

KUNTOUTUKSEN TEORIOISTA JA ICF-MALLISTA

Johdanto

Kuntoutus on monitieteellistä ja moniammatillista toimintaa. Eurooppalaiset kuntoutus-tutkijat ovat kuvanneet kuntoutuksen tutkimuksen laaja-alaisuutta todeten, että sen tulisi ulottua solutasolta yhteiskuntaan saakka (Stucki & Grimby 2007). Kuten Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa (2003) aikanaan todettiin, kuntoutuksen tutkimuksen erityinen haaste on mikro- ja makrotasoisien tutkimuksen integrointi: vaikka pääosa kuntoutuksesta toteutuu yksilötyönä, kuntoutuksen toimeenpanon käytännöt ja tulokset ovat sidoksissa toimintaympäristöihin ja yhteiskunnallisiin ratkaisuihin. Kuntoutuksen yhteisen teoriaperustan mahdollisuuksia on pohdittu 2000-luvulla (esim. Siegert ym. 2005, Worrall 2005, Wade 2005, Whyte 2007, 2014). Sen etsimistä on pidetty tarpeellisenä monesta eri syystä – muun muassa toiminnan vaikuttavuuden parantamiseksi ja kuntoutuksen yleisen arvostuksen nostamiseksi.

Siegert ym. (2007) tarkastelevat kuntoutuksen teorian edellytyksiä artikkelissa, jossa he samalla esittelevät *Good Lives* -malliksi nimetyn kuntoutusintervention perustan.¹ He toteavat kuntoutuksen teorian edellyttävän kolmenlaisia olettamuksia. Perustason olettamukset ovat yleisiä taustaolettamuksia, jotka

koskevat muun muassa kuntoutuksen arvoja ja ihmiskäsitystä sekä *ontologisia ja epistemologisia sitoumuksia*. Toisen tason olettamukset ovat ns. *etiologisia olettamuksia* ihmisen toimintaan ja toimintakykyyn vaikuttavista – mahdollistavista ja ehkäisevistä – tekijöistä. Esimerkiksi ICF-malli tai Työterveyslaitoksen työkykytalo kuvaavat kumpikin omalla tavallaan niitä tekijöitä, joilla on merkitystä toimintakyvyn tai työkyvyn kehityksessä. Kolmannelle tasolle sijoittuvat itse *kuntoutustoimintaa ja sen vaikutuksia koskevat teoriat ja olettamukset*. Olettamukset voivat koskea yksittäisiä menetelmiä, yhteistyösuhteita, toiminnan jatkuvuuden varmistamista tai kuntoutuksen aikaisen toimeentulon järjestämistä.

Kahden jälkimmäisen tason kysymyksiin palaamme myöhemmin; seuraavassa muutama havainto perustason sitoumuksista. Kuntoutuksen arvoihin katsotaan yleensä kuuluvan hyvinvointi, oikeudenmukaisuus ja kuntoutujan autonomia. Nykyisen kuntoutusparadigman mukaan asiakas ymmärretään aktiivisena toimijana, jonka henkilökohtaiset tavoitteet ovat kuntoutustoiminnan lähtökohtana. Se tarkoittaa asiakkaan osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä asiakkaan ja työntekijän yhteistyötä.

¹ Tony Wardin *Good Lives* -kuntoutusmalli on kehitetty vankien, erityisesti seksuaalirikoksia tehneiden, kuntoutuksen perustaksi, mutta Siegert ym. (2007) soveltavat sitä laajemmin.

Samalla painotetaan kuntoutuksen liittymistä asiakkaan arkeen sekä osallisuutta ja valtaistumista kuntoutuksen tuloksena. Siegertin ym. (2007) mukaan kuntoutuksen tarkoituksena on edistää kuntoutujan hyvinvointia ja pitää samalla huolta siitä, että kuntoutujan autonomia ja itsenäisyys eivät vaarannu prosessin missään vaiheessa. Nämä perusasiat sisältyvät nykyään kuntoutuksen tavallisiin diskursseihin, vaikka monet empiiriset tutkimukset viittaavat siihen, että ne eivät käytännön toiminnassa aina toteudu.

Kuntoutusammattilaiset ja kuntoutuksen tutkijat perustavat työnsä monenlaisiin ontologisiin ja epistemologisiin sitoumuksiin. Tuskin juuri kukaan enää vannoo positivistisen tiedonintressin nimeen. Kuntoutustyössä tiedetään, että objektiiviset löydökset eivät riitä asiakkaan tuskan ja kärsimyksen arviointiin. Asiakkaan kokemuksen merkityksen tunnistamisen myötä erilaiset relativistiset käsitykset todellisuudesta ovat vallanneet alaa ja samalla erilaiset konstruktivistiset, ymmärtävät ja tulkitsevat lähestymistavat kuntoutuksen tutkimuksessa. Oma käsityksemme on kuitenkin, että kuntoutuksen monialaisessa tutkimusyhteistyössä yhteinen perusta löytyy maltillisten realististen suuntausten, esimerkiksi kriittisen tai tieteellisen realismin (esim. Archer 1995, Pawson & Tilley 1997, Bhaskar & Danermark 2006) tai pragmatismien (ks. Kivinen & Piironen 2007, Pihlström 2014, Shaw ym. 2010) piiristä, jolloin haetaan jonkinlaista keskitietä vahvan realismin ja tiukkojen relativististen tulkintojen välillä. Mäntysaari (2006) toteaa, että nimenomaan realismi mahdollistaa perusteisiin käyvän analyysin myös yhteiskunnallisista ilmiöistä.

Maltillisen realismin sisällä on lukuisia orientaatioita. Kriittisen realismin olettamuksia kuvataan usein käsitteillä ontologinen realismi (oletetaan tarkkailijoista riippumaton fyysinen ja sosiaalinen todellisuus) ja epistemologinen relativismi, jonka mukaan empiirisen tutkimuksen tai kokemuksen tuottama tieto tästä todellisuudesta on aina epätäydellistä, eri tavoin konstruoitua ja tulkittua. Luonnontieteellisten ja sosiaalisten ilmiöiden ajatellaan olevan yhtä todellisia; kumpaakin koskeva tie-

to on sosiaalisesti määrittyä. Erilaisia tulkintoja ja todellisuutta koskevia teorioita on kuitenkin mahdollista arvioida ja pitää jotakin teoriaa totuudenmukaisempana tai vahvempaa kuin jotakin toista. Clark ym. (2007) ja Bergin ym. (2011) tarkastelevat kriittisen realismin lähtökohtia kahden eri asiakasryhmän tilanteissa. Realistisessa arviointitutkimuksessa pyritään löytämään ne havaintojemme ja kokemustemme takana olevat rakenteet ja mekanismit, jotka mahdollistavat ja ehkäisevät tavoiteltuja vaikutuksia (vrt. Rostila 2001).

Pragmatismien eri suuntauksille on yhteistä käytännön merkityksen painottaminen ja ihmisen tarkastelu toimivana olentona, joka kiinnittyy todellisuuteen toimintansa ja käytäntöjensä kautta. Lähtökohtana on ihmisen toiminta, ja käsitteet ovat välineitä, joita toimivat ihmiset käyttävät pyrkiessään ratkaisemaan kohtaamiaan ongelmia. Sosiaalipsykologi G.H. Meadin lauseen "truth is synonymous with the solution to a problem" on katsottu kuvaavan hyvin pragmatistin ajattelutapaa. Vastaavasti pragmatismiin nojauksessa tutkimuksessa painotetaan käytännönläheisiä ja toimintakeskeisiä lähestymistapoja, jotka tukevat tutkijan yrityksiä auttaa sosiaalisen elämän ongelmien ratkaisemisessa (Kivinen & Piironen 2006). Teorioiden ja käsittejärjestelmien arviointi perustuu niiden toimivuuteen, ei niinkään siihen, millä tavoin ne heijastavat "maailmaa sinänsä"; pragmatisti ei kuitenkaan voi täysin hylätä realismia, koska kaikki tutkiminen ja oppiminen, etenkin taitojen ja toiminnan tapojen omaksuminen, tapahtuu aina jo maailmassa, jonka "kovat faktat" on otettava huomioon (Pihlström 2007/2014). Monella kuntoutusalan ammattilaisella on motivoivana tekijänä ollut pyrkimys muuttaa ihmisten elämää paremmaksi, ja siksi käytännönläheinen, käytännön muutoksiin fokuoiva taustafilosofia tarjoaa hyvän lähtökohdan (vrt. DeForge & Shaw 2012).

