

юнисеф 

для каждого ребенка



**Дети с инвалидностью в Европе и
Центральной Азии:
статистический обзор их благополучия**

© Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Отдел данных, аналитики, планирования и мониторинга, ноябрь 2023 г.

Для воспроизведения любой части данной публикации требуется разрешение. Образовательным или некоммерческим организациям разрешение будет предоставлено бесплатно. За получением разрешения или любой другой информации об этой публикации обращайтесь в:

Секция данных и аналитики ЮНИСЕФ
Отдел данных, аналитики, планирования и мониторинга
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
Телефон: +1 212 326 7000
Электронная почта: data@unicef.org

ЮНИСЕФ предпринял все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в этой публикации. Все обновления данных после их публикации можно найти на сайте <data.unicef.org>.

Предлагаемое цитирование: Детский фонд ООН, «*Дети с инвалидностью в Европе и Центральной Азии: статистический обзор их благополучия*», ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, 2023 г.

Фотографии: Обложка: © Elwa Design Studio, © Eric Krull on Unsplash, Adobe Stock: © ProstoSvet, © isavira, © bigjom, © ronstik, © Noey smiley, © Anneke, © Adam Ján Figel, © Jarretera, © Irina Vorontsova, © chitlada, © arinahabich, © Gudellaphoto, © converse677, © charles taylor, © klavdiyav, © igichevamaría, © mariesacha, © Alrandir, © Дарья Колпакова, © vejaa, © Tierney, © Moon Safari, © kzdанowska, © New Африка, © _nastassia, © UNICEF/UN0538998/Goga; страница 4: © Elwa Design Studio, © Alis Photo, © Arcansél, © converse677, © kzdанowska; задняя обложка: © Elwa Design Studio.

Благодарности

Подготовкой этой публикации руководила Клаудия Каппа (Отделение данных и аналитики штаб-квартиры ЮНИСЕФ) при участии Клэр Томсон и Изабель Хихон (независимых консультантов). Ценные отзывы предоставили Сирадж Махмудлу и Нора Шабани (Региональное отделение ЮНИСЕФ для Европы и Центральной Азии). Мунхбадар Джугдер (Отделение данных и аналитики, штаб-квартира ЮНИСЕФ) участвовал в обработке данных. Прашант Ранджан Верма (независимый консультант) помогал с функционалом специальных возможностей. Доклад был отредактирован Лоис Дженсен и оформлен Эрой Порт (независимыми консультантами). В доклад включен контент из глобального доклада ЮНИСЕФ *Увиден, подсчитан, вовлечен: использование данных, проливающих свет на благополучие детей с инвалидностью*, подготовленного при участии еще нескольких экспертов. Полный список авторов можно найти в этой публикации.

Данный доклад стал возможен благодаря базовому финансированию ЮНИСЕФ и щедрому гранту Министерства иностранных дел и торговли правительства Австралии.



Содержание



5 **Предисловие**



6 **Введение**



12 **Каждый ребенок должен быть на учете**



20 **Каждый ребенок имеет право на благоприятное семейное окружение без насилия**



26 **Каждый ребенок имеет право учиться**



34 **Каждый ребенок имеет право на равные шансы в жизни**



38 **Реализация прав каждого ребенка в Европе и Центральной Азии**



40 **Техническое приложение**
46 **Список литературы**





Предисловие

В Европе и Центральной Азии проживает около 10,8 миллиона детей с инвалидностью.

Почти каждая страна региона ратифицировала Конвенцию о правах ребенка и Конвенцию о правах инвалидов, и в настоящее время во всех национальных стратегиях и планах действий приоритетом является вовлечение детей с инвалидностью в жизнь общества. Тем не менее, эти дети по-прежнему отстают от своих сверстников в доступе к образованию, здравоохранению и социальным услугам и часто остаются без жизненно необходимой поддержки. Более того, они продолжают сталкиваться со стигматизацией и дискриминацией. В регионе, где исторически инвалидность определяли и рассматривали как чисто медицинскую проблему, сохраняется высокий уровень институционализации, сегрегации и изоляции детей с инвалидностью. В Европе и Центральной Азии дети с инвалидностью имеют значительно больше шансов быть помещенными в специальные учреждения, чем дети без инвалидности, и, как правило, их отделяют в специальные школы.

Качественные и сопоставимые данные о детях с инвалидностью имеют ключевое значение для повышения их общественного признания и вовлечения в разработку политики и программ. В этом отношении важную роль сыграла интеграция модуля по функциональным способностям детей в проведение обследований домохозяйств, в том числе кластерных обследований с множественными показателями, проводимых при поддержке ЮНИСЕФ. Использование модуля по функциональным способностям детей побудило страны отойти от медицинского

определения инвалидности и перейти к пониманию функциональных нарушений, возникающих в результате взаимодействия индивидуальной патологии и факторов окружающей среды. Эта эволюция подходов к определениям и сбору данных является частью более широкого изменения парадигмы: сегодня основное внимание уделяется устранению институциональных, поведенческих и физических барьеров на пути к инклюзивности, а также инвестированию в высококачественные инклюзивные услуги и индивидуальную поддержку. В то же время признается, что наиболее эффективным путем обеспечения полной реализации прав детей с инвалидностью является благоприятная политическая среда.

Данный региональный доклад содержит важные фактические данные, которые лица, принимающие решения в разных странах, могут использовать при разработке политических документов и программ. ЮНИСЕФ в Европе и Центральной Азии в контексте Глобальной стратегии и политики по вовлечению людей с инвалидностью будет использовать этот ценный ресурс, чтобы перейти на следующий уровень взаимодействия, дающий всем детям с инвалидностью перспективы реализации своих прав наравне со сверстниками.

Регина Де Доминисис

Региональный директор

Региональное отделение ЮНИСЕФ по странам Европы и Центральной Азии

Введение

Около 11 миллионов детей с инвалидностью живут в Европе и Центральной Азии. Каждый из них — как и все дети в мире — имеет право на воспитание и поддержку посредством надлежащего ухода и образования, на получение адекватного питания и социальной защиты, а также на удовольствие от игр и досуга. Однако слишком часто в таких правах им отказывают. Причины могут быть разными: к ним относятся стигматизация, отсутствие доступных услуг, институционализация и физические барьеры. Но последствия, к сожалению, неизменны. В условиях маргинализации от общества шансы этих детей на выживание и процветание уменьшаются, равно как и их перспективы на светлое будущее.

В 2015 году обещание никого не оставлять без внимания стало одной из основ для принятия Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Эта повестка призывает обеспечить на благо всех членов общества достижение 17 целей в области устойчивого развития (ЦУР), включающих 169 задач. В ней сделан упор на оказание помощи в первую очередь наиболее уязвимым слоям общества, что неизбежно включает в себя детей с инвалидностью и их семьи.

Мониторинг вовлечения детей с инвалидностью в усилия по развитию долгое время сдерживался отсутствием надежных и полных данных. Однако в последние годы попытки по заполнению этих пробелов в данных были возобновлены. Разработка новых инструментов по сбору данных привела к существенному росту доступности и качества данных о детях с инвалидностью, что способствовало новым анализам и увеличению объема знаний. Свидетельством этих усилий является данный доклад. Он включает сопоставимые на международном уровне данные из девяти стран Европы и Центральной Азии и охватывает более 30 показателей благополучия детей — от образования до защиты от насилия и дискриминации. В нем представлены также глобальные и региональные оценки количества детей с инвалидностью, полученные из более чем 1000 источников данных, включая 228 из стран Европы и Центральной Азии.

Цель доклада — способствовать использованию этих данных, делая детей с инвалидностью более заметным явлением в регионе, что приведет к более полному пониманию их жизненного опыта. Доклад содержит доказательства, имеющие решающее значение для выполнения как моральных, так и юридических обязательств по предоставлению каждому ребенку равных шансов в жизни.





Что такое инвалидность у детей

Дети с инвалидностью являются весьма разнообразной частью населения. К ним относятся дети, родившиеся с генетическим заболеванием, влияющим на их физическое, умственное или социальное развитие; дети с серьезной травмой, дефицитом питания или инфекцией, приведшим к долгосрочным функциональным нарушениям; или дети с задержкой развития, вызванной воздействием токсинов окружающей среды. К детям с инвалидностью относятся также те, у кого в результате стрессовых жизненных событий развилась тревога или депрессия.

Инвалидность — это сложное и развивающееся понятие, включающее аспекты функций и структуры тела (их нарушения), потенциала (измеряемого по возможности выполнять базовые действия без помощи в какой-либо форме) и работоспособности (измеряемой по способности человека выполнять те же базовые действия с использованием доступных вспомогательных технологий и помощи). Как указано в Конвенции о правах инвалидов, инвалидность возникает в результате взаимодействия между определенным состоянием или нарушением и неблагоприятной средой, которая препятствует полному и эффективному участию человека в жизни общества наравне с другими. В основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) лежит трехуровневая модель описания понятия инвалидности. По данным МКФ, инвалидность может наступать как:

- нарушение функции или структуры тела (например, катаракта или помутнение естественного хрусталика глаза, что препятствует прохождению лучей света и ухудшает зрение или приводит к его потере);
- ограничение активности (например, слабое зрение или неспособность видеть, читать или заниматься другими видами деятельности);
- ограничение участия (например, исключение из школы или отстранение от участия в других социальных, развлекательных и прочих мероприятиях или функциях).

Структура МКФ определяет инвалидность в рамках биопсихосоциальной модели, интегрируя факторы, относящиеся как к человеку, так и к его или ее окружению. Медицинская модель, напротив, определяет инвалидность как проблему, возникающую в результате заболевания. Осознание важной роли социального контекста в определении инвалидности привело к разработке социальной модели инвалидности, которая определяет инвалидность не просто как медицинское состояние или диагноз, но скорее как неспособность политики, культурной и физической среды приспособиться к функциональным различиям. Например, дети с близорукостью без доступа к диагностическим услугам и очкам будут иметь проблемы со зрением, а те, у кого такой доступ есть — нет. Более того,

из-за физических, коммуникативных и культурных барьеров дети со схожими функциональными нарушениями могут в разной степени участвовать в жизни общества. Для вовлечения всех детей, независимо от их нарушений, решающее значение имеет доступ к вспомогательным устройствам, технологиям и услугам, а также заботливое отношение и позитивные социальные нормы и убеждения.

Подсчет детей с инвалидностью

Давно уже является проблемой доступность данных о детях с инвалидностью. Это вызвано ограничениями, связанными с использованием узких определений и отсутствием стандартизированной методологии сбора данных. Хотя в большинстве стран проведены оценки количества людей с инвалидностью, использование различных методов измерения ограничивает достоверность и сопоставимость данных. Кто именно обладает инвалидностью, и кого учитывать при подсчете, зависит от определения инвалидности, которое используется в том или ином конкретном инструменте сбора данных. На качество и полезность собранных данных напрямую влияют различные концепции инвалидности и различия в их практической реализации. Исторически показатели инвалидности были связаны с доменами физического и сенсорного функционирования, в то время как другие домены, особенно связанные с социально-психологическим функционированием, в значительной степени игнорировались. Кроме того, в некоторых анкетах, используемых для определения статуса инвалидности, часто встречались стигматизирующие или осуждающие высказывания.

