



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

**Painoon kohdistuva stigma ja painon puheeksi ottaminen
potilastyössä – terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia**

Laura Lagerblom

Pro gradu -tutkielma

Ravitsemustiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Kansanterveystieteen ja kliinisen
ravitsemustieteen yksikkö

27.8.2024

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Ravitsemustiede

Lagerblom, Laura S. S.: Painoon kohdistuva stigma ja painon puheeksi ottaminen potilastyössä – terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia

Pro gradu -tutkielma, 61 sivua, 5 liitettä (19 sivua)

Tutkielman ohjaajat: yliopistonlehtori, FT, dosentti Leila Karhunen, TtM, väitöskirjatutkija Terhi Koivumäki

Elokuu 2024

Asiasanat: ennakkoluulot, lihavuus, stigmat, terveydenhuoltohenkilöstö

Painoon kohdistuva stigma tarkoittaa yksilön sosiaalisen statuksen ja arvon alenemista tämän painon tai kehon koon vuoksi. Se aiheuttaa syrjintää yhteiskunnan kaikilla osa-alueilla, myös terveydenhuollossa, ja stigmalla on havaittu myös yksilön terveydelle haitallisia vaikutuksia. Kiinnostus painostigmaa kohtaan tutkimusaiheena on lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Kuitenkaan Suomessa painostigmaa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa ei ole juurikaan tutkittu.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia, asenteita ja tunteita liittyen potilaan painoon, hoitoon ja painosta puhumiseen potilastyössä, kun potilaalla on lihavuutta. Tutkimus toteutettiin kolmella hyvinvointialueella. Tutkimusta varten käännettiin aiemmin aihetta käsitelleessä kansainvälisessä tutkimuksessa käytetty kysely, jolla kartoitettiin ammattilaisten potilaan painoon liittyviä asenteita. Kyselyn väittämiin antamiensa määrällisten vastausten lisäksi vastaajat saivat kertoa kyselyn avoimissa vastauskentissä tutkittuun aiheeseen liittyvistä ajatuksistaan ja tunteistaan. Avointen kenttien vastauksia tarkasteltiin laadullisesti tekemällä induktiivinen sisällönanalyysi.

Aineisto koostui 70 terveydenhuollon ammattilaisen, kuten lääkärin, fysioterapeuttien ja sairaanhoitajien, vastauksista. Tutkittavat kertoivat lihavuuden vaikutuksesta hoitoon, potilaiden hoitamiseen liittyvistä tunteista sekä painon puheeksi ottamiseen liittyvistä ristiriidoista. Potilaiden hoitoon liittyen tunnettiin turhautumista ja huolta itseä, potilasta ja

terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Hoito koettiin hankalaksi esimerkiksi potilaiden liikuttelun ja muiden hoitotoimenpiteiden osalta. Myös painosta puhuminen koettiin vaikeaksi. Puolet vastaajista kertoi havainneensa muiden terveydenhuollon ammattilaisten kommentoineen epäasiallisesti potilaita, joilla on lihavuutta.

Tutkimustulokset osoittavat, että Suomessa esiintyy terveydenhuollossa negatiivisia ennakkoluuloja ja asenteita sekä kokemusta hoidon hankaluudesta liittyen potilaisiin, joilla on lihavuutta. Tulevaisuudessa on tärkeää tutkia, miten lihavuuden stigma vaikuttaa hoidon lopputulemiin, mitkä tekijät ylläpitävät stigmaa ja mitä näille tekijöille voidaan tehdä.

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

School of Medicine

Nutrition Science

Lagerblom, Laura S. S.: Finnish healthcare professionals' perceptions of weight stigma and discussing patient's body weight, 61 pages, 5 appendixes (19 pages)

Supervisors: university lecturer, PhD, associate professor Leila Karhunen, MSc, doctoral researcher Terhi Koivumäki

August 2024

Keywords: bias, obesity, stigma, healthcare professionals

Weight stigma refers to the devaluation of an individual's social status and worth because of their weight or body size. Due to weight stigma, an individual with obesity becomes a subject of discrimination that manifests in all areas of society, health care included, and stigma has been found to affect detrimentally one's health. In recent decades, the interest in weight bias as a research topic has been increasing, yet in Finland there is a great lack of research focused on weight stigma among Finnish healthcare professionals.

This study examined Finnish health care professionals' experiences, attitudes and emotions regarding patients' weight, treatment, and discussing body weight when caring for patients with obesity. The study was conducted in three wellbeing services counties. A questionnaire used in previous research was translated to assess professionals' attitudes towards patient's weight. In addition to quantitative responses the respondents were able to share their thoughts and feelings in open-text format. The responses in the open text fields were analysed by performing an inductive content analysis.

70 health care professionals such as physicians, physiotherapists and nurses took the questionnaire. The respondents shared their thoughts about the effects of obesity on the patient's care, emotions regarding treating patients with obesity and conflicting feelings toward discussing patient's body weight. The professionals expressed frustration and concern for themselves, the patient and the healthcare system. The treatment of patients with obesity was

considered as challenging due to for example difficulties with transferring the patient. Discussing patient's weight was also considered to be difficult. Half of the respondents had perceived other healthcare professionals making negative comments toward patients with obesity.

The results show that in Finnish healthcare there exist negative attitudes toward patients with obesity, and their treatment is considered difficult. Future studies on the effect of weight stigma on the patient's care, the factors that perpetuate stigma and what can be done about those factors, should be considered.

Lyhenteet

AFA Anti-Fat Attitudes -kysely

ATOP Attitudes Toward Obese Persons / Attitudes Towards People with Obesity -kysely

BAOP Beliefs About Obese People / Beliefs About People with Obesity -kysely

BMI Body Mass Index, painoindeksi

FPS Fat Phobia Scale

IAT the Implicit Association Test

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

WHO World Health Organization

Sisällys

1	Johdanto.....	9
2	Painoon kohdistuva stigma	11
2.1	Stigma.....	11
2.2	Lihavuuden määritelmä.....	12
2.3	Lihavuuden stigma.....	13
3	Terveydenhuollon ammattilaiset ja painoon kohdistuva stigma	15
3.1	Tutkimusmenetelmät katsauksen artikkeleissa	16
3.2	Ammattilaisen piirteiden vaikutus	18
3.2.1	Sukupuoli.....	18
3.2.2	Ammattiryhmä ja erikoisala.....	19
3.2.3	Paino	20
3.2.4	Ikä ja työkokemus.....	21
3.2.5	Taustatietojen ja lihavuuteen kohdistuvien negatiivisten asenteiden yhteys.....	21
3.3	Lihavuus ja hoitoon liittyvät haasteet.....	22
3.3.1	Hoitovälineisiin ja -laitteisiin liittyvät haasteet	22
3.3.2	Potilaiden käsittelyyn, hoitotoimiin ja ammattilaisen osaamiseen liittyvät haasteet	23
3.4	Tunteet ja uskomukset hoitoon ja potilaisiin liittyen	24
3.4.1	Turhautuminen	25
3.4.2	Potilasta syyllistävät asenteet ja ennakkoluulot	26
3.4.3	Painoon liittyvät jännitteet.....	27
3.5	Stigman vaikutus hoitoon.....	27
3.6	Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta.....	29
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	31
5	Aineisto ja menetelmät	32

5.1	Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity -kysely	
	33	
5.2	Painon puheeksi ottamista käsittelevät väittämät	34
5.3	Aineiston analysointi	34
6	Tulokset.....	35
6.1	Määrälliset tulokset.....	36
6.2	Lihavien potilaiden hoitamiseen liittyvät tunteet	38
6.3	Lihavuuden vaikutus hoitoon.....	40
6.4	Työympäristössä havaitut lihavuuteen kohdistuvat negatiiviset asenteet	42
6.5	Painon puheeksi ottaminen	42
7	Pohdinta.....	46
7.1	Tulosten tarkastelu	46
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja rajoitteet	49
7.3	Eettiset näkökulmat ja tietosuoja	49
8	Johtopäätökset.....	50
9	Lähteet	52

Liitteet

Liite 1 Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Liite 2 Tutkimuskysely

Liite 3 Kutsu osallistua tutkimukseen

Liite 4 Tutkimustiedote

Liite 5 Henkilötietojen käsittelyä koskeva liite

1 Johdanto

Painoon kohdistuvalla stigmalla tarkoitetaan yksilön sosiaalisen statuksen ja arvon alenemista tämän painon tai kehon koon vuoksi (Puhl 2023). Se näkyy negatiivisina asenteina, uskomuksina, syyllistämisenä ja epätasa-arvoisena kohteluna sekä syrjintänä, jota esiintyy kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla (Puhl ja Brownell 2003, Dovidio ym. 2018, Rubino ym. 2020). Usein painostigmalla viitataan lihavuuteen kohdistuvaan stigmaan, mutta painostigma koskettaa kaikenkokoisia ihmisiä (Alberga ym. 2016, Himmelstein ym. 2018). Lihavuuden stigman keskiössä on ajatus lihavuudesta yksilön omana syynä, ja lihavia henkilöitä pidetään laiskoina, huonosti motivoituneita ja itsekuria omaamattomina (Dovidio ym. 2018, Puhl 2023). Lihavuuteen kohdistuva stigma ja siihen liittyvä syrjintä vaikuttavat yksilön mahdollisuuksiin ja valintoihin työelämässä, terveydenhuollossa ja kaikissa sosiaalisissa ympäristöissä (Rubino ym. 2020).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Terve Suomi -tutkimuksen mukaan suomalaisista aikuisista noin kolmasosa on lihavia (kehon painoindeksi 30 kg/m² tai enemmän) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024). Lihavuuden fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten vaikutusten vuoksi sen ehkäisy ja hoito on tärkeää, ja terveydenhuollolla on tässä tärkeä rooli (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2024). Myös terveydenhuolto on ympäristö, jossa esiintyy yleisesti painoon, etenkin lihavuuteen, kohdistuvaa stigmaa (Puhl ja Heuer 2009, Phelan ym. 2015). Lihavuuden stigmalla on havaittu haitallinen yhteys yksilön terveyteen, mikä voi näkyä esimerkiksi epäterveenä syömiskäyttäytymisenä, mielenterveyden haasteina ja psyykkisenä stressinä, minkä lisäksi terveydenhuollossa ilmenevä lihavuuteen kohdistuva stigma voi vaikuttaa potilaan hoitoon hakeutumiseen ja sitoutumiseen sekä ammattilaisen toteuttaman hoidon laatuun (Rubino ym. 2020).

Painoon kohdistuvaa stigmaa terveydenhuollossa on tutkittu maailmalla runsaasti (Phelan ym. 2015, Dovidio ym. 2018, Rubino ym. 2020). Suomalainen tutkimusnäyttö aiheesta on toistaiseksi hyvin vähäistä ja perustuu lähinnä opinnäytetöihin sekä muihin selvityksiin, kuten Valtioneuvoston Kohti eettistä ja vastuullista painopuhetta ja -käytäntöjä -hankkeen työpajojen jälkeisiin ammattilaisten kyselyihin (Arvilommi 2023, Hagström 2023, Koivumäki ym. 2023, Suotunen 2023, Vatka 2024). Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella suomalaisten

terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia potilaiden lihavuuteen liittyvistä tunteista ja asenteista, tekijöistä näiden taustalla sekä painon puheeksi ottamisesta potilastyössä.

2 Painoon kohdistuva stigma

Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään termejä painoon kohdistuva stigma, painostigma, lihavuuteen kohdistuva stigma ja lihavuuden stigma viittaamaan ilmiöön, jonka myötä yksilöön kohdistuu negatiivisia uskomuksia, ennakkoasenteita ja tuomitsemista ylipainon tai lihavuuden myötä. Lihavuustutkimus voidaan jakaa biomedikaaliseen, yhteiskunnalliseen ja/tai kriittiseen koulukuntaan (Patterson ja Johnston 2012). Biomedikaalinen suuntaus tarkastelee ja määrittelee lihavuutta lääketieteellisestä, fysiologisesta ja kansanterveydellisestä näkökulmasta, ja koska tämä pro gradu -tutkielma sijoittuu terveydenhuoltoon ja sen työntekijöihin, käsitellään lihavuutta biomedikaalisen mallin mukaisesti (Patterson ja Johnston 2012).

Kansainvälisessä lihavuustutkimuksessa ja viestinnässä on yleistynyt ihminen ensin -sanoitus (eng. people-first language) (World Obesity Federation 2024). Ihminen ensin -sanoituksen tarkoituksena on nostaa kielen keskiöön ihminen, jolloin lihavuus on vain yksi piirre muiden joukossa sen sijaan, että se nähtäisiin ihmistä määrittävänä asiana. Tällöin suositaan ilmaisua ”henkilö, jolla on lihavuutta” sen sijaan, että puhuttaisiin lihavista henkilöistä (World Obesity Federation 2024). Tässä tutkielmassa on pyritty käyttämään ihminen ensin -kieltä sikäli, kun se tekstin sujuvuuden kannalta on ollut mahdollista. Tutkimuskyselyä laadittaessa kuitenkin tehtiin tietoinen valinta ihminen ensin -sanoituksen hylkäämisestä, jotta kysely kieli olisi mahdollisimman sujuvaa ja helposti ymmärrettävää.

2.1 Stigma

Stigman käsitteen kehittänyt Erving Goffman (1963) määritteli stigman ominaisuutena, joka vähentää huomattavasti henkilön sosiaalista arvoa ja muuttaa henkilön vähempiarvoiseksi ”tavanomaisiin” ihmisiin verrattuna. Määritelmään liittyi myös ajatus stigmasta stereotypian ja ominaisuuden välisenä suhteena (Goffman 1963). Tätä ajatusta hyödyntäen Jones ym. (1984) määrittelivät stigman merkiksi, joka linkittää yksilön ei-toivottuihin ominaisuuksiin. Myöhemmin stigman käsitteeseen yhdistettiin syrjinnän ja vallan aspekti (Link ja Phelan 2001). Link ja Phelan määrittelevät stigman olemassaolon seuraavasti:

1. Ihmiset tunnistavat ja luokittelevat eroja toistensa välillä

2. Vallalla olevat kulttuuriset uskomukset yhdistävät luokitellut erot ei-toivottuihin ominaisuuksiin eli negatiivisiin stereotyyppioihin
3. Ihmisten välisten erojen yhdistäminen negatiivisiin stereotyyppioihin toimii perusteluna ihmisten välisistä erilaisuuksista, jolloin tapahtuu jako "meihin" ja "heihin"
4. Erilaisiksi luokitellut henkilöt kokevat statuksen heikkenemistä ja syrjintää, mikä johtaa epätasa-arvoon

Heikompi status itsessään johtaa syrjintään, mikä heikentää yksilön mahdollisuuksia kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla (Link ja Phelan 2001). Näin syntyy negatiivisten vaikutusten tapahtumasarja, joka lisää entisestään stereotyyppioden rakentumista ja syrjinnän toteutumista (Link ja Phelan 2001).

Stigman ja terveyden yhteyttä voidaan selittää tarkastelemalla stigmatisoivan piirteen kuormittavuutta peitettävyyden, kontrolloitavuuden ja yhteisöllisyyden kautta (Major ym. 2018). Näkyvät stigmatisoidut piirteet kuten ihonväri tai lihavuus eivät ole peitettäviä ominaisuuksia, ja tällaisia piirteitä omaavat henkilöt nähdään usein yksinomaan leimaavan piirteensä määrittäminä. Näkymättömään tai peitettävään piirteeseen voi liittyä vähemmän syrjintää ja siihen liittyvää stressiä. Kontrolloitavuus yhdistyy uskomukseen siitä, missä määrin piirteen nähdään olevan kontrolloitavissa tai itse aiheutettu, mitä puolestaan käytetään syrjinnän toteutumisen puolustamiseen. Stigmatisoituun piirteeseen liittyvä yhteisöllisyys voi suojata stigman aiheuttamalta stressiltä, ja stigman negatiivinen vaikutus vaikuttaa olevan voimakkaampi silloin, kun stigmatisoitu piirre ei tuo mukanaan yhteisön tukea ja yhteenkuuluvuuden tunnetta (Major ym. 2018)

2.2 Lihavuuden määritelmä

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO 2024) määrittelee lihavuuden biomedikaalisen mallin mukaisesti monitekijäiseksi pitkäaikaissairaudeksi, jossa elimistöön kertyy energiansaannin ja -kulutuksen epäsuhdan myötä liian suuri määrä rasvakudosta. Lihavuuden määrittelyyn käytetään painoindeksiä (BMI, eng. body mass index), joka lasketaan jakamalla yksilön paino kilogrammoina metreinä mitatun pituuden neliöllä. BMI-arvo 25 kg/m^2

tai sitä suurempi määritellään ylipainoksi ja 30 kg/m² tai sitä suurempi lihavuudeksi (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2024, World Health Organization 2024).

Lihavuuteen vaikuttavat muun muassa ruoka- ja elinympäristön sekä elintapojen muuttuminen lihomista edistäväksi, psykososiaaliset ja geneettiset tekijät, syömiskäyttäytyminen ja ruokailutottumukset, fyysinen aktiivisuus ja uni (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2024). Lihavuus suurentaa riskiä lukuisiin metabolisiin, mekaanisiin ja mielenterveydellisiin ongelmiin, kuten tyyppin 2 diabetekseen ja sepelvaltimotautiin, tiettyihin syöpiin, neurologisiin häiriöihin, nivelrikkoon ja masennukseen (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2024, World Health Organization 2024).

2.3 Lihavuuden stigma

Lihavuuden moninaisista taustoista huolimatta se nähdään yhä usein yksinkertaisena, kontrolloitavana piirteenä, ja lihavuuteen yhdistetään stereotypioita laiskuudesta, itsekurin ja viehättävyyden puutteesta (Puhl ja Brownell 2003, Dovidio ym. 2018). Lihavuuteen kohdistuva stigma ilmenee implisiittisinä, eksplisiittisinä ja sisäistettyinä ennakkoluuloina (Phelan ym. 2015, Wu ja Berry 2018). Implisiittiset asenteet ovat automaattisia, usein tiedostamattomia ja jopa vastoin eksplisiittisiä uskomuksia, kun taas eksplisiittiset asenteet ovat tiedostettuja ja kuvastavat yksilön mielipiteitä ja uskomuksia (Phelan ym. 2015).

Lihavuuden stigman vaikutuksia yksilön painoon ja terveyteen on tutkittu runsaasti (Wu ja Berry 2018). Lihavuuteen kohdistuva stigmalla voi olla etenkin mielenterveydelle haitallisia vaikutuksia (Rubino ym. 2020). Lihavuuden stigmalla on havaittu yhteyksiä muun muassa masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen, häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen kuten ahmintaan ja tunnesyömiseen sekä fysiologisiin vaikutuksiin kuten veren tulehdus- ja stressimarkkeritasojen kohoamiseen (Ashmore ym. 2008, Rubino ym. 2020).