Kuntoutuksen monitasoiset teoriat

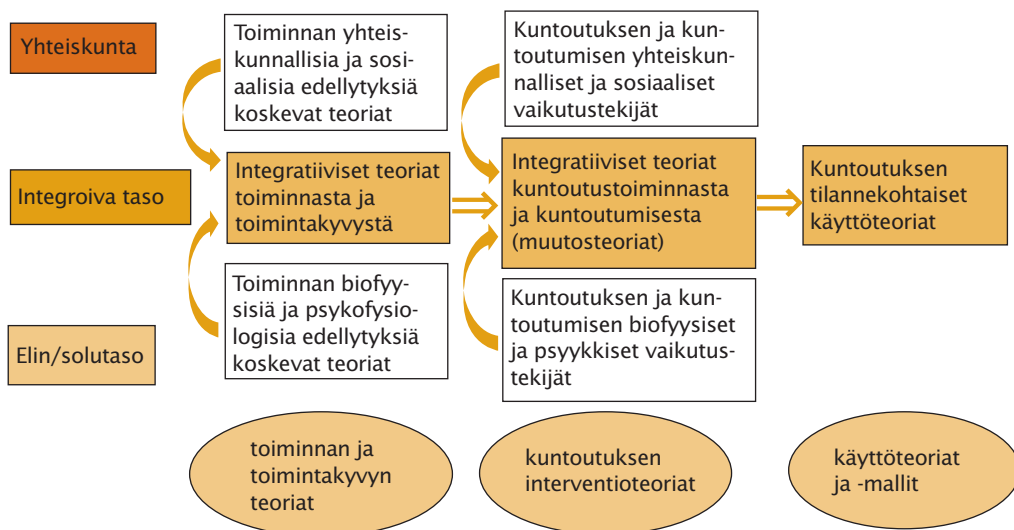
Kuntoutustyössä käytössä olevia teorioita "mikrosta makroon" jäsennetään kuviossa 1 (vrt. Stucki ym. 2007). Useimmat kuntoutuk-

sessä käytetyt teoriat ovat yleisiä toimintaa, toimintakykyä ja toiminnan edellytyksiä koskevia teorioita, joita on kuvattu kuvion vasemmassa laidassa. Ne voivat vaihdella toiminnan ja toimintakyvyn yhteiskunnallisia ja rakenteellisia edellytyksiä koskevista teorioista teorioihin, jotka kuvaavat ihmisen toiminnan biofysisiä edellytyksiä ja elinten ja elinjärjestelmien toimintaa. Näissä teorioissa huomio on ilmiöiden tai osatekijöiden välisissä suhteissa yleensä, ei kuntoutusinterventioissa, niiden sisällössä ja niiden vaikutuksissa, eli ne sisältävät Siegertin ym:iden (2007) jaottelussa toiselle tasolle sijoitettavia oletuksia. Tämän tason oletuksia sisältyy esimerkiksi moniin sosiaalisten tekijöiden ja selviytymisen yhteyksiä kuvaaviin sosiaalisiin teorioihin, oppimisteorioihin, käyttäytymisen muutosta koskeviin teorioihin tai neurotieteen teorioihin (McPherson ym. 2015).

Kuvion 1 keskiosassa on kuvattu varsinaiset kuntoutuksen muutos- tai interventioteoriat, jotka sisältävät oletuksia siitä, millaisin kuntoutuksen keinoin saadaan aikaan tavoiteltuja vaikutuksia, millaisten mekanismien kautta muutokset syntyvät ja millaiset toimintaympäristöt mahdollistavat tai ehkäisevät hyvien vaikutusten syntymisen (Siegertin ym:iden kolmannen tason olettamukset).

Makrotasolla teoriat voivat koskea esimerkiksi yhteiskunnan arvojen, asenteiden ja normien, palvelujärjestelmien tai erilaisten ympäristömuutosten vaikutuksia kuntoutumistapahtumaan tai kuntoutuksen toteutukseen, elintasolla esimerkiksi erilaisten stimulaatiohoitojen tai raajan pakotetun käytön sovelluksia kuntoutuksessa.

Kuviossa 2 on kuntoutuksen interventioteorioiden perusajatus visualisoitu arviointitutkimuksissa usein käytetyllä tavalla (ks. Whyte ym. 2014). Toteutetulla kuntoutuksella on tietty ydinsisältö, jonka avulla pyritään saamaan aikaan toivottuja tuloksia ja jonka vaikutuksista on tutkimustietoa tai käytännön kokemusta. Myös muilla kuntoutuksen osatekijöillä voi olla vaikutusta tuloksiin, silloinkin kun niihin ei kiinnitetä erityistä huomiota. Kuntoutukseen voi myös sisältyä joukko osatekijöitä, joilla ei ole merkitystä tulosten kannalta huolimatta siitä, että ne kuuluvat perinteisesti kyseiseen kuntoutusmuotoon. Kuntoutuksen onnistumisen edellytys on, että tunnetaan yksilöllisten mekanismien lisäksi erilaiset toimintaympäristöön ja yhteisöihin liittyvät mekanismit. Eri tasojen integrointi on tarpeellista ihmisen toiminnan ja toiminnan ym:iden kolmannen tason olettamukset).



Kuvio 1. Yleiset toiminnan ja toimintakyvyn edellytysten teoriat, kuntoutuksen ja kuntoutumisen muutosteoriat ja kuntoutuksen tilannekohtaiset käyttöteoriat (ks. myös Stucki ym. 2007).

takyvyn yleisessä tarkastelussa mutta myös kuntoutuksen toteutuksessa ja kehittämisessä.

Kuvion 1 oikeanpuoleiseen laitaan on sijoitettu erilaiset tilannekohtaiset käyttö- tai käytäntöteoriat, jotka koskevat rajattuja tilanteita, asiakasryhmiä ja toimintaympäristöjä. Ne ovat tilannekohtaisia olosuhteita varten sovellettuja yhdistelmiä relevanteiksi arvioituista teorioista ja viitekehyksistä, esimerkiksi tietyn asiakaskunnan tarpeisiin sovellettuja kuntoutusprosessin etenemistä kuvaavia vaihe- tai prosessimalleja.

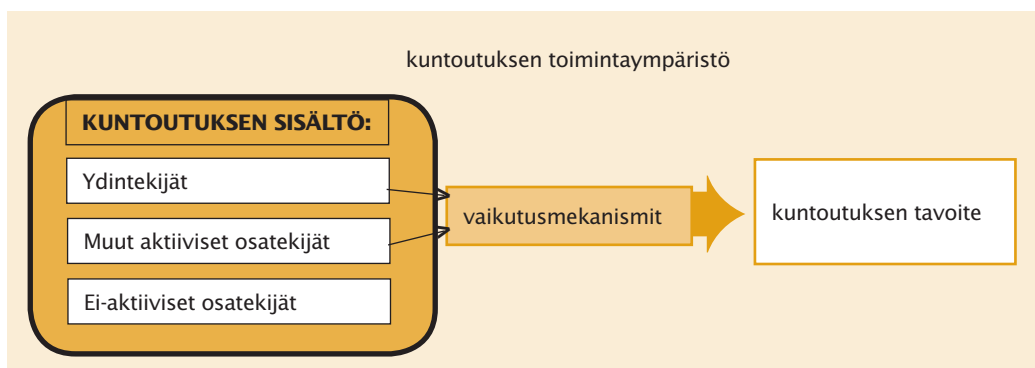
ICF-malli terveisperusteisen toimintakyvyn yleismallina

Kuntoutuksen yleiseksi teoreettiseksi viitekehyyksiksi on viime vuosina sovitettu Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn ja terveyden luokitusjärjestelmää (ICF), joka kuvaa terveyteen liittyvää toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Sitä laadittaessa on pyritty ns. lääketieteellisen mallin ja ns. sosiaalisen mallin synteesiin, joka tarjoaisi tasapainoisen kuvan terveyden ja toimintakyvyn eri puolista ja kattaisi sekä biologisen, yksilopsykologisen että yhteiskunnallisen näkökulman.

