

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Препятствия, благоприятствующие факторы и возможности для предупреждения ожирения у детей в 12 государствах-членах Европейского союза: результаты опроса лиц, формирующих политику

Karim Abu-Omar¹, Sven Messing¹, Eszter Sarkadi-Nagy², Viktória A. Kovács², Csilla Kaposvari², Katarzyna Brukała³, Maria Hassapidou⁴, Dilani Janssen⁵, Petru Sandu⁶, Ernestine Tecklenburg⁷ от имени консорциума JANPA

¹ Университет имени Фридриха-Александра, Эрланген-Нюрнберг, кафедра спортивных наук и спорта, Эрланген, Германия

² Национальный институт фармации и питания, Будапешт, Венгрия

³ Силезский медицинский университет, Катовице, Польша

⁴ Технологический институт имени Александра Великого, Салоники, Греция

⁵ Федеральное министерство продовольствия и сельского хозяйства, Бонн, Германия

⁶ Университет Бабеш-Бойяи, Клуж-Напока, Румыния

⁷ Немецкое общество питания, Бонн, Германия

Автор, отвечающий за переписку: Karim Abu-Omar (адрес электронной почты: karim.abu-omar@fau.de)

АННОТАЦИЯ

Исходные сведения. На международном уровне все чаще раздаются призывы к выработке политики и стратегий по борьбе с ожирением у детей. С точки зрения социологии процесс выработки и реализации таких стратегий понимается недостаточно. В частности, очень мало международных данных, характеризующих субъективные восприятия лиц, формирующих политику, и заинтересованных партнеров, действующих в области профилактики ожирения у детей.

Методика. Был проведен опрос в режиме реального времени 187 лиц, формирующих политику, и заинтересованных партнеров из различных секторов политики в 12 государствах-членах Европейского союза (ЕС). В ходе опроса оценивалось субъективное восприятие респондентами существующих благоприятствующих факторов и препятствий для предупреждения ожирения у детей. Также для картирования имеющихся возможностей профилактики детского ожирения в таких аспектах, как цели, обязательства, ресурсы и благоприятные перспективы, была использована теоретическая модель «Анализ факторов, определяющих реальный эффект политики» (модель ADEPT). Сбор данных проводился в рамках проекта «Совместные действия в области питания и физической активности» (JANPA), финансируемого Программой здравоохранения ЕС на 2014–2020 гг.

Результаты. По мнению лиц, формирующих политику в различных областях, таких как здравоохранение, образование, питание и спорт, важными факторами, способствующими предупреждению ожирения у детей, являются средовые условия, благоприятные для физической активности, и поддержка со стороны родителей. Наиболее серьезными препятствиями были признаны коммерческий маркетинг пищевых продуктов и недостаточное финансирование. Относительно возможностей лица, формирующие политику, указали, что их организации считают своим долгом принимать меры для решения этой проблемы и видят перспективы для активизации своей деятельности в будущем. В то же время подавляющее большинство респондентов отметили, что для осуществления мер по предупреждению ожирения у детей их организациям не хватает кадров и финансовых ресурсов.

Выводы. Результаты опроса показывают, с какими трудностями связаны выработка и реализация стратегий по предупреждению ожирения у детей. Лица, формирующие политику, и заинтересованные партнеры отметили, что организации готовы и желают действовать, но им не хватает для этого ресурсов. Полученные результаты имеют практическое значение для формирования секторальных и межсекторальных стратегий по решению данной проблемы.

Ключевые слова: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ОЖИРЕНИЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ПИТАНИЕ, ЛИЦО, ФОРМИРУЮЩЕЕ ПОЛИТИКУ

ВВЕДЕНИЕ

С точки зрения политологии предупреждение ожирения у детей можно охарактеризовать как «трудноразрешимую» проблему общества и «хроническую» проблему политики. Применяя критерии, предложенные в работе Rittel & Webber (1), можно сказать, что ожирение у детей является трудноразрешимой проблемой потому, что ее причине (или причинам) нельзя дать какое-то одно объяснение, немедленные решения сразу не просматриваются, а все имеющиеся потенциальные решения все равно оставляют желать лучшего. Хронические проблемы политики описываются в работе Peters (2) как имеющие, среди прочих критериев, высокий уровень сложности – требующий принятия мер более чем в одной области политики – и низкий уровень «монетаризации» (имеется в виду, что одними деньгами проблему не решить).

