

国际功能、残疾与健康分类:发展过程和内容效度

A. Cieza, G. Stucki

张静¹, 陈迪²译 邱卓英², 李建军²审校

[摘要] 世界卫生组织的《国际功能、残疾与健康分类》(ICF)为我们理解健康、功能和残疾提供了一个新的基础。然而在其应用过程中可能会遇到不同的挑战。本文旨在解决其中的两个挑战:ICF 内容效度以及 ICF 与其他健康相关概念如全健康、生活质量(QoL)和健康相关生活质量(HRQoL)的关系。正在进行的一系列效度研究证实,ICF 是一个完备的分类:它既涵盖构成人类功能和残疾体验的健康及其相关领域,又涵盖大多数影响功能和残疾体验的环境因素。而且 ICF 也有助于人们把健康理解为一个序列;以身体为中心的观念(身体的健康体验)、综合的观念(“全健康体验”),并最终发展成为整体观念(“人类体验”),最后这种整体观念把健康看作人类体验的一部分。ICF 将健康从一个狭隘的观点转变为广义的功能观点,使得健康作为人类体验的一部分可操作化。ICF 及其类目也可以作为客观评价全健康的起点:HRQoL 既然被定义为个体对健康和全健康的健康相关领域的一种知觉,基于 ICF 功能概念的类目也就可作为 HRQoL 评定的基础。

[关键词] 生活质量;健康状况;残疾

[中图分类号] R49 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2011)01-0011-06

[本文著录格式] Cieza A, Stucki G. 张静,陈迪,邱卓英,等译. 国际功能、残疾与健康分类:发展过程和内容效度[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(1): 11—16.

世界卫生组织(WHO)的《国际功能、残疾和健康分类》(ICF)已经为我们理解健康、功能和残疾提供了一个新的基础^[1]。ICF 避免了社会学和生物医学的简化论,是综合和全面理解普遍的人类功能和残疾体验的起点。在身体、个人行为 and 整个的物理、社会和态度环境中,人的生活 and 行为不可避免地交织在一起^[2]。

ICF 折射出 WHO 在优先考虑问题中的一个重要转变。WHO 传统上重点关注传染病的控制和降低死亡率,但现在逐渐认识到,在全世界范围内降低与健康状况相关负担的重要性^[3]。这也可以从《联合国残疾人权利公约》中反映出来,该公约也引起了各国政府对社会中功能和残疾的相关性的关注。

2001 年,第 54 届世界卫生大会签署了 ICF 决议。预计 ICF 将应用广泛并且有不同的应用方式:统计工具,用于人口研究和信息管理;研究工具,用于测量结果和生活质量;临床工具,用于治疗计划、评估和评定;教育工具,用于课程设计和提高认知度;制定社会政策工具,用于全方面的健康和残疾政策的制定、实施和监督。从 ICF 发布到现在,ICF 确实应用在以上的各种领域,而且还在更多的领域中得到应用^[4]。

ICF 和其他 WHO 国际分类家族(WHO-FIC)成员一样,将会不断更新,而且必然会修订。人们甚至可以说 ICF 正在发展的过程中,在应用过程中收集到的所有证据也会被整合其中。

在 ICF 应用过程中,研究人员将面临不同的挑战,而其内

基金项目:1. 国家科技部科技基础性工作和社会公益研究专项项目:中国残疾分类系统和评定标准平台研究(2003DIB1J063);2. 国家科技部科技基础性工作和社会公益研究专项项目:中国残疾人功能和健康评定研究(2004DIB5J183);3. 首都医学发展科研基金:基于 ICF 架构的功能、残疾和健康评定和研究(2007-3132);4. 首都医学发展科研基金:康复医疗效果和费用评价指标体系的研究(2009-Z-YG02);5. 财政部科研院所基金项目:基于 WEB 的 ICF 在线学习系统(2010-CZ-15)。

译者单位:1. 西安交通大学,陕西西安市 710049;2. 中国康复研究中心,北京市 100068。译者简介:张静(1987-),女,山西运城人,硕士研究生,主要研究方向:康复医学和理疗学、康复心理学。

容效度,及其作为阐释健康相关概念平台的有效性是两个最重要的挑战。

本文将说明两大问题:在第一部分,我们将介绍 ICF 及其发展过程;在第二部分,我们将集中讨论 ICF 内容效度和 ICF 与其他健康相关概念(如全健康、生活质量、健康相关生活质量)的关系。

1 《国际功能、残疾与健康分类》(ICF)

