



Cofinanțat prin
programul Erasmus+
al Uniunii Europene



Breaking WEIGHT BIAS

Promovarea sănătății prin instrumente de formare digitală
fără a afecta starea de sănătate

Numărul proiectului:
2020-1-UK01-KA204-079106

2.2. Identificarea practicilor potențial dăunătoare





Cuprins

2.2. Identificarea practicilor potențial dăunătoare.....	3
2.2.1. Comunicarea verbală și non-verbală.....	3
2.2.2. Aplicarea metodei "tough love".....	5
2.2.3. Considerarea tuturor problemelor de sănătate, excluzând greutatea	6
2.2.4. Ipotezele & încrederea scăzută.....	6
2.2.5 Recomandarea dietelor.....	8
RESURSE EXTERNE.....	10



CONȚINUT DE INSTRUIRE/TRAINING

2.2. Identificarea practicilor potențial dăunătoare

2.2.1. Comunicarea verbală și non-verbală

Comunicare verbală

Limbajul este un factor influent care poate afecta accesul persoanelor care suferă de obezitate la un serviciu medical de calitate. Utilizarea limbajului stigmatizant de către profesioniștii din domeniul sănătății poate exacerba prejudecățile legate de greutatea corporală în domeniul medical (Kyle & Puhl, 2014). Un astfel de limbaj este, de asemenea, demotivant pentru pacienți și, prin urmare, afectează complianța acestora la serviciile medicale. Într-adevăr, un studiu care investighează opiniile și preferințele publicului cu privire la limbajul folosit de cadrele medicale cu privire la greutatea corporală a constatat că, dacă medicul ar face o referire stigmatizantă la greutatea lor corporală, 19% dintre ei ar renunța, cel mai probabil, la viitoarele consulturi medicale, în timp ce 21% ar căuta un nou medic (Puhl et al., 2012).

Când descriem pe cineva ca fiind "gras", "supraponderal" "obez", "mare", "greu", "voluptuos" sau pur și simplu "cu greutate mai mare", aceste etichete reflectă anumite **valori construite cultural**. Este important să se ia în considerare dacă aceste cuvinte respectă demnitatea oamenilor, și totodată, să se investigheze dacă acestea cresc sau împiedică în vreun fel sănătatea lor fizică și mentală. Dacă aceste fraze nu servesc bunăstării generale a oamenilor, înseamnă că întăresc în mod neintenționat stigmatizarea legată de greutatea corporală și, prin urmare, este esențială evitarea lor. Un prim pas pozitiv ar putea fi începerea utilizării, în articole, în cercetare și în unitățile medicale, termeni mai neutri, cum ar fi "greutate" și "greutate mai mare" (Meadows & Daníelsdóttir, 2016).

După cum spune Puhl et al.: *"A fi obez este o identitate."*, în timp ce *"Obezitatea este o boală. Abordând boala separat de persoană – și făcând-o în mod consecvent – putem urmări această boală respectând pe deplin persoanele afectate."*

Deoarece obezitatea este o patologie, înseamnă că este ceva ce oamenii pot "avea", mai degrabă decât "să fie". Astfel, utilizarea unor expresii precum "ești obez" implică faptul că individul este definit de starea sa medicală, în acest caz, de obezitate, creând astfel o identitate inexactă, și amplificând în același timp procesul de atribuire a vinovăției asupra lor (Coltman-Patel, 2018).

În contextul abordării acestei probleme, **"People-First Language"** a atras multă atenție. Chiar dacă acest mod de comunicare este folosit pentru marea majoritate a bolilor cronice, nu este încă aplicat atunci când vine vorba de obezitate (Puhl et al., 2012).

Conform abordării "People-First Language", atunci când numești o persoană "obeză", aceasta este dezumanizată (Obesity Action Coalition, 2021). În acest context, **astfel de**



etichete nu ar trebui utilizate atunci când se interacționează cu sau se descriu persoanele care sunt diagnosticate cu obezitate. Potrivit Obesity Action Coalition (2021), exemple ale abordării "People-First Language" pot fi:

1. "Persoanele care sunt afectate de obezitate se confruntă foarte des cu prejudecăți legate de greutatea lor corporală." în loc de "Persoanele obeze se confruntă foarte des cu prejudecăți legate de greutatea corporală."
2. "Persoanele cu obezitate pot avea nevoie de tratament medical." în loc de "Persoanele obeze pot avea nevoie de tratament medical."