Несмотря на такие довольно невеселые перспективы, выработке и реализации стратегий по предупреждению ожирения у детей во всем мире придана высокая степень приоритетности. ВОЗ просит государства-члены при принятии мер по профилактике детского ожирения придерживаться принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики, который распространяется на секторы политики (такие как здравоохранение, питание, спорт/физическая активность и образование) и на географические уровни (например, наднациональный, национальный или местный) и предполагает ведение постоянного мониторинга (3). В Европе Европейская комиссия утвердила План действий ЕС по борьбе с ожирением у детей на период 2014–2020 гг., который требует взаимодействия между различными секторами политики и на всех уровнях политики в реализации мер по борьбе с этой проблемой (4). Предложенные в Плане меры включают особые усилия по изменению пищевой среды в школах и поощрению физической активности.

Успех подобных инициатив в первую очередь зависит от возможностей организаций и учреждений вырабатывать, осуществлять и оценивать практические меры. Например, стратегические решения, принимаемые на федеральном или региональном уровне, могут требовать от организаций осуществления мер по борьбе с ожирением у детей. Их возможности выполнить все, что для этого необходимо, включают способность осуществлять такие меры с использованием требуемых структур, организационных мероприятий, кадров и ресурсов; способность делать все это на постоянной основе и способность выявлять и решать возникающие проблемы независимо от поддержки со

стороны других организаций (5). Помимо этих внутриорганизационных возможностей, повысить или ограничить способность организаций и учреждений вырабатывать, осуществлять и оценивать практические меры могут факторы внешней среды, такие как партнерства или политическая ситуация. Такие факторы внешней среды могут либо облегчать, либо затруднять практические действия (6).

Вопрос о том, как лица, формирующие политику, воспринимают благоприятствующие факторы и препятствия для предупреждения ожирения у детей, изучался в целом ряде исследований. С помощью качественных интервью Dodson et al. (7) установили, что для лиц, формирующих политику в Соединенных Штатах Америки, важными внешними факторами, облегчающими принятие необходимого законодательства, являются благоприятный политический климат, освещение проблемы в СМИ и поддержка от ключевых заинтересованных сторон. Данное исследование показало, что главными препятствиями для выработки политики являются большие затраты на реализацию программ и лоббирование со стороны компаний, выпускающих пищевые продукты и напитки. Также на примере США Jones et al. (8) продемонстрировали, что лица, формирующие политику на уровне штата, придерживаются разных мнений относительно роли, которую играет законодательство в предупреждении ожирения у детей. В этой группе респондентов не все были согласны с тем, что подходы, связанные с принятием той или иной политики, могут влиять на показатели распространенности ожирения. Сравнительно недавно Rutkow et al. (9) показали, что факторами, мешающими организациям сосредоточить усилия на профилактике детского ожирения, считаются недостаток финансовых ресурсов и ведомственные барьеры, а Clarke et al. (10) в обзоре качественных исследований выделили отсутствие достаточных средств и государственной координации/государственного регулирования как важные барьеры, о которых говорили заинтересованные партнеры.

Что касается возможностей для предупреждения ожирения у детей, в одном из исследований в Австралии было отмечено, что специалисты, работающие в области здорового питания, считают, что их способность предоставлять адекватные услуги ограничивают недостаток кадров и финансовых ресурсов и проблемы организации и управления (11). Как было показано в работе Loureiro & Freudenberg (12), одним из важных факторов, определяющих возможности на уровне местных сообществ, является наличие сетей сотрудничества на межсекторальном уровне.

Насколько известно авторам, лишь в незначительном числе исследований изучался вопрос о том, как потенциальные благоприятствующие факторы, препятствия и возможности для предупреждения ожирения у детей воспринимаются лицами, формирующими политику, и заинтересованными партнерами на международном уровне. В исследовании, выполненном авторами, была использована теоретическая модель, позволяющая картировать возможности в таких аспектах, как цели, обязательства, ресурсы и благоприятные перспективы у организаций и в секторах политики в этой сфере (13). Данные собирались посредством онлайн-опроса лиц, формирующих политику, выбранных путем целевого формирования выборки в рамках проекта «Совместные действия в области питания и физической активности» (JANPA), который финансировался Программой здравоохранения ЕС на 2014–2020 гг. В частности, результаты позволяют изучить субъективно воспринимаемые препятствия, благоприятствующие факторы и возможности на разных географических уровнях и в различных секторах политики.

МЕТОДИКА

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Модель ADEPT («Анализ факторов, определяющих реальный эффект политики»), предназначенная для картирования субъективного восприятия среди лиц, формирующих политику, имеющих возможности предупреждения ожирения у детей, была выведена из теории фон Райта [von Wright] (14) о детерминантах человеческих действий. Согласно этой теории, важными детерминантами действий человека служат желания, обязанности, способности и благоприятные возможности.

