

《国际功能、残疾和健康分类》应用指导(四)

邱卓英 丁相平

[关键词] 国际功能、残疾和健康分类(ICF);国际疾病分类;世界卫生组织;临床

中图分类号:R194 文献标识码:E 文章编号:1006-9771(2003)05-0278-04

(续第 3 期)

9 ICF 分类系统在临床中的应用

ICF 作为一种有关功能、残疾和健康的分类工具,可以应用于不同的领域^[1],其中临床领域的应用是一个非常重要的方面。ICF 作为临床工具可以用于需求评定、治疗方法的选择、职业康复与评定、康复及其结果评估等多个方面。ICF 还可以用于临床教育与研究。

9.1 ICF 分类系统在临床中应用的理论与实践意义以及发展现状

9.1.1 ICF 临床应用的理论与实践意义 ICF 作为一种有效的分类工具,在临床领域的应用可以集中为以下 5 个方面:①ICF 及其临床评定量表可以用于了解及研究健康和与健康有关的状况、结果,并为认识这些状况提供科学的理论基础;②ICF 可以提供一种跨学科、跨领域的共同语言,用于描述健康和与健康有关的状况,从而可以改善在卫生保健工作者、研究人员、公共政策制定者以及公众,包括残疾人等不同使用者间的交流;③ICF 可以与 WHO 分类家族的其他分类(如 ICD)共同使用,从而提供了更加深入的认识患者或卫生领域事物的工具^[2];④ICF 为卫生信息系统提供一种全面系统的编码方法,对临床数据进行系统地编码和处理,为循证医学等新的医疗临床应用奠定了基础;⑤ICF 可以用于流行病学调查与健康的管理,同时 ICF 还可以对不同国家、不同卫生保健学科领域、不同服务及不同时间的数据进行比较。

9.1.2 ICF 分类系统在临床中应用的发展现状 针对 ICF 临床应用的要求,WHO 很早就开始着手调查研究临床有关的问题,组织有关专家,开发了 ICF 检查表,配合 ICF 在临床中的应用。该检查表从 2001 年 9 月开始发布,在不同的临床领域进行了测试,例如:ICF 检查表在专项研究中的应用近期在西班牙和墨西哥完成^[3]。

由德国慕尼黑大学物理医学和康复系与 WHO 合作开展的更大规模的 ICF 检查表的应用,即用于 ICF 核心成份的开发项目,已经在全世界范围展开^[3]。该项目的目标在于开发 ICF 维度表(称为“ICF 核心成份表”),与 12 种应用于临床不同的健康状况相关。这些状况包括:①肌肉骨骼状况:背痛、骨质疏松症、风湿性关节炎、关节炎;②心血管/内在状况:冠心病、慢性阻塞性肺病和哮喘、糖尿病、乳腺癌;③慢性疼痛/心理/神经状况:肥胖症、疼痛障碍、抑郁症、脑卒中。

项目的准备阶段包括文献的系统综述,对 1200 例患者使用 ICF 检查表(每种状况 100 例)的多中心大样本研究,以及 1 个国际专家的 Delphi 专家处理程序。在预备阶段收集资料的基础上,国际专家小组将通过 3 次会议协商,确定 1 个 ICF 核心维度表(第一期)。在最终阶段(第二期)将开展 1 个包括 3000 例的多中心前瞻性大样本研究,检验第一期工作所开发的核心成份的可行性、信度、效度以及敏感性。

第一期“肌肉骨骼状况”的研究结果显示,在下背痛、骨质疏松症、风湿性关节炎、关节炎等方面,检查表都具有较高的信度与效度。在上述 4 种情况下,检查表都能描述患者的状况。第二期对下背痛患者的早期研究显示,在“身体功能与结构”项目以及“活动和参与”维度活动表现测定方面,均有相当良好的测试-再测试信度;在“活动和参与”维度能力测定方面以及“环境因素”方面,测试-再测试信度时好时坏,说明对调查者进行分类概念的培训是必要的。检查表与 SF36 身体功能量表有良好的一致性信度。目前第二期工作仍在顺利进之中。

WHO 也注意到不同领域应用 ICF 所面临的问题,提出在今后的应用中,可以针对不同的应用需求,开发出不同的 ICF 版本,临床版就是其中之一^[4]。临床版本将针对不同临床应用领域使用 ICF 的需求,以主卷的编码和术语为基础,提供更详尽的信息内容。

