



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Lihavuuden puheeksi ottaminen työterveyshuollossa - haastattelututkimus työterveyshoitajille

Niemi, Heta

2017 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Lihavuuden puheeksi ottaminen työterveyshuollossa
- haastattelututkimus työterveyshoitajille

Heta Niemi
Terveystenhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2017

Heta Niemi

**Lihavuuden puheeksi ottaminen työterveyshuollossa
-haastattelututkimus työterveyshoitajille**

Vuosi 2017

Sivumäärä 44

Noin joka viides suomalainen työkäinen on lihava. Lihavuus lisää sairauksien ja kuoleman riskiä sekä heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajien näkemystä lihavuuden puheeksi ottamisen keinoista ja haasteista työterveyshuollossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa keinoista ottaa lihavuus puheeksi sekä puheeksi ottamisen haasteista työterveyshoitajien näkökulmasta. Työ tehtiin yhteistyössä Diacorin kanssa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista menetelmää. Tutkimuksessa haastateltiin teemahaastattelulla viittä Diacorin työterveyshoitajaa, ja haastattelusta saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Työterveyshoitajien keinoja ottaa lihavuus puheeksi olivat painoindeksi, terveydelliset ongelmat, tiedon anto ja asiakaskeskeisyys. Lihavuuden puheeksi ottamisessa haasteellista työterveyshoitajien mukaan oli vuorovaikutus asiakkaan kanssa. Kaikki haastateltavat pitivät lihavuuden puheeksi ottamista hyödyllisenä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää työterveyshuollon asiakaskontakteissa.

Heta Niemi

**Broaching the subject of obesity in occupational health care
- interview research of occupational health nurses**

Year	2017	Pages	44
------	------	-------	----

About a fifth of the Finnish working age population is obese. Obesity increases the risk of diseases and mortality and weakens the health-related quality of life. The purpose of this thesis was to describe the methods and challenges of discussing obesity with patients in occupational health care from the perspective of occupational health nurses. The thesis was implemented in cooperation with Diacor.

This thesis was implemented as qualitative research. Five occupational health nurses from Diacor's participated in theme interviews. The obtained material was analysed using inductive content analysis.

It was found that occupational health nurses' ways of broaching the topic of obesity were body mass index, health problems, information giving and patient orientation. The main challenge for health nurses was actual discussions with the patient. All interviewees agreed that broaching the obesity was useful. The results of this thesis can be used in developing patient contacts in occupational health care.

Keywords: Obesity, Bringing up, Occupational health nurse, Occupational health care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Lihavuus	7
2.1	Lihavuuden määrittely	7
2.2	Lihavuuden esiintyvyys Suomessa	9
2.3	Lihavuuden terveysriskit	10
2.4	Lihavuuden psykologiaa	11
3	Työterveyshuolto.....	13
3.1	Työterveyshuolto Suomessa	13
3.2	Työterveyshoitajan työnkuva	13
3.3	Työikäisten lihavuus Suomessa	14
4	Puheeksi ottaminen.....	15
4.1	Motivoiva haastattelu	15
4.2	Huolen puheeksi ottamisen menetelmä.....	15
4.3	Mini-interventio	16
5	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	17
6	Tutkimusmenetelmä.....	17
6.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	17
6.2	Haastattelu.....	18
7	Opinnäytetyön toteutus.....	18
7.1	Aikataulu.....	19
7.2	Tiedonhaku	20
7.3	Yhteenveto	20
8	Tulosten esittely	20
8.1	Työterveyshoitajan keinot ottaa lihavuus puheeksi.....	20
8.2	Lihavuuden puheeksi ottamisen haasteet työterveyshuollossa	23
9	Pohdinta	24
9.1	Tulosten tarkastelu	24
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	26
9.3	Jatkotutkimusehdotukset	26
	Kuviot	30
	Taulukot	31
	Liitteet.....	32

1 Johdanto

Suomalaisten työikäisten painoindeksi on noussut viimeisen 30 vuoden aikana. FINNRISKI 2012 -terveystutkimuksessa suomalaisten keskimääräinen painoindeksi työikäisillä naisilla oli 26,0 kg/m² ja miehillä 27,1 kg/m². Suomalaisista naisista ja miehistä vyötärölihavia oli 30 prosenttia, ja noin joka viides oli painoindeksin mukaan lihava. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012.)

Lihavuus nostaa sairastumisen ja kuoleman riskiä. Erityisesti keskivartalolle kerääntyvä rasvakudos altistaa sairauksille ja suuremmalle riskille kuolla. (Mustajoki 2006, 24-26.) Sairauksia, jotka liittyvät lihavuuteen, ovat tyypin 2 diabetes, sepelvaltimotauti, verenpainetauti, astma, kihti ja erilaiset syöpätaudit (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013). Jo 5-10 prosentin laihtuminen voi alentaa henkilön diabetesriskin puoleen, laskea verenpainetta ja vähentää dyslipidemiaita. Lihavalla henkilöllä kuolleisuusriski on 1,5-2-kertainen. Erityisesti lihavuus vaikuttaa riskiin kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin. (Mustajoki 2006, 25-27.)

Lihavuus heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua silloin kun henkilön painoindeksi on suurempi kuin 27-30kg/m². Lihavuus vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn, sillä se hankaloittaa kävelemistä, kumartumista, nostamista ja juoksemista. Suomessa miesten fyysinen toimintakyky huononee painoindeksin ollessa yli 30 kg/m², kun taas naisten toimintakyky heikkenee lievemmissäkin lihavuudessa. Lihavuuden ja psyykkisen elämänlaadun välisistä yhteyksistä on ristiriitaisia tuloksia. Suomessa ei ole todettu yhteyttä lihavuuden ja psyykkisen hyvinvoinnin välillä. Kuitenkin muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa vaikeassa ja sairaanloisessa lihavuudessa (painoindeksi yli 35 kg/m²) psyykinen elämänlaatu vaikuttaa heikentyvän. (Kaukua 2006, 1215-1216.)

Suhtautuminen ja asenteet lihavuutta kohtaan ovat usein negatiivisia. Lihavat kokevat syrjintää monilla eri elämänalueilla. Syrjintä kohdistuu ulkonäön lisäksi taipumukseen ajatella lihavien luonteenlaadun olevan erityisen heikko. (Mustajoki 2006, 120-121.) Syrjintä näkyy muun muassa naisten palkkaeroissa, sillä samassa työssä työskentelevillä ja saman tasoisesti koulutuneilla lihavilla naisilla palkkatulot ovat pienemmät kuin normaalipainoisilla naisilla (Sarlio-Lähteenkorva, Silvennoinen & Lahelma 2002, 545-549).

Lihavuus on monille arka aihe. Se voi huonontaa itsetuntoa ja siitä voi olla vaikeaa puhua. Terveystieteiden tutkimuksissa lihavuus tulisi ottaa puheeksi lihavuuden aiheuttamien terveydellisten riskien vuoksi. (Mustajoki 2006, 158-159.) Terveystieteiden tutkimus tekee terveyttä edistävää ja ylläpitävää työtä, jonka tarkoituksena on ehkäistä terveysriskejä ja sairauksia. Terveystieteiden tutkimus

hainen toteaminen ja niihin puuttuminen ajoissa ovat tärkeitä niin yksilötasolla kuin laajemminkin. Terveystarkastajan työssä keskeistä on osallistaa ja aktivoida väestöä pitämään huolta omasta terveydentilastaan. Lihavuuden puheeksi ottaminen on osa varhaista puuttumista. (Juutilainen 2004, 15 & 86-87.)

Työterveyshuollon tavoitteena on huolehtia työikäisen henkilöstön toiminta- ja työkyvyn ylläpitämisestä ja työturvallisuudesta yhdessä työpaikkojen kanssa. Työntekijöiden terveyden edistäminen on osa työterveyshuollon toimintaa. (Työterveyshuolto.) Terveystarkastukset kuuluvat työterveyshoitajan toteuttamaan työterveyshuollon ennaltaehkäisevään työhön, ja niissä keskitytään työntekijän terveyteen, työhön, elämäntilanteeseen ja elämäntapoihin. (Terveystarkastukset.) Kansallisen Lihavuus laskuun -ohjelman tavoitteena on vähentää suomalaisten lihavuutta terveyden- ja hyvinvoinnin kasvattamiseksi. Ohjelman tavoitteet työterveyshuollolle ovat huomioida työterveyshuollon terveystarkastuksissa tehokkaammin terveellisten elintapojen edistämistä ja lihavuuden ehkäisyä, ottaen työn erityispiirteet huomioon sekä kiinnittää painonhallintaan etenkin huomiota yö- ja vuorotyötä sekä epätavallisia työaikoja tekevillä. Tavoitteena on ottaa terveystarkastuksissa huomioon työikäisen ruokailun mahdollisuus ja ohjata tarpeen vaatiessa työntekijä ravitsemusterapeutille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansallisen lihavuusohjelman ohjelmaryhmä 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on käsitellä lihavuuden puheeksi ottamista työterveyshoitajien näkökulmasta keskittyen lihavuuden puheeksi ottamisen keinoihin ja haasteisiin työterveyshuollossa. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa lihavuuden puheeksi ottamisesta työterveyshuollossa. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Diacorin kanssa. Diacor on terveyden- ja sairaudenhoitopalveluita tuottava yritys, joka vaikuttaa pääkaupunkiseudulla ja Turussa (Diacor terveyspalvelut Oy). Tässä tutkimuksessa on haastateltu viittä Diacorin työterveyshoitajaa.

2 Lihavuus

2.1 Lihavuuden määrittely

Lihavuuden käypähoitosuosituksen mukaan lihavuudella tarkoitetaan kehoon varastoitunutta ylimääräistä rasvaa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.) Lihominen johtuu pitkään kestävästä suuresta energian saannista suhteessa energian kulutukseen. Kehon ylimääräinen rasva on syy moniin terveydellisiin, fyysisiin ja psyykkisiin ongelmiin. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa 2006, 49.)

Lihavuutta voidaan määritellä sekä painoindeksin että vyötärönympäryksen mukaan. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.)

Kehon painoindeksi kertoo ihmisen painon suhteen pituuden neliöön. Painoindeksin ihannepainon viitearvot ovat 18,5-24,9kg/m². Liikapainoksi eli ylipainoksi sanotaan painoindeksiluokituksen mukaan 25.0-29.9 kg/m² arvoja. Painoindeksin suurenemisella yli 25kg/m² on selvä yhteys sairastuvuus- ja kuolleisuusriskeihin. Painoindeksiluokituksen mukaan lihavuuden rajarvona pidetään 30 kg/m². Lihavilla sairastuvuusriski on selvästi suurentunut. Painoindeksin viitearvot (Taulukko 1) ovat käyttökelpoisimmat 20-60-vuotiailla aikuisilla. (Mustajoki ym. 2006, 50-51.)

Painoindeksi (kg/m ²)	Merkitys
< 18,5	Painoihannetta pienempi paino. Sairastuvuusriski suurentunut.
18,5-24,9	Ihannepaino.
25,0-29,9	Liikapaino eli ylipaino. Sairastuvuusriski suurentunut.
30,0-34,9	Lihavuus. Sairastuvuusriski selvästi suurentunut ja kuolleisuusriski suurentunut.
35,0-39,9	Vaikea lihavuus. Sairastuvuusriski ja kuolleisuusriski selvästi suurentuneet.
≥ 40	Sairaaltoinen lihavuus. Sairastuvuusriski ja kuolleisuusriski selvästi suurentuneet.

Taulukko 1: Painoindeksin merkitys (Mustajoki ym. 2006, 50; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.)

Painoindeksi ei ole täysin luotettava lihavuuden mittari, sillä se ei erota rasvakudosta turvotuksista tai lihasmassasta. Erotukseksi tarvitaan kliinistä tutkimista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.) Painoindeksi ei myöskään kerro vatsan sisäosissa olevan rasvan määrää (Mustajoki ym. 2006, 50-51).

Vyötärön ympäryksen mittaaminen on hyvä keino havaita vatsan seudun sisäosiin kertyvän haitallisen rasvan määrä. Tämän sisäelinten ympärille kertyvän rasvan eli viskeraalirasvan on havaittu olevan terveydelle haitallista. (Mustajoki ym. 2006, 50-51.) Viskeraalirasva on haitalli-

sempaa kuin ihonalainen tai lantion ja reisien seudulle kerääntyvä rasva, koska se on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa. Suomessa vyötärölihavuuden alarajana pidetään kliinisessä työssä miehillä 100cm ja naisilla 90cm ympärystä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.) Vyötärön ympärysmitta mitataan venymättömällä mittanauhalla paljaalta iholta alimman kylkiluun ja suoliluun puolivälistä mitattavan seistessä tukevasti (Mustajoki ym. 2006, 51-52).

