включенному в МКДИН. Для того чтобы ограничить его содержание, обследование в Индии было сосредоточено лишь на трех областях инвалидности - утрата зрения, утрата способности к общению и утрата подвижности - и основывалось на очень точном определении видов инвалидности, подлежащих изменению, в рамках этих областей.

Третий момент заключается в том, что, хотя тщательный отбор и определение необходимы, действительная направленность обследования инвалидности зависит не

столько от формальных определений, сколько от рабочих определений, вытекающих из фактических вопросов, задаваемых в ходе обследования, а также от того, какую интерпретацию дают им опрашиваемые и от того, как интерпретируются и регистрируются ответы теми, кто ведет опрос.

Этот момент хорошо иллюстрируется обследованием нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц, проведенным в Великобритании. Для целей этого обследования формальное определение "нетрудоспособности" формулировалось как "ограничение способности функционировать или неблагоприятные последствия наличия дефекта". Однако, если рассмотреть переписной лист, то оказывается, что вопросы, с помощью которых выявлялись нетрудоспособные, почти полностью сосредоточивались на ограничениях способности функционировать, особенно на тех, которые связаны скорее с физическими, чем сенсорными или умственными дефектами. Неблагоприятным последствиям различного рода, например, неудобствам, связанным с жильем, были посвящены многие другие вопросы, однако учет нетрудоспособных основывался только на ответах, полученных на вопросы, касающиеся ограничения способности функционировать. Поэтому оценку, согласно которой в частных домашних хозяйствах в Великобритании проживает почти 1,1 миллиона нетрудоспособных лиц в возрасте 16 лет и старше, следует интерпретировать как относящуюся только к лицам с ограничениями способности функционировать, охватываемыми задававшимися в ходе обследования вопросами, с учетом также дополнительно указывавшихся ограничений с разбивкой по возрасту и местом проживания в частных домашних хозяйствах.

В рамках обследования, проведенного в Соединенном Королевстве, расхождение между заявленным намерением и практическим осуществлением не вводило в заблуждение, поскольку оно было продумано в ходе планирования, и к нему было привлечено внимание в отчете об обследовании. Организаторы обследования с самого начала были намерены сосредоточить внимание на лицах с инвалидностью физического характера, поскольку персональное социальное обслуживание, обеспечиваемое местными органами власти, было прежде всего ориентировано на удовлетворение потребностей именно этой конкретной группы.

Чтобы обеспечить странам более общую тщательно разработанную основу для определения и классификации видов инвалидности при обследовании на национальном уровне, в 70-х годах была разработана МКДИН, которая предназначалась для применения на экспериментальной основе в 80-х годах. Эта классификация, лежащие в ее основе концептуальные рамки и пути ее использования в работе, связанной с обследованиями, рассматриваются ниже. Опыт некоторых стран, накопленный в период до появления МКДИН, описывается в разделе А приложения I.

2. Некоторые проблемы, связанные с концептуализацией инвалидности

В главе I настоящего доклада указывалось на широкое разнообразие статистики инвалидности. Для того чтобы сохранить четкость терминологии, было сочтено необходимым подвергнуть анализу трудности, испытываемые людьми в связи с инвалидностью, и отразить разные аспекты этих трудностей. Поэтому в целях достижения ясности и точности была основательно разработана экспериментальная терминология ВОЗ, в которой проводится различие между дефектом, инвалидностью и нетрудоспособностью и в подробных определениях точно очерчены их границы.

Нет ничего нового в попытке разработать четкие определения вместо того, чтобы просто принять те определения, которые традиционно используются в разговорной речи или находят отражение в словарях. Использование разработанных определений является стандартным методом, принятым при планировании обследований, для измерения распространенности состояний, подобных инвалидности, в отношении которых требуется точная формулировка понятий. Вместо того, чтобы брать в качестве отправного

пункта традиционные, довольно расплывчатые, основывающиеся на опыте повседневной жизни понятия инвалидности, а затем отыскивать показатели, с помощью которых можно было бы измерить с большей или меньшей точностью ее степень, нередко бывает предпочтительнее разработать определение или несколько определений, достаточно точных и подробных для использования в качестве основы построения рабочих статистических рядов, определений и индексов.

Для оценки потребностей и численности инвалидов в общине необходима такая концепция инвалидности, которая относилась бы как к потребностям, так и к трудностям, испытываемым людьми, численность которых желательно определить. Кроме того, поскольку как потребности, так и относящиеся к инвалидности трудности и связанные с этими трудностями нужды определяются степенью серьезности случаев, требуется, чтобы определение позволяло оценить степень серьезности инвалидности человека, а не просто констатировать, можно ли считать его инвалидов или нельзя. Только в том случае, если будут найдены концептуальные рамки с такими свойствами, концепция инвалидности, используемая при обследовании, будет потенциально содействовать обеспечению подходящих показателей и определению состояния инвалидности или нужд инвалидов.

Традиционным отправным пунктом является проведение различия между инвалидизирующими состояниями и испытываемыми в связи с инвалидностью трудностями. Эти выражения не являются синонимами. Слепота является инвалидизирующим состоянием, но трудности, испытываемые людьми, находящимися в состоянии слепоты, не учитываются должным образом ни для целей планирования, ни для целей распределения пособий при отнесении людей, пораженных слепотой, к категории "слепых". Смысл заключается в том, что испытываемые в связи с инвалидностью трудности слепых имеют широкие различия, а поэтому лица, относящиеся к категории слепых, имеют разные особые нужды, обусловленные их слепотой. Их испытываемые в связи с инвалидностью трудности, как и их нужды, в меньшей степени, чем от самого состояния слепоты, зависят от их возраста и приспособляемости, их семьи и дома, общины, от того, проживают ли они в городе или в деревне, а также от соответствующей окружающей среды. Кроме того, внутренние и внешние аспекты вышеуказанных трудностей взаимосвязаны между собой таким образом, что эти трудности невозможно учесть должным образом путем отдельной регистрации данных медицинского характера и сведений об окружающей обстановке.

Помимо проблем, связанных с адекватной концептуализацией трудностей, испытываемых людьми в связи с инвалидностью, существуют несколько видов обиходного использования самого термина, что может привести к неправильному пониманию при анализе и интерпретации данных об инвалидности. В частности по этой причине при проведении исследования путем опроса о состоянии здоровья в Соединенных Штатах было принято решение использовать с самого начала термин "инвалидность" только в сочетании с другими словами, например, "инвалидность, приводящая к нетрудоспособности", что вносит ясность в его смысл. Были введены также другие термины, имеющие более конкретное, более узкое значение, такие как "день ограниченной активности", "день без работы" и "хроническая ограниченность подвижности". Тем не менее, в опубликованном отчете об обследовании (39) подчеркивается, что использованные при проведении обследования определения не являются новыми. Скорее, они имеют долгую историю применения, начало которой относится по крайней мере к обследованиям, проводившимся в начале 20-х годов. Тем не менее, процесс разработки концепций и определений, используемых для обследований, проводимых в Соединенных Штатах, продолжается, и в качестве части этой программы предусматривается выполнение исследовательской работы, в результате которой появятся более объективные, более четкие и более полезные концепции. Благодаря этому используемые концепции и определения не утрачивают связь с реальными трудностями, испытываемыми людьми в связи с инвалидностью.

Вот почему используемые при проведении обследований определения инвалидности не могут в течение продолжительного периода оставаться неизменными, хотя стабильность определения, несомненно, облегчает сопоставление. Скорее всего определения и концепции должны быть сформулированы таким образом, чтобы соответствовать принятым видам использования и трактовки, с одной стороны, и удовлетворять потребность в четких определениях, которую испытывают работники, проводящие обследования, с другой стороны.

В равной степени необходимо помнить, что в используемых определениях должны учитываться признанные потребности служб социального обеспечения и здравоохранения и проводимая политика. Например, программа обследований Соединенных Штатов была принята в связи с тем, что стали очевидными определенные потребности, связанные с различными учреждениями для содержания инвалидов. Общество настойчиво требовало обеспечения более долгосрочного пребывания инвалидов в больницах и специализированных учреждениях. Более того, ощущалась потребность в предоставлении дополнительных возможностей для ухода на дому и реабилитации. Поэтому возникла необходимость в том, чтобы бригада специалистов, занимающихся вопросами обследований, разработала концепцию инвалидности таким образом, чтобы те из инвалидов, которые имели шанс воспользоваться преимуществами новых видов обслуживания, не оказались случайно неохваченными. Это можно пояснить на следующем простом примере: концепция инвалидности, основывающаяся исключительно на неспособности выполнять работу по найму, принесла бы мало пользы, если обследование, предназначенное в основном для определения потребности в указанном обслуживании, проводилось бы среди лиц, вышедших в отставку, или не работающих.

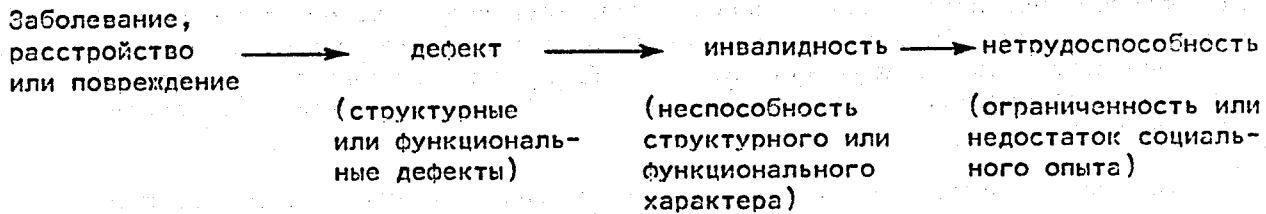
Е. Концептуальные рамки Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН)

Соображения, подобные рассмотренным выше, являются общим уроком для тех, кто занимается подготовкой обследований. Это просто объясняется тем, что разработка концепций и определений терминов, касающихся инвалидности, является в своей основе более сложной задачей, чем иногда считают. В конечном счете обследования проводятся для изучения конкретных социальных вопросов и для того, чтобы внести вклад в социальную политику. Однако, прежде чем получить возможность изучить какую-либо проблему, требуется установить рамки концепций и определений. Одним из аспектов такого анализа является разработка концепций ключевых элементов в пределах данного вопроса. Исследование социальных вопросов всегда требует, чтобы проблемам определения и тому, в каких рамках должно быть продумано конкретное проводимое изучение или обследование, заблаговременно уделялось целенаправленное внимание. Совершенно недостаточно погрузиться в факты и считать, что можно автоматически прийти к выводам, которые затем могут применяться или использоваться работниками директивного уровня. Четкие концептуальные рамки, в пределах которых должны регистрироваться наблюдения и на основе которых должны разрабатываться подходящие определения исследуемых явлений, необходимы во всех случаях.

Концептуальная схема, принятая в МКДИН, обеспечивает более четкие концептуальные рамки, чем любые из предлагавшихся до сих пор. Эта концептуальная схема показана на рис. I.

При всей ее кажущейся простоте эта схема требует тщательного изучения, для того чтобы понять ее полностью. Концепция временной или причинной последовательности, обозначенной стрелками в направлении слева направо, является полезной для понимания четырех элементов концептуальных рамок, однако на данном этапе исследовательской работы она не может применяться в качестве полностью разработанного описания того, что испытывают люди в связи с инвалидностью. Проблемы, связанные с этой последовательной интерпретацией, имеют как теоретический, так и практический характер и возникают в ряде моментов. Во-первых, чрезвычайно трудно четко

Рис. I. Концептуальная схема МКДИН



разграничить между собой четыре концептуальных элемента. Многие состояния, особенно если их описывает инвалид, объединяют такие аспекты каждого элемента, которые не поддаются выделению. Это чрезвычайно затрудняет разработку отдельных, но согласующихся классификацией каждого из четырех элементов. Даже на самом элементарном уровне определения связей между заболеваниями и повреждениями и дефектами возникают значительные затруднения. Во-вторых, как, в частности, подчеркивала Международная ассоциация инвалидов, существует множество факторов, которые решающим образом влияют на трудности, испытываемые в связи с инвалидностью и нетрудоспособностью, помимо лежащих в их основе заболеваний, повреждений и дефектов. В качестве простого примера можно привести следующий: лица с серьезными дефектами зрения могут быть или могут не быть инвалидами, в зависимости от компетентности и доступности корригирующих зрение служб. В свою очередь, при нормальном образе жизни трудности, связанные с нетрудоспособностью, могут испытываться или не испытываться, в зависимости от социально-экономических обстоятельств, в которых находится данное лицо, и от его взаимодействия с этими обстоятельствами.

Учитывая эти неразрешенные вопросы, потенциальные пользователи МКДИН должны внимательно прочесть вступление и первую главу, озаглавленную "Последствия заболевания", Руководства, в котором описывается данная классификация в целом (46). Большая часть вступления посвящена потребности в классификации последствий заболевания и краткому описанию стадий ее разработки. Однако там поясняется, что в процессе построения классификации попытка согласовать то, что казалось ценным методом классификации последствий заболевания, с иерархическим методом классификации болезней в Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ), разработанной ВОЗ, привела к непреодолимым трудностям:

Вскоре обнаружилось, что трудности возникают не только в связи с номенклатурой, но и вследствие смешения основополагающих концепций. После того как была внесена ясность в эти положения, стало очевидным, что единая схема, согласующаяся с таксономическими принципами МКБ, является неудовлетворительной. Если дефекты можно классифицировать таким образом, то синтез разных параметров неблагоприятных последствий может быть осуществлен только лишь с помощью произвольных и часто противоречивых компромиссов между разными выявленными параметрами или ролями. Поэтому было выдвинуто предложение, чтобы классификация нетрудоспособности строилась на другом принципе, то есть на основе разных состояний каждого параметра.

Конечным результатом является то, что МКДИН фактически представляет собой три классификации: дефектов, то есть структурных или функциональных дефектов; инвалидности, то есть неспособности функционировать или выполнять действия; и нетрудоспособности, то есть последующей утраты возможностей и неблагоприятных последствий в некоторых важных аспектах состояния здоровья и социального положения.

В первом разделе руководства МКДИН формально приводятся определения дефектов, инвалидности и нетрудоспособности, и показано, каким образом эти концепции могут эффективно восприниматься как "границы испытываемого состояния" с начала

заболевания или получения повреждения. Определения, а также их характеристики и описания того, каким образом грани испытываемого состояния могут, по-видимому, проявляться, приводятся в приложении II к настоящему докладу. Что касается ин- вальдности, то определение, например, формулируется следующим образом:

В контексте состояния здоровья инвалидность представляет собой любое огра- ничение или отсутствие (в результате дефекта) способности функционировать таким образом и в таких пределах, которые считаются нормальными для чело- века.

Основной упор делается на ограничении возможностей в форме таких недостатков, проявляющихся в совокупных видах деятельности и поведения, как затруднения в уxo- де за собой. Определение более общего характера могло бы также включать такие ограничения физических функций, как, например, неспособность двигать руками, кото- рая может повести к утрате способности ухаживать за собой. В МКДИН ограничения физических функций такого рода ассимилируются в концепции дефекта.

Примеры, приведенные на стр. 30 и 31 английского текста Руководства МКДИН, также должны быть рассмотрены, поскольку они ясно показывают, что графическое изображение на рис. I имеет отношение только лишь к теоретическому случаю. Как указывалось выше, лицо, имеющее дефекты, может быть инвалидом, не будучи нетрудо- способным. Концептуализация МКДИН прямо показывает промежуточную роль инвалид- ности между дефектом и нетрудоспособностью. Иными словами, могут иметь место большие расхождения (слабая корреляция) между степенями инвалидности и последующи- ми случаями нетрудоспособности у имеющих дефекты лиц, причем именно это расхожде- ние и подлежит измерению, чтобы составить основу для политики. Несомненно, поли- тика может стремиться к вмешательству на многих этапах процесса, связанного с ин- вальдностью, и рамки МКДИН играют полезную роль в выявлении и описании этих этапов и в измерении степени их важности. К их числу относятся профилактика заболеваний и повреждений, которые ведут к дефектам, и борьба с ними, а также лечение дефектов, чтобы предотвращать наступление инвалидности или бороться с нею, сводя ее до ми- нимума путем принятия реабилитационных мер и предоставления других видов обслужи- вания наряду со снижением до минимального уровня нетрудоспособности на основе обес- печения равенства возможностей.

