

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ

Σταύρος Λιάτης,ⁱ Ευαγγελία Τζεραβίνηⁱⁱ

Το κεφάλαιο προσαρμόστηκε από: 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 (version 1, 2020). Available from: <https://obesitycanada.ca/healthcare-professionals/adult-clinical-practice-guideline>. © 2020 Obesity Canada

ⁱ Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, SCOPE International Fellow

ⁱⁱ MD, MSc, Παθολόγος, Επιστημονική Συνεργάτις Διαβητολογικού Κέντρου, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Παραθέστε αυτό το κεφάλαιο:

Διαχείριση, κλινική πρακτική και πολιτική κατά της παχυσαρκίας: Στρατηγικές μείωσης της προκατάληψης σχετικά με το βάρος. Προσαρμογή Κατευθυντήριων Οδηγιών Κλινικής Πρακτικής για τη Διαχείριση της Παχυσαρκίας στους Ενήλικες (Συμμαχία για την Καταπολέμηση της Παχυσαρκίας, έκδοση 1, 2025) από: Λιάτης Σ, Τζεραβίνη Ε. Το κεφάλαιο προσαρμόστηκε από: 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 (version 1, 2020). Available from: <https://obesitycanada.ca/healthcare-professionals/adult-clinical-practice-guideline>. © 2020 Obesity Canada. Διαθέσιμο στο: <https://www.action4obesity.gr/guidelines>. Πρόσβαση στις [Ημ/νία].

ΒΑΣΙΚΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΧΑΡΑΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Οι δημόσιοι φορείς που χαράσσουν πολιτικές αντιμετώπισης της παχυσαρκίας θα πρέπει να αξιολογούν και να αναλογίζονται τις δικές τους πεποιθήσεις και τη στάση τους απέναντι στην παχυσαρκία.¹
- Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση γλώσσας και εικόνων που στιγματίζουν. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι η επαγωγή συναισθημάτων ντροπής δεν οδηγεί σε αλλαγή της συμπεριφοράς. Στην πραγματικότητα, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα επιδίωξης ανθυγιεινής συμπεριφοράς και δεν έχει θέση σε μια τεκμηριωμένη προσέγγιση για τη διαχείριση της παχυσαρκίας.^{2,3}
- Στις πολιτικές υγείας του πληθυσμού, η υπόθεση ότι οι υγιείς συμπεριφορές θα οδηγήσουν ή θα έπρεπε να οδηγήσουν σε αλλαγή του βάρους πρέπει να αποφεύγονται. Το σωματικό βάρος δεν είναι συμπεριφορά και δεν πρέπει να αποτελεί στόχο αλλαγής συμπεριφοράς. Πρέπει να αποφεύγεται η αξιολόγηση πολιτικών, προγραμμάτων και εκστρατειών υγιεινής διατροφής και σωματικής δραστηριότητας βάσει του βάρους ή του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)

του πληθυσμού. Αντίθετα, πρέπει να δίνεται έμφαση στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων όλων των μεγεθών. Τα άτομα με παχυσαρκία πρέπει να υποστηρίζονται, καθώς η προκατάληψη σχετικά με το βάρος συμβάλλει στις ανισότητες που σχετίζονται με την υγεία, αλλά και στις κοινωνικές ανισότητες. Αυτό περιλαμβάνει την ενίσχυση της πολιτικής δράσης για την πρόληψη της προκατάληψης και των διακρίσεων λόγω του σωματικού βάρους.²⁻⁸

- Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να γνωρίζουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με παχυσαρκία έχουν βιώσει προκατάληψη ή κάποια μορφή διάκρισης εξαιτίας του βάρους τους. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να θεωρήσουν την προκατάληψη και το στίγμα της παχυσαρκίας ως επιβαρυντικό παράγοντα για την έκβαση της υγείας του πληθυσμού και να αναπτύξουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή τους. Για να αποφευχθεί η επιδείνωση του προβλήματος, ενθαρρύνουμε τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να μη βλάπτουν και να αναπτύξουν ανθρωποκεντρικές πολιτικές που υπερβαίνουν την προσωπική ευθύνη, αναγνωρίζουν την πολυπλοκότητα της παχυσαρκίας και προάγουν την υγεία, την αξιοπρέπεια και τον σεβασμό, ανεξαρτήτως βάρους ή σχήματος σώματος.

- Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι το κλινικό περιβάλλον είναι προσβάσιμο και ασφαλές και σέβεται όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το βάρος ή το μέγεθός τους. Προσπαθήστε να βελτιώσετε την υγεία και την ποιότητας ζωής των ασθενών αντί να εστιάζετε αποκλειστικά στη διαχείριση της παχυσαρκίας. Ζητήστε άδεια πριν ζυγίσετε ένα άτομο και αποφεύγετε να ζυγίζετε παρουσία τρίτων. Η ζυγαριά θα πρέπει να τοποθετείται σε ιδιωτικούς χώρους. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να σκεφτούν πως ο φυσικός χώρος του γραφείου τους θα

είναι κατάλληλος για άτομα όλων των μεγεθών και να διασφαλίσουν ότι έχουν εξοπλισμό κατάλληλου μεγέθους (π.χ. περιχειρίδες αρτηριακής πίεσης, ρόμπες, καρέκλες, κρεβάτια) διαθέσιμο στα εξεταστήρια, πριν από την άφιξη των ασθενών. Τα άτομα με παχυσαρκία πρέπει να υποστηρίζονται, δεδομένου ότι η προκατάληψη εξαιτίας του βάρους επηρεάζει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Αυτό περιλαμβάνει να ληφθούν μέτρα για τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης και πολιτικών για άτομα όλων των μεγεθών σώματος.⁸

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

1. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αξιολογήσουν τις προσωπικές τους πεποιθήσεις και συμπεριφορές απέναντι στην παχυσαρκία και να εξετάσουν πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν την παροχή φροντίδας (Επίπεδο στοιχείων 1a, Σύσταση βαθμού Α).¹
2. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι στα άτομα με παχυσαρκία η εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος (προκατάληψη προς τον εαυτό) μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά και την έκβαση της υγείας τους (Επίπεδο στοιχείων 2a, Σύσταση βαθμού Β).⁹⁻¹²
3. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση επικριτικών λέξεων (Επίπεδο στοιχείων 1a, Σύσταση βαθμού Α),² εικόνων (Επίπεδο στοιχείων 2b, Σύσταση βαθμού Β)² και πρακτικών (Επίπεδο στοιχείων 2a, Σύσταση βαθμού Β)¹³ όταν εργάζονται με ασθενείς με παχυσαρκία.
4. Συνιστάται στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αποφεύγουν να κάνουν υποθέσεις ότι ένα πρόβλημα υγείας ή παράπονο που εκφράζει ένας ασθενής σχετίζεται οπωσδήποτε με το σωματικό του βάρος (Επίπεδο στοιχείων 3, Σύσταση βαθμού C).^{13,14}

ΒΑΣΙΚΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

- Η προκατάληψη σχετικά με το βάρος μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα με παχυσαρκία. Για παράδειγμα, η προκατάληψη για το βάρος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την στάση και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με παχυσαρκία.^{8,13}
- Η βίωση διακρίσεων λόγω του βάρους μπορεί να βλάψει την υγεία και την ευημερία σας. Το να αντιμετωπίζετε άνιση μεταχείριση λόγω του μεγέθους ή του βάρους σας, για παράδειγμα, είναι κάτι μη αποδεκτό. Απευθυνθείτε στον προσωπικό σας πάροχο υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τις εμπειρίες σας με την προκατάληψη για το βάρος. Μιλήστε και υποστηρίξτε τη δράση για να σταματήσουν οι διακρίσεις λόγω του βάρους.¹⁵⁻¹⁷

Μιλήστε με τον προσωπικό σας πάροχο υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με την αντιμετώπιση της εσωτερικευμένης προκατάληψης για το βάρος. Η προκατάληψη μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά και την υγεία σας. Ο αυτοστιγματισμός και η αυτομομφή μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω συμπεριφορικών παρεμβάσεων, σύμφωνα με τις αρχές της γνωσιακής θεραπείας και της θεραπείας αποδοχής και δέσμευσης.^{12,18-22} (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτές τις θεραπείες, βλ. **Κεφάλαιο 10: «Αποτελεσματικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της παχυσαρκίας»**)

- Προσπαθήστε να εστιάσετε στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αντί στην απώλεια βάρους. Το βάρος δεν είναι συμπεριφορά και δεν πρέπει να αποτελεί στόχο αλλαγής συμπεριφοράς.^{23,24}

Εισαγωγή

Τα άτομα με παχυσαρκία συχνά αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις, στιγματισμό και διακρίσεις σε σχέση με το βάρος τους. Ο ρόλος που αυτό παίζει στη

διαχείριση της παχυσαρκίας, μέχρι πρόσφατα τουλάχιστον, δεν έχει αποσαφηνιστεί. Σε αυτό το κεφάλαιο παρέχεται μια επισκόπηση αυτών των αρνητικών συμπεριφορών, καθώς και της επίδρασης

που έχουν στην ανάπτυξη, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόληψη της παχυσαρκίας, με βάση τα καλύτερα διαθέσιμα δεδομένα. Η συμπερίληψη της προκατάληψης, του στιγματισμού και των διακρίσεων απέναντι στο βάρος στις κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την παχυσαρκία, αποτελεί καινοτομία και αναγνωρίζει την ύπαρξη επιτακτικών και αδιάσειστων στοιχείων ότι αυτές οι στάσεις αποτελούν μια σημαντική πρόκληση στην κλινική πράξη και τις πολιτικές υγείας. Οι ποιοτικές μέθοδοι θεωρούνται ως η πιο κατάλληλη ερευνητική προσέγγιση για τα ζητήματα που σχετίζονται με τη βιωματική εμπειρία της παχυσαρκίας και την κλινική φροντίδα της.

