



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Breaking WEIGHT BIAS

Promowanie zdrowia bez
szkody za pomocą
cyfrowych narzędzi
szkoleniowych

Numer projektu:
2020-1-UK01-KA204-
079106

2.2. Identyfikacja potencjalnie szkodliwych praktyk





Spis treści

2.2. Identyfikacja potencjalnie szkodliwych praktyk	33
	3
2.2.1. Komunikacja werbalna i niewerbalna	33
	3
2.2.2. Zastosowanie "twardej miłości"	55
	5
2.2.3. Przypisanie wszystkich problemów zdrowotnych wyłącznie do wagi	66
	6
2.2.4. Założenia i niskie zaufanie	66
	6
2.2.5. Recepta na dietę	88
	8
ZASOBY ZEWNĘTRZNE	1010
	10



TREŚCI SZKOLENIOWE

2.2. Identyfikacja potencjalnie szkodliwych praktyk

2.2.1. Komunikacja werbalna i niewerbalna

Komunikacja werbalna

Język jest czynnikiem, który może wpływać na dostęp osób mających problemy z otyłością do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Używanie stygmatyzującego języka przez pracowników służby zdrowia może zaostrić błąd wagi w placówkach opieki zdrowotnej (Kyle & Puhl, 2014). Taki język jest również demotywujący dla pacjentów z otyłością, a tym samym wpływa na ich zaangażowanie w usługi opieki zdrowotnej. Rzeczywiście, badanie badające opinie i preferencje społeczeństwa dotyczące języka używanego przez pracowników służby zdrowia w odniesieniu do wagi wykazało, że gdyby lekarz pacjentów dokonał stygmatyzującego odniesienia do ich wagi, 19% z nich najprawdopodobniej zrezygnowałoby z przyszłych sesji medycznych, podczas gdy 21% szukałoby nowego lekarza (Puhl i in., 2012).

Kiedy opisujemy kogoś jako "grubego", "z nadwagą", "otyłego", "dużego", "ciężkiego", lub po prostu "o wyższej wadze", etykiety te odzwierciedlają pewne **kulturowo skonstruowane wartości**. Ważne jest, aby wziąć pod uwagę, czy słowa te szanują godność człowieka i zbadać, czy zwiększają lub utrudniają ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Jeśli te zwroty nie służą ogólnemu samopoczuciu ludzi, oznacza to, że nieumyślnie wzmacniają piętno wagi, a zatem ważne jest, aby unikać ich używania. Pozytywnym pierwszym krokiem może być rozpoczęcie stosowania w artykułach, badaniach i placówkach opieki zdrowotnej bardziej neutralnych terminów, takich jak "waga" i "wyższa waga" (Meadows & Danielsdóttir, 2016).

Jak mówi Puhl i in.: *"Otyłość jest tożsamością". , podczas gdy "Otyłość jest chorobą. Zajmując się chorobą oddzielnie od osoby - i robiąc to konsekwentnie - możemy ścigać tę chorobę, w pełni szanując osoby dotknięte chorobą. "*

Ponieważ otyłość jest stanem medycznym, oznacza to, że jest to coś, co ludzie mogą "mieć", a nie "być". Tak więc użycie zwrotów takich jak "jesteś otyły" sugeruje, że odbiorca jest definiowany przez jego stan zdrowia, w tym przypadku przez otyłość, tworząc w ten sposób niedokładną tożsamość, a jednocześnie wzmacnia proces przypisywania im winy (Coltman-Patel, 2018).

