

ریاست جمهوری
سازمان برنامه و بودجه
مرکز آمار ایران

ضرورت بازنگری در نحوه پرسش سؤال وضع معلولیت در سرشماری‌ها و طرح‌های آماري

نویسنده: حسام خدامرادی

دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری
گروه آمارهای اجتماعی

زمستان ۱۳۹۷

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
		فصل اول: کلیات
۴		۱-۱- مقدمه
۴		۱-۲- طرح مسئله
۵		۱-۳- اهداف تفصیلی طرح
۵		۱-۴- روش تحقیق
۵		۱-۵- تعاریف و مفاهیم
		فصل دوم: رویکردهای موجود در زمینه، معلولیت، ناتوانی و سلامت
۸		۲-۱- طبقه‌بندی اختلالات، ناتوانی و معلولیت (ICIDH)
۲۱		۲-۲- طبقه‌بندی ICF
۲۳		۲-۳- توصیه‌های سازمان ملل در مورد سنجش ناتوانی و معلولیت
۲۹		۲-۴- رویکرد فعالیت‌های روزانه زندگی و خود مراقبتی
۳۱		۲-۵- نظارت بر سطح عملکرد جمعیت
۳۳		۲-۶- گروه واشنگتن
		فصل سوم: بررسی پرسشنامه سرشماری کشورها
۳۶		۳-۱- سابقه پرسش در سرشماری‌های ایران (۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰)
۳۹		۳-۲- نتایج پرسش معلولیت در سرشماری‌های مختلف ایران
۴۳		۳-۳- وضعیت پرسش این سؤالات در دیگر کشورها
		فصل چهارم: ارزیابی رویکردها و روش‌های سنجش ناتوانی و ارائه سؤالات پیشنهادی
۵۵		۴-۱- رویکردهای مورد استفاده برخی از کشورها.
۵۵		۴-۲- مزایا و مشکلات بررسی موضوع ناتوانی در سرشماری‌ها:
۵۵		۴-۳- بررسی شیوه‌ها و توصیه‌ها
۵۶		۴-۴- پیشنهاد سازمان بهزیستی
۵۷		۴-۵- سؤالات پیشنهادی برای سنجش ناتوانی
۶۱		منابع

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه

بررسی و شناخت معلولیت و ناتوانی در جمعیت از موضوعاتی است که طی چند دهه گذشته مورد توجه دولت‌ها قرار گرفته است. آمار تعداد افرادی که توانایی انجام برخی فعالیت‌های شخصی و اجتماعی را ندارند و باید به طریقی توسط دولت‌ها حمایت شوند از اطلاعات مهمی است که از طریق سرشماری‌ها یا طرح‌های آمارگیری حاصل می‌شود.

سؤال وضع معلولیت در سرشماری‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ پرسش شده است. مهم‌ترین متقاضی آمار ناتوانی و معلولیت، سازمان بهزیستی بوده است. آمارهای ثبتی این سازمان فقط شامل آن دسته از افراد معلول می‌شود که خود داوطلبانه برای دریافت کمک هزینه و خدمات توانبخشی به این سازمان مراجعه کرده‌اند بنابراین سازمان بهزیستی برای فراهم کردن زیرساخت و خدمات لازم نیاز به آمار جامع و کاملی در این زمینه دارد و در شرایط فعلی کشور مناسب‌ترین روش برای جمع‌آوری آمار در این حوزه، استفاده از سرشماری‌ها و طرح‌های آمارگیری است.

در سرشماری‌های مختلف ایران طراحی‌های کاملاً متفاوتی در خصوص این پرسش تجربه شده است. از تهیه‌ی یک چارچوب برای معلولیت در سرشماری ۱۳۷۵ تا پرسش گسترده‌ی این قلم در سرشماری ۱۳۵۵ (که البته نتایج آن به علت تقارن زمانی استخراج کامل نتایج با وقوع انقلاب اسلامی منتشر نشد). در سرشماری‌های ۱۳۶۵، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ نیز این قلم پرسیده و نتایج آن منتشر شده است. در سال ۱۳۸۳ با تصویب قانون جامع حمایت از معلولان وجود این پرسش در سرشماری قطعیت یافت. در توصیه‌های سازمان ملل اشاره شده است که برای کشورهایی که طرح‌های جمعیتی منظم ویژه‌ی ناتوانی (معلولان) یا برنامه‌های مخصوص ناتوانی در طرح‌های آینده ندارند، سرشماری می‌تواند تنها منبع اطلاعاتی در خصوص فراوانی و توزیع ناتوانی و معلولیت در جمعیت در سطح ملی، منطقه‌ای و محلی باشد.

در آخرین سرشماری که سؤال وضع معلولیت پرسش شده است (سرشماری ۱۳۹۰) از کل جمعیت کشور حدود ۱۰۱۷۶۵۹ نفر دارای معلولیت بودند از این جمعیت ۹/۷ درصد نابینا، ۹/۷ ناشنوا، ۱۳/۴ درصد اختلال در گفتار و صدا، ۲/۵ قطع دست، ۱۲/۵ نقص دست، ۴/۶ قطع پا، ۲۵/۸ نقص پا، ۱۳/۵ نقص تنه و ۳۲/۸ درصد هم شامل سایر معلولیت‌ها بوده‌اند.^۱

۱-۲- طرح مسئله

توسعه و پیشرفت جوامع، باعث توجه روز افزون به معلولان برای توانمندسازی آنان و ایجاد فرصت برابر در جامعه، می‌شود این مسئله باعث التزام دولت‌ها برای فراهم کردن امکانات و زیرساخت‌های لازم برای این قشر از مردم می‌شود. دیگر نمی‌توان با امکانات و زیرساخت‌های سنتی نیازهای این افراد را برآورده کرد؛ بنابراین دولت‌ها باید استانداردهای لازم را بر اساس ویژگی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی افراد معلول فراهم کنند.

اولین گام برای فراهم کردن امکانات و زیرساخت‌های لازم برای افراد معلول، شناخت علمی و طبقه‌بندی استاندارد بر اساس منابع و توصیه‌های بین‌المللی است. شناخت و طبقه‌بندی درست معلولیت به دولت‌ها کمک می‌کند تا افراد معلول را بر اساس نیازهایشان دسته‌بندی کنند. یکی از اهداف دسته‌بندی، توانمندسازی افراد معلول برای تطبیق با محیط و شرایط اجتماعی است.

توانمندسازی یا توانبخشی معلولان با هدف تأمین امکانات لازم برای نیل به فرصت برابر است که اگر دولت‌ها موفق به اجرای این امر مهم شوند گام مهمی را در جهت ارتقای کیفیت زندگی این افراد و نیل به توسعه برداشته‌اند. در جامعه‌ای که همه افراد بتوانند از ظرفیت شان استفاده کنند و شاهد امکانات برابر باشند، نشاط و روحیه جمعی به وجود می‌آید و بازخورد این نشاط و همبستگی به جامعه برمی‌گردد و باعث افزایش مشارکت و سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی می‌شود و موجبات رشد و پیشرفت کشور فراهم می‌شود.

بر اساس دیدگاه‌های جدید که در ادامه روی آن‌ها بحث خواهد شد، مفهوم «ناتوانی»^۲ جانشین مفهوم «معلولیت»^۳ شده است (طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی، عملکرد، ناتوانی و سلامت، ۱۹۸۰: ۱۴).

مطالعات جدید در حوزه معلولیت و ناتوانی نشان می‌دهد آنچه در سرشماری‌های گذشته ایران درباره وضع معلولیت پرسش شده است، مشکلات زیر را دارد:

- عدم تمایل پاسخگو به اظهار معلولیت افراد خانوار و عدم تمایل مأمور در پرسش و در نتیجه عدم پوشش کامل جمعیت معلول در سرشماری

^۱. به دلیل امکان انتخاب چند گزینه در سرشماری ۱۳۹۰، جمع درصدی بالای ۱۰۰ درصد است.

^۲. Disability .
. Handicap

-تنوع معلولیت‌های مورد پوشش و مصادیق نزدیک به هم و دشواری آموزش به مأمور و پیاده‌سازی دقیق در اجرا
 -پرسش حداکثر سه معلولیت در سرشماری ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ (نگاه کنید به شکل ۳-۳ و ۳-۵) و پیچیدگی تکمیل سؤال برای افراد معلول و غیر معلول خانوار و به دنبال آن مشکلاتی که در ادیت داده‌ها ایجاد می‌کند.
 سنجش دقیق ناتوانی و کم و کیف آن مستلزم اجرای یک طرح آمارگیری ویژه ناتوانی در کشور است تا ضمن اینکه تعداد افراد ناتوان به صورت دقیق برآورد کند بلکه شدت و ضعف معلولیت را نیز مشخص کند. سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن با طراحی یک یا دو سؤال، چارچوب مناسبی را برای یک طرح آمارگیری ویژه ناتوانی در کشور فراهم می‌کند؛ اما اجرای یک طرح آمارگیری ویژه ناتوانی، نیازمند یک عزم ملی و همکاری و تعامل سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت با مرکز آمار ایران است که تاکنون تحقق نیافته است. در شرایط فعلی می‌توان یک یا دو سؤال برای درج در سرشماری‌ها و طرح‌های اجتماعی طراحی کرد
 با توجه به اینکه ناتوانی و معلولیت از موضوعات اجتماعی محسوب می‌شود و برای تهیه آمارهای اجتماعی ناتوانی نیازمند مطالعه و شناخت مفاهیم، رویکردها و روش‌های سنجش آن هستیم بنابراین هدف این مطالعه، بررسی رویکردها و دیدگاه‌های مختلف در زمینه اختلال، ناتوانی، معلولیت و سلامت و در نهایت ارائه سؤال یا سؤالات پیشنهادی برای سنجش مفهوم ناتوانی است.

۳-۱ - اهداف تفصیلی طرح

- بررسی سؤال وضع معلولیت در سرشماری‌های ایران
- بررسی رویکردهای موجود در زمینه ناتوانی، معلولیت و سلامت
- بررسی و مقایسه سؤال وضع ناتوانی در پرسشنامه برخی از کشورها
- ارائه سؤال یا سؤالات پیشنهادی برای سنجش مفهوم ناتوانی

۴-۱ - روش تحقیق

روش مورد استفاده در این تحقیق، اسنادی و مطالعات تطبیقی منابع، توصیه‌های بین‌المللی و پرسشنامه سرشماری برخی از کشورها است.

۵-۱ تعاریف و مفاهیم

عملکردهای بدن^۱، عملکردهای فیزیولوژیکی بدن توابع فیزیولوژیکی سیستم‌های بدن (شامل عملکردهای روانی) است

ساختار بدن^۲ شامل بخش‌های کالبدی بدن مانند ارگان‌ها، اعضای بدن و اجزای آن‌ها

اختلال^۳: در زمینه تجربه سلامت، هر گونه فقدان یا ناهنجاری جسمی، روانی و عملکرد یا ساختار تشریحی را شامل می‌شود. اختلال در سطح عملکرد ارگان یا سیستم رخ می‌دهد (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰: ص ۴۸)

فعالیت^۴: یعنی انجام یک کار یا وظیفه به وسیله افراد (توصیه‌های سازمان ملل، ویرایش ۲، ص ۲۵۵)

محدودیت فعالیت^۵: مشکلی است که فرد ممکن است در انجام فعالیت‌ها داشته باشد (همان).

مشارکت^۶ یعنی درگیر شدن در شرایط زندگی. (همان)

^۱. Body functions
 . Body structures
 . Impairments
 .Activity
^۵.Activity limitations
^۶.Participation

محدودیت مشارکت^۱، مشکلاتی است که افراد ممکن است در هنگام درگیر شدن در شرایط زندگی آن را تجربه کنند (همان)

عملکرد^۲ یک واژه چتر مانند برای عملکرد بدن، ساختار، فعالیت و مشارکت است (همان)

ناتوانی^۳: در زمینه تجربه سلامت ناتوانی عبارتست از هر گونه محدودیت یا کمبود (که ناشی از اختلال است) توانایی انجام فعالیت به شیوه یا در محدوده‌ای که برای یک انسان نرمال در نظر گرفته می‌شود (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰: ص ۱۴۳)

معلولیت^۴: در زمینه تجربه سلامت معلولیت عبارتست از یک شرایط نامساعد برای یک فرد مشخص، ناشی از اختلال یا ناتوانی است و فرد را در انجام یک نقش طبیعی (بسته به سن، جنس و عوامل اجتماعی و فرهنگی) محدود می‌کند (همان، ص ۱۸۴)

عوامل محیطی^۵: ترکیبی از محیط فیزیکی، اجتماعی و نگرشی است. که مردم در آن زندگی می‌کنند و زندگی‌شان را هدایت می‌کنند (توصیه‌های سازمان ملل، ویرایش ۲، ص ۲۵۵)

عوامل شخصی^۶: زمینه خاصی از زندگی افراد شامل ویژگی‌های فردی است که تابع وضعیت یا شرایط بهداشتی نیست مانند جنسیت، نژاد، سن، تناسب اندام، عادت‌های سبک زندگی، سبک‌های مقابله، زمینه اجتماعی، تحصیلات حرفه و غیره.

فاکتورهای زمینه‌ای نشان دهنده زمینه کامل زندگی افراد و زندگی شامل دو جزء، عوامل محیطی و عوامل شخصی است که ممکن است بر روی یک فرد با یک وضعیت سلامتی تأثیر بگذارد (توصیه‌های سازمان ملل، ویرایش ۲، ص ۲۵۵)

• فعالیت‌های روزانه زندگی^۷ (ADL). اگر پاسخگو در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و وظایف اصلی مانند لباس پوشیدن، حمام کردن و تغذیه خود دچار مشکل باشد، به عنوان ناتوان در نظر گرفته می‌شود (ملیناک و فینگ، ۲۰۱۶؛ ص ۵۰۶)

• فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره^۸ (IADL). این رویکرد مشابه فعالیت‌های روزانه زندگی است با این استثنا که وظایف مرتبه بالاتری را شامل می‌شود برای مثال آیا شخص مشکلاتی در مدیریت پول، خرید مواد غذایی یا غیره را دارد. (همان)

۱. Participation restrictions

۲. Functioning

۳. Disability

۴. Handicap

۵. Environmental factors

۶. Personal factors

۷. Activities of daily living

۸. Instrumental Activities of Daily Living

فصل دوم: رویکردهای موجود در زمینه، معلولیت، ناتوانی و سلامت

۲-۱- طبقه‌بندی اختلالات، ناتوانی و معلولیت (ICIDH)

طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات، ناتوانی و معلولیت^۱ (ICIDH) در دهه ۱۹۷۰ توسط سازمان بهداشت جهانی توسعه پیدا کرد و در ۱۹۸۰ به عنوان ابزاری برای طبقه‌بندی پیامدهای بیماری (و همین‌طور آسیب‌ها و اختلالات دیگر) و پیامدهای آن‌ها برای زندگی افراد به کار برده شد. این مجموعه در حال حاضر به ۱۳ زبان ترجمه شده است و نسخه‌های دیگری از این مجموعه به سایر زبان‌ها در حال آماده‌سازی است؛ بیش از ۱۵۰۰۰ جلد از نسخه‌های انگلیسی و فرانسوی و بیش از ۱۰۰۰۰ جلد به زبان‌های دیگر توزیع شده است. مرکز کتاب‌شناسی هلند با همکاری سازمان بهداشت جهانی (WHO) دارای مجموعه‌ای است که در آن بیش از ۱۰۰۰ مرجع برای ICIDH وجود دارد. نظرات در مورد ICIDH در یک مجموعه با عنوان مفاهیم [ICIDH] کلید مدیریت منطقی برای بیماری‌های مزمن است» منتشر شده است. در این مجموعه، نگرانی‌هایی مطرح شده است برای مثال ICIDH به اندازه کافی نقش محیط اجتماعی و فیزیکی در روند معلولیت را مشخص نکرده است و آن را می‌توان به عنوان تشویق "پزشکی شدن از کارافتادگی" تفسیر کرد. اصطلاح "از کارافتادگی" در اینجا برای تطبیق طیف گسترده‌ای از اختلال، ناتوانی و معلولیت استفاده می‌شود. (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰: ص ۱)

طبقه‌بندی‌های ICIDH توسط سازمان بهداشت جهانی برای استفاده از جنبه‌های مختلف سلامت و بیماری توسعه پیدا کرده است. این مجموعه بهترین طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها^۲ (ICD)، آسیب‌ها و علل مرگ است. نسخه‌ی نهم بازنگری آن (ICD-۹) بلافاصله قبل از انتشار ICIDH چاپ شد. جلد اول ویرایش دهم ICD (ICD-۱۰) که در ژوئن ۱۹۹۲ منتشر شد، شامل تغییرات متنوعی در زمینه اختلالات روانی و رفتاری است که باید در ICIDH تجدید نظر شود (همان)

انتشار و کاربرد ICIDH در حوزه‌های مختلف و همچنین نقش حمایتی از سازمان‌ها و متخصصان مطالعات ناتوانی، با تغییرات مهمی در روش‌های مطالعه ناتوانی و معلولیت همراه بوده است. لیست اقلام طبقه‌بندی‌شده ناتوانی به توصیف بهتر و تسهیل ارزیابی افراد ناتوان و وضعیت آن‌ها در یک محیط فیزیکی و اجتماعی مشخص کمک می‌کند.

دو مرکز همکاری برای ICIDH در فرانسه (مرکز فنی روش‌های ملی در امور تحقیقات معلولیت^۳) و در هلند (کمیته دائمی برای طبقه‌بندی و واژه‌شناسی^۴) تأسیس شده‌اند مراکز دیگری نیز وجود دارند که با همکاری WHO برای طبقه‌بندی‌های مربوط به بهداشت، در آپسالا^۵ سوئد برای کشورهای اسکاندیناوی، مرکز آمارهای سلامت در هایت سویل^۶ ایالات متحده برای آمریکای شمالی، انجمن کانادایی^۷ ICIDH، شبکه بین‌المللی مطالعه امید زندگی سلامت در وین^۸ اتریش، سازمان‌های بین‌دولتی مانند بخش آمار اداره امور اجتماعی و اقتصادی سازمان ملل متحد^۹ و شورای اروپا^{۱۰}، فعالیت می‌کنند که از سال ۱۹۸۷ شروع به کار کرده‌اند. شورای اروپا، یک کمیته کارشناسی برای اعمال طبقه‌بندی ICIDH سازماندهی کرده است که نمایندگان ۱۴ کشور به همراه پنج عضو ناظر را شامل می‌شود. این کمیته، برنامه‌های خاصی در مورد طرح‌های آمارگیری و جمع‌آوری آمار معلولیت، مطالعه عقب ماندگی ذهنی، ارزیابی ظرفیت حرفه‌ای، ارزیابی دستگاه‌های توانمند فنی و کاربرد مفهوم معلولیت مورد بررسی قرار داده است. هیئت مدیره سلطنتی پیشگیری و توجه به افراد معلول در مادرید^{۱۱}، بررسی استفاده از ICIDH در کشورهای اسپانیایی زبان را انجام داده است. (همان، ص ۲)

-
- . International Classification of Impairments, Disabilities. and Handicaps
 - . International Classification of Diseases
 - . Centre technique national d'Etudes et de Recherches sur les Handicap
 - . Standing Committee for Classifications and Terminology
 - . Upsala
 - . Hyattsville
 - . Canadian Society
 - . Vie en
 - . Statistical Division of the United Nations Department of Social and Economic
 - . Council of Europe
 - . The Real Patronato de Prevenciim y de Atenciim a Personas con Minusvalia in Madrid

۲-۱-۱- برنامه‌های فعلی ICIDH

مجموعه ICIDH قصد دارد یک چارچوب مفهومی برای اطلاعات ارائه کند؛ چارچوب مربوط به پیامدهای دراز مدت بیماری، صدمات و یا اختلالات و مراقبت‌های شخصی، از جمله شناسایی و پیشگیری و کاهش موانع محیطی و اجتماعی است همچنین مربوط به مطالعه سیستم مراقبت‌های بهداشتی از نظر ارزیابی و فرمول‌بندی سیاست‌ها است. مفاهیم ICIDH فواید فراوانی داشته است و برنامه‌های آن فعالیت‌هایی را در زمینه تأمین اجتماعی، طراحی پیمایش‌های جمعیت در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی و سایر زمینه‌ها نظیر ارزیابی ظرفیت‌های کاری، جمعیت‌شناسی، ارزیابی نیازهای جامعه، برنامه‌ریزی شهری و معماری را پوشش می‌دهد. اگر چه ICIDH به طور ذاتی طبقه‌بندی مربوط به سلامت است، مستند سازی و توسعه آینده باید منعکس کننده طیف وسیعی از برنامه‌ها و کاربران باشد (همان)

برنامه اولیه ICIDH شرایط افراد معلول را در طیف وسیعی از زمینه‌ها توصیف می‌کند. ICIDH مستقیماً به مراقبت از افراد در تشخیص و درمان، ارزیابی نتایج درمان، ارزیابی برای کار و اطلاعات اعمال می‌شود گزارش‌های مربوط به استفاده از آن در مراقبت‌های بهداشتی شخصی از پرستاران، درمانگران شغلی، پزشکان، فیزیوتراپیست‌ها و دیگر افرادی که با انواع مختلفی از افراد کار می‌کنند، از جمله افراد سالخورده، جراحان و نوجوانان و بیماران روانپزشکی در بسیاری از کشورهای مختلف، از جمله استرالیا، هلند، پاکستان، اسپانیا، ونزوئلا و زیمبابوه آمده است. ICIDH همچنین برای بیماران در توانبخشی، در پرستاری‌های خانگی و در خانه‌های سالمندان استفاده می‌شود؛ استفاده از آن در این زمینه‌ها، ارتباط میان دسته‌های مختلف کارگران و هماهنگی بین انواع مراقبت‌های مختلف را تسهیل می‌کند (همان)

در سطح نهادی ICIDH برای ارزیابی تعداد و نوع کارکنان مورد نیاز، برای مطالعه سیاست‌های اخراج نیرو و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است. در سطح اجتماعی، در شناسایی نیازهای افراد دارای ناتوانی و معلولیت، شناسایی موقعیت‌های معلولان در محیط اجتماعی و فیزیکی، تصمیم‌گیری‌های سیاسی لازم برای بهبود زندگی روزمره، از جمله تغییرات در محیط فیزیکی و اجتماعی مفید بوده است (همان ص ۳)

در حوزه‌های تأمین اجتماعی، بهداشت حرفه‌ای و شغلی، ICIDH به عنوان یک عامل واقعی یا پتانسیل برای ارزیابی‌های مختلف به کار برده می‌شود: برای تصمیم‌گیری درباره کمک هزینه‌ها، سوگیری افراد و شرایط نامطلوب معلولین در فرانسه، برای ارزیابی مهارت توانایی کار در آلمان و هلند و دسترسی به مراقبت‌های نهادی و دستگاه‌های فعال در ایتالیا و بلژیک (توسط صندوق فدرال برای ادغام اجتماعی افراد دارای معلولیت)^۱ به کار برده می‌شود. سوئیس در حال بررسی استفاده از ICIDH در بیمه سلامت است (همان ص ۳)

چارچوب ICIDH به طور موفقیت آمیز توسط جمعیت شناسان، اپیدمیولوژیست‌ها، برنامه ریزان بهداشت، سیاست گذاران و آمارگیران در طرح‌های ناتوانی در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی در چندین کشور (از جمله استرالیا، کانادا، هلند) و در کشورهای در حال توسعه (از جمله الجزایر، چین فیجی، کویت) مورد استفاده قرار گرفته است. تعاریف مورد استفاده در ICIDH همچنین به عنوان مبنایی برای طرح‌های آمارگیری در هلند، انگلستان و مهم‌تر از همه اسپانیا و برای تجزیه و تحلیل نتایج بررسی، به کار برده می‌شود. ابزارهای آماری که توسط بخش آماری گروه امور اجتماعی و اقتصادی سازمان ملل تهیه شده برای نظارت بین‌المللی بر روی جمعیت و سرشماری‌های خانواری، طرح‌های آمارگیری و سیستم‌های اداری به کار برده می‌شود این ابزار آماری شامل یک پایگاه داده بین‌المللی آمار ناتوانی^۲ (DISTAT) است که از چارچوب مبتنی بر ICIDH ۹۵ کشور دنیا و هم از دستگاه‌های فرم خوان و هم نشریه چاپی ناتوانی استفاده می‌کند. مفاهیم و تعاریف ICIDH به طور مشابه برای تعیین انواع شاخص‌های جمعیت شناختی امید زندگی سالم (امید زندگی بدون اختلال، بدون ناتوانی و بدون معلولیت) و برای طیف وسیعی از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته مورد استفاده قرار گرفته است. استفاده از ICIDH در طرح‌های آماری روابط بین اختلال و ناتوانی و بین ناتوانی و معلولیت را برجسته کرده است؛ در واقع، یک طرح آماری بر پایه مفهوم اختلال یا بر اساس ناتوانی می‌تواند منجر به تفاوت‌های مشخص در ارزیابی نتایج یک جمعیت یا جامعه آماری شود (همان)

در سطوح مفهومی و سیاستی، استفاده از ICIDH، شیوه‌های ناتوانی، افراد ناتوان و نقش محیط فیزیکی و اجتماعی در توسعه معلولیت را تغییر داده است. همچنین برخی از سیاست‌ها، برنامه‌ریزی و واکنش‌های اداری دولت‌ها، سازمان‌ها و افراد را به این مفاهیم تغییر داده است.

