

SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVIEN NAISTEN OHJAUS
Tavoitteenasettelu laitoskuntoutuksessa

Marjo-Riitta Anttila
Terveyskasvatuksen
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVIEN NAISTEN OHJAUS

Tavoitteenasettelu laitostuntoutuksessa

Marjo-Riitta Anttila

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos, 2011

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

64 sivua, 7 liite

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavan naisen elintapamuutostavoitteiden asettamista ja sen ohjausta laitostuntoutuksessa.

Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin tapaustutkimus. Tässä tutkimuksessa tapaus oli sepelvaltimotautia sairastavat naiskuntoutujat (n=26), jotka osallistuivat vuonna 2009–2010 Kansaneläkelaitoksen järjestämään sydäntuntoutukseen. Tutkimusaineisto koostui kyselylomakkeesta, kuntoutuskurssilla kerätyistä alku- ja päätösvaiheen mittaustuloksista, liikunta-aktiivisuus- ja tavoitelomaketiedoista (GAS). Analyysimenetelminä käytettiin sisällönanalyysia ja tilastollisia menetelmiä.

Goal Attainment Scaling (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 haasteellisenä. Kuntoutujat asettivat itselleen tavoitteita liittyen painonhallintaan, terveysliikunnan lisäämiseen ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentamiseen sekä muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutoksiin.

Kuntoutujista 64 prosenttia saavutti asettamansa tavoitteet. Sepelvaltimotaudin riskitekijöistä kuten painossa, painoindeksissä, vyötärön ympäryksessä ja liikunnan määrässä tapahtui suotuisia muutoksia. Kuntoutujat 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. Kuntoutujat 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.

Kuntoutujan tarpeen määrittelyssä ja tavoitteen asettamisessa sekä muutosvaiheen tunnistamisessa tulisi hyödyntää eri työmenetelmiä. Tutkimus tulosten avulla voidaan kehittää naisille suunnattua ohjausta Kansaneläkelaitoksen järjestämässä sydäntuntoutuksessa.

Avainsanat: Ohjaus, tavoite, tavoitteenasettelu, työmenetelmät

ABSTRACT

COUNSELING OF FEMALE PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Goal Planning in Inpatient Setting

Marjo-Riitta Anttila

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

The Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences, 2011

Master's thesis in Health Education

64 pages, 7 appendices

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. Individual goals set by the participants of the cardiac rehabilitation course included weight control, increase in health-improving physical activity, bettering of physical wellbeing, and reduction in clinical risks and the management of associated ways of life.

64 % of participants in the rehabilitation program attained their goals. Of coronary heart disease risks factors, favorable changes were found in body mass index, waist circumference, and the level of physical activity. 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.

Various methods would be valuable tools in the planning and setting of individual goals and the identification of transition phases. The findings of the study can help to develop the counseling of female patients undertaking cardiac rehabilitation under the auspices of a cardiac rehabilitation scheme of the Social Insurance Institution of Finland

Key words: Counseling, goal, goal planning, methods

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVIEN NAISTEN SYDÄNKUNTOUTUS	3
2.1 Sepelvaltimotaudin erityispiirteet.....	3
2.2 Laaja-alainen sydäntuntoutus	5
2.3 Nainen sydäntuntoutuksen toimijana.....	6
3 TAVOITTEET OSANA KUNTOUTUSPROSESSIA	10
3.1 Sydäntuntoutuksen tavoitteet.....	10
3.2 Tavoitteenasettaminen kuntoutusprosessissa	11
3.3 Kuntoutuksen tavoitteenasettaminen GAS-menetelmän avulla.....	13
4 OHJAUS ELINTAPAMUUTOKSEEN OPPIMISESSÄ	17
4.1 Ohjaus oppimisen työvälineenä.....	17
4.2 Elintapojen muutosprosessi	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
5.1 Tutkimuskysymykset.....	23
5.2 Tapaustutkimuksen aineistonkeruu	23
5.3 Aineiston analyysi	28
6 KUNTOUTUJAN TAVOITTEENASETTELUN TOTEUTUMINEN	31
6.1 Kuntoutujien kokemukset ohjauksessa tapahtuneesta tavoitteiden asettelusta	31
6.2 Kuntoutuksen tavoitteet ja niiden saavuttaminen	33
5.2.1 Tavoitteena painonhallinta	35
6.2.2 Terveysliikuntatottumusten muutos	39
6.2.3 Psykkisen hyvinvoinnin kohentuminen.....	40
6.2.4 Muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutos	41
6.3 Elintapamuutostilanne päätösjakson jälkeen	42
7 POHDINTA	44
7.1 Tavoitteenasettaminen ja sen ohjaus	44
7.1.1 Muutosvaihemalli elintapaohjauksessa	46
7.1.2 Sepelvaltimotautia sairastavien naisten tavoitteet	47
7.1.3 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi.....	49
7.2 Ohjauksen kehittämisehdotukset	50
7.3 Jatkotutkimusehdotuksia	53
7.4 Tapaustutkimuksen arviointi	53
7.4.1 Tutkimuksen uskottavuus ja vahvistettavuus	53
7.4.2 Reflektiivisyys ja siirrettävyys	55
7.4.3 Tutkimuksen eettisyys	56
LÄHTEET	57

LIITTEET

Liite 1: GAS -tavoitelomake

Liite 2: Tutkimuslupa

Liite 3: Saatekirje ja suostumuslomake

Liite 4: Kyselylomake

Liite 5: Kyselylomakkeen avoimen kysymyksen tulos

Liite 6: Tavoitteiden saavuttamisen keinot ja arvio tavoitteiden saavuttamisesta

Liite 7: Mittaustuloksia

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat sekä miesten että naisten yleisin kuolinsyy Suomessa, vanhemmissa ikäluokissa naisilla jopa yleisempi kuin miehillä. Työikäisten naisten (15–64 -vuotiaat) kohdalla sepelvaltimotauti on kuudenneksi yleisin kuolinsyy, mutta 65 vuotta täyttäneiden kohdalla jo yleisin. Vuonna 2009 naisia kuoli sepelvaltimotautiin 5 510 ja miehiä 6 024 (Suomen virallinen tilasto 2009). Naisten sepelvaltimotaudilla on useita erityispiirteitä, joita tunnustetaan heikosti naisten keskuudessa ja terveydenhuoltojärjestelmässä. Naisten tietoisuus omasta sairastumisriskistään on heikompaa kuin miesten, koska sepelvaltimotautia on pidetty erityisesti miesten sairautena (Stramba-Badiale ym. 2006). Tutkimukset ja terveyttä edistävät hankkeet ovat kohdistuneet pääasiassa miehiin. Vuosina 2006–2009 julkaistuissa tutkimuksissa vain noin kolmasosa tutkimuksista on ollut naisiin kohdistuvia ja vain puolessa tulokset on esitetty sukupuolikohtaisesti (Stramba-Badiale 2009).

Sepelvaltimotautia sairastavien eurooppalaisten riskitekijät ja elämäntavat eivät ole parantuneet (Kotseva ym. 2009). Eurooppalainen selvitys osoittaa, että sepelvaltimotautia sairastavien kohdalla elintapojen ohjauksen kehittämistyötä tarvitaan edelleen. Sekundaariprevention tavoitteena on uuden sairaustapahtuman vaaran vähentäminen sisältäen elintapojen muuttamiseen tähtäävää toimintaa (Clark ym. 2005). Preventiossa kiinnitetään erityisesti huomiota sepelvaltimotaudin riskitekijöihin, joita naisilla ovat erityisesti tupakoinnin, verenpaineen ja rasva-aineenvaihduntahäiriön lisäksi ylipaino (Schnohr ym. 2002).

Sepelvaltimotautiin sairastuneitten naisten työ- ja toimintakykyä sekä elämänhallintaa edistetään sydänkuntoutuksen avulla. Suunnitelmallisesti ja moniammatillisesti toteutetun, kuntoutujan toipumista tukevan sydänkuntoutuksen tavoitteena on sairauden uusiutumisen ja etenemisen estäminen (Balady ym. 2007, Hämäläinen & Röberg 2007, Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008,160). Kansaneläkelaitos (Kela) järjestää sepelvaltimotautia sairastaville sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurseja, joihin osallistui vuonna 2009 noin 940 kuntoutujaa ja heistä naisia oli 281 (Kelan kuntoutustilasto 2010). Laki Kelan kuntoutuksesta edellyttää, että sen perusteella järjestetty kuntoutus on hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustuu erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen (KKRL

566/2005 10 §). Hyvä kuntoutuskäytäntö on kuntoutujalähtöistä sekä kuntoutujan arjen tarpeista lähtevää. Maailman Terveysjärjestön WHO:n vuonna 2001 hyväksymä International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) -malli tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun hyvään kuntoutuskäytäntöön perustuvan viitekehyksen toiminnallisen terveydentilan kuvaamiseen (ICF 2005, Paltamaa ym. 2011). Se on työkalu kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien paikallistamisessa ja kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyssä (Steiner ym. 2002, Järvikoski & Karjalainen 2008).

Kuntoutustarpeen havaitsemisen jälkeen keskeiset kuntoutusprosessin vaiheet ovat nykytilanteen kartoitus, tavoitteiden määrittely, toiminnan käynnistäminen ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi (Wade 2005, Järvikoski & Karjalainen 2008). Kuntoutusprosessin aikana sydänkuntoutuja käy läpi oman elämänsä muutostarpeita ja asettaa itselleen elintapamuutostavoitteet, jotka ovat kuntoutuksen toimenpitein saavutettavissa. Kelan kuntoutuksen standardissa (2008) tavoitteen asettelua ohjeistetaan kansainvälisen Goal Attainment Scale (GAS) -menetelmän avulla. Siihen sisältyy sekä tavoitteiden asettelu että tavoitteiden toteutumisen arviointi (Kiresuk ym. 1994). Tavoitteiden asettamisessa edellytetään, että tavoite on yksilöllinen, mitattavissa, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa, realistinen ja kuntoutujalle merkityksellinen sekä mahdollista aikatauluttaa (Bovend'Eerd ym. 2009).

Tämän tutkimuksen kohteena on elintapatavoitteenasettelun toimivuus kuntoutusprosessissa. Tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautia sairastavan naisen tavoitteenasettamista ja sen ohjausta laitospääntötyössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää sepelvaltimotautia sairastavien naisille suunnattua ohjausta Kelan järjestämässä sydäntötyössä.

2 SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVIEN NAISTEN SYDÄNKUNTOUTUS

2.1 Sepelvaltimotaudin erityispiirteet

Sepelvaltimotauti on sydämen sepelvaltimoverenkierron häiriytymisen aiheuttama sairaus. Sen yleisin syy on valtimoiden ateroskleroottiset muutokset. Sepelvaltimotaudin pääasiallisimmat ilmenemismuodot ovat sepelvaltimotukoksesta aiheutuva sydänlihaksen kuolio, sydäninfarkti ja sepelvaltimoverenkierron riittämättömyydestä aiheutuva rintakipu (Reunanen 2005). Sepelvaltimotauti on merkittävä kansanterveydellinen ongelma naisen terveydessä. Naiset sairastuvat sepelvaltimotautiin eri tavalla kuin miehet ja sairauden kulku on arvaamattomampi. Sairaus myös kehittyy hitaammin ja pidemmän ajan kuluessa. Naisten sydäntä suojaa keski-ikänsä asti oma estrogeenihormonin tuotanto. Vaihdevuosien jälkeen tuotanto vähenee ja sairastumisen riski suurenee, joten naiset sairastuvat sepelvaltimotautiin kymmenen vuotta myöhemmin kuin miehet. Naiset eivät ole tietoisia sepelvaltimotaudin sairastumisriskistä ja tunnistavat heikommin sepelvaltimotaudin oireet, koska ne ovat epätyypillisempiä kuin miehillä. Naisten sepelvaltimotaudin oireiden tulkinnan vaikeus johtuu osittain siitä, että muut sairaudet peittävät sepelvaltimotaudin varhaiset oireet (Stramba-Badiale ym. 2006, Hayes 2006, Mosca ym. 2007, Schenck-Gustafsson 2009).

Sepelvaltimotaudin sairastumisen riskitekijöistä merkityksellisin on tupakointi, sillä jo alle 3–5 savuketta päivässä lisää sairastumisvaaraa. Naisilla matala HDL-kolesterolipitoisuus ja suuri triglyseridipitoisuus on suurempi sepelvaltimotaudin vaara kuin miehillä. Naisten kohdalla lisäksi ylipaino, kohonnut verenpaine ja diabetes sekä perimä ovat riskitekijöinä merkityksellisempiä kuin miehillä (Schnohr ym. 2002, Suomen sisätautilääkäriyhdistys ym. 2004, Fourth Joint Task 2007, Mosca ym. 2007, Stramba-Badiale 2009). Naisen raskaus on ikkuna tulevaan sydänterveyteen ja mahdollistaa varhaisemman puuttumisen riskitekijöihin. Raskausmyrkytyksen sairastaneilla naisilla on moninkertainen vaara sairastua myöhemmin sepelvaltimotautiin (Harskamp & Zeeman 2007).

Naisen sydämen terveyteen vaikuttavat kuormittavasti masennus (Lichtman ym. 2008, Vaccarino ym. 2009) ja työstressi (Allesøe ym. 2010) sekä sosioekonomiset taustatekijät. Taloudelliset tekijät, koulutustaso, sosiaalinen eristyneisyys, ja muut psyko-sosiaaliset tekijät ovat välillisiä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä. Sepelvaltimotautiin sairastavuus on suurempi

vähemmän koulutusta saaneilla kuin korkeammin koulutetuilla henkilöillä (Reunanen 2005). Parisuhteella on suojaava tekijä sairastavuuteen nähden, esimerkiksi naimisissa olevien kuolleisuus on selvästi pienempi kuin leskien, eronneiden tai naimattomien (Martelin ym. 2005).

Persoonallisuuden piirteen yhteyttä sepelvaltimotautiin sairastumiseen on tutkittu 1950-luvulta lähtien. A-tyyppiselle käyttäytymiselle on luonteenomaista tunne ajan riittämättömyydestä, voimakas kilpailunhalu ja suoriutumispyrkimys sekä vihamielisyys. Suomalaisessa tutkimuksessa A-pistemäärällä ja koulutuksella oli yhteyttä: mitä korkeampi koulutus, sitä korkeampi A-pistemäärä. Tutkimustuloksena oli, että naisten ja miesten A-tyyppisyydellä ei ollut eroja. Sepelvaltimotautia esiintyy merkittävästi enemmän A-tyyppisillä, mutta A-tyyppisyys ei osoittautunut sydänkuolleisuuden riskitekijäksi 13 vuoden seurannassa (Reunanen ym.1987, Hanses 1997). Tutkijoiden huomio on kohdistunut A-tyypin komponentteihin kuten vihamielisyys, aggressiivisuus ja kyyninen vihamielisyys (Koskenvuo 2000). Nykyisin A-tyypin rinnalle on nostettu D-tyyppi, johon sisältyy sellaisia persoonallisuuden piirteitä kuten negatiivinen asenne elämään, surumielisyys ja eristäytyminen. Persoonallisuuden piirteillä on tutkimusten mukaan yhteyttä sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumiseen, mutta toisaalta D-tyypin persoonallisuuteen liittyy sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn vaikuttavia elintapoja kuten tupakointi ja ylipaino (Walsh 2009).

EuroAspire III -tutkimus toteutettiin Euroopassa vuosina 2006–2007. Sepelvaltimotautia sairastavat eurooppalaiset naiset olivat vanhempia ja heillä oli matalampi koulutustaso kuin miehillä. Naisilla esiintyi huomattavasti enemmän lihavuutta, korkeata verenpainetta, kohonnutta matala-lipoproteiinien (LDL) -kolesterolia ja diabetesta kuin miehillä, kun taas tupakointi oli merkitsevästi yleisempi miehillä (Dallongeville ym. 2010). Tutkimustulos osoittaa, että kansainvälisiä ja kansallisia terveyden edistämisen ohjelmia tarvitaan, joista esimerkkinä on NaisenSydän -ohjelma. Sen tavoitteena on parantaa naisten sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa sekä lisätä yleistä tietoisuutta naisten valtimotaudeista (Stramba-Badiale 2009).

2.2 Laaja-alainen sydäntuntoutus

Maailman Terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Terveyden edistämisen keskeisenä tehtävänä on vahvistaa ihmisten omia mahdollisuuksia toimia omassa arkiympäristössään terveyttä edistäen (WHO, Ottawa 1986). Promootivisella terveyden edistämällä vahvistetaan sekä yksilön että yhteisön voimavaroja niin, että terveyttä tukevat vaihtoehdot mahdollistuvat. Preventiivisellä terveyden edistämällä tarkoitetaan primaari-, sekundaari-, ja tertiaaripreventiota. Primaaripreventio ehkäisee yksilön ja yhteisön alttiutta sairastua vaikuttamalla terveysriskeihin. Sekundaariprevention tavoitteena on ehkäistä sairauden pahentuminen tunnistamalla varhain terveysriskit sekä poistamalla tai vähentämällä niiden vaikutusta. Tertiaaripreventiolla pyritään estämään jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen (Tones & Green 2005, 16, 21–22).

Sekundaariprevention toteutuminen on keskeinen osa sydäntuntoutusta. Amerikan Sydänliitto AHA:n mukaan sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksen sekundaariprevention tavoitteena on sairauden uusiutumisen estyminen ja sairausprosessin pysähtyminen (Balady ym. 2007). Laajasti ajatellen sekundaaripreventio sisältää elintapojen muuttamiseen tähtäävää toimintaa (Clark ym. 2005). Hämäläinen ja Röberg (2007,19) toteavat, että hyvä sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hoito, sekundaaripreventio ja sydäntuntoutus ovat yhteydessä toisiinsa.

Sydänpotilaiden sairaalahoitajaksot ovat lyhentyneet, jonka johdosta heille suunnattu terveysneuvonta ja ohjaus eivät laajamittaisesti toteudu. Sydänpotilas ei kykene omaksumaan kriisivaiheessa suurta tietomäärää, joten terveysneuvonta on tärkeätä sairaalavaiheen jälkeisenä aikana kuntoutumisvaiheessa (Hämäläinen & Röberg 2007,62). Sydänliiton tekemässä selvityksessä vain noin 7–8 prosenttia vuosittain sairaaloista kotiutuneista sepelvaltimotautipotilaista osallistui ensitieto-, kuntoutumis- tai sopeutumisvalmennuskursseille. Suomessa naisille suunnattua kuntoutusta on vähän verrattuna Ruotsiin; Suomessa vain 5 prosenttia kuntoutuksesta on suunnattu naisille, kun taas Ruotsissa 44 % kuntoutuksesta on pelkästään naisille (Mäkinen & Penttilä 2007,10,29).

Sydäntuntoutuksen järjestäminen Suomen kuntoutuslainsäädännön perusteella jakautuu kunnallisen terveydenhuollon ja Kelan kesken. Sepelvaltimotautipotilaiden lääkinnällinen

kuntoutus kuuluu pääosin kuntien järjestämisvastuun piiriin (Lääkinnällinen kuntoutusasetus 1015/ 28.6.1991, 2 §). Kela järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta kuntoutuslain perusteella, jonka piiriin kuuluu myös laitosmainen sydämkuntoutus (KKRL 566/ 15.7.2005, 12§). Laitosmaista sydämkuntoutuksen palveluja tuottavat kuntoutuslaitokset. Sekundaaripreventio kuntoutuksessa on moniammatillista toimintaa, joka sisältää psykososiaalis-, ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä sepelvaltimotaudin riskitekijöiden liittyvää ohjausta (Balady ym. 2007, Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 165–166).

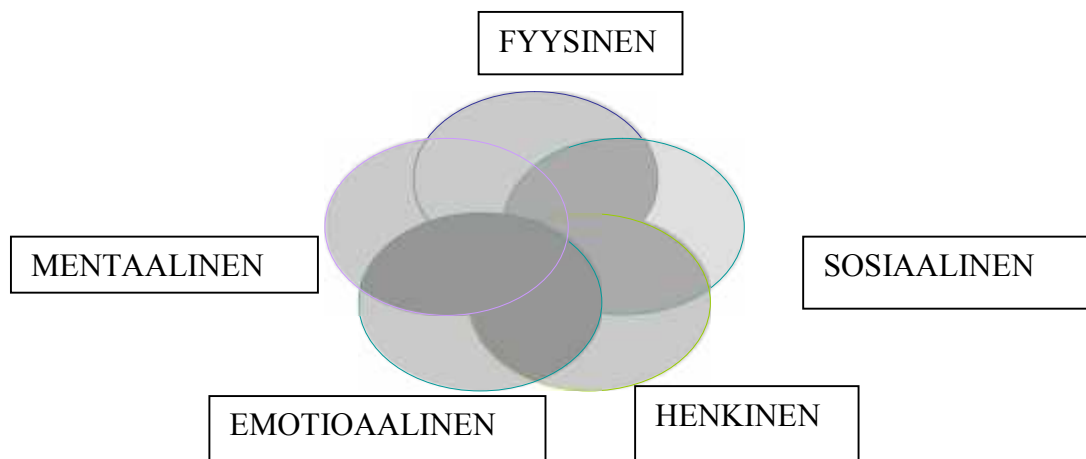
Sekundaariprevention ja ohjausmenetelmien kohdentuminen riskiryhmiin on merkittävää kuntoutuksessa. Sydänliiton toimenpideohjelmassa (2005) todetaan, että oikein toteutettu kuntoutus sekä parantaa kuntoutujan vointia että ehkäisee uusia sairauskohtauksia. Ketolan ym. (2000) tutkimuksessa osoitettiin, että kohdistettu interventio on tehokasta, kun se on suunnattu korkean riskin henkilöihin, joilla on useita riskitekijöitä sydän- ja verisuonitauteihin. Naisen sydänterveyden -edistäminen hankkeessa (2005–2008) kiinnostus kohdistui erityisesti korkeariskissä oleviin työikäisiin naisiin, joille kehitettiin varhaiskuntoutusohjelma riskitekijöiden alentamiseksi. Kuntoutusohjelman toteutusta verrattiin henkilökohtaisen terveysneuvonnan ja itseohjauksen avulla saatuihin tuloksiin. Tulokset osoittivat, että yleisesti tunnettujen riskitekijöiden arviointiin perustuva henkilökohtainen terveysneuvonta voi olla yhtä tehokasta kuin ryhmäinterventio, kun pyritään saamaan aikaan muutoksia terveystyötytymisessä ja vähentämään valtimotautien riskitekijöiden tasoa (Rantanen ym. 2009).

2.3 Nainen sydämkuntoutuksen toimijana

Sydämkuntoutus kehitettiin Suomessa 1960-luvulla. Kuntoutus oli liikuntapainotteista, mutta vähitellen tutkimukset kohdistuivat laajemmin psykososiaalisiin tekijöihin kuten sydänsairaudesta aiheuttamiin psyykkisiin reaktioihin ja sairaudesta toipumiseen (Hämäläinen & Röberg 2007, 24–25). Tänä päivänä kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa on kuntoutuksen ydinasioita. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia fyysisen ulottuvuuden lisäksi (Kuntoutusselonteko 2002, 3). Kuntoutuja on aktiivinen osallistuja ja päätöksentekijä sekä elämänsä suunnitteleva subjekti. Kuntoutuja ymmärretään tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään toteuttavana toimijana, hän sekä ymmärtää ja tulkitsee että suunnittelee omaa elämänsä ja perustaa. Kuntoutustapahtuma

on oppimisprosessia, johon sisältyy oman elämän prosessointia, pohdintaa ja uusien merkityksien muodostamista muuttuvassa elämäntilanteessa (Järvikoski & Karjalainen 2008).