Παρόλο που αναγνωρίζουμε ότι τα δεδομένα υψηλής ποιότητας σχετικά με τις προκαταλήψεις για το βάρος, το στίγμα και τις διακρίσεις απέναντι στα άτομα με παχυσαρκία είναι ελλιπή, η συντακτική ομάδα αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών αισθάνεται ότι είναι σημαντικό να γίνει αναφορά σε αυτά. Ελπίζουμε ότι η έρευνα σε αυτό το πεδίο θα συνεχιστεί και θα προκύψουν περισσότερα δεδομένα για την ενημέρωση κατευθυντήριων οδηγιών στο μέλλον.

Προκειμένου να υποστηριχθεί η καθιερωμένη πλέον πρακτική στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, στο κεφάλαιο αυτό θα χρησιμοποιηθεί η ανθρωποκεντρική γλωσσική προσέγγιση (people-first language). Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην ιστοσελίδα <https://obesitycanada.ca/resources/people-first-language>.

Δεδομένου ότι τα στοιχεία στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία είναι περιορισμένα, το κεφάλαιο περιλαμβάνει συστάσεις όταν τα δεδομένα είναι επαρκή, ενώ, όταν τα διαθέσιμα δεδομένα είναι περιορισμένα, παρέχει κεντρικά μηνύματα για τους επαγγελματίες υγείας, τους πολιτικούς υγείας και τους ασθενείς.

Τι εννοούμε με τους όρους προκατάληψη για το βάρος, στίγμα και διάκριση;

Οι όροι «προκατάληψη για το βάρος», «στίγμα» και «διάκριση» συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, αλλά στην πραγματικότητα αντικατοπτρίζουν ένα συνεχές φάσμα ορολογίας. Η προκατάληψη για το βάρος περιγράφει τις αρνητικές στάσεις, πεποιθήσεις, υποθέσεις και κρίσεις στην κοινωνία προς τους ανθρώπους που ζουν «μέσα σε μεγάλα σώματα». Η προκατάληψη για το βάρος μπορεί να εκφραστεί είτε απερίφραστα είτε σιωπηρώς και με εσωτερικευμένες

μορφές. Η απερίφραστη (explicit) προκατάληψη για το βάρος ορίζεται ως η φανερά αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με παχυσαρκία. Παραδείγματα αυτού του τύπου προκατάληψης είναι οι πεποιθήσεις ότι τα άτομα με παχυσαρκία είναι τεμπέληδες, χωρίς κίνητρα, δεν έχουν αυτοπειθαρχία ή δύναμη θέλησης και δεν συμμορφώνονται με την ιατρική θεραπεία. Η σιωπηρή (implicit) προκατάληψη για το βάρος είναι η ασυνείδητη αρνητική στάση απέναντι σε άτομα με μεγάλα σώματα. Με άλλα λόγια, οι έμμεσες στάσεις προκατάληψης δεν είναι συνειδητές, μπορούν ωστόσο να διαμορφώσουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν και αντιμετωπίζουν τα άτομα με παχυσαρκία.

Η εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος, ή η αυτοκατευθυνόμενη προκατάληψη, αναφέρονται στον βαθμό κατά τον οποίο τα ίδια τα άτομα με παχυσαρκία επιδοκιμάζουν τις αρνητικές πεποιθήσεις για το βάρος τους. Η εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος είναι ήδη διαδεδομένη στον γενικό πληθυσμό (44%). Ωστόσο, τα άτομα με παχυσαρκία είναι πιο πιθανό να υποστηρίξουν τέτοιες πεποιθήσεις (52%).²⁵ Τα άτομα που έχουν έντονα εμπεδώσει μια τέτοια προκατάληψη τείνουν να πιστεύουν ότι αξίζουν τις αρνητικές στάσεις ή την αρνητική μεταχείριση που προσλαμβάνουν. Αυτό αποδεικνύεται από ισχυρές υποστηρικτικές δηλώσεις όπως: «Είμαι λιγότερο ελκυστικός από τους περισσότερους άλλους ανθρώπους λόγω του βάρους μου» ή «Αγχώνομαι για το τι μπορεί να σκέφτονται οι άλλοι για μένα επειδή είμαι υπέρβαρος». Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της διαχείρισης της παχυσαρκίας και της προκατάληψης για το βάρος. Τα τελευταία χρόνια, έχουν βρεθεί ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της εσωτερικευμένης προκατάληψης για το βάρος και της έκβασης της ψυχικής υγείας.²⁶⁻²⁹ Η εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος έχει αποδειχθεί ότι έχει αρνητικό αντίκτυπο στη διαχείριση της παχυσαρκίας. Για παράδειγμα, έχει συσχετιστεί με την αποφυγή άσκησης και την επεισοδική υπερφαγία.^{9,20,30-40}

Το στίγμα του σωματικού βάρους ή της παχυσαρκίας¹ (χρησιμοποιείται εδώ ο όρος «στίγμα του βάρους», αλλά στη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται επίσης συχνά ο όρος «στίγμα της παχυσαρκίας») αντιπροσωπεύει την εκδήλωση προκατάληψης ως προς το βάρος μέσω επιβλαβών κοινωνικών στερεοτύπων για τα άτομα με παχυσαρκία. Ένα παράδειγμα στίγματος για το βάρος ή την παχυσαρκία στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι η συχνή πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας ότι τα άτομα με παχυσαρκία δεν συμμορφώνονται με τις ιατρικές συμβουλές ή τη θεραπεία τους και, ως εκ τούτου, η προσχηματισμένη

αντίληψη ότι οι στρατηγικές διαχείρισης της παχυσαρκίας δεν θα λειτουργήσουν. Η ύπαρξη προκατάληψης και στιγματισμού του αυξημένου σωματικού βάρους μπορεί, με τη σειρά της, να οδηγήσει σε διακρίσεις με βάση το βάρος, δηλαδή σε άδικη μεταχείριση των ατόμων λόγω του βάρους τους.⁴¹ Ενδεικτικά παραδείγματα τέτοιας άδικης και άνισης μεταχείρισης περιλαμβάνουν την αφιέρωση λιγότερου χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας και την πιο απρόσωπη ή βιαστική επικοινωνία ή το μικρότερο συναισθηματικό δέσιμο με ασθενείς με παχυσαρκία. Σε ακραίες περιπτώσεις, η διάκριση με βάση το βάρος μπορεί να οδηγήσει σε άρνηση θεραπείας ή αποφυγή αναζήτησης βοήθειας από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.⁴²⁻⁴⁶

Πόσο διαδεδομένα είναι η μεροληψία, το στίγμα και οι διακρίσεις;

Η προκατάληψη για το βάρος και το στίγμα είναι διάχυτα στην κοινωνία μας. Περίπου το 40% των ενηλίκων αναφέρει ιστορικό με κάποια εμπειρία στιγματισμού ή κάποιας μορφής προκατάληψης για το βάρος.⁴ Η προκατάληψη για το βάρος έχει παρατηρηθεί σε γονείς και οικογένειες,⁴⁷ συνομήλικους προ-εφήβων και εφήβων,⁴⁸ δασκάλους,⁴⁹ εργοδότες και επαγγελματίες ανθρώπινου δυναμικού,⁵⁰ επαγγελματίες υγείας,⁴⁸ ακόμη στα ίδια τα άτομα με παχυσαρκία.⁵¹ Η προκατάληψη για το βάρος είναι διαδεδομένη στον γενικό πληθυσμό και έχει βρεθεί ότι είναι σημαντικά μεγαλύτερη από ό,τι για δύο άλλους στόχους προκατάληψης που είναι επίσης διαδεδομένοι στη σύγχρονη κοινωνία: την ομοφυλοφιλία και τη μουσουλμανική πίστη.⁵² Μία άλλη μελέτη εξέτασε 1862 εθελοντές, στους οποίους έδειχναν φωτογραφίες γονέων και παιδιών με διαφορές στο σωματικό βάρος.⁵³ Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ως λιγότερο αποτελεσματικούς στο ρόλο του γονέα τους γονείς παιδιών με παχυσαρκία ($p=0,01$) ή τους γονείς που είχαν οι ίδιοι παχυσαρκία ($p=0,033$), σε σχέση με τους γονείς που τα παιδιά τους ή οι ίδιοι είχαν φυσιολογικό σωματικό βάρος.⁵³ Τέλος, σε μία διαδικτυακή έρευνα έλαβαν μέρος 130 άτομα, τα οποία κλήθηκαν να διαβάσουν μια αίτηση για εισαγωγή στο πανεπιστήμιο η οποία έδειχνε άγχος σχετικά με κάποια διαταραχή λήψης τροφής είτε από ένα άτομο με υπέρβαρο είτε από ένα λιποβαρές άτομο και, παρόλο που αναγνώριζαν την ύπαρξη σοβαρής ψυχικής διαταραχής και στις δύο περιπτώσεις, ήταν πιο πιθανό να ταυτοποιήσουν ως διαταραχή της πρόσληψης τροφής την περίπτωση του ατόμου με υπέρβαρο.⁵⁴

Υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία που τεκμηριώνει την προκατάληψη και το στίγμα του βάρους σε μια σειρά επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, ψυχολόγων και εκπαιδευόμενων στον τομέα της υγείας.³⁸ Η προκατάληψη για το βάρος έχει επίσης διερευνηθεί μεταξύ των φοιτητών σε τμήματα επιστημών υγείας πριν από την έναρξη της κλινικής πράξης.⁵⁵

Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν την παρουσία προκατάληψης για το βάρος στους επαγγελματίες υγείας,⁵⁶ τους φοιτητές,⁵⁷ καθώς και τον γενικό πληθυσμό.^{53,54} Πιο συγκεκριμένα, σε μία μελέτη από τη Νέα Ζηλανδία όπου συμμετείχαν 92 διαιτολόγοι ή φοιτητές διαιτολογίας, φάνηκε ότι ενώ ο φόβος σχετικά με το βάρος σώματος του ατόμου που καλούνταν να αξιολογήσουν ως επαγγελματίες υγείας ήταν ήπιος, ήταν σημαντικά πιο πιθανό να δώσουν αυτόκλητες συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση του βάρους, καθώς και να θεωρήσουν ότι τα άτομα με μεγαλύτερο βάρος σώματος έχουν χειρότερη υγεία, είναι λιγότερο δεκτικά, με χαμηλότερα κίνητρα, αλλά και λιγότερο ικανά να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις συστάσεις από τα άτομα με μικρότερο βάρος σώματος.⁵⁶ Μία άλλη έρευνα σε 295 φοιτήτριες έδειξε ότι οι συμμετέχουσες ήταν πιο πιθανό να συνδέουν με αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τόσο τον αυξημένο όσο και τον μειωμένο ΔΜΣ, σε σχέση με τον φυσιολογικό ΔΜΣ.⁵⁷

Η διάκριση σχετικά με το βάρος εκδηλώνεται σε πολλαπλά επίπεδα όπως σημειώθηκε παραπάνω και οι συνέπειές της είναι εκτεταμένες, όπως εξηγείται στην επόμενη ενότητα. Η διάκριση για το βάρος και το ύψος έχει διαπιστωθεί ότι αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των ετών 1995-1996 και 2004-2006, από 7% σε 12%.⁴ Ο επιπολασμός των διακρίσεων για το βάρος έχει αυξηθεί κατά 66% την τελευταία δεκαετία και είναι συγκρίσιμος με τα ποσοστά φυλετικών διακρίσεων, ιδιαίτερα απέναντι στις γυναίκες.^{4,7} Ο επιπολασμός της διάκρισης για το βάρος που γίνεται αντιληπτή σε τομείς της καθημερινής ζωής, όπως η επαγγελματική απασχόληση, το σχολείο, η υγειονομική περίθαλψη και οι διαπροσωπικές σχέσεις, κυμαίνεται από 19,2% απέναντι στα άτομα με παχυσαρκία κατηγορίας Ι (ΔΜΣ 30–35 kg/m²) έως 41,8% απέναντι στα άτομα με σοβαρή παχυσαρκία (ΔΜΣ >35 kg/m²).⁵⁸

Διάφοροι κοινωνικοί και ατομικοί παράγοντες, οι αντιλήψεις σχετικά με την παθογένεια της παχυσαρκίας, καθώς και τα πρότυπα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση προκατάληψης

απέναντι στα άτομα με παχυσαρκία.⁵⁹⁻⁶⁶ Για παράδειγμα, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, η αντίληψη της παχυσαρκίας ως νόσου με βιολογικό υπόβαθρο και όχι ως συμπεριφοράς φαίνεται ότι σχετίζεται με μικρότερη προκατάληψη.^{60,63} Αντίθετα, σε δύο άλλες μελέτες, η παρουσίαση της παχυσαρκίας ως νόσου έναντι της άποψης ότι αποτελεί εθισμό στο φαγητό, καθώς και η απόδοση της παθογένειας της παχυσαρκίας σε γενετικούς παράγοντες έναντι των περιβαλλοντικών, σχετίστηκαν με μεγαλύτερη προκατάληψη.^{65,66} Έχει, επιπλέον, παρατηρηθεί ότι μηνύματα που αφορούν το γενετικό υπόβαθρο της παχυσαρκίας αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερο σκεπτικισμό όταν αυτά παρέχονται από επαγγελματίες υγείας που έχουν οι ίδιοι παχυσαρκία.⁶⁴

Ποιες είναι οι συνέπειες της προκατάληψης για το βάρος, του στιγματισμού και των διακρίσεων;

Το στίγμα, οι διακρίσεις και η προκατάληψη για το βάρος μπορεί να έχουν σωματικές, ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Για παράδειγμα, μια συστηματική ανασκόπηση 23 μελετών έδειξε ότι υπάρχουν πολλές βιο-ψυχοκοινωνικές συνέπειες του στίγματος για το βάρος ή την παχυσαρκία σε ενήλικες με αυξημένο σωματικό βάρος που αναζητούν θεραπεία.⁶⁷ Στις ακόλουθες ενότητες θα περιγραφεί πώς η προκατάληψη για το βάρος, το στίγμα και οι διακρίσεις μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου, να εμποδίσουν την εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής, να εμποδίσουν τις προσπάθειες διαχείρισης της παχυσαρκίας και να αυξήσουν τη συνολική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Συνέπειες στη σωματική υγεία

Όπως και άλλες μορφές διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένου του ρατσισμού, οι διακρίσεις για το σωματικό βάρος συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας. Υπάρχουν βιολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να συμβάλλουν σε αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο για τη σωματική υγεία, όπως το αυξημένο χρόνιο στρες, το οποίο μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα κορτιζόλης και το οξειδωτικό στρες, ανεξάρτητα από την έκταση και το μέγεθος του λιπώδους ιστού.^{16,68} Από την άλλη, μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι, σε σχέση με τα ουδέτερα μηνύματα, αυτά που περιείχαν προκατάληψη σε σχέση με το βάρος προκαλούσαν οξέως αύξηση της καρδιαγγειακής αντιδραστικότητας, εκφραζόμενη ως αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία αύξηση της πίεσης αλλά και των σφύξεων παρατηρούνταν ακόμα

και κατά τη διάρκεια του ύπνου, σε γυναίκες με παχυσαρκία και υψηλή αρτηριακή πίεση, όχι όμως σε γυναίκες με παχυσαρκία και φυσιολογική αρτηριακή πίεση.⁶⁹ Μια συστηματική ανασκόπηση 33 μελετών διαπίστωσε ότι το βάρος ή το στίγμα της παχυσαρκίας συσχετίζεται θετικά με την ίδια την παχυσαρκία, τον κίνδυνο διαβήτη, τα επίπεδα κορτιζόλης, οξειδωτικού στρες, και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, την κατάθλιψη, το άγχος και τη δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος.⁷⁰ Ωστόσο, σύμφωνα με μία πιο πρόσφατη μελέτη, δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στο λιπιδαιμικό προφίλ και στις τιμές της γλυκόζης και των δεικτών φλεγμονής ανάμεσα σε άτομα με παχυσαρκία που είχαν δεχθεί πειράγματα στο παρελθόν σε σχέση με το βάρος τους και άτομα με παχυσαρκία που δεν είχαν δεχθεί τέτοια πειράγματα.⁷¹ Μια προοπτική μελέτη έδειξε επίσης ότι η βίωση διάκρισης ως προς το βάρος σχετίζεται με αύξηση της θνησιμότητας κατά 60%.⁷² Πράγματι, η επίδραση της διάκρισης για το βάρος ήταν συγκρίσιμη με την επίδραση άλλων καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου, όπως το ιστορικό καπνίσματος και οι συννοσηρότητες. Δεν είναι σαφές πώς η διάκριση που σχετίζεται με το βάρος συμβάλλει στη θνησιμότητα. Ορισμένες θεωρίες συνδέουν τις εμπειρίες διάκρισης για το βάρος με συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου, όπως η καθιστική ζωή και η αυξημένη κατανάλωση φαγητού, που εμφανίζονται ως μηχανισμοί αντιμετώπισης της υφιστάμενης διάκρισης.⁷² Το άγχος γύρω από την παχυσαρκία εντείνεται όταν οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ότι έχουν χειρότερη υγεία λόγω καταστάσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, όπως ο χρόνιος πόνος, η οστεοαρθρίτιδα και οι καρδιαγγειακές παθήσεις.⁷³

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η εσωτερικευμένη προκατάληψη σχετικά με το βάρος διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των εμπειριών στιγματισμού για το βάρος/παχυσαρκία και των αρνητικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων.⁶⁷ Η εσωτερικευση της προκατάληψης για το βάρος μπορεί να σχετίζεται με ακόμη πιο δυσμενείς εκβάσεις ψυχικής υγείας απ' ό,τι η συνειδητή προκατάληψη.¹² Με άλλα λόγια, το να πιστεύει κανείς ότι αξίζει το στίγμα για το βάρος ή την παχυσαρκία μπορεί να οδηγήσει σε χειρότερα ψυχολογικά αποτελέσματα από τον ίδιο τον στιγματισμό.¹² Επιπλέον, οι ενήλικες που εσωτερικεύουν την προκατάληψη για το βάρος είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν διαλειμματική υπερφαγία. Οι μηχανισμοί άμυνας για τα άτομα που βιώνουν διακρίσεις για το βάρος τους είναι να εμπλέκονται σε ανθυγιεινές συμπεριφορές. Η διάκριση για το βάρος

αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας.¹⁷ Η εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος φαίνεται να επιδρά στις προσπάθειες του ατόμου για απώλεια βάρους και στις διατροφικές του συνήθειες, καθώς έχει συσχετιστεί με αυξημένη συναισθηματική πρόσληψη τροφής και υψηλότερο ποσοστό σωματικού λίπους,⁷⁴ ενώ πιθανόν να αποτελεί προγνωστικό δείκτη της επιτυχίας των διάφορων θεραπευτικών παρεμβάσεων.⁷⁵ Ακόμα και η σύντομη έκθεση σε μηνύματα που περιέχουν προκατάληψη σε σχέση με το βάρος φαίνεται να οδηγεί σε ισχυρότερη ενεργοποίηση του εγκεφάλου σε απόκριση σε εικόνες τροφών πλούσιων σε θερμίδες, σε σχέση με τις τροφές χαμηλού θερμιδικού περιεχομένου.⁷⁶

Συνέπειες στην ψυχική υγεία

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι το να είναι κανείς στόχος στιγματισμού, διακρίσεων και προκατάληψης για το βάρος του, σχετίζεται με αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία. Τα άτομα με παχυσαρκία μπορεί να αντιμετωπίσουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία λόγω του βάρους τους, σε πολλαπλά επίπεδα του περιβάλλοντος στο οποίο ζουν.⁷⁷ Οι παγκόσμιες μετρήσεις ψυχικής υγείας δείχνουν ότι οι εμπειρίες προκατάληψης σε σχέση με το βάρος συνδέονται με ψυχολογική δυσφορία τόσο σε περιπτώσεις ατόμων που αναζητούν θεραπεία όσο και στην κοινότητα.⁶⁷ Οι ψυχοκοινωνικοί συσχετισμοί της προκατάληψης για το βάρος περιλαμβάνουν τη μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή, το άγχος, το αντιληπτό στρες, την αντικοινωνική συμπεριφορά, τη χρήση ουσιών, τις στρατηγικές άμυνας και την κοινωνική υποστήριξη.⁶⁷ Η προκατάληψη για το βάρος σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος.⁷⁸ Στους ενήλικες με παχυσαρκία που αναζητούν θεραπεία, η πιο έντονη εσωτερίκευση της προκατάληψης για το βάρος συσχετίστηκε με ισχυρότερο αντίκτυπο στην αρνητική εικόνα του σώματος.⁷⁸

Η βίωση του στίγματος για το βάρος ή την παχυσαρκία σχετίστηκε με φτωχότερη ψυχολογική λειτουργία σε δείγμα ατόμων που αναζητήσαν θεραπεία για την παχυσαρκία.³⁹ Το να υφίσταται κανείς στιγματισμό αποτελεί επίσης σημαντικό και ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για ψυχολογικές ανησυχίες, μετά από στάθμιση για τον ΔΜΣ, σε άτομα που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία. Στα άτομα με παχυσαρκία, οι εμπειρίες στιγματισμού, και όχι μόνο το σωματικό βάρος, συντελούν σε δυσμενείς επιπτώσεις για την ψυχική υγεία. Σε μια μελέτη, οι

επιβλαβείς συνέπειες των εμπειριών στιγματισμού επεκτείνονταν πέρα από την ψυχολογική δυσφορία και τη νοσηρότητα της παχυσαρκίας, αυξάνοντας τον κίνδυνο θνησιμότητας από κάθε αιτία.⁷² Σε μια άλλη μελέτη, τα άτομα που αντιλήφθηκαν ότι είχαν βιώσει στιγματισμό είχαν σχεδόν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές διάθεσης ή άγχους, σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν βιώσει κάτι τέτοιο, ακόμη και όταν συνυπολογίστηκαν οι τυπικοί παράγοντες κινδύνου για ψυχικές ασθένειες και ο ΔΜΣ.⁷⁹

Η κατάθλιψη σχετίζεται με αύξηση του βάρους και τα άτομα με παχυσαρκία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης, ιδιαίτερα εκείνα με παχυσαρκία κατηγορίας II και III.⁸⁰ Αρκετά αναδυόμενα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η αντιληπτή διάκριση για το βάρος μπορεί να εξηγεί αυτή τη σχέση, ιδιαίτερα για τους ενήλικες μέσης και τρίτης ηλικίας.^{58,80,81} Σε δείγμα 255 ατόμων με διαταραχή υπερφαγίας που αναζητήσαν θεραπεία, η εσωτερίκευση της προκατάληψης για το βάρος συσχετίστηκε με χαμηλότερες γενικές βαθμολογίες ψυχικής υγείας, ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν ο διαμεσολαβητής αυτής της συσχέτισης.²⁰

Το στίγμα και οι διακρίσεις θεωρούνται επίσης ως καταστάσεις χρόνιου στρες που αποδίδονται στο πρόσθετο άγχος στο οποίο εκτίθενται καθημερινά άτομα από στιγματισμένες ομάδες ως αποτέλεσμα της θέσης τους στην κοινωνία.⁵ Το χρόνιο στρες έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με τις διακρίσεις θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν σχεδιάζεται μια παρέμβαση.⁸² Μια μελέτη σε δείγμα ατόμων με υπέρβαρο/παχυσαρκία και διαγνωσμένη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας έδειξε ότι η υπερτίμηση του σωματικού βάρους και σχήματος διαμεσολαβούσε στη συσχέτιση μεταξύ αυτοεκτίμησης και εσωτερικευμένης προκατάληψης βάρους.⁸³

Συνέπειες στον πληθυσμό και τη δημόσια υγεία

Η προκατάληψη για το βάρος μπορεί να έχει κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για τα άτομα με παχυσαρκία, όπως ανισότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση και απασχόληση.^{8,72,84-86} Ένας θεμελιώδης παράγοντας που οδηγεί στην προκατάληψη για το βάρος είναι η έλλειψη κατανόησης από το ευρύ κοινό της πολύπλοκης και πολύπλευρης φύσης της παχυσαρκίας. Η απουσία προβολής στο ευρύ κοινό

των επιστημονικών δεδομένων γύρω από την πολυπλοκότητα της παχυσαρκίας μπορεί να οδηγήσει σε υπεραπλούστευση της παχυσαρκίας. Για παράδειγμα, οι στρατηγικές δημόσιας υγείας που εστιάζουν στην παχυσαρκία ως ζήτημα ανθυγιεινής διατροφής και σωματικής αδράνειας και αγνοούν τους βιολογικούς, γενετικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες της παχυσαρκίας μπορούν να συμβάλουν στην υπεραπλούστευση της νόσου και στην έλλειψη κατανόησής της από το ευρύ κοινό.

Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανακριβείς κοινωνικές πεποιθήσεις, όπως ότι η παχυσαρκία είναι μια επιλογή που επάγεται από το ίδιο το άτομο και ότι εναπόκειται μόνο στα ίδια τα άτομα με παχυσαρκία να αντιμετωπίσουν την παχυσαρκία τους. Αυτή η έλλειψη κατανόησης, με τη σειρά της, μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να βιώνουν προκατάληψη και στίγμα για το βάρος. Η έρευνα για τη δημόσια υγεία έχει εντοπίσει την ανάγκη για:

- Αλλαγή του τρόπου με τον οποίο παρουσιάζεται η παχυσαρκία στη δημόσια υγεία, έτσι ώστε να ευθυγραμμιστεί με την τρέχουσα επιστημονική και ιατρική κατανόηση της παχυσαρκίας ως χρόνιας νόσου
- Ανάπτυξη ολοκληρωμένων στρατηγικών γύρω από την παχυσαρκία που να αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες των ασθενών, οι οποίες μπορεί να αποτρέψουν τον περαιτέρω στιγματισμό της.⁸⁷

Επιπλέον των ανωτέρω, το στίγμα της παχυσαρκίας έχει ανεξάρτητο αντίκτυπο στις ανισότητες γύρω από την υγεία του πληθυσμού.⁵ Ως εκ τούτου, η προκατάληψη για το βάρος και το στίγμα της παχυσαρκίας θα πρέπει να θεωρούνται ως βασικοί και καθοριστικοί κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία.^{8,88}

Μελέτες έχουν επίσης διερευνήσει με ποιον τρόπο η προκατάληψη για το βάρος μπορεί να αποκαλυφθεί μέσω εκστρατειών για τη δημόσια υγεία.⁶ Οι στρατηγικές δημόσιας υγείας που τονίζουν το καθήκον και την ευθύνη των ατόμων να κάνουν υγιεινές επιλογές μπορεί να καταλήξουν στην απαγγελία κατηγοριών ή τιμωριών προς εκείνους που κάνουν ανθυγιεινές ή αμφισβητούμενες επιλογές.⁸⁹ Τα άτομα με παχυσαρκία θεωρούν τα μηνύματα δημόσιας υγείας για την παχυσαρκία ως υπερβολικά απλοϊκά, αποδυναμωτικά και στιγματιστικά.^{2,90} Οι εκστρατείες δημόσιας υγείας, που προωθούν αρνητικές στάσεις και στερεότυπα απέναντι στα άτομα με παχυσαρκία, στιγματίζουν τους νέους με παχυσαρκία ή κατηγορούν τους γονείς παιδιών με υπέρβαρο, δεν είναι μόνο

αναποτελεσματικές ως προς την παροχή κινήτρων για αλλαγή συμπεριφοράς, αλλά καταλήγουν να χαρακτηρίζουν και να στιγματίζουν περαιτέρω αυτά τα άτομα.