Terveystieteiden tutkimuksissa hoitavan tahon ennakoasenteet lihavuutta kohtaan voivat vaikuttaa hoitotilanteisiin ja päätöksentekoon muun muassa siten, että lihaviin potilaiden oireita tutkitaan vähemmän tai hoitosuositukset keskittyvät elintapoihin, kun oireet mielletään pelkästään liiallisesta painosta johtuviksi (Phelan ym. 2015). Mikäli potilaan ei uskota sitoutuvan

hoitosuosituksiin, vastaanottoihin käytetään vähemmän aikaa ja potilaskeskeistä kieltä käytetään vähemmän. Sanallisen viestinnän lisäksi potilas voi kokea hoitoympäristön nöyryyttävänä. Esimerkiksi liian pienet tai epämukavat hoitotuolit ja -kaavut tai sopivien hoitovälineiden puute voivat muistuttaa potilasta tämän koon epätavallisuudesta tai sen huomioimattomuudesta. Potilaan kokema stigma lisää stressiä ja epäluottamusta terveydenhuoltoon, mikä voi johtaa hoitavan tahon ja asiakkaan välisen kommunikation haasteisiin, hoitoon sitoutumattomuuteen tai sen välttelyyn (Phelan ym. 2015). Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään jatkossa lihavuuteen kohdistuvaan stigmaan ja siihen liittyviin tekijöihin terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

3 Terveydenhuollon ammattilaiset ja painoon kohdistuva stigma

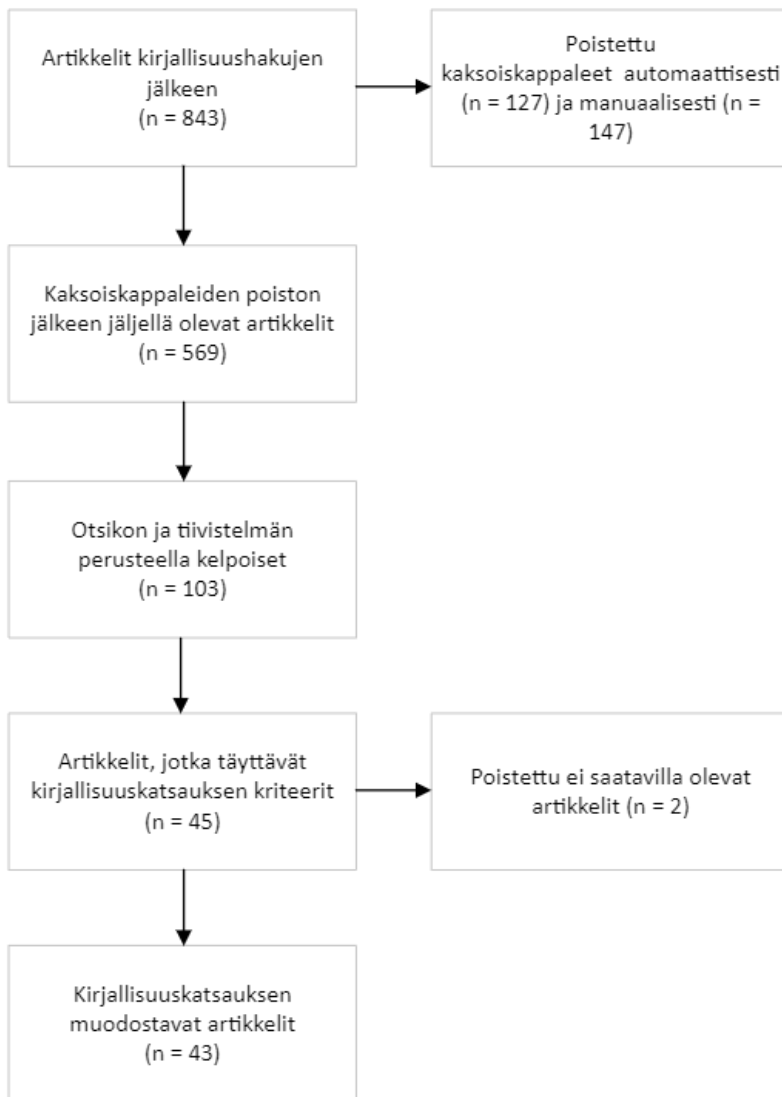
Tämän pro gradu -tutkielman taustoittamiseksi tehtiin kirjallisuuskatsaus, joka koostuu viimeisen 10 vuoden aikana julkaistuista englanninkielisistä alkuperäistutkimuksista, jotka keskittyivät terveydenhuollon ammattilaisten lihavuuteen kohdistuviin ennakoasenteisiin tai heidän kokemuksiinsa painon vaikutuksesta terveydenhuollossa. Katsauksen hakulausekkeet on kuvattu taulukossa 1, tutkimusartikkelien valintakriteerit taulukossa 2 ja hakuprosessi kuviossa 1. Katsauksessa tarkastellut 43 tutkimusartikkelia on koottu ja tiivistetty liitteeseen 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat, hakulausekkeet ja -tulokset.

Tietokanta	Hakulauseke 23.1.2024	Hakutulos
Pubmed	("weight bias" OR "weight stigma" OR "weight prejudice"[mh] OR "obesity stigma") AND ("health personnel"[mh] OR "healthcare professional*")	140
Pubmed	("body weight"[mh] OR obesity[mh] OR overweight OR "weight gain" OR fat OR fatness) AND (stigma* OR shame* OR disgrace OR prejudice* OR discriminat* OR bias) AND ("health personnel"[mh] OR "health care professional*" OR "healthcare professional*")	437
Scopus	TITLE-ABS-KEY (((weight OR fat OR fatness OR obesity) W/2 (stigma* OR shame* OR disgrace OR prejudice* OR discriminat* OR bias)) AND ("health person*" OR "health care professional*" OR "healthcare professional*"))	266

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen muodostavien tutkimusartikkelien valintakriteerit.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten kriteerit:
Julkaisuvuosi 2014–2024
Julkaisukieli englanti
Alkuperäistutkimus
Julkaisu saatavilla
Tutkimus keskittyy terveydenhuollon ammattilaisten lihavuuteen kohdistuvan stigman kuvaamiseen tai mittaamiseen ammattilaisten näkökulmasta
Ei interventioita
Ei pelkkiä opiskelijoita



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien hakuprosessi.

3.1 Tutkimusmenetelmät katsauksen artikkeleissa

Painoon kohdistuvan stigman tutkiminen ja tutkimusten keskinäinen vertailu on haastavaa, sillä tutkimusasetelmat ja -menetelmät vaihtelevat suuresti (Lawrence ym. 2021). Tätä kuvaavasti eksplisiittistä painostigmaa mittaavia menetelmiä tarkastelemaan systemaattiseen katsaukseen valikoitui 36 alkuperäistä vertaisarvioitua artikkelia, jotka sisälsivät yhteensä 40 erilaista tutkimusta varten kehitettyä painostigmaa mittaavaa kyselyä tai kyselyn osaa (Lacroix ym. 2017). Myös tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa käytetyt tutkimusmenetelmät olivat moninaiset. Yleisimpiä tutkimusmenetelmiä olivat implisiittisten asenteiden osalta Implicit Association Test (IAT) (Greenwald ym. 2009) ja eksplisiittisten asenteiden ja uskomusten tarkastelussa hyödynnetyt Beliefs About Obese People (BAOP) ja Attitudes Toward Obese

Persons (ATOP) (Allison ym. 1991), Anti-Fat Attitudes -kysely (AFA) (Crandall 1994) ja Fat Phobia Scale -skaala (FPS) (Robinson ym. 1993, Bacon ym. 2001). Terveystieteiden ammattilaisten asenteita tarkastelemaan on kehitetty Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity Scale -kysely (Puhl ym. 2014a, 2014b, Phelan ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Näitä on kuvattu hieman tarkemmin seuraavissa kappaleissa. Lisäksi tutkimuksissa on käytetty esimerkiksi aiemman kirjallisuuden pohjalta luotuja tai yhdisteltyjä kyselyitä, hypoteettisia potilastapauksia ja haastatteluja. Kirjallisuuskatsauksessa tarkastelluissa artikkeleissa hyödynnetyt tutkimusmenetelmät on eritelty liitteessä 1.

IAT on implisiittisten assosiaatioiden tutkimiseen vakiintunut testi, jossa vastaajan assosiaatioiden voimakkuutta mitataan kahden konseptiparin, kuten hyvä—paha ja lihava—laiha, välillä (Greenwald ym. 2009). Testissä mitataan millisekunnissa aikaa, joka vastaajalla menee konsepteja kuvaavien kohdeärsykkeiden, kuten sanojen tai kuvien, luokittelussa oikeisiin kategorioihin. Tulos kertoo vastaajan assosiaation suunnasta ja vahvuudesta (Greenwald ym. 2009).

BAOP ja ATOP ovat eksplisiittisiä asenteita mittaavia kyselyitä (Allison ym. 1991). ATOP tarkastelee vastaajan samaistumista 20 yleiseen uskomukseen lihavista ihmisistä. Mitä korkeammat pisteet, sitä positiivisemmat asenteet vastaajalla katsotaan olevien. BAOP mittaa sitä, kuinka paljon vastaaja kokee ihmisten voivan vaikuttaa omaan lihavuuteensa. BAOPissa on 8 väittämää, joihin vastataan 6-portaisen Likert-asteikon avulla. Mitä matalammat pisteet, sitä vahvemmin vastaaja uskoo siihen, että lihavuus on yksin kontrolloitavissa (Allison ym. 1991).

AFA mittaa vastaajan samaistumista 13 väittämään 9-portaisen Likert-vastausasteikon (0–8) avulla (Crandall 1994). Painoon liittyvät väittämät on jaettu kolmeen alakategoriaan: Inho, Lihomisen pelko ja Tahdonvoima (eng. Dislike, Fear of fat, Willpower). Mitä korkeammat kokonais- tai osapisteet, sitä enemmän vastaajalla katsotaan olevan stigmatisoivia asenteita (Crandall 1994).

FPS koostuu adjektiivipareista, kuten nopea—hidas, ja viisiportaisesta asteikosta, jonka avulla vastaaja ilmaisee, millä termillä kuvaisi henkilöitä, joilla on lihavuutta (Robinson ym. 1993, Bacon

ym. 2001). Alkuperäinen FPS sisältää 50 adjektiiviparia, mutta 14-kohtainen lyhytversio on todettu luotettavaksi vaihtoehdoksi, joka korreloi ($r = 0,82$ ja $0,90$) alkuperäisen skaalan kanssa (Bacon ym. 2001). Mitä korkeammat pisteet vastaaja saa, sitä fobisempi hänen nähdään olevan lihavuutta kohtaan. Pisteiden keskiarvo alle 2,5 viittaa neutraaliin tai positiiviseen suhtautumiseen, 2,51—3,45 lievään, 3,46—4,39 kohtalaiseen ja yli 4,4:n ylittävät pisteet runsaaseen lihavuusfobiaan (Bacon ym. 2001).

Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity Scale on kysely, joka on kehitetty tarkastelemaan terveydenhuollon ammattilaisten asenteita potilaita, joilla on lihavuutta, kohtaan (Puhl ym. 2014a, 2014b, Phelan ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Kysely koostuu 22 väittämästä. Vastaaja ilmaisee 5-portaisen Likert-asteikon avulla samaistumistaan väittämiin koskien asennoitumista lihavia potilaita kohtaan, joista 1 vastaa "Täysin eri mieltä" ja 5 "Täysin samaa mieltä" (Puhl ym. 2014a, 2014b, Phelan ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023).

3.2 Ammatilaisen piirteiden vaikutus

Terveydenhuollon työntekijöiden taustatietoja ja niiden yhteyttä lihavuuden stigmaan on tarkasteltu lukuisissa tutkimuksissa. Vastaajan sukupuoli, ammatti, BMI ja työkokemus ovat tyypillisiä ominaisuuksia, joiden yhteyttä stigmaan ja sen vaikutuksiin on tarkasteltu.

3.2.1 Sukupuoli

Tutkimuksissa havaittiin sukupuolten välisiä eroja stigmatisoivien asenteiden vahvuuksiin liittyen. Monessa tutkimuksessa miessukupuoli oli yhteydessä negatiivisempiin asenteisiin (Pearl ym. 2017, Wynn ym. 2018, Alberga ym. 2019, Robstad ym. 2019, Schwenke ym. 2020, Cassiano ym. 2021, Egerer ym. 2021, McLean ym. 2021, Świder ym. 2023, van der Voorn ym. 2023). Yleislääkäreiden asenteita kartoittavassa tutkimuksessa miehet pitivät merkittävästi useammin kuin naiset lihavia ihmisiä epäviehättävinä (eng. unattractive) (Egerer ym. 2021). Tehohoidon hoitajilla miessukupuoli oli yhteydessä vähäisempään aikomukseen auttaa lihavaa potilasta välittömästi (Robstad ym. 2019). Kaikissa tutkimuksissa sukupuolten välillä ei kuitenkaan havaittu merkittävää eroa lihavuuteen liittyvissä asenteissa (Tomiya ym. 2015, Tanneberger ja Ciupitu-

Plath 2018) ja toisinaan myös naisten asenteet nousivat esiin negatiivisempina (Parildar ym. 2021).

Osassa tutkimuksia sukupuolten väliset erot nousivat esiin mittarikohtaisesti: eräässä tutkimuksessa miesten ja naisten välillä ei havaittu eroa FPS-pisteissä eli lihavuusfobiassa, mutta AFAssa naiset ilmaisivat suurempaa lihomisen pelkoa kuin miehet (Elboim-Gabyzon ym. 2020). Samassa tutkimuksessa jo työelämässä olevista fysioterapeuteista miehet saivat korkeammat BAOP-pisteet kuin naiset ilmaisten miesten vahvempaa uskoa siihen, ettei lihavuus ole yksilön kontrolloitavissa (Elboim-Gabyzon ym. 2020). Eräässä toisessa tutkimuksessa naisten ATOP-pisteet olivat merkitsevästi suuremmat kuin miesten, eli heidän asenteensa lihavuutta kohtaan olivat myönteisemmät, mutta BAOP-pisteissä, eli lihavuuden kontrolloitavuudessa, merkitsevää eroa ei havaittu (Tüzün ym. 2023).

3.2.2 Ammattiryhmä ja erikoisala

Artikkeleissa tarkasteltiin myös ammattiryhmien ja erikoisalojen välisiä eroja sekä työpaikan vaikutusta lihavuuteen kohdistuviin asenteisiin. Kiinalaishoitajia tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin heikko, mutta merkitsevä, ero ATOP-pisteissä siten, että naistentautien parissa työskentelevien hoitajien asenteet olivat positiivisempia kuin muilla aloilla työskentelevien hoitajien (Wang ym. 2016). Toisaalta yhdysvaltalaisilla naistentautien lääkäreillä oli merkitsevästi yleislääkäreitä voimakkaammat negatiiviset asenteet lihavia potilaita kohtaan ja naistentautien lääkärit olivat myös havainneet alallaan negatiivisia ennakkoasenteita yleislääkäreitä enemmän (Welsh ym. 2021). Eri ammattiryhmien välisiin eroihin keskittyneessä tutkimuksessa ravitsemusterapeutit ilmaisivat vähäisempiä negatiivisia asenteita ja turhautumista sekä suurempaa koettua valmiutta ja varmuutta hoitaa lihavia potilaita kuin muut ammattiryhmät (van der Voorn ym. 2023). Samassa tutkimuksessa pediatriit ja yleislääkärit ilmaisivat negatiivisempia asenteita kuin muiden ammattikuntien edustajat (van der Voorn ym. 2023). Lääkärien negatiivisempia asenteita verrattuna muihin terveydenhuollon ammattilaisiin on havaittu myös muissa tutkimuksissa (Bucher Della Torre ym. 2018, Tüzün ym. 2023).

Sairaaloiden ja avohoidon välisiä eroja tarkasteltaessa havaittiin sairaaloissa työskentelevien ammattilaisten omaavan vähemmän eksplisiittisiä negatiivisia asenteita lihavia potilaita kohtaan

(Tüzün ym. 2023, Turner 2024). Pediatriasta hoitohenkilökuntaa tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin, että lihavuuteen liittyvät negatiiviset stereotyyppiset ajatukset olivat yleisempiä sellaisilla hoitajilla, joiden potilaat vaativat akuutimpaa hoitoa (päivystys, teho-osasto) sekä osaikatyöntekijöillä (Garcia ym. 2016). Tämä tukisi Tüzünün ym. (2023) pohdintaa siitä, että vähäisempää stigmaa voi selittää työntekijöiden pidempään potilaan kanssa viettämä aika.

3.2.3 Paino

Tutkimuksissa nousi esiin myös vastaajien painon ja painohistorian vaikutus asenteisiin. Monessa tutkimuksessa on havaittu vastaajan BMI:n käänteinen yhteys negatiivisiin ennakkoluuloihin (Puhl ym. 2014a, Tomiyama ym. 2015, Alberga ym. 2019, Yılmaz ja Yabancı Ayhan 2019, Cassiano ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Lääkärien toisiin lääkäreihin kohdistuvaa painostigmaa tutkineessa tutkimuksessa lääkärin korkeampi BMI oli yhteydessä vähäisempään implisiittiseen ja eksplisiittiseen stigmaan, mutta matalampi BMI oli yhteydessä vähäisempiin ammatillisiin painoon kohdistuviin ennakoasenteisiin (eng. professional weight bias), eli korkeamman BMI:n lääkärit ilmaisivat vähäisempää halua työskennellä lihaviin lääkäreiden kanssa (McLean ym. 2021). Tyypin 2 diabeteksen ja lihavuuden stigmaa vertailevassa tutkimuksessa havaittiin, että lääkärin matalampi BMI oli merkittävästi yhteydessä ajatukseen niin tyypin 2 diabeteksen kuin lihavuudenkin kontrolloitavuudesta sekä tahdonvoiman puutteesta henkilöillä, joilla on lihavuutta (Bennett ja Puhl 2023).

Myös painonpudotusyrityksillä havaittiin yhteys negatiivisempiin asenteisiin (Puhl ym. 2014a). Ammatillaisen painonpudotushistoriaan keskittyneessä tutkimuksessa havaittiin, että onnistunut painonpudotus oli yhteydessä stigmatisoivampiin asenteisiin, mutta vain naisilla (Pearl ym. 2017). Kyseisessä tutkimuksessa tarkasteltiin ammattilaisten suhtautumista hoidon kolmeen eri lopputulemaan (potilaan paino ensin laskee, mutta nousee myöhemmin uudelleen; potilaan paino ei laske; potilaan paino laskee pysyvästi) ja havaittiin, että potilaan syyllistäminen korostui, kun ammattilaisen oma kokemus oli ristiriidassa potilaan lopputuleman kanssa (ammattilainen pudottanut painoa pysyvästi ja potilaan paino nousi uudelleen tai ammattilainen pudottanut painoa hetkellisesti, potilaalla ei lainkaan painonpudotusta) (Pearl ym. 2017).

3.2.4 Ikä ja työkokemus

län ja painostigman yhteyttä on tarkasteltu runsaasti, ja osassa tutkimuksia nuoremmilla ammattilaisilla on havaittu vahvempaa eksplisiittistä stigmaa (Schwenke ym. 2020, McLean ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Osassa tutkimuksia kuitenkin korkeampi ikä ja pidempi työkokemus on yhdistetty vahvemman implisiittisen stigman lisäksi negatiivisempiin asenteisiin (McLean ym. 2021, Parildar ym. 2021, Turner 2024). Työkokemuksen vaikutusta on tarkasteltu myös vertailemalla opiskelijoita ja jo työelämässä olevia, ja opiskelijoilla on havaittu vähäisempää stigmaa ja vahvempaa uskoa siihen, ettei lihavuus ole yksilön kontrolloitavissa (Yılmaz ja Yabancı Ayhan 2019, Elboim-Gabyzon ym. 2020). Sen sijaan syömishäiriöiden parissa työskentelevillä työkokemus oli yhteydessä vähäisempään stigmaan (Puhl ym. 2014a). Kouluterveydenhoitajien asenteita tarkastelevassa tutkimuksessa niillä hoitajilla, jotka olivat työskennelleet kauemmin ylipainoisten lasten parissa, positiiviset asenteet olivat yleisempiä (Thompson ym. 2021). Toisaalta stigmatisoidun potilasryhmän parissa työskentely ei takaa neutraalimpia asenteita: lääkäreillä hoidettavien tyyppin 2 diabeetikoiden määrä oli yhteydessä ammattilaisen uskomukseen lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen kontrolloitavuudesta sekä vähäisempään empatiantuntoon, kun potilaalla oli joko lihavuutta tai tyyppin 2 diabetes (Bennett ja Puhl 2023).