2.2 Lihavuuden esiintyvyys Suomessa

Kansallisessa FINRISKI 2012 - terveystutkimuksessa (Männistö ym. 2012) on tutkittu suomalaisen väestön terveystilaa ja terveydentilaa, kuten painon vaihtelua ja sairaushistoriaa. Tutkimusta on verrattu aikaisempiin FINRISKI:n terveystutkimuksiin, sillä niitä on tehty 5 vuoden välein 1972-luvulta lähtien. Ikäjakauma on viime vuosina ollut 25-74-vuotta ja otos on ollut vaihteleva ja laaja. Terveystutkimuksen mukaan suomalaisten miesten paino on noussut 1970-luvulta lähtien ja naisten paino 1980-luvulta lähtien. Viimeisen kymmenen vuoden aikana kehitys on hidastunut ja viimeisen viiden vuoden aikana tasaantunut. Vuonna 2012 työikäisten miesten keskimääräinen painoindeksi oli 27,1 kg/m² ja naisten 26,0 kg/m². Ylipainoisia eli painoindeksiltään 25.0-29.9 kg/m² oli miehistä 66 prosenttia ja naisista 46 prosenttia. Miehistä lihavia eli painoindeksiltään yli 30 kg/m² oli 20 prosenttia ja naisista 19 prosenttia. FINRISKI:n tutkimuksessa suomalaisista 30 prosenttia oli vyötärölihavia.

FINRISKI 2012 - terveystutkimuksessa ilmeni, että painoa tulee lisää iän karttuessa. Naisilla painoindeksierot nuoremmilla ja vanhemmilla olivat selkeämmät kuin miesten painoindeksierot. Tutkimuksen mukaan pääkaupunkiseudulla asuvat olivat laihempia kuin muualla Suomessa asuvat. (Männistö ym. 2012.) Sarlio-Lähteenkorvan ym. (2002, 545-549.) mukaan painoindeksin ja sosioekonomisen aseman välillä on yhteys: lihavuus on yleisempää pienituloisilla sekä vähemmän koulutetuilla henkilöillä. Korkeakoulutuksen saaneilla painoindeksi on pienempi kuin vähemmän koulutuneilla. Työttömyyden on aikuisiällä huomattu lisäävän riskiä lihomiseen. Lapsen lihomisriskiä lisää vanhempien heikko sosioekonominen asema.

Lihomisen lisääntyminen johtuu eritoten työ- ja arkiliikunnan vähenemisestä. Ruokavaliollakin on vaikutusta lihomiseen. Suomalaisten ruokavalio on parantunut viimeisten vuosikymmenien aikana, mutta edelleen suomalaisten pitäisi käyttää enemmän kasviksia, marjoja ja hedelmiä sekä täysjyväviljaa. Syödyn ruoan määrään olisi hyvä kiinnittää huomioita sekä sokeripitoisia virvoitusjuomia, makeisia ja alkoholia tulisi välttää, sillä niiden kulutus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä. (Männistö ym. 2012.)

2.3 Lihavuuden terveysriskit

Lihavuus altistaa monille sairauksille ja oireyhtymille sekä lisää kuoleman riskiä. Riski sairastua kasvaa lihavuuden määrän lisääntyessä sekä erityisesti vyötäröpainotteisessa ja varhain alkaneessa lihavuudessa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.) Lihavuus lisää erityisesti riskiä kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. Tutkimuksissa lihavuuden, erityisesti keskivartalolihavuuden, on todettu altistavan sepelvaltimotaudille. Lihavilla on normaalipainoisiin verrattuna yli kaksinkertainen riski verenpaineen kohoamiseen. Sairaanloinen lihavuus on yhdistetty suurentuneeseen äkkikuoleman riskiin, sillä sairaanloisen lihavilla riskiä lisäävät sydämen rytmi- ja johtumishäiriöt, sydämen vajaatoiminta, keuhkojen hypoventilaatio-oireyhtymä sekä uniapnea. (Mustajoki ym. 2006, 27-29).

Metabolinen oireyhtymä on keskivartalolihavuuden aiheuttama aineenvaihduntaan liittyvä oireyhtymä. Siinä vyötärön ympärys ylittää miehillä 94cm ja naisilla 80cm. Metabolisen oireyhtymän määritelmän mukaan kohonneen vyötärön ympäröityä lisäksi henkilöllä on todettu kaksi seuraaviksi luetelluista muutoksista: henkilön veren triglyseridien eli veren rasvojen määrä on suurentunut, veren hyvän kolesterolin määrä on pienentynyt, verenpaine on koholla tai henkilön sokeriaineenvaihdunta on häiriintynyt. Metabolista oireyhtymää esiintyy yli kolmasosalla suomalaisista miehistä ja yli neljäsosalla suomalaisnaisista (Mustajoki 2015.)

Yksi eniten altistavista tekijöistä 2 tyypin diabetekselle on lihavuus. Varsinkin keskivartalolihavuuden on huomattu olevan 2 tyypin diabeteksen vaaratekijä. Tyypin 2 diabeetikoista 80-90 prosenttia ovat lihavia. Vaaratekijänä lihavuus korostuu varsinkin silloin, jos henkilöllä on perinnöllinen alttius tyypin 2 diabetekseen. (Mustajoki ym. 2006, 33-34.)

Eräiden mahasuolikanavan sairauksien riski kasvaa lihavilla. Lihavilla henkilöllä on 2-6 kertainen riski saada sappikiviä, ja riski kuolla sappikivitautiin on kasvanut. Riskit ruokatorven refluksitautiin ja maksan rasvoittumiseen ovat suuremmat. Lihavuuteen liittyvää maksan rasvoittumista on jopa 75 prosentilla lihavista. Se on alkoholista riippumatonta ja paranee laihtumisen kautta. (Mustajoki ym. 2006, 34.)

Lihavuudella on vaikutusta nivelten toimintaan. Se lisää selvästi riskiä polven nivelrikkoon, ja sillä on yhteys lonkan nivelrikkoon, jalkaterän ja käden pikkunivelten nivelrikkoon sekä kiihtiin. (Mustajoki ym. 2006, 35.)

Lihavilla hapenkulutus ja hiilidioksidin tuotto sekä minuuttiventilaatio ja hengitykseen tarvittava työmäärä ovat suurentuneet. Lihavuus vaikuttaa keuhkojen kokonaiskapasiteetin pienemiseen, sillä se huonontaa rintakehän liikkeitä ja hengityslihasten toimintaa. Obstruktiivisessa uniapneassa henkilö kuorsaa nukkuessaan ja saa hengityskatkoksia. Obstruktiivinen

uniapnea on yleinen sairaus lihavilla ja sen hoitona käytetään laihtutusta. (Mustajoki ym. 2006, 34-35.) Tutkimuksissa lihavuuden on huomattu olevan astman riskitekijä. Painoindeksin ollessa yli 30, riski sairastua astmaan on noin kaksinkertainen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.)

Monien syöpätautien riski on suurempi lihavilla henkilöillä. Naisilla lihavuus lisää kohdun runko-osan, kohdunkaulan, rintojen, munasarjojen, sappirakon ja sappiteiden sekä munuaisten syöpää. Syiksi rintasyövän ja munasarjasyövän lisääntyneeseen riskiin pidetään lihavuuteen liittyviä hormonaalisia muutoksia. Miehillä lihavuus lisää paksusuolen, peräsuolen, eturauhasen sekä munuaisten syövän vaaraa. (Mustajoki ym. 2006, 25 & 35.)

Lihavilla naisilla tavataan enemmän hirsutismia eli poikkeavaa karvoitusta, kuukautishäiriöitä sekä munasarjojen rakkulatautia. Munasarjojen rakkulatautiin liittyy usein hedelmättömyyttä. Miehillä lihavuus voi olla yhteydessä hypogonadismiin, jossa testosteronin pitoisuus elimistössä on pienentynyt ja naissukuhormonien pitoisuudet suurentuneet. Sekä naisilla että miehillä lihavuus kasvattaa riskiä iho-oireisiin ja ihosairauksiin, kuten strioihin eli arpimuodostumiin, lisääntyneeseen märkäpaiseiden muodostukseen, ihon sieni-infektioihin ja muihin pinnallisiin ihovaurioihin. Lihavuus voi vaikeuttaa toimintakykyä, liikkumista ja tapaturma-alttiutta sekä lisätä leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Mustajoki ym. 2006, 36.)

2.4 Lihavuuden psykologiaa

Lihavuuteen liittyvät ongelmat voivat aiheuttaa psyykkisiä pulmia, ja psyykkiset ongelmat voivat johtaa liikapainon kertymiseen (Mustajoki 2008, 102-104). Tutkimustulokset lihavuuden ja psyykkisten ongelmien yhteyksistä ovat ristiriitaisia (Mustajoki ym. 2006, 119). Haukkalan (2002, 45-47) tutkimuksessa masennusoireilla havaittiin yhteys painoindeksiin perustuvaan lihavuuteen sekä suurempaan keskivartalolihavuuteen. Svärdin, Lyytikäisen, Roosin, Lallukan, Rahkosen ja Lahelman seurantatutkimuksessa (2001) 40-60-vuotiaiden työntekijöiden lihavuudella ei todettu olevan yhteyttä heikentyneeseen psyykkiseen toimintakykyyn. Mäkisen (2015, 61-62) tutkimuksessa 14-15-vuotiailla ylipainoisilla ja lihavilla nuorilla psykologinen toimintakyky oli yhtä hyvä kuin normaalipainoisilla, mutta heillä oli normaalipainoisiin nuoriin verrattuna huomattavasti useammin vääristyneitä ruokailutottumuksia, kehonkuvaongelmia sekä kliiniseen syömishäiriöön viittaavia oireita.

Viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana lihavuuteen on alettu suhtautumaan kielteisesti. Tätä ennen lihavuutta jopa tavoiteltiin ja sitä pidettiin merkinä hyvinvoinnista. Useat lihavat ihmiset kokevat syrjintää ja ennakkoluuloja läpi elämän. Heihin saatetaan liittää monia negatiivisia henkisiä ominaisuuksia, kuten laiskuus, heikkotahtoisuus ja tyhmyys. Negatiivinen

asenne alkaa jo lapsuudessa. (Mustajoki 2008, 102-104.) Latnerin & Stunkardtin (2003) tutkimuksen mukaan lapset valitsevat leikkiverieikseen mieluummin hoikempia kuin lihavampia lapsia.

Laajan syrjinnän vuoksi moni lihava kokee tyytymättömyyttä itseään kohtaan. Lihavat arvioivat keskimäärin itsensä 10 prosenttia isommaksi kuin todellisuudessa ovat. Tämä vääristynyt koon ja ulkonäön kuva on tyypillistä erityisesti lihavilla nuorilla naisilla, joiden itsetunto on heikko. (Mustajoki ym. 2006, 121.) Kotisaaren, Punnoson, Ågrenin & Viinamäen (2003, 2519) mukaan nuoret naiset pohtivat elämässään paljon omaa itseään sekä kokevat ongelmaksi hahmottaa omaa kehoaan. Mielenterveyden ongelmat voivat olla sidoksissa oman itsensä hahmutusongelmiin ja heijastua syömishäiriökäyttäytymiseen ja painon hallinnan ongelmiin. Kotisaaren ym. (2003, 2520-2524) tutkimuksessa Kuopion Yliopiston naisopiskelijoista 25 prosenttia yritti laihduttaa. Laihduttavista opiskelijoista 61 prosenttia oli painoindeksiltään normaalipainoisia ja laihduttavista ylipainoisia oli 35 prosenttia. Tutkimuksessa masennusoireet eivät olleet yhteydessä ylipainoon, mutta laihduttavilla opiskelijoilla oli enemmän masennusoireita, psyykkistä kuormittuneisuutta ja itsetuhoisia ajatuksia kuin niillä, jotka eivät laihduttaneet.