Comunicare non-verbală

Comunicarea non-verbală

Comunicarea non-verbală este transmiterea de mesaje sau semnale printr-o platformă non-verbală pentru contactul vizual, expresiile faciale, gesturile, postura și distanța dintre două persoane.

Expresii faciale

Contact vizual

Atingere

Postură și mișcarea corpului

Gesturi

Atunci când interacționează cu ceilalți, oamenii trimit și primesc în mod constant semnale non-verbale prin gesturi, contact vizual, tonul vocii și alte comportamente, care pot influența sentimentele persoanelor implicate (Segal et al., 2021). Comunicarea non-verbală este un factor important pentru rezultatele pacienților. Un studiu a arătat că satisfacția pacientului este asociată cu comportamentul non-verbal afirmativ al medicului, cum ar fi contactul vizual și apropierea (Mast, 2007).

Potrivit Segal et al. (2021), există mai multe tipuri de comunicare non-verbală. Câteva exemple sunt:

- Expresiile faciale:
Chipul uman este incredibil de expresiv, capabil să transmită o gamă largă de emoții fără a spune nimic. Expresiile faciale - cum ar fi cele care exprimă fericire,



tristețe, furie, uimire, frică și dispreț - spre deosebire de alte tipuri de comunicare non-verbală, sunt universale.

- Mișcarea și postura corpului:

Modul în care oamenii merg și poziția corpului pot fi destul de informative. Postura, mersul și mișcările subtile ale corpului sunt toate exemple de comunicare non-verbală.

- Gesturile:

Gesturile acoperă o mare parte din viața de zi cu zi a oamenilor. Oamenii folosesc frecvent, aproape fără să realizeze, gesturi în loc de cuvinte atunci când se exprimă. Spre deosebire de expresiile faciale, gesturile nu sunt universale. Astfel, semnificația anumitor gesturi variază de la o cultură la alta. De exemplu, în timp ce semnul "OK" făcut cu mâna, transmite de obicei un mesaj pozitiv în țările vorbitoare de limba engleză, este considerat ofensator în țări precum Germania, Rusia și Brazilia" (Segal et al., 2021).

- Contactul vizual:

Contactul vizual este esențial în comunicarea non-verbală, deoarece multe lucruri pot fi comunicate prin modul în care cineva se uită la tine. Acestea includ interesul, furia sau dorința.

- Atingerea:

Atingerea este, de asemenea, un mijloc puternic de comunicare. Exemplele includ "o strângere de mână ezitantă, o îmbrățișare distantă, o bătaie pe umăr sau o îmbrâncire" (Segal et al., 2021).

- Distanța interpersonală:

- Spațiul fizic poate fi folosit pentru a transmite o varietate de mesaje non-verbale, inclusiv semne de apropiere și afecțiune, ostilitate și autoritate. De exemplu, atunci când o persoană stă prea aproape, acesta poate fi interpretat de alții ca fiind autoritar. Cu toate acestea, nevoia de spațiu fizic depinde de cultura, situația și apropierea dintre persoanele implicate.

- Vocea:

Comunicarea verbală nu ține doar de subiectul abordat, ci și de modul în care se comunică acel lucru. Alte aspecte importante în acest context sunt:

- Sincronizarea în vorbire
- Ritmul vorbirii
- Volumul vocii
- Tonul și inflexiunile din voce
- Sunetele care transmit înțelegere (de exemplu, „ahhh”, „ah-ha”)

În contextul prejudecăților legate de greutatea corporală, cercetările au arătat că stigmatizarea se poate manifesta și în moduri subtile. Astfel, este posibil ca persoana care stigmatizează să nu fie conștientă de faptul că exprimă astfel de comportamente. Cu toate acestea, astfel de manifestări pot avea un impact negativ asupra persoanei stigmatizate (Tomiya et al., 2018). Exemple de prejudecăți legate de greutatea



corporală prin comunicare non-verbală în cadrul medical pot fi reprezentate sub forma: un medic poate avea un contact vizual mai lung cu un pacient cu un IMC normal, decât cu un pacient care suferă de obezitate (Vartanian, Pinkus & Smyth, 2018, citat în Tomiyama et al., 2018).

