

# ICF的历史及发展研究

王亚玲

[关键词] 国际功能、残疾和健康分类(ICF)

中图分类号:R 01 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)01-0005-02

## 1 从 ICIDH 到 ICF 发展过程回顾

ICF 的前身是《国际损伤、残疾和障碍分类》(ICIDH)。

早在 1972 年,世界卫生组织对疾病结果分类描述提出了初步的方案,并于数月之后提出了一个比较综合的方法。这些建议确立了两条重要的原则:区分损伤及其重要性,即功能和社会性结果。这些不同方面或维度根据不同领域独立进行分类。从本质上讲,这种方法包括有一系列平行而有区别的分类。ICD 中多轴心(病因、解剖、病理等)是整合在仅占一位数的等级系统中,而 ICIDH 则探讨了建立一种与 ICD 深层结构相一致的原则方案的可能性。与此同时,对应用于疾病结果的术语进行了系统性的初步研究。独立的对损伤和残疾进行分类的方法于 1975 年提交 ICD 第九次修订大会进行讨论,大会建议用于测试目的出版该分类。1980 年,ICIDH 第 1 版出版。

1993 年,WHO 决定重新修订 ICIDH,并对修订作出了如下要求:①它应该满足由不同国家、不同行业 and 不同卫生保健领域的多重目的需要;②它应该被使用者认为是非常简单可以用于说明健康状况的结果;③它具有实用价值,即确定卫生保健的需要、与干预方案(如预防、康复和社会行动)相结合;④它应该对涉及健康状况结果的过程有一种内在一致的观点,以便于对疾病/障碍方面进行客观的评估并做出反应;⑤它应该对文化差异有敏感性(被翻译和应用于不同的文化和卫生保健系统);⑥它可用于补充世界卫生组织分类家族。

1996 年日内瓦会议上,综合法国、荷兰、北美等不

同建议的  $\alpha$  版本草案提出并实施了初步的测试。会议决定,每个合作中心和任务小组将草案作为一个整体进行关注,而不再仅关注修订时各自的部分。从 1996 年 5 月到 1997 年 2 月, $\alpha$  版本草案在各合作中心间和任务小组间传阅并将收集到的意见和建议汇集到世界卫生组织总部。

在修订过程中考虑了下列议题:①三水平的分类,即损伤、障碍和残疾是有用的,应该得到保留,但应考虑加入背景性/环境性因素,尽管这方面的大多数建议仍停留在理论研究和经验测试阶段。②残损-残疾-障碍间的相互联系和适宜关系是一个讨论较多的问题。许多人批评 1980 年版的 ICIDH 所采用的因果模式缺乏随时间的变化和从损伤到障碍再到残疾的单向流动。修订过程提出用图示表示。③1980 年版的 ICIDH 使用困难,有必要加以简化:修订倾向于简化而非增加细节。④背景性因素(外在-环境因素/内在-个人因素):这些因素是构成残疾过程的主要成份(1980 年版 ICIDH 的概念),应该作为附加项目加入到 ICIDH 中。然而,考虑到由于环境中的社会和自然因素及其与损伤、障碍和残疾的联系是深深植根于文化背景中的,它们不应该单独作为 ICIDH 的维度,然而环境因素的分类被证明在分析国家情况和在国家水平上制定决策是有用的。⑤损伤应该反映基本生物机制的进展。⑥不同文化的适用性和通用性将是主要目标。⑦编制培训和演示材料也是修订过程的一个主要目标。

1997 年 3 月,综合了这些建议的  $\beta$ -1 版草案形成,于 1997 年 4 月提交 ICIDH 修订会议,随后于 1997 年 6 月在结合了会议决定后将 ICIDH-2 的  $\beta$ -1 版草案提交作现场测试。根据  $\beta$ -1 版本草案现场测试收集到的数据和其他反馈意见,从 1999 年 1 月至 3 月写出了  $\beta$ -2 版草案,提交到 1999 年 4 月在伦敦举行的 ICIDH-2 年

度会议。在综合了会议决定后,又于 1999 年 7 月出版了  $\beta_2$  版草案用于现场测试。

$\beta_1$  版草案的现场测试从 1997 年 6 月至 1998 年 12 月,  $\beta_2$  版草案的现场测试从 1999 年 7 月至 2000 年 9 月分别进行。现场测试引发了最广泛的参与。50 多个国家及 1800 多名专家参与了现场测试并独立报告了结果。其中有世界卫生组织成员国、不同学科(如健康保险、社会保障、劳动、教育)和从事其他对健康状况进行分类(《国际疾病分类》、《国际护理分类》和《国际教育标准分类(ISCED)》)的团体。作为一个连续的过程,现场测试包括制订分类、咨询、反馈、更新和测试,目的是通过明确操作性的定义以达成广泛的一致。中国参加了该版本的测试研究工作。