Г. Использование МКДИН в обследованиях

Попытка применить концепции МКДИН в национальном обследовании была предпри- нята в Австралии в 1981 году (I). В процессе планирования этого обследования был сделан вывод о том, что в результате переписи населения 1976 года ответы на во- прос о нетрудоспособных лицах обеспечили неполноценные данные, поскольку для раз- ных лиц этот вопрос имел разный смысл. Кроме того, предыдущие обследования, предпринятые австралийским статистическим управлением не были достаточно четко сосредоточены на нетрудоспособных лицах в том смысле, какой в это понятие вклады- вается в МКДИН. В результате в новом обследовании была использована методология, в соответствии с которой была предпринята попытка взять концепции и определения МКДИН в качестве отправного пункта с тем, чтобы преобразовать их в определения, предназначенные для практического использования при проведении обследований в во- просниках и системах кодирования.

Не удивительно, что этой цели достичь полностью не удалось. По-прежнему ощущается недостаточная согласованность между концепциями дефектов, инвалидности и нетрудоспособности МКДИН и концепциями, используемыми в обследовании. Тем не менее рассмотрение определений, сформулированных в докладе по Австралии, является весьма поучительным, поскольку оно еще раз подтверждает, что в ходе планирования обследования лучше всего точно сформулировать как концептуальные, так и рабочие

определения. В рамках обследования инвалид определялся как лицо, которое в течение по меньшей мере шести месяцев имеет один или более видов инвалидности или дефектов, перечисленных в данном списке. В равной мере, состояния, ведущие к инвалидности, определялись как состояния, послужившие причиной одного или более видов дефектов и инвалидности, перечисленных в списке. Этот список, приведенный в таблице 5, имеет определенную ценность сам по себе, поскольку в нем указываются те аспекты дефектов и инвалидности, на которых можно было бы сосредоточить внимание в ходе обследования домашних хозяйств.

Таблица 5. Список дефектов и видов инвалидности, обследованных в Австралии

Виды дефектов и инвалидности
Потеря зрения (даже при ношении очков или контактных линз);
Потеря слуха;
Затрудненная речь на родном языке;
Провалы памяти, припадки или обмороки;
Замедленная способность к обучению или пониманию;
Ограниченная подвижность рук и пальцев;
Ограниченная подвижность ног;
Продолжительное лечение нервных или психических расстройств;
Ограниченная физическая активность или способность выполнять физическую работу;
Уродство или деформация;
Потребность в помощи или наблюдении вследствие умственной отсталости;
Продолжительное лечение или применение медикаментов (однако данное лицо по-прежнему испытывало в определенной степени ограничение, связанное с состоянием, в отношении которого проводилось лечение).

Источник: Австралийское статистическое управление, Обследование нетрудоспособных лиц, 1981 год (Канберра, 1982 год).

Одно из первоначально предусматривавшихся назначений МКЛИН заключалось в ее применении параллельно с МКБ в целях облегчения сбора данных в рамках системы здравоохранения в ходе подробного осмотра и опроса отдельного пациента. Техническая сторона ее применения для подобных целей обсуждалась на целом ряде совещаний, созывавшихся Всемирной организацией здравоохранения и Европейской экономической комиссией. Реалии обследования домашних хозяйств не позволяют предпринять что-либо даже приблизительно подобное такому детализированному подходу. Тем не менее концептуальная схема МКЛИН в силу того, что в ней содержатся описания различных важных граней испытываемого состояния, связанного с хронической болезнью

или повреждением, позволяет более компетентно охарактеризовать трудности, испытываемые человеком в связи с инвалидностью, чем большинство имеющихся в настоящее время других концептуальных схем. В той мере, в какой ее определения могут иметь практическое применение для целей обследования и использоваться существующим контингентом сотрудников, связанных с проведением обследования, концептуальная схема МКДИН, по-видимому, позволяет сделать шаг вперед в проведении будущих обследований домашних хозяйств во всех странах.

Все читатели, которые обладают опытом проведения обследований домашних хозяйств, не могут не согласиться с тем, что чрезвычайно важное значение имеет условие, согласно которому определения могут найти практическое применение для целей обследования и использования существующим контингентом сотрудников, связанных с проведением обследования, в том смысле, что последние могут надежно оперировать ими при опросе соответствующих лиц. Именно по этой причине опыт проведения обследований на местах имеет важное значение и именно потому в настоящей главе и в приложении I к настоящему докладу содержатся некоторые замечания относительно уроков, извлеченных из практического применения концепций инвалидности в рамках обследований в качестве рабочих средств измерения.

Г. Измерение степени инвалидности в ходе обследования домашних хозяйств

Важной особенностью инвалидности, которая затрудняет получение однозначного ответа на любой вопрос, касающийся численности инвалидов, является то, что это явление поддается разбивке по категориям в зависимости от той или иной степени. Один инвалид всегда в каком-то смысле имеет большую или меньшую степень инвалидности, чем другой. Обследование домашних хозяйств, в ходе которого не удалось урегулировать эту проблему, вероятнее всего даст не соответствующие требованиям данные, поскольку лица с тяжелой инвалидностью вероятнее всего имеют иные нужды, чем лица с легкой инвалидностью.

Поэтому в последнее время в связи с проведением специальных обследований по вопросу об инвалидах предпринимается попытка сформулировать рабочие определения степени инвалидности. В качестве простого примера можно привести обследование по вопросу о нетрудоспособности, проведенное в Австралии в 1981 году. Сначала нетрудоспособные лица определялись как подгруппа инвалидов следующим образом:

Нетрудоспособным лицом является инвалид в возрасте пяти лет или старше, который определяется далее как лицо, имеющее некоторую ступень ограниченности его/ее способности выполнять определенные виды деятельности или задач в одной или нескольких из следующих областей:

- a) уход за собой;
- b) подвижность;
- c) общение;
- d) обучение;
- e) трудоустройство.

Все инвалиды в возрасте моложе пяти лет рассматривались как нетрудоспособные (I).

Затем в отношении ухода за собой, подвижности и общения были определены следующие три уровня:

- a) тяжелая степень нетрудоспособности - требуется индивидуальная помощь или наблюдение или же лицо неспособно выполнять один или более видов деятельности;

б) умеренная степень нетрудоспособности - индивидуальной помощи или наблюдения не требуется, но лицо испытывает затруднения при выполнении одного или более видов деятельности;

с) легкая степень нетрудоспособности - индивидуальной помощи или наблюдения не требуется и лицо не испытывает затруднений при выполнении любого вида деятельности, но пользуется вспомогательным средством.

Применение такого рода классификации степеней инвалидности и нетрудоспособности на практике значительно повышает качество данных об инвалидности, получаемых в результате обследования, особенно в тех случаях, когда имеется возможность поставить выявленные категории лиц, классифицированных как лица с тяжелой степенью инвалидности или нетрудоспособности, в равное положение с приоритетными группами, которые имеют особые потребности.

Хорошим примером одной из таких приоритетных групп, которые предполагалось выявить в ходе обследования, проведенного в Соединенном Королевстве, была группа инвалидов, которая предположительно считалась целевой группой для предоставления пособий на расходы по уходу, планировавшихся в то время, когда было предпринято обследование. Эта группа описывалась как требующая значительной степени внимания или наблюдения со стороны для того, чтобы были удовлетворены основные нужды ее членов. В ходе обследования они описывались как "лица, имеющие весьма тяжелую степень нетрудоспособности (требующие специальной помощи)", при этом опрашиваемый считался нуждающимся в специальном уходе, "если его состояние таково, что делает его зависимым от посторонней помощи для выполнения своих жизненных функций и помощь эта требуется более чем один раз в день".

Для того чтобы выявить эту специальную группу лиц, каждый вопросник был подвергнут тщательному анализу исследовательским персоналом, связанным с обследованием. Затем вопросники были разделены на три категории на основе критериев, подготовленных министерством здравоохранения и социального обеспечения. Лица, включаемые в нижние категории шкалы инвалидности, классифицировались на основании общего числа показателей, касающихся ухода за собой, включенных в переписной лист обследования. Наиболее подробно метод отнесения инвалидов к специальной группе или распределения по другим категориям описывается в одном из добавлений к отчету об обследовании, объем которого составляет более восьми печатных страниц. Однако можно почти с полной уверенностью сказать, что лица, разрабатывавшие обследование в развивающихся странах, пожелают избежать сложности британской классификации нетрудоспособности. Один из способов достижения этого мог бы заключаться в ограничении анализа степени инвалидности тремя категориями, использованными в австралийском обследовании, в рамках любого конкретного параметра или типа инвалидности или нетрудоспособности. Другой способ, использовавшийся в индийском обследовании, заключается в том, чтобы провести жесткую разделительную черту между теми, которых следует учитывать как инвалидов, и теми, кого не следует считать инвалидами. Так, в случае инвалидности, вызванной потерей зрения, "лицо считалось инвалидом в связи с потерей зрения, если оно не реагировало на свет при испытании обоих глаз одновременно или если оно реагировало на свет, но не могло правильно сосчитать пальцы на руке другого лица (будучи в очках, если оно пользовалось очками) на расстоянии трех метров при хорошем дневном освещении".

Н. Включение в непрерывные обследования тем, касающихся инвалидности

Состояние здоровья является, несомненно, подходящей темой для включения в непрерывные обследования. В общем обследовании домашних хозяйств, проводимом в Соединенном Королевстве, одной из четырех частей, посвященных состоянию здоровья, которые всегда охватывались, являются заболевания, которые подразделяются

на хроническое и острое, и эти две категории выявляются в результате использования двух не связанных между собой вопросов. Вопрос о хронических заболеваниях, который задавался в ходе обследования в 1971 году, был сформулирован следующим образом:

Страдаете ли вы каким-либо хроническим заболеванием, инвалидностью или недугом, которые ограничивают вашу активность по сравнению с большинством людей вашего возраста?

Смысл понятия инвалидности в этом вопросе точно не определяется. Однако цель, стоящая за этим вопросом, в общем заключалась в том, чтобы установить процент людей в пределах выборки, которые к моменту опроса считают, что состояние их здоровья каким-то образом ограничивает их активность, что соответствует концепции инвалидности МКДИН. Следует, однако, обратить внимание на то, что опрашиваемым лицам предлагалось ответить "страдают ли" они каким-либо из подобных заболеваний или видов инвалидности, тогда как некоторые лица рассматривают себя скорее "справляющимися" с ними, чем "страдающими" ими. Несомненно, формулировка вопроса влияет на показатель ответов.

Некоторые ценные дополнительные соображения высказываются в Вводном докладе к общему обследованию домашних хозяйств (20):

... ответы на этот вопрос могут зависеть от различий в отношении, суждениях и уровня умственного развития. Например, некоторые люди могут настолько хорошо приспособиться к инвалидности, приняв новый и вполне выносимый образ жизни, что они перестают считать ее ограничением, тогда как некоторым другим никогда не удастся прийти к такому мнению. Во-вторых, некоторые люди в меньшей степени желают (или могут) выступать в роли больного. С другой стороны, доступность соответствующего обслуживания может помочь быстро выявить наличие инвалидности, и это обслуживание в то же время распределяется неравномерно. И наконец, это мера, которая тесно связана с ожиданиями полноты жизни и, как таковая, она может изменяться по мере изменения социальных условий.

При этом внимание обращается на то, что инвалидность не является "чистым фактом", то есть что она может оцениваться по-разному. То, что считается инвалидностью в Британии, может не считаться таковой в какой-либо развивающейся стране, поскольку предлагаемые концепции связаны с вопросами политики. Следовательно, от пригодной для практического применения формулировки концепции инвалидности и связанных с ней принятых концепций будут в немалой степени зависеть величина и значение получаемых результатов.

Общее обследование домашних хозяйств, вводная часть

В Вводном докладе к общему обследованию домашних хозяйств предпринята попытка сопоставить полученные в результате общего обследования домашних хозяйств 1971 года данные о хронических заболеваниях с данными обследования 1968/69 года в Соединенном Королевстве и с данными, полученными в результате обследования, проведенного на основе опроса о состоянии здоровья в 1970 году в Соединенных Штатах. Как сообщается, в результате обследования в Соединенном Королевстве было обнаружено, что лица в возрасте 16 лет и старше, имеющие дефекты согласно определению, применявшемуся при проведении обследования на основе опроса о состоянии здоровья, составляют 8% по сравнению с 20% таких лиц в возрасте 15 лет и старше по данным общего обследования домашних хозяйств. Возможную причину этого результата усматривают в формулировке основного вопроса об "инвалидности", использовавшегося в общем обследовании домашних хозяйств 1971 года. По-видимому, некоторые из опрашиваемых давали ответ на вопрос: "Страдаете ли вы каким-либо хроническим заболеванием, инвалидностью или недугом, которые ограничивают вашу активность по сравнению с большинством людей вашего возраста?", прежде чем регистратор успевал произнести этот вопрос до конца. В связи с этим было проведено небольшое исследование, в ходе которого этот вопрос задавался по частям:

"Страдаете ли вы каким-либо хроническим заболеванием, инвалидностью или недугом?"

Если ДА, то "ограничивает ли это вашу активность по сравнению с большинством людей вашего возраста?"

Вследствие разделения этого вопроса на части значительно понизилась общая доля хронически больных лиц, соответствующих определению, применявшемуся при общем обследовании домашних хозяйств. После этого показатели за 1972 год очень близко соответствовали тем, которые были получены в результате обследования в Соединенных Штатах, за исключением группы престарелых, в которой показатели общего обследования домашних хозяйств были значительно ниже. Такое понижение можно объяснить тем, что теперь особо подчеркивалась часть фразы "по сравнению с большинством людей вашего возраста". По-видимому эта часть фразы заставляла лиц пожилого возраста рассматривать довольно серьезные ограничения как обычные для людей их возраста и в результате отвечать отрицательно на вторую часть вопроса даже в том случае, когда сами они испытывали довольно серьезные ограничения. Урок, который можно извлечь из этого поучительного примера, заключается в том, что подробной формулировке вопросов следует уделять самое большое внимание. Задаваемые вопросы делают пригодными для практического применения предусмотренные концептуальные определения, и даже самые незначительные изменения в формулировке могут существенно повлиять на получаемые результаты.

IV. ИЛЛЮСТРАТИВНЫЕ РЯДЫ И КЛАССИФИКАЦИИ

В настоящей главе будут приведены примеры переменных величин и классификаций, охватывающих аспекты инвалидности, которые использовались в обследованиях домашних хозяйств, проведенных в нескольких развитых и развивающихся странах. Здесь также подробно описывается работа, проделанная в Индии и Непале, поскольку эти обследования могут служить иллюстрацией к большинству практических замечаний, которые необходимо сделать.

Как уже говорилось в предыдущих главах, отсутствие временных рядов данных об инвалидности частично объясняется трудностью получения информации специально подготовленными регистраторами. Точные ряды можно получить только в том случае, если для получения ответов используются точно те же вопросы в рамках одной и той же схемы опроса. Кроме того, поскольку, в отличие от переписей, специальные обследования обычно предназначаются для получения информации по конкретным текущим вопросам, редко бывает, чтобы в обследованиях по конкретной теме точно повторялись схема и вопросы, использовавшиеся ранее.

Организация по национальным выборочным обследованиям в Индии провела комплекс обследований инвалидности, в ходе которых предпринималась попытка удовлетворить требования, связанные с получением точных временных рядов данных, однако даже в этом случае были высказаны оговорки относительно сопоставимости результатов (5, стр. 2 и добавление I). Возможность построения подлинных временных рядов данных о некоторых аспектах инвалидности таким образом, чтобы изменение поддавалось точному измерению, очевидно является важным вопросом для дальнейшего изучения и исследовательской работы в условиях, когда наличие стабильного комплекса определений сделало указанное построение более осуществимым на практике.

А. Примеры переменных величин, касающихся инвалидов, которые получены в результате обследований

В результате обследований домашних хозяйств, охватывающих инвалидность, которые проводились в развитых странах за последние 20 лет, был получен внушительный объем статистических данных по этим странам. Например, содержание статистических таблиц, относящихся к обследованию нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц в Соединенном Королевстве, в краткой форме изложено в таблице А-I приложения I, ниже. В целом было составлено 360 таблиц, касающихся личных характеристик, дефектов и нетрудоспособности, трудовой деятельности и свободного времени, категорий инвалидности и жилищных условий инвалидов в возрасте 16 лет и старше, проживающих в частных домашних хозяйствах Соединенного Королевства. Кроме того, таблицы позволяют рассмотреть меры по обеспечению инвалидов, принимавшиеся местными органами здравоохранения и службами социального обеспечения.