ICF:ää koskevissa kriittisimmissä puheenvuoroissa on painotettu, että ICF ei ole kuntoutuksen teoria vaan vain luokitusjärjestelmä (esim. Turunen ym. 2004). Whyte (2008) on verrannut sitä Linnén taksonomiaan. Mutta vaikka ICF:n kehitystyössä resurssija on suunnattu erityisesti luokitusjärjestelmän kehittä-

miseen, ICF on paitsi luokitusjärjestelmä myös karkea systeeminen tai interaktiivinen malli (vrt. Taylor & Geyh 2012), vaikkakin monelta osin puutteellinen. Tämän mallin mukaan terveydentila ja erilaiset yksilölliset ja ympäristötekijät vaikuttavat sekä ruumiin ja kehon funktioihin että ihmisen suorituksiin ja osallistumiseen, ja vastaavasti yksilön oma toiminta ja toimintakyky vaikuttavat sekä hänen henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa ja terveyteensä että myös siihen ympäristöön, jossa hän elää.

Viime vuosina ICF:ää on toistuvasti nimetty kuntoutuksen holistiseksi tai biopsykososiaaliseksi malliksi – sisältäähän se sekä fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia konstruktioita yksilön toiminnassa ja toimintaympäristössä, vaikka ei integroikaan käytettyjä konstruktioita yhtenäiseksi synteesiksi (vrt. Gzil ym. 2007). Tällaisena ICF tarjoaa kuntoutuksen ammattilaisille yhteisen kehyksen ja käsitteistön sekä systemaattisen apuvälineen kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien tai kuntoutuksen esteiden paikallistamiseksi ja vastaavasti kuntoutujan tilanteeseen ja kontekstiin liittyvien vahvuuksien analysoimiseksi. Sen avulla eri ammattien edustajista muodostuva työryhmä voi jäsentää työnsä kohteita ja sopia keskinäisen työnjakonsa perusteista (vrt. Järvikoski & Karjalainen 2008, Dean ym. 2012). Kun nykyinen kuntoutusparadigma painottaa kuntoutuksen tavoitteina työssä selviytymistä, sosiaalista osallisuutta ja valtaistumista, myös ICF-mallissa huomion



Kuvio 2. Yleinen malli kuntoutuksen interventioteorioista (ks. myös Whyte ym. 2013, Hart ym. 2013).

tulisi kiinnittyä erityisesti suoritusten ja osallistumisen osa-alueisiin.

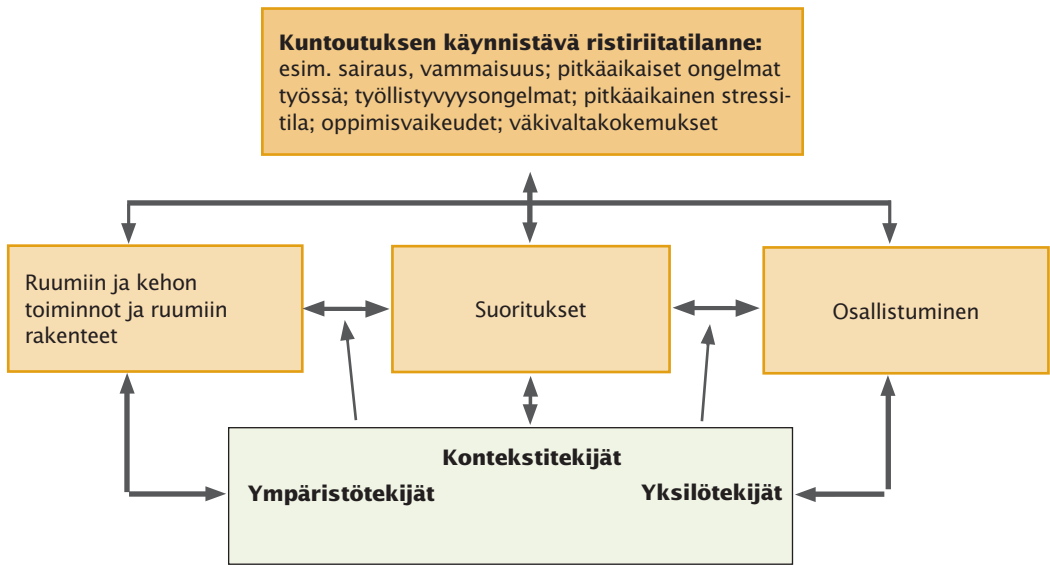
ICF-malli sisältää kontekstitekijöinä, toisen sanoen terveyteen, toimintaan ja toimintakykyyn potentiaalisesti vaikuttavina tekijöinä, erilaiset yksilö- ja ympäristötekijät. Yksilötekijät on siinä kuvattu pelkkänä luettelona. Ympäristötekijät on jaettu viiteen pääluokkaan, jotka sisältävät sekä fyysisen että sosiaalisen ja asenneympäristön ja vaihtelevat makrotasoisista mikrotasoihin: 1) tuotteet ja teknologiat, 2) luonnonmukainen ja ihmisen tekemä ympäristö, 3) sosiaalinen tuki ja verkostot, 4) asenteet (ideologiat, arvot, normit) sekä viimeisenä 5) yhteiskunnan palvelut, hallinto ja politiikat. Empiirinen tutkimus on osoittanut monien kontekstitekijöiden merkityksen ihmisen osallistumis- ja työllistymismahdollisuuksien kannalta. Hyvin suunnitellun koti- ja asuinympäristön tiedetään lisäävän suoritusten ja osallistumisen mahdollisuuksia vammaisella ja iäkkäällä väestöllä. Sosiaalisen tuen, stigman ja syrjinnän vaikutukset tunnetaan sekä yhteiskunnassa yleensä että sen palvelujen piirissä.

Monet kirjoittajat ovat pitäneet ICF:ää tärkeänä edistysaskelena kuntoutuksen yleisen teorian kehityksessä (esim. Wade 2005). ICF ei kuitenkaan ole luonteeltaan kuntoutuksen interventiteoria. Se sisältää yleisiä toimintaa ja toimintakykyä koskevia etiologisia olettamuksia ja on esimerkki toimintaa ja toimintakykyä koskevista yleismalleista. Kuntoutuspalvelut ja niiden vaikutukset eivät ole mallissa huomiota kohteena vaan kuuluvat mallissa muiden palvelujen ja hallinnon ohella niin sanottuihin kontekstitekijöihin.

ICF-luokituksen suosio on ollut sosiaali- ja kasvatustieteissä vähäisempi kuin esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä. Yksityy tälle on todennäköisesti se, että ICF-mallissa toimintakykyä tarkastellaan terveydentilan kautta: terveydentila on siinä, muista yksilöllisistä tekijöistä poiketen, erityisessä toimintakykyä ja toiminnan ongelmia tarkasteltaessa. Luokituksessa päähuomio on terveydentilan häiriöön tai tautiin liittyvien ongelmien kuvauksessa, ei ihmisen toimintakyvyssä ja sen alentumisessa yleisemmin.

Tältä osin malli heijastelee perinteistä kuntoutuskäsitystä, jonka mukaan kuntoutustarve perustuu sairauden tai vamman aiheuttamiin haittoihin. Nykyinen kuntoutuskäsitys on Suomessa jonkin verran laajempi. Esimerkiksi vankeuslakiin ja uuteen sosiaalihuoltolakiin sisältyvän sosiaalisen kuntoutuksen lähtökohdina voivat olla myös muut kuin sairauden tai vamman aiheuttamat tuen tarpeet. Vankeuslain kohderyhmänä ovat rikoksentekijät, jotka tarvitsevat tukea onnistuakseen palaamaan yhteiskuntaan, ja sosiaalihuollon sosiaalinen kuntoutus on tarkoitettu muun muassa pitkään työttöminä olleille tai väkivallan kohteeksi joutuneille, riippumatta lääketieteellisestä terveydentilasta. Kuviossa 3 ICF-mallia on alustavasti muunnettu siten, että siinä on esitetty terveydentilaa kuvaavan ruudun sijasta kuntoutustarpeen syitä kuvaava ruutu.

