



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

”Se hankala potilas”: painoon kohdistuvan stigman vallitsevuus terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa

Laura Lagerblom

Ravitsemustiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Kansanterveystieteen ja kliinisen

ravitsemustieteen yksikkö

22.4.2022

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Ravitsemustiede

Lagerblom, Laura S. S.: "Se hankala potilas": painoon kohdistuvan stigman vallitsevuus terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa

Kandidaatin tutkielma, 37 sivua, 0 liitettä (37 sivua)

Tutkielman ohjaaja: FT Leila Karhunen

Huhtikuu 2022

**Asiasanat:** ennakkoluulot, hoitohenkilöstö, lihavuus, stigmat, terveydenhuoltohenkilöstö

Painoon kohdistuvalla stigmalla tarkoitetaan yksilöön tämän painon vuoksi kohdistuvia negatiivisia ennakkoluuloja, stereotypioita ja syrjintää. Painoon, etenkin lihavuuteen, kohdistuvaa syrjintää saatetaan perustella lihavuuden aiheuttamilla terveysriskeillä tai ajatuksella siitä, että lihavuus olisi täysin yksilön kontrolloitavissa. Painostigma ei kuitenkaan auta lihavia henkilöitä pudottamaan painoaan, vaan se on pikemminkin yhteydessä haasteisiin painonhallinnassa, häiriintyneeseen syömiseen sekä mielenterveyden ongelmiin. Tästä huolimatta painoon kohdistuva stigma on yleistä terveydenhuollossa ja sen ammattilaisten keskuudessa. Terveydenhuollossa painostigma voi ilmetä esimerkiksi riittämättömänä varusteluna, negatiivisina asenteina kuten turhautumisena tai epäluottamuksena lihaviin potilaisiin sekä vähemmän empaattisena tai painokeskeisempänä kielenkäyttönä. Painoon kohdistuva stigma terveydenhuollossa voi heikentää potilaan saamaa hoitoa, aiheuttaa terveydenhuollon välttelyä ja näin ollen vaikuttaa potilaan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Lihavuuden yleistyessä on tärkeää kiinnittää huomiota lihavuuden ja lihaviin potilaiden laadukkaaseen hoitoon, minkä vuoksi myös painostigman tutkimiseen ja vähentämiseen tulisi kiinnittää huomiota.

## Lyhenteet

BMI	Body-Mass Index eli painoindeksi
AFA	Anti-Fat Attitudes -kyselylomake
ATOP	Attitudes Toward Obese Persons -kyselylomake
BAOP	Beliefs About Obese People -kyselylomake
FPS	Fat Phobia Scale -kyselylomake
IAT	Implicit Association Test -testi
NAAFA	the National Association to Advance Fat Acceptance

## Sisältö

1	Johdanto.....	4
2	Kirjallisuuskatsauksen toteutus .....	5
3	Stigma.....	5
3.1	Stigmatisoivat piirteet.....	6
3.2	Stigman yhteys terveyteen.....	8
4	Painoon kohdistuva stigma .....	10
4.1	Painoon kohdistuva stigma terveydenhuollossa .....	11
4.2	Painoon kohdistuvan stigman tutkiminen.....	13
5	Painoon kohdistuvan stigman vallitsevuus terveydenhuollossa .....	16
5.1	Negatiiviset asenteet lihavia potilaita kohtaan.....	18
5.2	Hoidon laadun vertailu .....	20
5.3	Painokeskeinen puhe ja muut retoriset erot.....	21
5.4	Haasteet lihavuuden puheeksi ottamisessa.....	22
5.5	Näkemykset lihavuuden kuormituksesta terveydenhuollolle.....	23
6	Pohdinta.....	30
7	Johtopäätökset.....	32
	Lähteet.....	33

# 1 Johdanto

Yli 30-vuotiaista suomalaisista miehistä ja naisista merkittävästi lihavina on yli 25 % ja lihaviin aikuisten määrä on kaksinkertaistunut viimeisten neljänkymmenen vuoden aikana (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018, Mustajoki P, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), 2021). Lisäksi joka toinen suomalainen aikuisista on vyötärölihava. Lihavuus on riskitekijä monille sairauksille, kuten tyypin 2 diabetekselle, kohonneelle verenpaineelle ja dyslipidemioille, ja haitatessaan yksilöiden terveyttä ja hyvinvointia se lisää samalla terveydenhuollon kustannuksia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021, Mustajoki P, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), 2021, Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2021).

Lihavuuteen johtaa pitkäaikainen energiankulutusta suurempi energiansaanti. Energiankulutusta ovat pienentäneet ruumiillisen työn väheneminen sekä passiivisemmän, paljon istumista sisältävän elämäntavan lisääntyminen (Mustajoki P, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), 2021). Tästä huolimatta tekijät lihavuuden taustalla ovat moninaiset. Ihmisen biologiset ja psykologiset ominaisuudet yhdessä ympäristön sosiaalisten ja taloudellisten olosuhteiden kanssa altistavat lihomiselle (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2021). Tiedetään, että lihomista edistävät esimerkiksi stressi, unenpuute, alempi sosioekonominen asema ja mielenterveyden häiriöt, minkä lisäksi lihavuuteen liittyy poikkeavaa syömisen säätelyä verrattuna normaalipainoiseen väestöön (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2021). Viimeisten vuosikymmenien aikana havaittu lihavuuden lisääntyminen on pääasiassa seurausta ruokaympäristön muutoksesta (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2021, Mustajoki P, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), 2021).

Kanada julkaisi ensimmäisenä maailmassa osana kansallisia lihavuuden hoito-ohjeitaan terveydenhuollon ammattilaisille oppaan painoon kohdistuvien ennakkoluulojen vähentämisestä (Kirk ym. 2020). Painoon kohdistuvalla stigmalla eli häpeäleimalla tarkoitetaan eksplisiittisiä, implisiittisiä ja sisäistettyjä ennakkoluuloja, stereotyyppioita ja syrjintää, jotka kohdistuvat ennen kaikkea henkilöihin, joilla on lihavuutta (Anglé 2020, Kirk ym. 2020). Painostigman on havaittu olevan yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen, masentuneisuuteen ja huonompaan painonhallintaan (Jackson ym. 2015, Anglé 2020, Lawrence ym. 2021).

Stigmoille tyypilliseen tapaan painostigmakin ulottuu rakenteellisesti niin koulutusmaailmaan, työelämään kuin terveydenhuoltoonkin (Link ja Phelan 2001, Lacroix ym. 2017, Penner ym. 2018). Painoon kohdistuvan stigman ilmenemisestä terveydenhuollossa on raportoitu jo vuosien ajan (Lawrence ym. 2021), mutta Suomessa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa vallitsevaa stigmaa ei olla selvitetty.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella aiempien tutkimusten avulla, kuinka vallitsevaa painoon kohdistuva stigma on terveydenhuollossa ja millaisena stigma näyttäytyy terveydenhuollon ammattilaisilla. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa suomenkielistä kirjallisuutta aiheesta, koska toistaiseksi aiheesta ei juuri ole suomenkielisiä julkaisuja.

## **2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus**

Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin PubMed-, Scopus- ja Medline-tietokantoja. Katsaukseen valittiin kaikki tietokannoista löytyvät alkuperäistutkimukset, jotka löytyivät joko vapaasanahauulla "weight bias" AND "health personnel" NOT (student\* OR trainee\*) tai asiasanahauulla (Health personnel) AND (weight prejudice). Näistä katsauksen ulkopuolelle rajattiin yli viisi vuotta sitten julkaistut tutkimukset, pelkkiä opiskelijoita koskevat tutkimukset ja tutkimukset, jotka keskittyivät interventioihin stigman kuvaamisen ja vallitsevuuden selvittämisen sijaan. Näin pyrittiin tuomaan ilmi mahdollisimman ajankohtaista tietoa jo työtään harjoittavien ammattilaisten näkökulmasta.

## **3 Stigma**

Stigmalla eli häpeäleimalla tarkoitetaan yksilön sosiaalisen arvon vähenemistä jonkin sairauden tai muun vallitsevassa kulttuurissa yleisesti epähalutun piirteen vuoksi (Korkeila ym. 2011). Epätoivotun piirteen takia kantaja näyttäytyy "pilaantuneena" ja vähempiarvoisena kuin "normaalit" ihmiset (Major ym. 2018). Stigma on sosiaalinen rakenne, johon liittyy mustavalkoista ajattelua, stereotyyppioita sekä syrjintää (Link ja Phelan 2001, Korkeila ym. 2011, Major ym. 2018).

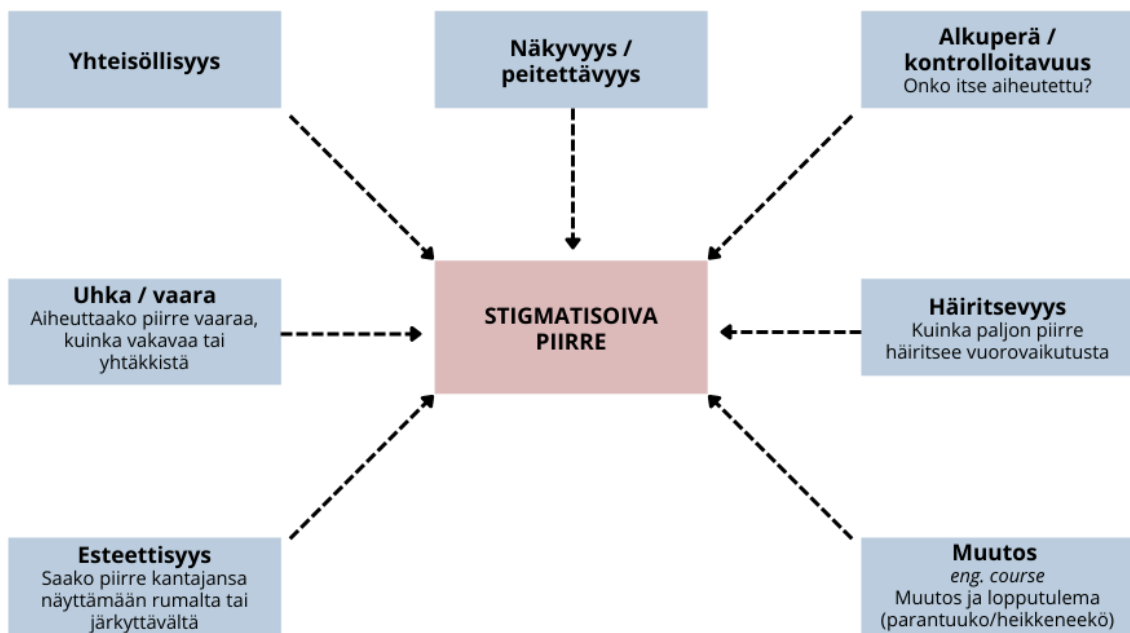
Stigman syntymiseen liittyy oleellisesti valta, sillä häpeäleima on seurausta epätasa-arvosta, jota stigman olemassaolo ja uhrin syyllistäminen vahvistavat entisestään (Link ja Phelan 2001, Korkeila ym. 2011). Syrjintä ja heikompi sosiaalinen status vaikuttavat kaikilla elämän osa-alueilla, minkä seurauksena stigma heikentää henkilön poliittisia, sosiaalisia ja taloudellisia mahdollisuuksia, vaikka alkuperäinen stereotypia ei näihin osa-alueisiin liittynytkään (Link ja Phelan 2001). Tämä lisää toiseuden tunnetta, stereotyyppien rakentumista sekä syrjinnän, vastustuksen ja hyljeksinnän toteutumista.

