

Vesa Koivukangas ja Kirsi Pietiläinen

Painostigma näyttäytyy myös terveydenhuollossa

Suurin osa suomalaisista on joko ylipainoisia tai lihavia (1,2). Lihavuus vaikuttaa elämän moniin eri osa-alueisiin (3,4). Ihmisten välinen vaihtelu on kuitenkin suurta. Osalle kertyy useita lihavuuden liitännäissairauksia, jotka heikentävät elämänlaatua, ja osa säilyy lihavuudesta huolimatta terveenä. Metabolisesti terve lihava ihminen voi olla varsin tyytyväinen elämänlaatuunsa. Lihavuus aiheuttaa kuitenkin yleensä vaivoja: liitännäissairauksia, joista diabetes merkittävimpana, sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä (4). Lihavuuden on osoitettu aiheuttavan syrjintää koulussa ja työelämässä, ja se voi myös vaikeuttaa parisuhteen muodostamista (5). Lihavuus voi vaikeuttaa ihmisen elämää lapsuudesta vanhuuteen saakka.

Lihavuus voi häiritä potilaiden pääsyä lääketieteelliseen hoitoon ja aiheuttaa huonoa kohtelua terveydenhuollossa, jossa tutkimustenkin mukaan havaitaan negatiivisia asenteita lihaviin potilaisiin (6). Heitä saatetaan pitää intuitiivisesti esimerkiksi heikosti hoitoon sitoutuvina, minkä tueksi ei kuitenkaan ole tutkimusnäyttöä. Laaja ja monikansallinen tutkimusryhmä julkaisi vuonna 2020 Nature Medicine -lehdessä Delfoi-menetelmään perustuvan katsausartikkelin, jossa käytiin läpi lihavuuden syitä ja sen vaikutuksia ihmisen terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja terveydenhuollon palveluihin (6). Lihavuus paljastui syrjintää aiheuttavaksi ja väärin ymmärretyksi vaivaksi.

Painostigma tarkoittaa tosiasioihin perustumatonta ennakkokäsitystä lihavan ihmisen laiskuudesta ja itsekurin puutteesta (5,6).

Painostigmaa lähellä olevia käsitteitä ovat painoharha (weight bias) ja painosyrjintä. Painostigmasta kärsii arviolta 20–40 % lihavista henkilöistä (7). Se ilmenee laajasti eri elämänalueilla: kouluissa, opiskelupaikoissa, työpaikoilla, perheissä ja monilla sosiaalisen elämän alueilla. Painostigmaa tavataan myös terveydenhuollon kaikilla osa-alueilla (6).

Media on painostigman keskeisiä aiheuttajia.

Painostigma liittyy painoharhaan, joka tarkoittaa virheellistä käsitystä lihavista ihmisistä.

Siihen liittyy tyypillisesti ajatus lihavuuden yksinkertaisesta ratkaisumahdollisuudesta energiansaantia vähentämällä ja energiankulutusta lisäämällä (5,6). Painoharha voi liittyä hyvin tunnistettuun kognitiiviseen harhaan: taipumukseemme nopeaan ja vaivatomaan intuitiiviseen päätöksentekoon ja vastahakoisuuteen paneutua ilmiöiden syvempiin syihin (8). Painoharha voi olla myös sisäinen, jolloin henkilö ajattelee hänellä olevan joitakin lihavuuteen liitettyjä negatiivisia ominaisuuksia. Sisäisestä painoharhasta kärsi erään tutkimuksen mukaan 45–50 % Yhdysvalloissa asuvista aikuisista, joista 20 %:lla sisäinen painoharha oli vaikea (9).

Media on painostigman keskeisiä aiheuttajia. Kun ylipainoa käsitellään mediassa, arviolta noin kahdessa kolmasosassa tapauksista esitystapa aiheuttaa painostigmaa (10). Tämän tapaiseen esittämiseen voisivat kuulua esimerkiksi suosittu tosi-tv-ohjelmat, joissa lihavat osallistujat kilpailevat painon vähentämisessä. Painostigmaa aiheuttaa median tapa käsitellä ylipainoa ja lihavuutta ennen kaikkea elintapoihin liittyvänä ongelmana ja puhua usein ”elintaparemontista”. Lihavuuden synty on hyvin

monisäikeinen. Siihen liittyvät elämäntapahtumat alkavat sikiöajasta ja jatkuvat nykyhetkeen: vaikuttavia tekijöitä ovat geneettinen alttius, lihottava yhteiskunta, äidin raskaudenaikainen aineenvaihdunta, lapsuuden ruokavalio, mikrobiomi, aikuisuuden elinolosuhteet, voimavarat ja yksilön omat valinnat (3,4,6).