Sydänsairauteen sairastuminen ja toimenpiteeseen joutuminen ovat elämän pysähdyskohta muuttaen suhtautumista itseen ja läheisiin. Sairastuminen merkitsee jotain uutta ja vanhan kuolemista; uutta yhteyttä ja suhtautumista työhön, perheeseen ja vapaa-aikaan. Sepelvaltimotautiin sairastuminen vaikuttaa terveyteen kokonaisvaltaisesti. Tätä vaikutusta voidaan kuvata Greenbergin terveyden ulottuvuuksien kautta. Greenbergin (1998) mukaan psyykkinen ulottuvuus koostuu emotionaalisesta, mentaalisesta ja henkisestä terveydestä (Kuva 1). Mentaalinen terveys käsittää älylliset kyvyt, itsetuntoon ja itseluottamukseen liittyvät tekijät. Emotionaalinen terveys on puolestaan tunteiden ilmaisu- ja lukutaitoa sekä henkistä terveyttä sisältäen elämän mielekkyyden tunteen. Sosiaalisen terveyden ulottuvuus on kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Fyysinen terveys on kykyä selviytyä päivittäisistä toimista uupumatta; sisältäen elimistön biologiset ilmiöt. Mitä paremmin saavutamme kaikki viisi terveyden ulottuvuutta, sitä lähempänä olemme potentiaalista hyvinvointiamme (Greenberg 1998). Näin ollen kuntoutuksessa tulisi omalta osaltaan tukea kaikkia terveyden ulottuvuuksia.



Kuva 1. Terveyden ulottuvuudet (Greenberg 1998)

Sepelvaltimotautia sairastavien kohdalla on painotettu fyysistä terveyttä ja kiinnitetty huomiota rintakipujen hallintaan. Esimerkiksi Lukkarisen (1999) tutkimuksen tulosten mukaan sepelvaltimotautiin sairastuneen elämänlaatu heikentyi rintakivuista johtuvasta

liikkumattomuudesta. Tämä heijastui yöneen käynnistäen tunnereaktiot, vähentäen tarmokkuutta ja edelleen liikkumista. Henkilöt joutuivat noidankehään, josta heidän omilla avuillaan oli hyvin vaikeata selviytyä. Rintakipujen lisäksi sepelvaltimotautiin sairastuneen naisen fyysiseen terveyteen ja kuntoutumiseen vaikuttavat muut sairaudet. Marzolinin tutkijakollegoineen tekemässä (2008) tutkimuksessa tuloksena oli, että naiset keskeyttävät useammin kuntoutuksen kuin miehet. Synä olivat naisten tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat sekä useat lääketieteelliset syyt. Myös perhevelvollisuudet olivat esteenä kuntoutukseen osallistumiseen.

Fyysisen terveyden ulottuvuudesta kuntoutuksen painopiste on siirtynyt enemmän psykososiaaliseen terveyden alueelle. Kuntoutumiseen vaikuttaa koettu psyykinen terveys, josta erityisesti korostuvat masennus ja tunneperäiset oireet. Okkosen (2000) tutkimuksen mukaan sukupuolten välillä ei havaittu eroja rintakivuissa eikä masennusoireissa ennen leikkausta, mutta naiset olivat ahdistuneempia kuin miehet. Kuusi kuukautta leikkauksesta naiset kokivat merkitsevästi enemmän rintakipuja kuin miehet, mikä poikkesi tilanteesta ennen leikkausta. Perheen tuki näytti suojaavan erityisesti masennusoireilta ja ahdistuneisuudelta. Tulos osoittaa sen, että miten psyykinen ja sosiaalinen terveys ovat yhteydessä toisiinsa. Koivula (2002) toteaa tutkimuksessaan, että naiset, lesket, eronneet, yksin elävät, ilman ammatillista koulutusta olevat ja sairauslomalaiset olivat ahdistuneimpia ennen leikkausta. Potilaiden kokema runsas tuki henkilökunnalta lievensi pelkoa ja ahdistuneisuutta, mutta keskimääräistä pelokkaammat ja ahdistuneemmat potilaat olisivat tarvinneet vielä enemmän tukea. Ohitusleikkauksen jälkeisten interventioiden ja kuntoutuksen kautta syntynyt sosiaalinen tuki on osoitettu vähentävän etenkin naisten masennusoireita (Kummel 2008).

Greenbergin (1998) terveyden ulottuvuuksista sepelvaltimotautia sairastavien naisten elämää kuormittavat eniten psykososiaaliset tekijät, kuten masennus, ahdistus ja pelot. Ojala ym. (2007) ovat todenneet tutkimuksessaan, että psykososiaalisilla terveystekijöillä oli yhteys suurempaan kuntoutustarpeeseen. Koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevat tekijät liittyivät yleisesti sairauden aiheuttamaan huoleen ja epävarmuuteen. Huoli sydänsairaudesta, pessimistinen asenne sairautta kohtaan, rentoutumisen vaikeus sekä koettu luopumisen tunne olivat yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Tiedollinen puoli tukee sepelvaltimotautiin sairastunutta naista selviytymään arjessa; sairaudesta välitetty tieto ja sen vaikutuksista arkielämään vähentää turhaa huolta ja pelkoja, joita sydänsairauksiin usein

liittyy (Ojala ym. 2007). Tiedollisen puolen lisäksi läheisten ymmärrys ja sosiaalinen tuki on olennaisen tärkeitä kuntoutumisessa (Lukkarinen 1999). Kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi paremmin huomioida naisten erilaisia kuntoutustarpeita (Hämäläinen & Röberg 2007,95).

3 TAVOITTEET OSANA KUNTOUTUSPROSESSIA

3.1 Sydänkuntoutuksen tavoitteet

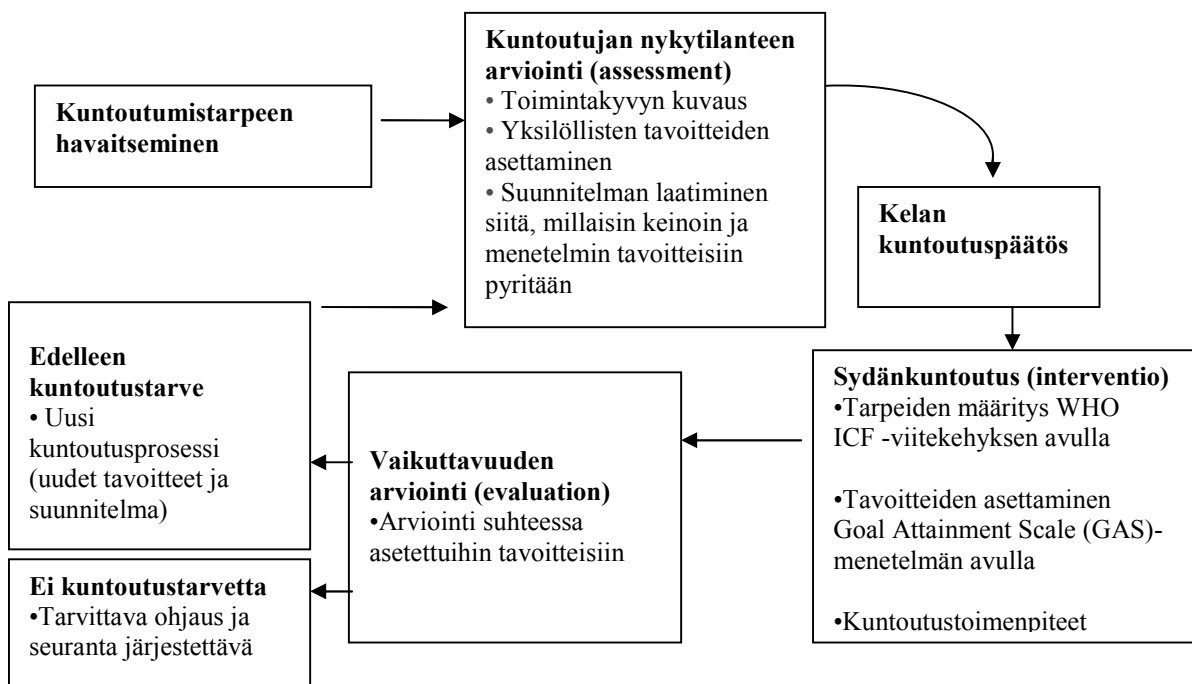
Kansalliset terveystavoitteet on linjattu valtioneuvoston vuonna 2001 hyväksymässä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Ohjelman päätavoitteet ovat terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Suomen Sydänliiton toimenpideohjelma (2005) tukee osaltaan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutusta. Ohjelman keskeisenä tavoitteena on, että 20 vuoden kuluttua sydän- ja verisuonisairaudet eivät ole enää merkittävä kansanterveysongelma työikäisessä väestössä ja, että terveet ja toimintakykyiset elinvuodet lisääntyvät.

Sepelvaltimotautiin sairastuneitten naisten työ- ja toimintakykyä edistetään sydänkuntoutuksen avulla. Sydänkuntoutuksen yleisessä tavoitteessa on huomioitu kuntoutuja ja hänen sairautensa sekä hänen sosiaalinen ympäristönsä niin työelämässä kuin arjessakin (Hämäläinen & Röberg 2007,49). Sydänkuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, yleensä pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilannettaan. Sen tavoitteena on kuntoutujan työkyvyn ja fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin paraneminen tai ylläpitäminen. Tavoitteena on myös kivun ja sydänsairauteen liittyvien yleisten ongelmien hallinta, kuntoutujan psyykinen tukeminen sekä sydänsairaudesta annetun tiedon syventäminen (Kuntoutusselonteko 2002, 3, Järvikoski & Karjalainen 2008).

Laki Kelan kuntoutuksesta edellyttää, että sen perusteella järjestetty kuntoutus tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen (KKRL 566/2005 10 §). Hyvä kuntoutuskäytäntö on aina periaatteiltaan kuntoutuja- ja perhelähtöistä sekä kuntoutujan arjen tarpeista lähtevää. Sen perustana on yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittaminen, oikea ajoitus, ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen sekä tiedon ja kokemusten soveltaminen. Hyvien kuntoutuskäytäntöjen tulisi antaa parasta saatavilla olevaa tietoa siitä, miten jokainen kuntoutuja voi saavuttaa parhaan mahdollisen työ- ja toimintakyvyn (Paltamaa ym. 2011,35). Yhteiskunnallisten ja yksilöllisten tavoitteiden asettaminen kuntoutukselle antaa välineitä toteuttaa vaikuttavaa kuntoutusta ja tavan tarkastella tavoitteiden toteutumista (Autti-Rämö ym. 2010).

3.2 Tavoitteenasettaminen kuntoutusprosessissa

Sepelvaltimotautia sairastavan naisen kuntoutusprosessi alkaa kuntoutustarpeen havaitsemisella. Tämän jälkeen on arvioidaan nykytilanne (*assessment*), johon liittyy kuntoutujan tämän hetkisten ongelmien ja resurssien kuvaus sekä yksilöllisten tavoitteiden asettaminen että kuntoutuksen määrittäminen. Sydänkuntoutus (*interventio*) toteutuu Kelan myöntämän kuntoutuspäätöksen jälkeen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yksilöllisillä tutkimuksilla ja selvityksillä kuntoutujan asettamien tavoitteiden pohjalta. Kuntoutustoimenpiteet sisältävät sekä yksilöllistä että ryhmissä tapahtuvaa toimintaa, vertaistukea ja kuntoutusta tukevaa vapaa-ajan ohjelmaa. Kuntoutusprosessin päätösvaiheessa arvioidaan (*evaluation*) kuntoutuksen vaikutuksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin, jotka voivat tukea valittuja ratkaisuja tai vaihtoehtoisesti johtaa takaisin alkuun eli kuntoutumistarpeen ja tavoitteiden uudelleen arviointiin (Wade 2005, Järvikoski & Karjalainen 2008, Paltamaa 2011) (Kuva 2).



Kuva 2. Tavoiteasettelu osana kuntoutusprosessia (Wade 2005, Järvikoski & Karjalainen 2008, Rauch ym. 2008, Paltamaa ym. 2011)

Kokonaisvaltaisen kuvan saaminen sydäntuntoutujan toimintakyvystä ja elämäntilanteesta on tärkeää, kun laaditaan henkilökohtaisia tavoitteita. Tavoitteiden asettelussa voidaan käyttää WHO:n ICF-luokitusta, joka tarjoaa yleisen viitekehyksen terveyden ja siihen liittyvien tilojen jäsentämiseen (ICF 2005). ICF-luokituksen avulla kuvataan kuntoutujan toimintakyky ja toiminnan rajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät sekä siihen liittyvät mahdollisuudet ja ennustavat tekijät. *Toimintakyky* on yläkäsite ja se sisältää kuvauksen ruumiin ja kehon toiminnoista sekä suoriutumisen ja osallistumisen mahdollisuudet jokapäiväisessä elämässä. Sen vastakohtana ovat kuntoutujan *toimintarajoitteet*, jotka sisältävät ruumiin ja kehon vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. Kontekstuaaliset tekijät koostuvat kahdesta osa-alueesta: yksilö- ja ympäristötekijöistä. Ne ovat vuorovaikutuksessa niin ruumiin ja kehon toimintojen kuin suoriutumisen ja osallistumisen osa-alueen kanssa (ICF 2005). Kela on sitoutunut ICF-viitekehyksen käyttöön kuntoutusprosessissa. Kelan uusien käytäntöjen mukaan ICF-viitekehys tulee ohjata kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyä ja kirjaamiskäytäntöä, jotta kuntoutujan toimintaan vaikuttavat tekijät tulevat laaja-alaisesti huomioiduksi. Sepelvaltimotautia sairastavan naisen nykytilanteen kartoituksessa on yleisesti laitostuntoutuksessa käytössä erilaisia mittareita, esimerkiksi elämänlaadun mittari RAND-36, joka liittyy osittain ICF-luokituksen käsitteistöön (Koskinen ym. 2009).

Kuntoutujan konkreettisten ja mitattavissa olevien tavoitteiden tulisi kohdistua ICF-luokituksen suoriutumisen ja osallistumisen osa-alueelle. Molemmat sisältävät liikkumisen ja monia päivittäisiin toimiin liittyviä asioita (Bovend'Eerd ym. 2009). Rauchin ym. (2008) mukaan, jokainen terveydenhuollon taho asettaa omat keskeiset tavoitteensa, jotka kohdistuvat akuuttivaiheessa ruumiin ja kehon toimintoihin, mutta kuntoutusprosessin edetessä yhä enemmän osallistumisen ja suoritusten alueelle. Kuntoutujan toimintakyvyn kuvauksessa ja tavoitteiden määrittelyssä voidaan hyödyntää ICF-luokitukseen pohjautuvaa Rehabilitation Problem Solving (RPS) arviointimenetelmää. Lähtökohtana on kuntoutujan kokemus omasta toimintakyvyn rajoituksista ja mahdollisuuksista. Tieto kirjataan kootusti yhdelle lomakkeelle sekä kuntoutujan omin sanoin kertomana että terveydenhuollon ammattilaisten kirjaamana. RPS-menetelmä ohjaa moniammatilliseen systemaattiseen tapaan kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien paikallistamisessa ja kuntoutuksen päätavoitteen määrittämisessä (Steiner ym. 2002, Rauch ym. 2008, Paltamaa ym. 2011,109).

3.3 Kuntoutujan tavoitteenasettaminen GAS-menetelmän avulla

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 vaikutusmahdollisuudestaan; hän itse päättää ja asettaa oman realistisen tavoitteensa. Ohjaaja tukee tiedollisesti sitä, mitä yksilöltä tavoitteen saavuttaminen vaatii käytännössä (Theford 2004).

Kelan sydänkursseilla tavoitteita asetetaan ja arvioidaan Goal Attainment Scale (GAS)-menetelmän avulla. Menetelmän avulla varmistetaan tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus ja kuntoutujan sitoutuminen tavoitteiden suuntaiseen työskentelyyn (Kelan laitospuolisen kuntoutuksen standardi 2008, 13,169). GAS on menetelmä, johon sisältyy sekä tavoitteiden asettelu että tavoitteiden toteutumisen arviointi. GAS-arviointimittarin avulla laaditaan yksilölliset tavoitteet ja tavoitteiden toteutumista arvioidaan 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. GAS-menetelmä kehitettiin, jotta kuntoutujan monien ongelmien joukosta voitiin tunnistaa hänelle merkitykselliset muutoskohteet, jotka olivat kuntoutuksen toimenpitein saavutettavissa. Menetelmän avulla oli mahdollista asettaa kuntoutujalle rajallinen määrä tavoitteita, joiden saavuttamiseen voitiin käyttää erilaisia keinoja (Kiresuk ym. 1994).

GAS-menetelmää on myöhemmin hyödynnetty erilaisten interventioiden ja ohjelmien vaikutuksen arvioinnissa esimerkiksi opetus- ja kuntoutusalalla. GAS on väline, jonka avulla määritetään kuntoutujan tai ohjelman tavoite tai tavoitteet. Se kertoo päämäärän, mihin erilaisilla toimenpiteillä ja keinoilla pyritään pääsemään. Pääongelma-alueelle valitaan vähintään kolme tavoitetta keskittyen ongelman eri osatekijöihin (Kiresuk ym. 1994, Autti-Rämö ym. 2010). Hurn ym. (2006) katsaus osoitti, että GAS-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 liikuntaelin kuntoutuksen osaluilla (Rushton & Miller 2002, Mannion ym. 2010).

GAS- menetelmän avulla tavoitteiden asettelu etenee vaiheittain. Aluksi moniammatillisen työryhmän jäsen ohjaa kuntoutujaa määrittelemään henkilökohtaiset tavoitealueet. Tavoitteiden asettamisessa on mahdollista hyödyntää SMART -periaatetta, jonka avulla voidaan luoda tavoitteet spesifeiksi (specific), mitattaviksi (measurable), saavutettaviksi (achievable), realistisiksi (realistic) sekä aikaan sidotuiksi (timed) (Bovend'Eerd ym. 2009). Tavoite voidaan määrittellä määrällisesti järjestelmäasteikolla (esim. suorituksen aika, etäisyys tai määrä, suorituksen frekvenssi) tai laadullisesti (tunteiden hallinta). Tavoitteiden asettamisvaiheessa on tarkasteltava kuntoutujan toiveita ja kiinnostuksen kohteita ja niiden toteuttamismahdollisuuksia (Smith 1994, Jokisaari 2002, 74). Tässä vaiheessa kuntoutujan vahvuudet ja heikkoudet sekä muutosmahdollisuus on pyrittävä tunnistamaan mahdollisimman hyvin. 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 & Little 2002, 128, Nurmi & Salmela-Aro 2002, 13, Autti-Rämö ym. 2010).

Seuraavat vaiheet ovat toiminnan suunnittelu ja varsinainen toiminta. Etukäteen suunnitellaan mitä keinoja tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi. Kuntoutujan kanssa laaditaan yhdessä selkeä ja tarkka suunnitelma missä, milloin, miten elintapamuutokseen liittyvä tavoite saavutetaan (vrt. Oettingen ym. 2000) Toimintavaiheessa elintapamuutoksen saavuttamista tuetaan ohjauksen avulla, mikä sisällöllisesti rakentuu liikunnasta, ravitsemuksesta ja elintapaneuvonnasta (Balady ym.2007). Poskiparran ym. (2007) mukaan elintapamuutokseen tähtäävässä ravitsemusneuvonnassa tulisi yhdessä ohjattavan kanssa kirjallisesti sopia neuvonnan sisältö, tavoitteet ja ratkaisukeinot niiden saavuttamiseksi sekä miten muutosta ja tavoitteiden toteutumista arvioidaan. Hämäläinen ja Röberg (2007, 128–129,136) ovat tutkineet muun muassa kuntoutukselle asetettuja tavoitteita ja niiden toteutumista. Kuntoutujat olivat yleensä tyytyväisiä kuntoutukseen, mutta eivät kuntoutustavoitteidensa saavuttamiseen. Tavoitteiden

toteutumisen esteitä olivat sitoutumattomuus muutokseen, epärealistiset tavoitteet sekä se, että käytännön keinoja ei mietitty loppuun asti.

3.4 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi

Tavoitteiden saavuttamisen arviointi on kaksivaiheinen prosessi. Toinen vaihe suuntautuu menneeseen toimintaan ja toinen sen arviointiin, mitä seurauksia lopputuloksella on tulevalle, mitä vaikutusta on tavoitteen saavuttamisella tai saavuttamatta jättämisellä. Samalla mietitään millaisia jatkotavoitteita on tarpeen asettaa (Jokisaari 2002, 76). ICF-viitekehys ja GAS-menetelmä yhdessä tarjoavat yksinkertaistetun, standardoidun ja koordinoitun välineen arviointiin ja vaikutusten seuraamiseen (McDougall & Wrigh 2009).

Sydänkuntoutujan asettamien tavoitteiden toteutumista seurataan itsearvioinnin avulla. Itsearviointi voidaan toteuttaa kuntoutujan tai ryhmän arviointina. Ryhmän itsearvioinnissa korostuvat yhteisvastuu ja vuorovaikutus. Arvioinnin kriteerit voivat olla ennakolta määriteltyjä tai kuntoutujat voivat ne itse laatia (vrt. Uusikylä & Atjonen 2005, 206). Itsearvioinnissa paitsi muodostetaan tavoitteet, myös hankitaan ja muokataan tietoa tavoitteiden saavuttamiseksi. Siinä arvioidaan omia ratkaisuja ja toiminnan seurauksia. Itsearviointi on käytännössä vaativa arviointimenetelmä, joka aktivoi kuntoutujaa. Ohjaajan on tuettava ohjattavaa arvioinnissa esimerkiksi perehdyttämällä hänet arviointikriteereihin (Atjonen 2008, 81–85).

Kelan sydänkuntoutuksessa arviointimenetelmän työväline on GAS-lomake. Kuntoutuksen alussa jokaiselle kuntoutujan tavoitteelle on määritetty odotettu tavoitetaso (0-taso) ja muut tasot (-2,-1,+1,+2) (Cardillo 1994). Kuntoutusjakson päätösvaiheessa kuntoutuja ja moniammatillisen työryhmänjäsen arvioi, mikä tavoitetaso on toteutunut (Taulukko 1).

Taulukko 1. GAS- menetelmä (Kiresuk ym.1994)

GAS-menetelmä
-2 = tavoite toteutui paljon huonommin kuin odotin
-1 = tavoite toteutui huonommin kuin odotin
0= odotettu tavoitetaso
+1 = tavoite toteutui paremmin kuin odotin
+2 = tavoite toteutui paljon paremmin kuin odotin

Kansaneläkelaitoksen standardi (2008) velvoitti palveluntuottajia ottamaan käyttöön GAS-lomakkeen sydänkursseilla vuoden 2009 alusta lähtien (Liite 1). Tavoitelomake poikkesi alkuperäisestä GAS-menetelmästä, joihin kansainväliset tutkimukset ovat kohdistuneet. Tämän jälkeen Kela on kehittänyt edelleen ja alkuperäiseen menetelmään perustuva lomake otettiin käyttöön vuoden 2011 alusta (Autti-Rämö ym. 2010).

4 OHJAUS ELINTAPAMUUTOKSEEN OPPIMISESSA

4.1 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). 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 tuetaan ohjattavan omaehtoista kasvua ja kehitystä neuvojen antamisen lisäksi. 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).

Ohjaustilanteeseen vaikuttaa tiedostamatta tai tiedostaen ohjaajan oma oppimiskäsitys. Konstruktiivinen oppimiskäsityksen mukaan tieto ei siirry itsestään, vaan ohjattava rakentaa eli konstruoii sen itse omien tavoitteiden mukaisesti. Hän luo havaintojen ja kokemusten avulla oman konstruktionensa eli omat tietorakenteensa. Tiedon konstruointi merkitsee kykyä tulkita annettua tietoa aikaisemmin opitun, kokemusten ja odotusten myötä (Ojanen 2001, 39, 41–42). Ohjattava ei ole tyhjä astia, joka täytetään tiedolla, vaan aktiivisesti merkityksiä etsivä ja niitä rakentava toimija (Tynjälä 2002,38). Ohjauksessa tarjotaan myös tietoa, ellei ohjattava ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannettaan (Kyngäs ym. 2007, 25).

Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti voidaan puhua ohjattavan tukijasta (scaffolding), jolla tarkoitetaan oppimisen oikea-aikaista tukemista. Ohjattava ei yllä tavoitteisiin itsekseen, vaan tarvitsee ulkoisen tuen, jotta pystyy yltämään tiedonrakennuksessaan pidemmälle sekä kykenee saavuttamaan asettamansa tavoitteet. Ohjaaja tukee ohjattavan ajattelu- ja oppimisprosesseja niin, että hän pystyy luomaan oman ratkaisunsa ongelmaan. Ohjauksellista tukea tarvitaan etenkin oppimisprosessin alkutaipaleella, kun oppiminen on vasta syntymässä (Tynjälä 2002,49, Atjonen 2007, 75). Tukea voidaan ilmaista oppimiskumppanuudella, joka on taitoa kulkea oppimisen tietä

yhdessä toisen kanssa. Oppimiskumppanuudessa toteutuvaa oppimista voidaan kuvata vastavuoroiseksi, reflektiivisesti, dialogiseksi ja moniäänisyyttä rakentavaksi (Vanhalakka-Ruoho 2004, 185). Kumppanuus vaatii, että ohjaaja on perehtynyt etukäteen ohjattavan maailmaan ja kokemuksiin. Hänen on mahdollista hyödyntää tietoa ohjaustilanteessa (Kupias 2007,15).

Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää ohjaajalta tietämystä siitä, miten ohjattava omaksuu ja oppii asioita. Ohjaajan on mahdollista auttaa ohjattavaa tiedostamaan hänen oppimiseensa vaikuttavia tekijöitä kuten, aikaisemmat kokemukset ja terveystuskomukset (Kupias 2007, 100–102). Elintapamuutosta tukeva ohjaaminen edellyttää hyviä tietoja ohjattavista asioista ja ohjausmenetelmistä sekä hyviä vuorovaikutustaitoja (Kasila ym. 2009). Ohjattava rakentaa malleja havaintojen ja kokemusten kautta. Kokemus itsessään ei johda muutokseen ja luo uutta, vaan olennaisinta on, että millä tavoin kokemuksia pystytään prosessoimaan, ymmärtämään ja muuttamaan tietämykseksi ja uudeksi toimintatavaksi (Ojanen 2001, 19, 22). Ohjauksen aikana voidaan oppia antamaan vanhoille kokemuksille uusia merkityksiä. Ohjauksessa syntyy jatkuvasti uusia toimintaan vaikuttavia merkityksiä, vaikkei niitä tietoisesti tavoitellakaan (Onnismaa 2007, 24).

Oppiminen on tehokkainta ja johtaa mitä todennäköisimmin käyttäytymisen muutokseen, jos kohdataan ja tutkitaan avoimesti ongelmalliseksi koettua tilannetta. Kokemusta pidetään vahvana osana oppimisessa, mutta oppiminen ei voi tapahtua ilman reflektiota. Se on oppimisprosessin olennainen tekijä, johon kuuluu kokemuksen työstämistä. Reflektio tarkoittaa omakohtaisten kokemusten syvällistä pohdintaa, jossa ihmetellään, pysähdytään, kohdataan ja orientoidutaan uudestaan. Lisäksi reflektio on syvällisen ajattelun väline, jonka avulla yksilö tarkastelee itseään, arkirutiineita ja ongelmatilannetta uudelta näkökulmista. Muutos tapahtuu prosessimaisesti reflektion ja tiedostamisen kautta (Ojanen 2001, 27–29, 77, 104–105,109,129). Ohjaussuhteen tavoitteena on tukea ohjattavan reflektiivisiä taitoja, jolloin rooli vaihtuu passiivisesta vastaanottajasta aktiiviseksi ja vastuulliseksi osallistujaksi (Poskiparta 1997).

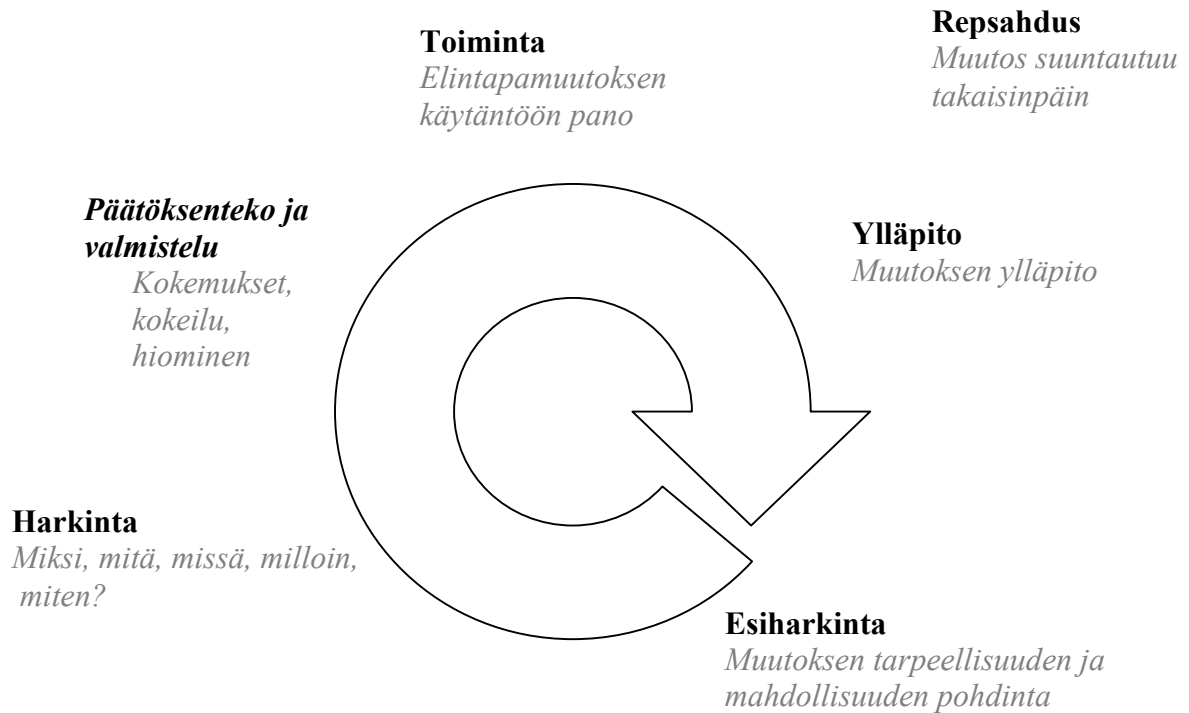
Oppimisessa metodina käytetään dialogia, jossa ohjattavat rakentavat yhdessä merkitystä, tarkoitusta tai ymmärrystä sekä etsivät tulkintaa elämälleen ja maailmalleen (Kupias 2007,167). Ohjattavalle on annettava tilaa ottaa aktiivinen rooli kielenkäytön avulla esimerkiksi tarjoamalla ohjattavalle tilaa esittää kysymyksiä ja rohkaista kokemusten

kerrontaan. Jotta keskustelusta muodostuisi vastavuoroinen dialogi, on ohjattavan aktiivisuutta tuettava jo keskustelun alusta lähtien erilaisten puheen keinoin esimerkiksi kysymällä hänen tuntemuksiaan keskustelun aiheena olevasta asiasta tai käyttämällä hetki arkiseen muista asioista rupatteluun (Kettunen 2001, Kettunen ym. 2002). Edellä esiteltyyn ohjausperiaatteet ja teorian osatekijät sisältyvät esimerkiksi motivoivan haastattelun tekniikkaa (Miller & Rollnick 2002).

4.2 Elintapojen muutosprosessi

Ohjattavan elintapamuutos etenee vaiheittain kohti henkilökohtaisia tavoitteita. Ohjauksen tukena käytetään erilaisia vaiheteoriaan perustuvia teorioita ja malleja. Vaiheteoriassa ohjattava siirtyy askel askeleelta eri vaiheeseen kohti terveyskäyttäytymisen 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 kuvataan elintapojen muutoksien etenemistä transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan. Elintapojen muutoksista keskusteleminen auttaa ohjattavaa asettamaan realistisia tavoitteita muutosten saavuttamiseksi (Kyngäs ym. 2007,90).

TTM:iin sisältyy kolme perusajatusta: muutoksen prosessit, vaiheet ja tasot. Käyttäytymisen muutoksen aikana ohjattava käy läpi muutoksen vaiheita. TTM:n mukainen muutosprosessi on jaettu viiteen eri vaiheeseen, jotka ovat esiharkinta, harkinta, päätöksenteko ja valmistelu, toiminta sekä ylläpito (Kuva 3). Muutosprosessin tukeminen vaatii ohjaajalta käsitystä, missä muutosvaiheessa on, ja miten suunnata ohjaus kutakin vaihetta vastaavaksi. Malliin on integroitu Banduran teoria pystyvyyden tunteesta (self-efficacy) (Prochaska ym. 2002, 100–103). Pystyvyydellä tarkoitetaan henkilön kokemaa valmiutta omaan kykyynsä onnistua tietystä toiminnasta. Pystyvyyden tunnetta lisää onnistumisen kokemus ja myönteinen palaute (Bandura 1997, Prochaska ym. 2002, 100–103).



Kuva 3. Muutoksen vaiheet (Prochaska ym.2002, Beckie 2006, Aikuisen lihavuuden hoito 2011)

Muutoksen esiharkintavaiheessa on ominaista, ettei ohjattava ole tietoinen mahdollisen ratkaisua vaativan ongelmansa luonteesta ja laajuudesta tai ei usko kykyihinsä, vaikka saattaakin toivoa jollain tasolla muutosta (Prochaska ym. 2002, 100–102). Esiharkintavaiheessa oleva sepelvaltimotautia sairastava nainen ei välttämättä tiedosta muutostarvetta, kuten fyysisen aktiivisuuden merkitystä sepelvaltimotaudin uusiutumisen ennaltaehkäisyssä (Beckie ym. 2006). Muutoksen alkuvaiheessa korostuvat kokemukselliset prosessit ja muutoksen edetessä toiminnalliset prosessit. Toiminnallisten prosessien tukeminen muutoksen alkuvaiheessa voi johtaa sekä ohjattavan että ohjaajan turhautumiseen, sillä ohjattava ei ole valmis muuttamaan käyttäytymistään. Ohjauksen tavoitteena on tietoisuuden kasvun herättely (Prochaska & Nocross 2003). Elintapamuutokset onnistuvat parhaiten, kun ne toteutetaan yksi kerrallaan ja osa-alueittain (Kasila ym. 2003, Lindström ym. 2003).

Harkintavaiheessa kuntoutuja tiedostaa ruokailutottumuksien muutoksen ja liikunnan lisäämisen tarpeen ja pohtii vakavasti elintapojensa muutosmahdollisuutta. Tässä vaiheessa ohjattava arvioi itse muutokseen liittyvän ratkaisun etuja ja haittoja (Prochaska & Nocross

2003, Vähäsarja ym. 2004). Ohjauksen tulee keskittyä ohjattavan arkielämään liittyviin asioihin. Konkreettisten kysymysten avulla ohjattavaa autetaan pohtimaan omaa käyttäytymistään ja harkitsemaan elintapoihin liittyvän muutoksen tarvetta. Ohjauksen tavoitteena on tukea ohjattavaa ratkaisemaan elintavan ja muutoksen välinen ristiriita, minkä jälkeen on mahdollista edetä muutosprosessissa (Prochaska & Nocross 2003, Kyngäs ym. 2007,91). Harkintavaiheessa ohjattavan on mahdollista juuttua tälle tasolle pidemmäksi ajaksi. Ominaispiirteitä ovat epäröinti, alhainen itseluottamus ja sitoutumattomuus (Beckie ym. 2006). Ohjattavan toiminta voi alkaa vasta, kun hän kokee edut haittoja suuremmaksi (Kyngäs ym. 2007,93). Ohjattavan muutostarpeen huomioiminen on merkittävää, sillä ääneen lausuttu muutostarve on lähtökohta muutokselle ja muutokseen sitoutumiselle (Kasila ym. 2009).

Ohjattavan oman motivaation kautta edetään valmistautumisvaiheeseen. Hän on päättänyt muuttaa elintapaansa ja on valmis ottamaan askeleen kohti tavoitetta. Ohjauksessa ohjattavan kanssa yhdessä suunnitellaan tavoitteita ja toimintatapoja (Beckie ym. 2006, Kyngäs ym. 2007,92). Tässä vaiheessa ohjauksessa korostuu kriittinen reflektio. Ohjaajan on osattava rohkaista ja annettava tilaa reflektiivisyydelle, jolloin ohjattava pohtii toimintaansa miten - kysymysten sijaan myös miksi -kysymyksien avulla (Kupias 2007, 105–106). Reflektiivisyys on taitoa, jota on mahdollista myös oppia, mutta vaatii ohjaajan ja ryhmän tukea. Oppimistilanteiden on oltava ilmapiiriltään avoimia ja vastavuoroisia (Ojanen 2001,81).

Kun ohjattava on päättänyt muuttaa elintapojaan, niin ohjaus suuntautuu muutoksen suunnitteluun ja toteutumiseen. Tällöin ohjattava määrittelee itse tavoittelemansa muutoksen, asettaa sille konkreettisia tavoitteita ja keinoja sen saavuttamiseksi (Kyngäs 2007,92). Elintapamuutoksessa tavoitteiden asettaminen on tehokas tapa keskittää ohjattavan ajattelua ja toimintaa. Sepelvaltimotautia sairastavan naisten keskeinen tavoite-alue on painonhallinta (Hämäläinen & Röberg 2007). Painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä ovat oma toiminta, motivaatio ja voimavarat. Sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute taas vaikeuttaa painonhallintaa (Alahuhta 2010). Tavoitteenasettamisen ohjauksessa on huomioitavaa, että painonhallintatavoitteiden asettaminen ruokavaliomuutokseen ja liikunnan lisäämiseen on vaikuttavampaa kuin asettamalla tavoite pelkästään painon pudotukselle (Nothwehr & Jingzhen 2007). Kaukua (2006) toteaa, että jo noin 5–10 %:n pysyvällä painon pudotuksella on myönteisiä vaikutuksia elämänlaatuun,

lihavuuden liitännäissairauksiin tai vähentää niiden vaaratekijöitä (Aikuisen lihavuuden hoito 2011). Elämänlaadun ja mielialan koheneminen motivoi ja kannustaa kuntoutujaa edelleen painonhallinnassa.

Muutoksen ylläpidossa ohjattavan toteuttama päätös elintavasta on tullut osaksi omaa elintapaa (Vähäsarja 2004). Elintapamuutos etenee yleensä sykleittäin, välillä tulee repsahduksia ja muutos suuntautuu takaisinpäin jatkuakseen jälleen eteenpäin. Repsahdukset eivät kuitenkaan tarkoita epäonnistumista, vaan tarjoavat tietoa muutoksen esteenä olevista asioista. Ohjaus sisältää keskustelua muutosprosessiin liittyvistä kokemuksista niin, että ohjattava kykenee tunnistamaan muutosta tukevat ja ehkäisevät tekijät (Prochaska & Nocross 2003, Beckie ym. 2006, Schüz ym. 2007, 60, Tones & Green 2005,101). Elintapamuutoksen onnistumisen kannalta on merkityksellistä huolellinen suunnitelma mahdollisten repsahdustilanteiden varalle (Hankonen 2011).

Transteoreettista muutosvaihemallia käytetään myös sydäntuntoutuksessa. Sepelvaltimotautia sairastaville suunnatussa interventiotutkimuksessa todetaan, että ohjaajat sisäistivät muutosvaihemallin vaikeuksista ja ohjattavat arvostivat sen käyttöä (Steptoe ym. 2001). McKee tutkijakollegoineen (2007) tekemässä tutkimuksessa oli osoitettavissa, että sydäntuntoutujien elintapamuutokset etenivät kuntoutujilla vaihemallin mukaisesti kuntoutuksen edetessä. Kuntoutuksen alussa harkinta- ja valmistelelvavaiheen olevista kuntoutujista 88 % oli kuntoutuksen päätyttyä päätös- ja toimintavaiheessa. Muutosvaihemalli oli yksinkertainen käyttää yksilöllisen elintapamuutoksen suunnittelun tukena kuntoutumisprosessin aikana. Beckie (2006) toteaa tutkimuksessaan, että sepelvaltimotautia sairastavat naiset hyötyvät heille suunnatusta sydäntuntoutuksesta, jossa ohjaus perustui muutosvaihemalliin ja motivoivaan haastatteluun. Myönteisiä vaikutuksia oli sosiaalista tukea sisältävällä interventiolla. Naisille suunnatussa kuntoutuksessa huomioitiin naisten henkilökohtainen motivaatiotaso ja sitoutumisaste elintapamuutukseen. Naisia on rohkaistava tekemään realistisia tavoitteita kohti muutosta niin, että eteneminen tapahtuu pienin askelin hyödyntäen vaihemallia.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tavoitteiden asettamista ja sen ohjausta laitoskuntoutuksessa 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)?

5.2 Tapaustutkimuksen aineistonkeruu

Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin tapaustutkimus. Tapaustutkimuksessa tutkitaan yksittäistä tapahtumaa, prosessia, rajattua kokonaisuutta sen omassa ympäristössään käyttämällä monipuolisia ja eri menetelmillä hankittuja tietoja (Yin 2003). Tässä tutkimuksessa tapaus oli Kelan sydänkuntoutus sepelvaltimotautia sairastaville naiskuntoutujille.

Tutkimukselle myönnettiin tutkimuslupa kuntoutuslaitokselta (17.5.2010) ja Kelalta (18.6.2010) (Liite 2). Tutkimus kohdistui vuosina 2009–2010 sydänkuntoutuksessa olleisiin naisiin. Tänä aikana sydänkuntoutuskursseja oli yhteensä neljätoista ja niihin osallistui 43 naista ja 77 miestä eli yhteensä 120 kuntoutujaa. Sydänkursseille osallistuneisiin 43 naiseen oltiin yhteydessä kesäkuussa vuonna 2010 kirjeitse (Liite 3), joka sisälsi tutkimuslupapyyntön ja kyselylomakkeen vastauskirjekuorineen (Liite 4).

Kyselylomakkeeseen vastasi 16 henkilöä. Tutkimukseen osallistumispyyntö uusittiin uudelleen syyskuussa vuonna 2010 ja tähän vastasi kymmenen naista, joten vastausprosentti kohosi 61 prosenttiin. Tutkimukseen osallistuneiden sydämkuntoutuksesta oli kulunut alle 3 kuukautta yhdellä, 4–5 kuukautta kahdeksalla ja 7–12 kuukautta yhdeksällä kuntoutujalla sekä kahdeksan kuntoutujan kohdalla 13–16 kuukautta.

Tutkimukseen osallistui 26 naista, joiden iän keskiarvo oli 65 vuotta (sd=9,5), vaihteluväli 50–80 vuotta. Osallistujista suurin osa eli avo- tai avioliitossa. Naiset olivat ammatilliselta taustaltaan terveydenhuolto- ja sosiaaalialalta ja palvelualalta, johon kuului myös ravintola-ala sekä hallinto- ja toimistoalalta. Kuntoutuksen alkaessa heistä oli puolet eläkkeellä. Koko - tai osa-aikaisessa työssä naisista oli yli kolmannes ja loput sairauslomalla, vuorotteluvapaalla tai työkokeilussa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Taustatiedot

Kuntoutujat	Frekvenssi	Prosentti (%)
Työkäiset alle 65 vuotta	13	50,0
Ikääntyneet henkilöt yli 65 vuotta	13	50,0
Yhteensä	26	100,0
Siviilisäätty	Frekvenssi	Prosentti (%)
Naimaton/asuu yksin	10	38,5
Naimisissa/avioliitossa	16	61,5
Yhteensä	26	100,0
Ammatillinen tausta	Frekvenssi	Prosentti (%)
terveydenhuolto, sosiaaalialan työ	7	26,9
palvelutyö	5	19,2
kaupallinen työ	3	11,5
maa- ja metsätaloustyö	2	7,7
kuljetus ja liikennetyö	1	3,8
teollinen työ	2	7,7
muu työ	2	7,7
Yhteensä	26	100,0
Työelämätilanne	Frekvenssi	Prosentti (%)
eläkkeellä	13	50,0
Kokoaikainen työ	6	23,0
osa-aikatyö	3	11,5
Muu (sairausloma, vuorotteluvapaa tai työkokeilu)	4	15,5
Yhteensä	26	100,0

Aineisto koostui kuntoutuskurssilla olleiden kuntoutujien taustiedoista, alku- ja päätösvaiheen mittaustuloksista (verenpaine, BMI, paino, vyötärön ympäryys), liikunta-aktiivisuus- ja tavoitelomaketiedoista (GAS) sekä kotiin lähetetystä kyselylomakkeesta (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tapaustutkimuksen aineisto

Aineistonkeruu: Alkujakson aineisto	Aineistonkeruu: Päättöjakson aineisto	Aineistonkeruu: Kotiin lähetetty kyselylomake
Taustatiedot - siviilisääty - ammattitausta - työtilanne	GAS-tavoitelomake -tavoitteiden saavuttamisen arviointi	Kyselylomake -kuntoutujien kokemukset tavoitteiden asettelusta ja sen ohjauksesta.
GAS-tavoitelomake - tavoitteiden asettelu	Mittaustulokset -RR, BMI, paino, vyötäröympäryys	-elintapamuutoksen toteutuminen ja kuntoutujien kokemat muutokset riskitekijöissä
Mittaustulokset - RR, BMI, paino, vyötäröympäryys	Liikunta-aktiivisuus	
Liikunta-aktiivisuus		

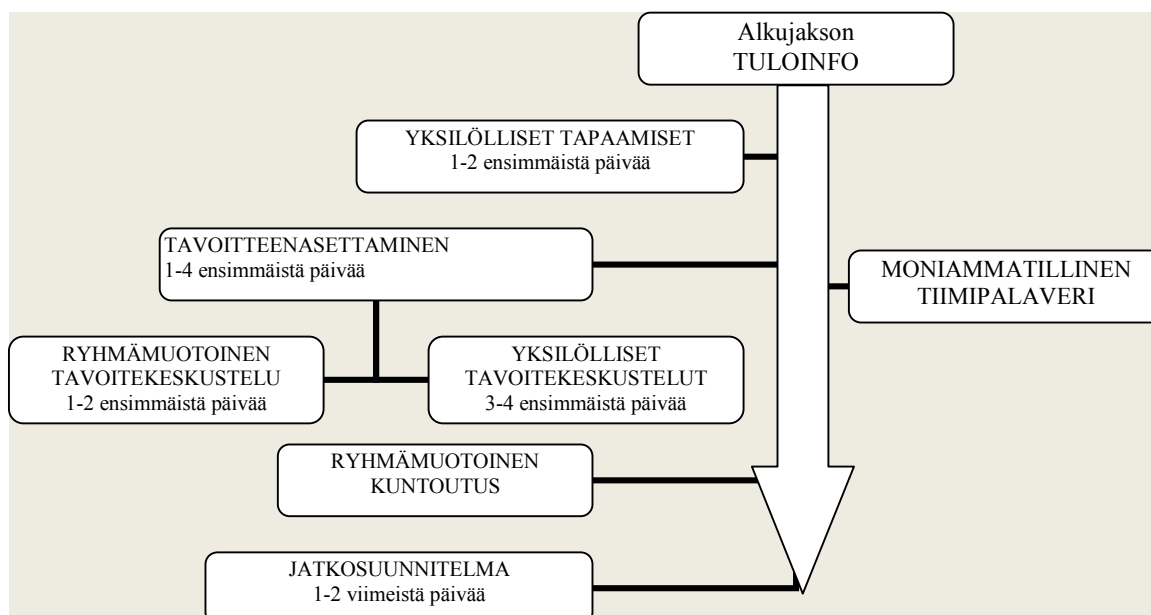
Sydänkurssit muodostuivat yhdeksän vuorokauden alkujaksosta ja noin kolmen kuukauden kuluttua olevasta viiden vuorokauden päättöjaksosta. Alku- ja päättöjakson alussa sairaanhoitaja selvitti kuntoutujan terveydentilan ja suoritti tarvittavat mittaukset. Tutkimukseen valittiin keskeisemmät kuntoutuslaitoksessa suoritettavat mittaukset: BMI, paino, pituus, vyötäröympäryys, ja verenpaine sekä kysyttiin kuntoutujan liikunta-aktiivisuus. Kuntoutujien kotipaikkakunnalla otetut kolesterolin- ja verensokeriarvot eivät ole mukana tässä tutkimuksessa. **Painoindeksi eli BMI** (body mass index) laskettiin jakamalla paino kilogrammoissa metreinä ilmaistun pituuden neliöllä. Paino ja pituus suoritettiin kalibroituilla mittausvälineillä. **Verenpaine** mitattiin kaksi kertaa istuma-asennossa käyttäen kalibroitua verenpainemittaria. Mittausten väli oli lyhyt noin kaksi minuuttia ja matalampi arvo on otettu mukaan tutkimukseen. **Vyötärön ympäryys** mitattiin paljaalta vyötäröltä tutkittavan seistessä. Mittaus tehtiin suoliluuharjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä. **Liikunnallista aktiiviteettia** arvioitiin kysymällä, montako kertaa viikossa kuntoutuja harrasti mitä tahansa liikuntaa niin, että hikoili ja hengästy (1 h päivässä, 1 h 3-4 kertaa viikossa, alle 1 h viikossa, ei koskaan).