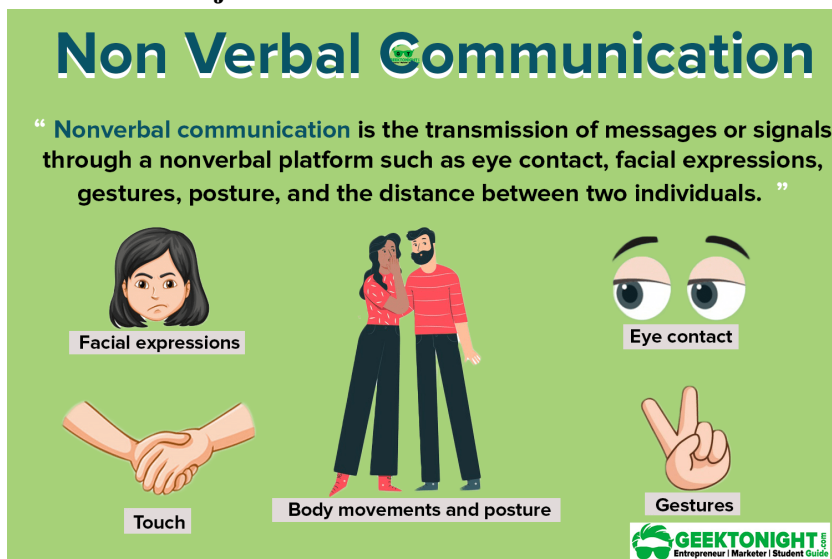
W kontekście rozwiązania tego problemu **"People-First Language"** przyciągnął wiele uwagi. Mimo że ten sposób komunikacji jest stosowany w zdecydowanej większości chorób przewlekłych, nadal nie jest stosowany, jeśli chodzi o otyłość (Puhl i in., 2012).

Zgodnie z podejściem People-First Language, nazywając osobę "otyłą", jest ona odczłowieczana (Obesity Action Coalition, 2021). Dlatego **takie etykiety nie powinny być używane podczas interakcji lub opisywania osób żyjących z otyłością**. Według Obesity Action Coalition (2021) przykładami People-First Language mogą być:



1. "Ludzie, którzy są dotknięci otyłością, bardzo często spotykają się z uprzedzeniem wagi." zamiast "Osoby otyłe bardzo często spotykają się z uprzedzeniem wagi".
2. "Osoby z otyłością mogą potrzebować leczenia." zamiast "Osoby otyłe mogą potrzebować leczenia".

Komunikacja niewerbalna



Podczas interakcji z innymi ludziami stale wysyłają i odbierają sygnały niewerbalne za pomocą gestów, kontaktu wzrokowego, tonu głosu i innych zachowań, które mogą wpływać na uczucia zaangażowanych osób (Segal i in., 2021).

Komunikacja niewerbalna jest równie ważnym czynnikiem wpływającym na wyniki pacjentów. Badanie wykazało, że

zadowolenie pacjenta jest związane z afirmatywnym zachowaniem niewerbalnym lekarza, takim jak kontakt wzrokowy i bliskość (Mast, 2007).

Według Segal et al. (2021) istnieje kilka rodzajów komunikacji niewerbalnej. Oto kilka przykładów:

- Mimika twarzy:

Ludzka twarz jest niezwykle ekspresyjna, zdolna do przekazywania szerokiej gamy emocji bez mówienia czegokolwiek. Mimika twarzy – wyrażająca szczęście, smutek, gniew, zaskoczenie, strach i pogardę - w przeciwieństwie do niektórych innych rodzajów komunikacji niewerbalnej, jest uniwersalna.

- Ruch ciała i postawa:

Sposób, w jaki ludzie chodzą i ich postawa, jest dość pouczająca. Uniwersalna postawa i subtelne ruchy są przykładami komunikacji niewerbalnej.

- Gesty:

Gesty obejmują ogromną część codziennego życia ludzi. Ludzie często, niemal od ręki, używają gestów zamiast słów podczas wyrażania siebie. W przeciwieństwie do mimiki, gesty nie są uniwersalne. Tak więc znaczenie niektórych gestów różni się w zależności od kultury. Na przykład "podczas gdy znak "OK" wykonany ręką zwykle przekazuje pozytywną wiadomość w krajach anglojęzycznych, jest uważany za obraźliwy w krajach takich jak Niemcy, Rosja i Brazylia" (Segal i in., 2021).

- Kontakt wzrokowy:



Kontakt wzrokowy jest szczególnie istotnym rodzajem komunikacji niewerbalnej, ponieważ wiele rzeczy może być komunikowanych przez sposób, w jaki patrzy się na kogoś innego. Należą do nich zainteresowanie, gniew lub pożądanie.