1.1 ICF 的历史 临床医师依靠分类来诊断健康状况已有一百多年的历史^[5-6]。1898 年,《国际疾病分类》(ICD)作为死亡原因的分类首次出版^[7]。当前,ICD 正在进行第 11 次修订。ICD 最初被用于精确地记录死亡原因,后来用于流行病学调查和公共卫生领域对健康和干预进行监测,现今由于医疗赔偿系统包含与诊断相关的部分,临床上还应用 ICD 对诊断进行分类。

相比之下,世界第一个残疾分类——《国际损伤、残疾和功能障碍分类》(ICIDH)^[8] 1980 年出版发布时仅用于试验目的。ICIDH 和医学研究所模式^[9-10](基于 Nagi 模式^[11-12])以及魁北克模式^[13]一同为康复的定义^[14]、康复实践和研究的发展^[15]以及立法和政策制定^[3,10]奠定了基础。ICIDH 模式体现了一个突破:WHO 认识到,医学模式和其相关的 ICD^[6]不能反映非致命性健康状况结局。20 世纪后 20 年,特别是在欧洲,人们在应用 ICIDH 作为对疾病结局进行分类的统一架构方面具有浓厚兴趣。例如,欧洲委员会发起的 No. R(92)建议——“与残疾人相关的统一政策”就是基于 ICIDH 和魁北克模式^[15]。

然而,ICIDH 从没有被世界卫生大会批准为 WHO 正式分类,没有得到世界范围的接纳^[1,14]。由于 ICIDH 中使用了诸如残障等消极术语,以及该模式没有明确认识环境的作用,长期以来受到残疾人团体的批评。在 1993 年出版的 ICIDH 第 2 版中,WHO 表示正着手开发其后续分类。

1.2 WHO 和联合国关于 ICF 的观点 意识到不论在发达国家还是发展中国家,功能和残疾作为公共卫生主要议题的重要性,WHO 开发了 ICF。ICF 的开发为描述和分类健康以及健康相关领域提供了统一的国际化和标准化的语言,并为健康结局

的测量提供了通用架构。ICF 弥补了传统上仅关注死亡和疾病的不足^[6]。这一弥补非常重要,因为死亡率或与发病率有关的其他诊断数据,以及疾病本身都不能充分反映个体和人群的健康结局,例如,诊断本身不能解释患者能做什么,预后如何,有什么需要,以及治疗费用多少^[16-17]。

ICF 现在是 WHO 所有领域的参考架构,目前由 WHO 分类、术语和标准(CTS)小组统一协调。最重要的是,ICF 还是暴力、损伤预防和残疾部下属的残疾和康复(DAR)小组的参考架构。2005 年 5 月,第 58 届世界卫生大会批准了 WHA 58.23 决议“残疾,包括预防、管理和康复”,该决议由 DAR 协调制定,重申把 ICF 作为 DAR 小组的参考架构^[14]。按照决议的要求,WHO 目前正在撰写一部基于 ICF 架构的世界残疾和康复报告。国际物理与康复医学学会(ISPRM)作为国际性物理和康复医学(PRM)组织与 WHO 有作官方联系,ISPRM 是该报告咨询委员会的成员,在报告的撰写过程中为 DAR 小组提供支持。

WHO 是联合国系统内负责卫生的专业机构,它开发的 ICF 已经被接纳为联合国社会分类系统之一。现在 ICF 已作为联合国及其专业机构,包括联合国统计局(UNSTAT)、联合国教科文组织(UNESCO)和国际劳工组织(ILO)的参考架构。

尽管 2006 年 12 月 13 日在联合国总部纽约批准的《联合国残疾人权利公约》^[18](以下简称《公约》)中没有明确提到 ICF,但《公约》中关于残疾特征的表述就是基于将功能理解为普遍体验的 ICF 架构。《公约》并没有确立新的人权,但确认了各国政府在促进、保护和保障残疾人权利方面的责任。最重要的是,它提出各国政府必须执行的很多步骤,如建立无障碍环境,以便让残疾人能轻松地融入和平等地参与社会生活。

1.3 ICF 的发展 先后通过 WHO 精神卫生秘书处和负责分类和术语秘书处的协调,ICF 的开发是一个全球合作过程。研究人员通过国际分类家族合作中心网络,尤其是北美合作中心(NACC)开发 ICF。经过 3 个初稿版本和广泛的国际现场测试,包括语言和文化方面的适用性研究,后续分类 ICF(最初暂被命名为 ICIDH-2)于 2000 年最终定稿^[1]。2007 年,ICF 儿童和青年版(ICF-CY)完成并正式发布。截止 2008 年 3 月,ICF 已被翻译成多国语言。