Lihavat selviävät lihavuuteen liittyvästä syrjinnästä erilaisten selviytymisstrategioiden avulla. Henkilö saattaa välttää tilanteita, joissa lihavuus saa aikaan negatiivisen ilmapiirin. Hän voi mukautua tilanteeseen jättämällä oman lihavuutensa huomioita tai kieltää sen kokonaan. Lihava henkilö voi kyseenalaistaa lihavuuteen liittyvän negatiivisen kuvan yhteiskunnassamme odottaen ilmapiirin tulevan hyväksyväksi. Jotkut lihavat selviytyvät yrittäen kompensoida sosiaalista syrjintää pärjäämällä jollakin muulla elämänalueella erityisen hyvin. Joillekin on tyypillistä sopeutua yhteiskunnan luomaan ilmapiiriin käyttäytymällä ulkoisten odotusten mukaisesti. (Mustajoki ym. 2006, 121- 122.)

Mielenterveyden häiriöillä on yhteys moniin epäterveellisiin elämäntapoihin. Niistä kärsivät tupakoivat ja käyttävät päihteitä enemmän sekä liikkuvat vähemmän, jolloin riskit moniin somaattisiin sairauksiin kasvavat. (Korkeila & Korkeila 2008, 275-280.) Puolet vaikeita mielialahäiriöitä sairastavista ja psykoosisairaista ovat ylipainoisia (Koponen & Lappalainen 2015, 578). Ylipainoisuus liittyy useisiin mielenterveyden häiriöihin, sillä vähäinen liikunta ja lääkityksen epäedulliset metaboliset vaikutukset aiheuttavat painon nousua (Korkeila & Korkeila 2008, 275- 280). Koposen & Lappalaisen (2015, 578) mukaan psyykkisesti sairailta painonnousua aiheuttavat virheelliset liikunta- ja ruokailutottumukset sekä psyykelääkkeiden käyttö. Korkeilan & Korkeilan (2008, 275- 280) mukaan nuoruusiän ylipainon on tutkimuksissa huomattu altistavan aikuisiässä masennukselle. Mielenterveyshäiriöihin liittyvä stressi voi altistaa elimistön metabolisille muutoksille sekä vatsaontelonsisäiseen lihavuuteen.

3 Työterveyshuolto

3.1 Työterveyshuolto Suomessa

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työterveyshuollon tarkoitus on edistää työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, parantaa työyhteisön toimintaa sekä ehkäistä sairauksia ja tapaturmia, jotka liittyvät työhön. Työntekijöidensä terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn lisääminen kuuluvat työterveyshuollon tehtäviin. Työantajalla on vastuu työterveyshuollon järjestämisestä. Sen suunnittelua, toteuttamista, kehittämistä ja seurantaan harjoittavat pätevoityneet ammattihenkilöt ja asiantuntijat. (1383/2001.)

Hyvään työterveyshuoltokäytäntöön sisältyy työolosuhteiden ja työn terveellisyyden sekä turvallisuuden kartoittaminen ja arviointi. Jokaisella työntekijällä on oikeus työperäisten terveysvaarojen, terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn selvittämiseen, arviointiin ja seurantaan. Tarvittaessa työterveyshuollossa tehdään toimenpide-ehdotuksia sekä seurataan niiden täyttöö panna. Työntekijällä on oikeus saada tietoa, ohjausta ja neuvontaa sekä hänen henkilökohtaiseen terveyteen liittyvistä asioista että työhön liittyvistä terveydellisistä asioista. Työterveyshuoltolain mukaan vajaakuntoisen työntekijän työssä pärjäämistä tulee seurata ja edistää. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä osa työterveyshuollon toimenkuvaa. (1383/2001.)

3.2 Työterveyshoitajan työnkuva

Työterveyshoitajat ovat laillistettuja terveydenhoitajia, joilla on työterveyshuollon erikoiskoulutus tai he ovat suorittamassa erikoiskoulutusta kahden vuoden sisällä työtehtävään siirtymisestä. Työterveyshoitajan työ on monipuolista ja kokonaisvaltaista asiakaspalvelutyötä, joka perustuu terveyden edistämiseen. (Suomen työterveyshoitajaliitto ry.)

Työterveyshoitajan toimenkuvan perusteet pohjautuvat työterveyshuoltolakiin. Sen mukaan työyhteisöjen terveyden, työkyvyn, toimintakyvyn ja työntekijöiden terveyden edistäminen ja ylläpitäminen ovat työterveyshoitajan perustehtäviä. Työtehtävät voivat kohdistua joko työntekijään tai työpaikkaan. Tämän lisäksi työ sisältää muita tehtäviä, joiden tarkoitus on vahvistaa työntekijään ja työpaikkaan suunnattuja tehtäviä. (Juutilainen 2004, 56- 57.)

Työntekijään kohdistuviin tehtäviin kuuluvat terveystarkastusten pito. Työhön liittyy terveystarkastusten tarpeen määrittelyä sekä niiden etukäteissuunnittelua. Tarkastuksissa käydään läpi asiakkaan työ- ja toimintakykyä, työtä, työoloja sekä henkilökohtaista elämää ja terveyttä. Ohjaaminen ja tietojen antaminen ovat tärkeänä osana tarkastusta. Terveystarkastuksista saadut tulokset arvioidaan sekä mahdollisesti suosituksia ja lausuntoja voidaan kirjoit-

taa. Työterveyshoitajan tehtäviin kuuluu arvioida omaa työtään ja sen vaikuttavuutta sekä kehittää sitä eteenpäin. Työntekijään kohdistuvia työterveyshoitajan muita töitä ovat sairausvastaanotto toiminta, kuntoutukseen liittyvät toiminnot, hoitoonohjaus, ajanvaraustoiminta sekä puhelinneuvonta- ja ohjaus. Tarvittaessa työterveyshoitaja osallistuu kriisihoitoon muiden asiantuntijoiden kanssa sekä tekee muuta terveydenedistämistyötä, neuvontaa sekä yksilöohjausta. (Juutilainen 2004, 56- 57 & 113-121.)

Työpaikkaan suunnattuihin tehtäviin kuuluu tehdä tarjouspyyntöjä työpaikoille ja yrityksille sekä vastata niihin. Työterveyshuoltolain mukaan työnantajan ja työterveyshuollon tulee tehdä kirjallinen yhteistyösopimus työterveyshuollon järjestämisestä. Työterveyshoitaja käy neuvotteluja eri työpaikkojen ja yritysten kanssa sekä osallistuu sopimusten tekoon. Hän on mukana toimintasuunnitelmien teossa sekä tekee työpaikkaselvityksiä - ja käyntejä. Muita työpaikkaan kohdistuvia tehtäviä ovat erilaisiin kokouksiin osallistuminen, ryhmänohjaus, konsultointi, tiedotus, markkinointi, kouluttaminen, koulutuksen suunnittelu sekä osallistuminen työpaikan erityishankkeisiin. Työterveyshoitaja tekee Kelan korvaushakemuksia, ottaa osaa työpaikkojen terveyttä ja työkykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan sekä on mukana työpaikan ensiaputoiminnassa. Tehtäviä, jotka liittyvät sekä työpaikkaan että työntekijään ovat raportointi, laskutus, tilastointi, oman työn suunnittelu, hallinnolliset tehtävät, hankinnat ja välinehuolto sekä opiskelijoiden ohjaus. (Juutilainen 2004, 56-58 & 71-82.)

3.3 Työikäisten lihavuus Suomessa

Roos (2014, 7-8) on tutkinut Helsingin kaupungin työntekijöiden painon, painon vaihtelun, työkyvyn ja työolojen välisiä yhteyksiä keski-ikäisten työntekijöiden keskuudessa. 40-60-vuotiailla työntekijöillä 5-7-vuoden aikana noin neljäsosalla oli merkittävää painon nousua. Tutkimukseen osallistuvien työsuhteilla ei ollut merkittävää yhteyttä painonnousuun. Ainoastaan yötyöllä, runsaasti altisteita sisältävällä työllä sekä työllä, jossa oli fyysisen väkivallan uhkaa, nähtiin heikko yhteys painonnousuun. Tutkimuksessa painonnousulla ja lihavuudella nähtiin selvä yhteys sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyteen. Erityisesti lihavuus aiheutti tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuneita työkyvyttömyyseläkkeitä. Lihavuudella oli lievä yhteys mielenterveysyistä johtuneisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin.

Lallukan (2008) tutkimuksessa selvitettiin keski-ikäisten työntekijöiden työolojen yhteyttä lihavuuteen, lihomiseen, rintakipuoireisiin sekä terveyskäyttäytymiseen. Helsingissä tehtyä tutkimusta vertailtiin Britanniassa ja Japanissa tehtyihin työntekijätutkimuksiin. Tuloksista ei voitu tehdä johtopäätöksiä työolojen yhteydestä terveyskäyttäytymiseen, sillä yhteydet olivat heikkoja ja epä johdonmukaisia. Työväsämyksellä ja ylitöillä oli heikko yhteys painon nousuun ja rasistusrintakipuoireisiin. Kuormittavalla sekä passiivisella työllä nähtiin heikko yhteys liikumattomuuteen. Suoraan ei voida kuitenkaan sanoa, että työoloilla olisi vaikutusta lihavuuteen tai lihomiseen.

4 Puheeksi ottaminen

Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon peruseriaatteina on puuttua ongelmiin varhain ja ottaa ne puheeksi ajoissa (Haarala ym. 2015, 15). Ongelmiin pyritään puuttumaan jo ennen kuin terveysriskejä tai sairauksia on ehtinyt kehittymään. Tätä kutsutaan primaaripreventioksi. Terveydenhuollossa tärkeimpiä tapoja toteuttaa primaaripreventiota ovat rokotukset ja terveysneuvonta, kuten painonhallinta sekä ravitsemus- ja liikuntaneuvonta. Sekundaaritasolla tarkoituksena on estää sairauden huononemista pienentämällä tai poistamalla kokonaan riskitekijät. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Puheeksi ottamisen avuksi on kehitetty erilaisia malleja. Motivoiva haastattelu on terveyskeskustelun menetelmä, joka tukee asiakaskeskeistä puheeksi ottoa. Huolen puheeksi ottamisen menetelmä perustuu varhaiseen puuttumiseen ja huolen käsitteen riittävyteen puheeksi ottoon. Mini-interventio on malli, joka antaa terveydenhoitajalle konkreettisia välineitä ottaa asioita puheeksi. (Haarala ym. 2015, 87-153.)

4.1 Motivoiva haastattelu

Motivoivan haastattelun menetelmä on hyvin käytetty terveydenhoitajan työssä. Se perustuu asiakkaan sisäisen motivaation vahvistamiseen sekä asiakkaan auttamiseen muutosta kohti. Keskeistä on kiinnittää huomiota asiakkaan näkemyksiin kiinnostuksen kohteistaan ja huolitetaan. Terveydenhoitaja kannustaa asiakasta valitsemaan omat muutostavoitteensa sekä ottamaan vastuuta oman itsensä hoitamisesta lisäämällä asiakkaan luottamusta itseensä. Motivoiva haastattelu on dialogisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa toimintaa. Haastattelun kysymykset pyritään esittämään avoimesti, jotta asiakas voi pohtia kysymysten avulla omaa tilannettaan ja tuottaa itseään motivoivaa puhetta. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 114-117.)

Menetelmä perustuu neljään pääperiaatteeseen. Terveydenhoitaja ilmaisee empatiaa osoittamalla kiinnostusta, ymmärrystä sekä myötätuntoa asiakasta kohtaan. Hän osoittaa asiakkaalle ristiriidan nykyisen käyttäytymisen ja muutostavoitteen välillä sekä lempeästi voimistaa ristiriitaa. Mikäli asiakas kieltää ongelman tai vähättelee sitä, terveydenhoitaja kiertää vastarinnan ja yrittää selkiyttää asiakkaan omia näkemyksiä. Tärkeää on tukea asiakkaan uskoa muutostyöhön ja pitää yllä toivoa. (Haarala ym. 2015, 115-117.)

