



Cofinanțat prin
programul Erasmus+
al Uniunii Europene



Breaking WEIGHT BIAS

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

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

2.3. Strategii de reducere a prejudecăților legate de greutate în practica clinică





Cuprins

CONȚINUT DE PREGĂTIRE	3
2.3. Strategii de reducere a prejudecăților legate de greutate în practica clinică	3
2.3.1. Mediul fizic și social din unitățile medicale	3
2.3.2. Cererea permisiunii (cei 5 A)	4
2.3.3. Tratarea cu compasiune	5
2.3.4. Investiții continue în autoevaluare și educație adecvată	7
RESURSE EXTERNE	8



CONȚINUT DE PREGĂTIRE

2.3. Strategii de reducere a prejudecăților legate de greutatea corporală în practica clinică

2.3.1. Mediul fizic și social din unitățile medicale

Mediul fizic

Mediul fizic poate face o mare diferență în modul în care oamenii se simt în unitățile medicale. Îmbunătățirea acestuia poate susține persoanele care se confruntă cu obezitatea să se simtă binevenite și, în același timp, să răspundă mai bine nevoilor lor. Astfel, achiziționarea unor echipamente și furnizarea unor servicii medicale adecvate sunt esențiale pentru implicarea pacienților în îngrijirile lor de sănătate, precum și pentru asigurarea accesului acestora la servicii medicale de calitate.

În acest context, Obesity Action Coalition (Coaliția de Acțiune pentru Obezitate) a sugerat unele îmbunătățiri specifice ale unităților medicale, cum ar fi sala de examinare, sala de așteptare și cântarul, care pot sprijini persoanele care se confruntă cu obezitatea. Mai exact, potrivit Coaliției de Acțiune pentru Obezitate:

Sala de examinare trebuie să fie dotată cu:

- Scaun cu mai multe trepte de înălțime menit să faciliteze accesul la masa de examinare
- Halate de dimensiuni mari
- Aparată de măsurat tensiunea arterială cu manșete mari sau foarte mari (pentru braț/coapsă)
- Specul vaginal lung
- Mese late de examinare, fixate în podea
- Mese înclinate hidraulice, dacă este posibil
- Scaune rezistente fără brațe

Sala de așteptare ar trebui să fie dotată cu:

- Fotolii care pot suporta mai mult de 136 de kg
- Canapele care pot suporta mai mult de 136 de kg
- Asigurarea unui spațiu de 15-20 cm între scaune
- Materiale de citit care abordează într-un mod empatic discuțiile despre greutate
- Ușile și holurile cu mărimea potrivită pentru accesul scaunelor cu roțile, cadrelor de susținere și a scuterelor folosite pentru deplasare
- Băi cu scaun de toaletă dotat cu colector de probe de urină
- Băi dotate cu bare de prindere montate corespunzător și toalete montate în podea



Cântarul utilizat ar trebui să:

- Măsoare mai mult de 158 de kg
- Respecte cerințele de precizie stabilite
- Fie accesibil pentru pacienții cu dizabilități
- Fie situat într-un loc care oferă intimitate și confidențialitate
- Fie dotat cu platformă largă cu mânere pentru sprijin în timpul cântării

Mediul social

Pe lângă un mediu fizic adecvat, la fel de important este să se cultive un mediu social pozitiv în unitățile medicale. Potrivit Coaliției de Acțiune pentru Obezitate, profesioniștii din domeniul sănătății pot îmbunătăți mediul social pentru pacienții care suferă de obezitate prin:

- a fi sensibili cu privire la situațiile care pot provoca sentimente de rușine, de exemplu: cântărirea pacienților într-un mod privat și discret, fără a judeca;
- solicitarea permisiunii pacienților de a fi cântăriți la fiecare vizită;
- sublinierea importanței obiectivelor generale propuse, fără a se concentra doar asupra cifrelor de pe cântar;
- recunoașterea și încurajarea pacienților care au realizat modificări sănătoase de comportament;

2.3.2. Cererea permisiunii (cei 5 A)

Conform Obesity Canada (Appendix 2, 2020), "*Acest set de instrumente oferă practicienilor din domeniul sănătății cinci pași pentru a gestiona mai bine greutatea pacienților lor și problemele de sănătate aferente*":

ASK – CEREȚI permisiunea de a discuta despre greutatea corporală și explorați disponibilitatea.

ASSESS – EVALUAȚI riscurile legate de obezitate și "cauzele profunde" ale obezității.

ADVISE – SFĂȚUIȚI privind riscurile pentru sănătate și opțiunile de tratament.

AGREE – STABILIȚI de comun acord rezultatele dorite în materie de sănătate și obiectivele comportamentale.

ASSIST – ASISTAȚI/FACILITAȚI accesul la resurse și furnizori de servicii medicale corespunzători.

