

# TAVOITTEENASETTELUN OHJAUS SYDÄNKUNTOUTUKSESSA

---

## Johdanto

Tavoitteella tarkoitetaan ”kohdetta tai toiminnan päämäärää, asiaa, jota yksilö yrittää saavuttaa”. Tavoite on asia, jota yksilö haluaa oppia, ymmärtää, hallita tai välttää. Niiden tulee olla täsmällisiä ja selkeitä sekä tarpeeksi haastavia (Rovio ym. 2003). Yksilön asettamien tavoitteiden on oltava spesifisiä, konkreettisia ja realistisia, koska hän sitoutuu niihin vain, jos ne ovat hänelle merkityksellisiä ja saavutettavissa (Bovend’Eerd ym. 2009). Tärkeätä on, että yksilöllä on tunne vaikutusmahdollisuudesta; hän itse päättää ja asettaa oman realistisen tavoitteensa. Ohjaaja tukee tiedollisesti sitä, mitä yksilöltä tavoitteen saavuttaminen vaatii käytännössä (Thedford 2004).

## Kuntoutujan tavoitteenasettaminen GAS-menetelmän avulla

Sepelvaltimotautiin sairastuneitten henkilöiden työ- ja toimintakykyä sekä elämänhalintaa edistetään sydämkuntoutuksen avulla. Suunnitelmallisesti ja moniammatillisesti toteutetun, kuntoutujan toipumista tukevan sydämkuntoutuksen tavoitteena on sairauden uusiutumisen ja etenemisen estäminen (Balady ym. 2007, Hämäläinen ja Röberg 2007, Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008,160). Kansaneläkelaitos järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta kuntoutuslain perusteella, jonka piiriin kuuluu myös laitospuotinen sydämkuntoutus (KKRL 566/ 2005, 12§).

Kansaneläkelaitoksen järjestämässä laitospuotuksessa tavoitteita asetetaan ja arvioidaan Goal Attainment Scaling (GAS)-me-

netelmän avulla. Menetelmän avulla varmistetaan tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus ja kuntoutujan sitoutuminen tavoitteiden suuntaiseen työskentelyyn (Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 13,169). GAS-menetelmässä kuntoutuja laatii yksilölliset tavoitteensa yhdessä ohjaajan kanssa. Kuntoutuksen päätösvaiheessa ohjaaja arvioi kuntoutujan kanssa tavoitteiden toteutumista standardoidulla arviointimenetelmällä.

Psykologi Thomas J. Kiresuk ja tilastotieteilijä Robert E. Sherman kehittivät 1960-luvulla GAS-menetelmän mielenterveyskuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin ja kuvasivat ensimmäisen kerran menetelmän vuonna 1968. Menetelmä kehitettiin, jotta kuntoutujan monien ongelmien joukosta voitiin tunnistaa hänelle merkitykselliset muutoskohteet, jotka olivat kuntoutuksen toimenpitein saavutettavissa. GAS-menetelmää on myöhemmin hyödynnetty erilaisten interventioiden ja ohjelmien vaikutuksen arvioinnissa esimerkiksi opetus- ja kuntoutusalalla (Kiresuk ym. 1994). Hurn ym. (2006) katsaus osoitti, että menetelmällä on vahva näyttöaste reliabiliteetin, validiteetin ja herkkyuden suhteen. Menetelmän todetaan olevan fyysiseen kuntoutukseen käyttökelpoinen ja luotettava mittari työikäisten, ikääntyneiden (Hurn ym. 2006), neurologisen (Khan ym. 2008) sekä tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksen osa-alueilla (Rushton ja Miller 2002, Mannion ym. 2010).

GAS-menetelmän avulla tavoitteidenasettelu etenee vaiheittain. Moniammatillisen työryhmän jäsen ohjaa kuntoutujaa määrittelemään henkilökohtaiset tavoitealueet.

Kuntoutujan kanssa keskustellaan hänen elämänsä ja terveytensä kannalta tärkeimmistä asioista, joihin kuntoutuja toivoisi muutosta. Ohjaaja auttaa kuntoutujaa muokkaamaan muutosta vaativat asiat tavoitteen muotoon ja arvioi, onko tavoite kuntoutuksen keinoin saavutettavissa. Kuntoutujan kanssa suunnitellaan myös mitä keinoja tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi ja laaditaan suunnitelma missä, milloin, miten asetettu tavoite saavutetaan. Tavoitteiden asettamisessa tulee hyödyntää SMART-periaatetta, jonka avulla voidaan luoda tavoitteet spesifeiksi (specific), mitattaviksi (measurable), saavutettaviksi (achievable), realistisiksi (realistic) sekä aikaan sidotuiksi (timed) (Autti-Rämö ym. 2010, Bovend'Eerd ym. 2009). Tavoite voidaan määritellä järjestelmäasteikolla määrällisesti tai laadullisesti. Tavoitteiden asettamisvaiheessa on tarkasteltava kuntoutujan toiveita ja kiinnostuksen kohteita ja niiden toteuttamismahdollisuuksia (Smith 1994, Jokisaari 2002, 74). Tavoitteiden merkitys vaikuttaa huomattavasti muutosmotivaatioon. Motivaatio on merkittävin vaikuttaja tavoitteiden saavuttamisessa; se ohjaa, suuntaa ja ylläpitää kuntoutujan toimintaa (Tynjälä 2002, 98). Motivaatio vastaa kysymykseen: Miksi kuntoutuja asettaa tietynlaisia tavoitteita? Tavoitteiden asettelussa kuntoutujan motiivit muokataan konkreettisiksi tavoitteiksi. Muutoksen suuntaan ja motivaatioon vaikuttavat muun muassa tavoitteiden merkitys kuntoutujalle, tavoitteen saavuttamisen aikataulu ja todennäköisyys, estävien tekijöiden tunnistaminen ja niiden poistaminen sekä kyky ja mahdollisuudet säädellä tavoitteisiin liittyviä ajatuksia ja tunteita (Malmberg ja Little 2002, 128, Nurmi ja Salmela-Aro 2002, 13, Autti-Rämö ym. 2010).

Maailman Terveysjärjestön WHO:n International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) -luokitus tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun hyvään kuntoutuskäytäntöön perustuvan viitekehyksen toiminnallisen terveydentilan kuvaamiseen (ICF 2004, Paltamaa ym. 2011). Se on työkalu kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien paikallistamisessa ja kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyssä (Steiner ym. 2002, Järvi-

koski ja Karjalainen 2008). ICF-viitekehys ja GAS-menetelmä yhdessä tarjoavat yksinkertaistetun, standardoidun ja koordinoitun välineen arviointiin ja vaikutusten seuraamiseen (McDougall ja Wrigh 2009).