Эта теория была адаптирована в одном эмпирическом исследовании к изучению детерминант действий организации, а затем детерминант промежуточных и конечных результатов политики (15). Согласно этой модели, промежуточные и конечные результаты политики определяются целями, обязательствами, ресурсами и благоприятными перспективами, имеющимися у организации. Например, организация может предпринимать действия в поддержку здорового питания, если у нее есть ясно сформулированные целевые ориентиры для таких действий (цели), есть кадры и бюджет для осуществления такой деятельности (ресурсы), если она обязана осуществлять такую деятельность в соответствии с постановлениями

правительства (обязательства) и имеет партнеров и пользуется в этой деятельности общественной поддержкой (благоприятные перспективы). Способность содействовать здоровому питанию может привести к промежуточному результату (например, проведению кампании по повышению осведомленности) или даже к конечному результату, который можно связать с принятой политикой (например, проведенная кампания изменяет знания людей о том, что составляет здоровый рацион питания).

В ходе эмпирического исследования Rütten et al. (15) провели статистическую проверку модели на основе опроса 719 лиц, формирующих политику, в шести европейских странах. Результаты показали, что с промежуточным результатом политики связаны глубокое осознание обязательств по охране здоровья населения и субъективно воспринимаемое наличие у организации возможностей сотрудничества. Конечный результат (или реальный эффект) политики связан с наличием у организаций конкретных целей, достаточных ресурсов и субъективно воспринимаемых перспектив получения поддержки со стороны населения и СМИ. В то же время модель также была использована для картирования возможностей у лиц, формирующих политику, оказывать содействие физической активности среди людей пожилого возраста, ведущих малоподвижный образ жизни (15, 16). Более подробное описание модели можно найти в работе Rütten et al. (13).

ОПРОС

Проведенный в режиме реального времени опрос состоял из 19 утверждений, касающихся субъективного восприятия благоприятствующих факторов и препятствий для предупреждения ожирения у детей в странах респондентов. Эти утверждения были сформулированы на рабочем совещании экспертов, принимавших участие в проекте, частично на основании результатов других исследований. Некоторые из них были сформулированы экспертами для того, чтобы представить на рассмотрение респондентов широкий диапазон потенциальных препятствий и благоприятствующих факторов. Респондентам было предложено оценить степень своего согласия с различными утверждениями по пятибалльной шкале Ликерта – от 1 (решительно не согласен) до 5 (решительно согласен). Девять утверждений позволяли оценить факторы, потенциально благоприятствующие предупреждению ожирения у детей (например, «поддержка родителями мер по содействию здоровому питанию и физической активности в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей»), а в десяти

утверждениях назывались потенциальные препятствия (например, «отсутствие средовых условий, благоприятных для физической активности, в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей»).

В соответствии с разными аспектами в модели ADEPT, факторы, определяющие действия организации, оценивались с помощью пяти утверждений (например, «у моей организации есть конкретные цели в отношении предупреждения ожирения у детей»), с которыми респондентам также необходимо было согласиться или не согласиться, используя пятибалльную шкалу Ликерта. Относительно ресурсов организации одно утверждение касалось субъективно воспринимаемой ситуации с наличием финансовых ресурсов, а одно – с наличием кадровых ресурсов. В самом начале опроса респонденты сообщили сведения о своем секторе политики и географическом уровне своей работы. Вопросник был составлен на английском языке. Исследователи, занятые в проекте, перевели его на разные языки, чтобы повысить уровень соблюдения условий и процент ответов.

МАТРИЦА ФОРМИРОВАНИЯ ВЫБОРКИ

Для того чтобы контакты были установлены с лицами, формирующими политику, и заинтересованными партнерами из разных секторов политики (здравоохранение, питание, спорт/физическая активность и образование) и на разных географических уровнях (наднациональном, национальном или местном), была разработана матрица формирования выборки. Лица, формирующие политику, были определены как сотрудники государственных исполнительных органов, члены законодательных органов или сотрудники других организаций, которые отвечают за разработку и принятие новых правил или законов. Заинтересованные партнеры были определены как лица, работающие в организациях, которые участвуют в процессах принятия политических решений. В число секторов политики, включенных в матрицу формирования выборки, вошли спорт/физическая активность, питание, здравоохранение и образование – они были выбраны из-за их очевидно высокой значимости для предупреждения ожирения у детей.