· Flemish Fund for the Social Integration of Persons with a Handicap
· International Disability Statistics Database

در فرانسه اقداماتی برای ارتقاء یک نسخه به روز شده ICIDH برای جمع‌آوری داده‌ها در مورد خدمات اجتماعی و در استفاده از ثبت نام افراد معلول مبتنی بر ICIDH صورت گرفته است؛ قانون جدید ناتوانی در ایتالیا براساس ICIDH تصویب شده است. در کبک، کانادا، یک رویکرد سیستماتیک به سیاست‌های اختلال، ناتوانی و معلولیت، عمدتاً بر اساس ICIDH وجود دارد. علاقه فعال به ICIDH در ایالات متحده آمریکا، در طول و پس از آماده سازی قانون آمریکایی‌های دارای ناتوانی و در انتشار یک گزارش مهم در مورد ناتوانی در آمریکا به وجود آمده است. حتی کسانی که لزوماً آن را به عنوان چارچوب غالب نمی‌پذیرند، ICIDH به عنوان یک استاندارد مهم برای یک چارچوب مفهومی در این زمینه شناخته‌اند (همان)

۲-۱-۲- طبقه‌بندی‌های ICIDH

این طبقه‌بندی شامل سه دسته: اختلال، ناتوانی و معلولیت است

۲-۱-۲-۱- اختلال

در زمینه تجربه سلامت، هر گونه فقدان یا ناهنجاری جسمی، روانی و عملکرد یا ساختار تشریحی را شامل می‌شود. اختلال در سطح عملکرد ارگان یا سیستم رخ می‌دهد. ارزیابی اختلال نیاز به قضاوت عملکرد ذهنی و فیزیکی بدن و اعضای آن با توجه به استانداردهای پذیرفته شده، دارد. طبقه‌بندی اختلال سلسله مراتبی است، اجازه می‌دهد تا ویژگی‌های قابل توجهی برای کسانی که نیاز به چنین جزئیاتی دارند، ثبت شود

طبقه‌بندی اختلال

۱- اختلالات ذهنی

۱-۱- اختلالات هوش

۱-۱-۱- عقب ماندگی ذهنی خیلی شدید

۱-۱-۲- عقب ماندگی ذهنی شدید

۱-۱-۳- عقب ماندگی ذهنی متوسط

۱-۱-۴- سایر عقب‌ماندگی‌های ذهنی

۱-۱-۵- سایر اختلالات هوشی

۲-۱- اختلالات حافظه

۲-۱-۱- فراموشی

۲-۱-۲- سایر اختلالات حافظه

۳-۱- اختلالات فکری

۳-۱-۱- اختلالات جریان و شکل فرایندهای فکری

۳-۱-۲- اختلالات ظرفیت فکری

۳-۱-۳- سایر اختلالات ذهنی

۳-۱-۴- سایر اختلالات ذهنی

۲- سایر اختلالات روانی

۲-۱- اختلالات هوشیاری و بیداری

۲-۱-۱- اختلال در وضوح هوشیاری و کیفیت تجربه هوشیاری

۲-۱-۲- اختلال متناوب هوشیاری
۳-۱-۲- سایر اختلالات هوشیاری و بیداری

۲-۲- اختلالات ادراک و حواس
۱-۲-۲- اختلال ادراک
۲-۲-۲- اختلال حواس

۳-۲- اختلالات عملکردهای ارادی و احساسی
۱-۳-۲- اختلال انگیزی
۲-۳-۲- اختلال هیجان، عاطفه و خلق
۳-۳-۲- اختلال اراده
۴-۳-۲- اختلال عملکردهای روانی

۴-۲- اختلالات الگوی رفتاری
۱-۴-۲- اختلالات الگوی رفتاری

۳- اختلالات زبان

۱-۳- اختلالات عملکردهای زبان
۱-۱-۳- اختلال ارتباطی شدید
۲-۱-۳- اختلال درک و استفاده از زبان
۳-۱-۳- اختلالات کارکردهای روی زبان و زیر زبان
۴-۱-۳- سایر اختلالات زبانی
۵-۱-۳- سایر اختلالات یادگیری

۲-۳- اختلالات گفتار
۱-۲-۳- اختلال تولید صدا
۲-۲-۳- سایر اختلالات عملکرد صدا
۳-۲-۳- اختلال شکل گفتار
۴-۲-۳- اختلال حجم گفتار
۵-۲-۳- سایر اختلالات گفتار

۴- اختلالات شنوایی

۱-۴- اختلالات حساسیت شنوایی
۱-۱-۴- اختلالات کامل یا خیلی شدید رشد شنوایی
۲-۱-۴- افت خیلی شدید شنوایی دو گوش
۳-۱-۴- اختلال شنوایی در یک گوش با شدت متوسط
۴-۱-۴- اختلال گوش دیگر
۵-۱-۴- اختلال شنوایی متوسط شدید دو گوش
۶-۱-۴- اختلال شنوایی خیلی شدید در یک گوش با درجه متوسط یا کمتر در گوش دیگر
۷-۱-۴- سایر اختلالات حساسیت شنوایی

۲-۴- سایر اختلالات گوش و شنوایی

- ۴-۲-۱- اختلال تشخیص صدا
- ۴-۲-۲- سایر اختلالات عملکرد شنوایی
- ۴-۲-۳- اختلال عملکرد وستیبولار و تعادل
- ۴-۲-۴- سایر اختلالات عملکرد گوش

۵- اختلالات بینایی

- ۵-۱- اختلالات تیزی بینایی
 - ۵-۱-۱- فاقد چشم
 - ۵-۱-۲- اختلال بینایی خیلی شدید دو چشم
 - ۵-۱-۳- اختلال بینایی خیلی شدید یک چشم با دید ضعیف چشم دیگر
 - ۵-۱-۴- اختلال بینایی متوسط دو چشم
 - ۵-۱-۵- اختلال بینایی خیلی شدید یک چشم
 - ۵-۱-۶- سایر اختلالات تیزی بینایی
- ۵-۲- سایر اختلالات بینایی و چشمی
 - ۵-۲-۱- اختلال میدان دید
 - ۵-۲-۲- سایر اختلالات بینایی
 - ۵-۲-۳- سایر اختلالات چشمی

۶- اختلالات احشایی

- ۶-۱- اختلالات اندام‌های داخلی
 - ۶-۱-۱- اختلال مکانیکی حرکتی اندام‌های داخلی
 - ۶-۱-۲- اختلال عملکرد قلب و عروق
 - ۶-۱-۳- اختلال عملکرد معده و روده
 - ۶-۱-۴- اختلال عملکرد ادراری
 - ۶-۱-۵- اختلال عملکرد تولید مثل
 - ۶-۱-۷- نارسایی اندام‌های داخلی
 - ۶-۱-۸- سایر اختلالات اندام‌های داخلی
- ۶-۲- اختلالات سایر عملکردهای ویژه
 - ۶-۲-۱- اختلال اندام‌های جنسی
 - ۶-۲-۲- اختلال جویدن و بلعیدن
 - ۶-۲-۳- اختلال مرتبط با بویایی و سایر عملکردهای ویژه

۷- اختلالات اسکلتی

- ۷-۱- اختلالات سرو اندام‌های بالا تنه
 - ۷-۱-۱- اختلالات سرو اندام‌های بالا تنه
- ۷-۲- اختلالات مکانیکی اعضا
 - ۷-۲-۱- فلج اسپاتیک بیشتر از یک عضو
 - ۷-۲-۲- سایر فلج‌های اعضا
 - ۷-۲-۳- سایر اختلالات حرکتی اعضا

- ۳-۷- ناکارایی یا نقص اعضا
- ۱-۳-۷- نقص عرضی اندام‌های نزدیک
- ۲-۳-۷- نقص عرضی اندام‌های دور
- ۳-۳-۷- نقص طولی اندام‌های مجاور فوقانی
- ۴-۳-۷- نقص طولی اندام‌های مجاور تحتانی
- ۵-۳-۷- نقص طولی اندام‌های دور

۸- اختلال بدشکلی

- ۱-۸- بدشکلی قسمت‌های سر و تنه
- ۱-۱-۸- بدشکلی در قسمت سر
- ۲-۱-۸- بدشکلی ساختاری در قسمت‌های سر و تنه
- ۳-۱-۸- سایر بدشکلی‌های سر
- ۴-۱-۸- سایر بدشکلی‌های تنه

- ۲-۸- بدشکلی اندام‌ها
- ۱-۲-۸- قصور اندام‌های تفکیکی
- ۲-۲-۸- سایر بدشکلی‌های مادرزادی
- ۳-۲-۸- سایر بدشکلی‌های ساختاری
- ۴-۲-۸- سایر بدشکلی‌ها

- ۳-۸- سایر اختلالات بدشکلی
- ۱-۳-۸- دهانه غیرطبیعی
- ۲-۳-۸- سایر اختلالات بدشکلی

۹- اختلالات عمومی، حسی و سایر اختلالات

- ۱-۹- اختلالات چندگانه
- ۱-۱-۹- اختلال خیلی شدید خویشتن‌داری
- ۲-۱-۹- مستعد بیماری تروما
- ۳-۱-۹- اختلال متابولیک
- ۴-۱-۹- سایر اختلال‌های عمومی

- ۲-۹- اختلالات حسی
- ۱-۲-۹- اختلال حسی سر
- ۲-۲-۹- اختلال حسی تنه
- ۳-۲-۹- اختلال حسی اندام‌های فوقانی
- ۴-۲-۹- سایر اختلالات حسی

۱۰- سایر اختلالات

- ۱-۱۰- سایر اختلالات (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰: ص ۴۸ تا ۵۲)

۲-۲-۱-۲- ناتوانی

ناتوانی عبارتست از هر گونه محدودیت یا کمبود (که ناشی از اختلال است) توانایی انجام فعالیت به شیوه یا در محدوده‌ای که برای یک انسان نرمال در نظر گرفته می‌شود ناتوانی مربوط به عملکرد یا فعالیت عملکردی و محدودیت‌ها است که بر کل فرد تأثیر می‌گذارد. کدهای ناتوانی تلاش می‌کنند فعالیت‌هایی که در زندگی روزمره اهمیت دارند؛ مانند اختلال، طبقه‌بندی ناتوانی و سلسله مراتبی را در بر بگیرند آنها همچنین اجازه می‌دهند یک پارامتر اضافی برای شدت ناتوانی نیز اضافه شود.

طبقه‌بندی ناتوانی

۱- ناتوانی‌های رفتاری

- ۱-۱- ناتوانی‌های هوشیاری
- ۱-۱-۱- ناتوانی خودآگاهی
- ۱-۱-۲- ناتوانی مربوط به موقعیت در زمان و مکان
- ۱-۱-۳- سایر ناتوانی‌های شناختی
- ۱-۱-۴- ناتوانی ایمنی شخصی
- ۱-۱-۵- ناتوانی مربوط به رفتار موقعیتی
- ۱-۱-۶- ناتوانی کسب دانش
- ۱-۱-۷- سایر ناتوانی‌های آموزشی

- ۲-۱- ناتوانی در روابط
- ۱-۲-۱- ناتوانی نقش خانواده
- ۲-۲-۱- ناتوانی نقش شغلی
- ۳-۲-۱- سایر ناتوانی‌های رفتاری

۲- ناتوانی‌های ارتباطات

- ۱-۲- ناتوانی‌های گفتاری
- ۱-۱-۲- ناتوانی در فهم گفتار
- ۲-۱-۲- ناتوانی در صحبت کردن
- ۳-۱-۲- سایر ناتوانی‌های گفتاری

- ۲-۲- ناتوانی شنیداری
- ۱-۲-۲- ناتوانی شنیدن گفتار
- ۲-۲-۲- سایر ناتوانی‌های شنوایی

- ۳-۲- ناتوانی‌های بصری
- ۱-۳-۲- ناتوان در وظایف صرفاً بصری
- ۲-۳-۲- ناتوان در وظایف تفصیلی بصری
- ۳-۳-۲- سایر ناتوانی‌های مرتبط با فعالیت‌های بینایی

- ۴-۲- سایر ناتوانی‌های ارتباطی
- ۱-۴-۲- ناتوانی نوشتن

۲-۴-۲- سایر ناتوانی‌های ارتباطی

۳- ناتوانی مراقبت شخصی

۱-۳- ناتوانی دفع

۳-۱-۱- دشواری دفع کنترل شده

۳-۱-۲- دشواری دفع کنترل نشده

۳-۱-۳- سایر ناتوانی‌های دفع

۲-۳- ناتوانی‌های بهداشت شخصی

۳-۲-۱- ناتوانی حمام کردن

۳-۲-۲- سایر ناتوانی‌های بهداشت شخصی

۳-۳- ناتوانی لباس پوشیدن

۳-۳-۱- ناتوانی لباس پوشیدن

۳-۳-۲- سایر ناتوانی‌های لباس پوشیدن

۴-۳- ناتوانی غذا خوردن و سایر مراقبت‌های شخصی

۳-۴-۱- ناتوانی اولیه غذا خوردن

۳-۴-۲- سایر ناتوانی غذا خوردن

۳-۴-۳- سایر ناتوانی‌های مراقبت شخصی

۴- ناتوانی‌های حرکتی

۱-۴- ناتوانی‌های حرکتی (گردشی)

۴-۱-۱- ناتوانی راه رفتن

۴-۱-۲- ناتوانی حرکت در جهت

۴-۱-۳- ناتوانی بالا رفتن از پله‌ها

۴-۱-۴- سایر ناتوانی‌های بالا رفتن

۴-۱-۵- ناتوانی دویدن

۴-۱-۶- سایر ناتوانی‌های حرکتی (گردشی)

۲-۴- ناتوانی‌های محدود کننده

۴-۲-۱- ناتوانی در انتقال

۴-۲-۲- ناتوانی حمل و نقل

۳-۴- سایر ناتوانی‌های حرکتی

۳-۴-۱- ناتوانی بلند کردن

۳-۴-۲- سایر ناتوانی‌های حرکتی

۵- ناتوانی‌های جا به جایی بدن

۱-۵- ناتوانی‌های خانگی (محل)

۵-۱-۱- ناتوانی معاش

۵-۱-۲- ناتوانی خانواری

۵-۲- ناتوانی تحرک بدن
۵-۲-۱- ناتوانی بازیابی
۵-۲-۲- ناتوانی رسیدن
۵-۲-۳- سایر ناتوانی عملکرد بازو
۵-۲-۴- ناتوانی زانو زدن
۵-۲-۵- ناتوانی دولا شدن
۵-۲-۶- سایر ناتوانی‌های تحرک بدن

۵-۳- سایر ناتوانی‌های جا به جایی بدن
۵-۳-۱- ناتوانی وضعی
۵-۳-۲- سایر ناتوانی‌های جا به جایی بدن

۶- ناتوانی چابکی (سرعت عمل)

۶-۱- ناتوانی فعالیت روزمره
۶-۱-۱- ناتوانی تلفیق محیطی
۶-۱-۲- سایر ناتوانی‌های فعالیت روزمره

۶-۲- ناتوانی فعالیت‌های دستی
۶-۲-۱- ناتوانی استفاده از انگشت
۶-۲-۲- ناتوانی گره زدن
۶-۲-۳- ناتوانی نگه داشتن
۶-۲-۴- توانایی استفاده از یک دست
۶-۲-۵- سایر فعالیت‌های دستی

۶-۳- سایر ناتوانی چابکی (سرعت عمل)
۶-۳-۱- ناتوانی کنترل پا
۶-۳-۲- سایر ناتوانی کنترل بدن
۶-۳-۳- سایر ناتوانی چابکی

۷- ناتوانی‌های موقعیتی

۷-۱- ناتوانی وابستگی و استقامت
۷-۱-۱- وابستگی موقعیتی
۷-۱-۲- ناتوانی در استقامت

۷-۲- ناتوانی محیطی
۷-۲-۱- ناتوانی تحمل درجه حرارت
۷-۲-۲- ناتوانی تحمل سایر شرایط آب و هوایی
۷-۲-۳- ناتوانی تحمل سر و صدا
۷-۲-۴- ناتوانی تحمل شنوایی
۷-۲-۵- ناتوانی تحمل فشار کاری
۷-۲-۶- ناتوانی تحمل سایر فاکتورهای محیطی

۳-۷- سایر ناتوانی‌های موقعیتی
۱-۳-۷- سایر ناتوانی‌های موقعیتی

۸- ناتوانی مهارت‌های ویژه

۹- سایر محدودیت‌های فعالیت (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰: ص ۱۴۴ تا ۱۴۷)

۲-۱-۲-۳- معلولیت

معلولیت: در زمینه تجربه سلامت معلولیت عبارتست از یک شرایط نامساعد برای یک فرد مشخص، ناشی از اختلال یا ناتوانی است و فرد را در انجام یک نقش طبیعی (بسته به سن، جنس و عوامل اجتماعی و فرهنگی) محدود می‌کند. معلولیت به طور خاص از نظر تعریف، طبقه‌بندی و درجه‌بندی به توسعه بیشتر نیاز دارد. این یک ساختار اجتماعی بر اساس تعریف است، بنابراین مشکلی در ایجاد یک استاندارد بین‌المللی برای مقایسه بین جوامع و فرهنگ‌های مختلف وجود. مفهوم "اختلال" با دشواری زیادی در ترجمه به زبان‌های مختلف مواجه شده است. معلولیت فرد به عنوان یک موجود اجتماعی بر تعامل و انطباق با محیط اطراف فرد متمرکز است کدهای معلولیت تلاش می‌کنند عواقب شرایط نامساعد فرد در ارتباط با همتایان خود دربرگیرند. سیستم طبقه‌بندی برای معلولیت سلسله مراتبی نیست، بلکه شامل گروهی از "نقش‌های بقاء" می‌شود. هر نقش بقا دارای یک عامل مقیاس مرتبط برای نشان دادن تأثیر بر زندگی فردی است.

طبقه‌بندی معلولیت

- ۱- نقش‌های بقاء
- ۱-۱- معلولیت تعیین جهت
- ۲-۱- معلولیت استقلال جسمی
- ۳-۱- معلولیت تحرک
- ۴-۱- معلولیت اشتغال
- ۵-۱- معلولیت انسجام اجتماعی
- ۶-۱- معلولیت خودکارآمدی اقتصادی

۲- سایر معلولیت‌ها

۲-۱- سایر معلولیت‌ها (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰: ۱۸۱)

۲-۱-۳- اطلاعات مربوط به تجارب سلامت

مطالب مندرج در این بخش مربوط به ابعاد تجربه سلامت است. این دستورالعمل توسط سازمان بهداشت جهانی و تنها به منظور آزمایش در پاسخ به قطعنامه مجمع بهداشت جهانی منتشر شده است، این بدان معنی است که اطلاعات در مورد این ابعاد اضافی مفید و حتی برای برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی لازم است همان‌طور که جمع‌آوری این اطلاعات تنها می‌تواند بار روی سیستم‌های موجود را افزایش دهد، (همان، ص ۷)

سازماندهی و برنامه‌ریزی یک سیستم مراقبت بهداشتی عموماً بر اساس اطلاعاتی است که به طور منظم توسط سیستم تولید می‌شود. این اطلاعات به دو نوع تقسیم می‌شود: دسته اول، شاخص‌هایی مانند تجربه ثبت شده بیماری. دسته دوم، داده‌هایی که محصولی از الزامات اداری هستند؛ این شامل اطلاعاتی در مورد منابع ورودی مانند نیروی نفرات یا تخت بیمارستان یا لیست انتظارها و بهره‌برداری از منابع مانند بارهای بیمار در بخش‌های مختلف سیستم است. (ص ۷)

تمام این اطلاعات محصول یک سیستم مراقبت بهداشتی است و بر اساس پیش‌فرض‌های مشابه به عنوان فرآیندهای مراقبت‌های بهداشتی در دسترس است؛ به عبارت دیگر سؤالات مفید و مرتبط که مربوط به مناسب بودن سیستم مراقبت و اطلاعاتی است، دشوار است این بدان معنی است که پتانسیل ارزیابی اساسی یا ارزیابی فرآیندها بسیار محدود است و در نتیجه روش‌های جایگزین نیز به آسانی قابل چشم‌پوشی نخواهد بود. (ص ۸)

فرآیندهای مراقبت‌های بهداشتی باید مورد ارزیابی قرار گیرند، زیرا ارزیابی مربوط به میزان اهدافی است که قابل حصول است. اولین الزام برای اهداف به روشنی مشخص شده است. این بدان معنی است که مطالعه میزان موفقیت این نتایج، اثربخشی فرآیند مراقبت‌های بهداشتی خاص؛ ورودی لازم برای دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی، بهره‌وری فرآیند؛ در دسترس بودن و جذب آن و توزیع برابر حصول یافته است. مدیریت همیشه می‌تواند داده‌ها را در مورد منابع و بهره‌برداری، با توجه به اهداف بهره‌وری و برابری پردازش کند. (ص ۸)

سه جنبه برای ارزیابی اثربخشی فرآیندهای مراقبت بهداشتی وجود دارد. این‌ها عبارتند از:

الف) تماس با سیستم ساخته شده؛

ب) نحوه پاسخگویی به سیستم برای تماس؛ و

ج) نتیجه تماس

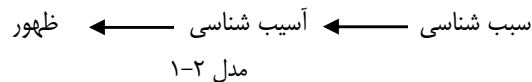
ارزیابی دوم چگونگی پاسخ سیستم به تماس، نیاز به بررسی مختصر دارد. در اصل ابزار برای ساخت اطلاعات مربوط به این جنبه به طور گسترده‌ای در دسترس است بنابراین داده‌های منابع از انواع که قبلاً نشان داده شده است می‌تواند برای ارزیابی‌های جهانی مورد استفاده قرار گیرد، در حالی که طبقه‌بندی بین‌المللی روش‌های جدید در پزشکی، چارچوبی برای مستندسازی پاسخ‌های خاص توسط سیستم فراهم می‌کند با این حال، ماهیت اطلاعات مربوط به جنبه‌های اول و سوم دشوارتر است و بنابراین نیاز به بررسی دقیق‌تر دارد (ص ۸). نتیجه تماس باید با اهداف مرتبط باشد. به طور کلی، این‌ها با دقت لازم برای ارزیابی فرموله نشده است. با این حال، الزام ساده‌ی یک سیستم مراقبت بهداشتی این است که برخی از تغییرات مفید در وضعیت فرد، باید از طریق تماس با سیستم حاصل شود. اگر چنین تغییری یافت نشود، ارزش یک فرآیند مراقبت بهداشتی به طور جدی برای سؤال مطرح می‌شود؛ بنابراین، چالش این است که آیا وسیله‌ای برای توصیف ارزیابی موقعیت، زمانی که تماس برای اولین بار برقرار شده، وجود دارد؟ (ص ۸)

