



sairauskohtaiset ydinlistat (*core sets*), arviointilomake tarpeen arviointiin, eKuvauslomake toimintakykyprofiilin tekemiseen ja ICF-interventiotaulukko (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, ICF Case Studies 2018, THL 2021). Vaikka Suomessa muun muassa Kela suosittaa ICF:n käyttöä kuntoutuksen suunnittelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa, sen käyttö eri organisaatioissa on jäänyt melko vähäiseksi. ICF-perustaisen toimintamallin juurruttaminen käytännön kuntoutustyöhön edellyttää kaikille ammattihenkilöille suunnattua koulutusta sekä yhteisöllistä oppimista eri organisaatioissa. (Paltamaa & Perttinen 2015.)

ICF tarjoaa kuntoutukselle yleisen käsitteellisen viitekehyksen ja siihen perustuvan luokitusjärjestelmän. Luokitusjärjestelmää voidaan hyödyntää toimintakykyä koskevassa tiedonkeruussa ja toimintakyvyn kuvaamisessa niin, että erilaiset kehon toimintaan, suoriin ja osallistumiseen sekä yksilö ja ympäristötekijöihin liittyvät alueet tulevat huomioituiksi. Se on kuitenkin ensi sijassa luokitusjärjestelmä, joka sisältää vain ituja kuntoutuksen teoriat (vrt. Whyte 2008). Silloin kun kuntoutuksella pyritään saamaan aikaan muutoksia ihmisen toimintakyvyssä, tarvitaan myös muutosta koskevia teorioita. Whyte ym. (2014) katsovat kuntoutuksen tarvitsevan kahdenlaisia muutosteorioita. Interventioteorioilla (*treatment theories*) pyritään selittämään, kuinka ja millaisin keinoin saadaan aikaan muutosta jossakin halutussa kohteessa (esim. lihasvoimassa). Mahdollistavat teoriat (*enablement theories*) kuvaavat puolestaan niitä yksilön ja ympäristön välittämiä mekanismeja, joiden kautta kohteessa tapahtunut muutos johtaa päätetavoitteeseen: laajempiin elämänmuutoksiin ja esimerkiksi osallisuuden vahvistumiseen. McPherson ym. (2015) korostavat kuntoutuksen monialaisuutta ja katsovat kuntoutuksessa tarvittavan sekä mikro-, meso- että makrotasoisia teorioita ja pluralistisia lähestymistapoja. Interventio- ja mahdollistavat teoriat kuuluvat heidän luokituksessaan mikro- ja mesotasoihin, kun taas mesotasoisia teorioita ovat muun muassa erilaiset oppimisteoriat, käyttäytymisen muutosteoriat ja monet muut sosiaalipsykologiset teoriat.

## Käyttäytymisen muutosteoriat kuntoutuksessa

Keskeinen asema terveyden edistämässä ja pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä on haitallisena pidettävien elintapojen, esimerkiksi vähäisen liikunnan, tupakoinnin ja epäterveellisten ruokailutottumusten muutoksilla (esim. Helldán & Helakorpi 2015). Käyttäytymisen muutosteorioilla on pyritty vastaamaan kysymykseen, mitkä tekijät helpottavat elintapamuutoksen toteutusta ja mitkä vaikeuttavat sitä. Muutosteoriat ovat olleet ensi vaiheessa terveyden edistämisen välineitä. Myös kuntoutuksessa niiden käyttö on yleistynyt – ihmisen oma toimintahan on keskeistä kuntoutustulosten saavuttamisessa, tavoiteltaessa toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistumista. Tärkeitä kysymyksiä ovat, millaiset strategiat ovat vaikuttavia pyrittäessä käyttäytymisen tai toiminnan muutokseen, ketkä eri strategioista hyötyvät ja millaisia olosuhteita muutoksen saavuttaminen edellyttää (esim. Sheeran ym. 2017).

Käyttäytymisen muutosteorioita on monenlaisia, mutta ne sisältävät usein keskenään samanlaisia osatekijöitä. Esimerkiksi Davis ym. (2015) kävivät läpi eri tieteenalojen tutkimuksia ja löysivät kaikkiaan 82 erilaista teoriaa. Niistä neljä yleisintä olivat transteoreettinen muutosmalli (esim. Prochaska & Velicer 1997), suunnitellun käyttäytymisen teoria (Ajzen 2005), sosiokognitiivinen teoria (Bandura 1999) sekä niin sanottu IMB-malli (*information-motivation-behavioural skills model*; ks. Fisher ym. 2003). Näitä neljää teoriaa on käytetty myös perustana suunniteltaessa ja tutkittaessa kuntoutusinterventioita, ja niitä tarkastellaan seuraavaksi. Viidenneksi esitellään niin sanottu käyttäytymisen muutospyörä, jossa on pyritty aikaisemman tutkimuksen pohjalta laatimaan yleinen viitekehys käyttäytymismuutosten tarkasteluun (Michie ym. 2011).

