

Katja Kanelisto  
Anna-Liisa Salminen

# IPA-kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä

Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille,  
joilla on fyysisiä toimintarajoitteita



76/2011

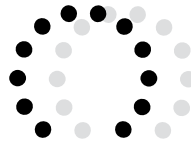
Sosiaali- ja terveysturvan selosteita



**Katja Kanelisto  
ja Anna-Liisa Salminen**

**IPA-kyselylomake valinnoista  
ja osallistumisesta jokapäiväisessä  
elämässä**

**Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä  
aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita**



76/2011  
Sosiaali- ja terveysturvan  
selosteita

**Kela**<sup>®</sup>

**KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2011**

ISBN 978-951-669-863-5 (nid.), 978-951-669-864-2 (pdf)  
ISSN 1455-0113

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy  
Tampere 2011

## SISÄLTÖ

---

Alkusanat .....	3
Lyhenteet ja termit .....	4
Johdanto .....	5
1 Osallistumisen ja autonomian mittaaminen .....	5
1.1 Osallistuminen ja autonomia.....	5
1.2 Asiakkaan oma kokemus osallistumisestaan ja autonomiastaan arvioinnin kohteena.....	6
2 IPAn kehittäminen .....	7
3 IPAn psykometriset ominaisuudet .....	8
3.1 Kirjallisuuskatsaus .....	8
3.2 Validiteetti.....	8
3.3 Reliabiliteetti.....	9
3.4 Erottelukyky ja herkkyys mitata muutosta .....	9
3.5 Tutkimuksen tarve.....	16
4 Suomenkielisen version käännoistyö ja validointi .....	16
4.1 Käännoistyö ja kielellinen validointi .....	16
4.2 Validointi.....	16
5 IPAn käyttäminen.....	18
5.2 IPAn rakenne .....	18
5.3 Lomakkeen täyttäminen.....	20
5.4 Pisteytys ja tulosten tulkinta.....	20
Lähteet .....	20
Liite 1: IPA-kyselylomake .....	23
Liite 2: IPA-pisteytyslomake.....	32
Liite 3: IPAn linkitys ICF-luokitukseen.....	34

### Kirjoittajat

Katja Kanelisto, TtM, toimintaterapeutti (amk), tutkija  
Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter  
etunimi.sukunimi@gmail.com

Anna-Liisa Salminen, PhD, erikoistoimintaterapeutti,  
johtava tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sarjan julkaisu on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto  
www.kela.fi/tutkimus  
tutkimus@kela.fi

## Alkusanat

Kelan rahoittamassa ja Suomen MS-liiton toteuttamassa vaikeavammaisten MS-kuntoutujien moniammatillisessa avokuntoutuksen kehittämishankkeessa kehitetään vuosina 2010–2012 ryhmämuotoista avokuntoutusta kiinteästi MS-tautia sairastavien arkeen kytkeytyväksi. Hankkeen arviointitutkimuksesta vastaa tutkimusryhmä, johon kuuluvat johtava tutkija Anna-Liisa Salminen Kelan tutkimusosastolta sekä tutkijat Maarit Karhula ja Katja Kanelisto Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenteristä.

Arviointitutkimuksessa haluttiin arvioida kuntoutuksen vaikutuksia kuntoutujien arjessa selviytymiseen ja osallistumiseen. Koska osallistumisen arviointiin ei ollut saatavilla sopivaa suomenkielistä arviointimenetelmää, pyydettiin kansainvälisesti tunnetun, Impact on Participation and Autonomy (IPA) arviointimenetelmän kehittäjältä Mieke Cardolilta lupa kääntää IPA suomen kielelle. Kelan tutkimusosasto sai luvan menetelmän kääntämiseen suomen kielelle ja sen julkaisemiseen.

IPAn suomenkielisen version työstämiseen on tutkimusryhmän lisäksi osallistunut asiantuntijaryhmä, johon kuuluivat yliopettaja Toini Harra Metropoliaa, lehtori Mari Kantanen Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, toimintaterapeutti Mirja Lahtinen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä ja toimintaterapeuttiyrittäjä Maikku Tammi. Tekstiä on kommentoinut refereeen lisäksi tutkija Kristiina Juntunen Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenteristä. Kielenkääntäjinä toimivat sekä Harri Lipiäinen ja Janina Gröndahl Kelasta että M.Sc Dick van der Kuip.

Tässä julkaistavaa IPAn suomenkielistä versiota on käytetty ja sen validiteettia on arvioitu MS-avokuntoutushankkeen arviointitutkimuksessa. Julkaisun toivotaan täydentävän Suomessa jo käytössä olevia osallistumisen alueelle kohdentuvia arviointimenetelmiä.

*Helsingissä kesäkuussa 2011*

*Katja Kanelisto ja Anna-Liisa Salminen*

## Lyhenteet ja termit

**Autonomia** viittaa toisten ihmisten tahdon, ajatusten, päätösten ja tekojen kunnioittamiseen. Sen taustalla vaikuttaa ajatus itsemääräämisoikeudesta, joka takaa ihmiselle vapauden tehdä itse valintoja ja toimia niiden mukaan.

**CI** (confidence interval) Luottamusväli ilmaisee tunnuslukuun, esim. keskiarvoon, sisältyvän virhemarginaalin.

**Divergentti validiteetti** (erotteleva validiteetti) Eri teoreettisiin käsitteisiin liittyvät muuttujat eivät ole yhteydessä toisiinsa, jolloin eri ilmiötä mittavien arviointimenetelmien tulokset eivät korreloi, tai korreloivat vain heikosti, keskenään (Metsämuuronen 2006, 122).

**Face-validiteetti** Subjektiivinen arvio arviointimenetelmän mielekkyydestä ja järjestyksestä.

**ICC** Intraclass correlation coefficients.

**ICF-luokitus** (International Classification of Functioning, Disability and Health) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.

**IPA** (Impact on participation and autonomy) Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä.

**Konvergentti validiteetti** Samaan teoreettiseen käsitteeseen liittyvät muuttujat ovat toisiinsa yhteydessä, eli kahden samaa ilmiötä mittavan arviointimenetelmän tulokset korreloivat keskenään (Metsämuuronen 2006, 122).

**MnSq** (mean square) Keskineliö.

**Osallistuminen** Toimintakyvyn yhteisöllinen näkökulma, henkilön osallisuus elämän tilanteisiin (ICF 2004, 209).

**Päätöksenteon autonomia** Itsenäinen päätöksenteko ilman ulkoisia rajoitteita. Sen välttämättömiä edellytyksiä ovat tieto, psykologiset olosuhteet, joiden myötä on mahdollisuus tehdä vapaasti valintoja, sekä fyysiset olosuhteet päätöksen toteuttamiselle.

**Toimeenpanemisen autonomia** Yksilön mahdollisuus toimia omien toiveidensa mukaisesti. Sen toteutuminen edellyttää autonomiaa päätöksenteossa.

**Toimintakyky** Yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa (taudit, vauriot, vammat, traumat ym.) ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijöiden) välisen vuorovaikutuksen myönteiset piirteet (ICF 2004, 208).

**Toimintarajoite** Ruumiinrakenteiden ja ruumiin/kehon toimintojen vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. Sillä tarkoitetaan yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden välisen vuorovaikutuksen kielteisiä piirteitä (ICF 2004, 209).

**z** Standardoitu goodness-of-fit.

## Johdanto

Impact on Participation and Autonomy (IPA) on toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita. Se perustuu Maailman terveysjärjestön WHO:n Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) osallistumisen osa-alueen käsitteisiin. IPAn erityinen näkökulma osallistumiseen on autonomia, eli yksilön mahdollisuuksissa päättää ja tehdä valintoja tärkeiksi kokemiinsa toimintoihin osallistumisesta. Näin ollen IPA ei arvioi osallistumista esimerkiksi omatoimisuuden tai avuntarpeen näkökulmasta.

IPA on tarkoitettu toimintakyvyn arvioinnin parissa työskentelevien ammattilaisten käyttöön. Sen ovat kehittäneet hollantilaiset PhD Mieke Cardol ja PhD Bareld de Jong. Kelan tutkimusosasto on saanut luvan IPAn kääntämiseen suomen kielelle 2010 ja sen julkaisemiseen 2011.

Tässä julkaisussa selvitetään aluksi autonomian näkökulmaa elämän tilanteisiin osallistumisessa ja pohditaan osallistumisen arviointiin liittyviä haasteita. Tämän jälkeen kuvataan alkuperäisen IPAn kehittäminen ja selvitetään IPAn validitettia ja reliabiliteettia käsittelevien kansainvälisten tutkimusten tuloksia. Seuraavaksi esitellään suomenkielisen version käännoistyö ja validointi. Ohjeet IPAn käyttöön, pisteytykseen ja tulosten tulkitaan ovat luvussa 5. Suomenkielinen IPA-lomake sekä pisteytyslomake ovat julkaisun liitteinä 1 ja 2, ja ne ovat tässä vain havainnollistamassa tekstiä. Varsinaiset arviointikäyttöön tarkoitetut lomakkeet ovat saatavissa internetistä ([www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus) > Julkaisuhaku). Niiden fonttikoko on tavallista suurempi heikkonäköisiä vastaajia ajatellen. Nämä erilliset lomakkeet ovat vapaasti tulostettavissa.

## 1 Osallistumisen ja autonomian mittaaminen

### 1.1 Osallistuminen ja autonomia

Asiakkaan itsemääräämisen ja autonomian tukemista on alettu pitää tärkeinä tekijöinä sekä varsinaisessa kuntoutustoiminnassa että sen tulosten tarkastelussa (Järvikoski ja Härkäpää 2008, 53). Kuntoutuksen päätavoitteeksi on nousemassa elämän tilanteisiin osallistuminen, joka on nostettu tärkeimmäksi painopisteeksi myös kuntoutustoimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa (mm. Heinemann 2010). Kuntoutuksen tavoitteet ja tulokset

halutaan näin liittää asiakkaan arjen toimintoihin ja tilanteisiin.

*Osallistumisen* käsite viittaa yhteisölliseen näkökulmaan terveydestä ja toimintakyvystä (ICF 2004). Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF 2004, 209) määrittelee osallistumisen henkilön osallisuudeksi elämän tilanteisiin. Toimintarajoite voi johtaa rajoituksiin osallistumisessa, mutta näin ei ole välttämättä. Toimintarajoitteen vaikutus riippuu muun muassa siitä, mitä toimintoja sosiaaliseen osallistumiseen tarvitaan ja mitä voidaan korvata toisella toiminnalla. Lisäksi osallistumiseen vaikuttaa kuhunkin tilanteeseen liittyvä ympäristön tarjoama tuki tai sen asettamat rajoitukset. (Whiteneck ja Dijkers 2009.)

Perenboom ja Chorus (2003, 578) ovat lisänneet osallistumisen määritelmään autonomian näkökulman: ”Osallistuminen on osallisuutta elämän tilanteisiin, mikä sisältää jonkin asteisen autonomian tai mahdollisuuden tehdä omaan elämäänsä liittyviä valintoja siinäkin tapauksessa, että henkilö ei itse pysty toteuttamaan toimintoja”. Tässä näkemyksessä hyväksytään sosiaaliset riippuvuussuhteet luontevaksi osaksi niin toimintarajoitteisten kuin terveidenkin henkilöiden elämää (Cardol ym. 2002a). Lisäksi siinä korostetaan ihmisen mahdollisuuksia elää elämäänsä haluamallaan tavalla.

*Autonomia* viittaa toisten ihmisten tahdon, ajatusten, päätösten ja tekojen kunnioittamiseen. Sen taustalla vaikuttaa ajatus itsemääräämisoikeudesta, joka takaa ihmiselle vapauden tehdä itse valintoja ja toimia niiden mukaan. Henkilö voi olla autonominen silloinkin, kun hän ei ole omatoiminen, kunhan avustaminen tapahtuu yhteisymmärryksessä hänen tarpeidensa ja valintojensa kanssa. (Cardol ym. 1999.) Autonomian toteutuminen on välttämätön edellytys osallistumiselle elämän tilanteisiin. Sosiaalinen osallistuminen edellyttää ennen kaikkea päätöksenteon autonomiaa, ei niinkään fyysistä omatoimisuutta. (Cardol ym. 2002a ja b.)

Autonomia voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen. *Päätöksenteon autonomia* (decisional autonomy) tarkoittaa itsenäistä päätöksentekoa ilman ulkoisia rajoitteita. Sen välttämättömiä edellytyksiä ovat tieto, psykologiset olosuhteet, joiden myötä on mahdollisuus tehdä vapaasti valintoja, sekä fyysiset olosuhteet päätöksen toteuttamiselle. Esimerkiksi itsenäinen päätös siitä, miten ja milloin pukeutuu, on päätöksenteon autonomiaa. *Toimeenpanemisen autonomia* (executional autonomy) tar-

koittaa mahdollisuutta toimia omien toiveidensa mukaisesti. Sen toteutuminen edellyttää autonomiaa päätöksenteossa. Esimerkiksi pukemisen toteuttaminen haluamallaan tavalla, omaan päätökseen perustuen, on toimeenpanemisen autonomiaa. Autonomia päätöksenteossa voi vahvistua iän tai toimintarajoitteiden lisääntymisen myötä, vaikka toimeenpanemisen autonomia heikkenisi. Päätöksenteon autonomia johtaa mahdollisuuteen käyttää omaa potentiaalia – kykyyn tehdä vapaasta tahdosta itsenäisiä päätöksiä ja sen myötä luoda elämästään yksilöllinen ja merkityksellinen. (Cardol ym. 2002a.)

## 1.2 Asiakkaan oma kokemus osallistumisestaan ja autonomiastaan arvioinnin kohteena

Subjektiiivisen koetun osallistumisen arviointi on tarpeen monista syistä. Brown ym. (2004) tutkivat henkilöitä, joilla on aivovamma, ja havaitsivat, että objektiivinen ja subjektiivinen osallistuminen korreloivat vain heikosti keskenään. Subjektiiivinen osallistuminen näytti liittyvän enemmän elämäntilaan ja koettuun hyvinvointiin. Tämä nosti esiin kysymyksen, olisivatko subjektiiviset menetelmät objektiivisia parempia osallistumisen arvioimisessa. (Brown ym. 2004.) Vähintään voidaan sanoa, että subjektiiviset itsearviointimenetelmät täydentävät objektiivisilla menetelmillä saatua tietoa. Subjektiiivisiä menetelmiä voidaan hyödyntää mm. tavoitteiden asettelussa, asiakkaan tarpeiden selvittämisessä sekä laajemmin palvelumallien toimivuuden arvioinnissa (Brown 2010).

