

• 专题 •

《国际功能、残疾和健康分类》:对康复策略进行统一概念描述的模式

Gerold STUCKI^{1,2,3}, Alarcos CIEZA^{2,3}, John MELVIN⁴

祝捷,李智玲译 邱卓英,李建军 审校

[摘要] 成功开展康复实践和研究工作的重要基础是将其作为健康策略来全面地描述康复概念,而一个被广泛接受的概念模式与人类功能概念和分类则是健康策略的基础。2001 年,世界卫生组织批准了《国际功能、残疾和健康分类》(ICF),并在 2005 年召开的世界卫生大会上通过关于 ICF 的《残疾、包括预防、管理和康复》的决议,因此,我们可以依据一种被广泛接受的概念模式解决相关的残疾与康复问题。我们应抓住机遇,及时发展基于 ICF 的概念描述,它可以作为类似领域概念描述的基础,并根据专业的定义在人类功能与康复研究的不同科学领域中运用康复策略。目前,通过与欧洲医学联盟(UEMS)物理和康复医学(PRM)专业委员会的专家和其专业委员会的紧密合作,笔者已经完成了第一个基于 ICF 的概念描述的版本,用简短的文字描述康复的定义。PRM 专业委员会、卫生部门和其他行业的专业人士共同将该定义应用于服务人群,其目的是让那些健康状况处于残疾或可能会有残疾的人在与环境的交互作用中实现和保持最佳功能。

[关键词] 康复;国际功能、残疾和健康分类(ICF);健康策略;人类功能学

[中图分类号] R493 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)12-1103-05

[本文著录格式] Stucki G, Cieza A, Melvin J. 祝捷,李智玲,邱卓英,等译.《国际功能、残疾和健康分类》:对康复策略进行统一概念描述的模式[J]. 中国康复理论与实践,2008,14(12):1103-1107.

目前,开展康复保健和研究的需求日渐迫切^[1-4]。基于公认的人类功能学研究的统一模式,康复概念描述是康复实践与研究^[1]以及物理和康复医学(physical and rehabilitation medicine, PRM)的专业学科的概念与原则^[5]的发展基础。

因此,在康复领域中已经存在一些人类功能学和残疾学^[3,6]的应用模式。例如某些医学研究机构^[7,8]应用的 Nagi 模式^[9],该模式体现了《国际残损、残疾和残障分类》(ICIDH)^[10]的原则,为康复的定义^[11]、康复实践与研究的发展^[8]以及立法和政策制定提供了基础^[3]。ICIDH 代表着一项真正的突破,因为世界卫生组织(WHO)承认,医学模式及与其相关的国际疾病分类(ICD)^[12]没有强调慢性疾病的结果。在 20 世纪过去的 20 多年里,世界各国,尤其是欧洲都将 ICIDH 作为一个统一的框架对疾病所导致的结果进行分类。欧洲议会发布的以 ICIDH 为基础的(92)6 号建议书,其内容即关于“制订一系列残疾人政策”,促进了 ICIDH 在不同领域应用的研究,其中包括康复领域。然而,ICIDH 却没有得到世界范围的接受与认同^[3,8]。有人指出,该分类方法没有明确地意识到环境所起的作用,并存在使用消极术语的现象。

ICF^[13]作为 ICIDH 的后续版本,考虑到了这些批评意见,并整合了环境和个人的因素,把它们作为背景性因素,并使用

了更加中性的概念。基于 ICF 和生物-心理-社会整合的模式,“功能”包括了“身体功能和结构”、“活动”和“参与”,并且这种功能被认为与健康状况、个人以及环境因素相关联。残疾与功能是相对应的,它包括了损伤、活动受限和参与局限。

“身体功能”被定义为身体系统的生理功能,包括心理功能和“身体结构”,后者指人体的解剖学部分,例如器官、肢体及其组成部分。功能异常以及结构异常通常是指一种损伤,被定义为结构(例如:关节)和/或功能上的一种显著的差异或者丧失(例如畸形),如关节活动度降低、肌肉乏力、疼痛和疲劳等。