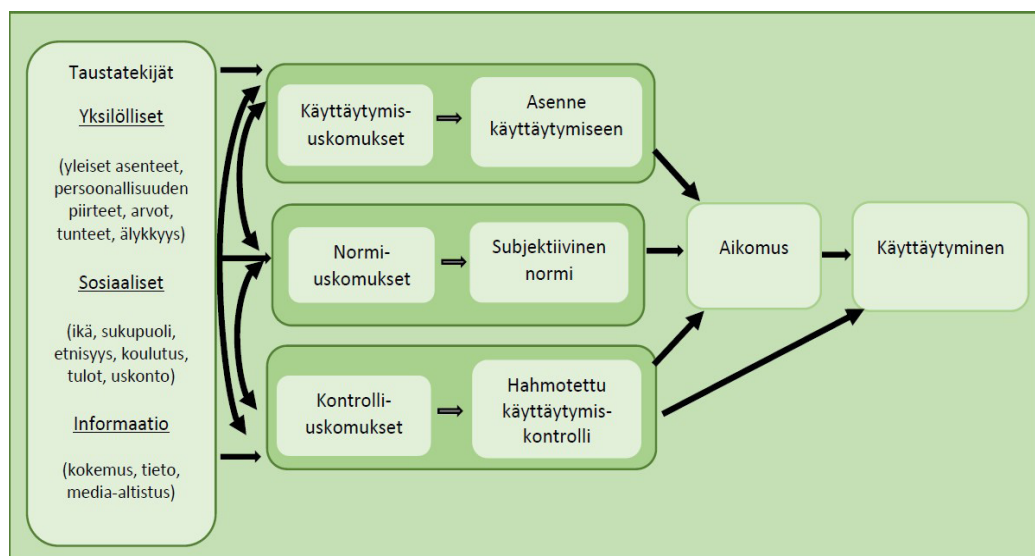
**Transteoreettinen muutosmalli** on vaihemalli, joka on kehitetty selittämään erilaisen elämäntapamuutosten etenemistä. Mallin mukaan muutosprosessi käsittää kuusi peräkkäistä vaihetta: esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta, ylläpito ja lopettaminen. Eteneminen vaiheesta toiseen ei ole

aina suoraviivaista, vaan repsahdusten myötä voidaan joutua palaamaan johonkin aikaisempaan vaiheeseen. Esiharkintavaiheessa henkilö ei ole tietoinen muutostarpeesta tai ei pidä sitä olennaisena tai itselle mahdollisena. Harkintavaiheessa hän tunnistaa muutoksen tarpeellisuuden, pohtii muutokseen liittyviä etuja ja haittoja ja mahdollisuuksia sen toteuttamiseen. Valmisteluvaiheessa hän on päättänyt pyrkiä muutokseen ja valmistelee suunnitelmaa muutoksen toteuttamiseksi. Toimintavaiheessa hän toteuttaa suunnitelmaa, ottaa käyttöön uusia toimintatapoja ja tekee harjoitteita. Ylläpitovaiheessa hän on sitoutunut elämänmuutokseen ja jatkaa uusien toimintatapojen toteuttamista. Hän on jo vähemmän altis muutosta häiritseville houkutuksille ja mahdollisille repsahduksille kuin prosessin alkuvaiheissa. Päätösvaiheessa usko omaan pystyvyyteen on jo vahvistunut, ja oletuksena on, että omat tunnetilat tai ulkopuoliset houkutukset eivät saa häntä enää palamaan vanhaan käyttäytymis- tai toimintamalliin. (Prochaska & Velicer 1997.)

Muutosmallia on hyödynnetty monien asiakasryhmien kuntoutuksessa (esim. Hasler ym. 2004, Kirk ym. 2010, Pinto ym. 2011), myös ammatillisessa kuntoutuksessa (Franche & Krause 2002). Prosessin eteneminen edellyttää, että kuntoutujaa tuetaan

eri tavoin eri vaiheissa. Esiharkinta- ja harkintavaiheissa on tärkeä antaa kuntoutujalle tietoa muutokseen liittyvistä eduista ja haittoista ja lisätä tietoon pohjautuvien valintojen mahdollisuutta. Valmisteluvaiheessa kuntoutujaa voidaan auttaa konkreettisten tavoitteiden ja suunnitelman laatimisessa. Toiminta- ja ylläpitovaiheessa kuntoutujaa kannustetaan ja tuetaan uuteen käyttäytymis- tai toimintamalliin sitoutumisessa ja etsitään keinoja, miten vältetään palaamasta vanhoihin käyttäytymismalleihin.

**Suunnitellun käyttäytymisen teorian** mukaan keskeinen ihmisen toiminnan käynnistävä tekijä on käyttäytymisaikomus eli ihmisen valmius ryhtyä kyseiseen toimintaan. (Kuvio 1.) Käyttäytymisaikomuksiin vaikuttaa kolme tekijää: asenne, normi ja käyttäytymiskontrolli. Asenne kyseistä käyttäytymistä kohtaan viittaa suhtautumisen myönteisyyteen tai kielteisyyteen, ja siihen vaikuttavat erilaiset tähän käyttäytymiseen liittyvät odotukset ja uskomukset (muun muassa toiminnan tuloksia koskevat odotukset). Subjektiiivisella normilla viitataan yksilön kokemaan paineeseen toimia tietyllä tavalla tietyssä tilanteessa; se on riippuvainen hänen käsityksistään muiden ihmisten suhtautumisesta. Koetulla käyttäytymiskontrollilla, jota voidaan kutsua myös pystyvyyden



Kuvio 1. Suunnitellun käyttäytymisen teoriaan pohjautuva malli (Ajzen 2005, 135).

tunteeksi, viitataan henkilön käsitykseen siitä, kuinka hän voi itse vaikuttaa toimintaansa ja sen lopputuloksiin. Asenteet ja normit vaikuttavat käyttäytymiseen vain käyttäytymisaikomuksen välityksellä, kun taas käyttäytymiskontrollilla on mallin mukaan myös suora yhteys ulkoiseen käyttäytymiseen. Asennetta, normia ja käyttäytymiskontrollia koskeviin uskomuksiin vaikuttavat sekä yksilölliset että sosiaaliset taustatekijät ja saatavilla oleva informaatio. (Ajzen 1991, 2005, 117–136.)