ICF-malliin on kohdistettu myös muunlaista kritiikkiä. Tavoitteet, intentiot ja tavoitteiden suuntainen toiminta ovat kuntoutuksessa keskeisiä asioita. Mallin on katsottu tukevan asiantuntijakeskeisiä toimintatapoja, joissa asiakkaan tilannetta arvioidaan ottamatta näkyvästi huomioon hänen tavoitteitaan, motivaatiotaan ja toimijuuttaan. Esimerkiksi Nordenfelt (2003) katsoo ihmisen tahdon ja toimijuuden unohtuneen ICF:stä ja pitää tärkeänä yhdistää malliin kykyisyyden lisäksi myös filosofisen toiminnan teorian kaksi muuta modaliteettia: halut ja toimintaympäristön antamat mahdollisuudet. Üeda ja Okawa (2003) puolestaan kysyivät, minne mallista on unohtunut yksilön kokemus, ja ehdottavat, että malliin tulisi konstruoida asiantuntija-arvioiden rinnalle kuntoutujan kokemusta kuvaava vastaava kehikko. On kuitenkin huomattava, että se empiirinen kehitystyö, jota on viime vuosikymmenen kuluessa tehty muun muassa sairausrhytmittain, on yleensä perustunut sekä kuntoutujan kokemukseen, moniammatillisen ryhmän arviointiin että monialaiseen tutkimukseen. On selvää, että ICF-luokitusta voidaan sellaisenaan käyttää apuna myös tavoitteiden asettamisen pohjana lisäämällä nykytilannetta kuvaavan arvion rinnalle tavoiteltua tilannetta koskeva merkintä.



Kuvio 3. Sovellus ICF-mallista.

Kuntoutuksen kannalta on tärkeä huomata, että kuntoutus ei ole ICF-mallissa muutosta tuottava tekijä vaan yksi toimintakontekstin osa muiden ympäristötekijöiden rinnalla. Malli ei sisällä Siegertin ym.:iden (2007) mainitsemia kolmannen tason oletuksia kuntoutusinterventio ja muutosten välisistä suhteista, vaan sen pääviesti on ”kaikki voi vaikuttaa kaikkeen”.

Kuntoutustyön tueksi soveltuvia teorioita

Kuntoutustyössä käytetään monenlaisia, eri tieteenaloilla kehitettyjä teorioita. Salminen ym. (2015) jäsentävät niitä kahdeksan otsikon – lääketieteellisen, biomekaanisen, motorisen kontrollin, kognitiivis-behavioraalisen, psykodynaamisen, pedagogisen, sosiaalisen ja holistisen viitekehyksen – alle. Ei ole harvinaista, että sama ammattilainen käyttää työssään useita teorioita yhdistellen niitä kuntoutustilanteiden mukaan. Palveluihin hakeutumista, tavoitteiden asettamista ja päätöksentekoa koskevia teorioita voidaan soveltaa muun muassa kuntoutustarpeen havaitsemisen ja kuntoutuksen käynnistymisen yhtey-

dessä. Motivaatioteoriat ovat hyödyllisiä mietittäessä kuntoutukseen sitoutumista ja sen keskeyttämisen ongelmia. Esimerkiksi neuropsykologisessa kuntoutuksessa käytetään hyväksi monenlaisia teorioita, kuten kognitiivisen toiminnan ja informaation prosessoinnin teorioita, emotionaalisen toiminnan ja sopeutumisen teorioita, oppimisteorioita, psykiatrisia teorioita sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja organisaatioteorioita, ja usein kyse on niiden tilannekohtaisesta synteisistä (Wilson & Gracey 2009). Kuntoutuksen yhteiskunnallisen näkökulman ymmärtämisen kannalta hyödyllisiä voivat olla erilaiset sosiaaliset vammaisuusteoriat, sosiaalisen tuen muotoja (mm. vertaistukea) ja vaikutuksia koskevat teoriat, leimaantumisteoriat, sosiaalisen vaihdon teoriat tai terveyden eriarvoisuuden perusteita koskevat mallit, mutta myös toimijaverkostoteoriat, organisaatioteoriat ja erilaiset työn muutosta ja työelämän murrosta koskevat tulkinnat. Kuntoutustyössä on kuitenkin varottava käyttämästä eri teoriapohjien käsitteitä voileipäpöytänä (*“cafeteria-style research”*), josta yksittäisiä konstruktioita poimitaan pyrkimättä ymmärtämään niiden asemaa laajemmassa viitekehyksessä.

Valitsimme tästä moninaisesta teorioiden valikoimasta neljä teoriaa tai mallia lyhyeen tarkasteluun. Ne ovat toimintavalmiuksien teoria, toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, empowerment-teorioiden ryhmä sekä sosiokognitiivinen teoria. Kaikkiin niihin sisältyy – ainakin implisiittisesti – sekä yksilöettä yhteisönäkökulma. Osassa niistä on myös interventioteorian piirteitä.

Toimintavalmiuksien teoria. Toimintavalmiuksien teorian (esim. Sen 1985, Nussbaum & Sen 1993) keskeisellä käsitteellä, toimintavalmiuksilla (capabilities), tarkoitetaan ihmisen mahdollisuuksia saavuttaa erilaisia olosuhteita tai suorittaa erilaisia toimintoja. Se ei viittaa ihmisen kykyihin vaan käytännöllisiin mahdollisuuksiin. Toimintavalmiuksien perusteella ihminen voi toimia ja saavuttaa arvokkaana pitämiään tavoitteita. Ihmisen hyvinvointi rakentuu hänen saavuttamistaan toiminnoista (achieved functionings), joita voivat olla terveys ja hyvinvointi mutta myös esimerkiksi itsekunnioitus ja onnellisuus. Toimintavalmiuksilla ja toiminnoilla on perustansa ulkoisten ehtojen ja toimijan henkilökohtaisten valmiuksien välisessä vuorovaikutuksessa, mutta myös ihmisen arvoilla, tavoitteilla ja valinnoilla on teoriassa tärkeä rooli. Toimintavalmius liittyy myös vapauteen ja mahdollisuuteen elää arvostamaansa elämää, ja siksi siihen yhdistyvät myös valtaistumisen ja toimijuuden käsitteet (Reindal 2009, Trani ym. 2011).

Useat kirjoittajat ovat viime vuosina vertailleet toisiinsa toimintavalmiuksien teoriaa ja ICF-mallia arvioiden niiden etuja ja ongelmia erityispedagogiikassa, kuntoutuksessa ja sosiaali- ja terveydenhuollossa (esim. Burchardt 2004, Mitra 2006, Reindal 2009, Lindh & Suikkanen 2012, Bickenbach 2014). Kuntoutuksen näkökulmasta toimintavalmiuksien teorian selvä etu ICF-malliin verrattuna on, että edellinen ottaa huomioon myös ihmisen arvot, tavoitteet ja valinnat.

Toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (COPM-E). Kanadalaisten toimintaterapeuttien kehittämä toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli on systeemiteoreettinen malli, joka muodostuu kolmesta osatekijästä: ihmises-

tä, ympäristöstä ja toiminnasta (esim. Polatajko ym. 2007: 23). Ihmistä kuvataan fyysisen, kognitiivisen ja affektiivisen kokonaisuutena; tämän kokonaisuuden ytimessä on henkisyys, joka yhdistää eri komponentit toisiinsa ja jolla viitataan ihmisen minään, toimijuuteen ja itsemääräämiseen. Ympäristö muodostuu kulttuurisesta, institutionaalista, fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä. Toiminta jakautuu sisällöllisesti kolmeen osaan: itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Toiminta yhdistää ihmisen ympäristöönsä, ja toiminnan kautta ihminen luo ympäristöään ja ympäristö määrittää ihmistä. Ihmisen toiminnallisuus perustuu ihmisen, ympäristön ja toiminnan dynaamiseen vuorovaikutukseen. Toiminnallisuuden vaikuttavien tekijöiden lisäksi mallissa kuvataan toimintaan sitoutumista, johon liittyvät kuntoutujan roolit, tyytyväisyys, identiteetti, kehitys, suorituskyky, voimavarat ja historia.

Malli ja siihen kuuluvat konkreettiset työvälineet on suunniteltu ohjaamaan toimintaterapian käytäntöjä, ja malliin sisältyy myös selviä interventioteorian piirteitä. Mallina se soveltuu kuntoutustyön perustaksi yleisemminkin. Se tarkastelee ihmisen toimintaa, mutta siinä ei ole myöskään unohdettu ihmisen minuutta ja toimijuutta. Asiakaslähtöisyys on kuulunut alusta alkaen mallin periaatteisiin.