“活动”是由个体执行一项任务或者动作,代表功能的个体方面。“参与”是指把个体放入整个生活环境中,代表功能的社会方面。在活动方面的困难是指一种活动受限(例如:爬梯子、抓握或搬运)。个体在其参与的生活情境中可能经历到的问题被定义为一种参与局限(例如:在社区生活和娱乐、休闲中的局限,若“行走”是参与生活情境的一个方面,那么“行走”也可以定义为一种参与局限)。

ICF 提供了一种最新的和综合性的功能和残疾模式。随着 2001 年世界卫生组织批准 ICF,我们现在可以依据这种全球公认的模式和分类系统^[3]了。

ICF 适合于康复,并且在世界不同地区、不同学科和专业领域,得到患者和提供服务的人员、政策的制定者、不同的政府部门以及倡导性组织^[3]的广泛认同。因此,现在是启动建立基于 ICF 的有关康复理论架构和定义的时候了^[1]。

在描述和定义康复时,区分不同的观点和不同的应用是十分必要和有效的。从公共卫生的角度讲,康复可以被理解和描述为一种卫生保健策略,其他的策略包括预防、治疗和支持。从保健的观点看,康复策略是一种认识和定义,包括医疗专业的 PRM^[14]的一种工具。从科学的角度出发,康复策略可以作为一种理解和描述不同学科领域,包括综合性康复科学或生物医学康复科学与工程的基础^[15,16]。

作者单位:1. Department of Physical Medicine and Rehabilitation;

2. ICF Research Branch of the WHO CC FIC (DIMDI), Institute for Health and Rehabilitation Sciences, Ludwig Maximilian University, Munich, Germany; 3. Swiss Paraplegic Research, Nottwil, Switzerland; 4. Department of Rehabilitation Medicine, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA. 译者单位:中国康复研究中心,北京市 100068。译者简介:祝捷(1981-),女,湖北武汉市人,硕士,主要研究方向:应用心理学,ICF。

康复作为一种卫生策略,目前尚无一个单独的适合于 ICF 的定义。例如,法律上的定义可能不同于服务提供者和购买者、政策制定者、社会倡导群体或科学家作的定义。此外,根据目的不同,人们可能希望应用一些综合性的或简明的定义。为满足不同的目的并保持康复定义的一致性,需建立一种概念描述模式,以此作为应用时的理论参考。一个基于 ICF 的统一概念模式和分类体系,可以建立一种基于 ICF 的概念性理论。这种描述可以经过修正,并且进一步在国际性交流的基础上,形成一种全球能够接受的理论体系。

本研究的目的是要建立一种基于 ICF 的有关康复的概念描述,这种康复被认为是一种健康策略。具体的目的为:①按照四种健康策略,具体说明对康复的认识;②引入 ICF 作为康复的一种统一的概念描述和定义;③提出一种基于 ICF 的概念描述;④讨论在描述中所使用的术语;⑤提供一些基于这些概念描述的综合性的以及简明的描述实例。

1 在四种健康策略模式下定义康复

临床学科是对个体实施诊断程序和干预方法,而公共卫生则是建立针对全体人口的策略。根据韦氏在线词典,“策略”被定义为“一种设计或应用”,“针对某一目标的设计”或“应用计划的艺术”,“是一种精细的和系统的行动计划”,“或是一种为达到特定目标的行动计划”。从公共卫生的角度讲,所建立的策略(如世界卫生大会通过的决议)是制定服务和保健计划的重要基础,这些策略也是在临床和其他专业领域应用于与个体产生交互作用的策略基础。

从公共卫生的角度讲,康复可以被理解为四种主要的卫生保健策略(预防、治疗、康复和支持)之一(见表 1)。从公共卫生的角度出发,治疗常被认为是二级预防,而康复被称为是一种三级预防^[7]。

预防的主要目标是人口健康,通过防止发生健康问题达到目标;治疗的主要目标是生存,通过控制疾病的过程达到目标;康复的主要目标是功能最优化,通过应用和整合不同的方法实现个人能力最大化,并强化个人的资源。通过康复也能给个体提供一个便利环境,建立一种与环境产生交互作用的活动。支持性策略的主要目标是提高生活质量,通过缓解症状和提供协助达到其目标(见表 1)。