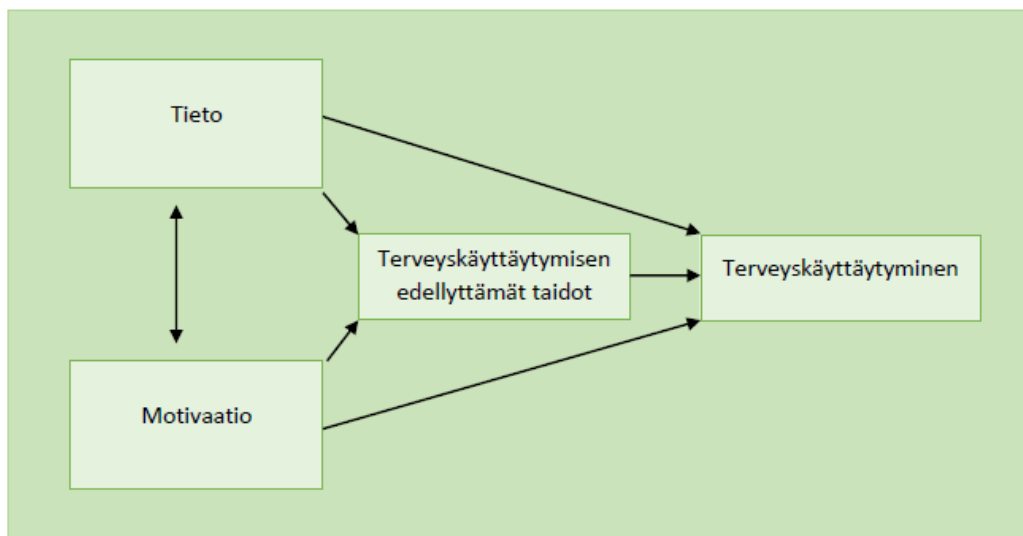
Ajzenin (2005, 136–137) mukaan interventioiden tulisi olla kaksivaiheisia. Ensimmäisessä vaiheessa pyritään vaikuttamaan käyttäytymisaikomuksiin motivoimalla kuntoutujaa sitoutumaan hyödyllisiin käyttäytymis- ja toimintatapoihin. Toisessa vaiheessa pyritään vahvistamaan aikomusten siirtymistä käyttäytymiseen: uusien toimintatapojen muotoutumista ja niiden säilymistä. Samalla pyritään minimoimaan niitä asioita, jotka voivat heikentää käyttäytymisen kontrollia. Teoriaa on testattu ja sovellettu erilaisissa elämäntapainterventioissa sekä terveyden edistämisessä että kuntoutuksessa. Kuntoutuksen piirissä teoriaa on käytetty muun muassa sydänkuntoutuksessa (Blanchard ym. 2003), aivovaurion jälkeisessä kuntoutuksessa (Bains ym. 2007) sekä syömishäiriöiden hoidossa (Dawson ym. 2015).

**Sosiokognitiivisessa teoriassa** ihminen nähdään aktiivisena toimijana omassa elämänsä kulussa, ei vain ympäristön vaikutusten ja sisäisten mekanismien passiivisena seuraajana. Kyse on dynaamisista vuorovaikutussuhteista, joissa yksilölliset tekijät, toiminta ja ympäristön tapahtumat vaikuttavat toisiinsa. Koetulla pystyvyydellä (*self-efficacy*) eli uskolla omaan kykyihin on teorian mukaan suuri merkitys käyttäytymisen kannalta. Koettu pystyvyys vaikuttaa ihmisen toimintaan kognitiivisten, tunneperäisten sekä motivaation ja päätöksentekoon liittyvien prosessien kautta. Pystyvyyden tunne heijastuu näin henkilön ajatuksiin, tunteisiin, odotuksiin, tavoitteiden asettamiseen ja toimimiseen. Henkilö, joka uskoo selviytävänsä käsillä olevasta tehtävästä, sitoutuu siihen sinnikkäästi, mutta jos usko

omaan pystyvyyteen on heikko, vastoinkäymiset johtavat helpommin luovuttamiseen. Pystyvyyksiasitus vaikuttaa toimintaan sekä suoraan että välillisten tekijöiden, kuten tulosodotusten, tavoitteiden asettamisen ja erilaisten sosiokulttuuristen tekijöiden kautta. Toisaalta erilaiset sosiokulttuuriset tekijät ja toiminta vaikuttavat osaltaan pystyvyyksiasituksen muovautumiseen. (Bandura 1999, 2004 ja 2012.)