## **Ohjaus oppimisen työvälineenä**

Tässä tutkimuksessa ohjaus määritellään ohjattavan ja ohjaajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi vuorovaikutukseksi, jossa ohjattava osallistuu aktiivisesti esittämiensä ongelmien ratkaisemiseen (Poskiparta 1997, Kettunen 2001, Kyngäs ym. 2007, Onnismaa 2007, 26, Anttila 2011). Ohjauksessa tuetaan ohjattavan toimijuutta vahvistamalla hänen henkilökohtaista sairautensa hallintaa, mahdollistetaan aktiivinen osallistuminen sekä tasavertaisuus, autonomia ja reflektio. Ohjattava tuo tilanteeseen oman persoonansa, elämäntarinansa sekä arvomaailmansa. Lähtökohtana on, että neuvojen antamisen lisäksi ohjattavan omaehtoista kasvua ja kehitystä tuetaan. Ohjauksessa vahvistetaan yksilö- tai ryhmätasolla ohjattavan edellytyksiä huolehtia omasta terveydestään sekä kehitetään hänen omia taitojaan edistää terveyttään niin, että ohjattava kykenee tekemään muutoksen (Poskiparta 1997, Kettunen 2001). Ohjattavan elintapamuutos etenee vaiheittain kohti henkilökohtaisia tavoitteita.

Ohjauksen tukena käytetään erilaisia vaiheteoriaan perustuvia teorioita ja malleja. Vaiheteoriassa ohjattava siirtyy askel askelelta eri vaiheeseen kohti terveystyöskäytännön muutosta. Vaiheteoriaan pohjautuvien mallien tavoitteena on ohjattavan käyttäytymisen muutos. Eri malleissa vaiheiden määrä vaihtelee, mutta nähtävissä on kolme eri kokonaisuutta: esiharkinta-, valmistelu- ja toimintavaihe (Schüz ym. 2007, 59). Vaiheteoriaan perustuu esimerkiksi Prochaskan ym. kehittämä transteoreettinen muutosvaihemalli (TTM), jota on käytetty tupakkaterveysneuvonnassa ja elintapojen muutosta tukevassa terveysneuvonnassa (Prochaska ym. 2002, 99). Tässä tutkimuksessa elintapojen muutoksien etenemistä kuvattiin transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan. Elintapojen muutok-

sista keskusteleminen auttaa ohjattavaa asettamaan realistisia tavoitteita muutosten saavuttamiseksi (Kyngäs ym. 2007, 90).

### **Tutkimusaineisto ja menetelmät**

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tavoitteiden asettamista ja sen ohjausta laitostuntoutuksessa sepelvaltimotautia sairastavan naisen näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sepelvaltimotautia sairastaville naisille suunnatun ohjauksen kehittämiseksi Kelan järjestämässä sydänkuntoutuksessa. Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Millaista on ohjauksessa tapahtunut tavoitteiden asettelu?
- 2) Miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan?
- 3) Miten kuntoutuja kokee ohjauksen tukeneen hänen tavoiteasetteluaan ja muutoskeinojen määrittelyään?
- 4) Miten kuntoutujan asettamat tavoitteet ovat toteutuneet alku- ja päätösjakson välillä?
- 5) Miten tavoitteiden saavuttaminen vaikuttaa sepelvaltimotaudin riskitekijöihin (verenpaine, BMI, paino, vyötärön ympäryys, liikunta-aktiivisuus)?

Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin tapaustutkimus. Siinä tutkitaan yksittäistä tapahtumaa, prosessia, rajattua kokonaisuutta sen omassa ympäristössään käyttämällä monipuolisia ja eri menetelmillä hankittuja tietoja (Yin 2003). Tässä tutkimuksessa tapaus oli Kelan sydänkuntoutus. Tutkimus kohdistui vuosina 2009–2010 sydänkuntoutuksessa olleisiin sepelvaltimotautia sairastaviin naisiin. Sydänkurssit muodostuivat yhdeksän vuorokauden alkujaksosta ja noin kolmen kuukauden kuluttua olevasta viiden vuorokauden päätösjaksoista. Tutkimukseen osallistui 26 naista, joiden iän keskiarvo oli 65 vuotta (sd=9,5), vaihteluväli 50–80 vuotta. Aineisto koostui kuntoutuskurssilla olleiden kuntoutujien taustiedoista, alku- ja päätösvaiheen mitaustuloksista (verenpaine, BMI, paino, vyö-

tärön ympäryys), liikunta-aktiivisuus- ja GAS-tavoitelomaketiedoista sekä kotiin lähetetystä kyselylomakkeesta.

Tutkimuksen aineistonkeruussa pyrittiin monikanavaisuuteen, jonka johdosta tavoitteiden asettamista ja ohjausta koskevaa tietoa kerättiin puolistruktudoidun kyselylomakkeen avulla. Lomakkeen avulla pyrittiin keräämään tietoa tavoitteiden asettelusta ja sen ohjauksesta sekä elintapamuutosten toteutumista. Kuntoutujalle kotiin lähetetty kyselylomake sisälsi paitsi avoimia myös suljettuja kysymyksiä. Vastausvaihtoehtona käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa.

Kuntoutujien tavoitteitaan koskeva aineisto koostui GAS-tavoitelomakkeista, joihin ohjaaja oli kirjannut yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutujan yksilölliset tavoitteet. Kurssien aikana oli voimassa Kelan laitostuotoisen kuntoutuksen standardin versio 15, jossa oli määritelty menettelytavat tavoiteasetteluun ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Standardi edellytti, että kurssin alkuvaiheessa, ensimmäisenä neljänä päivänä, laaditaan kuntoutujan henkilökohtaiset konkreettiset tavoitteet standardin liitteenä olevalle GAS-lomakkeelle.

Tutkimuksessa kyselylomakkeen avoimet kysymykset ja GAS-tavoitelomakkeen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysi oli prosessi, johon liittyi aineiston pelkistäminen, ryhmittely alaluokkiin sekä käsitteellistämisen vaihe, jossa samansisältöiset luokat yhdistettiin yläluokiksi. Tutkimusaineistoa lähestyttiin aineistosta käsin, koska tavoitteena oli saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tavoitteena oli ymmärtää osallistujien toiminta- ja ajattelutapoja aineistossa muodostuneiden luokitusten ja mallien avulla. Induktiivisen sisällönanalyysin lisäksi käytettiin myös aikaisempaan tietoon perustuvaa deduktiivista sisällönanalyysia. Kyselylomakkeen aihealueet ja yläluokan nimet muotoutuivat deduktiivisesti. Esimerkiksi liikunta-aktiivisuuden yläluokan muodostamisessa hyödynnettiin terveysliikunnan käsitteistöä (Tuomi ja Sarajärvi 2009).

Aineiston tulokset kirjattiin ja tallennettiin

tietokoneelle käyttäen tilasto- (SPSS 16.0 for Windows) ja taulukkolaskentaohjelmaa (Excel). Aineistossa olevaa informaatiota tiivistettiin käyttäen apuna yksinkertaisia tilastollisia analysointimenetelmiä. Muuttujien jakautumaa kuvattiin tapausten lukumäärällä ja niiden osuudet laskettiin sekä koko aineistosta että vain vastanneista. Lisäksi tarkasteltiin kumulatiivista osuutta, eli kuinka monta havaintoa luokissa oli yhteensä. Jakauman sijaintia kuvattiin keski- ja sijaintilukujen avulla. Havaintojen jakautumisessa keskiarvon ympärille käytettiin keskihajontaa.