3.2.5 Taustatietojen ja lihavuuteen kohdistuvien negatiivisten asenteiden yhteys

Monissa tutkimuksissa taustatietojen ja negatiivisten asenteiden yhteyden selittäjäksi arveltiin empatiaa (Aweidah ym. 2016, Pearl ym. 2017, Yılmaz ja Yabancı Ayhan 2019, Thompson ym. 2021, Tüzün ym. 2023). Kahdessa tutkimuksessa tehtiin havainto positiivisemmista asenteista, mikäli vastaajalla oli perheenjäsen, jolla oli lihavuutta (Yılmaz ja Yabancı Ayhan 2019) tai jokin krooninen sairaus (Tüzün ym. 2023). Röntgenhoitajia tarkastelleessa haastattelututkimuksessa eräs haastateltavista mainitsi empaattisen suhtautumisensa juontuvan omasta painostaan ja samaistumisestaan ylipainoisten potilaiden haasteisiin (Aweidah ym. 2016).

Osa tutkijoista pohti, voiko ammattilaisen painoindeksin ja painonpudotushistorian taustalla vaikuttaa tämän oma kehotyytyväisyys sekä etenkin naisten sisäistämä painostigma (Pearl ym. 2017, Robstad ym. 2019, Thompson ym. 2021). Pearlin ym. (2017) tutkimuksessa miehet ilmaisivat yleisesti enemmän negatiivisia ennakoasenteita kuin naiset, mutta ne naiset, joilla oli painonpudotustaustaa, osoittivat negatiivisempia ennakoasenteita kuin he, jotka eivät olleet

pudottaneet painoan. Miesten kohdalla samaa ilmiötä ei havaittu (Pearl ym. 2017). Hoitajien asenteita tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin, että hoitajilla, jotka eivät yrittäneet pudottaa painoan, oli enemmän positiivisia asenteita ylipainoisten potilaiden hoitoa kohtaan kuin hoitajilla, jotka pyrkivät pudottamaan painoan (Thompson ym. 2021). Thompson ym. (2021) viittasivat pohdinnassaan aiempaan havaintoon hoitajien kehotyymättömyyden yhteydestä negatiivisempiin asenteisiin. Pearl ym. (2017) mainitsivat naisten kohtaavan suurempaa yhteiskunnallista painetta laihoodelle, ja Robstad ym. (2019) nostivat pohdinnassaan esiin aiemmat havainnot siitä, että naiset useimmiten sisäistävät, miehet ulkoistavat laihooden tavoittelun. Tämä tarkoittaisi sitä, että naiset keskittyvät enemmän omaan painoonsa ja pyrkivät laihooduttamaan, kun taas miehet ovat tyytyväisempiä omaan ulkonäköönsä ja ilmaisevat ennemmin tyytymättömyyttään muiden kehoihin (Robstad ym. 2019).

Myös lihavuuteen liittyvien uskomusten vaikutusta asenteisiin pohdittiin. Tutkimuksissa on havaittu, että ammattilaiset, jotka uskoivat, ettei lihavuus ole yksilön kontrolloitavissa, omasivat todennäköisemmin positiivisia asenteita lihavia henkilöitä kohtaan (Wang ym. 2016, Tüzün ym. 2023). Saman suuntaisesti eräässä tutkimuksessa usko painon kontrolloitavuudesta oli ainoa merkitsevä tekijä, joka ennusti vastaajien itsensä toteuttamaa syrjintää lihavia potilaita kohtaan (Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018). Lihavuuteen liittyvän osaamisen yhteyttä ATOP-pisteisiin tarkasteltaessa havaittiin negatiivinen, joskin heikko, korrelaatio, eli kun ennakkoluulot vähenivät, lihavuuteen liittyvä osaaminen ja tietämys oli vähäisempää (Wynn ym. 2018).

3.3 Lihavuus ja hoitoon liittyvät haasteet

Tyypillisiä terveydenhuollon ammattilaisten raportoimia lihavuuteen liittyviä ongelmia työpaikoilla olivat laitteistoon, potilaan käsittelyyn ja diagnostiikkaan liittyvät vaikeudet.

3.3.1 Hoitovälineisiin ja -laitteisiin liittyvät haasteet

Painoon liittyvät laitteisto-ongelmat liittyvät tyypillisesti puuttuvaan tai sopimattomaan laitteistoon ja niiden kuvattiin vaikuttavan esimerkiksi potilaan liikutteluun, mittaamiseen tai hoitamiseen. Yhdysvaltalaisiin lääkäreihin kohdistuneessa haastattelututkimuksessa

painonseuranta nähtiin tärkeänä muun muassa sairauksien riskien ja etenemisen ja hoitovasteen seuraamisen, lääkelaskujen ja raskaudenaikaisen hoidon ja seurannan kannalta (Agaronnik ym. 2021). Osallistujat kuitenkin kertoivat lihaviin potilaiden painonseurannan olevan haasteellista saavutettavien vaakojen (esimerkiksi tarpeeksi suuri astumatila tai pyörätuolilla käytettävä vaaka) huonon saatavuuden vuoksi. Tutkimuksen 22 lääkäristä ainoastaan viidellä oli pyörätuolilla saavutettava vaaka. Mikäli saavutettavaa vaakaa ei ollut käytettävissä, oli lääkärin hyödynnettävä joko potilaan itsensä ilmoittamaa painoa tai punnittava potilas jollakin muulla tavalla, kuten läheisessä sairaalassa tai äärimmäisissä tapauksissa supermarkettien tai maatalouslaitosten vaaoilla (Agaronnik ym. 2021).

Vaakojen lisäksi laitteisto-ongelmat liittyvät esimerkiksi nostolaitteisiin (Setchell ym. 2016, Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018, Agaronnik ym. 2021), sädehoitojen immobilisointilaitteisiin (Winters ja Poole 2020) ja toimenpidevälineiden kuten pöytien ja tuolien sekä kuvantamislaitteiden painorajoihin (Winters ja Poole 2020, Agaronnik ym. 2021). (Agaronnik ym. 2021) haastatteluissa lääkärit huomauttivat, että esimerkiksi heidän yksikkönsä korkeussäädettävät tutkimuspöydät on suunniteltu säädettäväksi terveydenhuollon ammattilaisen ergonomiata tukemaan, ei siis potilaan mukavuutta tai pöydälle nousemista ajatellen. Vaikka yksiköllä olisikin tarvittavat laitteet, voi henkilöstön riittävä määrä tai osaaminen laitteiston käyttämiseen liittyen olla puutteellista (Agaronnik ym. 2021, Lunt ym. 2022). Potilaan liikutteluun liittyen ammattilaiset olivat huolissaan potilaiden ja itsensä turvallisuudesta, mahdollisista työtaturmista ja näihin liittyvästä laillisesta vastuusta (Agaronnik ym. 2021, Härgestam ym. 2024).

3.3.2 Potilaiden käsittelyyn, hoitotoimiin ja ammattilaisen osaamiseen liittyvät haasteet

Ammattilaiset nostivat useammassa tutkimuksessa esiin lihavuuden vaikutuksen potilaan käsittelyyn, tutkimiseen ja hoitoon (Aweidah ym. 2016, Setchell ym. 2016, Halvorson ym. 2019, Winters ja Poole 2020). Ammattilaiset kertoivat, että potilaiden hoitamiseen kului enemmän aikaa, (Winters ja Poole 2020, Härgestam ym. 2024), työmäärä koettiin suuremmaksi (Bucher Della Torre ym. 2018, Halvorson ym. 2019, Härgestam ym. 2024) ja hoitotoimia, kuten palpaatiota, liikuttelua, verisuonten löytämistä, lääkkeiden annostelua ja sädehoidon kohdistamista, pidettiin hankalampana, kun potilas on lihava (Setchell ym. 2016, Halvorson ym.

2019, Winters ja Poole 2020, Härgestam ym. 2024). Myös lihavuuden liitännäissairauksien ja niiden vaikutuksen toipumiseen mainittiin vaikuttavan potilaiden hoitamiseen (Halvorson ym. 2019), ja ammattilaiset ilmaisivat turhautumistaan siihen, ettei suuremman työn vaatimus kuitenkaan usein näkynyt suurempana hoitajamitoituksena (Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018, Härgestam ym. 2024). Osa tutkittavista huomautti lihavuuden aiheuttavan ylimääräisiä kustannuksia (Härgestam ym. 2024) ja kuormitusta julkiselle terveydenhuollolle (Alberga ym. 2019).

Eri alojen ammattilaiset toivat ilmi kokemuksensa siitä, ettei heidän koulutuksensa ollut huomionnut riittävästi potilaiden, joilla on lihavuutta, hoitoa: sädehoitajat kokivat, etteivät heidän oppinsa potilaiden turvallisesta käsittelystä ja liikuttelusta olleet sovellettavissa lihaviin potilaiden hoitoon, vaan vasta ajan ja kokemuksen myötä he olivat oppineet tekniikoita, joilla vähentää potilaan liikutteluun liittyvää selän rasitusta (Winters ja Poole 2020). Röntgenhoitajat kertoivat myös lihavuuden aiheuttamista haasteista työnkuvalleen (Aweidah ym. 2016, Halvorson ym. 2019). Etenkin vähemmän kokeneiden hoitajien ja opiskelijoiden kerrottiin olevan usein epävarmoja röntgensäteiden sijoittelun ja keskittämisen suhteen (Aweidah ym. 2016). Kuitenkin ajan kuluessa ammattilaiset kertoivat saaneensa ennen kaikkea kokeneemmilta röntgenhoitajilta oppeja ja työkaluja, joiden avulla heidän osaamisensa ja itsevarmuutensa olivat lisääntyneet (Aweidah ym. 2016). Setchellin ym. (2016) haastatteluissa fysioterapeutit työkokemuksestaan huolimatta kokivat potilaan palpaation ja käsittelyn haasteelliseksi, kun potilaalla oli lihavuutta.

3.4 Tunteet ja uskomukset hoitoon ja potilaisiin liittyen

Kysyttäessä suurin osa terveydenhuollon ammattilaisista on ollut samaa mieltä siitä, että lihavia potilaita tulee hoitaa myötätuntoisesti ja kunnioittavasti (Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Samanaikaisesti painoon liittyviä erilaisia jännitteitä, ja sen sensitiivisen luonteen on kerrottu aiheuttavan haasteita hoitotilanteissa ja painon puheeksi ottamiseen liittyen (Halvorson ym. 2019, Christenson ym. 2020, Härgestam ym. 2024).

3.4.1 Turhautuminen

Tutkimuksissa turhautumisen tunne on toistuvasti raportoitu ilmiö: kanadalaisista yleislääkäreistä 33 %, yhdysvaltalaisista hoitajista 25–40 %, tyyppin 2 diabeetikoiden ja lihavuuden parissa työskentelevistä lääkäreistä 39 % oli samaa mieltä väittämän kanssa, että kokee turhautumista lihaviin potilaiden kanssa (Alberga ym. 2019, Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Vähiten turhautumista raportoivat ruotsalaiset kättilöt ja naistentautien lääkärit, joista vain 10 % oli kohtalaisesti tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa (Christenson ym. 2020). Turhautumiseen voidaan liittää myös ammattilaisten ilmaisemat avuttomuuden, voimattomuuden ja syyllisyyden tunteet (Kirk ym. 2014, Sobczak ja Leoniuk 2021, Gaspar ym. 2022).

Turhautumisen taustalla vaikuttaviksi syiksi nousivat edellä mainittujen hoidon haasteiden ohella aiemmat huonot kokemukset lihaviin potilaiden kanssa sekä pettymys painonhallintakäynteihin (Kirk ym. 2014, Agaronnik ym. 2021, Gaspar ym. 2022).

Terveystuon ammattilaiset tunsivat turhautumista tai pettymystä yksilöihin, jotka eivät olleet onnistuneet pudottamaan painoaan, ja lihavuuteen liittyvät seurantakäynnit koettiin väsyttäväksi ja ne saattoivat herättää tyytymättömyyttä ammattilaisissa (Kirk ym. 2014, Gaspar ym. 2022). Terveystuon ammattilaisten näkökulmasta turhautumista aiheuttivat etenkin potilaiden epärealistiset odotukset nopeasta painonpudotuksesta sekä tunne siitä, ettei heillä itsellään ollut riittäviä valmiuksia, kuten lähete- ja seurantamahdollisuuksia, tarvittavan tuen antamiseen (Kirk ym. 2014, Lunt ym. 2022). Tunne rajallisista mahdollisuuksista tukea potilasta parhaalla tavalla aiheutti turhautuneisuutta terveystuonjärjestelmää kohtaan (Kirk ym. 2014, Härgestam ym. 2024).

Myös oma osaaminen nousi esiin syyllisyyden ja voimattomuuden tunteen lähteenä (Kirk ym. 2014, Gaspar ym. 2022). Kokemus riittämättömästä osaamisesta kohdata lihavuutta nousi esiin useammassa tutkimuksessa (Bucher Della Torre ym. 2018, Christenson ym. 2020, Gaspar ym. 2022, Lunt ym. 2022). Työn painonhallintakeskeisyydestä huolimatta ravitsemusterapeutit kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi koulutusta lihavuudesta ja sen sosiaalisten ja psykologisten puolien käsittelystä (Gaspar ym. 2022). Thompsonin ym. (2021) tutkimuksessa

hoitajista vain noin puolet koki omaavansa ammatilliset valmiudet lihavien potilaiden hoitamiseen vaikuttavasti.

3.4.2 Potilasta syyllistävät asenteet ja ennakkoluulot

Lihavien potilaiden syyllistäminen hoitoon liittyvistä haasteista ja huonosta motivaatiosta olivat yleisiä teemoja (Aweidah ym. 2016, Gaspar ym. 2022, Lunt ym. 2022). Motivaation puutteeseen liittyvät uskomukset vaihtelivat alakohtaisesti, esimerkiksi tyypin 2 diabeetikoita ja lihavia hoitavista lääkäreistä 55 %, kouluterveydenhoitajista 34 % ja pediatriisista leikkaushoitajista 28 % uskoi lihavilta potilailta puuttuvan motivaatiota elintapamuutoksiin (Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Lihavien miespotilaiden uskottiin noudattavan hoitosuosituksia epätodennäköisemmin kuin normaalipainoisten miespotilaiden (Lund ym. 2018). Myös ravitsemusterapeutit arvoivat lihavan potilaan kyvyn ymmärtää ja noudattaa suosituksia heikommaksi kuin normaalipainoisen potilaan, minkä lisäksi heidän vastaanottavuutensa ja motivaationsa arvioitiin huonommaksi (Diversi ym. 2016, Roy ym. 2023). Potilaiden haluttomuus sitoutua hoitoon ja itsekurin puute nähtiin syyksi hoidon epäonnistumiselle (Gaspar ym. 2022). Potilaita syytettiin omasta lihavuudestaan (Egerer ym. 2021, Gaspar ym. 2022). Lääkärien ennakkoasenteita ja lihavuusleikkauskäytäntöjä tarkastelevassa tutkimuksessa 24 % vastaajista piti ihmisiä vastuullisina omasta lihavuudestaan ja 13 % piti lihavuusleikkausta liian helppona tapana laihtua (Egerer ym. 2021).

Lasten lihavuuteen liittyvät ennakkoasenteet kohdistuivat tutkimuksissa vanhempiin (Halvorson ym. 2019, Gaspar ym. 2022). Osa ammattilaisista ajatteli, että lapsen lihavuus saattoi viestiä huonosta vanhemmuudesta tai huonommasta kyvystä sitoutua lapsen hoitoon (Halvorson ym. 2019, Härgestam ym. 2024). Lisäksi lihava vanhempi nähtiin normaalipainoista huonompana ja tämän tarjoama kasvuympäristö lapselle epäterveempänä (Gaspar ym. 2022, Härgestam ym. 2024).

Vastaajien omien asenteiden lisäksi tutkimuksissa on selvitetty tutkittavien näkemystä työtovereidensa asenteista. Moni kertoi todistaneensa kollegoidensa epäasiallista käytöstä, kuten tuomitsevia kommentteja ja epäasiallista ilmeilyä, lihavia potilaita kohtaan (Aweidah ym. 2016, Sobczak ja Leoniuk 2021). Eri tutkimuksissa tyypillisesti noin puolet vastaajista kertoi

todistaneensa muiden ammattilaisten epäasiallista käytöstä ja noin kolmasosa uskoi kollegoillaan olevan usein negatiivisia asenteita lihavia potilaita kohtaan (Puhl ym. 2014a, Sobczak ja Leoniuk 2021, Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023).

3.4.3 Painoon liittyvät jännitteet

Tutkimuksissa on noussut esiin terveydenhuollon ammattilaisten kokemat haasteet ja ristiriitaisuus liittyen painon puheeksi ottamiseen (Halvorson ym. 2019, Christenson ym. 2020, Härgestam ym. 2024). Haastatteluissa anestesiahoitajat tunsivat epätietoisuutta siitä, tulisiko painon terveysriskit ottaa puheeksi potilaan kanssa (Härgestam ym. 2024), ja jotkut kertoivat toisinaan välttelevänsä painosta puhumista (Christenson ym. 2020). Ammatillaiset pelkäsivät loukkaavansa tiedostamattaan lihavuudestaan tietoisia potilaitaan, joiden mainittiin jopa pahoittelevan painoaan hoitotoimenpiteiden yhteydessä (Winters ja Poole 2020). Nimenomaan naispotilaiden kerrottiin häpeilevän ja pahoittelevan painoaan (Härgestam ym. 2024).

Anestesiahoitajat kertoivat painon vaikutuksesta yleiseen ilmapiiriin operaatiohuoneessa (Härgestam ym. 2024). Haastateltavat kertoivat, että potilaskin havaitsee korkeampaan painoonsa liittyvät varotoimet ja ylimääräiset valmistelut, mikä voi johtaa jännitteiseen ilmapiiriin hoitotilanteissa. Jännittyneisyyttä voi synnyttää myös hoitohenkilökunnan näkyvä turhautuminen. Haastateltavat kokivat ilmapiirin rentoutuneemmaksi, kun potilaat puhuivat avoimesti painostaan. Lisäksi huumoria käytettiin tapana kääntää ylimääräinen työ joksikin positiiviseksi esimerkiksi kertomalla potilaalle leikkisästi tämän saavan vip-kohtelua, jonka avulla tämän turvallisuus voidaan taata (Härgestam ym. 2024).

3.5 Stigman vaikutus hoitoon

Ennakoasenteiden yhteyttä terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymiseen ja hoitopäätöksiin on tutkittu muun muassa hyödyntämällä hypoteettisia potilastapauksia (Setchell ym. 2014, Diversi ym. 2016, Lund ym. 2018, Seymour ym. 2018, Robstad ym. 2019, Roy ym. 2023) ja kyselyitä (Sabin ym. 2015, Egerer ym. 2021).