Lääkinnällisessä kuntoutuksessa käytetään lähes poikkeuksetta subjektiivisia, itsearviointiin perustuvia osallistumisen arviointimenetelmiä (Dijkers 2010). Osa näistä menetelmistä on tarkkaan strukturoituja kyselylomakkeita, jotka olettavat osallistumiseen liittyvien tarpeiden olevan kaikilla samanlaisia. Useilla itsearviointimenetelmillä pyritään saamaan tietoa asiakkaan todellisesta suoriutumisesta arjen tilanteissa, ei niinkään hänen omaa kokemustaan osallistumisestaan. Uudemmat osallistumisen arviointimenetelmät pyrkivät arvioimaan osallistumista myös yksilöllisesti, huomioiden asiakkaan omat mieltymykset ja yksilöllisesti vaihtelevan osallistumisen määrän (Whiteneck ja Dijkers 2009).

Yksi syy subjektiivisten itsearviointimenetelmien käyttöön osallistumisen arvioinnissa on hyvien objektiivisten menetelmien puuttuminen, sillä niiden

kehittäminen on monin tavoin haastavaa. Useimmat objektiiviset arviointimenetelmät vertaavat asiakkaan saamia tuloksia viitearvoihin, jotka perustuvat isosta terveiden henkilöiden otosjoukosta kerättyyn aineistoon. Tällöin pyritään arvioimaan asiakkaan todellista suoriutumista joko havainnollisella tai asiakkaalta itseltään kyselemällä. Yksi ongelma on se, että toimintarajoitteiset henkilöt eivät välttämättä halua osallistua samanlaisiin toimintoihin kuin ne henkilöt, joilla ei näitä rajoitteita ole (Whiteneck ja Dijkers 2009). Myös pätevien osallistumisen viitearvojen luominen erilaisia toimintarajoitteita omaaville asiakkaille on vaikeaa. Tähän mennessä ei ole pystytty kehittämään normatiivista osallistumisen arviointimenetelmää, joka tarjoaisi päteviä viitearvot. Osallistumista voidaan pyrkiä arvioimaan myös vertaamalla asiakkaan tilannetta ulkoisiin kriteereihin. Tällöin asiakasta pyydetään esimerkiksi vertaamaan omaa osallistumistaan joko niiden henkilöiden tilanteeseen, joilla toimintarajoitetta ei ole, tai samalla tavalla toimintarajoitteisiin henkilöihin. Tämän lähestymistavan ongelma on se, että emme tiedä vastaajien valitsemaa vertailukohtaa: minkälaisessa elämäntilanteessa, minkä ikäisen ja millaisessa sosioekonomisessa asemassa olevaan henkilöön he vertaavat itseään? (Dijkers 2010.) Sekä subjektiivisten että objektiivisten osallistumisen arviointimenetelmien kehittämisen yhteinen haaste on erottaa toisistaan kaksi ICF-luokituksen osa-aluetta, suoritukset ja osallistuminen (mm. Resnik ja Plow 2009).

Osallistumista voidaan arvioida monilla tavoin, mutta myös eri näkökulmista. Erilaisten osallistumisen arviointimenetelmien validiteettia vertaillevan tutkimuksen perusteella osallistumisen rajoitukset, autonomia ja tyytyväisyys osallistumiseen ovat erillisiä näkökulmia, jotka on hyvä erotella osallistumista arvioitaessa (Noonan ym. 2010). Käytännössä tämä tarkoittaa asiakkaan tilanteeseen sopivimman osallistumisen näkökulman valintaa tai useamman, toisiaan täydentävän osallistumisen arviointimenetelmän käyttöä rinnakkain. Yksi osallistumisen näkökulmista on päätöksentekoon liittyvä autonomia (Magasi ja Post 2010). IPAssa autonomiaa ja osallistumista tarkastellaan vastaajan itsensä kokemana, jolloin on myös mahdollista huomioida asiakkaan elämäntilanne, arvot ja tarpeet yksilöllisesti (Cardol ym. 2002b). Subjektiiivisen kokemuksen arvioinnissa ei pyritä selvittämään, miten yksilön sosiaalinen osallistuminen eroaa muiden osallistumisesta vaan miten juuri tämä henkilö kokee oman sosiaalisen olemassaolonsa ja osallistumisensa. Autonomia ei edes ole mahdol-



lista arvioida pelkästään havainnoimalla yksilön käyttäytymistä. (Cardol ym. 2002a.)

Kaikkien arviointimenetelmien käyttöön liittyy eri lähteistä syntyviä harhan riskejä. Kun itsearviointimenetelmiä käytetään intervention vaikutusten tai ajassa tapahtuvan muutoksen mittaamiseen, törmätään lisäksi yhteen erityiseen harhan riskiin. Muutoksen mittaaminen perustuu siihen oletukseen, että yksilön käsitys sairaudestaan tai osallistumisestaan pysyy muuttumattomana. Yksilön omat sisäiset standardit, arvot tai jopa tapa käsitteellistää arvion kohteena oleva ilmiö (esim. osallistuminen tai elämänlaatu) saattaa kuitenkin muuttua ajan kuluessa, elämäkokemuksen myötä (Schwartz 2010). Muun muassa sopeutuminen, mukautuminen, aiemmat kokemukset ja toivo muokkaavat niitä (Cardol ym. 2002c). Ilmiö tunnetaan kansainvälisesti käsitteellä response shift ja se voi vaikuttaa saatujen tulosten pätevyyteen ja luotettavuuteen (Schwartz 2010). Tämä asia on hyvä tiedostaa, kun verrataan asiakkaan (tai tutkimuksessa ryhmän) loppuarvioinnin tuloksia alkuarvioinnin tuloksiin siinäkin tapauksessa, että arviointimenetelmän test-retest-reliabiliteetti on hyvä.

## 2 IPAn kehittäminen

Impact on Participation and Autonomy (IPA) on kehitetty Alankomaissa 2001, ja se on validoitu aikuisilla henkilöillä, joilla on erilaisia fyysisiä toimintakyvyn rajoitteita, kuten neuromuskulaarinen sairaus, selkäydinvamma, aivohalvaus, reuma, yläraajan traumaperäinen vamma tai fibromyalgia (Cardol ym. 2001; Kersten ym. 2007).

IPA perustuu Maailman terveysjärjestön WHO:n Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) edeltäjän International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH-2) osallistumisen osa-alueen käsitteisiin. Lisäksi IPAn kehittämisessä on hyödynnetty monitieteisen tutkimustyöryhmän näkemyksiä sekä kuntoutuksen asiakkaille tehdyn kvalitatiivisen pilottitutkimuksen tuloksia (julkaisematon). (Cardol ym. 1999.)

Alkuperäinen hollanninkielinen IPA muotoutui 2001 ensimmäisestä kokeiluversiostaan (1999) hyvin lähelle nykyistä versiota. IPA rakentui tuolloin 31:stä osallistumisen rajoituksia koskevasta kysymyksestä, jotka jakautuivat faktorianalyysin perusteella neljään osa-alueeseen: 1) autonomia itsestä huolehtimisessa (viisi kysymystä), 2) rooli perheessä

(kuusi kysymystä), 3) liikkuminen ja vapaa-aika (viisi kysymystä) ja 4) sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet (seitsemän kysymystä). Lisäksi mukana oli kahdeksan työtä ja koulutusta koskevaa kysymystä. Osallistumisen rajoitukset -asteikon lisäksi IPAan sisältyi kahdeksan kysymystä, jotka muodostivat osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon. Eri tavoin toimintarajoitteisten henkilöiden osallistumista tutkittaessa on saatu vahvistusta sille, että rajoitusten kokeminen osallistumisessa ei välttämättä tarkoita ongelman kokemista. Toimintarajoitteen sosiaaliset vaikutukset näyttäisivät olevan yksilöllisiä ja riippuvan osittain kunkin yksilön sosiaalisista rooleista sekä niihin liittyvistä arvoista. Tämän myötä pidettiin tarpeellisena lisätä IPAaan kysymykset ongelmien kokemisesta. (Cardol ym. 1999 ja 2002d.)

Englanninkielinen versio (IPA-E) on mukautettu ja validoitu alkuperäisestä flaaminkielisestä versiosta. IPA-E:n validoinnissa vahvistettiin aiemmin löydetty osa-alueet ja nimettiin ne uudelleen: 1) autonomia sisällä 2) rooli perheessä, 3) autonomia ulkona, 4) sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet ja 5) työ ja koulutus. IPA-E:n tutkimukset tukevat myös työ ja koulutus -osa-alueen validiteettia (Sibley ym. 2006; Kersten ym. 2007). Samalla lisättiin kaksi kysymystä muiden ihmisten auttamisesta ja tukemisesta (kysymykset 7a ja 7b). Kysymyksen 7a vahvistettiin konfirmatorisessa faktorianalyysissä kuuluvan IPAn osa-alueeseen sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet. (Sibley ym. 2006.) Kysymys 7b koskee muiden ihmisten auttamiseen liittyvien ongelmien kokemista, joten se ei ollut mukana faktorianalyysissä. Nämä kysymykset lisättiin myös alkuperäiseen flaaminkieliseen IPAan sekä useimpiin IPAn käännöksiin.

Ennen suomenkielisen version julkaisemista IPA on jo käännetty englannin, ruotsin, norjan, saksan, ranskan ja persian kielille. Eri kielille käännettujen IPAn versioiden psykometrisiä ominaisuuksia tukevat kansainväliset tutkimukset. IPAa käytetään kansainvälisesti sekä kliinisessä työssä että kuntoutustutkimuksessa. Tähän mennessä sitä on hyödynnetty eri tavoin kroonisesti toimintarajoitteisten aikuisten osallistumista kuvaavissa poikkileikkaustutkimuksissa (Cardol ym. 2002d; Larson Lund ym. 2005; Larsson Lund ja Lexell 2008 ja 2009; Videler ym. 2009; Slim ym. 2010). Lisäksi IPAa on käytetty sekundaarisena tulostittarina MS-kuntoutujille suunnatun moniammatillisen intervention vaikuttavuustutkimuksessa (Kos ym. 2007) sekä toimintaterapiaintervention vaikuttavuustutkimuksessa (Eyssen ym. 2011).

### 3 IPAn psykometriset ominaisuudet

#### 3.1 Kirjallisuuskatsaus

IPAn psykometrisiä ominaisuuksia koskevat kansainväliset tutkimukset koottiin yhteen kirjallisuuskatsauksessa. Haut tehtiin 4.3.2011 Medline (Ovid) ja Cinahl (EBSCO) -tietokannoista hakusanaalla *Impact on Participation and Autonomy*. Löytyneistä artikkeleista tehtiin lisäksi viitehaku.

IPAn psykometriin ominaisuuksiin liittyviä tutkimusartikkeleita löytyi yhteensä 11 kappaletta. Niiden päätulokset on koottu taulukkoon 1 (ks. luku 3.4, s. 10–15). IPAA on kehitetty ja tutkittu systemaattisesti vuodesta 1999 alkaen. Tutkimuksissa on käytetty sekä klassisen testiteorian menetelmiä että Rasch-analyysia, mikä näkyy kirjavuutena testiteorian käsitteissä ja testisuureissa. Tutkimusten seuraamisen helpottamiseksi taulukkoon on merkitty, minkä IPAn version tutkimuksesta on kyse ja miten sen rakenne eroaa suomenkielisestä IPAsta.

#### 3.2 Validiteetti

IPAn sisällön validiteetti perustuu ICF:n edeltäjän ICIDH-2:n osallistumisen osa-alueen alueen käsitteisiin, monitieteisen tutkimustyöryhmän näkemyksiin sekä kuntoutusasiakkaille tehdyn kvalitatiivisen pilottitutkimuksen tuloksiin (julkaisematon) (Cardol ym. 1999). Kysymysten *face*-validiteettia on tutkittu myös kuntoutujien näkökulmasta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista englantilaisista MS-kuntoutujista (n = 35) koki IPAn kysymysten olevan mm. tarkoituksenmukaisia ja helppoja ymmärtää (Vazirinejad ym. 2003).

*Rakennevaliditeettia* tukevat useat kansainväliset tutkimukset, joissa kohderyhmänä ovat olleet eri tavoin fyysisesti toimintarajoitteiset henkilöt. Ensimmäiset tutkimukset (Cardol ym. 1999 ja 2001) selvittivät IPAn rakennetta neljällä osa-alueella: autonomia sisällä, rooli perheessä, autonomia ulkona sekä sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet. Työ ja koulutus -osa-alueella ei näissä tutkimuksissa saatu analysoitua puuttuvien vastausten vuoksi. Kokonaisuutena IPAn rakennevaliditeetti osoittautui hyväksi. Englanninkielisen IPA-E:n rakennevaliditeetti oli konfirmatorisen faktorianalyysin perusteella hyvä ja lisätty kysymys 7a (toisten auttaminen) latautui odotusten mukaisesti sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osa-alueeseen (Sibley ym. 2006). Samalla tutkittiin ensimmäistä kertaa työ ja koulutus -osa-alueen rakennevaliditeettia ja alustavien tulosten

mukaan sen rakenne oli toimiva (Sibley ym. 2006). Osallistumisen rajoitukset -asteikon osa-alueet näyttäisivät kansainvälisten tutkimusten perusteella mittaavan yhtenevästi ylemmän tason käsitteellistä rakennetta: osallistumista ja autonomiaa (mm. Kersten ym. 2007). Uudemmissa Rasch-analyysillä toteutetuissa tutkimuksissa vahvistui oletus siitä, että kokonaisuutena IPA mittaa kahta yksiulotteista ilmiötä: osallistumisen rajoituksia sekä osallistumisessa koettuja ongelmia, joille molemmille on omat asteikkonsa (Franchignoni ym. 2007; Kersten ym. 2007; Larsson Lund ym. 2007). Noonanin ym. (2010) tutkimuksessa selvitettiin viiden eri osallistumisen arviointimenetelmän rakennevaliditeettia, joista IPA ja Participation Measure-Post Acute Care (PM-PAC) osoittautuivat rakennevaliditeetiltaan vahvimiksi menetelmiksi selkäydinvammaisten henkilöiden osallistumisen arvioinnissa. Samaisessa tutkimuksessa kaikki IPA:n kysymykset myös latautuivat omiin osa-alueisiinsa vahvemmin kuin aiemmassa Sibleyn (2006) faktorianalyysissä. Tämä ero selittyyne tutkimusten erilaisilla otoksilla.