Valtaistumisteoriat ja sosiaalinen laatu. Empowerment-teorioissa yhdistyvät yleensä vallan, yksilön toimijuuden ja yhteisöllisten rakenteiden konstruktio. Yksilötasolla valtaistuminen merkitsee muun muassa mahdollisuutta omien asioiden ajamiseen ja hallintaan, kriittistä tietoisuutta niistä tekijöistä, jotka tukevat tai estävät arkielämän hallinnan mahdollisuuksia, sekä mahdollisuutta osallistua suunnitteluun, päätöksentekoon ja toimeenpanoon (Zimmerman & Warschausky 1998). Rakenteellinen *empowerment* tarkoittaa muutuskäsitteenä tasa-arvoisten ja osallistumismahdollisuuksia tarjoavien rakenteiden luomista organisaatioihin tai yhteiskunnallisiin instituutioihin (tai esimerkiksi kuntoutusorganisaatioihin) (vrt. Masterson & Owen 2006). Rakenteellinen valtaistuminen viittaa

siten yhteisön, organisaation tai palvelujärjestelmän ominaisuuksiin, yksilöllinen tai psykologinen valtaistuminen puolestaan yksilön ja ympäristön väliseen suhteeseen tai henkilökohtaisiin prosesseihin, joita yhteisölliset prosessit tukevat. Kuntoutusorganisaation arvot ja toimintaperiaatteet määrittävät sekä kuntoutusammattilaisten mahdollisuuksia että kuntoutujien mahdollisuuksia osallistua ja valtaistua. Valtaistumisen käsitettä on tarkasteltu paljon nimenomaan kuntoutuksen näkökulmasta (ks. myös Kosciulek 1999).

Valtaistumisen teorian pohjalta voidaan olettaa, että asiakkaan sitoutuminen, valtaistuminen ja osallistuminen tulevat mahdollisiksi, jos kuntoutuksessa (a) etsitään hyvän elämän mahdollisuuksia ja tavoitteita yhdessä kuntoutujan kanssa, (b) asiakkaalla on mahdollisuus osallistua kuntoutusprosessinsa suunnitteluun, sitä koskevaan päätöksentekoon, sen toteutukseen ja seurantaan, (c) asiakkaalle luodaan mahdollisuuksia omien voimavarojen etsimiseen, tunnistamiseen ja käyttöön ottoon sekä (d) tuetaan hänen mahdollisuuksiensa nähdä itsensä aktiivisena toimijana omassa elämässään. Tällaisia periaatteita sovelletaan asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa ja voimavarasuuntautuneessa asiakastyössä (strengths-based client work; ks. esim. Rapp & Goscha 2006).

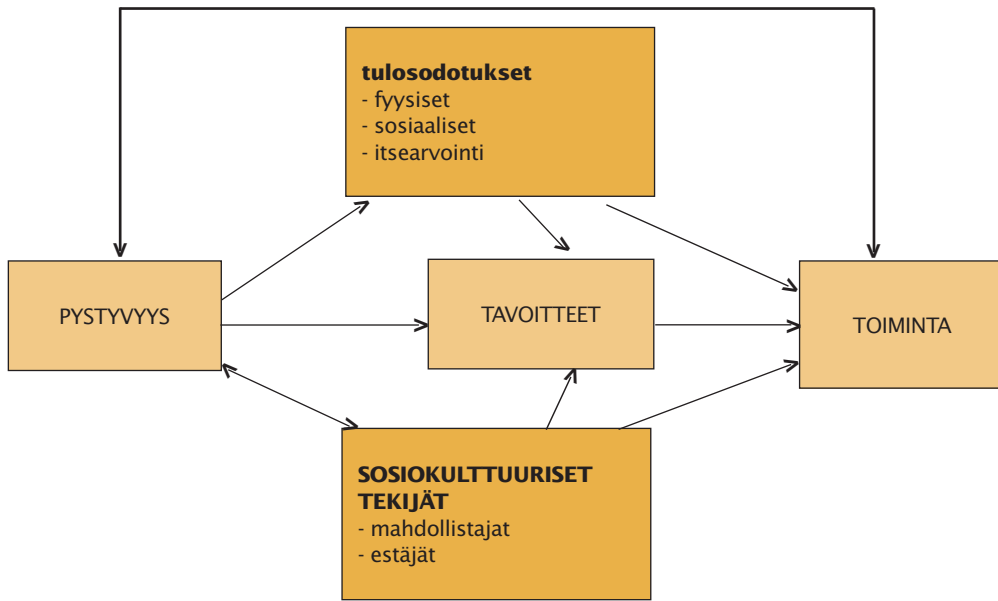
Empowerment-käsite sisältyy myös eurooppalaisten tutkijoiden kehittämään sosiaalisen laadun teoriaan (*social quality theory*), jonka tavoitteena on ollut löytää yhteiskunnan rakenteiden ja kansalaisten toimijuuden ulottuvuuksien pohjalta se ”sosiaalinen”, joka luo mahdollisuuksia myös yksilöiden elämänlaadulle, hyvinvoinnille ja osallisuudelle (esim. Walker 2009, Ward ym. 2011). Teoria kiteytyy neljään osa-alueeseen, turvallisuuteen, sosiaaliseen koheesioon, valtaistumiseen ja sosiaaliseen osallisuuteen, ja sen ytimenä on yksilön ja yhteisön vuorovaikutus. Teorian tarjoamaa tarkastelukehikkoa ei ole juuri sovellettu kuntoutuksessa, vaikka se saattaisi soveltua siihen erityisen hyvin.

Käyttäytymisen muutoksen teorat. Monet terveys- ja sosiaalipsykologiset teorat ja mallit kohdistuvat ihmisen käyttäytymisen muu-

toksiin. Sen jälkeen, kun kuntoutumista on alettu tulkita ”kuntoutujan matkana”, ihmisen aikomusten, tavoitteiden, sitoutumisen ja toiminnan merkitys on korostunut myös kuntoutuksessa. Esimerkkejä paljon sovelletuista teorioista ovat Carverin ja Scheierin (1982, 2001) itsesäätely- tai kontrolliteoria, joka käsittelee tavoitteen suuntaista toimintaa, Locken ja Lathamien (2006) tavoitteiden asettamisen teoria, erilaiset käyttäytymisen muutoksen vaihemallit (esim. transteoreettinen vaihemalli, DiClemente & Prochaska 1998), Rogersin suojelumotivaatioteoria (Milne ym. 2000), Ajzenin suunnitellun käyttäytymisen teoria (Ajzen & Manstead 2007), terveysuskomusmalli (esim. Becker & Janz 1985) ja sosiokognitiivinen teoria (Bandura 1986, 1999). Decin ja Ryanin (1985, 2008) itsemääräämisteoriana on sovellettu muun muassa liikuntakäyttäytymisen ja työssä jaksamisen ymmärtämisessä mutta myös pohdittaessa kuntoutumisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen teoreettisia perusteita (Mancini 2008).

Engelmana näissä kysymyksissä ei ole niinkään teorioiden puute vaan niiden moninaisuus ja toisaalta se, että teorat usein keskittyvät vain johonkin osaan kokonaisprosessia. Viime aikoina onkin todettu, että parhaita tuloksia saavutetaan eri teorioita yhdistämällä (Glanz & Bishop 2010, Schwarzer ym. 2008, Webb ym. 2010), ja näistä yrityksistä on viime vuosien kirjallisuudessa useita kiinnostavia esimerkkejä.

Edellä mainittu Banduran sosiokognitiivinen teoria on saavuttanut aseman yhtenä suosituimmista teorioista terveyskäyttäytymisen ja kuntoutuksen alueella. Kuntoutuksen kannalta kiinnostavuutta lisäävät sen keskeiset konstruktiot toimijuus, pystyvyys ja sitoutuminen, joilla näyttää olevan merkitystä sekä kuntoutusprosessissa että elämänkulussa yleisemmin. Yksilön toimijuuden ohella teoria ottaa huomioon myös kollektiivisen toimijuuden samoin kuin sosiaalisen rakenteen ja toimijuuden vuorovaikutuksen. Sosiokognitiivista teoriaa ei tässä kirjoituksessa tarkastella yksityiskohtaisemmin; kuvion 4 yksinkertainen malli kuvaa kuitenkin eräitä teorian konstruktioita.