4.2 Huolen puheeksi ottamisen menetelmä

Huolen puheeksi ottamisen menetelmä on osa varhaisen puuttumisen kolmivaiheista toimintaa. Varhainen puuttuminen tarkoittaa aikaisin suoritettuja toimenpiteitä, kun ammattihenkilölle on noussut huoli yksilön tai perheen tilanteesta. Huolen puheeksi ottamisen menetelmä on kehitetty lastensuojelutyön piiriin, josta se on laajentunut niin neuvola- ja koulutyöhön

kuin työikäisten ja ikääntyneiden terveydenhuoltoon. Huolen puheeksi ottamisen menetelmässä huoli tunnistetaan, se otetaan puheeksi ja annetaan tukea. Menetelmässä korostetaan työntekijän tuntevan huolen riittävyttä puheeksi ottoon. (Haarala ym. 2015, 137- 141.) Kokemukset ja tulokset huolen puheeksi ottamisen menetelmästä, tukevat sen käyttökelpoisuutta (Eriksson & Arnkil 2009, 48-55).

Huolen puheeksi ottaminen voi olla haastavaa, sillä huolta aiheuttavat asiat ovat usein negatiivisia ja herättävät paljon tunteita. Haasteita aiheuttaa se, että tilanteet nähdään subjektiivisesti eli jokaisella työntekijällä on oma näkemyksensä asiakkaan tilanteesta. Objektiiivisen näytön puuttuessa, voi puheeksi ottaminen viivästyä. Huolen vyöhykkeistö on kehitetty puheeksi ottamisen avuksi, tarkoituksenaan rohkaista työntekijöitä matalalla kynnyksellä ottamaan huoli puheeksi. Huolen vyöhykkeistön avulla arvioidaan huolen vakavuutta ja toimenpiteiden tarpeellisuutta. (Haarala ym. 2015, 137- 141.)

Puheeksi ottamisen tueksi on kehitetty kolmiosainen lomake, joka sisältää valmiit kysymykset. Ensimmäisiä kysymyksiä mietitään, kun asiakkaan tilanne vaatii puheeksi ottamista. Ensin työntekijä pohtii mistä hän on huolissaan asiakkaan tilanteesta, mitä tapahtuu, jos huolta ei ota puheeksi ja kuinka suuri huoli on? Toista kysymyssarjaa pohditaan juuri ennen asiakkaan tapaamista. Työntekijä miettii, miten asiakas tulee kokemaan puheeksi otton: kokeeko asiakas työntekijän tukea antavana vai uhkaavana? Samassa kysymyssarjassa työntekijä pohtii asiakkaan voimavaratekijöitä, niistä kertomista sekä miten huoli ja yhteistyötoiveet otetaan esille. Tämän jälkeen puheeksi otto toteutetaan. Tilanteen jälkeen kolmannessa kysymyssarjassa työntekijä pohtii puheeksi otton toteutusta, tunnelmaa sen aikana ja puheeksi otton hyödyllisyyttä. (Eriksson & Arnkil 2009, 12-19.)

4.3 Mini-interventio

Mini-interventio eli 5A-menetelmä on malli, jonka avulla asiakkaan terveystyötytymiseen liittyviä ongelmia otetaan puheeksi. Ongelmaa käsitellään ohjaustilanteessa lyhyesti noin 2-5 minuutin ajan, jonka jälkeen asiakkaan kanssa tehdään päätös, tarvitaanko jatkotoimia ongelman ratkaisemiseksi vai onko ongelman puheeksi ottaminen riittävä keino. Mini-interventio sopii hyvin asiakkaalle, jonka terveyteen liittyvä ongelma ei ole vielä muuttunut tavaksi. Ohjausmalli soveltuu hyvin esimerkiksi nopeasti ylipainoa saaneille asiakkaille. Pitkäaikaisen ongelman hoitoon se ei useinkaan riitä ainoaksi hoitokeinoksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 100-101.)

Mini-interventiomalli pohjautuu hoitajan ja asiakkaan tasavertaiseen kumppanuuteen eli jaetun päätöksenteon malliin, joka sisältää viisi vaihetta. Arviointi-vaiheessa hoitaja arvioi asiakkaan terveystyötytymisen riskitekijät, motivaation, aikaisemmat kokemukset sekä uskomuk-

set ja tiedot terveysongelmasta. Tällä tavoin mini-interventio suunnataan asiakkaalle sopivaksi. Ohjaus-vaiheessa hoitaja ohjeistaa asiakasta selkeästi ja asiakkaan omaan tilanteeseen nähden antamalla tietoa asiakkaan terveyshaitoista sekä -hyödyistä. Sovi-vaiheessa yhdessä asiakkaan kanssa päätetään tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Auta-vaiheessa hoitaja tukee asiakkaan tavoitteiden saavuttamista sekä motivaation syntymistä. Asiakkaan kanssa tehdään toimintasuunnitelma jatkotoimenpiteistä. Suunnittele-vaiheessa järjestetään asiakkaalle jatkoseuranta ja tuki sopimalla jatkokäynneistä ja aikatauluista. (Kyngäs ym. 2007, 100-103.)

5 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata työterveyshoitajien näkemystä lihavuuden puheeksi ottamisen keinoista ja haasteista työterveyshuollossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa työterveyshoitajien keinoista ottaa lihavuus puheeksi sekä siitä, mitä haasteita lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa työterveyshoitajille.

Opinnäytetyön tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä keinoja työterveyshoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan lihavuus?
2. Mitä haasteita asiakkaan lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa työterveyshoitajille?

6 Tutkimusmenetelmä

6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tarkoituksena on ymmärtää työterveyshoitajien näkökulmaa lihavuuden puheeksi ottamiseen. Laadullisen terveystutkimuksen oleellisin piirre on induktiivinen päättely, jossa yksittäisistä tapauksista tehdään yleistyksiä. Tässä tutkimuksessa yksittäisistä työterveyshoitajien kokemuksista pyritään luomaan laajempi kuva lihavuuden puheeksi ottamisen menetelmistä ja haasteista. Tutkimustulokset ovat suuntaa-antavia pienen otoksen vuoksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22- 23.) Kvalitatiivinen tutkimus sopii parhaiten tämän opinnäytetyön tutkimusilmion ja tutkimusongelman kuvaamiseen ja tutkimiseen, sillä se tutkii ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä, motivaatioita ja näkemyksiä. Lähestymistapa kytkeytyy ihmisten asenteisiin ja uskomuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65- 66.)

Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytetään induktiivista sisällönanalyysia. Hoitotieteen kvalitatiivisissa tutkimuksissa sisällönanalyysi on hyvin käytetty menetelmä. Sen tarkoituksena on tiivistää aineistoa käsiteluokitusten, käsitejärjestelmien ja mallien kautta. Menetelmällä voidaan saada aikaan aineistojen kuvauksia sekä tavoittaa aineiston merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa aineistolähtöistä analyysia,

jossa saatu aineisto, ongelmanasettelu ja tutkimustehtävä ohjaavat aineiston analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 133-137.)

6.2 Haastattelu

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytetään yksilöhaastatteluja. Haastattelun osallistujat valittiin työterveyshoitajista, sillä heillä on todennäköisesti paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Työterveyshoitajan työnkuvaan kuuluu keskeisesti huomioida työntekijän työkykyyn vaikuttavat terveystottumukset, elämäntilanne sekä psykososiaalinen tilanne (Juutilainen 2004, 117). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskiössä eivät ole tutkittavien henkilöiden lukumäärä, vaan tutkimuksessa on kiinnostuttu tutkittavan omista kokemuksista, tapahtumista ja yksittäisistä tapauksista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110).

Haastattelumenetelmänä käytetään teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelumuotoa. Siinä aihealueet ja teemat ovat valmiiksi laadittuja, mutta haastattelutilanteessa kysymysten esiintymisjärjestys sekä kysymysten muotoilu voivat muuttua. Teemahaastattelussa pyritään selkeästi löytämään tutkimuskysymyksiin vastauksia, mutta korostetaan kuitenkin haastateltavien omia tulkintoja ja merkityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123- 126.)

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelussa on neljä valmiiksi laadittua kysymystä työterveyshoitajille:

1. Milloin työterveyshoitajan on aihetta ottaa puheeksi asiakkaan lihavuus?
2. Millä keinoin otatte puheeksi asiakkaan lihavuuden?
3. Mitä haasteita asiakkaan lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa teille?
4. Oletteko kokeneet lihavuuden puheeksi ottamisen hyödylliseksi?

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö tehtiin Diacorin kanssa yhteistyössä. Saatekirje (Liite 1) lähetettiin Diacoriin syksyllä 2016. Yhteistyösopimus allekirjoitettiin 17.1.2017, jolloin käytiin tarkemmin läpi opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja toteutus. Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin haastatteluina. Tutkimukseen osallistui 5 Diacorissa työskentelevää työterveyshoitajaa Diacorin kolmesta eri toimipisteestä.

Haastateltavat valittiin Diacorissa vakituisesti työskentelevistä työterveyshoitajista, joilla oli monen vuoden työkokemus työterveyshoitajan tehtävistä. Haastattelut toteutettiin yksilö-

haastatteluina henkilökohtaisesti sovittuina aikoina 25.1. - 21.2.2017 välillä. Ennen haastatteluja osallistuville kerrottiin opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, keskeiset käsitteet sekä toteutus. Jokainen työterveyshoitaja allekirjoitti suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (Liite 2). Ennen haastattelua ja haastattelun aikana työterveyshoitajilla oli näkyvillä paperi (Liite 3), josta kävi esille haastattelukysymykset sekä lihavuuden määrittely tässä opinnäytetyössä.

Haastattelut kestivät seitsemästä minuutista puoleen tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin auki. Nauhoitukset hävitettiin aineiston analyysivaiheen jälkeen. Litteroitua tekstiä syntyi 12 sivun verran. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin sekä jaettiin ala- ja yläluokkiin kunkin haastattelun kysymyksen sekä tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimuskysymyksiin liittymätöntä, haastatteluista saatua tietoa hyödynnettiin pohdinnassa.

7.1 Aikataulu



Kuvio 1: Opinnäytetyön aikataulu

7.2 Tiedonhaku

Tietoa opinnäytetyöhön etsittiin pääosin sähköisesti ja jonkin verran manuaalisesti. Sitä haettiin manuaalisesti Laurea-ammattikorkeakoulun kirjastosta sekä Helsingin ja Espoon kaupunginkirjastoista. Tiedonhaussa käytettiin Laurea Finna ja Helmet tiedonhakupalveluita. Sähköistä materiaalia etsittiin Duodecim terveyskirjastosta, Julkari-julkaisuarkistosta, Cinahl-artikkelitietokannasta sekä Medic tietokannasta, joka on Helsingin yliopiston terveystieteiden artikkeliviite- ja kokotekstitietokanta. Tieteellisiä julkaisuja löytyi Google Scholarin kautta. Hakutaulukkoa (Liite 4) käytettiin tiedonhaun apuna.

Internet-lähteistä käytettiin vain virallisia kanavia. Tiedonhakuja rajattiin koskemaan vuoden 2000 jälkeisiä julkaisuja. Haussa käytettiin sanoja lihavuus, ylipaino, mielenterveys, psyyke, puheeksi ottaminen ja motivoiva haastattelu. Englannin kielisessä haussa käytettiin hakusanoja obesity, mental health ja bring up. Tiedonhauilla pyrittiin löytämään vastauksia asiasanojen määrittelyyn sekä tutkimuskysymyksiin. Hakutulokset käytiin läpi ensin otsikoiden perusteella, sitten tiivistelmän ja lopuksi koko tekstin perusteella. Opinnäytetyöhön valikoitui 12 tutkimusta, jotka jäsennettiin tutkimustaulukossa (Liite 5).

7.3 Yhteenvedo

Opinnäytetyöprosessiin kuului yhteenvedon eli tiivistelmän tekeminen (Liite 7) Diacorin käyttöön. Tiivistelmässä selostetaan olennainen tieto tutkimuksesta sekä sen tarkoituksesta, menetelmistä ja saaduista tuloksista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 245). Yhteenvedo tehtiin suunnatusti Diacorin henkilökunnan käyttöön ja siihen pyrittiin sisällyttämään kaikki olennainen tieto opinnäytetyöstä. Sen pituus oli 2 sivua. Yhteenvedon tekemiseen käytettiin apuna tieteellisen artikkelin kirjoitusohjeita (Hirsjärvi ym. 2007). Yhteenvedon otsikko oli sama kuin opinnäytetyössä. Tutkimuksen taustaa selvennettiin lyhyesti ja informatiivisesti. Opinnäytetyön tarkoitus kuvattiin tutkimuskysymysten avulla ja käytetyt menetelmät kerrottiin. Saadut tulokset kuvattiin sekä kirjallisesti että kahden analyysitaulukon avulla. Pohdinnassa pyrittiin kuvailemaan tuloksia ja tuomaan esille tulosten yhteys aikaisempiin tutkimuksiin. Lopussa kerrottiin opinnäytetyön saatavuus Theseus-tietokannasta.