Painostigma altistaa lapset koulukiusaamiselle. Painostigma voi aiheuttaa nuorten eristytymistä, ja siitä kärsivien on havaittu kokevan normaalipainoisia enemmän sanallista ja fyysistä kiusaamista sekä kiusaamista sosiaalisessa mediassa (11). Tämän on todettu voivan johtaa ahdistuneisuushäiriöön ja masennukseen (12). Lihavuuden merkittävin vaikutus elämään voi liittyä painostigmaan. Painostigman on todettu aiheuttavan liikasyöntiä, vetäytymistä fyysisistä aktiviteeteista sekä alttiutta runsaaseen alkoholin käyttöön, lääkkeiden väärinkäyttöön ja huumausaineiden käyttöön (11,12). Painostigman voidaan ajatella toteuttavan monilla elämänaluilla tavattavaa virhesykliä, jossa olemassa olevaan ongelmaan eli lihavuuden aiheuttamaan häpeään vastataan esimerkiksi vetäytymällä fyysisistä aktiviteeteista, jolloin ongelma vaikeutuu entisestään.

Terveydenhuollon ammattilaiset voivat suhtautua lihaviin potilaisiin syrjivästi, vaikka asenteet eivät yleensä ole avoimesti tunnustettuja tai edes itse tiedostettuja (13). Lihavia voidaan pitää laiskoina ja ajatella, että he eivät

noudata sääntöjä kuten muut potilaat – nämä väittämät ovat tutkimustiedon perusteella väärää (5,6). Painostigma vaikuttaa kuitenkin potilaiden hoitoon, ja mahdollisesti paras tapa estää sen vaikutusta on ongelman tiedostaminen. Potilaiden kokema painostigma voi myös vaikuttaa heidän halukkuuteensa hakeutua lääkärin vastaanotolle, mikä voi näin altistaa lihavuuteen liittyvien ja muiden sairauksien vaillinaiselle hoidolle (5,13).

Laajaan kansainväliseen asiantuntijanäkemukseen ja kattavaan kirjallisuuteen perustuvan konsensuslausuman kirjoittajat esittävät julkisen lupauksen suhtautua ylipainoisiin ja lihaviin ihmisiin kunnioittavasti, pidättäytyä lihaviin stereotyyppisestä luokittelusta heikokotahtoisina tai laiskoina, poistaa painoharhaa lisäämällä tietoa lihavuuden todellisista syistä ja tukea painosyrjinnän vähentämistä työ- ja opiskelupaikoilla sekä terveydenhuollossa (6). Tavoitteet näyttävät luonnollisina, ja niitä voi herkästi pitää jo toteutuneina. Lihavuuden hoidossa kohdataan kuitenkin toistuvasti resurssipulaa ja asenneongelmia. Jostain syystä on helpompaa saada resursseja lihavuuden aiheuttaminen liitännäissairauksien hoitoon kuin lihavuuden hoitoon. Lihavuuden aiheuttaman diabeteksen tai polven nivelrikon hoitoa ei kukaan kyseenalaista. Miksi sitten lihavuuden konservatiivisessa ja leikkaushoidossa törmätään toistuvasti esteisiin? ■



VESA KOIVUKANGAS, gastroenterologisen kirurgian dosentti
Oulun yliopisto
Terveystalo Oulu



KIRSI PIETILÄINEN, professori, ylilääkäri
Lihavuustutkimusyksikkö, kliinisen ja molekulaarisen metabolian tutkimusohjelma, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
Painonhallintatalo, Vatsakeskus, HUS

SIDONNAISUUDET

Vesa Koivukangas: Ei sidonnaisuuksia

Kirsi Pietiläinen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Novo Nordisk, Eli Lilly, AstraZeneca, Vivus)

KIRJALLISUUTTA

1. Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, ym, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>.
2. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, ym. The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:231–40.
3. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol* 2019;15:288–98.
4. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, ym. Obesity. *Nat Rev Dis Primers* 2017;15:3:17034.
5. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol* 2020;75:274–89.
6. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, ym. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020;26:485–97.
7. Spahlholz J, Baer N, König H-H, ym. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Rev* 2016;17:43–55.
8. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux 2011.
9. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity* 2018;26:167–75.
10. Puhl RM, Luedicke J, Heuer CA. The stigmatizing effect of visual media portrayals of obese persons on public attitudes: does race or gender matter? *J Health Commun* 2013;18:805–26.
11. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, ym. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 2017;140:e20173034.
12. Mannan M, Mamun A, Doi S, ym. Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females - a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PLoS One* 2016;11:e0157240.
13. Huizinga M, Cooper L, Bleich S, ym. Physician respect for patients with obesity. *J Gen Intern Med* 2009;24:1236–9.
14. Mustajoki P. Ruokaympäristön muutos selittää pääosan väestöjen lihomisesta. *Duodecim* 2015;131:1345–52.