

2002 年世界卫生组织出版  
世界卫生组织 2002

世界卫生组织总干事已授予中国康复研究中心中文版翻译权,  
中国康复研究中心独家享有中文版权。

## 世界卫生组织残疾评定项目及其与《国际功能、残疾和健康分类》的关系

世界卫生组织分类、评定、调查与术语项目小组  
张爱民 蔡飞鸣 鲁玉红 孙铁译 邱卓英 审校

[关键词] 世界卫生组织残疾评定项目(WHO DAS II);国际功能、残疾和健康分类(ICF)  
中图分类号:R194 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)01-0015-03

### 背景

2001 年 10 月 21 - 27 日,在美国马里兰州贝塞斯达召开了世界卫生组织国际分类家族(the Family of International Classifications, WHO FIC)合作中心领导人会议,会议要求秘书处为 2002 年的中心领导人会议提交一份文件,说明世界卫生组织残疾评定项目(Disability Assessment Schedule, WHO DAS II)及其与国际功能、残疾和健康分类(ICF)关系。本文即是应此要求而作。

### 引言

过去 30 多年来,我们看到一种对健康与功能的思想转变。现在已知,诊断及有关死亡原因和范围的信息并不能充分说明健康状况对人们生活、资源利用、服务需求或干预结果的影响。我们需要理解的关于健康经历的全部内涵就是与健康状况有关的功能和残疾的信息。在世界卫生组织(WHO),这种重要的认识已经成为 ICF 和 DAS 或称 WHO DAS II 发展的动机。WHO DAS II 和 ICF 的关系就来自这种共有的概念基础。

### WHO DAS II

有许多工具用于评定健康和残疾:

日常生活活动能力(Activities of Daily Living, ADLs)和工具性日常生活活动能力(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)测量;简表(Short Form, 包括 SF 12, SF 36);良好状态评定表(Quality of Well-Being Scale, QWB);诺丁汉健康量表(Nottingham Health Profile, NHP);卫生效用指数(Health Utility Index, HUI);欧洲生活质量表(Euro Qol),及其他许多工具。尽管评定工具如此众多,在国际范围

内却没有单一工具能被用于功能和残疾的评定。那些在国际上发展起来或用于不同文化背景的评定工具还没有显示出在交叉人群之间的可比性(在不同人群中相同真实健康水平条件下对于该组项目群中某项目或维度分数的相似性反应特性)。最后,既没有任何一个评定工具直接与 1980 版 ICDH 或 ICF 相联系,也没有一个被用于人群健康全面测量(summary measures of population health, SMPH)的健康测量方法。

WHO DAS II 是在现有评定工具的基础上发展起来的。它评定的是在不同生活领域人们做了什么。它明确地将健康信息与其他信息区别开来,诸如有关疾病的体征或症状,或者主观健康感觉。WHO DAS II 就是这样的一个总体健康状况测量工具,它可以被用于流行病学调查、需求和结果的评价等卫生系统研究、临床应用和 SMPH 潜在描述性体系。它给出的是一个总分,以及在认知、移动、自理、人际关系和社会参与方面的情况。由于卫生保健系统在总体框架上要优先考虑干预结果,所以,对功能状况可靠而有效测量的需求变得极为重要。从 WHO 和更普遍的国际公共卫生的观点来看,拥有一个可靠和有效的、跨地理区域、诊断不同人群、年龄和性别的功能状况评定方法至关重要。只有满足这种严谨标准的评定方法才能在国际水平上提供有意义的功能状况信息。

WHO DAS II 最初版本是一个充分结构化的由 36 个项目构成、由调查者执行的评定工具。它探讨了在 6 个维度上最近 30 天中生活的困难,并提供一个个人总分。所有维度都直接根据 ICF 的“活动和参与分类”进行描绘。在对现有研究、调查工具和跨文化适用性研究的仔细综述之后选择以下 6 个维度:

与世界的理解与交流(认知)  
在周围移动(运动能力)

自理(注意个人卫生、衣着、饮食和独处)  
与人相处(人际互动)  
生活活动(家庭责任、休闲和工作)  
参与社会(参加社区活动)

WHO DAS II 目前已经被译成 16 种文字,并有几种版本:全结构化自我评定 12 个测题版和 36 个测题版;全结构化调查者评定 12 项、36 项和 12+24 项测题三种版;和全结构化代理版。准结构化版、临床版正在开发中。