Некоторым углубленным вопросам, использовавшимся в этом обследовании, нелегко придать более общий характер, с тем чтобы приспособить их к другим развитым или развивающимся странам, поскольку для этого требуются специализация и обучение регистраторов и кодировщиков, дорогостоящее оборудование для обработки данных и опрашиваемые лица, имеющие высокий уровень общего развития. Например, регистраторы, участвовавшие в проведении обследования в Соединенном Королевстве, просили опрашиваемых лиц сообщать медицинский диагноз их основного состояния, являющегося причиной инвалидности, формулируя его таким образом, чтобы сообщенные диагнозы можно было впоследствии классифицировать в соответствии с широкими категориями МКБ. В какой-либо развитой стране и в ходе сравнительно мелкомасштабного обследования, подобного этому, которое ограничивалось взрослыми лицами в пределах общины, имеющими преимущественно инвалидность физического характера, получение точных диагнозов

общих заболеваний, являющихся причиной инвалидности, на основе показаний самих инвалидов является практически осуществимым мероприятием (40). В тех случаях, когда лица, проводящие обследование, имеют доступ к обстоятельным сведениям, поступающим от медицинских экспертов, и когда рамки обследования строго ограничиваются несколькими общеизвестными дефектами, являющимися причиной инвалидности, можно получить аналогичную картину:

... можно с определенной степенью достоверности теоретически обосновать, что по крайней мере в случаях тяжелой степени инвалидности результаты, полученные методом выборочного обследования, будут в целом соответствовать результатам, которые можно было бы получить, если бы проводилось клиническое обследование медицинскими экспертами (5, стр. 12).

Однако если желательно расширить рамки обследования, включив в него дефекты, происхождение которых менее понятно непрофессионалам, получение требуемой точной информации может быть более сложным.

Примеры тем, включенных в обследования домашних хозяйств, охватывающих инвалидность, приводятся в таблице 6, ниже, и основываются на обследованиях, проводившихся в Канаде, Ливане и Зимбабве.

В развивающихся странах основным сдерживающим фактором при проведении обследований, охватывающих инвалидность, всегда была нехватка квалифицированного персонала и финансовых средств. Поэтому предмет обследования в конкретной развивающейся стране должен всегда увязываться с приоритетами, определенными в этой стране, и статистика должна разрабатываться таким образом, чтобы помогать в планировании и осуществлении программ такими методами, которые были бы эффективными с точки зрения затрат. С помощью статистики должны быть выявлены взаимосвязи между профилактическими, реабилитационными и лечебными медицинскими службами, с одной стороны, и службами, занимающимися жилищными, санитарно-гигиеническими вопросами и вопросами образования - с другой, чтобы появилась возможность анализировать эффективность с точки зрения затрат (19). В то же время необходимо ограничивать рамки любого обследования темами, которые могут быть реально охвачены с использованием имеющихся ресурсов.

В. Национальное выборочное обследование в Индии

Это обследование неоднократно упоминалось в предыдущих разделах, однако его рамки удобнее всего могут быть изложены в настоящем разделе. В 1981 году, который был провозглашен Международным годом инвалидов, министерство социального обеспечения Индии потребовало проведения общегосударственного выборочного обследования инвалидов, чтобы восполнить существенные пробелы в базе данных, касающихся инвалидности. Рабочая группа экспертов решила, что наилучших результатов можно достичь в том случае, если ограничить охват обследования инвалидностью, связанной с потерей зрения, неспособностью к общению и утратой подвижности. Было решено также собирать информацию о проблемах, связанных с поведением, и о состоянии развития всех детей в возрасте 5-14 лет в основные моменты их жизни, независимо от того, имеют ли они или не имеют физические недостатки, с тем чтобы можно было подвергнуть анализу степень и распространенность случаев отсталости в умственном развитии. Затем для того чтобы рассмотреть полученные данные в соответствующем контексте, должны были учитываться основные демографические данные о поле, возрасте и месте постоянного проживания наряду с данными, относящимися к другим характеристикам, в зависимости от конкретного вида обследуемой инвалидности. Рамки обследования ограничивались двумя основными направлениями: во-первых, оно ограничивалось

Таблица 6. Примеры тем, включавшихся в отдельные национальные обследования, охватывающие инвалидность

	Канада	Ливан	Зимбабве
Наличие дефектов			
Наличие инвалидности	Характер и степень инвалидности Зависимость и степень зависимости в повседневной (взрослые) жизни Состояния, ограничивающие нормальную активность (дети)	x	x
Причины дефекта	x	x	x
Социально-экономические характеристики и особенности окружающей обстановки			
Пол, возраст	x	x	x
Семейное положение	x	x	x
Характеристики семьи, ведущей домашнее хозяйство, или заведения, где проживает данное лицо	x	x	x
Уровень образования и профессиональной подготовки	x	x	x
Занятость	x	x	x
Доход и потребление	x	x	x
Прочие показатели состояния здоровья и качества питания	x	x	x
Географическое распределение	x	x	x
Жилищные условия и окружающая среда	x	x	x
Досуг и культурное развитие	x	x	x
Участие в жизни общества	x	x	x

Таблица 6 (окончание)

	Канада	Ливан	Зимбабве
Прочее		Умершие единокровные братья и сестры, последовательность рождений Социально-экономические характеристики отца и матери, степень кровного родства	
Распределение обслуживания и оказываемой помощи и пользование ими	Пользование вспомогательными средствами и протезами и потребность в них	Обучение и реабилитация	Тип лечения (официальное, традиционное)
	Доступность транспортировки Материальная помощь и дополнительные расходы		

Источники: Отчет о Канадском обследовании состояния здоровья и инвалидности, 1983-1984 годы (Статистическое управление Канады, Оттава, 1986 год); Вопросник для обследования нетрудоспособных лиц в Ливане, 1980-1981 годы (Ливан, Бюро социального развития), переведенный с арабского языка в документе Разработки статистики инвалидов: тематические исследования, Серия V, № 2 (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.86.XVII.17), стр. 136-150; Отчет о Национальном обследовании инвалидности в Зимбабве, 1981 год (Отдел социального обеспечения).

сбором таких данных, которые работниками директивных органов считались необходимыми для того, чтобы восполнить серьезные пробелы в базе данных об инвалидности, а, во-вторых, оно ограничивалось такими данными, сбор которых опытными работниками, связанными с обследованием, считался практически осуществимым. Несмотря на такой ограниченный охват, в отчете о результатах обследования содержалось более 100 таблиц, которые в совокупности с пояснениями, анализом и замечаниями, занимающими около 60 страниц, обеспечивают данные, представляющие достоверную и подробную общенациональную картину распространенности и частоты случаев конкретных видов инвалидности, охваченных обследованием.

Какие именно характеристики собирались в ходе обследования, лучше всего можно определить, если рассмотреть переписные листы, составленные персоналом, работающим на местах. Более половины документа, содержащего эти листы, занимают перечни домашних хозяйств и сведения о составе семьи. Полученные данные увязываются с данными обследования самих инвалидов с использованием переменных величин, обеспечивающих детальные сведения, предоставленные специализированными заведениями исключительно в отношении инвалидов, а также других переменных величин, определяющих инвалидов с потерей зрения, неспособностью к общению и утратой подвижности в пределах сферы домашних хозяйств. В ходе самого обследования, касающегося инвалидов, собираются достаточно подробные данные о домашнем хозяйстве, демографические данные и данные об инвалидности. Суммировать характеристики в сжатой форме является задачей не из легких, однако в таблице 7 перечисляются распределенные по колонкам, переменные, обеспечивающие демографические характеристики и краткие сведения об инвалидности по каждому лицу, входящему в состав домашнего хозяйства. В конце таблицы описываются также коды, используемые в некоторых колонках.

Таблица 7. Обследование инвалидности: характеристики, получаемые в ходе обследования домашних хозяйств в Индии

Характеристика инвалида	
I.	Порядковый номер
2.	Фамилия
3.	Степень родства с главой домашнего хозяйства
4.	Пол
5.	Возраст (число полных лет жизни)
6.	Семейное положение
7.	Положение в обычной деятельности (работе)
8.	Инвалидность, связанная с потерей зрения
9.	Инвалидность, связанная с неспособностью к общению (5 лет и старше)
10.	Инвалидность, связанная с утратой подвижности
II.	Наличие по крайней мере одного из видов инвалидности, перечисленных в графах 8-10
12.	Имеют ли родители инвалида общих предков
13.	Тип кровного родства
14.	Степень физической инвалидности
<u>Коды</u>	
13.	Мать члена домашнего хозяйства является двоюродной сестрой его отца Мать члена домашнего хозяйства является племянницей его отца Другие типы кровного родства
14.	Общая характеристика: Может функционировать только с использованием вспомогательного средства/аппарата/помощи Может функционировать без вспомогательного средства/аппарата/помощи

Источник: Отчет об обследовании инвалидов в Индии (Организация, занимающаяся национальными выборочными обследованиями, Дели, 1983 год).

В приведенной ниже таблице 8 перечисляются переменные, относящиеся к характеристикам инвалидности, и коды по каждому лицу, имеющему инвалидность, связанную с потерей зрения. С помощью использованного переписного листа собирались данные о дополнительных характеристиках, которые путем перекрестных ссылок увязывались с данными по домашнему хозяйству, показанными в таблице 8, и данными, относящимися к перечню обследованных домашних хозяйств.

Таблица 8. Обследование инвалидности в Индии а/: характеристики инвалидности, связанной с потерей зрения, относящиеся к каждому инвалиду

Характеристика инвалида	
10.	Воспринимает ли свет (да, нет)
11.	Воспринимает свет, но используя одновременно оба глаза не может сосчитать пальцы на расстоянии 3 метров или 10 футов при хорошем дневном освещении (в очках, без очков)
12.	Пользуется ли обычно очками (да, нет)
13.	Имеет ли врожденную инвалидность, связанную с потерей зрения (да, нет)
14.	При коде 2 против 13: с какого возраста имеет затруднения с передвижением
15.	Потерял ли зрение в течение прошлого года (да, нет)
16.	Вероятная причина инвалидности, связанной с потерей зрения, если она известна
17.	При коде 1 против 16: вид глазного заболевания, если оно известно
18.	Умеет ли читать по системе Брайля (да, нет)
19.	Проходит ли курс лечения (да, нет)
20.	При коде 2 против 10: причина отсутствия лечения
21.	При коде 1 против 10: как скоро началось лечение после появления трудностей с передвижением (по истечении скольких месяцев)
22.	Вид лечения
<u>Коды</u>	
16.	Причина инвалидности, связанной с потерей зрения: Глазное заболевание Больные глаза в первый месяц жизни Больные глаза после одного месяца жизни Тяжелая форма диареи в возрасте моложе шести лет Оспа Травма Старость Прочее
17.	Вид глазного заболевания Катаракта, глаукома, помутнение роговицы, инфекционное глазное заболевание, кровоизлияние в глаз, потребность в линзах с сильным увеличением, прочие глазные заболевания, неизвестные заболевания
20.	Причина отсутствия лечения: Неизвестно местонахождение лечебного учреждения, где можно пройти курс лечения Местонахождение лечебного учреждения известно, но лечение является дорогостоящим Лечение сочтено необязательным по причинам, связанным с экономической независимостью, личной зависимостью, по другим причинам (следует указать)
22.	Только корректирующие линзы, только лекарственные средства, хирургическая операция, прочие

а/ Выдержки из Отчета об обследовании инвалидов (Организация, занимающаяся национальными выборочными обследованиями, Дели, 1983 год).

С. Характеристики, полученные в ходе обследований домашних хозяйств, касающихся инвалидности, которые проведены в других развивающихся странах

В связи с Международным годом инвалидов осуществлялось или было запланировано большое число проектов по обследованию инвалидности. Многие из них перечислены в Бюллетене инвалидов Организации Объединенных Наций за 1982 год. В этом издании, хотя оно в основном посвящено работе в Африке, упоминаются мероприятия, проводимые в других районах мира. Например, английский вариант справочника В03 Обучение инвалидов в общине (47) проходит апробацию на местах не менее чем в 10 странах, а французский вариант готовится к выпуску. Некоторые другие обследования и подобные им исследовательские работы, проведенные в Африке, многие из которых связаны с проведением Международного года инвалидов, перечислены в таблице 9. Многие из этих исследований осуществлялись с помощью организаций системы Организации Объединенных Наций.

Таблица 9. Переписи населения и обследования в Африке, в ходе которых осуществлялся сбор данных об инвалидности, 1974-1985 годы

Страна	Перепись или обследование
Бенин	Перепись 1983/84 года <u>а/</u>
Ботсвана	Обследование 1983 года
Камерун	Обследование 1985 года
Кабо-Верде <u>б/</u>	Перепись 1980 года
Центральноафриканская Республика <u>б/</u>	Перепись 1975 года
Коморские Острова <u>б/</u>	Перепись 1980 года
Египет <u>б/</u>	Перепись 1976 года и обследование на основе опроса о состоянии здоровья 1979-1981 годов
Эфиопия <u>б/</u>	Обследование детей-инвалидов 1979-1981 годов
Кения <u>б/</u>	Национальное обследование инвалидов 1981 года
Ливийская Арабская Джамахирия	Перепись 1984 года
Мадагаскар	Перепись 1974-1975 годов
Малави	Перепись 1983 года
Мали <u>б/</u>	Перепись 1976 года
Сейшельские Острова	Обследование детей 1979 года
Судан	Перепись 1983 года
Свазиленд <u>б/</u>	Обследование нетрудоспособных 1983 года
Того	Перепись 1981 года
Тунис <u>б/</u>	Переписи 1975 и 1984 годов
Заир	Перепись 1984 года
Замбия	Перепись 1980 года, обследование детей 1982 года
Зимбабве <u>б/</u>	Национальное обследование инвалидности 1981 года

Источник: Статистический отдел Секретариата Организации Объединенных Наций, База статистических данных об инвалидности.

а/ Охвачены экономически неактивные инвалиды.

б/ Результаты включены в Базу статистических данных Организации Объединенных Наций об инвалидности.

В Непале в ознаменование Международного года инвалидов в 1980 году было принято выборочное обследование инвалидов в сотрудничестве с Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и ВОЗ (ИЗ). К числу охваченных обследованием видов инвалидности относились: потеря зрения, потеря слуха, дефекты конечностей, головы, шеи и позвоночника. Умственная отсталость также охватывалась и подразделялась на тяжелую, умеренную и слабую ("пограничную").

В отчете в целях представления данных была принята следующая классификация видов инвалидности:

Зрительная

1. Слепота
2. Нетрудоспособность в связи с потерей зрения
3. Слепота на один глаз
4. Нетрудоспособность в связи со слепотой на один глаз

Слуховая

1. Глухота
2. Нетрудоспособность в связи с утратой слуха
3. Глухонмота

Дефекты верхних конечностей

1. Увечность обеих рук
2. Увечность левой руки
3. Увечность правой руки
4. Ампутированы обе руки
5. Ампутирована левая рука
6. Ампутирована правая рука
7. Дефекты пальцев

Дефекты нижних конечностей

1. Ампутированы обе ноги
2. Ампутирована левая нога
3. Ампутирована правая нога
4. Увечность обеих ног
5. Увечность правой ноги
6. Увечность левой ноги

Дефекты головы, шеи, позвоночника

Дефекты головы, шеи, позвоночника

Умственная отсталость

1. Тяжелая
2. Умеренная
3. Слабая ("пограничная")

Для целей обследования виды инвалидности определяются в довольно общих чертах. Однако следует, возможно, особо упомянуть следующие определения и категории умственной отсталости, которые используются в отчете:

а) Тяжелая: лицо, которое, несмотря на хорошее физическое состояние, не способно осуществлять нормальный повседневный уход за собой в соответствии с его возрастом, считается имеющим тяжелую форму умственной отсталости;

б) Умеренная: лицо, которое находится в хорошем физическом состоянии и способно осуществлять уход за собой, но не может читать или писать или приспособиться к ситуации, требующей элементарных навыков в соответствии с его возрастом, считается имеющим умеренную степень умственной отсталости;

в) Слабая ("пограничная"): лицо, которое находится в хорошем физическом состоянии, способно осуществлять уход за собой и имеет элементарные навыки чтения и письма, но не способно справиться с ситуацией, требующей среднего уровня

умственного развития или навыков, считается имеющим слабую форму умственной отсталости. (Классификация умственной отсталости по категориям умеренной и слабой формы в соответствии с данными определениями обеспечивает хороший ориентир для исследователя).