ICF 不是仅表述了西方的观念,而且适用于世界范围的不同文化背景。与少数模式截然相反,ICF 遵照普适原则,覆盖了整个人生过程;它整合了医学或社会学领域,却不限于此;ICF 强调功能而不只是残疾;ICF 是多维度和交互式的,它反对健康状况和功能之间存在线性关系的观点;ICF 在病因学上采用中立的立场,这意味着功能只能被描述性地理解而不是归因于某一诊断;ICF 持平衡的观点,不认为精神和身体功能之间存在本质的区别或不对等。

这些原则吸收了许多对此前的概念架构的批评,整合了 1991 年 Nagi 模式^[11-12]和医学研究所模式^[9-10]开发建立的概念。重要的是,在健康状况中引入环境和个人因素,这反映了早期用于认识和理解功能和残疾的两种主要概念模式,医学模式和社会模式。

医学模式认为,残疾是直接由疾病、创伤或其他健康状况造成的个人问题,并且要求由专业人员为个体提供医疗保健。残疾的治疗和管理的目标是治愈,并且指向于个人的内在方

面,即身体和能力,以实现个体的调适和行为改变^[19-20]。

相比之下,社会模式认为残疾是在融入社会时,社会、文化和环境障碍的结果。因此,残疾的管理需要社会行动,在一切社会生活领域为残疾人的充分参与做出必要的调整,更多地是社会的集体责任^[21-24]。ICF 及其架构实现了一种综合,从不同角度为健康提供了一个连贯的观点^[2]。

1.4 ICF 的更新和修订过程 2001 年,ICF 第 1 版出版。与 ICD 一样,ICF 将会不断更新和修订。WHO CTS 小组负责筹备 ICF 的更新,并与相关委员会以及 WHO 国际分类家族合作中心网络(WHO FIC CC Network)的功能与残疾专家委员会(FDRG)进行合作。

ICF 的更新将包括从广泛的测试和效度研究中所获得的信息,这些研究将通过与 FDRG 及其他科学团体合作开展。当前,FDRG 正在探索发展个人因素分类的可能性和方法学研究。将来 ICF 可能演变成一种基于本体论的分类方法,与医学系统命名法(Snomed)所采用的方法相似^[25]。

1.5 ICF 的结构 如图 1 所示,ICF 包括 3 个关键部分。简单地说,第一部分,身体功能和结构,分别是指生理功能和解剖部分;缺失或偏离正常的身体功能和结构都被称为损伤。第二部分,活动,是指个体的任务执行情况;“活动受限”是指个人在执行中可能遇到的困难^[3]。第三部分,参与,指的是与生活状态有关的方面;“参与局限”是个体投入到生活情景中可能体验到的问题。涵盖性术语“功能和残疾”总结了这 3 个部分,它们与健康状况(例如障碍或疾病)以及个人和环境因素有关,并且可能相互影响。

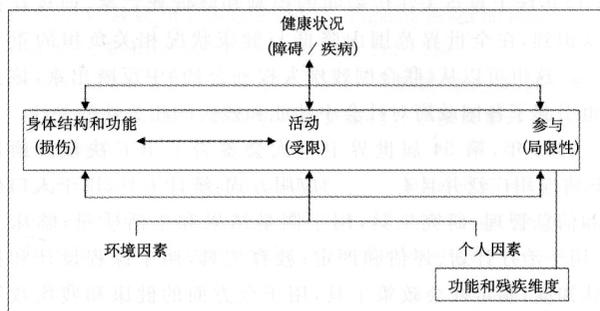


图 1 基于 ICF 的功能和残疾模式

身体功能和结构、活动和参与以及环境因素,这些部分由 ICF 类目分类。可以想象,在今后几年里一系列的个人因素将被发展。ICF 总共包含 1424 个有意义的、互不相关的或相互独立的类目。总体上 ICF 类目是连续和完备的,包括了人类体验的全部范围。如图 2 所示,ICF 类目被组织在一个层次嵌套结构内,分为 4 个不同的水平。ICF 类目通过独特的字母数字编码来表示,通过编码,ICF 可以在个体及群体水平上分类功能和残疾。

一个层次嵌套结构的例子如下:“b1 精神功能”(第一章/一级水平);“b130 能量和驱力功能”(二级水平);以及“b1301 动机”(三级水平)。基于 ICF 类目的层次嵌套结构,一个较高水平的类目与该类目所属的较低水平类目的属性相一致。如表 1 所示使用一个较高水平类目(b1301 动机)自动意味着较低水平类目是适用的(b130 能量和驱力功能)。

