

LIHAVUUDEN STIGMA

Potilaiden kokemuksia painopuheeseen liittyvästä vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa. Hermeneuttisfenomenologinen tutkimus.

Tiia Hagström

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2023

TIIVISTELMÄ

Hagström, T. 2023. Lihavuuden stigma. Potilaiden kokemuksia painopuheeseen liittyvästä vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa. Hermeneuttisfenomenologinen tutkimus. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 48 s, 1 liite.

Lihavuuden stigma eli häpeäleima on epätoivottua, kielteistä sosiaalista leimaantumista. Tutkimusten mukaan lihavuuden stigman kokemukset heikentävät kokijansa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä, aiheuttaen terveyden eriarvoisuutta. Empiirisen tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä potilaiden stigmakokemuksista heidän kohdatessaan painoon liittyvää vuorovaikutusta suomalaisessa terveydenhuollossa.

Tämä pro gradu -tutkielma koostuu kahdesta osasta: Ensimmäinen osa on kirjallisuuskatsaus, joka avaa lihavuuden stigman käsitettä, vuorovaikutuksen merkitystä terveydenhuollossa ja potilaiden kokemuksia perustuen viimeisimpään tutkimustietoon. Tutkielman toinen osa on empiirisen tutkimuksen artikkelikäsitelmä. Tutkimukseen osallistui viisi henkilöä, ja aineistonkeruu toteutettiin puolistrukturoiduin haastatteluin. Tutkimus toteutettiin hermeneuttisfenomenologisen lähestymistavan mukaisesti, ja aineisto analysoitiin tulkitsevan fenomenologisen analyysin (IPA) mukaisesti.

Analyysin perusteella muodostettiin merkityskokonaisuus, jonka kattoteemat olivat: 1) luottamuksen ja turvallisuuden tunteiden puute vuorovaikutuksessa ja 2) uhka mielen hyvinvoinnille ja minäpystyvyydelle. Lihavuuden stigman kokemukset painopuheeseen liittyvästä vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa näyttäytyivät haastateltavien kokemuksissa luottamuksen ja turvallisuuden tunteiden puutteena, näyttäytyen ennako-oletusten tekemisenä, laihdutus- ja painokeskeisyytenä, ei-kuulluksi tulemisen kokemuksina, riittämättömän avun saannin kokemuksina ja epäasiallisen käytöksen kokemuksina. Uhka mielen hyvinvoinnille ja minäpystyvyydelle näyttäytyi kielteisten tunteiden kokemuksina, kokemuksina omasta suhtautumisesta stigmatisoivaan painopuheeseen, syömiskäyttäytymisen ja kehonkuvan vääristymisen kokemuksiin sekä kokemuksiin itsestä lihavana ihmisenä.

Tutkimus lisäsi ymmärrystä siitä, miten lihavuuden stigmakokemus terveydenhuollon vuorovaikutustilanteissa loi kokijoilleen merkityskokonaisuuden, jossa yhdistyivät luottamuksen ja turvallisuuden tunteiden puute vuorovaikutuksessa sekä uhka mielen hyvinvoinnille ja minäpystyvyydelle. Potilaan kohtaamisen tulisi toteutua hienotunteisemmin, luottamuksellisessa ja turvallisessa ilmapiirissä painopuheeseen liittyvissä vuorovaikutustilanteissa. Tulevaisuudessa tulisi tutkia terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja arvoja suhteessa lihavuuteen, ja niiden vaikutusta potilaiden saaman hoidon ja vuorovaikutuksen laatuun. Lihavuuden stigman vähentämisen ja asenne- ja arvotyöskentelyn tulisi toteutua laaja-alaisesti paitsi yhteiskunnassamme, myös terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Lisäksi tulisi tutkia lisää tunteiden ja niiden virittymiseen johtaneiden vuorovaikutustilanteiden mahdollista vaikutusta käyttäytymiseen. Saadun tiedon avulla terveyteen kohdistuvia interventioita voitaisiin toteuttaa henkilön terveyttä, minäpystyvyyttä ja autonomiaa heikentämättä.

Asiasanat: lihavuuden stigma, syrjintä, vuorovaikutus, terveydenhuolto

ABSTRACT

Hagström, T. 2023. Obesity stigma. Patients' lived experiences of communication about weight related talk at Finnish public health service. Hermeneutic phenomenological research. University of Jyväskylä, master's thesis, Health promotion and Health education, 48 pp, 1 appendix.

Obesity stigma is an undesirable negative social stigma. According to previous research, experiences of obesity stigma affect negatively to physical, psychological, and social well-being, causing health inequality. Purpose of this research was to increase understanding about patients' lived experiences of stigma when facing weight related communication and interaction in Finnish public health service.

This master thesis has two parts: the first part is a literature review about obesity stigma, significance of interaction in public health service setting and patients' lived experiences based on most recent research. The second part of the thesis is an empirical research article manuscript. Five people attended the research and participant data was collected using semi-structured interviews. Research had a hermeneutic phenomenological approach and data was analyzed with interpretative phenomenological analysis (IPA).

Based on the analysis, two meaningful themes were formed: 1) lack of feelings of trust and safety in interaction and 2) threat for mental well-being and self-sufficiency. Lived experiences of obesity stigma in weight-related talk and interaction in public health service included experiences of prejudice, focus on weight loss and weight, experiences of not being heard, experiences of receiving insufficient help and experiences of inappropriate behavior. Threat for mental well-being and self-sufficiency reflected experiences of negative feelings, experiences of one's own attitudes towards weight speech, experiences of food related behavior and decreased body image experiences and experiences about self as an obese person.

This research confirmed the understanding of how obesity stigma experiences in public health service interaction situations resulted in lived experiences of lack of feeling of trust and safety in interaction and threat for mental well-being and self-sufficiency. Meeting a patient should be performed in a more tactful, trustful, and safe manner when it comes to weight-related communication and interaction. Lived experiences of obesity stigma in public health service should be examined more in the future. Especially more research is needed about the attitudes and values of health care professionals towards obesity and its effect on quality of patient care and interaction. Decreasing obesity stigma by attitude and value working should actualize in our society but also amongst health care professionals. Further research should also be conducted of feelings arising from situations of interaction and how they affect one's behavior. This information could be utilized to implement health-related interventions to support a person's health, self-efficacy, and autonomy.

Key words: obesity stigma, discrimination, interaction, public health service

KÄYTETYT LYHENTEET

BMI	body mass index, kehon massaindeksi
HPA-akseli	Hypotalamus-aivolisäke-lisämunuais-akseli stressireaktiossa
HRV	Heart Rate Variability, sykevälivaihtelu
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis, tulkitseva fenomenologinen analyysi
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 LIHAVUUDEN STIGMA ELI HÄPEÄLEIMA	3
2.1 Ylipainon ja lihavuuden määritelmät	3
2.2 Lihavuuden stigman, painostigman ja sisäistetyn stigman määritelmät.....	4
2.3 Lihavuuden stigma on rakenteellista ja lisää eriarvoisuutta	5
2.4 Lihavuuden stigman vaikutus kokijansa terveyteen.....	7
3 PAINON PUHEEKSI OTTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA JA SIIHEN LIITTYVÄ VUOROVAIKUTUS.....	9
3.1 Vuorovaikutus ja potilaan kohtaaminen.....	9
3.2 Lihavuuden stigma terveydenhuollon ympäristössä ja ammattilaisten rooli lihavuuden hoidossa.....	10
3.3 Vuorovaikutuksen ja sensitiivisyyden merkitys painosta puhuttaessa	10
4 POTILAIEN KOKEMUKSIA PAINOON LIITTYVÄSTÄ VUOROVAIKUTUKSESTA TERVEYDENHUOLLOSSA	12
4.1 Tutkimusten yleinen kuvaus.....	12
4.2 Potilaiden kokemuksia painoon liittyvästä vuorovaikutuksesta tutkimuksiin peilaten	13
5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	15
5.1 Rajoitteet ja vahvuudet	17
5.2 Johtopäätökset	17
LÄHTEET	18
LIITTEET	
Liite 1: Systemaattisen tiedonhaun prosessi	

OSA II EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN ARTIKKELIKÄSIKIRJOITUS

1 JOHDANTO

Lihavuuteen liittyvä stigma eli häpeäleima, on epätoivottua, negatiivista sosiaalista leimaantumista. Se sisältää negatiivisia oletuksia, asenteita ja uskomuksia ja kohdistuu tässä tapauksessa ihmisen ulkomuotoon ja painoon (Dovidio ym. 2018; Harjunen 2020; Link, Phelan & Hatzenbuehler 2018). Kaksi kolmasosaa aikuisista ovat painonsa perusteella ylipainoisia tai lihavia, lapsista ja nuorista joka viides (WHO 2022). Suomessa lähes kaksi kolmasosaa miehistä ja yli puolet naisista ovat ylipainoisia (THL 2023). Kansanterveydellisestä näkökulmasta lihavuus nähdään suurena terveyshaittoja tuottavana ja kuolleisuutta lisäävänä ongelmana, lisäten esimerkiksi riskiä sairastua erilaisiin syöpiin, sydän- ja verenkiertosairauksiin, mielenterveyden häiriöihin ja tyypin 2 diabetekseen (Norman ym. 2022; WHO 2022) ja tämän vuoksi lihavuuden hoitoon tulisi löytää kestäviä ratkaisuja (WHO 2022).