В отношении лиц, имеющих инвалидность, собирались данные, охватывающие пол, возраст, место постоянного проживания, вид инвалидности или локализацию дефекта, причину инвалидности, выполняемую работу и размер семьи. Из таблиц, содержащихся в отчете об обследовании, видно, что были охвачены многие темы, перечисленные в таблице I. Выбранные для анализа переменные, судя по представленным в таблицах данным, перечислены в таблице I0, ниже. Особенно интересной отличительной чертой обследования, проведенного в Непале, является то, что в ходе его проведения запрашивались мнения "панчас" (местных вождей) и социальных работников о взаимоотношениях инвалидов с их семьями и обществом и о потребности в программах реабилитации. Основная ценность обследования, по-видимому, заключается в том, что оно определяет области, в которых программы предупреждения инвалидности и реабилитации могут достичь наибольших результатов. Данное обследование документировано довольно подробно, и поэтому заключительный отчет имеет значительную ценность для стран, которые предпримут аналогичные обследования в будущем.

Таблица I0. Темы и характеристики, изучавшиеся в ходе обследования инвалидности в Непале

Темы и характеристики	
<u>Исходные переменные</u>	
Пол, возраст, район, размер семьи	
<u>Переменные, определяющие инвалидность</u>	
Вид инвалидности или дефекта:	
Потеря зрения	
Потеря слуха	
Дефекты:	
верхней конечности	
нижней конечности	
головы	
шеи и позвоночника	
Умственная отсталость	
<u>Причины инвалидности</u>	
Врожденные недостатки	
Приобретенные недостатки	
Несчастные случаи	
<u>Переменные, определяющие нетрудоспособность</u>	
Занятость инвалида	
Отношение местных вождей и социальных работников к инвалидам:	
Обязанности по отношению к семье и обществу	
Желательность реабилитации	
Готовность способствовать проведению программы реабилитации	
Лица, к которым следует обращаться по поводу программ реабилитации	

Источник: Непал, Отчет о проведении выборочного обследования инвалидов в Непале (1980 год).

D. Характеристики, получаемые в развивающихся странах в ходе обследований по вопросу реабилитации на базе общины

Руководство для местных контролеров, которое составляет часть подготовленного В03 справочника Обучение инвалидов в общине (47), включает практическое описание того, каким образом можно найти и определить инвалидов, нуждающихся в обучении, и каким образом можно оценивать их успехи. Предлагается использовать для этого вопросы, задаваемые в ходе обследования, которые часто требуют в качестве ответа не более чем "да" или "нет", а также проведение элементарных тестов. В отношении тестов дается четкое объяснение. Например, тест на наличие инвалидности в связи с потерей зрения, использовавшийся в обследовании, проведенном в Индии (пункт II в таблице 8, выше), характеризуется четырьмя этапами и сопровождается следующими описаниями:

1. Встаньте на расстоянии 3 м от обследуемого лица. Поднимите три пальца на одной из рук;
2. Попросите обследуемое лицо поднять столько же пальцев, сколько подняли вы;
3. Если обследуемое лицо поднимает три пальца, то оно не испытывает трудностей со зрением.

В некоторых случаях при экспериментальном использовании справочника предлагаемые вопросы и тесты включались в официальный вопросник. Экземпляр вопросника, подготовленный Институтом исследований и разработок в области здравоохранения при министерстве здравоохранения в Джакарте, Индонезия, включает подробные контрольные перечни с всеобъемлющим охватом. Концептуальная схема, на которой основывается вопросник, аналогична проекту МКДИН 1975 года. В этой схеме функциональные ограничения различаются как промежуточные между дефектами и инвалидностью.

В вопроснике для индонезийского обследования вопросы в интересах регистратора поясняются по-разному. Например, первый вопрос о "хроническом дефекте" задается относительно кашля. В "пояснениях к вопросам" лицо, страдающее кашлем, описывается как "лицо, которое кашляет ежедневно или почти каждый день без отхаркивания вследствие хронического бронхита, астмы, эмфиземы, туберкулеза или другого легочного заболевания". Первый вопрос об "умственном дефекте" относится к "замкнутости, изоляции, некоммуникабельности и/или уклонению от социальных контактов, трудностей в общении с другими людьми; склонности к пребыванию в одиночестве; включению в обычную деятельность только под воздействием усилий". К этому вопросу дается следующее пояснение: "предположительно под этим скрывается обычная шизофрения без ярко выраженных позитивных симптомов. К этой категории относятся лица с постепенной медленно протекающей утратой социальных интересов, способностей к обучению, навыков личной гигиены, появлением апатии, склонности к уходу в свой внутренний мир, самопоглощенности и непродуктивности".

Индонезийское обследование было обширным по своим масштабам, и для его проведения требовался персонал, обладающий подготовкой в вопросах здравоохранения. Несомненно, что обследование с такой детализацией было бы значительно проще провести в небольшом масштабе, а не в масштабе всей страны. Однако в справочнике В03 сохранился просто изложенный материал, который можно без труда приспособить для самых разнообразных местных или национальных условий.

E. Некоторые проблемы, связанные с распределением по категориям

В связи с Международным обследованием фертильности были подготовлены получившие широкое распространение руководства по работе, связанной с обследованиями домашних хозяйств на всех стадиях, начиная с планирования и кончая дезагрегацией

(разукрупнение) и перекрестным комбинированием собранных данных (8). Как там отмечается, основные ряды, которые должны быть построены на основе данных любого обследования, будут состоять из отдельных показателей, средних величин и вариационных рядов зависимых переменных в пределах основных демографических подгрупп. Иными словами, в основном обследовании инвалидности переменные, перечисленные в таблице I под рубриками "дефекты", "инвалидность" и "нетрудоспособность", классифицируются по полу, возрасту и месту постоянного проживания.

Установленное таким образом требуемое распределение по категориям и перекрестную группировку, по-видимому, произвести не трудно. Тем не менее, в связи с обследованиями инвалидности возникают особые проблемы дезагрегации и перекрестного комбинирования данных. Это можно показать на примере, приведенном в Бюллетене ЮНИСЕФ (38). В качестве отправного пункта в этом примере взято обследование (или часть обследования), охватывающее 2000 домашних хозяйств. Если предположить, что средний размер семьи составляет, допустим, 5,5, таким обследованием охватываются 11 000 человек. Можно ожидать, что не менее приблизительно 10% лиц имеют дефекты или инвалидность, то есть, как максимум, около 1100 человек. Однако в ходе типичного обследования домашних хозяйств предположительно может быть выявлена только какая-то часть таких людей. Неполное выявление дефектов и инвалидности объясняется многими причинами. Например, инвалидность, связанную с расстройством психики, трудно определить и могут также остаться неучтенными некоторые виды физической или сенсорной инвалидности. Частичную потерю слуха особенно трудно выявить в ходе общего обследования. С учетом этого в Бюллетене высказывается предположение, что полученная в результате эффективная выборка инвалидов в данном примере может включать всего лишь около 350 человек.

В результате того, что в выборку вошли всего 350 инвалидов, ограничиваются возможности дезагрегации данных, вследствие чего необходимо избегать использования слишком детализированных классификаций и полностью исключить те из них, в которых нет необходимости. В качестве иллюстрации проблем, которые могут возникнуть в результате слишком детальной дезагрегации в Бюллетене указывается, что если переменная, характеризующая инвалидность, в эффективной выборке 350 инвалидов расщепляется на шесть категорий и подвергается перекрестному комбинированию по полу и возрасту, то даже при бинарном расщеплении последней (например, дети/взрослые), средний размер табличной клетки составлял бы всего 15. Расщепление на шесть возрастных когорт уменьшило бы средний размер клетки до 5.

В связи с этим рекомендуется принять определенную меру предосторожности. Она заключается в том, чтобы до проведения обследования вычертить пробные таблицы, подобные тем, которые были предложены для МОФ. Тогда, если подсчитать ожидаемое число случаев на одну клетку, можно оценить возможности дезагрегации и в соответствии с этим пересмотреть предположения, связанные с обследованием.

Г. Дезагрегация и распределение по категориям - ряд примеров

Хотя связанные с МОФ указания относительно переменных, дезагрегации и составления комбинационных таблиц весьма полезны также и для статистики инвалидности, тема инвалидности связана со своими особыми проблемами для классификатора, главной из которых, вероятно, является то, что многие аспекты инвалидности являются вопросом степени в не меньшей мере, чем вида. Потеря зрения или слуха, например, часто бывают частичными, и простая классификация слуха по двум категориям дает в результате неточное описание и ненадежные данные. Как в теории, так и на практике в случае использования классификации по двум категориям в отношении переменных непрерывного обследования полученные результаты оказываются менее надежными, чем при использовании градуированной шкалы (3). Не составляет труда объяснить, что именно следует делать, однако осуществить это на практике бывает весьма трудно: следует использовать не большее и не меньшее число категорий, чем это требуется для целей обследования. Например, если предпринимается обследование с целью выяснения

количества пар очков, требуемых в какой-либо общине, можно, вероятно, определить такие верхний и нижний пределы способности видеть, в рамках которых ношение очков полезно, а вне рамок которых ношение очков приносит сравнительно мало пользы. Можно привести следующие примеры классификации по категориям переменных, характеризующих инвалидность, которая применялась при обследовании, проведенном в Индии.

Степень инвалидности, связанной со зрением, определяется таким образом:

может сосчитать пальцы без очков
может сосчитать пальцы в очках
не может сосчитать пальцы, но воспринимает свет
не может сосчитать пальцы и не воспринимает свет

Степень инвалидности, связанной со слухом, регистрируется таким образом:

инвалидность отсутствует
умеренная степень инвалидности
тяжелая степень инвалидности
полная инвалидность

Для определения степени инвалидности, связанной со слухом, не предусматривается никаких тестов.

При более углубленном обследовании, проводившемся в Индонезии, которое было предпринято в связи с проектом реабилитации на базе общины, организованным ВОЗ, в отношении сенсорных дефектов использовалась классификация по двум признакам. Организаторам обследования было предложено включить в категорию тех, кто испытывает затруднения со слухом, "лица, которые обладают такой потерей слуха, что они не могут услышать произнесенные шепотом слова на расстоянии двух метров". В инструкции было также предусмотрено, чтобы "при проведении теста ко рту подносилась согнутая ладонь". Подобно этому, предлагалось включить в число тех, кто испытывает затруднения со зрением, "лица, которые не могут видеть и распознавать предметы величиной со спичечную головку или зернышко риса с расстояния одного метра". Не включались "лица, которые имеют обычную форму близорукости, дальнозоркости или старческой дальнозоркости". Лица, подвергающиеся тесту, должны быть в очках, если они их носят.

Описанные выше схемы показывают эмпирический подход к дезагрегации и разбивке по категориям переменных, характеризующих инвалидность. Вопрос о том, что именно является практически осуществимым, решается в зависимости от методов организации обследования, и цели обследования корректируются соответствующим образом. Маловероятно, чтобы в рамках обследования домашних хозяйств можно было предусмотреть такие методы распределения по категориям и измерения как глазных дефектов, так и инвалидности, связанной с потерей зрения, которые, например, предлагаются в МКЛИН, за исключением их применения только в чрезвычайно упрощенной форме.

Тем не менее, результаты, которых можно достичь благодаря правильно выбранным методам дезагрегации и распределения по категориям, можно без труда показать на примере. Распределения, показанные в таблице II, взяты из регистрации нарушений слуха в стратифицированной по четырем центрам выборке населения Великобритании (2). Они показывают видоизменения слухового дефекта с распределением в соответствии с возрастом, полом и социально-экономической группой в данной выборке.

Таблица II. Процентная доля лиц с различными видами инвалидности с разбивкой по возрасту, полу и социально-экономическим группам в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии

А. Процентная доля лиц с остротой слуха (при средней частоте: 0,5, 1,2 и 3 кГц) составляла 25, 35 и 45 дБ по ЛХ в ухе с меньшей потерей слуха, с разбивкой по возрасту

Возрастная группа	Процентная доля лиц с остротой слуха превышающей или равной			Средняя острота слуха (в дБ по ЛХ) в ухе с меньшей потерей слуха
	25 дБ	35 дБ	45 дБ	
17-20 лет	3	2	0	6
21-30 лет	1	1	0	5
31-40 лет	5	2	1	9
41-50 лет	10	4	2	12
51-60 лет	23	10	6	18
61-70 лет	34	17	12	24
Старше 71 года	74	49	25	34
Всего	17 + 2,2	8 + 1,5	4 + 1,2	14

В. Процентная доля лиц с тремя степенями слухового дефекта с разбивкой по полу

Пол	Процентная доля лиц с остротой слуха, превышающей или равной			Средняя острота слуха (в дБ по ЛХ)	
	25 дБ	35 дБ	45 дБ	в ухе с меньшей потерей слуха	в ухе с большей потерей слуха
Мужчины	20	9	5	15	21
Женщины	14	8	55	13	19

С. Процентная доля лиц с тремя степенями слухового дефекта с разбивкой по социально-экономической группе

Социально-экономическая группа	Процентная доля лиц с остротой слуха, превышающей или равной			Средняя острота слуха (в дБ по ЛХ)	
	25 дБ	35 дБ	45 дБ	в ухе с меньшей потерей слуха	в ухе с большей потерей слуха
I	4	0	0	9	II
II	II	4	3	12	17
III н.	13	6	3	12	16
III м.	20	12	8	17	23
IV	25	12	7	16	23
V	II	6	3	15	23

Д. Разница между показателями для мужчин и женщин, скорректированная по возрасту, подверженности воздействию шума и социально-экономической группе в результате проверки слухового порога и определение фразы в ходе проверки на переносимость шума (Slin)

Задание	Разница (женщины минус мужчины) между показателями	
	ухо с меньшей потерей слуха	ухо с большей потерей слуха
Слуховой порог (250 Гц)	1,96	2,33 дБ по ЛХ
Средний слуховой порог (0,5; 1; 2; 4 кГц)	0,34	0,25 дБ по ЛХ
Средний слуховой порог (6; 8 кГц)	-4,29	5,80 дБ по ЛХ
Определение фразы в ходе проверки переносимости шума (Slin)	5,12	4,26 правильность определения в %

Источник: А.К. Дэвис, "Нарушения слуха среди населения: результаты первого этапа национального исследования состояния слуха" в работе М.Е. Лутман и М.П. Хэггард, Наука о слухе и нарушения слуха (Лондон, Издательство Академии, 1983 год).

Часть комментариев автора по поводу этих данных сводится к следующему:

Имеются две причины для того, чтобы регистрировать документально различия в степени дисфункции слуха в соответствии с возрастом, полом и социально-экономической группой. Во-первых, интересно (например, для планировщиков аудиологических служб) получить безусловное распределение или по крайней мере комбинационную таблицу этих пояснительных переменных. Например, полезно знать, что существует большая вероятность появления слухового дефекта у мужчин, чья профессия соответствует социально-экономической группе IV. Во-вторых, в высшей степени желательно получить возможность построить модель каузального влияния различных переменных, характеризующих окружающую среду, на слуховой дефект. Для того чтобы сделать это, следует принять во внимание другие пояснительные переменные, которые фактически могли бы играть роль связующего звена с любым очевидным влиянием. Например, разницу между мужчинами и женщинами в наличии слухового дефекта можно было бы теоретически объяснить преимущественно разной степенью подверженности воздействию шума, и, таким образом, влияние этого фактора должно приниматься за постоянную величину при сопоставлениях такого рода. Сопоставление частей C и D таблицы II показывает необходимость этого. В частях A, B и C показано безусловное распределение средней остроты слуха и процентная доля лиц с средней остротой слуха, превышающей или равной 25,35 и 45 дБ по ЛХ с разбивкой по возрасту, полу и социально-экономической группе.

Разница между мужчинами и женщинами в наличии слухового дефекта [показанная в части B таблицы II], подразделяется далее, для того чтобы показать зависимость от частоты случаев характер этой разницы, а также ту степень, в которой это может влиять на показатели инвалидности, связанной с потерей слуха. В части D таблицы II показана разница между мужчинами и женщинами (женщины минус мужчины) после того как будут приняты во внимание различные структуры возраста, мощность воздействующих шумов (NIR - совокупный индекс подверженности воздействию шума) и социально-экономическая группа по каждому полу. Значительная разница между средними слуховыми порогами составляет в таблице II (часть B) около 2 дБ, но уменьшается благодаря этой процедуре контроля до 0,3 дБ в данной части. Это говорит о том, что разница между показателями для мужчин и женщин, по всей вероятности, свидетельствует скорее о разной степени подверженности воздействию шумов, чем о каком-либо фундаментальном различии между самими полами. Однако остаются различия при низких частотах (меньший ущерб причиняется мужчинами) и при высоких частотах (меньший ущерб причиняется женщинам). Следует заметить, что преимущество женщин при высоких частотах переносится на измерение степени инвалидности, связанной с потерей слуха (2, стр. 52-55).