Благодаря матрице формирования выборки также можно было отправлять ссылки в интернете респондентам из секторов СМИ, промышленности и науки. Занятых в проекте исследователей в разных странах попросили связаться с респондентами из каждого сектора, которые участвовали в реализации мероприятий на уровне ЕС,

своей страны, на наднациональном или местном уровне. Исследователи должны были привлечь как минимум одного респондента из каждой ячейки матрицы формирования выборки. Идентификация лиц, формирующих политику, и заинтересованных партнеров проводилась путем экспертной оценки или методом «снежного кома».

СБОР И АНАЛИЗ ДАННЫХ

Данные собирались в странах, которые участвовали именно в этом блоке работ в рамках проекта JANPA. Опрос в режиме реального времени проводился силами университета одного партнера по исследованию. Занятые в проекте исследователи получили стандартные методические рекомендации о том, как устанавливать контакты и вести последующую работу с лицами, формирующими политику, и заинтересованными партнерами. Было составлено стандартное сопроводительное электронное сообщение на английском языке, которое было переведено всеми партнерами по исследованию на их родные языки. Сбор данных проводился в мае-июне 2016 г. на протяжении пяти недель, для чего респондентам по электронной почте была направлена соответствующая ссылка в интернете. Респонденты были уведомлены о том, что участие в опросе добровольное и что их имена и фамилии раскрываться не будут. Для повышения процента ответивших все партнеры по исследованию каждую неделю получали последнюю информацию о числе заполненных вопросников и должны были посылать по электронной почте или по телефону напоминания тем участникам опроса, которые на тот момент еще не прислали своих ответов.

Анализ носит описательный характер: в нем сообщается о средних значениях и о проценте респондентов, которые были согласны/не согласны с тем или иным утверждением, что вполне соответствует разведочному характеру исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было заполнено 187 вопросников. В одних странах процент ответивших был довольно высок (например, в Германии порядка 70%), в то время как в других он оказался ниже. Организации, в которых работали респонденты, были расположены в 12 государствах-членах ЕС, а три организации охарактеризовали себя как учреждения, действующие на уровне ЕС. Между странами были большие различия в числе респондентов: от четырех в Болгарии до 29 в Словакии. Большинство организаций

действовали на национальном уровне (61,5%); недостаточно представлены были организации, действующие на наднациональном уровне (19,3%), на уровне ЕС и на местном уровне (по 9,6%).

Многие респонденты сообщили, что их организация действует не в одном, а в нескольких секторах политики. Почти две трети респондентов указали, что их организация входит в сектор здравоохранения (64,7%); в секторе образования было 54,5% организаций, в секторе питания – 42,8%, в секторе спорта и физической активности – 31,0%. Что касается разных этапов цикла политики, организации главным образом были заняты выработкой новых направлений и стратегий (40,6%), оказанием влияния на процесс принятия решений (50,8%) и реализацией стратегий (44,4%) по предупреждению ожирения у детей (см. табл. 1). Респонденты в основном работали в министерствах (12,3%) или институтах общественного здравоохранения, не входящих в структуру министерств (25,1%).

Лица, формирующие политику, и заинтересованные партнеры считали главными внешними благоприятствующими факторами для предупреждения ожирения у детей наличие средовых условий, благоприятных для физической активности (67,3%), поддержку родителями мер по содействию здоровому питанию и физической активности (66,5%) и ограниченный маркетинг в школьной среде (61,5%) (см. табл. 2).

Как самые большие препятствия для предупреждения ожирения у детей воспринимались коммерческий маркетинг пищевых продуктов (68,7%), недостаток государственного финансирования и ресурсов (67,9%) и отсутствие поддержки со стороны родителей (67,6%) (см. табл. 3).

Большинство лиц, формирующих политику, сообщили, что у их организаций есть конкретные цели в отношении предупреждения ожирения у детей (59,6%), организации считают себя обязанными принимать меры по решению этой проблемы (75,4%) и видят благоприятные перспективы для активизации своих усилий (64,6%). Однако лишь немногие респонденты указали, что у их организаций достаточно кадровых ресурсов (21,0%) и финансовых ресурсов (9,4%) (см. рис. 1).