- Dotyk:

Dotyk jest również silnym środkiem komunikacji. Przykłady obejmują "słaby uścisk dłoni, ciepły uścisk niedźwiedzia, protekcyjnalne poklepanie po głowie lub kontrolujący uścisk na ramieniu" (Segal i in., 2021).

- Przestrzeń:

Przestrzeń fizyczna może być wykorzystywana do przekazywania różnych niewerbalnych wiadomości, w tym oznak bliskości i uczucia, wrogości i autorytetu. Na przykład, gdy ktoś stoi zbyt blisko, może być interpretowany przez innych jako autorytatywny. Jednak potrzeba przestrzeni fizycznej zależy od kultury, sytuacji i bliskości między zaangażowanymi osobami.

- Głos:

Mówienie jest nie tylko kwestią tego, co się mówi, ale także kwestią tego, jak się to mówi. Rzeczy, które są również ważne w tym kontekście, to:

- czas
- tempo
- głośność głosu
- ton i fleksja
- dźwięki, które przekazują zrozumienie (np. "ahhh", "uh-huh")

W kontekście odchylenia wagi badania wykazały, że piętno wagi może również objawiać się w subtelny sposób. Tym samym osoba stygmatyzująca może nie zdawać sobie sprawy z tego, że takie zachowania wyraża. Jednak takie przejawy odchylenia od wagi mogą nadal negatywnie wpływać na osobę stygmatyzowaną (Tomiyama i in., 2018). Przykładami odchylenia wagi poprzez komunikację niewerbalną w placówkach opieki zdrowotnej może być to, że lekarz może mieć większy kontakt wzrokowy z pacjentem o średnim BMI niż z pacjentem żyjącym z otyłością (Vartanian, Pinkus & Smyth, 2018 cytowany w Tomiyama et al., 2018).

2.2.2. Zastosowanie "twardej miłości"

Najnowszą metodą trendów, która jest stosowana przez pracowników służby zdrowia w kontekście motywowania swoich pacjentów do utraty wagi, jest "twarda miłość". "Twarda miłość" została zdefiniowana przez Cambridge Dictionary jako "*fakt celowego nie okazywania zbyt dużej życzliwości osobie, która ma problem, aby osoba ta zaczęła rozwiązywać swój własny problem*" (Cambridge Dictionary, n.d.). W tym kontekście lekarze starają się przekonać pacjentów, opisując postęp choroby spowodowany brakiem zmiany zachowania. Podkreślają implikacje otyłości, w tym prognozy poważnych powikłań i przedwczesnej śmierci, aby skłonić pacjentów do modyfikacji ich praktyk związanych ze stylem życia (Sackett & Dajani, 2019).



Użycie "twardej miłości" było postrzegane jako właściwa strategia, gdy jest stosowane z właściwych powodów. Może jednak powodować **strach i zakłopotanie** niektórych osób. W związku z tym Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) oświadczyło, że skuteczność takich strategii nie jest gwarantowana, a nawet może być szkodliwa (strona internetowa Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2017, cytowana w Sackett & Dajani, 2019).

Twarda miłość, zastosowana w przypadku otyłości, odnosi się do stosowania stygmatyzacji wagi jako zachęty dla osób z nadwagą do przyjęcia zdrowszych nawyków żywieniowych i ćwiczeń, działając jako mechanizm kontroli społecznej. Opiera się to na przekonaniu, że osoby stygmatyzowane dostosują swoje zachowania - a tym samym dostosują się do norm społecznych - starając się uniknąć stygmatyzacji. Jednak skuteczność tej praktyki jest dość kontrowersyjna ze względu na brak dowodów potwierdzających. Natomiast badania wykazały, że stygmatyzacja wagi zwiększa ryzyko objadania się i niezdrowych zachowań związanych z kontrolą wagi, a także wiąże się z niskim poziomem ćwiczeń fizycznych, a tym samym działa na rzecz otyłości (Puhl & Heuer, 2010), a nie zapobiega jej.