Проводится дальнейший анализ соотношения между социально-экономической группой и инвалидностью при наличии контроля показателей по полу, возрасту и коэффициенту интенсивности шума, который дает основания предполагать проявление четкой дихотомизации социально-экономических групп на лиц физического труда и лиц нефизического труда.

V. ОЦЕНКА, СОСТАВЛЕНИЕ ТАБЛИЦ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как только завершится связанная с обследованием работа на местах, может показаться, что основная часть программы обследования выполнена, однако на практике еще предстоит проделать множество чрезвычайно важных и трудных этапов работы. В настоящей главе будут рассмотрены различные аспекты процессов оценки результатов, подготовки отчетов и распространения в тех случаях, когда предметом обследования является инвалидность.

A. Оценка

Первая задача - проверка и редактирование вопросников - заключается главным образом в проверке а) полноты заполнения, то есть, чтобы на каждый вопрос был дан ответ, б) точности, то есть, чтобы не было несоответствий и арифметических ошибок, и в) единообразия, то есть, чтобы вопросы и инструкции толковались всеми регистраторами одинаково. Некоторые процедуры могут выполняться с помощью компьютера, тогда как некоторые другие, хотя и являются обычной практикой, требуют скрупулезного индивидуального внимания.

Следующей задачей является кодирование, в ходе которого ответы на вопросы разносятся по значимым категориям. Обычно основа кодирования (то есть комплекс категорий) должна создаваться параллельно с разработкой вопросника. Однако она может быть модифицирована на основе результатов анализа небольшого числа предварительных опросов. Возможные изменения в работе по кодированию должны также исследоваться в порядке обычной практики. Результаты экспериментов с кодовой изменчивостью дают основания предполагать, что ненадежное кодирование может чаще, чем это обычно считается, становиться причиной появления данных, вводящих в заблуждение. Следовательно, надлежащая оценка данных обследования должна включать исследование надежности системы кодирования. Консультанты и эксперты по вопросам статистики Международного обследования фертильности предложили, чтобы как процедуры (такие как кодирование), так и сами данные подвергались оценке на систематической основе и чтобы отчет о результатах такой оценки подготавливался с учетом необходимости улучшения качества как дальнейшей работы на местах, так и анализа и отчета о результатах (7, 10).

Для того чтобы произвести оценку собранных данных, следует осуществить ряд проверок надежности зарегистрированных в ходе обследования ответов. Одним из способов осуществления такой проверки является повторное заполнение вопросника в малом масштабе с использованием новой выборки из первоначальной совокупности населения. Можно также воспользоваться менее дорогостоящей процедурой. Так, например, опросы можно провести повторно силами других регистраторов с использованием части первоначальной выборки или же можно сопоставить ответы на исходные вопросы демографического характера, которые являются общими как для обследования инвалидности, так и для любого другого обследования, которое могло проводиться в пределах выборки, взятой из той же совокупности населения. Аналогичные данные, полученные из таких других внешних источников информации, как предыдущие социальные обследования, переписи или другие источники данных об инвалидности, рассмотренные в главе I, могут быть сопоставлены с результатами данного обследования, с тем чтобы выявить расхождения, подлежащие последующему исследованию.

О таких сопоставлениях сообщалось при обсуждении вопроса о физической нетрудоспособности в связи с переписью населения 1981 года в Индии (5). Оценки числа нетрудоспособных в некоторых категориях на 1000 населения, выведенные Организацией, занимающейся национальными выборочными обследованиями (NSSO) на основе данных выборочного обследования, проведенного в 1973-1974 годах, сопоставлялись с цифровыми данными, полученными в результате переписи населения 1981 года в ходе операций

по переписи жилого фонда, осуществленных в 1980 году. Результаты показаны в таблице 12, ниже.

Таблица 12. Число нетрудоспособных на 1000 чел. населения в Индии

Слепые		Немые		Калеки		Всего	
NSSO	Перепись	NSSO	Перепись	NSSO	Перепись	NSSO	Перепись
1,26	0,73	0,61	0,42	1,10	0,55	4,43	1,70

Источник: Индия, Отчет об обследовании инвалидов, Организация, занимающаяся национальными выборочными обследованиями (NSSO), тридцать шестой раунд, июль-декабрь 1981 года, № 305 (Дели, 1983 год), стр. 68.

Широкие расхождения, показанные в таблице, подчеркивают проблемы, возникающие при сопоставлениях, когда это связано с данными об инвалидности. Предположительно это можно объяснить в основном следующим: а) что определения, использовавшиеся в обследовании NSSO, шире по охвату, чем те, которые использовались в переписи, и б) что применялись разные рабочие методы. В ходе переписи вопрос задавался опрашиваемым лицам только во время переписи жилого фонда, тогда как в ходе обследования вопрос задавался опрашиваемым подготовленным персоналом обследования, получившим инструкции относительно методов, подходящих для предмета обследования, и имевшим в своем распоряжении подготовленные для обследования переписные листы, позволяющие задавать наводящие вопросы и контролировать аутентичность ответов. Однако в отчете о переписи также отмечается, что данные обследований могут расходиться не только с переписью, но и друг с другом. Приведенный ниже пример основывается на опыте некоторых индийских штатов и союзных территорий:

Например, оценка (числа) нетрудоспособных лиц на 1000 населения Химачал-Прадеш согласно двадцать четвертому раунду, составляла по сельским районам 5,17, а по городским районам 0,50. Однако согласно двадцать восьмому раунду эта доля ... увеличилась до 11,84 по сельским районам и 3,50 - по городским (6).

Данные по шести другим перечисленным штатам и территориям показывают аналогичные расхождения. Предположительно одна из основных причин таких расхождений заключается в "присущих данным условиям трудностях, которые связаны с регистрацией особых характеристик населения такого характера". Предполагается также, что расхождения между аналогичными данными, полученными в ходе обследований, предпринятых NSSO и Индийским советом медицинских исследований (ICMR), можно объяснить теми же трудностями.

Следовательно, при сопоставлении между данными обследований, с одной стороны, и данными переписей и из других источников, с другой стороны, следует ожидать расхождений, и несмотря на это такие сопоставления должны по-прежнему проводиться. Возможности сопоставлений, которые могут предприниматься, кратко изложены в докладе ВОЗ (43). В докладе главным образом предпринята попытка подчеркнуть, что данные обследований должны по возможности соотноситься с данными из других источников информации. Однако там указывается также, что в сопоставлениях должны использоваться не только те данные, которые относятся к основному предмету обследования. Как указывалось выше, данные об "инвалидности", полученные из разных источников, могут,

по-видимому, показывать широкие расхождения, однако можно также сопоставить данные об основных демографических характеристиках, полученные в результате составления предварительных перечней. Значение приведенного в докладе В03 примера заключается в том, что данные о возрастно-половом составе, полученные в результате выборочного обследования домашних хозяйств, могут проверяться путем сопоставления с аналогичными демографическими данными, полученными из других источников.

В. Составление таблиц

В стандартных учебниках говорится, что в принципе процесс составления таблиц может заключаться не более чем в систематизации цифр, показывающих число случаев, относящихся к каждой из нескольких категорий: столько-то человек с таким дефектом, столько-то с таким и т.п. При проведении мелкомасштабного обследования такой несложный подсчет, несомненно, можно производить вручную. При проведении крупномасштабных обследований, особенно если требуется составлять комбинационные таблицы, возможно, в форме трехпольных таблиц, необходимо, вероятно, прибегать к использованию машинного табулятора или, еще лучше, компьютера со стандартными программами. Тем не менее, в принципе, составление таблиц обычно не считается процессом, требующим специальных статистических знаний. Однако частично отрицательный аспект статистических отчетов с точки зрения тех, кто пользуется результатами обследований, объясняется нередко неудовлетворительным представлением данных, особенно плохими таблицами. Поэтому в любом из современных относительно элементарных учебных материалов по статистике особое внимание уделяется принципам составления таблиц. В таблице 13, ниже, приводится в качестве примера перечень таких принципов, взятый из современного учебника, которым пользуются студенты в Соединенном Королевстве. Основные примеры табулирования данных, касающихся инвалидности, приводятся в издании Организации Объединенных Наций Разработка статистики инвалидов: тематические исследования (31).

Таблица 13. Принципы правильного построения таблиц

Принципы
<ol style="list-style-type: none"> 1. Каждая таблица должна иметь краткий объясняющий содержание заголовков и примечание относительно источника информации. 2. Единица измерения должна быть четко указана и, если это необходимо, определена в сноске. 3. Используйте разные виды линования для дробления крупных таблиц. 4. Там, где это возможно, включайте итоговые данные как по колонкам, так и по рядам. 5. При большом объеме данных предпочтительней построить две или три простых таблицы вместо одной громоздкой. 6. Прежде чем приступать к составлению таблицы, необходимо четко представлять то, что она должна показать. Не забывайте о том, что большинство людей легче воспринимает цифры в виде колонок, чем в виде рядов.

Источник: Ф. Оуэн и Р. Джонс, Статистика, второе издание (Стокпорт, Политек паблишерс, 1982 год).

Принципы, указанные в таблице I3, не являются правилами. Например, вследствие связанных с этим расходов, даже иная развитая страна может не следовать принципу 3 в печатном тексте. Кроме того, с осторожностью следует относиться к принципу 5; несколько таблиц, посвященных одной переменной, часто могут заменяться всего одной сводной таблицей. Так, в двойной, или двухпольной, таблице одна переменная, обычно с большим числом значений, размещается по вертикали, а другая - горизонтально.

В качестве основы для анализа данных об инвалидах, полученных в результате обследования, должны быть подготовлены исходные распределения по полу и возрасту совокупностей населения, представленных в выборке (национальной, региональной и т.п.) с использованием, например, возрастных групп с пятилетним диапазоном. Этим видом предварительного табулирования данных для обследования инвалидности иногда пренебрегают, однако он всегда является ценным, поскольку распространенность инвалидности в общине и степень инвалидности отдельных лиц бывают всегда связаны с возрастным составом общины. Причина этого заключается в том, что как распространенность, так и степень инвалидности часто бывают связаны со старением. Более того, распространенность конкретных дефектов и причины дефектов в рамках определенной возрастной когорты коррелируются с полом. Поэтому в пределах общины всегда бывает важно строить в качестве предварительного шага к построению главных таблиц комбинационные таблицы возрастно-половых распределений. Обязательная подготовка такого рода исходной таблицы в ходе национальных обследований облегчит также проведение сопоставлений между странами.

Основные двухпольные таблицы данных обследования принимают форму главным образом комбинационных таблиц с использованием зависимых переменных, характеризующих дефект, инвалидность и нетрудоспособность. Обычно зависимые переменные комбинируются в соответствии с тремя основными демографическими переменными, характеризующими пол, возраст и постоянное место проживания. Как уже указывалось, осложняющие факторы заключаются в том, что демографические показатели взаимодействуют, что инвалидность и нетрудоспособность не появляются просто случайно и что, когда они присутствуют, они присутствуют в разной степени. Поэтому многие из наиболее полезных таблиц, содержащихся в отчете, принимают форму трехпольных комбинационных таблиц.

Стандартный способ представления таких таблиц заключается в повторении одной из переменных в ряде последовательных подтаблиц или вставок. Можно привести еще множество примеров: можно использовать дополнительные разбивки по полу, возрасту, месту постоянного проживания и т.п. в соответствии со схемой, приведенной в таблице I главы I, выше. Тем самым объясняется, почему в отчете об инвалидности неизменно содержится так много таблиц. Вполне вероятно, что можно получить информацию относительно многих важных переменных, характеризующих дефект, инвалидность и нетрудоспособность, а, кроме того, распределение многих из этих переменных по отношению к трем основным демографическим переменным, вероятно, дало бы дополнительную полезную информацию работникам директивных и планирующих органов. И наконец, должны быть подготовлены таблицы, показывающие распространенность определенных видов инвалидности и нетрудоспособности среди разных секторов населения.

С. Распространение результатов

По традиции, заключительным этапом обследования, насколько это касается статистиков, занятых в обследовании, является "представление его результатов, подробностей о методах его проведения, либо необходимой исходной информации и выводов, полученных на основе результатов, в составе какого-либо рода отчета" (I2, стр.407). Форма отчета зависит от типа читателя, для которого он предназначается. Настоящий доклад, например, предназначен как для тех, кто подготавливает статистические данные, касающиеся инвалидов, так и для тех, кто пользуется ими, с тем чтобы стимулировать диалог между ними и информировать их о национальном и международном опыте работы, касающейся вопросов инвалидности, с тем чтобы предпринимаемые обследования

удовлетворяли потребности правительств в точной информации об инвалидности. В Руководстве МОФ по составлению доклада по стране № I рекомендуется, чтобы доклады по странам представлялись в два этапа (8). На первом этапе доклад прежде всего адресуется работникам административного и директивного уровней. В нем должна быть описана работа на местах и должны быть представлены только основные результаты. Он должен содержать минимум анализов со многими переменными и сложных оценок данных. Лишь позднее представляется доклад или несколько докладов, читательскую аудиторию которых составляют главным образом исследователи и статистики.

В плане общих соображений, касающихся доклада первого этапа, эксперты МОФ предлагают, чтобы доклад был выпущен быстро в сопровождении прямого заявления о том, что качество представленных таблиц будет оценено подробнее и поправки будут внесены в последующих докладах. Главный довод в пользу такого подхода заключается в том, что правительствам часто приходится принимать решения в пределах довольно короткого отрезка времени; это объясняется частично тем, что на работников директивного уровня оказывается краткосрочное интенсивное давление со стороны широких кругов общественности, и частично тем, что правительства могут иметь жестко установленный период времени, а также частично и тем, что сама законодательная деятельность требует массу времени (18). Например, хотя время, отведенное для осуществления программы "Здоровье для всех к 2000 году" может показаться практически безграничным, некоторый прогресс должен стать очевидным за короткое время, если желательно, чтобы цель была достигнута. Основной смысл рекомендаций Международного обследования фертильности сводится к тому, чтобы первый доклад был выпущен как можно быстрее, не был перегружен техническими подробностями и предназначался в первую очередь для лиц, вырабатывающих политику.

Рекомендации, выпущенные Организацией Объединенных Наций, идут еще дальше, чем рекомендации МОФ, поскольку в первых предлагается, чтобы сначала был выпущен предварительный доклад, а затем общий доклад. Позднее должны быть выпущены технические доклады (34). В отношении предварительного доклада рекомендации сводятся к следующему:

Предварительный доклад часто бывает необходим для того, чтобы по возможности скорее представить данные, которые представляют интерес в данный момент; такие данные могут относиться к отдельным важным характеристикам, иногда основывающимся на подвыборке из полной выборки. Он должен содержать краткую информацию относительно методов обследования и ограниченности полученных данных. Как минимум, в докладе должна быть представлена информация относительно объема выборки, методов взятия выборки и замеченных расхождений между внешними и внутренними данными. Более полные подробности могут содержаться в общем и технических докладах об исследовании.

В том случае, если предусматривается выпуск только одного доклада, по всей видимости, предназначенного для всего круга читателей, доклад нередко имеет малый эффект. По меньшей мере две возможные причины этого были определены в одном из докладов о распространении результатов, который был выпущен министерством здравоохранения и социального обеспечения Соединенного Королевства (4). Одна из причин заключается просто в том, что часто игнорируется правило, согласно которому первый доклад не должен быть перегружен техническими подробностями и должен предназначаться для лиц, занимающихся выработкой политики. По-видимому в Соединенном Королевстве исследовательские доклады оцениваются прежде всего и главным образом высшим звеном ученых, поэтому сотрудников заставляют писать в первую очередь для специалистов высшего звена. То же самое может относиться и к докладам об обследованиях в той степени, в какой они дублируют исследовательские доклады.

Другая причина заключается просто в том, что способы распространения являются весьма несовершенными; иногда складывается впечатление, будто разосланные материалы затерялись на почте. В докладе Соединенного Королевства предлагается в целях

преодоления этой проблемы организовать семинары. Они должны быть тщательно спланированы и состав их участников должен тщательно отбираться. Высказывается предположение, что такого рода семинары в национальном масштабе являются в высшей степени эффективным методом передачи информации с точки зрения затрат.