表 1 四种健康策略中的康复

	预防策略	医疗策略	康复策略	支持性策略
主要目标	对健康状况进行预防	治疗	恢复功能	提高生活质量
次要目标	减少疾病发病率	控制疾病、减少创伤	最大限度地恢复功能	自理
关键结果	健康与生存	生存与功能	功能、生活质量	生活质量、健康
相关结果	功能和残疾、生活质量	生活质量与健康	生存与健康	生存与功能
部门	卫生部门	卫生部门	卫生、教育、劳动、社会事务保障部门	卫生、社会事务部门

四种健康策略的区别从概念上说是一种非常有用的提炼过程,然而从理论上特别是专业实践的应用上讲,四种策略是紧密相联系的。例如物理和康复医生不仅要关注功能,同时也要考虑对疾病提供理想的治疗。

康复也是一种策略,应用于卫生领域。因此,卫生领域也可以被认为是一种“参考”、“根”或者是“源”,但康复确实是一个跨领域的策略。事实上,康复策略可由不同的机构提供,例如特殊儿童的康复和保健主要是由教育部门而不是卫生部门

提供的。职业康复通常由劳动和社会保障部门提供或支付资金。在近期制定的残疾人公约中^[17],有单独的一段描述康复,不仅强调卫生问题,而且强调专业学科领域和保健与服务领域所使用的康复策略应涉及问题解决的过程^[5,18-20]。

2 ICF:有关康复概念描述和定义的统一模式

以往有关康复的定义之所以受到广泛质疑,是因为其基于生物医学模式的定义角度过于狭隘,它令残疾人有可能被认为是一个有问题的社会群体^[6]。根据生物医学模式,康复被定义为残疾人能够获得的必要知识和技能,以达成其身体、心理和社会功能最优化的积极过程。

许多康复定义都代表了这种观点,包括 WHO 1981 年^[21]对康复做出的定义和联合国 1993 年^[22]建立的标准规则。1981 年 WHO 的定义在促使残疾或残障人士达到社会融合^[21]的目标时主要指向了个体方面,在联合国《残疾人平等、机会标准规则》中,把康复定义为是个体而非环境,强调个体需要做出改变或开始一些工作,规则中写到给他们提供一些工具,改变其生活以提高其独立性水平^[22]。

人们通常认为,生物医学模式最重要的一点是使人们的能力达到最佳化。当然,其他一些方法也许同样重要。这些方法包括在即刻环境中的相关人员,包括家庭成员、同伴和雇主,通过消除环境障碍,创造一种支持性的物理和社会环境,建立并强化个人的资源,并改善与周围环境的交互作用水平。康复策略应该整合并应用这些方法,其目标是实现功能最大化,包括充分融合和参与生活的各个方面。

今后有关康复的定义应考虑基于人类功能、残疾与健康的整合模式,采用一种综合性的方法^[6]。我们可以应用 WHO 所批准的 ICF 的架构,建立一种统一的架构和分类系统^[3,23-27]。由 WHO 制定的 ICF 应用于卫生领域也可应用于其他不同的领域。因此,ICF 的架构不仅提供了一个健康干预方法的目标,同时也提供了一种跨部门的综合性干预目标^[3,23]。

ICF 理论架构的目标不仅指向健康干预,同时兼顾不同领域的综合干预目标。这种干预的目标超越了卫生领域,在卫生部门之外的干预目标主要是 ICF 的环境成份,这些干预可以由卫生部门以外的部门提供,或者是由多个部门的协调干预,目标是改善各种健康状况的人的功能。应将康复视为起源于卫生领域的策略,但又可以应用于其他领域。

3 建立康复策略的概念描述

本理论描述是与欧洲医学专业联盟(UEMS)中的 PRM 专业委员会的专业人员合作完成的。从 2006 年 4 月 1 日从瑞士洛桑会议开始,UEMS 的 PRM 专业委员会应用 ICF 作为康复和 PRM 的统一模式,他们决定促进 ICF 作为康复和 PRM 的统一理论模式加以应用,专家们在未来两年中致力于发展基于 ICF 的理论和有关康复策略以及医学专业 PRM 的简明以及综合定义。本报告所呈现的康复概念描述正是这样一个过程第一步骤的成果。