Протоколы, используемые для сбора данных о детях с инвалидностью, могут накладывать дополнительное ограничение на качество этих данных. Неинклюзивные методы сбора и анализа данных могут привести к неточным, неполным, нерелевантным или вводящим в заблуждение выводам¹. Отсутствие инклюзивности может стать причиной серьезной недооценки и неправильной идентификации людей с инвалидностью, что усугубляет их изоляцию и предотвращает приложение усилий там, где они наиболее необходимы. Помимо соображений об измерении инвалидности в целом, выявление детей с инвалидностью вызывает дополнительные проблемы. Домены функционирования, которые указывают на наличие инвалидности у маленького ребенка, могут отличаться от таких доменов у детей старшего возраста и взрослых. Например, вопросы о затруднениях, связанных с уходом за собой, актуальны для детей старшего возраста и взрослых, но не для детей младшего возраста. Кроме того, измерение функциональных нарушений осложняется тем, что дети, особенно младшего возраста, развиваются с разной скоростью. Следовательно, при выявлении функциональных нарушений у детей необходимо учитывать, что является типичным отклонением в развитии, а что — задержкой развития или

следствием конкретного нарушения. Для измерения инвалидности среди детей необходимы инструменты, специально разработанные для отражения широкого спектра функциональных доменов, актуальных для детей. Это подразумевает учет всех доменов физического, социально-психологического, сенсорного и когнитивного функционирования в детском возрасте. Более того, комплексная оценка инвалидности должна учитывать всевозможные индивидуальные факторы и факторы окружающей среды, которые могут помешать детям развивать навыки и строить доверительные отношения и которые препятствуют их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Новый способ выявления детей с инвалидностью при сборе данных

Чтобы решить проблему нехватки данных о положении детей с инвалидностью во всем мире, ЮНИСЕФ и Вашингтонская группа по статистике инвалидности разработали модуль по функциональным способностям детей для использования его в переписях и опросах. Модуль предназначен для оценки среди населения количества и доли детей с функциональными нарушениями. Модуль охватывает детей в возрасте от 2 до 17 лет и оценивает нарушения в различных доменах функционирования². Он соответствует биопсихосоциальной модели инвалидности, в которой основное внимание уделяется наличию и степени функциональных нарушений, а не строению или состоянию тела. Например, ограничение подвижности может быть результатом детского церебрального паралича, потери конечностей, паралича, мышечной дистрофии или травмы спинного мозга. Поведенческие проблемы могут быть результатом аутизма, синдрома дефицита внимания и гиперактивности или психического расстройства. Основывать статистику инвалидности на вопросах, касающихся диагностируемых состояний, довольно проблематично. Многие лица, осуществляющие уход, могут не знать диагноз своего ребенка, особенно если он связан с психическими и социально-психологическими расстройствами. При этом знания о диагнозах часто коррелируют с образованием, социально-экономическим статусом и доступом к медицинским услугам, и все это может исказить собранные данные. Лучшей основой для выявления детей с инвалидностью служат вопросы, сосредоточенные на основных действиях, например, в модуле по функциональным способностям детей. В целях участия в жизни общества и выравнивания возможностей функциональный статус — и то, как он влияет на чью-то жизнь — представляет больший интерес, чем причина (медицинская или иная), поскольку у детей с одинаковыми состояниями или нарушениями может быть разная степень затруднений. Например, у одного ребенка с церебральным параличом может быть небольшое нарушение речи, и его легко понять, в то время как другой ребенок с таким же заболеванием может вообще не говорить, что затрудняет

общение. Некоторые из этих затруднений традиционно рассматриваются как «инвалидность», а другие — нет. Модуль по функциональным способностям детей состоит из двух анкет: одна содержит 16 вопросов для детей в возрасте от 2 до 4 лет, а другая — 24 вопроса для детей в возрасте от 5 до 17 лет. Вопросы следует задавать матери или ответственному опекуну, осуществляющему уход за данным ребенком. Они предназначены для выявления затруднений в зависимости от степени их серьезности. Чтобы лучше отразить степень функциональных затруднений, каждая область оценивается по шкале оценок. Помимо сбора данных по доменам физического, сенсорного и когнитивного функционирования, модуль по функциональным способностям детей включает вопросы о затруднениях социально-психологического функционирования. Эти вопросы выявляют детей, испытывающих затруднения с выражением эмоций и управлением ими, принятием изменений, контролем поведения и поиском друзей. Хотя все дети иногда могут проявлять беспокойство, грусть или тревогу, эти эмоции могут быть значительными и слишком частыми, подвергая некоторых детей повышенному риску бросить школу, уйти из семьи или общественной жизни или причинить себе вред. Такие сообщения о тревоге или депрессии следует интерпретировать как указание на эти состояния, а не как клинический диагноз. Результаты не следует использовать для оценки эпидемиологических характеристик какого-либо заболевания или нарушения; скорее, они указывают на распространенность умеренных или тяжелых функциональных нарушений, которые в сочетании с различными барьерами могут подвергать детей повышенному риску изоляции и неучастия в жизни общества.

Хотя модуль по функциональным способностям детей изначально был разработан и протестирован для применения при обследованиях и переписях, продолжается работа по проверке использования этого модуля в других источниках данных, включая административную документацию. Эти попытки включают тестирование вопросов в информационных системах управления образованием и здравоохранением.

Модуль по функциональным способностям детей был разработан в ходе консультаций с организациями людей с инвалидностью, а также с другими группами заинтересованных сторон. Эти организации сыграли важную роль в разработке модуля, в том числе участвуя в его проверках на местах³. Модуль прошел также тщательную проверку другими экспертами и был протестирован в нескольких странах для определения качества вопросов и того, насколько хорошо понимают их люди, принадлежащие к различным культурам⁴. В марте 2017 года в совместном заявлении, опубликованном несколькими учреждениями ООН, государствами-членами, организациями людей с инвалидностью и другими заинтересованными сторонами, этот модуль был рекомендован в качестве подходящего инструмента для выделения из данных ЦУР информации о детях⁵.

Разработка модуля по функциональным способностям детей и его внедрение в рамках программы кластерного обследования с множественными показателями (MICS) привели к публикации первых данных о детях с инвалидностью, сопоставимых на межнациональном уровне. Кроме того, многие страны включили также этот модуль в свои репрезентативные национальные обследования.

Доступность данных о детях с инвалидностью в Европе и Центральной Азии

Ограничения, влияющие на доступность, качество и сопоставимость данных о детях с инвалидностью во всем мире, наблюдаются также в Европе и Центральной Азии.

Почти все страны этого региона собрали определенные данные о детях с инвалидностью, и большинство из них представляют более одного источника данных; это указывает на то, что данные собирались через определенные промежутки времени. На уровне населения, по меньшей мере, из 228 источников получены данные о детях с инвалидностью (58 переписей населения и 170 опросов). Самый старый источник данных относится к 1878 году, а самый последний — к 2019 году. Из этих 228 источников данных девять были основаны на модуле по функциональным способностям детей, а из этих девяти восемь использовали модуль по функциональным способностям детей в рамках MICS, проведенных в период с 2018 по 2020 год. Сорок три источника собирали данные о детях, используя краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой, несмотря на то, что этот модуль из шести вопросов был разработан для получения сопоставимых на международном уровне данных о взрослых с инвалидностью⁶. Таким способом доля детей с инвалидностью недооценивается (см. техническое приложение), и он не рекомендуется для сбора данных по этой группе населения. В двадцати странах были также источники, которые собирали данные о детях с использованием Глобального показателя нетрудоспособности (GALI). Опросник GALI используется в европейских опросах, связанных со здоровьем, и в статистических исследованиях Европейского союза о доходах и условиях жизни; он предназначен для сбора данных об ограничениях, которые могут возникать у людей в ходе их вовлечения в дела общества и при выполнении повседневных действий⁷. Несмотря на то, что полученные с его помощью данные сопоставимы на международном уровне, GALI был разработан в первую очередь для получения информации о взрослых с ограничениями активности. Таким образом, как и в случае с кратким опросником по функциональным возможностям Вашингтонской группы, его не рекомендуется использовать для сбора данных о детях. Остальные

источники (156) собирали данные с использованием различных инструментов, которые были основаны на разных определениях, содержали разное количество вопросов и использовали разные формулировки этих вопросов (таблица 1). Использование нестандартизированных инструментов создает проблемы, поскольку разные методологии и подходы могут давать различные оценки по детям с инвалидностью даже в пределах одной страны и формировать данные различного качества и объема.

Действительно, доля детей с инвалидностью, выявленных с помощью этих различных источников данных, в странах Европы и Центральной Азии сильно различалась: от 0,2 процента среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в Венгрии (перепись 1930 года) до 29,5 процента среди детей в возрасте от 2 до 9 лет в Грузии (MICS 2005 года)⁸.

Тем не менее, стоит отметить, что большая часть данных на уровне населения, собранных в этом регионе за последнее десятилетие, опиралась на такие инструменты, как модуль по функциональным способностям детей, краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой, и GALI, которые дают сопоставимые на международном уровне данные. Эта тенденция демонстрирует позитивный шаг на пути к повышению доступности и качества данных о детях с инвалидностью в регионе. Поскольку усилия по сбору данных во всей Европе и Центральной Азии продолжают и расширяются, странам по-прежнему следует уделять приоритетное внимание сбору данных о детях с инвалидностью с использованием модуля по функциональным способностям детей. Поступая таким образом, они помогают обеспечить реализацию права каждого ребенка быть замеченным, учтенным и вовлеченным.

ТАБЛИЦА 1 Количество источников данных о детях с инвалидностью в Европе и Центральной Азии в разбивке по инструментам, используемым для выявления таких детей

	Количество источников данных
Модуль по функциональным способностям детей	9
Краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой	43
GALI	20
Другой инструмент	156

ВСТАВКА 1

Сбор данных о детях с инвалидностью посредством кластерных обследований с множественными показателями

Программа MICS призвана помочь странам в сборе и анализе данных о положении женщин и детей. С момента своего создания в середине 1990-х годов программа MICS позволила почти 120 странам собрать национально репрезентативные и сопоставимые на международном уровне данные по более чем 100 ключевым показателям в таких областях, как питание, здоровье детей, смертность, образование, водоснабжение и санитария, защита детей, а также ВИЧ и СПИД⁹.

Инструменты MICS, включая основные опросники и модули по конкретным темам, разработаны ЮНИСЕФ в консультациях с соответствующими экспертами из различных учреждений ООН и межведомственных групп мониторинга. План опросов разрабатывается страновыми группами, проводятся они местными агентствами, обычно национальными статистическими управлениями. Основные анкеты представлены опросником для домохозяйств, опросником для девочек и женщин в возрасте от 15 до 49 лет, опросником для мальчиков и мужчин в возрасте от 15 до 49 лет, опросником для детей в возрасте до 5 лет (опрашивают матерей или ответственных опекунов) и опросником для детей в возрасте от 5 до 17 лет (опрашивают также матерей или ответственных опекунов). Все опросники носят модульный характер и могут быть модифицированы или адаптированы в зависимости от условий страны. В таких разных странах, как Аргентина, Бангладеш, Катар, Кот-д'Ивуар, Таиланд, Туркменистан и Фиджи, обученные группы полевых специалистов опрашивают членов домохозяйств по самым разным темам, уделяя особое внимание вопросам, которые непосредственно затрагивают жизнь детей и женщин. Программа MICS является неотъемлемой частью политики и планов многих правительств по всему миру и основным источником данных для более чем 30 показателей ЦУР.

Начиная с 2016 года, модуль по функциональным способностям детей и краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой¹⁰, стали частью MICS и используются для сбора данных о детях в возрасте от 2 до 17 лет, а также о взрослых женщинах и мужчинах в возрасте от 18 до 49 лет соответственно. Благодаря включению этих двух инструментов программа MICS стала крупнейшим источником сопоставимых на международном уровне данных о детях и взрослых с инвалидностью. При анализе в сочетании с другими показателями MICS эти данные можно использовать, чтобы зафиксировать неравенство, с которым сталкиваются люди с инвалидностью на глобальном уровне.

ВСТАВКА 2

Мониторинг положения детей посредством регионального партнерства

На протяжении трех десятилетий национальные статистические управления в Европе и Центральной Азии участвуют в региональном партнерстве для мониторинга прав детей и неравенства, с которым сталкиваются дети. Инициатива «Трансформационный мониторинг в целях более эффективного обеспечения социальной справедливости для детей», или TransMonEE, позволяет улучшить охват, качество, дезагрегацию, доступность и использование данных о детях в области их прав и благополучия. Основная цель TransMonEE — служить платформой для проведения дискуссий об улучшении доступности и использования данных о детях между национальными статистическими управлениями (как основными поставщиками данных) и политиками (как основными пользователями данных). Особую озабоченность вызывают уязвимые дети, в том числе дети с инвалидностью, которые часто не отражаются в официальной статистике и поэтому игнорируются при разработке политики, основанной на фактических данных.

Веб-сайт TransMonEE и региональная база данных являются полезными инструментами для сбора и распространения разнообразных данных по затрагивающим детей вопросам. В сотрудничестве с национальными статистическими управлениями ежегодно обновляются административные данные о детях с инвалидностью, поставляемые секторами здравоохранения, образования и социальной защиты. Более того, благодаря такому партнерству эти управления прилагают дополнительные усилия по дезагрегированию других показателей TransMonEE, таких как количество детей, находящихся под альтернативным уходом, в зависимости от статуса инвалидности ребенка. Более подробную информацию об этой инициативе см. на сайте www.transmonee.org.



Каждый ребенок должен быть на учете



Полученные данные позволяют понять, кто такие дети с инвалидностью, а также масштабы и глубину лишений, с которыми они сталкиваются. Эти данные способны изменить жизнь, если они используются для информационно-просветительской деятельности и разработки преобразующих политик и программ.

Показатели и источники данных, используемые в этой главе

Целью настоящего доклада является сбор фактических данных о детях с инвалидностью, в максимально возможной степени соответствующих Конвенции о правах инвалидов и биопсихосоциальной модели инвалидности. Эта цель послужила основой для составления глобальных и региональных оценок и отражена в национальных данных, собранных с помощью модуля по функциональным способностям детей. В соответствии с этим подходом выражение «дети с инвалидностью», используемое в диаграммах и таблицах по всему докладу, относится к «детям с функциональными нарушениями».