В докладе Соединенного Королевства также подчеркивается роль служб информации и общих служб по связям с общественностью в организации публикации статей в таких журналах для внутреннего пользования, как издаваемый в Соединенном Королевстве журнал *Health Trends*, распространяющий информацию о работе, проделанной под руководством министерства здравоохранения и социального обеспечения. Как показывают публикации, упомянутые в других местах настоящего доклада, такие, например, как Бюллетень социальной статистики, выпускаемый Восточноафриканским региональным бюро ЮНИСЕФ (38), и руководство по планированию и организации обследований в области здравоохранения, выпущенное ВОЗ и Международной эпидемиологической ассоциацией (48), при поддержке международных учреждений ценная информация об инвалидности и обследованиях инвалидности в развивающихся странах может без больших финансовых затрат выпускаться и распространяться в доступной для понимания форме.

Для того чтобы заняться решением общих проблем, связанных с распространением информации, Группа экспертов по разработке статистики инвалидов перечислила следующие пути ликвидации разрыва между статистиками и работниками, занимающимися выработкой политики, планировщиками программ и специалистами:

- a) Координация и обмен идеями на самом высоком уровне;
- b) Координация и обмен идеями на рабочем уровне путем организации таких видов деятельности, как семинары, программы подготовки персонала и неофициальные встречи;
- c) Активное вовлечение работников, занимающихся выработкой политики, и планировщиков программ в разработку долгосрочных программ переписей и обследований, начиная со стадии разработки проекта и кончая стадией оценки, анализа и распространения данных;
- d) Разработка путей расширения участия статистиков в планировании и выполнении услуг и в программах подготовки по вопросам, связанным с инвалидами, например, в качестве части программ подготовки персонала для проведения обследований, охватывающих темы инвалидности;
- e) Активизация усилий по ориентированию планировщиков в области формулирования своих целей таким образом, чтобы было удобнее измерять степень их достижения;
- f) Поддержание постоянных контактов и взаимодействия между пользователями статистических данных и теми, кто их готовит, даже после завершения процедур обследования, включая меры, принимаемые по результатам доклада. Следует также подготовить примеры творческих начинаний, чтобы показать ценность данных.

Приложение I

ОПЫТ И ПРАКТИКА ОТДЕЛЬНЫХ СТРАН

В настоящем приложении рассматриваются отдельные примеры национального опыта в планировании и проведении обследований, охватывающих инвалидность. Большая часть рассматриваемого здесь опыта относится к периоду, предшествовавшему появлению Международной классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН), а поэтому используемые термины и их определения соответствуют принятым в каждом из рассматриваемых национальных исследований. Этот опыт обеспечивает полезную основу для ознакомления с историей разработки концепций МКДИН. Терминология МКДИН, выпущенная для экспериментальных целей в 1980 году (46), рассматривается в разделах G, H и I главы III настоящего доклада.

A. Подходы к определению инвалидности до появления МКДИН

Общепризнанной истиной является то, что почти все важные реальные понятия можно определить многими разными способами. Инвалидность не является исключением из этого правила, и за последние 20 лет было предложено большое число определений этого понятия. Однако помимо их различий между собой, не все определения оказались особенно полезными для практического применения. Одно из тщательно сформулированных определений инвалидности содержится в работе, предпринятой Всемирной организацией здравоохранения около 10 лет назад. Оно излагается следующим образом:

Инвалидностью является существующее ограничение одного или более видов деятельности, которые в соответствии с возрастом, полом и нормальной социальной ролью данного лица обычно принято считать необходимыми составными компонентами повседневной жизни a/.

Это определение дает некоторые указания как в отношении того, что именно может считаться инвалидностью - ограничение деятельности, - так и в отношении того, какие вопросы могут быть включены в обследование инвалидности. Однако трудность, возникающая в связи со всеми этими определениями, даже такими подробными, как вышеприведенное, заключается в том, что слово, значение которого не вполне ясно, определяется с помощью других слов, значение которых может также быть неоднозначным. Например, то, что считается видами деятельности, которые "обычно принято считать необходимыми составными компонентами повседневной жизни", в разных странах неодинаковым будет. Считать ли одним из таких компонентов просмотр телевизионных программ или слушание радио? Или, скажем, что следует считать видом деятельности? Является ли "просмотр", или зрительное восприятие, видом деятельности или же зрительное восприятие, или просмотр, должно быть направлено на конкретные объекты - телевизор и радио?

Следовательно, приведенное выше определение является само по себе недостаточным, и как указывалось в докладе, в котором оно было представлено, необходимо дополнительно сформулировать рабочие определения, которые обеспечивали бы планировщика исследования данными об "операциях", необходимых для получения требуемой информации об инвалидности. Пример рабочего определения, основывающегося на приведенном выше концептуальном определении, сводится к следующему:

Все освидетельствованные лица оцениваются врачом в соответствии с предполагаемой степенью ограничения необходимых составных компонентов

повседневной жизни, дефектом, который является причиной данного ограничения, прогнозом дальнейшего развития данного дефекта и кратким заключением о степени инвалидности.

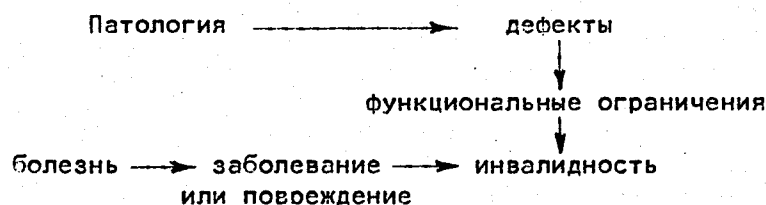
На практике рабочие определения обычно так подробно не формулируются. Скорее, как об этом говорится в настоящем докладе, особенно в связи с обследованиями, рабочему определению придается практическое значение самими задаваемыми вопросами и фактически всей процедурой обследования. Таким образом, до принятия на экспериментальной основе классификации B03, опубликованной в 1980 году, в течение многих лет изучался и опробовался на практике для различных целей, включая обследования, целый ряд подходов к концептуализации и определению инвалидности. Несколько таких подходов описываются ниже.

I. Опыт Соединенных Штатов Америки

Краткий обзор некоторых важных определений, касающихся инвалидности, в Соединенных Штатах содержится в одном из основных справочников, выпущенных в связи с долгосрочным обследованием состояния здоровья на основе опросов, организованным Национальным центром статистики здравоохранения (39). В справочнике говорится, что в начале 60-х годов термин "инвалидность" чаще всего употреблялся в отношении определенного медицинскими специалистами состояния, отрицательно сказывающегося на трудоспособности. Такое употребление привело к подразделению состояний инвалидности на "временную частичную", "временную полную", "постоянную частичную" и "постоянную полную". С учетом этого полная слепота, полная глухота или потеря ноги в результате несчастного случая или ампутации обычно классифицировались как состояния "постоянной полной" инвалидности. Данная классификация приобрела правовую значимость благодаря ее применению для определения права на получение пособия по нетрудоспособности. Тем не менее, ее полезность в данном конкретном правовом и административном контексте не означает, что подобная классификация окажется подходящей для обследований домашних хозяйств в рамках общины. При проведении таких обследований нас, вероятнее всего, будут интересовать не столько пособия, сколько оценка более широкой потребности в обеспечении медицинского и социального обслуживания. Для того чтобы оценить эту потребность, должны быть учтены все инвалиды в общине, а не только лица с полной инвалидностью и не только "нетрудоспособные", то есть те, кому нелегко трудоустроиться или продолжать работать вследствие их инвалидности.

В одной из довольно сложных схем определения состояния инвалидности выделяются несколько концепций инвалидности, в том числе дефекты, функциональные ограничения, заболевания и инвалидность b/. Виды инвалидности определяются как "формы поведения, которые развиваются при наличии долговременного дефекта, в результате которого появилось функциональное ограничение". Затем перечисленные выше концепции связываются между собой в составе "модели", показывающей, каким образом возникает инвалидность, то есть испытываемое состояние инвалидности в развитии. Это может быть показано на примере терминологической схемы, приведенной на рис. А-I. Хотя она является слишком сложной для непосредственного использования в обследованиях, она напоминает нам, как важно с осторожностью относиться к точной концептуализации определений, выбираемых нами для практического использования, то есть для использования в качестве основы при формулировании вопросов для обследования.

Рис. А-1. Иллюстративная модель развития состояния инвалидности



2. Опыт Соединенного Королевства

В обследованиях инвалидности должны использоваться менее сложные терминологические схемы, чем приведенная выше, однако всегда очевидны положительные последствия использования тщательно разработанных определений и отрицательные последствия небрежных определений. В обследовании, проводившемся в Соединенном Королевстве в 1968-1969 годах, особое внимание было уделено тщательному определению. С самого начала отчета об обследовании отчетливо прослеживается нежелание использовать термин "инвалиды" для определения определенных групп лиц, имеющих дефекты. Однако при внимательном чтении раздела I.I, озаглавленного "Определение", в предварительном отчете об обследовании можно увидеть, насколько велик был соблазн обратиться к термину "инвалиды", чтобы описать эти группы, или даже использовать термин "инвалидность" вместо "дефект" ввиду того, что он является общепринятым и официальным.

Однако основной указанной причиной предпочтения слова "дефективный" слову "инвалид" и слова "дефект" слову "инвалидность" была общая тенденция, наблюдавшаяся в Британии, приравнивать термины "инвалидность" и "инвалид" к более тяжелым видимым состояниям: "при упоминании слова "инвалид" вероятнее всего возникает картина человека в инвалидной коляске, в спастическом состоянии или же человека, искалеченного артритом, а не больного туберкулезом или полностью глухого или же страдающего бронхитом" (21).

Были предложены и использовались в ходе обследования следующие определения дефективности и нетрудоспособности:

"Дефективностью" является:

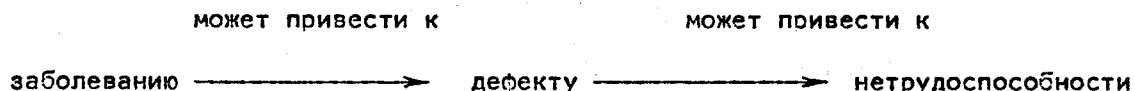
- i) Частичное или полное отсутствие конечности или наличие конечности с дефектом; или
- ii) Наличие органического или механического дефекта тела, которое исключает или ограничивает способность перемещаться, работать или ухаживать за собой;

"Нетрудоспособностью" является неблагоприятное положение или ограничение деятельности, вызванные инвалидностью.

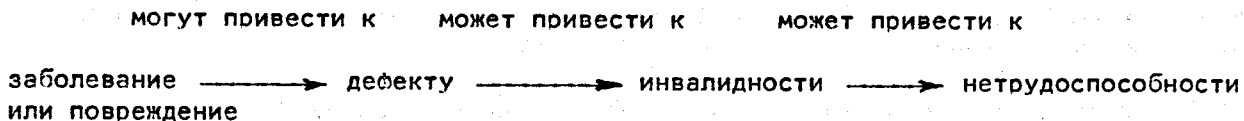
Кроме того, еще один термин "инвалидность" был определен как "утрата или снижение способности функционировать". Описание взаимосвязи этого термина с дефективностью дает основания предполагать, что он использовался как вариант термина "инвалидность", когда предполагалось скорее наличие испытываемых трудностей, связанных с состоянием инвалидности, чем сама инвалидность, являющаяся первопричиной этого испытываемого затрудненного состояния.

Не вызывает сомнения, что эти определения, разработанные в 1967 году, стали причиной слишком большого числа несоответствий, чтобы их можно было считать удачными моделями. Однако, хотя они и не отличаются полной четкостью и единообразием, они сформулированы таким образом, чтобы можно было примирить конфликтующие потребности вырабатывающих политику лиц в конкретной информации о способности людей выполнять функции по уходу за собой и потребности работников, связанных с обследованиями, в концептуальной четкости. Такой процесс примирения является необходимым для того, чтобы результаты обследования нашли максимальное практическое применение.

Мы считаем, что близорукий или страдающий диабетом человек имеет дефект, но не обязательно считаем его инвалидом, если эти дефекты могут корректироваться с помощью вспомогательных приспособлений или лекарственных средств. В равной мере инвалид, то есть человек с пониженной способностью функционировать, может не считать, что такое понижение ставит его в такое неблагоприятное положение, что его можно отнести к категории нетрудоспособных.



Другая модель подхода к определению инвалидности, подразумеваемого в данной работе, заключается в том, что наличие дефекта (определяемого в широком смысле, предлагаемом в предварительных исследованиях) может привести к инвалидности (определяемой как функциональная способность) и что инвалидность может привести к нетрудоспособности (определяемой только как неблагоприятное положение). Этот подход может быть представлен следующим образом:



Второй вариант концептуализации является прототипом концептуальной схемы и модели испытываемого состояния, связанного с последствиями заболевания, которая разработана в МКДИН и показана в приложении II к настоящему докладу.

3. Опыт Нидерландов

Еще одно обследование инвалидов или, точнее, "физически нетрудоспособных", было предпринято в Нидерландах в 1971-1972 годах. В данном случае также имеется функциональное определение исследуемого понятия, то есть физической нетрудоспособности, однако в данном обследовании предпринята попытка сформулировать прямое рабочее определение, которое, как утверждалось, основывалось на определении более теоретического характера, выведенном на основе ряда источников. Хотя описание процесса транспозиции от этих теоретических (функциональных) определений к рабочему определению, которое использовалось на практике, несколько страдает от перевода с голландского языка на английский, заслуживают внимания осторожный подход к определению и четкая спецификация обеих концепций, которые предполагалось включить в обследование и не включать в него:

Физический недостаток - это состояние, связанное с несовершенством организма, которое может объективно определяться врачом. В связи с недостатком может появиться нетрудоспособность в форме затруднения или комплекса затруднений, которые ограничивают функционирование человека или мешают ему. Нетрудоспособность может проявляться в форме физического, социального или социально-психологического затруднения. ...Физические недостатки могут существовать, не создавая нетрудоспособности, но... наоборот, какое-либо лицо может быть нетрудоспособным при отсутствии какого-либо свидетельства о физическом недостатке. Настоящее исследование ограничивается теми лицами, которые являются нетрудоспособными в смысле испытываемого физического затруднения (функциональное расстройство) в связи с наличием физического недостатка. Таким образом, в данном случае было бы правильным говорить о "лицах с физической нетрудоспособностью в связи с физическим недостатком. Однако для краткости мы будем говорить о "физически нетрудоспособных лицах".

Разумеется, существуют лица, которые физически нетрудоспособны в смысле нашего определения и которые имеют также какую-либо форму умственной нетрудоспособности. Такие физически и умственно нетрудоспособные лица не включались при подведении итогов обследования (15).

В комментариях о концептуализации и результатах обследования объяснялось, что использованные определения и термины были утверждены около 1970 года и что в то время еще отсутствовала принятая в международном масштабе система терминов, подобной той, которую обеспечивает МКДИН. По этой причине данное обследование "физически нетрудоспособных лиц" не было основано на логически последовательной

модели испытываемого состояния инвалидности. Оно скорее ограничивалось лицами с определенного рода функциональными расстройствами или дефектами и некоторыми видами инвалидности и нетрудоспособности, которые являются их результатом с/.

Кроме того, поскольку под взаимосвязь между обследовавшимися расстройствами и дефектами и тем, что теперь рассматривается в соответствии с МКДИН как нетрудоспособность, не была подведена должным образом разработанная концептуальная основа, не удалось глубоко исследовать факторы инвалидности, определяющие потребность в услугах по уходу и жилищном благоустройстве. Вместо этого потребность выяснялась лишь на основе пожеланий опрашиваемых лиц, которые им предлагалось высказывать в ходе опроса, связанного с обследованием. Помимо отсутствия у них четкой связи с испытываемыми трудностями, которые обусловлены состоянием инвалидности, высказанные в субъективной позиции потребности связывались главным образом с тем, что известно опрашиваемым об имеющихся услугах, тогда как для целей планирования потребности должны основываться на точном знании того, какого рода услуги вероятно будут предоставляться в будущем.

Поэтому в общем плане концептуализация инвалидности в обследованиях до последнего времени сосредоточивалась в основном на наличии дефектов, а это привело к тому, что основное внимание уделялось исследованиям значительно легче распознаваемых физических дефектов и некоторых видов инвалидности и нетрудоспособности, которые были их результатом.