2.2.3. Przepisanie wszystkich problemów zdrowotnych wyłącznie do wagi

Udokumentowano, że ludzie żyjący w dużych ciałach czują, że tak naprawdę nie są słuchani przez pracowników służby zdrowia, ze względu na ich tendencję do przypisywania wszystkich objawów do wagi, bez uwzględnienia jakichkolwiek innych aspektów zdrowia (Alberga AS i in., 2019). Przepisanie wszystkich schorzeń do wagi może zniechęcić osoby żyjące w dużych ciałach do wyrażania swoich obaw dotyczących problemu zdrowotnego, a nawet do ujawnienia lekarzowi ogólnemu, jakich objawów mogą doświadczać (Brown I. i in., 2006). Rzeczywiście, przyczyny związane z wagą mogą być jedną z najważniejszych barier w prawidłowym korzystaniu z opieki zdrowotnej, ponieważ pacjenci uważają, że powinni poczekać, aż schudną, zanim pójdą na wizytę. Unikanie lub opóźnianie wizyt lekarskich z powodu strachu przed koniecznością wejścia na wagę i poczucia oceny ich wagi może mieć szkodliwy wpływ na leczenie osób z otyłością (Drury, CA. & Louis, M., 2002). Ponadto warto wspomnieć, że nadmierne przypisywanie objawów otyłości może skutkować złym traktowaniem problemów zdrowotnych, które wymagają różnych podejść terapeutycznych. Udzielanie niezamówionych porad dotyczących "utrąty wagi" może utrudnić pacjentom podjęcie dalszych badań diagnostycznych w celu uzyskania odpowiedniego leczenia dla ich stanu zdrowia (Phelan S.M. i in., 2015).

2.2.4. Założenia i niskie zaufanie

Negatywne założenia oparte na wadze

Negatywne założenia oparte na wadze stanowią kolejny przejaw odchylenia wagi w placówkach opieki zdrowotnej. Badania wskazują, że podejmowanie decyzji medycznych wynika nie tylko z racjonalnych modeli normatywnych, ale także



z czynników niemedyycznych, takich jak wygląd fizyczny pacjentów, doświadczenie kliniczne pracowników służby zdrowia i otoczenie opieki zdrowotnej (McKinlay i in., 1996). Tak więc ukryte uprzedzenia mogą prowadzić do niedokładnych założeń i złych wyników, które w kontekście świadczenia opieki zdrowotnej mogą być nawet niebezpieczne (Bedford, n.d.).

Przyjmowanie fałszywych założeń dotyczących pacjentów z otyłością jest szkodliwą praktyką pracowników służby zdrowia, która została zgłoszona przez pacjentów żyjących z otyłością (Alberga i in., 2019). Pracownicy służby zdrowia często mają myśli, przekonania i opinie dotyczące tego, jak ich pacjent przybrał na wadze, co najprawdopodobniej może być wynikiem stereotypowego myślenia. Niektóre przykłady negatywnych założeń opartych na wadze, które często występują w placówkach opieki zdrowotnej, to:

- Pracownicy służby zdrowia osądzają swoich pacjentów z otyłością na temat jedzenia niezdrowej żywności lub niewystarczającej ilości ćwiczeń bez pytania swoich pacjentów o ich rzeczywistość, a nawet jeśli pytają, nie wierzą im (Alberga i in., 2019);
- Pracownicy służby zdrowia uważają, że pacjenci z nadwagą nie chcą schudnąć (McHale i in., 2020);
- Pracownicy służby zdrowia uważają, że pacjenci z nadwagą nie zgadzają się z instrukcjami opieki zdrowotnej (Ferrante i in., 2006, cytowani w Lee & Pausé, 2016).

Takie założenia nie tylko mogą negatywnie wpływać na wyniki pacjentów, ponieważ nadmiernie upraszczają przyczyny otyłości, a tym samym pomijają złożoną naturę ludzkiego metabolizmu, ale także przyczyniają się do dalszego rozpowszechniania błędnego przekonania o utracie wagi jako prostym procesie (Phelan i in., 2015).