Представленные здесь региональные и глобальные оценки основаны на информации о функциональных нарушениях или ограничениях у детей. Информация была собрана из более чем 100 источников данных с некоторой степенью сопоставимости между разными странами. Выбор источников данных включал обширный процесс компиляции данных и консультаций с экспертами на страновом уровне для преодоления ограничений в доступности и сопоставимости данных, а также для учета мнений экспертов в процессе отбора, гармонизации и оценки данных. Что касается стран Европы и Центральной Азии, то оценки основаны на данных из 31 страны, которые использовали модуль по функциональным способностям детей (9 стран), краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой (1 страна), GALI (20 стран) и еще один инструмент (1 страна). В 31 стране проживает 50 процентов детского населения этого региона. Для использования данных, полученных с помощью различных инструментов, в основу процесса оценки был положен метаанализ долей, которые рассматривались как подходящие для учета изменчивости данных. Подробная техническая информация о работе по оценке и об источниках данных представлена в техническом приложении в конце доклада.

Данные по странам, представленные в этой главе, взяты из результатов MICS, проведенных в Беларуси, Грузии, Косово¹¹, Кыргызстане, Северной Македонии, Сербии, Туркменистане, Узбекистане и Черногории в период с 2018 по 2022 год.

К детям с одним или несколькими функциональными нарушениями относятся следующие:

Дети в возрасте от 2 до 4 лет, которые, как сообщают, пинаются, кусаются или бьют других детей или взрослых намного больше, чем другие дети того же возраста, и/или которым «очень трудно» выполнять определенные функции или они «вообще не могут их делать». К таким функциям относятся:

- зрение, даже с помощью очков;
- слух, даже при использовании слухового аппарата;
- ходьба, даже с использованием вспомогательного устройства или посторонней помощи;
- понимать или быть понятым во время разговора;
- взятие мелких предметов руками;
- изучение вещей;
- игра.

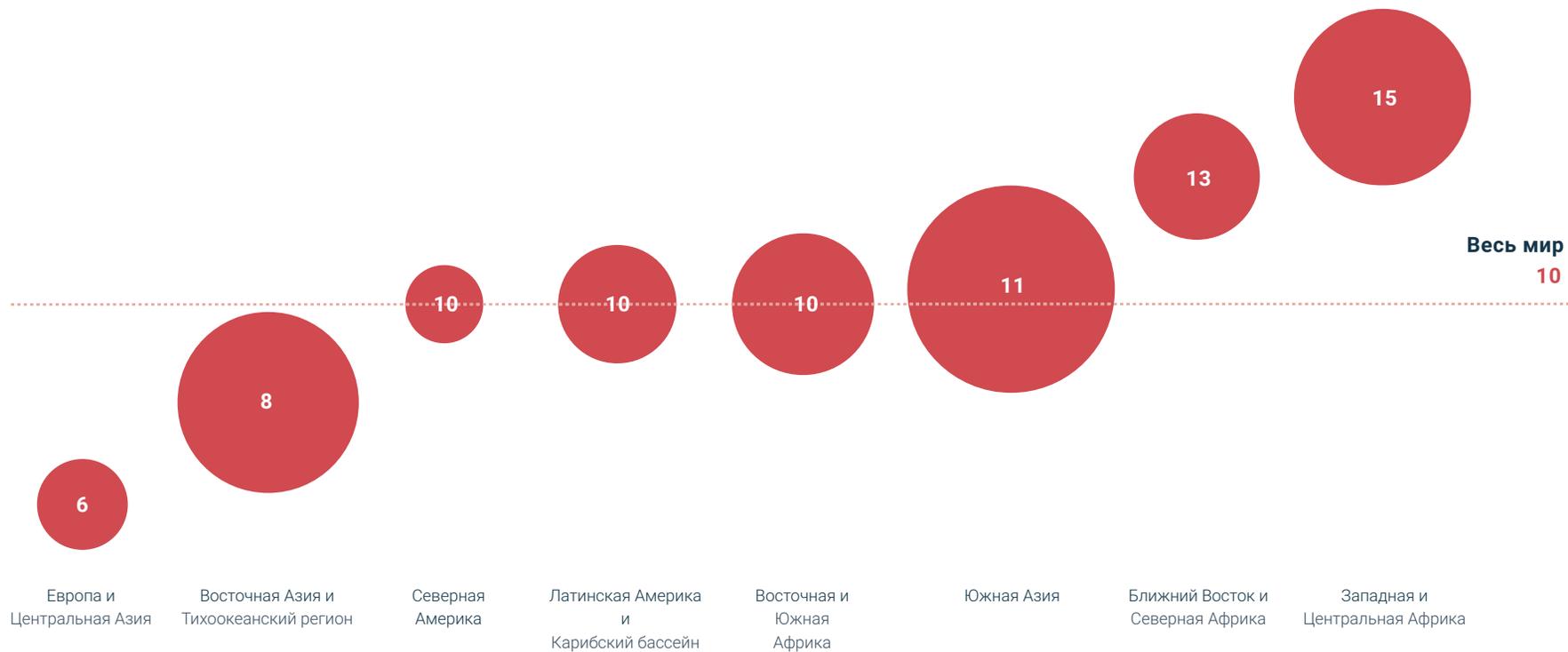
Дети в возрасте от 5 до 17 лет, которые, как сообщают, выглядят очень тревожными, нервными или обеспокоенными и/или очень грустными или подавленными каждый день и/или которым «очень трудно» выполнять определенные функции или «вообще не могут их делать». К таким функциям относятся:

- зрение, даже с помощью очков или контактных линз;
- слух, даже при использовании слухового аппарата;
- ходьба по ровной поверхности, даже с использованием вспомогательного устройства или посторонней помощи;
- выполнение действий по уходу за собой, таких как самостоятельное употребление пищи или одевание;
- быть понятым при разговоре с людьми в своем доме или за его пределами;
- изучение вещей;
- запоминание вещей;
- концентрация на занятии, которое им нравится;
- принятие изменений в своем распорядке дня;
- контроль своего поведения;
- заводить друзей.

К детям с более чем одним функциональным нарушением относятся все дети, у которых есть затруднения с функционированием более чем в одном из перечисленных выше доменов.

Шесть процентов детей в Европе и Центральной Азии являются инвалидами

РИСУНОК 1 Процент детей в возрасте от 0 до 17 лет с инвалидностью



Примечание: размер кружков отражает количество детей с инвалидностью в соответствующих регионах.

Из 240 миллионов детей с инвалидностью во всем мире почти 11 миллионов живут в Европе и Центральной Азии

РИСУНОК 2 Количество детей с инвалидностью в возрасте от 0 до 17 лет



Примечания: глобальная оценка основана на данных из 103 стран, в которых проживает 84 процента мирового детского населения в возрасте от 0 до 17 лет. Региональные оценки основаны на данных, охватывающих не менее 50 процентов детского населения региона.

Во всех странах доля детей с инвалидностью увеличивается с возрастом детей, но общие пропорции в разных странах остаются разными

РИСУНОК 3 Процент детей в возрасте от 2 до 17 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



Примечание: в этой публикации все данные по Косово следует понимать в контексте резолюции 1244 (1999 г.) Совета Безопасности ООН.

РИСУНОК 4 Процент детей в возрасте от 2 до 4 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



РИСУНОК 5 Процент детей в возрасте от 5 до 17 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



В большинстве стран статистически значимых различий в доле мальчиков и девочек с функциональными нарушениями не обнаружено

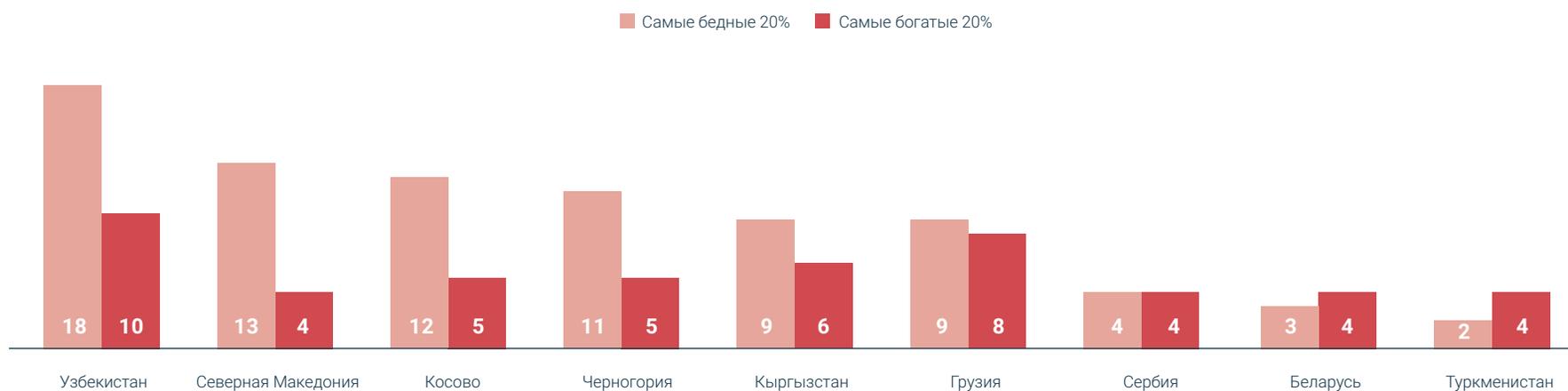
РИСУНОК 6 Процент детей в возрасте от 2 до 17 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



Примечание: различия по Грузии, Косово, Кыргызстану, Черногории, Северной Македонии, Сербии, Туркменистану и Узбекистану не являются статистически значимыми.

В большинстве стран не обнаружено статистически значимых различий между долей детей с функциональными нарушениями, проживающих в самых богатых и самых бедных домохозяйствах

РИСУНОК 7 Процент детей в возрасте от 2 до 17 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



Примечание: различия по Беларуси, Грузии, Кыргызстану, Северной Македонии, Сербии, Туркменистану и Черногории не являются статистически значимыми.

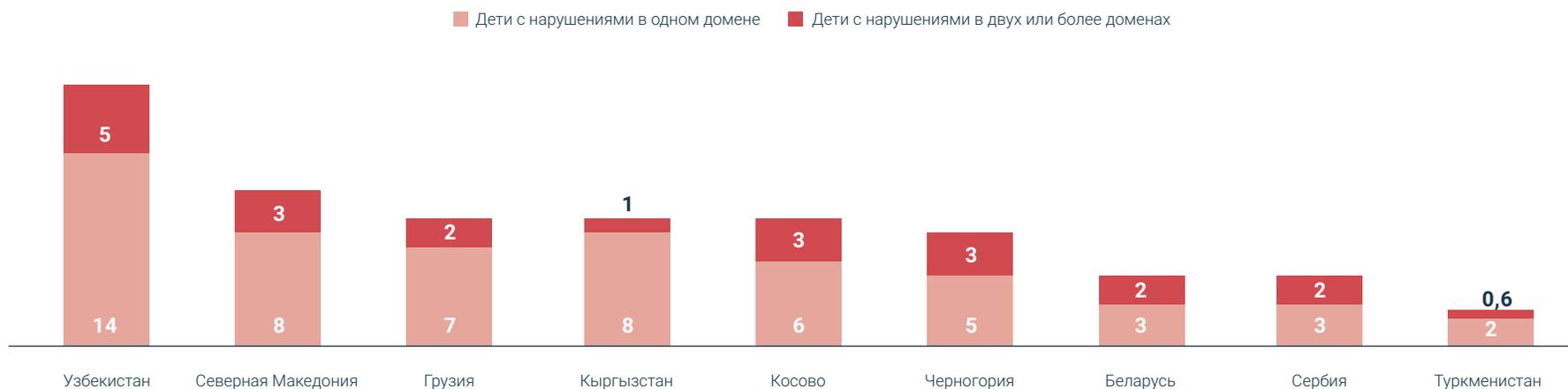
Большинство детей с инвалидностью обладают функциональными нарушениями только в одной области

РИСУНОК 8 Процент детей в возрасте от 2 до 4 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



Примечание: из-за округления некоторые значения, представленные на этой диаграмме, не совпадают с цифрами на рисунке 4.

РИСУНОК 9 Процент детей в возрасте от 5 до 17 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями



Примечание: из-за округления некоторые значения, представленные на этой диаграмме, не совпадают с цифрами на рисунке 5.