## Tulokset

### Kuntoutujan kokemukset ohjauksessa tapahtuneesta tavoitteidenasettelusta

Kuntoutajat kokivat GAS-lomakkeen toimivaksi auttaen myös tavoitteiden toteutumisen seurannassa (n=26). Pääosin kuntoutajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa lomakkeen täyttämiseen ja tavoitteiden asettaminen konkreettiseen muotoon oli vaivatonta, vain yhden kuntoutujan kokemus oli päinvastainen. Kuntoutujilta kysyttiin myös kokemuksia yksilökeskustelussa ja ryhmässä tapahtuneesta tavoitteidenasettelusta. Kuntoutajat olivat täysin samaa mieltä, että ryhmän ilmapiiri oli kannustava ja se auttoi motivoitumaan itsensä hoitamiseen. Yksilölliset tavoitekeskustelut ohjaajien kanssa olivat kannustavia ja saadut ohjeet auttoivat löytämään keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutujien mielestä tavoitekeskustelut ryhmässä olivat toimivia, ryhmänvetäjät käyttivät monipuolisia opetusmenetelmiä ja annetut välitehtävät olivat riittävät. Sen sijaan kuntoutajat kokivat, että tavoitekeskusteluissa ei hyödynnetty riittävästi aikaisempia kokemuksia elintapamuutosyrityksistä eivätkä he saaneet riittävästi eväitä repсахduksien hallintaan.

Kuntoutujien mielestä GAS-lomake oli tavoitteiden asettelussa toimiva työmenetelmä ja sen käyttö oli pääosin myönteinen kokemus (Kuva 1). Myönteinen kokemus lomakkeen käytöstä kannusti kuntoutujaa tavoitteidenasetteluun: GAS-menetelmä auttoi myös kun-

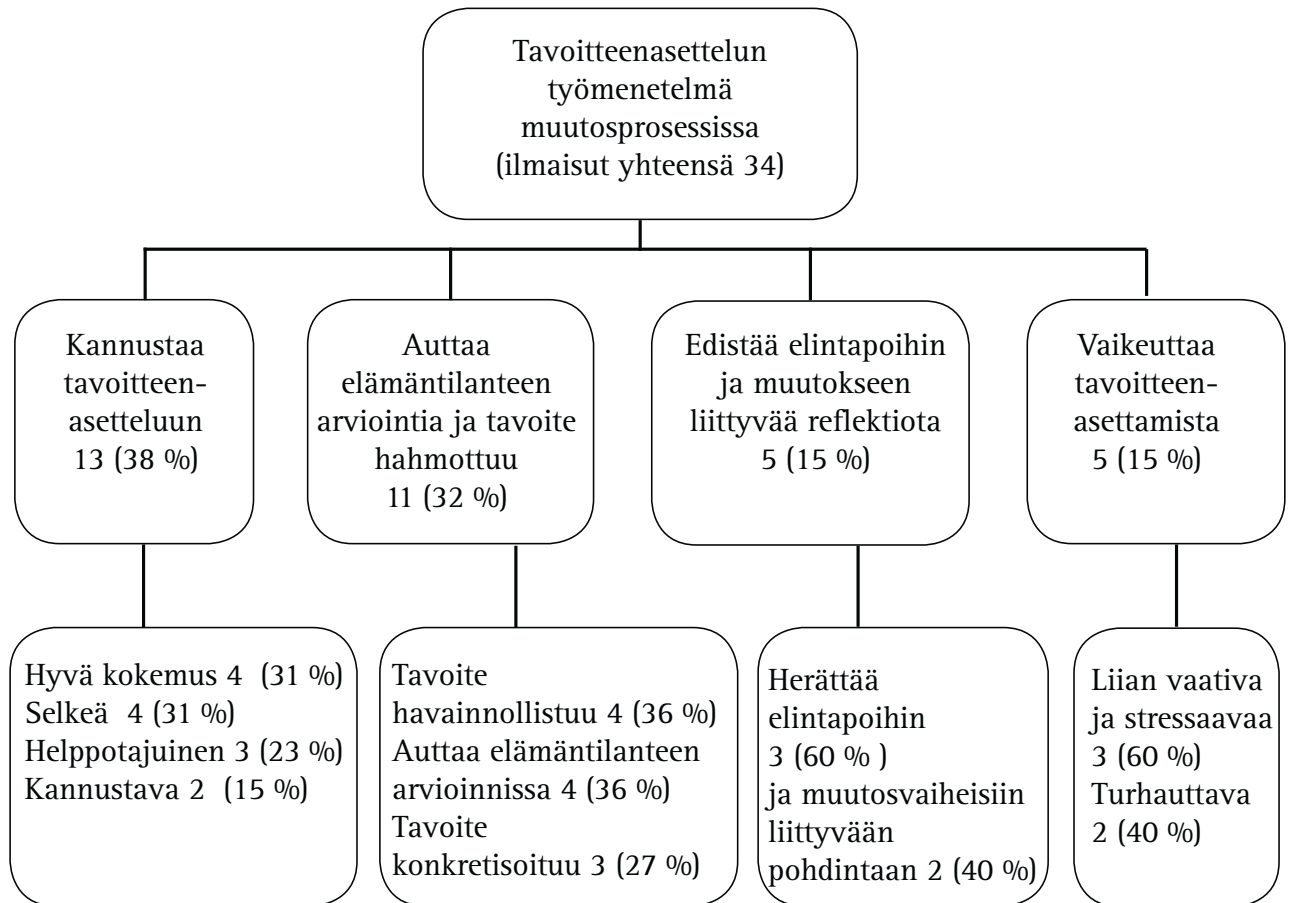
toutujaa oman elämäntilanteen arvioinnissa ja tavoitteen hahmottamisessa: ”Tavoitelomakkeen täyttö auttoi konkreettisesti havainnoimaan paperilla mitä pitäisi yrittää muuttaa elämäntavoissa” (kuntoutuja 8). GAS-menetelmä edisti reflektiota elintavoista ja niihin liittyvistä muutoksista: ”Sai miettiä elintapamuutoksia ihan tosissaan” (kuntoutuja 18). Toisaalta tavoitteenasettelun menetelmän avulla koettiin vaativana, sillä vastaajista kolme koki lomakkeen täyttämisen haasteellisenä tai turhauttavana: ”Helpompikin olisi voinut olla” (kuntoutuja 15).