متأسفانه ماهیت این چالش به عنوان بار تغییرات اختلال در سلامت تغییر می‌کند؛ بنابراین زمانی که نیروی اصلی بیماری به عنوان بیماری حاد بیان می‌شود که عفونت‌های حاد را به عنوان بارزترین علامت نشان دهد. مقیاس‌های ساده و بی‌قاعده به راحتی قابل دسترسی و ارزیابی است این شامل وقوع یا بیماری و بهبودی یا یک نتیجه مرگبار است. برای این منظور، اصطلاحات مشتق شده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) یک وسیله ارزشمند و مناسب برای مطالعه تجربه‌های بهداشتی ارائه می‌دهند و مفهوم علت اصلی نیز مفید است. علاوه بر این، تعمیم‌ها در شرایط جمعیت ساده هستند و می‌توانند قابل توجه باشند چرا که کنترل بیماری به نحوی وابسته به اقدامات مبتنی بر جامعه است. در اینجا پایه‌های قرن نوزدهم بهداشت عمومی و ارزش شاخص‌های غیرمستقیم بهداشت جامعه، مانند مرگ و میر پیش از تولد مشخص می‌شود. (ص ۹)

همانطور که عفونت‌های حاد تحت کنترل هستند، بیماری‌های دیگر نیز دارای اهمیت هستند تا زمانی که دومی (بیماری‌های دیگر) زندگی را تهدید کنند، شاخص‌های ساده مانند مرگ و میر همچنان با ارزش هستند، به طوری که ICD همچنان برای ارزیابی مفید خواهد بود. با این حال، پیشرفت‌های فنی باعث تغییر وضعیت می‌شوند و برای مثال بیماری نظیر دیابت و کم‌خونی فقر آهن را می‌توان کنترل کرد حتی اگر علل اساسی را نتوان از بین برد. از این رو نیاز به شناسایی تظاهرات بیماری، در نسخه نهم فراهم شده است. توسعه طبقه‌بندی، ارزیابی را امکان‌پذیر می‌سازد؛ زیرا ممکن است یک تظاهرات لغو شود یا سرکوب شود؛ بنابراین تغییر پس از تماس می‌تواند ثبت شود. با این حال، میزان تعمیم جمعیت در این مبحث هنوز باید مورد بررسی قرار گیرد. بیماری‌هایی که خود محدود کننده یا قابل پیشگیری یا درمان هستند، تنها بخشی از طیف بیماری هستند. در حقیقت، موفقیت سنجش کنترل این بیماری‌ها باعث افزایش اهمیت فرآیندهای سایر شرایطی است که در این طبقه‌بندی قرار نمی‌گیرند. این موارد شامل اثرات تروما، اختلالات اندام‌های خاص حسی، عقب ماندگی ذهنی و بیماری‌های روانی و بیماری‌های مزمن دوران میان‌سالی، به ویژه بیماری‌های قلبی، سکتة مغزی، برونشیت و آرتروز است. اختلالاتی مانند این‌ها در حال تبدیل شدن به تجربه غالب اختلالات سلامت جاری در برخی کشورها هستند و این‌ها به عنوان علل ناتوانی قابل توجهی محسوب می‌شوند، یک کد مشخص برای شناسایی تماس‌هایی که ممکن است بر روی انواع خدمات مختلف ایجاد شود بسیار مفید است اما تنها به ندرت می‌تواند به عنوان وسیله‌ای برای نشان دادن تغییر در وضعیت فرد پس از تماس با یک سیستم مراقبت سلامت به کار برده شود (ص ۹)

۲-۱-۴- عواقب بیماری

مشکلات ناشی از محدودیت دامنه مدل پزشکی بیماری به وسیله مفهوم بیماری بیان می‌شود که ممکن است به شکل نمادین به صورت یک توالی نشان داده شود

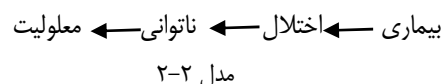


بار جهانی بیماری‌ها (ICD) مبتنی بر مدل بالا است، اجزای توالی که به صورت دسته‌بندی و جداگانه شناسایی می‌شوند با این حال، چنین مدلی نمی‌تواند منعکس کننده طیف وسیعی از مشکلات مردم بعد از تماس با یک سیستم مراقبت سلامت باشد. ص ۱۰

بیماری مانع از توانایی فرد برای انجام کارکردها و تعهدات که از او انتظار می‌رود، می‌شود. به عبارت دیگر، فرد بیمار قادر به حفظ نقش اجتماعی عادت شده خود نیست و نمی‌تواند روابط معمول خود را با دیگران حفظ کند این دیدگاه به اندازه کافی گسترده است تا بتواند اکثریت وسیعی فراخوانی را که احتمالاً در یک سیستم مراقبت بهداشتی ایجاد می‌شود، مورد توجه قرار دهد

اگر چه در عمل روزمره، مدل پزشکی بیماری که در تصویر بالا نشان داده شده است یک رویکرد بسیار کارآمد را برای اختلالاتی که می‌تواند مانع از درمان شود یا به درمان کمک کند، فراهم می‌کند - تأثیر بیماری به طور ثانویه به عنوان شرایط اساسی تحت کنترل را کاهش می‌دهد، زیرا پیامدهای بیماری را متوقف می‌کند.

بنابراین زنجیره اصلی مربوط به پدیده‌های مرتبط با بیماری نیاز به گسترش دارد. این را می‌توان این‌گونه ارائه داد:



این مدل ابعاد مختلف عواقب بیماری، تعریف آن و مبنای طبقه‌بندی سه گانه، محسوب می‌شود. در این مرحله کافی است توجه داشته باشیم که تمایزها در واکنش به مشکلات، توسعه سیاست‌ها را تسهیل می‌کند، تشریح میزان مشارکت بالقوه خدمات پزشکی، امکانات توان بخشی و رفاه اجتماعی را تسهیل می‌کند.

۲-۱-۵- برخی از مشکلات استفاده از ICDH

یک وظیفه مهم در بازنگری ICDH مشخص کردن نقش و روابط متقابل عوامل محیطی در تعریف و توسعه جنبه‌های مختلف آن است که توسط ICDH مورد توجه قرار گرفته است. گزارش چهل و سومین نشست کمیسیون حقوق بشر سازمان ملل متحد درباره حقوق بشر و ناتوانی، WHO را تشویق کرد تا ICDH را بازنگری کند و به طور خاص نقش محیط را در توسعه روند معلولیت مورد ملاحظه قرار دهد کارهای زیادی در زمینه توسعه مفهومی برای این موضوع به ویژه طرح‌های پیشنهادی توسط انجمن کانادایی ICDH در زمینه توسعه روند معلولیت انجام شده است. (طبقه‌بندی بین‌المللی، اختلال، ناتوانی و معلولیت، ۱۹۸۰ ص ۴)

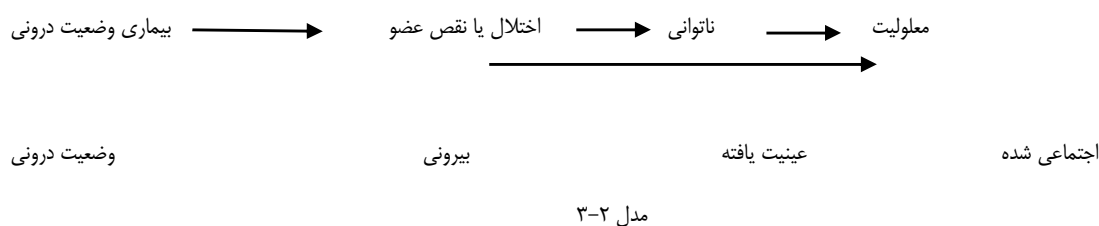
ساختار طبقه‌بندی معلولیت کاملاً متفاوت از سایر طبقه‌بندی‌های مرتبط ICD است. اقلام بر مبنای افراد یا ویژگی‌های آنها طبقه‌بندی نمی‌شوند، بلکه براساس شرایطی (شرایط نامساعد از نظر هنجارهای جامعه در رابطه با همسالان خود) است که افراد معلول خودشان را در آن پیدا می‌کنند، در نسخه بازنگری شده نیاز به توضیح این مسئله است. (همان)

طبقه‌بندی معلولیت یک نوع طبقه‌بندی وضعیت‌ها است و نه افراد: کلمه "شرایط" نه تنها به تراکم افراد، بلکه همچنین به ویژگی‌های محیط فیزیکی و اجتماعی اشاره دارد. شاخص‌های هر دو گروه نیز در زمینه ارتقای سلامت در حال توسعه هستند. (همان)

دسته‌های جبران خسارت، ناتوانی و معلولیت همچنان قوی هستند؛ مدل‌های مبتنی بر غیر ICDH مفهومی‌های مشابهی را شامل می‌شوند، گرچه ممکن است از اصطلاحات مختلف استفاده کنند. تعدادی از مدل‌های عواقب بیماری که شامل عوامل دیگر، مانند محیط فیزیکی و اجتماعی است در ادبیات علمی پیشنهاد شده است و در هنگام بازنگری ICDH در نظر گرفته می‌شوند، اگرچه بیشتر در مرحله توسعه نظری قرار دارند و آزمایش تجربی نشده‌اند

در موارد متعددی، با توجه به ویژگی‌های عملکردی و فعالیت‌های روزانه، یک درجه‌ای از همپوشانی بین ناتوانی و معلولیت وجود دارد. این همپوشانی همچنین بین اختلال و ناتوانی نیز وجود دارد، به عنوان مثال در مورد: اختلالات ذهنی؛ تمایز بین توانایی‌های ذهنی، چشم و زبان و ناتوانی ارتباطی؛ بی‌اختیاری؛ و استقلال جسمی وجود دارد مشکل همپوشانی نیاز به توضیح بیشتر دارد.

مدل فعلی عواقب بیماری و نمایش گرافیکی آن (مدل ۲-۳) در تشخیص بین اختلالات، ناتوانی و معلولیت‌ها به عنوان مفاهیم جداگانه مؤثر است، اما اطلاعات کافی در مورد رابطه بین آنها به طور خاص ارائه نمی‌دهد، فلش‌های مرتبط با بیماری، اختلال، ناتوانی و معلولیت گاهی اوقات به عنوان نشان دهنده یک مدل علی و نشانه‌ای از تغییر در طول زمان تفسیر شده‌اند. این مدل جریان یک طرفه از اختلال، ناتوانی، به معلولیت است. در نهایت، نمایش گرافیکی چارچوب ICIDH به اندازه کافی بازتابی از نقش محیط اجتماعی و فیزیکی در روند معلولیت ندارد اگر چه متن اصلی بیان می‌کند که وضعیت بیش از یک مدل خطی ساده است ولی باید این اظهارنظر به وضوح بیان شود - فلش‌ها در نمایش گرافیکی باید به معنای بیش از "ممکن است منجر شود" باشد- این مسائل و همچنین بازنمودهای گرافیکی جایگزین، در بازنگری ICIDH مورد توجه قرار خواهد گرفت.



۲-۱-۶- انتقادات از رویکرد ICIDH

توانایی ICIDH نه تنها برای طبقه‌بندی شرایط فرد، بلکه چارچوب نظری را برای وابستگی متقابل اختلال، ناتوانی و معلولیت و یک ابزار قدرتمند برای طیف وسیعی از برنامه‌ها شامل: تشخیص بالینی و ارزیابی توان بخشی، ثبت سلامت و تنظیمات توان بخشی، توسعه مراقبت‌های پزشکی و توان بخشی سیستم‌ها، ارزیابی و توسعه برنامه، ارتقاء زبان‌شناختی توافق، بحث و توسعه مفهومی در زمینه بین‌رشته‌ای مطالعات ناتوانی، توسعه برنامه‌های تحقیقاتی، شکل‌گیری سیاست ناتوانی و اقدامات برنامه‌ریزی برای برابری فرصت، جمع‌آوری داده‌ها در تحقیق و توسعه پایگاه داده. (Badley ۱۹۹۳) با این حال انتقاداتی نیز از این رویکرد شده که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

- یک همپوشانی بین اختلال، ناتوانی و معلولیت وجود دارد که در طبقه‌بندی این رویکرد عملیاتی شده است. این مسائل مرزی و دیگر مشکلات ساختاری (عدم انسجام یا انسجام) به این معنی است که دهه ۱۹۸۰ ICIDH هنوز به عنوان یک سیستم طبقه‌بندی واقعی مورد توجه قرار نگرفته است

- نیاز به بعد چهارم در (یا شاید کمکی به) ICIDH وجود دارد این بعد مربوط به محیط و موانع (از جمله تبعیض) است که به تجربه فرد از ناتوانی و معلولیت کمک می‌کند.

- با این وجود درک زمینه اجتماعی که معلولیت را تعریف می‌کند - و شناخت محیط نه تنها بر معلولیت تاثیر می‌گذارد بلکه می‌تواند بر ناتوانی نیز تاثیر بگذارد- مفاهیم ICIDH به طور خاص " در زمینه تجربه سلامت " تعریف می‌شوند. تعدادی از شرکت کنندگان به اهمیت این مسئله اشاره کردند که نه تنها تشخیص اینکه " ICIDH " در زمینه تجربه سلامت " تنظیم شده است " ، اما همچنین حفظ مفهوم اختلال به عنوان ناتوانی و معلولیت همگام یا اساسی وجود دارد. در غیر این صورت، با توجه به گفته یکی از شرکت کنندگان کارگاه، ناتوانی کاملاً از نظر اجتماعی ساخته شده است و " به یک موضوع انتخاب تبدیل می‌شود " ؛ پس هیچ پایه و اساسی برای ایجاد شاخص‌های مطلوب از شدت و نیاز وجود ندارد

-اگر ICIDH یک استاندارد بین‌المللی باشد، باید اندازه‌گیری قابل تکراری (روایی) را فراهم کند. اگر بیش از حد به زمینه و فرهنگ خاص وابسته باشد مقایسه در زمینه‌های مختلف بسیار مشکل می‌شود.

در سال ۱۹۹۴ یک کارگاه آموزش در استرالیا با عنوان "اندازه‌گیری ناتوانی" برگزار شد در این کارگاه عنوان شد؛ شناخت نسبتاً گسترده از مفاهیم اختلال، ناتوانی و معلولیت وجود دارد و طبقه‌بندی ICIDH باید توسعه پیدا کند و نیاز به بازنگری ICIDH وجود دارد.

۲-۲- طبقه‌بندی ICF

ضعف‌ها و انتقادهای موجود از رویکرد ICIDH باعث شد تا سازمان بهداشت جهانی با همکاری مراکز فرانسوی، هلندی و آمریکای شمالی از ۱۹۹۳ شروع به بازنگری این طبقه‌بندی کنند در این بازنگری محتوای طبقه‌بندی ICIDH مورد اصلاح قرار گرفت و پیوست جدید فاکتور محیطی /زمینه‌ای به آن اضافه شد همچنین در این بازنگری روی بعد سوم ICIDH، یعنی مشارکت (سابقه حوادث) و روش‌های مختلفی که برای اندازه‌گیری آن پیشنهاد شده است، تمرکز شد. پیش نویس "آلفا" بازنگری شده ICIDH در مه ۱۹۹۶ است همه مراکز همکاری یکی شدند در این مرحله، مراکز همکاری توافق کردند به طور کلی بر پیش نویس تمرکز خواهد کرد از آن زمان تا فوریه سال ۱۹۹۷، مراکز و نیروهای همکار، اظهار نظر در مورد پیش نویس آلفا را ارائه کردند سوالات اساسی مواجه با مسائل عمده نیز مورد بحث قرار گرفت. در ماه می ۱۹۹۶ پیش نویس بازنگری شده ICIDH موسوم به پیش نویس "بتا" که همان طبقه‌بندی ICF است توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شد و در سال ۱۹۹۹ اصلاح نهایی شد.

اساس طبقه‌بندی ICF بر پایه سطح‌بندی و بیان جزئیات مرتبط با ساختار تشریحی، عملکرد فیزیولوژیک و تکالیف عملکردی در سطح فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت و نیز تعیین وسعت و شدت مشکل به وجود آمده است. پیامدهای جسمی و روانی بیماری (مشکل در سلامت) در سطوح آناتومی و فیزیولوژی به صورت آسیب و پیامدهای اجتماعی آن به صورت محدودیت در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت‌های اجتماعی معرفی می‌شود.

محتوای ICF به تفکیک سطح اول یا طبقه‌بندی والدینی هر یک از طبقه‌بندی‌های موجود در ICF است

۲-۲-۱- عملکردهای بدن:

۱. عملکرد ذهنی
۲. عملکرد حسی و درد
۳. عملکردهای صوت و گفتار
۴. عملکردهای قلب و عروق، خون، ایمنولوژیک و سیستم تنفسی
۵. عملکردهای سیستم‌های گوارشی، متابولیک و غدد درون ریز
۶. عملکردهای تناسلی و تولید مثل
۷. ساختارهای مرتبط با سیستم عصبی-عضلانی و حرکتی
۸. عملکردهای پوست و ساختارهای مرتبط

۲-۲-۲- ساختارهای بدن:

۱. ساختار سیستم عصبی
۲. چشم، گوش و ساختارهای مرتبط
۳. ساختارهای مرتبط با صوت و گفتار
۴. ساختارهای قلبی عروقی، ایمنی و سیستم تنفسی
۵. ساختارهای مرتبط با گوارشی، متابولیکی و سیستم غدد درون ریز
۶. ساختارهای مرتبط با سیستم‌های دستگاه تناسلی و تولید مثل
۷. ساختارهای مرتبط با تحرک
۸. پوست و ساختارهای مرتبط

۲-۲-۳- فعالیت و مشارکت:

۱. یادگیری و استفاده از دانش
۲. وظایف و خواسته‌های عمومی
۳. ارتباطات
۴. تحرک
۵. مراقبت از خود
۶. زندگی خانوادگی
۷. تعاملات و روابط بین فردی
۸. زمینه‌های حیاتی زندگی (مانند تحصیل، کار و اشتغال، زندگی اقتصادی)
۹. جامعه، زندگی اجتماعی و مدنی

۲-۲-۴- فاکتورهای محیطی

۱. محصولات و تکنولوژی
۲. محیط طبیعی و تغییرات انسان به محیط زیست
۳. پشتیبانی و روابط
۴. نگرش‌ها
۵. خدمات، سیستم‌ها و سیاست‌ها (توصیه‌های سازمان ملل، ویرایش ۲، ص ۲۵۵)

عوامل شخصی نیز مهم هستند ولی در ICF طبقه‌بندی نشده‌اند. برای شرایط سلامتی (اختلال، بیماری، آسیب و علل مادرزادی ناتوانی) باید به طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مسائل سلامتی مرتبط (نسخه ۱۰-بازنگری ICD) و طبقه‌بندی بین‌المللی عوامل خارجی آسیب (ICECI) مراجعه کرد

به منظور مشخص کردن شرایط ناتوانی و عملکرد یک فرد، توصیف‌کننده‌هایی برای نشان دادن سطح و میزان عملکرد/ناتوانی و فاکتورهای محیطی به عنوان تسهیل‌کننده یا مانع وجود دارد. مزیت ICF طیف وسیعی از عملکرد بدن / ساختار (نقص عضو) از نقطه نظر مشارکت تحت تأثیر عوامل محیطی است توصیه می‌شود از این طیف وسیع تا جایی که ممکن است استفاده شود (توصیه‌های سازمان ملل، ویرایش ۲، ص ۲۵۷)

۲-۳- توصیه‌های سازمان ملل در مورد سنجش ناتوانی و معلولیت

۲-۳-۱- ویژگی‌های ناتوانی

۲,۳۵۰ سرشماری می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد ناتوانی در یک کشور ارائه دهد. برای کشورهایی که طرح‌های جاری ناتوانی یا طرح جمعیتی بر مبنای ناتوانی ندارند، سرشماری می‌تواند منبع اطلاعاتی از فراوانی و توزیع ناتوانی و عملکرد جمعیت در سطوح ملی و منطقه‌ای باشد. کشورهایی که سیستم ثبتی دارند و داده‌های منظم افراد با انواع شدید ناتوانی دارند ممکن است از سرشماری برای تکمیل این داده با اطلاعات مرتبط با جنبه‌های وسیع‌تر مفهوم ناتوانی و عملکرد بر مبنای طبقه‌بندی ICF- که در بخش قبل به آن اشاره شد- استفاده کنند. داده‌های سرشماری می‌تواند برای برنامه‌ریزی و خدمات عمومی (پیشگیری و توان‌بخشی)، نظارت بر جنبه‌های انتخاب شده روندهای ناتوانی در کشور، ارزیابی برنامه‌های ملی، خدمات مربوط به همسان‌سازی فرصت‌ها و مقایسه بین‌المللی جنبه‌های انتخاب شده از شیوع ناتوانی در کشور مورد استفاده واقع شود. (توصیه‌های سازمان ملل، ویرایش ۳، ص ۱۳۷)

۲-۳-۲- وضع ناتوانی

۲,۳۵۱ وضع ناتوانی جمعیت را با ناتوانی و بدون ناتوانی تقسیم می‌کند. طبقه‌بندی ICF، ناتوانی را به عنوان "واژه چتر برای اختلالات، محدودیت فعالیت، محدودیت مشارکت" استفاده می‌کند. این جنبه‌های منفی تعامل بین یک فرد (با یک شرایط سلامتی) و عوامل زمینه‌ای فرد (عوامل محیطی و شخصی) را مشخص می‌کند. هدف از تعیین وضعیت ناتوانی با استفاده از داده‌های سرشماری، این است که افرادی که در معرض خطر بیشتری نسبت به افراد عادی در انجام وظایف و نقش‌ها هستند، شناسایی شوند. این گروه شامل افرادی می‌شود که دارای محدودیت در فعالیت‌های اساسی عملکردی مانند پیاده‌روی و یا شنوایی هستند، حتی اگر چنین محدودیت‌هایی با استفاده از ابزارهای کمکی بهبود یافته یا یک محیط حمایتی با منابع فراوان باشد چنین افرادی ممکن است در موارد انجام وظایف خاص مانند حمام کردن و یا لباس پوشیدن و یا فعالیت‌های مشارکتی، مانند کارکردن، کلیسا رفتن و یا رفتن به خرید، محدودیتی نداشته باشند زیرا سازگاری لازم در سطح فرد یا محیط انجام شده است. این افراد هنوز در مقایسه با افراد عادی جمعیت در معرض خطر بیشتری در انجام فعالیت‌ها و مشارکت هستند چون فاقد مسکن مناسب شان هستند و مشارکت آنها کاهش پیدا می‌کند. (همان، ص ۱۳۸)

۲,۳۵۲ توصیه می‌شود که در تعیین وضعیت ناتوانی چهار دامنه زیر مورد توجه قرار گیرد به طریقی که با سرشماری قابل اندازه‌گیری باشد و قابلیت مقایسه بین‌المللی داشته باشد:

(الف) پیاده‌روی (راه رفتن)؛

(ب) بینایی؛

(ج) شنوایی؛

(د) شناخت.

یک معیار جامع برای تعیین ناتوانی شامل شش حوزه کارکردی زیر می‌شود (به بند ۳۶۷، ۲).