Доля детей с функциональными нарушениями значительно варьирует в зависимости от вида нарушений, тем не менее, во всех странах преобладают социально-психологические нарушения

ТАБЛИЦА 2 Процент детей с одним или несколькими функциональными нарушениями

		Беларусь	Грузия	Косово	Кыргызстан	Северная Македония	Сербия	Туркменистан	Узбекистан	Черногория
от 2 до 17 лет	Зрение	0,4	0,5	0,3	0,2	0,6	0,1	0,0	0,2	0,1
	Слух	0,2	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
	Ходьба	0,3	1	0,8	1	0,3	0,6	1	2	0,3
	Общение	0,8	0,8	0,8	0,4	0,5	0,6	0,3	0,8	0,5
	Обучение	1	1	0,5	0,4	1	1	0,4	0,9	1
	Контроль поведения	0,8	0,8	0,7	0,5	0,5	0,4	0,2	2	0,6
от 2 до 4 лет	Мелкая моторика	0,2	0,1	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,4	0,0
	Игры	0,3	0,1	0,5	0,1	0,4	0,3	0,2	0,7	0,1
от 5 до 17 лет	Уход за собой	0,6	0,4	0,5	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,5
	Запоминание	0,7	0,8	0,5	0,3	0,3	0,8	0,3	0,5	0,7
	Концентрация внимания	0,9	0,8	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5	0,5
	Принятие изменений	0,8	0,9	1	0,6	0,4	1	0,3	3	0,5
	Заводить дружбу	1	0,6	0,9	0,6	0,5	1	0,5	1	0,6
	Признаки беспокойства	1	4	5	5	9	2	0,5	13	6
	Признаки депрессии	0,5	2	2	2	2	0,8	0,4	4	2

Дети из цыганских поселений обладают инвалидностью значительно чаще

ТАБЛИЦА 3 Процент детей в возрасте от 2 до 17 лет с одним или несколькими функциональными нарушениями

	Косово	Сербия	Северная Македония	Черногория
Национальные выборки	8	4	9	6
Поселения цыган	14	11	19	21

Примечания: данные о поселениях цыган доступны только по этим четырем странам. Национальные выборки включают детей из цыганских поселений, поэтому ожидается, что различия между детьми в цыганских поселениях и остальными детьми будут больше, чем показано на этой диаграмме. Все различия статистически значимы.

Каждый ребенок имеет право на благоприятное семейное окружение без насилия

Все дети имеют право расти в окружении семьи, которая обеспечивает им любовь, питание, защиту, возможности для раннего обучения и надлежащий уход, необходимые для выживания, роста и процветания.



Показатели и источники данных, использованные в этой главе

Представленные в этой главе данные по странам взяты из результатов MICS, проведенных в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Северной Македонии, Сербии, Туркменистане, Узбекистане и Черногории в период с 2018 по 2022 год.

Раннее развитие и надлежащий уход: процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, которые в течение последних трех дней участвовали в четырех или более мероприятиях по обеспечению раннего развития и надлежащего ухода с любым из взрослых членов семьи (матерью, отцом, другими). Мероприятия могли включать чтение книг или просмотр книжек с картинками вместе с ребенком, рассказывание историй, пение песен ребенку или вместе с ним, вывоз ребенка за пределы дома, игра с ребенком, называние, подсчет или рисование предметов для ребенка или вместе с ним.

Наличие детских книг: процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, у которых есть три или более детские книги.

Наличие игрушек: процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, которые играют двумя или более типами игрушек. К игрушкам относятся самодельные игрушки, такие как куклы, автомобили или другие игрушки, сделанные дома, а также игрушки из магазина или фабричные игрушки, предметы домашнего обихода, такие как миски или кастрюли, или предметы, найденные вне дома, например палки, камни, панцири животных или листья.

Психологическая агрессия: процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые испытали за последний месяц какую-либо психологическую агрессию со стороны лиц, осуществляющих уход.

Суровые телесные наказания: процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, подвергшихся за последний месяц суровым телесным наказаниям со стороны воспитателей.

Только дисциплинарные меры без насилия: процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые в прошлом месяце подвергались только наказаниям без насилия со стороны воспитателей.

Отношение к телесным наказаниям: процент матерей детей в возрасте от 2 до 14 лет, считающих, что телесные наказания необходимы для надлежащего воспитания или обучения ребенка.

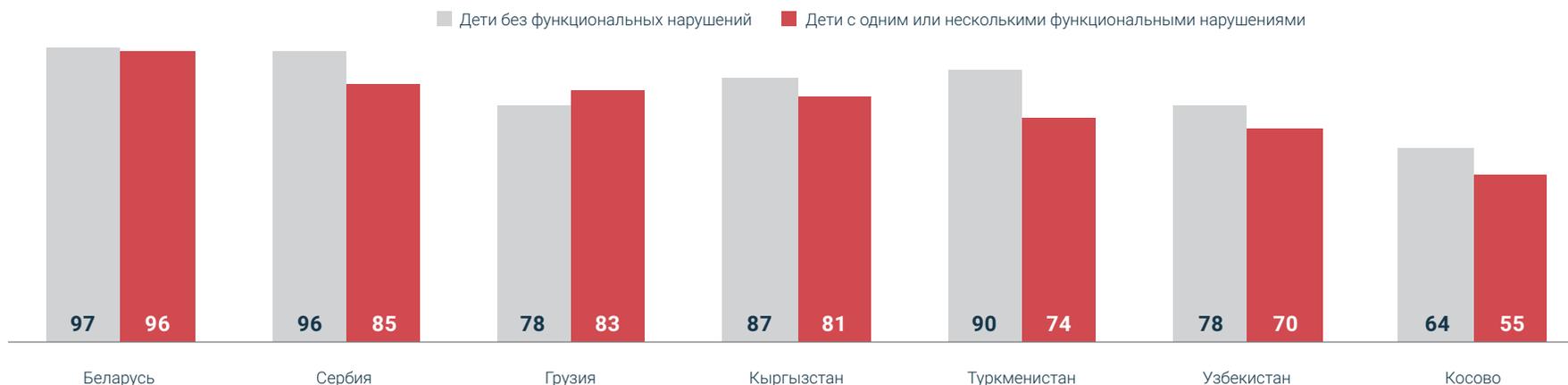
Определения и проблемы интерпретации данных

Общее ограничение, которое относится к нескольким измеряемым показателям, касается возраста измеряемых детей. Показатели развития детей раннего возраста, касающиеся доступности детских книг и игрушек, измеряют реакцию детей в возрасте до 5 лет. Однако дети в возрасте до 2 лет в этих данных не представлены, поскольку модуль по функциональным способностям детей охватывает только детей в возрасте не менее 2 лет. Таким образом, полученные данные не отражают ситуацию среди детей самого младшего возраста, для которых отсутствие надлежащего ухода или игрушек имеет решающее значение.

Результаты, касающиеся насильственных методов дисциплинарного воздействия, следует интерпретировать с осторожностью, поскольку для значительного процента детей с функциональными нарушениями о применении дисциплинарных методов не сообщалось. Для детей с нарушениями в некоторых доменах функционирования результат «о методе дисциплинарного воздействия не сообщается» более чем в пять раз выше, чем для детей без инвалидности. Это указывает на наличие проблем в рамках данного показателя, чему может быть множество объяснений. Данные для этого показателя собираются интервьюером, который спрашивает, подвергается ли ребенок различным дисциплинарным методам — как положительным, так и отрицательным. Поэтому возможно, что методы, используемые в отношении детей с инвалидностью, существенно отличаются от методов, используемых в отношении детей без инвалидности. Однако, поскольку они не упоминаются в анкете, то остаются незарегистрированными. С другой стороны, это может свидетельствовать о том, что родители не занимаются со своими детьми с инвалидностью и не тратят время и энергию на привитие им дисциплины, как положительными, так и отрицательными стимулами.

В Туркменистане и Сербии дети с инвалидностью значительно реже получают раннее развитие и надлежащий уход, чем дети без инвалидности

РИСУНОК 10 Процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, которые в течение последних трех дней участвовали в четырех или более мероприятиях по обеспечению раннего развития и надлежащего ухода с любым взрослым членом семьи



Примечания: различия для Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстана и Узбекистана не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Сербии и Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Черногории и Северной Македонии не показаны, поскольку для них получено менее 25 невзвешенных наблюдений.

Отцы, как правило, меньше занимаются ранним развитием, чем матери, но это неравенство более выражено среди родителей детей с инвалидностью

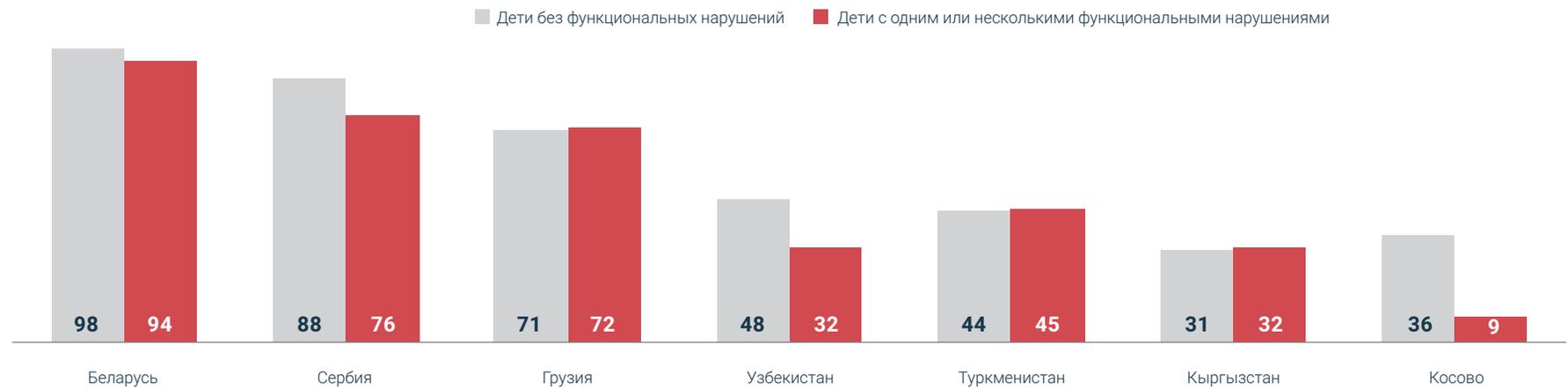
РИСУНОК 11 Процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, которые в течение последних трех дней участвовали в четырех или более занятиях со своей матерью или отцом по раннему развитию и надлежащему уходу



Примечания: различия в проценте детей, занимающихся со своей матерью четырьмя и более видами деятельности, в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Сербии, Туркменистане и Узбекистане не являются статистически значимыми. Различия в проценте детей, занимающихся со своим отцом четырьмя и более видами деятельности, в Беларуси, Косово, Кыргызстане, Сербии, Туркменистане и Узбекистане не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Сербии и Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Черногории и Северной Македонии не показаны, поскольку для них получено менее 25 невзвешенных наблюдений.

В Косово у детей с инвалидностью в четыре раза меньше шансов иметь три или более детские книги, чем у детей без инвалидности

РИСУНОК 12 Процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, у которых есть три или более детские книги



Примечания: значения для Беларуси, Грузии, Кыргызстана, Сербии и Туркменистана не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Сербии и Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Черногории и Северной Македонии не показаны, поскольку для них получено менее 25 невзвешенных наблюдений.

В Туркменистане и Сербии дети с инвалидностью реже имеют два или более вида игрушек, чем дети без инвалидности

РИСУНОК 13 Процент детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, которые играют двумя или более типами игрушек



Примечания: значения для Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстана и Узбекистана не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Сербии и Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Черногории и Северной Македонии не показаны, поскольку для них получено менее 25 невзвешенных наблюдений.

В Беларуси, Косово, Кыргызстане, Северной Македонии и Узбекистане дети с инвалидностью значительно чаще подвергаются психологической агрессии со стороны воспитателей, чем дети без инвалидности

РИСУНОК 14 Процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, испытавших за последний месяц со стороны воспитателей любого рода психологическую агрессию



Примечание: различия для Грузии, Сербии, Туркменистана и Черногории не являются статистически значимыми.

В Грузии, Кыргызстане, Северной Македонии и Узбекистане дети с инвалидностью чаще подвергаются суровым телесным наказаниям, чем дети без инвалидности

РИСУНОК 15 Процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, подвергшихся за последний месяц суровым телесным наказаниям со стороны воспитателей



Примечание: различия для Беларуси, Косово, Сербии, Туркменистана и Черногории не являются статистически значимыми.

В Беларуси, Грузии, Кыргызстане, Северной Македонии и Узбекистане дети с инвалидностью реже подвергаются только ненасильственным формам дисциплинарного воздействия, чем дети без инвалидности

РИСУНОК 16 Процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые за последний месяц подвергались со стороны воспитателей только ненасильственным наказаниям



Примечание: различия для Косово, Сербии, Туркменистана и Черногории не являются статистически значимыми.

В Грузии, Косово, Северной Македонии и Узбекистане матери детей с инвалидностью значительно чаще считают, что для правильного воспитания ребенка необходимы телесные наказания, тогда как в Черногории и Туркменистане все наоборот

РИСУНОК 17 Процент матерей детей в возрасте от 2 до 14 лет, считающих, что телесные наказания необходимы для надлежащего воспитания или обучения ребенка



Примечание: различия для Беларуси, Кыргызстана и Сербии не являются статистически значимыми.

Каждый ребенок имеет право учиться

Образование дает детям знания и навыки, необходимые им для роста и процветания, создавая благополучие, путь к будущим возможностям и более здоровой жизни. Обеспечение для всех детей возможностей добиться успеха в школе требует равенства и инклюзивности, которые гарантируют доступ, участие, прогресс и достижение ключевых результатов обучения. Это означает учет всех аспектов получения образования ребенком, устранение различий и барьеров, которые начинаются в раннем возрасте, накапливаются в детстве и формируют дополнительные неблагоприятные условия для наиболее маргинализированных детей, включая детей с инвалидностью.