Kyselylomakkeessa kuntoutujilta tiedusteltiin kokemuksia siitä, mitkä tekijät ovat edistäneet muutosprosessia (ilmaisut yhteensä 50). Keskeisiksi tekijöiksi tavoitteiden saavuttamisessa kuntoutajat toivat esiin sisäisen tuen 15 (30 %) ja ulkoisen tuen 11 (22 %). Sisäinen tuki muodostui itsekurista, sisäisestä motivaatiosta ja osatavoitteista sekä tavoitteiden toteutumisen seurannasta. Yhtä tärkeänä koettiin ulkoinen tuki, joka tarkoitti ryhmän ja läheisten antamaa kannustusta, sekä ohjaajan tukea: ”Olin mukana painonhallintaryhmässä. Joukon tuki ja säännölliset punnitukset auttoivat tavoitteeseen pääsyssä” (kuntoutuja 1), ”... vetäjien yksittäiset keskustelut, ohjeet ja neuvot oli tarpeeseen, vaikka osan tiesin ennestään ... ryhmän tuki oli valtava, koska meillä oli erinomainen ryhmä ja ryhmähenki ...” (kuntoutuja 8). Kuntoutujien tavoitteiden saavuttamista tuki myös elintapamuutoksesta saadut tulokset 13 (26 %) ja niistä annettu palaute 11 (22 %). Kuntoutajat kokivat, että tavoitteen saavuttamista seuranneet onnistumisen tunteet kannustivat jatkamaan edelleen: ”Se, että jo suhteellisen pienilläkin muutoksilla elintavoissa terveenpään suuntaan olo tuntuu paremmalta. Se taas kannustaa jatkamaan” (kuntoutuja 21).

### Elintapamuutosten toteutuminen

Sepelvaltimotautia sairastavien naisten tavoitteet jakaantuivat neljään eri yläluokkaan:

- 1) painonhallinta
- 2) terveysliikunnan lisääminen



Kuva 1. Kuntoutujien (n=19) kokemukset tavoitteen asettamisesta GAS-lomakkeen avulla

- 3) psyykkisen hyvinvoinnin kohentuminen ja
- 4) muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutos.

Sydänkurssilla kuntoutujat asettivat yhteensä 71 tavoitetta (k.a. 2.7 tavoitetta/kuntoutuja) ja 107 keinoa (k.a. 1.5 keinoa/tavoite).

Kurssin päätösvaiheessa kuntoutujien GAS-lomakkeelle asettamista tavoitteista saavutettiin 64 prosenttia. Tavoitteiden yläluokista parhaiten saavutettiin muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutostavoitteet 8 (73 %) ja niissä tapahtui suotuisia muutoksia (n=11). Kuntoutujat arvioivat, että he saavuttivat parhaiten ruokavalioon, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen liittyvät tavoitteet.

Naiskuntoutujat olivat yksimielisiä siitä, että painonhallinta on tärkeä ja merkittävä tavoite. Kuntoutujista jopa 20 (77 %) oli aset-

tanut tavoitteekseen painonhallinnan. Keskeisimmät keinot olivat muutokset ruokailu- ja liikuntatottumuksissa. Painonhallinnan tavoitteelle (ilmaisut yhteensä 33) etsittiin eniten keinoja ruokavaliomuutoksesta 17 (52 %) ja liikunnan lisäämisestä 13 (39 %) sekä laadittiin seurantakäytänteitä esimerkiksi painon seuranta, ruokapäiväkirjan pitäminen 3 (9 %). Painonhallintatavoitteen asettaneista naisista (n=20) 12 arvioi, että he saavuttivat tai ylittivät alkujaksolla asettamansa painonhallintatavoitteen. Painonhallinta tavoitteen saavuttivat parhaiten naiset, joiden tavoite oli maltillinen, alle kolmen kilon painon pudotus. Kuntoutujista kahdeksalla painoindeksi oli yli 30 kg/m<sup>2</sup> ja heistä kahdella oli vaikeaa lihavuutta. Jokainen heistä oli asettanut painonhallinnan tavoitteekseen, mutta vaikeasti lihaviin kohdalla painonhallinta tavoite ei toteutunut. Parhaiten tavoitteen saavuttivat

ne, joiden painoindeksi oli 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>.

Painonhallinnan jälkeen toinen merkittävä tavoite kuntoutujilla oli terveysliikunnan lisääminen. Tavoitteet jakaantuivat seuraavasti (ilmaistut yhteensä 35): kestävyys- 22 (64 %) ja lihaskunnan 6 (16 %) lisääminen sekä erilaisten liikuntamuotojen lisääminen 6 (16 %) ja osallistuminen ohjattuun liikuntaan 2 (5 %). Tavoitteet oli selkeästi ilmaistu esimerkiksi: ”Lisäys 1x sauvakävely +1x kotimatka (n.50 min) viikossa” (kuntoutuja 26). Naisista 19 (73 %) asetti terveysliikunnan lisäämisen tavoitteekseen. Heistä 11 (61 %) arvioi saavuttaneensa tavoitteen. Liikunnan määrä lisääntyi alku- ja päätösjakson välillä niin, että kaikki naiset olivat päätösjaksolle tultessa terveysliikunnan harrastajia.

Psyykkisen hyvinvoinnin oli ottanut tavoitteeseen yli puolet kuntoutujista ja siihen liittyviä tavoitteita oli yhteensä 18. Tavoitteet kohdistuivat keskeisesti henkiseen hyvinvointiin. Kuntoutujista 11 (61 %) arvioi saavuttaneensa tavoitteen ja 7 (39 %) ei ollut päässyt tavoitteeseen tai psyykinen hyvinvointi oli jopa huonontunut. Tavoitteen saavuttaminen perustui kuntoutujien subjektiiviseen kokemukseen ja ne ilmaistiin usein yleisellä tasolla esimerkiksi henkinen hyvinvointi, stressin vähentäminen.

Kotiin lähetetyn kyselylomakkeen perusteella voitiin arvioida, miten kuntoutukseen osallistuneiden 26 naisen elintapamuutosprosessi oli edennyt kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutajat olivat tyytyväisiä kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen tekemiinsä elintapamuutoksiinsa 22 (85 %), he olivat edelleen sitoutuneita asettamiinsa tavoitteisiin 23 (89 %), tavoitteiden saavuttaminen koettiin myös tärkeäksi 24 (92 %). Kuntoutajat ilmoittivat, että he olivat saaneet kuntoutuksen aikana riittävästi tavoitteiden saavuttamisesta tukevaa yksilöllistä neuvontaa 21 (81 %) samoin he olivat soveltaneet myös omaan elämäänsä kuntoutuksessa välitettyä terveystietoa 24 (92 %).