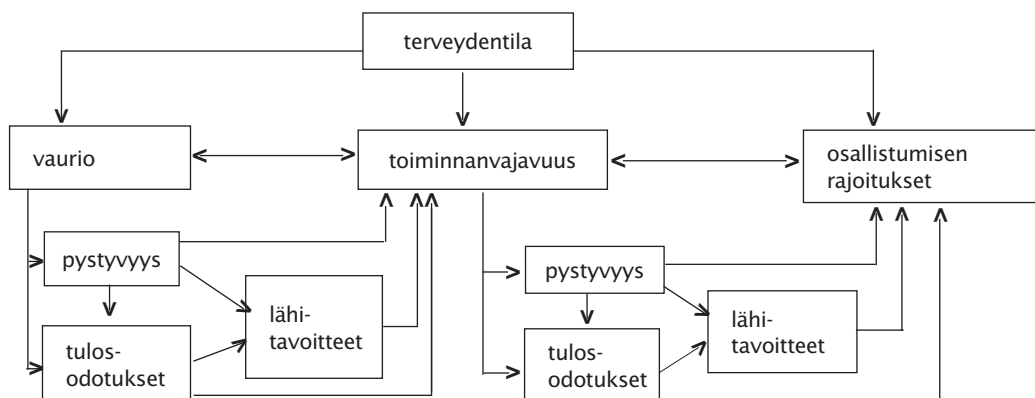
Kuvio 4. Yksinkertainen malli sosiokognitiivisen teorian keskeisistä konstruktioista (Bandura 2012).

Kohti ICF:n ja käyttäytymisen muutosta tarkastelevien teorioiden yhdistelmiä?

Viime vuosina muutamat tutkijaryhmät ovat kehittäneet ICF-mallia kuntoutuksen mallina yhdistämällä ICF:n rakenteen erilaisiin ihmisen toimintaa ja käyttäytymisen muutosta selittäviin teorioihin. Yksi kysymyksistä on ollut, millaista lisäarvoa yksilön käyttäytymistä selittävät teoriat tuovat elintasoisten toimintojen ja suoritusten/osallistumisen välisen suhteen ymmärtämiseksi. Brittiläinen tutkijaryhmä (esim. Dixon ym. 2012, Johnston & Dixon 2014) integroi ICF-malliin (ja sitä edeltäneeseen ICIDH-malliin) kaksi käyttäytymisen muutosta kuvaavaa teoriaa, toisaalta sosiokognitiivisen teorian (Bandura 1999, 2001) ja toisaalta suunnitellun käyttäytymisen teorian (theory of planned behaviour; Ajzen 1991). Oletuksena oli, että ihmisen osallistumiseen vaikuttavat elinolojen rajoitusten ohella erilaiset sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, jotka välittyvät ihmisen kokemusten ja käsitysten (pystyvyyden tunteen, tulosodotusten, toiminnan kontrollin, intentioiden jne.) kautta. Empiirisenä aineistona tutkija-

ryhmä käytti muun muassa tekonivelleikkauksista toipuvien seurantatietoja. Keskeinen tulos oli, että molemmat integroidut mallit selittivät empiirisiä tuloksia – elinolojen toimintakyvyn ja osallistumisen rajoitusten välistä suhdetta – paremmin kuin ICF-malli tai kyseinen sosiaalipsykologinen malli yksinään. Vaikuttaa siltä, että ICF-malli voisi tarjota perustan, jonka varaan voitaisiin rakentaa myös kuntoutuksen muutosteorioita.

Scobbie ja Dixon (2015) pitävät ICF-mallia tavoitesuuntautuneen toiminnan kannalta staattisena, koska se ei ota huomioon ajan merkitystä. Dynaamisemmaksi malli tulee, kun sosiokognitiivinen malli tavoitteineen ja motivaatioineen integroidaan siihen (kuvio 5). Tutkijat kuvaavat tilannetta esimerkiksi, joka on kuntoutustilanteissa sangen tuttu. Aivohalvauksesta toipuvan miehen luottamus omaan selviytymiseensä (pystyvyyksäisyys) on selvästi heikentynyt, ja hän pelkää kaatuvansa joutuessaan epätasaiselle alustalle (tulosodotus). Niinpä hän on taipuvainen muokkaamaan toimintaansa ja tavoitteitaan niin, että hän ei joudu tilanteisiin, joista hän ei odota selviytyvänsä. Sen vuoksi hän luopuu



Kuvio 5. Sosiokognitiivisen teorian integrointi ICF-malliin Scobbien ja Dixonin (2015) tapaan.

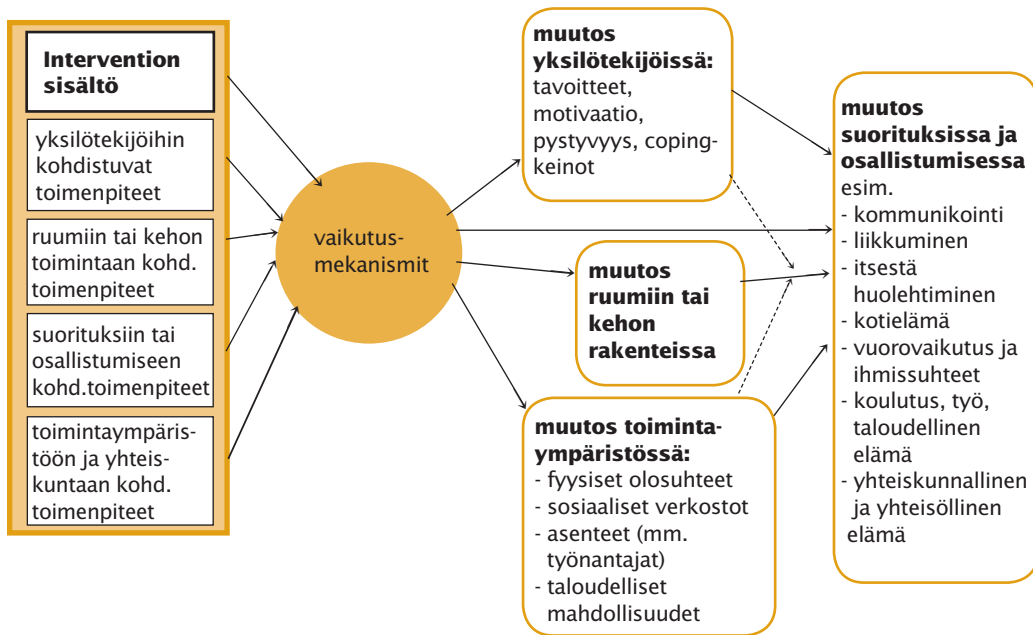
fyysisistä harrastuksistaan, esimerkiksi golfin peluusta. Se merkitsee, että hän ei saa riittävää harjoitusta ja hänen toimintakykynsä heikenee entisestään. Samalla tavoin toiminnanvajavuus heijastuu erilaisina osallistumisen rajoituksina.

Geidl ym. (2014) analysoivat fyysiseen harjoitukseen perustuvien kuntoutusohjelmien pitkäaikaisvaikutuksia. Perinteisesti terapeuttinen harjoittelu perustuu biomedikaaliseen sairauskäsitykseen: perusolettamuksena on, että samalla kun harjoitus vaikuttaa suotuisasti ruumiin rakenteisiin ja toimintoihin, sen vaikutukset näkyvät myös suoritusten ja osallistumisen tasolla. Tyypillistä on kuitenkin, että suhteellisen lyhytkin kuntoutusjakso tuottaa hyviä vaikutuksia elinten toiminnan tasolla, mutta vaikutukset jäävät lyhytkestoisiksi eivätkä siirry suoritusten ja osallistumisen tasolle. Pitkäaikaiset muutokset edellyttävät kuntoutujan toimintatapojen muutosta: sitä, että hän motivoituu ja pystyy jatkamaan harjoittelua myös itsenäisesti kuntoutusjakson jälkeen. Tämä tarkoittaa, että perinteinen terapeuttinen harjoittelu on korvattava tai sitä on täydennettävä toimintatavalla, jonka teorettisena perustana on ICF-mallin integroiminen tavoitteita, motivaatiota ja käyttäytymisen muutosta koskeviin teorioihin.

Muutosmekanismit toimivat monin tavoin

Kuntoutuksen muutosteorioissa (vrt. kuviot 1 ja 2) keskeinen kysymys on, mitkä tai millaiset interventiot tai kuntoutuksen osatekijät (olennaiset ydinsisällöt) saavat aikaan toivottuja muutoksia ihmisen suorituksissa ja osallistumisessa ja millaiset mekanismit tässä muutoksessa toimivat. Yhtä tärkeä kysymys on, millaiset kuntoutujan yksilölliset ja toimintaympäristöön liittyvät tekijät ovat tässä muutoksessa olennaisia ja miten ne voidaan ottaa huomioon kuntoutustoimintaa suunniteltaessa. Hyvä interventioteoriatulkitsee ihmisen toimintaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen pohjalta, mutta sisältää myös tietoon perustuvia oletuksia siitä, millaiset kuntoutuspalvelut tai interventiot tuottavat positiivisia muutoksia eri osa-alueilla ja mitkä vaikutusmekanismit eri tilanteissa toimivat.

