

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Разработка структурированной программы тренинга по вопросам ожирения и питания для работников первичного звена медико-санитарной помощи

Rachel Pryke¹

¹ Центр здоровья Уинъейтс, Реддич, Соединенное Королевство

Автор, отвечающий за переписку: Rachel Pryke (адрес электронной почты: rachelgpryke@btinternet.com)

АННОТАЦИЯ

Оптимальный формат тренингов по ожирению для работников первичной медико-санитарной помощи пока еще не сформировался окончательно. В статье рассматриваются структурированная программа тренинга, пути преодоления встречающихся трудностей, требования к профессиональной компетенции работников здравоохранения, круг их профессиональных задач и возможности для изменения поведения пациентов, связанного со здоровьем. В программе представлены фактическая информация, методы изменения поведения и навыки общения, позволяющие обсуждать деликатные темы в нейтральном ключе, а также стимулировать дискуссию об имеющихся местных ресурсах и о создании контактных сетей с коллегами. Формат тренинга успешно апробирован на Мальте и в Узбекистане, несмотря на разные задачи и приоритеты в области общественного здоровья этих стран и на существующие различия между их

системами здравоохранения. Образовательные компоненты включали техники мотивационного интервьюирования; интерактивные ролевые игры; общение и взаимодействие; возможности развития местных ресурсов. Проблема дефицита времени частично была решена путем разработки универсальных учебных материалов, которые можно применять при дальнейшем каскадном обучении коллег. Интерактивные тренинги с участием практикующих специалистов из различных учреждений позволяют специалистам, не знакомым с принципами профилактики и ведения пациентов с ожирением, понимать сложившиеся вокруг ожирения дискриминационные стереотипы. Подобные тренинги способны определять роли различных работников здравоохранения для содействия выработке сбалансированного подхода, подразумевающего участие всех категорий кадров здравоохранения.

Ключевые слова: ТРЕНИНГ ПО ОЖИРЕНИЮ; ТЕОРИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ; НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ; ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ; ПИТАНИЕ

ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Тренинг по ожирению и по проблемам здоровья, связанным с питанием, – это относительно новые темы для медицинского образования. Между странами практически отсутствует консенсус по содержательной части данного направления, и это наглядно свидетельствует о том, что лишь недавно проблема ожирения стала приоритетной для здравоохранения. С признанием того влияния, которое оказывают поддающиеся изменению факторы образа жизни на развитие неинфекционных заболеваний (НИЗ), особое внимание стало уделяться повышению качества услуг при решении проблем ожирения (1, 2, 3).

Для успешного проведения тренингов среди работников первичной медико-санитарной помощи существует много препятствий. Прежде всего, в условиях чрезвычайной широты темы возникает вопрос: а чему именно следует учить? Клиническая оценка ожирения как общего фактора риска для целого ряда нарушений метаболизма, ухудшения физического состояния и физиологии человека остается неясной. До сих пор продолжают споры о том, стоит ли считать ожирение отдельным заболеванием или же только фактором риска. Сегодня единственной страной, официально признавшей ожирение хроническим заболеванием, является Португалия (с 2004 г.), хотя ожирение как болезнь классифицируют многие медицинские организации (4). Непонятны также индивидуальные профессиональные роли и границы ответственности медицинских специалистов,

работающих с людьми, страдающими ожирением, в частности, что именно уполномочен или в состоянии делать каждый клинический работник в рамках своих профессиональных обязанностей?

Доводы о высоком уровне знаний работников здравоохранения в области питания не подкреплены достаточной степенью уверенности, что находит отражение в отчетах специалистов (5). Отсутствует общее понимание и единство научных подходов к вопросам питания (например, касательно режимов питания, рекомендуемых для снижения веса) (6). Помимо этого, в обществе существует немало заблуждений и мифов вокруг проблемы питания (например, «есть за двоих во время беременности», «есть больше в период холодов, так как для обогрева тела нужно больше энергии», «физическая нагрузка вызывает одышку и, следовательно, вредит здоровью»).