4. Опыт Индии

Обследование, проведенное в Индии, которое уже рассматривалось в главе IV, отличалось четкостью определения единиц обследования и сосредоточением внимания или на инвалидности, или на дефекте, в зависимости от обследуемой единицы. Фактически отправным пунктом было содержащееся в МКДИН определение инвалидности: "Любое ограничение или отсутствие способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека". К числу обследовавшихся видов инвалидности относились:

- а) Инвалидность, связанная с потерей зрения: отсутствие способности выполнять задачи, требующие достаточной остроты зрения, что практически выражается в неспособности сосчитать пальцы на руке на расстоянии трех метров при хорошем дневном освещении (обследовалась также способность воспринимать свет);
- б) Неспособность слышать, или наличие дефектов речи или дисфонии. Использовалась довольно сложная классификация. Так, инвалидность, связанная с потерей слуха, классифицировалась по степени следующим образом: полная, глубокая и умеренная и по различным рабочим критериям, тогда как дефекты речи классифицировались следующим образом: полная потеря речи, неразборчивая речь, заикание, речь с аномалиями голосообразования и другие категории (гнусавость, нарушение звукопроизношения). Такая классификация речи очевидно подразумевает, что номинальная классификация речевых дефектов используется вместе с порядковой классификацией из трех категорий (полная потеря речи, средний уровень дефекта речи и речь);
- с) Инвалидность, связанная с потерей способности двигаться: неспособность выполнять определенную деятельность, связанную с перемещением себя и предметов с места на место. Однако классификация обнаруженной инвалидности, связанной с потерей подвижности, проводилась по ее причинам: паралич, деформация конечности, ампутация, дисфункция суставов конечности и деформация других частей тела, помимо конечностей.

Таким образом, по-видимому, ясно, что, хотя в ходе обследования его организаторы придерживались широкого определения инвалидности, содержащегося в МКДИН,

настоящая классификация инвалидности использовалась лишь в самом упрощенном виде, и обследованию подвергались всего три или четыре области, представленные первым знаком в коде классификации инвалидности. Позднее классификация производилась в чисто практических целях, предположительно с целью получения только той информации, которая действительно потребуется правительству.

**В. Обследование нетрудоспособности и имеющих дефекты лиц
в Соединенном Королевстве (1966-1969 годы)**

В 1968-1969 годах в Соединенном Королевстве Бюро переписей населения и обследований (OPCS) провело широкомасштабное обследование "нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц". Обследование было предпринято по той причине, что в 60-х годах в дискуссиях широких кругов общественности был выдвинут на передний план вопрос о нуждах инвалидов. Предыдущие мелкомасштабные обследования, нередко предпринимавшиеся университетскими исследователями по поручению частных организаций, привлекли внимание к связи, существующей между бедностью и инвалидностью. Обследование OPCS основывалось на фундаменте, заложенном предыдущими обследованиями. Оно предназначалось в первую очередь для того, чтобы обеспечить надежную свежую информацию по такому кажущемуся простым вопросу, как число инвалидов в Британии. Более точная формулировка цели обследования предусматривала оценку "числа "нетрудоспособных" лиц в возрасте 16 лет и старше, проживающих в частных домашних хозяйствах в Великобритании". Ввиду относительной независимости местных органов власти от центрального правительства Соединенного Королевства в вопросах здравоохранения, оно было предназначено также для того, чтобы "рассмотреть, какие услуги по здравоохранению и социальному обеспечению предоставляются местными органами власти таким людям, с тем чтобы помочь им, насколько это возможно, справиться с их инвалидностью". В любом случае рамки обследования были расширены на стадии планирования, с тем чтобы охватить еще и такие другие вопросы, как жилищные условия инвалидов и влияние их инвалидности на возможность найти подходящую работу, их жизнь в обществе, проведение досуга, а также численность инвалидов, которые могли бы иметь право на получение новых видов финансового пособия, предоставление которых планировалось.

Для того чтобы дать представление о широте охвата обследования, в таблице А-1 показано содержание 44 таблиц статистических данных, представленных во введении к основному отчету об обследовании. Таблицы относятся ко всей выборке лиц, отнесенных к категориям "имеющих дефекты" и "нетрудоспособных", в составе обследованного населения. В трех томах отчета содержится в общей сложности 368 статистических таблиц. Разбивка их по широким категориям показана в таблице А-2.

Таблица А-1. Содержание основных таблиц отчета об обследовании нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц в Великобритании

Таблица	Заголовки
1	Предположительные показатели численности мужчин и женщин в разных возрастных группах, проживающих в частных домашних хозяйствах и имеющих какие-либо дефекты
2	Процентная доля на 1000 населения мужчин и женщин в разных возрастных группах, проживающих в частных домашних хозяйствах и имеющих какие-либо дефекты

Таблица А-І (продолжение)

Таблица	Заголовки
3	Предположительное число мужчин и женщин, имеющих дефекты, с разделением на основе территориальных различий мест проживания
4	Предположительная доля имеющих дефекты мужчин и женщин по районам
5	Доля мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше среди населения в возрасте 16 лет и старше в различных районах
6	Основные причины дефектов
7	Предположительные показатели численности мужчин и женщин, имеющих конкретные заболевания центральной нервной системы, системы органов кровообращения, дыхательной системы и заболевания костей и двигательных органов
8	Предположительные показатели численности и кумулятивные частоты, относящиеся к мужчинам и женщинам с разными степенями нетрудоспособности
9	Степени нетрудоспособности лиц, имеющих дефекты, в разных возрастных группах и предположительные показатели численности
10	Предположительные показатели численности мужчин и женщин разных возрастов с очень тяжелой, тяжелой или довольно тяжелой степенью нетрудоспособности
11	Предположительные показатели численности лиц, имеющих дефекты, с территориальными различиями и различиями в степени нетрудоспособности
12	Процентная доля на 1000 населения мужчин и женщин в каждом районе с очень тяжелой, тяжелой и поддающейся оценке степенью нетрудоспособности
13	Государственные пособия, получаемые лицами, имеющими дефекты
14	Доля нетрудоспособных в каждой категории, которые являются главами домашних хозяйств
15	Состав домашних хозяйств, куда входят те лица, которые относятся к разным категориям нетрудоспособных
16	Состав домашних хозяйств, куда входят лица, имеющие дефекты, в возрасте от 16 до 64 лет по сравнению с лицами 65 лет и старше
17	Способность передвигаться у лиц, имеющих различные степени нетрудоспособности
18	Доля на 1000 населения лиц в возрасте 16 лет и старше в разных районах, которые имеют ограниченную способность передвигаться
19	Доля лиц с различной степенью подвижности и нетрудоспособности, которые при этом живут одни

Таблица А-І (продолжение)

Таблица	Заголовки
20	Предположительные показатели численности нетрудоспособных мужчин и женщин в разных возрастных группах, которые живут одни
21	Доля лиц с различной степенью нетрудоспособности, которые имеют различные вспомогательные приспособления для ходьбы
22	Доля лиц, пользующихся разными видами вспомогательных приспособлений для ходьбы
23	Доля лиц, имеющих дефекты, которые пользуются регулярной помощью общепрактикующего врача, с территориальными различиями
24	Доля лиц с разной степенью нетрудоспособности, которые пользуются регулярной помощью общепрактикующего врача
25	Доля нетрудоспособных лиц, которые пользуются регулярной помощью общепрактикующего врача (отдельно по пожилым и непожилым), с территориальными различиями
26	Частота посещений или приемов общепрактикующим врачом нетрудоспособных лиц (приведены показатели кумулятивной частоты) с территориальными различиями
27	Когда нетрудоспособное лицо пожилого или непожилого возраста в последний раз посещало своего общепрактикующего врача (регулярные и нерегулярные посещения в совокупности)
28	Когда нетрудоспособные лица последний раз посещали своего общепрактикующего врача (приведены показатели кумулятивной частоты с территориальными различиями)
29	Доли мужчин и женщин в разных возрастных группах, пользующихся лекарственными средствами в связи со своим состоянием
30	Предположительные расходы в неделю на различные лекарственные средства, прописываемые лицам с различной степенью нетрудоспособности
31	Доля лиц с различной степенью нетрудоспособности, зарегистрированных местными органами власти (общие категории)
32	Доля пожилых и непожилых мужчин и женщин, относящихся к разным категориям нетрудоспособных лиц, которые зарегистрированы местными органами власти
33	Доли зарегистрированных нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц в разных возрастных группах
34	Доля зарегистрированных лиц с очень тяжелой и тяжелой степенью нетрудоспособности, которые проживают одни или вместе с другими
35	Доля зарегистрированных лиц с различными степенями нетрудоспособности и подвижности

Таблица А-1 (продолжение)

Таблица	Заголовки
36	Доля лиц с различной степенью нетрудоспособности, зарегистрированных в разных районах
37	Число разных служб здравоохранения и социального обеспечения, оказывающих помощь лицам с различной степенью нетрудоспособности
38	Доля лиц с различной степенью нетрудоспособности, получающих помощь от служб здравоохранения и социального обеспечения
39	Обслуживание по линии здравоохранения и социального обеспечения, предоставляемое нетрудоспособным лицам, которые живут одни
40	Состав домашних хозяйств, куда входят нетрудоспособные лица, которым не предоставляется обслуживание по линии здравоохранения и социального обеспечения
41	Доля нетрудоспособных лиц с различными степенями нетрудоспособности, получающих помощь от различных служб здравоохранения и социального обеспечения и зарегистрированных местными органами власти по сравнению с незарегистрированными нетрудоспособными лицами
42	Распределение дохода пожилых и непожилых лиц, имеющих дефекты, которые имеют один источник дохода
43	Распределение дохода пожилых и непожилых лиц, имеющих дефекты, которые имеют совместный доход
44	Состав домашних хозяйств, куда входят лица с одним источником дохода различных размеров

а/ Соединенное Королевство, Бюро переписей населения и обследований, Нетрудоспособные и имеющие дефекты лица в Великобритании (часть I) под редакцией А.И. Хэрриса (Лондон, Управление по изданию официальных документов, 1971 год).

Таблица А-2. Категории таблиц, содержащихся в отчете об обследовании нетрудоспособных и имеющих дефекты лиц в Великобритании а/

Содержание таблиц	Число таблиц
Основные таблицы, содержащиеся в введении <u>б/</u>	44
"Домашняя хозяйка, имеющая дефекты"	17
Трудовая и нетрудовая деятельность	122
Работа, образование и квалификации	52
Жилищные условия	72
Пособия	47
Разное	14
Всего	368

а/ Соединенное Королевство, Бюро переписей населения и обследований, Нетрудоспособные и имеющие дефекты лица в Великобритании (часть I) под редакцией А.И.Хэрриса (Лондон, Управление по изданию официальных документов, 1971 год).

б/ Перечислены в таблице А-1.

С. Упрощенный переписной лист для обследования: обследования, проводимые местными органами власти Соединенного Королевства

Во многих отношениях обследование 1968-1969 годов в Соединенном Королевстве является объективным поучительным примером того, как можно проводить крупномасштабное специальное обследование при наличии достаточных финансовых и людских ресурсов. После организации национального обследования персонал Бюро переписей населения и обследований подготовил первый вариант инструктивных указаний, упомянутых в главе III, выше, по проведению выборочных обследований инвалидов (24). Сотрудники, связанные с обследованиями в развивающихся странах, обнаружат, что пересмотренный вариант инструктивных указаний является полезным дополнением к выпущенной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Международной эпидемиологической ассоциацией (МЭА) брошюре, содержащей инструкции по организации обследования на местах, поскольку в нем четко указывается, что именно можно и что не следует изменять, чтобы приспособиться к местным условиям, уровню осведомленности или языку.

Инструктивные указания разработаны таким образом, чтобы, руководствуясь ими, местные органы власти могли получить информацию о числе хронически больных и инвалидов в их районах, как это требуется в соответствии с законом 1970 года о хронически больных и нетрудоспособных и последующим законодательством. Содержащиеся в инструктивных указаниях рекомендации по проведению обследования разделены на три стадии. На стадии I описывается метод отсева с помощью опроса по почте, упомянутый в главе III, выше. На стадии 2 описывается, каким образом можно использовать вопросник главного обследования для выявления таких различных групп, подверженных риску, как следующие:

- a) Лица с очень тяжелой, тяжелой и поддающейся оценке степенью нетрудоспособности (на основе способности передвигаться и ухаживать за собой);
- b) Лица со столь большой потерей зрения, что острота зрения у них составляет менее 6/24*;
- c) Лица, не способные общаться с регистратором вследствие глухоты, дефектов речи или психических расстройств;
- d) Дети, нуждающиеся в специальном уходе или специализированном обучении;
- e) Пожилые лица (в возрасте 70 лет и старше), которые имеют дефекты, но не обязательно имеют такую степень нетрудоспособности, какая указана в пункте а, выше.

И наконец, на стадии 3 показано, каким образом могут быть собраны данные, на которых основывается планирование услуг.

К сожалению, задача практического осуществления обследований была возложена многими местными органами власти на работников, которые не имели опыта в этой области. В 45% случаев в местных органах власти не было ни одного

* В таблице Снеллена для определения остроты зрения строка для "нормального зрения" напечатана таким образом, что ее можно без труда прочесть здоровым глазом с рекомендуемого в таблице расстояния, которое обычно составляет шесть метров. Если пациент может прочесть эту строку, его зрение оценивается как 6/6. На таблице с рекомендуемым расстоянием в пять метров строка, расположенная выше "нормальной" должна читаться с расстояния девять метров, а строка, расположенная над последней, с 12 метров и т.д. Зрение лиц, которые могут прочесть только эти строки, оценивается как 6/9, 6/12 и т.д.

человека, который имел бы какую-либо исследовательскую квалификацию, чтобы контролировать или проводить исследование. В целом квалифицированные исследователи контролировали всего лишь четверть исследований и подготовили пятую часть отчетов.

Однако имеется возможность при определенных обстоятельствах привлекать к работе такого рода добровольцев, как школьники, для распространения посылаемых по почте вопросников первой стадии. В связи с тщательно организованным обследованием в Кентербери к работе привлекались школьники, однако при условии неослабного контроля со стороны их учителей. Тем не менее, опубликованные критические замечания по поводу некоторых других аспектов исследований, проведенных местными властями, являются поучительными. Они вкратце сводятся к следующему:

Более трети задач были недостаточно четко сформулированы, как и почти половина планов исследования. Более половины отчетов были плохо оформлены, причем треть из них была объемом менее 10 страниц. Почти две трети отчетов содержали по четыре таблицы распределения или менее (в четверти не было ни одной) и более половины отчетов содержало по четыре комбинационные таблицы или менее (в четверти не было ни одной)... Если половина местных органов определяла "нетрудоспособность" так же, как и в национальном обследовании, или на основе собственных критериев, то у другой половины не было никакого определения (17).

В других замечаниях привлекается внимание к важности того, чтобы каждый местный орган подводил под определение нетрудоспособности одинаковую концептуальную основу и одним и тем же путем приспособлявал его для практического применения. Расхождения в полученных в результате обследований долях лиц, отнесенных к категории нетрудоспособных, в значительно меньшей степени зависят от особенностей географического характера, чем от того, использовалось ли вообще какое-нибудь определение нетрудоспособности. По-видимому, почти все те местные органы, чьи результаты существенно отличались от национальной цифры (6,5%), не руководствовались вообще никакими определениями дефекта или нетрудоспособности.

Недостатки обследований на местах свидетельствуют об отсутствии важной тесной взаимосвязи между подготовленным персоналом, хорошей методологией и надежными пригодными для использования результатами. Даже превосходный справочник, подготовленный персоналом Бюро переписей населения и обследований, не смог помочь организовать хорошее обследование тем, кто не имеет ни подготовки, ни опыта работы, связанной с обследованиями.

Одним из административных районов, ресурсы которого позволили предпринять хорошо организованное обследование, был небольшой округ графства Кентербери, которому удалось заручиться помощью Отдела исследований в области медицинского обслуживания Кентского университета. В той части отчета об этом обследовании, в котором описывается способ его проведения, подчеркиваются важнейшие факторы, обеспечившие его успех. По-видимому, три момента из этого описания, в котором попутно резюмируются замечания в отношении проведения обследований инвалидностью менее опытными работниками, являются приемлемыми в более широком контексте:

- а) Использование большого числа помощников-добровольцев, готовых оказывать помощь под контролем и подготовленных к выполнению своих заданий;
- б) Подробная и быстрая проверка качества работы путем тщательного просмотра всех формуляров по мере их возвращения в бюро;
- в) Использование ранее разработанных формуляров и вопросников (хотя вопросники были до некоторой степени адаптированы) (25).