Niskie zaufanie

Niższe zaufanie do pracowników służby zdrowia jest powszechnie zgłaszane jako konsekwencja doświadczania odchylenia wagi w placówkach opieki zdrowotnej. Według Gudzone i in. (2014) pacjenci z nadwagą, którzy czuli się stygmatyzowani ze względu na swoją wagę przez pracowników służby zdrowia, znacznie rzadziej im ufali. Chociaż badanie eksploracyjne ujawniło niewielki związek zaufania z zachowaniami zdrowotnymi, jakością życia i nasileniem objawów, wykryto silny związek między satysfakcją pacjenta a zaufaniem. Ogólnie rzecz biorąc, badanie to wykazało, że w przypadkach, w których pacjenci mieli zwiększone zaufanie do swojego lekarza opieki zdrowotnej, stwierdzono zwiększoną satysfakcję z leczenia, korzystne zachowania zdrowotne, jakość życia i mniej objawów (Birkhäuser i in., 2017).

Zaufanie jest ogólnie postrzegane jako jeden z najważniejszych elementów w kontekście relacji opieki zdrowotnej między specjalistami a pacjentami. Opiera się to głównie na przekonaniu, że zaufanie silnie wpływa na komunikację między pracownikami służby zdrowia a pacjentami, a także na decyzję tych ostatnich o pozostaniu z lekarzem (Johnson, 2019). Według Johnsona (2019) niektóre przykłady przejawów zaufania w kontekście interakcji między pracownikami służby zdrowia, a pacjentami obejmują:

- gotowość lekarzy do słuchania pacjentów;



- przekonanie pacjentów, że lekarze cenią sobie autonomię pacjenta i zdolność do podejmowania świadomych decyzji;
- pacjenci czują się na tyle komfortowo, aby wyrażać i angażować się w dialog związany z ich problemami zdrowotnymi.

*"... 'pacjenci muszą być w stanie zaufać lekarzom swoim życiem i zdrowiem',
a utrzymanie zaufania jest jedną z podstawowych wskazówek dla lekarzy..."*

(Birkhäuser i in., 2017, cytowane w Johnson, 2019)

2.2.5 Recepta na dietę

Dieta i inne praktyki odchudzania są często postrzegane i promowane jako rozwiązanie "problemu" otyłości nie tylko w praktyce medycznej, ale także z perspektywy polityki zdrowia publicznego (Bacon & Aphramor, 2011). Zostało to oparte na twierdzeniach potwierdzających, że stosowanie stygmatyzacji i presji społecznej jako zachęty dla osób z otyłością do utraty wagi pozytywnie wpływa na zdrowie populacji (Tomiyaama i in., 2018). Badanie wykazało, że podczas prowadzenia poradnictwa dotyczącego otyłości pracownicy służby zdrowia częściej omawiają "ćwiczenia", "dietę" i "otyłość" niż odpowiednio "aktywność fizyczną", "nawyki żywieniowe" i "niezdrową wagę" (Petrin i in., 2017).

Jednak nadal ważne jest, aby pamiętać, że używanie określonych słów może mieć różny wpływ na pacjentów, ze względu na ich internalizację określonego języka. Każdy pacjent może inaczej internalizować słowa ze względu na ich subiektywność. Dlatego każdy świadczeniodawca musi inaczej brać pod uwagę odczucia każdego pacjenta.

Według Bacon & Aphramor (2011) **tak zwany paradygmat skoncentrowany na wadze opiera się na pewnych założeniach**. Są to:

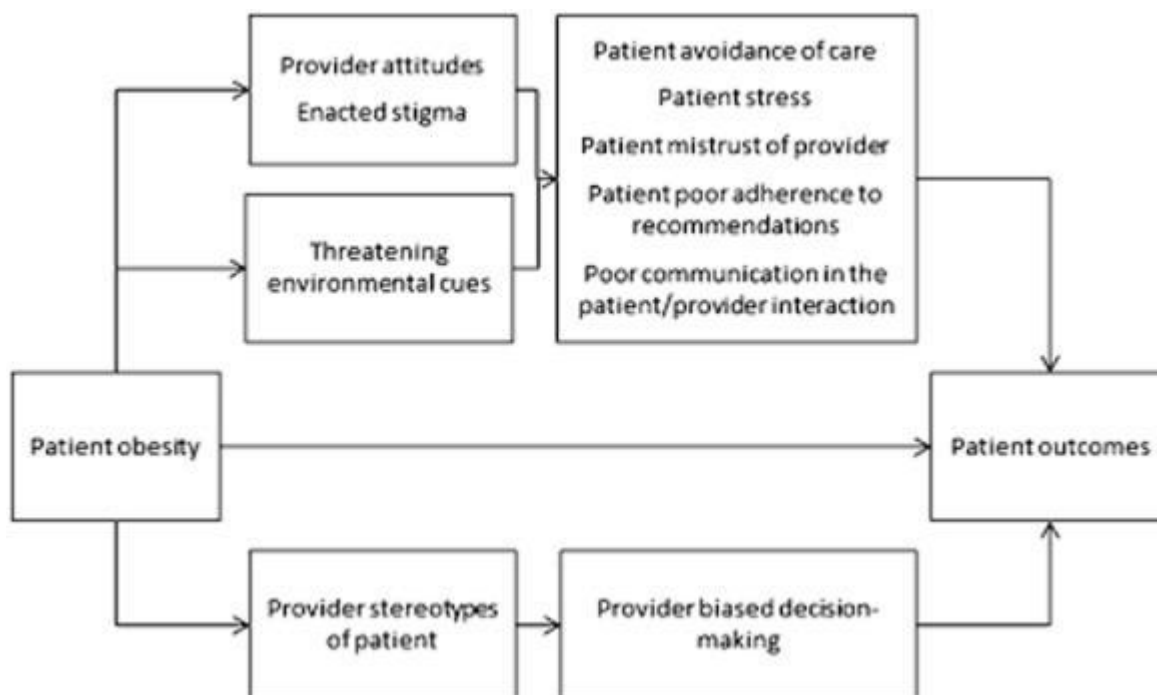
- Otyłość stwarza znaczne ryzyko śmiertelności;
- Otyłość stwarza znaczne ryzyko zachorowalności;
- Pozbycie się dużej wagi przedłuży życie;
- Osoba otyła, która jest zdeterminowana, może schudnąć i utrzymać wagę poprzez odpowiednią dietę i ćwiczenia;
- Dążenie do utraty wagi jest praktycznym i pozytywnym celem;
- Jedynym sposobem dla osób z nadwagą i otyłością na poprawę zdrowia jest utrata wagi,
- Koszty związane z otyłością stanowią duże obciążenie dla gospodarki, co można skorygować poprzez uwagę skoncentrowaną na leczeniu i zapobieganiu otyłości, w oparciu o osobistą odpowiedzialność.

Jednak badania nie udowodniły, że te założenia są słuszne (Bacon & Aphramor, 2011). Wręcz przeciwnie, sugeruje się, że stygmatyzacja masy ciała może upośledzać zdrowie metaboliczne pacjentów i spowodować wzrost masy ciała, powodując zmiany psychologiczne i behawioralne, takie jak unikanie ćwiczeń (Tomiyaama i in., 2018). Co więcej, wykryto również konsekwencje dla zdrowia biologicznego pacjentów, w tym



zwiększone odżywianie, zmniejszoną samoregulację i wyższy poziom kortyzolu (Tomiya i in., 2018).

Tak więc Bacon & Aphramor (2011) sugerują, że "masa ciała jest słabym celem interwencji w zakresie zdrowia publicznego" (s. 9) i że istniejące dane są wystarczające, aby można było poprzeć odejście od konwencjonalnej utraty wagi.



Rysunek 2.2. Koncepcyjny model hipotetycznych ścieżek wyjaśniających możliwe powiązania między otyłością a wynikami zdrowotnymi, które są częściowo zapośredniczone przez postawy i zachowania świadczeniodawców wobec osób z otyłością oraz reakcją pacjentów na uczucie stygmatyzacji (Phelan, SM. i in., 2015).