Показатели, используемые в этой главе

Представленные в этой главе данные по странам взяты из результатов MICS, проведенных в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Северной Македонии, Сербии, Туркменистане, Узбекистане и Черногории в период с 2018 по 2022 год.

Доля не посещающих школу: процент:

- Детей младшего школьного возраста, которые не посещают дошкольные учреждения или начальную школу.
- Детей среднего школьного возраста, которые не посещают начальную школу, младшие или старшие классы средней школы.
- Детей старшего школьного возраста, которые не посещают начальную школу, младшие или старшие классы средней школы.

Скорректированный чистый коэффициент посещаемости (ANAR): процентная доля:

- Детей дошкольного возраста, посещающих в настоящее время дошкольные учреждения или начальную школу.
- Детей младшего школьного возраста, посещающих в настоящее время начальную или среднюю школу.
- Детей среднего школьного возраста, которые в настоящее время посещают младшие или старшие классы средней школы.
- Детей старшего школьного возраста, которые в настоящее время посещают старшие классы средней школы.

Никогда не посещавшие школу: процент детей в возрасте от 10 до 17 лет, которые никогда не посещали школу.

Чтение:

- Процент детей в возрасте от 7 до 14 лет, которые читают книги или которым читают книги дома.

Результаты обучения:

- Базовые навыки чтения: процент детей в возрасте от 7 до 14 лет, демонстрирующих базовые навыки чтения, успешно выполняя три основных задания по чтению:
 - о распознавание слов (правильное чтение 90 процентов слов в рассказе);
 - о простые вопросы (правильные ответы на три простых вопроса по содержанию рассказа);
 - о вопросы на логику (правильный ответ на два вопроса на логику).

Только после правильного чтения 90 процентов слов в рассказе и правильных ответов на вопросы всех трех категорий модуля можно считать, что ребенок обладает базовыми навыками чтения.

- Базовые навыки счета: процент детей в возрасте от 7 до 14 лет, которые демонстрируют базовые навыки счета, успешно выполняя четыре основных задания по счету:
 - о чтение чисел;
 - о способность различать числа;
 - о суммирование;
 - о распознавание образов.

В каждой категории есть несколько вопросов, и ребенок, чтобы его можно было считать обладающим базовыми навыками счета, должен правильно ответить на каждый вопрос в каждой категории.

Поддержка, связанная с посещением школы: процент посещающих школу детей в возрасте от 5 до 17 лет, которые получали в текущем или последнем учебном году какой-либо вид поддержки, связанной со школой, либо в форме оплаты обучения, либо в виде другой поддержки (например, предоставление учебников, расходных материалов, школьной формы и т. д.).

Определения и проблемы интерпретации данных

Для точной интерпретации результатов, представленных в этой главе, необходимо решить несколько методологических вопросов.

Значимым аргументом является ограниченность данных для обеспечения всестороннего учета всех факторов, влияющих на опыт обучения ребенка. Хотя использованные здесь показатели измеряют охват детей процессом образования и его результаты, они не в полной мере отражают опыт детей с инвалидностью в получении образования и те препятствия, с которыми они сталкиваются. Для такого понимания необходимы дополнительная информация и источники данных.

Еще одним ограничением этих данных является невозможность провести различие между детьми, обучающимися в общеобразовательной школе, и детьми, обучающимися в образовательных учреждениях, ориентированных на людей с инвалидностью. Это важно, поскольку во многих странах школы для детей с инвалидностью изолированы от общей системы образования. Например, то, что считается прогрессом в специальной школе, может существенно отличаться от этого понятия в обычной школе; это принципиально меняет реакцию на то, что

считается для ребенка «на уровне». Если бы это различие можно было уловить, то указанное в отчетах неравенство между детьми с инвалидностью и без нее, вероятно, было бы еще больше.

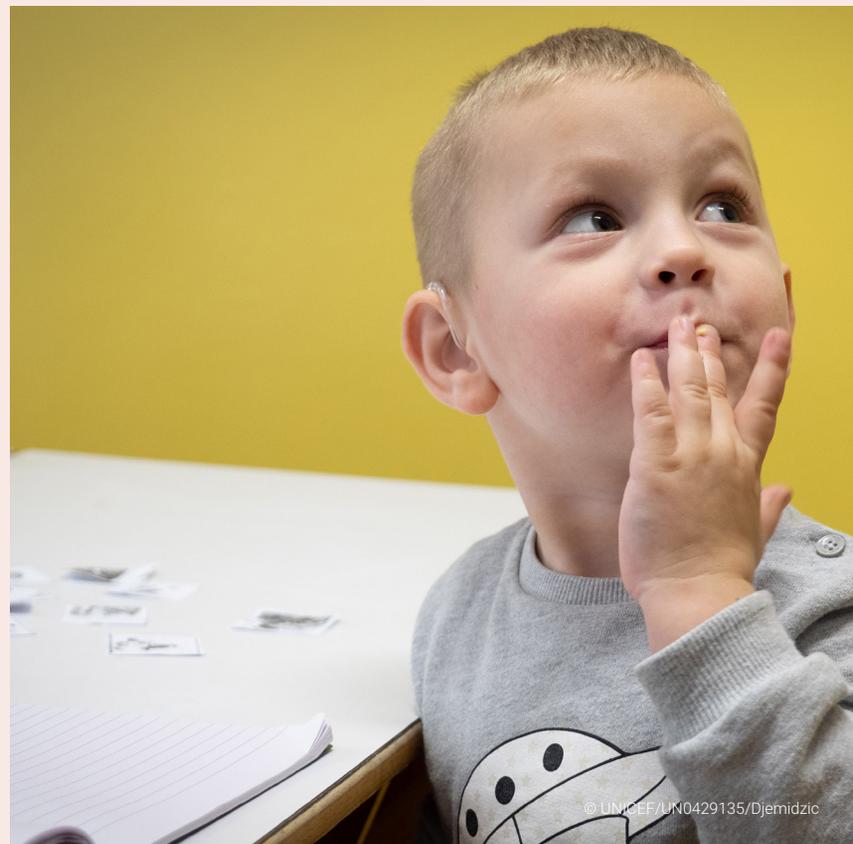
Еще одно ограничение связано с показателем, оценивающим образовательную поддержку учащихся. Хотя этот показатель измеряет, получает ли ребенок такую поддержку, он не дает никакого представления о том, является ли эта поддержка достаточной для удовлетворения потребностей ребенка. Это особенно актуально в случае детей с инвалидностью, для которых поддержка, особенно в натуральной форме в виде предметов снабжения, школьной формы, учебников и т. д., может быть недостаточной и, следовательно, приносить мало пользы или вообще не давать ее. Хотя этот показатель действительно предоставляет информацию о поддержке детей с инвалидностью и без нее, тем не менее, его следует рассматривать, учитывая данное ограничение.

Результаты по посещаемости старших классов средней школы основаны на данных о детях, которым на момент проведения опроса было меньше 18 лет. Таким образом, эти результаты следует интерпретировать осторожно, учитывая, что они не включают лиц старше 18 лет, которые, возможно, все еще посещали старшие классы средней школы.

Последний аргумент заключается в том, что знаменатели, используемые для расчета некоторых показателей, охватывают не все детское население, представленное в выборке. Например, показатели по не посещающим школу учитывают только детей, которые когда-либо посещали школу. Хорошо известно, что наиболее маргинализированные дети в обществе, в том числе дети с инвалидностью, как правило, избыточно представлены среди тех, кто не посещает школу, либо потому, что они никогда ее не посещали, либо потому, что они ее бросили. Таким образом, результаты, показывающие дезагрегированную информацию об успеваемости в школе для детей с инвалидностью и без нее, отражают опыт подгруппы детей, которые, по всей вероятности, сталкиваются с меньшими препятствиями при получении образования, чем те, кто никогда не мог посещать школу.

Аналогичное соображение применимо и к результатам базового обучения. В этом случае показатели по базовым навыкам чтения и счета формируются только в отношении детей, которые могут выполнить три задания по чтению и четыре задания по счету. Незавершенные наблюдения включают детей, которые начали выполнять задания по оцениванию, но не смогли их закончить, которые отказались проходить оценивание (или чьи матери не разрешили им это делать), или которые не смогли участвовать в оценивании из-за своей болезни или функционального

нарушения. Таким образом, невозможность доступа может препятствовать участию некоторых детей (например, если ребенок незрячий или для участия нуждается во вспомогательных технологиях или разумных приспособлениях, а их невозможно предоставить). Следовательно, интерпретировать результаты, показывающие различия в базовых навыках обучения у детей с инвалидностью и без нее, необходимо с учетом того, что дети с определенными затруднениями участвовать в такой оценке будут с меньшей вероятностью.



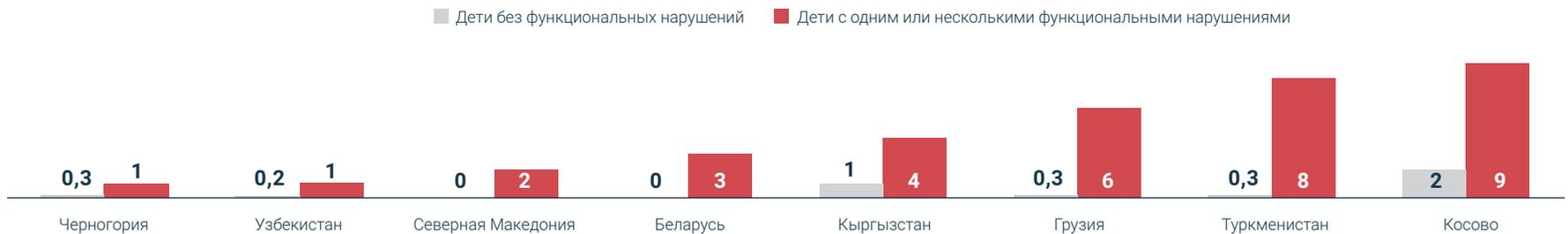
В зависимости от страны и уровня образования, дети с инвалидностью чаще не посещают школу, чем дети без инвалидности

РИСУНОК 18 Процент детей младшего школьного возраста, не посещающих начальную или среднюю школу



Примечания: различия для Грузии, Косово, Кыргызстана, Северной Македонии, Узбекистана и Черногории не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Черногории и Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Сербии не показаны, поскольку для этой страны выявлено менее 25 невзвешенных наблюдений.

РИСУНОК 19 Процент детей младшего школьного возраста, которые не посещают начальную школу, младшие или старшие классы средней школы



Примечания: различия для Черногории и Узбекистана не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Беларуси, Северной Македонии, Туркменистане и Черногории основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Сербии не показаны, поскольку для этой страны выявлено менее 25 невзвешенных наблюдений.

РИСУНОК 20 Процент детей старшего школьного возраста, которые не посещают начальную школу, младшие или старшие классы средней школы



Примечания: различия для Грузии, Северной Македонии, Узбекистана и Черногории не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Косово, Черногории и Северной Македонии основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Беларуси, Кыргызстана, Сербии и Туркменистана не показаны, поскольку для этих стран выявлено менее 25 невзвешенных наблюдений.



В Европе и Центральной Азии различия в посещаемости школы между детьми с инвалидностью и без нее невелики; тем не менее, в большинстве стран на определенном этапе обучения дети с инвалидностью все еще посещают школу несколько меньше

ТАБЛИЦА 4 Скорректированный чистый коэффициент посещаемости (ANAR) для детей с функциональными нарушениями, деленный на ANAR для детей без функциональных нарушений

	Дошкольные учреждения	Начальная школа	Младшие классы средней школы	Старшие классы средней школы
Беларусь	(*)	0,8	(1,0)	(*)
Грузия	(1,0)	1,0	0,9	0,9
Косово	(*)	1,0	0,9	(0,9)
Кыргызстан	(1,0)	1,0	1,0	(*)
Северная Македония	(*)	1,0	(1,0)	(1,1)
Туркменистан	(1,0)	(1,0)	(0,9)	(*)
Узбекистан	(1,0)	1,0	1,0	1,0
Черногория	(*)	(1,0)	(0,9)	(0,9)

Примечания: значение 1,0 означает равенство между детьми с функциональными нарушениями и без них; значения выше 1,0 указывают на более высокую посещаемость детей с функциональными нарушениями; значения ниже 1,0 указывают на более низкую посещаемость детей с функциональными нарушениями. Числа в скобках основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Звездочка в скобках (*) означает, что результаты не показаны, поскольку для них выявлено менее 25 невзвешенных наблюдений. Данные по Сербии не показаны, поскольку все значения основаны на менее чем 25 невзвешенных наблюдениях.

Хотя доля детей, которым было отказано в образовании, во всех странах невелика, вероятность того, что дети с инвалидностью никогда не посещали школу, по-прежнему выше, чем у их сверстников, не имеющих инвалидности

РИСУНОК 21 Процент детей в возрасте от 10 до 17 лет, которые никогда не посещали школу



Примечания: различия для Косово и Северной Македонии не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Сербии не показаны, поскольку для этой страны выявлено менее 25 невзвешенных наблюдений.