Δύο πρόσφατες κριτικές αναλύσεις της πολιτικής που ακολουθείται για την πρόληψη της παχυσαρκίας στον Καναδά υπογραμμίζουν πώς η εστίαση στις ατομικές συμπεριφορές, σε αντιδιαστολή με την πληθυσμιακή προσέγγιση, η οποία στοχεύει σε καθοριστικές κοινωνικές συνιστώσες της υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην προκατάληψη και το στίγμα για το βάρος. Η πρώτη, από τους Ramos Salas και συν., εντόπισε πέντε επικρατούσες πεποιθήσεις που μπορεί να συμβάλλουν στην προκατάληψη για το βάρος:

1. Η παιδική παχυσαρκία απειλεί την υγεία των μελλοντικών γενεών και πρέπει να προλαμβάνεται.
2. Η παχυσαρκία μπορεί να προληφθεί αποκλειστικά μέσω της υγιεινής διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας.
3. Η παχυσαρκία είναι ένα πρόβλημα ατομικής συμπεριφοράς.
4. Η επίτευξη υγιούς σωματικού βάρους πρέπει να αποτελεί στόχο για την υγεία του πληθυσμού.
5. Η παχυσαρκία είναι παράγοντας κινδύνου για άλλες χρόνιες παθήσεις και όχι ασθένεια αυτή καθαυτή.⁸⁷

Η δεύτερη ανάλυση, από τους Alberga και συν., σημείωσε επιπλέον ότι μια καναδική ομοσπονδιακή έκθεση για την παχυσαρκία κινήθηκε σε επιθετικά πλαίσια και χρησιμοποίησε ασεβή ορολογία, εστιάζοντας έντονα στις ατομικές συμπεριφορές.⁹¹ Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι αυτό μπορεί να συμβάλλει στο στίγμα για το βάρος και συνέστησαν στους υπεύθυνους για τις μελλοντικές καναδικές πολιτικές, εκθέσεις και εκστρατείες να στοχεύουν στις θεμελιώδεις κοινωνικές συνιστώσες της υγείας.^{87,91}

Συνέπειες κατά την επαφή με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η προκατάληψη για το βάρος στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να υποβαθμίσει την ποιότητα της φροντίδας για ασθενείς με παχυσαρκία.⁹¹ Τα στοιχεία σε μια σειρά μελετών συμφωνούν ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν την προκατάληψη για το βάρος, καθώς και το στίγμα, απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς.^{38,48,55} Υπάρχουν επίσης ισχυρές ενδείξεις ότι οι ασθενείς με παχυσαρκία λαμβάνουν μεροληπτική θεραπεία στην υγειονομική περίθαλψη

και ότι αυτές οι αντιλήψεις μπορεί να επηρεάσουν τη συμμετοχή των ασθενών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.⁹² Οι ασθενείς έχουν αναφέρει ότι αντιμετωπίζουν πατερναλιστική και ασεβή μεταχείριση από τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ότι έχουν κακή επικοινωνία μαζί τους, καθώς και ότι τα περισσότερα προβλήματα υγείας τους αποδίδονται στο υπερβολικό βάρος.⁹¹

Υπάρχουν καλά τεκμηριωμένα δεδομένα που δείχνουν ότι η προκατάληψη για το βάρος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις πρακτικές διαχείρισης της παχυσαρκίας από τους επαγγελματίες υγείας.⁸ Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι στις δομές υγειονομικής περίθαλψης οι ασθενείς με παχυσαρκία υφίστανται προκατάληψη για το βάρος τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητά τους. Για παράδειγμα, τα υπάρχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αφιερώνουν ανεπαρκή χρόνο για τους ασθενείς με παχυσαρκία.^{93,94} Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν προκατάληψη για το βάρος στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να καθυστερήσουν την απαραίτητη προληπτική φροντίδα (όπως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου) ή να παραιτηθούν από αυτήν, από φόβο μήπως αντιμετωπίσουν ασέβεια και αρνητική συμπεριφορά από τους παρόχους.^{6,8,11,42,46,95} Μπορεί επίσης να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα, αναζητώντας έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που θα τους σέβεται περισσότερο.^{18,96,97} Οι ασθενείς αναφέρουν ότι ντρέπονται όταν τους ζυγίζουν,^{95,98} λαμβάνουν αυτόκλητες συμβουλές για απώλεια βάρους και αντιμετωπίζουν ελλείψεις κατάλληλου εξοπλισμού (π.χ. οι ρόμπες και τα εξεταστικά κρεβάτια είναι πολύ μικρά για να είναι λειτουργικά).^{95,99-101} Πρέπει να τονιστεί ότι, σε αντίθεση με ό,τι συνήθως πιστεύεται, η προκατάληψη για το βάρος, το στίγμα και οι διακρίσεις δεν ενθαρρύνουν τη θετική αλλαγή συμπεριφοράς, όπως σημειώθηκε στις παραπάνω ενότητες για τις συνέπειες αυτών των ζητημάτων στη σωματική και ψυχική υγεία.

Πώς μπορούμε να μειώσουμε την προκατάληψη για το βάρος, το στίγμα και τις διακρίσεις στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης;

Διεθνείς οργανισμοί όπως η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics) και η Βρετανική Εταιρεία Ψυχολογίας (British Psychological Association, 2019), έχουν δημοσιεύσει εκθέσεις όπου,

στα πλαίσια των συνιστώμενων δράσεων, ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να μειώσουν το στίγμα για το βάρος στην κλινική πρακτική τους.¹⁰² Ο οργανισμός Obesity Canada συνεργάζεται με πολλές εθνικές ενώσεις επαγγελματιών υγείας με σκοπό να αντιμετωπίζονται με σοβαρότητα από όλους τους επαγγελματίες υγείας η προκατάληψη, το στίγμα και οι διακρίσεις λόγω του σωματικού βάρους.

Το κλειδί για τη μείωση της προκατάληψης, του στιγματισμού και των διακρίσεων για το βάρος στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης είναι να συνειδητοποιήσουν οι επαγγελματίες υγείας τη στάση και τη συμπεριφορά τους απέναντι στα άτομα με παχυσαρκία. Όπως σημειώθηκε παραπάνω, οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υποστήριξη για τη διαχείριση της παχυσαρκίας θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι η προκατάληψη για το βάρος είναι διαδεδομένη μεταξύ των ιδίων και ότι δεν διαθέτουν κάποιο είδος «ανοσίας» σε αυτήν. Θα πρέπει να είναι πρόθυμοι να αναλογιστούν εάν και κατά πόσο η προκατάληψη για το βάρος επηρεάζει τη δική τους στάση και συμπεριφορά απέναντι σε ασθενείς με παχυσαρκία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συμπλήρωση ενός εργαλείου αυτοαξιολόγησης για την προκατάληψη απέναντι στο σωματικό βάρος, όπως το Implicit Association Test.¹⁰³

Δεδομένου ότι η προκατάληψη για το βάρος εγκαθίσταται νωρίς, συνήθως προτού οι επαγγελματίες υγείας ξεκινήσουν την επαγγελματική τους κατάρτιση, υπάρχει ανάγκη για συστηματική εκπαίδευση σχετικά με την προκατάληψη και το στίγμα για το βάρος σε όλα τα προγράμματα κατάρτισης επαγγελματιών υγείας. Όλοι οι κλάδοι επαγγελματιών υγείας θα πρέπει επομένως να περιλαμβάνουν στα προγράμματα σπουδών τους εκπαίδευση που να ευαισθητοποιεί ως προς το ζήτημα της προκατάληψης για το βάρος.

Παράλληλα, επειδή η εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην έκβαση διαφόρων εκφάνσεων της υγείας, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αξιολογούν τους ασθενείς τους για πιθανή εσωτερικευση της προκατάληψης για το βάρος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω ερωτήσεων, διαλόγου ή παρακινητικών συνεντεύξεων (π.χ. «Μπορείτε να μοιραστείτε μαζί μου εάν ή πώς το βάρος σας επηρεάζει την αντίληψή που έχετε για τον εαυτό σας;»)¹⁰² Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της εσωτερικευμένης μεροληψίας για το βάρος θα πρέπει να ενσωματώνονται στις συμπεριφορικές

παρεμβάσεις, σύμφωνα με τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας και της θεραπείας αποδοχής και δέσμευσης. (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτές τις θεραπείες, δείτε το [Κεφάλαιο 10 «Αποτελεσματικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της παχυσαρκίας»](#).)