根据  $\beta_2$  版现场测试数据并咨询世界卫生组织合作中心以及世界卫生组织测量和分类专家委员会, ICIDH-2“终版前草案”于 2000 年 10 月完成。该草案提交 2000 年 11 月的会议进行修订。中文版本的 ICIDH-2 也与其他 6 种文字同时推出。

WHO 根据会议建议,将终版前草案修订版提交 2001 年 1 月的世界卫生组织执行委员会。2001 年 5 月, ICIDH-2 的终版草案被提交世界卫生大会。该版本中文版的翻译与测试工作已由以邱卓英博士为首的中国专家完成,并提交 WHO。

## 2 ICF 正式版本

在对以“国际功能、残疾和健康分类”作为标题的终版草案进行讨论后,世界卫生大会于 2001 年 5 月 22 日在 WHA54.21 决议中认可了这个新的分类:

“第五十四届世界卫生大会,

“1. 认可《国际残疾分类》第 2 版(ICIDH),题为《国际功能、残疾和健康分类》,即 ICF。以后简称为《国际功能分类》;

“2. 敦促会员国结合本国的具体情况并特别考虑到今后可能作出的修订在研究、监测和报告中酌情使用《国际功能分类》;

“3. 要求总干事根据会员国提出的要求在使用《国际功能分类》方面向它们提供支持。”

WHO 正式以 6 种文字发布了该分类,并作为 WHO 分类家族中的重要分类体系之一。WHO 网站同时发布了有关的信息,出版了光盘分类类目标数据库系统,以及简版的小册子。

## 3 ICF 的应用与版本

ICF 的使用将在很大程度上取决于它的实际利用:根据消费者的结果指标,它可以作为测量卫生服务表现的范围;应用于不同文化,便于国际间的比较以确定需要和资源的计划以及研究的可适用程度。ICF 不是直接的政治性工具。然而,它的使用可以通过提供信

息帮助确定卫生政策,促进所有人的平等机会,并反对由于残疾而受到的歧视,对于政策有积极的影响。

根据不同类型使用者的需要,ICF 有多种不同的格式和版本:

**3.1 主分类** ICF 的两部分及其他的成份以两种版本形式呈现以满足不同使用者对不同详尽水平类目的需要:第一种版本是全文版(详版),它提供分类所有水平的类目,在每种成份上有 9999 个类目。然而,使用时数目要小得多。当只要求有简明的信息时,全文版类目可以缩减成缩略版。第二种版本是缩略版(简版),给出每种成份和领域中的二级水平类目,同时也给出了这些术语的定义,包括和不包括的内容。

### 3.2 专科适用本

**3.2.1 临床使用版** 这些版本依赖于不同的临床应用领域(如职业治疗)中使用 ICF。它们将以主卷的编码和术语为基础,提供更详尽的信息,如评价指南和临床描述。它们也可以为特殊的学科(如康复、精神卫生)重新组织。

**3.2.2 研究版** 与临床版相同,这些版本针对特殊研究需要,并将提供精细和操作性定义用以评估情况。

ICF 为其使用者所有。它是一种为国际间所认可的工具。它的目的是获得更好有关残疾和功能现象的信息以达成国际性的广泛一致意见。为了使各国家性和国际性社团认可 ICF,世界卫生组织将采取各种努力使其对使用者友好并采用国际标准化组织(ISO)所采用的标准化方法进行处理。

WHO 提出未来 ICF 发展和应用的可能方向如下:

1. 促进在国家水平上使用 ICF 以发展全国性的数据库;
2. 建立国际性数据模式和框架以利于进行国际间的比较;
3. 为适宜的社会福利和保障金确定运算规则;
4. 研究家庭成员的残疾和功能(如研究由于其他成员的显著健康状况导致的第三方残疾);
5. 拟定个人因素;
6. 出于研究目的为类目制定精确的操作性定义;
7. 为鉴定和测量制定评定工具;
8. 通过计算和实例记录形式提供实际的应用;
9. 建立生活质量概念与主观良好感测量间的联系;
10. 研究治疗或干预匹配;
11. 促进使用科学的研究比较不同的健康状况;
12. 编制使用 ICF 的培训教材;
13. 在世界范围内建立 ICF 培训和参考资料中心;
14. 为描述标准化及在现时环境中使用而对环境因素进一步加以研究,提供必要的细节。

中国有关机构正在加快 ICF 的理论与应用研究,并力争借鉴其他国家的研究成果,开发 ICF 在残疾人事务、医疗与康复临床、统计以及社会政策等方面的应用。可以预期,在不久的将来,ICF 的研究与应用会取得更大的成果。

(收稿日期:2002-12-15)