WHO 计划将来继续完善 ICF 检查表,将 ICF 检查表用于预测长期或短期的健康结局,制订治疗干预方案以及用于预测资源的利用等临床领域。为进一步简化检查表的使用,WHO 计划开发一种检查表的电子应用软件,它可能成为跨各种评定量表的“直通车”^[3]。

作者单位:1. 100077 北京市,中国康复研究中心康复信息研究所(邱卓英)。2. 030000 山西太原市,太原师范学院教育评估研究所(丁相平)。作者简介:邱卓英(1962-),男,湖北武汉市人,博士,研究员,WHO ICF 项目专家及中文版项目协调人,主要研究方向:当代康复信息理论与技术、康复心理学、国际残疾分类。

应该强调的是,中文版检查表已经进行了测试,并用于不同的康复领域。

9.2 ICF 分类系统在临床中应用的工具与方法

9.2.1 《国际功能、残疾和健康分类》检查表(简称检查表)

检查表起源于 WHO 和美国国家健康研究所在 16 个国家的 20 个地点组织实施的跨文化可适用性研究(Cross Cultural Applicability Research, CAR)。CAR 研究的核心目标之一是对 ICIDH-2 的结构和跨文化的稳定性进行检测和调整。检查表在 ICIDH-2 β_2 版的现场实验中得到首次使用,以检验分类的可行性和可靠性。在可行性研究中,检查表用于确定有关编码和限定值的可信度、使用的难易程度、针对性、编码时间以及缺失区域的系统信息。在可靠性研究中,检查表被用来评定不同分级者的分级一致性(评定者内在信度)以及在不同时间进行分类的稳定性(测试-再测试信度)。

在 β_2 版的现场实验中,用检查表测试了 1884 例实例和 3216 例病历摘要。55% 以上的评定者使用检查表评定时,用时不到 30 分钟。 β_2 版的“身体功能和结构”、“活动和参与”、“环境因素”各章在检查表的相应内容,在实体测试的评估中,测试-再测试信度显示了较高的 kappa 值,范围为 0.7—1.0。在利用病历摘要的测试中,身体功能编码使用的一致性较高,但评定者在确定涉及酒精和药物使用残损时出现了困难。在 β_2 版现场实验数据的基础上,结合 ICIDH-2 终版草案的修订和 ICF 的出版,新的 ICF 检查表于 2001 年开发完成。

WHO 及有关机构要发展 ICF 检查表以推动 ICF 在临床和研究项目中的应用。最新版本检查表(临床版)包括 152 项类目,代表了 ICF 一、二级分类中最相关的维度。在所有 152 个编码中,列出了 38 项“身体功能”项目、20 项“身体结构”项目、57 项“活动和参与”项目以及 37 项“环境”项目。如果用户发现确定项目不在 152 个项目范围内时,可以为每个成份最多追加 2 个编码,每一编码都可以加上相应的限定值限定。

9.2.2 《国际功能、残疾和健康分类》检查表的特点以及与其他临床检查表的关系

ICF 检查表作为一种综合性的以及包括环境因素的检查表,有着不同于其他检查表的特点。检查表运用了多种信息来源,如自我报告、医学检查、临床记录、家庭成员的报告等。检查者要根据这些不同来源的信息作出临床判断。在填写调查表时要应用访谈程序。检查者希望使用一套从现象定义开始的标准描述语言,以相同的方式提出最初的问题,而后则由临床医生自由应用相关的技术进行评估和记录,检查者能评估多种来源的信息以作出判断。由于临床判断和自我报告都是调查表的完整组成

部分,检查表并不是为受训练的受试者专门设计的。

不仅如此,ICF 检查表除了提供综合性的编码表单外,也允许用户记录人口统计学和其他情景性信息以及健康信息。检查表还包括有使用指南、调查受试者“活动和参与”维度的功能问题编码的技术指导。由于检查表以用户友好的方式呈现,使用户能简单省时地识别和评判个体功能状况。检查表中包含的诊断信息允许用户对健康状况及其相关功能问题的联系进行研究,环境因素编码和记录个人因素使用户可以记录和理解情景性因素对个体功能因素的影响。