Lihavuuden stigma lisää eriarvoisuutta yhteiskunnan eri tasoilla ja sen perusteella tapahtuva syrjintä on yleisempää kuin rodun tai seksuaalisen suuntautumisen (Major ym. 2018; Link, Phelan & Hatzenbuehler 2018). Syrjintä näkyy esimerkiksi työelämässä, terveydenhuollossa ja koulutusympäristöissä (Dovidio ym. 2018; Major ym. 2018; Rubino ym. 2020). Stigman merkitys tulisi huomioida paitsi yhteiskunnallisessa keskustelussa, myös terveydenhuollossa (Albury ym. 2020). Terveydenhuollossa ammattilaisten tehtävänä on ottaa painoon liittyvät tekijät puheeksi, erilaisiin näyttöön perustuviin suosituksiin pohjaten ja toteuttaa terveyden edistämiseen tähtääviä toimia potilaslähtöisesti (Norman ym. 2022; Phelan ym. 2015). Kuitenkin tapa, jolla terveydenhuollossa painosta puhutaan, voi olla potilasta leimaava ja syrjivä, ylläpitäen ylipainoon ja lihavuuteen liittyvää stigmaa (Albury ym. 2020, Norman ym. 2022; Phelan ym. 2015; Zu & Smith 2022).

Lihavuuteen liittyvä stigma voi aiheuttaa kokijassaan voimakkaita häpeän ja syyllisyyden tunteita ja muuttua sisäistetyksi stigmaksi vaikuttaen yksilön terveyskäyttäytymiseen sekä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen kielteisellä tavalla (Dovidio ym 2018). Seurauksena voi olla affektiivisia, kognitiivisia, käyttäytymiseen ja fysiologiaan liittyviä vaikutuksia, jotka vaikuttavat laajasti terveyteen (Major ym. 2018) ja voivat osaltaan johtaa terveydenhuollon palveluiden välttelyyn (Albury 2020). Terveydenhuollossa lihavuuden stigmaa lisäävät esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen tuomitsevat asenteet, kuuntelemattomuus ja kunnioituksen puute sekä terveydenhuollon heikompi laatu lihavuuden vuoksi (Puhl ym. 2021). Leimaaminen ja stigman lisääminen syyllistävällä puheella voi olla haitallista liHAVAN ihmisen

elämän ja hyvinvoinnin kannalta, eikä näin ollen edistä ihmisen terveyttä, vaan voi paradoksaalisesti olla luomassa terveysongelmia (Albury ym 2020; Harjunen & Koivumäki 2022; Puhl ym. 2021). Esimerkiksi syömishäiriökäyttäytymisen sekä ahdistuksen ja masennusoireiden on todettu olevan yleisiä heillä, jotka kohtaavat painoon liittyvää stigmaa (Albury ym. 2020; Dovidio 2018).

Tämä pro gradu -tutkielma koostuu kahdesta osasta, teoriaosuudesta ja empiirisen tutkimuksen artikkelikäsikirjoituksesta. Vaikka painoon liittyvää stigmaa tiedetään esiintyvän muun yhteiskunnan lisäksi terveydenhuollossa, Suomessa stigmatisoivan painopuheeseen liittyvän vuorovaikutuksen kokemusta, tai sen merkitystä potilaille ei ole juurikaan tutkittu. Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella potilaiden lihavuuden stigmakokemuksia painopuheeseen liittyvästä vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa.

2 LIHAVUUDEN STIGMA ELI HÄPEÄLEIMA

Lihavuuden taustalla olevat syyt ovat moninaisia ja kompleksisia. Geneettiset, biologiset, ympäristölliset ja sosioekonomiset tekijät ovat esimerkiksi tunnistettuja tekijöitä ylipainon ja lihavuuden taustalla (WHO 2022). Lihavuuden stigman syntyyn ja ylläpitoon liittyvät vahvasti medikalisaatio, moraalikäsitteet ja stigman ilmeneminen sosiaalisissa suhteissa (Harjunen 2017). Tässä luvussa tarkastellaan lihavuuden stigmaan (obesity stigma) liittyviä tekijöitä ja sen ulottuvuuksia suhteessa terveyteen. Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään lihavuuden stigman käsitettä määrittelemään potilaiden kohtaamaa stigmaa.

2.1 Ylipainon ja lihavuuden määritelmät

Kehon painoa määritellään yleensä painoindeksin (Body Mass Index, BMI) avulla, jossa paino (kg) jaetaan pituuden neliöllä (m^2). Normaalipainoisuus tarkoittaa painoindeksin mukaisesti vaihteluväliä $18,5$ - $25 \text{ kg}/m^2$. Ylipainolla (overweight) tarkoitetaan painoindeksissä $> 25 \text{ kg}/m^2$. Lihavuudella (obesity) tarkoitetaan normaalia suurempaa kehon rasvakudoksen määrää ja se määritellään painoindeksin mukaisesti $> 30 \text{ kg}/m^2$ (WHO 2022). Vaikka painoindeksi ei ota huomioon yksilöiden kehon lihas- ja rasvakudoksen vaihtelua, tai siihen vaikuttavia tekijöitä, kuten ikää, sukupuolta tai etnistä taustaa, sitä pidetään riittävän käyttökelpoisena mittarina kerätessä tietoja laajoista väestöryhmistä. Maailmanlaajuisesti väestön ylipainoisuus ja lihavuus on lähes kolminkertaistunut vuodesta 1975 lähtien. Euroopassa lähes 60 prosenttia aikuisista on ylipainoisia tai lihavia, lapsista lähes kolmannes (WHO 2022).

Lihavuuden yleistymisen taustalla ovat esimerkiksi ruokateollisuuden, liikuntatottumusten, energian saannin ja työympäristön muutokset, jotka heijastuvat yksilöiden käyttäytymiseen niin yksilö- kuin yhteiskunnallisella tasolla. Lihavuuden taustalla olevat geneettiset, biologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät tunnetaan nykyään paremmin (Albury 2020; Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2023), samoin kuin rasvakudoksen ominaisuuksien muutokset erilaisten sairauksien kehittymisessä erityisesti ikääntymisen myötä (WHO 2022). Ylipaino ja lihavuus ovat riskitekijöitä esimerkiksi erilaisille syöville, sydän- ja verisuonisairauksille, tyypin II diabetekselle, munuaissairauksille, kroonisille keuhkosairauksille ja mielenterveyshäiriöille (WHO 2022).

2.2 Lihavuuden stigman, painostigman ja sisäistetyn stigman määritelmät

Lihavuuden stigmaan liittyy olennaisesti erilaisia stereotyyppioita ja oletuksia. Lihavia pidetään laiskoina, epämotivoituneina, vähemmän osaavina, itsekurittomina ja hitaina (Major, Tomiyama & Hunger 2018; Wu & Berry 2017) sekä itsestään huolta pitämättöminä (Major, Tomiyama & Hunger 2018). Lihavuuden stigmaan liittyy usein ajatus siitä, että yksilö voi riittävästi motivoituessaan pudottaa painoa ja siksi painoon liittyvä stigma voi korostua esimerkiksi terveydenhuollossa verrattuna muihin kroonisiin tiloihin, jotka eivät suoraan ole olleet henkilön omassa kontrollissa (Penner ym. 2018). Stigmaa on käytetty erilaisissa kansanterveydellisissä kampanjoissa työkaluna, jolla on pyritty motivoimaan ihmisiä pudottamaan painoa esimerkiksi sosiaalisen painostuksen avulla (Major, Tomiyama & Hunger 2018), sitä voidaan kuitenkin pitää epäeettisenä ja toimimattomana keinona, ottaen huomioon sen kielteiset vaikutukset lihavuuden stigman kokijan terveyteen (Major, Tomiyama & Hunger 2018; Wu & Berry 2017; Zu & Smith 2022).