8 Tulosten esittely

8.1 Työterveyshoitajan keinot ottaa lihavuus puheeksi

Työterveyshoitajien keinoja ottaa lihavuus puheeksi ovat painoindeksi, terveydelliset ongelmat, tiedon anto ja asiakaskeskeisyys. Taulukossa 2 on kuvattu analyysin tulokset keinoista ottaa lihavuus puheeksi.

Alaluokka	Yläluokka
Painoindeksin ylittäessä tietty raja	Painoindeksi
Laboratoriotuloksissa on poikkeavuuksia Lihavuuteen liittyviä sairauksia	Terveydelliset ongelmat
Lihavuudesta kertominen Terveysriskeistä kertominen	Tiedon anto
Hienovarainen käytös Avoimet kysymykset	Asiakaskeskeisyys

Taulukko 2: Työterveyshoitajien keinot ottaa lihavuus puheeksi

Lihavuus otetaan puheeksi työterveyshoitajien mukaan painoindeksin perusteella. Mikäli painoindeksi ylittää tietyn rajan, on puheeksi ottaminen aiheellista. Useimmat työterveyshoitajat pitävät painoindeksirajana kolmeakymmentä, joku ottaa jo lievemmän ylipainon puheeksi.

”Se on sillon luontevaa, jos katotaan se painoindeksi ja siinä niinku katotaan et paljonko se paino tällä hetkellä on.”

”Kun painoindeksi on tosiaan siellä lähellä kolmeakymmentä tai yli kolmeakymmentä”

Työterveyshoitajat käyttävät puheeksi ottamisessa apuna tiedon antamista asiakkaalle. He kertovat asiakkaalle mitä lihavuudella tarkoitetaan. Paino saatetaan punnita vastaanotolla tai sitä on voitu kysyä ennalta terveystarkastuksessa. Kaikki haastateltavat työterveyshoitajat huomioivat vastaanotolla painoindeksin jollain tavalla.

”Ja kuitenkin tuoda niinku nää faktat niinku pöytään.”

”Mä näytän vielä sen painoindeksin hänelle ruudulta, et sun painoindeksi on nyt yli kolmeakymmentä ja sanon, että kyseessä on lihavuus.”

Puheeksi ottaminen on tärkeää, mikäli asiakkaalla on terveydellisiä ongelmia, joihin lihavuus vaikuttaa. Näistä ongelmista mainitaan muun muassa korkea verenpaine. Sairaudet ja elämäntavat ovat sekä syy ottaa lihavuus puheeksi, että keino puheeksi ottoon. Työterveyshoitajat antavat tietoa näistä ongelmista, mutta myös käyvät asiakkaan kanssa dialogia keskustellen terveydellisistä ongelmista.

”Me voidaan vaan tuoda asiakkaalle ilmi, et ylipaino tai liikalihavuus voi aiheuttaa jotain tiettyä sairautta.”

”Liitännäissairauksien tai niiden ehkäsyn kautta sellasia, et sä pystyt helposti sen asian viemään sinne.”

Terveydelliset ongelmat näkyvät usein laboratoriotulosten kautta. Työterveyshoitajat ottavat lihavuuden puheeksi, mikäli henkilön laboratoriarvot ovat poikkeavia. Laboratoriarvoista erityisesti mainitaan kohonneet kolesteroliarvot sekä kohonnut verensokeri.

”Havaitaan et esimerkiksi laboratoriotuloksissa on jotain poikkeavuuksia.”

”Joskushan on niinku labravastaukset valmiina ja siellä saattaa olla jotkut arvot koholla, esimerkiksi kolesteroliarvot saattaa olla, joko verensokeri koholla.”

Työterveyshoitajat ottavat puheeksi lihavuuden elämäntapatekijöihin liittyen. He ottavat sen esille puhuessaan esimerkiksi epäterveellisistä ruokailutottumuksista, liikkumattomuudesta ja mieliala-asioista.

”Me käydään terveystarkastukses paljon ruokavaliota läpi. Jos sieltä nousee jotain sellasta niin sen kauttaki voi ottaa.”

”Voi olla et se liittyy vaikka liikkumattomuuteen tai sitte mieliala-asioissakin.”

Työterveyshoitajat kokevat tilanteissa tärkeäksi asiakaskeskeisyyden. Hienovarainen käytös ja varovaisuus puheeksi otossa ovat tärkeitä, sillä lihavuus voi olla monille herkkä asia. On hyvä olla neutraali, mutta hyväksyvä asiakkaan kohtaamistilanteissa. Tavoitteena on kuulla asiakasta eikä tuomita tai leimata ihmistä tietynlaiseksi.

”No aika hienovaraisesti mä yleensä otan sen puheeks, et en tota, en töksäytä, että oletpa sinä lihava tai läski.”

”et siin pitää olla aika semmonen korrekti.”

Avoimien kysymysten esittäminen asiakkaalle on työterveyshoitajien keino ottaa lihavuus puheeksi. Niiden avulla asiakas saa itse kertoa oman näkemyksensä asiasta. Kysymyksissä haetaan vastauksia siihen, miten asiakas kokee oman painonsa, mitä hän ajattelee itsestään ja haluaako hän ylipäättänsä muutosta.

”Ehkä ensimmäinen kysymys on se, että mitä itse ajattelet asiasta?”

”Siin on se, että pyritään niinku kuulee asiakasta - voidaan kysyä, mitä hän haluaisi tehdä tai mitä hän ajattelee tästä tilanteesta? Mitä voisi tehdä ja mikä on se hänen oma, oma niin kun ajatus tässä tilanteessa.”

8.2 Lihavuuden puheeksi ottamisen haasteet työterveyshuollossa

Työterveyshoitajat kokevat lihavuuden puheeksi ottamisessa haasteita asiakkaan vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa. Taulukossa 3 on kuvattu analyysin tulokset puheeksi ottamisen haasteista.

Alaluokka	Yläluokka
Asiakkaan oman kokemuksen huomioiminen	Vuorovaikutus asiakkaan kanssa
Työterveyshoitajan ammatilliset rajat	

Taulukko 3: Työterveyshoitajan puheeksi ottamisen haasteet

Puheeksi ottamisessa tulisi työterveyshoitajien mukaan huomioida asiakkaan oma kokemus tilanteesta. Haasteita voi herätä, mikäli asiakas kokee painostaan puhumisen herkkänä asiana. Asiakasta ei haluta loukata, joten on tärkeää, miten lihavuuden ottaa esille. Haasteita voivat aiheuttaa jokaisen asiakkaan yksilölliset erot. Lihavuutta ei voi ottaa puheeksi kaikkien kanssa samalla tavalla.

”Täytyy aina vähän tunnustella sitä, et miten se ihminen ite kokee sen.”

”Varmaan just se ehkä se hienovaraisuus tai ehkä se, et en tietenkään haluu et kukaan loukkaantuu.”

Vuorovaikutukseen liittyviä haasteita nähdään myös työterveyshoitajan ammatillisten rajojen hakemisessa. Osa kokee haasteeksi vetää raja asiakkaan kunnioittamisen ja oman ammatillisuuden välillä. Ohjausta ja neuvontaa tulisi ammatin puolesta antaa, mutta kuitenkin asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa ja käydä hänen kanssaan aitoa tasavertaista dialogia.

”Olla semmonen kumppani, mut kuitenkin sit pitäis olla asiantuntija.”

”Asiakkaan kunnioittamisen ja sen oman ammatillisen rajan vetämisen.”

Työterveyshoitajista kaksi eivät henkilökohtaisesti koe lihavuuden puheeksi ottamista haasteellisena, mutta kuvaavat kuitenkin lihavuuden puheeksi ottamisen yleisiä haasteita työterveyshoitajan työssä.

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa työterveyshoitajat ottivat lihavuuden puheeksi painoindeksin perusteella. Jokainen työterveyshoitaja kiinnitti painoindeksiin jollain tavalla huomiota. (Mustajoen 2006, 1256-1257) mukaan lihavuuden puheeksi otto on luontevaa varsinkin vastaanottokäynneillä ja terveystarkastuksissa, joissa punnitseminen kuuluu osaksi potilaan kliinistä tutkimista. Lasten painonhallinnan puheeksi otto tapahtuu Junnon (2016, 26) mukaan kasvukäyrien kautta. Pituuden ja painon suhdeluvun avulla voidaan ottaa painonhallinta-asiat puheeksi.

Lihavuus otettiin huomioon, mikäli asiakkaalla oli lihavuuteen yhteydessä olevia terveydellisiä ongelmia, jotka näkyivät muun muassa poikkeavina laboratorioarvoina. Mustajoen (2006, 1256-1257) mukaan potilaan lihavuus tulisi ottaa puheeksi ainakin silloin kun potilaalla on lihavuuteen liittyvä sairaus, jonka hoitoon laihduttaminen auttaisi. Kriteerinä puheeksi ottoon voidaan pitää myös suurentunutta riskiä lihavuuden aiheuttamille sairauksille. Vaikeassa lihavuudessa (painoindeksi yli 35) tai lievemmässä lihavuudessa (painoindeksi yli 25), johon liittyy yötärölihavuutta, riskit lihavuuden aiheuttamiin sairauksiin ovat kohonneet.

Työterveyshoitajat ottivat lihavuuden puheeksi keskustellessaan elämäntapatekijöistä, kuten ruokailutottumuksista. Junnon (2016, 26) mukaan neuvolassa jokaisella vastaanotolla keskustellaan ravintoasioista, joka avaa keskustelun painonhallinnasta.

Puheeksi ottamisessa painotettiin hienovaraista käytöstä. Mustajoen (2006, 1257) mukaan potilaan lihavuus tulisi ottaa puheeksi hienovaraisesti potilasta kunnioittaen. Suoraa toteamusta potilaan lihavuudesta tulisi välttää, sillä se voi tuoda potilaalle tunteen, että hänet luokitellaan tietynlaiseksi ihmiseksi. Autoritaarista menetelmää ei suositella, sillä se ei edistä potilaan motivaatiota.

Työterveyshoitajat ottivat lihavuuden puheeksi avointen kysymysten avulla. Mustajoen mukaan (2006, 1257) avoimet kysymykset ovat hyvä keino ottaa lihavuus puheeksi: ”Mitä ajatte-

lette painostanne?”, Mitä tiedätte ylipainon vaikutuksista terveyteen?” tai ”Sopiiko, että keskustelemme hetken ylipainosta?”. Junnon (2016, 27) tutkimuksessa lasten painonhallinnan puheeksi ottamista edistävät avoimet kysymykset sekä kannustava ja empaattinen lähestymistapa.

Asiakkaan kohtaaminen asetti työterveyshoitajille haasteita. Blackburnin, Stathin, Keoghin & Ecclestonin (2015) Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa yleislääkärit ja perusterveydenhuollon hoitajat kokivat, että epävarmuus puheeksi ottamisen ajankohdasta ja keinoista sekä pelko negatiivisista seuraamuksista estää heitä ottamasta painoa puheeksi. Huolta aiheuttivat puheeksi ottamisen vaikutukset potilaan tunteisiin ja hänen käyttäytymiseen puheeksi oton jälkeen. Halu säilyttää positiivinen ilmapiiri, hyvä yhteistyösuhde ja hyvä ammatillinen maine estivät ammattilaisia ottamasta painoa puheeksi.

Haasteita nähtiin asiakkaan yksilöllisten erojen vuoksi. Työterveyshoitajat kokivat haasteelliseksi asiakkaan reaktion ennakoimattomuuden. Hännisen (2010, 57-60) tutkimuksessa vaikeasti lihavat selittivät lihavuuttaan eri tavoin. Tutkimuksesta kävi ilmi neljä selitysmallia lihavuuden syille. Vaikeasti lihavat selittivät lihavuutensa johtuvan elintapatekijöistä, jotka koostuivat syömiseen, juomiseen ja liikkumiseen liittyvistä valinnoista. Lihavuutta selitettiin sairauksilla, lääkkeillä tai hoidolla eli lääketieteellisistä syistä johtuvaksi. Jotkut mielsivät lihavuuden aiheutuvan psyykkis-emotionaalisista ja jotkut sosiokulttuurisista syistä.