Nu se poate spune cu siguranță că oricare pacient cu greutate mare a fost afectat de obezitate. Chiar și în cazurile în care acest lucru poate fi adevărat, inițierea unei discuții



despre greutate în mediile de îngrijiri de sănătate ar trebui abordată cu sensibilitate (Wharton S., Lau D.C.W., Vallis M., et al., 2020) deoarece dorința pacientului de a discuta despre greutate și de fi cântărit este influențată de factori sociali și personali. Este important să avem în vedere că, cel mai probabil, persoanele care trăiesc cu obezitate, au cunoscut consecințele psihologice și sociale ale obezității, cum ar fi frustrarea și, respectiv, discriminarea (National Health and Medical Research Council, 2013).

Acesta este motivul pentru care primul pas în abordarea cu sensibilitate a problemei greutății este de a **cere permisiunea**. În timp ce mulți pacienți pot fi confortabili cu discutarea și măsurarea greutății corporale, mulți nu îți doresc aceste lucruri. Prin urmare, este important să solicitați permisiunea pacientului înainte de a trece la astfel de practici (Nordisk, 2021; National Health and Medical Research Council, 2013; Wharton S., Lau D.C.W., Vallis M., et al., 2020). Câteva exemple de întrebări pe care profesioniștii din domeniul sănătății le pot adresa atunci când inițiază o discuție despre greutate sunt:

- *"Ar fi în regulă să discutăm astăzi despre greutatea dvs. corporală?"*
- *"V-ar supăra dacă am discuta despre greutatea dvs. corporală?"*
- *"Ar fi bine pentru dvs. dacă discutăm despre greutatea corporală?"*
- *"Ați fi confortabil(ă) să discutăm despre greutatea corporală?"*

În cazul în care primesc un răspuns negativ, specialiștii din domeniul medical ar trebui să îl respecte și să își declare deschiderea față de o potențială discuție viitoare atunci când pacientul va fi pregătit, în loc să insiste pe acest subiect (Nordisk, 2021).

Astfel, **numai după ce s-a primit permisiunea pacientului de a discuta despre greutatea corporală, se va întreprinde acțiunea**. Atunci când se discută despre greutatea corporală cu pacienții, este esențial ca profesioniștii din domeniul sănătății să stabilească un ton pozitiv al conversației și să construiască un context relațional (Consiliul Național de Sănătate și Cercetare Medicală, 2013).

Explorarea disponibilității pacientului de a se schimba este un pas crucial către obținerea unor rezultate de succes. În caz contrar, dacă pacienții nu sunt pregătiți pentru schimbare, inițierea unui astfel de proces poate provoca nemulțumiri și poate submina încercările viitoare (Canadian Obesity Network, 2012). Cu toate acestea, acest lucru nu este la fel de ușor ca punerea unei întrebări directe despre pregătirea pacientului de a face schimbări comportamentale. Următoarele întrebări propuse de Consiliul Național de Sănătate și Cercetare Medicală (National Health and Medical Research Council, 2013, p.33) pot fi utilizate în acest context pentru a sprijini identificarea disponibilității de a face o schimbare:

- *"Cât de important credeți că este pentru dvs. să faceți schimbări în acest moment?"*
- *"Există evenimente stresante în viața dvs. acum, care ar putea sta în calea unei schimbări?"*



- "Vă puteți imagina să realizați schimbări comportamentale spre un stil de viață sănătos?"
- "Cum credeți că vor reacționa prietenii și familia dvs. la tratament?"
- "Există oameni care vă pot sprijini în modificarea comportamentelor legate de sănătatea dvs.? Credeți că vă vor ajuta în eforturile dvs.?"

Interviul motivațional este o tehnică utilă care poate fi utilizată pentru a discuta despre greutatea corporală și pentru sprijinirea pacienților să realizeze schimbări, atunci când sunt pregătiți. Acest lucru implică ca profesioniștii din domeniul sănătății să pună întrebări, să asculte pacienții și să răspundă respectând experiențele individuale ale pacienților și dreptul lor de a alege sau nu schimbarea (Canadian Obesity Network, 2012).

The [Readiness to Change Ruler](#) (Scala de disponibilitate de schimbare) este un instrument suplimentar furnizat de către [Clinical Tools Inc.](#) care poate fi folosită complementar tehnicii de interviu motivațional.

2.3.3. Tratamentul cu compasiune

Compasiunea poate fi descrisă ca "o sensibilitate la suferința celorlalți, luându-ți angajamentul de a încerca să o atenuezi sau să o previi" (Gilbert P. et al., 2017), care include atât implicarea și acțiunea motivată.

Este important ca profesioniștii din domeniul sănătății să-și trateze pacienții cu demnitate, respect, ascultare activă și compasiune pentru a-i ajuta să cultive compasiune față de propria persoană. Este foarte important ca furnizorii de servicii medicale să dea dovadă de compasiune față de pacienți cu privire la situațiile prin care ar fi putut trece, nedreptatea, durerea, rușinea și vina pe care le pot simți.