2.2.2. Aplicarea metodei "tough love"

O metodă recentă care este aplicată de profesioniștii din domeniul sănătății în contextul motivării pacienților lor să slăbească este cea a „iubirii dure” (tough love). „Tough love” a fost definită de Cambridge Dictionary ca „a nu arăta în mod deliberat prea multă bunătate față de o persoană care are o problemă, astfel încât persoana respectivă să înceapă să-și rezolve propria problemă” (Cambridge Dictionary, n.d.). În acest context, medicii încearcă să convingă pacienții să slăbească prin descrierea progresiei bolii cauzată de lipsa schimbărilor comportamentale. Furnizorii de servicii medicale evidențiază implicațiile obezității, inclusiv posibilele complicații severe și moartea precoce, pentru a-i determina pe pacienți să-și modifice stilul de viață (Sackett & Dajani, 2019).

Utilizarea metodei "iubirii dure" a fost percepută ca fiind o strategie atunci când este aplicată din motivele corecte. Cu toate acestea, ar putea provoca **teamă și jenă** anumitor persoane. Astfel, Asociația Americană de Psihologie (APA) a declarat că eficacitatea unor astfel de strategii nu este garantată și poate fi chiar dăunătoare (Site-ul Asociației Americane de Psihologie, 2017, citat în Sackett & Dajani, 2019).

„Tough love”, aplicată în cazul obezității, se referă la utilizarea stigmatizării ca stimulent moral pentru persoanele ce suferă de probleme cu greutatea corporală pentru a adopta obiceiuri nutriționale sănătoase și o viață activă, stigmă ce acționează ca un mecanism de control social. Acest lucru se bazează pe convingerea că persoanele stigmatizate își vor ajusta comportamentele - în conformitate cu normele sociale - pentru a evita stigmatizarea. Cu toate acestea, eficacitatea acestei practici este destul de controversată din cauza absenței dovezilor justificative. În mod contrariu, cercetările au arătat că stigmatizarea bazată pe greutatea corporală crește riscul de alimentație excesivă (binge eating), adoptarea unor comportamente nesănătoase de control al greutății, și totodată, este asociată cu niveluri scăzute de activitate fizică, alimentând astfel obezitatea (Puhl & Heuer, 2010), în loc să o prevină.

2.2.3. Considerarea tuturor problemelor de sănătate, excluzând greutatea

S-a demonstrat faptul că persoanele care suferă de obezitate simt că nu sunt cu adevărat ascultate de către profesioniștii din domeniul sănătății, din cauza tendinței acestora de a atribui toate simptomele lor greutății, fără a lua în considerare alte aspecte ale sănătății (Alberga A.S. et al., 2019). Atribuirea tuturor condițiilor de sănătate greutății poate descuraja persoanele care suferă de obezitate să-și exprime



îngrijorările cu privire la o problemă de sănătate sau chiar să dezvăluie medicului lor de familie cu ce simptome se confruntă (Brown I. et al., 2006). Într-adevăr, îngrijorările legate de greutate pot fi unele dintre cele mai importante bariere în calea utilizării adecvate a asistenței medicale, deoarece pacienții consideră că ar trebui să scadă în greutate înainte de a merge la un consult. Evitarea sau întârzierea consulturilor medicale din cauza fricii de a fi nevoiți să pășească pe cântar și să se simtă judecați cu privire la greutatea lor poate avea efecte dăunătoare asupra tratamentului (Drury, CA. & Louis, M., 2002). Este important de menționat faptul că atribuirea tuturor simptomelor pe care un pacient le acuză pe seama obezității, poate duce la lipsa tratamentului unor probleme de sănătate care au nevoie de abordări terapeutice diferite. Oferirea de sfaturi nesolicitate pentru "pierderea în greutate" poate împiedica pacienții să efectueze teste de diagnostic suplimentare pentru a primi tratamentul potrivit pentru starea lor de sănătate (Phelan S.M. et al., 2015).