*Rakennevaliditeettia* on selvitetty uudemmissa tutkimuksissa myös tietyn diagnoosin saaneilla ryhmillä, muun muassa Parkinsonin tautia sairastavilla (Franchignoni ym. 2007), selkäydinvammaisilla henkilöillä (Larsson Lund ym. 2007, Noonan ym. 2010) sekä aivohalvauksen sairastaneilla (Fallahpour ym. 2011). Yhtä lukuun ottamatta (Noonan ym. 2010) kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa osallistujien vastaukset analysoitiin Rasch-analyysillä. Vaikka IPA on kehitetty geneeriseksi arviointimenetelmäksi eri tavoin fyysisesti toimintarajoitteisille, näiden tutkimustulosten perusteella näyttäisi siltä, että IPA toimii hieman eri tavoin eri diagnoosin saaneilla ryhmillä. Tutkimusten perusteella näille ryhmille tehtiin sopivampia mukautettuja versioita IPAsta, joissa joitain huonosti toimivia kysymyksiä on poistettu ja joidenkin kysymysten pisteytyskaalaa on muutettu. Validiteettitutkimus aivohalvauksen sairastaneilla on toteutettu iranilaisella väestöllä, minkä vuoksi tulosten siirtäminen länsimaiseen kulttuuriin ei välttämättä onnistu.

Yksittäisistä kysymyksistä on eri tutkimuksissa nousut toistuvasti esiin kaksi osallistumisen rajoitukset -asteikon kysymystä, jotka eivät ole sopineet analyysissa tilastollisten menetelmien oletuksiin, eivätkä näin ollen välttämättä mittaa sitä, mitä niiden on tarkoitus mitata. Kysymys 4a mahdollisuuksista päättää raha-asioista ei ole toiminut pätevästi erilaisia toimintarajoitteita, eikä tietyn diagnoosin saaneita ryhmiä koskevissa IPAn validiteettitutkimuksissa (Cardol ym. 1999 ja 2001; Larsson Lund ym. 2007;

Fallahpour ym. 2011). IPA-E:n validiteettitutkimuksessa (Sibley ym. 2006) epäiltiin, että vastaajat olivat tulkinneet tämän kysymyksen epäjohdonmukaisesti. Osa oli perustanut vastauksensa mahdollisuuteensa tehdä päätöksiä ilman ulkoisia rajoitteita (päätöksenteon autonomia). Osa taas oli vastannut sen mukaan, miten kokee mahdollisuutensa tehdä mitä haluaa (toimeenpanemisen autonomia), esimerkiksi fyysisen kykynsä tehdä tilisiirtoja. Kysymys 6f mahdollisuuksista intiimiin suhteeseen ei myöskään ole tähän mennessä onnistunut vastaamaan Rasch-mallin odotuksiin (Franchignoni ym. 2007; Larsson Lund ym. 2007, Fallahpour ym. 2011), ja faktorianalyyseissa (Noonan 2010) se latautui kolmeen eri osa-alueeseen. Molemmat kysymykset olivat psykometrisesti heikohkoja jo ensimmäisissä faktorianalyyseissa (Cardol ym. 2001). Kysymys 4a on latautunut heikosti osa-alueeseensa (rooli perheessä) sen jälkeenkin (Sibley 2006), mutta uudemmassa ja suuremmalla otoksella toteutetussa tutkimuksessa (Noonan ym. 2010) se latautui kohtalaisen vahvasti osa-alueeseensa. Kysymykset 4a ja 6f ovat kuitenkin tässä vaiheessa mukana nykyisessä IPAn versiossa.

*Kulttuurien välistä validiteettia* on tutkittu kahdessa eri länsimaisessa kulttuurissa vertailemalla englantilaisten ja hollantilaisten IPA-vastauksia (Kersten ym. 2007). Vastauksissa oli joitain systemaattisia eroja, mutta pienten mukautusten jälkeen IPA saatiin vastaamaan Rasch-mallin oletuksiin. Tutkimus antoi alustavaa tietoa siitä, että IPAa voidaan käyttää pätevästi kahdessa eri länsimaisessa kulttuurissa. IPAn persiankielisen version ensimmäisessä validiteettitutkimuksessa (Fallahpour ym. 2011) havaittiin, että iranilaiset vastasivat IPAn systemaattisesti eri tavoin kuin länsimaiset aiemmissä validiteettitutkimuksissa. Osallistumisen rajoitukset -asteikko näytti näiden vastaajien aineiston perusteella mittaavan kahta eri rakennetta, jotka kuitenkin liittyvät toisiinsa: sosiaalisuuteen perustuvaa osallistumista ja suoritukseen perustuvasta osallistumista. Teoreettisena selityksenä pidetään iranilaisen ja länsimaisen kulttuurin välillä vallitsevia eroja, jotka tässä tapauksessa vaikuttaisivat sosiaalisen osallistumisen kokemiseen.

*Konvergentia ja divergentia validiteettia* selvittämissä tutkimuksissa IPAn rakenteiden korrelaatiot muiden arviointimenetelmien kanssa ovat olleet odotusten suuntaiset (Cardol ym. 2001; Sibley ym. 2006; Franchignoni ym. 2007; Noonan ym. 2010). Tarkemmassa tarkastelussa on nähtävissä, että korrelaatiokertoimet jäivät suhteellisen pieniksi (konvergentissa validiteetissa  $r \leq 0,70$ ), mikä saattaa jossain määrin selittyä IPAn erityisellä autonomi-

an näkökulmalla osallistumiseen, jolloin vastaavanlaisia tutkittuja arviointimenetelmiä on vaikea löytää vertailukohdaksi. Toisaalta Noonanin ym. (2010) tutkimuksessa IPA ei korreloinut sen vahvemmin toisen autonomiaa arvioivan menetelmän, Keele Assessment of Participationin (KAP) kuin muidenkaan osallistumisen arviointimenetelmien kanssa. Tämä saattaa selittyä sillä, että väestötason arviointiin kehitetty KAP on hyvin suppea ja IPA vastaavasti huomattavasti yksityiskohtaisempi autonomian arviointimenetelmä (Noonan ym. 2010).

### 3.3 Reliabiliteetti

IPAn *sisäinen yhtenevyys* on ollut osallistumisen rajoitukset -asteikon eri osa-alueilla korkea (Cronbachin  $\alpha > 0,8$ ) kaikissa kolmessa faktorianalyyssillä toteutetussa tutkimuksessa (Cardol ym. 1999 ja 2001; Sibley ym. 2006).

*Test-retest-reliabiliteettia* on tutkittu eri tavoin toimintarajoitteisilla henkilöillä. IPAn alkuperäisen version test-retest-reliabiliteetti oli osa-alueiden tasolla hyvä ja yksittäisten kysymysten tasolla pääosin erittäin hyvä, lukuun ottamatta kolmea kysymystä, joiden tulos oli kohtalainen (Cardol ym. 2001). IPAn suomenkielista versiota vastaavan uudemman (IPA-E 2007) version test-retest-reliabiliteetti oli kaikkien yksittäisten kysymysten osalta hyvä ja osa-alueiden tasolla erittäin hyvä (Sibley ym. 2006).

Ranskankielisen IPAn alustavat test-retest-reliabiliteettitulokset jäivät edellisiä heikommiksi (Poulin ja Desrosiers 2010). Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat huomattavasti iäkkäämpiä ja otanta oli melko pieni ( $n = 30$ ).

### 3.4 Herkkyys mitata muutosta ja erottelukyky

IPAn *herkkyyttä mitata muutosta* on alustavasti tutkittu aikuisilla avokuntoutujilla ( $n = 49$ ), joilla oli erilaisia fyysisiä toimintarajoitteita (Cardol ym. 2002c). Osallistujat arvioitiin IPAn avulla alussa ja kolmen kuukauden kuluttua. Tutkimuksessa käytetty IPAn vanhempi versio sisälsi 31 kysymystä osallistumisesta sekä kahdeksan kysymystä koe-tuista osallistumisen ongelmista. Muutosta verrattiin ulkoiseen standardiin eli toiseen arviointimenetelmään, jonka kysymykset koskivat myös IPAn mittaamia osallistumisen alueita. Muutokset olivat merkittävät seuraavassa kolmessa osa-alueessa: rooli perheessä, autonomia ulkona sekä työ ja koulutus.

Sosiaaliset suhteet ja autonomia sisällä -osa-alueissa muutos jäi pieneksi. Tämän alustavan tutkimuksen mukaan IPAn herkkyys riittää osoittamaan muutosta ajassa. Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon kysymykset osoittautuivat vähemmän herkiksi muutokselle kuin osallistumisen rajoitukset -asteikon osa-alueet. Tämä selittyy sillä, että koettuja ongelmia arvioidaan huomattavasti pienemmällä määrällä kysymyksiä. IPAn herkkyydestä mitata muutosta tarvitaan vielä jatkotutkimusta suuremmalla otannalla. (Cardol ym. 2002c.)

IPAn molemmilla asteikoilla on *kyky erotella* henkilöitä luotettavasti eri tasoille osallistumisen suhteen. Osallistumisen rajoitukset -asteikko näyttäisi toimivan osallistumisessa koetut ongelmat -asteikkoa selvästi herkemmin tutkimuksissa, joissa vastaajilla oli selkäydinvamma (Larsson Lund ym.

2007) tai Parkinsonin tauti (Franchignoni ym. 2007). Osallistumisen rajoitukset -asteikon kysymykset erottelivat henkilöt koetun osallistumisen suhteen 4–5 eri tasolle. Myös iranilaisessa kulttuurissa aivohalvauksen sairastaneilla henkilöillä tehty tutkimus tuotti samansuuntaisia tuloksia: IPA erotteli vastaajat neljälle eri tasolle osallistumisen rajoitusten kokemisessa (Fallahpour ym. 2011). Sen sijaan osallistumisessa koetut ongelmat -asteikko erotteli henkilöt molemmissa eurooppalaisissa tutkimuksissa 2–3 tasolle. Jälkimmäisessä asteikossa on havaittu myös ns. katto- ja lattia-efekti, eli huomattava osa vastaajista sai ongelmien kokemista koskevista kysymyksistä joko pienimmät tai suurimmat mahdolliset pisteet. (Franchignoni ym. 2007; Larsson Lund ym. 2007.) Tällöin kysymykset eivät kykene erottelemaan ongelmien kokemista näiden vastaajien osalta.

**Taulukko 1.** Yhteenveto IPAn psykometrisia ominaisuuksia koskevista kansainvälisistä tutkimuksista.

Tekijät, vuosi, maa ja tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmät ja tulokset
Cardol ym. 1999 Alankomaat	n = 100 hollantilaista	<i>Face</i> -validiteetti: monitieteinen asiantuntijaryhmä tarkasteli kriittisesti IPAn alustavan version kysymyksiä. Epärelevantit tai epäselvät kysymykset poistettiin.
IPAn <sup>a, b, c</sup> alustavan version <i>face</i> -validiteetti, rakennevaliditeetti ja reliabiliteetti (sisäinen yhtenevyys)	Diagnoosit: erilaisia fyysisiä toimintarajoitteita, ei kognitiivisia ongelmia  Ikä: keskiarvo 47 v 9 kk (SD 14 v 6 kk)  Sukupuoli: miehiä 43 %, naisia 57 %	Rakennevaliditeetti: faktorianalyyssissa IPAn <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kysymykset jakautuivat neljään faktoriin. Työ ja koulutus -osa-alue ei ollut mukana analyyseissa. Kokonaisvarianssista pysyttiin selittämään 68 % ja faktoreiden välinen korrelaatio oli odotusten mukaisesti heikko ( $r = 0,25-0,52$ ). Pääkomponenttianalyyssissa IPAn rakenne vastasi ICDH-2:n osallistumisen pääluokkia.  Sisäinen yhtenevyys: 10 kysymyksen poistamisen jälkeen saavutettiin hyvä osa-alueiden luotettavuus (kysymysten yhteensopivuus): Cronbachin $\alpha = 0,84-0,87$ . IPAn (23 kysymyksen) kokonaiskorrelaatiot olivat hyvät.
Cardol ym. 2001 Alankomaat	n = 126 hollantilaista, test-retest-reliabiliteetin osalta n = 75	Rakennevaliditeetti: faktorianalyyssissa IPAn <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kysymykset jakautuivat neljään faktoriin. Työ ja koulutus -osa-alue jätettiin analyysin ulkopuolelle vastaajien vähäisen määrän vuoksi. Kokonaisvarianssista pysyttiin selittämään 67 % ja faktoreiden välinen korrelaatio oli odotusten mukaisesti heikko. Kolme kysymystä (4a rahan käyttäminen, 5a vapaa-aika ja 6f intiimit suhteet) näytti latautuvan kahteen eri faktoriin. Kokonaisuutena rakennevaliditeetti oli hyvä.
IPAn <sup>a, b</sup> rakennevaliditeetti, reliabiliteetti (sisäinen yhtenevyys), konvergentti validiteetti, divergentti validiteetti ja test-retest-reliabiliteetti.	Diagnoosit: erilaisia fyysisiä toimintarajoitteita, ei kognitiivisia ongelmia	Sisäinen yhtenevyys: osa-alueiden luotettavuus on hyvä (Cronbachin $\alpha = 0,81-0,91$ ).