В Беларуси, Косово, Кыргызстане и Туркменистане дети с инвалидностью реже, чем дети без инвалидности, читают или им читают дома

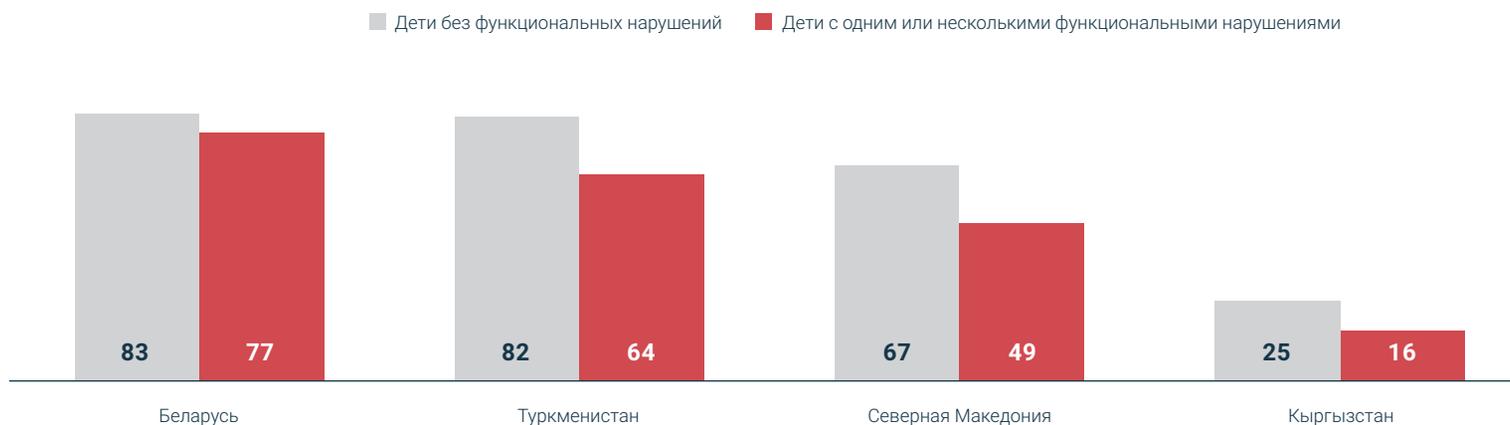
РИСУНОК 22 Процент детей в возрасте от 7 до 14 лет, которые читают книги или которым читают дома



Примечания: различия для Северной Македонии не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Данные по этому показателю недоступны для Грузии, Сербии, Узбекистана и Черногории.

В Туркменистане у детей с инвалидностью значительно меньше шансов овладеть базовыми навыками чтения, чем у детей без инвалидности.

РИСУНОК 23 Процент детей в возрасте от 7 до 14 лет, демонстрирующих базовые навыки чтения, успешно выполнив три основных задания по чтению



Примечания: различия для Беларуси, Кыргызстана и Северной Македонии не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Данные по этому показателю недоступны для Грузии, Косово, Сербии, Узбекистана и Черногории.

В Кыргызстане дети с инвалидностью значительно реже обладают базовыми навыками счета, чем дети без инвалидности

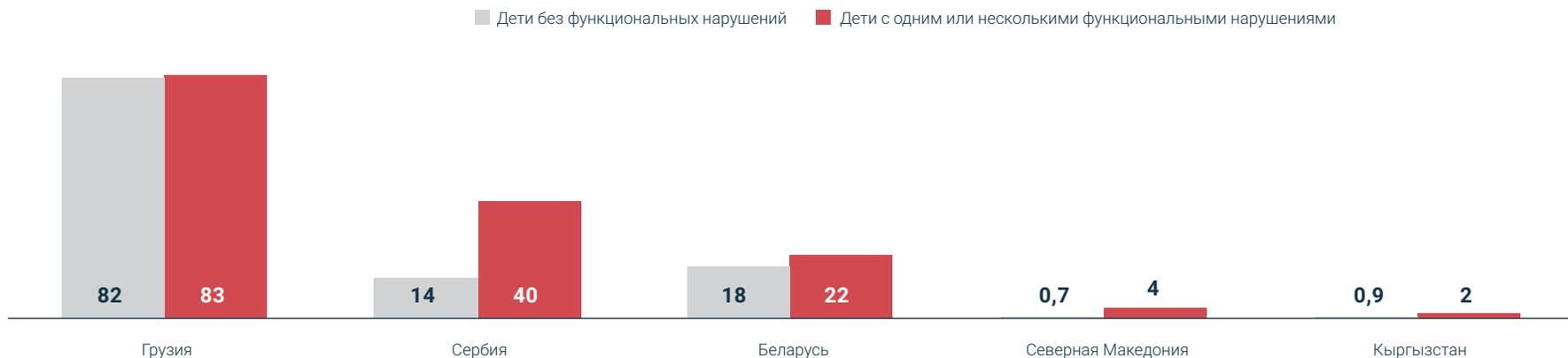
РИСУНОК 24 Процент детей в возрасте от 7 до 14 лет, которые демонстрируют базовые навыки счета, успешно выполнив четыре основных задания по счету



Примечания: различия для Беларуси, Северной Македонии и Туркменистана не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Туркменистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Данные по этому показателю недоступны для Грузии, Косово, Сербии, Узбекистана и Черногории.

В Сербии дети с инвалидностью почти в три раза чаще, чем дети без инвалидности, получают поддержку, связанную с посещением школы

РИСУНОК 25 Процент детей в возрасте от 5 до 17 лет, которые в настоящее время посещают школу и получили в текущем или последнем учебном году какой-либо вид поддержки, связанной со школьным обучением



Примечания: различия для Беларуси, Грузии, Кыргызстана и Северной Македонии не являются статистически значимыми. Данные по этому показателю недоступны для Косово, Туркменистана, Узбекистана и Черногории.

Каждый ребенок имеет право на равные шансы в жизни

ЦУР 1 призывает положить конец бедности повсюду, во всех ее формах и признает необходимость целостного взгляда на бедность, выходящего за рамки только уровня доходов. Помимо этого, ЦУР признают важность для достижения этой цели таких механизмов, как медицинское страхование и социальная защита, а задача 1.3 призывает к внедрению соответствующих национальным условиям систем и мер социальной защиты для всех. Цель 10 признает необходимость обеспечения равных возможностей и сокращения неравенства в достижении положительных результатов, в том числе посредством отмены дискриминационных законов, регламентирующих документов и практик, а также продвижения соответствующего законодательства, политики и действий.

Показатели и источники данных, использованные в этой главе

Представленные в этой главе данные по странам взяты из результатов MICS, проведенных в Беларуси, Грузии, Косово, Кыргызстане, Северной Македонии, Сербии, Туркменистане, Узбекистане и Черногории в период с 2018 по 2022 год.

Охват медицинским страхованием: процент детей в возрасте от 2 до 17 лет, охваченных медицинской страховкой.

Социальные выплаты: процент проживающих в домохозяйстве детей в возрасте от 2 до 17 лет, получавших какие-либо социальные выплаты и льготы за последние три месяца.

Дискриминация: процент подростков в возрасте от 15 до 17 лет, которые сообщают, что лично ощущали дискриминацию или преследования в течение предыдущих 12 месяцев по причине инвалидности или по одному из других оснований для дискриминации, запрещенных международным законодательством в отношении прав человека.

Определения и интерпретация данных

Как и для других показателей в этом докладе, при интерпретации результатов необходимо учитывать определенные вопросы. Хотя социальная защита включает в себя множество мер, помимо социальных выплат, о многих, если не о большинстве, неденежных мер существует нехватка сопоставимых на международном уровне данных. Более того, модуль MICS о социальных выплатах должен адаптироваться на уровне страны, поэтому полученные данные не всегда сопоставимы. В большинстве стран по результатам опроса невозможно понять, связаны ли были каким-либо образом социальные выплаты с инвалидностью или были предоставлены домохозяйству по другим причинам. Особый случай — в противоположном направлении — представляет собой Туркменистан. В их MICS, результаты которого использовали в качестве основы для данного анализа, был специальный подраздел «Модуль социальных выплат для детей». В нем определялось, получал ли когда-либо ребенок в возрасте от 0 до 17 лет государственное пособие по инвалидности. Это позволило в данных из Туркменистана конкретно отразить социальные выплаты для детей с инвалидностью.

Одним из ограничений в результатах по дискриминации является высокая доля недостающей информации среди детей с затруднениями в определенных

функциональных доменах. Поскольку эти данные собираются с помощью опросника, предназначенного непосредственно для детей в возрасте от 15 до 17 лет, те, у кого были определенные нарушения, не могли быть опрошены из-за ограничений по размещению во время проведения обследования.

Еще одним ограничением в отношении проблемы дискриминации являются вопросы, основанные на восприятии ребенка. Хотя результаты вопросов о дискриминации позволяют оценить, осознают ли подростки, что они подвергались дискриминации либо из-за их инвалидности, либо по другой причине, эти результаты не могут однозначно показать, действительно ли дискриминация имела место. По этой причине следует понимать, что выводы о дискриминации основаны лишь на ее восприятии.



В большинстве стран не обнаружено существенных различий в охвате медицинским страхованием детей с инвалидностью и без нее, однако в Туркменистане вероятность такого охвата у детей с инвалидностью значительно больше

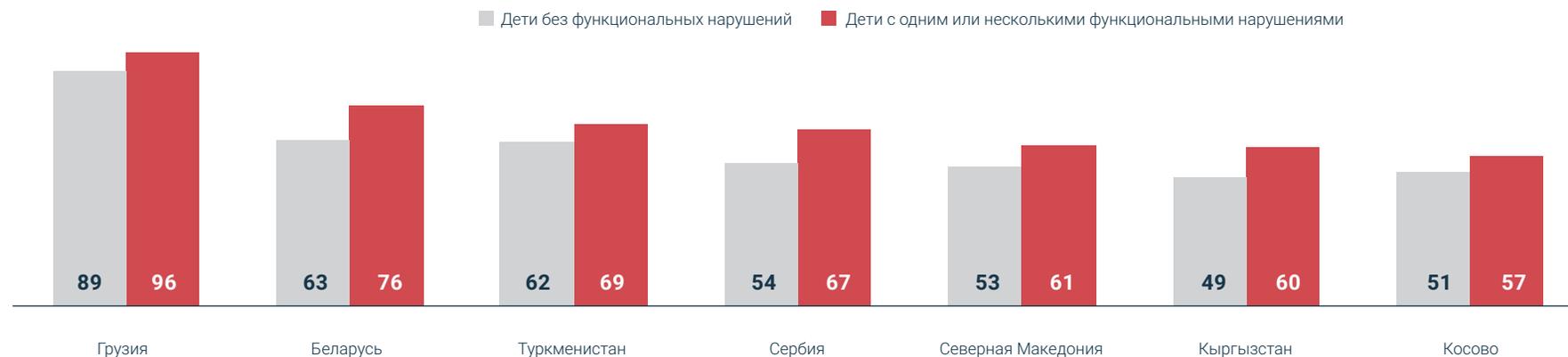
РИСУНОК 26 Процент детей в возрасте от 2 до 17 лет, охваченных медицинской страховкой



Примечания: различия для Грузии, Косово, Северной Македонии и Сербии не являются статистически значимыми. Данные по этому показателю для Беларуси, Кыргызстана, Узбекистана и Черногории недоступны.

В Беларуси, Грузии и Кыргызстане дети с инвалидностью чаще живут в семьях, получающих социальные выплаты и льготы, по сравнению с детьми без инвалидности

РИСУНОК 27 Процент детей в возрасте от 2 до 17 лет, проживающих в домохозяйстве, получавшем какие-либо социальные выплаты и льготы за последние три месяца



Примечания: различия для Косово, Северной Македонии, Сербии и Туркменистана не являются статистически значимыми. Данные по этому показателю для Черногории и Узбекистана недоступны.

В Грузии и Узбекистане дети с инвалидностью с большей вероятностью чувствуют себя подвергнутыми дискриминации (по сравнению с детьми без инвалидности)

РИСУНОК 28 Процент подростков в возрасте от 15 до 17 лет, которые сообщают, что лично ощущали дискриминацию или преследования в течение предыдущих 12 месяцев по причине инвалидности или по одному из других оснований для дискриминации, запрещенной международными нормами о правах человека



Примечания: различия для Косово не являются статистически значимыми. Значения для детей с одним или несколькими функциональными нарушениями в Грузии, Косово и Узбекистане основаны на 25–49 невзвешенных наблюдениях. Значения для Беларуси, Кыргызстана, Черногории, Северной Македонии, Сербии и Туркменистана не показаны, поскольку они основаны на менее чем 25 невзвешенных наблюдениях.