Kaikki haastatteluun osallistuvista työterveyshoitajista eivät pitäneet lihavuuden puheeksi ottamista henkilökohtaisesti haasteellisenä. Huolen puuttumisen menetelmässä huoli on aihe ottaa puheeksi jokin asiakkaan ongelma. On hyvin yksilöllistä minkälaisen huolten käsittely on vaikeaa terveydenhoitajille, sillä jokaisella on oma elämänselämänsä historia, omat arvot sekä asenteet, joiden pohjalta jokainen tekee työtään. (Haarala ym. 2015, 137-138.)

Jokainen haastatteluun osallistuva työterveyshoitaja piti lihavuuden puheeksi ottamista hyödyllisenä. Heillä oli paljon positiivisia kokemuksia painonhallinnan puheeksi ottamisen vaikutavuudesta. Lihavuuden puheeksi ottaminen oli avannut keskusteluyhteyden elämäntapojen terveellisyydestä ja mahdollisesta laihduttamisesta. Elämäntapamuutokset olivat työterveyshoitajien kokemusten mukaan johtaneet muun muassa kolesteroliarvojen paranemiseen, diabeteksen ehkäisemiseen, vireyden lisääntymiseen sekä sosiaalisen elämän, mielenterveyden ja kokonaisvaltaisen elämäntapojen hallinnan paranemiseen. Työterveyshoitajat toivat esille, että puheeksi ottaminen ei välttämättä vaikuta juuri siinä hetkessä ja tämän hetkessä elämäntilanteessa, mutta asiakas voi jäädä miettimään asiaa ja myöhemmin saada puheeksi ottamisesta sykkäksen esimerkiksi laihduttaa.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin eli uskottavuuden sekä validiteetin eli siirrettävyyden kautta. Tämän tutkimuksen teki uskottavaksi aineiston ja tulosten tarkka kuvaus. Taulukoinnit ja liitteet tukivat analyysivaiheiden esittelyä. Siirrettävyys tässä opinnäytetyössä taattiin kuvaamalla tutkimuskonteksti, osallistujien valinta ja taustat sekä aineiston keruu ja analyysi tarkkaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsivät työterveyshoitajien suorien lainauksien käyttö tutkimustuloksia esitellessä. Suorien lainauksien käytössä huolehdittiin tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin säilymisestä. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta vähensi yksin työskentely. Tässä vaarana oli holistinen harhaluulo, jossa tutkija tulee omalle tutkimukselleen sokeaksi. Riskinä oli tekijän ennako-olettamuksen vaikutus tutkittavaan ilmiöön, mutta työn edetessä ennako-oletuksia pyrittiin tunnistamaan niin etteivät ne johdatelleet tutkimusta. Uhkana tutkimuksessa oli tutkimusotoksen pienuus ja johtopäätösten tuottaminen pienestä määrästä materiaalia. Johtopäätökset pyrittiin keräämään koko aineiston pohjalta yhteneväisten mielipiteiden perusteella. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastauksia saatiin hyvin. Toisen tutkimuskysymyksen tulokset jäivät suppeiksi tutkimusotoksen pienuuden ja eriäväisten vastaus-ten takia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Hoitotieteen tutkimusetiikan mukaisesti tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja perustua osallistujan tietoiseen suostumukseen. Haastattelututkimusta ennen osallistujat saivat suullista ja kirjallista tietoa opinnäytetyöstä sekä allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuksessa osallistuvien itsemääräämisoikeutta sekä vapaaehtoisuutta korostettiin. Työterveyshoitajilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen sen joka vaiheessa. Oikeudenmukaisuus osallistujien valikoitavuudessa on tutkimuseettisesti tärkeää. Päätöksen tutkimukseen osallistumisesta teki jokainen työterveyshoitaja itse. Osallistuvat työterveyshoitajat valittiin Diacorin eri toimipisteistä, jotta heidän anonymiteetti säilyisi. Anonymiteetin säilymiseksi tutkimusaineisto säilytettiin tietokoneessa salasanalla suojattuna ja haastattelunauhoitusten nimet merkittiin numeroilla. Plagioinnin välttämiseksi opinnäytetyössä asiansisältöihin viitattaessa lauseet muokattiin eri muotoon, asialliset lähdeviitteet merkittiin sekä suorat lainaukset laitettiin sitaattimerkkien sisäpuolelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219-221.)

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Lihavuuden puheeksi ottamisen aihepiiriä voisi syventää tutkimalla asiakkaiden näkökulmaa aiheeseen. Kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin asiakasnäkökulman kuvaamiseen, sillä sen avulla voidaan koota tietoa ihmisten omasta kokemuksesta ja lisätä ymmärrystä tutkittavasta

asiasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74). Jatkotutkimuksena ehdotan tutkia asiakkaiden kokemusta lihavuuden puheeksi ottamisesta. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotan tutkimusta lihavuuden puheeksi ottamisen hyödyistä. Seurantatutkimuksen avulla olisi mielenkiintoista tutkia lihavuuden puheeksi ottamisen hyötyjä, vertaillen ryhmiä, joissa lihavuus on otettu puheeksi ja ryhmiä, joissa aihe on jätetty huomioimatta.

Lähteet

- Blackburn, M., Stathi, A., Keogh, E. & Eccleston, C. 2015. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. University of Bath. Bath. Viitattu 20.3.2017. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/8/e008546>
- Diacor terveystalvet Oy. Diacor pähkinäkuoressa. Luettu 23.3.2017. <https://www.diacor.fi/yritys/diacor-pahkinankuoressa>
- Eriksson, E. & Arnkil T. 2009. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveystalvetajan osaaminen. 2., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell.
- Haukkala, A. 2002. Depressive symptoms and hostility in relation to socioeconomic status, smoking cessation, and obesity. Academic Dissertation. University of Helsinki. Department of Social Psychology. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Hänninen, S. 2010. Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihaviem ihmisten kokemana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto, terveystieteen laitos. Tampere.
- Junno, U. 2016. Lapsen painonhallinnan puheeksi ottaminen ja tukeminen neuvolatyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita Prima.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kaukua, J. 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Duodecim 2006, 122, 1215-1224.
- Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Duodecim 2015, 131, 577-582.
- Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Mielenterveyspotilaiden somaattista sairastuvuutta on mahdollista vähentää muuttamalla elintapoja. Lääkäri-lehti 4/2008, 63, 275-280.
- Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveysteen edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, K. (Toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. E-kirja. Jyväskylä Gummerus.
- Kotisaari, S., Punnonen, K., Ågren, U. & Viinamäki, H. 2003. Naisopiskelijoiden mielenterveys ja laihduttaminen. Suomen lääkäri-lehti 23/2003, 58.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

- Lallukka, T. 2008. Associations among working conditions and behavioral risk factors: The Helsinki Health Study with International Comparisons. Academic Dissertation. University of Helsinki. Department of Public Health. Helsinki.
- Latner, J. & Stunkard, A. 2003. Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obesity research* Vol. 11 No. 3.
- Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus: Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Duodecim.
- Mustajoki, P. 2006. Lihava potilas lääkärin vastaanotolla. *Duodecim*, 122, 1256-1260.
- Mustajoki, P. 2008. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 3. painos. Helsinki: Kustannus Duodecim.
- Mustajoki, P. 2015. Metabolinen oireyhtymä (MBO). Viitattu 1.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045
- Mäkinen, M. 2015. Psychological well-being and psychiatric disorders in 14- to 15-year-old Finnish school girls and boys with overweight and obesity. Academic Dissertation. University of Helsinki. Department of Psychiatry. Helsinki.
- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisen lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Viitattu 7.3.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1
- Roos, E. 2014. Obesity, weight change and work disability - a follow-up study among middle-aged employees. Academic Dissertation. Hjelt Institute, & Faculty of Medicine, University of Helsinki, Department of Public Health. Helsinki.
- Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. & Lahelma, E. 2002. Lihavuuden ja laihooden yhteys taloudelliseen asemaan. *Suomen Lääkärilehti* 5/2002, 57, 545-540.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 25.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>
- Suomen Työterveyshoitajaliitto ry. Kuka voi toimia työterveyshoitajana. Luettu 17.3.2017. <http://www.stthl.net/edunvalvojana/ammattillinen-edunvalvonta/alasivu-1/alasivun-alasivu/>
- Svärd, A., Lyytikäinen, P., Roos, E., Lallukka, T., Rahkonen, O. & Lahelma, E. 2011. Lihavuus nopeuttaa fyysisen, mutta ei psyykkisen toimintakyvyn heikkenemistä. *Lääkärilehti* 46/2011, 66, 3487-3492.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansallisen lihavuusohjelman ohjelmaryhmä. 2016. Lihavuus laskuun - Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma. Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016-2018. Helsinki.
- Terveystarkastukset. Työterveyslaitos. Luettu 15.3.2017. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoterveyshuolto/terveystarkastukset/>
- Työterveyshuolto. Työterveyslaitos. Luettu 15.3.2017. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoterveyshuolto/>
- 1383/2001. Työterveyshuoltolaki. Luettu 15.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyön aikataulu.....	19
---------------------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1: Painoindeksin merkitys (Mustajoki ym. 2006, 50; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.)	8
Taulukko 2: Työterveyshoitajien keinot ottaa lihavuus puheeksi	21
Taulukko 3: Työterveyshoitajan puheeksi ottamisen haasteet	23

Liitteet

Liite 1: Saatekirje.....	33
Liite 2: Suostumus tutkimukseen osallistumiseen.....	34
Liite 3: Haastattelukysymykset.....	35
Liite 4: Hakutaulukko	36
Liite 5: Tutkimustaulukko	37
Liite 6: Esimerkki aineiston analyysistä.....	42
Liite 7: Yhteenveto	43

Liite 1: Saatekirje



Hyvä terveydenhoitaja!

Olen terveydenhoitajaopiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Lihavuuden puheeksi ottaminen työterveyshuollossa”. Tavoitteenani on selvittää mitä keinoja työterveyshoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan lihavuus sekä selvittää mitä haasteita lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa työterveyshoitajille. Etsin työelämästä yhteistyökumppania opinnäytetyölleni.

Tarkoitukseni on toteuttaa yksilöteemahaastatteluja työterveyshoitajille. Haastateltavaksi tarvitsen noin 5 terveydenhoitajaa, jotka toimivat työterveyshoitajan työtehtävissä. Haastattelu on kestoltaan noin 15-30 min. Haastattelu on vapaaehtoinen ja täysin luottamuksellinen.

Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja nauhoitukset litteroimaan. Haastateltavan henkilöllisyys säilyy tunnistamattomana koko tutkimusprosessin ajan. Materiaali säilytetään niin, että tietoturva ei vaarannu missään vaiheessa. Aineisto tuhotaan analyysivaiheen jälkeen. Tutkimusaineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä.

Työn ohjaajana toimii Annikki Päällysaho.

Vastaan mielelläni opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Heta Niemi

0408614192

heta.niemi@laurea.fi

Liite 2: Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Suostun haastateltavaksi opinnäytetyötä varten tehtyyn tutkimukseen. Annan suostumukseni käyttää haastattelusta saatua aineistoa tässä tutkimuksessa. Henkilöllisyyteni säilyy tunnistamattomana koko tutkimusprosessin ajan. Materiaali säilytetään niin, että tietoturva ei vaarannu missään vaiheessa. Aineisto tuhoetaan analyysivaiheen jälkeen. Voin keskeyttää osallistumiseni tähän tutkimukseen tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa.