Tekijät, vuosi, maa ja tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmät ja tulokset
	Ikä: keskiarvo 52 v 6 kk (SD 13 v 4 kk)  Sukupuoli: miehiä 38 %, naisia 62 %	Konvergentti validiteetti: IPAn ja London Handicap Scalen neljän osion välillä oli odotusten mukaisesti positiivinen korrelaatio lähes kaikkien osioiden osalta.  Divergentti validiteetti: IPA toimi vertailussa odotusten mukaisesti, eli se korreloi heikosti kahden London Handicap Scalen osion kanssa.  Test-retest-reliabiliteetti: IPA-arviointi toteutettiin alkutilanteessa ja uudelleen kahden viikon kuluttua. Test-retest-reliabiliteetti oli yksittäisissä kysymyksissä pääosin erittäin hyvä ja kolmen kysymyksen osalta kohtalainen. <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kysymykset: painotettu Kappa = 0,56–0,90. <i>Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> yksittäiset kysymykset: painotettu Kappa = 0,59–0,87. <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> osa-alueiden tasolla reliabiliteetti oli hyvä (ICC = 0,83–0,91).
Cardol ym. 2002c Alankomaat  IPAn <sup>b</sup> herkkyys osoittaa muutosta ajassa	n = 49 hollantilaista  Diagnoosit: erilaisia fyysisiä toimintarajoitteita  Ikä: keskiarvo 50 v (SD 14 v 6 kk)  Sukupuoli: miehiä 27 %, naisia 73 %	Arviointi IPAlla toteutettiin alkutilanteessa ja toistettiin 3 kk:n kuluttua. Henkilöt saivat sinä aikana moniammatillista avokuntoutusta. Muutosta verrattiin ulkoiseen standardiin eli toiseen arviointimenetelmään, jonka kysymykset koskivat myös IPAn mittaamia osallistumisen alueita. Muutokset olivat merkittävät (neliöjuurimenetelmä 0,8–1,3) seuraavissa osa-alueissa: rooli perheessä, autonomia ulkona sekä työ ja koulutus. Sen sijaan sosiaaliset suhteet- ja autonomia sisällä -osa-alueissa muutos oli pieni (neliöjuurimenetelmä 0,1–0,4)  Standardized response mean (SRM) osoittaa herkkyuden muutokselle huomioiden muutospisteiden keskiarvon ja keskihajonnan. (Cohenin kriteerit: SRM 0,20 = pieni; 0,50 = kohtalainen ja 0,80 = vahva.) Osallistumisen rajoitukset -asteikon osa-alueiden SMR vaihteli välillä: 0,1–1,3. Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon kysymysten SRM vaihteli välillä: 0,4–1,5.  Area under curve (AUC) ilmaisee IPAn kykyä osoittaa muutosta suhteessa ulkoiseen standardiin ja tarkkuutta erotella edistyneet henkilöt niistä, jotka eivät ole edistyneet. 50 % AUC tarkoittaisi, että IPA ei toimi sattu-maa paremmin muutoksen mittarina ja 100 % AUC täydellistä tarkkuutta erottamaan muutosta tilanteesta, jossa muutosta ei ole tapahtunut.  <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> osa-alueiden AUC vaihteli välillä: 50 %–92 %. <i>Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> kysymysten AUC vaihteli välillä: 56 %–74 %.  Kokonaisuutena IPAn <i>osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> kysymykset osoittautuivat vähemmän herkiksi muutokselle kuin <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> osa-alueet.
Vazirinejad ym. 2003 Yhdistyneet kuningaskunnat  IPA-E:n alustava face-validiteetti	n = 35 englantilaista  Diagnoosi: MS-tauti  Ikä: keskiarvo 41 v 4 kk (SD 10 v 5 kk)  Sukupuoli: miehiä 40 %, naisia 60 %	Suurin osa kyselyyn vastanneista MS-kuntoutujista koki IPAn kysymysten olevan tarkoituksenmukaisia (74 % vastaajista) ja helppoja ymmärtää (83 %). Lähes kaikki vastaajat (97 %) olivat sitä mieltä, että kysymykset eivät ole kiusallisia. Kysymysten poistamiselle ei koettu tarvetta (97 %).

Tekijät, vuosi, maa ja tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmät ja tulokset
Sibley ym. 2006 Yhdistyneet kuningaskunnat	n = 213 englantilaista, Test-retest-reliabiliteetin osalta n = 66	Rakenevaliditeetti: <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> viiden osa-alueen rakenne vahvistui konfirmatorisessa faktorianalyysissä ( $\chi^2 = 14,51$ p = 0,01; normal fit index = 0,98; comparative fit index = 0,99). Tulokset sopivat hyvin mallin oletuksiin. IPA-E:hen lisätty uusi kysymys 7a (toisten auttaminen) latautui odotusten mukaisesti sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osa-alueeseen. Myös aiemmin tutkimatta jäänyt työ ja koulutus -osa-alue oli stabiili.
IPA-E:n rakennevaliditeetti konvergentti ja divergentti validiteetti, reliabiliteetti (sisäinen yhtenevyys) ja test-retest-reliabiliteetti	Diagnoosit: kolme ryhmää 1) krooninen etenevä sairaus (MS-tauti, reuma) 2) pysyvä vamma (selkävamma) ja 3) lievä toimintarajoite tai ei rajoitetta (esim. pienen kirurgisen toimenpiteen jälkitila)	Divergentti validiteetti: IPA-E toimi vertailussa odotusten mukaisesti, eli se korreloi heikosti London Handicap Scalen osioiden ja Short Form-36 Health Surveyn kanssa.
	Ikä: mediaani 54 v (vaihteluväli 20–75 v)	Konvergentti validiteetti: IPA-E:n ja Functional Limitations Scalen välillä oli odotusten mukaisesti vahva positiivinen korrelaatio lähes kaikkien osioiden osalta. Poikkeuksena IPA-E:n sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osa-alueen korrelaatio FLS:n kanssa jäi heikoksi. Myös työ ja koulutus -osa-alueen korrelaatiot jäivät odotettua heikoimmiksi.
	Sukupuoli: miehiä 42 %, naisia 58 %	Sisäinen yhtenevyys: oli korkea kaikissa IPA-E:n osa-alueissa (Cronbachin $\alpha > 0,8$ ). Kysymysten korrelaatio osa-alueiden kokonaisuuteen oli korkea ( $> 0,5$ ) lukuun ottamatta kysymystä 4a (rahankäyttö).
		Test-retest-reliabiliteetti: IPA-arviointi toteutettiin alkutilanteessa ja uudelleen kahden viikon kuluttua. Test-retest-reliabiliteetti oli kaikkien yksittäisten kysymysten osalta hyvä (painotettu Kappa = 0,6–0,92) ja osa-alueiden tasolla erittäin hyvä (ICC $> 0,90$ ).
Kersten ym. 2007 Yhdistyneet kuningaskunnat Alankomaat	n = 53 hollantilaista + 53 englantilaista	Yhteensä 10 IPAn eri osa-alueille sijoittuvien kysymysten pisteytyskaalaa jouduttiin muuttamaan (pisteet 3 ja 4 yhdistettiin), jonka jälkeen alkuperäisen IPAn ja IPA-E:n kysymykset sopivat Rasch-mallin oletuksiin (jolloin $\chi^2$ oli tilastollisesti ei-merkittävä: $\chi^2 = 11,96$ , p = 0,61).
IPA-E:n <sup>b</sup> ja IPAn <sup>b</sup> kulttuurien välinen validiteetti	Diagnoosit: eri diagnooseja ja eriasteisia toimintarajoitteita	Kysymys 2a (peseytyminen ja pukeutuminen haluamallaan tavalla) toimi eri tavoin hollantilaisilla ja englantilaisilla vastaajilla, joten se säilytettiin mutta jaettiin analyysissä maiden kesken, jonka jälkeen autonomia sisällä -osa-alue vastasi Rasch-mallin oletuksiin (person separation index $> 0,8$ ).
	Ikä: vaihteluväli 18–75 v	Aiemmin vähän tutkittu työ ja koulutus -osa-alue on stabiili, mutta koulutusmahdollisuuksia koskeva kysymys (9a) vaatii vielä jatkotutkimusta.
	Sukupuoli: miehiä 37 %, naisia 63 %	<i>Osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kokonaisuuden analyysissä havaittiin systemaattisia eroja kahden maan kansalaisten vastausten vertailussa kysymyksen 6e (tuttavani arvostavat minua) osalta, joten se poistettiin. Kysymys 4a (rahankäyttö) jaettiin analyysissä maiden kesken ja 8a (työ) jaettiin sukupuolen mukaan. Tämän jälkeen 30 osallistumisen rajoitteita koskevan kysymyksen IPA sopi Rasch-mallin oletuksiin (jolloin $\chi^2$ oli tilastollisesti ei-merkittävä: $\chi^2 = 82,13$ , p = 0,06) ja se todettiin validiksi käytettynä kahdessa eri länsimaisessa kulttuurissa: Alankomaissa ja Englannissa, sekä miehillä että naisilla.

Tekijät, vuosi, maa ja tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmät ja tulokset
Larsson Lund ym. 2007 Ruotsi	n = 161 ruotsalaista	Pääkomponenttianalyysin tulokset vahvistivat IPAn <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> mittaavan yhtä yksiulotteista rakennetta, ja sen perusteella voidaan käyttää IPAn kokonaispisteitä, osa-alueiden pisteiden laskeminen ei ole välttämätöntä.
IPA-S:n <sup>b</sup> rakennevaliditeetti ja reliabiliteetti: (erottelukyky)	Diagnoosi: selkäydinvamma (paraplegia 62 %, tetraplegia 38 %)	Rakennevaliditeetti: Rasch-analyysissä poistettiin kysymykset, jotka eivät sopineet mallin oletuksiin (infit/outfit MnSq > 1,4). <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikosta</i> poistettiin kysymykset 4a rahan käyttö, 6f intiimit suhteet, 8a työ ja 8c suhde työtovereihin ja <i>koettujen ongelmien -asteikosta</i> kysymykset 4b rahan käyttö, ja 9b koulutus. Tämän jälkeen osallistumisen rajoitukset -asteikon (27 kysymystä) ja <i>osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> (6 kysymystä) reliabiliteetti oli hyvä käytettäessä selkäydinvammaisilla henkilöillä.
	Ikä: keskiarvo 52 v (SD 18 v 2 kk), vaihteluväli 17–84 v	Pääkomponenttianalyysin tulokset vahvistivat, että kummankin asteikon kysymykset mittaavat omaa yksiulotteista rakennettaan. Kysymykset asettuivat loogisesti hierarkkiseen järjestykseen vaikeusasteen mukaan, ja kysymysten väliset välimatkat olivat tarkoituksenmukaiset <i>osallistumisen rajoitukset -asteikossa</i> sekä osittain myös <i>osallistumisessa koetut ongelmat -asteikossa</i> . Kysymysten kalibrointi-arvojen (item calibration values) skaalat eivät täysin kattaneet vastaajien tuloksia kummassakaan IPAn asteikossa.
	Sukupuoli: miehiä 63 %, naisia 37 %	Erottelukyky: molemmat asteikot erottelivat henkilöitä luotettavasti, mutta <i>osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> osalta havaittiin huomattavat katto- ja lattia-efekti (20 % tuloksista oli alle tai yli indikaattorien (itemien) kalibrointi-arvojen). Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon herkkyys riittää erottelemaan henkilöt kolmelle eri tasolle (person separation index = 2,13, separation reliability = 0,82). <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikko</i> oli herkempi ja erotteli henkilöt viidelle eri tasolle (person separation index = 4,14, separation reliability = 0,94).
Franchignoni ym. 2007 Italia	n = 100 italia-laista	Sisäinen rakennevaliditeetti: Rasch-analyysin myötä <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> vastausasteikko muutettiin 0–4:stä 0–3:een. Kysymys 6f (intiimit suhteet) ei sopinut mallin oletuksiin (infit MnSq = 1,87, outfit MnSq = 1,86) ja se poistettiin. Mukautusten jälkeen loput 24 osallistumisen rajoitukset -asteikon kysymystä sopivat mallin oletuksiin: ne mittaavat samaa rakennetta (MnSq 0,6–1,4), item separation index = 5,52, item separation reliability = 0,97. <i>Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> psykometriset ominaisuudet ovat hyväksyttävissä rajoissa. Kaikki kysymykset sopivat Rasch-mallin oletuksiin ja ne mittaavat samaa rakennetta (MnSq 0,6–1,4), item separation index = 5,31, item separation reliability = 0,97.
IPA-I:n <sup>a, b</sup> Sisäinen rakennevaliditeetti, konvergentti validiteetti reliabiliteetti: (erottelukyky)	Diagnoosi: Parkinsonin tauti	Molempien IPAn asteikkojen kysymykset asettuivat loogisesti hierarkkiseen järjestykseen vaikeusasteen mukaan Rasch-analyysissä. Järjestys oli sama kuin aiemmassa tutkimuksessa (Larsson Lund ym. 2007).
	Ikä: keskiarvo 72 v (SD 7 v)	Konvergentti validiteetti: molemmat IPAn asteikot korreloivat odotusten mukaisesti Parkinsonin tautia sairastavien arviointimenetelmien kanssa. Vahvin korrelaatio löytyi elämänlaadun itsearviointinissa käytetyn Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39) kanssa. IPA korreloi lisäksi kliinisten menetelmien Parkinson's Disease Rating Scale 3.0 (ADL ja motor examination -osoiden), Modified Hoehn and Yahr Scalen (HY) sekä Schwab and England's ADL Scalen (SE) kanssa.
	Sukupuoli: miehiä 41 %, naisia 59 %	