Kuntoutujan koettua pystyvyyttä pyritään kuntoutusprosessissa yleensä vahvistamaan. Kuntoutusprosessi voidaan suunnitella niin, että kuntoutuja saa sen aikana hallintakokemuksia. Voidaan myös käyttää hyväksi mallioppimista. Se voi tarkoittaa esimerkiksi vertaiskuntoutujan onnistumisen seuraamista, jolloin kuntoutuja havaitsee konkreettisesti, että tavoitteita on mahdollista saavuttaa sairaudesta tai toimintakyvyn rajoitteesta huolimatta. Kuntoutujaa voidaan myös rohkaista tavoitteiden mukaiseen toimintaan ja kannustaa häntä arvioimaan suoriutumistaan ja edistymistään. Joskus ammattilainen voi myös auttaa kuntoutujaa fysiologisten ja tunnereaktioiden tunnistamisessa. (Vrt. Bandura 2012.) Ashfordin ja kumppaneiden (2010) systemaattisen katsauksen mukaan erityisesti hyvä palaute ja mallioppiminen vaikuttivat pystyvyyksiasituksen vahvistumiseen elämäntapamuutoksiin pyrittäessä. Sosiokognitiivista teoriaa on käytetty monenlaisissa kuntoutujaryhmissä toteutettujen kuntoutusinterventioiden pohjana. Systemaattisia katsauksia on tehty sen sovelluksista esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista (esim. Woodgate & Brawley 2008), tuki- ja liikuntaelinsairauksista (esim. Ghazi ym. 2018) ja syövästä (Stacey ym. 2015) kuntoutumisessa.

**IMB-mallissa** (Fisher ym. 2003) on myös pyritty mallintamaan terveyttä edistävään käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä (kuvio 2). Keskeiset tekijät ovat tieto ja motivaatio, jotka molemmat vaikuttavat siihen, onko henkilöllä riittävästi elämäntapamuutoksen edellyttämiä taitoja. Tieto, motivaatio ja taidot ovat toteutuvan toiminnan edellytyksiä. Tieto ja motivaatio vaikuttavat toisiinsa mutta ovat kuitenkin itsenäisiä osatekijöitä.



Kuvio 2. IMB-malli (Fisher ym. 2003).

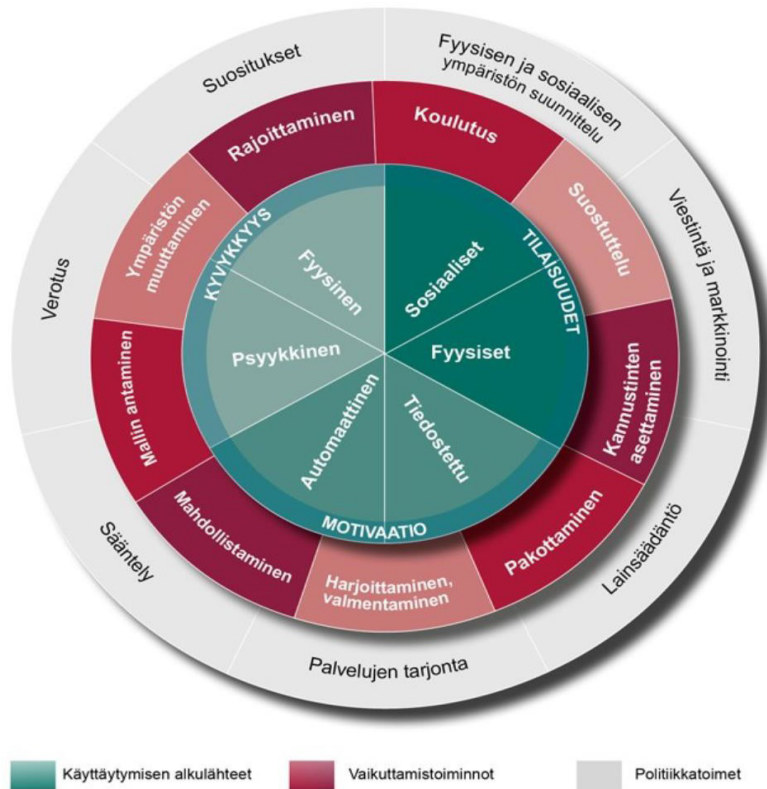
Hyvin informoitu henkilö ei aina motivoitu toteuttamaan tavoiteltavaa terveystyhtymistä eikä hyvin motivoituneella henkilöllä ole aina riittävä tietoa terveyden edistämisen käytännöistä ja mahdollisuuksista. Interventiossa on tärkeää ottaa huomioon sekä tiedon antamiseen, motivaatioon että tarvittaviin taitoihin liittyviä tekijöitä. (Fisher ym. 2003.)

IMB-mallia on sovellettu erityisesti somaattisten pitkäaikaissairauksien itsehoitoon ja riskikäyttäytymisen ehkäisyyn liittyvissä interventioissa. Tietoa annettaessa on pyritty ottamaan huomioon kunkin ryhmän erityistarpeet käyttäen tilanteeseen sopivia menetelmiä (esimerkiksi materiaaleja, vuorovaikutteisia keskusteluja, vertaisopetusta). Motivaatiota on pyritty virittelemään muun muassa motivoivan haastattelun ja ryhmäkeskustelujen avulla. Taitojen harjoittelussa on käytetty apuna psykoedukaation menetelmiä ja roolipelejä. Samalla on kiinnitetty huomiota pystyvyyden tunteen vahvistamiseen. (Chang ym. 2014.)