与以往的检查表相比,ICF 检查表可以确定功能问题程度(残损、能力和/或参与受限)以及环境因素的促进或阻碍范围。严重程度限定值区分为无、轻度、中度、重度、完全、未特指、不适用。对限定值的每一等级都给出了解释或同义词以及百分比范围。例如,“中度”一词通常用来表示中等的、平均程度的问题,意思是这一问题在特定时间内出现率在 50% 以上,在强度上影响了人们的日常生活,在最近 30 天内频繁发生。值得注意的是,为限定值划分的百分等级范围是各维度把人群的平均水平用一个百分等级作参照计算。这里要注意的是百分等级是一个统计学概念,不是百分率的概念。

ICF 检查表不同于其他临床专业领域所应用的量表或检查表。各专业领域的检查表所检查的内容是与各领域或专业密切相关的,而 ICF 检查表由于涵盖了不同的领域,包括身体结构与功能、活动和参与以及环境因素等,它综合了不同领域的检查表的内容,同时又能在一个综合的理论基础上,以一种综合的方法,收集不同领域所涉及的信息内容,这样就达到了不同领域针对同一测评对象的数据进行交换的目的。

9.3 ICF 分类系统在临床应用时应注意的问题

9.3.1 ICF 分类系统临床应用要解决的关键性问题

包括:①区分在临床上可能是冗余或者是不容易区分的编码;②定义在临床上使用“能力”、“活动表现”和“无协助”术语;③在分类中可以把具体类目中的限定值汇总到概括性类目中的限定值;④描述标准和当前环境;⑤考虑使用多模式方法(例如心理测量、临床访谈、直接观察、关键信息访谈)进行评估以及和 ICF 评估结果与 ICF 编码之间建立联系。

美国心理协会(APA)和 WHO 合作,与多科学家一起正在开发卫生保健人员 ICF 操作手册和使用指南。APA 与 WHO 从 1995 年起在发展 ICF 时建立了良好的合作,现在两者在开发《卫生保健人员 ICF 操作手册和使用指南》时进行合作。该手册的主要目标有两个:①通过提供标准的 ICF 概念的临床解释,ICF 编码的操作方法和案例,与各限定值有关的评估信息来

促进 ICF 在卫生服务领域的标准化应用;②在内容上以及不同版本间使用 ICF 时为不同卫生领域的专业人员提供可靠的、可信的以及临床上可用的分类系统。

APA-WHO 合作项目开始于 2001 年,其专家组人员来自于作业疗法、语言病理学、心理学领域。该专家组人员正在扩大包括护理、理疗、物理治疗、听力学、社会工作者、文娱治疗以及职业康复领域。截止 2002 年,手册的前 4 章已经完成,包括从临床上进一步说明 ICF 术语、限定值、标准环境、当前环境以及分类中所涉及的其他概念。

9.3.2 临床上难以区别的 ICF 编码 在一些临床案例中可以发现,ICF 类目的定义在一些领域内或不同领域之间用于描述行为时从临床上不容易区分。例如,某些身体功能的严重性评定(b 编码)和其相应的能力评定(d 编码)之间编码不易区分。举例而言,当试图区分 b140 注意功能与 d160 集中注意时,会出现该问题。如果在运用时要同时使用 b 和 d 编码,解决该问题的办法之一是在各类使用相同的限定值。特别是在 b140 第一限定值(严重性)与 d160 类中的第二限定值(能力)用相同的值。此解决方法并不是说有关注意的身体功能编码和活动编码没有差别,而只是说在目前临床使用的评定方法和工具上还没有区分出这些差别。

在身体功能成份有一些关于心理功能的编码是较难与涉及脑功能的编码进行区分的。例如,目前临床上使用的一些有关大脑功能的评定方法是检查行为的,它用 d 进行编码。换言之,脑功能不是直接测量的,而是从行为测量中推断出来的,从这一现实情况而言,要区分特定的身体功能编码与活动和参与编码是非常困难的。

在其他一些例子中,有一些编码是重叠的,但可以通过制定出详细的指导和操作性的例子加以区别。例如:d1550 掌握基本技能与 d1551 掌握复杂技能或 d350 对话与 d355 讨论。可以通过提供附加的指导来说明这些类目的范围并可以举出一些实例,这些指导可以保障不同的临床使用者以及不同的临床诊断的信度。