## Pohdinta ja yhteenveto

Kuntoutajat kokivat myönteisenä tavoitteenasettamisen Goal Attainment Scaling (GAS)

-lomakkeen avulla. Lomake herätti kuntoutujia arvioimaan omaa elämäntilannettaan ja auttoi heitä hahmottamaan tavoitteitaan konkreettiseen muotoon. Se edisti sekä elintapoihin liittyvää reflektiota että auttoi tavoitteiden toteutumisen seurannassa. Kuntoutajat kokivat yksilöllisen ja ryhmässä tapahtuneen ohjauksen kannustavaksi ja riittäväksi lomakkeen täyttämiseen. Ryhmän ilmapiiri koettiin myös merkityksellisenä. Heidän mielestään ohjauksessa ei kuitenkaan riittävästi hyödynnetty aikaisempia kokemuksia elintapojen muutosyrityksistä. Tavoitteen saavuttamista edistivät sekä sisäinen että ulkoinen tuki. Vaikka tavoitelomake oli toimiva työmenetelmä tavoiteasettelussa, osa kuntoutujista koki tavoitteiden muotoilun lomakkeelle haasteellisena, stressaavana ja turhauttavana. Elintapojen itsearviointi ja omien tavoitteiden määrittely on vaativaa, joten ohjaajan on huomioitava yksilölliset erot uusien asioiden oppimisessa ja mahdollistettava riittävä aika lomakkeen täyttämiseen.

Tämän tutkimuksen mukaan tavoitteiden saavuttamista edistää parhaiten sisäinen tuki eli oma motivaatio ja itsekuri, mikä on myös havaittu Alahuhdan tutkimuksessa (2010). Tämä asettaa vaatimukset ohjaukselle niin, että ohjaajan on entistä paremmin huomioitava naisten motivaation tukeminen. Tällainen menetelmä on esimerkiksi motivoiva keskustelu (Miller ja Rollnick 2002, Beckie 2006). Beckien (2006) tutkimuksessa todetaan, että muutosvaiheiden huomioon ottaminen yhdessä motivoivan keskustelun kanssa auttaa naisten elintapamuutosta ja sen saavuttamista. Sisäistä motivaatiota voidaan vahvistaa avoimien kysymyksien, yhteenvetojen ja voimaantumista tukevan palautteen avulla.

Tässä tutkimuksessa osa kuntoutujista ei saanut riittävästi eväitä repsahduksien hallintaan, mikä kertoo siitä, ettei motivoiva keskustelu ehkä vielä ole ohjaajan työmenetelmä. Kuten Hankosen (2011) tutkimus osoitti, ohjaajan tulisi keskittyä vahvistamaan ohjattavan uskoa omaan pystyvyyteen sekä ohjaamaan konkreettisten toiminta- ja varmistussuunnitelmien tekoon. Erityisesti olisi kiinnitettävä huomiota ohjattavan aiempiin koke-

muksiin elintapamuutosyrityksistä ja suunniteltava yhdessä konkreettisia keinoja rep-sahduksien hallintaan, sillä suunnitelmien tekeminen auttaa kuntoutujaa elintapamuostavoitteisiin keskittymisessä. Koikkalaisen (2001) tutkimus osoitti myös, että ohjattavan saattaa olla vaikeata kuvata elintapakokemuksia ”vapaassa keskustelussa”, joten keskustelun tueksi on kehitetty erilaisia haastattelukysymyksiä ja kyselylomakkeita. Kysymyksiä esittämällä voidaan ohjausta aikaisempaa paremmin kohdentaa asioihin, jotka ovat ohjattavan mielestä tärkeitä.

Tutkimuksessa tuli esille, että naisille sosiaalinen tuki oli merkityksellinen tavoitteenasettelussa. Samansuuntainen tulos havaittiin myös Beckien (2006) tutkimuksessa. Kuntoutuja ei yllä tavoitteisiin pelkästään oman motivaation turvin, vaan tavoitteenasettelun ohjaukseen tarvitaan sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen myönteiset kokemukset erityisesti psykiseen terveyteen on todettu aikaisemminkin sydänpotilaiden kohdalla. Sosiaalisen tuen on katsottu vähentävän ja suojaavan etenkin naisia masennusoireilta ja ahdistuneisuudelta (Okkonen 2000, Koivula 2002, Kummel 2008). Tässä tutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavat naiset kokivat myönteisen palautteen ja kannustuksen saamisen sekä ohjaajalta että vertaisilta tärkeänä. Kuntoutusryhmän kannustava ilmapiiri auttoi motivoitumaan itsensä hoitamiseen sekä yksilölliset tavoitekeskustelut ohjaajan kanssa olivat kannustavia ja saadut ohjeet auttoivat löytämään keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Nämä tulokset osaltaan kannustavat ohjaajia hyödyntämään sosiaalista tukea tavoitteita asettaessa. Naiset kokivat tärkeänä myös läheisten tuen ja kannustuksen. Sydänkuntoutus sisälsi myös tämän ulottuvuuden, sillä alkujaksolla läheiset pystyivät osallistumaan kahden päivän ajan kuntoutukseen. Heillä oli myös mahdollisuus osallistua kuntoutujan henkilökohtaiseen sairaanhoitajan ja fysioterapeutin kanssa käytävään keskusteluun (Kelan laitosten kuntoutuksen standardi 2008). Läheiset ovat tärkeä tuki kuntoutujan arjessa kotona, joten heidän mukana olo keskustelussa on toivottavaa.

Kuntoutajat kokivat, että tavoitteiden saavuttamista edistivät myönteiset tulokset ja siitä saatu palaute. Onnistumisen kokemukset pienistä elintapamuutoksista kasvattavat kuntoutujan pystyvyyden tunnetta (Bandura 1997, Lindström 2003). Tämä on havaittu aikaisemmin muun muassa Kaukuan (2003) terveyteen liittyvän elämänlaadun ja lihavuuden tutkimuksessa. Sen mukaan pienellä painon pudotuksella oli myönteisiä vaikutuksia elämänlaatuun, se motivoi ja kannusti edelleen painonhallinnassa. Sydänkuntoutuksessa kuntoutujan tavoitteiden toteutumista ja kokemusta onnistumisestaan arvioitiin ryhmämuotoisessa tavoitekeskustelussa. Naisten vastauksien perusteella ohjaus on parhaimmillaan kannustavaa palautetta kuntoutujan tavoitteiden saavuttamisesta. Samaa asiaa korostaa Alahuhta (2010) tutkimuksessaan, jonka mukaan ohjauksessa tulee antaa myönteistä palautetta toiminnasta esimerkiksi omaseurantavälineiden avulla kerätyn tiedon pohjalta. Samoin kuntoutujien kohdalla tavoitteen saavuttamiseen liittyvää tietoa olisi mahdollista kerätä esimerkiksi ruoka- ja liikuntapäiväkirjojen kautta, jotka tänä päivänä ovat saatavana sähköisesti.

Transteoreettisen muutosvaiheen mallin mukaan tavoitteita asetetaan muutoksen päätöksenteko- ja valmistautumisvaiheessa (Prochaska ym.2002). Tavoitteenasettamisen toimintatapa lähti siitä, että kuntoutuja oli valmis muutokseen terveyskäyttäytymisensä ennen tavoitteenasettamista. Toisin sanoen alkujaksolla ohjaaja kokosi kuntoutujan tavoitteet GAS-lomakkeelle yksilöllisissä tavoitekeskusteluissa, jota edelsi ryhmässä tapahtunut tavoitekeskustelu. McKee ym. (2007) tutkimuksen mukaan sydänkuntoutuksen alussa kuntoutajat ovat kuitenkin eri muutosvaiheessa aina harkintavaiheesta ylläpitovaiheeseen. Siten tavoitteenasettamisen ohjauksessa on keskeistä tunnistaa kuntoutujan muutosvaihe siihen kehitettyjen menetelmien avulla.