Michie ym. (2011) kiinnittävät huomiota siihen, että interventioita suunniteltaessa ei useinkaan ole käytetty hyväksi aikaisempia teorioita eikä myöskään riittävästi analysoitu, miksi jotkut interventiot ovat olleet tuloksekkaita ja toiset eivät. He esittelevät aikaisempiin tutkimuksiin perustuvan

COM-B-mallin (*capability-opportunity-motivation-behaviour*), jonka he katsovat soveltuvan monenlaisiin elämäntapamuutoksiin. Mallin mukaan tavoitellun käyttäytymisen toteutuminen edellyttää, että yksilöllä on riittävä kyvykkyys (sekä fyysinen että psyykinen), tilaisuus toimintaan (fyysisen ja sosiaalisen ympäristön mahdollistama) sekä riittävä motivaatio (joko reflektioon ja suunnitteluun perustuva tai automaattinen, tunteiden ja impulssien pohjalta syntyvä). Mallissa kyvykkyys ja tilaisuudet vaikuttavat motivaatioon, ja kaikkien kolmen tekijän yhteydet käyttäytymiseen ovat vastavuoroiset. Tämän muutosmallin rinnalla tutkijat analysoivat käyttäytymisen muutokseen tähtääviä interventioita. He määrittelevät lopulta yhdeksän erilaista interventiota (*intervention functions*) ja seitsemän erilaista politiikkaa (*policy categories*).

Keskeiset tulokset tutkijat esittävät käyttäytymisen muutospyörän (kuvio 3) avulla. Muutospyörän sisäkehä kuvaa COM-B mallia. Keskimmaisella kehällä ovat interventio-toiminnot, joilla pyritään vaikuttamaan toiminnan muutokseen. Ympyrän uloin kehä kuvaa niitä politiikkatoimia, joiden avulla voidaan ohjata yksilöön tai ryhmään kohdistuvia interventioita. Muutospyörään sisältyy niin yhteiskuntaan kuin yksilöön liittyviä tekijöitä. Tutkijat analysoivat myös, millaisia



Kuvio 3. Käyttäytymisen muutospyörän (*Behaviour change wheel*) ulottuvuudet (Michie ym. 2011, suomennos Aittasalo ym. 2017).

yhteyksiä on COM-B-mallin osatekijöiden ja interventiotyyppien välillä sekä millaisia yhteyksiä on politiikkatoimien ja interventioiden välillä. Muutospyörän tarkoituksena on edistää käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden suunnittelua ja vaikuttavuutta. Tutkijat toteavat kuitenkin, että asetetun tehtävän voi toteuttaa eri tavoin ja vasta soveltamisen myötä nähdään, miten toimiva kyseinen malli on. (Michie ym. 2011.) Käyttäytymisen muutospyörää on sovellettu muun muassa aivoverenkiertohäiriöihin liittyvässä kuntoutuksessa (Connell ym. 2015, Ross ym. 2015, Johnson ym. 2017, Stewart ym. 2019).

### ICF:n ja käyttäytymisen muutosteorioiden integrointi

ICF tarjoaa yleiskehikon toimintakyvyn tarkasteluun. Viime aikoina on pyritty yhtenäistämään niitä menetelmiä, joilla toimintakykyä ja sen muutosta arvioidaan. Esimerkiksi Stucki ym. (2019) painottavat tässä työssä

ICF-ydinlistojen ja niitä operationalisoivien mittareiden kehittämistä eri asiakasryhmiä ja tilanteita varten sekä niiden nykyistä systemaattisempaa soveltamista kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksissa. ICF sisältää myös oletuksen siitä, että erilaiset kontekstitekijät – sekä yksilöön että ympäristöön liittyvät – vaikuttavat toimintakyvyn muuttamiseen. Kattavaan ympäristötekijöiden luokitukseen sisältyy monia yksilöllisen kuntoutusprosessin kannalta tärkeitä tekijöitä (sosiaalinen tuki, yhteisön asenteet jne.). Esimerkiksi Heerkens ym. (2018) toteavat kuitenkin, että luettelosta puuttuu monia teoreettisesti tärkeitä, esimerkiksi työkykyä ylläpitävän toiminnan ja työhön paluun kannalta olennaisia, elementtejä. ICF ei spesifioi lainkaan yksilötekijöitä. Yksilötekijät linkittyvät muun muassa käyttäytymisen malleihin ja henkilökohtaisiin kokemuksiin ajatuksista ja uskomuksista. Yksilötekijöiden huomioon ottaminen vahvistaa asiakaslähteiseen kuntoutukseen sitoutumista. (Karhula ym. 2021a,b)

Pyrittäessä kehittämään kuntoutusinterventioita tarvitaan ICF:n rakenteen lisäksi teoriaan perustuvia oletuksia muutoksen mekanismeista: siitä, millaiset yksilö- ja ympäristötekijät ovat merkityksellisiä suoriutumisen ja osallistumisen kannalta tai mitkä tekijät välittävät kehon rakenteiden ja toimintojen suhdetta kokonaisvaltaisempiin suoriutumisen ja osallistumisen ongelmiin. Brittiläiset tutkijat (esim. Dixon ym. 2012, Johnston & Dixon 2014) integroivat ICF-viitekehukseen kaksi käyttäytymisen muutosmallia: suunnitellun käyttäytymisen teorian ja sosiokognitiivisen teorian. Nämä teoriat sisältävät oletuksia tekijöistä, jotka vaikuttavat ihmisen toimintaan ja osallistumiseen ICF-viitekehysten kehollisten toimintojen ja rajoitusten lisäksi: yksilön asenteet ja uskomukset, koettu pystyvyys ja yhteisön normit. Integroidut mallit selittivät suoriutumista ja osallistumista paremmin kuin ICF tai käyttäytymisen mallit yksinään. (Johnston & Dixon 2014.) Geidl ym. (2014) puolestaan yhdistivät kolmen muutosteorian käsitteitä ICF-viitekehukseen analysoidessaan harjoitusterapiaohjelman tekniikoita.