ZASOBY ZEWNĘTRZNE

- Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M., & Russell-Mayhew, S. (2019). Błąd wagi i wykorzystanie opieki zdrowotnej: przegląd zakresu. *Badania i rozwój podstawowej opieki zdrowotnej*, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000227>
- Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P., & Keranen, L. (2006). Bariery w rutynowych ginekologicznych badaniach przesiewowych w kierunku raka u białych i afroamerykańskich otyłych kobiet. *International Journal of Obesity*, 30(1), 147–155. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105>
- Załącznik 2 (dostarczony przez autorów) - otyłość Kanada. Załącznik 2: Wytyczne praktyki klinicznej 2020: Ramy 5As dotyczące zarządzania otyłością u dorosłych. (2020). [dostęp 9 grudnia 2021] z <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/10/191707-guide-2-at.pdf>
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Nauka o wadze: Ocena dowodów na zmianę paradygmatu. *Nutrition Journal*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
- Bedford, M. (n.d.). *Nieświadome uprzedzenia w opiece zdrowotnej*. Interakcje jakościowe. [dostęp 7 grudnia 2021] z <https://www.qualityinteractions.com/blog/unconscious-bias-in-healthcare>
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Zaufanie do pracownika służby zdrowia i wyników zdrowotnych: metaanaliza. *PLOS ONE*, 12(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Brown I. et al. (2006). Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej w walce z otyłością: jakościowe badanie percepcji otyłych pacjentów. *British Journal of General Practice*, 666-672.
- Canadian Obesity Network (2012). 5As of Obesity Management [prezentacja PowerPoint].
- Danielsdóttir, S. A. (2016). Co jest w słowie? O stygmatyzacji wagi i terminologii. *Granice w psychologii*.
- Drury, CA. Louis, M. (2002). Badanie związku między masą ciała, piętnem otyłości i unikaniem opieki zdrowotnej. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(12):554-61. doi: 10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x.
- Forhan M. i in. (2013). Czynniki przyczyniające się do zaangażowania pacjentów w podstawową opiekę zdrowotną: postrzeganie pacjentów z otyłością. *Badania i rozwój podstawowej opieki zdrowotnej*, 367-372.
- Fruh, S.M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D., & Zlomke, K. (2016). Piętno otyłości i uprzedzenia. *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). Rozwój współczującego zaangażowania i skali działania dla siebie i innych. *Journal of Compassionate Health Care*, 4, 4.
- Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., & Bleich, S. N. (2014). Pacjenci, którzy czują się oceniani na podstawie swojej wagi, mają mniejsze zaufanie do swoich dostawców podstawowej opieki zdrowotnej. *Edukacja i poradnictwo dla pacjentów*, 97(1), 128–131. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.019>
- Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Waznienie opieki: Reakcje lekarzy na wielkość pacjenta. *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). Metaanaliza długoterminowej skuteczności psychologicznych