### 3.1 Stigmatisoivat piirteet

Stigmatisoivien piirteiden luokitteluun on erilaisia tapoja. 1960-luvulla stigmatisoivat piirteet luokiteltiin kolmeen kategoriaan: luonnevikoihin (engl. blemishes of individual character), kuten addiktiot, mielenterveyden häiriöt ja homoseksuaalisuus, jotka olivat Goffmanin mukaan seurausta heikosta mielestä tai ”luonnottomista intohimoista”; kauhistuttaviin kehollisiin piirteisiin (engl. abominations of the body) sekä heimostigmoihin (engl. tribal stigma), johon kuuluivat rotuun, kansallisuuteen tai uskontoon liittyvät piirteet (Goffman 1963). Goffmanin luokittelun heikkous on, etteivät kaikki stigmatisoivat piirteet solahda vain yhteen kategoriaan. Tämän luokittelun perusteella esimerkiksi lihavuuden voitaisiin katsoa kuuluvan sekä luonteeseen että kehoon liittyviin ”vikoihin”.

Vaihtoehtoisesti stigmatisoivia piirteitä voidaan luokitella tarkastelemalla niiden eroja. Major ym. (2018) yhdistää Jonesin (Jones ym. 1984) sekä Dovidion (Dovidio ym. 2000) työtovereineen aiemmin tunnistamat ydinulottuvuudet (engl. core dimensions) seitsemäksi ydinvaikuttimeksi (Kuva 1), joiden avulla stigmatisoivien piirteiden eroavaisuuksia voidaan havainnoida. Näistä vaikuttimista etenkin kolme on erityisen tärkeitä, kun halutaan ymmärtää stigman ja terveyden välistä yhteyttä: piirteiden näkyvyys/peitettävyyden, alkuperä tai kontrolloitavuus sekä yhteisöllisyys.

Henkilöt, joiden stigmatisoiva piirre on herkästi näkyvillä, ovat jo valmiiksi mustamaalattuja (Major ym. 2018). Heidät nähdään pääosin stigmatisoivan piirteen kautta ja määrittäminä, mikä lisää syrjinnän mahdollisuutta. Lisäksi nämä henkilöt ovat tietoisia mahdollisesta tuomitsemisesta heidän näkyvän piirteensä vuoksi, mikä puolestaan saa heidät olettamaan ja odottamaan ennakkoluulojen kohdistumista heihin. Näkyvä stigma saa henkilön rajoittamaan sosiaalista kanssakäymistä rajoittaakseen stigman negatiivista vaikutusta. Piirre, joka puolestaan ei ole näkyvissä, tekee henkilöstä mustamaalattavan, mikäli piirre paljastuu. Vaikka peittynyt tai peitetty piirre voi pienentää vuorovaikutuksen aiheuttamaa stressiä ja syrjintää, pelko sen paljastumisesta lisää rasiitusta.



**Kuva 1.** Stigmatisoivaan piirteeseen vaikuttavat tekijät Major ym. (2018) mukaan.

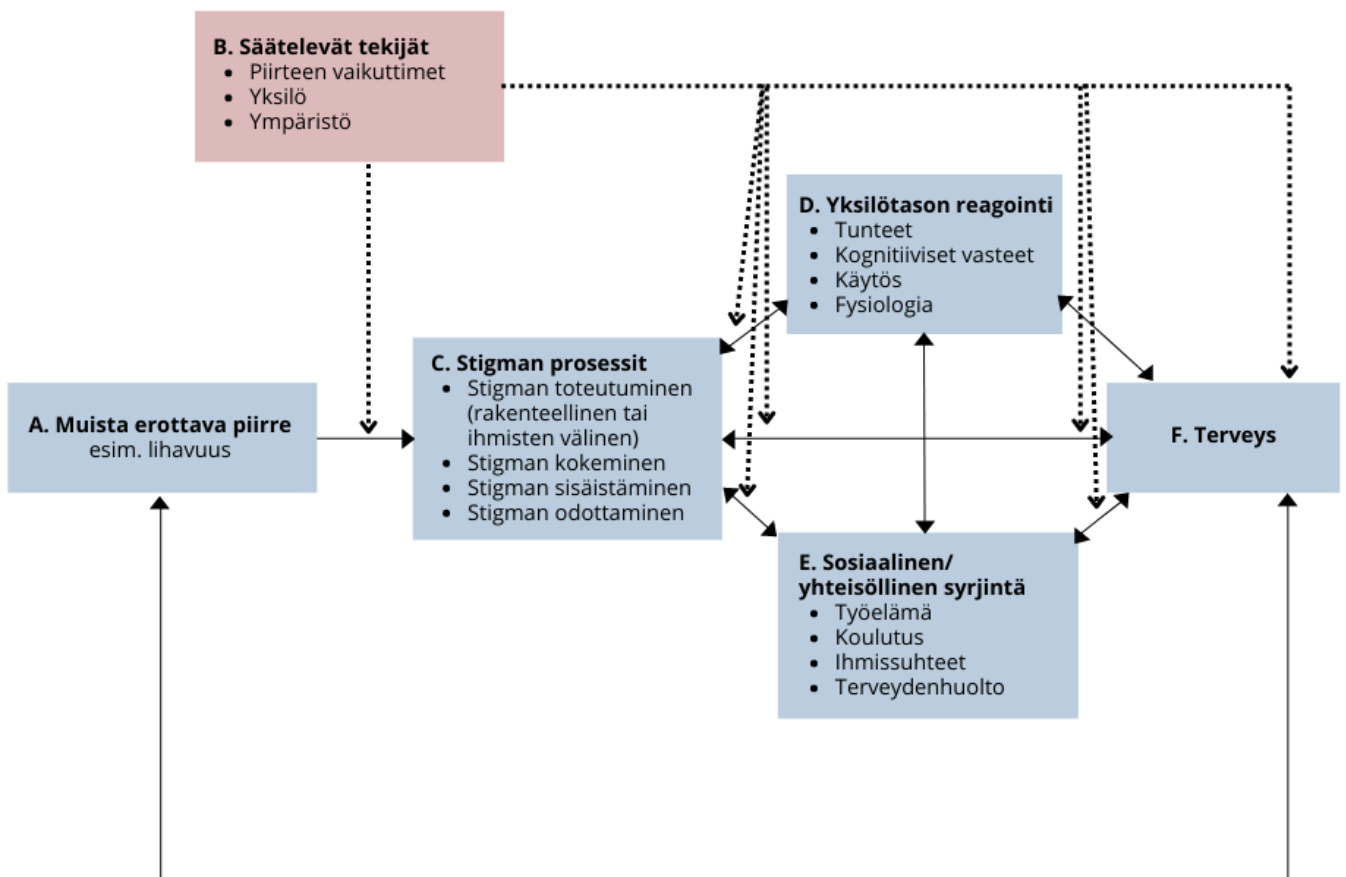
Stigmatisoivat piirteet eroavat toisistaan myös niiden alkuperän tai kontrolloitavuuden suhteen (Major ym. 2018). Mikäli piirteen katsotaan olevan enemmän itse aiheutettu tai kontrolloitavissa, pidetään stigmatisoitua henkilöä enemmän vastuussa ja syyllisenä piirteeseensä ja täten vähemmän pidettynä sekä vähemmän apua tai sääliä ansaitsevana.



Yhteisöllisyyden voidaan katsoa suojaavan stigmatisoivaa piirrettä kantavaa yksilöä sen aiheuttamalta stressiltä (Major ym. 2018). Yhteenkuulumisen tunne, yhteinen kulttuuri ja yhteisön tuki voivat suojata stigman aiheuttamalta stressiltä esimerkiksi seksuaalivähemmistöjen tai kuurojen keskuudessa. Havaitun stigman negatiivinen vaikutus terveyteen vaikuttaisikin olevan voimakkaampi henkilöillä, joiden stigma on vähemmän yhteisöllinen ja enemmän henkilökohtainen, kuten lihavuus, addiktio tai kehon epämuodostumat.

### 3.2 Stigman yhteys terveyteen

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa vallitsevaa painostigmaa. Kuva 2 mallintaa sitä, kuinka stigman vaikutus heijastuu yksilön terveyteen. Kuva 2 on käännetty ja laadittu Major ym. (2018) tekemän mallinnuksen pohjalta.



**Kuva 2.** Stigman vaikutus terveyteen. (Major ym. 2018).

Kuva 2 alkaa havaittavasta piirteestä A, joka erottaa yksilön muista ja laskee yksilön sosiaalista arvoa. Esimerkkejä tällaisesta piirteestä voi lihavuuden lisäksi olla esimerkiksi köyhyys, vanhuus tai seksuaaliseen vähemmistöön kuuluminen. Stigmatisoivat piirteet eroavat toisistaan usein eri tavoin, joita on esitetty Kuvassa 1. Nämä erot, lisäksi yksilön muut piirteet ja ympäristö vaikuttavat stigman ilmenemisprosesseihin ja niiden seurauksiin, minkä lisäksi ne voivat sellaisenaan jo vaikuttaa yksilön terveyteen (Major ym. 2018).

Stigman prosessit (Kuva 2, laatikko C) voidaan jakaa toteutumiseen (engl. enacted stigma) henkilöiden välisenä tai rakenteellisena (asenteet, median välittämä kuva, yksilön mahdollisuudet tai rajoitteet yhteiskunnassa verrattuna muihin ryhmiin), stigman kokemiseen (engl. felt stigma), sisäistämiseen ja odottamiseen (engl. anticipated stigma) (Major ym. 2018). Prosessit on kuvattu yhdessä samassa laatikossa, vaikkakin ne vaikuttavat myös toisiinsa. Prosessit vaikuttavat terveyteen niiden seuraamusten kautta.