基于 ICF 的概念描述可以作为建立一个具有明确和能被广泛接受的术语定义的基础。为满足特定的需要,人们可能寻求结合概念描述找到适当的定义。因此,尽管康复的定义有不同的变化,然而它与其核心概念之间仍然具有一致性。对概念进行描述,其优势是作为定义的参考,因为它能很容易地进行修改,并在不断的更新和修改过程中被全球广泛接受。

本研究提出的基于 ICF 的概念描述所使用的 ICF 术语见表 2 加黑的部分,在概念描述中所使用的术语其综合性和简明的定义以及评价如下:

表 2 基于 ICF 的概念描述

<p>康复是一项健康(卫生)策略:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根据世界卫生组织的人类功能和残疾的整合模式 • 应用与整合: <ul style="list-style-type: none"> 优化个人的能力的生物医学和工程方法 构建和强化个人资源的方法 提供无障碍环境的方法 促进与环境互动的个人行为的方法 • 健康状况的过程 • 贯穿卫生保健全过程: <ul style="list-style-type: none"> 从急性期住院到机构和社区康复 • 跨部门 <ul style="list-style-type: none"> 包括健康、教育、劳动和社会事务部 • 目标 <ul style="list-style-type: none"> 使健康状况处于残疾或可能残疾的人,在与环境互动时,实现和维持最佳的功能 <p>康复是:</p> <ul style="list-style-type: none"> 医学专科 PRM 的核心策略 康复专业的主要策略 其他医学专科和卫生专业、卫生服务提供者以及卫生部门的付费者的相关策略 与健康状况处于残疾或可能残疾的人有关的不同部门专业人员和服务提供者的相关策略
--

3.1 综合性康复的定义举例 基于 WHO 的人类功能和残疾整合模式,康复是一种健康策略,目的是促进人类在与环境的交互作用中不断促进其健康状态,或是对健康状况已经经历或将要残疾的人,让他们达到或保持最佳功能状态。

为达到其目标,可应用或整合生物医学和工程的方法使人类的能力达到最佳化,采用强化个人资源的方法为人们提供一个促进性的环境,并在与环境的交互作用中能有很好的表现。

康复是医疗专业 PRM 的核心策略,包括康复专业的主要策略和其他医疗和健康专业的相关策略,以及卫生部门服务的提供者和服务的购买者,康复也是相关领域专业人员和服务提供者的一种相关策略,这些相关领域包括:教育、劳动和社会事务,即向有健康问题的人或有残疾的人提供保障。

3.2 简明的康复定义举例 康复是 PRM 和卫生领域以及其他专业领域的专业人员所应用的一种健康策略,其目的是促进有健康问题的人或有残疾的人能与与环境的交互作用中达到或保持最佳功能状态。

4 对有关康复的概念描述所使用的术语和词汇的讨论

4.1 康复是一种健康策略 有关理解康复是一种健康策略的论述见本文第二部分。

4.2 基于整合性的人类功能、残疾和健康模式 基于人类功能的综合性认识,康复的目的是使功能最大化并使有健康问题和有残疾的人能最小限度地经受残疾的负面影响。有关人类功能的最综合性的认识是基于人类功能、残疾和健康的整合性模式。在该模式中,人类功能及其负面的描述(残疾)可以被认为是具有健康问题,即有无损伤的个体或有能力限制的残疾人在与环境和在有个人资源的情境下的一种体验^[3,6]。

4.3 利用生物医学和工程的方法发挥最大能力 康复是使用“方法”达到目标,这种方法在韦氏在线词典里被定义为“解决一种问题和处理一种情况的一种观念和行动”。

生物医学的干预方法和技术是基于自然科学和工程技术的支 持而产生的。在康复领域,工程可以被认为是一种以科学为 依据的过程,其目的是开发、评定、调整和传播康复技术。康 复技术可以认为是一种方法、界面和辅助装置,其目的是满足