Kun stigman vaikutusta ammattilaisen käyttäytymiseen on tutkittu kuvitteellisten potilastilanteiden avulla, on potilaalle tyypillisesti kuvattu jokin sairaus tai oirekuvasto, johon painolla ei ole vaikutusta, kuten laktoosi-intoleranssi (Diversi ym. 2016, Roy ym. 2023) tai episodinen jännityspäänsärky (Lund ym. 2018). Ravitsemusterapeuttien laktoosi-intoleranssiohjauksen sisältöä tarkastellessa havaittiin, että huolimatta siitä, että tutkittavat osoittivat keskimäärin vain lievää eksplisiittistä stigmaa, hypoteettisen potilaan paino vaikutti merkittävästi suositeltuun hoitoon (Diversi ym. 2016, Roy ym. 2023). Näistä kahdesta samankaltaisesta tutkimuksesta toisessa potilaan paino vaikutti merkittävästi laktoosi-intoleranssin ohjaukseen: lihaville potilaille suositeltiin epätodennäköisemmin maitotuotteita kuten jogurttia ja juustoja (Diversi ym. 2016). Molemmista tutkimuksista suuremman BMI:n potilaalle annettiin laktoosi-intoleranssiin liittymättömiä suosituksia, kuten suositeltiin painonpudotusta, annoskokojen pienentämistä ja energiansaannin vähentämistä (Diversi ym. 2016, Roy ym. 2023). Esimerkkipotilaiden ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden kuvaukset olivat identtiset painoa lukuun ottamatta, mutta siitä huolimatta lihavan potilaan ruokavalion laatu ja fyysisen aktiivisuuden taso arvioitiin huonommaksi (Diversi ym. 2016, Roy ym. 2023), joskaan toisessa tutkimuksessa ero ei ollut tilastollisesti merkittävä (Diversi ym. 2016). Episodista jännityspäänsärkyä hyödyntävässä tutkimuksessa potilaan paino ei vaikuttanut lääkkeelliseen hoitoon, mutta lihaville miespotilaille suositeltiin epätodennäköisemmin oirepäiväkirjanpitoa tai jätettiin todennäköisemmin suosittelematta sekä oirepäiväkirjaa että seurantakäyntiä (Lund ym. 2018). Yleistä terveystarkastusta suositeltiin todennäköisemmin lihaville nais- ja miespotilaille, ja lihaville naispotilaille suositeltiin normaalipainoisia miehiä todennäköisemmin sekä terveystarkastusta että oirepäiväkirjaa. Lääkärien mitattu eksplisiittinen tai implisiittinen painostigma ei ollut yhteydessä hoitosuositukseen, mutta mitä terveellisemmäksi mieslääkärit arvioivat omat elintapansa, sitä suuremmalla todennäköisyydellä he ohjeistivat lihaville miespotilaille pelkän terveystarkastuksen ilman oirepäiväkirjaa tai seurantakäyntiä (Lund ym. 2018).

Painostigman vaikutusta hoitoon tarkasteli myös tutkimus, jossa vastaajat kuvailivat, minkälaista hoitoa suosittelisivat kahdessa hyperkolesterolemia tapauksessa, kun toisella hypoteettisella potilaalla oli lihavuutta (Seymour ym. 2018). Negatiivisempia asenteita omaavat ammattilaiset antoivat yksityiskohtaisempia ruokavalio- ja liikuntaohjeita potilaille, jotka olivat lihavia. Kaiken

painoisille potilaille suositeltiin esimerkiksi ”vähärasvaista/matalakolesterolista ruokavaliota” tai ”muutoksia ruokavalioon”, mutta ainoastaan lihaville potilaille suositeltiin ”tiukkoja” tai ”rajuja ruokavalion muutoksia”. Ammatillaiset, joilla oli enemmän negatiivisia ennakoasenteita, suosittelivat lihavia potilaita ”aloittamaan kävelyn”, kun taas normaalipainoisia potilaita suositeltiin ”lisäämään kävelyn määrää”. Sekä korkeamman että matalamman stigman ryhmään jaetut ammatillaiset suosittelivat lihaville potilaille suurempia liikuntamääriä kuin normaalipainoisille. Elintapamuutoksista puhuttiin lihaviin potilaiden kohdalla painonpudotuskontekstissa, kun taas normaalipainoisten kohdalla elintapamuutosten keskiössä oli kolesterolitasojen madaltaminen. Lihaville potilaille aloitettiin todennäköisemmin statiinilääkitys saman tien, kun taas normaalipainoisille statiineja suositeltiin, mikäli elintapamuutokset eivät tehoaisi riittävästi. Lisäksi positiivinen potilaskeskeinen kieli oli enemmän läsnä normaalipainoisten potilaiden hoitoa käsittelevissä vastauksissa (Seymour ym. 2018).

Implisiittisistä ja eksplisiittisistä asenteista huolimatta stigmalla ei havaittu yhteyttä käyttäytymiseen, kun tarkasteltiin tehohoidossa työskentelevien hoitajien alttiutta auttaa lihavaa potilasta hypoteettisessa hoitotilanteessa (Robstad ym. 2019). Itseraportointiin perustuvissa kyselyissä ainoastaan yhdessä havaittiin lääkäreiden matalampien FPS-pisteiden, eli vähäisemmän lihavuusfobian, tilastollisesti merkitsevä, joskin heikko, yhteys suurempaan alttiuteen ohjata asiakas eteenpäin esimerkiksi ravitsemusterapeutille (Schwenke ym. 2020). Implisiittisistä ja eksplisiittisistä asenteista huolimatta stigmalla ja lasten ylipainon hoitomenetelmien sekä lähetekäytäntöjen (Sabin ym. 2015) tai lihavuusleikkauslähetteen (Egerer ym. 2021) välillä ei havaittu yhteyttä.

3.6 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Kirjallisuuskatsauksen artikkeleissa nousi toistuvasti esiin ammattilaisten kokema turhautuminen (Alberga ym. 2019, Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023), välineistöön (Setchell ym. 2016, Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018, Winters ja Poole 2020, Agaronnik ym. 2021) ja hoitotoimiin (Aweidah ym. 2016, Halvorson ym. 2019, Härgestam ym. 2024) liittyvät haasteet, kun potilaalla on lihavuutta. Painosta puhumista pidettiin haasteellisena (Halvorson ym. 2019, Christenson ym. 2020, Härgestam ym. 2024). Tutkittavat ovat raportoineet myös

työtovereidensa negatiivisista asenteista (Puhl ym. 2014a, Sobczak ja Leoniuk 2021, Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Negatiiviset asenteet ovat kohdistuneet potilaiden ohella lapsipotilaiden vanhempiin (Halvorson ym. 2019, Gaspar ym. 2022, Härgestam ym. 2024) sekä muihin terveydenhuollon ammattilaisiin, joilla on lihavuutta (McLean ym. 2021).

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista artikkeleista 14 oli tehty Yhdysvalloissa, toiseksi eniten oli australialaisia tutkimuksia. Tutkimuksista neljä oli tehty Pohjoismaissa, ei kuitenkaan yhtäkään Suomessa. Yleisimmin oli tutkittu eri alojen lääkäreitä ja hoitajia. Lisäksi tutkimuksissa oli tarkasteltu muun muassa fysio-, ravitsemus- ja toimintaterapeuttien asenteita.

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia painoon kohdistuvasta stigmasta, lihavuuden vaikutuksesta hoitoon ja painon puheeksi ottamisesta potilastyössä, kun potilaalla on lihavuutta. Tarkoituksena oli yhdistää laadullista ja määrällistä dataa, joiden pohjalta tarkasteltiin, millaisia asenteita ja tunteita terveydenhuollossa liittyy potilaan lihavuuteen ja painosta puhumiseen sekä pyrittiin tunnistamaan tekijöitä näiden taustalla. Lisäksi haluttiin tarkastella, miten saadut tulokset asettuvat aiempaan tutkimusnäyttöön.

Tutkimuskysymykset olivat:

- Kokevatko terveydenhuollon ammattilaiset negatiivisia tunteita, kuten turhautumista, hoitaessaan lihavia potilaita?
- Ovatko terveydenhuollon ammattilaiset havainneet painoon kohdistuvia ennakoasenteita työpaikallaan/alallaan?
- Millaisten tekijöiden terveydenhuollon ammattilaiset uskovat vaikuttavan painoon kohdistuvien ennakoasenteiden taustalla?
- Minkä tekijöiden terveydenhuollon ammattilaiset kokevat vaikuttavan lihaviin henkilöiden hoitamiseen liittyvien negatiivisten tunteiden taustalla?
- Kokevatko terveydenhuollon toimijat ristiriitoja painon puheeksi ottamisessa potilastyössä?
- Ovatko terveydenhuollon ammattilaiset saaneet ja kokevatko tarpeelliseksi koulutuksen painon puheeksi ottamiseen ja painostigmaan liittyen?

5 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusta varten luotiin Webropol-pohjainen verkkokysely (liite 2) hyödyntäen aiemmin alan tutkimuksessa hyödynnettyjä menetelmiä. Kysely koostui 24 väittämästä sekä viidestä taustatietoja kartoittavasta kohdasta. Kartoitettavia taustatietoja olivat sukupuoli, ammatti, työskentelyala, hyvinvointialue sekä työkokemus vuosina. Asenteita lihaviin potilaiden hoitamista kohtaan kartoitettiin 22-kohtaisella Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity -kyselyllä. Painon puheeksi ottamiseen liittyen kyselyyn otettiin mukaan kaksi väittämää. Jokaisen väittämän yhteydessä oli avoin kenttä, joissa vastaaja sai halutessaan perustella tai tarkentaa vastaustaan. Lisäksi kyselyssä oli kaksi vapaaehtoista avointa kenttää ”Potilaan painon puheeksi ottamiseen liittyen haluan lisäksi sanoa” ja ”Lihaviin potilaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyen haluan lisäksi sanoa” sekä kolme kohtaa, joilla kartoitettiin osallistujien aiemmin saamaa koulutusta painostigmaan ja painon puheeksi ottamiseen liittyen sekä kokemusta tällaisten koulutusten tarpeellisuudesta.

Kysely koostui näin ollen neljästä osasta:

1. Tutkimustiedote ja henkilötietojen käsittelyä koskevat tiedot
2. Taustatietojen kartoitus
3. Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity -kyselyn suomennettu versio
4. Painon puheeksi ottaminen ja osallistujien saama koulutus painostigmaan ja painon puheeksi ottamiseen liittyen sekä kokemus tällaisten koulutusten tarpeellisuudesta tulevaisuudessa.

Tutkimukselle pyydettiin lausunto Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettiseltä toimikunnalta. Puoltavan lausunnon (viite 21/2023) saamisen jälkeen aloitettiin tutkimuslupien hakeminen hyvinvointialueilta. Tutkimusta varten kontaktoitiin kaikki suomalaiset hyvinvointialueet alkuvuonna 2023. Tällöin hyvinvointialueuudistus oli vasta astunut voimaan, mikä hankaloitti tutkimuslupaprosessia. Tutkimuslupien hakemista jatkettiin keväällä 2024. Tutkimuslupa saatiin riittävän ajoissa pro gradu -tutkielman valmistumista ajatellen kolmelta hyvinvointialueelta eri puolilta Suomea.

Hyvinvointialueiden yhteyshenkilöiden avulla kysely jaettiin hyvinvointialueen työntekijöille keväällä 2024. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa per hyvinvointialue. Yhteyshenkilöille annettiin vapaus välittää tutkimuskutsu (liite 3) sopivaksi katsomissaan kanavissa esimerkiksi henkilöstön sähköpostilistojen avulla. Ennen kyselyyn vastaamista vastaajat saivat luettavakseen tutkimustiedotteen (liite 4) sekä henkilötietojen käsittelyä koskevan liitteen (liite 5). Vastaajilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumista ennen kyselyyn vastaamista eikä vastauksia tallennettu, mikäli vastaaja päätti keskeyttää vastaamisen kesken kyselyn. Kaikkiin henkilötietoja kartoittaviin kysymyksiin vastaajille annettiin mahdollisuus vastata ”En halua kertoa”. Kyselyyn vastaaminen ei vaatinut tunnistautumista eikä vastaajilta kerätty suoria henkilötietoja. Vastaamiseen arvioitiin kuluvan noin 10–15 minuuttia.

Teknisen vian vuoksi ensimmäiseltä hyvinvointialueelta vastauksia kerättyä kysely jouduttiin resetoimaan toisena kyselyn aukiolopäivänä. Kyselyn väittämien ”Täysin samaa mieltä” -kohta ei ollut ollut valittavissa, joten vastausten vääristymisen vuoksi jo saadut vastaukset poistettiin ja kyselylomake korjattiin. Tämän myötä menetettiin 12 vastausta.

5.1 Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity - kysely

Tutkimuskyselyn perustan loi Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity -kysely, joka on kehitetty terveydenhuollon ammattilaisten lihavuuteen kohdistuvien asenteiden tarkasteluun (Puhl ym. 2014a, 2014b, Phelan ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Kyselyn tarkoituksena oli tuottaa sekä määrällistä että laadullista tietoa. Tutkimusta varten otettiin yhteyttä kyselyn kehittäjään Rebecca Puhliin alkuperäisen kyselyn ja luvan sen käyttämiseen saamiseksi. Kyselystä tehtiin kaksoiskäännös, jossa alkuperäisen kyselyn englanninkieliset väittämät käännettiin ensin suomen kielelle. Ensimmäistä käännöstä hiottiin yhdessä tutkielman ohjaajien kanssa, minkä jälkeen suomenkielisen kyselyn täytti viisi terveydenhuollon ammattilaista tai alan opiskelijaa. Heiltä saatujen palautteiden ja kysymysten pohjalta käännöstä edelleen tarkennettiin. Tämän jälkeen tutkimusryhmän ulkopuolinen englannin kielen ammattilainen käänsi suomenkieliset väittämät englanniksi. Englanninkielisiä väittämiä vertailtiin kyselyn alkuperäisiin englanninkielisiin väittämiin merkitysten säilymisen

varmistamiseksi ja näiden pohjalta tehtiin vielä tarvittavat muutokset. Lopullisessa kyselyssä oli mukana alkuperäisen kyselyn mukaisesti 22 väittämää, joihin vastaaja vastasi 5-portaisen Likert-asteikon avulla. Asteikolla 1 vastaa "Täysin eri mieltä" ja 5 "Täysin samaa mieltä". Väittämien kanssa samanmielisten vastaajien prosentuaalinen osuus laskettiin summaamalla "Täysin samaa mieltä" ja "Jokseenkin samaa mieltä" -vastausten määrät.

5.2 Painon puheeksi ottamista käsittelevät väittämät

Painon puheeksi ottamista varten valittiin kaksi Valtioneuvoston kanslian rahoittamassa hankkeessa Kohti eettistä ja vastuullista painopuhetta ja käytäntöjä: Lihavuuden stigma ja sen vähentäminen käytettyä väittämää: "Terveystieteiden ammattilaisen velvollisuus on aina ottaa lihavuus asiakkaan kanssa puheeksi" ja "Painosta kannattaa puhua terveydenhuollossa, vaikka asiakas ei sitä kokisi tarpeelliseksi" (Koivumäki ym. 2023). Vastausasteikko oli kuten aiemmissa väittämissä 5-portainen Likert, jolla vastaaja kertoi samaistumisestaan väittämiin.

5.3 Aineiston analysointi

Laadullinen aineisto analysoitiin hyödyntäen Elon ja Kynkään (2008) induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää. Induktiivinen sisällönanalyysi sopii analysointimenetelmäksi silloin, kun aiheeseen liittyvää aiempaa tietoa on vain vähän tai kun tieto on hajanaista (Elo ja Kyngäs 2008). Aineistoon tutustuttiin viemällä kaikki kyselyiden avoimet vastaukset Word-dokumenttiin ja vastaukset luettiin läpi useampaan otteeseen. Aineisto koodattiin hyödyntämällä tekstinkäsittelyohjelman kommenttiominaisuutta, minkä jälkeen koodit ryhmiteltiin taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen. Ryhmistä muodostettiin alakategorioita, minkä jälkeen muodostettiin alakategorioita yhdistäviä yläkategorioita ja lopulta yläkategorioita yhdistävät pääluokat. Tarvittaessa aiempien kategorioiden nimiä voitiin tarkentaa, eli prosessi ei edennyt yhdensuuntaisesti. Aineistosta muodostui kolme pääluokkaa, joiden mukaan on nimetty tutkielman osiot 6.2, 6.3 ja 6.5.

Laadullisen aineiston ohella tarkasteltiin myös tutkimuskyselystä saatua määrällistä aineistoa. Määrällistä aineistoa tarkasteltiin kuvailevasti.

6 Tulokset

Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot on koottu taulukkoon 3. Kyselyyn vastasi yhteensä 70 terveydenhuollon ammattilaista kolmelta eri hyvinvointialueelta. Vastaajista suurin osa oli naisia.

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

Muuttuja	n (%)
Sukupuoli	
Mies	4 (5,7)
Nainen	65 (92,9)
Muu	1 (1,4)
Ammatti	
Fysioterapeutti	12 (17,1)
Hammashoitaja	1 (1,4)
Hammaslääkäri	4 (5,7)
Kätilö	1 (1,4)
Lähihoitaja	5 (7,1)
Lääkäri	11 (5,7)
Röntgenhoitaja	1 (1,4)
Sairaanhoitaja	22 (31,4)
Terveydenhoitaja	7 (10,0)
Toimintaterapeutti	1 (1,4)
Muu	3 (4,3)
En halua vastata	2 (2,9)
Työelämässä /ammattiin valmistumisesta kuluneet vuodet	
0–5 vuotta	17 (24,3)
6–10 vuotta	6 (8,6)
11–20 vuotta	14 (20,0)
Yli 20 vuotta	31 (44,3)
En halua vastata	2 (2,9)
Ala	
Asiakas- ja palveluohjaus	1 (1,4)
Geriatría	2 (2,9)
Keuhkosairaudet	1 (1,4)
Kotisairaala	1 (1,4)
Kuntoutuskeskus	3 (4,3)
Naistentaudit ja synnytykset	1 (1,4)

Muuttuja	n (%)
Neurologia	1 (1,4)
Ortopedia	6 (8,6)
Perustason vastaanottopalvelut	14 (20,0)
Perustason vuodeosastot	6 (8,6)
Sisätaudit	4 (5,7)
Suu- ja leukasairaudet	1 (1,4)
Suun terveydenhuolto	4 (5,7)
Syöpätaudit	1 (1,4)
Terapiapalveluyksikkö	5 (7,1)
Vatsataudit	1 (1,4)
Yhteispäivystys	5 (7,1)
Muu	11 (15,7)
En halua vastata	2 (2,9)

6.1 Määrälliset tulokset

Taulukko 4 esittelee vastaajien samaistumista kyselyn väittämiin. Lähes kaikki eli yli 94 % vastaajista olivat samaa mieltä siitä, että lihavia potilaita tulee kohdella kunnioittavasti, ja lähes yhtä suuri osa luotti kykyihinsä ja ammatillisiin valmiuksiinsa tarjota laadukasta hoitoa potilaille, joilla on lihavuutta. Kuitenkin 40 % vastaajista koki, että lihavien potilaiden kanssa toimiminen voi olla hankalaa.

Vastaajista 22,8 % kertoi tuntevänsä usein turhautumista lihavien potilaiden kanssa. "Lihavan potilaan hoitaminen on turhauttavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen" väittämän kanssa samaa mieltä oli 24,3 % vastaajista. Pieni vähemmistö (2,8–7,1 %) kertoi samaistuvansa väittämiin liittyen empatian puutteeseen, inhoon ja vastenmielisyyteen. Yli kolmasosa vastaajista koki, etteivät potilaat usein sitoudu suositeltavaan hoitoon ja potilailta puuttuu motivaatiota elintapamuutokseen, mikäli heillä on lihavuutta.

Vastaajista 40 % oli samaa mieltä siitä, että alallaan työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla on usein negatiivisia stereotyyppisiä ajatuksia lihavista potilaista. Puolet (50 %) vastaajista oli kuullut tai havainnut muiden alallaan työskentelevien ammattilaisten

kommentoivan negatiivisesti potilaita, joilla on lihavuutta. Vastaajista 28,5 % koki muiden oman ammattikuntansa jäsenten tapaavan suhtautua negatiivisesti lihaviin potilaisiin ja 20 % samaistui väittämään ”Lihavien potilaiden hoitaminen koetaan terveydenhuollossa epämukavaksi”.

Vastaajista 48,6 % oli sitä mieltä, että terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus on aina ottaa lihavuus asiakkaan kanssa puheeksi. Yhteensä 52,9 % oli sitä mieltä, että painosta kannattaa puhua, vaikka asiakas ei sitä kokisikaan tarpeellisenä.

Taulukko 4. Kyselyn väittämät ja vastaajien (n=70) samanmielisyydet väittämien kanssa.