Toteutunut stigma, sen tunteminen, sisäistäminen ja odottaminen voivat aiheuttaa yksilössä tunnereaktioita (esim. viha, häpeä, epävarmuus), kognitiivisia vasteita (esim. käytösmallit, tunteiden tukahduttaminen), muutoksia käytökseen (esim. liikuntapaikkojen välttely, ahmiminen, oksentaminen), minkä lisäksi se voivat saada aikaan fysiologisia vasteita stressireaktioiden välityksellä (Kuva 2, Laatikko D) (Phelan ym. 2015, Major ym. 2018, Mustajoki P, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), 2021). Näiden vasteiden vaikutus terveyteen ilmenee pidemmän ajan saatossa.

Laatikko E (Kuva 2) kuvaa stigman polkua terveysvaikutuksiin sosiaalisen ja yhteisötason syrjinnän vaikutuksen kautta. Esimerkiksi heikommat mahdollisuudet työ- ja asuntomarkkinoilla voivat johtaa heikompaan varallisuuteen, turvattomampiin elinympäristöihin ja sitä kautta heikompaan terveydenhuoltoon (Major ym. 2018). Myös esimerkiksi vaarallisemmat tai keholle kuormittavammat työpaikat kuormittavat terveyttä jo sellaisenaan. Toisaalta, jos henkilö on korkeassa sosiaalisessa arvossa stigmatisoivasta piirteestään huolimatta, vaikutukset terveydelle voivat välittyä vähäisempinä tai ainakin eri reittejä.

## 4 Painoon kohdistuva stigma

Termejä painoon kohdistuva stigma, syrjintä, vinouma, ennakkoluulot tai lyhyemmin painostigma (engl. weight bias, stigma, discrimination) voidaan käyttää kuvailemaan ilmiötä, jonka seurauksena henkilöiden painon vuoksi heihin kohdistuu negatiivisia uskomuksia, ennakkoasenteita ja tuomitsemista (Kirk ym. 2020). Painostigman aiheuttama paheksunta ja syrjintä vaikuttaa yksilöiden mahdollisuuksiin ja kokemuksiin niin työelämässä, terveydenhuollossa, ihmissuhteissa kuin henkilökohtaisellakin tasolla (Lacroix ym. 2017, Anglé 2020).

Painoon, etenkin lihavuuteen, kohdistuva stigma ilmenee implisiittisenä ja etenkin eksplisiittisenä (Penner ym. 2018). Eksplisiittisten ennakkoluulojen ilmaiseminen on tiedostettua, kun taas implisiitillä viitataan tiedostamattomiin ja automaattisiin asenteisiin ja ennakkoluuloihin (Phelan ym. 2015, Hyer ja Conner 2020). Lisäksi voidaan puhua sisäistetystä painostigmasta, jolloin lihava yksilö omaksuu stigman ja ennakkoluulot osaksi omaa ajatteluaan, mikä puolestaan on yhteydessä lisääntyneeseen masentuneisuuteen, ahdistukseen, stressiin ja itsetuhoisuuteen (Lawrence ym. 2021). Nämä mielenterveyden ongelmat taasen voivat tuoda esiin haitallisia selviytymiskeinoja kuten lohtusyömistä ja ahmimista (Anglé 2020, Lawrence ym. 2021). Lisäksi painostigma on yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen, epäterveellisiin ruokailutottumuksiin ja syödyn ruoan lisääntymiseen, mikä voi johtaa vielä suurempaan painon nousuun.

Painostigman vaikutusta hyvinvointiin tarkasteltiin yli 5 000 englantilaisen kohorttitutkimuksessa (Jackson ym. 2015). Lihavuuden, havaitun painostigman ja kolmen eri hyvinvoinnin osa-alueen (elämänlaatu, tyytyväisyys elämään ja masennusoireet) yhteyttä tarkasteleva tutkimus havaitsi, että jopa 40 % lihavuuden vaikutuksista psyykkiselle hyvinvoinnille voi olla selitettävissä painoon kohdistuvalla syrjinnällä.

Sen sijaan, että painostigma kannustaisi lihavia henkilöitä laihtumaan, voi se olla yhteydessä lihomiseen (Sutin ja Terracciano 2013). Osana yhdysvaltalaisista kohorttitutkimusta tarkasteltiin syrjinnän yhteyttä painoon. Viiden vuoden aikana painoon kohdistuvaa syrjintää kokeneiden ei-lihavien henkilöiden todennäköisyys lihoa painoindeksi-asteikolla (BMI) lihavaksi luokiteltavaksi oli

2,5-kertainen verrattuna niihin, jotka eivät olleet kohdanneet painoon kohdistuvaa syrjintää. Lihavien, painonsa vuoksi syrjittyjen henkilöiden todennäköisyys pysyä lihavaksi luokiteltavana oli kolminkertainen verrattuna lihaviin henkilöihin, jotka eivät olleet kohdanneet painoon kohdistuvaa syrjintää. Sekä Sutin ja Terraccianon (2013) että Jacksonin ym. (2015) tutkimuksissa tarkasteltiin myös muihin ominaisuuksiin kohdistuvaa syrjintää, eikä samanlaisia yhteyksiä havaittu.

#### **4.1 Painoon kohdistuva stigma terveydenhuollossa**

Tietyt painostigmalle tyypilliset ennakkoluulot ovat erityisen relevantteja terveydenhuollossa (Link ja Phelan 2001). Painoon, varsinkin lihavuuteen, kohdistuva stigma ilmenee terveydenhuollossa etenkin eksplisiittisesti (Penner ym. 2018). Tätä voi selittää uskomus siitä, että lihavien henkilöiden olisi mahdollista pudottaa painoa, mikäli he vain olisivat tarpeeksi motivoituneita tai omaisivat riittävän itsekurin (Link ja Phelan 2001, Penner ym. 2018). Tämänkaltaiset asenteet perustelevat epätasa-arvoistavan käytöksen sekä stigmatisoidun ryhmän tehottomamman ja huomman hoidon verrattuna ei-stigmatisoituun ryhmään. Lihavuuden häpeäleima näkyy terveydenhuollossa monessa muodossa, esimerkiksi hoitavan tahon ja potilaan kommunikaatiossa, sairauksien hoidon lopputulemissa sekä potilastyytyväisyydessä (Phelan ym. 2015).

Stigma vaikuttaa terveydenhuollossa etenkin kahden prosessin kautta: stigman toteutumisen sekä sen kokemisen ja tiedostamisen kautta (Penner ym. 2018). Näistä ensimmäinen viittaa terveydenhuollon toimijan puheisiin, toimiin tai resursseihin (engl. provider stigmatization). Kyse voi olla hienovaraisista verbaalisista tai sanattomista teoista ammattilaisen puolelta tai päätöksiä siitä, mitä hoitoa potilas saa tai ei saa. Lisäksi syrjintä voi näkyä riittämättömänä varusteluna, kuten liian kapeina istuimina, vaatteina, jotka eivät mahdu kiinni tai liian pieninä verenpainemittarien mansetteina (Phelan ym. 2015). Varustelun taso vaikuttaa siihen, kuinka tervetulleeksi terveydenhuoltoon lihavat potilaat itsensä tuntevat (Phelan ym. 2015, Penner ym. 2018). Lisäksi riittämättömän varustelun seurauksena ylipainosta ja lihavuudesta kärsivien potilaiden hoitaminen voi olla vaikeampaa tai jopa vaarallisempaa. Koettu stigma puolestaan on potilaan itsensä tiedostamaa, häneen kohdistuvaa syrjintää ja ennakkoluuloja stigman aiheuttaman ominaisuuden

vuoksi (Penner ym. 2018). Potilaan kokema stigma (engl. patient stigma) voi johtaa terveydenhuollon välttelyyn (esim. tärkeiden seulontojen ja seurantakäyntien siirtäminen tai peruminen) tai muuttaa heidän käytöstään vastaanotolla siten, että se vaikuttaa hoidon tehoon (Phelan ym. 2015, Penner ym. 2018)). Mikäli henkilöt, joilla on lihavuutta, eivät koe oloaan hyväksi tai tunne olevansa tervetulleita terveydenhuoltoon, jää heiltä saamatta terveydentilaansa parantavaa hoitoa ja neuvontaa (Seymour ym. 2018).

Lihavien henkilöiden hoidossa usein pääpaino on painonpudotuksessa ja siihen liittyvässä keskustelussa, jolloin onnistuneen hoidon mittarina saatetaan käyttää painonpudotustavoitteiden saavuttamista, epäonnistuneen hoidon mittarina taas niiden saavuttamattomuutta (Kirk ym. 2020). Potilaan tarpeeton punnitseminen voi tuntua nöyryyttävältä, minkä lisäksi lihavuus ja BMI voivat vaikuttaa hoitopäätöksiin. Mikäli painotavoitteet eivät toteudu tai paino ei pysy pudotetulla tasolla, terveydenhuollon ammattilaiset saattavat turhautua. Tällöin potilaista saatetaan ajatella, että he ovat hankalia, tottelemattomia ja sitoutuvat hoitoon huonosti (Penner ym. 2018, Kirk ym. 2020).

Painostigma on kohteilleen vahingollista eikä edistä painonhallintaa tai lihavuuden hoitoa (Gudzune ym. 2014, Anglé 2020). Yhdysvaltalaistutkimuksessa havaittiin, että ne potilaat, jotka kokivat lääkärinsä tuominneen heitä painonsa vuoksi, yrittivät pudottaa painoaan todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät olleet kokeneet lääkärin tuomitsemista (Gudzune ym. 2014). Tästä huolimatta ei ollut todennäköisempää, että he olisivat saavuttaneet kliinisesti merkittävän painonpudotuksen (> 10 %). Merkittävä vaikutus painonpudotukselle huomattiin, kun tarkasteltiin sekä potilaiden kohdistunutta tuomitsemista että painon puheeksi ottamista. Potilaat jaettiin neljään ryhmään:

1. Ne, jotka eivät olleet kokeneet tulleensa tuomituksi lääkärin puolelta ja joiden lääkäri ei ollut ottanut painoa puheeksi vastaanotolla (n = 188).
2. Ne, jotka olivat kokeneet tulleensa tuomituksi lääkärin puolelta ja joiden lääkäri ei ollut ottanut painoa puheeksi (n = 15).
3. Ne, jotka kokivat tulleensa tuomituksi lääkärin puolelta ja joiden lääkäri oli ottanut painon puheeksi (n = 122).

4. Ne, jotka eivät olleet kokeneet tullessa tuomitukseksi lääkärin puolelta ja joiden lääkäri oli ottanut painon puheeksi (n = 284).