ICF 类目通常有一个简短的定义、包括和不包括,这些关于功能方面的信息应该是明确的。有关 ICF 的定义、包括和不包括信息见表 1。

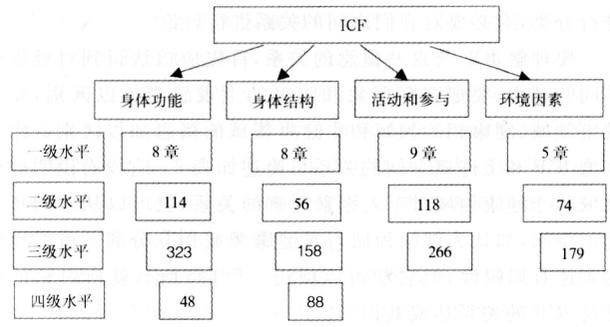


图 2 ICF 结构及类目分布图

表 1 ICF 类目相应的编码、题目和定义的例子

b130 能量和驱动力功能	驱使个体以持久的方式为满足特殊需要和总目标而不懈追求的生理和心理机制的一般精神功能。 包括:能量水平、动机、食欲、成瘾(包括可能导致滥用成瘾物质)以及冲动控制的功能 不包括:意识功能(b110);气质功能(b126);睡眠功能(b134);心理运动功能(b147);情绪功能(b152)
b280 痛觉	对预示身体某处受到潜在或实际损害而感到不舒服的感觉。 包括:在身体一处或多处的全身性或局部性疼痛、皮肤疼痛、刺疼、灼疼、钝疼、疼痛;如肌疼、痛觉缺失和痛觉过敏的损伤
s730 上肢的结构	
d450 步行	靠脚在地面一步步走动,总是一只脚在地面,如漫步、踱步、向前、后或两侧行走。 包括:短距离或长距离步行;不同地面步行;绕障碍步行 不包括:移动自身(d420);到处移动(d455)
d920 娱乐和休闲	参与任何形式的游戏、娱乐或休闲活动,如非正式或有组织的游戏和运动、体育健身、休闲、消遣娱乐、参观画展、博物馆、去电影院或剧场;参加手工艺或业余爱好活动、休闲阅读、演奏乐器、观光、旅游和娱乐旅行。 包括:游戏、运动、艺术和文化、手工艺、业余爱好和社会活动 不包括:驾驭动物作为交通工具(d480);有报酬的就业(d850)或无报酬的就业(d855);宗教和精神性活动(d930);政治生活和公民权(d950)
e1101 药品	为医疗目的而收集、加工或制造的任何天然或人造的物品,如对抗疗法和自然疗法的药物。

注:字母 b 指身体功能;s:身体结构;d:活动和参与维度;e:环境因素。

1.6 ICF 的效度 世界跨地区大范围的研究以及使用者的观点都被检视,并且为 ICF 架构中不同部分的效度提供了经验的和理论的证据支持,包括分类的完备性(或广度)和精确性(或

深度)。
1.6.1 完备性或广度 分类依其本身的属性需要具备完备性。对于 ICF 及其类目,完备性是指必须完全涵盖作为人类功能和残疾体验的健康和健康相关领域的所有谱系,以及影响功能和残疾体验的环境因素的所有谱系。完备性与广度的概念密切相关,广度是指在该分类所确定的同一水平上,能明确区分的健康和健康相关领域的数量。基于已发表的研究结果,ICF 似乎满足完备性的正式标准,尤其是涉及所含领域的宽度方面。在这方面,关于 ICF 核心分类集开发^[26-29]的研究结果可被认为是“理论的证据”。

令许多临床医生和有关科学家惊讶的是,ICF 已经被显示是一种高度综合的分类,几乎覆盖了患者体验的所有方面。更确切地说,ICF 涵盖了人们在广泛的健康状况和保健活动的整个过程中遇到的各种问题。正在进行的 ICF 核心分类集效率研究从患者和卫生专业人员的角度^[29],表明 ICF 广泛覆盖了患者的各种问题,以及作业治疗师^[30]、物理治疗师^[31]和心理治疗师^[30]所干预的功能的各个方面,例如患有类风湿性关节炎的患者。结果还显示,来自不同专业的卫生专业人员的干预目标有很大差异,这也反映出从不同的专业角度审视 ICF 有效性的重要。

关于 ICF 完备性的进一步证明是发现来自大量不同测量工具的项目^[29]都可以与 ICF 相对应。最重要的是,ICF 广泛反应了健康相关生活质量的测量内容^[32]。

1.6.2 精确性或深度 分类首次要考虑的是它的深度或精确性。深度,或精确性,可被定义为特定的健康或健康相关领域可明确区分出的层次的数量。从根本上说,正如 2001 年世界卫生大会所表现的,这方面的建议是随意的,但也有一些指导原则。最重要的是,ICF 类目水平的建立与人们在不同的健康状况下的个人体验相关联,并与保健过程、生命过程相一致,跨越了 WHO 的所有领域。由于 ICF 的类目被有意设置为离散的和意义明确的单元,它们反应的是直观的水平或“外行人”的水平,而不是某一领域中“专家”的水平。