Väittämä	Samaa mieltä ¹ (%)
Koen, että on tärkeää kohdella lihavia potilaita myötätuntoisesti ja kunnioittavasti.	94,3
Luotan siihen, että tarjoan laadukasta hoitoa lihaville potilaille.	91,4
Koen, että minulla on ammatilliset valmiudet tarjota lihaville potilaille vaikuttavaa hoitoa.	84,2
Olen kuullut/itse havainnut muiden alallani työskentelevien ammattilaisten kommentoivan negatiivisesti lihavia potilaita	50,0
Lihavien potilaiden kanssa toimiminen voi olla hankalaa.	40,0
Alallani työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla (esim. muut työntekijät psykiatrian / naistentautien jne. alalla) on usein negatiivisia stereotyyppisiä ajatuksia lihavista potilaista.	40,0
Koen, että lihavat potilaat eivät ole usein halukkaita sitoutumaan heille suositeltuun hoitoon.	38,6
Koen, että lihavilta potilailta puuttuu motivaatiota tehdä elintapamuutoksia.	37,1
Lihavien potilaiden hoitaminen on ammatillisesti palkitsevaa	34,3
Kollegoillani (esim. muut lääkärit, ravitsemusterapeutit, sairaanhoitajat jne.) on taipumus suhtautua negatiivisesti lihaviin potilaisiin.	28,5
Lihavan potilaan hoitaminen on turhauttavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen.	24,3
Tunnen usein turhautumista lihavien potilaiden kanssa.	22,8
Lihavien potilaiden hoitaminen koetaan terveydenhuollossa epämukavaksi.	20,0
Lihavan potilaan hoitaminen on stressaavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen.	17,1
Hoitaisin mieluummin ei-lihavaa kuin lihavaa potilasta.	14,3
Lihavan potilaan hoitaminen on tunnetasolla uuvuttavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen.	12,8

Väittäjä	Samaa mieltä ¹ (%)
Lihavilla potilailla on taipumus olla laiskoja.	11,5
Ärsyynnyn enemmän hoitaessani lihavaa kuin ei-lihavaa potilasta.	8,5
Lihavan potilaan hoitaminen on minusta vastenmielistä.	7,1
Lihavan potilaan hoitaminen inhottaa minua.	4,3
On vaikeaa tuntee empatiaa lihavaa potilasta kohtaan.	4,3
En pidä lihavien potilaiden hoitamisesta.	2,8
Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus on aina ottaa lihavuus asiakkaan kanssa puheeksi.	48,6
Painosta kannattaa puhua terveydenhuollossa, vaikka asiakas ei sitä kokisi tarpeellisenä.	52,9

¹Vastannut joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä

6.2 Lihavien potilaiden hoitamiseen liittyvät tunteet

Laadullisessa analyysissä lihavien potilaiden hoitamiseen liittyvät tunteet jaettiin kuuteen yläkategoriaan: myönteisiin asenteisiin, myötätuntoon ja lihavuuteen liittyvien haasteiden tiedostamiseen, huoleen, turhautumiseen, potilaan syyllistämiseen ja neutraaliin suhtautumiseen (Taulukko 5). Moni kertoi avoimissa vastauksissaan, ettei paino vaikuta heidän potilaaseen suhtautumiseensa, ettei kyselyn väittämiä voi yleistää koskettamaan ainoastaan lihavia potilaita ja että potilaan persoona koettiin painoa merkittävämmäksi. Eräs vastaaja kuvasi lihavia potilaita motivoituneeksi ja vastaanottavaiseksi potilasryhmäksi. Lisäksi moni vastaaja ilmaisi myötätuntoa ja empatiaa tuodessaan ilmi lihavien potilaiden kohtaamia haasteita. Osa vastaajista kertoi pystyvänsä samaistua potilaiden tilanteeseen oman painonsa myötä. Myötätuntoa ilmaistiin myös tiedostamalla lihavuuden moninaiset taustatekijät ja painonhallinnan haastavuus. Vastaajat tiedostivat myös asiakkaiden aiemmat huonot kokemukset terveydenhuollosta sekä siitä, että oireista saatetaan automaattisesti syyttää lihavuutta.

”Usein lihavuuteen liittyy jokin syy, esimerkiksi sairauden vuoksi vaikeus liikkua tms. Lääkkeet voivat myös aiheuttaa ruokahalun lisääntymistä. Lisäksi myös sairauksia, joiden vuoksi paino nousee haluamatta.”

”Kynnys hakemaan apua voi olla korkea jos on aikaisemmin huonoja kokemuksia terv. huollossa ja jos kaikki oireet laitetaan lihavuuden syyksi ja paranee kun vain ottaa itseään niskasta kiinni ja laihduttaa.”

Taulukko 5. Potilaiden hoitamiseen liittyvät tunteet

Potilaiden hoitamiseen liittyvät tunteet	
Myönteiset asenteet	Potilasryhmä motivoitunut ja vastaanottavainen
Myötätunto ja lihavuuteen liittyvien haasteiden tiedostaminen	Monella aiempia negatiivisia kokemuksia terveydenhuollosta Lihavuuden syyttäminen oireista Laihduuttaminen vaikeaa Kokonaisvaltaisen hoidon saaminen vaikeaa Lihavuuden kompleksisuus
Huoli	Potilaaseen liittyen Omasta terveydestä
Turhautuminen	Turhautuminen potilaan puolesta tämän terveydentilan vuoksi Arvostuksen puute Riittämättömyyden tunne
Potilaan syyllistäminen	Tämän sairaudesta Kustannuksista Hoidon vaikeutumisesta
Neutraali suhtautuminen	Ei näe eroa eripainoisten potilaiden välillä Persoonaa tärkeämpi kuin paino

Vastauksissa nousi esiin huoli omasta jaksamisesta ja loukkaantumisen riskistä potilaiden siirtelyyn liittyen, lisäksi huolta ilmaistiin potilaiden terveyden puolesta. Potilaiden terveydentilan vuoksi koettiin myös turhautumista. Turhautumisen osalta esiin nousi myös kokemus terveydenedistämistyöhön liittyvästä arvostuksen puutteesta ja riittämättömyyden tunteesta, joka johtui oman ammattikunnan sivuuttamisesta lihavuuden hoitoketjussa auttamisen halusta huolimatta.

Potilasta syyllistävät vastaukset olivat vähemmistöä. Asiakkaan syyllistäminen sairaudestaan saattoi näkyä siten, että vastaaja ajatteli potilaan paranevan tai olevan terve ilman ylipainoa. Eräs

vastaaja kertoi ajattelevansa, että tietyn BMI:n jälkeen lääkkeiden ja hoidon kustantaminen tulisi jäädä yksilön vastuulle, sillä useat sairaudet ovat lihavuudella itse aiheutettuja. Potilaita syytettiin myös hoidon vaikeutumisesta ja tästä syystä pohdittiin, voisiko esimerkiksi vuodeosastolla jälkiruoat ja leivät jättää pois lihavilta potilailta.

”Stressi siitä, jaksako pitää kovin ylipainoisen asiakkaan pystyssä jos hän horjahtaa esim kävelyä harjoitellessa vaikka olisi kaksi tukemassa. Myös stressi heidän niveltensä ja sisäelintensä puolesta. Moni ongelma vähenee tai ratkeaa kokonaan, kun saavuttaa normaalipainon.”

”Lihavien potilaiden hoitamiseen liittyen siirrot sekä ylipäätään hoitaminen on huomattavasti raskaampaa vaikka apuvälineitä on käytössä ja näin ollen paljon herkemmin tulee sairaslomia, kun on isompi riski itsensä satuttamisessa vaikkakin siirto tekniikat olisivat hallussa. Potilaat kenellä on valmiiksi jo ylipainoa voisi hyvin esim. näin vuodeosastoilla ottaa sieltä ns "turhat ruoat pois" esim. leivät ja jälkiruoat sekä sokeriset juomat.”

6.3 Lihavuuden vaikutus hoitoon

Toinen sisällönanalyysissä havaittu pääluokka oli lihavuuden vaikutus hoitoon (taulukko 6), joka jakautui viiteen yläkategoriaan: hoitovälineiden sopimattomuuteen, hoidon vaikeuteen, lisäresurssien tarpeeseen, muiden terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumiseen ja koon ja hoitosuunnitelman yhteyteen.

Taulukko 6. Lihavuuden vaikutukset hoitoon.

Lihavuuden vaikutus hoitoon	
Hoitovälineiden sopimattomuus	Painorajat
	Hoitolaitteiden koko
Hoidon vaikeus	Kohonneet komplikaatoriskit
	Potilaiden liikuttelu
	Tutkiminen
	Vaikeammat/työläämmät hoitotoimenpiteet
Lisäresurssien tarve	Hoitoon kuluva aika
	Henkilökuntaresurssien suurempi tarve

Lihavuuden vaikutus hoitoon	
Koko ja hoitosuunnitelma	Myös pieni koko voi rajoittaa hoitoa Lihavuus ei liity kaikkiin vaivoihin Lihavuus voi vaikuttaa hoitolinjaan tai hoidonsuunnitteluun
Muiden terveydenhuollon ammattilaisten suhtautuminen lihaviin potilaisiin	Omakohhtaiset kokemukset Ei ole havainnut stigmaa On havainnut stigmaa

Hoitovälineiden osalta vastaajat nostivat esiin muun muassa hoitotuolien koot ja painorajat vaikeina tilanteina. Lihavuuden koettiin vaikeuttavan hoitotoimenpiteitä, potilaan tutkimista ja siirtelyä apuvälineistä huolimatta. Lisäksi koettiin, että komplikaatoriskit leikkausten ja akuuttien tilanteiden yhteydessä lisäävät hoidon haastavuutta. Vastaajat myös kuvasivat hoidon vaativan enemmän resursseja, sillä hoitoon kuluu enemmän aikaa ja henkilökuntaresursseja, kun potilaalla on lihavuutta. Lihavuuden mainittiin voivan vaikuttaa valittuun hoitolinjaan ja hoidonsuunnitteluun. Toisaalta osa vastaajista toi esiin myös sen, ettei lihavuus liity kaikkiin vaivoihin eikä se ole ainoa sairauksia aiheuttava asia, minkä lisäksi myös potilaan pieni koko voi tuoda omat haasteensa hoidolle.

”Suun terveydenhuollossa todella lihavan potilaan mahtuminen hammaslääkärin hoitotuoliin ja ääritapauksissa tuolin kantokyky ovat vaikeita tilanteita. Hoitotilanteessa lihavan potilaan suuhun on vaikea päästä työskentelemään, koska kehon massa tulee suuhun ylettymisen tielle.”

”Tähän vastaustulokseen vaikuttaa vahvasti myös työskentelypaikkani päivystys/leikkaussali. Lihavuus tuo paljon käytännön haasteita työhön ja nostaa komplikaatioiden vaaraa merkittävästi. Tajuttoman hyvin ylipainoisen ihmisen hengityksen hoitaminen, siirto sängystä toiseen, mittareiden kytkentä, suonyhteyksien löytäminen, spinaalipuudutukset jne ovat usein huomattavasti työläämpiä toimenpiteitä ja vaativat enemmän aikaa ja käsipareja kuin normaalipainoisen potilaan.”

6.4 Työympäristössä havaitut lihavuuteen kohdistuvat negatiiviset asenteet

Muiden terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumiseen liittyen avoimissa kysymyksissä osa vastaajista kertoi havainneensa negatiivisia asenteita lihavia potilaita kohtaan työympäristössään. Kaikki eivät olleet havainneet vastaavaa omien kollegoidensa parissa, ja eräs vastaajista totesi, että työympäristön negatiivinen suhtautuminen lihaviin potilaisiin vaikeuttaisi omaa työssä viihtymistä. Eräs vastaajista kertoi itse joutuneensa epäasiallisen käytöksen kohteeksi painonsa vuoksi, ja toinen arveli etenkin hoikkien työntekijöiden voivan ajatella lihavuuden olevan yksilön omaa syytä.

”Hoikilla työntekijöillä voi joskus olla käsitys, että lihavuus on aina omaa syytä. Taustalla voi kuitenkin olla esim. lääkityksen tai sairauden aiheuttamaa painonnousua, jota ihminen ei täysin pysty itsekurillaan tai elintavoillaan hallitsemaan.”

”Usein kuulee kollegan sanovan, että miksi on pitänyt syödä itsensä lihavaksi eikä ole liikkunut tarpeeksi. Näistä sanomisista tulee jo itsellekin todella paha mieli”

6.5 Painon puheeksi ottaminen

Laadullinen aineisto jakautui painon puheeksi ottamisen osalta kolmeen yläkategoriaan: ammattilaisten kertomia syitä välttää painosta puhumista, syitä puhua painosta sekä puheeksioton vaatimukset (taulukko 7).

Taulukko 7. Terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset painon puheeksi ottamiseen liittyen.

Painon puheeksi ottaminen	
Sytä välttää painosta puhumista	Aikapaine
	Jos ei liity hoidettavaan asiaan
	Palkkausjärjestelmä (toimenpidepalkkiot)
	Tietyt potilasryhmät
	Median ym. julkisen keskustelun aiheuttamat paineet
Sytä puhua painosta	Pelko potilaan loukkaamisesta
	Ylipainon terveysvaikutukset
	Potilaan taustojen selvittäminen
	Komplikaatoriskien kertominen

Painon puheeksi ottaminen

Puheeksioton vaatimukset	Antaa potilaalle kuvan välittämisestä
	Kun vaikuttaa hoitoon/hoidettavaan asiaan
	Potilaan tehdessä aloite
	Potilaan oma halu painosta puhumiseen
	Aiheen sensitiivisyyden huomioiminen
	Resurssit ja osaaminen riittävän tuen tarjoamiseen
	Asiakkaan motivaatiota ja toimijuutta tukevat vuorovaikutusmenetelmät
	Pois painokeskeisyydestä

Monet vastaajat kertoivat, etteivät ota painoa puheeksi, mikäli se ei liity hoidettavaan asiaan. Esimerkiksi päivystystilanteissa painon puheeksiottoa ei koettu tarpeelliseksi. Asiaa katsottiin myös potilaan näkökulmasta ja todettiin, ettei ylipainoisena halua keskustella painonpudotuksesta, jos kyse on vaikkapa ihottuman hoidosta. Osa vastaajista myös mainitsi, ettei tiettyjen potilasryhmien, kuten lasten ja nuorten, kohdalla juurikaan keskustella painosta. Painon puheeksi ottamista rajoitti työn aikapaine sekä palkkausjärjestelmä, sillä toimenpidepalkkioita ei makseta terveydenedistämistyöstä, mikä ei puolestaan kannusta painon puheeksi ottamiseen. Myös painopuheen hankaluus nousi esiin aiheen välttelyyn vaikuttavana tekijänä. Lihavuudesta puhuminen koettiin hankalaksi ja tähän toivottiin lisätukea. Yhdeksi vaikuttavaksi tekijäksi nostettiin mediassa lisääntynyt keskustelu kehorauhasta ja kritiikki niitä ammattihenkilöitä kohtaan, jotka ottavat lihavuuden puheeksi. Vastauksissa nousi esiin pelko potilaan loukkaamisesta ja vaikeudesta tasapainoilla hienotunteisuuden ja faktojen esittämisen välillä.

”Suun terveydenhuolto on luonteva paikka puhua ruokailusta ja sitä myötä painosta. Aikapaine työssä rajoittaa puheeksiottamista. Oletus kun on: potilas tuoliin, suu auki, paikka suuhun, potilas ulos. Aikaa saa kulua max. 30 min. Lisäksi palkkausjärjestelmä ei tue terveydenedistämistyötä, joka olisi sitä parasta hoitoa, mutta siitä ei makseta toimenpidepalkkioita eikä sitä arvosteta.”

”Lihavuudesta puhuminen on hankalaa. Mediassa puhutaan paljon kehorauhasta yms. Mielipidekirjoituksissa kritisoidaan ammattihenkilöitä, jotka ottavat lihavuuden puheeksi.

Työskentelen itse lasten ja nuorten kanssa, olisi hienoa saada lisätukea siihen, miten kohdata nuori, jolla painon kanssa haasteita. En yleensä kommentoi lasten/nuorten kohdalla painoa ollenkaan.”

Painosta puhumista kuitenkin pidettiin tärkeänä: vastauksissa tuotiin esiin näkemys siitä, että painosta puhuminen antaa potilaalle kuvan potilaasta ja hänen hyvinvoinnistaan välittämisestä. Painosta puhuminen koettiin myös tärkeäksi tavaksi selvittää potilaan painohistoriaa ja suhtautumista omaan painoonsa. Puhumiseen vaikutti myös potilaan oma aloite asian suhteen. Tärkeänä pidettiin komplikaatoriskeistä kertomista, ja painon puheeksi ottaminen nähtiin velvollisuudeksi ylipainon terveysvaikutusten vuoksi. Lisäksi koettiin, että paino tulee tai sen voi ottaa puheeksi, kun se liittyy jollain tapaa potilaan hoitoon. Toisaalta vastauksissa oli havaittavissa myös eroavia näkemyksiä siinä, minkälaisilla käynneillä paino nähtiin oleelliseksi:

”Olisi kornia jos esim. hammaslääkäri alkaisi puhua potilaan painosta, toki jos potilaalla esim. napostelutaipumusta tai usein herkuttelua näkyy se toki hampaissa. Mutta keskustelua on ok käydä syöntitottumuksista, ei itse potilaan painosta. Jos potilaan vaiva selkeästi voi liittyä ylipainoon toki täytyy ottaa puheeksi asia. Mutta jos potilaan vaiva ei millään lailla liity painoon on mielestäni epäasiallista puuttua siihen.”

”Uniapneakisko hoidoissa (aikuisväestö) on rutiininomaisempaa puhua painosta, sillä Käypä Hoito-suosituksen mukaan painonhallinta ylipainoisilla voi olla ratkaiseva oireiden vähentymiseen. Koen myös riittämättömyyden tunteita kun omalla alueella lääkäripuoli ei ymmärrä että hammaslääkärikin voisi ohjata potilaan avun piiriin. Ei kuulemma koske hammaslääkäreitä ollenkaan. Monia hankalia asioita siis liittyy aihealueeseen.”

Vastaajat kertoivat ajatuksiaan siitä, minkä kokivat hyväksi tavaksi ottaa paino puheeksi. Painon puheeksi ottamisen vaatimuksiksi nostettiin aiheen sensitiivisyyden huomioiminen, tilannetaju, luottamus ja syyllistämätön, empaattinen ja arvostava puhetapa. Vastauksissa hahmoteltiin, missä menee näkymätön raja, johon saakka painosta kannattaa puhua: katsottiin, ettei painon kannata olla ensimmäinen ja ainoa puheenaihe, ja siitä puhumista voi harkita, mikäli sitä ei ole otettu aiemmin hoitajaksolla puheeksi. Vastauksissa painotettiin myös resurssien, etenkin ajan,

ja riittävän tuen, kuten eteenpäin lähettämisen, tärkeyttä. Oleelliseksi painon puheeksi ottamisessa nähtiin potilaan oma halu painosta puhumiseen sekä asiakkaan motivaatiota ja toimijuutta tukevat vuorovaikutusmenetelmät.

”Painon voi ottaa puheeksi, jos hoitajaksolla ei ole asiasta jo puhuttu, mutta en usko että joka ikisen potilaan hoitoon osallistuvan on järkevää ottaa asia erikseen puheeksi. Motivoivan haastattelun keinot käyttöön, eikä mitään potilasta sivuuttavaa ”paasausta” entisaikojen tyyliin.”

”Hoitohenkilöstö (etenkin lääkärit) sortuvat usein siihen että toteavat potilaalle painon pudotuksen olevan heille tärkeää. Ilman tukea ja apua tähän ei kuitenkaan päästä. Koen että mikäli hoitohenkilöstöllä ei ole aikaa puhua tai tukea potilasta painonhallinnassa niin puheeksi ottamistakin pitäisi pohtia.”