Vertailussa ne potilaat, joiden lääkäri oli ottanut painon puheeksi mutta jotka eivät olleet kokeneet tullessa tuomitukseksi lääkärinsä taholta (ryhmä 4), onnistuivat merkitsevästi todennäköisemmin kliinisesti merkittävässä painonpudotuksessa verrattuna kolmeen muuhun ryhmään. Tutkijat toteavat tulosten puhuvan stigman välttämisen sekä painon puheeksi ottamisen puolesta lihavuuden hoidossa.

## 4.2 Painoon kohdistuvan stigman tutkiminen

Painostigman ilmenemistä voidaan tutkia esimerkiksi kyselylomakkeiden, kognitiivisten testien, hypoteettisten potilastilanteiden, aivokuvantamisen ja luonnollisista olosuhteista kerätyn materiaalin avulla (Lacroix ym. 2017).

Implisiittä painostigmaa voidaan mitata the Implicit Association Testillä (IAT), joka pyrkii mittaamaan tutkittavan tiedostamattomia ennakkoluuloja (Lund ym. 2018, Halvorson ym. 2019). IAT hyödyntää kohdesanojen, kuten lihava ja normaalipainoinen, konnotaatioita sekä negatiivisia ja positiivisia sanoja (esim. hyvä/huono). Aikarajan puitteissa tutkittavan on luokiteltava sanoja, ajatuksena se, että ennakkoluuloisemmat vastaajat yhdistävät enemmän tai nopeammin negatiivisia sanoja stigmaan liittyviin sanoihin (esim. sana huono yhdistetään lihavaan, hyvä normaalipainoiseen).

Beliefs About Obese People (BAOP) ja Attitudes Toward Obese Persons (ATOP) ovat validoituituja kyselyitä, jotka on kehitysvaiheessa testattu yliopisto-opiskelijoilla sekä yhdysvaltalaisen the National Association to Advance Fat Acceptance -ryhmän (NAAFA) jäsenillä (Allison ym. 1991). NAAFA:n jäsenillä testaamalla tutkijat pyrkivät kehittämään kyselyitä, jotka huomioivat myös terveet, hyvän itsetunnon omaavat lihavat henkilöt.

BAOP tarkastelee uskomuksia lihavuuden aiheuttajista ja siitä, kuinka paljon lihavuus on yksilön kontrolloitavissa (Allison ym. 1991). Kysely koostuu kahdeksasta väittämästä, kuten "Suurin osa

lihavista ihmisistä syö enemmän kuin ihmiset, jotka eivät ole lihavia” (Elboim-Gabyzon ym. 2020). Kyselyn vastausasteikko on 6-portainen Likert (Allison ym. 1991). Korkeat BAOP-pisteet kertovat käsityksestä, ettei lihavuus ole yksilön kontrolloitavissa.

ATOP-kyselyssä on 20 Likert-asteikollista kohtaa, jotka mittaavat samaistumista yleisiin uskomuksiin lihavista ihmisistä, kuten ”Useimmat lihavat ihmiset tuntevat, etteivät he ole yhtä hyviä kuin muut” ja ”Lihavat ihmiset ovat yleensä sosiaalisia” (Allison ym. 1991, Dedeli ym. 2014). Korkeat ATOP-pisteet kertovat positiivisemmista asenteista (Allison ym. 1991). Molempien kyselyiden reliabiliteettia on tarkasteltu Cronbachin alphalla. ATOP:in Cronbachin alpha arvo oli alkuperäisjulkaisussa kaikissa testiryhmissä  $> 0,80$ , BAOP  $0,65$ — $0,82$  testiryhmästä riippuen.

Eksplisiittisiä ennakkoasenteita lihavista ihmisistä mittaavat myös esimerkiksi Anti-Fat Attitudes (AFA) kysely sekä Fat Phobia Scale (FPS) (Crandall 1994, Bacon ym. 2001). AFA koostuu 13 painoon liittyvästä väittämästä, jotka on jaettu kolmeen eksplisiittisten asenteiden ryhmään (Crandall 1994). Inho-ryhmään (engl. dislike) kuuluu seitsemän väittämää, kuten ”Jos olisin työnantaja ja etsisin työntekijää, saattaisin vältellä lihavan henkilön palkkaamista” ja ”Minun on vaikeaa ottaa lihavia ihmisiä vakavasti”. Lihomisen pelko -ryhmä (engl. Fear of fat) koostuu kolmesta väittämästä kuten myös Tahdonvoima-osio (engl. Willpower), johon kuuluu väittämiä kuten ”Ihmiset, jotka painavat liikaa, voisivat pudottaa edes jonkin verran painostaan pienellä liikunnalla” sekä ”Lihavat ihmiset ovat lihavia oikeastaan omasta syystä.” Vastausasteikko on 9-portainen Likert.

FPS on alun perin 50-kohtainen, sittemmin 14-kohtaiseksi lyhennetty testi, joka tarkastelee lihavuuteen kohdistuvia asenteita semantiikan avulla (Robinson ym. 1993, Bacon ym. 2001). FPS koostuu 14 parista adjektiiveja, jotka kuvaavat lihavia ihmisiä (esim. nopea—hidas). Adjektiivien välissä on viisiportainen asteikko, jolle vastaaja merkitsee, kuinka hän kuvaisi lihavia ihmisiä näiden adjektiivien avulla. Suomeksi FPS:n on kääntänyt Suomen lihavuustutkijat ry nimelle F-SKAALA (Suomen lihavuustutkijat ry, 2022).

Nimenomaan terveydenhuollon henkilökunnan asenteiden selvittämistä varten on kehitetty Perceived weight bias in health care, Attitudes toward obese patients ja Perceptions of treatment

compliance and success of obese patients -mittarit (Puhl, Luedicke ym. 2014, Puhl, Latner ym. 2014). Kyselyt on alun perin luotu ja testattu joukolla, joka koostui lääketieteen opiskelijoista sekä eri tasoista lääkäreistä (n = 107).

Perceived weight bias in health care -mittari on luotu kohderyhmän laadullisen tutkimuksen pohjalta ja sisältää kaksi alakategoriaa (Puhl, Luedicke ym. 2014). Toinen alakategorioista muodostuu viidestä kohdasta, jotka tarkastelevat havaintoja painostigman esiintymisestä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Ulottuvuuden sisäinen reliabiliteetti on ollut hyvä (Cronbachin  $\alpha = 0,89$ ). Toinen kategoria sisältää kaksi kohtaa, joissa selvitetään henkilökohtaista asennetta lihavien potilaiden syrjintään (Cronbachin  $\alpha = 0,70$ ). Osallistujat vastaavat kyselyyn 5-portaisella Likert-asteikolla, jonka vastausvaihtoehdot vaihtelevat vaihtoehdosta "vahvasti eri mieltä" vaihtoehtoon "vahvasti samaa mieltä".

Attitudes toward obese patients -mittari sisältää kahdeksan kahteen alaskaalaan jaettua kohtaa (Puhl, Luedicke ym. 2014). Toinen alaskaala mittaa terveydenhuollon ammattilaisten asenteita lihavien potilaiden hoitamiseen (6 kohtaa, Cronbachin  $\alpha = 0,83$ ), toinen mittaa henkilön itsevarmuutta ja valmiutta hoitaa lihavia potilaita (2 kohtaa, Cronbachin  $\alpha = 0,70$ ). Kyselyyn vastataan ilmaisemalla, kuinka paljon osallistuja samaistuu esitettyihin väitteisiin kuten "Tunnen usein turhautumista lihavien potilaiden kanssa."

Perceptions of treatment compliance and success of obese people -mittari sisältää kuusi kohtaa, jotka mittaavat osallistujan uskomuksia siitä, kuinka vastaanottavaisia tai motivoituneita lihavat potilaat ovat painoon liittyvien hoito-ohjeiden tai ruokavaliomuutosten suhteen, kuinka kykeneviä he ovat pysyvään painonpudotukseen (Puhl, Luedicke ym. 2014). Kysely myös mittaa sitä, kuinka mielellään ammattilainen työskentelee lihavien potilaiden kanssa. Kyselyyn vastataan asteikolla 1—10, jossa 1 ilmaisee "hyvin vähän" ja 10 "hyvin paljon" (Cronbachin  $\alpha = 0,70$ ).



## 5 Painoon kohdistuvan stigman vallitsevuus terveydenhuollossa

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa toistuivat samat painoon kohdistuvan stigman ilmiöt, joita on kuvattu aiemmassakin kirjallisuudessa. Taulukossa 1 on esitelty tutkimuksiin osallistuneiden terveydenhuollon ammattilaisten sukupuoleen, ammattikuntaan ja painoon liittyvät tiedot, mikäli ne oli ilmoitettu. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset on esitelty Taulukossa 3.

Tutkimuksissa nousi esiin eri tapoja, joilla ikä ja työssä vietetty aika vaikuttivat painostigman esiintymiseen. Parildarin ym. (2021) tutkimuksessa yli 20 vuotta työskennelleet terveydenhuollon ammattilaiset olivat ennakkoluuloisempia kuin alalla vähemmän aikaa olleet ammattilaiset, minkä lisäksi Welshin ym. (2021) tutkimuksen mukaan 31—50-vuotiaat terveydenhuollon ammattilaiset havaitsivat työssään enemmän painoon kohdistuvaa syrjintää kuin 21—30-vuotiaat. Fysioterapeutteihin keskittyneessä tutkimuksessa havaittiin, että opiskelijat uskoivat työskenteleviä fysioterapeutteja vähemmän, että yksilö voi vaikuttaa painoonsa (Elboim-Gabyzon ym. 2020). Thompsonin ym. (2021) tutkimuksessa kouluterveydenhoitajilla aika, jonka hoitaja oli tehnyt töitä lihaviin lasten parissa, lisäsi positiivisempia asenteita lihavuutta kohtaan.

Mitä suurempi osallistujan BMI oli, sitä enemmän tällä oli lihavuuteen kohdistuvia ennakkoluuloja (Parildar ym. 2021, Welsh ym. 2021). Parildar ym. (2021) arvioivat, että sisäistetty stigma voi myötävaikuttaa lihaviin terveydenhuollon ammattilaisten suurempaan ennakkoluuloisuuteen. Tutkimuksessa ammattilaisista ne, joilla oli lihavuutta, eivät luokitelleet itseään lihavaksi vaan ylipainoiseksi. Naiset osoittivat enemmän ennakkoluuloja lihavia potilaita kohtaan kahdessa tutkimuksessa (Elboim-Gabyzon ym. 2020, Parildar ym. 2021) sekä he pelkäsivät lihomista enemmän kuin miehet (Elboim-Gabyzon ym. 2020). Toisaalta kanadalaistutkimuksen lääkäreiden keskuudessa miesten asenteet lihavia potilaita kohtaan olivat negatiivisemmat kuin naislääkäreillä (Alberga ym. 2019). Thompsonin ym. (2021) tutkimuksessa niillä hoitajilla, jotka eivät yrittäneet laihtua tutkimushetkellä, suhtautuivat positiivisemmin lihaviin potilaiden hoitamiseen.