到目前为止很少有研究明确强调这个问题。有一项将健康相关生活质量测定与 ICF 相联系的研究发现,不同内容的项目与 ICF 同一类目相关联^[33]。这可以被看作是一个证据,表明 ICF 没有恰当地区分这些类目。有一个例子是类目 b152 情感功能。一项回顾性研究显示,两种测量工具 SF-36 和 NHP 的不同项目都与 b152 类目相关联,尽管它们指的是不同的情感。基于这一研究和其他研究结果,常见的情绪功能在未来的 ICF 版本中可以被细化为:悲伤、幸福、焦虑和愤怒^[33]。

1.6.3 ICF 的架构 Jette 中肯地指出,“在科学研究中,任何理论架构的关键部分是其内部一致性以及在同一架构下区分概念和类目的能力^[34]。离开了经验,理论架构无法研究,也不能被证实有效。对原 ICIDH 的一个常见的批评是很难确定基本概念之间的外延,每个概念都缺乏必要的明确性和区分性以接受经验的检验^[35-38]。因此,ICF 要成为有用的研究架构,关键在于对它所分类的现象,在每一维度下都有明确和可测量的定义。没有明确的和可测量的维度,研究人员在使用 ICF 建立假说、完成设计和解释结果时将存在困难”^[39]。

目前,只有极少数文献对 ICF 的成分进行了经验研究^[39]。在 ICF 架构中,关注成分的最重要的问题是区分活动和参与,

以及能力与表现^[40-41]。在 ICF 的发展过程中没有被明确地区分活动和参与两种成分,这也可能会影响到基于 ICF 类目的专业数据集。因此在 ICF 的第 1 个版本中,WHO 提议进一步研究这个问题,并且提供了区分这些成分的 4 种可能。首个对这些项目的经验研究显示,有明确的概念符合 ICF 活动和参与两个成分^[39]。

研究 ICF 架构效度的另一种方法,是反映与功能相关的理论或专业模式的不同观点。例如,作业治疗模式关注特定环境下的作业和日常生活活动,应该与 ICF 有紧密联系。在一篇探讨作业治疗概念与 ICF 之间联系的文章中,作业治疗 3 个基本模式中的大多数概念与 ICF 相联系^[30,42-43]。在使用 ICF 架构比较 3 个作业治疗模式概念的相似性和差异性时,ICF 也被证明是一种有效的架构。研究结果表明,在 ICF 和作业治疗模式之间存在较强的概念关系,这个研究鼓励作业治疗师在实践中使用 ICF^[42]。

表 2 ICF 与相关概念的关系

参考水平	身体健康体验	整体健康体验	人类体验(人类状况)
描述(客观观点)	健康	功能	客观全健康
评价	全健康的健康组成 (健康相关生活质量)	全健康的健康组成 (健康相关生活质量)	全健康 (生活质量)
分类和测量			
不同 ICF 类目总分	健康状态	功能状态	客观全健康状态
同一维度 ICF 类目加权分	健康状况	功能状况	客观全健康状况
不同维度的 ICF			
组成/方面			
健康结构	身体功能和结构(健康) 能力(活动)	身体功能和结构 能力(活动)	身体功能和结构 能力(活动)
健康相关的结构	—	活动表现(参与)	活动表现(参与)
与健康相关的非健康结构	—	—	背景因素(环境和个人)
与健康不相关的非健康概念	—	—	没有在 ICF 中分类

2.1 将健康理解为一个连续体 在人类体验的观点中有各种各样的健康概念和定义。ICF 也有助于人们把健康理解为一个序列:以身体为中心的观念(身体的健康体验)、综合的观念(“全健康体验”),并最终发展成为整体观念(“人类体验”),最后这种整体观念把健康看作人类体验的一部分。如表 2 所示。ICF 在这个连续观点上把健康作为人类体验的一部分,使得健康可操作化,这个连续观点从有限的观点到广泛的功能的观点理解健康。

2.2 客观观点与主观观点 健康的更客观或描述性的与更主观或评价的观点之间常常存在差异,这是一个广泛的哲学争论话题。

在功能方面,客观观点考虑诸如给朋友打电话时使用电话受限;而主观观点考虑用电话和朋友聊天受限时的感受或不满。

健康的连续体在客观观点方面,概念在从健康到功能和客观全健康范围内变动。根据主观观点,概念范围是健康的全健康组成也常指健康相关的全健康质量或生活质量。

ICF 类目是有意义的和不连续的要素用于在客观观点上对功能进行分类。但是,同样的类目作为可操作化的起点,也可以在主观方面对功能进行评估。

2.3 健康、健康相关和非健康结构 健康结构是指“内在”方面,人本身所固有的生理和心理的存在,例如精神和视功能。在 ICF 中,健康结构强调身体功能和结构成分以及能力概念。在