Лица, формирующие политику, в организациях, действующих на местном уровне, реже сообщали о том, что у них есть цели в отношении предупреждения ожирения у детей (35,5%), по сравнению с другими географическими

ТАБЛИЦА 1. СВЕДЕНИЯ О РЕСПОНДЕНТАХ – ЛИЦАХ, ФОРМИРУЮЩИХ ПОЛИТИКУ, И ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ПАРТНЕРАХ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ (n=187)

Категория	Число респондентов	Процент (%)
Место нахождения		
ЕС	3	1,6
Болгария	4	2,1
Венгрия	15	8,0
Германия	24	12,8
Греция	23	12,3
Испания	16	8,6
Италия	17	9,1
Латвия	10	5,3
Польша	11	5,9
Румыния	12	6,4
Словакия	29	15,5
Словения	12	6,4
Эстония	10	5,3
Другие	1	0,7
Уровень политики		
ЕС	18	9,6
Национальный	115	61,5
Наднациональный	36	19,3
Местный	18	9,6
Сектор политики (возможны несколько вариантов ответа)		
Здравоохранение	121	64,7
Образование	102	54,5
Питание	80	42,8
Спорт и физическая активность	58	31,0
Другое	25	13,4
Участие в этапах цикла политики (возможны несколько вариантов ответа)		
Выработка новых стратегий (направлений политики)	76	40,6
Принятие решений	24	12,8
Влияние на принятие решений	95	50,8
Реализация стратегий	83	44,4
Оценка стратегий	55	29,4
В формировании политики не участвует	26	13,9
Другое	25	13,4

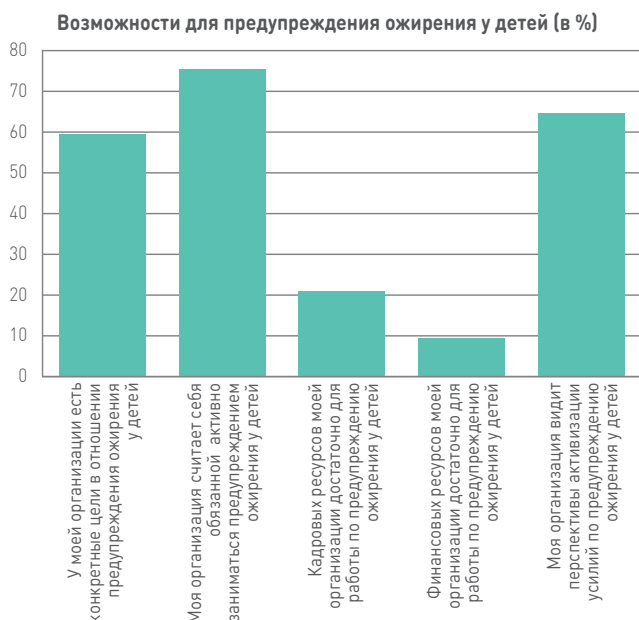
ТАБЛИЦА 2. СУБЪЕКТИВНО ВОСПРИНИМАЕМЫЕ БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ (ВОЗМОЖНЫ НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА) (n=187)

Благоприятствующие факторы	Частота ответов (n)	Процент респондентов, которые были решительно согласны/согласны (%)
Средовые условия, благоприятные для физической активности, в моей стране являются фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	115	67,3
Поддержка родителями мер по содействию здоровому питанию и физической активности в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	115	66,5
Ограниченный маркетинг в школьной среде в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	104	61,5
Наличие и доступность выбора здоровых пищевых продуктов в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	105	61,4
Мотивация/поддержка педагогов и школьного персонала в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	105	60,7
Наличие достаточного финансирования и достаточных ресурсов в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	96	55,5
Государственное регулирование и руководство в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	89	51,8
Субсидирование здоровых пищевых продуктов в моей стране является фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей.	79	47,6

ТАБЛИЦА 3. СУБЪЕКТИВНО ВОСПРИНИМАЕМЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ (ВОЗМОЖНЫ НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА) (n=187)

Препятствия	Частота ответов	Процент респондентов, которые были решительно согласны/согласны (%)
Коммерческий маркетинг пищевых продуктов в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	114	68,7
Недостаток государственного финансирования и ресурсов в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	118	67,9
Отсутствие поддержки родителями мер по содействию здоровому питанию и физической активности в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	119	67,6
Недостаточное понимание проблемы ожирения у детей и отсутствие согласия в обществе/среди населения с тем, что это проблема общественного здравоохранения, является препятствием для предупреждения ожирения у детей в моей стране.	116	66,3
Отсутствие средовых условий, благоприятных для физической активности, в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	112	64,4
Высокая относительная стоимость «здоровых пищевых продуктов» по сравнению со стоимостью «нездоровых продуктов» в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	99	58,9
Недостаточная мотивация и отсутствие поддержки педагогов и школьного персонала в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	97	55,1
Отсутствие государственного регулирования и руководства в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	92	52,3
Отсутствие выбора здоровых пищевых продуктов в моей стране является препятствием для предупреждения ожирения у детей.	89	50,6