Ne terveydenhuollon ammattilaiset, jotka eivät olleet saaneet erityisesti lihavuuteen liittyvää koulutusta, olivat todennäköisemmin samaa mieltä tieteellisesti paikkansapitämättömien väitteiden kanssa, kuten että painonpudotus vaatii pelkästään itsekuria (Christenson ym. 2020). Löydös ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Mitä enemmän hoitajat uskoivat siihen, että paino on yksilön kontrolloitavissa, sitä todennäköisemmin he uskoivat itse syyllistyneensä lihavien potilaiden syrjintään (Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018). BAOP-pisteiden perusteella israelilaisista fysioterapeuteista miehet uskoivat naisia vahvemmin, ettei lihavuus ole yksilön kontrolloitavissa – opiskelijaryhmässä eroa sukupuolten välillä ei ollut (Elboim-Gabyzon ym. 2020).

**Taulukko 1.** Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen tutkimusten tutkittavien demografiatiedot.

	<b>n (%)</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>2717 (100 %)</b>
<b>Sukupuoli<sup>1</sup></b>	<b>2425 (89,3 %)</b>
Mies	805 (29,6 %)
Nainen	1620 (59,6 %)
<b>Ala</b>	<b>2717 (100 %)</b>
Hoitajat	571 (21,0 %)
Naistentautien lääkäri	94 (3,5 %)
Muut lääkärit	1306 (48,1 %)
Ravitsemusterapeutit	2 (0,1 %)
Kätilöt	205 (7,5 %)
Fysioterapeutit ja fysioterapiaopiskelijat	400 (14,7 %)
Muu / Potilas	139 (7,5 %)
<b>Painostatus<sup>1,2</sup></b>	<b>835 (30,7 %)</b>
Alipainoinen/laiha	7 (0,3 %)
Normaalipaino	433 (15,9 %)
Ylipaino	279 (10,3 %)
Lihava	116 (4,3 %)

<sup>1</sup> Jos ilmoitettu

<sup>2</sup> Joko terveydenhuollon ammattilaisen oma näkemys kehonkoostumuksesta tai itseilmoitettujen paino-pituustietojen perusteella laskettu painoindeksi (BMI).

Osassa tutkimuksista terveydenhuollon työntekijät ilmaisivat tiedostavansa oman stigmansa ja sen vaikutuksen heidän käyttäytymiseensä (Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018, Halvorson ym. 2019). Lastensairaalassa toteutetussa tutkimuksessa ilmeni myös, että potilaan ollessa lapsi, painostigma voi kohdistua potilaan vanhempiin (Halvorson ym. 2019). Sekä potilaiden perheet että terveydenhuollon työntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että lapset ovat perheen ja ympäristön vaikutuksen alaisia, joten lasten ei nähty olevan yhtä lailla vastuussa painostaan. Joidenkin työntekijöiden kohdalla huoli lapsen painosta levittäytyi huoleksi huonosta vanhemmuudesta. Sekä huoli huonosta vanhemmuudesta että huonosta hoitoon sitoutumisesta oli yleistä terveydenhuollon työntekijöillä, joilla oli enemmän ennakkoluuloja lihavuutta kohtaan.

## 5.1 Negatiiviset asenteet lihavia potilaita kohtaan

Turhautumisen tunteet lihavuuden hoidossa olivat yleisiä. Welshin ym. (2021) naistentautien lääkäreistä 60 % kertoi tuntevänsä turhautumista lihavia potilaita hoitaessaan, yleislääkäreistä tätä mieltä oli 23 %. Kanadalaisista lääkäreistä 33 % kertoi turhautumisestaan, minkä lisäksi 28 % uskoi, että lihavat potilaat jättävät usein tottelematta hoitosuosituksia (Alberga ym. 2019). Thompsonin ym. (2017) tutkimuksen yhdysvaltalaisista hoitajista 47 % oli samaa mieltä siitä, etteivät lihavat potilaat sitoudu hoitosuositukseen. Lisäksi 35 % hoitajista kuvasi lihavia potilaita hankaliksi.

Useat terveydenhuollon ammattilaiset ilmaisivat, etteivät uskoneet lihavien potilaiden sitoutuvan hoitosuositukseen yhtä hyvin normaalipainoiset sitoutuvat (Lund ym. 2018, Alberga ym. 2019, Thompson ym. 2021, Welsh ym. 2021). Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten epäluottamus potilaita kohtaan näkyi uskomuksena, etteivät lihavat naispotilaat puhuneet täysin totta terveydentilastaan yhtä usein kuin normaali- tai ylipainoiset naiset (Washington Cole ym. 2017). Tästä huolimatta eroa ei havaittu siinä, kuinka usein hoitava taho uskoi potilaan luottavan ko. tahoonsa tai kuinka hyvin potilas ja hoitava taho ymmärsivät toisiaan.

Yhdysvaltalaisista naistentautien lääkäreistä 60 % ja yleislääkäreistä 23 % uskoi, ettei lihavilla potilailla ole motivaatiota elintapamuutosten tekemiseen, minkä lisäksi naistentautien lääkäreistä vain 8 % uskoi, että lihavat potilaat olisivat motivoituneita muuttamaan ruokavaliotaan (Welsh

ym. 2021). Lisäksi heistä 20 % kertoi, että he eivät pidä lihavien potilaiden hoitamisesta ja uskovat lihavien potilaiden olevan laiskoja. Uskomus lihavien yksilöiden laiskuudesta toistui myös tanskalaisten yleislääkärien keskuudessa (Lund ym. 2018). Myös uskomus lihavien ihmisten huonosta tahdonvoimasta näkyi esimerkiksi Israelissa toimivien fysioterapeuttien ja fysioterapiaopiskelijoiden keskuudessa (Elboim-Gabyzon ym. 2020). Yhdysvaltalaisista yleislääkäreistä vajaa 4 % sanoi, ettei pidä lihavien potilaiden hoitamisesta, laiskaksi lihavia väitti alle 1 % (Welsh ym. 2021). Myös Christensonin ym. (2020) tutkimuksessa ruotsalaisista naistentautien lääkäreistä 31 % kertoi hoitavansa mieluummin muita kuin lihavia potilaita, joskin vain 3 % kertoi, ettei pidä lihavien potilaiden hoidosta.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista tutkimuksista eniten suoranaista inhoa lihavia potilaita ja henkilöitä kohtaan ilmaisivat kanadalaislääkärit verrattuna muiden tutkimusten ammattilaisiin (Alberga ym. 2019, Thompson ym. 2021). Eksplisiittistä vinoumaa tutkiessaan tutkijat havaitsivat, että suurehkolla vähemmistöllä tanskalaisosallistujista (10-24 %) nousi esiin johdonmukaisesti negatiivisia ennakkoluuloja lihavuutta kohtaan (Alberga ym. 2019). Lääkäreistä 24 % kertoi, etteivät haluaisi olla ystäviä tai tuttavina lihavan henkilön kanssa, ja jopa 18,5 % kertoi tuntevansa ällötystä hoitaessaan lihavaa potilasta. Sen sijaan Thompsonin ym. (2021) tutkimuksen yhdysvaltalaisista hoitajista alle 3 % samaistui väitteeseen ”Tunnen ällötystä, kun hoidan lihavaa potilasta”.

Moni ammattilainen kertoi kuulleensa kollegoidensa puhuvan lihavista potilaista negatiiviseen sävyyn (Christenson ym. 2020, Welsh ym. 2021, Thompson ym. 2021). Yhdysvaltalaisista naistentautien lääkäreistä 88 % ja hoitajista 63–79 % kertoi todistaneensa vitsailua tai negatiivisia kommentteja lihavista potilaista, kun taas ruotsalaisista kättilöistä ja naistentautien lääkäreistä 22 % kertoi olevansa kohtalaisesti tai täysin samaa mieltä siitä, että oli kuullut tällaista kommentointia (Christenson ym. 2020, Welsh ym. 2021). Welshin ym. (2021) tutkimuksessa naistentautien lääkäreistä 72 % oli samaa mieltä siitä, että heidän kollegoillaan on negatiivisia asenteita lihavia potilaita kohtaan, kun taas yleislääkäreistä väitteen allekirjoitti vain 15 %. Tannebergerin ja Ciupitu-Plathin (2018) tutkimukseen osallistuneista saksalaisyhtäläisistä puolet uskoi kollegoidensa kohtelevan lihavia potilaita eri tavoin kuin muita, ja 28 % uskoi myös itse tehneensä samoin. Thompso-

nin ym. (2021) tutkimuksessa kouluterveydenhoitajista 32 % ja sairaalassa työskentelevistä hoitajista 45 % uskoi kollegojensa suhtautuvan negatiivisesti lihaviin potilaisiin. Ruotsalaistutkimuksen osallistujista vain 12 % oli kohtalaisesti tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa (Christenson ym. 2020).

## 5.2 Hoidon laadun vertailu

Tutkimuksissa, joissa tutkittiin potilaan painon vaikutusta hoidon laatuun, ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja lääkinnällisessä neuvonnassa. Todellisissa tai hypoteettisissa potilastilanteissa annetut ohjeet olivat samankaltaisia, eli mikäli normaalipainoisen potilaan kanssa keskusteltiin ruokavaliosta, liikunnasta tai lääkityksestä, tehtiin näin myös ylipainoisen tai lihavan potilaan kanssa (Washington Cole ym. 2017, Lund ym. 2018, Seymour ym. 2018).

Huolimatta siitä, ettei yleisesti hoidon laadussa voitu havaita tilastollista eroa, Lundin ym. (2018) tutkimuksen tanskalaislääkärit suosittelivat pienemmällä todennäköisyydellä lihaville miespotilaille (64 %) oirepäiväkirjan pitämistä kuin normaalipainoisille miespotilaille (88 %) tai lihaville naispotilaille (86 %). Lisäksi lääkärit jättivät useammin suosittelematta oirepäiväkirjaa tai seurantaikäyntiä lihaville miespotilaille (28 %) kuin muille potilastyypeille (9–13 %). Lisäksi tutkijat havaitsivat, että mitä terveellisemmät elintavat lääkäriellä oli, sitä todennäköisemmin tämä suositteli lihavalle miespotilaalle (28 %) pelkkää yleistä terveystarkastusta, ei oirepäiväkirjaa tai seurantaikäyntiä. Seymourin ym. (2018) tutkimuksen lääkärit katsoivat tarpeelliseksi aloittaa lääkkeellinen hoito nopeammin lihavilla kuin normaalipainoisilla potilailla. Hypoteettisessa hoitotilanteessa normaalipainoisen potilaan kohonneisiin kolesterolitasoihin suositeltiin statiinihoitoa vasta, mikäli elintapamuutokset eivät vaikuttaisi kolesterolitasoihin, kun taas lihavalle potilaalle statiineja suositeltiin saman tien. Tämä päti niin suuren kuin vähäisenkin stigman lääkäreillä, joskin suuremman stigman lääkäreillä tämä oli korostuneempaa.