2 功能与相关概念

为了有利于将 ICF 作为统一架构和功能、残疾和健康分类的标准加以接纳和应用,理解 ICF 以及相关概念,例如全健康、生活质量和健康相关生活质量之间的关系很重要。由于 ICF 作为一种参考架构可能被用于对常常是模糊的和多义的概念进行分类,有必要对它们之间的关系进行讨论。

要理解 ICF 与这些概念的关系,首先应该认识到对健康有不同的理解,要把客观现象和明确的主观感受加以区别,要把健康领域、健康相关领域和非健康领域的概念加以区别。作者认为 ICF 和上述概念间的关系可简述如表 2。它没有说明健康领域和非健康领域对个人因素理解的关系,也可以从不同角度提出疑问,如认为健康领域与非健康领域相互分离。虽然简化的表述有局限性,但它却可以促进国际间讨论,就所讨论的概念与 ICF 的关系达成共识。

此背景下,值得注意的是能力未被特定的维度或 ICF 成分活动/参与类目定义,而是指个人执行一项任务或动作的能力概念。特定的维度或 ICF 成分活动/参与的类目可以因此被考虑是健康或与健康相关的——取决于能力与活动表现的概念——在这个结构下要考虑。

健康相关结构是指“外在”的方面^[44]。它与健康结构密切相关,并且对于描述个体的生活或“全健康体验”是必要的。健康相关方面例如工作、教育和社会活动。在 ICF 中,健康相关方面是强调活动表现的概念。活动表现被定义为个体在他或她的目前环境中做什么。正如已经提到的能力,特定的维度或 ICF 类目原则上可被考虑或评估能力或活动表现。

非健康结构方面已被描述为“至善”^[45]。他们一方面包括“自主和完整”,另一方面包括“生活的物质条件”。人们也可能想起著名的法国三口号:自由、平等和博爱,终极文化和政策目标构成人类的善。在 ICF 中,与健康相关的非健康方面是作为障碍或促进因素来影响功能,包括环境和个人因素部分。与功能不相关的非健康方面没有在 ICF 中分类。

2.4 全健康和生活质量 客观全健康是这里讨论的与健康相关的最广泛的概念。它包括健康、健康相关以及与人类状况相关的非健康方面的整个领域^[46]。图 3 所示的全健康领域有其内在的健康、健康相关和非健康方面的区别。ICF 将健康和健康相关方面被总结为功能,而将非健康方面被描述为环境因素

和个人因素,因此 ICF 与全健康的概念密切相关。事实上从一个整体的观点来看,健康可以理解为全健康的重要组成部分。

ICF 具有明确而有意义的类目,因而可充当客观全健康可操作化的起始点。因为 ICF 确实只定义了包括与健康有关的方面,非健康方面作为全健康领域的一部分不包括在 ICF 之内。在此背景下社会经济因素被明确提到。另一个例子是“平等”,至少在当前版本的 ICF 中未能涵盖。人们可能会争论“平等”,以及其它非健康维度至少原则上可以影响或与健康相互作用,最终人们可以理解 ICF 作为一种客观全健康的分类,包含了人类状况的所有方面。将来,ICF 可能从个人健康状况的功能和残疾分类演变为所有个体的健康、功能和客观全健康的通用分类,不论存在或缺失健康状况。

ICF 与生活质量概念的关系和与客观全健康的关系相似。因为生活质量可被定义为个体对客观全健康维度的知觉,ICF 及其维度在健康、健康相关和非健康方面可以作为生活质量可操作化的基础。

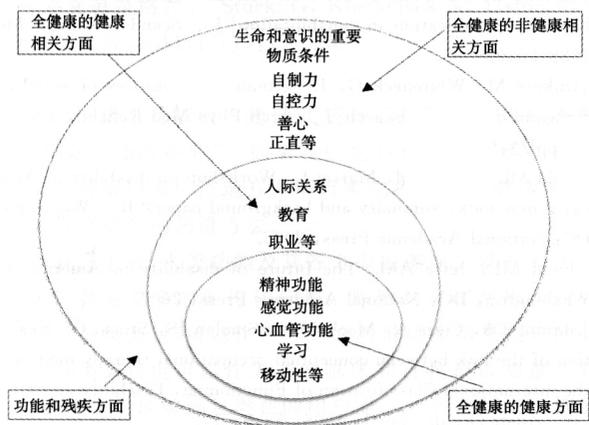


图 3 基于 ICF 的全健康和功能领域

2.5 功能和健康相关生活质量 客观全健康可被理解为一个整体的人类健康体验,功能可被理解为完整的健康体验。理解人类作为生物和社会的存在,人类体验包括健康和非健康方面。在 ICF 中,健康和健康相关方面被整合在一个更广泛的功能术语下,定义为“身体功能、身体结构、活动和参与的综合性术语”^[1]。