Taulukko 8 esittää vastaajien kokemukset painon puheeksi ottamiseen ja painostigmaan liittyvistä koulutuksista. Eräs vastaaja kertoi, että oma lihavuuteen ja sen hoitoon liittyvän tiedon päivittäminen on jäänyt omalle vastuulle sen sijaan, että työnantaja olisi tarjonnut mahdollisuuksia päivittää omaa osaamistaan.

Taulukko 8. Vastaajien kokemukset painon puheeksi ottamiseen ja painostigmaan liittyvästä opetuksesta/koulutuksesta.

	Painon puheeksi ottamiseen liittyen, n (%)	Painostigmaan liittyen, n (%)
Alalle kouluttautuessani olen saanut opetusta	25 (35,7)	12 (17,1)
Työelämässä ollessani olen saanut koulutusta	25 (35,7)	12 (17,1)
Toivoisin/kokisin tarpeelliseksi koulutuksen	37 (52,9)	33 (47,1)

Taulukon väittämiin vastaaminen oli vapaaehtoista.

7 Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia painostigmasta, lihavuuden vaikutuksesta hoitoon ja painon puheeksi ottamisesta potilastyössä. Määrällisen aineiston ohella kerättiin laadullista tietoa ammattilaisten tunteista, ajatuksista ja havainnoista painoon kohdistuvaan stigmaan liittyen. Sekä määrällisen että laadullisen aineiston pohjalta esiin nousi samankaltaisia teemoja kuin aiemmissa tutkimuksissa liittyen lihavuuteen liittyviin asenteisiin ja tunteisiin, sen vaikutukseen hoitoon ja painosta puhumiseen.

7.1 Tulosten tarkastelu

Negatiivisista tunteista esiin nousivat kokemus turhautumisesta, hoidon hankaluudesta, arvostuksen puutteesta sekä oman ammattikunnan sivuuttamisesta lihavuuden hoitoketjussa. Harva ammattilainen kertoi kuitenkaan samaistuvansa lihavuutta kohtaan koetun inhon tai vastenmielisyyden tunteeseen. Koetun turhautumisen osalta luvut (24 %) olivat matalampia muiden maiden ammattilaisiin verrattuna (33–38 %) pois lukien ruotsalaistutkimus, jossa vain 10 % ilmaisi turhautumista (Alberga ym. 2019, Christenson ym. 2020, Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Tästä huolimatta lihaviin potilaiden kanssa toimiminen koettiin kutakuinkin yhtä usein hankalaksi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Thompson ym. 2021, Bennett ja Puhl 2023). Avoimissa vastauksissa hankaluus yhdistettiin ennen kaikkea lihavuuden kohtaamiseen ja siitä puhumiseen sekä potilaiden liikutteluun, eli vaikeudet olivat pikemmin seurausta käytännön haasteista kuin stigmatisoivista asenteista.

Mielenkiintoista oli hoidon vaikeuden syyn kohdistuminen potilaaseen enemmän kuin terveydenhuoltojärjestelmään ja sen tarjoamiin resursseihin. Komplikaatoriskit, huoli omasta jaksamisesta, lisääntynyt ajan ja henkilökuntaresurssien tarve ovat teemoja, jotka on aikaisemmassakin tutkimuskirjallisuudessa yhdistetty hoidon stressaavuuteen (Halvorson ym. 2019, Winters ja Poole 2020, Agaronnik ym. 2021). Vastaajat kertoivat näistä samoista haasteista, mutta ongelman juurisyynä kuvautui potilaan paino, joka ei sopinut yhteen työympäristön kanssa, ei niinkään työympäristö, joka ei tue lihaviin potilaiden hoitoa. Välineistöön liittyvät teemat eivät nousseet esiin tässä tutkimuksessa yhtä vahvasti kuin aiemmissa tutkimuksissa, mutta hoitotoimenpiteisiin liittyvien resurssien puute on ollut aiemmin toistuvasti raportoitu

ongelma, joka hankaloittaa lihavien potilaiden hoitoa (Halvorson ym. 2019, Winters ja Poole 2020, Agaronnik ym. 2021). Nämä puutteet voivat heikentää hoidon laatua sekä lisätä ammattilaisten negatiivisia tunteita hoitoa ja potilaita kohtaan sekä näin ylläpitää ja lisätä painoon kohdistuvaa stigmaa. Välineiden ja niiden käytön osaamisen puute ovat osa rakenteellista stigmaa, jossa yhteiskunnalliset rakenteet ja instituutiot, kuten terveydenhuolto, ylläpitävät ja pahentavat stigmaa (Bos ym. 2013). Tällöin myös ratkaisuja tulee kohdentaa ammattilaisten stigmatietoisuuden lisäämisen ohella esimerkiksi koulutusohjelmiin ja päättäjiin, jotka päättävät terveydenhuollon resursseista. Tästä syystä on tärkeää tunnistaa, miten potilaan koko vaikuttaa hoitoon, mitä hoito vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta ja miten työskentelyympäristöä voidaan kehittää siten, että se mahdollistaa potilaiden hoitamisen tasa-arvoisesti ja laadukkaasti koosta riippumatta, sekä mitkä tahot ovat näiden muutosten keskiössä.

Muiden asenteisiin liittyen vastaajista 50 % kertoi todistaneensa tai kuulleensa muiden alallaan työskentelevien ammattilaisten kommentoivan lihavia potilaita negatiivisesti ja 40 % samaistui väittämään, jonka mukaan alallaan työskentelevillä ammattilaisilla on usein negatiivisia stereotyyppisiä ajatuksia lihavista potilaista. Kuitenkin vajaa kolmasosa (28,5 %) oli sitä mieltä, että kollegoilla on taipumus suhtautua negatiivisesti lihaviin potilaisiin. Tulokset olivat samankaltaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa (Puhl ym. 2014a, Sobczak ja Leoniuk 2021, Thompson ym. 2021). Lukuja voidaan tulkita siten, että vastaajat olivat kuulleet ja todistaneet lihaviin asiakkaisiin kohdistunutta negatiivista kommentointia, mutta harvempi uskoi negatiivisten stereotyyppien olevan yleisiä ja kaikesta huolimatta ainakaan omien kollegoiden kohdalla stereotyyppien ei uskottu vaikuttavan siihen, miten asiakkaita kohdellaan. Kun on tutkittu stigman vaikutusta hoitoon, ovat erot esimerkiksi lääkäreiden ja ravitsemusterapeuttien antamissa hoitosuosituksissa olleet hienovaraisia ja yleiset hoitolinjat pysyneet samankaltaisina (Diversi ym. 2016, Lund ym. 2018, Seymour ym. 2018, Roy ym. 2023). Tällaisten hienovaraisten erojen havaitseminen ja yhdistäminen stigmaan voi olla työpaikalla haastavaa. Stigman ja syrjinnän kohteeksi joutumisen on kuitenkin havaittu olevan yhteydessä korostuneeseen herkkyyteen havaita ja tulkita sanatonta viestintää (Ashmore ym. 2008), jolloin stigman vaikutus hoitoon voi olla selvempää asiakkaalle.

Vastauksissa ei juurikaan otettu suoraan kantaa siihen, minkä ammattilaiset näkivät vaikuttavan painoon kohdistuvan stigman ja asenteiden taustalla. Tutkimusta varten luotu kysely mahdollisti aineiston keräämisen eri puolilta Suomea lyhyen ajan sisällä, mutta kysymysten asettelu ja kyselyn täyttäminen työajalla eivät kenties olleet optimaalinen yhdistelmä herättelemään ajatuksia painoon kohdistuvan stigman taustoista. Vastaajien vähäisen määrän ja ammatillisen hajonnan vuoksi ei tarkasteltu myöskään tutkittavien taustatietojen yhteyksiä kyselyn väittämiin. Vastauksista voidaan kuitenkin tulkita, että ammattilaisten stereotyyppiset käsitykset itseaiheutetusta lihavuudesta ja lihavuuden taustatekijöiden yksinkertaistaminen heijastuivat potilasta syyllistäviin kommentteihin. Potilaita syyllistettiin hoidon vaikeutumisesta ja hoitohenkilökunnan sairaslomien lisääntymisestä ja tällä perusteltiin ajatusta vaikkapa vuodeosastopotilaiden ruokien vähentämisestä. Tämä tukee käsitystä, jonka mukaan näkemys stigmatisoidun piirteen kontrolloitavuudesta ja muutettavuudesta lisää piirteeseen liittyviä negatiivisia tunteita ja vähentää empatiaa ja auttamisenhalua (Weiner ym. 1988).

Painon puheeksi ottaminen kuvautui ristiriitaisena, ja painopuheen ristiriitaisuudesta on myös aiempia havaintoja Suomessa (Koivumäki ym. 2023). Terveystieteiden ammattilaiset ovat aiemmin kertoneet kokevansa painon puheeksi ottamisen velvollisuutena, mihin vaikuttavat hoitosuosituksien, mutta samanaikaisesti ammattilaiset ovat olleet huolissaan mahdollisesta syyllisyyden ja häpeän aiheuttamisesta (Koivumäki ym. 2023). Samankaltaiset ristiriidat nousivat esiin tässäkin tutkimuksessa, kun moni kertoi kokevansa painosta puhumisen vaikeaksi. Painon sensitiivisen luonteen vuoksi potilasta ei haluttu loukata, mutta samalla painosta puhuminen koettiin velvollisuutena esimerkiksi potilaan terveyden edistämisen ja komplikaatioriskien kertomisen kannalta. Julkinen keskustelu lihavuudesta ja kehorauhasta nousi myös esiin epävarmuutta lisäävänä tekijänä. Painosta puhumisen haasteet liittyivät nimenomaan aiheen sensitiivisyyteen, eivät niinkään epävarmuuteen omasta ammatillisesta osaamisesta. Vastaajista jopa puolet kertoi, että kokisi hyödylliseksi lisäkoulutuksen painon puheeksi ottamiseen liittyen. Sama toive oli noussut esiin aiemmin Valtioneuvoston kanslian rahoittaman hankkeen terveydenhuollon toimijoille järjestämissä painostigmaa käsittelevissä työpajoissa (Koivumäki ym. 2023).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja rajoitteet

Tutkimuksessa vastaajat raportoivat itse eksplisiittisistä asenteistaan. Tutkimuksessa hyödynnettyä kyselyä ei ole validoitu. Sitä on kuitenkin käytetty useissa aiemmissa aihetta käsitelleissä tutkimuksissa eri puolilla maailmaa, mikä mahdollistaa tulosten kansainvälisen vertailun.

Suhteessa hyvinvointialueilla työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten määrään kyselyn osallistujamäärä jäi pieneksi. Tähän todennäköisesti vaikutti kyselyn vapaaehtoisuus ja siihen vastaaminen oletettavasti työajalla. Vapaaehtoisuuden myötä tutkimukseen osallistuneet saattoivat olla jo entuudestaan kiinnostuneempia ja valveutuneempia painostigmasta aiheena, mikä voi heijastua esimerkiksi turhautumiseen liittyviin lukuihin, jotka olivat aiempiin tutkimuksiin verrattuna matalia. Tiedossamme ei ole, miten laajasti hyvinvointialueet jakoivat tietoa tutkimuksesta ja kuinka monen ammattilaisen se saavutti. Kyselyyn vastasi kuitenkin ilahduttavan monien eri ammattikuntien edustajia. Vastaajat edustivat myös maantieteellisesti eri puolia Suomea. Vastaajien pienen lukumäärän vuoksi tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä ala- tai aluekohtaisesti. Vastaukset antavat kuitenkin viitteitä terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista ja ne ovat hyvin linjassa aiempien tutkimusten havaintojen kanssa. Aihetta on kuitenkin syytä tutkia laajemmin.

7.3 Eettiset näkökulmat ja tietosuoja

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyviä tieteellisiä käytäntöjä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Tutkimukselle haettiin ja saatiin Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkittaville tai muille osapuolille ei aiheutunut tutkimukseen osallistumisesta riskejä, vahinkoja tai haittoja. Tutkittavien yksityisyyteen kiinnitettiin huomiota tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Suoria henkilötietoja ei kerätty ja aineisto säilytettiin hyviä tietosuojakäytäntöjä noudattaen.

8 Johtopäätökset

Tutkimuksen johtopäätöksinä voidaan todeta, että negatiivisten tunteiden osalta ammattilaiset toivat ilmi huolen itsestään ja potilaan terveydestä. Itseen kohdistuva huoli liittyi etenkin potilaiden siirtelytilanteisiin, joissa omien voimien riittävyys tai loukkaantumisriski herätti huolta. Potilaan terveydentila koettiin myös turhauttavana, minkä lisäksi ammattilaiset kertoivat kokevansa riittämättömyyden tunnetta siitä, ettei heidän rooliaan nähty lihavuuden hoitoketjussa. Lisäksi koettiin, ettei terveydenedistämistyötä arvosteta. Potilaaseen kohdistuvat negatiiviset tunteet liittyivät ennen kaikkea potilaan syyllistämiseen sairaudestaan, sen aiheuttamista kustannuksista sekä hoidon vaikeutumisesta. Hoidon vaikeutumiseen vaikuttivat sopimattomat hoitovälineet, kohonneet komplikaatoriskit, haasteet potilaiden liikutteluun ja tutkimiseen liittyen, työläämmät hoitotoimenpiteet sekä hoidon suurempi resurssien tarve.

Osallistujat ilmaisivat havainneensa painoon kohdistuvia ennakoasenteita alallaan. Puolet vastaajista kertoi kuulleensa tai havainneensa muiden alansa ammattilaisten kommentoineen lihavia potilaita negatiiviseen sävyyn ja noin kolmasosa uskoi kollegojensa suhtautuvan negatiivisesti potilaisiin, joilla on lihavuutta. Laadullisessa aineistossa epäasiallisiin kommentteihin liittyivät ammattilaisten yksinkertaistetut käsitykset lihavuuden taustasyistä ja sen kontrolloitavuudesta.

Paino koettiin haastavaksi ja ristiriitaiseksi aiheeksi. Toisaalta sitä pidettiin tärkeänä, ja noin puolet vastaajista koki painosta puhumisen velvollisuudekseen asiakkaan ollessa lihava. Kuitenkin painon puheeksi ottamista hankaloitti etenkin pelko potilaan loukkaamisesta, työssä koettu aikapaine sekä julkinen lihavuuden ja kehorauhan ympärillä käyty keskustelu. Yli puolet vastaajista kertoikin, että kokisi tarpeelliseksi tai toivoisi koulutusta painon puheeksi ottamiseen liittyen. Alle puolet kertoi saaneensa koulutusta painon puheeksi ottamiseen tai painostigmaan liittyen, joskin tähän kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista.

Tämä tutkimus toi tärkeää tietoa lihavuuteen kohdistuvasta stigmasta Suomessa sekä potilaiden hoitamiseen liittyvistä haasteista terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta, kun potilaalla on lihavuutta. Tutkimuksen avulla tuotettiin kansainvälisesti vertailukelpoista määrällistä ja laadullista tietoa terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksistä lihaviin potilaiden hoitamisesta

ja painostigmasta. Tulevaisuudessa on tärkeää tutkia muun muassa sitä, miten lihavuuteen kohdistuva stigma vaikuttaa vuorovaikutukseen ja hoidon lopputulemiin. Lihavuuden stigma ei näyttäydy terveydenhuollossa pelkästään henkilökohtaisten asenteiden kautta vaan myös rakenteellisella tasolla. Tästä syystä stigman vähentäminen vaatii asianmukaisen koulutuksen ja asenteisiin vaikuttamisen lisäksi myös laajempia toimia. On siis tärkeää tarkastella, mitkä tekijät ylläpitävät lihavuuden rakenteellista stigmaa terveydenhuollossa, mitä näille tekijöille voidaan tehdä ja ketkä ovat avainasemassa rakenteellisten ongelmien ratkaisemisen kannalta. Siksi lihavuuteen kohdistuvasta stigmasta ja lihaviin potilaiden hoitoon liittyvistä haasteista ei voida vastuuttaa pelkästään yksilöitä, vaan mukaan on otettava koko terveydenhuolto ja muut siihen yhdistyvät instituutiot.

9 Lähteet

Agaronnik ND, Lagu T, DeJong C, ym. Accommodating patients with obesity and mobility difficulties: Observations from physicians. *Disabil Health J* 2021;14:100951.

doi:10.1016/j.dhjo.2020.100951

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. doi:10.1159/000503751

Alberga AS, Russell-Mayhew S, von Ranson KM, McLaren L. Weight bias: a call to action. *J Eat Disord* 2016;4:doi:10.1186/s40337-016-0112-4

Allison DB, Basile VC, Yuker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10:599–607. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:5<599::AID-EAT2260100512>3.0.CO;2-#

Arvilommi L. Lihavuus ja lääketiede : Sisällönanalyysi lääketieteen opiskelijoiden ajatuksista. Kandidaatin tutkielma. Tampereen yliopisto. 2023;

Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav* 2008;9:203–209. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.006

Aweidah L, Robinson J, Cumming S, Lewis S. Australian diagnostic radiographers' attitudes and perceptions of imaging obese patients: A study of self, peers and students. *Radiography* 2016;22:e258–e263. doi:10.1016/j.radi.2016.06.002

Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:252–257. doi:10.1038/sj.ijo.0801537

Bennett BL, Puhl RM. Diabetes stigma and weight stigma among physicians treating type 2 diabetes: Overlapping patterns of bias. *Diabetes Res Clin Pract* 2023;202:110827. doi:10.1016/j.diabres.2023.110827

Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology* 2013;35:1–9. doi:10.1080/01973533.2012.746147

Bucher Della Torre S, Courvoisier DS, Saldarriaga A, Martin XE, Farpour-Lambert NJ. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. *Clin Obes* 2018;8:122–130. doi:10.1111/cob.12238

Cassiano GS, Carvalho-Ferreira JP, Buckland NJ, da Cunha DT. Do Registered Dietitians, Nutrition Students, and Laypeople Perceive Individuals with Obesity Differently? *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:8925. doi:10.3390/ijerph18178925

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. doi:10.1186/s12884-020-03438-1

Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol* 1994;66:882–894. doi:10.1037//0022-3514.66.5.882

Diversi TM, Hughes R, Burke KJ. The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australian dietitians. *Obes Sci Pract* 2016;2:456–465. doi:10.1002/osp4.83

Dovidio JF, Penner LA, Calabrese SK, Pearl RL. Physical Health Disparities and Stigma: Race, Sexual Orientation, and Body Weight. Teoksessa: Major B, Dovidio JF, Link BG (toim.) *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. Oxford University Press 2018

Egerer M, Kuth N, Koch A, ym. General Practitioner's Knowledge about Bariatric Surgery Is Associated with Referral Practice to Bariatric Surgery Centers. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:10055. doi:10.3390/ijerph181910055

Elboim-Gabyzon M, Attar K, Peleg S. Weight Stigmatization among Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obes Facts* 2020;13:104–116. doi:10.1159/000504809

Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62:107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Garcia JT, Amankwah EK, Hernandez RG. Assessment of Weight Bias Among Pediatric Nurses and Clinical Support Staff Toward Obese Patients and Their Caregivers. *J Pediatr Nurs* 2016;31:244. doi:10.1016/j.pedn.2016.02.004

Gaspar MC de MP, Sato P de M, Scagliusi FB. Under the "weight" of norms: Social representations of overweight and obesity among Brazilian, French and Spanish dietitians and laywomen. *Soc Sci Med* 2022;298:114861. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114861

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

Greenwald AG, Poehlman TA, Uhlmann EL, Banaji MR. Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *J Pers Soc Psychol* 2009;97:17–41. doi:10.1037/a0015575

Hagström T. Lihavuuden stigma : potilaiden kokemuksia painopuheeseen liittyvästä vuorovaikutuksesta terveydenhuollossa : hermeneuttisfenomenologinen tutkimus. Pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto. 2023;

Halvorson EE, Curley T, Wright M, Skelton JA. Weight Bias in Pediatric Inpatient Care. *Acad Pediatr* 2019;19:780–786. doi:10.1016/j.acap.2019.02.005

Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Weight Stigma in Men: What, When, and by Whom? *Obesity (Silver Spring)* 2018;26:968–976. doi:10.1002/oby.22162

Härgestam M, Lindgren L, Jacobsson M. Can equity in care be achieved for stigmatized patients? Discourses of ideological dilemmas in perioperative care. *BMC Health Serv Res* 2024;24:210. doi:10.1186/s12913-024-10580-5

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

Kirk SFL, Price SL, Penney TL, ym. Blame, Shame, and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qual Health Res* 2014;24:790–800. doi:10.1177/1049732314529667

Koivumäki T, Harjunen H, Hagström T, Mikkilä K, Pusa T, Lahti-Koski M. Kohti eettistä ja vastuullista painopuhetta ja -käytäntöjä : Lihavuuden stigma ja sen vähentäminen. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia 2023.