Kuntoutujien tavoitteitaan koskeva aineisto koostui GAS-lomakkeista, joihin kuntoutajat olivat kirjanneet omat tavoitteensa. Kurssien aikana oli voimassa Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardin versio 15, OTE/ 5.12.2008, jossa oli määritelty menettelytavat tavoitteenasetteluun ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Standardi edellytti kurssin alkuvaiheessa, 1-4 ensimmäisenä päivänä laatimaan kuntoutujan henkilökohtaiset konkreettiset tavoitteet standardin liitteenä olevalle GAS-lomakkeelle (Liite 1).

Tavoitteenasettelun lähtökohtana oli kuntoutujan tarpeiden kartoitus kuntoutuskurssin 1.-2. kuntoutuspäivänä. Se sisälsi sairaanhoitajan tulohaastattelun sekä lääkärin kliinisen

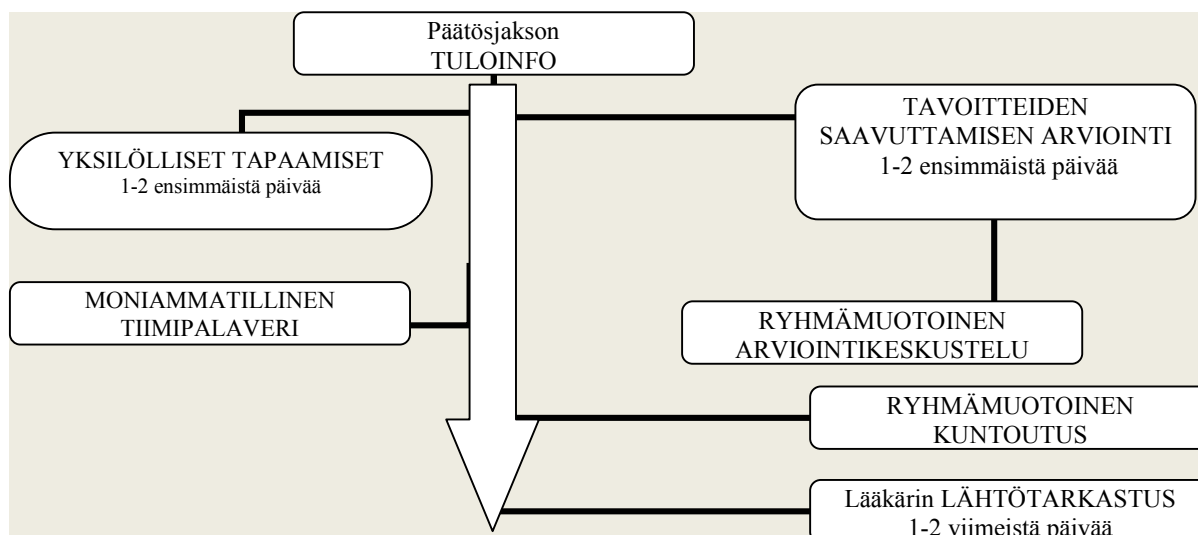
tutkimuksen ja haastattelun että fysioterapeutin tutkimuksen (Kuva 4). Lääkäri määritteli yksilöllisesti erityistyöntekijöiden konsultaation ja lisätutkimusten tarpeen niin, että kuntoutuja tapasi tarvittaessa yksilöllisesti ravitsemusterapeutin, psykologin ja/tai sosiaalityöntekijän kuntoutuksen aikana.

Kuntoutuksen alkuvaiheen ensimmäisinä päivinä sairaanhoitaja ja fysioterapeutti keskustelivat kuntoutuksen tavoitteista ja ohjelmasta sekä haastatteluissa esille tulleista asioista ryhmämuotoisessa tavoitekeskustelussa. Tämän jälkeen yksilöllisessä tavoitekeskustelussa sairaanhoitaja kokosi kuntoutujan kanssa hänen tavoitteet GAS-tavoitelomakkeelle. Tavoitekeskusteluissa selvitettiin myös kuntoutujan muutosvaihe keskustellen ja osassa valmiin kysymyslomakkeen avulla. Alkuvaiheessa moniammatillinen työryhmä kokoontui käsittelemään kaikkien kuntoutumistarpeet ja tavoitteet. Näiden pohjalta luotiin kurssin aikainen suunnitelma. Alkujakson viimeisinä päivinä kuntoutujan kanssa käytiin lopullisesti läpi GAS-lomakkeelle kirjatut tavoitteet jatkosuunnitelman yhteydessä, jossa oli läsnä kuntoutujan lisäksi fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. Läheisten on mahdollista osallistua alkujakson kahdelle viimeiselle päivälle (Kelan laitosten kuntoutuksen standardi 2008).



Kuva 4. Alkujakson standardin mukainen tavoiteasettelun prosessi kuntoutuslaitoksessa

Päätösjakso oli kolmen kuukauden kuluttua alkujaksosta. Sen alussa arvioitiin jaksojen välissä tapahtunutta kuntoutusprosessia. Kuntoutuja tapasi yksilöllisesti sairaanhoitajan ja fysioterapeutin sekä lääkärin tarvittaessa. Kuntoutujan tavoitteiden saavuttaminen ja välitehtävä arvioitiin ryhmämuotoisessa tavoitekeskustelussa, joissa olivat läsnä fysioterapeutti ja sairaanhoitaja (Kuva 5).



Kuva 5. Päätösjakson standardin mukainen tavoiteasettelun prosessi kuntoutuslaitoksessa

Kuntoutuja arvioi tavoitteiden toteutumista GAS-lomakkeelle (Taulukko 4). Kuntoutusprosessin jälkeen tavoitteiden suuntainen toiminta jatkuu ja sitä arvioidaan kuntoutukseen lähettävän tahon toimesta (pitkän ajan tavoitteet).

Taulukko 4. GAS-asteikko (Kelan laitospuolitoimisen kuntoutuksen standardit 2008)

GAS-asteikko
+3 =muutos parempi kuin tavoite
+2 =tavoite saavutettu
+1 =muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu
0 = ei muutosta
-1 =hieman huonompi
-2 =tilanne merkittävästi huonompi

Tutkimuksen aineistonkeruussa pyrittiin monikanavaisuuteen, jonka johdosta tavoitteiden asettamista ja ohjausta koskevaa tietoa kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla (Liite 4). 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. Taulukossa viisi on esitetty kyselylomakkeen sisällöt.

Taulukko 5. Kyselylomakkeen sisältöalueet

1. Kysymyksiä GAS-tavoitelomakkeesta	2. Kokemuksia yksilö- ja ryhmässä tapahtuneesta tavoitteiden asettamisesta	3. Tavoitteiden toteutuminen ja vaikutukset sydämen riskitekijöihin
1.1. Tavoitteiden kirjaaminen	2.1. Tavoitteiden asettamisen yksilöohjaus	3.1. Tavoitteiden saavuttamisen tärkeys
1.2. Tavoitteiden saavuttamisen seuranta	2.2. Tuki ja kannustus	3.2. Ohjauksen merkitys tavoitteiden saavuttamisessa
1.3. Tavoitteiden asettelu	2.3. Opetusmenetelmät	3.3. Tiedon soveltaminen kuntoutujan omaan elämään
1.4. Kirjaamisen ohjaus	2.4. Repsahduksien ennaltaehkäisy	3.4. Oma sitoutuminen tavoitteisiin
1.5. Avoin: Kokemus GAS- lomakkeen täyttämisestä	2.5. Ryhmän tuki	3.5. Elintapamuutoksen toteutuminen
	2.6. Ryhmätavoitekeskustelu ja sen ohjaus	3.6. Aika päätösajaksosta
	2.7. Välitehtävä	3.7. Avoin: Sydämen riskitekijöihin liittyvät muutokset
	2.8. Ryhmän ilmapiiri	
	2.9. Aiempien kokemusten hyödyntäminen	
	2.10. Avoin: Tekijät, jotka edistävät elintapoihin liittyvien tavoitteiden saavuttamista?	

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen kyselylomakkeen avoimet kysymykset ja GAS-tavoitelomakkeen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysi oli prosessi, johon liittyi aineiston pelkistäminen, ryhmittely alaluokkiin sekä käsitteellistämisvaihe, jossa samansisältöiset luokat yhdistettiin yläluokiksi. Prosessi on kuvattu taulukossa kuusi. 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 & Sarajärvi 2009).

Taulukko 6. Esimerkki kyselylomakkeen analyysista

ALKUPERÄINEN ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
”Oma motivaatio. Tulosten havaitseminen--”(14)	Sisäinen motivaatio (14),(17),(24),(5),(9)	SISÄINEN TUKI	
”--Painonpudotuksen itsekuria lisää varsinkin näin kesällä--”(11)	Itsekuri (2),(3),(11),(12),(16),(20)		
”Olin mukana painonhallintaryhmässä. Joukon tuki ja säännölliset punnitukset auttoivat tavoitteeseen pääsyssä”(1)	Oma seuranta (1),(4)		
”Välitavoitteet, seuranta, ryhmän tuki, tulokset”(4)	Osatavoitteet (4),(24)		
--Vetäjien yksittäiset keskustelut, ohjeet ja neuvot oli tarpeeseen, vaikka osan tiesin ennestään (ent. ammatti terv.hoitaja). Ryhmän tuki oli valtava, koska meillä oli erinomainen ryhmä ja ryhmähenki--.(8)	Ryhmän- ja läheisten tuki (1),(4),(8),(25),(6),(13)	ULKOINEN TUKI	TAVOITTEEN SAAVUTTAMISEN TUKI
	Ohjaajan ohjaus (5),(8),(13),(17),(26)		
Ruokavalio ja liikunta ovat minun kohdalla auttanut parempaan suuntaan. Ja tietenkin hyvä mieli. (18)	Elintapamuutos (2),(11),(12),(16),(17), (18),(19),(21),(22)	ELINTAPA- MUUTOKSESTA SAADUT TULOKSET	
	Tulokset/onnistuminen (4),(8),(14),(21)		
Se, että jo suhteellisen pienilläkin muutoksilla elintavoissa terveenpään suuntaan olo tuntuu paremmalta. Se taas kannustaa jatkamaan (21)	Positiivinen kokemus (11),(12),(18),(20),(21),(26)	TULOXSISTA SAATU PALAUTE	
	Elämänlaatu kohenee (14),(21),(25), (5),(17)		

Tutkimuksessa analyysiyksiköksi määriteltiin yksittäinen sana tai lause, joka oli tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Seuraavaksi analyysiyksiköitä eli aineiston alkuperäisilmaisuja *pelkistettiin* tutkimuskysymysten avulla: alkuperäinen ilmaisu ” --Vetäjien yksittäiset keskustelut, ohjeet ja neuvot oli tarpeeseen--”, pelkistetty ilmaisu: Ohjaajan kertaus tarpeellista.

Seuraavassa vaiheessa aineistoa *ryhmiteltiin* etsimällä pelkistettyjen ilmaisujen samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan alaluokkaan ja annettiin luokalle sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyä seurasi aineiston *abstrahointi- eli käsitteellistämisvaihe*. Samansisältöiset luokat yhdistettiin, jolloin saatiin muodostettua yläluokat. Tällöin havaittiin, että aineistossa toistui tietyt teema-alueet esimerkiksi sisäinen ja ulkoinen tuki, elintapamuutoksesta saadut tulokset ja niistä saatu palaute muodostaen keskeisimmät yläluokat (Taulukko 6).

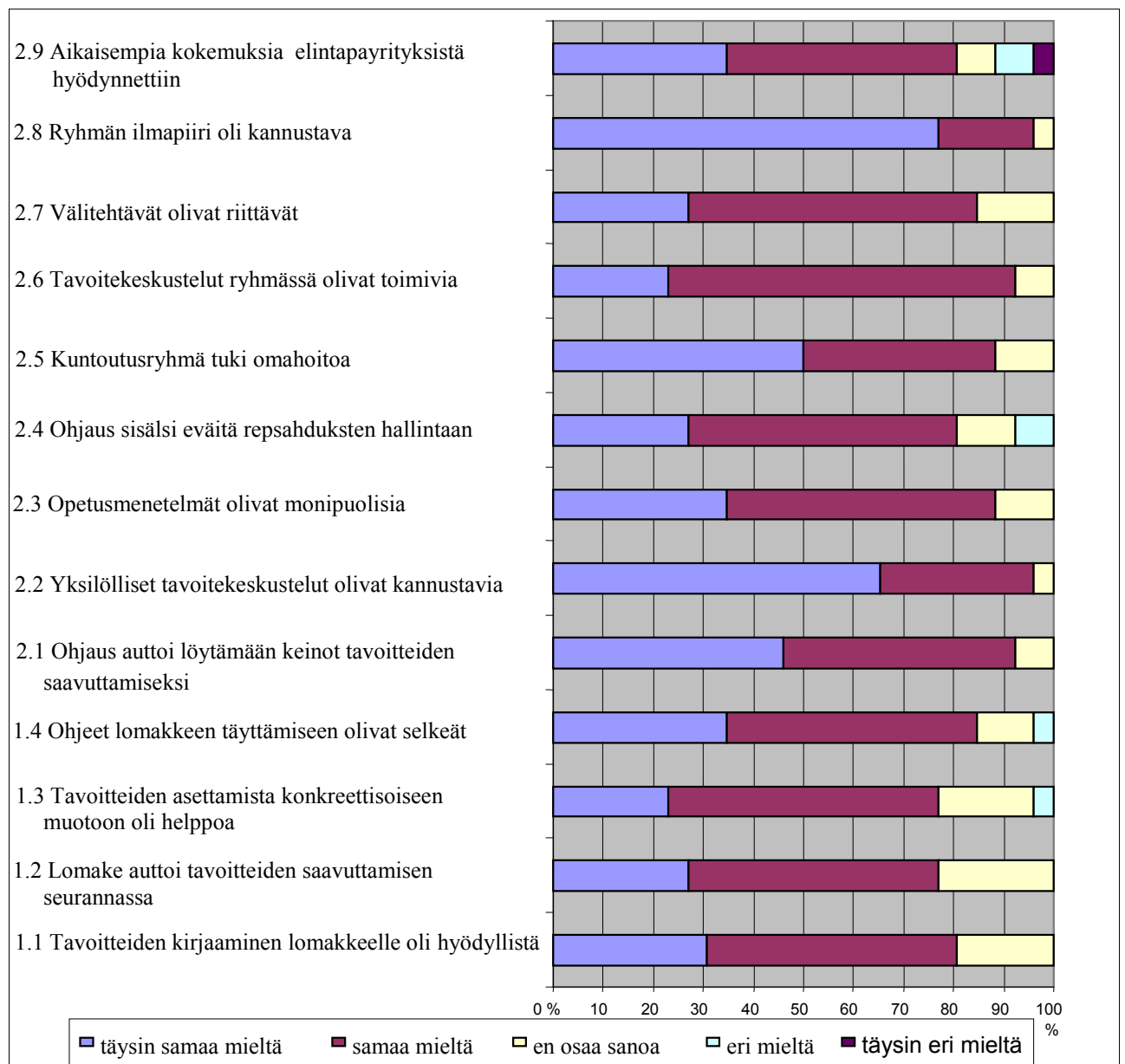
Sisällönanalyysiä jatkettiin luokkien muodostamisen jälkeen siten, että sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotettiin määrällisiä tuloksia. Tällöin laskettiin kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa (Tuomi & Sarajärvi 2009). Kyselylomakkeessa ja GAS-tavoitelomakkeessa laskettiin, kuinka usein sanaa tai lausetta esiintyi aineistossa. Tämä selkeytti aineistoa ja helpotti hahmottamaan, miten esimerkiksi eri tavoitealueet ja keinot painoutuivat aineistossa.

Kyselylomakkeen 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 jakaumaa kuvattiin tapausten lukumäärällä (*frequency*), ja niiden osuudet laskettiin sekä koko aineistosta (*percent*) että vain vastanneista (*valid percent*). Lisäksi tarkasteltiin kumulatiivista osuutta (*Cumulative percent*), eli kuinka monta havaintoa luokissa oli yhteensä. Jakauman sijaintia kuvattiin keski- ja sijaintilukujen avulla. Havaintojen jakautumisessa keskiarvon ympärille käytettiin keskihajontaa (*standard deviation*).

6 KUNTOUTUJAN TAVOITTEENASETTELUN TOTEUTUMINEN

6.1 Kuntoutujien kokemukset ohjauksessa tapahtuneesta tavoitteiden asettelusta

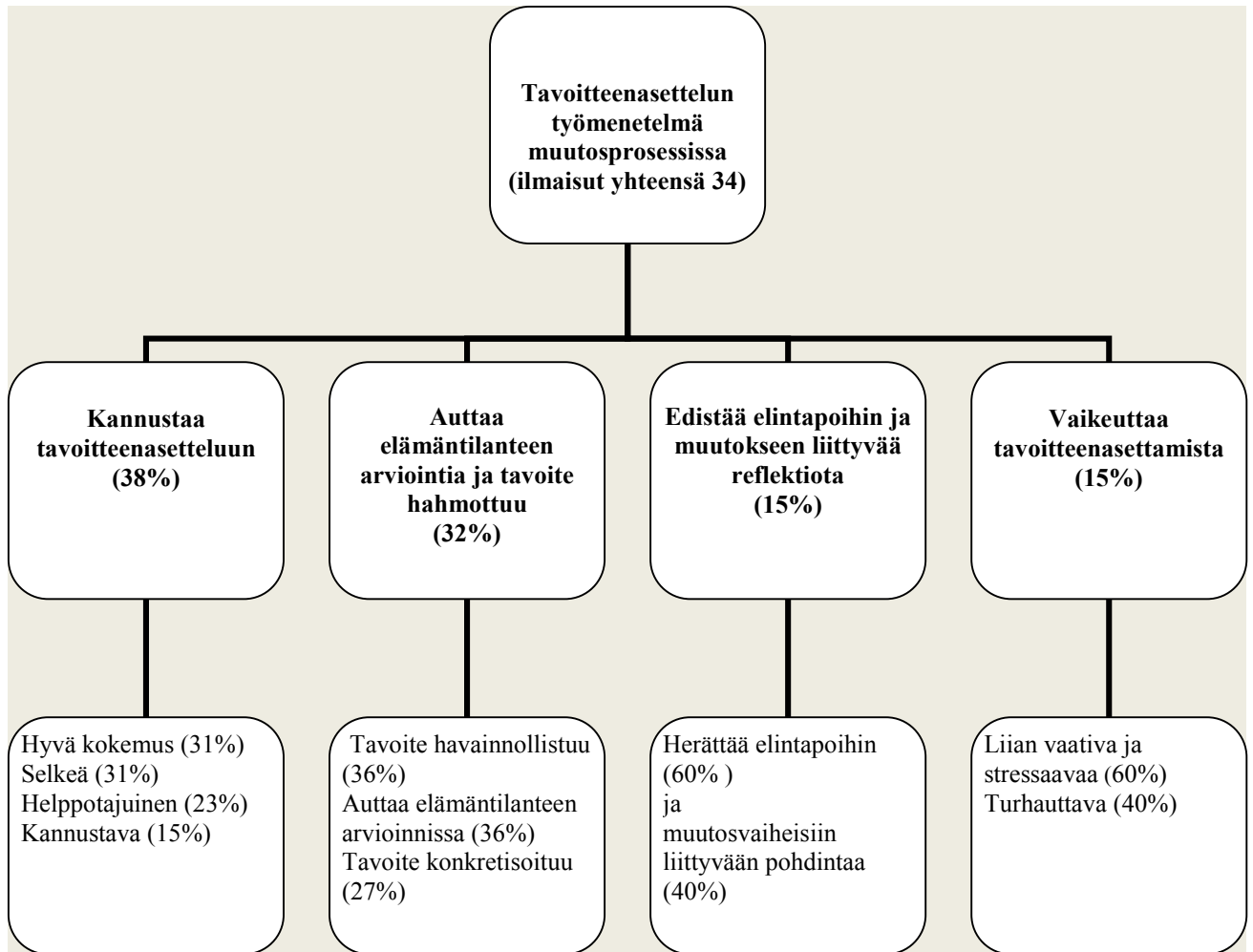
Tavoitteenasettelua ja sen ohjausta koskeva kyselylomake lähetettiin kuntoutujille päätösjakson jälkeen (Liite 4). Aluksi lomakkeessa kysyttiin kuntoutujien kokemuksia GAS-tavoitelomakkeen täyttämisestä (Kuva 6).



Kuva 6. Kuntoutujien (n=26) kokemukset ohjauksessa tapahtuneesta tavoitteiden asettelusta

Kuntoutujat kokivat GAS- lomakkeen toimivaksi auttaen myös tavoitteiden toteutumisen seurannassa. Pääosin kuntoutujat 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 tavoitteenasettamisesta. Kuntoutujat 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 kuntoutujat kokivat, että tavoitekeskusteluissa ei hyödynnetty riittävästi aikaisempia kokemuksia elintapamuutosyrityksistä ja, eivätkä he saaneet riittävästi eväitä repsahduksien hallintaan (Kuva 6).

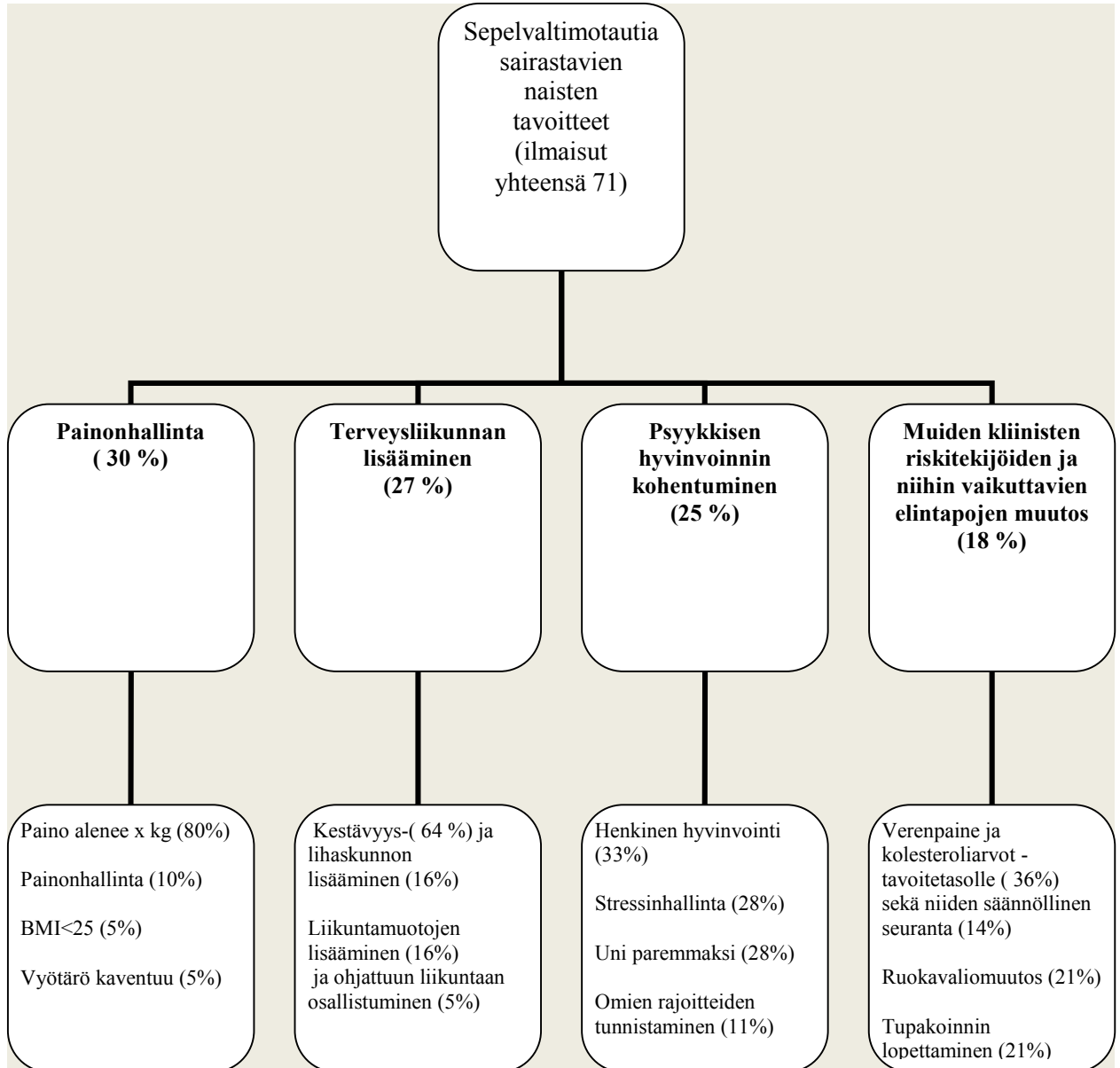
Kuntoutujien mielestä GAS-lomake oli tavoitteiden asettelussa toimiva työmenetelmä ja sen käyttö oli pääosin myönteinen kokemus. Sisällönanalyysin avulla muodostui 11 alaluokkaa ja neljä yläluokkaa (Kuva 7). Myönteinen kokemus lomakkeen käytöstä kannusti kuntoutujaa tavoitteenasettamiseen: GAS-menetelmä auttoi myös kuntoutujaa oman elämäntilanteen arvioinnissa ja tavoitteen hahmottamisessa: ”*tavoitelomakkeen täyttö auttoi konkreettisesti havainnoimaan paperilla mitä pitäisi yrittää muuttaa elämäntavoissa*”(8). GAS-menetelmä edisti reflektiota elintavoista ja niihin liittyvistä muutoksista: ”*sai miettiä elintapamuutoksia ihan tosissaan*”(18). Toisaalta tavoitteenasettaminen menetelmän avulla koettiin vaativana, sillä vastaajista kolme koki lomakkeen täyttämisen haasteellisena tai turhauttavana: ”*helpompikin olisi voinut olla*” (15) (Kuva 7).