因为健康相关生活质量可被定义为全健康的健康和健康相关领域的个体知觉^[44],包括在 ICF 中功能概念中的 ICF 类目可作为健康相关生活质量可操作化的基础。

2.6 健康的身体体验 一项更集中的对健康的认识是指身体并且只包括健康方面。这一观点与最近的 WHO 基于测量目的而集中研究定义的健康相一致^[48]。它指的是参照一系列健康方面的一个健康的操作化概念以及“内在的”即个体作为一种生物存在的内在能力。

与客观全健康和与生活质量以及功能和健康相关生活质量的差别相似,“生物学健康”和体验或感知到的健康之间存在差异^[44]。这样人们可从“主观健康”或“体验到的健康”中区别出“生物学健康”^[49]。

2.7 整体状况与特定状态 ICF 适用于阐明所讨论的概念的

变量的测量。有人建议在 ICF 类目中使用术语“整体状况”来报告 ICF 类目间的总分和使用术语“特定状态”来报告特定 ICF 类目间的汇集或总体信息的指标^[44]。

总体认识了健康是一个从健康到功能和全健康的连续体后,人们可以在不同水平上明确区分术语“状态”和“状况”的意义。健康状态和健康状况在身体的角度强调健康,而功能状态和功能状况在功能水平上强调健康。

3 总结

ICF 包括患者的功能、残疾和健康的绝大多数重要方面,临床医生和健康专业人员能据此制定干预目标。它还包含大范围的功能、残疾以及健康相关生活质量测量项目的内容。

ICF 也可以作为一种概念架构来区分和组织健康相关概念的内在联系,如全健康、健康状态、健康状况、生活质量以及健康相关生活质量。所有这些概念都可以基于 ICF 进一步明确。研究的结果是达到一个关于各个相互关联的概念间内在一致性架构,有助于我们对人类健康和全健康的理解。

致谢:感谢来自 WHO 的 Jerome Bickenbach 教授和 Somnath Chatterij 博士所引发的关于 ICF 和相关概念的讨论,以及 Thomas Ewert 博士、Gisela Immich 和 Susanne Stucki 对原稿准备的帮助。

[参考文献]

- [1] World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health[J]. Geneva: WHO; 2001.
- [2] Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustun TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps[J]. Soc Sci Med, 1999,48:1173-1187.
- [3] Stucki G. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A promising framework and classification for rehabilitation medicine[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2005,84:733-740.
- [4] Bruyere SM, Van Looy SA, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Contemporary literature overview[J]. Rehabil Psychol, 2005,50:113-121.
- [5] Cieza A. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical medicine[J]. Habilitation, LMU Munich, 2008, 44:317-330.
- [6] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems[M]. 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
- [7] Hetzel AM. History and organization of the vital statistics system [M]. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1997.
- [8] World Health Organization. International Classification of impairments, disability, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Published for trial purposes in accordance with resolution WHA29.35 of the 29th World Health Assembly, May 1976, Geneva: WHO; 1980.
- [9] Pope AM, Tarlov AR. Report on disability in America. Toward a national agenda for prevention. Committee on a national agenda for the prevention of disabilities[R]. Washington, DC: National Academic Press; 1991.
- [10] Brand EN, Pope AM. Enabling America. Assessing the role of rehabilitation sciences and engineering[R]. Washington, DC: National Academic Press, 1997.
- [11] Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation [M]. // Sussman MB. Sociology and Rehabilitation. Washington, DC: American Sociological Association, 1965.