(الف) پیاده‌روی؛

(ب) بینایی؛

(ج) شنوایی؛

(د) شناخت

(ع) مراقبت از خود

(ف) ارتباطات

با این حال، توصیه می‌شود که چهار حوزه اول ضروری تعیین شود اما اگر کشوری بخواهد می‌تواند دو طبقه آخری به آن اضافه کند. (همان، ص ۱۳۸)

۲-۳-۳- چارچوب ناتوانی و واژه‌شناسی

۲،۳۵۳ در سال ۲۰۰۱، سازمان جهانی بهداشت^۱، طبقه‌بندی ICF را در ژنو سوئیس تصویب کرد. که جانشین ICIDH است که در سال ۱۹۸۰ در ژنو سوئیس تصویب شده بود. طبقه‌بندی ICF یک نظام طبقه‌بندی است که یک چارچوب مفهومی اصطلاحات و تعاریف اصطلاحات و طبقه‌بندی‌های اجزای زمینه‌ای مبتنی بر ناتوانی که شامل مشارکت و فاکتورهای محیطی است. ۲،۳۵۴. طبقه‌بندی ICF ابعاد چندگانه‌ای که می‌تواند برای پایش وضعیت افراد ناتوان مورد استفاده قرار گیرد را تشخیص می‌دهد این سیستم به دو بخش و هر کدام از بخش‌ها به دو جزء تقسیم می‌شود:

(۱،۰) عملکرد و ناتوانی شامل اجزای:

(۱،۱) عملکرد بدن و ساختار بدن (اختلالات)

(۱،۲) فعالیت‌ها (محدودیت‌ها) و مشارکت (محدودیت‌ها)

(۲،۰) عوامل زمینه‌ای که شامل اجزاء:

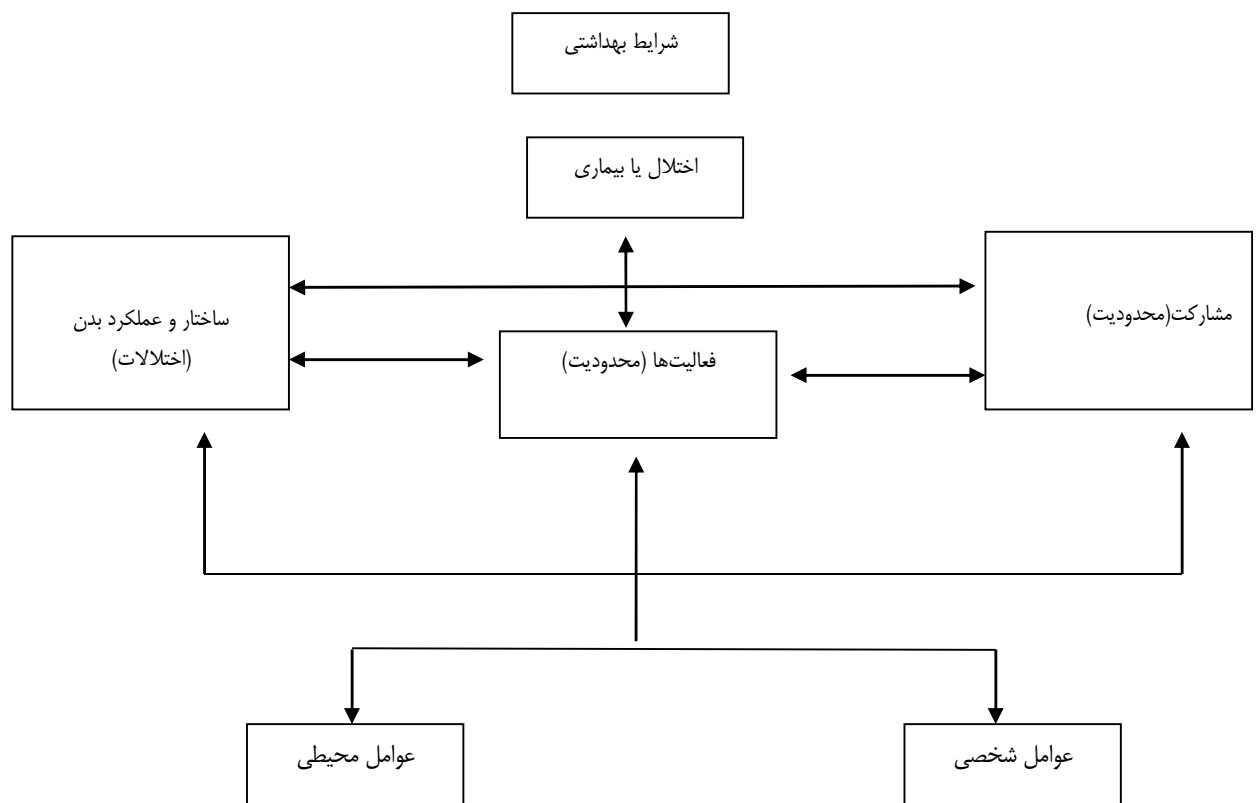
(۲،۱) عوامل محیطی

(۲،۲) عوامل شخصی (همان، ص ۱۳۸ و ۱۳۹)

۲،۳۵۵. طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت برنامه‌های طبقه‌بندی برای همه این عناصر را به جز عوامل شخصی فراهم می‌کند.

۲-۳-۴- تعاملات بین مؤلفه‌های طبقه‌بندی ICF

۲،۳۵۶. تعاملات بین بخش‌ها و اجزای طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت در مدل ۲-۴ نشان داده شده است.



مدل ۲-۴: تعامل بین مؤلفه‌های ICF

۲-۳-۵- استفاده از سرشماری برای اندازه‌گیری ناتوانی در سطح کل

۲,۳۵۸. فرمت سرشماری فقط فضا و زمان محدود برای سؤالات در مورد هر موضوعی مانند ناتوانی ارائه می‌دهد. از آنجا ICF ابعاد مختلفی را برای استفاده از ابزار اندازه‌گیری سرشماری ارائه می‌دهد؛ بهتر است که بر روی تعداد کمتری از این ابعاد تمرکز کنید ابعاد باقیمانده را در طرح‌های خانواری وسیع‌تر بپرسید. مجموعه‌های کوتاه از سؤالات ناتوانی که می‌تواند در سرشماری‌ها و مجموعه‌های گسترده‌ای مورد استفاده قرار گیرد تا برای درج در طرح‌های مبتنی بر جمعیت توسعه یافته و آزمایش شوند. هدف از مجموعه‌های توصیه شده بهبود مقایسه پذیری داده‌های ناتوانی و عملکرد در بین کشورهاست. (همان، ص ۱۳۹)

۲,۳۵۹. برنامه جهانی اقدام^۱ مربوط به افراد ناتوان یک راهنمای ارزشمند برای مفهوم سازی استفاده از داده ناتوانی فراهم می‌کند. سه هدف عمده برنامه جهانی اقدام برابری فرصت‌ها، توانبخشی و پیشگیری است.

۲,۳۶۰. سه طبقه اصلی از اهداف اندازه‌گیری ناتوانی در سرشماری عبارتند از:

^۱. World Programme of Action

(الف) ارائه خدمات، از جمله توسعه برنامه‌ها و سیاست‌های خاص برای ارائه خدمات و ارزیابی این برنامه‌ها و خدمات در سطح جمعیت فقط محدود به نیازهای مسکن، حمل و نقل، فناوری کمک، حرفه‌ای یا توانبخشی آموزشی و مراقبت بلند مدت نیست

(ب) نظارت بر سطح عملکرد در جمعیت. این شامل برآورد میزان و تجزیه و تحلیل روند است. سطح عملکرد در جمعیت یک شاخص سلامت و اجتماعی اولیه است که وضعیت جمعیت در یک جامعه مشخص می‌کند

(ج) ارزیابی برابری فرصت‌ها. این شامل نظارت و ارزیابی نتایج قوانین و سیاست‌های ضد تبعیض و برنامه‌های خدماتی و توانبخشی طراحی شده برای بهبود و برابر کردن مشارکت افراد ناتوان در همه جنبه‌های زندگی است. (همان، ص ۱۳۹)

۲,۳۶۱. منظور از این اهداف اندازه‌گیری سازگاری با برنامه جهانی اقدام در مورد افراد ناتوان است که راهنمای ارزشمندی را برای مفهوم‌سازی استفاده از داده‌های ناتوانی فراهم می‌کند. در برنامه جهانی اقدام سه هدف عمده شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و برابری فرصت‌های بین‌المللی، توانبخشی و پیشگیری مشخص شده است. هدف کلی این برنامه ارتقای مشارکت افراد ناتوان در همه عرصه‌های زندگی با جلوگیری از شروع و پیامدهای اختلالات، ارتقاء سطح مطلوب عملکرد و برابری فرصت‌ها در مشارکت است.

۲,۳۶۲. ارزیابی برابری فرصت‌ها هدفی است که بهترین نحو ممکن با سرشماری قابل حصول است و این ارزیابی در هنگام تعیین وضعیت ناتوانی افراد سنجیده می‌شود.

۲,۳۶۳. تعریف وضع ناتوانی (به بند ۲,۳۵۱) نیاز دارد که ناتوانی را از لحاظ محدودیت در عملکرد فعالیت‌های اصلی که یک فرد را در معرض خطر بیشتری نسبت به عموم از نظر عملکرد محدود یا مشارکت در فعالیت‌های سازمان یافته (مانند دوره‌های آموزشی یا مشارکت شغلی) قرار می‌دهد، تعریف می‌کند در حالی که ارزیابی برابری فرصت‌ها ممکن است نیاز به اندازه‌گیری فعالیت‌ها و مشارکت داشته باشد، چنین رویکردی به شناسایی تغییرات در سطح مشارکت جمعیت در پاسخ به تغییرات فرصت‌ها کمک نمی‌کند. این تنها نشان دهنده شرایط کسانی است که به دلیل محیط غیر دوستانه یا عدم وجود وسایل جانبی، محدودیت در مشارکت را تجربه کرده‌اند. نزدیک شدن به ارزیابی برابری فرصت‌ها با شناخت ارتباط بین یک سطح اساسی فعالیت و مشارکت تعاقبی می‌تواند برخی از چالش‌های روش شناختی را کاهش دهد. (همان، ص ۱۴۰)

۲,۳۶۴. از بین بردن ابعاد مفهومی محدودیت‌های فعالیت پایه ناشی از اختلال (نقص عضو)، از فعالیت‌های پیچیده‌تر در ارتباط با مشارکت، فرصتی برای تعیین سازوکارهای مداخله‌ای است که تسهیل یا دخالت در انجام وظایف و فعالیت‌های سازمان یافته را تعیین می‌کند. در مرحله تجزیه و تحلیل، افراد ناتوان و فاقد ناتوانی بر اساس توانایی آنها برای انجام فعالیت‌های اساسی شناخته شده‌اند، می‌توانند در مقایسه با مشارکت آنها در فعالیت‌های سازمان یافته (مانند مدرسه و کار) مقایسه شوند. این مقایسه می‌تواند سطح برابری فرصت‌ها را ارزیابی کند. جدایی بین فعالیت‌ها و عملکرد، رویکردی را برای نظارت بر عملکرد در جمعیت و به منظور ارزیابی برابری فرصت‌ها متمایز می‌کند. هنگام ارزیابی برابری فرصت‌ها، ارتباط بین عناصر مفهومی در حین تحلیل ایجاد می‌شود در حالی که برای نظارت بر عملکرد، ارتباط در طول جمع‌آوری داده‌ها انجام می‌شود (همان، ص ۱۴۰)

۲,۳۶۵. در چارچوب مدل طبقه‌بندی ICF و چهار بعد عمده آن (ساختار و عملکرد بدن، فعالیت، مشارکت و محیط)، مجموعه‌ای از پرسش‌های فعالیت محور در ساده‌ترین و اساسی‌ترین سطح قرار داده شده که بایستی عناصر فعالیت پایه مورد نیاز برای اندازه‌گیری خوب برای تحلیل محدودیت‌های داده‌های مشارکت را بسنجند. (همان، ص ۱۴۱)

۲,۳۶۶. با توجه به پیچیدگی تعریف و اندازه‌گیری ناتوانی و در برخی از فرهنگ‌ها حساسیت مربوط به افرادی که به عنوان ناتوان شناخته می‌شوند، توصیه می‌شود که چندین حوزه فعالیت کاربردی تعریف شود که به موجب آن افراد می‌توانند به پرسش‌های مربوط به مشکلشان در انجام این فعالیت‌ها پاسخ دهند تا اینکه به صورت مستقیم در مورد ناتوانی خاص افراد پرسش شود. (همان، ص ۱۴۱)

۲-۳-۶-دامنه‌های ضروری

۲,۳۶۷ پیشنهاد شده است که تنها دامنه‌هایی که مجموعه‌ای از معیارهای انتخاب شده را رعایت کرده‌اند و از نظر فراگیری مجموعه‌ای از سؤالات کوتاه واجد شرایط هستند برای درج در سرشماری استفاده شود. معیارهای گنجانده شدن عبارتند از: مقیاس پذیری بین جمعیتی و بین فرهنگی، مناسب بودن برای خود اظهاری و فضای فرم سرشماری. سایر معیارهای پیشنهادی عبارتند از اهمیت دامنه از نظر مسائل سلامت عمومی. بر اساس این معیارها، چهار حوزه اساسی: راه رفتن، بینایی، شنوایی و شناختن ضروری است علاوه بر این، اگر فضا اجازه می‌دهد، دو دامنه دیگر: خود-مراقبتی و ارتباطات می‌توان اضافه نمود (همان، ص ۱۴۱)

۲,۳۶۸ پیاده‌روی (راه رفتن) از معیارهای کاربردی بین فرهنگی است و نیاز فضایی دارد برای مقایسه اطلاعات و به عنوان یک شاخص خوب عملکرد فیزیکی و عامل اصلی محدودیت در مشارکت محسوب می‌شود. همچنین یک حوزه اساسی عملکرد فعالیت است که می‌تواند خود اظهاری باشد (همان، ص ۱۴۱)

۲,۳۶۹ در حالی که بینایی یک مشکل سلامت عمومی را نشان می‌دهد، خوداظهاری مشکلات بینایی مشکل سازتر است، مخصوصاً زمانی که افراد از عینک برای اصلاح اختلالات بینایی استفاده می‌کنند. مشکلات مشابهی با پرسیدن درباره فعالیت شنوایی همراه است. روش مستقیم این است در پاسخ به چنین سؤالاتی درباره مشکل شنوایی و بینایی بدون هیچ گونه وسایل کمکی پرسش شود (همان، ص ۱۴۱)

۲,۳۷۰ با این حال، دستگاه‌هایی نظیر عینک، محل اقامت فراهم شده برای افراد دارای اختلال عملکرد می‌تواند بسیار زیاد باشد. اغلب استدلال می‌شود که تعداد افراد ناتوان از نظر بینایی بدون استفاده از عینک به میزان قابل توجهی افزایش پیدا می‌کند و این گروه را بیش از حد ناهمگن می‌سازد، یعنی این گروه شامل افرادی می‌شود که ریسک بسیار کمی از نظر مشارکت دارند و در کنار آنها افرادی هستند که ریسک بالایی از نظر مشارکت دارند. یک جایگزین این است که سؤالاتی در ارتباط با مشکلات بینایی و شنوایی حتی با استفاده از عینک / سمعک، در صورتی که معمولاً آنها از این وسایل استفاده کنند، پرسیده شود. (همان، ص ۱۴۱)

۲,۳۷۱ از چهار حوزه اساسی، شناخت، سخت‌ترین کار برای عملیاتی کردن است. شناخت شامل بسیاری از عملکردها مانند یادآوری، تمرکز، تصمیم‌گیری، درک گفتاری و زبان نوشتاری، راه پیدا کردن یا پیگیری نقشه، انجام محاسبات ریاضی، خواندن و تفکر است. تصمیم‌گیری در مورد عملکرد مشابه فرهنگی که حتی یک جنبه از شناخت را نشان می‌دهد، دشوار است. با این حال، یادآوری و تمرکز یا تصمیم‌گیری احتمالاً به بهترین وجه به جنبه‌های مقایسه پذیری فرهنگی کمک می‌کند. خواندن و انجام محاسبات ریاضی یا دیگر توانایی‌های آموختنی بسیار وابسته به سیستم‌های آموزشی در یک فرهنگ است (همان، ص ۱۴۱)

۲-۳-۷- دامنه‌های اضافی

۲,۳۷۱ الف- علاوه بر چهار دامنه ضروری، دو دامنه دیگر برای گنجاندن احتمالی شناسایی شده‌اند: مراقبت از خود و ارتباطات است. بعد خود مراقبتی به منظور شناسایی افرادی است که مشکلی با مراقبت از خود دارند. دامنه خود مراقبتی افرادی که مشکل مراقبت از خود را به صورت مستقل دارند، شناسایی می‌کند. شستشو و پانسمان نشان دهنده وظایف خود مراقبتی است که روزانه اتفاق می‌افتد و به عنوان فعالیت‌های اساسی شناخته می‌شود

۲,۳۷۱ ب- هدف دامنه ارتباطات، شناسایی افرادی است که مشکلاتی در ارتباط با صحبت کردن، گوش دادن یا درک گفتار دارند، به طوری که در انجام فعالیت‌های روزمره آنها مشکلی ایجاد می‌کند. دو جنبه ارتباطات مورد توجه قرار گرفته است: فهمیدن دیگران (ارتباط پذیرنده) و درک دیگران (ارتباطات بیان‌کننده). برقراری ارتباط (درک / درک شده) به تبادل اطلاعات یا ایده‌های بین دو نفر از طریق استفاده از زبان اشاره می‌کند آنها ممکن است از صدای خود برای تبادل و یا ایجاد علائم یا نوشتن اطلاعاتی که می‌خواهند مبادله کنند، استفاده کنند (همان، ص ۱۴۱)

۲,۳۷۲ فراتر از شش دامنه شناسایی شده در بالا، دامنه‌های عملکرد فیزیکی بیشتری وجود دارد که می‌تواند در مجموعه‌ای از سؤالات سرشماری وابسته به فضای موجود، مانند عملکرد بالا تنه یعنی بازو، دست و انگشتان، وجود داشته باشد. دامنه دیگر می‌تواند شامل عملکرد روانی باشد، در حالی که شناسایی مشکلات با عملکرد روانی در جمعیت یک عنصر بسیار مهم در اندازه‌گیری ناتوانی برای هدف مورد نظر است، سؤالاتی که تلاش می‌کنند تا عملکرد ذهنی / روانی را با مشکلاتی نظیر برچسب اجتماعی در یک فرهنگ ایجاد می‌شود، ارائه دهند. این می‌تواند تمام مجموعه سؤالات را به خطر اندازد (همان، ص ۱۴۲)

۲-۳-۸- سؤالات سرشماری

۲,۳۷۳ توصیه می‌شود توجه ویژه‌ای برای اندازه‌گیری ناتوانی در طراحی سؤالات سرشماری انجام شود. اصطلاحات و ساختار سؤالات به شدت بر دقت در شناسایی افراد ناتوان تأثیر می‌گذارد هر دامنه باید از طریق یک سؤال جداگانه پرسیده شود. زبان مورد استفاده باید روشن، ساده و ساده باشد از واژگان منفی اجتناب شود. سؤالات ناتوانی باید به هر یک از اعضای خانواده اختصاص داده شود و از پرسیدن سؤالات کلی درباره حضور افراد ناتوان در خانوار باید اجتناب شود. در صورت لزوم، یک پاسخگوی پروکسی می‌تواند وضعیت ناتوانی اعضای خانوار را گزارش دهد. مهم این است پرسش درباره همه اعضای خانواده باشد و این بهتر است تا سؤال سفید گذاشته شود. همچنین مقیاس پاسخ‌های دسته بندی شده می‌تواند گزارش ناتوانی را بهبود بخشد. سؤالات سرشماری در زمینه ناتوانی که توسط گروه واشنگتن تأیید شده است شامل

چهار دسته پاسخ می‌شود

(الف) نه (بدون هیچ مشکلی)؛

(ب) بله - تا حدودی مشکل

(ج) بله - بسیار دشوار؛

(د) اصلاً نمی‌تواند فعالیت‌ها را انجام دهد.

و شیوع ناتوانی بر اساس پاسخ‌های "بسیار دشوار" یا "اصلاً نمی‌تواند انجام دهد." برای هر کدام از سؤالات سنجیده شود (همان، ص ۱۴۲)

۲,۳۷۴ اطلاعات حاصل از اندازه‌گیری وضعیت ناتوانی (با توجه به بند ۲,۳۵۱) انتظار می‌رود:

(الف) بیانگر بخش بزرگی، اما نه همه افراد با محدودیت در فعالیت‌های اساسی در هر یک از کشورها (فقط استفاده از یک مجموعه گسترده تر از ابعاد به طور بالقوه چنین افرادی را پوشش دهد، اما همانطور که گفته شد، این امر در سرشماری ممکن نخواهد بود)؛

(ب) معرف عمومی‌ترین محدودیت‌های فعالیت پایه و اساسی در هر کشوری؛

(ج) انتخاب افراد با مشکلات مشابه بین کشورها (همان، ص ۱۴۲)

۲,۳۷۵ سؤالات، جمعیت را با محدودیت‌هایی در فعالیت‌های اساسی مشخص می‌کنند که پتانسیل محدود کردن مشارکت مستقل در جامعه را دارند از این داده‌ها می‌توان استفاده کرد برای مقایسه سطوح مشارکت در اشتغال، آموزش و یا زندگی خانوادگی برای افراد ناتوانی که با یک مجموعه سؤال اندازه‌گیری شده‌اند در مقایسه با آنانی فاقد ناتوانی‌اند برای دیدن اینکه آیا افراد ناتوان جامعه‌پذیر شده‌اند یا خیر، دست یافت علاوه بر این، داده‌ها می‌توانند برای نظارت بر روند شیوع افراد با محدودیت در حوزه‌های خاص فعالیت پایه انتخاب شده مورد استفاده قرار گیرد. این کل جمعیت با محدودیت‌ها را نشان نمی‌دهد و یا لزوماً نشان دهنده "درست" جمعیت با ناتوانی نیست که نیازمند محدودیت اندازه‌گیری در همه حوزه‌ها است. (همان، ص ۱۴۲)

۲,۳۷۶ از آنجا که ناتوانی یک مفهوم پیچیده است، لازم است که یک تعریف صریح بر اساس حوزه‌های مورد استفاده ICF هنگام توسعه سؤالات سرشماری یا طرح‌های آماری برای شناسایی وضعیت ناتوانی، مورد استفاده قرار گیرد. مجموعه سؤالات توصیه شده برای سرشماری براساس چنین تعریفی صریح (همانطور که در بالا توضیح داده شد) است. ضروری است که تخمین‌ها و جداول آماری بر مبنای مجموعه توصیه شده به همراه اطلاعات در مورد چگونگی تعریف معلولیت و نحوه پرسش از آنها، باشد. این اطلاعات باید بخشی از فرا داده مرتبط با مجموعه داده و سؤالات باشد و باید به عنوان یک پاورقی برای جداول شامل این برآوردها باشد. (همان، ص ۱۴۳)

۲-۳-۹- استفاده از سرشماری برای نمایش ناتوانی و پیگیری با سایر نظرسنجی‌ها

۲,۳۷۷ کشورهایی که برای طرح‌های تخصصی در زمینه ناتوانی برنامه‌ریزی می‌کنند ممکن است از سرشماری برای توسعه چارچوب نمونه‌گیری برای این طرح‌ها استفاده کنند و این ابزار غربالگری برای شناسایی افرادی باشد که بعداً مصاحبه می‌شوند تعاریف و ابزارهایی که برای این منظور استفاده می‌شوند بسیار متفاوت از آنچه که برای ارزیابی فرصت‌های برابر استفاده می‌شود. هدف اصلی غربالگری این است

با بیشترین احتمال بزرگ‌ترین گروهی از افرادی که بتوانند بیشتر مورد مطالعه قرار گیرند را در برگرد. سؤال غربالگری باید طراحی شود تا منفی‌های کاذب و مثبت‌های کاذب به حداقل برسد. (همان، ص ۱۴۳)

۲,۳۷۸ در چارچوب طبقه‌بندی ICF، غربالگری سرشماری ممکن است شامل تمام سه بعد اصلی ساختار و عملکرد بدن، فعالیت و مشارکت باشد. این امر به حفظ یک رویکرد گسترده برای طرح‌های تعاقبی که در آن جنبه‌های مختلف ناتوانی را بهتر می‌توان مورد مطالعه قرار داد، کمک می‌کند (همان، ص ۱۴۳)

۲,۳۷۹. همان توصیه‌هایی که در پاراگراف‌های ۲,۳۷۳-۲,۳۷۶ برجسته شده است نیز باید در هنگام طراحی یک مازول غربالگری مورد توجه قرار گیرد

۲,۳۸۰ قبل از شروع به استفاده از سرشماری برای توسعه یک چارچوب برای طرح تعاقبی، مهم است که مفاهیم قانونی استفاده از داده‌های سرشماری برای این هدف به طور کامل مورد توجه قرار گیرد پاسخگویان باید مطلع شوند که داده‌ها ممکن است برای مطالعات تعاقبی مورد استفاده قرار گیرند و مقامات ملی، مسئول اطمینان از حفظ حریم خصوصی افراد هستند تا بتوانند آنها را تأیید کنند. (همان، ص ۱۴۳)

۲-۴- رویکرد فعالیت‌های روزانه زندگی و خود مراقبتی

این رویکرد بر مبنای توانایی افراد برای مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی استوار است و رویکرد گروه‌هاشنگتن بر اساس همین مفاهیم شکل گرفته است. برخی از مفاهیم مهم این رویکرد که در بخش تعاریف نیز به آن اشاره شده عبارتند از:

- **خود ارزیابی به عنوان ناتوان:** به طور مستقیم از افراد ناتوان پرسش می‌شود تا ناتوانی خود را مشخص کنند. (ملیناک و فینگ، ۲۰۱۶؛ ص ۵۰۶)

- **شرایط قابل تشخیص:** فهرستی از شرایط مانند بیماری صرع، فلج اطفال و غیره را از پاسخگو می‌پرسند که کدام یک از این موارد را دارد.