WHO DAS II 多年的发展显示出在每个阶段与 ICIDH 的联系,并与 ICF 并行发展。1995 年,WHO 美国国家卫生研究所(National Institutes of Health, NIH)联合项目,与 15 个国际合作人员一起,对与酗酒、吸毒、精神障碍(alcohol, drug and mental disorders, ADM)有关的残疾状况进行分类和评定。WHO 从事了一种新的残疾和功能评定方法的开发。这种新的评定方法应基于 ICIDH-2(即现在的 ICF)的理论框架,成为比较身体和 ADM 障碍的共用标准,应具有跨文化的可靠性和有效性,对个体健康状况变化敏感,可以评定干预的影响。

其目的是解决一些非常基本的残疾评定难题:需明确把残疾从疾病中分出来,与国际分类挂钩以提供一种共同语言和一致的概念基础;评定提供的是一种整体性健康测定而不是疾病特征或细节的测定;评定方法具有跨文化适用性;能保证身体与精神障碍之间的匹配性;最后,还要完全满足评定工具的标准心理测量特性。

WHO-NIH 联合项目的第一阶段开始时从 300 多个健康和功能评定工具中汇总了一个测试项目集。然后,由于 WHO 要求发展具有跨文化有效性和可靠性的评定方法,实施了一项多年性研究。研究使用了定性方法,如残疾相关术语语言学分析法、重要信息和重点人群采访法等,并结合了准定量方法,如标度分类法、概念映射法等。在 WHO-NIH 联合项目框架内的跨文化可适用性研究(Cross cultural Applicability Research, CAR)进行跨文化残疾概念等值性评价。

CAR 研究的结果提供了丰富的观点,如关于何种结构可能具有广泛适用性,评定工具的可能定位和阈值,可用于评定工具的短语,可能影响残疾严重程度的判定尺度等。CAR 研究也揭示,残疾性核心概念是通用的,在 15 个国家测试点测试中,精神和身体残疾没有匹配性。与精神障碍有关的歧视大量存在,这些歧视普遍被认为是残疾的一个重要原因。

CAR 研究也证实,ICIDH-2 修订版活动分类的主要章节都能反映出人们对残疾看法的自然方式并使用了他们生活或实践中的概念。

为此,专家组专门召集在一起,评估资料和项目

集,在 ICIDH-2 框架内以健康状况作为共用参数来对不同健康状态作比较;并强调了参与限制及对整体健康的影响,集中对残疾尺度(活动受限)下结论。然后,这些测试项目被归纳为 6 个主要维度,包括理解和交流、自理、移动、人际关系、工作(包括学校和家务活动)与社会参与,以及其对表面效度的影响。在本次初步研究中产生了一个总共 96 项的项目表。

因为 ICIDH 修订过程和 CAR 研究先后发生,所以,修订过程从 CAR 结果中获取了大量信息。WHO DAS II 草案的发展也从 ICIDH-2 各次修订发展中获取信息。修订过程与 CAR 研究之间的相互作用形成了更加明确的概念框架,它可以在国际范围内提供更佳的人类功能和残疾定义。

在第二阶段,应用项目反应理论缩减了测试项目,形成 WHO DAS II 最初草案,并在印度、柬埔寨、英国和加拿大进行预实验。CAR 研究和最初的预试验证实,在国际上残疾是健康体验中的一个重要成分,其表面效度可由主要评定维度加以评估。再次证实在该评定内需包括对个人和家庭影响测定的内容。在这次实验结果的基础上,对问题进行了修改,建立一个试探性的架构,以探询引起的干扰、具体残疾维度突出特性和可能的干预方法,过去 1 个月中受限经历的持续时间等也得到确认。也了解到,评定应关注在获得了通常可以获得的辅助具和他人帮助后的困难体验程度,并对依靠年龄匹配和健康的比较因素的健康状况评定进行定位。该阶段最终确定了反应量表,并制定了调查培训手册。

WHO DAS II 这一版本在 19 个国家 21 个中心 1431 例成年(>18 岁)观察对象中进行预试验,涉及身体和 ADM 障碍,涵盖来自普通人群的观察对象。本试验进一步将项目缩至 36 项,减少了多余项目,保留了能提供最佳覆盖的项目。

国际专家小组的进一步全面考察确定了本版的表面效度。一个具有极佳敏感性和特异性的 5 项筛选版加入一个 12 项测题版中,12 项版可以捕获完全版中大多数的变化,并允许在维度中作特定算术划分,形成一个更完整的版本。本版的现场测试表明,它与其他评定工具和行为测定之间有良好的信度和内敛效度,并对干预导致的变化敏感,与健康状况改变相关。