有残疾者的需要^[28]。在“方法”的叙述中,“工程”可以是一个非常完美的词。此外,“工程”也已经应用在美国医学报告委员会的“Enabling America”中^[8]。

4.4 方法的建立依赖于个人资源并能丰富个人资源 基于个人因素的一些方法可以强化有健康问题和残疾者的一些资源,它们是基于行为科学和心理学而产生的,这些资源包括动机、认知的、情绪的和行为的资源。

4.5 方法提供了一种促进性的环境 有健康问题的人可能经历或不会经历残疾,这取决于无障碍或一些有促进性的因素。消除障碍和建立一种促进性的即刻的和更大的物理和社会环境是达到最佳功能状态的基本方法。

4.6 在与环境的交互作用中,这些方法将会起到良好的作用 人类的功能和残疾的体验是有健康问题的个人在与其即刻或有更大环境有交互作用的动态过程。整合其他三种方法,即应用和组合技术的、行为的和其他的干预方法是为了促进与环境的交互作用。因此,其也是现实生活中达到最佳表现的基础。

4.7 在各种情况下,在健康问题的变化过程中,涉及到保健服务的所有流程,贯穿卫生保健全过程从急性期住院到机构和社区康复;涉及所有的行业包括卫生、劳动和社会事务。需要应用康复策略始于发生健康问题,例如在受伤或患有慢性疾病时^[29]。康复策略在涉及健康问题的整个过程中都将提供保健和服务。康复策略也可以应用于更为广泛的情境,包括急性期的医院、康复机构和社区。康复策略也可以应用于卫生和其他行业。

4.8 目的是使正在经历或有可能经历残疾的人在与环境的交互作用中获得能力 “获得能力”这一词通常用于描述使残疾的过程变成一种重新获得能力的过程^[8]。但重要的是要认识到获得能力的过程不仅指个人所需要的能力,还包括对环境的适应和改造,涉及到住房、辅助装置、家庭、同伴和雇主等^[8]。

与残疾相关的“经历”一词也可以使用“有残疾”这一术语。“有残疾”是指有残疾个体的身体功能和结构方面的属性。与此相对,“经历”一词是指有健康问题的人可能体验到残疾,这种残疾不仅指损伤,同时也包括与环境之间的交互作用。因此,某一个体当其从一个地方转移到另一个地方,或从一个雇主转换到另一个雇主的公司进行工作时可以体验和感受到不同等级的残疾。理解残疾是一个动态的过程,不仅包括对损伤的认识,同时也要根据 ICF 认识环境障碍,这种环境障碍整合了人类功能和残疾的个体与社会方面的因素。根据这一推断,经历残疾的人可能会更适合也是构成我们通常所称之为残疾人的人。人们可以将环境进一步区分为即刻环境和更大范围的物理和社会环境。

“即刻环境”是指一个有健康问题的人所处的特定也是最具体的物理和社会环境,是一种微观水平,是个体参与的一种交互作用系统,即家庭、朋友、同事、医生等,其所具有的经济资源是可以被动员的,并要在日常生活中面对物理的障碍或一些促进的因素,例如气候、住房环境等。这种即刻环境(如社会支持和物理环境^[30,31])能直接影响社会参与和生活满意度。但重点是更大意义上的政治、经济、文化和物理环境(如健康政策、劳动力市场、文化偏见、城市发展或气候等),这些都影响到即刻的社会和物理环境的质量。

4.9 达到和保持最佳功能 “达到和保持最佳功能”是一个宏

观的词,包括“重新获得”或“重新获得以前的功能”,或者“重新获得部分功能”,也包括学习和掌握一种新的技能。在《残疾人权利公约》^[17]中也使用了“获得”(attain)一词。

“保持”一词是指与所有 PRM 干预和其他治疗项目相关的一种预防性的治疗方法。

“最佳化”一词的另一种说法是“最大化”,在以往联合国“残疾人机会均等标准规则”^[22]中使用的术语是“最佳功能状态”(optimum)。而在此公约中所使用的是“最大化”。使用“最佳化”一词似乎更为贴切^[32],因为其可以表达一种主观的及一些客观的方面,而“最大化”一词似乎是一种更客观或更定量的描述。