Kuntoutuja on oman elämäntilanteensa ja terveyteensä liittyvien kysymysten asiantuntija. Vaikka sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla on lähtötilanteessa sama sairaus, heidän

kuntoutukselle asettamansa tavoitteet näyt-  
täytyvät kunkin elämäntilanteeseen sopivina  
tavoitteena (Autti-Rämö ym. 2010). Sepelval-  
timotautia sairastavan naisen keskeisimmät  
tavoitteet koskivat painonhallintaa, terveys-  
liikunnan lisäämistä ja psyykkisen hyvinvoin-  
nin kohentumista sekä muiden sydämen ris-  
kitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapo-  
jen muutosta. Osa tavoitteista ja keinoista il-  
maistiin yleisellä tasolla kun niiden pitäisi olla  
konkreettisia lähellä kuntoutujan arkielämää.  
GAS-menetelmä ohjaa asettamaan määrälli-  
siä tavoitteita kuten kilometriä tavoitteet pai-  
nonhallinnassa. Psyykkisen hyvinvoinnin ko-  
hentumista koskevat tavoitteet olivat lähinnä  
laadullista tavoitetta, joita oli vaikeampi aset-  
taa mitattavaksi kuin määrällisiä tavoitteita.

Huomioitavaa oli, että vaikka sydäntau-  
tia sairastavien aikuisten kuntoutuskurssin  
tavoitteena on kuntoutujan työ- ja toimin-  
takyvyn palauttaminen (Kelan laitosten  
kuntoutuksen standardi, Versio 15/2008),  
ei tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien  
tavoitteissa ollut yhtään työhön liittyviä ta-  
voitteita. Kaikki tavoitteet kohdistuivat ruu-  
miin/kehon toimintoihin kun niitä tarkastel-  
laan ICF-luokituksen viitekehyksessä. Tavoit-  
teenasettelussa tulisi pyrkiä laaja-alaisuuteen,  
johon voisi olla apua ICF-luokituksen perus-  
tuvan Rehabilitation Problem Solving (RPS)-  
lomakkeen käytöstä (Rauch 2008, McDougall  
ja Wrigh 2009, Paltamaa ym. 2011). RPS-lo-  
makkeelle kirjataan tiedot asiakaslähtöises-  
ti ja moniammatillisesti ICF-luokituksen osa-  
alueita käyttäen. Näin se ohjaa systemaatti-  
seen tapaan kuntoutustarpeen taustalla ole-  
vien ongelmien paikallistamisessa ja kuntou-  
tuksen tavoitteiden määrittelyssä.

Kelan lomakkeessa painotetaan tavoittei-  
den konkreettisuutta, realistisuutta ja mitat-  
tavuutta, joten tavoitteen määrittelyssä su-  
ositellaan käyttämään SMART-periaatetta, jos-  
sa tavoitteen tulee olla yksilöity, mitattavissa,  
saavutettavissa, merkityksellinen ja mahdol-  
linen aikatauluttaa (Bovend'Eerdt ym. 2009,  
Autti-Rämö ym. 2010). Tässä tutkimuksessa  
painonhallinnan ja terveystoiminnan lisäämi-  
sen ja muiden sydämen riskitekijöiden ja nii-  
hin vaikuttavien elintapojen muutoksen ta-

voitteet täyttivät SMART-tekniikan kriteerit.  
Tavoitteet liittyivät suunniteltuun kuntoutus-  
muotoon ja ne olivat saavutettavissa kuntou-  
tustoimenpiteiden avulla. Kuntoutujat olivat  
miettineet tarkkaan käytännön toteutusta, mi-  
tattavuutta ja ajallisia määreitä. Terveystoim-  
intatavoitteen kohdalla kuntoutujat täyden-  
sivät tavoitetta keinojen kohdalla, jolloin lii-  
kuntatavoitteesta muodostui selkeä kokonai-  
suus. Psyykkisen hyvinvoinnin kohentamisen  
tavoitteet olivat sen sijaan lähinnä yleisellä  
tasolla olevia laadullisia tavoitteita.

Tavoitteiden asettaminen SMART-periaat-  
teella on haasteellista. Ohjauksen esteenä on  
sen moninaisuus ja ajanpuute (Bovend'Eerdt  
ym. 2009) ja tämä ilmeni tässä tutkimuksessa  
etenkin laadullisten tavoitteiden osalta. Toi-  
sin sanoen ohjaaja on yhdessä kuntoutujan  
kanssa laadittava tavoitteet rajoitetussa ajas-  
sa SMART-periaatteen mukaiseen tavoitteen-  
asetteluun. Lisäksi tavoitteen arvioinnin hel-  
pottamisessa on hyvä miettiä selkeitä mitta-  
reita tai vähintään laadittava ne konkreetti-  
seen ja realistiseen muotoon. Konkreettiset ja  
realistiset tavoitteet saavat myös kuntoutujan  
sitoutumaan elintapamuutoksiin tavoitteiden  
saavuttamiseksi (Bovend'Eerdt ym. 2009). Laa-  
dullisen tavoitteen on oltava määrällisen ta-  
voitteen tavoin täsmällisiä ja selkeitä sekä tar-  
peeksi haastavia (Rovio ym. 2003). Asiakas-  
lähtöisyyteen perustuva GAS-menetelmä vaa-  
tii ohjaajalta kokemusta erilaisten kuntoutu-  
jien hoidosta, kuntoutumisesta ja seurannasta  
(Autti-Rämö ym. 2010).

Kuntoutujien kokemana ohjaajat käyttivät  
monipuolisia opetusmenetelmiä ja ohjeet au-  
toivat löytämään keinoja tavoitteiden saavu-  
tamiseksi. Lisäksi annetut välitehtävät olivat  
riittävät. Aikaisempien tutkimusten mukaan  
elintapamuutokseen tähtäävässä ohjauksessa  
kuntoutujan kanssa on pohdittava ja sovit-  
tava tavoitteiden ohella keinot tavoitteiden  
saavuttamiseksi (Oettingen ym. 2000, Thed-  
ford 2004, Poskiparta ym. 2007). Tutkimuksen  
tuloksena oli, että käytännönläheisiä keinoja  
kirjattiin vähäisesti. Kuntoutujien painonhal-  
linnan keinot olivat pääosin ruoka- ja liikun-  
tamuuksissa. Konkreettiset ja arkiset keinot  
olivat vähemmistönä. Tutkimuksen perusteel-



la ohjaajan on jatkossa panostettava käytännönläheisten keinojen pohtimiseen yhdessä kuntoutujan kanssa ja ne tulee myös kirjata.