Είναι, επομένως, σαφές ότι η μείωση της προκατάληψης για το βάρος, τόσο της απερίφραστης ή σιωπηλής όσο και της εσωτερικευμένης, αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Αρκετές παρεμβάσεις έχουν αξιολογηθεί τα τελευταία χρόνια και κάποιες από αυτές είχαν θετικά αποτελέσματα στη μείωση της προκατάληψης για το βάρος, όπως η παρέμβαση γνωσιακής ασυμφωνίας,¹⁰⁴ καθώς και παρεμβάσεις με τη μορφή βίντεο¹⁰⁵⁻¹⁰⁷ ή διαδικτυακού εκπαιδευτικού υλικού.¹⁰⁸ Από την άλλη, ένα διαδικτυακό πρόγραμμα αυτοβοήθησης,¹⁰⁹ ο συνδυασμός συμπεριφορικής-γνωσιακής παρέμβασης και συμπεριφορικής απώλειας βάρους,^{110,111} η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης-καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας σε συνδυασμό με εκπαίδευση μέσω τηλεφώνου ή μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου,¹¹² η παρέμβαση διαισθητικής πρόσληψης τροφής (intuitive eating),¹¹³ καθώς και τεχνικές στόχευσης της ανησυχίας για το σχήμα του σώματος,¹¹⁴ είχαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη μείωση της εσωτερικευμένης προκατάληψης για το βάρος. Άλλες τεχνικές, ωστόσο, δεν φάνηκαν να αποδίδουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της έκδηλης¹¹⁵⁻¹²⁰ ή της εσωτερικευμένης προκατάληψης για το βάρος.^{104,106,116,117,119,121-123}

Οι ανασκοπήσεις των παρεμβάσεων για τη μείωση της προκατάληψης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το σωματικό βάρος έχουν δείξει ότι για τη μείωσή της δεν αρκεί μία και μόνη προσέγγιση.^{1,84,124} Αυτές οι ανασκοπήσεις υπογραμμίζουν πόσο σημαντικό είναι, πέρα από την ευαισθητοποίηση και την παροχή πληροφοριών, να ευοδωθεί η αύξηση των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να υποστηριχθεί η αλλαγή στα κοινωνικά πρότυπα και τις ιδέες σχετικά με το σωματικό βάρος. Μια συστηματική ανασκόπηση 17 παρεμβάσεων μείωσης της προκατάληψης για το βάρος σε εκπαιδευόμενους φοιτητές υγείας και ασκούμενους επαγγελματιών υγείας εντόπισε τέσσερις βασικές παραμέτρους που μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της προκατάληψης για το βάρος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας:

1. Παρουσίαση στοιχείων σχετικά με μη ελεγχόμενες και μη τροποποιήσιμες αιτίες της παχυσαρκίας (δηλαδή γενετική, βιολογία, περιβάλλον, κοινωνικο-πολιτιστικές επιρροές και κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία)
2. Δημιουργία θετικής επαφής με τους ασθενείς με παχυσαρκία ώστε να επάγεται ενσυναίσθηση (δηλαδή να λαμβάνεται υπόψη η φωνή του ασθενούς)
3. Συμμετοχή εμπειρογνομόνων για την παχυσαρκία που διαθέτουν ενσυναίσθηση, ως πρότυπα συναδέλφων-επαγγελματιών υγείας
4. Επανάληψη σε μακροπρόθεσμη βάση της επαφής με ασθενείς με παχυσαρκία.¹²⁴

Πολλά υποσχόμενες στρατηγικές για τη μείωση του στίγματος στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν:

1. Τη βελτίωση της στάσης του παρόχου υγείας απέναντι σε ασθενείς με παχυσαρκία ή/και τη μείωση της πιθανότητας ώστε τυχόν αρνητικές στάσεις να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παρόχου
2. Την αλλαγή του φυσικού χώρου ή των διαδικασιών της κλινικής με στόχο τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου οι ασθενείς με παχυσαρκία αισθάνονται αποδεκτοί και λιγότερο απειλούμενοι
3. Την ενδυνάμωση των ασθενών, ώστε να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις καταστάσεις που στιγματίζουν και να απολαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας.¹²⁵

Κενά στις γνώσεις μας: ζητήματα για μελλοντική έρευνα

Με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία για τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της προκατάληψης για το σωματικό βάρος που παρουσιάστηκαν σε αυτό το κεφάλαιο, φαίνεται ότι ένας σημαντικός στόχος στη στρατηγική μείωσης της προκατάληψης για το βάρος στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης είναι η αποφυγή της εσωτερίκευσής της. Για παράδειγμα, τα άτομα με περισσότερο εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος αναφέρουν λιγότερη απώλεια βάρους, χαμηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, υψηλότερη πρόσληψη θερμίδων, περισσότερο διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά³⁶ και ακόμη μεγαλύτερο καρδιομεταβολικό κίνδυνο.¹²⁶ Επομένως,

υπάρχει ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την καλύτερη κατανόηση της εσωτερικευμένης προκατάληψης, ώστε αυτή να αξιολογείται και να μειώνεται αποτελεσματικότερα. Αυτό συμβαίνει ίσως επειδή οι παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς μπορεί, αγνοώντας την εσωτερικευμένη προκατάληψη βάρους, να μη μεγιστοποιούν τα πιθανά οφέλη τους. Συνιστάται στους επαγγελματίες υγείας να συμπεριλαμβάνουν την αντιμετώπιση της εσωτερικευμένης προκατάληψης για το βάρος μέσα στο πλαίσιο κάθε στρατηγικής διαχείρισης της παχυσαρκίας (δηλαδή την ανάπτυξη αισθημάτων συμπόνιας των ασθενών για τους εαυτούς τους, την επαγωγή ενσυναίσθησης,¹⁹ την κατανόηση της δυνατότητας ελέγχου της νόσου τους, καθώς και την

προσεκτική και μελετημένη χρήση της γλώσσας και της ορολογίας).¹⁸

Τέλος, χρειάζεται πολύ περισσότερη έρευνα για να κατανοηθεί ο αντίκτυπος της προκατάληψης για το βάρος, του στίγματος και των διακρίσεων στη φροντίδα των ανθρώπων με παχυσαρκία. Υπάρχει ανάγκη για περισσότερη έρευνα, όχι μόνο στις προσιτές ομάδες των ατόμων που αναζητούν θεραπεία, αλλά και προς τον γενικότερο πληθυσμό. Απαιτείται επίσης η ανάπτυξη και η δοκιμή νέων παρεμβάσεων σε γιατρούς, ασκούμενους γιατρούς, άλλους επαγγελματίες υγείας και άλλα μέλη του προσωπικού των οργανισμών υγείας, προκειμένου να μειωθεί η προκατάληψή τους απέναντι στο σωματικό βάρος ή οι επιπτώσεις της στη συμπεριφορά τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: a meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image* 2014;11(3):251-9. DOI: 10.1016/j.bodyim.2014.03.003.
2. Puhl R, Luedicke J, Lee Peterson J. Public reactions to obesity-related health campaigns: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2013;45(1):36-48. DOI: 10.1016/j.amepre.2013.02.010.
3. Shentow-Bewsh R, Keating L, Mills JS. Effects of anti-obesity messages on women's body image and eating behaviour. *Eat Behav* 2016;20:48-56. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.11.012.
4. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(5):1129-34. DOI: 10.1038/oby.2008.35.
5. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 2013;103(5):813-21. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301069.
6. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(6):774-82. DOI: 10.1038/ijo.2012.156.
7. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes (Lond)* 2008;32(6):992-1000. DOI: 10.1038/ijo.2008.22.
8. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(5):941-64. DOI: 10.1038/oby.2008.636.
9. Mensinger JL, Calogero RM, Tylka TL. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Appetite* 2016;102:32-43. DOI: 10.1016/j.appet.2016.01.033.
10. Murakami JM, Latner JD. Weight acceptance versus body dissatisfaction: Effects on stigma, perceived self-esteem, and perceived psychopathology. *Eat Behav* 2015;19:163-7. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.09.010.
11. Olson CL, Schumaker HD, Yawn BP. Overweight women delay medical care. *Arch Fam Med* 1994;3(10):888-92. DOI: 10.1001/archfami.3.10.888.
12. Pearl RL, Puhl RM. The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. *Body Image* 2016;17:38-42. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.02.002.
13. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e116. DOI: 10.1017/S1463423619000227.
14. Kirk SF, Price SL, Penney TL, et al. Blame, Shame, and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qual Health Res* 2014;24(6):790-800. DOI: 10.1177/1049732314529667.
15. Farhangi MA, Emam-Alizadeh M, Hamed F, Jahangiry L. Weight self-stigma and its association with quality of life and psychological distress among overweight and obese women. *Eat Weight Disord* 2017;22(3):451-456. DOI: 10.1007/s40519-016-0288-2.
16. Himmelstein MS, Incollingo Belsky AC, Tomiyama AJ. The weight of stigma: cortisol reactivity to manipulated weight stigma. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23(2):368-74. DOI: 10.1002/oby.20959.
17. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One* 2013;8(7):e70048. DOI: 10.1371/journal.pone.0070048.
18. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(4):612-9. DOI: 10.1038/ijo.2012.110.
19. Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22(1):79-85. DOI: 10.1002/oby.20561.
20. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22(5):E142-8. DOI: 10.1002/oby.20617.
21. Carels RA, Young KM, Wott CB, et al. Internalized weight stigma and its ideological correlates among weight loss treatment seeking adults. *Eat Weight Disord* 2009;14(2-3):e92-7. DOI: 10.1007/BF03327805.
22. Westermann S, Rief W, Euteneuer F, Kohlmann S. Social exclusion and shame in obesity. *Eat Behav* 2015;17:74-6. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.01.001.
23. Hilbert A, Braehler E, Schmidt R, Lowe B, Hauser W, Zenger M. Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *Obes Facts* 2015;8(5):293-301. DOI: 10.1159/000438681.
24. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychol* 2018;37(2):139-147. DOI: 10.1037/hea0000575.
25. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity (Silver Spring)* 2018;26(1):167-175. DOI: 10.1002/oby.22029.
26. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev* 2018;19(8):1141-1163. DOI: 10.1111/obr.12701.
27. Lillis J, Thomas JG, Levin ME, Wing RR. Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *J Health Psychol* 2020;25(7):922-930. DOI: 10.1177/1359105317739101.
28. Pearl RL, Wadden TA, Chao AM, et al. Weight Bias Internalization and Long-Term Weight Loss in Patients With Obesity. *Ann Behav Med* 2019;53(8):782-787. DOI: 10.1093/abm/kay084.
29. Olson KL, Lillis J, Graham Thomas J, Wing RR. Prospective Evaluation of Internalized Weight Bias and Weight Change Among Successful Weight-Loss Maintainers. *Obesity (Silver Spring)* 2018;26(12):1888-1892. DOI: 10.1002/oby.22283.
30. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15(1):19-23. DOI: 10.1038/oby.2007.521.
31. Schmalz DL, Colistra CM. Obesity Stigma as a Barrier to Healthy Eating Behavior. *Topics in Clinical Nutrition* 2016;31(1):86-94. DOI: 10.1097/tin.0000000000000060.
32. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *J Clin Psychol* 2011;67(3):278-92. DOI: 10.1002/jclp.20749.
33. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19(10):1957-62. DOI: 10.1038/oby.2011.204.
34. Pearl RL, Puhl RM, Dovidio JF. Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women