### 5.3 Painokeskeinen puhe ja muut retoriset erot

Kaikissa hoidon laatua vertailevissa tutkimuksissa havaittiin eroja siinä, miten lääkärit puhuivat tai antoivat neuvoja potilaille (Washington Cole ym. 2017, Lund ym. 2018, Seymour ym. 2018). Potilasta ohjeistaessaan suuremman stigman omaavat lääkärit kohdensivat puheensa todennäköisemmin potilaan painoon kuin hoidettavaan sairauteen, mikäli potilaalla oli lihavuutta (Seymour ym. 2018). Kolesterolitasojen madaltamiseksi lääkäri saattoi esimerkiksi sanoa, että potilaan on "alettava pudottaa painoa", "rajoittaa kaloreita laihtuakseen 35 paunaa tai yli" tai "tarvitsee ruokavalio- tai liikuntaohjelman painonhallintaa varten". Normaalipainoisille ruokavalio- ja liikuntaohjeistuksista puhuttiin nimenomaan matalampien kolesteroliarvojen saavuttamiseksi.

Seymourin ym. (2018) tutkimuksessa niin normaali- kuin ylipainoistenkin potilaiden kanssa puhuttiin "sydänystävällisestä," "vähärasvaisesta" tai "matalan kolesterolin ruokavaliosta" sekä muutoksista ruokavalioon, mutta lihavien ihmisten kohdalla käytettiin termejä "tiukka" (engl. strict) ja "huomattava ruokavalionmuutos" (engl. drastic diet modifications). Lääkärit, jotka luokiteltiin suuren stigman omaavien ammattilaisten ryhmään, suosittelivat ainoastaan lihaville potilaille "alle 1800 kilokalorin sydänystävällistä ruokavaliota" tai "matalahiilihydraattista, paljon proteiinia sisältävää ruokavaliota". Lisäksi korkeamman stigman ammattilaiset suosittelivat normaalipainoisille potilaille kävelyn lisäämistä tai fyysisen aktiivisuuden lisäämistä, kun taas lihaville potilaille suositeltiin aloittamaan käveleminen tai aloittamaan liikkuminen. Sekä matalan että korkean stigman ryhmän ammattilaiset suosittelivat lihaville potilaille suurempia liikuntamääriä kuin normaalipainoisille.

Washington Cole ym. (2017) analysoivat äänitteitä raskaudenaikaisista rutiinitarkastuksista ja havaitsivat, että ylipainoisilta ja lihavilta naisilta kysyttiin merkitsevästi vähemmän elämäntapoihin liittyviä kysymyksiä verrattuna normaalipainoisten naisten kanssa käytyihin keskusteluihin. Ylipainoisilta potilailta kysyttiin harvemmin, ymmärsiväthän he ammattilaisen ohjeistuksen, minkä lisäksi ammattilaiset ilmaisivat vähemmän huolta tai tyytyväisyyttä potilaan terveydestä tai elintavoista ylipainoisille kuin normaalipainoisille naisille. Lisäksi lihavien potilaiden kanssa ilmaistiin merkitsevästi vähemmän samaistumista potilaan tilanteeseen. Myös Seymour ym. (2018) havaitsivat, että suuremman stigman omaavat lääkärit käyttivät enemmän positiivista, ohjeistavaa ja

kannustavaa kieltä normaalipainoisten kuin lihavien potilaiden kanssa. Terveystieteiden ammattilaiset kertoivat käyttävänsä usein lääketieteellistä kieltä ja esimerkiksi kasvukäyriä, mikäli kyseessä oli lapsen lihavuus, mikä puolestaan herätti perheissä ja potilaissa näiden kertoman mukaan negatiivisia assosiaatioita (Halvorson ym. 2019).

#### 5.4 Haasteet lihavuuden puheeksi ottamisessa

Kysyttäessä useimmat ammattilaiset olivat samaa mieltä siitä, että lihavat potilaat ansaitsevat kunnioittavaa ja ymmärtäväistä hoitoa (Christenson ym. 2020, Thompson ym. 2021). Hyvän hoidon esteeksi nousi hoitajien kokema tiedon puute: Christensonin ym. (2020) tutkimuksessa ruotsalaiskätilöistä vain 46 % oli sitä mieltä, että heillä on tarpeeksi tietoa ruokavaliosta ja liikunnasta antaaakseen ohjeistusta raskaana oleville lihaville naisille. Myös Thompsonin ym. (2021) tutkimuksessa hoitajat ilmaisivat huolta osaamisestaan neuvojen antamisen suhteen, sillä vain 53–56 % vastanneista hoitajista koki olevansa ammatillisesti riittävän valmistautunut lihaviin potilaiden tehokkaaseen hoitamiseen. Lääkäreillä vastaavaa ilmiötä ei nähty, vaan lääkäreistä valtaosa oli luottavaisia ammatilliseen valmiuteensa lihavan potilaan kohtaamisessa (Welsh ym. 2021).

Kolmasosa Christensonin ym. (2020) tutkimuksen ammattilaisista piti lihavuutta sensitiivisempänä puheenaiheena kuin tupakointia tai alkoholin käyttöä. Silti 77 % oli sitä mieltä, että raskaana olevan naisen punnitsemattomuus tai lihavuuden riskeistä puhumattomuus on epäammattimaista aiheen herkästä luonteesta riippumatta. Kätilöistä 17 % myönsi, että välttelee paljon tai jonkin verran painosta puhumista, jottei huolestuttaisi tai nolaisi potilasta. Tämänkaltainen välttely oli yleisempää niillä kätilöillä, jotka eivät olleet saaneet motivoivan haastattelun koulutusta (26 %) verrattuna niihin, jotka olivat saaneet koulutuksen (14 %). Taulukossa 2 on esitetty motivoivan haastattelun koulutuksen vaikutus painonnousun puheeksi ottamiseen. Alle 5 vuotta töissä olleista kätilöistä vain 56 % oli saanut opetusta motivoivaan haastatteluun liittyen.

**Taulukko 2.** Kätilön taipumus ottaa raskauden aikaisen painonnousun suositukset puheeksi usein/aina, riippuen siitä, onko kätilö saanut koulutusta potilaan motivoivaan haastatteluun (Christenson ym. 2020)

Potilaan BMI <sup>1</sup>	Ei koulutusta n = 23	Koulutus n = 171	p-arvo <sup>2</sup>
Normaalipaino	61 %	82 %	< 0,01
Ylipaino	80 %	96 %	< 0,01
Lihavuus	80 %	97 %	< 0,01

<sup>1</sup>Painoindeksi

<sup>2</sup>Chi-square testi, ryhmien välinen ero

Halvorsonin ym. (2019) haastatteluissa niin lastensairaalan työntekijät kuin potilaiden perheetkin olivat sitä mieltä, että paino on vaikea keskustelunaihe. Ammattilaiset olivat huolissaan aiheen sensitiivisyydestä, etenkin mikäli perheeseen ei ollut pitkäaikaista potilassuhdetta. Osa taas ilmaisi huolensa siitä, ettei viesti ylipainosta ole mennyt perille. Lihavuus otettiin puheeksi todennäköisemmin, mikäli diagnoosi liittyi jollakin tapaa lihavuuteen. Kuitenkin ammattilaisten keskinäiset käsitykset lihavuuteen liittyvistä diagnooseista vaihtelivat. Suurin osa Halvorsonin ym. (2019) tutkimuksen ammattilaisista oli sitä mieltä, että lihavuuteen liittyvät keskustelut sopivat paremmin kiireettömään hoitoon. Ne perheet, jotka olivat saaneet jonkinlaista ohjausta lihavuuden hoitoon liittyen, olivat kokeneet ohjauksen hyödylliseksi.

## 5.5 Näkemykset lihavuuden kuormituksesta terveydenhuollolle

Tutkimuksissa toistui terveydenhuollon ammattilaisten kokemus siitä, että lihavuus tuo terveydenhuollolle tai ammattilaiselle itselleen ylimääräistä kuormitusta (Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018, Alberga ym. 2019, Halvorson ym. 2019, Christenson ym. 2020).

Kun saksalaisilta hoitajilta pyydettiin vapaamuotoista kommentointia siitä, minkä he havaitsivat vaikuttavan lihavia potilaita syrjivään käytökseen, esille nousi neljä syrjinnän syntyyn vaikuttavaa teemaa: hoitavan tahon henkilökohtaiset rajoitteet (esimerkiksi fyysinen voimakkuus), riittämättömät ulkoiset resurssit (kuten saatavilla olevat apuvälineet ja hoitajia per potilas per vuoro -



suhde), lihavien potilaiden suuremmat vaatimukset sekä negatiiviset stereotypiat potilaista (Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018). Osana tutkimusta kysyttiin lihavien potilaiden hoitoon tarkoitettuja teknisistä välineistä. Kaikilla vastanneilla ei ollut käytettävissä lihavien potilaiden nostamiseen tarkoitettuja apuvälineitä (18,1 %) tai sopivia kävelytukia (27,1 %), minkä lisäksi 39,4 % kertoi, ettei hoitajia ollut riittävästi potilaita kohti per työvuoro. Myös Halvorsonin ym. (2019) tutkimuksen lääkärit ja hoitajat ottivat puheeksi painon vaikutuksen hoitoon. Esiin nousivat muun muassa lihavuuden vaikutus verisuonten löytämiseen, potilaiden liikutteluun ja vaatteiden vaihtamiseen. Lisäksi kerrottiin, että lihavuus voi tuottaa vaikeuksia esimerkiksi kuvantamisessa tai lasten painosidonnaisen lääkityksen määräämisessä (Halvorson ym. 2019, Christenson ym. 2020).

Kanadalaisten yleislääkärien keskuudessa miehet ja ne, jotka eivät olleet ylipainoisia, olivat useammin sitä mieltä, että lihavien ihmisten pitäisi maksaa enemmän terveydenhuollosta (Alberga ym. 2019). Myös korkeampi stigma oli yhteydessä negatiivisempiin asenteisiin lihavien potilaiden hoitamista kohtaan, näkemykseen siitä, että lihavien potilaiden tulisi maksaa terveydenhuollosta enemmän sekä että lihavuuden terveydenhuollolle aiheuttama kuormitus on epäreilu. Kaiken kaikkiaan lähes puolet (49,5 %) Albergan ym. (2019) otannasta oli sitä mieltä, että lihavuus lisää terveydenhuollon kuormitusta.