Kuva 7. Kuntoutujien (n=19) kokemukset tavoitteen asettamisesta GAS-lomakkeen avulla

6.2 Kuntoutujan tavoitteet ja niiden saavuttaminen

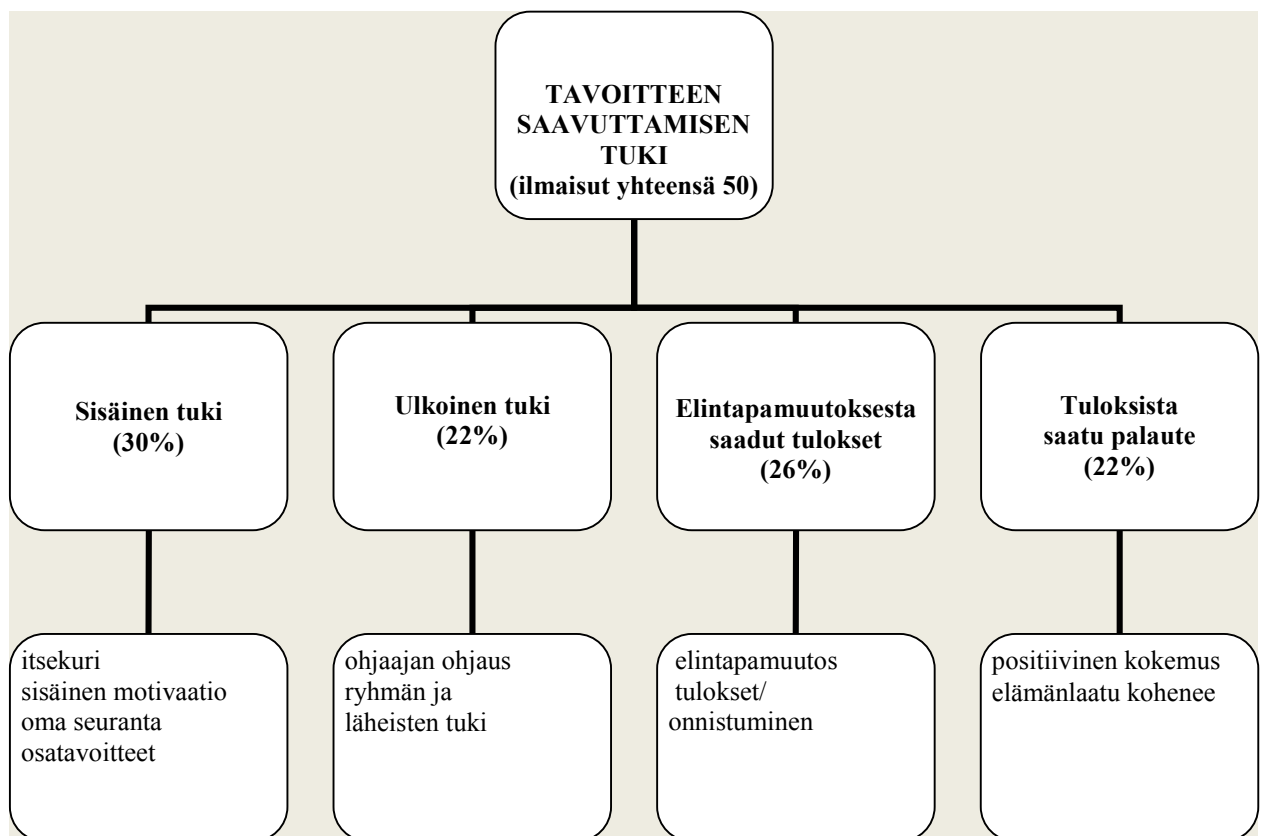
Sepelvaltimotautia sairastavien naisten tavoitteet jakaantuivat neljään eri yläluokkaan: painonhallinta, terveysliikunnan lisääminen ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentuminen sekä muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutos (Kuva 8). Sydänkurssilla kuntoutujat asettivat yhteensä 71 tavoitetta (k.a. 2.7 tavoitetta/kuntoutuja) (Liite 6, Liitetaulukko 2,3) 107 keinoa (k.a.1.5 keinoa/tavoite) (Liite 6, Liitetaulukko 1). Kuntoutujat arvioivat päätösjaksolla, että 64 prosenttia tavoitteista saavutettiin.



Kuva 8. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten (n=26) asettamat tavoitteet

Kyselylomakkeessa kuntoutujilta tiedusteltiin kokemuksia siitä, mitkä tekijät ovat edistäneet muutosprosessia. Keskeisiksi tekijöiksi tavoitteiden saavuttamisessa kuntoutujat toivat esiin sisäisen ja ulkoisen tuen (Kuva 9). 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” (1), ”---vetäjien yksittäiset keskustelut, ohjeet ja neuvot oli tarpeeseen, vaikka osan tiesin ennestään---. Ryhmän tuki oli valtava, koska meillä oli

erinomainen ryhmä ja ryhmähenki ---” (8). Kuntoutujien tavoitteiden saavuttamista tuki myös elintapamuutoksesta saadut tulokset ja niistä annettu palaute. Kuntoutujat 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”* (21). Kuvassa yhdeksän on kuvattu kuntoutujien tavoitteiden saavuttamisen edistävien tekijöiden osa-alueet.



Kuva 9. Tavoitteiden saavuttamista edistävät tekijät kuntoutujien kokemana (n=22)

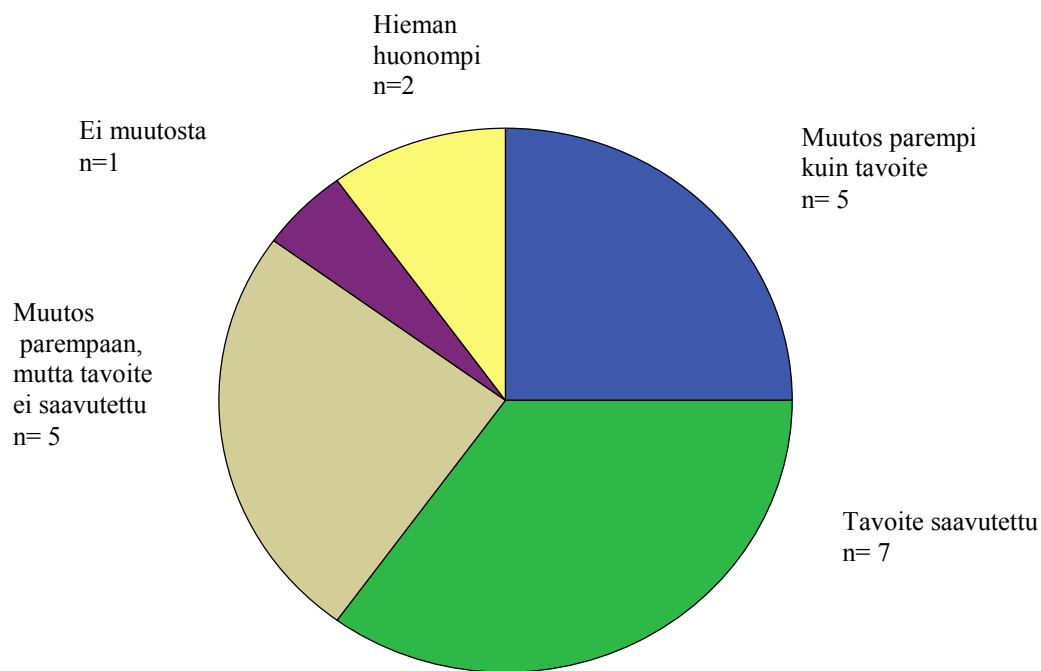
5.2.1 Tavoitteena painonhallinta

Naiskuntoutujat olivat yksimielisiä siitä, että painonhallinta on tärkeä ja merkittävä tavoite. Kuntoutujista jopa 20 (77 %) oli asettanut tavoitteekseen painonhallinnan. Painonhallintatavoite esitettiin 80 %:sti konkreettisina kilomäärätavoitteina, vaihdellen 1-5 kg. Kuntoutujat asettivat kolmelle kuukaudelle painonhallintatavoitteita kuten: *”painoa alaspäin 2-3 kg”* (5) ja *”painon pudotus n. 2kg”* (13). Keskeisimmät keinot olivat muutokset ruokailu- ja liikuntatottumuksissa. Painonhallinnan tavoitteelle etsittiin eniten keinoja

ruokavaliomuutoksesta (52%) ja liikunnan lisäämisestä (39%) sekä laadittiin seurantakäytänteitä esimerkiksi painon seuranta, ruokapäiväkirjan pitäminen (9%) (Liite 6, Liitetaulukko 1).

Naisten painon lähtötason vaihteluväli oli 57–107,5 kg. Kun huomioidaan kaikki 26 kuntoutujaa niin paino aleni 14 kuntoutujan kohdalla, vaihteluväli 0,5–6,7 kg, ja paino nousi kahdeksan kohdalla, vaihteluväli 0,2–2,7 kg. Painon muutoksen keskiarvo oli -0.9 kg alku- ja päätösjakson välillä (Liite 7, Liitetaulukko 7).

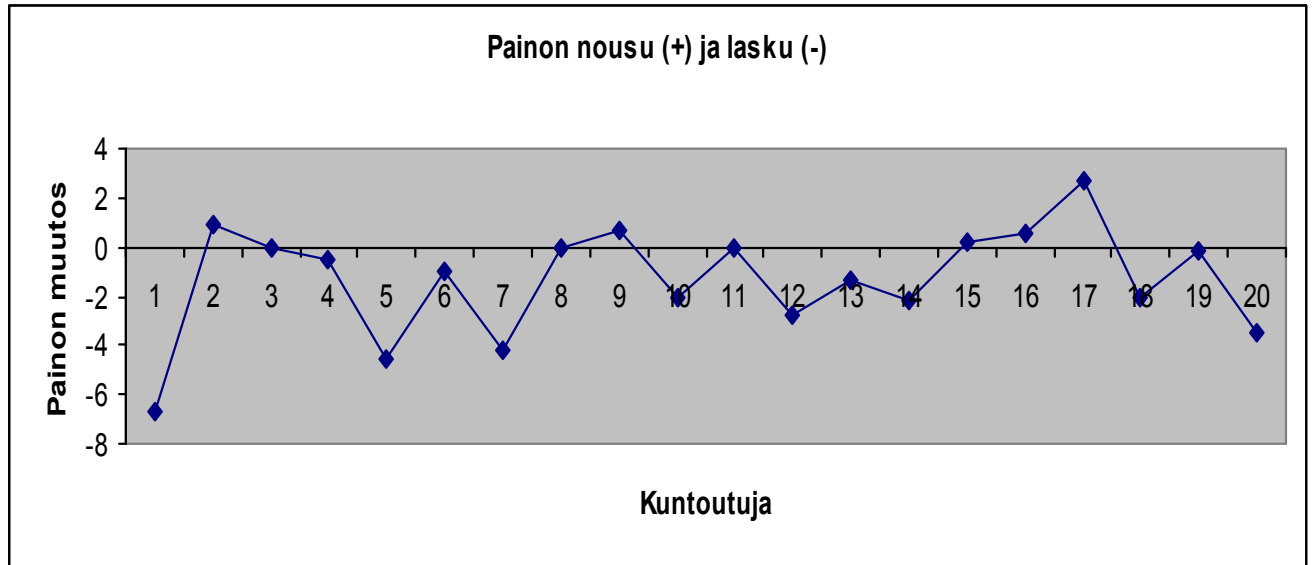
Painonhallintatavoitteen asettaneista naisista (n=20) 12 naista (60%) arvioi, että he saavuttivat tai ylittivät alkujaksolla asettamansa painonhallintatavoitteen. (Kuva 10) (Liite 6, Liitetaulukko 2).



Kuva 10. Itsearviointi painonhallintatavoitteen saavuttamisesta

Tavoitteen saavuttamista tukivat myös mittaustulokset. Paino aleni 12 kuntoutujan kohdalla, kolmen kohdalla pysyi ennallaan ja viiden kuntoutujan kohdalla paino nousi. Painonhallintatavoitteen asettaneiden kohdalla painon muutoksen keskiarvo oli myönteisempi

kuin muiden tutkimukseen osallistuneiden kohdalla. Painonhallintatavoitteen asettaneiden kohdalla painon muutoksen keskiarvo oli -1.3 kg alku- ja päätösjakson välillä, vaihteluväli -6,7 – +2,7 kg (Kuva 11).



Kuva 11. Painonhallinta tavoitteen asettaneiden kuntoutujien (n= 20) painon muutos

Painonhallinta tavoitteen saavuttivat parhaiten naiset, joiden tavoite oli maltillinen, alle kolmen kilon painon pudotus (Taulukko 7). Kaikilla heillä oli keinoina ruokavaliomuutokset ja 77 %:lla oli lisäksi keinoina liikuntatottumuksien muutos. Keinot oli kuitenkin esitetty varsin yleisellä tasolla: ”*tarkistaa ruokavaliota ja lisätä liikuntaa*” (8), ”*syödä terveellisesti. Liikkua mahd.mukaan*” (25). Toisaalta oli myös kuntoutujia, jotka olivat miettineet tarkkaan keinoja tavoitteen saavuttamiseen: ”*1 päivää vain suklaa pv/viikko* (5) ja ”*Liikuntaa lis 1x/viikko uimahalli*” ja ”*rasvat benecol+rypsiöljy käyt.*” (22).

Taulukko 7. Painonhallintavoitteen arviointi

Painonhallinta tavoite ja sen arviointi	Tavoitteena				Yhteensä
	Yleinen painonhallinta-tavoite	alle 3 kg	yli 3kg (-5kg)	Ei tavoitetta	
Muutos parempi kuin tavoite	1	3	1	0	5
Tavoite saavutettu	2	3	2	0	7
Muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu	0	3	1	0	4
Ei muutosta	0	0	1	0	1
Hieman huonompi	0	1	1	0	2
Osa-alueelle ei asetettu tavoitetta * yksi kuntoutuja ei arvioinut painonhallinta tavoitetta	0	0	0	6	6
Yhteensä	3	10	6	6	*25

Naisten vyötäröympäryksen lähtötason vaihteluväli oli 77–122 cm (k.a. 95 cm) (Liite 7, Liitetaulukko 7). Tutkimuksessa vyötärölihavuuden raja-arvoina käytettiin kansainvälisiä metabolisen oireyhtymän määrittelyissä käytettyjä arvoja, joiden mukaan lievä terveyshaitta naisilla on 80–87 cm ja huomattava terveyshaitta yli 88 cm (Aikuisen lihavuuden hoito 2011). Kuntoutuksen alussa lievän terveyshaitan ylitti 19 % osallistujista ja huomattavan terveyshaitan rajan 73 %. Vyötärö kaventui 15 naisen kohdalla, vaihteluväli 0,5–9,5 cm.

Aikuisten lihavuutta voidaan luokitella painoindeksin (BMI) mukaan. Aikuisen normaalipainon yläraja on painoindeksillä ilmaistuna 24.9 kg/m², lievä lihavuus merkitsee painoindeksin aluetta 25–29.9 kg/m² ja merkittävä lihavuus aluetta 30–34.9 kg/m². Painoindeksi 35.0–39.9 kg/m² tarkoittaa vaikeaa lihavuutta ja sairaalloinen lihavuus alkaa arvosta 40 kg/m² (Aikuisen lihavuuden hoito 2011). Kuntoutujista kahdeksalla painoindeksi oli yli 30 kg/m² ja heistä kahdella oli vaikeaa lihavuutta. Jokainen heistä oli asettanut painonhallinnan tavoitteekseen (Taulukko 8), mutta vaikeasti lihaviin kohdalla painonhallinta

tavoite ei toteutunut. Parhaiten tavoitteen saavuttivat ne, joiden painoindeksi oli 25,0–29,9 kg/m².

Taulukko 8. Painonhallintatavoite

Painonhallinta tavoitteen arviointi	BMI				Yhteensä
	Normaali paino 18,5-24,9	Lievä lihavuus 25,0-29,9	Merkittävä lihavuus 30,0-34,9	Vaikea lihavuus 35,0-39,9	
Muutos parempi kuin tavoite	0	3	2	0	5
Tavoite saavutettu	0	5	2	0	7
Muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu	0	3	1	0	4
Ei muutosta	0	0	0	1	1
Hieman huonompi	0	0	1	1	2
Osa-alueelle ei asetettu tavoitetta	2	4	0	0	6
* yksi kuntoutuja ei arvioinut painonhallinta tavoitetta					
Yhteensä	2	15	6	2	*25

6.2.2 Terveysliikuntatottumusten muutos

Painonhallinnan jälkeen toinen merkittävä tavoite kuntoutujilla oli terveysliikunnan lisääminen. Terveysliikuntaa on kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus, joka tuottaa terveydellisiä hyötyjä hyvällä hyötysuhteella, mutta ei aiheuta terveydellisiä haittoja (Fogelholm & Oja 2005). Tavoitteet olivat jakaantuneet seuraavasti kestävyys- (64 %) ja lihaskunnan (16 %) lisääminen sekä erilaisten liikuntamuotojen lisääminen (16 %) ja osallistuminen ohjattuun liikuntaan (5 %). Tavoitteet oli selkeästi ilmaistu esimerkiksi: ”lisäys 1x sauvakävely +1x kotimatka (n.50 min)viikossa” (26). Kuntoutujat täydensivät keinojen kohdalla tavoitetta, jolloin liikuntatavoitteesta muodostui selkeä kokonaisuus: ”1x vk

kuntosalia, työmatkakävelyä ja keväällä pyöräilyä kuntopyöräilyä muina päivinä jollei muuta liikuntaa ole” (1) (Liite 6, Liitetaulukko 1).

Naisista 73 % asetti terveystoiminnan lisäämisen tavoitteekseen. Heistä 61 % arvioi saavuttaneensa tavoitteen (Liite 6, Liitetaulukko 3). Alku- ja päätösjaksolla kuntoutujilta kysyttiin hengästymistä ja hikoilua aiheuttavan liikunnan määrää. Liikunnaksi katsottiin esimerkiksi pyöräily, kuntosaliharjoittelu, kuntojumppa, tanssi, reippaat pihatyöt, kävely. Alkujaksolla suurin osa naisista liikkui neljä kertaa viikossa vähintään tunnin ja viisi kuntoutujaa liikkui aktiivisesti päivittäin ja kaksi ilmoitti liikkuvan alle tunnin viikossa. Liikunnan määrä lisääntyi alku- ja päätösjakson välillä niin, että kaikki naiset olivat päätösjaksolle tullessa terveystoiminnan harrastajia (Kuva 12).



Kuva 12. Terveystoiminnan muutos

6.2.3 Psykkisen hyvinvoinnin kohentuminen

Sydänkuntoutuksessa huomioidaan liikunnan lisäksi psykososiaaliset tekijät ja näin ollen myös kuntoutujat olivat ne huomioineet tavoitteita asettaessaan. Psykkisen hyvinvoinnin oli ottanut tavoitteekseen yli puolet kuntoutujista ja siihen liittyviä tavoitteita oli yhteensä 18. Tavoitteet kohdistuivat keskeisesti henkiseen hyvinvointiin: ”*Henkinen voimavarat. Jaksaa käydä läpi epävarmuuden tilanteen*”(26), stressinhallintaan: ”*stressinhallinta ja vähentäminen*” (20), unettomuuden hoitoon: ”*saada uni levolliseksi ja opetella rentoutumaan*” (8) ja omien rajojen tunnistamiseen: ”*opittava hyväksymään omat rajoitteet ja puolison rajoitteet*” (9) (Kuva 8).

Kuntoutujat olivat miettineet konkreettisia keinoja saavuttaa psyykkisen hyvinvoinnin tavoite. Näitä olivat työkuorman vähentäminen, rentoutuminen ja elämänrytmin hiljentäminen: ”jäisin osa-aikatyökyvyttömyyseläkkeelle, riittävän levon ja liikunnan tasapainotus (rentoutus-cd:t, hengitystekniikka, liikunta –kts.yllä. Parempi uni (melatoniinilääkityksen aloitus...” (21). Lääkehoidon lisäksi myös haluttiin omaa aikaa ”Tilanteen hallinta, tasapainoon pyrkiminen työskentelyn ja ns. vapaa-ajan välillä” (12). Kuntoutujista 61 % arvioi saavuttaneensa tavoitteen ja 11 % ei ollut päässyt tavoitteeseen tai psyykkinen hyvinvointi oli jopa huonontunut (Liite 6, Liitetaulukko 4). Tavoitteen saavuttaminen perustui kuntoutujien subjektiiviseen kokemukseen ja ne ilmaistiin usein yleisellä tasolla esimerkiksi henkinen hyvinvointi, stressin vähentäminen. Myönteistä oli, että keinot täydensivät tavoitteen sisältöä.

6.2.4 Muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutos

Naisten sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, ylipaino, poikkeavat rasva- ja verenpaine- arvot sekä kohonneet verensokeri tai diabetes (Schnohr ym. 2002). Kuntoutujista 13 (50 %) asetti itselleen tavoitteekseen muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutoksen. Heistä kolme asetti tavoitteekseen tupakoinnin lopettamisen ja ruokavalio muutoksen. Lisäksi tavoitteena olivat verenpaineen ja kolesteroliarvojen saattaminen hoitotasolle sekä niiden säännöllinen seuranta (Kuva 8). Tavoitteen saavuttamiseksi kuntoutujat määrittelivät seuraavia keinoja: liikunta- ja ruokailutottumusten muutokset ja säännöllinen arvojen seuranta sekä lääkehoito. Keinot ilmaistiin sekä selkeästi että epätarkasti: ”Lääkityksen jatkuminen. Ruokavalion pitäminen. Liikuntaa olisi 4 krt/vko 1h/krt” (20). Tupakoinnin lopettamisen keinona oli lääkärin määräämän lääkehoidon aloittaminen: ”Champix” (10) (Liite 6, Liitetaulukko 1).