9.3.3 临床上限定值的使用 为了在临床上使用限定值,需要基于临床情况对“能力”和“活动表现”进行定义。就是说为了理解有关个体在有协助和无协助条件下的能力的评定(第二级和第三级限定值),重要的是需要说明这些情况的临床评定水平是什么?就能力定义而言,从临床的角度上讲,能力解释为个体在某一时刻所能达到的功能水平或重复最大努力后所面临的困难。就临床而言,能力就理解为个体经过持续不断努力后所能达到的功能水平。

临床上区别有无协助时,不可能也没有必要在评定时考虑所有的辅助装置或其他方式的协助(例如管理、指导或言语暗示)。例如,在实施阅读评定时不可能也没有必要撤消患者的眼镜。那么怎样在临床上解释二级限定值的意义呢?一种可行的方法是如果评定的领域中协助没有直接与被评定的功能领域的活动表现相关,则评定可以允许使用一定的协助。例如,在评定“准备膳食”,可以允许使用轮椅移动,因为轮椅不是直接促进准备膳食作业表现的装置。相反,有把手的器具或是辅助性的切菜板却是不允许的,因为它是直接用于促进活动完成的。尽管这种方法可以是开放性的,有许多不同的解释,但这是至今为止为可行的临床解决方案,因为这能使临床医生可以更有意义地对有协助或无协助下的能力进行比较,并对特殊类型的辅助和装置对能力的影响进行记录。同样,这种解决方法与现今临床活动所使用的方法相似,并且这种方法可以直接应用。

就有关的活动表现限定值,活动表现常常会由于个体所面对的当前环境不同而发生变化,这就产生了一个问题,即活动表现是否应该根据最佳或最差功能水平进行编码?是否可以推断出一种“平均”活动表现评定,如果是这样,其对确定和制定治疗方案有何意义呢?就临床评估而言,对当前环境下第一限定值的编码的一种解决方法是评定重点(例如提出问题或临床注意的重点)。这可能是一种环境,在此种环境中问题最为突出(例如,相对于较安静的办公室工作,个体在接待台较繁忙的工作时有维持注意的困难)。这种个别化的方法可能不同于用于调查的方法,调查方法可能是在不同的适宜或者是现实环境下的典型活动表现进行编码。

限定值面临的另外一个值得思考的问题是如何将第三级和第四级的编码汇总成第二级的编码。临床工作者可能对第三级和第四级的分类类目更感兴趣,然而,管理人员和政策制定者可能要求更广泛的二级水平的类目。面对这种情况,处于第三级的不同类目下的限定值的评定需要汇总成更为广泛的第二级类目的一种汇总性的限定值。一个临床的例子在考虑到要归纳出问题时,如何开发可信的和临床上有意义的方法可以汇总编码。

临床环境下,在第三级详细类目下不是能经常发现活动表现或能力发生变化的。例如,d450“行走”是第二级类目,第三级类目包括 d4500“短距离行走”、d4501“长距离行走”、d4502“在不同地面行走”和 d4503“绕障碍物行走”。可以推断,有平衡障碍的个体在短距离行走时没有困难,长距离行走时有轻度困难。同样,在不同地面上行走有轻度困难,绕障碍物行

走有重度困难。要将在三级类目下的各限定值汇总成单一的二级类目限定值,需要建立一种逻辑方法,这样可以使对同一临床个案的不同评定者对相似的三级类目的限定值满意。

最直接的方法可以是平均三级类目下的限定值成为二级类目下的限定值。然而,这种解决方法可能没有较好的临床敏感性,如果人们将三级类目下的限定值作为个体的目标或者是治疗需要的话。使用上面提到的例子 d450“行走”,如果 1 名饭店的服务员要重返工作岗位,有平衡障碍者可能对改善其绕障碍行走更有临床意义。因而,如果三级类目下的某个限定值对于临床有特殊的意义,可以使用加权与患者的需求最相关的某个三级类目下的限定值的方法来汇总限定值。在这种情况下,要注意开发一种方法不使用二级类目以平均严重水平,因为它不能反映出在重要或特殊的领域中的治疗需求。专家建议,由于活动表现限定值是用于反映个体的生活经历,这种汇总应该考虑个体的环境。以行走为例,活动表现评定要反映出个体绕障碍物能力的改善(即这些项目要加权进入二级类目限定值的评定)。能力限定值应该考虑人口常模,而非个体的单一环境进行汇总。虽然这种方法要求作出临床诊断并就治疗的需求进行考虑,显然对第三级类目下的限定值的汇总并不是一种简单的技术或数学公式方法。