Реализация прав каждого ребенка в Европе и Центральной Азии



Включение детей с инвалидностью во все аспекты жизни должно быть приоритетом — как в Европе и Центральной Азии, так и в остальном мире. Каждому ребенку, где бы он ни был, есть что предложить. Его или ее энергия, таланты и идеи могут оказать положительное влияние на семью, сообщества и мир.

Почти 11 миллионов детей в Европе и Центральной Азии обладают той или иной формой инвалидности.

Сопоставимые данные из девяти стран региона дают представление о характеристиках и благополучии этих детей. Доля детей с инвалидностью колеблется от 2 процентов в Туркменистане до 16 процентов в Узбекистане. Однако во всех девяти странах большинство детей с инвалидностью испытывают затруднения только в одной сфере функционирования. Большая часть детей испытывают социально-психологические затруднения, особенно признаки тревоги.

Наблюдаются заметные различия в способах воспитания детей с инвалидностью и без них. В Туркменистане и Сербии дети с инвалидностью с меньшей вероятностью получают адекватное раннее развитие и надлежащий уход, чем дети без инвалидности. Также в этих странах дети с инвалидностью реже обладают двумя или более игрушками. В Грузии, Северной Македонии и Узбекистане у детей с инвалидностью выше риск подвергнуться суровому телесному наказанию, и матери детей с инвалидностью в этих странах чаще считают, что физическое наказание необходимо для правильного воспитания ребенка.

В большинстве стран дети с инвалидностью реже посещают школу, чем их сверстники без инвалидности. Хотя в этом регионе доля детей, никогда не посещавших школу, невелика, в эту группу чаще попадают дети с инвалидностью. В некоторых странах дети с инвалидностью с меньшей вероятностью читают дома книги или просят кого-нибудь почитать книги им. Лишь в меньшей доле стран дети с инвалидностью с меньшей вероятностью обладают базовыми навыками чтения или счета по сравнению с детьми без инвалидности. Дети с инвалидностью получают чаще поддержку, связанную с посещением школы, только в Сербии. Вероятность быть охваченными медицинским страхованием в большинстве стран региона у детей с инвалидностью такая же, как и у детей без инвалидности. Однако в некоторых странах дети с инвалидностью живут чаще в семьях, которые зависят от социальных пособий или выплат. Кроме того, дети с инвалидностью чаще, чем их сверстники без инвалидности, подвергаются дискриминации.

В совокупности эти данные иллюстрируют те лишения, с которыми сталкиваются дети с инвалидностью в Европе и Центральной Азии. Они также предполагают, что жизненный опыт этих детей существенно различается. Полученные результаты могут стать отправной точкой для разработки политики, направленной на устранение неравенства и обеспечение равных возможностей для всех детей.

От знаний к действию

Все дети с инвалидностью заслуживают возможности развиваться. Чтобы эта возможность стала реальностью, правительства должны учитывать весь спектр потребностей этих детей и их семей в предоставлении программ и услуг. Им необходимо работать вместе с этими лицами или ассоциациями людей с инвалидностью, чтобы гарантировать, что:

- Все социальные услуги и среда являются инклюзивными и доступными, поэтому уход и помощь на уровне сообщества, важная информация и возможности для игр и занятий доступны каждому ребенку, как во времена стабильности, так и во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций.
- Образование является инклюзивным и доступным, поэтому дети с инвалидностью могут ходить в школу в своих общинах и учиться вместе со своими сверстниками, не имеющими инвалидности.
- Дети с инвалидностью защищены от насилия, жестокого обращения, пренебрежения и эксплуатации, могут воспользоваться регистрацией рождения и поддержкой семьи, а также могут обращаться за дружественной к ребенку и учитывающей интересы людей с инвалидностью поддержкой и справедливостью, если их права нарушаются.
- Дети с инвалидностью имеют доступ к социально-психологической помощи,

чтобы они могли поддерживать свое самочувствие и получать помощь при таких проблемах психического здоровья, как тревога и депрессия.

- Стигматизация и дискриминация в отношении детей с инвалидностью и их семей искоренены, а голоса детей с инвалидностью услышаны.
- Дети с инвалидностью и их семьи охвачены адекватной социальной защитой, которая поддерживает их индивидуальные потребности, связывает их с критически важными услугами и помогает разорвать порочный круг бедности, лишений и изоляции.
- Родители и опекуны детей с инвалидностью получают поддержку, позволяющую им наилучшим образом воспитывать своих детей, сохраняя при этом свое собственное психическое здоровье и самочувствие.
- Надежные, актуальные и всеобъемлющие данные собираются через регулярные промежутки времени.

Инклюзивность для каждого ребенка

Степень, с какой дети с инвалидностью испытывают лишения, чувствуют себя дискриминируемыми и лишены надежды на будущее, ясно показывает, что действий общества недостаточно для реализации самых основных прав человека в отношении всех детей. В результате продолжается порочный круг изоляции и неблагоприятного положения, из-за которого дети с инвалидностью остаются без должного внимания. Потенциал для перемен начинается с понимания того, что проблема сводится к созданным обществом барьерам, которые являются вопросом выбора, а не неизменной реальностью. Частично эти изменения будут включать в себя признание детей с инвалидностью и принятие разнообразия во всех его формах.

Это начинается прямо здесь, прямо сейчас. Когда детей с инвалидностью видят и учитывают, тогда они перестают быть невидимыми, и обещание инклюзивности становится реальной возможностью.

Промежуточные шаги зависят от каждой заинтересованной стороны. Они предполагают общую ответственность, подотчетность и совместную работу для обеспечения того, чтобы все дети, включая детей с инвалидностью, могли реализовать свой врожденный потенциал.

Техническое приложение

Техническая работа, лежащая в основе этого доклада, была направлена на получение оценок количества детей с инвалидностью в соответствии с Конвенцией о правах людей с инвалидностью и биопсихосоциальной концепцией инвалидности. Представленные здесь региональные и глобальные оценки основаны главным образом на информации о функциональных нарушениях или ограничениях среди детей, собранной из источников, имеющих определенную степень сопоставимости между разными странами. Хотя большинство источников данных, включенных в оценки, относятся к данным, собранным с 2017 года, для некоторых стран используются не самые последние данные, а те, которые в наибольшей степени соответствуют концепции инвалидности, лежащей в основе глобальной оценки.

До этого доклада не проводилось какой-либо оценки глобального количества детей с инвалидностью, которая учитывала бы широкий спектр функциональных нарушений, а также проблемы с поведением и психическим здоровьем.

Единственная оценка, доступная за многие годы, показала, что той или иной формой инвалидности обладают 10 процентов населения мира¹². В 2011 году эта цифра была обновлена до 15 процентов, а также была проведена оценка количества детей в возрасте 14 лет и младше с умеренной или тяжелой инвалидностью: 93 миллиона детей, или 5 процентов детей этой возрастной группы¹³. На результат таких глобальных оценок влияют хорошо известные ограничения, связанные с измерением инвалидности.

Концепция инвалидности, описанная в докладе ВОЗ «Глобальное бремя болезней», 2004 г. (на котором основана оценка детей за 2011 г.), относится к воспринимаемой краткосрочной или долгосрочной потере здоровья, связанной с заболеванием,

и не полностью соответствует определению инвалидности, данному МКФ. Этот показатель инвалидности подвергался критике за игнорирование основных принципов участия и прав, а также за дискриминацию ценности людей с инвалидностью¹⁴.

Еще одним ограничением этого подхода является тот факт, что веса, приписываемые каждому нарушению, не учитывают различного воздействия, которое нарушение может оказывать на различных людей в силу условий окружающей среды¹⁵. Поскольку веса, используемые в докладе «Глобальное бремя болезней», не различаются в зависимости от географических регионов, они игнорируют многочисленные контекстуальные факторы, способные ухудшить функциональность у людей с одинаковыми нарушениями¹⁶.

Также влияет на качество данных использование медицинских концепций инвалидности. Сообщения об этих нарушениях обычно зависят от осведомленности родителей о симптомах и от ранее существовавшего диагноза. Таким образом, проблемой остается недостаточное выявление таких нарушений, поскольку диагностика зависит от наличия медицинских учреждений, где дети могут пройти обследование.

Более поздние оценки внесли определенные улучшения, такие как повышение внутренней согласованности различных источников данных за счет использования принципов метаанализа и корректировки оценок с учетом сопутствующих заболеваний¹⁷. Тем не менее, эти последние оценки по-прежнему сосредоточены в основном на бремени различных нарушений и заболеваний, а не на функциональных нарушениях или ограничении участия, с которыми сталкиваются дети с инвалидностью.



Как отбирались данные

ЮНИСЕФ ведет глобальную базу данных по источникам данных об инвалидности из 194 стран и регионов. База данных включает более 1000 результатов вместе с информацией о методологических аспектах, которые могут повлиять на количество детей, у которых установлена инвалидность. Выбор источников данных включал обширный процесс компиляции данных и консультаций с экспертами на страновом уровне для преодоления ограничений в доступности и сопоставимости данных, а также для учета мнений экспертов в процессе отбора, гармонизации и оценки данных.

После проверки глобальной базы данных по инвалидности были исключены источники данных, собранных до 2005 года, а также те, которые были получены не в результате переписей населения или обследований домохозяйств. Дополнительный критерий отбора был направлен на выявление данных, максимально соответствующих описанной ранее концепции инвалидности. Это означало выбор источников данных, собранных с помощью инструментов

измерения функциональных затруднений, а не данных о конкретных нарушениях или состоянии здоровья. Другим критерием отбора было применение шкалы оценок для определения тяжести функциональных затруднений, а не использование ответов на вопросы «да» или «нет».

На основе этих соображений и консультаций с экспертами были выбраны 103 источника данных, в том числе 31 источник для стран Европы и Центральной Азии. В совокупности эти источники данных представляют 84 процента детского населения мира и не менее 50 процентов детского населения в каждом регионе (таблица 5).

Технические консультации

Распространенной проблемой при составлении глобальных оценок является неоднородность источников данных. Хотя эту проблему можно было решить на основе строго статистического подхода, было признано важным учитывать опыт стран в процессе отбора и гармонизации данных.

ТАБЛИЦА 5 Страны и регионы, охват населения и инструменты сбора данных

	Страны и регионы		Процент детского населения	Вид инструмента			
	Общее количество	Число включенных в анализ		Модуль по функциональным способностям детей	Краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой	GALI	Другое
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	33	16	80	10	5	0	1
Восточная и Южная Африка	25	13	74	5	7	0	1
Европа и Центральная Азия	55	31	59	9	1	20	1
Латинская Америка и Карибский бассейн	37	14	74	10	3	0	1
Ближний Восток и Северная Африка	19	10	73	5	5	0	0
Северная Америка	2	2	100	2	0	0	0
Южная Азия	8	5	96	3	1	0	1
Западная и Центральная Африка	24	12	74	9	3	0	0
Общее	203	103	84	53	25	20	5

Работа по оценке была частью итеративного процесса, включавшего три этапа технических консультаций с экспертами в области данных о детях с инвалидностью. В их число вошли специалисты национальных статистических управлений, организаций людей с инвалидностью и научных кругов.

В соответствии со стандартным протоколом консультации были направлены на получение мнения экспертов о распространенности детей с функциональными нарушениями в их странах. Начальный этап консультаций был посвящен выработке общего понимания инвалидности в соответствии с МКФ и Конвенцией о правах инвалидов. За этим последовало углубленное обсуждение имеющейся информации на уровне стран и результатов анализа и оценки гармонизации данных. В ходе каждой консультации ЮНИСЕФ делился подробностями процесса и методологии, использованной для оценок, а также выбранных источников данных для каждого региона и страны. Мнения экспертов в отношении подхода к гармонизации данных были учтены и отражены в региональных и глобальных оценках.

Гармонизация данных

Гармонизация возрастных групп: результаты по возрастным группам были гармонизированы для соответствия возрастным группам модуля по функциональным способностям детей (дети в возрасте от 2 до 4 лет и от 5 до 17 лет). Для некоторых источников данных распространенность инвалидности в гармонизированных возрастных группах рассчитывалась непосредственно на основе эмпирических результатов, доступных на уровне страны. Для остальных источников гармонизированные результаты по возрастным группам были получены с использованием средневзвешенных значений имеющихся результатов.

Корректировка краткого опросника по функциональным возможностям, подготовленного Вашингтонской группой: инструменты, собирающие данные на основе ограниченного числа функциональных доменов, как правило, недооценивают долю детей с инвалидностью. Результаты, полученные в нескольких странах и регионах, где использовали как модуль по функциональным способностям детей, так и краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой, показывают, что число детей в возрасте от 5 до 17 лет, у которых выявлены функциональные нарушения по шести доменам, охватываемым кратким опросником, значительно ниже, чем число детей в возрасте от 5 до 17 лет, определенное по 13 доменам, включенным в модуль по функциональным возможностям детей. Хотя эта недооценка обусловлена в основном большим количеством доменов в модуле по функциональным

способностям детей, следует учитывать и другие источники недооценки, вызванные тем, что эти два инструмента обычно применяются в разных условиях. Например, хотя модуль по функциональным способностям детей предназначен для использования матерью ребенка (или ответственным опекуном, если мать умерла или проживает в другом домохозяйстве), то краткий опросник обычно заполняется главой домохозяйства. В таблице 6 показаны различия в оценках, полученных с помощью двух разных инструментов в семи странах и регионах.