Безусловно, внедрение структурированной программы тренинга для работников родственных специальностей требует определенного времени, наличия учебных материалов, финансирования, а также механизмов стимулирования специалистов, прошедших обучение, к дальнейшему распространению полученных знаний среди коллег. Для предоставления пациентам информации, основанной на фактических данных, и обеспечения эффективного распространения этой информации и рекомендаций требуются исходные материалы, адаптированные к местным условиям.

Хотя сегодня информация о питании и характеристиках пищевых продуктов широкодоступна, зачастую она противоречива и нелогична (7). Далеко не всегда специалисты уверены в своих знаниях и часто не в состоянии повлиять на изменение привычек в питании (8, 9, 10). Появляется все больше примеров того, как кратковременные вмешательства позволяют успешно влиять на проблему ожирения при условии достаточной поддержки на местном уровне (11). Специалисты первичной медико-санитарной помощи небезосновательно боятся расстроить пациента, обсуждая вопросы, касающиеся веса (12), и зачастую недостаточно информированы о методах общения и воздействия на модели поведения (13).

Европейское региональное бюро ВОЗ получило от государств-членов уже несколько запросов о разработке тренингов по ожирению, в то время как ранее подобные запросы ранее касались в основном тренинга по вопросам недостаточного питания.

МЕСТНЫЕ УСЛОВИЯ

Автор (британский врач-терапевт, специализирующийся на тренингах по проблеме ожирения) разработал программу тренинга по ожирению, которая сегодня применяется в Узбекистане и на Мальте. Несмотря на большие различия в характеристиках ожирения, в обеих странах с одинаковой серьезностью оценивают риски для здоровья населения, связанные с этой проблемой (рис. 1):

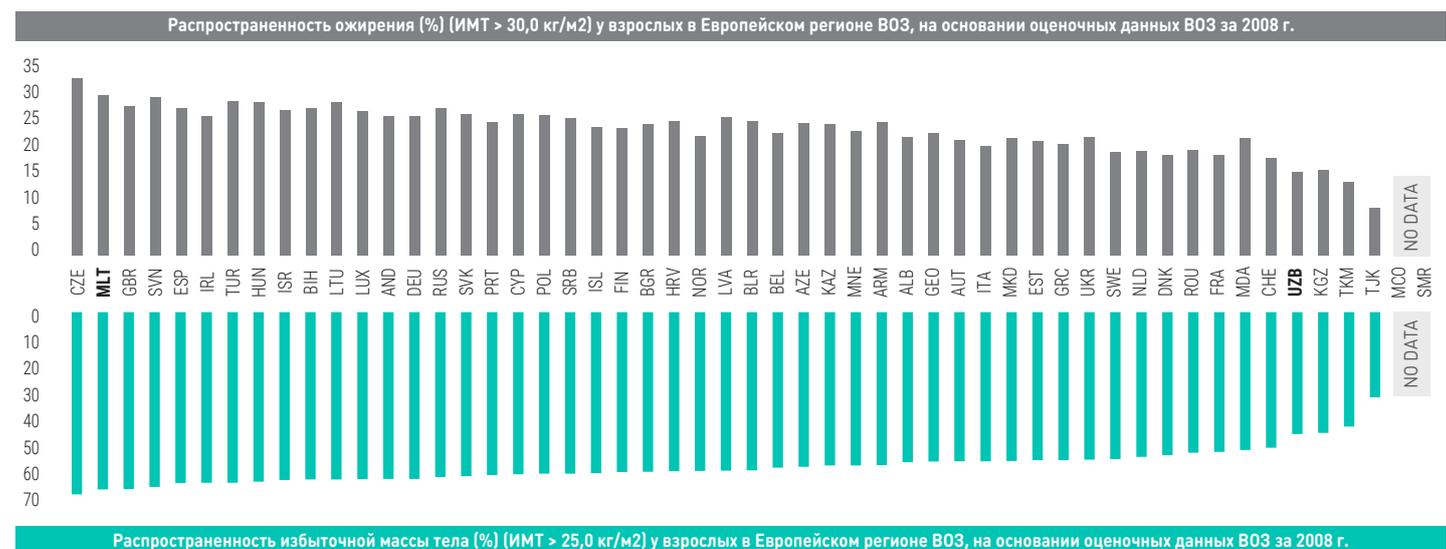
- Для Мальты характерна высокая распространенность ожирения среди взрослых и детей (средний индекс массы тела у взрослых (ИМТ) – 27,8; 38,3% населения в возрасте 16–19 лет имеют избыточный вес или страдают ожирением). Тем не менее смертность от НИЗ относительно низка и составляет 335 случаев на 100 000 населения. Мальта характеризуется весьма высокой плотностью населения и зависимостью от импорта продовольствия (14).
- Распространенность ожирения в Узбекистане ниже (средний ИМТ у взрослых 25,8; 21% населения в возрасте 15–19 лет имеют избыточный вес или страдают ожирением), однако смертность от НИЗ высока и составляет 697 случаев на 100 000 населения (15, 16, 3, 17). Считается, что это частично обусловлено высоким потреблением соли (18). В стране имеются программы в области питания, но инициативы по профилактике или решению проблемы ожирения не внедряются (16).