9.3.4 临床上有关标准环境和现实环境的理解与处理方法 为了实际应用的一致性,要求对标准环境和现实环境进行定义。要训练卫生工作人员建立适合在既定的人类功能领域进行评定的环境,并且在环境的变化较大时需要有一种可接受的方法评估环境特征。在临床水平上,定义一种标准环境并不是非常复杂的,因为对于卫生工作者而言,对于评定特定的行为能力的适宜环境是非常明确的。但如果试图去对不同环境、不同文化或国家的能力评定进行概括可能存在问题。

然而,即使有定义,也可能会有其他的应用问题,如果个体是处于一种瞬间的现实环境下,而这种环境不同于他们平常所处的现实环境或是一种标准环境。例如 1 种 30 天的住院药物康复治疗,这是应该考虑现实环境还是标准环境,或者是两者都要考虑?建议根据限定值评定的目的,瞬间的现实环境应该是按当前环境考虑,即使当前环境并不代表患者通常的现实环境。临床记录时要注明这种环境下活动表现评定的局限性。对于处于一种不确定环境如家庭护理环境下,有严重且持续性的心理障碍时,活动表现评定要反映

在现实下所见的功能水平,而不是机构的环境。这种方法是与 ICF 编码反映在某一时刻或某一点的情况是一致的。多时段点的编码可以用于描述随时间变化的轨迹,并指出环境变化时功能水平的变化。

9.3.5 临床评定方法 考虑到限定值的临床应用,需要运用一些评定的方法评定四级类目下的限定值。这些方法可以包括直接观察、自我报告或代理报告等,用于收集信息对第一级(活动表现)限定值进行编码。临床工作者的预测不能用于该限定值的信息来源。如果不对活动表现进行评定,则可以根据能力的评定或对某种环境下的活动表现的观察进行评定。

能力限定值的最佳信息来源主要是标准环境下的直接评定,使用标准化的测试并有常模。当然,在某些情况下,使用自我报告或代理的方法评定能力的方法也是可行的。如果对于某类或类目组分类没有标准化的测试,临床评估可以是更定性的和个体化的评定。

应该注意到,ICF 的编码并不代表人类功能的单一方面,这种单一的编码常常反映出功能的许多层面。因此,假定标准化的测试与许多 ICF 编码间有一对一关系是不现实的。相反,多模式方法(例如心理测量、临床访谈、直接观察、关键信息访谈)可以通过 ICF 系统交流评定结果。但是探讨标准化的测评和其他测量与 ICF 的对应关系可以归纳出现在尚没有的有关人类功能的评测,从而可以确定测试工具或临床方法。

9.4 ICF 分类系统在临床应用中的伦理道德问题 为了保障 ICF 在临床中应用的信度与效度,并且不致于被误用或滥用,WHO 提出了 ICF 临床应用的伦理道德原则,主要有以下两个方面:①临床医生应该尽可能向个体或个体的支持者解释使用 ICF 的目的,欢迎提出有关使用他对人的功能进行分类的适当性的问题。②对于其功能被分类的个体(或其支持者)应该有机会参与,特别是提出关于使用类目和评估的适当性的意见并进行确认。

[参考文献]

- [1] 邱卓英.《国际功能、残疾和健康分类》研究总论[J].中国康复理论与实践,2003,9(1):2-5.
- [2] 董景五.试论“国际疾病分类第 10 次修订本”和“国际功能分类”的关系[J].中国康复理论与实践,2003,9(1):7-8.
- [3] 世界卫生组织分类、评定、调查与术语项目小组.鲁玉红,蔡飞鸣,张爱民,等译.《国际功能、残疾和健康分类》检查表:发展和应用[J].中国康复理论与实践,2003,9(1):13-14.
- [4] 王亚玲.ICF 的历史及发展研究[J].中国康复理论与实践,2003,9(1):2-5.

(收稿日期:2003-04-08)