- **فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL):** اگر پاسخگو در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و وظایف اصلی مانند لباس پوشیدن، حمام کردن و تغذیه خود دچار مشکل باشد، به عنوان ناتوان در نظر گرفته می‌شود (همان)

- **فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره (IADL):** این رویکرد مشابه فعالیت‌های روزانه زندگی است با این استثنا که وظایف مرتبه بالاتری را شامل می‌شود برای مثال آیا شخص مشکلاتی در مدیریت پول، خرید مواد غذایی یا غیره را دارد. (همان)

- **مشارکت:** فردی که شرایط یک نقش اجتماعی خاص مانند مدرسه رفتن یا شاغل بودن را داشته باشد برای مثال در "طرح جاری جمعیت ایالات متحده" پرسش شده است (آیا فردی در این خانوار است) که مشکلات سلامتی یا ناتوانی داشته باشد و این مشکلات مانع از کار کردن یا نوع یا میزان کار (شما / آنها) باشد؟

کلمه "ناتوانی" اغلب بسیار معنی‌دار است افرادی که می‌توانند در اطراف خانه خود راه بروند اما قادر به راه رفتن به بازار نیستند ممکن است شرایط خود را به اندازه کافی جدی نگیرند تا ناتوان در نظر گرفته شوند، ناتوانی نسبت به برخی استانداردهای غیرقابل توصیف فرهنگی از آنچه که عملکرد عادی در نظر گرفته شده است هست، تفسیر شده است این ممکن است در فرهنگ‌های مختلف، گروه‌های سنی یا حتی گروه‌های درآمدی متفاوت باشد به عنوان مثال، افراد مسنی که محدودیت‌های قابل توجهی دارند ممکن است خود را به عنوان ناتوان ارزیابی نکنند. زیرا در ذهن شان آن‌ها می‌توانند به همان خوبی که از سن شان انتظار دارند عملکرد داشته باشند، بنابراین هم‌زمان آنها ممکن است مشکلات معنی‌داری در اجرای فعالیت‌های اساسی داشته باشند (همان)

رویکرد سؤال در مورد شرایط قابل تشخیص نیز مشکل‌ساز است. اول از همه بسیاری از مردم ممکن است تشخیص آن را نداشته باشند، به ویژه هنگامی که بحث شرایط ذهنی و روانی اجتماعی پیش می‌آید دوم، دانش درباره تشخیص یکی از آنها احتمالاً بستگی به متغیرهایی مانند آموزش، موقعیت اجتماعی-اقتصادی و دسترسی به خدمات بهداشتی، دارد. بنابراین یک سوگیری بالقوه در داده‌های جمع‌آوری شده، وجود دارد. سرانجام اثرات کارکردی یک شرایط خاص می‌تواند خیلی وسیع باشد برای مثال دیابت بدون درمان می‌تواند منجر به محدودیت‌های عمیق عملکردی مانند کوری یا از دست دادن اندام‌ها شود. دیابت اگر به درستی مدیریت شود می‌تواند تأثیر نسبتاً جزئی روی

زندگی فرد داشته باشد با درمان مناسب فرد ممکن است محدودیت‌های جزئی در زندگی روزمره داشته باشد. درمان ضعیف می‌تواند منجر به یکسری از عفونت‌های دردناک و خطرناک شود (همان، ص ۵۰۷).

سؤالاتی که بر فعالیت‌های اساسی و یا عملکردهای اصلی بدن متمرکز است به عنوان صفحه نمایش بهتری عمل می‌کنند. در حقیقت، یک سؤال مانند "آیا در راه رفتن مشکل دارید؟" می‌تواند محدودیت‌های تحرک را ناشی از فلج و قطع عضو است یا مشکلات جدی قلب یا سایر شرایط پزشکی را پوشش دهد. سؤالی مانند "آیا شما مشکلاتی در صحبت کردن با دیگران دارید؟" مواردی شامل لکنت زبان، از دست دادن سخنرانی به دلیل سگته مغزی، اوتیسم یا سایر موارد را شامل می‌شود و برای اکثر اهداف، وضعیت عملکردی است که از اهمیت زیادی برخوردار است چون زندگی یک شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد. البته در مطالعاتی که برای شناسایی بهترین رویکردهای پیشگیری از معلولیت طراحی شده است، علت و سن شروع ممکن است داده‌های مهمی برای جمع‌آوری اطلاعات باشد. (همان، ص ۵۰۸).

به منظور ارتقای توسعه اقتصادی فراگیر، بهتر است کلمه "ناتوانی" را به عنوان یک توانایی کاهش یافته برای انجام "فعالیت‌ها" و "مشارکت" در نتیجه محدودیت‌های عملکردی به جای تشخیص یک وضعیت پزشکی در نظر بگیریم. در پایان این رویکردهای عملکردی همراه با طبقه‌بندی مقیاس (افراد ناتوان — افراد توانا) پاسخ توصیفی از موقعیت عملکردی جمعیت را فراهم می‌کند. برای مثال تعیین معیارهای نظام بازنشستگی ناتوانی به احتمال زیاد برای ناتوانی خیلی ضعیف است. به عبارتی دیگر با توجه به طراحی زیرساخت - مانند یک سیستم حمل و نقل - نیاز به شناسایی مردم به عنوان "ناتوان" مناسب نیست. آن چیزی که مهم است سیستم حمل و نقل مناسب است که وضعیت عملکردی جمعیت را بهبود می‌بخشد. (همان)

انتخاب فعالیت‌هایی برای شناسایی افراد به عنوان ناتوان، که قابلیت مقایسه بین‌المللی داشته باشد، پیچیده است. حتی به ظاهر فعالیت‌های اساسی می‌تواند مشکلاتی در مقایسه بین‌المللی ایجاد کند. برای مثال "لباس پوشیدن" می‌تواند تفسیر خیلی متفاوتی داشته باشد در جامعه‌ای که معمولاً یک شلوار و پیراهن ساده پوشیده می‌شود در مقایسه با جامعه‌ای که لباس پوشیدن به شکلی پیچیده مانند یک ساری است. توانایی بستن بند کفش یا دکمه پیراهن اغلب به عنوان معیارهای برای ارزیابی عملکرد دست استفاده می‌شود که وابسته به فرهنگ و شرایط اقتصادی نیز دارد. حتی "حمام کردن" برای کسی که می‌تواند شیر آب را در جهت مخالف باز کند خیلی متفاوت است، این بدان معنی نیست که چنین سؤالاتی نباید پرسش شود اما برای مقایسه پذیری بین‌المللی در نوشتن سؤالات باید **قابلیت روایی**^۲ در نظر گرفته شود. (همان، ص ۵۰۹)

مقایسه پذیری بین‌المللی با سؤالات مشارکتی حتی مشکل‌تر می‌شود مانند آنچه که اخیراً در طرح جاری جمعیت ایالات متحده در ارتباط با ناتوانی کار ذکر شده است واضح است شرایطی که مقدار یا نوع کار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد می‌تواند تفاوت معنی‌داری بین کشورها داشته باشد. سؤالات مشارکتی می‌تواند حتی تفاوت معنی‌داری درون یک کشور با شرایط اقتصادی مختلف نیز داشته باشد. برای مثال شواهد بیانگر این است که ناتوانی (اندازه‌گیری شده توسط چنین سؤالی) و بیکاری با هم همبستگی دارند. به عنوان مثال شغل پیدا کردن از اثرات (واقعی یا درک شده) داشتن محدودیت عملکردی در حفظ شغل می‌تواند سخت‌تر باشد. شواهد بریتانیا و ایالات متحده و هلند پیشنهاد می‌دهد که نرخ‌های کار خود-گزارش شده ناتوانی تحت تأثیر دریافت رضایت پاسخگویان از منافع ناتوانی یا اغراق گویی از محدودیت کار ناتوانان است. (همان)

در حالی که برخی از سؤالات قابلیت مقایسه بین‌المللی دارد، برخی دیگر قابلیت کمتری دارند. بنابراین حتی مجموعه ۱۲ سؤال مقیاس ارزیابی ناتوانی-سازمان بهداشت جهانی^۳ (WHO-DAS) برای استفاده در سرشماری‌ها بسیار طولانی است، بسیاری از کشورها با توجه به منابع محدود خود بایستی در طرح‌های خانواری به آن تکیه کنند (راهنمای ارزیابی ناتوانی، ۲۰۱۰؛ ص ۵۶) این سؤالات عبارت‌اند از:

در ۳۰ روز گذشته چقدر دشواری در زمینه‌های زیر داشته‌اید؟ با طیف پاسخ‌های (اصلاً/خفیف / متوسط/ شدید/ خیلی شدید) نمی‌تواند انجام دهد)

۱- ایستادن برای یک مدت طولانی مانند ۳۰ دقیقه؟

۲- مراقبت از مسئولیت‌های خانوادگی شما؟

. نوعی پوشش است در هند، نپال و برخی کشورهای آسیای جنوبی که در آن پارچه دوخته نمی‌شود و با یک روش خاصی دور بدن پیچیده می‌شود.

^۲. Reliability

^۳. WHO- Disability Assessment Scale

- ۳- یادگیری یک وظیفه جدید برای مثال، یادگیری چگونگی رسیدن به یک مکان جدید؟
- ۴- در پیوستن به فعالیت‌های اجتماعی (برای مثال جشن‌ها، فعالیت‌های مذهبی یا سایر فعالیت‌ها) همانطور که هر کس دیگری می‌تواند انجام دهد، چه مقدار مشکل دارید؟
- ۵- چه مقدار احساسات شما تحت تأثیر مشکلات سلامتی شما قرار گرفته است؟
- ۶- تمرکز روی انجام برخی چیزها در ۱۰ دقیقه؟
- ۷- راه رفتن یک مسافت طولانی مانند یک کیلومتر (یا معادل آن)؟
- ۸- شستن کل بدن؟
- ۹- لباس پوشیدن؟
- ۱۰- تعامل با افرادی که نمی‌شناسید؟
- ۱۱- حفظ یک رابطه دوستی؟
- ۱۲- روز به روز کار می‌کنید یا به مدرسه می‌روید؟ (همان، ص ۵۶)

۲-۵- نظارت بر سطح عملکرد جمعیت

نظارت بر سطوح عملکرد برای دو هدف مهم است:

- ۱) درک زمینه نگرانی بالقوه مربوط به ناتوانی،
 - ۲) ارزیابی مداخلات طراحی شده برای جلوگیری یا به حداقل رساندن محدودیت‌های فیزیکی و شناختی، محدودیت فعالیت و محدودیت مشارکت
- در رابطه با نخستین نکته، سؤال این است که مسائل مربوط به ناتوانی چگونه اولویت بالا را دریافت می‌کند بیشتر افرادی که با محدودیت‌های عملکردی خاص زندگی می‌کنند موضوع اهمیت بیشتری خواهد داشت. جمع‌آوری چنین داده‌هایی همچنین به ما اجازه می‌دهد اندازه بگیریم چند بچه از برنامه تغذیه برای جلوگیری از کوتاه‌قدی یا مشاوره‌های سلامت روان به منظور جلوگیری از افسردگی یا حذف مین‌های زمینی سود می‌برند. اندازه‌گیری تأثیر برنامه‌های پیشگیرانه نیازمند توصیف ظرفیت عملکرد افراد است.
- با این حال، ظرفیت عملکردی بر اساس سه ویژگی می‌تواند مفهوم شود: ساختار و عملکرد بدن، فعالیت‌ها و مشارکت. برخی از شاخص‌های عملکرد مبتنی بر مشارکت است. به عنوان مثال یک سؤال مانند "آیا شما در نوع یا مقدار کاری که انجام دهید به دلایل مشکلات جسمی، روانی یا احساسی دچار محدودیت هستید؟ به عنوان یک دامنه عملکردی بالاتر، مشارکت دامنه‌های دیگر را شامل می‌شود. با این حال، مشکل از تعامل بین محدودیت‌های فردی در سطح عملکرد بدن (حتی فعالیت) با اثرات محیط ناشی می‌شود. به عنوان مثال، شاید محدودیت تحرک فقط توانایی کار را محدود می‌کند زیرا حمل و نقل و محل کار در دسترس نیست. همانطور که محیط‌ها در دسترس قرار می‌گیرند، افراد کمتری به این سؤال پاسخ مثبت خواهند داد. به عنوان مثال، اگر هدف تعیین این باشد که چگونه سیستم سلامت تأثیرات بلندمدت فلج اطفال را تحت تأثیر قرار دهد، کاهش اندازه‌گیری شده استخدام افراد ناتوان ساختگی است.
- با این وجود، پاسخ مثبت به: آیا شما در نوع یا مقدار کاری که انجام دهید به دلایل مشکلات جسمی، روانی یا احساسی دچار محدودیت هستید؟ به عنوان یک دامنه عملکردی بالاتر، مشارکت دامنه‌های دیگر را شامل می‌شود افراد با محدودیت در مشارکت را شناسایی می‌کند. افراد مبتلا به اختلالاتی که توانسته‌اند خود را با شرایط شان سازگار کنند ممکن است به طور کامل در دنیای کار مشارکت داشته باشند و بنابراین نمی‌توانند به عنوان ناتوان شناخته شوند. آنها از افراد بدون محدودیت‌های عملکردی در سطوح فعالیت یا عملکرد بدن، قابل تشخیص نیستند. اگر فردی فقط علاقه‌مند به اثرات ۱۶ گانه ناتوانی مشارکتی باشد این مشکل به حساب نمی‌آید. با این وجود این سؤال نمی‌تواند تعداد افراد با محدودیت‌های عملکردی که از حمایت‌ها و کمک‌ها ذینفع هستند را شناسایی کند.

این که آیا کسی می‌خواهد نظارت بر عملکرد در سطح مشارکت داشته باشد بستگی به نگرانی‌های مربوط به مقایسه پذیری بین‌المللی دارد عملکرد بدن در بین همه فرهنگ‌ها قابل مقایسه است. فعالیت‌ها (مانند مثال حمام کردن که قبلاً ذکر شد) کمتر است. مشارکت اغلب به هیچ وجه قابل مقایسه نیست. برای مثال، مشکلات بینایی خفیف تا متوسط که با عینک قابل اصلاح است. در کشورهایی مانند ایالات متحده و استرالیا این نوع محدودیت عملکرد بدن تأثیری در توانایی فرزند برای حضور در مدرسه ندارد. در یک کشور در حال توسعه با کلاس‌های بزرگ، منابع درسی محدود و دسترسی به عینک یا غربالگری بینایی، چنین مشکلی به خوبی می‌تواند منجر به افزایش میزان افت تحصیلی یا گرایش به تجدید پایه تحصیلی شود. در واقع، ۴۰ درصد از کودکان ناتوان برزیل به دلیل مشکلات بینایی قابل تصحیح با عینک، در مدرسه حضور ندارند. بنابراین مشکل جزئی در سطح عملکرد بدن به یک مشکل مهم در سطح مشارکت تبدیل شد

ارائه خدمات - هدف مهم دیگری برای جمع‌آوری داده‌های ناتوانی طراحی و اجرای برنامه‌های که با هدف ارائه خدمات به افراد ناتوان انجام می‌شود گاهی اوقات این ممکن است خدمات عمومی باشد که در حال فراگیرتر شدن هستند. گاهی اوقات آنها ممکن است خدمات خاصی را برای افراد ناتوان یا حتی به یک زیرمجموعه خاص افراد ناتوان (به عنوان مثال، دستگاه‌های پروتز و خدمات توانبخشی مرتبط) هدف قرار دهند این هدف نیاز به اطلاعات گسترده‌تر نسبت به نظارت صرف بر عملکرد جمعیت دارد. به همین دلیل سؤالات سرشماری که به طور کلی به لحاظ تعداد و خصوصیت محدود هستند، نامناسب هستند. کسی که طراحی برنامه ارائه خدمات را دارد، نیاز به اطلاعات دقیق در سطوح عملکرد مردم، حمایت‌هایی که مردم در درون خانواده و جامعه خود و خصوصیات محیطی، دارد.

به عنوان مثال، فرض کنید شما یک برنامه را برای افراد مبتلا به مشکلات بینایی طراحی کرده‌اید. شما باید بدانید تعداد افراد نابینا چند نفر هستند در مقابل آنهایی که محدودیت بینایی دارند چند نفر مشکلاتی دارند که با عینک قابل اصلاح است اگر برنامه‌ای برای طراحی یک برنامه در سایت باشد، باید توانایی خود را برای سفر به ۱۷ مرکز برای دریافت خدمات، بدانید مطمئناً توانایی آنها در سفر، تابع میزان مشکلات بینایی، وجود محدودیت‌های عملکردی دیگر، دسترسی به سیستم‌های حمل و نقل و منابع (پولی و غیر پولی) که آنها می‌توانند به کار گیرند، است.

به همین دلیل، اطلاعات ناتوانی جمع‌آوری شده از سرشماری‌ها مناسب نیست. برای طراحی خدمات، بسیار بهتر است که یک طرح خانواری بزرگ‌تر یا پایگاه داده اداری - با توجه به خدماتی که ارائه می‌دهد، داشته باشید

برابری فرصت‌ها - یکی دیگر از دلایل جمع‌آوری اطلاعات ناتوانی، ارزیابی تأثیر داشتن یک محدودیت در افراد و خانواده‌هایشان است هدف توسعه فراگیری این است که همه افراد بتوانند فرصت‌های برابر داشته باشند تا در زندگی اقتصادی و اجتماعی جوامعشان شرکت کنند. چگونه می‌توانیم برابری فرصت‌ها را اندازه‌گیری کنیم؟ از آنجایی که هدف مشارکت همه افراد به طور مساوی در جامعه است، استفاده از سؤالاتی که مستقیماً بعد مشارکت را می‌سنجند، اغوا کننده است. با این وجود، این رویکرد می‌تواند به دلایلی که قبلاً "ارلی" گفته، کاملاً مشکل‌ساز باشد

به عنوان مثال، مجدداً این سؤال را در نظر بگیرید: آیا در نوع یا میزان کاری که می‌توانید انجام دهید به علت یک مشکلات جسمی، روانی یا احساسی محدود شده‌اید؟ فرض کنید یک زن جوان ناشنوا مشکل پیدا کردن کار دارد و بنابراین احساس می‌کند در اشتغال محدود شده است او به این پرسش «بله» پاسخ می‌دهد و به عنوان ناتوان شناخته می‌شود و بنابراین منجر به همبستگی منفی بین اشتغال و ناتوانی می‌شود اکنون می‌گویید که او یک کارفرمای مناسب را پیدا می‌کند که خدمات او را ارزیابی می‌کند و او شاغل کامل می‌شود. هنگامی که همین سؤال را پرسید، می‌توانست به راحتی پاسخ «نه» را بدهد و به این ترتیب به عنوان غیرناتوان طبقه‌بندی شود. به عنوان "غیرناتوان"، او به یک همبستگی مثبت بین اشتغال و ناتوانی کمک نمی‌کند در حقیقت حمایت و پشتیبانی گسترده و افراد ناتوان بیشتری که شاغل شدند، کمتر از آنهایی است که می‌گویند آنها در مقدار و نوع کاری که انجام می‌دهند، محدود شده‌اند. این بدان معنی است که افرادی که در دسته ناتوان قرار گرفته‌اند به طور متوسط در سطح عملکردشان محدودتر خواهند بود. بنابراین شما می‌توانید نتیجه نادرستی را بدست آورید که به عنوان یک جامعه‌ای که فراگیرتر شده، رفاه جمعیت ناتوان (افراد اندازه‌گیری شده) آن کاهش پیدا کرده است.

بنابراین، رویکرد مناسب برای نگاه کردن به برابری فرصت‌ها و رفاه، تمرکز بر سؤالات فعالیت / اقدام پایه است بنابراین ناتوانی تعریف شده می‌تواند با نتایج آموزش یا اشتغال همبستگی داشته باشد. اگر همبستگی وجود نداشته باشد پس افراد ناتوان فرصت برابر دارند. اگر همبستگی منفی باشد پس آنها بدتر می‌شوند. در ماهیت، این یک شیوه اندازه‌گیری شمولیت در جامعه است. اگر افراد با محدودیت‌های مختلف همانطور که نتایج برابر ندارد، شناسایی شوند طرح‌های تفصیلی‌تر می‌توانند موانع آسیب‌زایی را که باید مورد توجه قرار گیرند، کشف کنند.

۲-۵-۱- سؤالات سرشماری برای شیوع ناتوانی

با توجه به سؤالاتی که در یک سرشماری پرسش شده است، گروه واشنگتن باید اهداف خود درباره سؤالات ناتوانی مورد توجه قرار دهند در یک سرشماری غیرممکن است که توانایی کامل عملکرد افراد هم بر حسب نوع معلولیت (جسمی، ذهنی، حسی و روانی) یا بعد عملکردی (عملکرد و ساختار بدن، فعالیت‌ها و مشارکت) بدست بیاید. حتی سخت‌تر خواهد بود که همه را در مدل اجتماعی ناتوانی که در آن ناتوانی از تعامل بین وضعیت عملکردی و محیط حاصل می‌شود، بدست بیاید و همانطور که در بالا ذکر شد هدف اندازه‌گیری شیوع عمومی که قابل مقایسه بین‌المللی باشد، است

۲-۶- گروه واشنگتن

گروه واشنگتن مجموعه‌ی کوتاهی از پرسش‌ها برای استفاده در سرشماری‌ها و طرح‌ها با نظر به اصول بنیادی اداره‌های آماری فراهم کرده که با طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF) نیز مطابقت دارد. بررسی‌های نشان داده است که ۶ پرسش طراحی شده داده‌های قابل مقایسه‌ای بین‌المللی فراهم می‌کند.