ПОДХОД

Структура двухдневной программы тренинга, в которой учтены известные сложности при проведении тренингов по ожирению, разработана в сотрудничестве со специалистами Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ. В качестве одного из методов работы выбрано профессиональное общение, и поэтому задача заключалась в том, чтобы дать слушателям представление о структуре проводимой с пациентом беседы, включающей три фундаментальных вопроса:

- Что говорить. Приводятся фактические данные о питании, например, необходимо рассказать о местных, государственных или международных рекомендациях по питанию, таких как Eatwell Plate, Food Pyramid, и о ступенчатой системе контроля за массой тела, включая назначение лекарственных препаратов.

ТАБЛИЦА 1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ. ДАННЫЕ ВОЗ ЗА 2008 Г. (17)



Примечания. Обозначения стран используются в соответствии со стандартом ISO 3166-1 Alpha-3. Ранжирование данных по ожирению было намеренно приведено в соответствие с таковым для данных по избыточной массе тела. ИМТ: индекс массы тела.
Источник: База данных Глобальной обсерватории здравоохранения (1).

1 Отчет о моделировании ожирения у взрослых в Европейском регионе ВОЗ, подготовленный консультантами (под руководством Т. Marsh и др.) для Европейского регионального бюро ВОЗ в 2013 г. Региональное бюро выражает признательность Европейской комиссии за финансовую поддержку для составления данного профиля страны и создания базы данных по питанию, ожирению и физической активности, ставшей для него источником данных.

- Как достичь реальных изменений в поведении. Необходимо достичь понимания механизмов формирования пищевых и жизненных привычек у человека и возможностей влияния на них.
- Почему я? Почему сейчас? Мотивационные аспекты и постановка целей. Курс учит применению подхода, предлагающего совместное принятие решений, и проведению мотивационного интервьюирования с целью содействия вовлечению пациента в процесс и наделению его правами и полномочиями (19). Такой подход отличается от традиционного консультирования, которое парадоксальным образом может вызывать у пациента скорее сопротивление, чем заставить его следовать даваемым советам.

Помимо обучения ведению беседы на такую деликатную тему, как масса тела, курс предусматривает анализ местных ресурсов, трудностей и возможностей для работы на местном уровне: наличие источников информации для пациентов; взаимодействие на местах и интеграция в местные системы здравоохранения; новейшие данные об использовании таблиц роста детей для мониторинга ожирения; внедрение методик поведенческих изменений, в особенности мотивационного интервьюирования (20). Также

затрагивается тема полномочий работников здравоохранения при обсуждении вопросов ожирения с пациентами, имеющими избыточный вес. Слушатели курса пользуются интерактивной рабочей тетрадью. Она позволяет применять полученные знания во время повседневной работы с использованием ролевых игр и практических сценариев.