РИСУНОК 1. ПРОЦЕНТ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ БЫЛИ РЕШИТЕЛЬНО СОГЛАСНЫ/СОГЛАСНЫ С СУБЪЕКТИВНО ВОСПРИНИМАЕМЫМИ ЦЕЛЯМИ, ОБЯЗАТЕЛЬСТВАМИ, РЕСУРСАМИ И БЛАГОПРИЯТНЫМИ ПЕРСПЕКТИВАМИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ (n = 187)



уровнями (например, 60,5% на национальном и 69,4% на наднациональном уровне). Наличие достаточных финансовых ресурсов для ведения работы по предупреждению ожирения у детей отмечалось респондентами из организаций, действующих на местном или национальном уровне, реже (5,9%), чем респондентами из организаций на уровне ЕС (25%). Относительно субъективно воспринимаемых возможностей у лиц, формирующих политику, каких-либо существенных различий в зависимости от сектора политики отмечено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

ИТОГИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании были приведены результаты опроса лиц, формирующих политику, и заинтересованных партнеров из разных секторов политики и разных географических уровней, который должен был выяснить их мнения относительно благоприятствующих факторов, препятствий и возможностей для предупреждения ожирения у детей в 12 государствах-членах ЕС. Чаще всего в различных секторах политики фактором, благоприятствующим предупреждению ожирения у детей, считалось

наличие средовых условий, благоприятных для физической активности. Также лица, формирующие политику, и заинтересованные партнеры воспринимали в качестве благоприятствующих факторов получение поддержки от родителей и введение ограничений на коммерческий маркетинг пищевых продуктов в школьных учреждениях. Как препятствия воспринимались отсутствие поддержки со стороны родителей и коммерческий маркетинг пищевых продуктов в целом.

Данные о субъективном восприятии респондентами благоприятствующих факторов и препятствий в значительной мере совпали с результатами других исследований. Например, в своем систематизированном обзоре Clarke et al. (10) отмечали, что родители, педагоги и учащиеся считают школьную среду, благоприятную для физической активности, важным фактором укрепления здоровья в школах. В этом же обзоре была отмечена важность партнерства с родителями как одного из факторов, благоприятствующих деятельности по поощрению здорового питания и физической активности, а еще в одном исследовании сообщалось о том, что заинтересованные партнеры считают поддержку со стороны родителей важной для процесса выработки политики по борьбе с ожирением у детей (7).

Очень полезной для лучшего понимания проблемы оказалась оценка возможностей организаций с помощью модели ADEPT (15). Лица, формирующие политику, ощущали нехватку финансовых и кадровых ресурсов в своих организациях для деятельности по предупреждению ожирения у детей: только один из пяти респондентов полагал, что у организации есть достаточно кадровых ресурсов, и только один из десяти считал, что у нее имеется достаточно финансовых ресурсов. В особенности нехватку ресурсов отмечали лица, формирующие политику в организациях, действующих на местном уровне. Согласно данным, полученным благодаря модели ADEPT, это серьезно ограничивает достижение положительных конечных результатов политики. Гораздо больше оптимизма у лиц, формирующих политику, было по поводу их возможностей, касающихся целей, обязательств и благоприятных перспектив в своих организациях: в этом отношении больших различий между разными секторами политики выявлено не было.

Как и это исследование, другие опросы заинтересованных партнеров показали озабоченность по поводу нехватки финансовых и кадровых ресурсов для предупреждения ожирения у детей в школах (10), среди администраторов

здравоохранения и специалистов-практиков (11) и среди должностных лиц в органах местного самоуправления (17). Также было отмечено, что на национальном уровне препятствием для принятия законодательства являются потенциально высокие издержки, связанные с программами по предупреждению ожирения у детей в школах и в местных сообществах (7). Эти результаты, возможно, и не вызывают удивления, но оспаривать связанные с ними последствия для предупреждения ожирения у детей трудно, поскольку наличие финансовых и кадровых ресурсов – это важный фактор широкого распространения программ по предупреждению ожирения (18). Отсутствие финансовых ресурсов может привести к тому, что организации не смогут нанять на работу сотрудников для реализации намечаемых мер, и, таким образом, оно может усугубить общую нехватку возможностей. Однако поставленные в ходе исследования вопросы не предусматривали непосредственного изучения таких потенциальных связей между отсутствием финансовых ресурсов и нехваткой кадровых ресурсов.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ПОЛИТИКИ