Еще одним важным результатом работы Отдела исследований в области медицинского обслуживания является руководство для регистраторов (27). Оно предназначалось первоначально для инструктажа регистраторов, участвовавших в обследовании пожилых лиц, выписывающихся из больницы. Однако содержащиеся там рекомендации можно было обобщить в целях использования для других видов обследований, а поэтому оно служит примером руководства, которое следует выпускать для регистраторов перед проведением любого обследования инвалидности. Необходимо, чтобы все регистраторы, а не только относительно неопытные, имели в своем распоряжении руководство для его изучения перед тем, как приступить к опросам. Следует подчеркнуть, однако, что такого рода руководство не заменяет надлежащей подготовки и постоянной проверки со стороны контролеров. Этот метод подчеркивался также в МОФ.

Примечания к приложению I

а/ С.Б. Слейтер и др., "Определение и измерение инвалидности", Архивы физической медицины, № 40(1970 год), стр. 421-428.

б/ С.Э. Наги, "Некоторые концептуальные вопросы, связанные с инвалидностью и реабилитацией" в работе Социология и восстановление трудоспособности под редакцией М.Б. Суссмана (издательство университета штата Огайо).

с/ М.В. де Клейн-де Вранкрийкер, "Лица с физической инвалидностью в Нидерландах - оценка обследования 1971-72 года", Международная реабилитационная медицина, № 2(1980 год), стр. 172-176.

Приложение II

ВЫДЕРЖКИ ИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ, ИНВАЛИДНОСТИ И НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (46)

A. Дефект

I. Определение

В контексте опыта здравоохранения дефектом является любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции, или отклонение от нее.

(Примечание: "дефект" является более широким понятием, чем "расстройство", поскольку оно охватывает утраты; например, утрата ноги является дефектом, а не расстройством).

2. Характеристики

Дефект характеризуется утратами и отклонениями, которые могут быть постоянными или временными, а это включает наличие или появление аномалии, дефекта или утрату конечности, органа, ткани или другой структуры тела, включая системы психических функций. Дефект представляет собой внешнее проявление патологического состояния и в принципе отражает нарушения на уровне органа.

3. Классификация дефектов

Перечень двузначных категорий:

1. Умственные дефекты
2. Прочие психологические дефекты
3. Речевые дефекты
4. Слуховые дефекты
5. Зрительные дефекты
6. Внутриполостные дефекты
7. Скелетные дефекты
8. Деформирующие дефекты
9. Объединенные, сенсорные и прочие дефекты

B. Инвалидность

I. Определение

В контексте опыта здравоохранения инвалидностью является любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека.

2. Характеристики

Инвалидность характеризуется избыточными или недостаточными проявлениями обычной ожидаемой активности и поведения, причем это может быть временным или постоянным, обратимым или необратимым и прогрессирующим процессом.

Инвалидность может появляться как прямое следствие дефекта или как реакция человека, особенно психологическая, на физический, сенсорный или другие дефекты. Инвалидность представляет собой объективизацию дефекта и как таковая отражает нарушения на уровне личности.

Инвалидность связана со способностями в форме совокупности деятельности и поведения, которые обычно считаются необходимыми компонентами повседневной жизни. К числу примеров относятся нарушения в соответствующем поведении, в уходе за собой (таком как способность следить за своим внешним видом, умываться и принимать пищу), в выполнении других видов повседневной деятельности и в выполнении двигательных функций (таких как способность ходить).

3. Классификация видов инвалидности

Перечень двузначных категорий:

1. Инвалидность, связанная с поведением
2. Инвалидность, связанная с неспособностью к общению
3. Инвалидность, связанная с неспособностью ухаживать за собой
4. Инвалидность, связанная с потерей подвижности
5. Инвалидность, связанная с неспособностью управлять своим телом
6. Инвалидность, связанная с утратой ловкости
7. Инвалидность, связанная с потерей реактивности
8. Инвалидность, связанная с неспособностью приобретения конкретных навыков
9. Другие ограничения активности

С. Нетрудоспособность

1. Определение

В контексте опыта здравоохранения нетрудоспособностью является ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности выполнять роль, считающуюся для этого индивидуума нормальной (в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов).

2. Характеристики

Нетрудоспособность определяется той степенью, в которой положение или опыт индивидуума отклоняются от нормы. Она характеризуется расхождением между действительными результативностью действий или статусом индивидуума и ожидаемыми самим индивидуумом или конкретной группой, к которой он принадлежит. Нетрудоспособность, таким образом, представляет собой социальное восприятие дефекта или инвалидности и, как таковая, она отражает последствия для индивидуума (культурные, социальные, экономические и связанные с окружающей обстановкой), которые влечет за собой наличие дефекта или инвалидности.

Неблагоприятное положение возникает в результате невозможности или неспособности соответствовать ожиданиям или нормам окружающего индивидуума мира. Таким образом, нетрудоспособность появляется в том случае, когда возникает препятствие для реализации способности выполнять те роли, которые могут быть отведены для него обществом.

3. Классификация

Важно признать, что классификация нетрудоспособности не является ни систематикой неблагоприятного положения, ни классификацией индивидуумов. Она

скорее представляет собой классификацию обстоятельств, в которых могут оказываться инвалиды, тех обстоятельств, которые ставят индивидуумов в невыгодное положение по сравнению с равными им людьми, если рассматривать ситуацию с точки зрения соответствия нормам общества. Ниже приводится перечень параметров нетрудоспособности:

1. Нетрудоспособность, связанная с потерей способности ориентации
2. Нетрудоспособность, связанная с потерей физической независимости
3. Нетрудоспособность, связанная с потерей способности к передвижению
4. Нетрудоспособность профессионального характера
5. Нетрудоспособность, связанная с потерей способности участвовать в жизни общества
6. Нетрудоспособность, связанная с потерей способности обеспечивать себя экономически
7. Другие виды нетрудоспособности

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Австралия, Статистическое управление, Обследование нетрудоспособных лиц, 1981 год. (Канберра, 1982 год).
- 1а. Канада, Статистическое управление Канады, Отчет о канадском обследовании состояния здоровья и инвалидности, 1983-1984 годы (Оттава, 1986 год).
2. А.К. Дэвис, Нарушения слуха среди населения: результаты первого этапа национального исследования состояния слуха в работе Н.Е. Лутмана и М.П.Хэггарда, Наука о слухе и нарушениях слуха (Лондон, Издательство Академии, 1983 год).
- 2а. Международная ассоциация инвалидов, Наш собственный голос, Протоколы первого Всемирного конгресса Международной ассоциации инвалидов, проведенного в Сингапуре 30 ноября - 4 декабря 1981 года; под редакцией К.С.Миллера и Л.М. Чаддердона (Университетский центр международной реабилитации, Университет штата Мичиган, Ист-Лэнсинг, Мичиган, 1982 год).
3. Д. Дакворт, Классификация и измерение инвалидности (Лондон, Управление по изданию официальных документов, 1983 год).
- 3а. Джекоб Фельдман, "Трудоспособность у пожилых в условиях улучшения показателей смертности" в документе Последствия тенденций и дифференциалов смертности, Демографические исследования, № 95 (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.85.XIII.3).
4. М.Д.Гордон и А.Дж. Медоуз, Распространение результатов исследования, финансировавшегося Министерством здравоохранения и социального обеспечения (Исследовательский центр основной информации, Лестерский университет, 1981 год).
- 4а. Лоуренс Хейбер, "Некоторые параметры для социальной политики в области инвалидности: общенациональное сопоставление" в Ежеквартальном бюллетене Фонда памяти Миллбанка: Здоровье и общество, лето 1973 года, стр. 319-340.
5. Индия, Организация, занимающаяся национальными выборочными обследованиями, Отчет об обследовании инвалидов, тридцать шестой раунд, июль-декабрь 1981 года, № 305 (Дели, 1983 год).
6. _____ Канцелярия начальника службы регистрации актов гражданского состояния и комиссара по проведению переписей, Перепись 1981 года в Индии, часть VIIB, Физически нетрудоспособные лица, под редакцией П. Падманабхи (Дели, Управление публикаций, 1983 год).
7. Международный статистический институт, Международное обследование фертильности, Обследование фертильности на Фиджи: критические замечания по поводу организации проведения и методологии, под редакцией М.А. Саиба и др., разовый документ № 15 (Гаага, 1975 год).
8. _____ Руководство по составлению доклада по стране № I, Основная документация № 6 (Гаага, 1977 год).
9. _____ Инструкции для регистраторов, Основная документация № 8 (Гаага, 1975 год).

10. Стратегии для анализа данных МОФ, Основная документация № 9 (Гаага, 1977 год).
11. Руководство по организации обследования, Основная документация № 2 (Гаага, 1975 год).
- 11а. Кеннет Мэнтон, Дж. Э. Дауд и Макс Вудбери, "Вопросы концепции и измерения в оценке инвалидности в масштабах государства; анализ обследования развития состояния инвалидности в Индонезии, предпринятого под эгидой ВОЗ", "Журнал оффкросс-калчерал геронтолоджи", январь 1986 год, стр. 339-362.
12. К.А. Мозер и Г.Кэлтон, Методы обследования в социальных исследованиях, второе издание с прилагаемой библиографией (Лондон, Хайнеман, 1979 год).
13. Непал, Отчет о выборочном обследовании инвалидов в Непале, (1980 год).
14. Министерство здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения, Программы предупреждения и контроля слепоты, Эпидемиология слепоты в Непале (проект) (Катманду, 1982 год).
15. Нидерланды, Центральное статистическое управление, Физическая нетрудоспособность (резюме на английском языке документа Gehandicapten Wel Geteild), части I, 2 и 3 (The Hague, Staatsuitgeverij, 1973).
16. Новая Зеландия, Министерство здравоохранения, Физическая инвалидность, результаты обследования в районе, контролируемом Правлением Веллингтонской больницы, под редакцией А. Джека и др. (Веллингтон).
17. Тенденции в здравоохранении и службах здравоохранения (Веллингтон, 1980 год).
18. Л.Дж. Шарп, "Социолог и выработка политики: некоторые поучительные мысли и трансатлантические раздумья", документ, представленный на Ежегодной конференции Ассоциации политических исследований, Оксфорд, 1975 год.
19. А.Сонис, "Стратегический подход: приоритеты в Голландии", в документе Измерение уровней здоровья (Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, Копенгаген, 1979 год).
20. Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Бюро переписей населения и обследований, Общее обследование домашних хозяйств, Вводный доклад (Лондон, Управление по изданию официальных документов, 1973 год).
- 21, 22, 23. Нетрудоспособные и имеющие дефекты лица в Великобритании (часть I), под редакцией А.И. Хэрриса; Работа и жилищные условия лиц, имеющих дефекты, в Соединенном Королевстве (часть II), под редакцией Дж. Р. Бакла; Доход и право на дополнительное пособие лиц, имеющих дефекты, в Великобритании (часть III), под редакцией А.И. Хэрриса и др. (Лондон, Управление по изданию официальных документов, 1971 и 1972 годы).
24. Выборочные обследования в районах, подчиняющихся местным органам власти, пересмотренное издание, под редакцией А.И. Хэрриса и Е.Хеда (Лондон, 1974 год).
25. Кентский университет, Отдел исследований в области медицинского обслуживания, Кентерберийское обследование нетрудоспособных лиц, под редакцией Н.Д. Уоррена, Доклад № 6 (Кентербери, 1974 год).

26. Нетрудоспособные лица в общине. Обзор отчетов учреждений в Кентербери, под редакцией М.Д. Уоррена (Кентербери, 1974 год).
27. Справочник для регистраторов (Кентербери, 1975 год).
28. Организация Объединенных Наций, Венский позитивный план действий, содержащийся в Докладе Всемирного симпозиума экспертов по техническому сотрудничеству между развивающимися странами и технической помощи в деле предупреждения инвалидности и восстановлении трудоспособности, состоявшегося в Вене 12-23 октября 1981 года (LYDP/SYMP/L.2/Rev.1).
29. Всемирная программа действий в отношении инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 37/52 от 3 декабря 1982 года.
- 29a. Инвалидность: положение, стратегия и политика (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.86.IV.9).
30. Включение инвалидов в жизнь общины (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.81.IV.I).
- 30a. Справочник по вопросам создания равных возможностей для инвалидов (ST/ESA/177).
31. Разработка статистики инвалидов: тематические исследования, серия V, № 2 (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.86.XVII.I7).
- 31a. Доклад о работе совещания Группы экспертов по разработке статистики инвалидов, состоявшегося в Вене 2-6 апреля 1984 года (ESA/STAT/AC.18/7).
32. Руководство по обследованию домашних хозяйств (переработанное издание), серия F, № 31 (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.83.XVII.I3).
33. Принципы и рекомендации в отношении проведения переписей населения и жилого фонда, серия M, № 67 (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.80.XVII.8).
34. Рекомендации в отношении подготовки отчетов о выборочных обследованиях (предварительный выпуск) (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.64.XVII.I7).
35. Краткое руководство по выборке, том I, Элементы теории выборочного обследования, серия F, № 9, первое переработанное издание (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.72.XVII.5).
36. Отдел технического сотрудничества и развития и Статистический отдел, Программа обеспечения развития возможностей для проведения национальных обследований домашних хозяйств: роль ПВНОД в обеспечении информации о здоровье в развивающихся странах, Техническое исследование ПВНОД № 3 (DP/UN/INT-81-014/3).
37. Программа обеспечения развития возможностей для проведения национальных обследований домашних хозяйств: инструментальной и план выборки для Комплексной программы выборочных обследований, предварительный вариант (DP/UN/INT-84-014/5E).

- 37a. Программа обеспечения возможностей для проведения национальных обследований домашних хозяйств - обработка данных обследования: обзор вопросов и процедур ((DP/UN/INT-81-041/1).
- 37b. Европейская экономическая комиссия, Конференция европейских статистиков, и Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Доклад о работе четвертого совместного совещания по статистике здравоохранения, проведенного в Женеве 20-23 октября 1986 года (CES/AC.38/41-EURO/ICP/HST/116/41).
38. Восточно-африканское региональное бюро Детского фонда Организации Объединенных Наций, Бюллетень социальной статистики 37 (Найроби, 1980 год).
39. Соединенные Штаты Америки, Национальный центр статистики здравоохранения, Процедура проведения обследования по вопросам здравоохранения (Вашингтон, О.К., министерство здравоохранения, образования и социального обеспечения, 1964 год).
40. М.Д. Уоррен, "Обследования нетрудоспособных на основе опроса: точность сообщений о лежащих в основе медицинских факторах", Ревматология и реабилитация, № 15(1976 год), стр. 29-302.
41. Нетрудоспособные лица в общине: обследование на основе отчетов учреждений в Кентербери (Кентербери, Англия, Отдел исследований в области медицинского обслуживания, Кентский университет, 1974 год).
42. П.Х. Н. Вуд, "Язык инвалидности: глоссарий терминов, относящихся к заболеванию и его последствиям", Международная медицина реабилитации, том 2, № 2 (1980 год), стр. 86-92.
43. Всемирная организация здравоохранения, "Основные принципы обследований как часть информационных систем первичной медицинской помощи", под редакцией В.Лутца (Женева, 1982 год, WHO/HS/NAT.COM/82.379).
44. "Общие рамки и форма контроля за ходом осуществления стратегий в целях достижения здоровья для всех к 2000 году" (Женева, 1982 год).
45. Разработка показателей контроля за ходом работы по достижению здоровья для всех к 2000 году (Женева, 1981 год).
46. Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности: руководство по классификации, относящейся к последствиям заболеваний (Женева, 1980 год).
- 46a. Доклад совещания главных исследователей по вопросам экспериментального применения Классификации дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МКДИН), проведенного в Ворбурге, Нидерланды, 24-28 июня 1985 года (DES/ICIDH/85.23).
47. Обучение инвалидов в общине: экспериментальный справочник по реабилитации и предупреждению инвалидности для развивающихся стран, под редакцией Е. Хелландера, П.Мендиса и Г. Нельсона (Женева, 1983 год, DP3/30.1, второй вариант).

48. _____ и Международная эпидемиологическая ассоциация, Планирование и организация обследования состояния здоровья, под редакцией В. Лутца (Женева, 1981 год).
49. _____ Выборка: как отбирать людей, домашние хозяйства, местности для изучения состояния здоровья общины, под редакцией В.Лутца (Женева, 1982 год).

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى : الأمم المتحدة ، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف .

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o dirijase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.