این پرسش‌ها در خصوص مشکلات مربوط به سلامت در ۶ حیطه‌ی کارکردی است: بینایی، شنوایی، راه رفتن، شناسایی، مراقبت از خود و ارتباطات. متن پیش‌نهادی در ادامه می‌آید:

پرسش‌های پیش رو در خصوص سختی‌های انجام برخی فعالیت‌های خاص ناشی از عدم سلامت شما پرسیده می‌شود.

۱. آیا شما مشکل بینایی، حتی با استفاده از عینک، دارید؟

۲. آیا شما مشکل شنوایی، حتی در صورت استفاده از سمعک، دارید؟

۳. آیا شما در راه رفتن یا بالا رفتن از پله با سختی مواجهید؟

۴. آیا شما در یادآوری یا تمرکز با مشکل مواجهید؟

۵. آیا شما در شستشوی بدن یا لباس پوشیدن (مراقبت شخصی) با مشکل مواجهید؟

۶. آیا شما با استفاده از زبان معمول خود، در ارتباط برقرار کردن با دیگران (برای مثال درک دیگران یا فهمیده شدن توسط ایشان) با مشکل مواجهید؟

هر سؤال دارای ۴ گروه پاسخ است:

۱. نه، مشکلی ندارم؛ ۲. بله، تا حدودی مشکل دارم؛ ۳. بله، مشکلات زیادی دارم؛ ۴. اصلاً نمی‌توانم انجام دهم. میزان دقت پاسخ‌های مطرح شده به گونه‌ای است که کل گستره‌ی پاسخ‌ها، از خفیف و ملایم تا شدید، را در برگیرد.

۲-۶-۱- تعیین ناتوانی

گروه واشنگتن برابری فرصت‌ها را به عنوان هدف اندازه‌گیری ناتوانی تعیین کرده است که می‌تواند توسط سرشماری محقق شود. در طول زمان، سرشماری با فراهم کردن امکان رصد و ارزیابی کردن نتایج قوانین و سیاست‌های ضد تبعیض و خدمات و برنامه‌های توان‌بخشی که به‌منظور پیشرفت و برابر کردن مشارکت افراد ناتوان در همه‌ی صحنه‌های زندگی طراحی شده است، ابزاری برای ارزیابی برابری فرصت‌ها است.

به منظور تعیین وضعیت ناتوانی با استفاده از داده‌های سرشماری، افراد دارای ناتوانی به افرادی گفته می‌شود که نسبت به جمعیت دارای محدودیت در انجام وظایف خاص (فعالیت‌ها) یا مشارکت در جامعه، در معرض ریسک بالاتری قرار دارند. ممکن است این گروه شامل افرادی شود که در یک مورد یا بیش‌تر از ۶ مورد ذکر شده ناتوان باشد، مانند راه رفتن و شنوایی، حتی اگر ناتوانی این افراد با استفاده از ابزارهای کمکی برطرف شده باشد. در محیط مجهز زندگی کنند یا منابع (امکانات) فراوانی داشته باشند. ممکن است برخی از این افراد در انجام فعالیت‌هایی مانند خرید، کارهای عادی خانوار، کار (اقتصادی) یا رفتن به مدرسه مشکلی نداشته باشند، به این علت که تطبیق مناسب برای این فرد (کمک‌های فنی، ابزار کمکی یا افراد کمکی) یا در محیط وی (کمک‌های فیزیکی، اجتماعی یا مدنی) صورت گرفته است. با این وجود این افراد به علت دارا بودن یکی از ۶ حیطه‌ی ذکر شده، در معرض ریسک بالاتری در محدودیت مشارکت نسبت به جمعیت کل هستند و در نبود کمک‌ها و تجهیزات، سطح مشارکت آن‌ها در خطر است.

۶ پرسش گروه واشنگتن بخش بزرگی از فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد، اما نه همه‌ی آن‌را. علاوه بر آن، مجموعه‌ی پاسخ‌ها محدودی شدت ناتوانی‌های تجربه شده‌ی افراد را شامل می‌شود. در فصل چهارم سؤالات پیشنهادی گروه واشنگتن آمده است.

فصل سوم: بررسی پرسشنامه سرشماری کشورها

۳-۱- سابقه پرسش در سرشماری‌های ایران (۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰)

در سرشماری‌های مختلف ایران طراحی‌های کاملاً متفاوتی در خصوص این پرسش تجربه شده است. از تهیه‌ی یک چارچوب برای معلولیت در سرشماری ۱۳۷۵ تا پرسش گسترده‌ی این قلم در سرشماری ۱۳۵۵ (که البته نتایج آن به علت تقارن زمانی استخراج کامل نتایج با وقوع انقلاب اسلامی منتشر نشد). در سرشماری‌های ۱۳۶۵، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ نیز این قلم پرسیده و نتایج آن منتشر شده است. نکات مهم در ارتباط با درج سؤال وضع معلولیت در سرشماری‌های ۹۰-۱۳۵۵ به شرح ذیل بوده است:

- پرسش معلولیت از سال ۱۳۵۵ در پرسش‌نامه‌ی سرشماری وارد شده است.
- در سرشماری ۱۳۵۵ پرسش معلولیت برای حداکثر ۵ نفر در هر خانوار تکمیل می‌شود و تا حداکثر ۱۵ نوع معلولیت برای هر معلول قابل تکمیل است. همچنین در این پرسش‌نامه علت معلولیت نیز پرسیده شده است.
- در پرسش‌نامه‌ی ۱۳۶۵ برای هر فرد حداکثر تا دو معلولیت به همراه علت معلولیت پرسش شده است.
- در سرشماری ۱۳۷۵ این پرسش، با تغییر زیادی نسبت به سال‌های قبل، تنها به منظور تهیه‌ی چارچوبی برای معلولیت طراحی شده و خانوارهای دارای فرد معلول را شناسایی می‌کند.

قانون جامع حمایت از حقوق معلولان و آیین‌نامه‌های اجرایی مصوب-۱۳۸۳

ماده یازده " مرکز آمار ایران مؤظف است در سرشماری‌های عمومی جمعیت کشور به نحوی برنامه‌ریزی نماید که جمعیت افراد معلول به تفکیک نوع معلولیت آنها مشخص گردد".

- در سرشماری‌های ۸۵ و ۹۰ طراحی پرسش معلولیت تقریباً یکسان است و برای هر فرد تا ۳ معلولیت قابل تکمیل است.
- پرسش معلولیت در سرشماری‌های ۵۵، ۸۵ و ۹۰ در دو فاز تکمیل می‌شود. در فاز اول خانوارهای داری معلولیت شناسایی می‌شوند و در فاز دوم معلولیت‌های هر فرد معلول مشخص می‌شود. در سرشماری ۶۵ در فاز اول علاوه بر شناسایی خانوارهای دارای فرد معلول، تعداد افراد معلول در هر خانوار نیز مشخص می‌شود.

شکل ۳-۱- سرشماری ۱۳۵۵

۲۵- آیا در این خانوار افرادی هستند که نابینا، ناشنوا، لال، فلج و یا از دست یا پا ناقص می‌باشند؟	
بلی نه اگر بلی چند نفر؟	
جدول زیر برای افراد معلول خانوار تکمیل شود:	
شرح	شماره ردیف معلول در ستون ۱ پرسش‌نامه
سن معلول	_____
نابینا	از یک چشم
ناشنوا	از دو چشم
لال	
کر و لال	
بدون دست	چپ از بالای آرنج
	چپ از پایین آرنج
	راست از بالای آرنج
	راست از پایین آرنج
بدون پا	چپ از بالای زانو
	چپ از پایین زانو
	راست از بالای زانو
	راست از پایین زانو
فلج یک طرفه (یک دست و یک پا یا یکی از آنها)	
فلج از کمر به پایین (دو پا)	
علت معلولیت:	
مادرزادی	
بیماری	
حادثه یا تصادف	

۲۵- آیا در این خانوار افرادی هستند که نابینا، ناشنوا، لال، فلج و یا از دست یا پا ناقص باشند؟ بلی نه اگر بلی چند نفر؟ _____

جدول زیر برای افراد معلول خانوار تکمیل شود:

شرح	شماره ردیف معلول در ستون ۱ پرسش‌نامه
سن معلول	_____
نابینا	از یک چشم
	از دو چشم
ناشنوا	
لال	
کر و لال	
بدون دست	چپ از بالای آرنج
	چپ از پایین آرنج
	راست از بالای آرنج
	راست از پایین آرنج
بدون پای	چپ از بالای زانو
	چپ از پایین زانو
	راست از بالای زانو
	راست از پایین زانو
فلج یک طرفه (یک دست و یک پا یا یکی از آنها)	
فلج از کمر به پایین (دو پا)	
علت معلولیت:	
مادرزادی	
بیماری	
حادثه یا تصادف	

شکل ۳-۲- سرشماری ۱۳۶۵

معلولیت	
نوع	علت
۱- نابینا	ارشی یا مادرزادی ۱
۲- کر و لال	۲
۳- کر	۳
۴- قطع دست، پا یا هر دو	بیماری ۲
۵- نقص دست راست	۵
۶- نقص دست چپ	حادثه ۳
۷- نقص پای راست	۷
۸- نقص پای چپ	نامشخص ۴
۹- فلج کامل	۹
هیچ کدام	-
۱۴	۱۵

معلولیت	
نوع	علت
۱ نابینا	
۲ کر و لال	ارشی یا مادرزادی ۱
۳ کر	
۴ قطع دست، پا یا هر دو	بیماری ۲
۵ نقص دست راست	
۶ نقص دست چپ	حادثه ۳
۷ نقص پای راست	
۸ نقص پای چپ	نامشخص ۴
۹ فلج کامل	
هیچ کدام	
۱۴	۱۵

شکل ۳-۳- سرشماری ۱۳۷۵

۲۶- آیا در این خانوار فردی وجود دارد که نابینا، کر، لال، کر و لال یا از دست و یا پا ناقص باشد؟ بلی نه

۲۶- آیا در این خانوار فردی وجود دارد که نابینا، کر، لال، کر و لال یا از دست و یا پا ناقص باشد؟ بلی نه

شکل ۳-۴- سرشماری ۱۳۸۵

برای تمام افراد خانوار		
وضع معلولیت		
آیا در خانوار فردی وجود دارد که حداقل یکی از موارد ۹ گانه ی معلولیت را داشته باشد؟		
بلی <input type="checkbox"/>	ستون های زیر برای همه ی افراد پرسش و تکمیل شود	
نه <input type="checkbox"/>	ستون های زیر طبقه بندی	
۱	نابینا	
۲	ناشنوا	
۳	اختلال در گفتار و صدا	
۴	قطع دست	
۵	نقص دست	
۶	قطع پا	
۷	نقص پا	
۸	نقص تنه	
۹	اختلال ذهنی	
-	هیچ کدام	
۴۰/۳	۴۰/۲	۴۰/۱

برای تمام افراد خانوار		
وضع معلولیت		
آیا در خانوار فردی وجود دارد که حداقل یکی از موارد ۹ گانه ی معلولیت را داشته باشد؟		
بلی ستون های زیر برای همه ی افراد پرسش و تکمیل شود		
نه ستون های زیر سفید بماند		
	نابینا	
	ناشنوا	
	اختلال در گفتار و صدا	
	قطع دست	
	نقص دست	
	قطع پا	
	نقص پا	
	نقص تنه	
	اختلال ذهنی	
	هیچ کدام	
۴۰/۳	۴۰/۲	۴۰/۱

شکل ۳-۵- سرشماری ۱۳۹۰

برای تمام افراد خانوار

وضع معلولیت

۴۰- آیا در خانوار فردی وجود دارد که حداقل یکی از موارد ۹ گانه معلولیت را داشته باشد؟

بله ← ستون‌های زیر برای همه افراد پرسش و تکمیل شود

نه ← ستون‌های زیر سفید بماند.

۱ نابینا
۲ ناشنوا
۳ اختلال در گفتار و صدا
۴ قطع دست
۵ نقص دست
۶ قطع پا
۷ نقص پا
۸ نقص تنه
۹ اختلال ذهنی

۴۰/۳	۴۰/۲	۴۰/۱
		فاقد معلولیت‌های فوق

وضع معلولیت

۴۰- آیا در خانوار فردی وجود دارد که حداقل یکی از موارد ۹ گانه معلولیت را داشته باشد؟

بله ستون‌های زیر برای همه افراد پرسش و تکمیل شود

نه ستون‌های زیر سفید بماند

نابینا
ناشنوا
اختلال در گفتار و صدا
قطع دست
نقص دست
قطع پا
نقص پا
نقص تنه
اختلال ذهنی

۴۰/۳	۴۰/۲	۴۰/۱
		فاقد معلولیت‌های فوق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، طراحی سؤال وضع معلولیت در سرشماری‌های ۸۵ و ۹۰ مانند هم است، با این تفاوت که در سرشماری ۹۰ گزینه‌ی هیچ‌کدام حذف شده و در ستون ۴۰/۱ برای هر فرد گزینه‌ی فاقد معلولیت‌های فوق در نظر گرفته شده است. در صورت علامت خوردن این گزینه، باید ستون‌های ۴۰/۱، ۴۰/۲ و ۴۰/۳ سفید باشد.

۳-۲- نتایج پرسش معلولیت در سرشماری‌های مختلف ایران

سرشماری ۱۳۵۵:

زمان استخراج و انتشار نتایج سرشماری ۱۳۵۵ با وقوع انقلاب اسلامی و اعتصاب و در نتیجه تعطیلی گسترده‌ی ادارات و سازمان‌ها همراه بود. به همین دلیل و علی‌رغم کامل و گسترده بودن پرسش معلولیت در این سرشماری، نتیجه‌ی معلولیت منتشر نشده است.

سرشماری ۱۳۶۵:

در اعلام و انتشار نتایج سرشماری ۱۳۶۵، اطلاع معلولیت دارای یک جلد نتایج تفصیلی جداگانه با ۴۷ جدول است. جدول ۳-۱- جمعیت بر حسب نوع معلولیت و تعداد موارد معلولیت: سرشماری ۱۳۶۵

دارای یک نوع معلولیت							جمعیت معلول	جمعیت
نقص یک پا	نقص یک دست	قطع دست یا پا یا هر دو	کر	کر و لال	نابینا	جمع		
۱۰۲۰۳۶	۵۴۷۱۹	۹۸۱۳	۲۷۲۷۳	۴۴۰۲۵	۸۸۷۷۳	۳۸۰۱۶۰	۴۵۳۰۹۰	۴۹۴۴۵۰۱۰

جدول ۳-۱- جمعیت بر حسب نوع معلولیت و تعداد موارد معلولیت: سرشماری ۱۳۶۵ (دنباله)

دارای دو نوع معلولیت و بیش تر				دارای یک نوع معلولیت		
نقص پا و دست یک طرف بدن	نقص دو پا	سایر	اظهار نشده	جمع	اظهار نشده	فلج کامل
۱۶۸۸۱	۳۰۶۴۵	۲۵۱۶۹	۲۳۵	۷۲۹۳۰	۷۰۰۰	۴۶۴۴۹

جدول ۳-۲- سهم جمعیت معلول از جمعیت کل و سهم هر معلولیت از کل جمعیت معلول (درصد)

دارای یک نوع معلولیت							نسبت جمعیت معلول از کل جمعیت
نقص یک پا	نقص یک دست	قطع دست یا پا یا هر دو	کر	کر و لال	نابینا	سهم دارای یک نوع معلولیت	
۲۲/۵۲	۱۲/۰۸	۲/۱۷	۶/۰۲	۹/۷۲	۱۹/۵۹	۸۳/۹	۰/۹۲

جدول ۳-۲- سهم جمعیت معلول از جمعیت کل و سهم هر معلولیت از کل جمعیت معلول (درصد) (دنباله)

دارای دو نوع معلولیت و بیش تر				دارای یک نوع معلولیت		
نقص پا و دست یک طرف بدن	نقص دو پا	سایر	اظهار نشده	سهم دارای دو نوع معلولیت و بیش تر	اظهار نشده	فلج کامل
۳/۷۳	۶/۷۶	۵/۵۵	۰/۰۵	۱۶/۱	۱/۵۴	۱۰/۲۵

سرشماری ۱۳۸۵:

جداول مربوط به معلولیت در نشریه‌ی نتایج تفصیلی عبارتند از:

- جمعیت بر حسب جنس، سن، وضع و نوع معلولیت
- جمعیت معلول بر حسب جنس، سن، سن و تعداد موارد معلولیت

جدول ۳-۳- جمعیت بر حسب وضع و نوع معلولیت: سرشماری ۱۳۸۵

نوع معلولیت				جمعیت معلول	جمعیت
قطع دست	اختلال در گفتار و صدا	ناشنوا	نابینا		۷۰۴۹۵۷۸۲
۲۳۴۹۵	۱۵۲۹۰۳	۹۱۳۴۸	۹۴۲۳۱	۱۰۱۲۲۲۲	

جدول ۳-۳- جمعیت بر حسب وضع و نوع معلولیت: سرشماری ۱۳۸۵ (ادامه)

اظہار نشده	هیچ کدام	نوع معلولیت				نقص دست
		اختلال ذهنی	نقص تنه	نقص پا	قطع پا	
۳۲۰۱۸۰	۶۹۱۶۳۳۸۰	۲۹۵۲۱۸	۱۱۹۵۰۷	۲۹۲۶۱۱	۴۸۱۰۴	۱۳۹۹۵۵

جدول ۳-۴- جمعیت معلول بر حسب تعداد موارد معلولیت: سرشماری ۱۳۸۵

سه نوع معلولیت یا بیش تر	دو نوع معلولیت	یک نوع معلولیت	جمع
۵۳۲۰۳	۱۳۸۷۴۴	۸۲۰۲۷۵	۱۰۱۲۲۲۲

جدول ۳-۵- درصد جمعیت معلول از کل جمعیت و درصد هر معلولیت از کل جمعیت معلول: سرشماری ۱۳۸۵

اظہار نشده	بدون معلولیت	نوع معلولیت								جمعیت معلول	
		اختلال ذهنی	نقص تنه	نقص پا	قطع پا	نقص دست	قطع دست	اختلال در گفتار و صدا	ناشنوا		نابینا
۰/۴۵	۹۸/۱۱	۲۹/۱۷	۱۱/۸۱	۲۸/۹۱	۴/۷۵	۱۳/۸۳	۲/۳۲	۱۵/۱۱	۹/۰۲	۹/۳۱	۱/۴۴

جدول ۳-۶- سهم تعداد معلولیت‌ها: سرشماری ۱۳۸۵ (درصد)

سه نوع معلولیت یا بیش تر	سهم افراد دارای دو نوع معلولیت	سهم افراد دارای یک نوع معلولیت	جمع
۵/۲۶	۱۳/۷۱	۸۱/۰۴	۱۰۰/۰۰

سرشماری ۱۳۹۰:

جدول مربوط به معلولیت در نشریه‌ی نتایج تفصیلی عبارتند از:

- جمعیت بر حسب جنس، سن، وضع و نوع معلولیت
 - جمعیت معلول بر حسب جنس، سن، سن و تعداد موارد معلولیت
 - جمعیت ۶ ساله و بیش‌تر بر حسب وضع و نوع معلولیت، جنس و سطح سواد
 - جمعیت ۱۰ ساله و بیش‌تر بر حسب وضع و نوع معلولیت، جنس و وضع زناشویی
- در فصل نتایج خانواری نیز:
- خانوارهای معمولی بر حسب جنس سرپرست، تعداد افراد خانوار و تعداد افراد دارای حداقل یک نوع معلولیت در خانوار

جدول ۳-۷- جمعیت بر حسب وضع و نوع معلولیت: سرشماری ۱۳۹۰

نوع معلولیت				جمعیت دارای حداقل یک نوع معلولیت	جمعیت
قطع دست	اختلال در گفتار و صدا	ناشنوا	نابینا	۱۰۱۷۶۵۹	۷۵۱۴۹۶۶۹
۲۵۶۱۵	۱۳۶۸۲۹	۹۹۶۰۲	۹۸۹۷۷		

جدول ۳-۸- جمعیت بر حسب وضع و نوع معلولیت: سرشماری ۱۳۹۰ (ادامه)

هیچ کدام	نوع معلولیت				
	اختلال ذهنی	نقص تنه	نقص پا	قطع پا	نقص دست
۷۴۱۳۲۰۱۰	۳۳۳۹۹۶	۱۳۷۹۱۲	۲۶۳۱۴۲	۴۷۲۷۸	۱۲۷۹۳۹

جدول ۳-۹- جمعیت معلول بر حسب تعداد موارد معلولیت: سرشماری ۱۳۹۰

سه نوع معلولیت یا بیش‌تر	دو نوع معلولیت	یک نوع معلولیت	جمع
۵۸۲۱۸	۱۳۷۱۹۵	۸۲۲۲۴۶	۱۰۱۷۶۵۹

جدول ۳-۱۰- درصد جمعیت معلول از کل جمعیت و درصد هر معلولیت از کل جمعیت معلول: سرشماری ۱۳۹۰

هیچ کدام	نوع معلولیت									
	اختلال ذهنی	نقص تنه	نقص پا	قطع پا	نقص دست	قطع دست	اختلال در گفتار و صدا	ناشنوا	نابینا	جمعیت معلول
۹۸/۶۵	۳۲/۸۲	۱۳/۵۵	۲۵/۸۶	۴/۶۵	۱۲/۵۷	۲/۵۲	۱۳/۴۵	۹/۷۹	۹/۷۳	۱/۳۵

جدول ۳-۱۱- سهم تعداد معلولیت‌ها: سرشماری ۱۳۹۰ (درصد)

سه نوع معلولیت یا بیش‌تر	سهم افراد دارای دو نوع معلولیت	سهم افراد دارای یک نوع معلولیت	جمع
۵/۷۲	۱۳/۴۸	۸۰/۸	۱۰۰/۰۰

توجه شود: با توجه به این که افراد دارای بیش از یک معلولیت بیش از یک بار در ستون‌های سرشماری شمرده می‌شوند، جمع سهم‌ها برابر با ۱۰۰ نمی‌شود.

۳-۳- وضعیت پرسش این سؤالات در دیگر کشورها

جدول ۳-۱۲- وضعیت پرسش این سؤالات در دیگر کشورها

شرح	تعداد کشورها	وضع ناتوانی	علت نیاز به	وضع معلولیت	علت معلولیت
۲۰۱۰ ژاپن	-	-	-	-	-
۲۰۰۵ کره جنوبی	-	-	-	-	-
۲۰۱۰ تایلند	-	-	-	-	-
۲۰۰۷ فیلیپین	-	-	-	-	-
۲۰۱۱ ترکیه	-	-	-	-	-
۲۰۱۰ اندونزی	-	-	-	-	-
۲۰۰۶ استرالیا	-	-	-	-	-
۲۰۱۰ آمریکا	-	-	-	-	-
۲۰۱۱ کانادا	-	-	-	-	-
۲۰۱۰ بلژیک	-	-	-	-	-
۲۰۰۰ فنلاند	-	-	-	-	-
۲۰۱۱ نروژ	-	-	-	-	-
۲۰۱۱ انگلستان	-	-	-	-	-
۲۰۰۶ مصر	-	-	-	-	-
آفریقای	-	-	-	-	-
۲۰/۱۳۹۰ ایران	-	-	-	-	-
توصیه سازمان ملا متحد ۲۰۰۸	-	-	-	-	-
Core Topic	-	-	-	-	-

^۱ در پرسش‌نامه‌ی استرالیا پرسش وضع ناتوانی در قالب سه سؤال نیاز به کمک دیگران برای فعالیت‌های بدنی، ارتباطی و مراقبت از خود پرسیده شده است و علت نیاز به کمک دیگران نیز سؤال پس از آن است که یکی از گزینه‌های پاسخ به آن ناتوانی در ۶ ماه گذشته است.

سرشماری فنلاند در سال ۲۰۱۱ به صورت ثبتی بوده است.

سرشماری نروژ در سال ۲۰۱۱ به صورت ثبتی بوده است.