В ходе опроса лица, формирующие политику, отмечали, что важными благоприятствующими факторами для предупреждения ожирения у детей они считают формирование средовых условий, благоприятных для физической активности, и введение ограничений на коммерческий маркетинг пищевых продуктов. С точки зрения социологии, и то, и другое создает для лиц, формирующих политику, уникальные – и отчасти дублирующие друг друга – «трудноразрешимые» проблемы (1). В других исследованиях было показано, что инфраструктурные изменения и содействие развитию активных способов передвижения рассматриваются лицами, формирующими политику, как действенные меры в борьбе с ожирением у детей (19), но одновременно было показано, что содействие физической активности само по себе является «хронической» проблемой политики. Отчасти это объясняется взаимозависимостью между различными секторами в деле формирования средовых условий, благоприятных для физической активности (20), которая требует от сектора здравоохранения сотрудничать с сектором образования (он отвечает за школьную среду) и с секторами транспорта и городского планирования (они отвечают за инфраструктуру на уровне местных сообществ). Наладить такое межсекторальное сотрудничество может быть сложно, так как у секторов может не быть общих целей политики (17). Кроме того, может потребоваться решение вопроса о том,

какой сектор должен финансировать возможные мероприятия, поскольку считается, что первоначальные инвестиции в инфраструктуру для физической активности требуют больших денег, хотя в долгосрочной перспективе оказываются вполне оправданными с точки зрения соотношения затрат и результатов (21). Grant et al. (22) также установили, помимо прочего, что, когда лица, формирующие политику, обсуждают инвестиции в искусственную среду, они видят возможные финансовые и организационно-административные препятствия. К тому же, помимо этих проблем стратегического руководства, никто не может гарантировать, что родители будут поддерживать меры, направленные, например, на содействие активным способам передвижения в школу, поскольку могут возникнуть споры по вопросам безопасности. В свете этих потенциальных проблем становится понятно, что заинтересованные стороны для содействия физической активности среди детей могут скорее поддержать введение обязательных ежедневных уроков физкультуры (23) или внесение других изменений в школьную программу (24).

Различные опросы среди заинтересованных партнеров продемонстрировали сложность вопроса о коммерческом маркетинге пищевых продуктов. В одном исследовании, проведенном на местном уровне, родители, педагоги и учащиеся воспринимали недостаточное государственное регулирование как препятствие для предупреждения ожирения у детей (10), но в этом же исследовании также было отмечено, что ограничения маркетинга, которые могли бы предусматривать определенные нормы и правила в отношении подаваемых в школе (или приносимых в школу учащимися) пищевых продуктов, могут вызвать решительные возражения со стороны родителей. Такие ограничения также чрезвычайно непопулярны в пищевой промышленности и могут натолкнуться на жесткое противодействие со стороны ее лоббистов (7).

Таким образом, вряд ли следует удивляться тому, что специалисты-практики и лица, формирующие политику, считают эффект от запрета на рекламу нездоровых пищевых продуктов в школах и на пришкольных территориях весьма высоким, но оценивают осуществимость такой стратегии как довольно низкую (25). Raine et al. (23) также сообщают, что лица, формирующие политику, высказывают лишь умеренную поддержку ограничений на продажу подслащенных сахаром напитков и других нездоровых пищевых продуктов из торговых автоматов в школах. Законодательство подобного рода уже действует во многих странах ЕС (например, в Венгрии, Латвии и Франции).

Если говорить о мерах на международном уровне, результаты данного опроса могут свидетельствовать о том, что для обеспечения деятельности по предупреждению ожирения у детей дополнительными финансовыми и кадровыми ресурсами необходимо прилагать больше политических усилий. Для этого, вероятно, нужно будет всячески подчеркивать выгоды инвестирования в профилактику ожирения у детей. При нынешней нехватке ресурсов может возникнуть необходимость сосредоточиться на разработке и расширении масштабов недорогих мер вмешательства, эффективность которых доказана практикой.

НЕДОСТАТКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Авторы исследования признают, что представленные в нем данные имеют разведочный характер. Модель ADEPT, из которой были взяты утверждения, применялась в целом ряде исследований (15), но те утверждения, которые были использованы в данном опросе, были выбраны партнерами по проекту и на достоверность не проверялись. Также в некоторых случаях, возможно, было бы полезно задать респондентам дополнительные вопросы без предлагаемых вариантов ответа. В целом вопросники, предназначенные для оценки субъективного восприятия возможностей, могут иметь низкую степень валидности, поскольку они оценивают всего лишь субъективные восприятия, а не действительно имеющиеся возможности. При анализе данных результатам не присваивался статистический вес в зависимости от страны или сектора или уровня политики, и поэтому в них мог присутствовать перекос в сторону стран, где было больше респондентов из числа лиц, формирующих политику. Тем не менее, несмотря на эти недостатки, данные дают ценную возможность лучше понять суть изучаемой проблемы. А опросов, в которых собирались бы данные по этой проблеме в нескольких странах, относительно немного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные результаты могли бы использоваться при обсуждении будущих стратегий по предупреждению ожирения у детей. В работе Crisp et al. (26) обозначены некоторые подходы, которые организации могли бы применить для преодоления недостатка возможностей. Однако трудности межсекторального взаимодействия, возникающие при выработке политики по вопросу предупреждения ожирения, могут сохраняться и представлять собой серьезную проблему, которую придется решать в будущем.