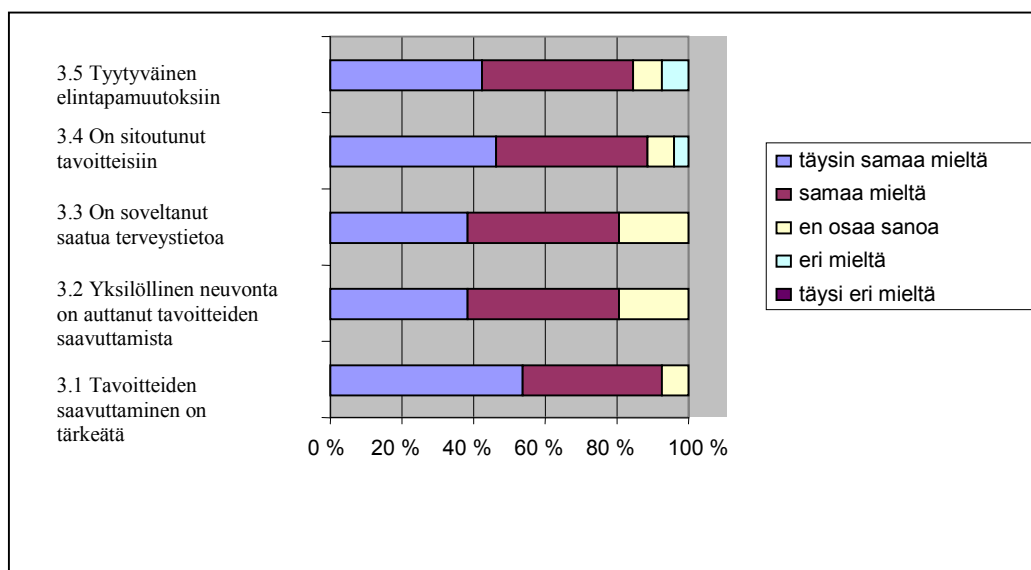
Kuntoutujista 73 % arvioi, että muiden kliinisten riskitekijöiden tavoite oli toteutunut. (Liite 6, Liitetaulukko 5). Kuntoutujat arvioivat, että he saavuttivat parhaiten ruokavalioon, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen liittyvät tavoitteet. Sitä vastoin mittaustulosten perusteella kuntoutujien verenpaine ei yltänyt tavoitetasolle. Kuntoutujien verenpaineen keskiarvo oli alkujaksolla 131/78 mmHg ja päätösjaksolla 136/81 mmHg, kun sepelvaltimotautia sairastavan naisen verenpaineen tavoitetaso pitäisi on alle 130/80 mmHg (Kohonnut verenpaine 2009). (Liite 7, Liitetaulukko 6). Verenpainemittaus tuloksen luotettavuutta heikentää se, että verenpaine mitattiin tulopäivänä ja useammat olivat matkustaneet ja

väsyneitä matkasta. Tavoitteisiin eivät aivan yltäneet tupakoinnin lopettamisen tavoitteeseen asettaneet kuntoutujat. Kuntoutujat arvioivat veren rasva-arvojen muutosta kotipaikkakunnalla otettujen verikoetuloksien avulla.

Tupakoinnin lopettamisen asetti tavoitteekseen kolme henkilöä. Heistä kaksi arvioi, että muutos oli parempaan, mutta tavoitetta ei saavutettu. Yksi kuntoutujista arvioi GAS-asteikolla ettei ollut saavuttanut tavoitetta. Sitä vastoin sanallisissa arvioissa hän ilmaisee pysyneensä erossa tupakasta:” *Erittäin hyvät kokemukset kun vaan nyt saisi pysyttyä niissä kaikissa mukana. Tärkein on kuitenkin kestänyt eikä yhtään lipsumisia ole tapahtunut. Tupakka on pois ja pysyy*”(11).

6.3 Elintapamuutostilanne päätösjakson jälkeen

Kotiin lähetetyssä kyselylomakkeessa 26 henkilön vastausten perusteella voitiin arvioida, miten elintapamuutosprosessi oli edennyt kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutujat olivat tyytyväisiä kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen tekemiinsä elintapamuutoksiinsa (85 %), he olivat edelleen sitoutuneita asettamiinsa tavoitteisiin (88,5 %), tavoitteiden saavuttaminen koettiin myös tärkeäksi (92 %). Kuntoutujat ilmoittivat, että he olivat saaneet kuntoutuksen aikana riittävästi tavoitteiden saavuttamisesta tukevaa yksilöllistä neuvontaa (81 %) samoin kuntoutuksessa välitettyä terveystietoa he olivat soveltaneet myös oman elämäänsä (92 %) (Kuva 13).



Kuva 13. Elintapamuutoksen toteutuminen kotona

Lisäksi kyselylomakkeessa pyydettiin naisia arvioimaan tämän hetkistä sydäntilannetta ja etenkin sydänterveysteen liittyvissä riskitekijöissä tapahtuneita muutoksia (Liite 5, liitekuva 1). Naiset olivat seuranneet painoa, vyötäröympärystä, verenpainetta ja verikokeen tuloksia. Vastaukset olivat hyvin epämääräisiä. Tutkimukseen osallistuneet ilmoittivat selkeästi muutokset painonhallinnassa ja vyötäröympäryksessä. Samoin kuin kuntoutuksen aikana parhaiten painon oli pudonnut niiden kuntoutujan kohdalla, joiden lähtöpainoindeksi oli 25,0-29,9 kg/m². Seitsemän kuntoutujaa ilmoitti painon pudonneen muutamasta kilosta aina kuuteen kiloon: ” *paino pudonnut 6kg –vyötärö kaventunut 5-6 cm verenpaine kohdallaan (lääkitys),kolesteroli normaali (lääkitys)*” (25).

Sen sijaan vähäisemmälle huomiolle jäivät verenpainetta, veren rasva-arvojen ja verensokerin seuranta. Osa kuntoutujista vertasi tarkasti tuloksiaan suhteessa hoitotasoon. Sitä vastoin suurin osa totesi yleisellä tasolla arvojen olleen hoitotasolla. ”*Rasva-arvot ihanteelliset*”(20). Kahdeksan vastaajaa lisäsi annettuun luetteloon stressin, unen tai liikunnan.” *Tavoitteeksi asetettiin painonpudotus -2 kg. Se on vaikeaa, jatkuvien rippi ym. häitten tähden. Muut arvot hyvät. Liikun joka päivä, usein 2 kertaa, mutta se 2 kg sitkeästi kiinni*” (13).

7 POHDINTA

7.1 Tavoitteenasettaminen ja sen ohjaus

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella sepelvaltimotautia sairastavien naisten näkökulmasta sydänkuntoutuksen tavoitteenasettelua ja sen ohjausta. Kuntoutujat 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. Kuntoutujat 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. Kansaneläkelaitoksen standardi (2008) velvoittaa palveluntuottajia käyttämään GAS- menetelmää sydänkursseilla. Standardi edellyttää, että kurssin alkuvaiheessa kuntoutuja asettaa itselleen 1-3 henkilökohtaista tavoitetta kuntoutukselle.

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 & 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 kysymysten, 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 kokemuksiin elintapamuutosyrityksistä ja suunniteltava yhdessä konkreettisia keinoja repsahduksien hallintaan, sillä suunnitelmien tekeminen auttaa kuntoutujaa elintapamuutostavoitteisiin 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 psyykkiseen 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 laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008). Läheiset ovat tärkeä tuki kuntoutujan arjessa kotona, joten heidän mukana olo keskustelussa on toivottavaa.

Kuntoutujat 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. Sydän kuntoutuksessa 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 jo saatavana sähköisesti.

7.1.1 Muutosvaihemalli elintapaohjauksessa

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

Kuntoutajat asettivat korkeintaan kolme tavoitetta. Tavoitteita oli yhteensä 70 ja tavoitteiden saavuttamiseen 107 keinoa (k.a. 2.7 tavoitetta/kuntoutuja). Kuntoutujien elintapamuutostavoitteet hajaantuivat useille eri elintapa-alueille. GAS –menetelmän tavoitteena on, että tietylle elintapa-alueelle valitaan korkeintaan kolme tavoitetta keskittyen keskeisen muutoksen eri osatekijöihin (Kiresuk ym. 1994). Kuntoutujalla ei ehkä ole kaikkiin elintapamuutoksiin kerrallaan valmiutta. Siksi ohjauksessa on merkityksellistä erottaa keskeinen muutoskohde ja asettaa konkreettiset tavoitteet sen ympärille (Kasila ym. 2003).

Muutosvaihemallin soveltaminen ohjauksessa toteutui osittain. Kuntoutuslaitoksissa hyödynnettiin Transteoreettista muutosvaihemallia sekä keskusteluna että lomakekyselynä (Kuntoutus Peurunka 2008). Kyselyn avulla tunnistettiin toiminta- ja ylläpitovaiheiden

ajalliset määreet kuten kolme tai kuusi kuukautta tupakoimatta. Tavoitteiden asettamisen ohjauksessa ajalliset määritykset eivät ole kuitenkaan keskeinen tekijä, vaan keskeisenä on tunnistaa muutoksen vaiheet ja prosessit (Vähäsarja ym. 2004). Muutosvaihemallin onnistunut hyödyntäminen sydänekuntoutuksen elintapaohjauksessa vaatii edelleen kehittämistä ja ohjaajien kouluttautumista. Kehittämistarvetta on todettu laajemmin elintapaohjauksessa (Stephoe ym. 2001, Vähäsarja ym. 2004).

7.1.2 Sepelvaltimotautia sairastavien naisten tavoitteet

Kuntoutuja on oman elämäntilanteensa ja terveyteensä liittyvien kysymysten asiantuntija. Vaikka sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla on lähtötilanteessa sama sairaus, heidän kuntoutukselle asettamansa tavoitteet näyttäytyvät kunkin elämäntilanteeseen sopivina tavoitteena (Autti-Rämö ym. 2010). Sepelvaltimotautia sairastavan naisen keskeisimmät tavoitteet koskivat painonhallintaa, terveysliikunnan lisäämistä ja psyykkisen hyvinvoinnin kohentumista sekä muiden sydämen riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutosta. Osa tavoitteista ja keinoista ilmaistiin yleisellä tasolla kun niiden pitäisi olla konkreettisia lähellä kuntoutujan arkielämää. GAS-menetelmä ohjaa asettamaan määrällisiä tavoitteita kuten kilometriä tavoitteet painonhallinnassa. Psyykkisen hyvinvoinnin kohentumista koskevat tavoitteet olivat lähinnä laadullista tavoitetta. Tutkimuksen tuloksena oli, että pääsääntöisesti laadullisiin tavoitteisiin kuuluva työelämään liittyvät tavoite jäi havaitsematta. Ammatillisten tavoitteiden asettamiseen menetelmän soveltamisessa on selkeästi vaikeuksia. Siksi ICF-luokitukseen perustuva Rehabilitation Problem Solving (RPS)-lomaketta on tärkeä hyödyntää tavoitteenasettamisessa (McDougall & Wrigh 2009).

Sydänkurssilla kuntoutujat asettivat ensimmäiseksi ja tärkeimmäksi tavoitteekseen painonhallinnan. Samansuuntainen tulos on havaittu myös Hämäläinen ym. (2007) tutkimuksessa. Sen sijaan tämän tutkimuksen tulokset poikkesivat Hämäläisen ym. (2007) tutkimuksesta työelämän tavoitteiden osalta siinä, että työssäkäyvät kuntoutujat eivät lainkaan asettaneet selkeästi työelämäntavoitteita liittyen esimerkiksi työkyvyn paranemiseen tai työhön paluuseen. Kuntoutujan tavoitteen kohteen määrittelyssä ei tutkimusajankohtana ollut vielä käytössä erillistä työmenetelmää kuten ICF-viitekehystä, joka Kelan uusien käytäntöjen mukaan ohjaa kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyä ja kirjaamiskäytäntöä. Moniammatillisen työryhmäläiset voivat ottaa käyttöön ICF-luokitukseen perustuvan RPS-arviointilomakeen,

jotta arviointi yhdenmukaistuu ja laaja-alaistuu sekä kaikki työ- ja toimintakyvyn osa-alueet tulee huomioiduksi (Wade 2005, Rauch 2008, Paltamaa ym. 2011). Myös tähän tarvitaan jatkossa henkilöstön kouluttamista (Paltamaa ym. 2011).

Kelan lomakkeessa painotetaan tavoitteiden konkreettisuutta, realistisuutta ja mitattavuutta, joten tavoitteen määrittelyssä suositellaan käyttämään SMART-tekniikkaa (Bovend'Eerd ym. 2009, Autti-Rämö 2010). Tässä tutkimuksessa painonhallinnan ja terveystoiminnan lisäämisen ja muiden sydämen riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutoksen tavoitteet täyttivät SMART-tekniikan kriteerit. Tavoitteet liittyivät suunniteltuun kuntoutusmuotoon ja ne olivat saavutettavissa kuntoutustoimenpiteiden avulla. Kuntoutajat olivat miettineet tarkkaan käytännön toteutusta, mitattavuutta ja ajallisia määreitä. Terveystoiminta tavoitteen kohdalla kuntoutajat täydensivät tavoitetta keinojen kohdalla, jolloin liikuntatavoitteesta muodostui selkeä kokonaisuus. Psykkisen hyvinvoinnin kohentamisen tavoitteet olivat sen sijaan lähinnä yleisellä tasolla olevia laadullisia tavoitteita. Tavoitteiden asettaminen SMART-periaatteella on haasteellista. Ohjauksen esteenä on sen moninaisuus ja ajanpuute (Bovend'Eerd ym. 2009) ja tämä ilmeni tässä tutkimuksessa etenkin laadullisten tavoitteiden osalta. Toisin sanoen ohjaaja on yhdessä kuntoutujan kanssa laadittava tavoitteet rajoitetussa ajassa SMART-periaatteen mukaiseen tavoitteenasetteluun. Lisäksi tavoitteen arvioinnin helpottamisessa on hyvä miettiä selkeitä mittareita tai vähintään laadittava ne konkreettiseen ja realistiseen muotoon. Konkreettiset ja realistiset tavoitteet saavat myös kuntoutujan sitoutumaan elintapamuutoksiin tavoitteiden saavuttamiseksi (Bovend'Eerd ym. 2009). Laadullisen tavoitteen on oltava määrällisen tavoitteen tavoin täsmällisiä ja selkeitä sekä tarpeeksi haastavia (Rovio ym. 2003). Asiakaslähtöisyyteen perustuva GAS-mentelmä vaatii ohjaajalta kokemusta erilaisten kuntoutujien hoidosta, kuntoutumisesta ja seurannasta (Autti-Rämö 2010).

Kuntoutujien kokemana ohjaajat käyttivät monipuolisia opetusmenetelmiä ja ohjeet auttoivat löytämään keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä annetut välitehtävät olivat riittävät. Aikaisempien tutkimusten mukaan elintapamuutokseen tähtäävässä ohjauksessa kuntoutujan kanssa on pohdittava ja sovittava tavoitteiden ohella keinot tavoitteiden saavuttamiseksi (Oettingen ym. 2000, Thedford 2004, Poskiparta ym. 2007). Tutkimuksen tuloksena oli, että käytännönläheisiä keinoja kirjattiin vähäisesti. Kuntoutujien painonhallinnan keinot olivat pääosin ruoka- ja liikuntamuutoksissa. Konkreettiset ja arkiset keinot olivat vähemmistönä. Tupakan lopettamisen keinoina oli nimetty ainoastaan lääkehoidon aloittaminen. Tutkimuksen

perusteella ohjaajan on jatokassa panostettava käytännönläheisten keinojen pohtimiseen yhdessä kuntoutujan kanssa ja ne tulee myös kirjata.

7.1.3 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi

Kurssin päätösvaiheessa kutoutujien GAS-tavoitelomakkeelle asettamista tavoitteista saavutettiin 64 prosenttia. Kun otetaan huomioon painonhallinta, terveysliikunta ja psyykkisen hyvinvoinnin tavoitteet niin, muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutostavoitteet saavutettiin parhaiten (73 %) ja niissä tapahtui suotuisia muutoksia. Psyykkinen hyvinvoinnin tavoitteen tärkeyttä osoittaa se, että sen oli ottanut tavoitteekseen 18 naista. Yli puolet kuntoutujista myös arvioi, että psyykkinen hyvinvointi oli kohentunut.

Tutkimuksen mittaustuloksissa oli nähtävissä myönteistä kehitystä sydänterveyden kannalta. Sydämen riskitekijöistä tutkittiin verenpaine, paino, BMI ja vyötäröympäryys sekä kysyttiin liikunta-aktiivisuus. Ainoastaan verenpaine- arvojen keskiarvot eivät yltäneet alku- ja päätösvaiheessa hoitotasolle. Kun otetaan huomioon kaikki 26 naista niin paino aleni 14:sta ja vyötärö kaventui 15:sta naisen kohdalla. Lisäksi myönteisiä muutoksia oli terveysliikunnan määrässä. Painonhallinta tulokset 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 liikkuvat vähintään kolme kertaa viikossa. Tämä ei vielä täytä terveysliikuntasuosituksia (Fogelholm & Oja 2005), mutta on hyvä suunta. Tavoitteen saavuttamisen edellytyksenä on selkeiden tavoitteidenasettamisen lisäksi sydänkuntoutuksessa toteutettu yksilöllinen liikuntaneuvonta (Lindström 2003).

Tutkimuksessa painonhallintatavoitteensa saavutti parhaiten naiset, joiden BMI oli 25–29.9 kg/m² ja ne, joiden tavoite oli maltillinen, alle 3kg painon pudotus. 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 lihaviin kohdalla tehostettua yksilöllistä ohjausta, joka on suunnitelmallista, usealla tapaamiskerralla annettava elintapaohjausta sisältäen ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta (Lindström 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). Sydänkuntoutuksessa kuntoutujat opettelevat itsehoitoa esimerkiksi seuraamalla säännöllisesti verenpainetta ja keskeisempiä verikokeen tuloksia. Kuntoutuksen päätyttyä suurin osa naisista oli toiminut ohjauksen mukaisesti. Kuntoutujat olivat seuranneet verenpainetta ja verikokeen tuloksia sekä verranneet tuloksia suhteessa hoitotasoon. Kuntoutujat olivat tyytyväisiä kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen tekemiinsä elintapamuutoksiin. He vaikuttivat sitoutuneilta asettamiinsa tavoitteisiin, tavoitteiden saavuttaminen koettiin edelleen tärkeäksi. He 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.

7.2 Ohjauksen kehittämissuhteet

Tämän tapaustutkimuksen tulokset ovat hyödynnettävissä sydänkuntoutuksen tavoiteasettelun ohjauksessa niin, että ohjauksessa kyetään paremmin huomioimaan sepelvaltimotautia sairastavien naisten erityispiirteitä. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ohjauksessa tulisi hyödyntää eri työmenetelmiä. Ohjauksessa tavoitteiden asettamisen ja niiden saavuttamisen arvioinnin välineinä on ICF- viitekehykseen perustuva RPS-lomake ja GAS-menetelmä yhdessä. Työmenetelmien hallinta vaatii kouluttautumista.

Kuntoutuja kirjaa henkilökohtaiset tavoitteet GAS-lomakkeelle. Ohjaajan tulee huomioida kuntoutujien yksilölliset erot itsearvioinnin toteutuksessa ja mahdollistettava riittävä aika GAS -tavoitelomakkeen täyttämiseen. Ohjauksessa on merkityksellistä erottaa keskeinen

elintapamuutoskohde ja sen ympärille asettaa tavoitteet. Tavoitteiden asettamisen ohjauksessa muutosvaiheen ajalliset määritykset eivät ole olennainen tekijä, vaan keskeisenä on tunnistaa muutoksen vaiheet ja prosessit. Muutosvaihemallin onnistunut hyödyntäminen elintapaohjauksessa vaatii edelleen kehittämistä ja kouluttautumista.

Tavoitteiden asettamisen ohjaus SMART -periaatteella on haasteellista etenkin laadullisten tavoitteiden kohdalla. Laadullisten tavoitteiden kohdalla on mietittävä sopivia mittareita ja laadittava selkeämpiä, konkreettisempia tavoitteita. Laadullisen tavoitteen on oltava selkeästi ilmaistu, jotta sen saavuttamisen tunnistaminen on yksiselitteistä. Ohjaaja laatii yhdessä kuntoutujan kanssa tavoiteasteikon eri tasojen kuvaukset niin, että ne ovat ymmärrettävissä. Tämän lisäksi ohjaajan on pohdittava yhdessä kuntoutujan kanssa käytännönläheiset keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Seuraavana esimerkit sekä määrällisestä (taulukko 9) että laadullisesta tavoitteesta (taulukko 10).

Taulukko 9. Esimerkki määrällisestä tavoitteesta

2 TAVOITTEEN ASETTAMINEN JA ARVIOINTI	Tavoite 1 Kohtalaisen rasittavan kestävyysliikunnan lisääminen kolmen kk aikana	Asteikko	Arviointi pvm
	Kestävyysliikuntaa satunnaisesti	-2	Selvästi odotettua matalampi
	Kestävyysliikuntaa vähintään ½ h 1-2 päivänä/ vko	-1	Jonkin verran odotettua matalampi
	Kestävyysliikuntaa vähintään ½ h 3-4 päivänä/ vko	0	Tavoitetaso
	Kestävyysliikuntaa vähintään ½ h 5-6 päivänä/ vko	+1	Jonkin verran odotettua korkeampi
	Kestävyysliikuntaa vähintään ½ h 7 päivänä/ vko	+2	Selvästi odotettua korkeampi

Taulukko 10. Esimerkki laadullisesta tavoitteesta

2 TAVOITTEEN ASETTAMINEN JA ARVIOINTI	Tavoite	Mielialani kohenee kolmen kuukauden aikana (oma asteikko miinus 5-plus 5)
		Asteikko
		Arviointi pvm
	Koen mielialani hyvin masentuneeksi (miinus 4-miinus 5)	-2 Selvästi odotettua matalampi
	Koen mielialani vain kohtalaisesti masentuneeksi (miinus 2-miinus 3)	-1 Jonkin verran odotettua matalampi
	Koen mielialani normaaliksi (miinus 1-plus 1)	0 Tavoitetaso
	Koen mielialani kohentuneen (plus 2-plus 3)	+1 Jonkin verran odotettua korkeampi
	Koen mielialani selvästi kohentuneen (plus 4-plus 5)	+2 Selvästi odotettua korkeampi

Tavoitteenasettamisen lisäksi ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota yksilöllisen ohjauksen tarpeen omaaviin henkilöihin. Tässä tutkimuksessa tuloksena oli, että vaikeasti lihaviin kohdalla on suunnattava tehostettua painonhallintaan liittyvää yksilöllistä ohjausta.

Tutkimuksen tulokset osaltaan kannustavat ohjaajia hyödyntämään sosiaalista tukea tavoitteita asettaessa esimerkiksi mahdollistetaan läheisten mukana olo tavoitekeskusteluissa. Kuntoutujien motivaatiota voidaan tukea hyödyntämällä motivoivaa keskustelua avoimien kysymyksien, yhteenvetojen ja voimaantumista tukevan palautteen avulla. Ohjaajan tulisi keskittyä kannustamaan ja vahvistamaan kuntoutujan uskoa omaan pystyvyyteen sekä ohjaamaan konkreettisten toiminta- ja varmistussuunnitelmien tekoon. Repsahduksien hallinnan ohjaus voidaan toteuttaa kehitettyjen haastattelukysymys- ja kyselylomakkeiden avulla.

Kurssin päätösvaiheessa kuntoutuja arvioi tavoitteiden saavuttamista GAS- lomakkeelle. Tavoitteiden saavuttamisen arviointitilanne on parhaimmillaan ohjaajan ja kuntoutujan välistä dialogista kumppanuutta. Tällöin ohjauksessa toteutetaan kannustavaa palautetta kuntoutujan tavoitteiden saavuttamisesta ja tuetaan edelleen jatkamaan muutosprosessissaan. Ohjauksessa tulisikin antaa myönteistä palautetta toiminnasta esimerkiksi ruoka- ja liikuntapäiväkirjojen pohjalta.

7.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Tämän tutkimuksena tulokset liittyivät sepelvaltimotautia sairastavien naisten kokemukseen tavoiteasettelusta ja sen ohjaukseen GAS-menetelmän avulla. Ohjaussuhde sisältää reflektiota, dialogia, tukea, oppimiskumppanuutta, joka on näkymätöntä, kirjaamatonta. Tämä tuotiin esiin tässä tutkimuksessa teorian kautta, mutta sen näkyvyyttä on syytä tuoda esille laadullisen tutkimuksen kautta. Jatkossa on tärkeätä saada tietoa ohjaajan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen rakentumisesta tavoitekeskustelujen yhteydessä. Keskusteluanalyysin avulla voisi tutkia ohjaajan ja kuntoutujan välisen vuorovaikutuksen rakentumista. Tarkasteltaisiin, mitä tavoitekeskustelussa saadaan aikaiseksi, millaisia ohjausmenetelmiä käytetään ohjaustilanteissa, miten ohjaaja saa selville kuntoutujan muutosvaiheen ja motivaation muutokseen sekä miten ohjaaja suuntaa tavoitteenasettelun ohjauksen muutostarvetta vastaavaksi.