Tekijät, vuosi, maa ja tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmät ja tulokset
		<p>Erottelukyky: <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kysymyksillä on kyky erotella Parkinsonin tautia sairastavat neljään ryhmään koetuissa osallistumisen kyvyissä (person separation index = 3,65, person separation reliability = 0,93).</p> <p><i>Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon</i> kysymyksillä on kyky erotella Parkinsonin tautia sairastavat henkilöt kahteen ryhmään: osallistumisessa vähän ongelmia kokeviin ja osallistumisessa huomattavasti ongelmia kokeviin (person separation index = 1,55, person separation reliability = 0,71).</p>
Poulin ja Desrosiers 2010 Kanada	n = 30 ranskan-kielistä kanadalaisista	<p>Sama arvioija toteutti IPA-F, Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC) ja Habitudes de Vie Questionnaire (MHAVIE) -arviointit haastatellen alkutilanteessa ja uudelleen 6–8 päivän kuluttua.</p>
IPA-F:n <sup>a</sup> konvergentti validiteetti ja test-retest-reliabiliteetti	<p>Diagnoosi: ikääntyneitä, joilla on erilaisia fyysisiä toimintarajoitteita</p> <p>Ikä: &gt; 60 v, keskiarvo 79 v 4 kk (SD 7 v 1 kk)</p> <p>Sukupuoli: miehiä 43 %, naisia 57 %</p>	<p>Konvergentti validiteetti: IPA-F, PM-PAC ja MHAVIE korreloivat kohtalaisesti keskenään (rs 0,53–0,64).</p> <p>Test-retest-reliabiliteetti: <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kokonaispisteiden reliabiliteetti oli hyväksyttävä (ICC = 0,86, 95 % CI = 0,72–0,93). Osa-alueiden tasolla reliabiliteetissa oli vaihtelua (ICC = 0,61–0,82). Tulos oli myös osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon osalta hyväksyttävä (ICC = 0,79, 95 % CI = 0,61–0,89).</p>
Noonan ym. 2010 Kanada	n = 545 kanadalaisista	<p>Yksiulotteisuutta tutkittiin konfirmatorisella faktorianalyysillä, neljän faktorin mallilla, jossa työ ja koulutus -osa-alue jätettiin pois vähäisemmän vastausmäärän vuoksi. <i>Osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> kysymysten lataukset osa-alueisiinsa (faktoreihin) olivat hyvät (0,63–0,91). Tämä viittaa siihen, että kysymykset mittaavat sitä, mitä niiden on tarkoituskin mitata. Kokonaisuutena IPA sopi hyvin faktorianalyysin oletuksiin (RMSEA &lt; 0,08, CFI = 0,99, SRMR = 0,060). Kysymys 6f intiimi suhde latautui osa-alueeseen sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet, mutta myös kahteen muuhun osa-alueeseen: autonomia ulkona sekä työ ja koulutus.</p>
IPAn <sup>b</sup> ja neljän muun osallistumisen arviointimenetelmän rakennevaliditeetti: yksiulotteisuus, konvergentti ja divergentti validiteetti sekä validiteetti selkädinvarmaisten eri alaryhmissä	<p>Diagnoosi: selkädinvarma (n = 145), selkärangan murtuma ilman neurologisia oireita (n = 187) ja selkärangan degeneratiivinen sairaus (n = 213)</p> <p>Ikä: keskiarvo 51 v 5 kk (SD 16 v 6 kk)</p> <p>Sukupuoli: miehiä 67 %, naisia 33 %</p>	<p>Konvergentti ja divergentti validiteetti: IPAA verrattiin neljään muuhun osallistumisen arviointimenetelmään, joiden osa-alueet vastaavat samoja ICF:n pääluokkia kuin IPA: Keele Assessment of Participation (KAP), Participation Measure-Post Acute Care (PM-PAC), Participation Objective Participation Subjective (POPS) ja World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II). Korrelaatiot IPAn, WHODAS II:n, KAP:n ja PM-PAC:n välillä olivat odotusten mukaisesti korkeammat. IPAn osa-alueiden korrelaatio POPS subjektiivisten ja objektiivisten osa-alueiden kanssa jäi heikommaksi. IPAn korrelaatiot terveydentilaa mittaavien arviointimenetelmien (Neck Disability Index, Oswestry Disability Questionnaire ja Self-Report Functional Measure) kanssa olivat kokonaisuutena kohtalaisen vahvat (r = 0,49–0,75), lukuun ottamatta sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osa-alue, jonka korrelaatiot jäivät heikommiksi.</p>



Tekijät, vuosi, maa ja tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmät ja tulokset
		<p>IPAn sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osa-alue korreloi kohtalaisesti elämänlaatua mittaavan Life Satisfaction-11 (LiSat11) -kyselyn vastaavien osioiden kanssa (<math>r = 0,45; 0,60</math>).</p> <p>Selkäydinvammainen eri alaryhmissä (luokitteluperusteina olivat mm. fyysinen toimintakyky, kipu ja ikä &gt; 65 v.) IPA mittasi osallistumista lähes odotusten mukaisesti. Tulokset tukivat 95 % (20/21) testatuista hypoteeseista.</p> <p>Kaikkiaan viiden em. osallistumisen arviointimenetelmän vertailussa IPA ja PM-PAC osoittautuivat rakennevaliditeetiltaan vahvimiksi menetelmiksi selkäydinvammainen henkilöiden osallistumisen arvioinnissa.</p>
Fallahpour ym. 2011 Ruotsi  IPA-P:n <sup>a</sup> sisäinen rakennevaliditeetti, yksilövastausten validiteetti ja reliabiliteetti (erottelukyky)	n = 102 persiankielistä iranilaista  Diagnoosi: aivohalvaus  Ikä: keskiarvo 58 v 3 kk (SD 11 v 9 kk)  Sukuoli: miehiä 59 %, naisia 41 %	<p>Sisäinen rakennevaliditeetti: Rasch-analyysin perusteella IPA-P osallistumisen rajoitukset -asteikko ei toiminut odotusten mukaisesti iranilaisilla vastaajilla. Asteikko ei mitannut yhtä yksilöteistä rakennetta, vaan se näyttäisi ennemminkin mittaavan kahta eri rakennetta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) suoritukseen perustuvaa osallistumista (yht. 19 kysymystä kolmesta osa-alueesta: autonomia sisällä, rooli perheessä ja autonomia ulkona) ja</li> <li>2) sosiaalisuuteen perustuva osallistuminen (7 kysymystä sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osiosta).</li> </ol> <p>Item goodness-of-fit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) suoritukseen perustuvaa osallistuminen = 95 % Kysymys 4a (rahan käyttö) ei sopinut mallin oletuksiin (infit MnSq = 2,10, <math>z = 6,0</math>),</li> <li>2) sosiaalisuuteen perustuvaa osallistuminen = 100 %.</li> </ol> <p>Pääkomponenttianalyysin tulokset tukivat <i>osallistumisen rajoitukset -asteikon</i> sisältävän kaksi erillistä, toisiinsa liittyvää rakennetta. Pearsonin korrelaatioanalyysi vahvisti, että rakenteet liittyvät toisiinsa (<math>r = 0,58, p &lt; 0,001</math>). IPAn osallistumisen koetut ongelmat -asteikon psykometrisiä ominaisuuksia ei selvitetty tässä tutkimuksessa.</p> <p>Yksilövastausten (person response) validiteetti jäi hieman alle odotusten suoritukseen perustuvan osallistumisen asteikossa (person goodness-of-fit: 92 % sopi Rasch-mallin oletuksiin). Sosiaalisuuteen perustuvan osallistumisen -asteikon osalta vastaajat sopivat hyväksyttävästi mallin odotuksiin (person goodness-of-fit: 95 %). Koska vastaukset eivät täysin noudattaneet systemaattista mallia, tarvitaan vielä jatkotutkimusta.</p> <p>Erottelukyky: IPA-P:n (suoritukseen perustuvan ja sosiaalisuuteen perustuvan osallistumisen asteikot yhdessä) erotteli vastaajia luotettavasti vähintään neljälle tasolle koetun osallistumisen suhteen (person separation index = 3,48), samoin kuin suoritukseen perustuva osallistumisen asteikko yksinään (person separation index = 3,57). Sosiaalisuuteen perustuva osallistumisen asteikko jäi erottelukyvyltään heikommaksi (person separation index = 1,57).</p>

Lyhenteet: IPA-E = englanninkielinen, IPA-S = ruotsinkielinen, IPA-I = italiansinkielinen, IPA-P persiankielinen ja IPA-F = ranskankielinen versio IPAsta. ICC = Intraclass correlation coefficients, MnSq = (mean square) keskineliö,  $z$  = standardoitu goodness-of-fit, CI = (confidence interval) luottamusväli, RMSEA = root mean square error of approximation, SRMR = CFI = comparative fit index, SRMR = standardized root mean residual.

<sup>a</sup> Työtä ja koulutusta koskevat kysymykset eivät olleet mukana analyysissä, koska kysymykset koskivat vain pientä joukkoa tutkimuksen vastaajista.

<sup>b</sup> Nykyiseen IPAan sisältyvät muiden ihmisten auttamista ja tukemista koskevat kysymykset (7a, 7b) eivät ole mukana tutkitussa lomakkeessa tai analyysissä.

<sup>c</sup> Nykyiseen IPAan sisältyvä osallistumisen ongelmien kokemisen asteikko ei ole mukana tutkitussa lomakkeessa.

### 3.5 Tutkimuksen tarve

IPAn soveltuvuudesta käytettäväksi erilaisilla etnisillä ryhmillä ja iäkkäämmillä henkilöillä on tällä hetkellä vasta vähän kansainvälistä tutkimusta. Lisäksi olisi tarpeen tutkia lisää, minkä diagnoosin saaneille ryhmille ja minkätasoisesti toimintarajoitteisille henkilöille IPAA voidaan käyttää validisti. Selkäydinvamman henkiloiden erilaisissa alaryhmissä (luokitteluperusteina olivat mm. fyysinen toimintakyky, kipu ja yli 65 vuoden ikä) IPA näytti alustavasti mittaavan osallistumista lähes odotusten mukaisesti (Noonan ym. 2010). Ensimmäisten kansainvälisten tutkimusten perusteella kaikki IPAn kysymykset eivät silti välttämättä toimi yhtä pätevästi eri diagnoosin saaneilla ryhmillä (mm. Franchignoni ym. 2007; Larsson Lund ym. 2007). Lisäksi on epäselvää, voidaanko IPAA käyttää lievimmin toimintarajoitteisilla henkilöillä ilman, että syntyy ns. kattoefekti (Larsson Lund ym. 2007).

IPAn työtä ja koulutusta koskevista kysymyksistä on tehty tähän mennessä alustavaa validiteetti- ja reliabiliteettitutkimusta. Nämä osiot on jätetty useissa kansainvälisissä tutkimuksissa analyysin ulkopuolelle, koska kysymykset koskivat vain harvoja vastaajia. Alustavan tutkimustiedon perusteella työtä ja koulutusta mittaavat kysymykset muodostavat odotusten mukaisesti oman osa-alueensa, mutta niiden konvergentti validiteetti muihin arviointimenetelmiin verrattuna on jäänyt vielä epävarmaksi (Sibley ym. 2006).

## 4 Suomenkielisen version käännöstyö ja validointi

### 4.1 Käännöstyö ja kielellinen validointi

Kelan tutkimusosasto sai vuonna 2010 luvat IPAn käännöstyölle ja 2011 julkaisemiselle sen kehittäjältä PhD Mieke Cardolilta. Suomenkielinen käännös perustuu IPAn viimeisimpään versioon (2007), johon sisältyy 32 kysymystä osallistumisen rajoituksista sekä yhdeksän kysymystä osallistumisesta koetuista ongelmista.

Alkuperäinen flaaminkielinen IPA sekä englanninkielinen IPA-E-lomake käännettiin suomeksi flaaminkielentaitoisella kuntoutuksen asiantuntijalla. Samalla hän vertaili hollantilaista ja englantilaista IPA-lomaketta. Lisäksi englanninkielinen IPA-lomake käännettiin toisella riippumattomalla kielenkääntäjällä suomeksi. Kolmas henkilö, joka on

kuntoutuksen asiantuntija, vertaili käännöksiä ja teki kommentoitavan ehdotuksen suomenkielisestä versiosta. Tämä kommenttiversio käsiteltiin kuntoutuksen asiantuntijoista koostuvassa työryhmässä, joka tarkasti suomenkielisen version käsitteet kysymyskohtaisesti. Työryhmän tekemissä muutoksissa huomioitiin suomalaisessa kuntoutuksessa vakiintuneet termit sekä autonomian käsitteeseen liittyvät teoreettiset näkökulmat. Tällä tavoin pyrittiin varmistamaan, että kysymysten tarkoitus pysyy samanlaisena lomakkeen kääntämisen jälkeen.

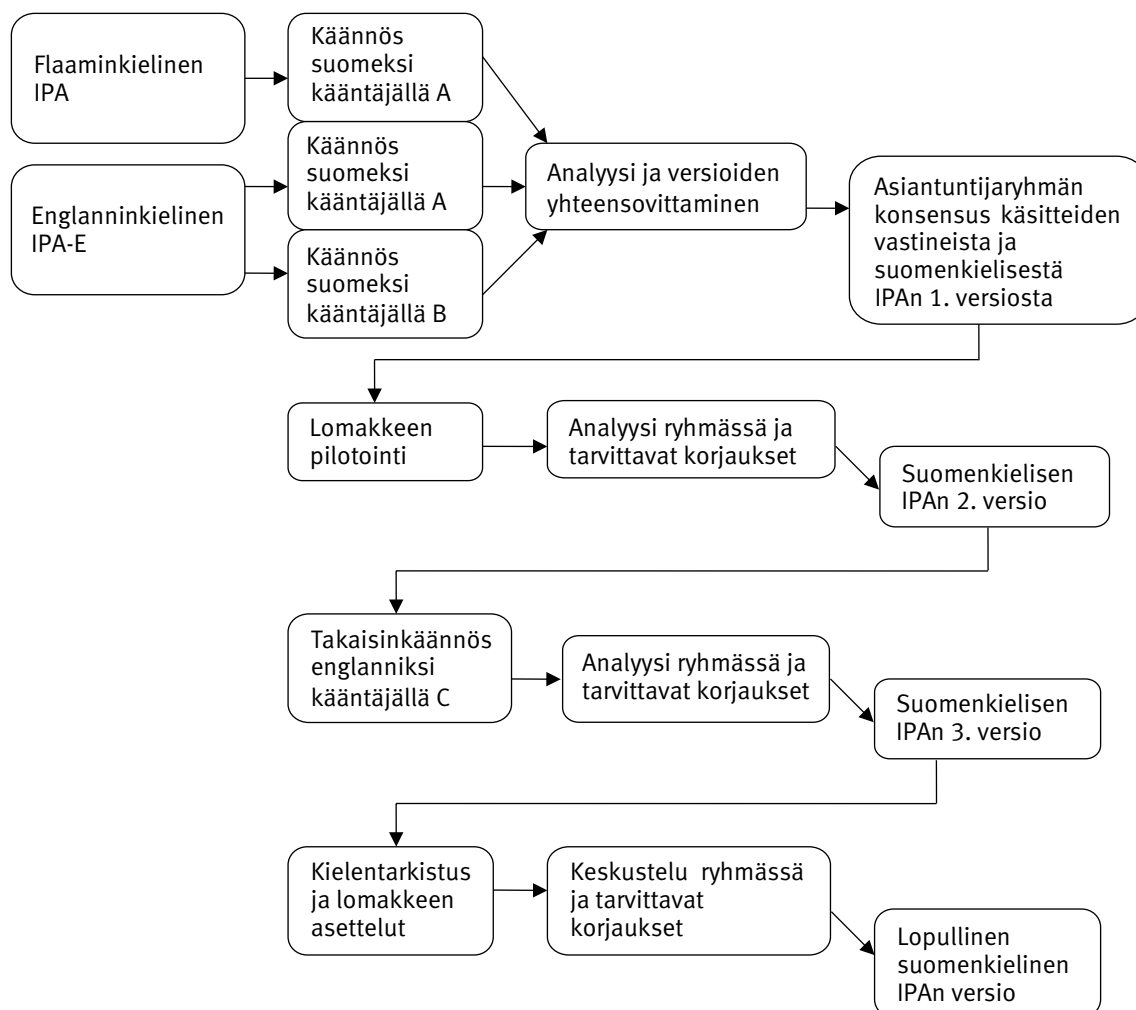
Ensimmäinen asiantuntijatyöryhmän hyväksymä käännösversio suomenkielisestä IPA-lomakkeesta pilotoitiin yhdellä kuntoutujalla, jolla on krooninen neurologinen sairaus. Kommenttien perusteella selkeytettiin lomakkeen asetteluja. Tämän jälkeen versiota 2 käytettiin MS-kuntoutujien arvioinnissa (n = 116). IPA toteutettiin näille henkilöille strukturoituna haastatteluna, jolloin oli samalla mahdollista kerätä tietoa lomakkeen toimivuudesta. Käytökokemusten perusteella tehtiin pieniä muutoksia kielelliseen ilmaisuun ja lomakkeen asetteluun.