Paikka, päivämäärä

Allekirjoitus

Liite 3: Haastattelukysymykset

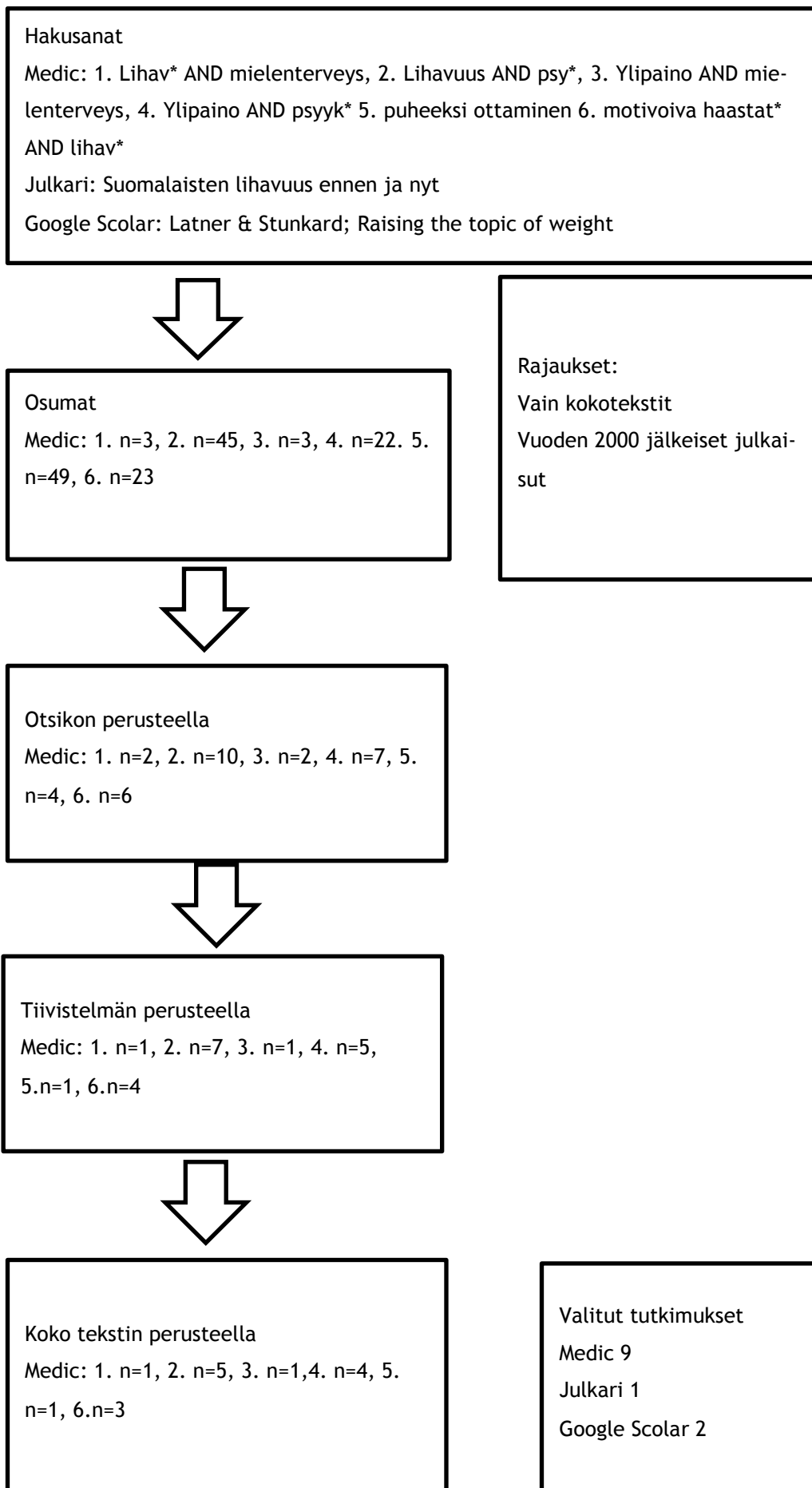
Yksilöhaastattelu työterveyshoitajille.

Haastattelukysymykset

1. Milloin työterveyshoitajan on aihetta ottaa puheeksi asiakkaan lihavuus?
2. Millä keinoin otatte puheeksi asiakkaan lihavuuden?
3. Mitä haasteita asiakkaan lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa teille?
4. Oletteko kokeneet lihavuuden puheeksi ottamisen hyödylliseksi?

Tässä opinnäytetyössä lihavuus määritellään painoindeksin ja vyötärönympäryksen mukaan. Henkilö on lihava, mikäli hänen painoindeksinsä on sama tai yli $30\text{kg}/\text{m}^2$ tai vyötärönympäryys on miehillä yli 100cm tai naisilla yli 90cm

Liite 4: Hakutaulukko



Liite 5: Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, nimi ja vuosi.	Tutkimuskysymykset	Tutkimusmenetelmät	Tulokset	Pohdinta ja tutkimuksen laatu
Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisen lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Viitattu 7.3.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1	”Tutkia osallistuvien pituus, paino, kehonkoostumus, vyötärön ja lantion ympärykset, verenpaine sekä kartoittaa terveydentilaa, terveystietoisuutta, terveystietoisuutta sekä monenlaisia taustatekijöitä.”	Kyselylomake ja terveystarkastus.	Työikäisten miesten keskimääräinen painoindeksi oli 27,1kg/m ² ja naisten 26,0 kg/m ² . Joka viides suomalainen oli lihava. Vyötärölihavuutta miehiä ja naisia oli 30 %.	Terveystietoisuuden ja hyvinvointitietoisuuden kansallinen ja laaja tutkimus.
Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. & Lahelma, E. 2002. Lihavuuden ja laihuuden yhteys taloudelliseen asemaan. Suomen Lääkärilehti 5/2002, 57, 545-540.	”Tarkoituksena kuvata miten nykyistä ja aikaisempaa sosiaalista ja taloudellista asemaa ilmaiseva tekijä on yhteydessä kehon kokoon. Tutkia painon ja ansioiden yhteyttä erilaisissa sosioekonomisissa luokissa työikäisten suomalaisten keskuudessa.”	Tietokoneavusteinen käyntihaastattelu. (n=8650)	”Painoindeksiin ja sosioekonomisen aseman välillä on selvä yhteys: korkeakoulutuksen saaneilla painoindeksi on pienempi kuin vähemmän koulutetuilla. Lihavuus on yleisempää pienituloisilla sekä vähemmän koulutetuilla henkilöillä. Korkeakoulutetuilla lihavilla naisilla tai lihavilla ylempillä toimihenkilönäisillä oli pienemmät palkkatulot verrattuna normaalipainoisiin. Sama tulos toistui vähemmän koulutetuilla ja heikommin palkatuilla lihavilla naisilla. Miehillä yhteyttä painon ja ansioiden välillä ei ollut.”	Laaja tutkimus. Tiedot kerätty jo 1994, hiekkien vanhentunutta tietoa. Toisaalta suhtautuminen lihavuuteen ei ole tutkimusten mukaan muuttanut myönteisemmäksi.
Haukkala, A. 2002. Depressive symptoms and hostility in relation to socioeconomic status, smoking cessation, and obesity. Academic Dissertation. University of Helsinki. Department of Social Psychology. Helsinki.	1. ”Tutkia miten masentuneisuus ja vihamielisyys ovat yhteydessä tupakoinnin lopettamiseen, lihavuuteen sekä painon muutoksiin.” 2. ”Tutkia miten sosioekonominen asema vaikuttaa psykososiaalisten ja terveyteen	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	”Masennusoireet olivat yhteydessä sekä korkeampaan keskivartalolihavuuteen että painoindeksiin perustuvaan lihavuuteen. Kyyninen vihamielisyys oli yhteydessä korkeampaan painoindeksiin muissa ryhmissä paitsi eniten koulutetuilla naisilla.	Tutkimuksessa tutkittiin 25-64-vuotiaita henkilöitä eli työssä olevia henkilöitä. Tutkimuksen otanta on suuri.

	liittyvien tekijöiden väliseen yhteyteen.”		Masennusoireet ennustivat painon nousua että laskua kolmen vuoden seurannassa kun taas kyyninen vihamielisyys ei ennustanut painon nousua tai laskua.”	
Svärd, A., Lyytikäinen, P., Roos, E., Lallukka, T., Rahkonen, O. & Lahelma, E. 2011. Lihavuus nopeuttaa fyysisen, mutta ei psyykkisen toimintakyvyn heikkene- mistä. Lääkärilehti 46/2011 vsk 66, 3487-3492.	”Selvittää ikääntyvien nais- ja miestyöntekijöiden ylipainon ja lihavuuden yhteyksiä fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn seuranta-asetel- massa.”	Kyselytutki- mus vuosilta 2000-2002 ja 2007.	”Lihavuus ja ylipaino ovat yhteydessä sekä miesten että naisten heikentyneeseen fyysi- seen toimintakykyyn, mutta yhteyttä hei- kentyneeseen psyykki- seen toimintakykyyn ei havaittu.”	Hyvä otanta. Tutki ikään- tyvien työn- tekijöiden terveyttä. Aineisto edustaa koh- dejoukkoa hyvin.
Mäkinen, M. 2015. Psychological well-being and psychiatric disorders in 14- to 15-year-old Finnish school girls and boys with over- weight and obe- sity. Helsinki: Uni- grafia	”1. Tutkia ovatko yli- painoiset ja lihavat nuoret tyytymättö- mämpiä vartaloonsa kuin normaalipainoiset nuoret ja onko nuor- ten tyytymättömyy- dellä yhteys itsetun- toon ja syömistottu- muksiin.” ”2. Tutkia onko itse- tunnolla, koetulla ter- veydentilalla, tyyty- väisyydellä painoon, ruokailutottumuksilla, fyysisellä aktiivisuu- della, ystävyysuh- teilla, seurustelusuh- teilla, tupakoinnilla ja aineiden käytöllä yh- teys nuorten ylipai- noon ja lihavuuteen verrattuna normaali- painoisiin nuoriin.” ”3. Tutkia ovatko psyykkiset sairaudet yleisempiä ja yleinen toimintakyky huonom- paa ylipainoisten ja li- havien nuorten kes- kuudessa kuin normaali- painoisilla.” ”4. Tutkia onko itse- tunnon ja sen osien kehittyminen yhden vuoden seurantajak-	Määrällinen kyselytutki- mus sekä mittaukset. Osalle puo- listrukturoitu haastattelu. Osalle vuo- den kuluttua kysely.	”1. Ylipainoisilla ja li- havilla nuorilla oli useammin ongelmia kehonkuvassaan ja syömishäiriöön viittaa- via oireita sekä vääris- tyneitä ruokailutottu- muksia verrattuna normaalipainoisiin.” ”2. Ylipainoiset ja li- havat seurustelivat merkittävästi harvem- min kuin normaalipai- noiset.” ”3. Ylipainoisten ja li- havien nuorten psyko- loginen toimintakyky oli hyvä.” ”4. Normaalipainoi- silla tytöillä minäkuva kehittyi merkittävästi paremmin kuin ylipai- noisilla ja lihavilla ty- töillä.”	Laaja ai- neisto suo- malaisia nuo- ria. Yhteyk- siä kuvattu erilaisilla tutkimusme- netelmillä.

	son päätteeksi parempaa ylipainoisilla ja lihavilla kuin normaali-painoisilla nuorilla.”			
Latner, J. & Stunkard, A. 2003. Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. Obesity research Vol. 11 No. 3.	Toistaa 1961 tehty tutkimus. Tutkia leimaantuvatko lihavat lapset.	Kvantitatiivinen tutkimus.	Tutkimuksen mukaan lapset valitsevat leikitoverieikseen mieluummin hoikempia kuin lihavampia lapsia. Verrattuna 1961 tehtyyn tutkimukseen, leimautuminen on kasvanut.	Tutkimustulos toistettu kahdesti. Otannassa 458 lasta.
Kotisaari, S., Punnonen, K., Ågren, U. & Viinämäki, H. 2003. Naisopiskelijoiden mielenterveys ja laihduttaminen. Suomen lääkärilehti 23/2003 VSK 58.	”Tutkia yliopiston naisopiskelijoiden psyykkiseen hyvinvointiin ja laihduttamiseen liittyviä asioita.”	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	”Naisopiskelijoista 32 prosentilla oli jonkinlainen psyykinen ongelma. 25 prosenttia naisopiskelijoista yritti laihduttaa. Laihduttavista opiskelijoista 61 prosenttia oli normaali-painoisia.”	Suomalainen tutkimus, n=310. Tutkimuksen menetelmät kansainvälisesti standardoidut. Tutkimustulokset ovat samassa linjassa artikkelissa vertailtavien muiden tutkimusten kanssa.
Roos, E. 2014. Obesity, weight change and work disability - a follow-up study among middle-aged employees. Academic Dissertation. Hjelt Institute, & Faculty of Medicine, University of Helsinki, Department of Public Health. Helsinki.	”Tutkia työolosuhteiden, työntekijöiden painon ja painonvaihteluiden sekä työvyttömyyden välisiä yhteyksiä.”	Määrällinen kyselytutkimus.	”Tutkituista työoloista suurimmalla osalla ei havaittu yhteyttä painonnousuun. Heikko yhteys ilmeni yötöiden, haitallisia altisteita sisältävien töiden, passiivisen työn ja työn, jossa ilmenee väkivallan uhkaa yhteyks merkittävään painonnousuun. Lihavuus ja painon muutokset yhteydessä myöhempiin sairauspoisaoloihin. Lihavuus oli yhteydessä työkyvyttömyyseläkkäisiin erityisesti tuki- ja liikunta-elinsairauksista johdettua.”	Selkeä tutkimus, perusteellisesti tehty. Työikäisten lihavuutta käsittelevä.
Lallukka, T. 2008. Associations among working conditions and behavioral risk factors: The Helsinki Health Study	”1. Tarkoitus tutkia työolosuhteiden yhteyttä terveellisiin ruokailutapoihin, liikunnan harrastami-	Määrällinen tutkimus Helsingissä. Vertailu Britannian ja Japanin	”Työolosuhteilla vähän ja epäjohdonmukaisia yhteyksiä tutkituihin vasteisiin sekä Suomessa että ulko-	Laaja tutkimus. Kansainvälistä aineistoa. Tutkimuksen