Furnizorii de servicii medicale trebuie să fie conștienți de faptul că cele mai multe persoane care suferă de obezitate au încercat adesea multe opțiuni pentru a scădea în greutate. Există multe influențe care pot afecta reglarea greutății, cum ar fi genetica sau factorii de mediu. Dincolo de acestea, experiențele stigmatizante prin care trec pot acționa ca o barieră importantă în calea implicării acestora în comportamente de promovare a sănătății, cum ar fi activitatea fizică. Oamenii trebuie tratați într-un mod respectuos și plin de compasiune, indiferent de greutatea corporală. Există o nevoie de creștere a gradului de conștientizare a furnizorilor de sănătate în jurul prejudecății și stigmatizării pe baza greutății și o nevoie de a oferi strategii care să crească sensibilitatea și compasiunea cu scopul de a asigura cele mai bune practici de îngrijire posibile.

Unele dintre strategiile pentru profesioniștii din domeniul sănătății (extrase direct de la Obesity Society) sunt:



1. Luarea în considerare a faptului că este posibil ca pacienții să fi avut experiențe negative cu alți profesioniști din domeniul sănătății în ceea ce privește greutatea lor corporală, fiind necesare apropierea și abordarea acestora cu sensibilitate.
2. Recunoașterea complexității obezității și comunicarea acestui lucru colegilor și pacienților pentru a evita stereotipurile conform cărora obezitatea este atribuită voinței personale.
3. Explorarea tuturor cauzelor problemelor de sănătate, nu doar greutatea corporală
4. Recunoașterea faptului că mulți pacienți au încercat să piardă în greutate în mod repetat.
5. Sublinierea schimbărilor de comportament, în locul cifrelor de pe cântar.
6. Oferirea sfaturilor care se bazează pe nevoile individualizate ale fiecărui pacient, în locul unei propoziții simple precum: "Trebuie să pierdeți în greutate".
7. Recunoașterea dificultăților ce vin o dată cu schimbările stilului de viață.
8. Recunoașterea faptului că o mică pierdere în greutate poate duce la câștiguri semnificative de sănătate.
9. Crearea unui mediu medical de susținere, de exemplu: în sălile de așteptare să fie disponibile scaune mari și fără brațe, disponibilitatea echipamentelor medicale și halatelor pentru pacienți de dimensiuni adecvate și materialelor de citit potrivite pacienților.

Puteți găsi mai multe informații despre instrumentele care se bazează pe cultivarea compasiunii față de sine, destinate sprijinirii bunăstării generale a pacienților în modulul 6.

2.3.4. Investiții continue în autoevaluare și educație adecvată

Cu toții trăim într-o cultură care promovează stigmatizarea legată de greutatea corporală, indiferent dacă suntem conștienți de asta sau nu. Este absolut uman să fi internalizat toate aceste credințe stereotipe în jurul greutății, deoarece acestea sunt atotcuprinzătoare. Cu toate acestea, atunci când vine vorba de serviciile de sănătate, este imperativ să aveți întotdeauna în vedere impactul pe care îl puteți avea asupra sănătății pacienților dumneavoastră.

O practică utilă ar putea fi să ***începeți să vă întrebați dacă faceți în mod neintenționat vreun rău***. Aplicarea unei metode de compasiune față de sine este, de asemenea, crucială atunci când se evaluează propriile atitudini.

Una dintre cele mai importante strategii pentru a reduce prejudecățile legate de greutatea corporală sau prejudecățile care pot fi comunicate în mod nedeliberat



pacienților dumneavoastră este de a **identifica propriile ipoteze personale și atitudini despre greutatea corporală.**

Începeți acest proces prin a vă pune următoarele întrebări:

- *Cum mă simt când lucrez cu pacienți de diferite dimensiuni ale corpului?*
- *Mă simt confortabil să lucrez cu oameni de toate formele și dimensiunile?*
- *Fac presupuneri cu privire la caracterul, inteligența, abilitățile, starea de sănătate sau comportamentele unei persoane bazate doar pe greutatea acesteia corporală?*
- *Cum se simt oamenii care trăiesc cu obezitate atunci când părăsesc cabinetul meu?*
- *Ofer feedback adecvat pentru a încuraja schimbări de comportament pentru a adopta un stil de viață sănătos?*
- *Tratez persoana sau doar afecțiunea? (Fruh S.M., et al., 2017)*

Investiția în autoeducarea continuă în jurul prejudecăților legate de greutatea corporală este, de asemenea, foarte benefică, deoarece cultivarea conștientizării și înțelegerii este antidotul pentru eliminarea acestora. În plus, este vital să fie luată în considerare solicitarea sprijinului atunci când ne simțim depășiți de experiențele pacienților. Împuternicirea personală și construirea rezilienței pot avea un impact pozitiv nu numai asupra sănătății mentale proprii și a pacienților.



RESURSE EXTERNE

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



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



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