- [12]Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States[J]. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 1976,54:439-467.
- [13]Fougeyrollas P, Noreau L, Bergeron H, Cloutier R, Dion SA, St-Michel G. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap[J]. *Int J Rehabil Res*, 1998,21: 127-141.
- [14]Grimby G, Melvin J, Stucki G. The ICF: A unifying model for the conceptualization, organization and development of human functioning and rehabilitation research. Foreword [J]. *J Rehabil Med*, 2007,39:277-278.
- [15]Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy[J]. *J Rehabil Med*, 2007,39:279-285.
- [16]Üstün B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets[J]. *J Rehabil Med*, 2004, 36(Suppl 44):7-8.
- [17]Chamie M. What does morbidity have to do with disability? [J]. *Disabil Rehabil*, 2005,17:323-337.
- [18]United Nations. Convention on the Rights of Persons with disabilities[OL]. 2007. Retrieved May 29 2008 from <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>.
- [19]Lemert E. *Human Deviance: Social Problems and Social Control* [M]. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972.
- [20]Abberley P. The concept of oppression and the development of a social theory of disability[J]. *Disability, Handicap and Society*, 1987, 2: 5-19.
- [21]Dixon D, Pollard B, Johnston M. What does the chronic pain grade questionnaire measure? [J]. *Pain*, 2007,130: 249-253.
- [22]Beatty PW, Richmond GW, Tepper S, et al. Personal assistance for people with physical disabilities: consumer-direction and satisfaction with services[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1998,79:674-677.
- [23]DeJong G. Health care reform and disability: affirming our commitment to community[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1993,74:1017-1024.
- [24]DeJong G. Independent living: from social movement to analytic paradigm[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1979,60:435-446.
- [25]World Health Organization. Report for the consultation meeting on the WHO business plan for classifications[R]. Geneva: WHO, 2005.
- [26]Stucki G, Grimby G. Foreword: Applying the ICF in medicine[J]. *J Rehabil Med*, 2004,(Suppl)44:5-6.
- [27]Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions [J]. *J Rehab Med*, 2004,(Suppl)44:9-11.
- [28]Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities[J]. *Disabil Rehabil*, 2005,27:361-366.
- [29]Stucki G, Kostanjsek N, Üstün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning[J]. *Eur J Phys Rehab Med*, 2008, 44:317-330.
- [30]Kirchberger I, Stamm T, Cieza A, Stucki G. Does the Comprehensive ICF Core Set for rheumatoid arthritis capture occupational therapy practice? A content-validity study[J]. *Can J Occup Ther*, 2007, 74(suppl 1):267-280.
- [31]Kirchberger I, Glaessel A, Stucki G, Cieza A. Validation of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for rheumatoid arthritis: The perspective of physical therapists[J]. *Phys Ther*, 2007, 87:368-384.
- [32]Geyh S, Cieza A, Kollerits B, Grimby G, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review[J]. *Qual Life Res*, 2007, 16: 833-851.
- [33]Cieza A, Stucki G. Content comparison of health related quality of life instruments based on the ICF[J]. *Qual Life Res*, 2005,14:1225-1237.
- [34]Jette AM, Haley SM, Kooyoomjian JT. Are the ICF activity and participation dimensions distinct? [J]. *J Rehab Med*, 2003,35:145-149, 44.
- [35]Simeonsson RJ, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: Developmental issues[J]. *J Clin Epidemiol*, 2000, 53:113-124.
- [36]Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: Testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) Model[J]. *Soc Sci Med*, 2001,53:1261-1273.
- [37]Gray D, Hendershot G. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2000, 81 (Suppl2):S10-S14.
- [38]Grimby G, Finnstam J, Jette A. On the application of the WHO handicap classification in rehabilitation[J]. *Scand J Rehabil Med*, 1988,20:93-98.
- [39]Dijkers M, Whiteneck G, El-Jaroudi R. Measures of social outcomes in disability research[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2000, 81 (Suppl2):S63-S80.
- [40]Field ML, Jette AM, Martin L. *Workshop on disability in America; a new look; summary and background papers*[R]. Washington, DC: National Academic Press, 2006.
- [41]Field ML, Jette AM. *The future of disability in America*[R]. Washington, DC: National Academic Press, 2007.
- [42]Stamm TA, Cieza A, Machold K, Smolen JS, Stucki G. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the international Classification of Functioning, Disability and Health [J]. *Austr Occup Ther J*, 2006, 53:9-17.
- [43]Stamm TA, Cieza A, Stucki G. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health: Answer to the comments from Norway[J]. *Austr Occup Ther J*, 2006, 53:143-144.
- [44]Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The International Classification of Functioning Disability and Health as a conceptual platform to specify and discuss health-related concepts[J]. *Das Gesundheitswesen*, 2008, in press.
- [45]Becker LC. Good lives: Prolegomena[J]. *Social Philosophy and Policy*, 1992,9:15-37.
- [46]Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? [J]. *J Clin Epidemiol*, 1999,52:355-363.
- [47]Sen AK. *Inequality Reexamined*[M]. Cambridge: Harvard University Press, 1992. E.
- [48]Murray CJL, Frenk J. Summary measures of population health in the context of the WHO framework for health system performance assessment[M]. // Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva: WHO, 2002.
- [49]Nordenfelt L. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF[J]. *Disabil Rehabil*, 2006,28:1461-1465.

(收稿日期:2011-01-17)

(原文载: *Eur J Phys Rehabil Med*, 2008, 44:303-313)