- i medycznych metod leczenia zaburzeń objadania się. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1353–1376. <https://doi.org/10.1002/eat.23297>
- Johnson, T. (2019, 11 marca). Znaczenie komunikacji między lekarzem a pacjentem i zaufania do opieki zdrowotnej. *Duke Spersonalizowana opieka zdrowotna*. [dostęp 7 grudnia 2021] z <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. Dostępne od: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>. Dostęp [8/12/2021].
- Kyle, T. K., & Puhl, R.M. (2014). Stawianie ludzi na pierwszym miejscu w otyłości. *Otyłość*, 22(5), 1211–1211. <https://doi.org/10.1002/oby.20727>
- Język stygmatyzacji wagi i stronniczości. *ConscienHealth*. (2018, 5 lutego). [dostęp 6 grudnia 2021] z <https://conscienhealth.org/2017/09/the-language-of-weight-stigma-and-bias/>
- Lee, J. A., & Pausé, C. J. (2016). Stygmatyzacja w praktyce: Bariery dla zdrowia grubych kobiet. *Granice w psychologii*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02063>
- Maszt, M. S. (2007). O znaczeniu komunikacji niewerbalnej w interakcji lekarz-pacjent. *Edukacja i poradnictwo dla pacjentów*, 67(3), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005>
- McHale, C. T., Laidlaw, A. H., & Cecil, J. E. (2020). Poglądy pacjentów i praktyków podstawowej opieki zdrowotnej na temat wagi i dyskusji związanych z wagą: Badanie metodami mieszanymi. *BMJ Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034023>
- McKinlay, J.B., Potter, D. A., & Feldman, H. A. (1996). Wpływy niemedyczne na podejmowanie decyzji medycznych. *Nauki społeczne i medycyna*, 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 Danielsdóttir, S. (2016). Co jest w słowie? O stygmatyzacji wagi i terminologii. *Granice w psychologii*.
- Narodowa Rada ds. Zdrowia i Badań Medycznych. (2013). 4. Zapytaj i oceń. W *Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia: Systematic review* (str. 23–33). esej, Narodowa Rada zdrowia i Badań Medycznych.
- Nordisk, N. (2021, 29 listopada). Inicjowanie: Poproś o pozwolenie. Odkryj naukę o otyłości dla HCP. [dostęp 9 grudnia 2021 r.] z <https://www.rethinkobesity.global/treat-tab/ask-permission.html>
- Koalicja na rzecz Walki z Otyłością. (2021, 20 kwietnia). Język przede wszystkim ludzi. Koalicja na rzecz Walki z Otyłością. [dostęp 6 grudnia 2021] z <https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/>
- Koalicja na rzecz Walki z Otyłością. (n.d.). Zrozumienie stygmatyzacji otyłości - koalicja działań na otyłość. [dostęp 8 grudnia 2021] z <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). Perspektywy studentów pielęgniarstwa na obserwowane odchylenie wagi w placówkach opieki zdrowotnej: badanie jakościowe. *Forum Pielęgniarstwa*, 56(1), 58–65. <https://doi.org/10.1111/nuf.12522>
- Olson C.L et al. (1994). Kobiety z nadwagą opóźniają opiekę medyczną. *Archiwum Medycyny Rodzinnej*, 888-892.



- Petrin, C., Kahan, S., Turner, M., Gallagher, C., & Dietz, W. H. (2017). Aktualne postawy i praktyki poradnictwa w zakresie otyłości przez pracowników służby zdrowia. *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). Wpływ odchylenia wagi i stygmatyzacji na jakość opieki i wyniki u pacjentów z otyłością. *Recenzje otyłości*, 16 (4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Puhl, R.M., & Heuer, C. A. (2010). Piętno otyłości: Ważne względy dla zdrowia publicznego. *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). Otyłość w treningu: Postawy, przekonania i obserwacje wśród zaawansowanych stażystów w profesjonalnych dyscyplinach zdrowia. *Otyłość*, 22(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1002/oby.20637>
- Puhl, R., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2012). Motywujące czy stygmatyzujące? publiczne postrzeganie języka związanego z wagą używanego przez pracowników służby zdrowia. *International Journal of Obesity*, 37(4), 612–619. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.110>
- Russell, N. i Carryer, J. (2013). Życie na dużą skalę: doświadczenia kobiet o dużych ciałach podczas uzyskiwania dostępu do usług ogólnej praktyki. *Journal of Primary Health Care*, 199-205.
- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Ukryte i wyraźne uprzedzenia antytytuszczone wśród dużej próby lekarzy według BMI, rasy / pochodzenia etnicznego i płci. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448>
- Sackett, D. R., & Dajani, T. (2019). Fat shaming w medycynie: Przegląd alternatywnych strategii pacjenta. *Osteopatyczny lekarz rodzinny*. [dostęp 22 listopada 2021] z <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). Postawy i praktyka terapeutyczna lekarzy rodzinnych wobec pacjentów z otyłością w podstawowej opiece zdrowotnej. *Praktyka rodzinna BMC*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01239-1>
- Segal, J., Boose, G., Robinson, L., & Smith, M. (2021, 15 lipca). Komunikacja niewerbalna i język ciała. *HelpGuide.org*. [dostęp 6 grudnia 2021] z <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). Jak i dlaczego stygmatyzacja wagi napędza "epidemię" otyłości i szkodzi zdrowiu. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Twarda miłość. *Słownik Cambridge*. (n.d.). [dostęp 22 listopada 2021] z <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). Załącznik 2: Wytyczne praktyki klinicznej 2020: Ramy 5As dotyczące zarządzania otyłością u dorosłych. (2020). [dostęp 9 grudnia 2021] z <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/10/191707-guide-2-at.pdf>