Kuntoutuksen muutos- ja interventioteoriat kuvaavat oletuksia, millaisilla kuntoutuksen keinoilla saadaan aikaan tavoiteltuja vaikutuksia, millaisia muutosmekanismeja prosesseihin liittyy ja mitkä yksilö- ja ympäristötekijät mahdollistavat tai estävät toivottujen vaikutusten syntymistä (esim. Järvikoski ym. 2015, Salminen ym. 2016). Interventioita kehitettäessä tarvitaan oletuksia tai mieluiten näyttöön perustuvaa tietoa siitä, millaiset interventiot tuottavat millaisia vaikutuksia, millaisten henkilöiden kohdalla ja millaisissa olosuhteissa.

Käyttäytymisen muutosteorioita kehittäneet toimijat ovat viime aikoina pyrkineet myös selvittämään eri interventioiden sisältöä: sitä, millaisia muutokseen pyrkivät interventiot ovat, millainen kuvattu tai implisiittinen teoriaperusta niillä on ja millaisia potentiaalisesti vaikuttavia osia ne sisältävät (esim. Michie ym. 2018). Jonkinlaisen lähtökohdan tälle työlle on antanut käyttäytymisen muutospyörän interventiotyypittely (Michie ym. 2011, kuvio 3). Tällaisiin kysymyksiin ICF-viitekehys tarjoaa melko vähän

vastauksia; siinä kuntoutusinterventiot sijoittuvat ympäristötekijöihin ja määritellään vain yleisellä tasolla.

Ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat olennaisella tavalla heidän elinolosuhteidensa ja toimintatapojensa kokonaisuus. Ihmisen toimintaa motivoivat vahvasti erilaiset kollektiiviset arvot sekä pyrkimys kokea yhteenkuuluvuutta samat arvot jakaaviin ryhmiin ja yhteisöihin (vrt. Maunu ym. 2016). Vaikka käyttäytymisen muutosteorioissa yhteisön asenteet, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö ja erilaiset politiikat otetaan joiltakin osin huomioon, päähuomio on yleensä yksilössä ja hänen kokemuksissaan. Vaikka ICF-viitekehysten mukaan sekä yksilö- että ympäristötekijöillä on merkitystä suoritusten ja osallistumisen kannalta, se ei tarjoa vihjeitä vaikutusmekanismien tarkasteluun.

Eri lähestymistapojen integroinnilla voidaan lisätä ymmärrystä arkisiin kuntoutusasioihin liittyvissä kysymyksissä, kuten miten vahvistetaan itsenäistymässä olevan nuoren omaa arjen suunnittelua tai mitä tekijöitä tulee ottaa huomioon, kun halutaan lisätä palvelutalossa asuvien asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta. ICF on käsitteellinen viitekehys, mutta yhdistämällä siihen käyttäytymisen muutosta koskevia teorioita voidaan kehittää prosessimalleja, jotka selittävät paremmin suoriutumista, osallistumista ja osallistumisen rajoituksia (vrt. Ravesloot ym. 2011, Johnston & Dixon 2014).

Käyttäytymisen muutosmalleja voidaan hyödyntää myös ICF-perustaisten toimintamallien juurruttamisessa. van Leeuwen ym. (2018) ovat soveltaneet COM-B-mallia ja käyttäytymisen muutospyörää analysoidessaan ICF-pohjaisen työkalun käyttöön liittyviä esteitä ja mahdollisuuksia kliinisessä työssä niin asiakkaiden kuin ammattihenkilöiden arvioimina. Käyttäytymisen muutosmallit voivat tarjota ymmärrystä kuntoutumisen muutosprosesseihin ja -mekanismeihin. Niillä on myös arvoa kuntoutustyöntekijöiden kliinisen työn toimintamallien arvioinnissa ja vaikuttavaksi todettujen menetelmien implementointityössä.

**Tulosten merkitys:** ICF on käsitteellinen viitekehys ja luokitusjärjestelmä toimintakyvyn kuvaamiseen. Kuntoutusinterventioiden kehittämisessä ja toimeenpanoisessa tarvitaan kuitenkin tietoa myös siitä, millaisilla mekanismeilla myönteistä toimintakyvyn muutosta voidaan tavoitella. ICF:n ja käyttäytymisen muutosteorioiden yhdistäminen tarjoaa kuntoutusalan toimijoille ymmärrystä kuntoutumisen muutosprosesseihin, kliinisen työn toimintamallien arviointiin ja vaikuttavien menetelmien implementointityöhön.