康复的目标不仅是实现最佳化功能,而且要实现“自主性”和提高“生活质量”。“自主性”包括“独立性、自觉性和自理”^[33],是一个很重要的观点,同时也是“维护策略”中一个关键的概念。康复可以并且通常是实现个体的自主性,这不是一个主要的目标,康复的目标是通过改善功能提高个体的生活质量。因此,自主性和生活质量不会被单独提出作为康复的附加目标。

有关使用“功能”(functioning)这一术语,也有争论,因为其过于国际化和泛化。其实,特指的人类功能的成分包括身体的功能和结构、活动和参与。我们使用“功能”这一宏观词代替特定的成份是为了尽可能保持简要概念描述及其意义的贴切性。“活动”和“参与”两个术语没有明显的差别^[7,34]。

4.10 康复是医疗专业 PRM 的核心策略和康复专业的主要策略 在根据医学专业对其进行定义时,康复是医疗专业 PRM 的核心策略,同时常指“康复专业”(包括物理治疗和作业治疗),其“卫生行业”主要是指康复专业的主要策略,同时也是其他医学专业的相关策略。

与其他三种策略(预防、治疗和支持)相似,在卫生领域中,康复是所有医疗专业和卫生行业服务提供者和服务购买者的相关策略,也是其他行业,包括教育、劳动和社会服务以及为正在经历残疾和有残疾的人提供服务的专业人员和服务提供者的相关策略^[16]。

在一些情况下,包括属于急性治疗期的医院^[29]或社区,康复策略也可以应用于卫生和其他的专业领域。这些专业领域可能不是专门的康复,比如在急性医院中的全科医生^[29]。社区所提供的康复服务也常由医疗卫生领域以外的专业人员提供,有时这些服务是与康复专业人员相结合提供的。康复也可以由卫生赔偿和保险专业人员提供,这些人员常为有健康问题的人或其他相关人员、雇主、服务提供者和服务购买者提供协助和指导。

5 结论

本文探讨的基于 ICF 的有关康复作为一个卫生策略的描述是要提出一个能被广泛接受的概念,这种概念可以作为其他有关简明的和综合性康复定义的基础。

康复作为卫生策略的一种理论描述可以作为一个基础建立基于 ICF 的有关医学专业 PRM^[5]的理论描述和定义,也可以用于其他的康复专业,同时,可为涉及康复领域的其他专业学科提供参考,这些领域可以是卫生领域,也可以是服务提供者、服务购买者和立法者。这种描述可以作为一个基础概念描述的参考,用于有关人类功能和康复研究的科学领域的概念描

述。

建立基于 ICF 的理论和简明的及综合性的定义是一个动态的和循环的过程。考虑到康复保健和研究领域有很多专业学科,这将是一个巨大的挑战^[35]。新的基于 ICF 的有关 PRM^[5]和康复专业的描述与定义需要修订或扩展。同样,有关人类功能和康复研究^[14,15,36]领域的概念描述和定义也需要对目前的概念进行调整。

[参考文献]

- [1] Grimby G, Melvin J, Stucki G. The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptualization, organization and development of human functioning and rehabilitation research. Foreword [J]. J Rehabil Med, 2007, 39: 277-278.
- [2] 58th World Health Assembly. Resolution RI14. Disability, including prevention, management and rehabilitation [C]. World Health Organization, Geneva, 2005.
- [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] Frontera WR, Fuhrer MJ, Jette AM, et al. Rehabilitation medicine summit: building research capacity [J]. Am J Phys Med Rehabil, 2005, 84: 913-917.
- [5] Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine [J]. J Rehabil Med, 2007, 39: 286-292.
- [6] Bickenbach JE, Chatterji S, Bradley EM, et al. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps [J]. Soc Sci Med, 1999, 48: 1173-1187.
- [7] Institute of Medicine. Report on Disability in America. Toward A National Agenda for Prevention. Committee on A National Agenda for the Prevention of Disabilities [M] // Pope AM, Tarlov AR. Washington DC: National Academic Press, 1991.
- [8] Institute of Medicine. Assessing the Role of Rehabilitation Sciences and Engineering [M] // Brandt EN, Pope AW. Enabling America, Washington DC: National Academic Press, 1997.
- [9] Nagi S. Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention [M] // Pope AM, Tarlov AR. Disability in America: Toward A National Agenda for Prevention, Washington DC: National Academy Press, 1991.
- [10] World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease [M]. Geneva: WHO, 1980.
- [11] Brandt EN, Pope AM. Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering [M]. Washington DC: National Academy Press, 1997.
- [12] World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision [M]. Geneva: World Health Organization, 1992.
- [13] World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF [M]. Geneva: WHO, 2001.
- [14] Stucki G, Grimby G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part I: Developing a com-