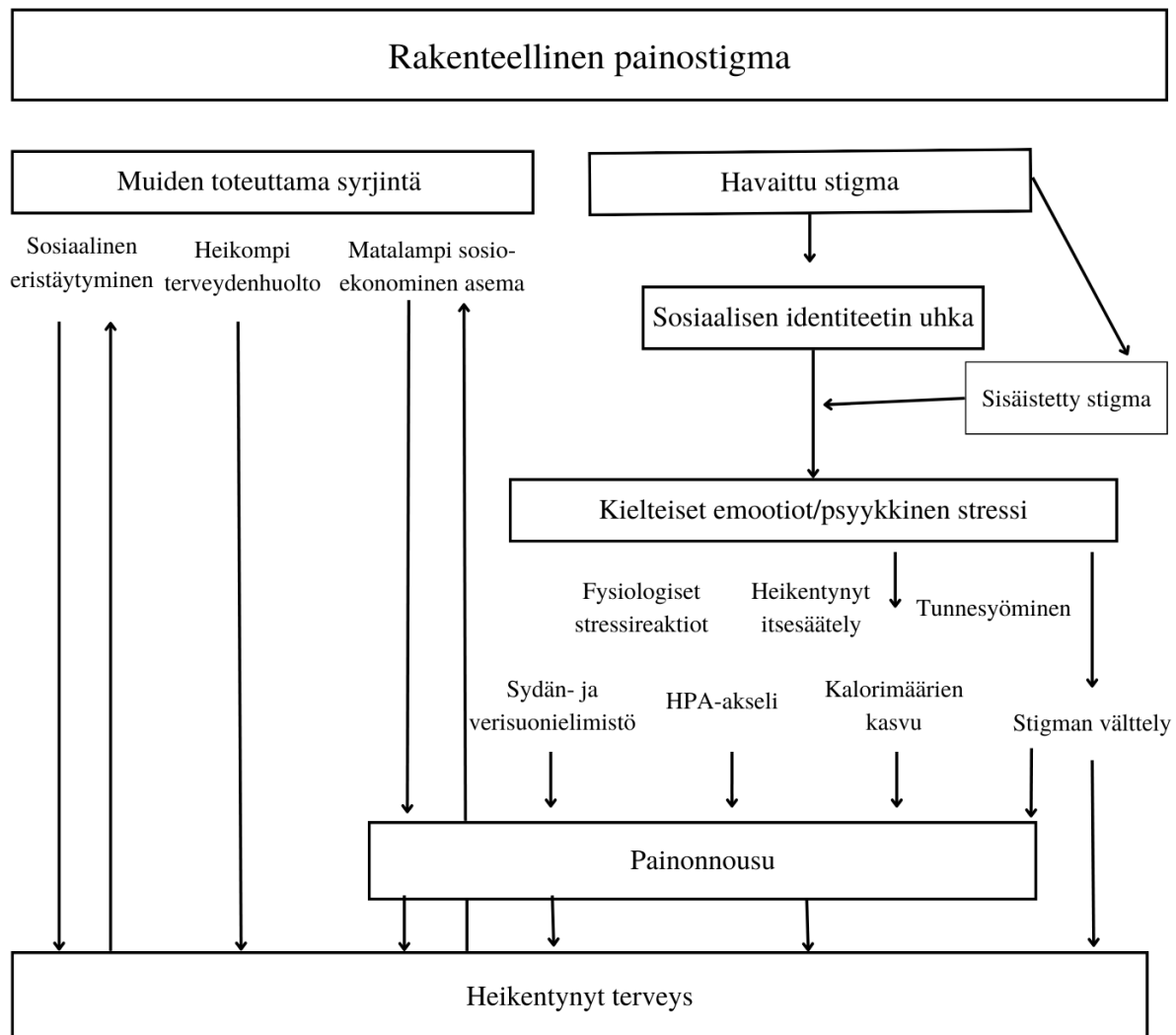
Painoon liittyvän stigman tiedostaminen on lisääntynyt viime vuosina. Painostigman (weight stigma) tiedostaminen voi lisätä yksilöiden riskiä sosiaalisen identiteetin uhalle, jolloin he tiedostavat mahdollisuuden syrjinnälle, kielteisille asenteille sekä torjunnalle erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa lihavuutensa vuoksi (Durso & Latney 2008; Major, Tomiyama & Hunger 2018). Painostigma tarkoittaa stigmaa, joka liittyy painoon ja pitää sisällään ennakkoluuloja kohdistuen painoon. Painostigmaa voi kokea monen kokoiset ja painoiset henkilöt, ja siihen voi liittyä pelkoa lihomisesta, syömiskäyttäytymisen muutoksia (Harjunen 2017; Harjunen 2020; World Obesity Federation 2023) ja sitä ylläpitävät esimerkiksi erilaiset kauneusihanteet yhteiskunnassa ja pelko lihomista kohtaan (Harjunen 2017; Harjunen 2020). On havaittu, että erityisen haavoittuvassa asemassa painostigman kokemiseen ovat nuoret ja lihavuusleikkaukseen hakeutuvat henkilöt (Puhl, Himmelstein & Pearl 2020).

Stigman kokeminen voi saada ihmisen tuntemaan häpeää olemassaolostaan ja se voi muuttua osaksi henkilön identiteettiä, tällöin stigma sisäistetään osaksi omaa itseä (internalized stigma) (Pearl & Puhl 2017; Zhu & Smith 2022). Sisäistetty stigma voi aiheuttaa esimerkiksi keuhäpeää ja syyllisyyden tunteita silloin, kun henkilö kokee olevansa liian painava tai kooltaan liian iso (Lucibello ym. 2021). Sisäistetty painostigma sisältää kielteisiä painoon liittyviä asenteita ja ennakkoluuloja kohdistuen itseän ja se voi olla hyvin tuhoisaa henkilön terveydelle ja hyvinvoinnille, vaikuttaen fysiologisesti stressin kokemiseen ja aiheuttaen

epäterveellisiä käyttäytymiseen liittyviä kehityskulkuja (Kahan & Puhl 2017). Sisäistetty stigma eroaa kuitenkin vääristyneestä kehonkuvasta (Zu & Berry 2018), vaikkakin sillä on havaittu olevan yhteyksiä kehonkuvan heikentymiseen (Pearl & Puhl 2017). Sisäistetyllä stigmalla on joissakin tutkimuksissa havaittu yhteys heikentyneeseen motivaatioon suhteessa fyysiseen aktiivisuuteen (Pearl & Puhl 2018).

2.3 Lihavuuden stigma on rakenteellista ja lisää eriarvoisuutta

Stigma on Goffmanin (1963) mukaan ”ominaisuus ihmisessä, joka on syvästi halveksittava” ja stigman olemassaolo todentuu sosiaalisissa suhteissa. Painoon liittyvä stigma on sosiaalinen ja moraalinen leima, jossa lihavuuden aiheuttajana nähdään yksilön tekemät valinnat tai yksilön piirteisiin liittyvät tekijät ja tekevät ihmisestä sosiaalisesti vähemmän arvokkaan (Phelan ym. 2015). Stigmaan liittyy voimakkaasti eriarvoistava vallan elementti, joka on tilannesidonnainen ja tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Stigmatisoiduksi koetut asiat määrittävät ne, joilla on valtaa suhteessa muihin ja jotka tekevät jakoa ”meihin” ja ”muihin” (Lucas, Ho & Kerns 2018). Tällainen valta-asetelma esiintyy yhteiskunnan eri tasoilla, esimerkiksi työpaikoilla, koulutuksessa tai terveydenhuollossa (Link, Phelan & Hatzenbuehler 2018). Lihavuuden perusteella syrjiminen ei ole laitonta, ja siten stigman kohteena se eroaa esimerkiksi rotuun tai etnisyyteen perustuvasta syrjinnästä (Penner ym. 2018). Rakenteelliseen painostigmaan liittyvät tekijät ja niiden vaikutus henkilön terveyteen on tuotu esiin kuvassa 1.



KUVA 1. Rakenteellisen painostigman vaikutukset terveyteen. Mukailten Major, Tomiyama & Hunger (2018).