- with overweight and obesity. *J Health Psychol* 2015;20(12):1626-32. DOI: 10.1177/1359105313520338.
35. Pearl RL, Dovidio JF, Puhl RM, Brownell KD. Exposure to Weight-Stigmatizing Media: Effects on Exercise Intentions, Motivation, and Behavior. *J Health Commun* 2015;20(9):1004-13. DOI: 10.1080/10810730.2015.1018601.
 36. Nolan LJ, Eshleman A. Paved with good intentions: Paradoxical eating responses to weight stigma. *Appetite* 2016;102:15-24. DOI: 10.1016/j.appet.2016.01.027.
 37. Vartanian LR, Novak SA. Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19(4):757-62. DOI: 10.1038/oby.2010.234.
 38. Pearl RL. Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *Social Issues and Policy Review* 2018;12(1):146-182. DOI: <https://doi.org/10.1111/sipr.12043>.
 39. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav* 2008;9(2):203-9. (In eng). DOI: 10.1016/j.eatbeh.2007.09.006.
 40. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol* 2008;13(1):131-8. DOI: 10.1177/1359105307084318.
 41. Puhl RM, Latner JD, O'Brien KS, Luedicke J, Danielsdottir S, Salas XR. Potential Policies and Laws to Prohibit Weight Discrimination: Public Views from 4 Countries. *Milbank Q* 2015;93(4):691-731. DOI: 10.1111/1468-0009.12162.
 42. Drury CA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract* 2002;14(12):554-61. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x.
 43. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns* 2014;97(1):128-31. DOI: 10.1016/j.pec.2014.06.019.
 44. Gudzone KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(10):2146-52. DOI: 10.1002/oby.20384.
 45. Aldrich T, Hackley B. The impact of obesity on gynecologic cancer screening: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health* 2010;55(4):344-56. DOI: 10.1016/j.jmwh.2009.10.001.
 46. Russell N, Carryer J. Living large: the experiences of large-bodied women when accessing general practice services. *J Prim Health Care* 2013;5(3):199-205. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23998170>).
 47. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res* 2008;23(2):347-58. DOI: 10.1093/her/cym052.
 48. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(10):1525-31. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801745.
 49. Cameron EM. Challenging "Size Matters" Messages: An Exploration of the Experiences of Critical Obesity Scholars in Higher Education. *Canadian journal of higher education* 2016;46(2):111-126. DOI: 10.47678/cjhe.v46i2.186030.
 50. Rudolph CW, Wells CL, Weller MD, Baltes BB. A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *Journal of Vocational Behavior* 2009;74(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.09.008>.
 51. Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and internalized weight stigma: a formulation model for an emerging psychological problem. *Behav Cogn Psychother* 2015;43(2):239-52. DOI: 10.1017/S1352465813000763.
 52. Latner JD, O'Brien KS, Durso LE, Brinkman LA, MacDonald T. Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes (Lond)* 2008;32(7):1145-52. DOI: 10.1038/ijo.2008.53.
 53. Lee KM, Arriola-Sanchez L, Lumeng JC, Gearhardt A, Tomiyama AJ. Weight Stigma by Association Among Parents of Children With Obesity: A Randomized Trial. *Acad Pediatr* 2022;22(5):754-760. DOI: 10.1016/j.acap.2021.09.019.
 54. Osa ML, Siegel J, Meadows A, Elbe C, Calogero RM. Stigmatizing effects of weight status on lay perceptions of eating disorder-related distress. *Eat Disord* 2022;30(1):99-109. DOI: 10.1080/10640266.2020.1855571.
 55. O'Brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized trial. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18(11):2138-44. DOI: 10.1038/oby.2010.79.
 56. Roy R, Kaufononga A, Yovich F, Diversi T. The prevalence and practice impact of weight bias among New Zealand registered dietitians. *Nutr Diet* 2023;80(3):297-306. DOI: 10.1111/1747-0080.12791.
 57. Davies A, Burnette CB, Mazzeo SE. Real women have (just the right) curves: investigating anti-thin bias in college women. *Eat Weight Disord* 2020;25(6):1711-1718. DOI: 10.1007/s40519-019-00812-7.
 58. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Rev* 2016;17(1):43-55. DOI: 10.1111/obr.12343.
 59. Ambwani S, Elder S, Sniezek R, Goeltz MT, Beccia A. Do media portrayals and social consensus information impact anti-fat attitudes and support for anti-weight discrimination laws and policies? *Body Image* 2021;39:248-258. DOI: 10.1016/j.bodyim.2021.09.005.
 60. Ben Nathan C, Ben Nathan J, Chou YT, Joshi SM, Gallagher C, Chao AM. Benefits managers' attitudes toward obesity treatment coverage. *Obes Res Clin Pract* 2024;18(2):94-100. DOI: 10.1016/j.orcp.2024.04.001.
 61. Parnarouskis L, Jouppi RJ, Cummings JR, Gearhardt AN. A randomized study of effects of obesity framing on weight stigma. *Obesity (Silver Spring)* 2021;29(10):1625-1634. DOI: 10.1002/oby.23247.
 62. Rathbone JA, Jetten J, Cruwys T. Perceived legitimacy of weight-based discrimination: Consequences for group identity, collective action, body satisfaction, and self-esteem. *Body Image* 2022;41:156-162. DOI: 10.1016/j.bodyim.2022.02.006.
 63. Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J, Banas K, Smyth L, Murray K. How conceptualizing obesity as a disease affects beliefs about weight, and associated weight stigma and clinical decision-making in health care. *Br J Health Psychol* 2023;28(2):291-305. DOI: 10.1111/bjhp.12625.
 64. Telaak SH, Howe LC, Persky S. Physician weight influences responses to a public health message about the genetics of obesity. *Patient Educ Couns* 2023;115:107853. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107853.
 65. Speirs DP, Kuijer RG, Yogeewaran K. Examining how framing obesity as disease vs. food addiction influences stigma among fitness practitioners. *Obes Res Clin Pract* 2022;16(5):429-433. DOI: 10.1016/j.orcp.2022.08.006.