Tavoitteiden saavuttamista arvioitiin GAS-lomakkeella. Naiskuntoutujien päätavoitteina olivat painonhallinta ja terveysliikunnan lisääminen. Painonhallintatulokset ovat samansuuntaiset kuin Hämäläisen ym. (2007) sydänkuntoutuksen tutkimuksessa, mutta terveysliikunta-aktiivisuuden lisääntymisen suhteen tulos tässä tutkimuksessa oli myönteisempi. Hämäläisen tutkimuksessa lähes puolet kuntoutujista ei harrastanut lainkaan runsaasti hengästyistä ja hikoilua aiheuttavaa liikuntaa alkuvaiheessa. Harrastaminen lisääntyi vain hieman seurannan aikana. Tässä tutkimuksessa terveysliikunta-aktiivisuus lisääntyi niin, että kaikki liikkuivat vähintään kolme kertaa viikossa. Tämä ei vielä täytä terveysliikuntasuosituksia (Fogelholm ja Oja 2005), mutta on hyvä suunta. Tavoitteen saavuttamisen edellytyksenä on selkeiden tavoitteiden asettamisen lisäksi sydänkuntoutuksessa toteutettu yksilöllinen liikuntaneuvonta (Lindström ym. 2003).

Tutkimuksessa painonhallintatavoitteensa saavutti parhaiten naiset, joiden BMI oli 25–29.9 kg/m<sup>2</sup> ja ne, joiden tavoite oli maltillinen, alle 3 kilogramman painonpudotus. Vaikeasti lihavien kohdalla painonhallinta tavoite ei toteutunut. Rantasen ym.(2009) tutkimuksessa todetaan samansuuntaisesti. Hämäläinen ja Röberg (2007) toteavat, että tavoiteasettelu ei pelkästään riitä. Sen sijaan heidän kohdallaan tarvitaan yksilöllistä terveysneuvontaa. Tässä tutkimuksessa vaikeasti lihavien kohdalla ryhmässä tapahtuva interventio ei riittävästi tukenut tavoitteiden saavuttamista. Heidän kohdallaan tarvitaan kenties enemmän yksilöllistä ohjausta, jossa pyritään henkilökohtaiseen, mahdollisimman konkreettiseen ja realistiseen jatkosuunnitelmaan. Eli painonhallinta vaatii vaikeasti lihavien kohdalla tehostettua yksilöllistä ohjausta, joka on suunnitelmallista, usealla tapaamiskerralla annettava elintapaohjausta sisältäen ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta (Lindström ym. 2003, Aikuisten lihavuuden hoito 2011).

Elintapojen muuttaminen sisältää uusien asioiden opettelua, johon kuuluu omakohtaisten kokemusten syvällistä pohdintaa, ihmettelyä, pysähtymistä, kohtaamista ja orientoitumista uudestaan (Ojanen 2001). Kuntoutujat olivat tyytyväisiä kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen tekemiinsä elintapamuutoksiin. He vaikuttivat sitoutuneilta asettamiinsa tavoitteisiin ja tavoitteiden saavuttaminen koettiin edelleen tärkeäksi. Kuntoutujat kokivat, että kuntoutuksen aikainen ohjaus oli auttanut tavoitteiden saavuttamista. Kuntoutuksessa välitettyä terveystietoa he olivat soveltaneet myös omaan elämäänsä. Tulokset osoittivat, että kuntoutujan reflektiivisiä taitoja oli tuettu ja itsehoitoon oli löytynyt uusia välineitä. Haasteena on elintapamuutosten ylläpitäminen kuntoutuksen päätyttyäkin.

Kaiken kaikkiaan GAS-menetelmä auttoi kuntoutujaa elämäntilanteen arvioinnissa ja tavoitteen hahmottamisessa sekä edisti elintapoihin ja muutokseen liittyvää reflektiota. Ohjaajan on tärkeää keskittyä kannustamaan ja vahvistamaan kuntoutujan uskoa omaan pystyvyyteen sekä pohtimaan yhdessä heidän kanssaan konkreettisia ja käytännönläheisiä keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutujan tarpeen määrittelyä tulee tehdä laajalajaisesti moniammatillisessa työryhmässä yhdessä kuntoutujan kanssa ICF-luokituksen viitekehystä hyödyntäen. Tavoitteen asettamisessa sekä muutosvaiheen tunnistamisessa tulisi hyödyntää eri työmenetelmiä.

### Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa selvitettiin retrospektiivisellä tapaustutkimuksella sepelvaltimotautia sairastavan naisen kuntoutustavoitteiden asettamista ja sen ohjausta laitoskuntoutuksessa.

Tutkimusjoukon muodostivat 26 sepelvaltimotautia sairastavaa naista, jotka osallistuivat vuosina 2009–2010 Kansaneläkelaitoksen järjestämään sydänkuntoutukseen Kuntoutus Peurungassa. Tutkimusaineisto koostui kyselylomakkeesta,

kuntoutuskurssilla kerätyistä alku- ja päätösvaiheen mittaustuloksista, liikunta-aktiivisuustiedoista ja Goal Attainment Scaling (GAS)-lomakkeen avulla täytetyistä tavoitteista. Analyysimenetelminä käytettiin sisällönanalyysia ja tilastollisia menetelmiä.

GAS-lomakkeen täyttäminen koettiin myönteisenä. Se auttoi kuntoutujaa elämäntilanteen arvioinnissa ja tavoitteen hahmottumisessa sekä edisti elintapoihin ja muutokseen liittyvää reflektiota. Osa kuntoutujista koki lomakkeen täyttämisen haasteellisena. Kuntoutajat kokivat, että tavoitteen saavuttamisen edellytyksiä olivat sisäinen ja ulkoinen tuki sekä tuloksista saatu palaute. Tärkeintä naisille oli sisäinen tuki, joka tarkoitti itseuria, omaa motivaatiota, osatavoitteita ja omaa seurantaa. Kuntoutajat toivat esille, että ohjaajan on tärkeää keskittyä kannustamaan ja vahvistamaan kuntoutujan uskoa omaan pystyvyyteen sekä pohtimaan yhdessä heidän kanssaan konkreettisia ja käytännönläheisiä keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi.

## Abstract

The objective of the study was to look at the planning of lifestyle-related goals and the management of this planning process as seen by female individuals with coronary artery disease.

The case study approach was selected as the method. The case was represented by group of female individuals (n=26) with coronary artery disease participating in a rehabilitation program in the year 2009–2010. The data consisted of a questionnaire, measurements obtained at the initial and final stages of the rehabilitation course, data on physical activity, and Goal Attainment Scaling forms. The content analysis method and statistical methods were used to analyze the findings

of the study.

The subjects took a favorable view toward the filling in of the Goal Attainment Scaling (GAS) form since they found this helped them both assess their existing life situation and visualize goals, and promoted reflection pertaining to ways of life and related changes. A number of subjects found the completing of the form challenging. Subjects stated that both internal and external support were prerequisites for goal attainment. Female patients found that internal support in the form of self-discipline, own motivation, partial goals, and own monitoring was essential. A counselor should focus on encouraging patients and promoting the “can-do” spirit within them; in addition, he or she should strive to identify concrete and down-to-earth avenues toward goal attainment in cooperation with patients.