2.2.4. Ipoteze și încrederea scăzută

Ipoteze negative bazate pe greutate

Ipotezele negative bazate pe greutate constituie o altă manifestare a prejudecăților legate de greutatea corporală în unitățile medicale. Cercetările indică faptul că luarea deciziilor medicale nu rezultă numai din modele prescriptive raționale, ci și din factori non-medicali, cum ar fi aspectul fizic al pacienților, experiența clinică a profesioniștilor din domeniul sănătății și resursele asistenței medicale (McKinlay et al., 1996). Astfel, prejudecățile implicite pot duce la presupuneri inexacte și la rezultate necomforme, care, în contextul furnizării de servicii medicale, pot fi chiar periculoase (Bedford, n.d.). A face presupuneri false despre pacienții diagnosticați cu obezitate este o practică dăunătoare a profesioniștilor din domeniul sănătății care a fost raportată de pacienții în cauză (Alberga et al., 2019). Profesioniștii din domeniul sănătății dețin adesea gânduri, credințe și opinii cu privire la modul în care pacientul lor a câștigat în greutate, ceea ce, cel mai probabil, poate fi rezultatul unei gândiri stereotipe. Câteva exemple de ipoteze negative bazate pe greutate care apar adesea în unitățile medicale sunt:

- Personalul medical judecă pacienții care trăiesc cu obezitate pentru consumul de alimente nesănătoase sau viața sedentară, fără a-și întreba pacienții despre realitatea acestor aspecte; iar atunci când chiar își întreabă pacienții, nu îi cred (Alberga et al., 2019);
- Personalul medical consideră că pacienții care suferă de obezitate nu sunt dispuși să piardă în greutate (McHale et al., 2020);
- Personalul medical consideră că pacienții care suferă de obezitate sunt mai puțin complianți la recomandările medicale (Ferrante et al., 2006, citat în Lee & Pausé, 2016).

Astfel de ipoteze nu numai că pot afecta negativ rezultatele pacienților deoarece simplifică excesiv cauzele obezității și, prin urmare, ignoră natura complexă a



metabolismului uman, ci contribuie și la răspândirea continuă a preconcepției greșite a pierderii în greutate ca fiind un proces simplu (Phelan et al., 2015).

Încrederea scăzută

Pierderea treptată a încrederii în profesioniștii din domeniul sănătății a fost raportată pe scară largă ca fiind o consecință a faptului că pacienții se confruntă cu prejudecăți legate de greutatea corporală în sectorul medical. Potrivit Gudzone et al., (2014), pacienții cu exces de greutate care s-au simțit stigmatizați din cauza greutății lor de către personalul medical au fost mult mai predispuși să nu aibă încredere în recomandările furnizorilor de servicii medicale. Un studiu exploratoriu a scos la iveală o relație minoră între încredere și comportamentele benefice pentru sănătate, calitatea vieții și severitatea simptomelor, însă a fost detectată o legătură puternică între satisfacția pacientului și încrederea lui în personalul medical. Acest studiu a concluzionat că în cazurile în care pacienții au avut o încredere sporită în furnizorul lor de îngrijiri de sănătate, a existat o satisfacție crescută în ceea ce privește tratamentul, comportamentele benefice pentru sănătate, calitatea vieții și manifestarea unor mai puține simptome (Birkhäuer et al., 2017).

Încrederea este, în general, percepută ca fiind unul dintre cele mai importante elemente în contextul relațiilor dintre profesioniști din domeniul sănătății și pacienți.

Acest lucru se bazează în principal pe percepția că încrederea influențează puternic comunicarea dintre personalul medical și pacienți, precum și decizia acestora de a rămâne pacienții medicului respectiv (Johnson, 2019). Potrivit Johnson (2019), câteva exemple de manifestări ale încrederii în contextul interacțiunilor dintre personalul medical și pacienți includ:

- disponibilitatea medicilor de a asculta pacienții;
- convingerea pacienților că medicii apreciază autonomia și capacitatea lor de a lua decizii în cunoștință de cauză;
- pacienții se simt suficient de confortabili pentru a-și exprima și a discuta problemele lor de sănătate.