Stigmatisoiviksi tekijöiksi luettavien ominaisuuksien, kuten mielenterveyden häiriöiden, seksuaalivähemmistöön kuulumisen, lihavuuden, HIV:n tai AIDS:n sairastamisen, vammaisuuden sekä vähemmistörotuun tai etniseen ryhmään kuulumisen on esitetty olevan terveyden sosiaalisia muuttujia, niiden vaikuttaessa terveyteen sekä välillisesti että suoraan (Link, Phelan & Hatzenbuehler 2018). Painoharhan (weight bias) ja lihavuuden stigman seurauksena on terveyden eriarvoisuus, vaikuttaen esimerkiksi siihen, minkälaista hoitoa saa terveydenhuollossa. Heikompi terveydenhuollon laatu voi vaikuttaa heikentävästi yksilön terveyteen ja elämänlaatuun (Phelan ym. 2015; WHO. Regional Office for Europe. 2017) ja lisätä kuolleisuutta (Sutin, Stephan & Terracciano 2015; WHO. Regional Office for Europe. 2017). Syrjinnän vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin, heikentyneeseen terveydenhuollon laatuun sekä matalampaan sosioekonomiseen asemaan ovat suoraan ja välillisesti yhteydessä

henkilön terveyteen, kuten lihavuuden stigman mallissa (kuva 1) tuodaan esiin (Major, Tomiyama & Hunger 2018).

2.4 Lihavuuden stigman vaikutus kokijansa terveyteen

Lihavuuden stigman kokemus voi heikentää paitsi kokijansa fyysistä, myös psyykkistä terveyttä. Yleisimpiä kielteisiä emootioita ja tunteita, joita on tunnistettu stigmatisoivan vuorovaikutuksen seurauksena, ovat esimerkiksi häpeän, syyllisyyden, arvottomuuden ja nolouden tunteet. (Puhl & Suh 2015) Stressipohjaiset patofysiologiset kehityskulut sekä terveydenhuollon välttely ovat tunnistettuja seurauksia lihavuuden stigman kokemuksen seurauksia (WHO. Regional Office for Europe 2017). Painoon liittyvän syrjinnän on todettu lisäävän kielteisiä emootioita ja lisäävän elimistön haitallisia stressireaktioita (Derks & Scheepers 2018; Major, Tomiyama & Hunger 2018; Wu & Berry 2017) Syrjinnän on todettu vaikuttavan kielteisesti esimerkiksi sykevälivaihteluun (heart rate variability, HRV), joka vaikuttaa henkilön itsesäätelymekanismeihin ja stressin käsittelyyn sekä kertoo parasympaattisen hermoston palautumisen tilasta (Derks & Scheepers 2018). Heikentyneellä itsesäätelyllä on yhteys tunnesyömiseen (kuva 1), joka voi kasvattaa syötyjen ruokien kalorimääriä ja siten nostaa henkilön painoa, joka voi heikentää terveydentilaa (Major, Tomiyama & Hunger 2018).

Haitallisen stressin lisääntymisellä on yhteys kehon yleiseen tulehdus- eli inflammaatiotilaan, joka on osaltaan tunnistettu esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien sekä tyypin II diabeteksen (Derks & Scheepers 2018; Hintsa, Honkalampi & Flink 2019; Major, Tomiyama & Hunger 2018; Wu & Berry 2017), astman, artriitin, osteoporoosin ja Alzheimerin taudin (Derks & Scheepers 2018), sekä heikentyneen aineenvaihdunnan, verenpaineen kohoamisen ja masennuksen kehittymisen taustalta (Hintsa, Honkalampi & Flink 2019). Kortisolien nousu, haitallisen stressin kokeminen ja C-reaktiivisen tulehdusmarkkerin nousu on yhdistetty lihavuuden stigman kokijoiden fyysisen terveydentilan muutoksiin (Wu & Berry 2017), ja erityisesti häpeän tunne on tunnistettu vaikuttavan hypotalamus-aivolisäke-adrenaliini-akselin toimintaan, lisäten kortisolien tuotantoa ja lisäten siten tulehdustilaa kehossa (Major, Tomiyama & Hunger 2018). HPA-akselin toiminta on osa neuroendokriinistä järjestelmää, osallistuen psykologisen, kroonisen fysiologisen sekä akuutin stressin säätelyyn (Hintsa, Honkalampi & Flink 2019).

Fyysisiä terveyteen vaikuttavia tekijöitä stigman seurauksena on raportoitu esimerkiksi vähentyneen fyysisen aktiivisuuden, painonnousun ja erilaisten laihdutusyritysten osalta. Lihavuuden stigman aiheuttamien seurausten on havaittu lisäävän painonnousua, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sijaan (Puhl & Suh 2015). Henkilöiden, jotka kohtaavat lihavuuden stigmaa, on raportoitu liikkuvan vähemmän, kokevan vähemmän minäpystyvyyttä liikkumisen suhteen ja heidän asenteensa on kielteisempi liikkumista kohtaan stigmatisoinnin vuoksi (Puhl & Suh 2015). Jatkuvaa stigmaa kokevien aivojen on osoitettu reagoivan stigman aiheuttamaan sosiaaliseen kipuun kuin kipu olisi fyysistä (Derks & Scheepers 2018). Terveystieteiden tutkimuksissa kohdattu stigma vaikuttaa kokijaansa paitsi välittömästi hoidon laadun heikentymisellä ja potilaan kokemana stressireaktiona, myös pidemmällä aikavälillä esimerkiksi erilaisten ennaltaehkäisevien seulojen laiminlyöntinä tai hoitoon sitoutumattomuutena (Phelan ym. 2015).

Psyykkisen terveyden muutoksia on kuvattu esimerkiksi heikomman kehonkuvan ja kehotyöttömyyden, matalan itsetunnon ja -luottamuksen (Emmer, Bosnjak & Mata 2020; Pearl & Puhl 2018; Phelan ym. 2015; Puhl & Suh 2015), arvottomuuden ja yksinäisyyden tunteiden, itsetuhoisten ajatuksien ja tekojen, masennuksen, ahdistuksen ja muiden psyykkisten häiriöiden, jäsentymättömien syömistottumuksien, liikunnan välttelyn, sekä terveydenhuollon välttelyn osalta. Edellä mainitut ovat tunnistettuja seurauksia painovääritykseen (weight bias) ja lihavuuden stigmaan liittyen (Tylka ym. 2014; WHO. Regional Office for Europe 2017; Wu & Berry 2017). Pahimmillaan painostigman vuoksi koetut masentuneisuuden tunteet ja tilat voivat johtaa henkilön tekemään itsemurhaan (Scutz ym. 2019).

3 PAINON PUHEEKSI OTTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA JA SIIHEN LIITTYVÄ VUOROVAIKUTUS

Potilaan kohtaaminen terveydenhuollossa on muuttunut vuosikymmenten saatossa ammattilaiskeskeisyydestä potilaskeskeisemmäksi (Freytag & Street Jr. 2022). Paino on puheenaiheena erityislaatuinen ja siihen voi liittyä monenlaisia tunteita, kuten häpeää ja syyllisyyttä. Potilaskeskeinen ja myönteinen tapa puhua voivat luoda luottamusta ammattilaisen ja potilaan välillä (Albury ym. 2020). Tässä luvussa tarkastellaan vuorovaikutusta potilaan ja ammattilaisen välillä terveydenhuollossa sekä painopuhetta ja painon erityisyyttä aiheena.

3.1 Vuorovaikutus ja potilaan kohtaaminen

Vuorovaikutus potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä voi olla sanatonta ja sanallista. Sanaton vuorovaikutus elein, katsein ja kasvojen liikkein tapahtuu yleensä ennen kuin tapahtuu sanallista vuorovaikutusta (McCorry & Mason 2020). Potilaskeskeinen lähestymistapa ottaa huomioon ihmisen kokonaisvaltaisesti, ei vain elinjärjestelmänä tai sairauden oireina. Keskeistä on ymmärtää ihmisen emotionaaliset ja psyykkiset tarpeet, joiden pohjana ovat esimerkiksi kokemukset, uskomukset, asenteet, sosioekonominen asema, sukupuoli ja kulttuuriin liittyvät tekijät. Toinen tärkeä näkökulma potilaskeskeisyydessä kokonaisvaltaisuuden lisäksi on terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus, jonka avulla on tarkoitus ratkaista potilaan terveyteen liittyvä ongelma yhdessä (Freytag & Street Jr. 2022). Vuorovaikutus terveydenhuollossa ja lääketieteessä lisää diagnostista tarkkuutta, potilaskeskeisiä hoitopäätöksiä sekä vaikuttaa suotuisasti useisiin muuttujiin, kuten hoitoon sitoutumiseen ja potilasturvallisuuteen (Howick ym. 2018).