Для исправления недооценки процента детей с инвалидностью, данные, основанные на кратком опроснике, были скорректированы. Процесс корректировки был следующим. Во-первых, были обработаны микроданные из 36 стран, которые использовали модуль по функциональным способностям детей, для получения на уровне страны результатов по проценту детей в возрасте от 5 до 17 лет, у которых было выявлено одно или несколько функциональных нарушений на основе: а) полного набора из 12 функциональных доменов и б) подмножества из 6 функциональных доменов, которые являются общими для двух инструментов. Во-вторых, для прогнозирования результатов на уровне страны по 12 функциональным доменам использовали модели линейной регрессии, основанные на результатах на уровне страны по 6 функциональным доменам и уровню смертности в стране детей в возрасте до пяти лет.

ТАБЛИЦА 6 Процент детей в возрасте от 5 до 17 лет с функциональными нарушениями, измеренный по шести доменам, включенным в краткий опросник, по тем же шести доменам в модуле по функциональным способностям детей и по 12 доменам в модуле по функциональным способностям детей

	Краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой (6 доменов)	Модуль по функциональным способностям детей (только 6 доменов)	Модуль по функциональным способностям детей (12 доменов)
Коста-Рика	4,0	7,1	21,1
Гайана	2,2	5,6	17,5
Мексика	1,5	4,1	11,2
Пакистан	2,5	5,0	17,9
Государство Палестина	1,5	3,0	14,9
Тонга	1,4	2,7	9,8
Зимбабве	4,7	4,9	10,1

Расчетная оценка по детям до 2 лет

Данных об инвалидности среди детей в возрасте до 2 лет недостаточно. На сегодняшний день не подтвержден ни один вопрос о функциональных нарушениях, который можно было бы использовать в ходе обследований для сбора данных о детях очень раннего возраста, чтобы получить надежные и сопоставимые на международном уровне результаты. Хотя наиболее серьезные нарушения проявляются рано, иногда даже до рождения детей, многие функциональные нарушения становятся явными только по мере взросления детей. Таким образом, измерение функциональных нарушений у детей в возрасте до 2 лет в контексте обследований или переписей населения затруднено, поскольку матери или ответственные опекуны могут не знать о таких нарушениях, особенно если они не являются серьезными. Однако исключение детей младше этого возраста приведет к систематической недооценке числа детей с инвалидностью. Оценки серьезных и тяжелых нарушений при рождении среди выживших детей, а также оценки нарушений нервного развития и когнитивных нарушений среди доношенных и доношенных детей варьируют от 2,4 до 2,8 процента¹⁸. Несмотря на то, что эти оценки ограничены тяжелыми нарушениями и состояниями, они доказывают, что следует ожидать, по крайней мере, похожих значений распространенности функциональных нарушений при рождении. Наконец, поскольку некоторые функциональные нарушения проявляются в глазах матерей только по мере взросления детей, разумно ожидать, что в течение первых двух лет будет отмечена более высокая доля детей с функциональными нарушениями. Таким образом, исходя из этих соображений, представляется разумным предположить, что в каждой стране оценка для детей в возрасте до 2 лет может быть основана на оценке для детей в возрасте от 2 до 4 лет.

Оценка регионального и глобального количества детей с инвалидностью

Для расчета оценок регионального и глобального числа детей с инвалидностью используется аппроксимация с помощью метаанализа. Метаанализ долей был проведен с использованием показателей распространенности детей с инвалидностью для каждой страны, 95-процентных доверительных интервалов и количества детского населения для всех возрастных групп. С помощью

количества детского населения показатели распространенности на уровне страны были преобразованы в число случаев. Региональные оценки были получены с использованием моделей случайных эффектов, учитывая, что, несмотря на усилия по гармонизации, методы, используемые для оценки распространенности инвалидности, были неоднородными. Этот подход также предполагал, что оценки распространенности из стран, которые не могли быть включены в анализ, были лучше обоснованы моделью случайных эффектов. Метаанализ случайных эффектов учитывает неоднородность распространенности в разных странах, а не полагается на распространенность в более крупных странах, как это предполагает модель с фиксированными эффектами. Единственным исключением был регион Северной Америки, где две страны, входящие в этот регион (Канада и США), использовали один и тот же инструмент и модель с фиксированными эффектами. Во всех других региональных оценках для учета изменчивости внутри страны и между странами использовались случайные эффекты. Затем региональные оценки использовали для получения глобальной оценки, взвешенной по численности населения (таблица 7).

Анализ с использованием микроданных на уровне страны

Все данные были получены из общедоступных наборов результатов MICS. Структура обследования MICS основана на вероятностном, кластерном, стратифицированном и многоэтапном подходе к выборке для получения показателей на уровне населения, репрезентативных на национальном уровне, в городских и сельских районах и в других областях (обычно регионах), в соответствии с выбранной для страны стратегией стратификации.

По состоянию на май 2023 года данные были доступны по девяти странам и регионам Европы и Центральной Азии. Результаты странового анализа, основанного на 25–49 невзвешенных наблюдениях, следует интерпретировать с осторожностью. Были исключены результаты, основанные на менее чем 25 невзвешенных наблюдениях. Все значения, кроме тех, которые меньше единицы, были округлены до ближайшего целого значения.

ТАБЛИЦА 7 Региональные и глобальные оценки

	Дети от 0 до 4 лет				Дети от 5 до 17 лет				Дети от 0 до 17 лет			
	%	Нижняя граница	Верхняя граница	Количество детей с инвалидностью (в тысячах)	%	Нижняя граница	Верхняя граница	Количество детей с инвалидностью (в тысячах)	%	Нижняя граница	Верхняя граница	Количество детей с инвалидностью (в тысячах)
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	3,5	3,3	3,8	5 333	9,5	7,5	11,6	37 788	7,8	6,7	9,1	43 121
Восточная и Южная Африка	5,2	4,5	6,0	4 509	12,8	11,2	14,4	24 356	10,4	9,5	11,3	28 865
Европа и Центральная Азия	2,7	2,4	3,1	1 515	6,5	5,6	7,4	9 299	5,5	4,9	6,0	10 814
Латинская Америка и Карибский бассейн	3,8	3,3	4,5	1 978	12,6	11,5	13,7	17 102	10,2	9,6	10,8	19 080
Ближний Восток и Северная Африка	4,5	3,3	6,0	2 246	16,9	13,5	20,5	18 694	13,1	11,3	15,1	20 940
Северная Америка	4,4	3,9	4,9	943	12,0	11,3	12,7	7 073	9,9	9,5	10,4	8 016
Южная Азия	3,7	2,9	4,7	6 254	13,0	10,2	16,1	58 177	10,5	9,0	12,2	64 431
Западная и Центральная Африка	6,8	5,8	7,9	6 139	18,9	15,3	22,7	34 944	14,9	12,8	17,2	41 083
Весь мир	4,3	4,1	4,6	28 917	12,5	11,7	13,3	207 433	10,1	9,7	10,6	236 350

Примечания: страны и регионы Европы и Центральной Азии включают Австрию, Азербайджан, Албанию, Андорру, Армению, Беларусь, Бельгию, Болгарию, Боснию и Герцеговину, Великобританию, Венгрию, Германию, Грецию, Грузию, Данию, Ирландию, Исландию, Испанию, Италию, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Латвию, Литву, Лихтенштейн, Люксембург, Македонию, Мальту, Молдова, Монако, Нидерланды, Норвегию, Польшу, Республику Румынию, Российскую Федерацию, Сан-Марино, Святой Престол, Северную Португалию, Сербию, Словакию, Словению, Таджикистан, Туркменистан, Турцию, Украину, Узбекистан, Финляндию, Францию, Хорватию, Черногорию, Чехию, Швейцарию, Швецию и Эстонию. Полный список стран и территорий в регионах и субрегионах см. на странице <data.unicef.org/regionalclassifications>. Демографические данные взяты из: Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, «Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года», ред. 1, онлайн-издание.

Список литературы

1. United Nations Children's Fund, 'Producing Disability-Inclusive Data: Why it matters and what it takes', UNICEF, New York, 2020.
2. Включение вопросов, касающихся детей младше 2 лет, было одной из задач модуля по функциональным способностям детей. Однако на сегодняшний день не найдено универсальных функциональных вопросов для этих очень маленьких детей, которые можно было бы использовать в опросах и которые позволили бы получить достоверные, надежные и сопоставимые на международном уровне результаты.
3. Loeb, Mitchell, et al., 'The Development and Testing of a Module on Child Functioning for Identifying Children with Disabilities on Surveys. I: Общая информация», *Journal of Disability and Health*, vol. 11, no. 4, 2018, pp. 495–501.
4. Massey, Meredith, 'The Development and Testing of a Module on Child Functioning for Identifying Children with Disabilities on Surveys. II: Разработка вопросов и предварительное тестирование», *Journal of Disability and Health*, vol. 11, no. 4, 2018, pp. 502–509.
5. International Disability Alliance, 'Joint Statement by the Disability Sector: Disability data disaggregation', <www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/documents/joint_statement_on_disaggregation_of_data_by_disability_final.pdf>, дата обращения: 19 мая 2021 г.
6. Краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой, состоит из вопросов о нарушениях функционирования в шести основных доменах деятельности (зрение, слух, ходьба, запоминание или концентрация, умывание или одевание и общение), и каждый из них имеет четыре возможные категории ответов (нетрудно, немного трудно, очень трудно, совсем не может делать).
7. GALI состоит из вопросов, направленных на определение ограничений в повседневной деятельности и из-за состояния здоровья, в отличие от функционирования, измеряемого модулем по функциональным способностям детей и кратким опросником по функциональным возможностям, подготовленным Вашингтонской группой. Дополнительную информацию о GALI см.: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Activity_limitation>.
8. Данные по Грузии, опубликованные в докладе MICS за 2005 год, отличаются от опубликованной здесь оценки из-за ошибки расчетов в этом докладе. Более подробную информацию об этой разнице см.: Детский фонд ООН, *Мониторинг детской инвалидности в развивающихся странах: Результаты кластерных обследований с множественными показателями*, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, 2008 г.
9. Детский фонд ООН, «Кластерные обследования с множественными показателями», <<https://mics.unicef.org/>>, по состоянию на 4 ноября 2021 г.
10. Вашингтонская группа по статистике инвалидности, «Краткий опросник по функциональным возможностям, подготовленный Вашингтонской группой», <<https://www.washingtongroup-disability.com/resources/frequency-asked-questions/short-set/>>, дата обращения: 7 ноября 2021 г.
11. В этой публикации все данные по Косово следует понимать в контексте резолюции 1244 (1999 г.) Совета Безопасности ООН.
12. Всемирная организация здравоохранения, «Профилактика и реабилитация инвалидности: доклад Комитета экспертов ВОЗ по профилактике и реабилитации инвалидности», серия технических отчетов 668, ВОЗ, Женева, 1981 г., дата обращения: 7 ноября 2021 г. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по профилактике инвалидности и реабилитации», серия технических отчетов 668, ВОЗ, Женева, 1981 г.
13. Всемирная организация здравоохранения, *Всемирный доклад об инвалидности*, ВОЗ, Женева, 2011 г.
14. Arnesen, Trude, and Erik Nord, 'The Value of DALY Life: Problems with ethics and validity of disability adjusted life years', *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, pp. 1423–1425.
15. Anand, Sudhir, and Kara Hanson, 'Disability-Adjusted Life Years: A critical review', *Journal of Health Economics*, vol. 16, no. 6, 1997, pp. 685–702.
16. Mont, Daniel, 'Measuring Health and Disability', *The Lancet*, vol. 369, no. 9573, 2007, pp. 1658–1663.
17. Olusanya, Bolajoko O., et al. 'Global Burden of Childhood Epilepsy, Intellectual Disability, and Sensory Impairments', *Pediatrics*, vol. 146, no. 1, July 2020, pp. 1–17.
18. Bourke, Jenny, et al., 'Predicting Long-Term Survival without Major Disability for Infants Born Preterm', *The Journal of Pediatrics*, vol. 215, 2019, pp. 90–97.



Для получения информации о данных, включенных в эту публикацию, обращайтесь в:

Секция данных и аналитики ЮНИСЕФ
Отдел данных, аналитики, планирования и мониторинга
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

Электронная почта: data@unicef.org
Веб-сайт: data.unicef.org

Для получения информации о программной деятельности ЮНИСЕФ в отношении детей с инвалидностью в регионе обращайтесь в:

Региональный офис ЮНИСЕФ по странам Европы и Центральной Азии
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

Электронная почта: ecaro@unicef.org
Веб-сайт: www.unicef.org/eca