"...pacienții trebuie să poată avea încredere în medici în aspecte ce țin de viața și sănătatea lor", iar menținerea încrederii este un ghid de bază pentru medici..."

(Birkhäuer et al, 2017, citat în Johnson, 2019)

2.2.5 Recomandarea dietelor

Dieta și alte practici de slăbire sunt adesea percepute și promovate ca o soluție la „problema” obezității nu numai în practica medicală, ci și din perspectiva politicilor de sănătate publică (Bacon & Aphramor, 2011). Acest lucru s-a bazat pe afirmații care susțin că utilizarea stigmatizării și a presiunii sociale sub forma de stimulente de scădere în greutate pentru persoanele diagnosticate cu obezitate are un impact pozitiv



asupra sănătății populației (Tomiya et al., 2018). Un studiu a constatat că, atunci când se desfășoară consiliere privind obezitatea, profesioniștii din domeniul sănătății au tendința să discute despre „exerciții”, „dietă” și „obezitate”, mai degrabă decât despre „activitate fizică”, „obiceiuri alimentare” și, respectiv, „greutate nesănătoasă” (Petrin și colab., 2017).

Cu toate acestea, este important să amintim că utilizarea acestor cuvinte poate avea o influență diferită asupra pacienților, datorită internalizării unui anumit limbaj. Fiecare pacient poate internaliza cuvintele diferit datorită subiectivității lor. De aceea, fiecare furnizor de servicii medicale trebuie să ia în considerare emoțiile fiecărui pacient în parte.

Potrivit Bacon & Aphramor (2011), **așa-numita paradigmă axată pe greutate se bazează pe anumite ipoteze**. Acestea sunt:

- Adipozitatea prezintă un risc semnificativ de mortalitate;
- Adipozitatea prezintă un risc semnificativ de morbiditate;
- Pierderea în greutate va prelungi viața;
- Orice persoană care este hotărâtă, poate să piardă în greutate și să-și mențină noua greutate printr-o dietă adecvată și exerciții fizice;
- Pierderea în greutate este un obiectiv practic și pozitiv;
- Singura modalitate prin care persoanele diagnosticate cu suprapondere sau obezitate pot să-și îmbunătățească sănătatea este pierderea în greutate;
- Costurile legate de obezitate pun o povară mare asupra economiei, iar acest lucru poate fi corectat printr-o atenție centrată pe tratarea și prevenția obezității, acestea reprezentând o responsabilitate personală.

Cu toate acestea, cercetările nu au reușit să dovedească aceste ipoteze (Bacon & Aphramor, 2011). Dimpotrivă, evidențele sugerează că stigmatizarea legată de greutatea corporală poate afecta sănătatea metabolică a pacienților și creșterea în greutate, provocând modificări psihologice și comportamentale, cum ar fi evitarea exercițiilor fizice (Tomiya et al., 2018). În plus, au fost identificate consecințe și asupra sănătății biologice a pacienților, inclusiv o supralimentare, o scădere a autocontrolului și niveluri ridicate de cortizol (Tomiya et al., 2018).

Astfel, Bacon & Aphramor (2011) sugerează că "greutatea corporală este o țintă inadecvată pentru intervenția politicilor de sănătate publică" (p.9) și că datele existente sugerează o necesitate de a ne îndepărta de metodele convenționale de scădere în greutate.