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. doi:10.1159/000475716

Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, ym. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2021;29:1802–1812. doi:10.1002/oby.23266

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2024 (viitattu 30.7.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual review of sociology* 2001;27:363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363

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. doi:10.1159/000493373

Lunt A, Foy M, White C. Working with clients of higher weight in Australia: Findings from a national survey exploring occupational therapy practice. *Aust Occup Ther J* 2022;69:403–413. doi:10.1111/1440-1630.12799

Major B, Dovidio JF, Link BG, Calabrese SK. *Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview*. New York: Oxford University Press 2018.

McLean ME, McLean LE, McLean-Holden AC, ym. Interphysician weight bias: A cross-sectional observational survey study to guide implicit bias training in the medical workplace. *Academic Emergency Medicine* 2021;28:1024–1034. doi:10.1111/acem.14269

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. doi:10.1590/1806-9282.20210692

Patterson M, Johnston J. Theorizing the obesity epidemic: Health crisis, moral panic and emerging hybrids. *Soc Theory Health* 2012;10:265–291. doi:10.1057/sth.2012.4

Pearl RL, Argueso D, Wadden TA. Effects of medical trainees' weight-loss history on perceptions of patients with obesity. *Med Educ* 2017;51:802–811. doi:10.1111/medu.13275

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. doi:10.1111/obr.12266

Phelan SM, Puhl RM, Burgess DJ, ym. The role of weight bias and role-modeling in medical students' patient-centered communication with higher weight standardized patients. *Patient Education and Counseling* 2021;104:1962–1969. doi:10.1016/j.pec.2021.01.003

Puhl RM. Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. *Gastroenterol Clin North Am* 2023;52:417–428. doi:10.1016/j.gtc.2023.02.002

Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev* 2003;4:213–227. doi:10.1046/j.1467-789x.2003.00122.x

Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17:941–964. doi:10.1038/oby.2008.636

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* 2014a;47:65–75. doi:10.1002/eat.22186

Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity Bias in Training: Attitudes, Beliefs, and Observations among Advanced Trainees in Professional Health Disciplines. *Obesity (Silver Spring)* 2014b;22:1008–1015. doi:10.1002/oby.20637

Robinson BE, Bacon JG, O'Reilly J. Fat phobia: measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *Int J Eat Disord* 1993;14:467–480. doi:10.1002/1098-108x(199312)14:4<467::aid-eat2260140410>3.0.co;2-j

Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs* 2019;75:3631–3642. doi:10.1111/jan.14205

Roy R, Kaufononga A, Yovich F, Diversi T. The prevalence and practice impact of weight bias among New Zealand registered dietitians. *Nutr Diet* 2023;80:297–306. doi:10.1111/1747-0080.12791

Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, ym. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020;26:485–497. doi:10.1038/s41591-020-0803-x

Sabin JA, Moore K, Noonan C, Lallemand O, Buchwald D. Clinicians' Implicit and Explicit Attitudes about Weight and Race and Treatment Approaches to Overweight for American Indian Children. *Childhood Obesity* 2015;11:456–465. doi:10.1089/chi.2014.0125

Schwenke M, Luppia M, Pabst A, ym. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:169. doi:10.1186/s12875-020-01239-1

Setchell J, Watson B, Jones L, Gard M, Briffa K. Physiotherapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *J Physiother* 2014;60:157–162. doi:10.1016/j.jphys.2014.06.020

Setchell J, Watson BM, Gard M, Jones L. Physical Therapists' Ways of Talking About Overweight and Obesity: Clinical Implications. *Phys Ther* 2016;96:865–875. doi:10.2522/ptj.20150286

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:doi:10.1177/0046958018774171

Sobczak K, Leoniuk K. Attitudes of Medical Professionals Towards Discrimination of Patients with Obesity. *Risk Manag Healthc Policy* 2021;14:4169–4175. doi:10.2147/RMHP.S317808

Suotunen S. Suomenkielinen the Modified Weight Bias Internalization Scale -kysely ja sen toimivuus painonhallinta-palveluiden asiakkailta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. 2023;

Świder K, Baska A, Babicki M, Mastalerz-Migas A, Kłoda K. Weight stigma and fat phobia in Poland - attitudes towards people living with obesity and the level of knowledge about obesity among the social media internet respondents and medical professionals. *Front Nutr* 2023;10:1287783. doi:10.3389/fnut.2023.1287783

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. doi:10.1177/1054773816687443

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Lihavuuden yleisyys - THL. <https://thl.fi/aiheet/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-yleisyys> (Luettu 29.7.2024).

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. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.007

Tomiya AJ, Finch LE, Belsky ACI, ym. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23:46-53. doi:10.1002/oby.20910

Turner SL. Pediatric healthcare professionals' attitudes and beliefs about weight stigma: A descriptive study. *J Pediatr Nurs* 2024;75:64-71. doi:10.1016/j.pedn.2023.12.010

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk> (Luettu 28.7.2024).

Tüzün Z, Akgül S, Işıklı S, Taş D, Kanbur N. Beliefs and Predictors of Negative Attitudes Toward Obesity Among Turkish Healthcare Professionals: Assessing the Bias with Sub-group Analysis. *Florence Nightingale J Nurs* 2023;31:115–121. doi:10.5152/FNJN.2023.22306

Vatka V. Painostigman terveysvaikutukset. Syventävien opintojen opinnäyte. Itä-Suomen yliopisto. 2024;

van der Voorn B, Camfferman R, Seidell JC, Puhl RM, Halberstadt J. Weight-biased attitudes about pediatric patients with obesity in Dutch healthcare professionals from seven different professions. *J Child Health Care* 2023;27:243–252. doi:10.1177/13674935221133953

Wang Y, Ding Y, Song D, Zhu D, Wang J. Attitudes Toward Obese Persons and Weight Locus of Control in Chinese Nurses: A Cross-sectional Survey. *Nurs Res* 2016;65:126–132. doi:10.1097/NNR.0000000000000145

Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;55:738–748. doi:10.1037/0022-3514.55.5.738

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. doi:10.1016/j.orcp.2021.04.010

Winters E, Poole C. Challenges and impact of patient obesity in radiation therapy practice. *Radiography (Lond)* 2020;26:e158–e163. doi:10.1016/j.radi.2020.01.005

World Health Organization. Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Luettu 28.7.2024).

World Obesity Federation. HV_Language_guidelines.pdf. https://www.worldobesity.org/downloads/healthy_voices_downloads/HV_Language_guidelines.pdf (Luettu 5.5.2024).

Wu Y-K, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs* 2018;74:1030–1042. doi:10.1111/jan.13511

Wynn T, Islam N, Thompson C, Myint KS. The effect of knowledge on healthcare professionals' perceptions of obesity. *Obesity Medicine* 2018;11:20–24. doi:10.1016/j.obmed.2018.06.006

Yılmaz HÖ, Yabancı Ayhan N. Is there prejudice against obese persons among health professionals? A sample of student nurses and registered nurses. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55:262–268. doi:10.1111/ppc.12359

Liitteet

Liite 1 Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
Agaronnik ym. 2021 (Yhdysvallat)	Tarkastella lääkärien asenteita liittyen niiden potilaiden hoitoon, joilla on lihavuutta ja liikuntarajoitteita	Puolistrukturoitu videoryhmähaastattelu	yht. 22 PTH ¹ lääkäreitä maaseudulta (7), PTH lääkäreitä kaupungeista (eng. non-rural) (7) ESH ² lääkäreitä kaupungeista (8)
Alberga ym. 2019 (Kanada)	Tarkastella lääkärien asenteita liittyen ihmisiin, joilla on lihavuutta, näiden hoitoon sekä lihavuuden hoitoon julkisessa terveydenhuollossa	Verkkokysely aiempien kyselyjen pohjalta: UMB-Fat ³ (9 kohtaa), the Attitudes about Treating Patients with Obesity scale (7 kohtaa), tutkijoiden omia kysymyksiä uskomuksista, kuinka paljon lihavuus kuormittaa julkista terveydenhuoltoa (3)	Yleislääkärit (400)
Aweidah ym. 2016 (Australia)	Tutkia röntgenhoitajien asenteita ja havaintoja koskien potilaiden kuvantamista, kun potilaalla on lihavuutta	IAT ⁴ , AFA ⁵ , BAOP ⁶ , ATOP ⁷ , Beliefs about Solutions to Obesity, puolistrukturoitu haastattelu	Röntgenhoitajat (37)
Bennet ja Puhl 2023 (Yhdysvallat)	Tarkastella tyypin 2 diabeteksen parissa työskentelevien lääkärien asenteita niitä potilaita kohtaan, joilla on tyypin 2 diabetes ja lihavuutta.	Verkkokysely, AFA, the Attitudes about Treating Patients with Obesity Scale sekä sen modifioitu versio koskien tyypin 2 diabetesta, kolme kohtaa, joilla tarkasteltiin näkemystä yksilön vastuusta lihavuudesta ja tyypin 2 diabeteksestä	yht. 205 Sisätautien erikoislääkäriksi erikoistuvia 140 Endokrinologiaan erikoistuvia lääkäreitä 65
Bucher Della Torre ym. 2018 (Sveitsi)	Tarkastella terveydenhuollon ammattilaisten lihavuuteen liittyviä tietoja, asenteita, uskomuksia ja käytössä olevia hoitomenetelmiä	Verkkokysely, jolla kartoitettiin tietämystä elintapoja koskevista suosituksista, asenteista lihavuutta ja potilaita, joilla on lihavuutta, kohtaan sekä potilaiden hoitomenetelmiä	yht. 834 Lääkärit (329) Hoitajat (505)
Cassiano ym. 2021 (Brasilia)	Vertailla ravitsemusterapeuttien, ravitsemusterapeuttiopiskelijoiden sekä maallikoiden	Verkkokysely, AFAT ⁸	yht. 1 039 Ravitsemusterapeutit (336)

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
	lihavuuden vastaisia asenteita sekä tarkastella, mitkä tekijät vaikuttavat näihin asenteisiin		Ravitsemustieteen opiskelijat (300) Maallikot (403)
Christenson ym. 2020 (Ruotsi)	Tutkia kätilöiden ja naistentautien lääkärien uskomuksia lihavuudesta sekä asenteita raskausajan painonhallintaan liittyen	Verkkokysely, BAOP, osia Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity, lisäksi omia kysymyksiä ja vapaa tekstikenttä	yht. 274 Kätilöt (205) Naistentautien lääkärit (69)
Diversi ym. 2016 (Australia)	Tarkastella ravitsemusterapeuttien lihavuuteen kohdistuvia asenteita sekä potilaan painon vaikutusta hoitosuositukseen	Verkkokysely, FPS ⁹ , hypoteettinen potilastapaus	Ravitsemusterapeutit (201)
Egerer ym. 2021 (Saksa)	Arvioida lääkärien tietämystä lihavuusleikkauksista sekä mahdollisia lihaviin potilaisiin kohdistuvia stereotyyppioita	Kysely paperilomakkeella, FPS ja aiemman tutkimuksen pohjalta luotu kysely, jolla kartoitettiin tietämystä lihavuusleikkauksista sekä potilaiden, joilla on lihavuutta, yleistä kohtelua ja näihin kohdistuvia ennakoasenteita.	Yleislääkärit (204)
Elboim-Gabyzon ym. 2020 (Israel)	Tunnistaa ja vertailla lihavuuteen kohdistuvia stigmatisoivia asenteita ja uskomuksia fysioterapeuttien ja fysioterapeuttiopiskelijoiden keskuudessa.	Verkkokysely, FPS, AFA, BAOP	yht. 400 Fysioterapeutit (285) Fysioterapeuttiopiskelijat (115)
FitzGerald ym. 2022 (Sveitsi)	Tutkia, kuinka psykiatria tai sisätauteihin erikoistuminen sekä työkokemus vaikuttavat implisiittisiin asenteisiin lihavuuteen ja mielenterveyshaasteisiin liittyen	Verkkokysely, jossa hypoteettinen potilastapaus. IAT, tunnelämpömittari	yht. 133 Psykiatrit 40 % Sisätautien erikoislääkärit 60 %
Garcia ym. 2016 (Yhdysvallat)	Tarkastella painoon kohdistuvia ennakkoluuloja pediatrien hoitajien ja kliinisten avustajien keskuudessa	NATOOPS ¹⁰ sekä verkkokysely että paperinen	yht. 308 Sairaanhoidajat (eng. registered nurses) (265)

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
			Kliiniset avustajat (eng. clinical support staff) (38)
Gaspar ym. 2022 (Brasilia, Espanja, Ranska)	Ymmärtää ja vertailla lihavuuden ja ylipainon sosiaalisia representaatioita ravitsemusterapeuttien ja maallikoiden keskuudessa	Puolistrukturoitu haastattelu	yht. 131 Ravitsemusterapeutit (45), Maallikot (86)
Guedj ym. 2021 (Yhdysvallat)	Tarkastella rotuun (eng. racial), etnisyyteen ja painoon liittyviä eksplisiittisiä ja implisiittisiä asenteita sekä niiden korrelaatioita keskenään ja lääkärin taustatietojen kesken	Verkkokysely, IAT, ekplisiittisten asenteiden mittaus 7-portaisella Likert-asteikolla	Pediatriiset päivystyslääkärit (101)
Halvorson ym. 2019 (Yhdysvallat)	Tuottaa määrällistä tietoa pediatristen terveydenhuollon työntekijöiden eksplisiittisistä painoon kohdistuvista asenteista sekä laadullisesti tarkastella lapsiin, joilla on lihavuutta, kohdistuvia asenteita sekä perheiden havaintoja painoon kohdistuvista asenteista sairaalassa	AFA, IAT, puolistrukturoitu haastattelu	yht. 52 Lääkärit (20) Hoitajat (8) Lapsipotilaat (12) Potilaiden huoltajat (12)
Härgestam ym. 2024 (Ruotsi)	Analysoida anestesiahoitajien suhtautumista leikkaussalihoidossa potilaisiin, joilla on lihavuutta	Puolistrukturoitu ryhmähaastattelu ja hypoteettinen potilastapaus	Anestesiahoitajat (15)
Kirk ym. 2014 (Kanada)	Tutkia ihmisten, joilla on lihavuutta, kokemuksia sekä terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä lihavuuden hoidosta sekä tarkastella sosiaalisten, institutionaalisten ja poliittisten järjestelmien roolia lihavuuden hoidossa.	Puolistrukturoitu haastattelu	yht. 42 Ravitsemusterapeutit (8) Lääkärit (4) Hoitajat (4) Henkilöt, joilla lihavuutta (22) Päätäjät (4)
Lund ym. 2018 (Tanska)	Tarkastella, vaikuttavatko potilaan paino ja sukupuolen tai lääkärin elintavat ja lihavuuteen kohdistuvat asenteet episodisen jännityspäänsäryn hoitoon	Hypoteettinen potilastilanne, IAT, kaksi eksplisiittisiä asenteita kartoittavaa kysymystä	Yleislääkärit (240)

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
Lunt ym. 2022 (Australia)	Tutkia hoitomenetelmiä ja hoidon haasteita toimintaterapiassa, kun potilaalla on lihavuutta	Verkkokysely aiempien tutkimusten pohjalta	Toimintaterapeutit (80)
McLean ym. 2021 (Yhdysvallat)	Kuvata lääkärien keskuudessa vallitsevaa, toisiin lääkäreihin kohdistuvaa, lihavuuden stigmaa	Verkkokysely, IAT, AFA, PWB ¹¹	Lääkärit (620)
Parildrar ym. 2021 (Turkki)	Tutkia lihavuuteen kohdistuvia asenteita sekä tarkastella asenteiden yhteyttä ammattilaisen painoon, elintapoihin ja muihin taustatekijöihin.	Verkkokysely aiempien kyselyiden pohjalta, GAMS-27 ¹²	yht. 700 Lääkärit (600) Muut terveydenhuollon ammattilaiset (100)
Pearl ym. 2017 (Yhdysvallat)	Tarkastella painonpudotushistorian vaikutusta painoon kohdistuviin asenteisiin ja potilaan painonhallintatulokseen suhtautumiseen	Verkkokysely, AFA, hypoteettinen potilastapaus	yht. 225 Lääkärit (26) Lääketieteen opiskelijat (193)
Puhl ym. 2014 (Yhdysvallat)	Tutkia syömishäiriöiden parissa työskentelevien ammattilaisten painoon kohdistuvia asenteita sekä tunnistaa, onko lihaviin potilaiden kanssa työskentely yhteydessä näihin asenteisiin	Verkkokysely, FPS, UMB-Fat, Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity, muokattu Perceived Causes of Obesity, AFA	yht. 329 Psykologit (94) Terapeutit (83) Ravitsemusterapeutit (49) Sosiaalityöntekijät (47) Muut (77)
Robstad ym. 2019 (Norja)	Tarkastella implisiittisiä ja eksplisiittisiä asenteita potilaisiin, jotka ovat tehohoidossa ja joilla on lihavuutta, sekä vaikuttavatko nämä asenteet hoitajan alttiuteen auttaa potilasta	Verkkokysely, IAT, AFA, hypoteettinen potilastapaus	Teho-osaston hoitajat (159)
Roy ym. 2022 (Uusi-Seelanti)	Tarkastella ravitsemusterapeutin ominaisuuksien ja taustatietojen vaikutusta hoitokäytäntöihin ja näkemykseen asiakkaasta	Verkkokysely, FPS, Revised Life Orientation Test, perfektionismia kartoittava kysely, hypoteettinen potilastapaus	Ravitsemusterapeutit (92)

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
Sabin ym. 2015 (Yhdysvallat)	Tutkia implisiittisiä ja eksplisiittisiä asenteita painoa ja rotua (eng. race) kohtaan sekä niiden yhteyttä ylipainoisten lasten hoitoon	Verkkokysely, IAT, eksplisiittisiä asenteita kartoittavat väittämät, Your Treatment Approaches to Overweight	yht. 75 Lääkärit (71 %) Hoitajat (29 %)
Schwenke ym. 2020 (Saksa)	Tarkastella hoitomenetelmiä ja potilaisiin kohdistuvia asenteita, kun potilaalla lihavuutta	FPS, näkemykset lihavuuden syistä	Yleislääkärit perusterveydenhuollossa (47)
Setchell ym. 2014 (Australia)	Tarkastella, onko fysioterapeuteilla eksplisiittisiä ja implisiittisiä asenteita lihavuutta kohtaan	Verkkokysely, AFA ja hypoteettinen potilastapaus	Fysioterapeutit (256)
Setchell ym. 2016 (Australia)	Tutkia fysioterapeuttien tapoja puhua ylipainoisista ihmisistä sekä keskustella painon vaikutuksesta hoitoon	Puolistrukturoitu ryhmäkeskustelu	Fysioterapeutit (27)
Seymour ym. 2018	Tarkastella, vaikuttavatko painoon kohdistuvat asenteet hoidon laatuun	Verkkokysely, ATOP + hypoteettinen potilastapaus	yht. 220 Hoitajat (203) Ravitsemusterapeutit (2) Muut (15)
Sobczak ja Leoniuk 2021 (Puola)	Analysoida terveydenhuollon ammattilaisten asenteita, kokemuksia ja tietoja lihavuuteen ja lihavuuden stigmaan liittyen	Oma kysely, CAWI ¹³	yht. 184 Hoitajat (27) Kätilöt (11) Fysioterapeutit (35) Ensihoitajat (6) Lääkärit (96) Muut (9)
Świder ym. 2023 (Puola)	Arvioida painoon kohdistuvaa stigmaa, sen ilmenemistä ja lihavuuteen liittyvää tietoa sosiaalisen median käyttäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa	FPS, oma kysely, CAWI	yht. 1 705 Terveydenhuollon ammattilaiset (686) Muut (1 019)