### Tiivistelmä

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) tarjoaa eri ammattiryhmien käyttöön soveltuvan biopsykososiaalisen viitekehysten ja luokitusjärjestelmän toimintakyvyn arviointiin ja kuvaamiseen. Kuntoutuksessa ja kuntoutumisprosessissa tavoitellaan usein myönteistä muutosta ihmisen toimintakyvyn ja selviytymiseen. Muutosteorioilla pyritään selittämään sitä, kuinka ja millaisin keinoin muutosta saadaan aikaan ja millaisia yksilöön ja ympäristöön liittyviä mekanismeja muutosten taustalla on vaikuttamassa. Tässä katsauksessa kuvataan ICF-viitekehysten ja luokitusjärjestelmän käyttöä sekä keskeisiä käyttäytymisen muutusteorioita ja niiden hyödyntämistä kuntoutuksessa. Eri lähestymistapojen integrointi voi tarjota lisäymmärrystä arkisten kuntoutusinterventioiden toimeenpanoon ja toteutukseen sekä osaltaan edistää vaikuttavampaa kuntoutusta.

*Asiasanat:* ICF, toimintakyky, käyttäytymisen muutusteoriat, kuntoutuminen, implementointi

**Anu Kippola-Pääkkönen, YTT, erityisasiantuntija, Lapin ammattikorkeakoulu**

**Aila Järvikoski, YTT, professori emerita, Lapin yliopisto**

**Kristiina Härkäpää, FT, professori emerita, Lapin yliopisto**

### Lähteet

- Aittasalo M, Hankonen N, Nupponen R, Seppälä T (2017) Käyttäytymisen muutospyörä. Työkalu käyttäytymisen muutokseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun. UKK-instituutti. Verkko sivusto osoitteessa: <https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/edistamismallit/kayttaytymisenmuutospyora/>
- Ajzen I (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen I (2005) *Attitudes, Personality and Behavior*. Maidenhead, Open University Press.
- Ashford S, Edmunds J, French DP (2010) What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 15, 2, 265–288. <http://dx.doi.org/10.1348/135910709X461752>
- Bains B, Powell T, Lorenc L (2007) An exploratory study of mental representations for rehabilitation based upon the Theory of Planned Behaviour. *Neuropsychological Rehabilitation* 18, 2, 174–191. <https://doi.org/10.1080/09602010600562468>
- Bandura A (1999) A social cognitive theory of personality. Teoksessa: L Pervin, O John (toim.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154–196). Guilford Publications, New York.
- Bandura A (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31, 2, 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bandura A (2012) On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of management* 38, 1, 9–44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Blanchard CM, Courneya KS, Rodgers WM, Fraser SN, Murray TC, Daub B, Black B (2003) Is the theory of planned behavior a useful framework for understanding exercise adherence during phase II cardiac rehabilitation? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 23, 1, 29–39.
- Chang SJ, Choi S, Kim SA, Song M (2014) Intervention strategies based on information-motivation-behavioral skills model for health behavior change: a systematic review. *Asian Nursing Research* 8, 3, 172–181. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.08.002>



- Connell LA, McMahon NE, Redfern J, Watkins CL, Eng JJ (2015) Development of a behaviour change intervention to increase upper limb exercise in stroke rehabilitation. *Implementation Science* 10, 34. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0223-3>
- Davis R, Campbell R, Hildon Z, Hobbs L, Michie S (2015) Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review* 9, 3, 323–344. <https://doi.org/10.1080/1743719.9.2014.941722>
- Dawson L, Mullan B, Sainsbury K (2015) Using the theory of planned behavior to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. *Appetite* 84, 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.028>
- Dixon D, Johnston M, Elliott A, Hannaford P (2012) Testing integrated behavioural and biomedical models of activity and activity limitations in a population-based sample. *Disability and Rehabilitation* 34, 14, 1157–1166. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.635749>
- Fisher WA, Fisher JD, Harman J (2003) The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. Teoksessa: J Suls, KA Wallston (toim.) *Social psychological foundations of health and illness*. Blackwell, Oxford, United Kingdom, 82–106.
- Franché R-L, Krause N (2002) Readiness for return to work following injury of illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation* 12, 4, 233–256. <https://doi.org/10.1023/A:1020270407044>
- Geidl W, Samrau J, Pfeifer K (2014) Health behavior change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation* 36, 24, 2091–2100. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.891056>
- Ghazi C, Nyland J, Whaley R, Rogers T, Wera J, Henzman C (2018) Social cognitive or learning theory use to improve self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy Theory and Practice* 34, 7, 495–504. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1422204>
- Hasler G, Delsignore A, Milos G, Buddeberg C, Schnyder U (2004) Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 67–72. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00562-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00562-2)
- Heerkens YV, de Weerd M, Huber M, de Brouwer CPM, van der Veen S, Perenboom RJM, van Gool CH, Napel HT, van Bon-Martens M, Stalliga HA, van Meeteren NLU (2018) Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and Rehabilitation* 40, 5, 603–611. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277404>
- Helldán A, Helakorpi S (2015) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6, *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-447-2>
- ICF Case Studies (2018) Verkkosivusto osoitteessa: <https://www.icf-casestudies.org/>
- Imenda S (2014) Is there a conceptual difference between theoretical and conceptual frameworks? *Journal of Social Sciences* 38, 2, 185–195. <https://doi.org/10.1080/09718923.2014.11893249>
- Johnson FM, Best W, Beckley FC, Maxim J, Beeke S (2017) Identifying mechanism of change in a conversation therapy for aphasia using behaviour change theory and qualitative methods. *International Journal of Language & Communication Disorders* 52, 3, 374–387. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12279>
- Johnston M, Dixon D (2014) Developing an integrated biomedical and behavioural theory of functioning and disability; adding models of behaviour to the ICF framework. *Health Psychology Review* 8, 4, 381–403. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.855592>
- Järvikoski A, Härkäpää K, Salminen A-L (2015) Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 38, 2, 18–32.
- Karhula M, Saukkonen S, Kinnunen A, Heiskanen T, Xiong E, Anttila H (2021a) ICF-luokituksen yksilötekijöiden kuvaus on osa toimintakyvyn laaja-alaista arviointia. *Kuntoutus* 44, 2, 9–24.
- Karhula M, Saukkonen S, Xiong E, Kinnunen A, Heiskanen T, Anttila H (2021b) ICF personal factors strengthen commitment to person-centered rehabilitation: a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences* 2:709682. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.709682>
- Kirk A, MacMillan F, Webster N (2010) Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of Sport and Exercise* 11, 320–324. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.03.001>
- Luodonpää-Manni M (2013) Kyselytutkimus kielen-tutkijoiden yleistieteellisille termeille antamista merkityksistä. *Virittäjä* 2, 242–264. <https://journal.fi/virittaja/article/view/8314>
- Maunu A, Katainen A, Perälä R, Ojajarvi A (2016) Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 53, 3, 189–201. <https://journal.fi/sla/article/view/59163>
- McPherson K, Gibson BE, Leplège A (2015) Rethinking rehabilitation: Theory, practice, history – and the future. Teoksessa: K McPherson, BE Gibson, A Leplège (toim.) *Rethinking rehabilitation: Theory and practice*. Taylor & Francis, 3–20.