**TtM Marjo-Riitta Anttila, sairaanhoitaja, tutkimus- ja kehittämiskoordinaattori, Kuntoutus Peurunka**

**TtT Jaana Paltamaa, erikoissuunnittelija, Hyvinvointiyksikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu ja Kuntoutus Peurunka**

## Lähteet

- Anttila M-R (2011) Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ohjaus: Tavoitteenasettelu laituskuntoutuksessa. Terveystieteen Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-2011123011860>
- Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito -suositus (2011). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), poimittu 4.1.2011.
- Alahuhta M (2010) Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Lääketieteellinen väitöskirjatyö, Oulun yliopisto.
- Autti-Rämö I, Vainiemi A, Sukula S, Louhenperä A (2010) GAS-menetelmä: käsikirja. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Saatavissa: [www.ke-la.fi](http://www.ke-la.fi)
- Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, Franklin B, Sanderson B, Southard D (2007) Core components of cardiac reha-

- bilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 115, 2675–82.
- Bandura A (1997) *Self-efficacy: the exercise of control*. 8th ed. New York: W.H. Freeman and Company.
- Beckie TM (2006) A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 21, 2, 146–53.
- Bovend'Eerd T, Botell RE, Wade DT (2009) Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 352–61.
- Fogelholm M, Oja P (2005) *Terveysliikuntasuositukset*. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim. 72–80.
- Hankonen N (2011) Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality. Valtiotieteellinen väitöskirjatyö, Helsingin yliopisto.
- Hurn J, Kneebone I, Cropley M (2006) Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20, 756–72.
- Hämäläinen H, Röberg M (2007) Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88.
- ICF (2004) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki; Stakes, ohjeita ja suosituksia 4, 2004. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Jokisaari M (2002) Vuorovaikutusta tavoitteellisen toiminnan, sosiaalisen pääoman ja työelämän välillä. Teoksessa Salmela-Aro K, Nurmi J-E (toim.) *Mikä meitä liikuttaa*. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Keuruu: PS-kustannus. 67–83.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus*. 2.painos. Helsinki: Duodecim. 80–93.
- Kaukua J (2006) Terveystieteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. *Duodecim* 122, 10, 1215–24.
- Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardit (2008) Versio 15/2008, Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, kuntoutusryhmä. Saatavissa: [www.kela.fi](http://www.kela.fi). Viitattu 5.12.2008.
- Kettunen T (2001) Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Terveystieteen väitöskirjatyö. Jyväskylän Yliopisto.
- Khan F, Pallant JF, Turner-Stokes L (2008) Use of goal attainment scaling in inpatient rehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89, 4, 652–59.
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) *Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement*. New York: Psychology Press.
- KKRL 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.
- Koikkalainen M (2001) *Ruokailutottumusten muuttamisen esteet sydänpotilailla*. Lääketieteen väitöskirjatyö. Kuopion yliopisto.
- Koivula M (2002) *Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki*. Lääketieteen väitöskirja. Lääketieteen väitöskirjatyö. Tampereen yliopisto.
- Kummel M (2008) *Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn*. Lääketieteen väitöskirjatyö. Turun yliopisto.
- Kuntoutus Peurunka. Laatuksikirja. Sydänkuntoutuksen työohje 25.10.2011.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors T (2007) *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J (2003) The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes care* 26, 12, 3230–36.
- Malmberg, L- E, Little, T.D (2002) Nuorten koulumotivaatio. Teoksessa K. Salmela-Aro, J.-E. Nurmi. *Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian perusteet*. Jyväskylä: PS Kustannus. 127–144.
- Mannion AF, Caporaso F, Pulkovski N, Spratt H (2010) Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic low back pain. *Rheumatology* 49, 9, 1734–38.
- McDougall J, Wright V (2009) The ICF-CY and Goal Attainment Scaling; Benefits of their combined use for pediatric practice. *Disability and Rehabilitation* 31, 16, 1362–1372.
- McKee G, Bannon J, Kerins M, FitzGerald G (2007) Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6, 233–40.
- Miller WR, Rollnick S (2001) *Motivational interview-*

- wing. *Preparing People for change*, 2nd ed. New York, London: The Guilford Press.
- Nurmi J-E, Salmela-Aro K (2002) Modernin motivaatiopsykologian perusta ja käsitteet. Teoksessa Salmela-Aro K, Nurmi J-E (toim.) *Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet*. PS-kustannus. Keuruu. 10–27.
- Ojanen S (2001) Ohjauksesta oivallukseen: ohjausteorian kehittäjä. Helsinki: Palmenia.
- Okkonen E (2000) Potilaan psykososiaaliset vaaratekijät, selviytymiskeinot ja koettu terveys sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen yhteydessä. Lääketieteen väitöskirjatyö. Helsingin yliopisto.
- Onnismaa J (2007) Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Oettingen G, Hönl G, Gollwitzer PM (2000) Effective self-regulation of goal attainment. *International Journal of Educational Research* 33, 705–32.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE (2002) The transtheoretical Model and Stages of Change. Teoksessa Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. 3 th ed. San Francisco (Calif.): Jossey-Bass. 99–120.
- Poskiparta M (1997) *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä*. Terveystieteen väitöskirjatyö. Jyväskylän Yliopisto.
- Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Kettunen T, Kiuru P (2007) Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvontaperusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 44, 20–28.
- Rantanen P, Julkunen J, Vanhanen H (2009) Naisten sydänterveyden edistäminen terveysneuvonnan ja varhaiskuntoutuksen keinoin. *Satunnaistettu vaikuttavuustutkimus. Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 82.
- Rauch A, Cieza A, Stucki G (2008) How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 44, 319–42.
- Rovio E, Eskola J, Silvennoinen M, Lintunen T (2003) Tavoitteenasettelu tutkimuskohteena liikunnassa ja työyhteisössä. *arvioiva katsaus. Liikunta & Tiede* 5–6, 16–25.
- Rushton PW, Miller WC (2002) Goal attainment scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: A pilot study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 83, 6, 771–775.
- Schüz B, Sniehotta FF, Mallach N, Wiedemann AU, Schwarzer R (2007) Evidence for three stages of change: Predicting transitions from the preintention, intention and action stages. Saatavissa: [www.diss.fu-berlin.de/2007/424/chapter4.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/2007/424/chapter4.pdf). Viitattu 4.3.2010.
- Smith A (1994) Illustrations of goal setting. Teoksessa Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (toim.) *Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement*. New York: Psychology Press. 15–38.
- Steiner W, Ryser L, Huber E, Uubelhart D, Aeschlimann A, Stucki G (2002) Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 82, 1098–1107.
- Thedford K (2004) Setting Goals and Empowering Lifestyle Modification. *Journal of the American dietetic association* 104, 4, 559.
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tynjälä P (2002) *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita*. Tampere: Tammer-Paino.
- Yin RK (2003) *Case study research: Design and methods* (3rd edition). *Applied Social Research methods series Vol 5*. London, New Delhi: Sage.