**Taulukko 3.** Terveysthuollon henkilöstön painoon kohdistuvaa stigmaa tarkastelevia tutkimuksia.

<b>Viite (maa)</b>	<b>Aineisto (n)</b>	<b>Tutkimusmenetelmät</b>	<b>Päätulokset</b>
Welsh ym. 2021 (Yhdysvallat)	yht. 51 25 naistentautien lääkäriä, 26 yleislääkäriä Miehiä 30, naisia 46 Itse arvioitu paino: laihoja (engl. thin) 9, keski- määräisiä (engl. average) 36, ylipainoisia 31	Verkkokysely validoitujen kyselyjen pohjalta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naistentautien lääkäreillä negatiivisemmat näkemykset lihavista potilaista kuin yleislääkäreillä (19.2 ± 3.3 vs. 15.0 ± 4.0, <math>p^1 &lt; 0.001</math>) (asteikko 5—30).</li> <li>• 31—50-vuotiaat havaitsivat enemmän stigmaa työssään kuin 21—20-vuotiaat</li> <li>• Jokaista nousevaa painoindeksin (BMI) yksikköä kohtaan keskimäärin 0,18 pisteen nousu työssä havaitussa painoon kohdistuvassa stigmassa (keskiarvo 10,7; asteikko 3—15)</li> </ul>
Thompson ym. 2021 (Yhdysvallat)	yht. 285 Hoitajia: 108 lasten leik- kausosastolla, 177 kouluter- veydenhoitajia	Verkkokysely The Attitudes of Health Care Providers About Treating Patients with Obesity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kouluterveydenhoitajilla, jotka viettivät enemmän aikaa töissä ylipainoisten lasten kanssa, positiivisemmat asenteet lihavuutta kohtaan (<math>p = 0,004</math>)</li> </ul>
Parildar ym. 2021 (Turkki)	yht. 700 Lääkäreitä 600, muu kuin lääkäri 100 Miehiä 225, naisia 475	Verkkokysely Obesity Prej- udice Scale pohjalta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 % ennakkoluuloisia, 58 %:lla oli ennakkoluuloja lihavia yksilöitä kohtaan</li> </ul>

Viite (maa)	Aineisto (n)	Tutkimusmenetelmät	Päätulokset
	BMI (tutkittavan ilmoittamien pituus- ja painotietojen avulla laskettu): Normaalipainoisia 359 Ylipainoisia 233 Lihavia 108 Tutkittavan oma arvio painostaan: Normaalipaino 353 Ylipaino 287 Lihava 60		
Christenson ym. 2020 (Ruotsi)	yht. 274 205 kättilöä 69 naistentautien lääkäriä	Verkkokysely BAOP <sup>2</sup> , Perceived Weight Bias in Health Care ja Attitudes towards obese patients pohjalta. Lisäksi vapaa tekstikenttä.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 46 % koki omaavansa riittävästi tietoa antaakseen ruokavalio- ja liikuntaneuvoja raskaana oleville naisille, joilla lihavuutta.</li> <li>• Motivoivan haastattelun koulutuksella positiivinen vaikutus siihen, kuinka usein paino otettiin puheeksi (p = 0,001)</li> </ul>
Elboim-Gabyzon ym. 2020 (Israel)	yht. 400 285 Fysioterapeuttia	FPS <sup>3</sup> , AFA <sup>4</sup> , BAOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merkitsevä ero fysioterapeuttien ja opiskelijoiden näkemyksessä yksilön kyvystä kontrolloida omaa</li> </ul>

Viite (maa)	Aineisto (n)	Tutkimusmenetelmät	Päätulokset
	Miehiä 59, naisia 223 BMI 24±4,0 (17,4–45,2) 115 fysioterapiaopiskelijaa Miehiä 45, naisia 68		painoan (BAOP): Fysioterapeutit 16,4 ± 5,6; Opiskelijat 18,0 ± 5,7 (maksimipisteet 48), p < 0,01
Alberga ym. 2019 (Kanada)	yht. 400 Yleislääkäreitä Miehiä 245, naisia 151, 4 ei kertonut sukupuoltaan	Verkkokysely, johon valittu kohtia useammasta kyselystä: The Universal Measure of Bias – Fat version (9 kohtaa), The Attitudes about Treating Patients with Obesity scale (7 kohtaa), Tutkijoiden kysymykset (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Painostigmaa havaittiin johdonmukaisesti 10–24 %:lla vastaajista</li> <li>• Negatiivisemmat asenteet lihavuutta kohtaan yhteydessä näkemykseen suuremmasta lihavuuden julkiselle terveydenhuollolle aiheuttamasta kuormituksesta</li> </ul>
Halvorson ym. 2018 (Yhdysvallat)	yht. 52 Lääkäreitä 20 miehiä 6, naisia 14 BMI: alipaino 1, normaali-paino 14, ylipaino 4, lihava 1	IAT <sup>5</sup> , AFA, haastattelut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 71 % terveydenhuollon työntekijöistä ilmaisi vahvaa tai kohtuullista implisiittistä painostigmaa, kun taas eksplisiittisen stigman pisteet indikoivat neut-</li> </ul>

Viite (maa)	Aineisto (n)	Tutkimusmenetelmät	Päätulokset
	<p>Hoitajia 8: naisia 8</p> <p>BMI: normaalipainoisia 3, ylipainoisia 5, potilaita 12</p> <p>miehiä 3, naisia 9</p> <p>BMI: alipaino 3, normaali-paino 4, ylipaino 3, lihava 2, potilaiden vanhempia/ huoltajia 12, joista miehiä 2, naisia 10</p>		<p>raalia ja kohtalaista erimielisyyttä AFA-testin väittä-mien kanssa ja siten pienempää eksplisiittistä kuin implisiittistä painostigmaa</p>
Lund ym. 2018 (Tanska)	<p>yht. 240</p> <p>Yleislääkäreitä</p> <p>Miehiä 64,2 %, naisia 35,8 %</p>	IAT, hypoteettinen potilas-tapaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei eroja potilaiden lääkkeellisessä hoidossa</li> <li>• Lihaville potilaille suositeltiin harvemmin seuranta-käyntejä tai oirepäiväkirjan pitoa</li> </ul>
Tanneberger ym. 2018 (Saksa)	<p>yht. 73</p> <p>Akuuttityön sairaanhoitajaa</p> <p>Miehiä 21,7 %, naisia 78,3 %</p> <p>BMI (n = 56)</p> <p>normaalipainoisia 58,9 %</p> <p>ylipainoisia 28,6 %</p>	the Weight Control/Blame skaala AFA:sta, avoin vas-tauskenttä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syrjinnän taustasyiksi nousivat useimmiten paino-stigma, terveydenhuollon kuormitus ja puutteelli-set lihavien potilaiden hoitoa helpottavat resurssit</li> </ul>

Viite (maa)	Aineisto (n)	Tutkimusmenetelmät	Päätulokset
	lihavvia 12,5 %		
Seymour ym. 2018 (Yhdysvallat)	yht. 220 203 hoitajaa, 2 ravitsemusterapeuttia, 15 muuta Miehiä 26, naisia 193 Itseraportoitu BMI: Alipainoisia 1 Normaalipainoisia 95 Ylipainoisia 99 Lihavia 23	ATOP <sup>6</sup> ja hypoteettiset potilastilanteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Korkeampi stigma → painonpudotukseen tähtäävät, yksityiskohtaisemmat ruoka- ja liikuntaneuvot lihaville potilaille</li> </ul>
Washington Cole ym. 2017 (Yhdysvallat)	yht. 117 (22 ammattilaista, 117 potilastapausta) 20 lääkäriä, 2 hoitajaa Miehiä 1, naisia 21	Ääniteanalyysi raskaudenaikaisten rutiinitarkastusten äänitteistä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eroja kommunikaatiossa: vähemmän elintapoihin liittyviä kysymyksiä ja neuvontaa, sekä potilaskeskeistä emotionaalista kieltä</li> <li>Ei eroa lääkinnällisissä tai psykososiaalisissa kysymyksissä tai neuvonnassa</li> </ul>

<sup>1</sup> Ryhmien välinen ero, Studentin t-testi; <sup>2</sup> Beliefs about Obese Persons kysely; <sup>3</sup> Fat Phobia Scale; <sup>4</sup> Anti-Fat Attitudes.

<sup>5</sup> Implicit Association Test; <sup>6</sup> Attitudes Towards Obese Persons scale

## 6 Pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat yhtenäisessä linjassa aiemman tiedon kanssa. Tutkimuksissa nousi esiin viisi selkeää teemaa, joihin painoon kohdistuva stigma kietoutuu terveydenhuollossa: negatiiviset asenteet, hoidon laatu, painokeskeinen puhe, painon puheeksi ottamisen haasteet sekä lihavuuden kuormitus terveydenhuollolle. Lisäksi tutkimuksissa nousi esiin henkilökohtaisia tekijöitä, jotka vaikuttivat ammattilaisen ennakkoluuloisuuteen, kuten työuran kesto, sukupuoli ja ammattilaisen paino.

Lihaviin potilaisiin kohdistuu useita negatiivisia mielikuvia laiskuudesta, motivaation puutteesta ja hoitoon sitoutumattomuudesta. Vaikka tutkimuksissa ei ilmennytäkään merkittäviä eroja hoidon suhteen, heijastuvat negatiiviset mielikuvat hoito-ohjeissa: lihaville potilaille ei välttämättä suositella esimerkiksi oirepäiväkirjojen pitämistä tai seurantakäyntejä, mikä voi johtua lääkärin ennakkoluulosta, jonka mukaan potilas ei sitoudu hoitoon tai ei jaksaa täyttää oirepäiväkirjaa joutuessaan tämän laiskuudesta tai tahdonvoiman puutteesta. Lisäksi lääkärit määräsivät lihaville potilaille nopeammin lääkähoidon, kun taas normaalipainoisille potilaille lääkohoito aloitettaisiin vasta, mikäli elintapahoito ei toisi tulosta. Tämä voi johtua samasta oletuksesta, että lihavat potilaat eivät olisi halukkaita tekemään muutoksia ruokavalioonsa tai liikuntatottumuksiinsa.