شکل ۳-۶- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ استرالیا

<p>20 Does the person ever need someone to help with, or be with them for, self care activities?</p> <p>• For example, doing everyday activities such as eating, showering, dressing or toileting</p> <p>ⓘ Visit www.abs.gov.au/censushelp for more information.</p>	<p><input type="radio"/> Yes, always</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p><input type="radio"/> Yes, always</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>21 Does the person ever need someone to help with, or be with them for, body movement activities?</p> <p>• For example, getting out of bed, moving around at home or at places away from home.</p>	<p><input type="radio"/> Yes, always</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p><input type="radio"/> Yes, always</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>22 Does the person ever need someone to help with, or be with them for, communication activities?</p> <p>• For example, understanding, or being understood by, others.</p>	<p><input type="radio"/> Yes, always</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p><input type="radio"/> Yes, always</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No</p>

<p><input type="checkbox"/> بله، همیشه</p> <p><input type="checkbox"/> بله، گاهی اوقات</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۲۰ آیا این فرد برای انجام فعالیت‌های شخصی نیاز به کمک دیگران یا بودن با دیگران دارد؟ برای مثال: انجام فعالیت‌های روزمره مانند خوردن، شستشوی خود، لباس پوشیدن یا رفتن به دستشویی برای اطلاعات بیشتر به سایت www.abs.gov.au/censushelp سر بزنید.</p>
<p><input type="checkbox"/> بله، همیشه</p> <p><input type="checkbox"/> بله، گاهی اوقات</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۲۱ آیا این فرد برای انجام فعالیت‌های حرکتی بدن نیاز به کمک دیگران یا بودن با دیگران دارد؟ برای مثال: برخاستن از تخت‌خواب، گشتن اطراف منزل یا مکان‌های دور از خانه</p>
<p><input type="checkbox"/> بله، همیشه</p> <p><input type="checkbox"/> بله، گاهی اوقات</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p>	<p>۲۲ آیا این فرد برای انجام فعالیت‌های ارتباطی نیاز به کمک دیگران یا بودن با دیگران دارد؟ برای مثال: فهمیدن یا فهمیده شدن</p>

شکل ۳-۷- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ استرالیا

Please use CAPITAL letters only.	08	Person 1	Person 2
<p>23 What are the reasons for the need for assistance or supervision shown in questions 20, 21 and 22?</p> <p>• Mark all applicable reasons.</p> <p>• Remember to mark boxes like this: <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> No need for help or supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Short-term health condition (lasting less than six months)</p> <p><input type="checkbox"/> Long-term health condition (lasting six months or more)</p> <p><input type="checkbox"/> Disability (lasting six months or more)</p> <p><input type="checkbox"/> Old or young age</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty with English language</p> <p><input type="checkbox"/> Other cause</p>	<p><input type="checkbox"/> No need for help or supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Short-term health condition (lasting less than six months)</p> <p><input type="checkbox"/> Long-term health condition (lasting six months or more)</p> <p><input type="checkbox"/> Disability (lasting six months or more)</p> <p><input type="checkbox"/> Old or young age</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty with English language</p> <p><input type="checkbox"/> Other cause</p>	
<p><input type="checkbox"/> نیاز به کمک یا مراقبت ندارد</p> <p><input type="checkbox"/> شرایط کوتاه‌مدت سلامت (کمتر از ۶ ماه)</p> <p><input type="checkbox"/> شرایط بلندمدت سلامت (بیشتر از ۶ ماه)</p> <p><input type="checkbox"/> ناتوانی (شش ماه یا بیشتر)</p> <p><input type="checkbox"/> سن بالا یا پایین</p> <p><input type="checkbox"/> مشکل در زبان انگلیسی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر دلایل</p>	<p>۲۳ دلایل نیاز به کمک یا تحت مراقبت بودن که در پرسش‌های ۲۰، ۲۱ و ۲۲ نشان داده شده است چیست؟ همه‌ی دلایل ممکن را علامت بزنید.</p>		

آمریکا (۲۰۱۰)

شکل ۳-۸- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۰ آمریکا

۱۸ الف. آیا این فرد ناشنوا است یا مشکل حاد در شنیدن دارد؟ بله نه
ب. آیا این فرد نابینا است یا مشکل حاد در دیدن حتی با عینک دارد؟ بله نه در صورتی که این فرد ۵ ساله یا بیش تر است، به سؤالات ۱۹ الف تا پ پاسخ دهید. در غیر این صورت به سؤال ۴۹ بروید.
۱۹ الف. آیا این فرد به علت شرایط فیزیکی، مغزی یا احساسی مشکل جدی در تمرکز، یادآوری یا تصمیم‌گیری دارد؟ بله نه
ب. آیا این فرد مشکل جدی در راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها دارد؟ بله نه
پ. آیا این فرد مشکل حاد در لباس پوشیدن یا حمام کردن دارد؟ بله نه در صورتی که فرد ۱۵ ساله یا بیشتر است به پرسش ۲۰ پاسخ دهید. در غیر این صورت، به سؤال ۴۹ بروید.
۲۰. آیا این فرد به علت شرایط فیزیکی، مغزی یا احساسی مشکل جدی در انجام برخی امور، مانند رفتن به مطب دکتر یا خرید کردن، به تنهایی دارد؟ بله خیر

18a. Is this person deaf or does he/she have serious difficulty hearing?

- Yes
 No

b. Is this person blind or does he/she have serious difficulty seeing even when wearing glasses?

- Yes
 No

Answer questions 19a-c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to question 49.

19a. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?

- Yes
 No

b. Does this person have serious difficulty walking or climbing stairs?

- Yes
 No

19c. Does this person have difficulty dressing or bathing?

- Yes
 No

Answer question 20 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to question 49.

20. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have difficulty doing errands alone such as visiting a doctor's office or shopping?

- Yes
 No

SECTION 10 DISABILITY & HEALTH For all persons Head of Household
 This section determines what are the disabilities and longstanding illnesses present in the population.

10.1: Do you/Does N have difficulty with...

[READ OPTIONS ALOUD]	No difficulty	Some difficulty	Lots of difficulty	Cannot do it at all	DK/NS
1. Seeing (even with glasses)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hearing (even using hearing aid)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Communicating and speaking?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Walking or climbing stairs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Upper body functions?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Self-care?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Remembering or concentrating?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Learning?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Behavioural disorders?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Other? (specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

آیا شما/ فرد ... دارای ناتوانی ... هستید/ است؟	بدون مشکل	دارای مشکل جزئی	دارای مشکل زیاد	اصلاً قابل انجام نیست	نمی‌داند/ هنوز نمی‌تواند تشخیص دهد.
۱. بینایی (حتی با عینک)					
۲. شنوایی (حتی با استفاده از سمعک)					
۳. برقراری ارتباط و صحبت کردن					
۴. راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها					
۵. فعالیت‌های مربوط به قسمت بالایی بدن					
۶. مراقبت از خود					
۷. حافظه یا تمرکز					
۸. یادگیری					
۹. اختلال رفتاری					
۱۰. سایر (نام ببرید) -----					

شکل ۳-۱۰- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ آفریقای جنوبی

**SECTION C: GENERAL HEALTH AND FUNCTIONING -
ASK OF EVERYONE LISTED ON THE FLAP**

P-12 HEALTH AND FUNCTIONING	P-13 ASSISTIVE DEVICES AND MEDICATION
<p>Does (name) have difficulty in the following?</p> <p>A = Seeing even when using eye glasses? B = Hearing even when using a hearing aid? C = Communicating in his/her language (i.e. understanding others or being understood by others)? D = Walking or climbing stairs? E = Remembering or concentrating? F = With self-care such as washing all over, dressing or feeding?</p> <p>1 = No difficulty 2 = Some difficulty 3 = A lot of difficulty 4 = Cannot do at all 5 = Do not know 6 = Cannot yet be determined</p> <p>Write the appropriate code in the box.</p>	<p>Does (name) use any of the following?</p> <p>A = Eye glasses B = Hearing aid C = Walking stick or frame D = A wheelchair E = Chronic medication</p> <p>1 = Yes 2 = No 3 = Do not know</p> <p>Write the appropriate code in the box.</p>
<p><input type="checkbox"/> Seeing (A) <input type="checkbox"/> Walking / Climbing (D) <input type="checkbox"/> Hearing (B) <input type="checkbox"/> Remembering / Concentrating (E) <input type="checkbox"/> Communicating (C) <input type="checkbox"/> Self-care (F)</p>	<p><input type="checkbox"/> Glasses (A) <input type="checkbox"/> Wheelchair (D) <input type="checkbox"/> Hearing aid (B) <input type="checkbox"/> Chronic medication (E) <input type="checkbox"/> Walking stick / frame (C)</p>

۱۳. لوازم کمکی و دارویی	۱۲. سلامت و کارایی (کارکرد بدن)
آیا ... (نام) از هیچ‌یک از لوازم زیر استفاده می‌کند؟ الف = عینک ب = سمعک پ = عصا ت = صندلی چرخ‌دار ث = داروی مزمزم؟؟؟ (chronic medication) ۱ = بله ۲ = نه ۳ = نمی‌دانم کد مناسب در تشک نوشته شود	آیا ... (نام) در انجام فعالیت‌های زیر دارای مشکل است؟ الف- بینایی حتی هنگام استفاده از عینک؟ ب- شنوایی حتی با استفاده از سمعک؟ پ- برقراری ارتباط در زبان خود (برای مثال: فهمیدن دیگران یا فهمیده شدن توسط دیگران) ت- راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها؟ ث- یادآوری (حافظه) یا تمرکز؟ ج- مراقبت از خود مانند شستن تمام بدن، لباس پوشیدن یا غذا خوردن؟ ۱= بدون مشکل ۲= دارای مشکل جزئی ۳= دارای مشکل زیاد ۴= اصلاً قابل انجام نیست ۵= نمی‌داند ۶= هنوز نمی‌تواند تشخیص دهد. کد مناسب را در تشک بنویسید
الف = عینک ب = سمعک پ = عصا ت = صندلی چرخ‌دار ث = داروی مزمزم	الف- بینایی ب شنوایی پ- برقراری ارتباط ت- راه رفتن / بالا رفتن ث- حافظه / تمرکز ج- مراقبت از خود

207. Does (NAME) have difficulties in:
- | | 1. No | 2. Some | 3. Total |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Seeing even when wearing glasses?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hearing even when using hearing aids?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Walking or climbing stairs?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Remembering or concentrating or having difficulty in communicating with others because of a physical or mental health condition?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Self-caring?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

آیا ... (نام) در موارد زیر دارای مشکل است؟	۱. نه	۲. تا حدودی	۳. کامل
بینایی حتی هنگام استفاده از عینک؟			
ب- شنوایی حتی با استفاده از سمعک؟			
ت- راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها؟			
پ- یادآوری (حافظه) یا تمرکز یا داشتن مشکل در برقراری ارتباط با دیگران به علت شرایط فیزیکی یا سلامت فکری			
ت- مراقبت از خود			

هند (۲۰۱۱)

شکل ۳-۱۲- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ هند

آیا این فرد از نظر ذهنی یا فیزیکی ناتوان است؟ بله / نه ۲
اگر پاسخ پرسش ۹- الف بله است، در تست‌های مقابل پرسش ۹ ب کد مناسب بگذارید. (کدها را از فهرست زیر انتخاب کنید).
در صورتی که در پرسش ۹ دارای ناتوانی چندگانه است، (کد ۸) مقابل پرسش ۹ پ حداکثر سه تستک را تکمیل کنید.

Q. 9

Disability

9(a) Is this person mentally / physically disabled?
Yes-1/No-2

9(b) If 'Yes' in 9(a), give code in the box against 9(b) from the list below

9(c) If 'multiple disability' (Code '8') in 9(b), give maximum three codes in boxes against 9(c) from the list below

9(a)	<input type="text"/>
9(b)	<input type="text"/>

Q.9 Disability

In Seeing1	Mental Retardation..5
In Hearing.....2	Mental Illness.....6
In Speech.....3	Any Other7
In Movement...4	Multiple Disability...8

Table (3) Info on household members with disabilities (Answer no. 2 for Quest. 17 in Table 1)

Handicapped Individual Code	Type of Disability			Reason of Disability			(17) Physical Status* 1. Normal 2. Disabled (go to Table 3)
	1. Blind 2. Blind in 1 eye 3. Deaf 4. Mute 5. Deaf & Mute	6. Mentally Disabled 7. Lost 1 hand or both 8. Lost 1 leg or both	9. Polio 10. Partial or Full Paralysis 11. Other Disabilities (specify)	1. Born with 2. Birth defect 3. Epidemic 4. Other diseases 5. Mental/Physical abuse	6. Injury/Accident 7. Aging 8. Others 9. Does not know		

وضعیت فیزیکی
سالم
ناتوان
به جدول ۳ بروید

علت ناتوانی	نوع ناتوانی	کد افراد معلول ^۱
۱. مادرزادی	۶. ناتوان (معلول) ذهنی	۱. نابینا
۲. مشکل در زمان تولد	۷. بدون یک دست یا هر دو	۲. نابینایی در یک چشم
۳. واگیردار	۸. بدون یک پا یا هر دو	۳. ناشنوا
۴. سایر بیماری‌ها	۹. فلج اطفال	۴. لال
۵. مشکل ذهنی / فیزیکی	۱۰. معلول جزئی یا کامل	۵. کر و لال
۶. تصادف / صدمه	۱۱. سایر ناتوانی‌ها (مشخص شود)	
۷. سالمندی		
۸. سایر		
۹. نمی‌دانم		

FOR DISABLED PERSONS	
REASON OF DISABILITY	NATURE OF DISABILITY
1. By Birth	1. Impaired in Seeing
2. Disease	2. Impaired in Speaking and Hearing
3. Accident	3. Physical Disability
4. Old Age	4. Mentally Retarded
	5. More than one disability
32	31

علت ناتوانی	نوع ناتوانی
۱. مادرزادی	۱. بینایی معیوب
۲. بیماری	۲. شنوایی یا صحبت کردن معیوب
۳. تصادف	۳. ناتوانی فیزیکی
۴. سالمندی	۴. عقب‌افتادگی ذهنی
	۵. بیش از یک ناتوانی

افغانستان (۲۰۱۱)

سؤال ناتوانی در پرسش‌نامه‌ی عمومی و برای افراد بالای ۵ سال پرسیده می‌شود.

شکل ۳-۱۵- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ افغانستان

FUNCTIONAL DIFFICULTY
Does _____ have any difficulty/problem in:
A - Seeing, even when wearing eyeglasses ?
B - Hearing, even when using a hearing aid ?
C - Walking or climbing steps ?
D - Remembering or concentrating ?
E - Communicating ?
F - Self caring (bathing or dressing) ?
Enter code in the box
1 - Yes 2 - No
20
A B C D E F

ناتوانی
آیا ... هیچ ناتوانی در زمینه‌ی موارد زیر دارد؟
الف. بینایی، حتی با استفاده از عینک
ب. شنوایی، حتی با استفاده از سمعک
پ. راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها
ت. یادآوری یا تمرکز
ث. برقراری ارتباط
ج. مراقبت شخصی (حمام کردن یا لباس پوشیدن)
در جدول پایین کد را وارد کنید
۱. بله
۲. نه
الف ب پ ت ث ج
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

شکل ۳-۱۶- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ کرواسی

۳۹. آیا این فرد به علت بیماری بلندمدت، ناتوانی یا کهولت سن، در انجام فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی با مشکل مواجه است؟

بله ← ۴۵ نه ← ۴۵

۴۰. نوع مشکل (حداکثر دو پاسخ)

مشکل بینایی مشکل شنوایی یا تکلم

مشکل تحرک مشکل یادآوری، تمرکز یا ارتباط با دیگران

دیگر مشکل‌ها ۴۱. حرکت فیزیکی فرد

تحرک کامل

تحرک دائمی با استفاده از چوب‌دستی، عصای زیر بغل، یا عصای مخصوص^۱

تحرک دائمی با استفاده از ویلچر

عدم تحرک دائم

سایر

۴۲. دلایل ناتوانی

از بدو تولد

جنگ و پیامدهای آن

اختلال کاری (بیماری ناشی از شغل / مجروح شدن در محل کار)

بیماری، ناخوشی

تصادف

سایر

۴۳. آیا این فرد برای انجام امور روزمره‌ی زندگی نیاز به کمک دیگران دارد؟ بله ← ۴۴ خیر ← ۴۵

۴۴. آیا این فرد در انجام امور روزمره‌ی زندگی از کمک دیگران بهره می‌برد؟ بله ← ۴۴ نه ← ۴۵

39. Does the person have difficulties in performing activities of daily living due to a long term illness, disability or old age? Yes No → 45

40. Type of difficulty (2 answers maximum)

seeing difficulty mobility difficulties

hearing or speaking difficulty other difficulty

difficulties of remembering, concentrating or communicating with other people

41. Physical mobility of the person

fully mobile permanently limited mobility aided by wheelchair

permanently limited mobility aided by cane, crutches or walking frame permanently immobile other

42. Cause of disability

since birth illness

War of independence and its consequences traffic accident

occupational impairment (occupational disease/injury at work) other

43. Does the person need to be aided by another person in performing activities of daily living? Yes → 44 No → 45

44. Does the person use the assistance of another person in performing activities of daily living? Yes No

شکل ۳-۱۷- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۰ بلغارستان

Answering questions 32, 33, and 34 is voluntary. In case the person does not want to answer, these questions should be skipped.

32. During the last 6 months, have you been limited in performing your everyday activities due to health problems?*

1. No
 2. Yes, but not to a great extent
 3. Yes, to a great extent

33. Assigned by medical commission percentage of reduced working capacity* (persons 16 and over)

1. No
 2. Up to 50%
 3. From 50 to 70% (III group)
 4. From 71 to 90% (II group)
 5. Over 90% (I group)

34. Assigned by Children medical commission reduced capacity for social adaptation* (persons under 16)

1. No
 2. Up to 50%
 3. From 50 to 90%
 4. Over 90%

پاسخ به پرسش‌های ۳۲، ۳۳ و ۳۴ دلخواه است. در صورتی که فرد تمایلی به پاسخ ندارد باید از این پرسش‌ها گذشت.
۳۲. آیا در طول ۶ ماه گذشته، به علت مشکل سلامت در انجام فعالیت‌های روزمره محدودیتی داشته‌اید؟ ۱. نه ۲. بله، به صورت محدود ۳. بله، خیلی زیاد
۳۳. دارای سهمیه‌ی درصد کمیسیون پزشکی مربوط به محدودیت توان کاری (افراد ۱۶ ساله و بالاتر) ۱. نه ۲. از ۷۱ تا ۹۰ درصد (گروه دوم) ۳. ۵۰ تا ۹۰ درصد (گروه اول) ۴. ۷۰ تا ۹۰ درصد (گروه سوم)
۳۴. دارای سهمیه‌ی کمیسیون پزشکی کودکان مربوط به سرپرستی اجتماعی ۱. نه ۲. ۵۰ تا ۹۰ درصد ۳. از ۵۰ تا ۹۰ درصد ۴. بالاتر از ۹۰ درصد

شکل ۳-۱۸- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۱ استونی

Next two questions concern your health.

A50	Have you any long-term illness or health problem? <i>Do not include any temporary illness or health problem.</i> 1 Yes 2 No
A51	What restrictions did health problems place on your activities of everyday life for longer period (at least for last six months)? 1 Significant restrictions 2 Insignificant restrictions 3 No restrictions at all END OF THE PERSONAL QUESTIONNAIRE

دو سؤال پیش رو در رابطه با سلامتی شما است	
A50	آیا شما هیچ بیماری بلندمدت یا مشکل سلامتی داری؟ موارد بیماری یا مشکلات سلامت موقت را در نظر نگیرید ۱ بله ۲ نه
A51	مشکلات سلامت چه محدودیت‌های در رابطه با فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی در دوره‌ی بلندمدت (حداقل در ۶ ماه گذشته) برای شما به وجود آورده است؟ ۱. محدودیت‌های قابل توجه ۲. محدودیت‌های ناچیز ۳. هیچ محدودیتی

شکل ۳-۱۹- پرسشنامه سرشماری ۲۰۱۰ برزیل

DISABILITY - FOR ALL RESIDENTS	
<p>6.14 - DO YOU HAVE PERMANENT DIFFICULTY IN SEEING? (IF YOU WEAR GLASSES OR CONTACT LENSES, UNDERGO EVALUATION WHILE WEARING THEM)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - YES, CANNOT DO IT AT ALL <input type="checkbox"/> 3 - YES, SOME DIFFICULTY</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - YES, GREAT DIFFICULTY Go to 6.15 <input type="checkbox"/> 4 - NO</p>	
<p>6.15 - DO YOU HAVE PERMANENT DIFFICULTY IN HEARING? (IF YOU WEAR A HEARING AID, UNDERGO EVALUATION WHILE WEARING IT)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - YES, CANNOT DO IT AT ALL <input type="checkbox"/> 3 - YES, SOME DIFFICULTY</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - YES, GREAT DIFFICULTY Go to 6.16 <input type="checkbox"/> 4 - NO</p>	
<p>6.16 - DO YOU HAVE PERMANENT DIFFICULTY IN WALKING OR CLIMBING STAIRS? (IF YOU USE A PROSTHESIS, CANE OR ASSISTIVE DEVICE, UNDERGO EVALUATION WHILE USING IT)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - YES, CANNOT DO IT AT ALL <input type="checkbox"/> 3 - YES, SOME DIFFICULTY</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - YES, GREAT DIFFICULTY Go to 6.17 <input type="checkbox"/> 4 - NO</p>	
<p>6.17 - DO YOU HAVE ANY PERMANENT MENTAL / INTELLECTUAL DISABILITY THAT LIMITS YOU IN YOUR DAILY ACTIVITIES, SUCH AS WORKING, GOING TO SCHOOL OR PLAYING?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - YES <input type="checkbox"/> 2 - NO</p> <p>Go to 6.18</p>	

<p>ناتوانی - برای همه‌ی افراد</p> <p>۶،۱۴- آیا شما دارای مشکل بینایی همیشگی هستید؟ (در صورتی که از عینک یا لنز طبی استفاده می‌کنید، زمانی که از آن استفاده می‌کنید را نیز در نظر بگیرید)</p> <p>۱. بله، اصلاً نمی‌توانم ببینم. ۲. بله، مشکل حاد دارم. ۳. بله، تا حدودی مشکل دارم. ۴. نه.</p> <p>به سؤال ۶،۱۵ بروید</p>
<p>۶،۱۵- آیا شما دارای مشکل شنوایی همیشگی هستید؟ (در صورتی که از سمعک استفاده می‌کنید، زمانی که از آن استفاده می‌کنید را نیز در نظر بگیرید)</p> <p>۱. بله، اصلاً نمی‌توانم بشنوم. ۲. بله، مشکل حاد دارم. ۳. بله، تا حدودی مشکل دارم. ۴. نه.</p> <p>به سؤال ۶،۱۶ بروید</p>
<p>۶،۱۶- آیا شما در راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها دارای مشکل همیشگی هستید؟ (در صورتی که از پروتز، عصا یا سایر وسایل کمکی استفاده می‌کنید، زمانی که از آن استفاده می‌کنید را نیز در نظر بگیرید)</p> <p>۱. بله، اصلاً نمی‌توانم راه بروم. ۲. بله، مشکل حاد دارم. ۳. بله، تا حدودی مشکل دارم. ۴. نه.</p> <p>به سؤال ۶،۱۷ بروید</p>
<p>۶،۱۷- آیا شما دارای مشکل ذهنی / فکری همیشگی هستید که فعالیت‌های روزمره از جمله کار کردن، رفتن به مدرسه یا بازی کردن را برای شما محدود کرده است؟</p> <p>۱. بله ۲. نه</p> <p>به سؤال ۶،۱۸ بروید</p>

فصل چهارم: ارزیابی رویکردها و روش‌های سنجش ناتوانی و ارائه سوالات پیشنهادی

۵-۱- رویکردهای مورد استفاده برخی از کشورها

پرسشنامه تعدادی از کشورها در فصل سوم آمده است این پرسشنامه‌ها عموماً مربوط سرشماری‌های دور ۲۰۱۰ بوده است. بررسی این پرسشنامه‌ها نشان می‌دهد که کشورهای: مصر، هند و پاکستان از رویکرد طبقه‌بندی اختلالات، ناتوانی و معلولیت (ICIDH)، کشورهای استرالیا، کرواسی، بلغارستان و استونی از رویکرد فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL)، کشورهای آفریقای جنوبی، اندونزی، افغانستان و برزیل از رویکرد گروه واشنگتن و کشور آمریکا ترکیبی از فعالیت‌های زندگی روزانه و گروه واشنگتن برای پرسشنامه سرشماری‌هایشان استفاده کرده‌اند.