Suomenkielisen IPAn toinen versio käännettiin takaisin englannin kielelle kolmannella kielenkääntäjällä. Takaisinkäännös analysoitiin kuntoutuksen asiantuntijoiden muodostamassa työryhmässä, ja suomenkielisen lomakkeen joitakin kielellisiä ilmaisuja vielä hiukan täsmennettiin.

Kolmannen version kieli tarkistettiin, jonka jälkeen pieni kuntoutuksen asiantuntijaryhmä tarkasti ja hyväksyi lomakkeeseen ehdotetut muutokset. Kelan tutkimusosaston julkaisutoimitus muokkasi vielä lomakkeen ulkoasun, jonka asiantuntijatyöryhmä tarkasti huomioiden mm. heikkonäköisten vastaajien hankaluudet. Lopullinen suomenkielinen IPA-lomake hyväksyttiin asiantuntijatyöryhmässä 2011. Käännöstyön ja kielellisen validoinnin vaiheet on kuvattu kuviossa seuraavalla sivulla.

### 4.2 Validointi

MS-avokuntoutushankkeen yhteydessä toteutettiin suomenkielisen IPAn alustava validiteettitutkimus osallistumisen rajoitukset -asteikon osalta (Karhula 2011). IPAn rakennevaliditeettia ja sisäistä yhdenmukaisuutta tutkittiin MS-kuntoutujilla (n = 116), jotka olivat iältään keskimäärin 48-vuotiaita (vaihteluväli: 28–61 v.). 68 % vastaajista oli naisia. Vamman vaikeusaste määriteltiin liikkumisen osalta Expanded Disability Status Scale (EDSS) -luokituksella. Vastaajista 19 %:lla oli lievä, 43 %:lla

**Kuvio.** IPAn kielellinen validointiprosessi.

Lähde: Acquardo ym. 2004, 110, muokattu.

keskiasteinen ja 38 %:lla vaikea-asteinen vamma (koko joukon EDSS:n vaihteluväli: 3–8,5).

MS-kuntoutujien arviointi toteutettiin haastatellen IPAn suomenkielisellä 2. versiolla ja vastaukset analysoitiin faktorianalyysillä. Työtä ja koulutusta koskevat kysymysosiot (kysymykset 8a–f ja 9a) jätettiin analyysin ulkopuolelle, koska niihin oli vastannut vain pieni joukko tutkittavista.

Suomenkielisen IPAn kysymykset noudattivat pääosin samaa faktorijakaumaa kuin aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Cardol 1999; Cardol ym. 2001; Sibley ym. 2006) eli kysymykset latautuvat seuraaville faktoreille: 1) autonomia sisällä (ent. autonomia itsessä huolehtimisessa), 2) rooli perheessä, 3) autonomia ulkona (ent. liikkuminen ja vapaa-aika), sekä 4) sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet. Tällä faktorirakenteella pystyttiin selittämään 57 % kokonaisvarianssista. Suomalaisten

vastauksissa yksi kysymys muodosti poikkeuksen verrattuna kansainvälisiin tutkimuksiin. Kysymys 6f (mahdollisuus intiimiin suhteeseen) latautui tässä tutkimuksessa vahvimmin faktorille ”autonomia ulkona”, johon latautui sekä suomalaisessa että kansainvälisissä tutkimuksissa vapaa-ajan viettoa ja ihmisten tapaamiseen liittyviä kysymyksiä. Aiemmissä tutkimuksissa kysymys 6f on latautunut useimmille faktoreille: rooli perheessä, sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet, autonomia ulkona sekä työ ja koulutus (Cardol ym. 2001; Sibley ym. 2006; Noonan ym. 2010). Kuten aiemmissakin tutkimuksissa, myös tässä suomenkielisen IPAn rakennevaliditeettia tarkastelevassa tutkimuksessa kolme heikoiten toimivaa kysymystä olivat 6f (intiimisuhteet), 4a (raha-asioista huolehtiminen) ja 7a (muiden auttaminen). Reliabiliteettikertoimet faktoreille olivat hyvät (Cronbachin alfa 0,78–0,87), mikä viittaa siihen, että IPAn sisäinen yhdenmukaisuus on hyvä. (Karhula 2011.)

Arviointimenetelmän kehittäminen on jatkuva prosessi. IPA on nyt käännetty suomeksi ja suomenkielisen version validiteettia on tutkittu rajatulla joukolla: MS-kuntoutujilla. Tämän tutkimuksen perusteella ei tehty muutoksia suomenkielisen IPAn rakenteeseen. IPA-menetelmää ei kuitenkaan ole suunnattu tietyn diagnoosin saaneelle ryhmälle, joten tulevaisuudessa tulisi vielä tutkia, vastaavatko eri diagnooseja saaneet suomalaiset kuntoutuksen ja terveydenhuollon asiakkaat kyselylomakkeella systemaattisesti eri tavalla kuin toisen maan vastaajat (ks. Kersten ym. 2007), sillä arviointimenetelmään voi liittyä maan kulttuurista ja kielestä johtuvia virhelähteitä.

## 5 IPAn käyttäminen

IPA on eri tavoin kroonisesti toimintarajoitteisille aikuisille suunnattu geneerinen itsearviointimenetelmä. Sitä ei voida käyttää lapsilla. IPAn tarkoitus on antaa tietoa asiakkaan osallistumisrajoitteiden vaikeusasteesta sekä hänen yksilöllisistä osallistumiseen ja autonomiaan liittyvistä tarpeistaan. IPA arvioi sekä 1) koettua osallistumista että 2) osallistumisessa koettuja ongelmia. (Cardol ym. 2002d.) Tässä arviointimenetelmässä osallistumisen näkökulma on autonomiassa eli yksilön *mahdollisuuksissa päättää ja tehdä valintoja itselleen tärkeiksi kokemiansa toimintoihin osallistumisesta* (mm. Magasi ja Post 2010). IPAlla ei voida arvioida esimerkiksi omatoimisuutta osallistumisessa, avun tarpeen astetta tai osallistumisen useutta.

IPAlla on mahdollista arvioida laaja-alaisesti sosiaalista osallistumista ja autonomiaa. Magasi ja Post (2010, 23–24) ovat linkittäneet sen Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) osa-alueille käyttäen Ciezan ym. (2005) linkityssääntöjä ja kahta riippumatonta arvioijaa. Heidän mukaansa IPAn kysymykset koskevat suurinta osaa ICF:n osallistumisen pääluokista: liikkumista, itsestä huolehtimista, kotielämää, henkilöiden välistä vuorovaikutusta ja ihmissuhteita, keskeisiä elämänalueita sekä yhteisöllistä, sosiaalista ja kansalaiselämää (liite 3). Noonanin ym. (2009) artikkelissa IPA oli linkitetty samoihin ICF:n pääluokkiin, mutta tarkemmissa luokitusyksiköissä on joitakin eroja. Ensinnäkään IPAn ei katsottu sisältävän koulutusta koskevia kuvauskohteita (d820, d 825, d830). Toisekseen IPAn tulkittiin kysyvän asiakkaalta apuvälineiden käyttöä ja avustajan hyödyntämistä, jonka myötä IPAn katsottiin arvioivan myös ympäristötekijöitä (ks. Noonan ym. 2010). Tästä tulkinnasta voidaan olla eri mieltä.

Myös autonomian näkökulma saattaa vaikeuttaa IPAn käsitteiden linkittämistä ICF:ään. Resnik ja Plow (2009) esittivät omassa osallistumisen alueen arviointimenetelmiä analysoivassa artikkelissaan IPAn kattavan huomattavasti kapeammin ICF:n osallistumisen pääluokkia kuin edellä mainitussa artikkelissa. Näistä IPAn linkityksistä Magasin ja Postin (2010) versio on teoreettisesti selkeimpänä käännetty suomeksi liitteeseen 3.

IPAlla kerättyä tietoa hyödynnettäessä on tärkeää pitää mielessä, että IPAn näkökulma osallistumiseen ei liity omatoimisuuteen. Tämän vuoksi asiakkaan tarpeisiin vastaaminen vaatii asiakaskesteistä toimintamallia ja laaja-alaisia, arjen toimintojen mahdollistamiseen keskittyviä menetelmiä. Ammatillaisen on kyettävä selvittämään, mikä hyödyttää tiettyä asiakasta juuri hänen päivittäisessä elämässään (Cardol ym. 2002a ja b).

Tieto IPAn kattamista ICF:n pääluokista, ymmärrys autonomian erityisestä näkökulmasta osallistumiseen sekä tutkimustieto IPAn psykometrisistä ominaisuuksista auttavat ammattilaista vertailemaan IPAA muihin osallistumisen arviointimenetelmiin ja osaltaan myös tekemään päätöksiä sen suhteen, missä tapauksissa IPAn käyttö olisi hyödyllistä.

### 5.2 IPAn rakenne

IPA rakentuu 32 osallistumisen rajoituksia koskevasta kysymyksestä sekä yhdeksästä osallistumisessa koettuja ongelmia koskevasta kysymyksestä.

#### 1) Osallistumisen rajoitukset -asteikko

IPAn 32 osallistumisen rajoituksia koskevaa kysymystä jakautuvat viiteen osa-alueeseen (taulukko 2).

*Autonomia sisällä* sisältää mahdollisuudet huolehtia itsestään haluamallaan tavalla (peseytyminen, pukeutuminen, sänkyyn meneminen, syöminen ja juominen) sekä liikkumisen kotona, minne haluaa ja milloin haluaa.

*Rooli perheessä* sisältää perhe-elämään liittyvät roolit, tehtävät ja vastuun, kuten tehtävien tekemisen kotona ja puutarhassa sekä raha-asioista huolehtimisen.

*Autonomia ulkona* sisältää kodin ulkopuolella tapahtuvia toimintoja, kuten sosiaalisen kanssakäymisen useuden, mahdollisuuden viettää vapaa-aikaa sekä liikkua kodin ulkopuolella minne haluaa ja milloin haluaa.

*Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet* sisältää laadullisen näkökulman sosiaaliseen elämään ja ihmissuhteisiin, kuten koettuun arvostukseen ja läheisyyteen. Myös muiden auttaminen ja tukeminen kuuluvat tähän osa-alueeseen.

*Työ ja koulutus* sisältää ansio- ja vapaaehtoistyön sekä koulutuksen ja harjoittelun. (Ks. Kersten 2007.)

Osallistumista koskevat kohdat on pisteytetty viiden vaihtoehdon asteikolla 0–4.

Vastausvaihtoehdot (kaksi erilaista skaalaa kysymyksen mukaan):

0 = erittäin hyvät	0 = erittäin paljon
1 = hyvät	1 = paljon
2 = kohtalaiset	2 = kohtalaisesti
3 = huonot	3 = vähän
4 = erittäin huonot	4 = erittäin vähän

## 2) Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikko

Osallistumisen rajoitusten asteikon lisäksi IPA:an sisältyy 9 kysymystä, jotka muodostivat osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon (taulukko 3).

Osallistumisessa koettuja ongelmia koskevat kysymykset on pisteytetty kolmen vaihtoehdon asteikolla 0–2.

Vastausvaihtoehdot:

0 = ei ongelmia  
1 = vähän ongelmia  
2 = paljon ongelmia.

**Taulukko 2.** IPA osallistumisen rajoitukset -asteikon osa-alueet ja kysymykset.

IPA osallistumisen rajoitukset -asteikon osa-alueet	Kysymysten numerot
Autonomia sisällä (7 kysymystä)	1a, 1b, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e
Rooli perheessä (7 kysymystä)	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 4a
Autonomia ulkona (5 kysymystä)	1c, 1d, 5a, 6g, 10
Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet (7 kysymystä)	6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 7a <sup>a</sup>
Työ ja koulutus (6 kysymystä)	8a, 8b, 8c, 8d, 8e, 9a

<sup>a</sup> Artikkeleissa Sibley ym. 2006 ja Kersten ym. 2007 kysymys 7a (mahdollisuuteni tukea muita ihmisiä) on merkitty IPA-E-lomakkeelle kohtana 9a. IPAn kehittäjät pyysivät julkaisun jälkeen, että kyseinen kohta merkittäisiin lähemmäksi sosiaalista elämää ja ihmissuhteita käsittelevää ala-osiota. Tätä seuraavat kysymykset on siksi numeroitu uudelleen (kysymykset 7a–7e kysymyksiksi 8a–8e ja kysymys 8a kysymykseksi 9a).

Lähde: Kersten 2007.

**Taulukko 3.** IPA osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon kysymykset.

IPA osallistumisessa koetut ongelmat -asteikko	Kysymyksen numero
Liikkuminen minne haluan ja milloin haluan	1e
Itsestä huolehtiminen	2f
Kotityöt	3g
Raha-asioista huolehtiminen	4b
Vapaa-aika	5b
Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet	6h
Muiden ihmisten auttaminen ja tukeminen	7b
Ansio- ja vapaaehtoistyö	8f
Koulutus	9b

Lähde: Kersten 2007.