Для дальнейшего каскадного распространения знаний среди коллег слушателей курса бесплатно выдаются рабочая тетрадь и аннотированные наборы слайдов (на русском и английском языках).

Решение о том, каких именно специалистов приглашать на тренинг, каждая страна принимала самостоятельно. В результате сформировалась смешанная аудитория, включающая врачей-терапевтов, ученых, преподавателей вузов и специалистов в области общественного здравоохранения. Местные организаторы тренинга разработали форму для его оценки и сбора мнений; результаты оценки были представлены в виде отчета, который был направлен местному организатору курса.

ЗНАЧИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Несмотря на существующие различия в общественном здравоохранении двух стран, в отзывах слушателей курса были высказаны схожие мнения:

- Широкий интерес к методу мотивационного интервьюирования. В ходе курса и в своих отзывах слушатели подчеркивали необходимость ставить под сомнение и раздвигать рамки традиционных подходов работников здравоохранения, например, указывать пациенту, что делать. Это может вызвать неприятие их советов пациентом с типичным его ответом: «Да, но...». Слушатели не знали о роли фактических данных для достижения изменений в поведении, которые базируются на осознании пациентами своих целей при структурированной поддержке для преодоления препятствий на пути к изменениям (21). Слушатели высоко оценили сессии мотивационного интервьюирования, причем следует отметить, что большинству слушателей этот метод не был знаком ранее.
 - На вопрос «Что было для вас интересным, новым или значимым в ходе обучения?» слушатели отвечали так:
 - «Идея о том, что нужно не просто прочитать лекцию пациенту, а услышать его и вызвать у него собственную мотивацию к изменениям».
 - «Многое зависит от того, как именно задавать вопросы».
 - «Как раскрыть мотивацию клиента и стимулировать поведенческие изменения в сложных случаях».
- Нехватка времени. Многие слушатели выразили желание уделять больше времени отработке методик и изучению ситуационных сценариев. Ролевые игры оказались хорошим форматом для вводной части, однако попытки расширить интерактивную часть курса и на практике применить его методики упирались в нехватку времени и необходимость рассмотреть все теоретические аспекты. Прозвучали предложения делать видеозаписи ситуационных сценариев, разработать предварительный дистанционный модуль, который позволит заранее ознакомиться с практическим и теоретическим материалом, а также провести курс в течение нескольких неполных дней, что позволит усилить заинтересованность и улучшить явку слушателей.
 - Усилилась ли ваша уверенность в том, что вы сможете применить полученные знания на практике?
 - «Да, но мне определенно потребуется больше тренировок и участие в дополнительных курсах».
- Осознание себя как части сообщества многопрофильных специалистов. Возможности для общения и взаимодействия с представителями других медицинских специальностей создают уверенность в себе и ощущение коллективной ответственности при работе со сложными проблемами. Также это позволяет узнать о тех видах услуг, которые ранее не были известны специалистам этого региона. Групповые дискуссии о доступности на местном уровне тех или иных услуг позволили выявить ряд имеющихся недочетов в предоставлении услуг, а также в информировании об имеющихся возможностях.
 - «Я считаю, что курс был прекрасно организован; и, самое главное, мы встретились с другими специалистами и обсудили разные виды услуг».
 - «Я узнала о таких услугах, о существовании которых ранее и не подозревала, поскольку работаю в области стоматологии».
 - «Я буду по-другому общаться с пациентами и стараться их мотивировать. Помимо этого, я буду контактировать с другими специалистами, которые тоже помогут моим пациентам в достижении их целей».
- Анализ местных ресурсов для пациентов и работников здравоохранения. В ходе курса упоминались имеющиеся ресурсы ВОЗ (в силу их доступности) или британские и американские онлайн-информационные ресурсы. Слушатели из обеих стран признали, что приоритетом является разработка материалов для профессионального обучения и наличие местных информационных ресурсов для пациентов, позволяющих им получать информацию, адаптированную к местному уровню, в том числе и к местному культурному контексту. При работе в группах слушатели обсуждали конкретные предложения для разработки таких материалов. Дискуссии показали, что слушатели из университетской среды мотивированы к изучению возможностей для развития ресурсов в рамках своей просветительской роли, а также что некоторые материалы о здоровье можно включать в школьную программу.