Monialaisessa kuntoutustoiminnassa pyritään perimmäiseen tavoitteeseen, suoritusten ja osallistumisen parantumiseen (joko yleensä tai jollakin osa-alueella), eri reittejä myöten (kuvio 6). Asetettavat välitavoitteet voivat siten olla hyvinkin erilaisia. Biomedikaalisiin, terapeuttisiin ja kognitiivisen psykologian toimenpitein pyritään saamaan aikaan haluttuja muutoksia ruumiin ja kehon rakenteissa ja toimintoissa, ja usein niissä tapahtuneita



Kuvio 6. Kuntoutustoiminnan päätavoite ja sen saavuttamisen väylät (vrt. Worrall 2007, Järvikoski & Härkäpää 2011).

den muutosten oletetaan sellaisenaan johtavan perimmäisen tavoitteen saavuttamiseen. Voidaan myös pyrkiä vaikuttamaan yksilötekijöihin: toiminnan tulisi tukea kuntoutujan motivaatiota ja pystyvyyttä (self-efficacy) tai auttaa häntä löytämään keinoja ongelmien käsittelyyn (coping). Muutos yksilötekijöissä voi vaikuttaa osallistumiseen suoraan, mutta se vaikuttaa myös epäsuorasti vaikuttamalla ruumiin ja kehon toimintoihin tai niiden ja osallistumisen väliseen yhteyteen. Perimmäiseen tavoitteeseen voidaan pyrkiä myös vaikuttamalla ympäristötekijöihin. Apuvälineiden avulla voidaan parantaa suorituksia, vaikka ruumiin ja kehon rakenteissa tai toiminnossa ei sinänsä tapahdu muutoksia. Työympäristön suunnittelu, työnantajien työllistämishalukkuuteen vaikuttaminen, asuin ympäristön esteettömyys ja asumista helpottavat ratkaisut kotona vaikuttavat suoraan suorituksiin ja osallistumisen eri ulottuvuuksiin. Myös olosuhteiden muutoksella on usein samalla epäsuoria vaikutuksia. Tyypillistä kuntoutukselle on, että pyritään vaikuttamaan samanaikaisesti usein eri tavoin – sekä terapeutin ja kasvattavin keinoin että luomalla

osallistumismahdollisuuksia ja vaikuttamalla ympäristöön.

Vaikutusmekanismit viittaavat kuviossa 6 niihin prosesseihin, joiden kautta kuntoutusintervention eri osatekijät tuottavat muutoksia ICF-mallin eri osa-alueilla. Kuntoutuksen interventioteoriana hahmoteltaessa tärkeä kysymys on myös, miten kuntoutuspalvelun ”ydinsisältö” eri tilanteissa määritellään. Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusta on syystä kritikoitu ”black box”-ongelmasta: vaikka tiedetään, että interventio vaikuttaa, ei tiedetä, mikä siinä vaikuttaa. Viime aikoina onkin kehitelty myös teoriaperusteisia kuntoutusinterventioiden ja käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden luokitusjärjestelmiä, joiden tarkoituksena on avata kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten ”mustaa laatikkoa” ja löytää tätä kautta teoreettinen pohja eri interventioiden tulosten tarkasteluun (Michie ym. 2011, 2013, Hart ym. 2014). Vaikka monet vaikutuksista ovat yksilöllisiä tai kontekstisidonnaisia, toiminnan ja yksittäisten toimenpiteiden jatkuva arviointi on tarpeen. On olennaisen tärkeää saada tutkimustietoa toiminnan tuloksista, mutta samal-

la tarvitaan ymmärrystä niistä mekanismeista, joiden kautta positiiviset muutokset syntyvät.

Whyte ja Barrett (2012) puhuvat kahdentyyppisistä muutosteorioista: toisaalta interventioteorioista, toisaalta ns. mahdollistavista teorioista (*enablement theories*). Vaikka kuntoutuksen lopputavoite (aim) on yleensä suorituksissa tai osallistumisessa tapahtuvissa muutoksissa, kuntoutusintervention kohde (target) on usein kuitenkin lähempänä: esimerkiksi lihasvoiman tai sanasujuvuuden parantumisessa tai uusissa oppimiskokemuksissa. Interventioteorioissa pyritään määrittelemään ne mekanismit, joiden välityksellä intervention aktiiviset osatekijät, ingredientit, tuottavat muutoksia siinä kohteessa ja sillä toiminnan osa-alueella, johon interventiolla pyritään välittömästi vaikuttamaan. Se, saavutetaanko interventiolla kuntoutuksen lopputavoite, on kuitenkin riippuvainen paitsi interventiosta myös erilaisista yksilöllisistä tai kuntoutujan sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön liittyvistä tekijöistä, joihin interventio ei useinkaan suoranaisesti kohdistu.

Whyte (2014) pitää tärkeänä sekä interventioteorioiden että mahdollistavien teorioiden kehittämistä kuntoutuksessa, mutta pitää niiden yhdistämistä haasteellisenä tai tuskin mahdollisena. Oma käsityksemme kuitenkin on, että kuntoutuksen suuri kysymys on, miten ”mahdollistavia ratkaisuja” pystytään kuntoutuksen osana toteuttamaan. Muuten jäädään aina tilanteisiin, joissa kuntoutus sinänsä – elintasolla – onnistuu hyvin, mutta osallistumistuloksia ei muodostu, sillä kuntoutujan integroituminen kotiympäristöön, yhteiskuntaan tai työhön ei kuntoutuksen tuloksena onnistu.

Tiivistelmä

Kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä tarvitaan monitasoisia teorioita, jotka ulottuvat mikrotasoisista makrotasoihin. ICF on ensi sijassa luokittelujärjestelmä mutta samalla yksinkertainen systeeminen ja interaktiivinen malli. Kuntoutustyössä käytetään monenlaisia,

eri tieteenaloilla kehitettyjä teorioita. ICF voi toimia kuntoutuksen interventioteorian perustana, jos se integroidaan muutosteorioihin, esimerkiksi tavoitteenasettelun, käyttäytymisen muutoksen tai valtautumisen teorioihin.

Abstract

Rehabilitation theories and the ICF.

In rehabilitation research and practice, comprehensive theories are needed, ranging from micro-level to macro-level. The ICF is a classification system, but also a simple systemic model of human functioning. In rehabilitation, many kinds of theories are used, developed in different disciplines. The ICF can serve as a basis of a rehabilitation intervention theory if it is integrated with theories focusing on change, e.g., those focusing on the goal-setting, behavior change and empowerment.

Aila Järvikoski, kuntoutustieteen professori emerita, Lapin yliopisto

Kristiina Härkäpää, kuntoutustieteen professori, Lapin yliopisto

Anna-Liisa Salminen, PhD, tt, kuntoutustieteen dosentti, johtava tutkija, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto

Lähteet

- Ajzen I (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 2, 179–211.
- Ajzen I & Manstead SR (2007) Changing health-related behaviours: An approach based on the theory of planned behavior. Teoksessa: Hewstone M ym. (eds.) *The scope of social psychology: Theory and applications*. Psychology Press, New York, 43–63.
- Archer MS (1995) *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*. Cambridge University Press, Cambridge
- Bandura A (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