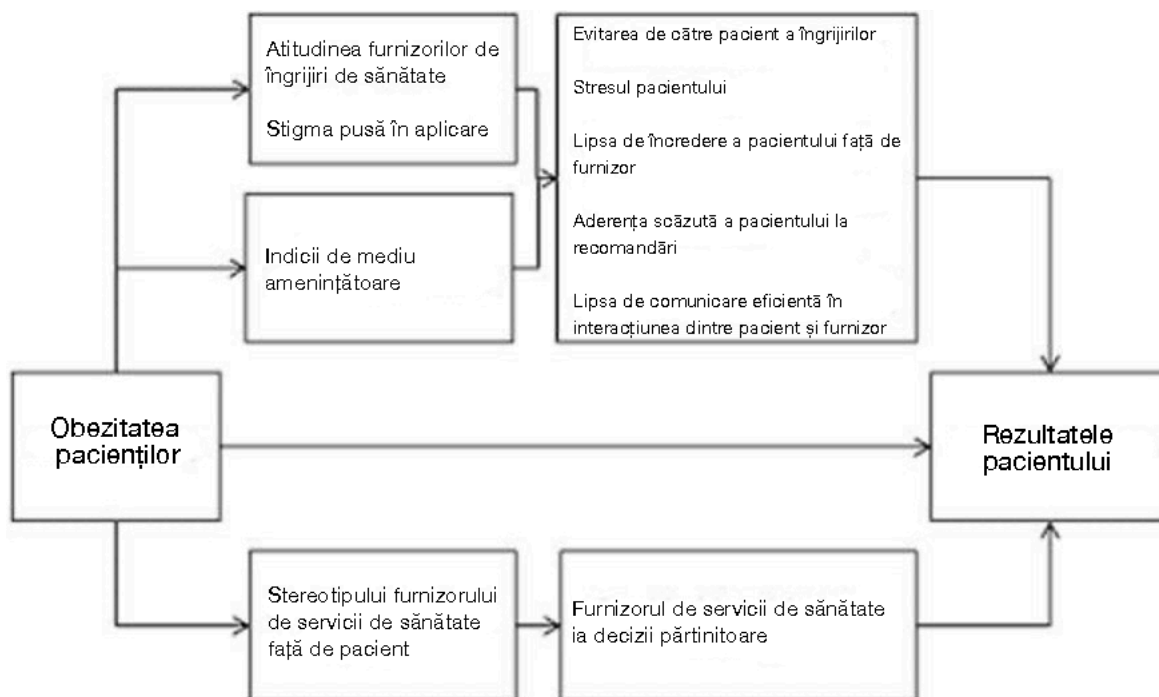


Figura 2.2. Model conceptual al posibilelor căi care explică asocierile între obezitate și starea de sănătate, acestea fiind parțial mediate de atitudinile și comportamentele furnizorilor de asistență medicală cu privire la persoanele care sunt diagnosticate cu obezitate și de răspunsul acestora la stigmatizare (Phelan, SM. et al., 2015)



RESURSE EXTERNE

- Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight bias and Health Care Utilization: A scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000227>
- Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P., & Keranen, L. (2006). Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *International Journal of Obesity*, 30(1), 147–155. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105>
- Appendix 2 (as supplied by the authors) - obesity Canada. Appendix 2: 2020 Clinical Practice Guidelines: 5As Framework for Obesity Management in Adults. (2020). Retrieved December 9, 2021, from <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/10/191707-guide-2-at.pdf>
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
- Bedford, M. (n.d.). *Unconscious bias in healthcare*. Quality Interactions. Retrieved December 7, 2021, from <https://www.qualityinteractions.com/blog/unconscious-bias-in-healthcare>
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Brown I. et al. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, 666-672.
- Canadian Obesity Network (2012). 5As of Obesity Management [PowerPoint presentation].
- Daníelsdóttir, S. A. (2016). What's in a Word? On Weight Stigma and Terminology. *Frontiers in Psychology*.
- Drury, CA. Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(12):554-61. doi: 10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x.
- Forhan M. et al. (2013). Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Primary Health Care Research & Development*, 367-372.
- Fruh, S. M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D., & Zlomke, K. (2016). Obesity Stigma and Bias. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.013>
- Gilbert, P. Catarino, F. Duarte, C. Matos, M. Kolts, R. Stubbs, J. Ceresatto, L. Duarte, J. Pinto-Gouveia, J. Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4, 4.
- Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., & Bleich, S. N. (2014). Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Education and Counseling*, 97(1), 128–131. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.019>
- Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity*, 25(8), 1246–1252. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801681>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical



- treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1353–1376. <https://doi.org/10.1002/eat.23297>
- Johnson, T. (2019, March 11). The importance of physician-patient relationships communication and trust in Health Care. *Duke Personalized Health Care*. Retrieved December 7, 2021, from <https://dukepersonalizedhealth.org/2019/03/the-importance-of-physician-patient-relationships-communication-and-trust-in-health-care/>
- Kirk SFL, Ramos Salas X, Alberga AS, Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>. Accessed [8/12/2021].
- Kyle, T. K., & Puhl, R. M. (2014). Putting people first in obesity. *Obesity*, 22(5), 1211–1211. <https://doi.org/10.1002/oby.20727>
- The language of weight stigma and bias. *ConscienHealth*. (2018, February 5). Retrieved December 6, 2021, from <https://conscienhealth.org/2017/09/the-language-of-weight-stigma-and-bias/>
- Lee, J. A., & Pausé, C. J. (2016). Stigma in practice: Barriers to health for fat women. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02063>
- Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005>
- McHale, C. T., Laidlaw, A. H., & Cecil, J. E. (2020). Primary care patient and practitioner views of weight and weight-related discussion: A mixed-methods study. *BMJ Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034023>
- McKinlay, J. B., Potter, D. A., & Feldman, H. A. (1996). Non-medical influences on medical decision-making. *Social Science & Medicine*, 42(5), 769–776. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00342-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00342-8)
- Meadows, A. i Daníelsdóttir, S. (2016). What's in a Word? On Weight Stigma and Terminology. *Frontiers in Psychology*.
- National Health and Medical Research Council. (2013). 4. Ask and assess. In *Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia: Systematic review* (pp. 23–33). essay, National Health and Medical Research Council.
- Nordisk, N. (2021, November 29). Initiate: Ask permission. Discover the science to obesity for HCPs. Retrieved December 9, 2021, from <https://www.rethinkobesity.global/treat-tab/ask-permission.html>
- Obesity Action Coalition. (2021, April 20). People-first language. Obesity Action Coalition. Retrieved December 6, 2021, from <https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/>
- Obesity Action Coalition. (n.d.). Understanding obesity stigma - obesity action coalition. Retrieved December 8, 2021, from <https://4617c1smqldcqsat27z78x17-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/Understanding-Obesity-Stigma-Brochure20200313.pdf>
- Oliver, T. L., Shenkman, R., Diewald, L. K., & Dowdell, E. B. (2020). Nursing students' perspectives on observed weight bias in healthcare settings: A qualitative study. *Nursing Forum*, 56(1), 58–65. <https://doi.org/10.1111/nuf.12522>



- Olson C.L et al. (1994). Overweight women delay medical care. *Archives of Family Medicine*, 888-892.
- Petrin, C., Kahan, S., Turner, M., Gallagher, C., & Dietz, W. H. (2017). Current attitudes and practices of obesity counselling by Health Care Providers. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(3), 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.08.005>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159491>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Grilo, C. M. (2013). Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity*, 22(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1002/oby.20637>
- Puhl, R., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2012). Motivating or stigmatizing? public perceptions of weight-related language used by health providers. *International Journal of Obesity*, 37(4), 612–619. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.110>
- Russell, N. i Carryer, J. (2013). Living large: the experiences of large-bodied women when accessing general practice services. *Journal of Primary Health Care*, 199-205.
- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, Race/Ethnicity and gender. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448>
- Sackett, D. R., & Dajani, T. (2019). Fat shaming in medicine: Overview of Alternative Patient Strategies. *Osteopathic Family Physician*. Retrieved November 22, 2021, from <https://www.ofpjournal.com/index.php/ofp/article/view/583>
- Schwenke, M., Lupp, M., Pabst, A., Welzel, F. D., Löbner, M., Luck-Sikorski, C., Kersting, A., Blüher, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01239-1>
- Segal, J., Boose, G., Robinson, L., & Smith, M. (2021, July 15). Nonverbal communication and body language. *HelpGuide.org*. Retrieved December 6, 2021, from <https://www.helpguide.org/articles/relationships-communication/nonverbal-communication.htm>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Tough love. *Cambridge Dictionary*. (n.d.). Retrieved November 22, 2021, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tough-love>
- Wharton, S., Lau, D., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., Glazer, S., ... Wicklum, S. (2020). Appendix 2: 2020 Clinical Practice Guidelines: 5As Framework for Obesity Management in Adults. (2020). Retrieved December 9, 2021, from <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/10/191707-guide-2-at.pdf>.