- «Являясь островом, мы должны четко понимать, какими ресурсами располагаем».
- «Мы планируем разработку учебных материалов в области питания и физической активности».

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

В условиях любой многопрофильной специальности необходимо так распределять роли между сотрудниками, чтобы избежать дублирования в работе и размывания ответственности. Учебные курсы помогают сформировать механизм четкого определения полномочий и ожиданий от сотрудников на местах. Это особенно актуально там, где проблема ожирения становится новой задачей для первичной медико-санитарной помощи (22, 23).

Главным в работе первичной медико-санитарной помощи по контролю за массой тела является повышение информированности населения о пагубном влиянии ожирения на здоровье и о существующих возможностях для получения долгосрочной поддержки (например, через местные группы помощи по контролю за массой тела). Участие в регулярных дискуссиях на тему избыточного веса помогает пациентам постоянно и соответственно ситуации двигаться к достижению своих целей и менять их в зависимости от достигнутых успехов или в момент прекращения усилий. Это помогает перейти от модели кратковременных усилий к долгосрочному изменению поведения (24).

Оптимальный формат тренинга по ожирению для первичной медико-санитарной помощи пока еще не разработан. Несмотря на предполагаемую высокую компетентность ее персонала, на данный момент уверенность специалистов в своих силах невелика, и потому структурированный тренинг по ключевым темам воспринимается весьма положительно. Помимо фактических знаний, основополагающими в этом процессе являются методики поведенческих изменений и навыки общения. В будущем при планировании учебных курсов необходимо помимо дидактической части уделить достаточно времени практическому применению новых навыков общения. Особенно важными станут формирование контактных сетей с коллегами, анализ местных ресурсов и совместное принятие решений с учетом конкретных условий. Описанный в данной статье гибкий и интерактивный формат обучения можно затем использовать для каскадного тренинга коллег на местах. Такой формат оказался приемлемым для просвещения работников

первичной медико-санитарной помощи в области передовых методов борьбы с ожирением в разных странах.

Выражение признательности: не заявлено.

Источники финансирования: не заявлены.

Конфликт интересов: не указаны.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

ТАБЛИЦА 2. ТЕМЫ КУРСА (20)

Зачем поднимать тему ожирения?		
Последствия для здоровья, тенденции для населения, экономические факторы		
Как начать доброжелательную беседу		
Деликатно затронуть вопрос: безопасные вводные фразы; как не расстроить пациента		
Какие факты?	Как достичь?	«Да, но...»
Руководства по питанию и физической активности, краткие вмешательства, услуги на местном уровне	Как формируются привычки в отношении питания и физической активности и как на них влиять	Применение методов мотивационного интервьюирования для изменения поведения
Постановка целей		
Оценка достижений людей (в том числе работников здравоохранения)		
Практика		
Электронное обучение неэффективно. Закрепление навыков консультирования требует практики и обсуждения. Интерактивные семинары, ситуационные примеры, ролевые игры		