### 5.3 Lomakkeen täyttäminen

IPA on itsearviointimenetelmä, jonka vastaaja täyttää itse. IPA voidaan toteuttaa myös postikyselynä, mutta sen toimivuutta puhelinhaastatteluna ei ole vielä tutkittu. Yksityiskohtaisemmat vastausohjeet löytyvät IPA-lomakkeen etusivulta. Lisäksi jokaista kysymysosiota edeltää lyhyt johdantoteksti, joka ohjaa vastaajaa pohtimaan osallistumistaan autonomian näkökulmasta. Kysymykset on esitetty lomakkeessa vastaajan kannalta loogisessa järjestyksessä, joka on eri kuin IPAn osa-alueiden järjestys. Vastaaja merkitsee rastin omaa tilannettaan parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle. Lomakkeen täyttämiseen kuluu vastaajilta aikaa noin 20 minuuttia.

Jos työhön osallistumista koskevat kysymykset eivät ole vastaajalle ajankohtaisia, hän voi valita ensimmäisessä työtä koskevassa kysymyksessä (8a) vastausvaihtoehdon: ”ei koske minua” ja ohittaa muut työtä koskevat kysymykset (8b–8e). Koulutusta koskevista kysymyksistä menetellään vastaavassa tilanteessa samalla tavalla: vastaaja voi valita ensimmäisen kysymyksen (9a) kohdalla vaihtoehdon ”ei koske minua” ja hypätä koettua ongelmaa koskevan kysymyksen (9b) yli viimeiseen kysymysosioon. (Larsson Lund ja Lexell 2008)

Arviointikäyttöön tarkoitetut, tulostettavat lomakkeet ovat saatavissa internetistä ([www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus) > Julkaisuhaku). Niiden fonttikoko on tavallista suurempi ja ne ovat vapaasti tulostettavissa.

### 5.4 Pisteytys ja tulosten tulkinta

IPAn pisteytyksen tekee ammattilainen. Myös tämän lomakkeen arviointikäyttöön tarkoitettu, tulostettava versio on saatavissa internetistä.

#### *Kokonaispisteet ja niiden tulkinta*

Kokonaispistemäärä saadaan laskemalla kaikkien 32 osallistumisen rajoitukset -asteikon kysymysten pisteet yhteen. Kokonaispisteiden enimmäismäärä on 128. Suuremmat kokonaispisteet ilmaisevat suurempia negatiivisia vaikutuksia osallistumisessa. Kokonaispisteitä voidaan käyttää myös silloin, kun IPAA käytetään tulostettuna (Kersten ym. 2007).

Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikon kysymysten (1e, 2f, 3g, 4b, 5b, 6h, 7b, 8f ja 9b) pisteet

lasketaan yhteen omana osionaan. Tämän asteikon kokonaispisteiden enimmäismäärä on 18, ja suuremmat pisteet ilmaisevat suurempia ongelmia osallistumisessa.

#### *Osa-alueiden pisteytys ja tulosten tulkinta*

Osallistumisen rajoitukset -asteikon tulosten tarkastelu osa-alueittain voi antaa hyödyllistä tietoa kuntoutuksen suunnitteluun. Vähintään 75 %:iin osa-alueen kysymyksistä täytyy olla vastattu. Jos yli 25 % vastauksista puuttuu, ei osa-aluekohtaisia pisteitä tule laskea. (Sibley ym. 2006; Kersten ym. 2007.) Käytännössä jokaiselta osa-alueelta voidaan laskea erilliset pisteet silloin, kun asiakas on jättänyt vastaamatta enintään yhteen kysymykseen kyseiseltä osa-alueelta.

Osa-alueen pisteistä lasketaan keskiluku (keskiarvo tai mediaani). Keskiluku 0 tarkoittaa sitä, että autonomiassa ja osallistumisessa ei ole rajoituksia, ja arvo 4 osoittaa erittäin heikkoa autonomiaa kyseisellä osa-alueella. (Sibley ym. 2006; Kersten ym. 2007.)

### Lähteet

Acquardo C, Conway K, Giroudet C, Mear I. Linguistic validation manual for patient-reported outcomes (pro) instruments. Lyon: Mapi Institute, 2004.

Brown M. Participation. The insider perspective. Arch Phys Med Rehabil 2010; 91 (Suppl 1): s34–s37.

Brown M, Dijkers M, Gordon WA, Ashman T, Charatz H. Participation objective, participation subjective. A measure of participation combining outsider and insider perspectives. J Head Trauma Rehabil 2004; 19: 459–481.

Cardol M, Haan RJ de, Bos GA van den, Jong BA de, Groot IJ de. The development of a handicap assessment questionnaire. The Impact on Participation and Autonomy (IPA). Clin Rehabil 1999; 13: 411–419.

Cardol M, Haan RJ de, Jong BA de, Bos GA van den, Groot IJ de. Psychometric properties of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. Arch Phys Med Rehabil 2001; 82: 210–216.

- Cardol M, Jong BA de, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2002a; 24: 970–974.
- Cardol M, Jong BA de, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. A response. *Disabil Rehabil* 2002b; 24: 1001–1004.
- Cardol M, Beelen A, Bos GA van den, Jong BA de, Groot IJ de, Haan RJ de. Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil* 2002c; 83: 1524–1529.
- Cardol M, Jong BA de, Bos GA van den, Beelem A, Groot IJ de, Haan RJ de. Beyond disability. Perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clin Rehabil* 2002d; 16: 27–35.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstun G, Stucki G. ICF linking rules. An update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005; 37: 212–218.
- Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation. An overview. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s5–s16.
- Eyssen I, ym. Efficacy of clientcentred occupational therapy in patients with multiple sclerosis. A cluster-randomised trial. Tutkimusprotokolla. Saatavissa: <<http://controlled-trials.com/ISRCTN85468190/Occupational+therapy>>. Viitattu 11.3.2011.
- Fallahpour M, Johanssin H, Joghataei MT, Kottorp A. Impact on Participation and Autonomy (IPA). Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke. *Scand J Occup Ther* 2011; 18: 59–71.
- Franchignoni F, Ferriero G, Giordano A, Guglielmi V, Picco D. Rasch psychometric validation of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire in people with Parkinson's disease. *Europa Medicophysica* 2007; 43: 451–461.
- Heinemann AW. Measurement of participation in rehabilitation research. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s1–s4.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes, Ohjeita ja suosituksia 4, 2004.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Julkaisussa: Rissanen, P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 51–62.
- Karhula M. Impact on Participation and Autonomy (IPA) suomenkielisen version alustava rakennevaliditeetti ja sisäinen yhdenmukaisuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto: Ihmistieteiden metodikeskus, 2011. (Julkaisematon.)
- Kersten P. Impact on Participation and Autonomy (IPA). Manual to the English version: IPA. 2007. Saatavissa: <[http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=8611&path=/Startpunt/NIVEL international/Experts & Expertise/Experts & Expertise/ Researchers/CV M. \(Mieke\) Cardol/IPA](http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=8611&path=/Startpunt/NIVEL%20international/Experts%20&Expertise/Experts%20&Expertise/Researchers/CV%20M.%20(Mieke)%20Cardol/IPA)>. Viitattu: 10.3.2011.
- Kersten P, Cardol M, George S, Ward C, Sibley A, White B. Validity of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire. A comparison between two countries. *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1502–1509.
- Kos D, Duportail M, D'hooghe M, Nagels G, Kerckhofs E. Multidisciplinary fatigue management programme in multiple sclerosis. A randomized clinical trial. *Multiple Sclerosis* 2007; 13: 996–1003.
- Larsson Lund M, Lexell J. Perceived participation in life situations in persons with late effects of polio. *J Rehabil Med* 2008; 40: 659–64.
- Larsson Lund M, Lexell J. Associations between perceptions of environmental barriers and participation in persons with late effects of polio. *Scand J Occup Ther* 2009; 16: 194–204.
- Larsson Lund M, Nordlund A, Nygård Lexell J, Pernspång B. Perceptions of participation and predictors of perceived problems with participation in persons with spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2005; 36: 1–6.
- Larsson Lund M, Fisher A, Lexell J, Bernspång B. Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. Internal scale validity of the Swedish version for use in people with spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2007; 39: 156–162.
- Magasi S, Post M. A comparative review of contemporary participation measures' psychometric properties and content coverage. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s17–s28.

- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp, 2007.
- Noonan V, Kopec J, Noreau L, Singer J, Chan A, Mâsse L, Dvorak M. Comparing the content of five participation instruments using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7: 93.
- Noonan V, Kopec J, Noreau L, Singer J, Mâsse L, Zhang H, Dvorak M. Comparing the validity of five participation instruments in persons with spinal conditions. *J Rehabil Med* 2010; 42: 724–734.
- Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25: 577–587.
- Poulin V, Desrosiers J. Validation of the French translation of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ). *Can J Occup Ther* 2010; 77: 159–166.
- Resnik L, Plow MA. Measuring Participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health. An evaluation of existing measures. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 856–866.
- Sibley A, Kersten P, Ward CD, George S, White B, Mehta RL. Measuring autonomy in disabled people. Validation of a new scale in a UK population. *Clin Rehab* 2006; 20: 793–803.
- Slim FJ, Schie CH van, Keukenkamp R, Faber WR, Nollet F. Effects of impairments on activities and participation in people affected by leprosy in The Netherlands. *J Rehabil Med* 2010; 42: 536–543.
- Schwartz C. Applications of response shift theory and methods to participation measurement. A brief history of a young field. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): s38–s43.
- Vazirinejad R, Lilley JM, Ward CD. The 'Impact on Participation and Autonomy'. Acceptability of the English version in a multiple sclerosis outpatient setting. *Multiple Sclerosis* 2003; 9: 612–615.
- Videler AJ, Beelen A, Schaik IN van, Visser M de, Nollet F. Limited upper limb dysfunctioning has impact on restrictions in participation and autonomy of patients with hereditary motor and sensory neuropathy 1A. *J Rehabil Med* 2009; 41: 746–750.
- Whiteneck G, Dijkers MP. Difficult to measure constructs. Conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009; 90 (Suppl 1): s22–s35.



## Liite 1: IPA-kyselylomake

# IPA

## Kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä

Vastaajan nimi: \_\_\_\_\_ Päivämäärä: \_\_\_\_\_

### Johdanto

Tämän lomakkeen kysymykset koskevat päivittäisiä toimintojasi. Pyrimme saamaan käsityksen siitä, miten koet ja arvioit terveydentilasi tai toimintarajoitteesi vaikuttavan kykyysi elää kuten haluat. Toivomme saavamme tietoa siitä, missä määrin pystyt tekemään valintoja itsellesi tärkeisiin toimintoihin osallistumisesta.

Kun vastaat kysymyksiin, keskity **omaan** näkemykseesi asiasta. Oikeita tai vääriä vastauksia ei ole. On tärkeää, että vastauksesi kuvastaa mahdollisimman hyvin omaa tilannettasi.

Lue kysymykset ja vastaa sitten rastittamalla sopiva vaihtoehto. Jos sinun on esimerkiksi mahdollista liikkua kotonasi mihin haluat, voit vastata ensimmäiseen kysymykseen seuraavalla tavalla:

Mahdollisuutesi liikkua kotona <i>mihin</i> haluat ovat	<input checked="" type="checkbox"/> erittäin hyvät
	<input type="checkbox"/> hyvät
	<input type="checkbox"/> kohtalaiset
	<input type="checkbox"/> huonot
	<input type="checkbox"/> erittäin huonot

Yritä vastata kaikkiin kohtiin, jos vain mahdollista. Rastita tilannettasi parhaiten vastaava kohta, vaikka kysymykseen tuntuisikin vaikealta vastata tai se on sinulle merkityksetön.

Voit kirjoittaa omat kommenttisi jokaisen osion jälkeen.

Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti.

Lomakkeen täyttäminen kestää noin 20 minuuttia.

### IPA: Impact on Participation and Autonomy

Alkuperäisen hollantilaisen IPAn ovat kehittäneet PhD M. Cardol ja PhD B. A. de Jong (1999).  
IPA 2007 / Suomenkielinen lomake: © Kelan tutkimusosasto 2011.

## IPA – Vaikuttamismahdollisuudet osallistumiseen

<b>Liikkuminen mihin ja milloin haluat</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua		Pistemäärä (vastausten käsittelijä täyttää)
Kysymme ensin liikkumisestasi eli mahdollisuuksistasi liikkua mihin ja milloin haluat. Haluaisimme saada käsityksen siitä, voitko <u>itse</u> päättää, mihin menet ja milloin.		
1a. Mahdollisuutesi liikkua kotona <i>mihin</i> haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
1b. Mahdollisuutesi liikkua kotona <i>milloin</i> haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
1c. Mahdollisuutesi käydä sukulaisten ja ystävien luona <i>milloin</i> haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
1d. Mahdollisuutesi matkustaa ja lomailla halutessasi ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
1e. Jos terveydentilasi tai toimintarajoitteesi vaikuttaa kykyysi liikkua mihin ja milloin haluat, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi liikkumisestasi.		

<b>Itsestä huolehtiminen</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua		
Seuraavat kysymykset liittyvät itsestä huolehtimiseen. Vastatessasi mieti, voitko itse päättää, milloin ja miten haluat asiat tehtävän (vaikka et tekisi niitä itse).		
2a. Mahdollisuutesi peseytyä ja pukeutua <i>haluamallasi tavalla ovat</i>	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
2b. Mahdollisuutesi peseytyä ja pukeutua <i>milloin</i> haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
2c. Mahdollisuutesi mennä sänkyyn ja nousta ylös <i>milloin</i> haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
2d. Mahdollisuutesi käydä vessassa <i>milloin</i> haluat ja pidät tarpeellisena ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
2e. Mahdollisuutesi syödä ja juoda <i>milloin</i> haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
2f. Jos terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikuttaa kykyysi huolehtia itsestäsi, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi itsestäsi huolehtimisesta.		