Empaattisella ja myönteisellä potilaskohtamisella voidaan vähentää potilaan kokemaa kipua, ahdistusta ja lisätä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon sekä kohentaa elämänlaatua (Howick ym. 2018). Tietoisuus omasta vuorovaikutuksesta potilaan kanssa voi lisätä yhteistyön mahdollisuuksia, toisin kuin potilaan syyllistäminen ja häpeän lisääminen esimerkiksi vitsailemalla potilaan painosta, pelottelemalla tai nöyryyttämällä (Albury ym. 2020). Stigma luodaan, pidetään yllä ja muuttuu sosiaaliseksi vuorovaikutuksen avulla. Stigmaan myös vastataan vuorovaikutuksen keinoin (Zhu & Smith 2022). Terveydenhuollon ammattilaisen ja

potilaan välillä olevan vuorovaikutuksen voidaan ajatella olevan dialogista ja päätösten tekoa yhteisymmärryksessä (Haskard-Zolnierik ym. 2022).

3.2 Lihavuuden stigma terveydenhuollon ympäristössä ja ammattilaisten rooli lihavuuden hoidossa

Joillekin ammattilaisille voi olla vaikeaa keskustella painoon liittyvistä asioista, pelkona potilaan stigmatisointi tai omien vuorovaikutustaitojen ja osaamisen puutteellisuus lihavuuden hoidon osalta (Norman ym. 2022). Terveydenhuollon kontekstissa painoon liittyvä stigma voi näkyä terveydenhuollon ammattilaisen kielteisinä asenteina, jotka voivat ilmentyä esimerkiksi pitämällä lihavia laiskoina, hoitoon sitoutumattomina ja heidän hoitamisensa saatetaan kokea turhauttavana (Alberga ym. 2018; Dietz ym. 2015; Penner ym. 2018). Dietz ym. (2015) kuvasivat, kuinka terveydenhuollon ammattilaisten tiedolliset ja taidolliset puutteet lihavuuden hoidossa ja potilaiden kohtaamisessa aiheuttivat epävarmuutta ohjata potilaita elämäntapamuutoksessa, esimerkiksi ravitsemuksen tai liikunnan suhteen.

Systemaattisen katsauksen perusteella todettiin, että lihavuuden stigmatisointi ei motivoi yksilöitä painonpudotukseen, ja voi olla lisäämässä riskiä heikommalle terveydentilalle tulevaisuudessa. (Wu & Berry 2017). Kansainvälisessä konsensuslausumassa korostetaan eri organisaatioiden ja toimijoiden merkitystä lihavuuden stigman vähentämisessä ja syrjinnän lopettamisessa (Rubino ym. 2020). Eurooppalaisissa lihavuuden hoito -suosituksissa (2019) ja suomalaisessa Käypä hoito -suosituksessa (2023) todetaan kunnioittavan ja empaattisen vuorovaikutuksen olevan vaikuttavin tapa kohdata ihmisiä sekä hoitaa ylipainoa ja lihavuutta terveydenhuollossa. Syrjivät asenteet ja stigmatisoiva vuorovaikutus voi pahimmillaan johtaa kierteeseen, jossa stigmatisoiva kohtaaminen johtaa epäsuotuisaan terveyskäyttäytymiseen, esimerkiksi ahmimiseen, liikunnan vähentymiseen, lisäten näin henkilön painoa (Schutz ym. 2019).

3.3 Vuorovaikutuksen ja sensitiivisyyden merkitys painosta puhuttaessa

Painon puheeksi oton ajurina ovat useimmiten hyvät tarkoitukset ja laadukkaan potilashoidon tavoitteet, mutta toteutetut toimet voivat olla lisäämässä lihavuuden stigmaa. Terveydenhuollon ja terveyden edistämisen ammattilaiset eivät kuitenkaan yleensä tarkoituksellisesti syrji potilaitaan, vaan ovat sitoutuneita hoitamaan kaikkia väestöryhmiä (Phelan ym. 2015).

Toisaalta terveydenhuollon ammattilaisten kielteiset ja haitalliset asenteet lihavia potilaita kohtaan saattavat aiheuttaa hoidon laadun heikkenemistä sekä myöhemmin potilaan hoitoon hakeutumisen välttelyä, jotka voivat lisätä potilaan terveysongelmia (Albury 2020; Penner ym. 2018). Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat taitoja ja harjoitusta painon puheeksi ottamisen ja käyttäytymiseen vaikuttavien menetelmien suhteen. Keskeistä painoon liittyvässä puheessa on sensitiivisyys ja sanojen valinta kunnioittavasti sellaisten potilaiden kohdalla, jotka ovat itse halukkaita elämäntapamuutokseen (Dietz ym. 2015). Lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa (2023) todetaan, että painosta puhuminen tulisi tehdä sensitiivisesti, potilasta kannustaen ja myönteisellä otteella.

Terveydenhuollossa ammattilaisten tulisi auttaa potilasta vähentämään noloantumisen, vihan ja tyytymättömyyden tunteita omaa kehoa kohtaan sisäistetyn painostigman ja kehohäpeän vähentämiseksi (Tylka ym. 2014). Motivoivaa haastattelua suositellaan esimerkiksi eurooppalaisissa lihavuuden hoitosuosituksissa sen myönteisen, empaattisen ja lämpimän sävyn vuoksi. Keskiössä on potilas ja hänen oma asiantuntijuutensa oman elämänsä ja tilanteensa suhteen (Schutz ym. 2019). Kunnioittavan keskustelun, kysymysten ja aidon kuuntelun avulla ammattilainen voi selvittää potilaan tuen tarpeen ja auttaa rakentamaan mielekkäitä tavoitteita yhdessä potilaan kanssa hyvinvoinnin edistämiseksi (Albury ym. 2020; Painon puheeksi ottaminen 2021).

Iso-Britanniassa on tehty painon puheeksi ottamisen tueksi opas, jossa huomioidaan sanojen ja sanattoman vuorovaikutuksen merkitys potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä (Albury ym. 2020). Suomessa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS, Sydänliitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL ovat luoneet vastaavanlaisen oppaan painon puheeksi ottoon (Painon puheeksi ottaminen 2021). Painon puheeksi ottamisessa keskeistä on, että ammattilainen pohtii ensin omaa suhtautumistaan lihavuuteen ja tunnistaa ajatuksensa lihavuuden suhteen. Kannustava ja voimavaralähtöinen tapa vuorovaikuttaa potilaan kanssa tuo toiveikkautta ja myönteisen vuorovaikutuksen ammattilaisen ja potilaan välille (Painon puheeksi ottaminen 2021). Potilaasta ei tulisi olettaa asioita esimerkiksi liikunnan tai ravitsemuksen suhteen ulkomuodon perusteella (Albury ym. 2020) ja ammattilaisen tulisi pohtia, onko hän oikea ihminen auttamaan potilasta hänen tilanteensa kanssa (Painon puheeksi ottaminen 2021).

4 POTILAIEN KOKEMUKSIA PAINOON LIITTYVÄSTÄ VUOROVAIKUTUKSESTA TERVEYDENHUOLLOSSA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella paitsi lihavuuden stigman ilmiötä ja painopuheeseen liittyvä vuorovaikutusta, myös potilaiden kokemuksia painoon liittyvästä vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa. Katsaus toteutettiin systemaattiseen tiedonhakuun perustuen (liite 1) ja haut eri tietokannoista tehtiin joulukuussa 2022. Tietokannat, joista haut tehtiin, olivat PsycINFO, Medline (Ovid), CINAHL sekä PubMed. Kaikki tutkimukset ovat vertaisarvioituja. Katsaukseen valikoitui yhteensä kahdeksan tutkimusta, joista laadullisia oli seitsemän ja yksi mixed method -menetelmällä toteutettu. Tutkimukset toivat esiin potilaiden erilaisia lihavuuden stigman kokemuksia terveydenhuollossa.

4.1 Tutkimusten yleinen kuvaus

Katsaukseen valikoituneista tutkimuksista kolmessa tutkittiin raskauden aikaisia tai synnytyksen jälkeisiä kokemuksia painoon liittyen terveydenhuollossa (Dieterich ym. 2022; Hurst ym. 2021; Saw, Aung & Sweet 2021). Kaksi raskauteen liittyvistä tutkimuksista oli toteutettu puolistrukturoiduin haastatteluin, käyttämällä analyysimenetelmänä sisällön analyysia (Dieterich ym. 2022; Hurst ym. 2021). Kolmas tutkimus raskausaikaan liittyen oli kartoitava katsaus (scoping review), jossa analyysi oli toteutettu temaattisen analyysin keinoin (Saw, Aung & Sweet 2021). Kahdessa tutkimuksessa tutkittiin grounded theory-menetelmällä naisten kokemuksia painonhallinnasta ja kokemuksista terveydenhuollossa. Aineistot oli kerätty puolistrukturoiduin haastatteluin ja syvähaastattelemalla. Toinen naisten kokemuksia tarkastelevista tutkimuksista keskittyi valkoisten ja mustien naisten kokemuksiin eroihin (Chugh ym. 2013; Williams ym. 2018).