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
Tanneberger ja Ciupitu-Plath 2018 (Saksa)	Tarkastella, vaikuttavatko hoitajien käsityksen painon kontrolloitavuudesta näkemykseen lihavien potilaiden hoitamisesta	AFAT, kysymyksiä havaitusta painoon kohdistuvasta syrjinnästä	Hoitajat (73)
Thompson ym. 2021 (Yhdysvallat)	Kuvailla painoon kohdistuvien ennakoasenteiden ilmenemistä eri alojen hoitajien keskuudessa sekä tarkastella, mitkä tekijät ovat yhteydessä asenteisiin	Verkkokysely, Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity	yht. 285 Kouluterveydenhoitajat (177) Pediatriiset leikkaushoitajat (108)
Tomiyama ym. 2015 (Yhdysvallat)	Tarkastella painoon kohdistuvien asenteiden ilmenemistä ja niiden muutosta vuosien 2001 ja 2013 välillä.	IAT, ekplisiittisten asenteiden mittausta 7-portaisella Likert-asteikolla	ObesityWeek 2013 - konferenssin osallistujat (232)
Turner 2024 (Yhdysvallat)	Tuottaa kvantitatiivista tietoa terveydenhuollon ammattilaisten asenteista ja uskomuksista lihavuuteen liittyen	Verkkokysely, AFA, IAT, BAWSQ ¹⁴	yht. 177 Lääkärit (10) Hoitajat (166) Tieto puuttuu (1)
Tüzün ym. 2023 (Turkki)	Tarkastella lihavuuteen liittyviä uskomuksia ja negatiivisiin asenteisiin yhteydessä olevia tekijöitä sekä tutkia, miten taustatiedot vaikuttavat näihin	ATOP, BAOP	yht. 495 Lääkärit (221) Hoitajat (180) Psykologit (15) Muut (79)
Van der Voorn ym. 2023 (Alankomaat)	Tutkia lapsia ja nuoria hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten painoon kohdistuvien asenteiden vallitsevuutta ja alojen välisiä eroja	Verkkokysely sekä paperinen kysely, Attitudes of Health Care Providers about Treating Patients with Obesity	yht. 555 Yleislääkärit (41) Nuorisolääkärit (132) Nuorisoitajat (223) Pediatri (40) Mielenterveystyöntekijät (39) Ravitsemusterapeutit (40)

Viite (Maa)	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Kohderyhmä (n)
Wang ym. 2016 (Kiina)	Tarkastella lihaviin potilasiin kohdistuvia asenteita sekä sen yhteyttä näkemykseen painon kontrolloitavuudesta	ATOP, eWLOC ¹⁵	Fysioterapeutit (40) Sairaanhoitajat (297)
Welsh ym. 2021 (Yhdysvallat)	Tarkastella havaintoja painosta puhumisesta, hoidon laadusta ja painoon kohdistuvista asenteista	Verkkokysely aiempien tutkimusten pohjalta	yht. 51 Naistentautien lääkärit (25) Yleislääkärit (26)
Winters ja Poole, 2020 (Irlanti)	Tarkastella havaintoja potilaan lihavuuden vaikutuksista ja haasteista sädehoitoon liittyen	Ryhmäkeskustelut	Sädehoitajat (13)
Wynn. Ym. 2018 (Iso-Britannia)	Tutkia yhteyttä lihavuuteen kohdistuvien ennakoasenteiden ja lihavuuteen liittyvän tietämyksen välillä sekä tarkastella eroja eri ammattiryhmien välillä	Verkkokysely sekä paperinen kysely, ATOP, ORK-10 ¹⁶	yht. 372 Lääketieteen opiskelijat (124) Hoitajat (78) Konsultit (59) Lääkärit (53) Farmaseutit (14) Ravitsemusterapeutit (8) Muut (36)
Yilmaz ja Ayhan 2019 (Turkki)	Tarkastella, onko sairaanhoitajilla ja hoitajaopiskelijoilla ennakoasenteita lihavuutta kohtaan	FPS, BAOP	yht. 379 Sairaanhoitajat (189) Hoitajaopiskelijat (190)

¹Perusterveydenhuolto; ²Erikoissairaanhoito; ³Universal measure of bias -kysely; ⁴Implicit Association Test; ⁵Anti-fat Attitudes -kysely; ⁶Beliefs about Obese Persons -kysely; ⁷Attitudes Towards Obese Persons -kysely; ⁸Antifat Attitudes Test -testi; ⁹Fat Phobia Scale -kysely; ¹⁰Nurses' Attitudes toward Obesity and Obese Patients Scale -kysely; ¹¹Professional Weight Bias Scale -kysely; ¹²Obesity Prejudice Scale; ¹³Computer-Assisted Web Interview; ¹⁴Beliefs about Weight Stigma Questionnaire -kysely; ¹⁵External Weight Locus of Control Subscale -kysely; ¹⁶Obesity Related Knowledge-10 -kysely

Liite 2 Kyselylomake

Muu tutkittaville annettava tai aineistonkeruussa muuten käytettävä materiaali

Luonnos Webropol-kyselylomakkeesta (* merkityt pakollisia vastata)

Taustatiedot:

*Sukupuoli

Mies

Nainen

Muu

En halua vastata

*Hyvinvointialue

Ahvenanmaa

Etelä-Karjala

Etelä-Pohjanmaa

Etelä-Savo

HUS

Helsinki

Itä-Uusimaa

Kainuu

Kanta-Häme

Keski-Pohjanmaa

Keski-Suomi

Keski-Uusimaa

Kymenlaakso

Lappi

Länsi-Uusimaa

Pirkanmaa

Pohjanmaa

Pohjois-Karjala

Pohjois-Pohjanmaa

Pohjois-Savo

Päijät-Häme

Satakunta

Vantaa ja Kerava

Varsinais-Suomi

En halua vastata

*Ammattiryhmä

Ensihoitaja

Fysioterapeutti

Hammashoitaja

Hammaslääkäri

Kätilö

Laillistettu ravitsemusterapeutti

Lähihoitaja

Lääkäri

Psykologi

Puheterapeutti

Röntgenhoitaja

Sairaanhoitaja

Suuhygienisti

Terveystenhoitaja

Toimintaterapeutti

Muu, mikä?

En halua vastata

Jos vastasit edelliseen "Muu, mikä?", täydennä tähän ammattiryhmäsi

*Millä seuraavista aloista ensisijaisesti työskentelet? (voit tarvittaessa valita myös useampia vaihtoehtoja)

Vastausvaihtoehdot nimetty kunkin hyvinvointialueen käytäntöjen mukaisesti

*Työelämässä/ammattiin valmistumisesta kuluneet vuodet

0-5 vuotta

6-10 vuotta

11-20 vuotta

Yli 20 vuotta

En halua vastata

Seuraaviin kysymyksiin vastatessasi ajattele **asiakas-/potilastilanteita tulositystä ja diagnoosista riippumatta**. Kysely koskee **lihavien henkilöiden hoitamista ylipäänsä, ei pelkästään lihavuuden hoitamista**. Kyselyssä käytetään sanaa lihava potilas viittaamaan kaikkiin terveydenhuollon asiakkaisiin, jotka terveydenhuollon ammattilainen mieltää lihavaksi esimerkiksi painoindeksin tai ammattilaisen oman arvion perusteella.

Kysely perustuu alan kansainvälisessä tutkimuksessa käytettyihin väittämiin liittyen painostigmaan. On tärkeää, että valitset kuhunkin väittämään parhaiten kokemustasi kuvaavan vaihtoehdon. Kaikki avoimet tekstikentät ovat vapaaehtoisia. Niissä voit halutessasi perustella vastaustasi.

Tulokset käsitellään ja raportoidaan ryhmätasolla ja niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimusaineistoa ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolisille tahoille tai hyvinvointialueille. Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettinen toimikunta on antanut tutkimukselle puoltavan lausunnon (Lausunto 21/2023)

Lihavuuteen kohdistuvat asenteet ja lihavien potilaiden hoito

Valitse parhaiten kokemustasi kuvaava vaihtoehto. Avoimet kentät ovat vapaaehtoisia.

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = Ei samaa eikä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

*Tunnen usein turhautumista lihavien potilaiden kanssa. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavien potilaiden kanssa toimiminen voi olla hankalaa. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Koen, että on tärkeää kohdella lihavia potilaita myötätuntoisesti ja kunnioittavasti. 1 - 2 - 3 - 4 -

5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*En pidä lihavien potilaiden hoitamisesta. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Luotan siihen, että tarjoan laadukasta hoitoa lihaville potilaille. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Koen, että minulla on ammatilliset valmiudet tarjota lihaville potilaille vaikuttavaa hoitoa. 1 - 2 -

3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Koen, että lihavat potilaat eivät ole usein halukkaita sitoutumaan heille suositeltuun hoitoon. 1

- 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Koen, että lihavilta potilailta puuttuu motivaatiota tehdä elintapamuutoksia. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavien potilaiden hoitaminen on ammatillisesti palkitsevaa. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavilla potilailla on taipumus olla laiskoja. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavan potilaan hoitaminen on turhauttavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Ärsyynnyn enemmän hoitaessani lihavaa kuin ei-lihavaa potilasta. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavan potilaan hoitaminen inhottaa minua. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*On vaikeaa tuntea empatiaa lihavaa potilasta kohtaan. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavan potilaan hoitaminen on tunnetasolla uuvuttavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavan potilaan hoitaminen on stressaavampaa kuin ei-lihavan potilaan hoitaminen. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavan potilaan hoitaminen on minusta vastenmielistä. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Hoitaisin mieluummin ei-lihavaa kuin lihavaa potilasta. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Alallani työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla (esim. muut työntekijät psykiatrian / naistentautien jne. alalla) on usein negatiivisia stereotyyppisiä ajatuksia lihavista potilaista. 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Olen kuullut/itse havainnut muiden alallani työskentelevien ammattilaisten kommentoivan negatiivisesti lihavia potilaita. 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Kollegoillani (esim. muut lääkärit, ravitsemusterapeutit, sairaanhoitajat jne.) on taipumus suhtautua negatiivisesti lihaviin potilaisiin. 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Lihavien potilaiden hoitaminen koetaan terveydenhuollossa epämukavaksi. 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

Vapaaehtoinen avoin kysymys: Lihavien potilaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyen haluan lisäksi sanoa:

Painon puheeksi ottaminen

Valitse parhaiten kokemustasi kuvaava vaihtoehto. Avoimet kentät ovat vapaaehtoisia.

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = Ei samaa eikä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

*Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus on aina ottaa lihavuus asiakkaan kanssa puheeksi.

1 – 2 – 3 – 4 – 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

*Painosta kannattaa puhua terveydenhuollossa, vaikka asiakas ei sitä kokisi tarpeellisena.

1 - 2 - 3 - 4 - 5

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

Vapaaehtoinen: Potilaan painon puheeksi ottamiseen liittyen haluan lisäksi sanoa:

(Vapaaehtoinen avoin kenttä)

Alalle kouluttautuessani olen saanut opetusta

- Painon puheeksi ottamiseen liittyen
- Painostigmaan liittyen

Työelämässä ollessani olen saanut koulutusta

- Painon puheeksi ottamiseen liittyen
- Painostigmaan liittyen

Toivoisin/kokisin tarpeelliseksi koulutuksen

- Painon puheeksi ottamiseen liittyen
- Painostigmaan liittyen

Kiitos vastauksistasi!

Lähetä vastauksesi painamalla "Lähetä".

Liite 3. Kutsu osallistua tutkimukseen

Kutsu osallistua tutkimukseen ”Painoon kohdistuva stigma ja painon puheeksi ottaminen potilastyössä – terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia”

Tervetuloa osallistumaan kyselytutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia Suomessa terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia painoon kohdistuvasta stigmasta ja painon puheeksi ottamisesta potilastyössä, kun asiakkaalla on lihavuutta. Tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisten lihavuuteen liittyvistä ajatuksista ja kokemuksista sekä tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat niiden taustalla. Tulokset mahdollistavat painostigman tarkastelun terveydenhuollon toimijoiden näkökulmasta ja auttavat viemään painostigman ympärillä käytävää keskustelua kohti konkreettisia ratkaisuja, jotka hyödyttävät sekä asiakkaita että ammattilaisia.

Tutkimus toteutetaan useilla eri hyvinvointialueilla Suomessa sähköisellä verkkokyselyllä, johon vastaaminen ei vaadi tunnistautumista. Kysely on avoinna xx.xx. – xx.xx.2024 ja siihen vastaamiseen kuluu n. 10-15 minuuttia. Tutkimuksen tulokset raportoidaan ryhmätasolla ja siten, ettei yksittäinen vastaaja ole niistä tunnistettavissa. Tarkempi kuvaus tutkimuksesta ja tutkimusaineiston käsittelystä löytyy tutkimuksen tiedotteesta, jonka saatte luettavaksenne ennen kyselyyn vastaamista.

Tutkimustiedotteeseen ja sähköiseen kyselyyn pääsette tutustumaan ja osallistumaan alla olevasta linkistä.

Ennen kyselyyn vastaamistanne teiltä kysytään suostumustanne osallistua tutkimukseen.

linkki

Lisätietoja tutkimuksesta antavat TtK Laura Lagerblom (laulager@uef.fi) ja FT, dosentti Leila Karhunen (leila.karhunen@uef.fi)

Liite 4 Tutkimustiedote

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Painoon kohdistuva stigma ja painon puheeksi ottaminen potilastyössä – terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia painoon kohdistuvasta stigmasta ja painon puheeksi ottamisesta potilastyössä. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska työskentelette terveydenhuollon ammattihenkilönä Suomessa. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teidän on mahdollista esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa päättämällä tutkimusaineiston keräämiseksi tarkoitetun sähköisen tutkimuskyselyn täyttämisen. Lomakkeelle täyttämäinne tietoja ei tällöin tallenneta eikä niitä käytetä osana tutkimusaineistoa. Kaikki sähköisesti palautetut kyselyvastaukset muodostavat lopullisen tutkimusaineiston.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia Suomessa terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia painoon kohdistuvasta stigmasta ja painon puheeksi ottamisesta potilastyössä tilanteissa, joissa asiakkaana on lihava henkilö. Tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisten lihavuuteen liittyvistä ajatuksista ja kokemuksista sekä tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat niiden taustalla.

Tutkimuksen kulku

Tutkimus toteutetaan sähköisellä verkkokyselyllä, johon pääsette vastaamaan ilmaistuanne kyselylomakkeen alussa suostumuksenne osallistua tutkimukseen.

Arvioitu vastaamiseen kuluva aika on noin 10–15 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen ei vaadi tunnistautumista ja vastaaminen tapahtuu nimettömänä.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tulokset käsitellään ja raportoidaan ryhmätasolla ja niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimusaineistoa ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolisille tahoille tai hyvinvointialueille. Tutkimuksen tuloksista kirjoitetaan tieteellisiä julkaisuja kansainvälisiin ja kotimaisiin julkaisusarjoihin. Tuloksista viestitään myös alan seminaareissa ja ammatillisissa julkaisuissa. Tutkimus on myös osa Laura Lagerblomin Itä-Suomen yliopistossa tekemää pro gradu- ja tulevaa väitöstutkimusta.

Tutkimusaineisto säilytetään yliopiston ohjeiden mukaisesti 20 vuotta tutkimuksen alkamisesta, minkä jälkeen se tarjotaan (huom. aineisto ei sisällä tunnistetietoja) Tietoarkistoon. Siltä osin kuin Tietoarkisto ei voi vastaanottaa tutkimusaineistoa, aineisto hävitetään yliopiston ohjeiden mukaisesti.

Lisätiedot

Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksen yhteyshenkilölle (yhteystiedot alla). Voitte olla tutkijoihin yhteydessä myös, jos teille herää tutkimuskyselyyn vastatessanne kysymyksiä tai ajatuksia, joista haluaisitte yhdessä keskustella.

Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkimuksen yhteyshenkilö: TtK Laura Lagerblom, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Lääketieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto, puh. 050 4909 289, laulager@uef.fi

Tutkimuksesta vastaava henkilö: FT, dosentti Leila Karhunen, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Lääketieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto; puh. 040 355 2776, leila.karhunen@uef.fi

Tutkimuksen muut tutkijat: TtM Terhi Koivumäki, Tampereen yliopisto, terhi.koivumaki@tuni.fi; FT, KM Sanna Talvia, Helsingin yliopisto, sanna.talvia@helsinki.fi

Liite 5 Henkilötietojen käsittelyä koskeva liite

Tiedotteen liite: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään Teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat:

Tutkimuksen rekisterinpitäjä on:

Leila Karhunen, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Lääketieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto; puh. 040 355 2776, leila.karhunen@uef.fi

Tutkimuksessa Teistä kerätään seuraavia henkilötietoja:

Sukupuoli, ammatti, ala, hyvinvointialue, työelämässä/ammattiin valmistumisesta kulunut aika, tutkimusaiheeseen liittyvät kysymykset (avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset voivat sisältää joitain henkilötietoja). Tutkittavalla ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietoja vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus on:

Henkilötietoja käsittelyn tarkoituksena on mahdollistaa tieteellisen tutkimuksen tekeminen. Kerättyjä henkilötietoja käytetään tulosten analysoinnissa ryhmittelytarkoituksessa.

Henkilötietojen käsittelyperuste on:

Yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus.

Henkilötietojen käsittelyaika tutkimustarkoituksessa on:

2024–2043

Mitä henkilötiedoille tapahtuu tutkimuksen päätyttyä:

Tutkimuksen päätyttyä tutkimusaineisto tarjotaan (huom. aineisto ei sisällä tunnistetietoja) Tietoarkistoon. Siltä osin kuin Tietoarkisto ei voi vastaanottaa tutkimusaineistoa, aineisto hävitetään yliopiston ohjeiden mukaisesti.

Henkilötietojen siirrot

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolelle.

Henkilötietojenne mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei luovuteta EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle. Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä.

Rekisteröitynä Teillä on oikeus:

- saada tietoa henkilötietojen käsittelystä
 - tarkastaa itseänne koskevat tiedot
 - oikaista tietojanne
 - rajoittaa tietojenne käsittelyä
 - rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta tai käsittelyn rajoittamisesta
 - oikeus vastustaa tietojen käsittelyä
 - oikeus olla johtumatta automaattisen päätöksenteon kohteeksi ilman lainmukaista perustetta
 - ottaa yhteyttä tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilötietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti
- Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä automaattiseen päätöksentekoon.

Tutkimuksesta on laadittu tietosuojaseloste. Teillä on mahdollisuus tutustua tietosuojaselosteeseen ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Henkilötietoja käsitellään luottamuksellisesti tietosuojalainsäädännön edellyttämällä tavalla. Aineisto analysoidaan ilman tunnistetietoja ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla niin, ettei yksittäinen henkilö ole tunnistettavissa.