Negatiiviset mielikuvat ja oletukset näkyivät myös tavassa, jolla terveydenhuollon ammattilaiset puhuivat potilaille. Lihavien potilaiden kanssa käytettiin todennäköisemmin yksityiskohtaisempaa ja painokeskeistä puhetta. Painokeskeisen puheen huonona puolena voitaisiin nähdä se, että se vie huomiota pois kyseisellä hetkellä potilaalle ajankohtaisesta terveydellisestä ongelmasta. Lisäksi lihavien potilaiden kanssa käytettiin vähemmän empaattista, hänen tilanteeseensa samaistumista ilmaisevaa kieltä. Lihavilta potilailta varmistettiin harvemmin, ymmärsivätkö he, mitä hoitava taho tarkoitti. Ymmärtämisen varmistamalla voisi lisätä potilaan osallistumista vastaanottotilanteeseen, mikä puolestaan voi kannustaa jatkokäynteihin. Lisäksi ymmärrettävällä puheella ja empaattisella kohtaamisella voi olla vaikutus potilaan kokemaan stigmaan ja hoidon laatuun.

Monet ammattilaiset nostivat esille haasteet painon puheeksi ottamisessa. Puheeksi ottamista vaikeuttivat aiheen sensitiivisyys, ammattilaisen epävarmuus omista kyvyistään antaa ravitsemukseen tai liikuntaan liittyviä ohjeita tai kommunikointikoulutuksen puute. Vaikka ammattilaiset olisivatkin kokeneet, että heillä on riittävästi tietämystä lihavuudesta ja elintapaohjauksesta, kommunikaatiotaito saattoi puuttua. On hyvä, että hoitavat tahot ymmärtävät painopuheen sensitiivisyyden, mutta painon puheeksi ottamiseen tai ottamattomuuteen tulisivat vaikuttaa potilaan lääketieteelliset ja psykososiaaliset tarpeet, ei terveydenhuollon ammattilaisen tiedon tai itsevarmuuden puute. Tämä korostaa riittävän koulutuksen tarvetta motivoivan haastattelun ja muiden kommunikaatiotaitojen osalta niin opinnoissa kuin työelämässäkin. Lisäksi Thompsonin ym. (2021) tutkimuksen hoitajista 80 % kertoi, että kokisi painostigmaa käsittelevän lisäkoulutuksen hyödylliseksi.

Monet ammattilaiset myönsivät lihavuuden kuormituksen terveydenhuollolle vaikuttavan heidän asenteisiinsa lihavuudesta. Esiin nousivat riittämättömät resurssit, työn vaikeutuminen ja kokemus siitä, että lihaviin potilaiden vaatima tai aiheuttama lisätyö ja kuormitus terveydenhuollolle olisi epäreilua normaalipainoisia potilaita kohtaan. Kaikissa tutkimuksissa terveydenhuollon kuormituksen näkökulmaa ei otettu huomioon, joten voi olla, että lihavuuden vaikutukset työkuvalle voivat olla useammankin ammattilaisen turhautumisen taustalla. Osassa tutkimuksista havaittiin, että pidempään alalla työskennelleet ja vanhemmat työntekijät olivat ennakkoluuloisempia, mikä voi johtua pitkäaikaisesta turhautumisesta alalla. Toisaalta tähän voi vaikuttaa myös erilaisena aikana käyty koulutus, jossa ei välttämättä olla kiinnitetty huomiota lihavuuden stigmaan.

Tutkimuksen rajoitteina on tärkeää mainita, että kaikki valitut tutkimukset olivat luonteeltaan havainnoivia poikkileikkaustutkimuksia, joten ne eivät mahdollista syy-seuraussuhteiden tutkimista. Suurin osa tutkimuksista hyödynsi anonyymejä verkkokyselyitä, mutta anonyymiydestä huolimatta osallistujat eivät välttämättä halua myöntää omia stigmatisoivia asenteitaan. Kaikissa testeissä ei ollut käytössä avoimia tekstikenttiä, joiden avulla tutkittavat voisivat selventää ajatuk-



siaan stigmatisoivien asenteiden taustalla. Lisäksi verkkokyselyiden ja hypoteettisten asiakastilanteiden haasteena on, etteivät ne mahdollista kehonkielen tulkitsemista tai vastaanottotilanteen keston mittaamista. Vaikka hypoteettisten tilanteiden ja kyselyiden käyttö on validoitu keino tutkia stigmaa, emme tiedä, kuinka terveydenhuollon ammattilaiset todellisuudessa käyttäytyisivät aidossa vastaanottotilanteessa. Suurimmassa osassa tutkimuksia ei myöskään eroteltu eksplisiittiiä ja implisiittiiä stigmaa, joten enimmäkseen emme tiedä, olivatko ammattilaiset tietoisia asenteistaan.

On kuitenkin positiivista, että useat ammattilaiset ilmaisivat olevansa tietoisia negatiivisista asenteistaan lihavia potilaita kohtaan. Lisäksi monet toivoivat ohjausta ja lisätietoa painoon kohdistuvasta stigmasta. Tietoisuus omasta ja ympärillä olevien stigmasta ja sen haitallisuudesta ovat ensimmäisiä askeleita kohti muutosta.

## **7 Johtopäätökset**

Kirjallisuuskatsaus korostaa tarvetta laaja-alaisemmalle keskustelulle terveydenhuollossa painoon kohdistuvasta stigmasta, sen näkyvyydestä ja vaikutuksista potilaisiin. Suomenkielinen kirjallisuus aiheesta on vähäistä, ja stigman vallitsevuuden selvittämiseksi suomalaisessa terveydenhuollossa tarvittaisiin suomenkielisiä stigman arviointiin tarkoitettuja menetelmiä. Stigman vähentämiseksi tarvitaan kommunikaation ja lihavuuteen keskittyvää opetusta terveydenhuollon ammattilaisille, stigmaan ja sen vähentämiseen keskittyviä interventioita sekä parempia terveydenhoidon resursseja, jotka helpottavat sekä työntekijöiden työskentelyä lihaviin potilaiden kanssa että parantavat potilaiden kokemusta terveydenhuollossa asioinnista.

## Lähteet

Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians. *Obes Facts* 2019;12:632-638.

Allison DB, Basile VC, Yaker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10:599-607.

Anglé S. Lihavien leimaaminen ja lihavuuden hoito. Käypä hoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2020 (Viitattu 22.4.2022). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:252-257.

Christenson A, Torgerson J, Hemmingsson E. Attitudes and beliefs in Swedish midwives and obstetricians towards obesity and gestational weight management. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:755.

Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol* 1994;66:882-894.

Dedeli O, Bursalioglu SA, Deveci A. Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clinical Nursing Studies* 2014;2:105.

Dovidio J, Major B, Crocker J. Stigma: Introduction and overview. Teoksessa: Heatherton T, Kleck R, Hebl M, Hull J (toim.) *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press 2000, s. 1-24.

Elboim-Gabyzon M, Attar K, Peleg S. Weight Stigmatization among Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obes Facts* 2020;13:104-116.

Goffman E. Stigma: Notes on the management of a spoiled identity. New York: Simon & Schuster 1963.

Gudzune KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev Med* 2014;62:103-107.

Halvorson EE, Curley T, Wright M, Skelton JA. Weight Bias in Pediatric Inpatient Care. *Acad Pediatr* 2019;19:780-786.

Hyer S, Conner NE. Concept of overweight bias among healthcare professionals: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum* 2020;55:395-402.

Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23:1105-1111.

Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman 1984.

Kirk S, Russel-Mayhew S, Alberga A, Ramos Salas X. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. <https://obesity-canada.ca/guidelines/weightbias/> (Päivitetty 4.8.2020).

Korkeila J, Joutsenniemi K, Sailas E, Oksanen J, (toim.). *Irti Häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim 2011.

Lacroix E, Alberga A, Russell-Mathew S, McLaren L, von Ranson K. Weight Bias: A Systematic Review of Characteristics and Psychometric Properties of Self-Report Questionnaires. *Obes Facts* 2017;10:223-237.

Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM ym. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)* 2021;29:1802-1812.

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 22.4.2022) Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual review of sociology* 2001;27:363-385.

Lund TB, Brodersen J, Sandøe P. A Study of Anti-Fat Bias among Danish General Practitioners and Whether This Bias and General Practitioners' Lifestyle Can Affect Treatment of Tension Headache in Patients with Obesity. *Obes Facts* 2018;11:501-513.

Major B, Dovidio JF, Link BG, Calabrese SK, toim. *Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview*. Teoksessa: Major B, Dovidio F, Link B (toim.) *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination and Health*. New York: Oxford University Press 2018; doi: 10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.1

Mustajoki P. Lihavuus. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 7.2.2021.

Parildar H, Tuncer OU, Sahin MK, Demirpençe M, Yilmaz H. Are patients with obesity "scapegoats"? The obesity prejudice levels of health care workers in Turkey. *Rev Assoc Med Bras* (1992) 2021;67:1785-1792.

Penner LA, Phelan SM, Earnshaw V, Albrecht TL, Dovidio JF, toim. *Patient Stigma, Medical Interactions, and Health Care Disparities: A Selective Review*. Teoksessa: Major B, Dovidio F, Link B (toim.) *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination and Health*. New York: Oxford University Press 2018; doi: 10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.1

Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015;16:319-326.

Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J. Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *Int J Eat Disord* 2014;47:65-75.

Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity* 2014;22:1008-1015.

Robinson BE, Bacon JG, O'Reilly J. Fat phobia: measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *Int J Eat Disord* 1993;14:467-480.

Seymour J, Barnes JL, Schumacher J, Vollmer RL. A Qualitative Exploration of Weight Bias and Quality of Health Care Among Health Care Professionals Using Hypothetical Patient Scenarios. *Inquiry* 2018;55:46958018774171

Suomen lihavuustutkijat ry. Tutkimuksen avuksi. <http://suomenlihavuustutkijat.fi/tutkimuksen-avuksi/> (Luettu 22.4.2022).

Sutin AR, Terracciano A. Perceived Weight Discrimination and Obesity. *PLoS ONE* 2013;8:e70048.

Tanneberger A, Ciupitu-Plath C. Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? *Clin Nurs Res* 2018;27:414-432.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lihavuuteen liittyvä sairastuvuus - karttapalvelu. 2021. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/lihavuus/lihavuuteen-liittyva-sairastuvuus-karttapalvelu> (päivitetty 20.12.2021).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus*. Helsinki: 2018.

Thompson N, Adams EL, Tkacz Browne N, Bean MK. Pediatric Surgery and School Nurse Attitudes Regarding Children with Obesity. *J Pediatr Nurs* 2021;59:75-80.

Washington Cole KO, Gudzone KA, Bleich SN ym. Providing prenatal care to pregnant women with overweight or obesity: Differences in provider communication and ratings of the patient-provider relationship by patient body weight. *Patient Educ Couns* 2017;100:1103-1110.

Welsh S, Salazar-Collier C, Blakeslee B ym. Comparison of obstetrician-gynecologists and family physicians regarding weight-related attitudes, communication, and bias. *Obes Res Clin Pract* 2021;15:351-356.