- Michie S, Carey RN, Johnston M, Rothman AJ, de Bruin M, Kelly MP, Connell LE (2018) From theory-inspired to theory-based interventions: A protocol for developing and testing a methodology for linking behavior change techniques to theoretical mechanisms of action. *Annals of Behavioral Medicine* 52, 6, 501–512. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9816-6>
- Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A (2005) Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety in Health Care* 14,1, 26–33. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
- Michie S, van Stralen MM, West R (2011) The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 6:42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Paltamaa J, Musikka-Siirtola M (2016) ICF-luokitus. Teoksessa: I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 20–36.
- Paltamaa J, Perttilä P (toim.) (2015) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Verkkojulkaisu osoitteessa: <https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>
- Pinto BM, Goldstein MG, Papandonatos GD, Farrell N, Tilkemeier P, Marcus BH, Todaro JF (2011) Maintenance of exercise after Phase II Cardiac Rehabilitation: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine* 41, 3, 274–283. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.04.015>
- Prochaska JO, Velicer WF (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12, 1, 38–48. <https://doi.org/10.4278%2F0890-1171-12.1.38>
- Ravesloot C, Ruggiero C, Ipsen C, Traci M, Seekins T, Boehm T, Ware-Backs D, Rigles B (2011) Disability and health behavior change. *Disability and Health Journal* 4, 1, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2010.05.006>
- Ross AJ, Reedy GB, Roots A, Jaye P, Birns J (2015) Evaluating multisite multiprofessional simulation training for a hyperacute stroke service using the Behaviour Change Wheel. *BMC Medical Education* 15:143. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0423-1>
- Salminen A-L, Järvikoski A, Härkäpää K (2016) Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa: I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 20–36.
- Sheeran P, Klein WMP, Rothman AJ (2017) Health behavior change: moving from observation to intervention. *Annual Review of Psychology* 68, 573–600. <https://doi.org/10.1146/annurevpsych-010416-044007>
- Stacey FG, James EL, Chapman K, Courneya KS, Lubans DR (2015) A systematic review and meta-analysis of social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice* 9, 305–338. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0413-z>
- Stewart C, Power E, McCluskey A, Kuys S (2019) Development of participatory, tailored behaviour change intervention to increase active practice during inpatient stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 14, 1–19. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1597178>
- Stucki G, Cieza A, Melvin J (2007) The international classification of functional, disability and health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 279–285. <https://doi.org/10.2340/16501977-0044>
- Stucki G, Pollock A, Engkassen JP, Selb M (2019) How to use the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference system for comparative evaluation and standardized reporting of rehabilitation interventions. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 55, 3, 384–394. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.19.05808-8>
- Stucki G, Zampolini M, Juocevicius A, Negrini S, Christodoulous N (2017) Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 53, 299–307. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04436-1>
- THL (2018) ICF toimintakykäsitteiden luokitus (vuonna 2018 päivitetty versio). Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- THL (2021) Näin käytät ICF-työkaluja. Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-kaytto/nain-kaytat-icf-tyokaluja>
- van Leeuwen, Pronk M, Merkus P, Goverts ST, Aema JR, Kramer SE (2018) Barriers to and enablers of the implementation of an ICF-based intake tool in clinical otology and audiology practice. A qualitative pre-implementation study. *PLoS one* 13,12, e0208797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208797>
- WHO (2001) ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- Whyte J (2008) A grand unified theory of rehabilitation (We wish!). The 57th John Stanley Coulter memorial lecture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89, 2, 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.026>

- Whyte J (2014) Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.029>
- Woodgate J, Brawley LR (2008) Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *Journal of Health Psychology* 13, 3, 366–387. <https://doi.org/10.1177/02F1359105307088141>