66. Smith J, Ayre J, Jansen J, et al. Impact of diagnostic labels and causal explanations for weight gain on diet intentions, cognitions and emotions: An experimental online study. *Appetite* 2021;167:105612. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105612.
67. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23(9):1743-60. DOI: 10.1002/oby.21187.
68. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychol* 2014;33(8):862-7. (In eng). DOI: 10.1037/hea0000107.
69. Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, et al. The effects of an acute weight stigma exposure on cardiovascular reactivity among women with obesity and hypertension: A randomized trial. *J Psychosom Res* 2023;165:111124. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2022.111124.
70. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs* 2018;74(5):1030-1042. DOI: 10.1111/jan.13511.
71. Schvey NA, Shank LM, Tanofsky-Kraff M, et al. Weight-based teasing in youth: Associations with metabolic and inflammatory markers. *Pediatr Obes* 2021;16(3):e12729. DOI: 10.1111/ijpo.12729.
72. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci* 2015;26(11):1803-11. DOI: 10.1177/0956797615601103.
73. Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison KM. The impact of obesity on quality of life. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27(2):139-46. DOI: 10.1016/j.beem.2013.04.004.
74. Morse JL, Wooldridge JS, Herbert MS, Tynan M, Dochat C, Afari N. Associations Among Stress, Internalized Weight Stigma, Emotional Eating, and Body Composition in Active-Duty Service Members Enrolling in a Randomized Controlled Trial of a Weight Management Program. *Int J Behav Med* 2024;31(1):145-150. DOI: 10.1007/s12529-023-10157-2.
75. Forrest LN, Ivezaj V, Grilo CM. Machine learning v. traditional regression models predicting treatment outcomes for binge-eating disorder from a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2023;53(7):2777-2788. DOI: 10.1017/S0033291721004748.
76. Anguah KOB, Christ SE. Exposure to written content eliciting weight stigmatization: Neural responses in appetitive and food reward regions. *Obesity (Silver Spring)* 2024;32(1):80-90. DOI: 10.1002/oby.23917.
77. Rand K, Vallis M, Aston M, et al. "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017;12(1):1306421. DOI: 10.1080/17482631.2017.1306421.
78. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res* 2005;13(5):907-16. DOI: 10.1038/oby.2005.105.
79. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(11):2033-9. DOI: 10.1038/oby.2009.131.
80. Robinson E, Sutin A, Daly M. Perceived weight discrimination mediates the prospective relation between obesity and depressive symptoms in U.S. and U.K. adults. *Health Psychol* 2017;36(2):112-121. DOI: 10.1037/hea0000426.
81. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23(5):1105-11. DOI: 10.1002/oby.21052.
82. Sikorski C, Luppá M, Luck T, Riedel-Heller SG. Weight stigma "gets under the skin"-evidence for an adapted psychological mediation framework: a systematic review. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23(2):266-76. DOI: 10.1002/oby.20952.
83. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eat Behav* 2014;15(2):259-61. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.03.005.
84. Danielsdottir S, O'Brien KS, Cio A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obes Facts* 2010;3(1):47-58. DOI: 10.1159/000277067.
85. Boyd MA. Living with overweight. *Perspect Psychiatr Care* 1990;25(3-4):48-52. DOI: 10.1111/j.1744-6163.1989.tb01218.x.
86. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993;329(14):1008-12. (In eng). DOI: 10.1056/nejm199309303291406.
87. Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health* 2017;108(5-6):e598-e608. DOI: 10.17269/CJPH.108.6044.
88. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med* 2014;103:15-23. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.10.004.
89. Fry CL. Critical questions we should ask in a changing Australian preventative health landscape: Competing interests, intervention limits and permissible health identities. *Health Promot J Austr* 2010;21(3):170-5. DOI: 10.1071/he10170.
90. Thompson L, Kumar A. Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering. *Critical Public Health* 2011;21(1):105-117. DOI: 10.1080/09581591003797129.
91. Alberga AS, McLaren L, Russell-Mayhew S, von Ranson KM. Canadian Senate Report on Obesity: Focusing on Individual Behaviours versus Social Determinants of Health May Promote Weight Stigma. *J Obes* 2018;2018:8645694. DOI: 10.1155/2018/8645694.
92. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image* 2018;25:139-147. DOI: 10.1016/j.bodyim.2018.03.001.
93. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(8):1246-52. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801681.
94. Bertakis KD, Azari R. The impact of obesity on primary care visits. *Obes Res* 2005;13(9):1615-23. DOI: 10.1038/oby.2005.198.
95. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes (Lond)* 2006;30(1):147-55. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803105.
96. Hansson LM, Rasmussen F. Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obes Facts* 2014;7(3):211-20. DOI: 10.1159/000363557.

97. Gudzone KA, Bleich SN, Richards TM, Weiner JP, Hodges K, Clark JM. Doctor shopping by overweight and obese patients is associated with increased healthcare utilization. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(7):1328-34. DOI: 10.1002/oby.20189.
98. Forhan M, Risdon C, Solomon P. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Prim Health Care Res Dev* 2013;14(4):367-72. DOI: 10.1017/S1463423612000643.
99. Pryor W. The health care disadvantages of being obese. *N S W Public Health Bull* 2002;13(7):163-5. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12451413>).
100. Kaminsky J, Gadaleta D. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surg* 2002;12(1):14-8. DOI: 10.1381/096089202321144513.
101. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs* 2008;64(2):139-46. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x.
102. The British Psychological Society. Psychological perspectives on obesity: Addressing policy, practice and research priorities. 2019.
103. Project Implicit. Implicit Association Test. (<https://www.projectimplicit.net/>).
104. Breithaupt L, Trojanowski P, Fischer S. Implicit and Explicit Anti-Fat Attitude Change Following Brief Cognitive Dissonance Intervention for Weight Stigma. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28(10):1853-1859. DOI: 10.1002/oby.22909.
105. Martingano AJ, Telaak SH, Schopp EM, et al. Using Educational Videos and Perspective-Taking to Communicate Gene-By-Environment Interaction Concepts about Eating Behavior: Effects on Empathy and Weight Stigma. *J Nutr Educ Behav* 2023;55(1):55-67. DOI: 10.1016/j.jneb.2022.09.005.
106. Sherf-Dagan S, Ofri L, Tayar I, et al. A multifaceted training tool to reduce weight bias among healthcare students: A randomized controlled trial. *Obes Res Clin Pract* 2024;18(1):35-42. DOI: 10.1016/j.orcp.2023.12.002.
107. Stewart SJ, Ogden J. The impact of body diversity vs thin-idealistic media messaging on health outcomes: an experimental study. *Psychol Health Med* 2021;26(5):631-643. DOI: 10.1080/13548506.2020.1859565.
108. Allison K, Jones S, Hinman RS, et al. Effects of an Online Education Program on Physical Therapists' Confidence in Weight Management for People With Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2023;75(4):835-847. DOI: 10.1002/acr.24828.
109. Levin ME, Petersen JM, Durward C, et al. A randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy to improve diet and physical activity among adults who are overweight/obese. *Transl Behav Med* 2021;11(6):1216-1225. DOI: 10.1093/tbm/ibaa123.
110. Pearl RL, Wadden TA, Bach C, Tronieri JS, Berkowitz RI. Six-Month Follow-up from a Randomized Controlled Trial of the Weight BIAS Program. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28(10):1878-1888. DOI: 10.1002/oby.22931.
111. Pearl RL, Wadden TA, Bach C, et al. Long-term effects of an internalized weight stigma intervention: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2023;91(7):398-410. DOI: 10.1037/ccp0000819.
112. Potts S, Krafft J, Levin ME. A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma. *Behav Modif* 2022;46(1):178-201. DOI: 10.1177/0145445520975112.
113. Burnette CB, Mazzeo SE. An uncontrolled pilot feasibility trial of an intuitive eating intervention for college women with disordered eating delivered through group and guided self-help modalities. *Int J Eat Disord* 2020;53(9):1405-1417. DOI: 10.1002/eat.23319.
114. Olson KL, Thaxton TT, Landers JD, Emery CF. Evaluating the effect of targeting body shape concerns on long-term weight change. *Int J Eat Disord* 2024;57(1):201-205. DOI: 10.1002/eat.24096.
115. Wijayatunga NN, Bailey D, Klobodu SS, Dawson JA, Knight K, Dhurandhar EJ. A short, attribution theory-based video intervention does not reduce weight bias in a nationally representative sample of registered dietitians: a randomized trial. *Int J Obes (Lond)* 2021;45(4):787-794. DOI: 10.1038/s41366-021-00740-6.
116. Lee KM, Ghanei B, Tomiyama AJ. A brief induction of loving kindness meditation to reduce anti-fat bias. *PLoS One* 2024;19(6):e0302039. DOI: 10.1371/journal.pone.0302039.
117. Fitterman-Harris HF, Vander Wal JS. Weight bias reduction among first-year medical students: A quasi-randomized, controlled trial. *Clin Obes* 2021;11(6):e12479. DOI: 10.1111/cob.12479.
118. Oliver TL, Qi BB, Diewald LK, Shenkman R, Kaufmann PG. Development of a weight bias reduction intervention for third-year nursing students. *Clin Obes* 2022;12(2):e12498. DOI: 10.1111/cob.12498.
119. Selensky JC, Carels RA. Weight stigma and media: An examination of the effect of advertising campaigns on weight bias, internalized weight bias, self-esteem, body image, and affect. *Body Image* 2021;36:95-106. DOI: 10.1016/j.bodyim.2020.10.008.
120. Sherf-Dagan S, Kessler Y, Mardy-Tilbor L, et al. The Effect of an Education Module to Reduce Weight Bias among Medical Centers Employees: A Randomized Controlled Trial. *Obes Facts* 2022;15(3):384-394. DOI: 10.1159/000521856.
121. Huellemann KL, Tremblay PF, Calogero RM. Effects of online self-compassionate writing on stigmatizing and affirming self-perceptions: Potential boundary conditions in undergraduate women. *Body Image* 2023;46:406-418. DOI: 10.1016/j.bodyim.2023.07.008.
122. Anastasiadou D, Herrero P, Garcia-Royo P, et al. Assessing the Clinical Efficacy of a Virtual Reality Tool for the Treatment of Obesity: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2024;26:e51558. DOI: 10.2196/51558.
123. Welzel FD, Bar J, Stein J, et al. Using a brief web-based 5A intervention to improve weight management in primary care: results of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2021;22(1):61. DOI: 10.1186/s12875-021-01404-0.
124. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clin Obes* 2016;6(3):175-88. DOI: 10.1111/cob.12147.
125. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015;16(4):319-26. DOI: 10.1111/obr.12266.
126. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2017;25(2):317-322. DOI: 10.1002/oby.21716.