۵-۲- مزایا و مشکلات بررسی موضوع ناتوانی در سرشماری‌ها:

الف - مزایای مطالعه ناتوانی در سرشماری‌ها

- ۱- سرشماری قادر است اطلاعات مربوط به تعداد و ویژگی‌های جمعیت دارای ناتوانی و انواع ناتوانی‌ها را در کوچک‌ترین سطوح جغرافیایی ممکن ارائه دهد. این اطلاع با این کیفیت برای برنامه‌ریزان اجتماعی با ارزش است و تهیه آن در سطح واحدهای کوچک جغرافیایی به غیر از سرشماری تنها از منبع آمارهای ثبتی مقدور است.
- ۲- سرشماری می‌تواند امکان مقایسه ویژگی‌ها و شرایط زیست جمعیت معلول و غیرمعلول را در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی فراهم آورد.
- ۳- نظر به آن که سرشماری در فواصل زمانی معین و ثابت برگزار می‌شود، می‌تواند امکان بررسی میزان ناتوانی، ویژگی‌های جمعیت دارای ناتوانی و روند تحولات آن به صورت سری زمانی را فراهم سازد.
- ۴- سرشماری می‌تواند اطلاعات چارچوبی لازم برای طرح‌های نمونه‌ای و تعاقبی را در رابطه با بررسی ناتوانی فراهم آورد.

ب - محدودیت‌های مطالعه ناتوانی در سرشماری‌ها

- ۱- ناتوانی پدیده پیچیده‌ای است و ماهیت پیوستاری (طیفی) دارد و با یک طبقه‌بندی ساده و دوقطبی (مثل ناتوان، سالم) قابل بررسی نیست بلکه ابعاد متنوعی چون شدت ناتوانی، طول مدت ناتوانی و عوامل محیطی مربوط به آن را دربر می‌گیرد. از این رو درج سؤالات متعدد برای تشخیص ناتوانی و پوشش دادن جنبه‌های مختلف آن لازم است که در سرشماری‌ها با توجه به محدودیت زمان و فضا مقدور نیست.
- ۲- با توجه به ظرافت‌ها و پیچیدگی‌های تشخیص ناتوانی و انواع آن در هنگام طرح سؤالات، آموزش گسترده مأمورین آمارگیری ضروری است که با توجه به محدودیت‌های اجرای سرشماری، مقدور نیست.
- ۳- به دلیل محدود بودن تعداد و محتوای سؤالات در سرشماری، ممکن است برخی از گروه‌های جمعیت دارای ناتوانی مانند کودکان، سالمندان و افراد دارای مشکلات شناختی و روانی از قلم بیفتند.
- ۴- در هنگام سرشماری معمولاً مصاحبه با فرد سومی (مانند سرپرست) خانوار صورت می‌گیرد و نه با خود فرد دارای ناتوانی. این موضوع می‌تواند درستی اطلاعات گرفته شده را متأثر سازد.

۵-۳- بررسی شیوه‌ها و توصیه‌ها

بر اساس دیدگاه طبقه‌بندی اختلالات، ناتوانی و معلولیت (ICIDH)، معلولیت در سرشماری‌ها به دو شیوه پرسیده می‌شود:

- الف - ابتدا یک سؤال برای تشخیص فرد معلول در خانوار درج می‌شود که متن آن معمولاً از این قرار است:
- « آیا فرد دچار معلولیت است؟ » یا « آیا فرد معلول است؟ » در صورت دریافت پاسخ بلی در سؤال دوم فهرستی از انواع معلولیت‌های حاد و چشمگیر که در سرشماری موردنظر است ارائه شده و نوع معلولیت فرد از آن میان انتخاب می‌شود.
- ب - فقط در یک سؤال فهرستی از معلولیت‌ها تنظیم شده و این فهرست در مورد کلیه اعضای خانوار پرسیده می‌شود.
- در هر دو روش، میزان‌های ناتوانی به دست آمده معمولاً پایین است. پایین بودن میزان‌های ناتوانی گزارش شده در جمعیت یکی از نقاط ضعف آمارهای معلولیت و ناتوانی به ویژه در کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود. در این شیوه پرسش، موضوع ناتوانی و معلولیت مستقیماً مورد سؤال قرار می‌گیرد و چون معلولیت در بسیاری کشورها پدیده‌ای انگ خورده و انگشت‌نما محسوب می‌شود لذا پاسخگویان

تمایل به پنهان ساختن آن دارند و پرسشگران نیز مایل‌اند وجود فرد معلول در خانوار را چندان مورد کاوش قرار ندهند مگر آن که پاسخگو خود آن را اظهار دارد.

گزارش بخش آمار سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ در مورد روش الف طرح سؤال چنین اظهار می‌کند: «توصیه‌های سازمان ملل تأکید می‌کند بر ضرورت آن که انواع معلولیت از همه پاسخگویان پرسیده شود نه فقط از آن دسته افرادی که به سؤال تشخیص‌دهنده معلولیت پاسخ مثبت داده‌اند» بنابراین، این روش چندان مورد توصیه و تأیید سازمان ملل نیست. در گزارش یاد شده، توصیه‌ها و نکات زیر در مورد طراحی سؤالات معلولیت ذکر شده است: دو عامل بر میزان گزارش معلولیت از سوی پاسخگویان مؤثر است:

الف - این که سؤال در سطح فرد باشد یا در سطح خانوار، یعنی آن که وجود معلولیت در تک تک افراد بررسی شود یا فقط وجود فرد ناتوان در خانوار سؤال شود. بر اساس گزارش یاد شده طرح سؤال در سطح خانوار زمان کوتاه‌تری می‌برد و پایایی Reliability سؤال بالاتر است؛ با این حال قدرت تشخیص و دقت سؤالات فردی بالاتر از سؤالاتی است که در سطح خانوار مطرح می‌شوند و با این سؤالات به میزان بالاتری از معلولیت می‌توان رسید.

توصیه نهایی آن است که در صورتی که زمان مصاحبه لطمه نمی‌خورد از سؤالات فردی استفاده شود.

ب - استفاده از فهرست انواع معلولیت، در سؤالاتی که فهرستی از اقسام معلولیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. بازدهی گزارش معلولیت بیشتر از مواردی است که از یک سؤال تشخیصی برای تفکیک معلولین استفاده می‌شود.

- سؤال باید جمعیتی را که به عنوان جمعیت دارای ناتوانی تعریف شده‌اند تا بیشترین حد امکان پوشش دهد. تلاش‌های ویژه‌ای به عمل آید تا گروه‌های خاصی نظیر کودکان، سالمندان و افراد دارای اختلالات شناختی و روانی پوشش داده شوند.

- واژگان به کار رفته در سؤال بسیار مهم است. سؤال باید روشن، ساده و غیرمبهم باشد. از کلمات دارای بار منفی حتماً باید اجتناب شود. تجربه نشان داده است که کلماتی نظیر «معلول»، «ناتوان» و «درازمدت» به شدت دارای بار منفی تلقی شده و باعث کاهش در گزارش معلولیت می‌شوند.

- از گزینه‌های طیفی نظیر بلی تا حدی، بلی گاهی اوقات، خیر به ندرت، استفاده شود. یا با درج گزینه‌های متعدد مانند این‌ها به پاسخگو این امکان داده شود که درجه و شدت ناتوانی خود را تعیین کند.

- یک زمان مرجع برای تفکیک ناتوانی‌های درازمدت و کوتاه مدت تعیین و استفاده شود.

- سؤالات بر اساس مفهوم محدودیت فعالیت بر اساس شرایط جسمانی طراحی شوند. به نظر می‌رسد استفاده از مفهوم جدید مشارکت در زندگی اجتماعی هنوز در سرشماری‌ها عمومیت نیافته است. همچنین نوع محدودیت در فعالیت پرسیده شود. سؤالات به شیوه‌ای طراحی شوند که قابلیت مقایسه اطلاعات در سری‌های زمانی حفظ شوند.

۵-۴- پیشنهاد سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی با هدف تجمیع انواع معلولیت‌ها و پرسش حداکثر یک معلولیت برای فرد، سؤالاتی طراحی کرده است. این سؤالات بر اساس همان رویکرد طبقه‌بندی اختلالات، ناتوانی و معلولیت (ICIDH) است.

۱. آسیب‌های جسمی حرکتی
۲. آسیب‌های شنوایی
۳. آسیب‌های بینایی
۴. آسیب‌های روان و رفتار
۵. آسیب‌های ذهنی و هوشی
۶. آسیب‌های صوت و گفتار
۷. آسیب‌های ترکیبی (دو تا چند آسیب توأم)

منظور از آسیب جسمی حرکتی، انواع نقص‌ها و آسیب‌های اندام فوقانی (دست‌ها) و اندام تحتانی (پاها) و آسیب‌های تنه (شامل ستون فقرات، بدشکلی اندام‌ها و همچنین فلج اندام‌ها) است.

منظور از آسیب‌های روان و رفتار، اختلالات و بیماری‌های روانی و رفتاری است که عملکردها و ارتباطات روزمره فرد را دچار مشکل می‌کند.

آسیب‌های ذهنی که به کم‌توانی یا معلولیت ذهنی منجر می‌گردند، موجب کاهش عملکرد ذهنی یا هوشی فرد و ناتوانایی وی در سازگاری با محیط می‌گردد.

همچنین سازمان بهزیستی در پیشنهاد خود **علل بروز معلولیت** را در طبقات زیر درخواست نموده است:

- سوانح و حوادث
- بیماری‌ها
- مادرزادی یا ژنتیک

در مورد پیشنهاد فوق نکاتی قابل بحث مطرح است:

- تعریف آسیب مشخص نیست.
- طریقه‌ی پرسش آسیب‌های جسمی، حرکتی مشخص نیست.
- سنجش آسیب‌های روان و رفتار در هیچ سرشماری مدنظر نبوده است و به جهت عدم تشخیص درست این آسیب از جانب خانوار نمی‌توان آمار آن را از سرشماری به دست آورد. در آخرین توصیه‌ی گروه واشنگتن نیز این موضوع توصیه نشده است.
- محدوده‌ی آسیب‌هایی مثل آسیب‌های شنوایی و بینایی مشخص نیست به نظر می‌رسد شامل کم‌شنوایی و کم‌بینایی نیز می‌شود ولی تعریف عملیاتی برای مأمور ندارد.
- با توجه به اینکه حدود ۲۰ درصد جمعیت دارای بیش از یک معلولیت هستند و این آمار از سرشماری‌های قبلی موجود است به جای قرار دادن افرادی که بیش از یک معلولیت دارند در گزینه ۷ (آسیب‌های ترکیبی) بهتر است عمده‌ترین معلولیت آنان در یکی از گزینه‌ها مشخص شود.
- در این پیشنهاد در مورد سؤال کلی معلولیت و افرادی که معلولیت ندارند وضعیت تکمیل مشخص نشده است.
- انتقادهایی که از رویکرد ICIDH مطرح شده بود در اینجا نیز مصداق پیدا می‌کند چرا که در این سؤال سازمان بهزیستی مشارکت اجتماعی و ارزیابی برابری فرصت‌ها سنجیده نخواهد شد.

۵-۵- سوالات پیشنهادی برای سنجش ناتوانی

بررسی پرسشنامه کشورها در فصل سوم نشان می‌دهد اخیراً کشورها بیشتر به سمت استفاده از پرسشنامه گروه واشنگتن و رویکرد فعالیت‌های روزمره زندگی آمده‌اند. هر دو رویکرد با هدف سنجش مشارکت اجتماعی و برابری فرصت‌ها طراحی شده‌اند ولی گروه واشنگتن دارای سوالات مفید و مختصرتری نسبت به رویکرد فعالیت‌های زندگی روزانه دارد و با طبقه‌بندی ICF نیز مطابق دارد. علاوه بر این با توجه به مطالب و نکاتی که در فصل دوم در ارتباط با رویکردها و روش‌های سنجش ناتوانی ذکر شد، سوالات گروه واشنگتن پیشنهاد می‌شود. در این سوالات برخی از انواع خاص ناتوانی شامل مشکلات مربوط به سلامت در ۶ حیطه‌ی کارکردی شامل بینایی، شنوایی، راه رفتن، یادآوری یا تمرکز، برقراری ارتباط و مراقبت از خود، درج می‌شود سپس شدت ناتوانی برای هر یک از گزینه‌ها پرسش می‌شود. این ناتوانی‌ها می‌تواند ناشی از بیماری، جنگ، حادثه و یا به صورت مادرزادی باشد.

در پرسشنامه‌ی کاغذی می‌توان یک ناتوانی را بر اساس اولویت و یا ناتوانی که بیشترین محدودیت را برای فرد ایجاد می‌نماید تعیین نمود و شدت آن را بر اساس اظهار پاسخگو سنجید (پرسش شدت و طبقه‌بندی افرادی که مشکلات زیادی دارند و یا اصلاً نمی‌توانند انجام دهند در زمره‌ی معلولین باعث افزایش میزان معلولیت می‌شود) در صورت استفاده از پرسشنامه الکترونیکی می‌توان تمام ناتوانی فرد را همراه با شدت آن جمع‌آوری نمود.

جدول ۵-۱- سؤالات پیشنهادی برای درج در سرشماری و طرح‌های آماری بر اساس رویکرد جدید

برای تمام افراد خانوار	(برای کدهای ۱ تا ۶ ستون قبل)
آیا در خانوار فردی وجود دارد که حداقل در انجام یکی از فعالیت‌های ۶ گانه زیر مشکل داشته باشد؟ (در مربع مربوط علامت بزنید)	شدت ناتوانی
۱- بینایی، حتی با استفاده از عینک ۲- شنوایی، حتی با استفاده از سمعک ۳- اشکال در صحبت کردن (اختلال در گفتار و صدا) ۴- مشکل جسمی در مراقبت شخصی (حمام کردن یا لباس پوشیدن) ۵- مشکل جسمی در راه رفتن یا پله بالا رفتن ۶- اختلال ذهنی ۷- فاقد موارد فوق	۱. تا حدودی مشکل دارد ۲. مشکلات زیادی دارد ۳. اصلاً نمی‌تواند انجام دهد

۵-۱-۵- راهنمای سؤالات

سؤال اول

کد ۱، بینایی، حتی با استفاده از عینک، منظور از بینایی، ظرفیت دید افراد به منظور درک و مشاهده آن چیزی که در اطراف آنها اتفاق می‌افتد. بنابراین برای فردی که حتی با استفاده از عینک، مشکل بینایی دارد، کد ۱ درج کنید. مشکلات بینایی شامل نزدیک بینی، دور بینی، بینایی از یک چشم و یا دید فقط مستقیم (بغل‌ها را نمی‌بیند) و هر مشکل بینایی دیگری که پاسخگو به عنوان مشکل لحاظ کند.

• توجه کنید در صورتی که فرد به کمک عینک مشکلی ندارد در این زمینه ناتوان محسوب نمی‌گردد.

کد ۲، شنوایی، حتی با استفاده از سمعک، منظور از شنوایی، ظرفیت شنیداری افراد است که به آنها امکان می‌دهد صداهای اطراف و چیزهایی که به آنها گفته می‌شود را بشنوند. بنابراین برای فردی که حتی با استفاده از سمعک، مشکل شنوایی دارد، کد ۲ درج کنید. مشکلات شنوایی شامل مشکل شنیدن در محیط‌های آرام یا پر سر و صدا، مشکل تشخیص صداها از منابع مختلف تولید صدا، شنیدن از یک گوش و یا هر مشکل شنوایی دیگری که پاسخگو به عنوان مشکل لحاظ کند.

• توجه کنید در صورتی که فرد به کمک سمعک مشکلی ندارد در این زمینه ناتوان محسوب نمی‌گردد.

کد ۳، راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها، منظور از راه رفتن، استفاده از اندام‌های پایینی (پاها) به گونه‌ای که فرد خود را در سطح زمین حرکت دهد و از نقطه «الف» به نقطه «ب» برود. توانایی راه رفتن یا بالا رفتن از پله بایستی بدون استفاده از هر وسیله کمکی (صندلی چرخدار، عصا، واکر و...) یا شخص دیگر باشد. اگر چنین کمکی لازم باشد یعنی فرد به سختی راه می‌رود و برای این دسته از افراد کد ۳ درج کنید. مشکلاتی که در ارتباط با راه رفتن یا بالا رفتن از پله وجود دارد شامل یکی از موارد ذیل است:

- فرد بدون استفاده از وسایل کمکی قادر به حرکت و راه رفتن هیچ مسافتی نیست.
- فرد بدون استفاده از وسایل کمکی قادر به راه رفتن کوتاه (حدود ۱۰۰ متر) نیست.
- فرد بدون استفاده از وسایل کمکی قادر به راه رفتن طولانی (حدود ۵۰۰ متر) نیست.
- فرد قادر به پیاده‌روی هیچ مسافتی بدون وقفه و استراحت نیست.
- در بالا رفتن یا پایین رفتن از پله‌ها به ابزارهای کمکی و یا شخص دیگر نیاز دارد.

- مشکلاتی که در نتیجه اختلال در تعادل یا اختلال در سایر اندام‌های غیرعضلانی باشد برای مثال افراد نابینا در مکان‌های ناآشنا مشکل راه رفتن دارند یا افراد ناشنوا در تاریکی مشکل بالا رفتن از پله دارند.
- و هرگونه مشکل دیگری که فرد هنگام راه رفتن در زمین صاف یا پست و بلند داشته باشد و از نظر پاسخگو به عنوان مشکل لحاظ شود.

کد ۴، یادآوری یا تمرکز، افرادی که مشکلاتی در یادآوری و تمرکز دارند و برای انجام فعالیت‌های روزمره با مشکلاتی مواجه هستند برای این دسته از افراد کد ۴ درج کنید.

منظور از یادآوری، استفاده از حافظه برای به خاطر آوردن وقایع و رخدادهاست. یعنی فرد بتواند به کمک ذهن یا فکرش رخدادی را در گذشته دور یا نزدیک به خاطر آورد. یادآوری معادل حفظ کردن یا خاطرات تلخ و شیرین نیست. منظور از تمرکز، توانایی ذهنی برای انجام برخی از کارها، نظیر خواندن، محاسبه اعداد و یادگیری است. تمرکز با کاری که دست فرد هست و تکمیل آن کار مرتبط است. مشکلات یادآوری و تمرکز شامل:

- عدم توانایی در تمرکز بر فعالیت‌ها و یا فراموش کردن محل نگهداری اشیاء و یا تاریخ‌ها.
 - مشکل در یادآوری چیزی که فردی گفته، یا گیج شدن، یا ترسیدن در باره بیشتر چیزها.
 - مشکل در یادآوری، تمرکز یا فهم چیزی که دور و بر آنها یا اعضای خانواده‌شان در حال وقوع است.
- توجه داشته باشید** مشکل یادآوری یا تمرکز به دلیل شرایط روزمره زندگی مانند کار زیاد یا استرس یا سوء مصرف مواد را در نظر نگیرید.
- کد ۵، برقراری ارتباط،** افرادی که مشکلاتی در صحبت کردن، گوش دادن، درک یا فهم دارند و این مشکلات به درک خودشان از دیگران یا درک دیگران بر می‌گردد یا به عبارت دیگر افرادی که با استفاده از زبان معمول خود، در ارتباط برقرار کردن با دیگران (برای مثال درک دیگران یا فهمیده شدن توسط ایشان) دچار مشکل هستند. برای این دسته از افراد کد ۵ درج کنید.
- ارتباط برقرار کردن،** یعنی فردی که اطلاعات یا ایده‌ها را با دیگران با استفاده از زبان مبادله می‌کند. یا به صورت خلاصه تعامل با دیگران از طریق زبان. مشکلات ارتباط برقرار کردن می‌تواند ریشه در فرایند تعامل در مکان‌های مختلف داشته باشد. این مشکلات ممکن است شامل:

- اختلال شنوایی یا اختلال در گفتار یا ناتوانی ذهنی در تفسیر صداهایی که سیستم شنوایی در جمع‌آوری و به رسمیت شناختن کلمات از آن استفاده می‌کند، باشد. یا ناتوانی ذهن در ساختن یک جمله یا گفتن یک کلمه حتی زمانی که فرد جمله و کلمه را می‌داند.
 - استفاده از صدا یا علائم (از جمله زبان اشاره) برای تعامل با دیگران یا نوشتن اطلاعات برای انتقال آن.
 - به طور کلی اکثریت افراد نابینا و ناشنوا در درک خود و دیگران (فهمیدن و فهمیده شدن) دچار مشکل هستند.
- توجه کنید** درک دشوار به دلیل غیر بومی بودن یا عدم آشنایی با یک زبان را شامل نمی‌شود.

کد ۶، مراقبت شخصی (حمام کردن یا لباس پوشیدن)، برای افرادی که در مراقبت از خود (حمام کردن یا لباس پوشیدن) به صورت مستقل مشکل دارند، کد ۶ درج کنید.

شستشو، فرایند تمیز کردن کل بدن (معمولاً با آب و صابون) مطابق یک رفتار فرهنگی است. فعالیت شستشو شامل تمیز کردن مو، پا و همچنین جمع‌آوری هرگونه اقلام لازم برای حمام کردن مانند صابون، شامپو، پارچه شستشو یا آب است.

لباس پوشیدن، تمام جنبه‌های لباس پوشیدن، لباس درآوردن از بالا و پایین بدن از جمله پاهای و فعالیت‌هایی نظیر جمع کردن لباس در (کمد، گنجه) توانایی بستن دکمه، گره، زیپ و غیره با توجه به فرهنگ خاص هر منطقه را شامل می‌شود.

کد ۷، فاقد موارد فوق، در صورتی که فرد هیچکدام از موارد ناتوانی مورد نظر در این سؤال را نداشته باشد گزینه «۷» را برای وی درج کنید.

دقت کنید برای افرادی که مشکلاتی غیر از موارد فوق دارند در مربع ۷ علامت × بگذارید.

سؤال دوم

در صورت انتخاب گزینه‌های ۱ تا ۶ سؤال اول، سه گزینه پیش روی شما قرار دارد:

کد ۱، تا حدودی مشکل دارد

کد ۲، مشکلات زیادی دارد و
کد ۳، اصلاً نمی‌تواند انجام دهد،

بر حسب مورد یکی از این گزینه‌ها را در صورت انتخاب کدهای ۱ تا ۶ سؤال اول، انتخاب کنید.

منابع

-فرم‌های سرشماری سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰

-مرکز آمار ایران، نتایج تفصیلی سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن. ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵ <http://www.amar.org.ir>

- *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, A manual of classification relating to the consequences of diseases, WHO, ۱۹۸۰
- Michelle E. Mlinac, Michelle C. Feng, *Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence*, Oxford University Press, ۲۰۱۶
- *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses- Revision ۲*, United Nations, New York, ۲۰۰۸
- *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses- Revision ۳*, United Nations, New York, ۲۰۱۰
- TB Üstün, N Kostanjsek, S Chatterji, J Rehm *Measuring Health and Disability, Manual for WHO Disability Assessment Schedule* WHO, ۲۰۱۰