WHO DAS II 最终版(36 项)平均使用时间为 20 分钟。

在它与其他评定工具在信度和内敛效度测定的现场试验中还发现一个跨国家和人群组可重复的稳定的因子结构(平均负荷 >0.7),各维度的单向性,一个含普通残疾因子的二级水平的等级结构符合 6 领域跨诊断组反映残疾各个侧面的变量,使用项目反应理论分析

有较高的区分度,有良好试验-再试验信度( $kappa = 0.65 - 0.78$ )。有关护理提供者应用 WHO DAS II 的报告显示,他们的评定与个人报告的残疾具有高度相关性。WHO DAS II 的不同维度也显示,其与其他非常稳定的评定工具如 SF12 和 36-伦敦残疾量表和 WHO QOL 相应维度的适度相关性。

### WHO DAS II 应用

因其广泛的发展及其与 ICIDH-2 和 ICF 的密切联系,WHO DAS II 与其他残疾和健康评定工具相比目前具有较大优势。与 ICF 一样,残疾在病因学上被理解为中性的,独立于背景疾病或早先的健康状况。

这使直接关注功能和残疾成为可能,并避免了把疾病(和它们的体征和症状)与相关功能分隔开。WHO DAS II 与 ICF 所强调的残疾模型有着联系。所以,在概念上是相通的和连续的。WHO DAS II 也是仅有的被证明具有跨文化可适用性的评定工具。最后,如上所述,WHO DAS II 已经接受过广泛的现场试验,证实它具有稳定的心理测量特性。

在 WHO 看来,WHO DAS II 最初的应用关注变化研究和成本-效益研究的敏感度。赋予世界卫生调查(WHS)这种关系后,WHO DAS II 还是 WHO 提出并启动的整体健康系统表现评估的关键性因素。在该领域,WHO DAS II 吸引了大量的各种各样用途的使用者。

在最近举行的代表 15 个不同国家的 30 个 WHO DAS II 使用者的调查中,其应用范围十分广泛。WHO DAS II 正在被用于判断出院患者是立刻回家还是需要进一步治疗,说明体育增强体能的潜在作用,调查老年抑郁患者的复发,残疾主观感受能否预测康复计划的失败,调查精神疾病可能的基因作用,在 Bahia 精神障碍与贫穷的关系,在 Guatemalan 当地人群中检查不能治愈精神病的纵向研究。WHO DAS II 正被用于医

院、门诊和社区制定康复计划。它既可单独使用,也可与其他评定工具联合使用,并可使用任何版本。毫无疑问,WHO DAS II 将成为一个健康研究者和决策者的主要工具。

### WHO DAS II 与 ICF

从其发展来看,WHO DAS II 已经与 ICIDH-2 和 ICF 密切联系在一起。WHO DAS II 与 ICIDH-2 和 ICF 的概念模型有着自然而然的联系,其 6 个维度直接映射着 ICF。在更广泛的基础上,WHO DAS II 与 ICF 对残疾概念、范围和情况因素的重要性有着共同的理解。在发展阶段,这种基本联系保障了现场试验和 CAR 研究能直接为 ICF 和 WHO DAS II 提供信息。WHO 正在进行的工作及未来的决策都要面对两者的这种联系和共同发展。WHO DAS II 的准结构化版、简版和全版、临床版也要与进一步以事实为依托精炼成的 ICF 检查表平行开发。ICF 和 WHO DAS II 两者在将来都要模式更新。计划中有身体功能/结构模型记录个人行为和在目前环境中使用技术辅助具者的活动表现。另外,WHO 的主要自陈报告健康和健康系统反应性调查——世界健康调查(the World Health Survey, WHS)将为计量工具在视力、认知和移动维度上外界测定行为的自陈报告提供基础。我们打算在不同人群中通过年龄、性别或社会经济阶层来量化自陈报告。将要发展可使用共用标准对人群进行比较的数据分析技术。

随着 WHO 健康和残疾工作的进展,ICF 和 WHO DAS II 将继续提供健康和残疾评定的基本概念和理论工作及各方面的国际通用语言。健康不仅是诊断和死亡原因方面的事情,而且也是功能和残疾方面的事情,这种认识是 ICF 和 WHO DAS II 所共有的,它将继续构成两者间的联接纽带。

(收稿日期:2002-11-27)