<p><b>Kotityöt sisällä ja ulkona</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua</p> <p>Seuraavat kysymykset koskevat kotitöitä ja niihin liittyviä velvollisuuksia. Vastatessasi mieti, voitko <u>itse</u> päättää milloin ja miten haluat asiat tehtävän (vaikka et tekisi niitä itse).</p>		
3a. Mahdollisuutesi osallistua kodinhoitoon <i>haluamallasi tavalla ovat</i>	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
3b. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että kevyet kotityöt (kuten teen tai kahvin keittäminen) tulevat hoidetuiksi <i>haluamallasi tavalla</i> joko omasta tai muiden toimesta, ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
3c. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että raskaat kotityöt (kuten siivoaminen) tulevat hoidetuiksi <i>haluamallasi tavalla</i> joko omasta tai muiden toimesta, ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
3d. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että kotityöt tulevat hoidetuiksi <i>milloin</i> haluat joko omasta tai muiden toimesta, ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
3e. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että pienet korjaus- ja ylläpitotyöt kotona ja puutarhassa tulevat hoidetuiksi <i>haluamallasi tavalla</i> joko omasta tai muiden toimesta, ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
3f. Mahdollisuutesi vastata roolisi mukaisiin odotuksiin kotona <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
3g. Jos terveydentilasi tai toimintarajoitteesi vaikuttaa kotitöiden tekemiseen ja niihin liittyviin velvollisuuksiin, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2

Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi toiminnoista kotona ja kodin lähiympäristössä.		
<b>Raha-asioista huolehtiminen</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua		
Seuraavat kysymykset liittyvät siihen, miten terveydentilasi tai toimintarajoitteesi vaikuttaa mahdollisuuksiisi <u>itse</u> päättää rahojesi käytöstä.		
4a. Mahdollisuutesi päättää, miten rahasi käytät, ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
4b. Jos terveydentilasi tai toimintarajoitteesi vaikuttaa mahdollisuuksiisi päättää rahojesi käytöstä, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi raha-asioittesi hallinnasta.		
<b>Vapaa-aika</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua		
Seuraavat kysymykset liittyvät mahdollisuuksiisi päättää <u>itse</u> vapaa-aikasi käytöstä.		
5a. Mahdollisuutesi viettää vapaa-aikasi <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
5b. Jos terveydentilasi tai toimintarajoitteesi vaikuttaa vapaa-aikasi viettämiseen, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat vapaa-aikaan liittyvät kommenttisi.		

<b>Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet</b>		
Seuraavat kysymykset liittyvät sosiaalisen elämäsi laatuun ja määrään. Haluaisimme tietää, vaikuttaako terveydentilasi tai toimintarajoitteesi ihmissuhteisiisi.		
6a. Mahdollisuutesi keskustella tasa-arvoisesti läheistesi kanssa ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
6b. Suhteesi sinulle läheisiin ihmisiin ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
6c. Läheisesi arvostavat sinua	<input type="checkbox"/> erittäin paljon <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> erittäin vähän	0 1 2 3 4
6d. Suhteesi tuttaviasi ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
6e. Tuttavasi arvostavat sinua	<input type="checkbox"/> erittäin paljon <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> erittäin vähän	0 1 2 3 4
6f. Mahdollisuutesi intiimiin suhteeseen ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
6g. Mahdollisuutesi tavata ihmisiä niin usein kuin haluat ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4

<p>6h. Jos terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikuttaa sosiaaliseen elämääsi ja ihmissuhteisiisi, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?</p>	<p><input type="checkbox"/> ei ongelmia  <input type="checkbox"/> vähän ongelmia  <input type="checkbox"/> paljon ongelmia</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat, sosiaaliseen elämääsi ja ihmissuhteisiisi liittyvät kommenttisi.</p>		
<p><b>Muiden ihmisten auttaminen ja tukeminen</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua.</p> <p>Seuraavat kysymykset liittyvät mahdollisuuksiisi auttaa ja tukea muita ihmisiä, kuten perheenjäseniä, naapureita, ystäviä tai tuttavvia järjestöissä ja yhdistyksissä.</p>		
<p>7a. Mahdollisuutesi auttaa ja tukea ihmisiä ovat</p>	<p><input type="checkbox"/> erittäin hyvät  <input type="checkbox"/> hyvät  <input type="checkbox"/> kohtalaiset  <input type="checkbox"/> huonot  <input type="checkbox"/> erittäin huonot</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>7b. Jos terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikuttaa mahdollisuuksiisi auttaa muita ihmisiä, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?</p>	<p><input type="checkbox"/> ei ongelmia  <input type="checkbox"/> vähän ongelmia  <input type="checkbox"/> paljon ongelmia</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi, jotka liittyvät mahdollisuuksiisi auttaa ja tukea muita ihmisiä.</p>		
<p><b>Ansio- ja vapaaehtoistyö</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua.</p> <p>Seuraavat kysymykset liittyvät ansio- ja vapaaehtoistyöhön. Mitkä ovat mahdollisuutesi saada ansio- tai vapaaehtoistyötä tai pitää työsi, vaikka asia ei tällä hetkellä tuntuisikaan sinusta olennaiselta.</p>		
<p>8a. Mahdollisuutesi saada haluamaasi ansio- tai vapaaehtoistyötä tai pitää työsi ovat</p>	<p><input type="checkbox"/> erittäin hyvät  <input type="checkbox"/> hyvät  <input type="checkbox"/> kohtalaiset  <input type="checkbox"/> huonot  <input type="checkbox"/> erittäin huonot</p>	<p>0 1 2 3 4</p>

Vastaa kysymyksiin 8b–8f vain, jos sinulla on ansio- tai vapaaehtoistyö, vaikka et tällä hetkellä sairauden vuoksi olisikaan työssä. Muussa tapauksessa siirry kysymykseen 9.		
8b. Mahdollisuutesi tehdä ansio- tai vapaaehtoistyötä <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
8c. Suhteesi työtovereihisi ansio- tai vapaaehtoistyöpaikalla ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
8d. Mahdollisuutesi saavuttaa tai pitää haluamasi tehtävä ansio- tai vapaaehtoistyöpaikallasi ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
8e. Mahdollisuuteni vaihtaa ansio- tai vapaaehtoistyötä ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
8f. Jos terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikuttaa ansio- tai vapaaehtoistyöhösi, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi ansio- tai vapaaehtoistyöstä.		



<p><b>Koulutus ja kurssit</b> apuvälineiden avulla, toisen henkilön avustamana tai ilman apua.</p> <p>Seuraavat kysymykset liittyvät siihen, miten terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikuttaa mahdollisuuksiisi saada haluamaasi koulutusta. Jos et ole kiinnostunut koulutuksesta tai kurseista, voit rastittaa kohdan 'ei koske minua' ja siirtyä kysymykseen 10.</p>		
9a. Mahdollisuutesi saada haluamaasi koulutusta ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot <input type="checkbox"/> ei koske minua	0 1 2 3 4
9b. Jos terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikuttaa mahdollisuuksiisi osallistua koulutukseen tai kursseille, miten paljon siitä koituu sinulle ongelmia?	<input type="checkbox"/> ei ongelmia <input type="checkbox"/> vähän ongelmia <input type="checkbox"/> paljon ongelmia	0 1 2
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän omat kommenttisi koulutusmahdollisuuksistasi.		
<p><b>Kokonaisnäkemys vaikuttamismahdollisuuksista</b></p> <p>Olet vastannut tällä lomakkeella kysymyksiin terveydentilasi tai toimintarajotteesi vaikutuksista omaan elämääsi ja sosiaalisiin suhteisiisi. Koetko, että voit kaiken kaikkiaan riittävästi vaikuttaa omaan elämääsi?</p>		
10. Mahdollisuutesi elää haluamallasi tavalla ovat	<input type="checkbox"/> erittäin hyvät <input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot <input type="checkbox"/> erittäin huonot	0 1 2 3 4
Jos haluat, voit kirjoittaa tähän lisäkommentteja mahdollisuuksistasi vaikuttaa omaan elämääsi.		

**Kiitos vastauksistasi!**

## Liite 2: IPA-pisteytyslomake

### IPA-pisteytyslomake

Vastaajan nimi: \_\_\_\_\_ Pvm. \_\_\_\_\_

Pisteyttäjän nimi: \_\_\_\_\_

1. Osallistumisen rajoitukset -asteikko	
Autonomia sisällä -osa-alue	Pisteet (0–4)
1a. Mahdollisuutesi liikkua kotona <i>mihin</i> haluat ovat	
1b. Mahdollisuutesi liikkua kotona <i>milloin</i> haluat ovat	
2a. Mahdollisuutesi peseytyä ja pukeutua <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	
2b. Mahdollisuutesi peseytyä ja pukeutua <i>milloin</i> haluat ovat	
2c. Mahdollisuutesi mennä sänkyyn ja nousta ylös <i>milloin</i> haluat ovat	
2d. Mahdollisuutesi käydä vessassa <i>milloin</i> haluat ja pidät tarpeellisena ovat	
2e. Mahdollisuutesi syödä ja juoda <i>milloin</i> haluat ovat	
Autonomia sisällä -osa-alueen pisteet (keskiarvo tai mediaani, enintään 4 p.)	
Rooli perheessä -osa-alue	Pisteet (0–4)
3a. Mahdollisuutesi osallistua kodinhoitoon <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	
3b. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että kevyet kotityöt (kuten teen tai kahvin keittäminen) tulevat hoidetuiksi <i>haluamallasi tavalla</i> joko omasta tai muiden toimesta ovat	
3c. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että raskaat kotityöt (kuten siivoaminen) tulevat hoidetuiksi <i>haluamallasi tavalla</i> joko omasta tai muiden toimesta ovat	
3d. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että kotityöt tulevat hoidetuiksi <i>milloin</i> haluat joko omasta tai muiden toimesta ovat	
3e. Mahdollisuutesi huolehtia siitä, että pienet korjaus- ja ylläpitotyöt kotona ja puutarhassa tulevat hoidetuiksi <i>haluamallasi tavalla</i> joko omasta tai muiden toimesta ovat	
3f. Mahdollisuutesi vastata roolisi mukaisiin odotuksiin kotona <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	
4a. Mahdollisuutesi päättää, miten rahasi käytät, ovat	
Rooli perheessä -osa-alueen pisteet (keskiarvo tai mediaani, enintään 4 p.)	
Autonomia ulkona -osa-alue	Pisteet (0–4)
1c. Mahdollisuutesi käydä sukulaisten ja ystävien luona <i>milloin</i> haluat ovat	
1d. Mahdollisuutesi matkustaa ja lomailla halutessasi ovat	
5a. Mahdollisuutesi viettää vapaa-aikani <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	
6g. Mahdollisuutesi tavata ihmisiä niin usein kuin haluat ovat	
10. Mahdollisuutesi elää <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	
Autonomia ulkona osa-alueen pisteet (keskiarvo tai mediaani, enintään 4 p.)	

<b>Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet -osa-alue</b>	<b>Pisteet (0–4)</b>
6a. Mahdollisuutesi keskustella tasa-arvoisesti läheistesi kanssa ovat	
6b. Suhteesi sinulle läheisiin ihmisiin ovat	
6c. Läheisesi arvostavat sinua	
6d. Suhteesi tuttavisi ovat	
6e. Tuttavasi arvostavat sinua	
6f. Mahdollisuutesi intiimiin suhteeseen ovat	
7a. Mahdollisuutesi auttaa ja tukea ihmisiä ovat	
Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet osa-alueen pisteet (keskiarvo tai mediaani, enintään 4 p.)	
<b>Työ ja koulutus -osa-alue</b>	<b>Pisteet (0–4)</b>
8a. Mahdollisuutesi saada haluamaasi ansio- tai vapaaehtoistyötä tai pitää työsi ovat	
8b. Mahdollisuutesi tehdä ansio- tai vapaaehtoistyötä <i>haluamallasi tavalla</i> ovat	
8c. Suhteesi työtovereihisi ansio- tai vapaaehtoistyöpaikalla ovat	
8d. Mahdollisuutesi saavuttaa tai pitää haluamasi tehtävä ansio- tai vapaaehtoistyöpaikallasi ovat	
8e. Mahdollisuutesi vaihtaa ansio- tai vapaaehtoistyötä ovat	
9a. Mahdollisuutesi saada haluamaasi koulutusta ovat	
Työ ja koulutus osa-alueen pisteet (keskiarvo tai mediaani, enintään 4 p.)	
<b>Osallistumisen rajoitukset -asteikko</b>	<b>Pisteet</b>
Kokonaispisteet (summapisteet, enintään 128 p.)	

<b>2. Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikko</b>	
	<b>Pisteet (0–2)</b>
1e. Liikkuminen mihin ja milloin haluat	
2f. Itsestä huolehtiminen	
3g. Kotityöt	
4b. Raha-asioista huolehtiminen	
5b. Vapaa-aika	
6h. Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet	
7b. Muiden ihmisten auttaminen ja tukeminen	
8f. Ansio- ja vapaaehtoistyö	
9b. Koulutus	
<b>Osallistumisessa koetut ongelmat -asteikko</b>	<b>Pisteet</b>
Kokonaispisteet (summapisteet, enintään 18 p.)	

### **Liite 3: IPAn linkitys ICF-luokitukseen**

IPA arvioi osallistumista seuraavilla toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) osa-alueilla:

#### **Pääluokka 4 Liikkuminen**

- d 4201 Itsensä siirtäminen makuuasennossa
- d 4600 Kotona liikkuminen
- d 470 Kulkuneuvojen käyttäminen
- d 475 Ajaminen

#### **Pääluokka 5 Itsestä huolehtiminen**

- d 5 Itsestä huolehtiminen
- d 510 Peseytyminen
- d 530 WC:ssä käyminen
- d 540 Pukeutuminen
- d 550 Ruokaileminen
- d 560 Juominen

#### **Pääluokka 6 Kotielämä**

- d 6 Kotielämä
- d 6300 Yksinkertaisten aterioiden valmistaminen
- d 640 Kotitaloustöiden tekeminen
- d 650 Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen
- d 6501 Asunnosta ja huonekaluista huolehtiminen
- d 660 Muiden henkilöiden avustaminen

#### **Pääluokka 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet**

- d 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
- d 740 Muodolliset ihmissuhteet
- d 7500 Vapaamuotoiset ystävyysuhteet
- d 7502 Vapaamuotoiset tuttavuusuhdet
- d 760 Perhesuhteet
- d 770 Intiimit ihmissuhteet

#### **Pääluokka 8 Keskeiset elämänaalueet**

- d 8 Keskeiset elämänaalueet
- d 820 Kouluopetus
- d 825 Ammatillinen koulutus
- d 830 Korkea-asteen koulutus
- d 8450 Työnhaku
- d 8451 Työpaikan säilyttäminen
- d 850 Vastikkeellinen työ
- d 855 Vastikkeeton työ
- d 860 Taloudelliset perustoimet

#### **Pääluokka 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä**

- d 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä
- d 920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika
- d 9205 Sosiaalinen kanssakäyminen