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Australian general practitioners' views regarding providing nutrition care: results of a national survey. Crowley J et al. *Public Health* Volume 140, November 2016, Pages 7–13 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.08.013>, accessed 22 November 2017).
2. S Ray, C Laur, L Ball. Guest Editorial: Nutrition Education for Public Health. *Public Health*. ([http://www.publichealthjrnل.com/article/S0033-3506\(16\)30261-X/fulltext](http://www.publichealthjrnل.com/article/S0033-3506(16)30261-X/fulltext), accessed 22 November 2017).
3. NCD death rate 2015 WHO interactive map (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/total/atlas.html, accessed 22 November 2017).
4. Should we officially recognise obesity as a disease? *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 07 June 2017 ([http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30191-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30191-2), accessed 22 November 2017).
5. Flint S. Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. *British Journal of Obesity Issue*: 2015, Vol 1, No 1, Pages 1–40.
6. C D Gardner. Tailoring dietary approaches for weight loss. *Int J Obes Suppl*. 2012 Jul; 2(Suppl 1): S11–S15. Published online 2012 Jul 10. doi: 10.1038/ijosup.2012.4 PMID: PMC4109087.
7. British Nutrition Foundation. Facts behind the headlines; NOF report – Eat fat, cut carbs and avoid snacking. 23 May 2016 (<https://www.nutrition.org.uk/nutritioninthenews/previous-facts-behind-the-headlines/nofreport.html>, accessed 22 November 2017).
8. Jebb S, Ahern A, Olson A et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. *The Lancet* Vol 378, No 9801, p1485-1492, 22 Oct 2011. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61344-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61344-5), accessed 22 November 2017).
9. Jolly K, Lewis A, Beach J et al. Comparison of range of commercial or primary care led weight reduction programmes with minimal intervention control for weight loss in obesity: Lighten Up randomised controlled trial *BMJ* 2011; 343:d6500.
10. Стратегии изменения поведения людей: роль систем здравоохранения, Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. (Рабочий документ: EUR/RC58/10), (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/70185/RC58_edoc10.pdf по состоянию на 22 ноября 2017 г.).
11. Aveyard P, Lewis A, Tearne S et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet* Nov 2016 Volume 388, No. 10059, p2492–2500 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31893-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31893-1), accessed 22 November 2017).
12. Lewis E. What your patient is thinking Why there's no point telling me to lose weight *BMJ* 2015; 350:g6845.
13. Pryke R, Hughes C, Blackburn M. Addressing barriers for GPs in obesity management: The RCGP Nutrition Group. *British Journal of Obesity*: 2015, Vol 1, No 1, Pages 1–40 (<http://www.britishjournalofobesity.co.uk/journal/2015-1-1-9>, accessed 22 November 2017).
14. Cuschieri S, Vassallo J, Calleja N. Prevalence of obesity in Malta *Obes Sci Pract*. 2016 Dec; 2(4): 466–470. Published online 2016 Oct 21. doi: 10.1002/osp4.77 PMID: PMC5192534.
15. WHO Mean BMI trends, 1975-2014 Interactive map [website]. (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/bmi/atlas.html, accessed 22 November 2017).
16. Public Health strategy for the republic of Uzbekistan 2010-2020. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23562>, accessed 22 November 2017).
17. WHO Nutrition, Physical Activity and Obesity Uzbekistan profile. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/243336/Uzbekistan-WHO-Country-Profile.pdf, accessed 22 November 2017).
18. New study shows that average salt intake in Uzbekistan is 3 times higher than WHO recommendation [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/uzbekistan/news/news/2017/01/new-study-shows-that-average-salt-intake-in-uzbekistan-is-3-times-higher-than-who-recommendation>, accessed 22 November 2017).
19. Sune Rubak. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis: *Br J Gen Pract*. 2005 Apr 1; 55(513): 305–312. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>, accessed 22 November 2017).
20. Pryke R, Jewell J, Breda J. Poster presentation EASO 2016 conference June Gothenburg, Learning from WHO Primary Care Obesity Workshop development.
21. Zeidi IM, Hajiagha AP (2013) Effect of Motivational Interviewing on Eating Habits and Weight Losing among Obese and Overweight Women. *J Obes Weight Loss Ther* 3:172. doi:10.4172/2165-7904.1000172.
22. NICE Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people. Public health guideline [PH47] October 2013 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ph47>, accessed 22 November 2017).
23. Developing a specification for lifestyle weight management services. Best practice guidance for tier 2 services. Department of Health UK, March 2013 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142723/Weight_Management_Service_Spec_FINAL_with_IRB.pdf, accessed 22 November 2017).
24. Welbourn R, Hopkins J, Dixon J, Finer N, Hughes C, Viner R, Wass J, on behalf of the Guidance Development Group. Commissioning guidance for weight assessment and management in adults and children with severe complex obesity. *Obesity Reviews*. Accepted 27 July 2017 doi: 10.1111/obr.12601. ■