7.4 Tapaustutkimuksen arviointi

Tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa on kyetty tuottamaan. Tämän tapaustutkimuksen luotettavuuden arviointi tarkastellaan seuraavien kriteerien avulla uskottavuus/vastaavuus (credibility), vahvistettavuus (confirmability), refleksiivisyys (reflexivity) ja siirrettävyys (transferability) (Kylmä ym. 2007, 127).

7.4.1 Tutkimuksen uskottavuus ja vahvistettavuus

Tutkimuksen *uskottavuudella* tarkoitetaan sitä, miten tutkimuksen tuottamat tulkinnat osallistuneiden todellisuudesta vastaavat heidän käsityksiään. Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin tapaustutkimus, koska pyrittiin saamaan tutkimuskohteesta mahdollisimman kokonaisvaltainen ja tarkka kuvaus. Tapauksena oli sepelvaltimotautia sairastavien naiskuntoutujien ryhmä. Tapaustutkimuksen tavoitteena oli saada esille oleellista elintapamuutoksen tavoitteenasettelusta ja sen ohjauksesta. Tutkimuksen uskottavuudella voidaan varmistaa, että aineisto on riittävä. Tutkittavien määrä vastaa hyvin kyseistä olevaa kuntoutusryhmää, sillä 60 % naisista osallistui tutkimukseen (Eskola & Suoranta 1998).

Tutkimuksen *vahvistettavuuden* kohdalla kysytään, miten aineisto tukee tutkijan tekemiä tulkintoja ja miten nämä tulkinnot ovat vahvistettavissa. Tutkimuksessa tehtyjen ratkaisujen ja päättelyn oikeutusta varmistettiin käyttämällä useita menetelmällisiä tekniikoita. Tässä tutkimuksessa on käytetty triangulaatiota, jolla tarkoitetaan useamman rinnakkaisen menetelmän käyttöä samassa tutkimuksessa. Tutkimuksessa käytettiin aineistokeruuna kyselylomaketta, Kelan GAS-tavoitelomaketta ja klinisiä mittauksia. Kyselylomakekysymysten laatiminen oli haasteellista, koska aika kuntoutujien kuntoutusjaksosta vaihteli kolmesta kuukaudesta yli vuoteen. Tämän johdosta kuntoutujille kerrottiin saatekirjeessä tarkasti tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja mitä tietoja tutkimuksessa käytetään. Kuntoutujille kuvattiin aineistomenetelmät: GAS-tavoitelomake, esikyselylomake ja alku- ja päätösvaiheen mittaukset. Kysymykset pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeästi ja väljästi käyttäen sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tutkimuksessa on pyritty selostamaan ja perustelemaan tehdyt ratkaisut. Luokittelujen synty ja niiden perusteet on kuvattu mahdollisimman tarkasti niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan päättelyä ja arvioimaan raportin luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135–137, Kylmä & Juvakka 2007, 162–163).

Tutkimuksen aineiston analyysiin käytettiin sisällönanalyysimenetelmää. Haasteena oli aineiston pelkistäminen ja luokkien kuvaaminen luotettavasti. Sisällönanalyysin avulla kyettiin esittämään aineisto tiivistetysti ja yhdistämään pelkistetyistä ilmauksista yhteen kuuluvat asiat, joista muodostui alaluokkia. Alaluokista luotiin yhdistäviä yläluokkia niin kauan kuin se oli mielekästä. Lähtökohtana oli induktiivinen sisällönanalyysi, jossa keskiössä oli naiskuntoutujien tavoiteasettelu GAS-lomakkeen avulla. Aineistoa kuvaavina ja elävöittäväinä esimerkkinä käytettiin tutkimukseen osallistuneiden suoria lainauksia. Tutkimuksessa hyödynnettiin mahdollisimman laajasti kaikkien naisten kokemuksia niin, että aineisto on mahdollisimman moniääninen. Sitaatit pyrittiin merkitsemään mahdollisimman tarkasti. Tutkimusaineistoa muodostui myös määrällisestä aineistosta kuten mittaustuloksista ja kyselylomakkeen suljetuista kysymyksistä. Tutkimus ei pyrkinyt tuottamaan tilastollisesti yleistettävää tietoa, vaan lähinnä tavoitteena oli tapauksen syvälinen, kuvaileva ja laaja-alainen ymmärtäminen.

7.4.2 Reflektiivisyys ja siirrettävyys

Kun tarkastellaan *reflektiivisyyttä*, niin erityisesti tarkastelun kohteena on tutkijan rooli suhteessa tutkimuskohteeseen. Tutkija on tässä tutkimuksessa avoin ja toimiva subjekti, joka tulkitsee sosiaalista tilannetta omasta näkökulmasta, eikä niinkään puolueeton tarkkailija. Tämä tutkimus on mahdollista määritellä arvosidonnaiseksi ja subjektiiviseksi lähestymistavaksi (Heikkinen & Jyrkämä 1999). Tutkija ei ollut neutraali suhteessa tutkimuskohteeseen, koska hän on toiminut sydänkursseilla sairaanhoitajana. Tutkijan mielenkiinto tavoiteasetteluun ja sen ohjauksen kehittämiseen on syntynyt työtehtävien kautta. Tutkija oli toisaalta lähellä toimikenttää, mutta toisaalta on ottanut etäisyyttä kurssitoiminnasta. Tärkeätä on myös olla objektiivinen kyetäkseen tarkastelemaan kuntoutustoimintaa riittävän etäältä ja ymmärtääkseen sitä. Prosessin eri vaiheissa tutkija tarkasteli kriittisesti omia ajattelu- ja toimintatapoja niin, ettei mitään olennaista jäänyt huomioimatta tutkimuskohteen tuttuuden takia. Tässä reflektiivisessä ajatustyössä käytettiin tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjoitettiin kuvaus eri tutkimuksen vaiheista. Tutkijan Kelan kuntoutusjärjestelmän tuntemus on auttanut kohdentamaan tutkimusta keskeiseen kehittämis- ja tutkimuskohteeseen, GAS-menetelmään.

Tutkimuksen *siirrettävyys* toiseen kontekstiin esimerkiksi toiseen kuntoutuslaitokseen on rajoitetusti mahdollista, koska tutkimus toteutettiin Kelan järjestämässä kuntoutuksessa, jota ohjaa Kelan standardi. Huomioitavaa on, että standardista huolimatta sydänkuntoutuskurssien toteutus, sisällöt ja henkilökunnan osaaminen vaihtelee kuntoutuslaitoksien välillä. Toisaalta tilanteet ja toimintaympäristöt muuttuvat ja tutkimuskohde on muuttunut jo tutkimuksen aikana. Tämä tulee hyvin ilmi siinä, että GAS-lomake uudistui vuoden 2011 alussa vastaamaan alkuperäistä Kiresukin menetelmää (Autti-Rämö ym. 2010). Kohdeorganisaation on mahdollista hyödyntää tutkimusta laajentaakseen ymmärrystä kuntoutujan kokemuksista tavoitteenasettelussa ja kohdentaa omaa ohjaustaan vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita. Tutkimuksen kohderyhmän ääni on aikaisemmin jäänyt vaille huomiota, koska tutkimukset on kohdennettu lähinnä miehiin (Stramba-Badiale 2009). Tutkimuksesta saatujen tulosten siirrettävyys on lukijan arvioitavissa.

7.4.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuslupa myönnettiin Kelalta (Liite 2) ja kuntoutuslaitokselta. Tutkimussuunnitelmassa kuvattiin, miten tutkittavia informoidaan tutkimuksesta saatekirjeessä (Liitteet 3). Kela pyysi täydentämään tutkimuslupaa Jyväskylän yliopiston eettisen toimikunnan lausunnolla. Tutkimukselle haettiin (10.6.2010) Jyväskylän yliopiston eettisen toimikunnan arvio eettisen lausunnon tarpeesta. Eettisen toimikunnan pöytäkirjamerkinnässä todetaan, ettei tutkimuksen toteuttamiseen vaadita eettisen toimikunnan lausuntoa. Tutkimuslupaa hakiessa tähdennettiin, että tutkimuksen suorittaa Valviran myöntämän luvan saanut laillistettu sairaanhoitaja, joka työskentelee sydänkuntoutujien parissa kuntoutuslaitoksessa.

Tutkimuksessa kiinnitettiin erityisesti huomiota tutkijan eettisiin periaatteisiin kuten haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamuksellisuus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2007,58). Tutkimuksen eettisyyden kannalta oli tärkeää tutkittavien informointi, anonymisyysasiat ja tietojen käyttäminen vain tutkimusta varten. Analyysi- ja raportointivaiheessa on noudatettu tutkittavien suojelua ja anonymiteettiä. Tutkimukseen liittyvissä raporteissa eivät ilmene yksittäisten henkilöiden vastaukset tai vastaajien henkilötiedot. Aineistoa säilytetään lukitussa kaapissa 1.8.2011 asti, jonka jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti. Tutkimuksen riippumattomuutta tukee se, ettei tutkimus ole saanut kohdeorganisaatiolta määrärahoja tai vastaavaa tukea.

LÄHTEET

Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. [WWW-dokumentti] Päivitetty 17.1.2011 [Haettu 4.1.2011] <http://www.kaypahoito.fi>.

Alahuhta M. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Lääketieteellinen väitöskirjatyö, Oulun yliopisto, 2010.

Allesøe K, Hundrup YA, Thomsen JF, Osler M. Psychosocial work environment and risk of ischemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occupational and Environmental Medicine* 2010;67:318-22.

Atjonen P. Hyvä, paha arviointi. Helsinki: Tammi, 2007.

Autti-Rämö I, Vainiemi A, Sukula S, Louhenperä A. GAS-menetelmä käsikirja 18.5.2010.

Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, Franklin B, Sanderson B, Southardet D. Core components of cardiac rehabilitation/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* 2007; 115:2675-82.

Bandura, A. Self-efficacy: the exercise of control. 8 th ed. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.

Beckie TM. A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 21(2):146-53.

Bovend'Eerdt TJH, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23:352-61.

Cardillo JE. Goal setting, follow-up, and goal monitoring. Teoksessa Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (toim.) Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement. New York: Psychology Press, 1994:3961.

Clark AM, Hartling LH, Vandemeer B, McAlister FA. Secondary prevention programs for patient with coronary artery disease. *Annals In of internal Medicine* 2005; 143:659-72.

Dallongeville J, De Bacquer D, Heidrich J, De Backer G , Prugger C, Kotseva K, Montaye M, Amouyel P. Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event. *Heart* 2010;96:1744–49.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 1998.

Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Heart Journal* 2007; 28:2375–2414.

Fogelholm M, Oja P. Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Duodecium, 2005:72-80.

Greenberg JS. Health education: Learner-centered instructional strategies. 4 th ed. Boston: WCB/Mc Graw-Hill, 1998.

Hankonen N. Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality. Valtiotieteellinen väitöskirjatyö, Helsingin yliopisto, 2011.

Hanes O. A-tyyppinen käyttäytyminen ja sepelvaltimotauti. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1997;21

Harskamp RE, Zeeman GG. Preeclampsia: at risk for remote cardiovascular disease. *The American Journal of the Clinical Sciences* 2007; 334(4):291-5.

Hayes SN. Preventing cardiovascular disease in women. *American Family Physician* 2006; 74(8):1331–40.

Heikkinen, HLT, Jyrkämä J. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: Heikkinen H, Huttunen R, Moilanen P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 1999:25-56

Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20:756-72.

Hämäläinen H, Röberg M. Kokonaisvaltainen katse sydäntuntoutukseen. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2007;88.

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO, 2001. Käännös Stakes, ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.2005.

Jokisaari M. 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, 2002:67–83.

Järvikoski A, Karjalainen V. Kuntoutus monitieteisenä ja – alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2.painos. Helsinki:Duodecium, 2008:80–93.

Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: A transtheoretical model-based assessment. *J Human Nutr Diet* 2003;16:159-166.

Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Ohjaustyylit koululaisten napostelutottumuksia koskevassa suun terveysohjauksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009; 46:37–45.

Kaukua J. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. *Duodecim* 2006; 122(10):1215–24.

Kelan kuntoutustilastot 2009. Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä. Helsinki, 2010.

Kelan laitospuolittaisen kuntoutuksen standardit. Versio 15, OTE/ 5.12.2008. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto, kuntoutusryhmä, 2008.

Kettunen T. Sairaalapotilas viestijänä. *Suomen lääkärilehti* 1998;11:1275–78.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Terveystieteen väitöskirjatyö. Jyväskylän Yliopisto, 2001.

Kettunen T, Karhila P, Poskiparta M. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 2002; 14(5):213-22.

Khan F, Pallant JF, Turner-Stokes L. Use of goal attainment scaling in inpatient rehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2008; 89(4): 652-59.

Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement. New York: Psychology Press, 1994.

KKRL. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista koskeva laki 566/2005.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä [WWW-dokumentti] Päivitetty 23.11.2009 [Haettu 10.1.2011] <http://www.kaypahoito.fi>

Koikkalainen M. Ruokailutottumusten muuttamisen esteet sydänpotilaille. Lääketieteen väitöskirjatyö. Kuopion yliopisto, 2001.

Koivula M. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki Lääketieteen väitöskirja. Lääketieteen väitöskirjatyö. Tampereen yliopisto, 2002.

Koskenvuo M. Aiheuttaako stressi somaattisia sairauksia? *Duodecim* 2000; 116:2288-95.

Koskinen S, Talo S, Hokkinen E-M, Paltamaa J, Musikka-Siirtola M. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehäksessä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009; 46:196–207.

Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation* 2009;16(2):121–37.

Kummel M. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveystyöskäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Lääketieteen väitöskirjatyö. Turun yliopisto, 2008.

Kuntoutus Peurunka. Laatuksikirja. Terveysneuvonta työohje 30.4.2009.

Kuntoutusselonteko. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko Eduskunnalle 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002;6

Kupias P. Kouluttajana kehittyminen. Helsinki: Palmenia, 2007.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy, 2007

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors T. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 2007.

Lichtman JH, Bigger T, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, Daniel B, Mark DM, Sheps DS, Taylor B, Sivarajan Froelicher E. Depression and Coronary Heart Disease. *Circulation*. 2008;118:1768–75.

Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes care* 2003;26(12):3230–36.

Lukkarinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Hoitotieteen ja terveystieteiden väitöskirjatyö. Oulun Yliopisto, 1999.

Lääkinnällinen kuntoutusasetus 1015/ 28.6.1991.

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, 2002: 127- 144.

Mannion AF, Caporaso F, Pulkovski N, Sprott H. Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic low back pain. *Rheumatology* 2010; 49(9):1734–38

Martelin T, Koskinen S, Valkonen T. Kuolleisuus, sairastavuus ja toimintakyky. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalainen terveys. Saarijärvi: Duodecium 2005: 117-52.

Marzolini S, Brooks D, Oh PI. Sex differences in completion of a 12-month cardiac rehabilitation programme: an analysis of 5922 women and men. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2008; 15(6): 698-708.

McKee G, Bannon J, Kerins M, FitzGerald G. Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 6: 233-40.

McDougall J, Wright V. The ICF-CY and Goal Attainment Scaling; Benefits of their combined use for pediatric practice. *Disability and Rehabilitation* 2009; 31 (16): 1362-1372.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing People for change*, 2 nd ed. New York, London: The Guilford Press, 2001.

Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP, Grady D, Haan CK, Hayes SN, Judelson SR, Keenan NL, McBride P, Oraril S, Ouyang P, Oz MC, Mendelsohn SC, Pasternak RC, Pinn VW, Robertson RM, Schenk-Gustafsson K, Sila CA, Smith SC Jr, Sopko G, Taylor AL, Walsh BW, Wenger NK, Williams CL; American Heart Association. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 Update. *Circulation* 2007;115:1481–501.

Mäkinen A, Penttilä U-R. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrässä, sisällössä ja järjestämistavassa. Suomen sydänliiton julkaisuja, 2007;1.

Nothwehr F, Jingzhen Y. Goal setting frequency and the use of behavioral strategies related to diet and physical activity. *Health Education Research* 2007;22(4):532-38.

Nurmi J-E, Salmela-Aro K. Modernin motivaatiopsykologian perusta ja käsitteet. Teoksessa Salmela-Aro K, Nurmi J-E (toim.) Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. PS-kustannus.Keuruu: 2002:10-27.

Ojala S, Hautamäki K, Rissanen P. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutustarve. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007;44:228–38.

Ojanen S. Ohjauksesta oivallukseen: ohjausteorian kehittelyä. Helsinki: Palmenia, 2001.

Okkonen E. Potilaan psykososiaaliset vaaratekijät, selviytymiskeinot ja koettu terveys sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen yhteydessä. Lääketieteen väitöskirjatyö. Helsingin yliopisto, 2000.

Onnismaa J. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus, 2007.

Oettingen G, Hönig G, Gollwitzer PM. Effective self-regulation of goal attainment. *International Journal of Educational Research* 2000;33: 705–32.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy, 2011.

Pirinen L. työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen esimerkkinä painonhallinta. Hoitotieteen väitöskirjatyö. Turun Yliopisto, 2007.

Prochaska JO, Nocross JC. *Systems of psychotherapy. A transtheoretical Analysis*.5 th ed. Thomson Learning, Los Angeles, 2003.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical Model and Stages of Change. Teoksessa Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behaviour and health education: theory, research and practise. 3 th ed. San Francisco (Calif.): Jossey-Bass, 2002: 99-120.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Terveystieteen väitöskirjatyö. Jyväskylän Yliopisto, 1997.

Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Kettunen T, Kiuru P. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvontaperusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2007; 44: 20–28.

Rantanen P, Julkunen J, Vanhanen H. Naisten sydänterveyden edistäminen terveysneuvonnan ja varhaiskuntoutuksen keinoin. Satunnaistettu vaikuttavuustutkimus. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 2009;82.

Rauch A, Cieza A, Stucki G. 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 2008; 44: 319–42.

Reunanen A. Verenkiertoelin sairaudet. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalainen terveys. Saarijärvi: Duodecium 2005:153-63.

Reunanen A, Hanses O, Maatela J, Impivaara O, Aromaa A. Type A behaviour pattern in Finland. Annals of clinical research 1987;19(2): 114–19.

Rovio E, Eskola J, Silvennoinen M, Lintunen T. Tavoitteenasettelu tutkimuskohteena liikunnassa ja työyhteisössä. arvioiva katsaus. Liikunta & Tiede 2003; 5–6:16-25.

Rushton PW, Miller WC. Goal attainment scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: A pilot study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Vol. 83, Issue 6, Pages 771-775

Schenck-Gustafsson K. Risk factors for cardiovascular disease in women. Maturitas 2009; 63 (3):186-190.

Schüz B, Sniehotta FF, Mallach N, Wiedemann AU, Schwarzer R. Evidence for three stages of change: Predicting transitions from the preintention, intention and action stages.2007. [WWW-dokumentti] [Haettu 4.3.2010] <http://www.diss.fu-berlin.de/2007/424/chapter4.pdf>

Schnohr P, Jensen JS, Scharling H, Nordestgaard BG. Coronary heart disease risk factors ranked by importance for individual and community. European Heart Journal 2002; 23: 620-26.

Smith A. Illustrations of goal setting. Teoksessa Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (toim.) Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement. New York: Psychology Press 1994:1538.

Steiner W, Ryser L, Huber E, Uubelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Physical Therapy 2002; 82:1098-1107.

Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavior counselling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health* 2001; 91:265-69.

Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, Jonsson B, Schenck-Gustafsson K, Tendera M. Cardiovascular diseases in women: A statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2006; 27:994-1005.

Stramba-Badiale M. Red Alert for Women's Hearts. *Women and Cardiovascular Research in Europe*. European Society of Cardiology and the European Heart Network, 2009.

Suomen Sisätautilääkäreiden Yhdistys, Suomen Kardiologinen Seura, Suomen Verenpaineyhdistys, Kunnallislääkärit, Suomen Työterveyslääkäriyhdistys, Suomen Neurologinen Yhdistys, Sosiaalilääketieteen Yhdistyksen Käyttätymislääketieteen Jaos, Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Aivohalvaus- ja Dysfasialiitto. Uusittu Eurooppalainen suositus. Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä. *Suomen Lääkärilehti* 2004;59:2117-19.

Suomen Sydänliitto. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Sydän- ja verisuoniterveyden edistämistä ja -sairauksien ehkäisyä koskeva osa suomalaisesta sydänohjelmasta. *Suomen sydänliiton julkaisuja* 2005;1

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt vuonna 2009 [verkkojulkaisu] ISSN=1799-5051 Helsinki: Tilastokeskus 17.12.2010 [Haettu 8.2.2011] http://www.stat.fi/til/ksyyt/ksyyt_

Theodford K. Setting Goals and Empowering Lifestyle Modification. *Journal of the American dietetic association* 2004 ;104(4):559.

Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. [WWW-dokumentti] 14.04.2010 [Haettu 15.5.2010] http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015

Tones K, Green J. *Health Promotion. Planning and strategies*. New Delhi: Sage, 2004.

Tuomi J, Sarajarvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi*. Helsinki: Tammi, 2009.

Tynjälä P. *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita*. Tampere: Tammer-Paino, 2002.

Uusikylä K, Atjonen P. *Didaktiikan perusteet*. Porvoo: WSOY, 2005.

Vaccarino V, Votaw J, Faber T, Veledar E, Murrain NV, Jones LR, Zhao J, Su S, Goldberg J, Raggi JP, Quyyumi AA, Sheps DS, Bremner JD. Major Depression and Coronary Flow Reserve Detected by Positron Emission Tomography. *Archives Internal Medicine* 2009;169(18):1668-76.

Vanhalakka -Ruoho M. *Ohjaus ja oppimiskumppanuus työorganisaatiossa*. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H, Spangar T. *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 3. Ohjaustyön välineet*. Juva: PS -kustannus 2004; 178 -188.

Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T, Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & Tiede* 2004; 6:81-7.

Wade DT. Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation* 2005;19:811-18.

Walsh N. Mortality higher with type D personality in PAD. [WWW-dokumentti] 2009 [Haettu 15.9.2009].

<http://www.medpagetoday.com/Cardiology/PeripheralArteryDisease/15556>

World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion 21 November 1986.

[WWW-dokumentti] 2010[Haettu 27.5.2010]

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Yin RK. Case study research: Design and methods (3rd edition). Applied Social Research methods series Vol 5. London, New Delhi: Sage, 2003.

LIITE 3 TAVOITELOMAKE

Vaihtoehto 1

Kuntoutujan/perheen kanssa sovitut tavoitteet ja niiden seuranta

KELA

Nimi _____ Henkilötunnus _____
 Kurssin nimi _____ Kurssinumero _____ Aloituspäivä _____
 Kurssipaikka _____

Ensimmäisellä kurssijaksolla kirjataan 1–4 päätavoitetta numerojärjestyksessä selkein ja konkreettisin ilmaisin lomakkeelle. Tavoitteiden tulee olla toteutettavissa. Jos kurssi on moniosainen, lomaketta täytetään kullakin jaksolla; miten tavoite on saavutettu ja mitä sovitaan jatkosta. Jos kurssi on yksiosainen, lomake täytetään tavoitteen osalta kurssin alussa ja lopussa annetaan arvio ja sovitaan jatkosta.

Konkreettinen tavoite	Tavoitteen saavuttaminen asteikko +3, +2, +1, 0, -1, -2 *		Mitä sovitaan jatkosta
	Pvm	Arvo	
Tavoite 1 _____	Jakso 1 _____	_____	Jakso 1 _____
	Muut jaksot _____	_____	Muut jaksot
Tavoite 2 _____	Jakso 1 _____	_____	Jakso 1 _____
	Muut jaksot _____	_____	Muut jaksot
Tavoite 3 _____	Jakso 1 _____	_____	Jakso 1 _____
	Muut jaksot _____	_____	Muut jaksot
Tavoite 4 _____	Jakso 1 _____	_____	Jakso 1 _____
	Muut jaksot _____	_____	Muut jaksot

* Tavoitteen saavuttaminen arvioidaan GAS-asteikolla (Goal attainment scale). Asteikko on seuraava:

- + 3= muutos parempi kuin tavoite, + 2 = tavoite saavutettu, + 1= muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu, 0= ei muutosta, - 1= hieman huonompi, - 2= tilanne merkittävästi huonompi

 Kuntoutujan/huoltajan allekirjoitus ja päiväys

Hoitotaho, jolle kopio voidaan lähettää selosteen liitteenä kuntoutujan luvalla _____

Lomaketta voi kopioida.