Kolme tutkimuksista keskittyivät tarkastelemaan erilaisia painoon liittyvän stigman kokemuksia erilaisissa terveydenhuollon ympäristöissä (Koball ym. 2018; O'Donoghue ym. 2021; Setchell ym. 2015). Mixed method-menetelmällä tehty tutkimus tarkasteli stigmatisoivien kokemusten yleisyyttä ja laadullisella osuudella selvitettiin, kuinka potilaat kokivat tilanteet tai painoon liittyvän vuorovaikutuksen (Koball ym. 2018). Fenomenologinen lähestymistapa tarkasteli potilaiden kokemuksia Irlannin terveydenhuollossa (O'Donoghue ym. 2021). Potilaiden havaintoja painoon liittyvästä stigmasta tuotiin esiin laadullisissa

tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin potilaiden kokemuksia fysioterapian kontekstissa ja analyysi oli toteutettu temaattisella sisällönanalyysillä (Setchell ym. 2015).

4.2 Potilaiden kokemuksia painoon liittyvästä vuorovaikutuksesta tutkimuksiin peilaten

Synnyttäneiden kokemukset painoon liittyvistä keskusteluista korostuivat erityisesti raskausaikana (Dieterich ym. 2022; Hurst ym. 2021; Saw, Aung & Sweet 2021). Tällöin painosta oli keskusteltu useasti, mutta sitä ei haastattelujen perusteella koettu huonoksi asiaksi, vaan raskaudenseurantaan kuuluvaksi. (Dieterich ym. 2022). Toisenlaisia kokemuksia oli kartoittavan katsauksen perusteella, jossa esiin nousi kokemuksia raskauden aikana kohdatusta lihavuuden stigmasta. Näille kokemuksille yhteistä oli puutteellinen tiedonsaanti painonhallinnasta, lihavuuteen liittyvät ennakkoluulot ja stigma, medikalisaatio ja depersonalisaatio sekä tarve tiedolle ja halu muutokseen (Saw, Aung & Sweet 2021). Tutkimus raskauden aikaisista kokemuksista toi esiin sekä myönteisiä kokemuksia, mutta myös pelkoa stigmatisoinnista sekä painoon liittyvän syrjinnän kokemuksia. Pelon koettiin juontuvan edellisten ikävien kokemusten pohjalta, jotka liittyivät painoon ja syrjintään (Hurst ym. 2021).

Kokemukset painoon liittyvästä stigmasta terveydenhuollossa heijastuivat haastateltavien kokemuksiin empaattisuuden ja avoimuuden puuttumisena sekä pelotteluna (Hurst ym. 2021; Koball ym. 2018). Stigmatisoivien kokemusten koettiin vaikuttavan siihen, että potilas omaksui identiteetin lihavana potilaana ja häntä määriteltiin terveydenhuollossa ainoastaan kokonsa perusteella (Williams ym. 2018). Toisaalta korkean itseluottamuksen katsottiin olevan suojatekijä sille, että tutkittavat eivät kokeneet sisäistettyä lihavuuden stigmaa (Dieterich ym. 2022). Stigman sisäistymisen erot kuvattiin Chugh ym. (2013) tutkimuksessa, jossa tuotiin esiin valkoisten ja mustien naisten eroja suhtautumisessaan painostigmaan. Tutkimuksen mukaan valkoiset naiset sisäistivät stigman useammin kuin mustat naiset sekä käyttivät itsestään esimerkiksi erilaista kieltä, valkoisten kuvaillessaan itseään ankarilla termeillä, mustien puhuessa ylpeydestä ja kehopositiivisuudesta. (Chugh ym. 2013).

Lihavuuden stigmakokemusten myötä heränneet tunteet kuvattiin häpeän (Chugh ym. 2013; Koball ym. 2018; O'Donoghue ym. 2021; Setchell ym. 2015), ahdistuksen (Saw, Aung & Sweet 2021) nolouden, arvottomuuden (O'Donoghue 2021) ja syyllisyyden (O'Donoghue ym. 2021; Saw, Aung & Sweet 2021; Setchell ym. 2015) tunteina, jotka on tunnistettu aiemminkin

tutkimuksista. Terveydenhuollossa lihavuuden stigman kokemukset heijastuvat siellä käytävään keskusteluun painosta, vuorovaikutuksen laatuun ja sen kautta koettuun hoidon laatuun (Hurst ym. 2021; Williams 2018). Kaikissa tutkimuksissa tuotiin esiin tarve terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamiselle lihavuuden ja painostigman vähentämiseksi (Chugh ym. 2013; Dieterich ym. 2022; Hurst ym. 2021; Koball ym. 2018; O'Donoghue ym. 2021; Saw, Aung & Sweet 2021; Setchell ym. 2015; Williams ym. 2018).

Mixed method-tutkimuksessa tuotiin esiin, kuinka erityisesti ne potilaat, joilla oli suurempi painoindeksi, toivoivat painosta keskustelun tapahtuvan sensitiivisesti. Tämän ei katsottu liittyneen sisäistettyyn stigmaan, vaan olevan yhteydessä korkeampaan painoindeksiluokkaan. Lähes 75 prosenttia tutkimukseen osallistuneista (n=242) olivat keskustelleet painosta viimeisimmällä käynnillä terveydenhuollossa. Useimmat kokivat, että painoon liittyvä keskustelu tulisi käydä avoimesti ja sensitiivisesti keskustellen ja tukemalla potilasta yksilöllisesti (Koball ym. 2018). Kahta naisryhmää vertailevassa tutkimuksessa tuotiin myös esiin toive saada terveydenhuollosta yksilöllistä, empaattista, myötätuntoista ja kunnioittavaa kohtaamista painoon liittyvien asioiden suhteen (Chugh ym. 2013). Osalla fysioterapiassa käyneillä potilailla oli hyviä kokemuksia painoon liittyvästä vuorovaikutuksesta, mutta potilailla oli myös kokemuksia stigmasta, johon liittyi esimerkiksi fysioterapeutin ennakkoluulot. Potilaiden toiveina olivat vuorovaikutuksen asiallisuus, sensitiivisyys, empaattisuus ja fysioterapeutin omien ennako-oletusten pois jättäminen vuorovaikutuksesta (Setchell ym. 2015).

Myönteisissä kokemuksissa painoon liittyviä asioita käsiteltiin asiallisesti, raskaana olevan ja lapsen terveyttä korostaen. Haastateltavien mukaan heidän terveyttään tarkasteltiin laaja-alaisesti raskauden aikana, eikä painon seuranta ollut pääasiana seurantakäynneillä, vaan niillä keskityttiin esimerkiksi fyysiseen aktiivisuuteen, ravitsemukseen, sosiaalisiin suhteisiin ja mielenterveyteen. (Dieterich ym. 2022). Mixed method-tutkimuksessa kysyttiin potilaiden (n=121) suhtautumisesta painopuheeseen, ja heistä 23.7 prosenttia kuvasi suhtautumistaan neutraaliksi, 18 prosenttia kuvasi suhtautuvansa myönteisesti ja 17 prosenttia koki painopuheen kielteisenä. Kielteiset kokemukset koettiin syrjivinä. Tutkimuksessa pohdittiin sisäistetyn stigman merkitystä potilaan kokemasta stigmasta ja johtopäätöksenä esitettiin, että potilaan kanssa keskusteleminen painosta tulisi aina olla sensitiivistä (Koball ym. 2018).

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä pro gradu -tutkielman ensimmäisessä osassa käsiteltiin lihavuuden stigmaa ilmiönä, painoon liittyvää vuorovaikutusta terveydenhuollossa ja potilaiden painoon liittyviä kokemuksia terveydenhuollossa kansainväliseen tutkimustietoon perustuen. Näiden perusteella tehtävät johtopäätökset johdattelevat tutkimuksen empiiriseen osaan, joka on tuotu esiin artikkelikäsitelmässä.