- prehensive structure from the cell to society[J]. J Rehabil Med, 2007,39 :293—298 .
- [15] Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research[J]. J Rehabil Med, 2007,39 :299—307 .
- [16] Reinhardt JD, Hofer P, Arenz S, et al. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part III: Scientific journals[J]. J Rehabil Med, 2007,39 :308—322 .
- [17] UN Convention. Ad hoc committee on a comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities[OL]. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/adhoccom.htm> .
- [18] Wade DT, de Jong BA. Recent advances in rehabilitation[J]. BMJ, 2000,320 :1385—1388 .
- [19] Steiner WA, Ryser L, Huber E, et al. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine[J]. Phys Ther, 2002,82 :1098—1107 .
- [20] Stucki G, Kröling P. Principles in Rehabilitation[M]// Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, et al. Rheumatology, 4th edn. Philadelphia: Mosby, 2007 .
- [21] World Health Organization. Disability Prevention and Rehabilitation - technical Report Series 668[M]. Geneva: WHO, 1981 :1—40 .
- [22] Standard Rules on the equalization of Opportunities for persons with Disabilities[OL-C]. 85th Plenary Meeting, December 20, 1993, UN. <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/disabilitystandards.html> .
- [23] Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine[J]. Disabil Rehabil, 2002,24 :932—938 .
- [24] Stucki G, Cieza A, Ewert T, et al. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice[J]. Disabil Rehabil, 2002,24 :281—282 .
- [25] Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine[J]. J Rehabil Med, 2004, Suppl 44 :5—6 .
- [26] Stucki G, Üstün TB, Melvin J. Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities[J]. Disabil Rehabil, 2005,27 :349—352 .
- [27] Walsh NE, Zeiter WJ. Lecture. Global initiatives in rehabilitation medicine[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2004,85 :1395—1402 .
- [28] Kondraske GV. Rehabilitation engineering: towards a systematic process[J]. IEEE Eng Med Bio Mag, 1988,7 :11—15 .
- [29] Stucki G, Stier Jarmer M, Grill E, et al. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness[J]. Disabil Rehabil, 2005,27 :353—359 .
- [30] Noreau L, Fougereyrollas P, Fougereyrollas B, et al. The perceived influence of the environment on social participation among individuals with spinal cord injury[J]. Topics Spinal Cord Injury Rehabil, 2002,7 :56—72 .
- [31] Whiteneck G, Meade MA, Dijkers M, et al. Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2004,85 :1793—1803 .
- [32] UN Convention. Working text - international convention on the rights of persons with disability. Revisions and amendments at the seventh session of the ad hoc committee on a comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities[OL-R]. United Nations, January 2006. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7ann2rep.htm> .
- [33] Proot IM, Abur Saad HH, Van Oorsouw GG, et al. Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes[J]. Nurs Ethics, 2002,9 :36—50 .
- [34] Field MJ, Jette AM, Martin L, et al. Workshop on Disability in America: A New Look - summary and Background Papers[M]. Institute of Medicine, Washington DC: National Academic Press, 2006 .
- [35] Fineberg HV. Science and medicine in the 21st century: opportunities for rehabilitation medicine[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2005,84 :928—931 .
- [36] Stucki G. Developing human functioning and rehabilitation research. Part I: academic training programs[J]. J Rehabil Med, 2007,39 :323—333 .