Marjo-Riitta Anttila

18.6.2010

Tutkimuslupa

Kiitos tutkimuslupapyyntöstäsi ja siihen liittyvistä tarkennuksista. Olemme tutustuneet tutkimussuunnitelman ja puolestamme tutkimuksen toteuttaminen sopii.

Pyydämme teitä ottamaan huomioon, että

- tutkimuksella tulee olla ohjaaja, sillä ohjaaja/oppilaitos on yhdessä tutkijan kanssa vastuussa siitä, että tutkimus on asianmukainen
- oppilaitoksen tulee vastata tutkimuksen eettisestä arvioinnista
- kuntoutuslaitos ja tutkimuksen tekijät vastaavat siitä, ettei tutkielman teko aiheuta häiriöitä kuntoutukseen
- tutkimukseen osallistuvilta / heidän huoltajiltaan on kysyttävä kirjallinen lupa kyselyyn/haastatteluun osallistumisesta. Kuntoutujille on kerrottava selkeästi, mitä heidän kuntoutuksessa antamia tietoja käytetään tutkimustarkoitukseen.
- yhteydenotossa kuntoutujiin tulee noudattaa tietosuojaan liittyviä lakeja ja säädöksiä. Oppilaitos tai tutkija ei voi olla suoraan yhteydessä kuntoutujiin. Yhteydenottajana voi olla kuntoutuspalveluntuottaja.
- kuntoutujille tulee antaa selkeästi tietoa siitä, ettei tutkimus liity heidän kuntoutukseensa, eikä tutkimuksesta kieltäytyminen vaikuta heidän kuntoutukseensa.

Pyydämme teitä lähettämään kopion valmiista opinnäytetyöstä kuntoutusryhmään joko sähköpostilla osoitteeseen teoskehittamishanke@kela.fi tai postitse osoitteeseen Kela, Terveysosasto, kuntoutusryhmä, PL 78, 00381 Helsinki.

Lisätietoja asiasta antaa suunnittelija Hanna Pakkala, puh 020 634 3241, sähköposti etunimi.sukunimi@kela.fi.

Ystävällisin terveisin

Tuula Ahlgren

Kehittämispäällikkö

Kansaneläkelaitos

Terveysosasto

Kuntoutusryhmä



**SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVIEN NAISTEN TAVOITTEELLINEN
TERVEYSNEUVONTA LAITOSKUNTOUTUKSESSA
-esimerkkinä painonhallinta
tutkimus**



Kuva: Kuntoutus Peurunka

Olemme Kuntoutus Peurungassa kiinnostuneita sepelvaltimotautia sairastavien naisten tavoitteellisen terveysneuvonnan kehittamisestä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten laitoskuntoutuksessa toteutettu tavoitteellinen terveysneuvonta tukee naisten painonhallintaa ja/tai elintapamuutosta sekä auttaa vähentämään sepelvaltimotaudin riskitekijöitä.

Tutkimukseen on valittu naiset, jotka ovat olleet sydänkuntoutuksessa Kuntoutus Peurungassa vuosina 2009 - 2010. Tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutuksen aikana täytettyä tavoitelomaketta (GAS) ja niiden soveltavuutta käytännössä. Tutkimuksen aineistona ovat myös esikyselylomake- ja mittaustiedot (paino, BMI, vyötärönympäryys, verenpaine). Käytettävät tiedot ja mittarit on tarkemmin kuvattu saatekirjeen lopussa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia Teillä on Peurungassa saadusta terveysneuvonnasta ja miten se on tukenut teidän henkilökohtaista tavoitettanne. Lisäksi olemme kiinnostuneita, miten olette onnistuneet saavuttamaan tavoitteet ja elintapamuutos on vaikuttanut sepelvaltimotaudin riskitekijöihin.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta osallistumalla voitte edesauttaa kuntoutuksen kehittämistä Kuntoutus Peurungassa. Pyydämme Teitä allekirjoittamaan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tämän jälkeen vastatkaa lyhyeen kysymyslomakkeeseen ja lähettäkää kyselylomake ja allekirjoitettu suostumuslomake mukana olevassa vastauskirjekuoressa xx.xx mennessä Peurunkaan. **Olette mukana tutkimuksessa, koska juuri Teidän mielipiteenne on tärkeä!**

Tutkimuksen suorittaa Kuntoutus Peurungan sydänkuntoutuksen työntekijä sairaanhoitaja Marjo-Riitta Anttila Jyväskylän yliopiston pro gradu -työnä

Lisätietoja antavat johtava ylilääkäri Mika Pekkonen p.020 751 6778 (mika.pekkonen@peurunka.fi) ja sairaanhoitaja Marjo-Riitta Anttila (terveystieteiden yo) p. 0400 247 513 (marjo-riitta.anttila@peurunka.fi)

Kiitos osallistumisestanne!

Tutkimuksessa käytetyt lomake- ja mittaustiedot

GAS (= Goal Attainment Scale) - tavoitelomake

Tavoitelomakkeen tavoitekohdat täytitte kuntoutuskurssin alussa ja tavoitteiden toteutumista arvioitte kurssin lopussa. Tavoitteita olitte kirjanneet 1-3, joita arvioitte asteikkovälillä +3....-2.

Esikyselylomake/ nykytilanteen kartoitus

Lomakekysely täytettiin kotona ennen kuntoutuksen alku- ja päätösvaihetta. Tutkimuksessa hyödynnetään kolme kysymystä lomakkeesta.

G- Mikä on nykyinen ammattialasi? Asteikkona on 0-8

R- Mitä mieltä olet painostasi? Haluaisitko laihtua? Asteikko 1-3

V- Kuinka paljon liikut ja rasiat itseäsi ruumiillisesti vapaa-aikana? Asteikko 1-4

Mittauksia

Kuntoutuksen alku- ja päätösvaiheessa tulohaastattelun yhteydessä tarkasteltiin sydämen vaaratekijöitä, joihin liittyi erinäisiä mittauksia. Tutkimuksessa hyödynnetään pituus, paino, vyötärön ympärysmittausta sekä verenpainetuloksia.

Paino ja pituuden mittauksista laskettiin BMI eli painoindeksi (body mass index), joka lasketaan jakamalla paino kilogrammoissa metreissä ilmaistun pituuden neliönä (BMI= paino kiloina : pituus metreinä x pituus metreinä)

Verenpaine mitattiin istuma-asennossa käyttäen kalibroitua verenpainemittaria.

Vyötärön ympärysmitta mitattiin seisten paljaalta vyötäröltä kevyen uloshengityksen lopussa. Mittaus tehtiin suoliluuharjanteen ja alimman kylkiluun puolivälissä.

SUOSTUMUS

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja haluan osallistua siihen. Olen tietoinen, että osallistumiseni tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja että tutkimus ei liity sydänekuntoutukseen ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta eikä se vaikuta kuntoutuspalveluihini.

Samalla annan suostumukseni, että minun tavoitelomake (GAS) ja esikysely- ja mittaustietoja (paino, BMI, vyötärön ympäryys, verenpaine) voidaan liittää tutkimukseen.

Kysely- tavoitelomake- ja mittaustietoja käsitellään ainoastaan tilastollisena ja sisällöllisinä ryhminä. Tietoja ja tuloksia esitellään niin, että niistä on mahdoton tunnistaa yksittäistä henkilöä.

Kerättäviä tietoja käytetään ainoastaan tutkimustarkoitukseen. Aineistoa säilytetään lukitussa kaapissa, jonka jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti viimeistään 1.8.2011. Lisätietoja antavat johtava ylilääkäri Mika Pekkonen p.020 751 6778 (mika.pekkonen @peurunka.fi) ja sairaanhoitaja Marjo-Riitta Anttila p. 0400 247 513, (marjo-riitta.anttila@peurunka.fi)

Annetut tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia

Paikka: _____

Aika: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____



SEPELVALTIMOTAUTIA SAIRASTAVIEN NAISTEN TAVOITTEELLINEN
TERVEYSNEUVONTA LAITOSKUNTOUTUKSESSA
-esimerkkinä painonhallinta



Kuva Kuntoutus Peurunka

KYSELYLOMAKE

KUNTOUTUS PEURUNKA

KOKEMUKSET TAVOITTEELLISESTA TERVEYSNEUVONNASTA KUNTOUTUS PEURUNGASSA

Olette olleet Kuntoutus Peurungassa sydänkuntoutuksessa vuosina 2009-2010. Kuntoutuksen aikana asetitte elintapamuutokseen liittyviä tavoitteita. Kuntoutukseen sisältyi yksilöllisiä ja ryhmässä tapahtuvia tavoitekeskusteluja. Henkilökohtaiset tavoitteet kirjasitte kuntoutuksen aikana tavoitelomakkeelle (GAS). Lomakkeen avulla myös seurattiin tavoitteiden saavuttamista päätösjaksolla. Seuraavassa on lomakkeen täyttämiseen ja tavoitteittenne saavuttamiseen liittyviä kysymyksiä.

Asetitte kuntoutuksen aikana elämäntapoihin liittyviä tavoitteita. Seuraavaksi on kysymyksiä GAS- tavoitelomakkeesta. Ympäröi jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto

Vastausvaihtoehdot:

1- täysin samaa mieltä, 2- samaa mieltä, 3- en osaa sanoa, 4-eri mieltä, 5-täysin eri mieltä

- | | |
|--|-----------|
| 1.1 Tavoitteiden kirjaaminen GAS- tavoitelomakkeelle oli mielestäni hyödyllistä | 1 2 3 4 5 |
| 1.2 GAS- tavoitelomake auttoi minua tavoitteiden saavuttamisen seurannassa | 1 2 3 4 5 |
| 1.3 Mielestäni tavoitteiden asettelu konkreettiseen muotoon oli helppoa | 1 2 3 4 5 |
| 1.4 Sain selkeät ohjeet liittyen GAS- tavoitelomakkeen täyttämiseen | 1 2 3 4 5 |
| 1.5 Millainen kokemus Teille jäi GAS- tavoitelomakkeen täyttämisestä (ruusut/risut)? | |

Kokemuksia yksilö- ja ryhmässä tapahtuneesta tavoitteiden asettamisesta. Ympäroi jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto

Vastausvaihtoehdot:

1- täysin samaa mieltä, 2- samaa mieltä, 3- en osaa sanoa, 4-eri mieltä, 5-täysin eri mieltä

2.1 Kurssin vetäjien antamat ohjeet auttoivat minua löytämään keinot tavoitteiden saavuttamiseksi 1 2 3 4 5

2.2 Yksilölliset tavoitekeskustelut hoitajan ja fysioterapeutin kanssa olivat minusta kannustavia 1 2 3 4 5

2.3 Ryhmänvetäjät käyttivät monipuolisia opetusmenetelmiä 1 2 3 4 5

2.4 Sain eväitä repsahduksien hallintaan 1 2 3 4 5

2.5 Kuntoutusryhmä auttoi motivoitumaan itseni hoitamiseen 1 2 3 4 5

2.6 Ryhmässä käydyt tavoitekeskustelut olivat toimivia 1 2 3 4 5

2.7 Alkujakson jälkeen annetut välitehtävät olivat riittävät 1 2 3 4 5

2.8 Kuntoutusryhmässä oli kannustava ilmapiiri 1 2 3 4 5

2.9 Tavoitekeskusteluissa hyödynnettiin aikaisempia kokemuksia elintapamuutosyrityksistä 1 2 3 4 5

2.10 Asetitte itsellenne elämäntapoihin liittyviä tavoitteita kuntoutusprosessin aikana. Kuvailkaa mitkä tekijät edistävät näiden tavoitteiden saavuttamista?

Tavoitteiden toteutuminen ja vaikutukset sydämen riskitekijöihin. Ympäröi jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto

Vastausvaihtoehdot:

1- täysin samaa mieltä, 2- samaa mieltä, 3- en osaa sanoa, 4-eri mieltä, 5-täysin eri mieltä

3.1 Henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttaminen on ollut minulle tärkeätä 1 2 3 4 5

3.2 Sain kuntoutuksen aikana yksilöllistä neuvontaa, joka on auttanut tavoitteiden saavuttamisessa 1 2 3 4 5

3.3 Olen kyennyt soveltamaan kuntoutuksessa välitettyä terveystietoa omaan elämään 1 2 3 4 5

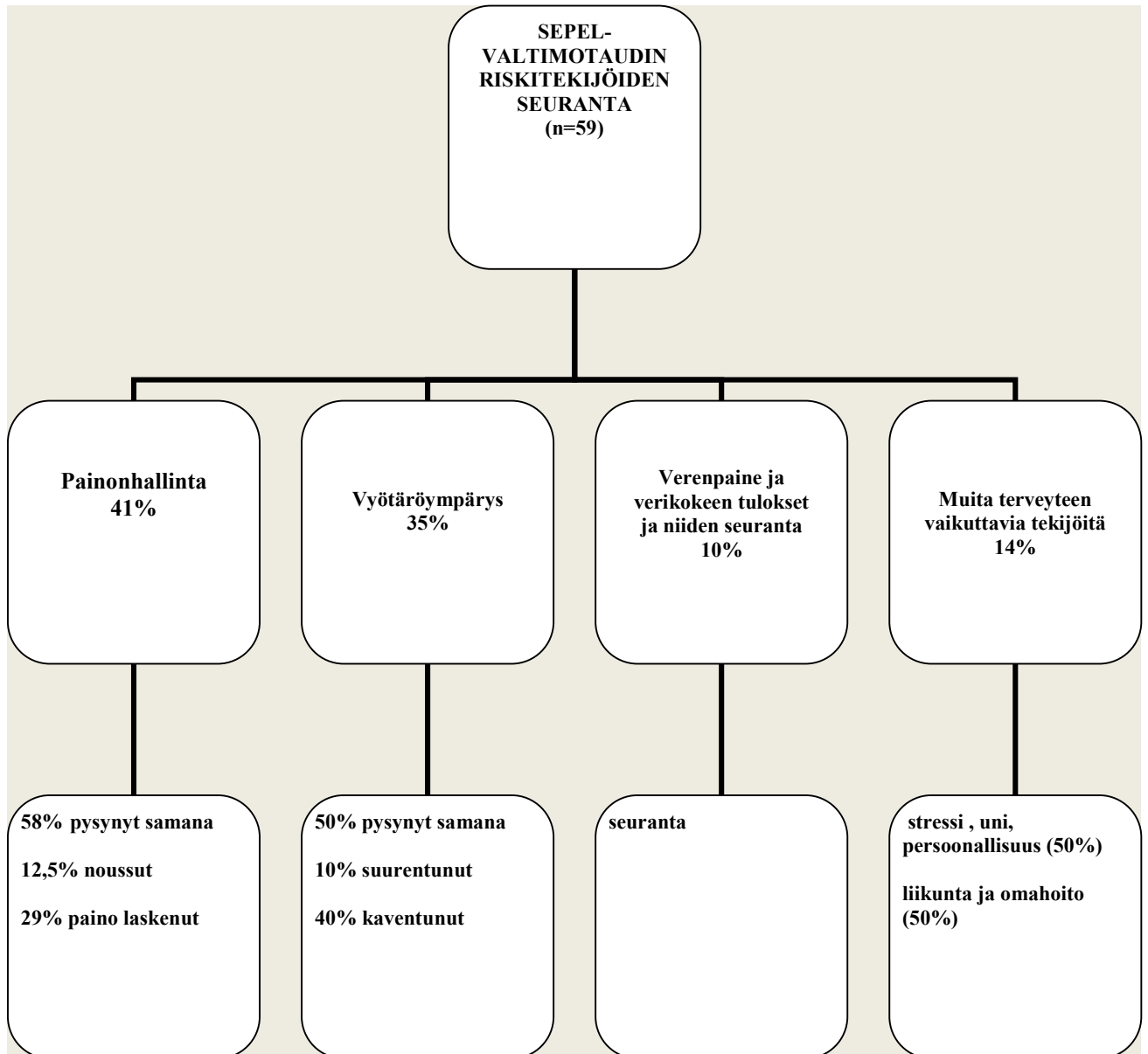
3.4 Olen edelleen sitoutunut asettamiini tavoitteisiin 1 2 3 4 5

3.5 Olen tyytyväinen kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen tekemiini elintapamuutoksiin 1 2 3 4 5

3.6 Päätösjakso päättyi _____ sitten

3.7 Peurungassa tarkasteltiin sydämen riskitekijöitä sydän –kuvion avulla. Arvioi tämän hetkistä sydäntilannetta. Onko sydänterveyteenne liittyvissä riskitekijöissä tapahtunut muutosta(esim.paino, vyötärönympäryys, verenpaine, kolesteroli, verensokeri)?

KIITOS VASTAUKSESTA!



Liitetaulukko 1. Tavoitteiden saavuttamisen keinot

Tavoitteiden saavuttamisen keinot	Keinot /kpl	%	Pää-ja alaluokat
	33	31%	<u>Painonhallinnan keinot</u>
<i>-lihaskunto liikuntaa väh. 1 kervko sauvakävelyä joka päivä</i>			
<i>kevyempi ruokavalio, ruokapäiväkirjaa pitäminen enemmän kasviksia ruokavalioon, rasvaa vähemmän, välipalat pois, lisää liikuntaa (4)</i>	17	52%	-ruokavalio
<i>-vähentää kovan rasvan määrää, 1 päivää vain suklaa pv/viikko (5)</i>	13	39%	-liikunta
<i>-iltasyöntiä vähennettävä (19)</i>	3	9%	Seuranta, -muu seuranta
<i>-liikuntaa lisää, ruokailujen järjestely painon seuraaminen->vaaka hankittava (26)</i>			
	35	33%	<u>Terveysliikunnan lisäämisen keinot</u>
<i>-1x vk kuntosalia, työmatkakävelyä ja keväällä pyöräilyä kuntopyöräilyä muina päivinä jollei muuta liikuntaa ole (1)</i>	6	17%	-kuntosali
<i>-pyöräilee 10 kmx2/viikko (5)</i>	5	14%	-pyöräily
<i>-kuntopyörä ylläpitää samoilla määrin (3)</i>	5	14%	-sauvakävely/kävely
<i>-uiminen (2)</i>	4	11%	-lenkki/ulkoilu
<i>-jalkojen harjoitteiden teko 1xpv (7)</i>	3	8%	-kuntopyöräily
	3	8%	-uinti
<i>-kevyt jumppa, reippaat lenkit luonnossa ym.(12)</i>	2	6%	-jumppa
<i>-käsipainojen käyttö ja kuntoilu yleensä esim. kuntosali porraskävely(19)</i>	2	6%	-voimistelu
	2	6%	-työmatkaliikunta
	1	3%	-käsipainot
<i>-postin haku päivittäin (23)</i>	1	3%	-porraskävely
	1	3%	-postin haku
	26	24%	<u>Psykkisen hyvinvoinnin lisäämisen keinot</u>
<i>Työkuormaa vähentää (2)</i>			
	5	19%	-työkuorman vähentäminen
<i>Hankin rentoutuskasetin</i>			
<i>Yritän illalla olla tv jännäriä katsomatta (7)</i>	5	19%	-rentoutus
<i>.. jäisin osa-aikatyökyvyttömyyseläkkeelle riittävän levon ja liikunnan tasapainotus (rentoutus-cd:t, hengitystekniikka, liikunta -kts.yllä</i>	1	3,8%	-unenhoidto ja erilaiset harjoitteet
<i>Parempi uni (melatoniinilääkityksen aloitus..)(21)</i>	4	15%	
<i>Tilanteen hallinta, tasapainoon pyrkiminen työskentelyn ja ns. vapaa-ajan välillä (12)</i>	3	11,5%	-lääkehoito
	3	11,5%	-omaa aikaa
	13	12%	<u>Muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutoksen keinot</u>
<i>Lääkityksen jatkuminen. Ruokavalion pitäminen</i>			
<i>Liikuntaa olisi 4 krt/vko 1h/krt (20)</i>	2	15%,	-liikunta - ja ruokailutottumuksien muutokset
	5	38%	
<i>Champix (10)</i>			
	3	23%	-lääkehoito
<i>Seuraa verenpainetta (23)</i>			
	2	15%	-seuranta
<i>Turha huolehtiminen pois</i>			
<i>Rentoutumista päivittäin (13)</i>	1	8%	-rentoutuminen
<i>Keinoja yhteensä</i>	107	100%	

Liitetaulukko 2. Painonhallintatavoitteen saavuttaminen

Arviointi	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muutos parempi kuin tavoite	5	19,2	25,0	25,0
Tavoite saavutettu	7	26,9	35,0	60,0
Muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu	5	19,2	25,0	85,0
Ei muutosta	1	3,8	5,0	90,0
Hieman huonompi	2	7,7	10,0	100,0
Tavoitteita arvioitu yht. * 1 ktj asettanut 2 tavoitetta alueelle	20	76,9	100,0	
5 ei asettanut tavoitetta alueelle 1 ktj ei arvioinut tavoitetta	6	23,1		
Yhteensä	26	100,0		

Liitetaulukko 3. Terveysliikunnan lisääminen tavoitteen saavuttaminen

Arviointi	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muutos parempi kuin tavoite	3	11,5	16,7	16,7
Tavoite saavutettu	8	30,8	44,4	61,1
Muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu	7	26,9	38,9	100,0
Tavoitteita arvioitu yht.	18	69,2	100,0	
7 ktj ei asettanut tavoitetta 1 ktj ei arvioinut tavoitetta	8	30,8		
Yhteensä	26	100,0		

Liitetaulukko 4. Psyykkisen hyvinvointi tavoitteen saavuttaminen

Arviointi	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muutos parempi kuin tavoite	1	3,8	5,6	5,6
Tavoite saavutettu	10	38,5	55,6	61,1
Muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu	4	15,4	22,2	83,3
Ei muutosta	1	3,8	5,6	88,9
Hieman huonompi	1	3,8	5,6	94,4
Tilanne merkittävästi huonompi	1	3,8	5,6	100,0
Tavoitteita arvioitu yht.	18	69,2	100,0	
8 ktj ei asettanut tavoitetta alueelle	8	30,8		
3 ktj asetti 2 tavoitetta alueelle				
Yhteensä	26	100,0		

Liitetaulukko 5. Muiden kliinisten riskitekijöiden ja niihin vaikuttavien elintapojen muutostavoitteen saavuttaminen

Arviointi	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muutos parempi kuin tavoite	4	15,4	36,4	36,4
Tavoite saavutettu	4	15,4	36,4	72,7
Muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu	2	7,7	18,2	90,9
Ei muutosta	1	3,8	9,1	100,0
Tavoitteita arvioitu yht.	11	42,3	100,0	
13 ktj ei asettanut tavoitetta alueelle, 2 ktj ei arvioinut tavoitetta	15	57,7		
Yhteensä	26	100,0		

Liitetaulukko 6. Verenpaine alku- ja päätösjaksolla

		Alkujakson systolinen verenpaine (mmHg)	Päätösjakson systolinen verenpaine (mmHg)	Alkujakson diastolinen verenpaine (mmHg)	Päätösjakson diastolinen verenpaine (mmHg)
N	Kuntoutuja	26	26	26	26
	Puuttuu	0	0	0	0
	Keskiarvo	131,42	136,42	78,35	81,00
	Mediaani	131,50	129,00	78,50	80,00
	Moodi	118 ^a	111	74 ^a	81
	Keskihajonta	19,154	22,095	11,352	9,666
	Minimi	81	110	58	65
	Maksimi	178	197	108	101

Liitetaulukko 7. BMI, vyötärönympäryys ja paino alku- ja päätösjaksolla

	Alkujakson BMI	Päätösjakson BMI	Alkujakson vyötärön- ympäryys	Päätösjakson vyötärön- ympäryys	Alkujakson paino	Päätösjakson paino
Kuntoutuja	26	26	26	26	26	26
Puuttuu	0	0	0	0	0	0
Keskiarvo	28,981	28,596	94,692	93,096	76,400	75,369
Mediaani	28,000	28,000	91,500	93,000	75,350	74,250
Moodi	28,0	28,0	90,0	80,0 ^a	64,5 ^a	62,5 ^a
Keskihajonta	4,1581	4,3267	11,6937	11,4044	12,3679	12,7318
Minimi	22,0	22,0	77,0	76,0	57,0	58,5
Maksimi	38,0	38,0	122,0	121,0	107,5	107,5