Lihavuuden stigma on rakenteellinen ja näkyy siten yhteiskunnan, yhteisöjen ja yksilöiden arjessa eri tavoin. Lihavuuden stigmaan liittyvän syrjinnän ja väärinkäytösten on havaittu vaikuttavan kokijansa psyykkiseen terveyteen esimerkiksi lisäämällä masennus- ja ahdistusoireita sekä aiheuttamalla syömiskäyttäytymisen epäedullisia muutoksia, kokonaisterveyttä heikentäen (Puhl, Himmelstein & Pearl 2020). Tämän katsauksen perusteella potilailla oli useammanlaisia kokemuksia painoon liittyvästä stigmasta terveydenhuollossa, niin myönteisiä, kielteisiä, kuin neutraaleja. Useammat tutkimukset kuvasivat potilaiden toiveina empaattista, myötätuntoista, kunnioittavaa ja potilasta tuomitsematonta kohtaamista terveydenhuollossa (Chugh ym. 2013; Hurst ym. 2021; Koball ym. 2018; O'Donoghue ym. 2021; Saw, Aung & Sweet 2021; Setchell ym. 2015). Vaikka tähän katsaukseen valikoitui vain kahdeksan laadullista tutkimusta, eikä niiden tuloksia voida sellaisenaan yleistää koskemaan laajoja väestöryhmiä, tuovat ne esiin vankemman ymmärryksen lihavuuden stigmasta ja siihen liittyvistä tekijöistä terveydenhuollossa, potilaiden kokemana.

Katsaukseen valikoituissa tutkimuksissa lihavuuden stigman kokemukset aiheuttivat potilaille kokemuksen saamansa hoidon heikommasta laadusta, stigman vaikuttaessa hoidon läpinäkyvyyteen ja vuorovaikutuskohtaamiseen. Heikomman terveydenhuollon laadun vaikutus terveyteen ja elämänlaatuun voi olla niitä heikentävä (Phelan ym. 2015; WHO. Regional Office for Europe. 2017). Potilaiden kokemien tuntemuksien, kuten häpeän, syyllisyyden, nolouden ja arvottomuuden kokemukset heijastuivat heidän terveyskäyttäytymiseensä ja esimerkiksi terveydenhuollon välttelyyn. Tämä on tunnistettu jo aiemmin tutkimuksissa, joissa potilas on kokenut stressaavan stigmatisoivan tilanteen ja pidemmällä aikavälillä alkanut vältellä terveydenhuoltoon menoa (Alberga ym. 2018; Phelan 2015; Tylka ym. 2014; WHO. Regional Office for Europe 2017; Wu & Berry 2017). Terveydenhuollossa kohdatun stigman on havaittu vaikuttavan kokijaansa paitsi välittömästi hoidon laadun heikentymisellä ja potilaan kokemana stressireaktiona, myös pidemmällä

aikavälillä esimerkiksi erilaisten ennaltaehkäisevien seulontojen laiminlyöntinä tai hoitoon sitoutumattomuutena (Phelan ym. 2015).

Vaikka katsaukseen valittujen tutkimusten asetelmat poikkesivat toisistaan, potilaiden kokemukset olivat monessa suhteessa samankaltaisia. Stigmatisoiviksi koettiin erityisesti sellaiset tilanteet, joissa itseä kohtaan oli asetettu ennakkoluuloja terveydenhuollon ammattilaisen toimesta, painon vuoksi. Kuitenkin eroja oli siinä, koettiin painoon liittyvä vuorovaikutus myönteisenä, neutraalina vai kielteisenä. Sisäistetyn stigman vaikutus kokemukseen voi olla selittävä tekijä sille, kuinka henkilö kokee painoon liittyvän puheen. Stigman kokeminen voi muuttua osaksi henkilön identiteettiä, tällöin stigma sisäistetään osaksi omaa itseä (Pearl & Puhl 2017; Zhu & Smith 2022). Joissakin tutkimuksissa tuotiin esiin itseluottamuksen merkitys suhteessa siihen, kuinka ihminen kokee stigman vaikutuksen itsessään (Chugh ym. 2013; Dieterich ym. 2022). Kausaalisuuden selvittäminen itseluottamuksen ja sisäistetyn stigman suhteen vaatisi kuitenkin sopivamman tutkimusasetelman, jotta sisäistettyyn stigmaan vaikuttavia tekijöitä ja syy-seuraussuhteita voitaisiin arvioida tarkemmin.

Lihavuuden stigma on ilmiönä moniulotteinen, rakenteellinen ja aiheuttaa kokijalleen monia terveyttä heikentäviä reaktioita niin kehon, kuin mielen tasoilla. Potilaat kokevat painoon liittyvän stigman eri tavoin, kuten tässä katsauksessa kävi esiin. Lihavuuden stigman kokemukset aiheuttavat kuitenkin usein kokijalleen kielteisiä tunteita, heikentäen terveyttä. Terveydenhuollon ammattilaisten rooli lihavuuden hoidossa on merkittävä, heidän kohdatessaan potilaita päivittäin työssään. Terveydenhuollossa pyritään auttamaan potilasta ja antamaan hänelle työkaluja toimia. Katsauksen perusteella kaikki terveydenhuollossa toteutetut keinot eivät kuitenkaan lisää potilaan hyvinvointia, vaan voivat olla myötävaikuttamassa terveyden kannalta haitallisiin kehityskulkuihin, lisäten esimerkiksi mielenterveyden häiriöitä, syömishäiriökäyttäytymistä, painonnousua, kehonkuvan heikentymistä ja terveydenhuollon välttelyä. Lihavuuden stigman ylläpidon voidaan nähdä heikentävän terveydenhuollon laatua ollen siten yhtenä terveyden eriarvoisuutta lisäävänä tekijänä.

5.1 Rajoitteet ja vahvuudet

Tässä katsauksessa tehty kirjallisuushaku tehtiin systemaattisen tiedonhaun prosessia (liite 1) mukailten ja pyrittiin löytämään ajantasaisin tieto potilaiden kokemuksista laadullisten tutkimusmenetelmien avulla. Tiedonhaussa kiinnitettiin huomiota siihen, että kaikki tähän katsaukseen valitut tutkimukset ovat vertaisarvioituja. Tämän katsauksen rajoitteena on, että tutkimusten kohderyhminä oli tutkittu vain aikuisia. Lapset ja nuoret rajattiin tiedonhaun ulkopuolelle, empiirisen tutkimuksen kohdistuessa täysi-ikäisiin. Tässä katsauksessa suurin osa tutkimuksiin osallistujista olivat valkoisia, länsimaisia naisia, joten laajempi tarkastelu erilaisten taustamuuttujien, etnisyyksien ja sukupuolten välillä on jäänyt vähäiseksi. Teoriaosuus lihavuuden stigmasta ja vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa on toteutettu tarkastelemalla tuoreinta mahdollista tietoa, erilaisia näkökulmia huomioon ottaen.

5.2 Johtopäätökset

Painoon liittyvästä stigmasta on tehty viime vuosina paljon kansainvälistä tutkimusta, myös terveydenhuollon ympäristössä eri-ikäisten potilasryhmien osalta. Vähän kuitenkin tiedetään siitä, kuinka ilmiö näyttäytyy terveydenhuollossa Suomessa, ja millaisia kokemuksia potilailla on painoon liittyvästä stigmasta ja millaisia merkityksiä he kokemuksilleen antavat. Tämän pro gradu -tutkielman toisen osan, empiirisen tutkimuksen artikkelikäsitelmän tarkoituksena onkin kuvata, millaisia lihavuuden stigmakokemuksia täysi-ikäisillä potilailla on suomalaisesta terveydenhuollosta, millälaisia tunteita potilaat ovat kokeneet painopuheen yhteydessä terveydenhuollon vuorovaikutustilanteissa, ja millaisia merkityksiä niillä on ollut potilaan käyttäytymiseen. Tutkimus on toteutettu hermeneuttisfenomenologisen lähestymistavan mukaisesti ja analyysi toteutettiin tulkitsevan fenomenologisen analyysin periaatteita noudattaen.

LÄHTEET

- Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M. & Russell-Mayhew S. (2019). Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development* 20(116): 1–14. doi: 10.1017/ S1463423619000227.
- Albury, C., Strain, D., Le Brocq, S., Logue, J. & Lloyd, C. (2020). The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The Lancet: Diabetes & Endocrinology*, 8(5) s. 447–455.
- Chugh, M., Friedman, A. M., Clemow, L. P. & Ferrante, J. M. (2013). Women Weigh In: Obese African American and White Women’s Perspectives on Physicians’ Roles in Weight Management. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 26:4. p. 421-428. DOI: 10.3122/jabfm.2013.04.120350.
- Derks, B. & Scheepers, D. (2018). Neural and Cardiovascular Pathways from Stigma to Suboptimal Health. Teoksessa Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. G. (toim.) *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*.
- Dieterich, R., Chang, J., Danford, C., Scott, P. W., Wend, C. & Demirci, J. (2021). She “didn’t see my weight; she saw me, a mom who needed help breastfeeding”: Perceptions of perinatal weight stigma and its relationship with breastfeeding experiences. *Journal of Health Psychology*. 2021:Vol 27, issue 5. DOI: <https://doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1177/1359105320988325>.
- Dietz, W. H., Baur, L. A., Hall, K., Puhl, R. M., Taveras, E. M., Uauy, R. & Kopelman, P. (2015). Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Obesity* 5. *Lancet* 2015; 358: 2521-33. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736\(14\)61748-7](http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(14)61748-7).
- Dovidio, J. F., Penner, L. A., Calabrese, S. K. & Pearl, R. (2018). Physical Health disparities and Stigma: Race, Sexual Orientation and Body Weight. Teoksessa Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. G. (toim.) *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*.
- Durso, L. E. & Latner, J. D. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 2008, Vol.16 (S2), p.80-86. DOI: 10.1038/oby.2008.448
- Emmer, C., Bosnjak, M. & Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21:1. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12935>.

- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Touch Stone. (Alkuperäinen julkaisu vuodelta 1963).
- Harjunen, H. (2017). *Neoliberal Bodies and Gendered Fat Body*. Routledge. 1st edition. E-book ISBN: 9781315583976.
- Harjunen, H. (2020). Ruumiin kokoon liittyvä sukupuolittunut syrjintä. Teoksessa Mattila, M. (toim.) *Eriarvoisuuden tila Suomessa 2020*. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö, 215-238. DOI: https://sorsafoundation.fi/wp-content/uploads/2020/08/Eriarvoisuus2020_web2.pdf
- Harjunen, H. & Koivumäki, T. (2022). Lihavuuden stigma – miten se näkyy, miten sitä vähentää? Tieto käytöön -blogi. Valtioneuvosto. Selvitys- ja tutkimustoiminta. <https://tietokayttoon.fi/ajankohtaista/blogi/-/blogs/lihavuuden-stigma-miten-se-nakyy-miten-sita-vahentaa->
- Haskard-Zolnierak, K., Snyder, M., Hernandez, R-K. & Thompson, T. L. (2022). Patient-Provider Communication and Health Outcomes. Teoksessa Thompson, T. L, & Harrington, N. G. (toim.) *The Routledge Handbook of Health Communication*. 3rd edition. Taylor & Francis Group.
- Hintsala, T., Honkalampi, K. & Flink, N. (2019). Stressi, allostaattinen kuormitus ja terveystieteet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2019; 135(20), 1961-6. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15189>.
- Hurst, D. J., Schmuhl, N. B., Voils, C. I. & Antony, K. M. (2021). Prenatal care experiences among pregnant women with obesity in Wisconsin, United States: a qualitative quality improvement assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2021) 21:139. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03629-4>.
- Kahan, S. & Puhl, R. M. (2017). The Damaging Effects of Weight Bias Internalization. *Commentary. Obesity Journal*. Vol. 25 No. 2
- Koball, A. M., Mueller, P. S., Craner, J., Clark, M. M., Nanda, S., Kebede, E. B., & Grothe, K. B. (2018). Crucial conversations about weight management with healthcare providers: patients' perspectives and experiences. *Eat Weight Disord* (2018) 23:87–94. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0304-6>
- Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). (2023). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50124#K1>

- Link, B. G., Phelan, J. C. & Hatzenbuehler, M. L. (2018). Stigma as a Fundamental Cause of Inequality. Teoksessa Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. G. (toim.) The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health.
- Lucas, J. W., Ho, H-Y. & Kerns, K. (2018). Power, Status, and Stigma: Their Implications for Health. Teoksessa Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. G. (toim.) The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health.
- Lucibello, K. M., Nesbitt, A. E., Solomon-Krakus, S. & Sabiston, C. M. (2021). Internalized weight stigma and the relationship between weight perception and negative body-related self-conscious emotions. *Body Image* 37 (2021) p. 84-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.010>.
- Major, B., Dovidio, J. F., Link, B., G. & Calabrese, S. K. (2018). Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview. Teoksessa Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. G. (toim.) The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health.
- Norman, K., Chepulis, L., Burrows, L. & Lawrenson, R. (2022). Barriers to obesity health care from GP and client perspectives in New Zealand general practice: A meta-ethnography review. *Obesity reviews*. 2022;23:e13495. DOI: 10.1111/obr.13495.
- O'Donoghue, G., Cunningham, C., King, M., O'Keefe, C., Rofaeil, A. & McMahon, S. (2021). A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. *PLoS ONE* 16(11): e0260075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260075>.
- Painon puheeksi ottaminen-opas. (2021). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Suomen Sydänliitto Ry & Terveystieteiden tutkimuskeskus THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/142951>.
- Pearl, R. L. & Puhl, R. M. (2017). The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. *Body image* 17(2016) 38-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.002>
- Pearl, R. L. & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity reviews*. 2018;19, p. 1141-1163. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Penner, L., A., Phelan, S. M., Earnshaw, V., Albrecht, T., L. & Dovidio, J. F. (2018). Patient stigma, Medical Interactions, and Health Care Disparities: A Selective Review. Teoksessa Major, B., Dovidio, J. F. and Link, B. G. (toim.) The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health.
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity reviews*. 2015; 16, 319-326. DOI: 10.1111/obr.12266.

- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S. & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*. American Psychological Association. 2020 Vol.75 No. 2, 274-289. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000538>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S. & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PlosOne*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- Puhl, R. & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity reports 2015*, Vol. 4(2), p. 182-190. DOI: 10.1007/s13679-015-0153-z
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., Flint, S. F., Huang, T. T., Kaplan, L. M., Kirwan, J. P., Korner, J., Kyle, T. K., Leferrère, B., le Roux, C. W., McIver, LS., Mingrone, G., Nece, P., Reid, T. J., Rogers, A. M., Rosenbaum, M., Seeley, R. J., Torres, A. J. & Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature medicine*, Vol. 26, 485-497. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Saw, L., Aung, W. & Sweet, L. (2021). What are the experiences of women with obesity receiving antenatal maternity care? A scoping review of qualitative evidence. *Women and Birth*. 34 (2021) 435–446. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.014>.
- Schutz, D. D., Busetto L., Dicker, D., Farpour-Lambert N., Pryke R., Toplak H., Widmer D., Yumuk V. & Schutz Y. (2019). European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Guidelines. Obesity Facts 2019*; 12:40-66. DOI: <https://doi.org/10.1159/000496183>.
- Setchell, J., Watson, B., Jones, L. & Gard, M. (2015). Weight stigma in physiotherapy practice: Patient perceptions of interactions with physiotherapists. *Manual Therapy*. Vol. 20 Issue 6. Dec. 2015. p. 835-841. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.04.001>.
- Sutin, A. R., Stephan, Y. & Terracciano, A. (2015). Weight discrimination and risk of mortality. *Psychological Sciences*. 2015 November: 26(11): 1803-1811. DOI: 10.1177/0956797615601103.
- THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). Lihavuuden yleisyys. Viitattu 20.4.2023. Päivitetty 21.3.2023. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-yleisyys>.

- Tylka, T., L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Danielsdottir, S., Shuman, E., Davis, C. & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*. Vol 2014. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/983495>.
- Williams, D. (2018). 'Being defined': large-bodied women's experiences as healthcare consumers. *Health Sociology Review*. 2018, Vol. 27:1. p. 60-74. DOI: <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1375861>.
- World Health Organization WHO. (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2017). Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353613>
- Wu, Y-K. & Berry, D. C. (2017). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 74:5, p. 1030-1042. DOI: <https://doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1111/jan.13511>.
- Zhu, X. & Smith, R. A. (2022). Stigma, communication and health. Teoksessa Thompson, T. L, & Harrington, N. G. (toim.) *The Routledge Handbook of Health Communication*. 3rd edition. Taylor & Francis Group.

LIITE 1. Systemaattisen tiedonhaun prosessi

Valintakriteerit:

- Laadulliset tutkimukset, myös review-artikkelit
- Potilaiden kokemuksia lihavuuden stigmasta terveydenhuollossa ja siihen liittyvästä vuorovaikutuksesta
- Aikuisten kokemukset
- 2012–2022 tehdyt kansainväliset tutkimukset

Poissulkukriteerit:

- Muiden kuin potilaiden kokemukset 3
- Potilaiden suosituksia, ei kokemuksia 1
- Lasten ja nuorten tai perheiden kokemukset 6
- Raportit 1
- Määrälliset tutkimukset 10
- Vanhempi kuin 2012 julkaistu 1

Haku tietokannoista

PsycINFO	56
Medline (Ovid)	39
CINAHL	43
PubMed	105
Yhteensä	243

Tiivistelmien ja koko artikkelin mukaan valitut artikkelit

PsycINFO	10
Medline (Ovid)	14
PubMed	4
CINAHL	8

Artikkelien määrä duplikaattien poiston jälkeen
30

Laadulliseen synteesiin hyväksytyt tutkimukset

8