<p>with International Comparisons. Academic Dissertation. University of Helsinki. Department of Public Health. Helsinki.</p>	<p>seen, kohtuulliseen alkoholin käyttöön ja tupakointiin.” ”2. Tuottaa kattava katsaus työkuormituksen, ylitöiden, haitallisen terveyskäyttäytymisen ja lihavuuden yhteyksistä vertailemalla julkisen puolen työntekijöitä Britanniasta, Suomesta ja Japanista.” ”3. Tutkia työolosuhteiden ja töihin liittyvien tekijöiden yhteyttä painoon.” ”4. Tutkia työolosuhteiden ja rasitusrintakipukohtauksen oireiden yhteyksiä naisten keskuudessa.”</p>	<p>määrällisiin tutkimuksiin.</p>	<p>mailla tehdyissä tutkimuksissa. Työväsymyksellä ja ylitöiden tekemisellä yhteys lihomiseen ja rintakipuoireisiin.”</p>	<p>tulokset eivät selkeitä.</p>
<p>Junno, U. 2016. Lapsen painonhallinnan puheeksi ottaminen ja tukeminen neuvolatyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.</p>	<p>”1. Millaisia ovat nykykäytännöt lapsen painonhallinnan tukemisessa?” ”2. Millaiset tekijät edistävät ja vaikeuttavat lapsen painonhallinnan puheeksi ottamista neuvolakäynnillä?” ”3. Miten puheeksi ottamisen ja tukemisen käytäntöjä tulisi kehittää?”</p>	<p>Laadullinen tutkimus, teemahaastattelut.</p>	<p>”1. Nykykäytännössä terveydenhoitajat tukevat varhaisella puuttumisella, vanhempien vastuuttamisella, voimavarojen vahvistamisella ja tiedolla perheitä lapsen painonhallinnassa.” ”2. Puheeksi ottamista edistävät terveydenhoitajan eettinen toiminta, perhekeskeiset toimintatavat, työvälineistö, kouluttaminen, pysyvät asiakassuhteet ja hyvä yhteistyö perheisiin. Vanhempien motivaatio, perheen terveyskäyttäytyminen ja hyvä elämäntilanne edistävät puheeksi ottamista. Puheeksi ottamista vaikeuttavat puutteet terveydenhoitajan ammattitaidossa, ajanpuute, enakoimattomat tekijät vastaanotolla ja vanhempien neuvolatyön arvostuksen puute sekä perheen kuormitustekijät.” ”3. Käytäntöjä voi kehittää mahdollista-</p>	<p>Tuore väitöskirja. Samanlainen tutkimusmenetelmä kuin omassa tutkimuksessa. Terveydenhoitajat eri puolilta, sosioekonomiset erot eivät vaikuta. Tutkimuskysymykset samansuuntaisia kuin omassa tutkimuksessa. Hyvä vertailukohde.</p>

			<p>malla yhteistyö muiden ammattilaisten ja kollegoiden kanssa, kiinnittämällä huomiota yhteneväisten ohjeiden laatuun, pysyviin asiakassuhteisiin, voimavarojen resursointiin enemmän tukea tarvitseville perheille sekä terveydenhoitajan koulutukseen.”</p>	
<p>Blackburn, M., Stathi, A., Keogh, E. & Eccleston, C. 2015. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. University of Bath. Bath. Viitattu 20.3.2017. http://bmjopen.bmj.com/content/5/8/e008546</p>	<p>”Tutkia yleislääkäreiden ja perusterveydenhuollon hoitajien koettuja esteitä ottaa paino puheeksi perusterveydenhoidossa.”</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelu. Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Painoa ei otettu puheeksi, koska lihavuuden hoidosta oli vain rajallisesti ymmärrystä, pelättiin negatiivisia seurauksia sekä aikaa ja resursseja ei ollut puheeksi ottoon.</p>	<p>Tieteellisesti tehty tutkimus, hyvä otanta. Kansainvälinen aineisto.</p>
<p>Hänninen, S. 2010. Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihaviin ihmisten kokemana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto, terveystieteiden laitos. Tampere.</p>	<p>”1. Mitä laihdutusmainoksissa kerrotaan laihduttamisesta?” ”2. Mitä vaikeasti lihavat kertovat lihavuudestaan ja laihduttamisesta?”</p>	<p>Laihdutusmainonnan analysointi Seuralehdestä sekä Internet-mainonnasta. Kvalitatiivinen haastattelututkimus.</p>	<p>”1. Laihdutustuotteita mainostettiin runsaasti. Niiden markkinoinnissa mainostettiin painon nopeaa putoamista, ulkonäön kohentumista, tuotteen turvallisuutta ja näläntunteen puuttumista laihduttamisen aikana.” ”2. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuutta elintavoilla, lääketieteellisillä syillä, psykis-emotionaalisilla tai sosiokulttuurisilla syillä.”</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelu teema-haastattelulla tehty, Aineisto laaja (n=44). Perusteellisesti tehty. Luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitu hyvin.</p>

Liite 6: Esimerkki aineiston analyysista

Mitä haasteita asiakkaan lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa teille?

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Pääloukka
"Joskus nää ylipainoiset henkilöt on hyvin herkkiä sille painoasialle."	Ylipainoiset henkilöt voivat olla herkkiä painoasialle.	Asiakkaan oman kokemuksen huomioiminen.	Vuorovaikutus asiakkaan kanssa.
"Täytyy aina vähän tunnustella et miten se ihminen ite kokee sen."	Puheeksi otto-tilanteessa täytyy tunnustella, miten asiakas kokee asian.		
"Varmaan just se ehkä se hienovaraisuus tai ehkä se, et en tietenkään halua et kukaan loukkaantuu."	Puheeksi ottaessa tulee olla hienovarainen, jotta asiakas ei loukkaannu.		
"Voi olla mun mielest semmosta vääristynyttä minäkuvaa joillain siis puoleen ja toiseen."	Kaiken painoisilla ihmisillä voi olla vääristynyt kuva omasta kehostaan.		
"Asiakkaan kunnioittamisen ja sen oman ammatillisen rajan vetämisen."	Haasteellista samaan aikaan ottaa puheeksi ja kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta.	Työterveyshoitajan ammatilliset rajat.	
"Olla semmonen kumppani, mut kuitenkin sit pitäis olla asiantuntija."	Vaikeaa olla samaan aikaan asiakkaan kumppani sekä asian- tuntija.		

Liite 7: Yhteenveto



Lihavuuden puheeksi ottaminen työterveyshuollossa

- haastattelututkimus työterveyshoitajille

Heta Niemi, Laurea-ammattikorkeakoulu

Tausta: Noin joka viides suomalainen työkäinen on lihava. Lihavuus lisää sairauksien ja kuoleman riskiä sekä heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Painonnousulla ja lihavuudella on todettu yhteys sairaspöissaoloihin ja työkyvyttömyyteen. Lihavuus voi olla asiakkaille arka aihe, sillä se voi huonontaa itsetuntoa ja siitä voi olla vaikeaa puhua. Työterveydenhuollossa lihavuus tulisi ottaa puheeksi lihavuuden aiheuttamien terveydellisten riskien vuoksi.

Tarkoitus: Opinnäytetyön tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä keinoja työterveyshoitajilla on ottaa puheeksi asiakkaan lihavuus?
2. Mitä haasteita asiakkaan lihavuuden puheeksi ottaminen asettaa työterveyshoitajille?

Menetelmät: Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, ja tutkimus tehtiin teemahaastatteluna. Työssä haastateltiin 5 Diacorissa työskentelevää työterveyshoitajaa. Aineisto nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Työ on tehty yhteistyössä Diacorin kanssa.

Tulokset: Työterveyshoitajien keinoja ottaa lihavuus puheeksi olivat painoindeksi, terveydelliset ongelmat, tiedon anto ja asiakaskeskeisyys. Keinot on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1: keinoja ottaa lihavuus puheeksi

Alaluokka	Yläluokka
Painoindeksin ylittäessä tietty raja	Painoindeksi
Laboratoriotuloksissa on poikkeavuuksia Lihavuuteen liittyy sairauksia	Terveydelliset ongelmat
Lihavuudesta kertominen Terveysriskeistä kertominen	Tiedon anto
Hienovarainen käytös Avoimet kysymykset	Asiakaskeskeisyys

Työterveyshoitajat kokivat lihavuuden puheeksi ottamisessa haasteita asiakkaan vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa. Haasteet on kuvattu tarkemmin taulukossa 2.

Taulukko 2: lihavuuden puheeksi ottamisen haasteet

Alaluokka	Yläluokka
Asiakkaan oman kokemuksen huomioiminen Työterveyshoitajan ammatilliset rajat	Vuorovaikutus asiakkaan kanssa

Pohdinta: Työterveyshoitajat ottivat lihavuuden puheeksi painoindeksin perusteella. Jokainen kiinnitti painoindeksiin jollain tavalla huomiota. Lihavuus otettiin huomioon, jos asiakkaalla oli lihavuuteen yhteydessä olevia terveydellisiä ongelmia, jotka näkyivät muun muassa poikkeavina laboratorioarvoina. Työterveyshoitajat painottivat puheeksi ottamisessa hienovaraista käytöstä sekä avointen kysymysten avulla tapahtuvaa puheeksi ottoa. Junnon väitöskirja (2016) ja Mustajoen (2006) artikkeli tukevat pituuden ja painon suhdeluvun avulla tapahtuvaa puheeksi ottoa sekä lihavuuteen liittyvien sairauksien riskien perusteella tehtävää puheeksi ottoa. Potilasta kunnioittava käytös sekä avoimet kysymykset ovat Mustajoen (2006) mukaan hyviä keinoja ottaa lihavuus puheeksi.

Kaikki työterveyshoitajat eivät henkilökohtaisesti kokeneet lihavuuden puheeksi ottamista haasteellisena, mutta kaikki kuvasivat kuitenkin lihavuuden puheeksi ottamisen yleisiä haasteita työterveyshoitajan työssä. Haasteiksi nousi vuorovaikutus asiakkaan kanssa, jossa nähtiin haasteelliseksi asiakkaiden yksilölliset erot tilanteeseen reagoimisessa. Osa näki haasteellisena ammatillisten rajojen hakemisen, sillä samaan aikaan tulisi antaa ohjausta ja neuvontaa sekä samalla käydä tasavertaista dialogia asiakkaan kanssa. Blackburnin, Stathin, Keoghin & Ecclestonin (2015) Britanniassa tehty tutkimus tukee opinnäytetyöstä saatuja tuloksia, sillä siinä yleislääkärit ja perusterveydenhuollon hoitajat jättivät lihavuuden ottamatta puheeksi, koska pelkäsivät siitä aiheutuvia negatiivisia seuraamuksia potilaiden tunteisiin ja käyttäytymiseen.

Jokainen haastatteluun osallistuva työterveyshoitaja piti lihavuuden puheeksi ottamista hyödyllisenä. Lihavuuden puheeksi ottaminen oli avannut keskusteluyhteyden elämäntapojen terveellisyydestä ja laihduttamisesta. Elämäntapamuutokset olivat työterveyshoitajien kokemusten mukaan johtaneet muun muassa kolesteroliarvojen paranemiseen, diabeteksen ehkäisemiseen, vireyden lisääntymiseen sekä sosiaalisen elämän, mielenterveyden ja kokonaisvaltaisen elämänhallinnan paranemiseen.

Opinnäytetyö on luettavissa kokonaisuudessaan <https://www.theseus.fi/> tietokannasta.