- Bandura A (1999) Self-efficacy. The exercise of control. Freeman, New York.
- Bandura A (2001) Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 52, 1–26.
- Bandura A (2012) On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management* 38, 1, 9–44.
- Bhaskar R & Danermark B (2006) Metatheory, interdisciplinarity and disability research: a critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research* 8, 4, 278–297.
- Becker MH & Janz NK (1985) The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *The Diabetes Educator* 11, 1, 41–47.
- Bergin M, Wells JSG & Owen S (2011) Critical realism: a philosophical framework for the study of gender and mental health. *Nursing Philosophy* 2008, 9, 169–179.
- Bickenbach J (2014) Reconciling the capability approach and the ICF. *ALTER, European Journal of Disability Research* 8, 10–23.
- Burchardt T (2004) Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability. *Disability & Society* 19, 7, 735–751.
- Carver CS & Scheier MF (1982) Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin* 92, 1, 111–135.
- Carver CS & Scheier MF (2001) On the self-regulation of human behavior. Cambridge University Press.
- Clark AM, MacIntyre PD & Cruickshank J (2007) A critical realist approach to understanding and evaluating heart health programmes. *Health* 11, 4, 513–539.
- Dahlgren G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm.
- Dean SG, Siegert RJ & Taylor WJ (2012) Conclusion: rethinking rehabilitation. Teoksessa: Dean SG, Siegert RJ & Taylor WJ (eds.) *Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach*. Wiley-Blackwell, 167–184.
- Deci EL & Ryan RM (1985) Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Plenum, New York.
- Deci EL & Ryan RM (2008) Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology* 49, 3, 182–185.
- DeForge R & Shaw J (2011) Back- and fore-grounding ontology: exploring the linkages between critical realism, pragmatism, and methodologies in health and rehabilitation sciences. *Nursing Inquiry* 19, 1, 83–95.
- DiClemente CC & Prochaska JO (1998) Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. Teoksessa: Miller WR & Heather N (eds.) *Treating addictive behaviors*. Applied clinical psychology. Plenum Press, New York, 3–24.
- Dixon D, Johnston M, Elliott A & Hannaford P (2012) Testing integrated behavioural and biomedical models of activity and activity limitations in a population-based sample. *Disability and Rehabilitation* 34, 14, 1157–1166.
- Geidl W, Semrau J & Pfeifer K (2014) Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation* 2014 (DOI: 10.3109/09638288.2014.891056).
- Glanz K & Bishop DB (2010) The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health* 31, 399–418.
- Gzil F, Lefevre C, Cammelli M, Pachoud B, Ravaud JF & Lefevre A (2007) Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability & Rehabilitation* 29, 20–21, 1616–1624.
- Hart T, Tsaousides T, Zanca JM ym. (2014) Toward a theory-driven classification of rehabilitation treatments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1, Suppl, S33–44.
- Järvikoski A & Härköpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYpro, Helsinki.
- Järvikoski A & Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim, Helsinki.
- Johnston M & Dixon D (2014) Developing an integrated biomedical and behavioural theory of functioning and disability: adding models of behaviour to the ICF framework. *Health Psychology Review* 8, 4, 381–403.
- Kivinen O & Piironen T (2007) Sociologizing metaphysics and mind: A pragmatist point of view on the methodology of the social sciences. *Human Studies* 30, 97–114.
- Kosciulek J (1999) Consumer direction in disability policy formulation and rehabilitation service delivery. *Journal of Rehabilitation* 1999, 2, 4–9.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma (2003) Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Lindh J & Suikkanen A (2012) Vammaisuuden teorian ja kuntoutuksen problematiikka. Teoksessa: Järvikoski A, Lindh J & Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus,

- Rovaniemi, 121-134.
- Locke EA & Latham GP (2006) New directions in goal-setting theory. *Current Directions in Psychological Science* 15, 5, 265–268.
- Masterson S & Owen S (2006) Mental health service user's social and individual empowerment: using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health* 15, 1, 19–34.
- McPherson K, Gibson BE & Leplege A (2015) Rethinking Rehabilitation: Theory, Practice, History – And the Future. Teoksessa: McPherson K, Gibson BE & Leplege A (eds.) *Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice*. CRC-Press.
- Michie S, Abraham C, Eccles MP ym. (2011) Methods for strengthening evaluation and implementation: Specifying components of behaviour change interventions: A study protocol. *Implementation Science*, 6, 10.
- Michie S, Richardson M, Johnston M ym. (2013) The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 46, 81–95.
- Milne S, Sheeran P & Orbell S (2000) Prediction and intervention in health-related behavior: a meta-analytical review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology* 30, 1, 106–143.
- Mitra S (2006) The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies* 16, 4, 236–247.
- Nordenfelt L (2003) Action theory, disability and ICF. *Disability & Rehabilitation* 25, 18, 1075–1079.
- Nussbaum M & Sen A (eds.) (1993) *The quality of life*. Oxford, Oxford University Press.
- Pawson R & Tilley N (1997) *Realistic evaluation*. Sage.
- Pihlström S (2007/2014) Pragmatismi. *Filosofia.fi*. Portti filosofiaan. www.Filosofia.fi/node/2409.
- Polatajko HJ, Townsend EA (eds.) (2007) *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. CAOT Publ, Ottawa.
- Rapp CA & Goscha RJ (2006) *The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford University Press, New York.
- Reindal SM (2009) Disability, capability, and special education: towards a capability-based theory. *European Journal of Special Needs Education* 24, 2, 155–168.
- Rostila I (2001) Realistinen arviointitutkimus toimintamallin kehittämistyössä. Teoksessa: Järviskoski A, Härkäpää K & Nouko-Juvonen S (toim.) *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Salminen A-L, Järviskoski A & Härkäpää K (2015) Teori-at, viitekehukset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. *Käsikirjoitus (hyväksytty julkaistavaksi)*.
- Schwarzer R, Luszczynska A, Ziegelmann JP ym. (2008) Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology* 27, 1, Suppl, S54–S63.
- Scobbie L & Dixon D (2015) Theory-based approach to goal setting. Teoksessa: Siegert RJ, Levack WMM (eds.) *Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence*. CRC Press, Boca Raton.
- Sen A (1985) *Commodities and capabilities*. Oxford, North-Holland.
- Shaw JA, Connelly DM & Zecevic AA (2010) Pragmatism in practice: Mixed methods research for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 26, 8, 510–518.
- Siegert RJ, McPherson KM & Dean SG (2005) Theory development and a science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27, 24, 1493–1501.
- Siegert RJ, Ward T, Levack WHM & McPherson KM (2007) A Good Lives Model of clinical and community rehabilitation. *Disability & Rehabilitation* 29, 20–21, 1604–1615.
- Stucki G & Grimby G (2007) Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part I: Developing a comprehensive structure from the cell to society. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 4, 293–298.
- Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G & Melvin J (2007) Developing “Human functioning and rehabilitation research” from the comprehensive perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 9, 665–671.
- Taylor WJ & Geyh S (2012) *A rehabilitation framework: the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Teoksessa: Dean SG, Siegert R & Taylor WJ (eds.) *Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach*. Wiley-Blackwell, 9–44.
- Trani J-F, Bakhshi P, Bellanca N ym. (2011) Disabilities through the capability approach lens: Implications for public policies. *ALTER, European Journal of Disability Research* 5, 143–157.
- Turunen J, Piikivi L & Mäkitalo J (2004) *Sosiosomaatiikka – uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan*. *Duodecim* 120, 17, 2063–2071.
- Üeda S & Okawa Y (2003) The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability & Rehabilitation* 25, 11–12, 596–601.
- Wade DT (2005) Describing rehabilitation interventions. Editorial. *Clinical Rehabilitation* 19, 811–818.
- Walker A (2009) *The social quality approach: brid-*

- ging Asia and Europe. *Development and Society* 38, 2, 209–235.
- Ward PR, Meter SB, Verity F ym. (2011) Complex problems require complex solutions: the utility of social quality theory for addressing the Social Determinants of Health. *BMC Public Health* 11, 630–638.
- Webb TL, Sniehotta FF & Michie S (2010) Using theories of behavior change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction* 105, 1879–92.
- WHO (2001) International classification of functioning, disability and health. Geneva.
- Whyte J (2007) A grand unified theory of rehabilitation (we wish!). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89, 203–209.
- Whyte J (2014) Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1, Suppl 1, S17–523.
- Whyte J & Barrett AM (2012) Advancing the evidence base of rehabilitation treatments: a developmental approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93, 8, Suppl, S101–S110.
- Whyte J, Dijkers MP, Hart T ym. (2014) Development of a theory-driven rehabilitation treatment taxonomy: conceptual issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, Suppl 1, S24–32.
- Wilson BA & Gracey F (2009) Towards a comprehensive model of neuropsychological rehabilitation. *Teoksessa: Wilson BA ym. Neuropsychological rehabilitation. Theory, models, therapy and outcome.* Cambridge University Press, Cambridge, 1–21.
- Worrall L (2005) Unifying rehabilitation theory through theory development. *Disability and Rehabilitation* 27, 24, 1515–1516.
- Zimmerman MA & Warschausky S (1998) Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology* 43, 1, 3–16.