Источники финансирования: исследование проводилось в рамках проекта JANPA (договор о предоставлении гранта № 677063), который финансировался Программой здравоохранения ЕС на 2014–2020 гг.

Конфликт интересов: не заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Rittel HW, Weber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155–69.
2. Peters GB. The problem of policy problems. *J Comp Policy Anal.* 2005;7(4):349–70.
3. Population-based approaches to childhood obesity prevention. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/approaches/en/>).
4. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf).
5. Hawe P, Noort M, King L, Jordens C. Multiplying health gains: the critical role of capacity building within health promotion programs. *Health Policy.* 1997;39(1):29–42.
6. Robinson KL, Driedger MS, Elliott SJ, Eyles J. Understanding facilitators to and barriers to health promotion practice. *Health Promot Pract.* 2006;7(4):467–76.
7. Dodson EA, Fleming C, Boehmer TK, Haire-Joshu D, Luke DA, Brownson RC. Preventing childhood obesity through state policy: qualitative assessment of enablers and barriers. *J Public Health Policy.* 2009;30 Suppl 1:S161–76.
8. Jones E, Eyley AA, Nguyen L, Kong J, Brownson RC, Bailey JH. It's all in the lens: differences in views on obesity prevention between advocates and policy makers. *Child Obes.* 2012;8(3):243–50.
9. Rutkow L, Walters HJ, O'Hara M, Bleich SN, Jones-Smith J. What motivates stakeholder groups to focus on childhood obesity prevention policies? *J Child Obes.* 2016;1(2):7.
10. Clarke J, Fletcher B, Lancashire E, Pallan M, Adab P. The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: a qualitative systematic review. *Obes Rev.* 2013;14(12):975–88.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 7 августа 2018 г.

11. Begley A, Pollard CM. Workforce capacity to address obesity: a Western Australian cross-sectional study identifies the gap between health priority and human resources needed. *BMC Public Health*. 2016;16(881):1–11.
12. Loureiro MIG, Freudenberg N. Engaging municipalities in community capacity building for childhood obesity control in urban settings. *Fam Pract*. 2012;29:i24–30.
13. Rütten A, Gelius P, Abu-Omar K. Policy development and implementation in health promotion – from theory to practice: the ADEPT model. *Health Promot Int*. 2010;26(3):322–9.
14. von Wright GH. Determinism and the study of man. In: Manninen J and Tuomela R, editors. *Essays on explanation and understanding*. Dordrecht: Reidel; 1976:415–35.
15. Rütten A, Lüschen G, von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Rodríguez Diaz JA, Vinck J et al. Determinants of health promotion policy implementation: comparative results of a European policymaker study. *Soz Präventivmed*. 2003;48(6):379–91.
16. Rütten A, Abu-Omar K, Gelius P, Dinan-Young S, Frändin K, Hopman-Rock M et al. Policy assessment and policy development for physical activity promotion: results of an exploratory intervention study in 15 European Nations. *Health Res Policy Syst*. 2012;10:14.
17. Hendriks AM, Kremers SPJ, Gubbels JS, Raat H, de Vries NK, Jansen MW. Towards health in all policies for childhood obesity prevention. *J Obesity*. 2013; 2013:632540.
18. Dreisinger ML, Boland EM, Filler CD, Baker EA, Hessel AS, Brownson RC. Contextual factors influencing readiness for dissemination of obesity prevention programs and policies. *Health Educ Res*. 2011;27(2):292–306.
19. Cleland V, McNeilly B, Crawford D, Ball K. Obesity prevention programs and policies: practitioner and policy-maker perceptions of feasibility and effectiveness. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(9):E448–55.
20. Rütten A, Abu-Omar K, Gelius P, Schow D. Physical inactivity as a policy problem: applying a concept from policy analysis to a public health issue. *Health Res Policy Syst*. 2013;11(1):9.
21. Laine J, Kuvaja-Köllner V, Pietilä E, Koivuneva M, Valtonen H, Kankaanpää E. Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: a systematic review. *American Journal of Health Promotion* 2014;29(2):71–80.
22. Grant JL, MacKay KC, Manuel PM, McHugh TL. Barriers to optimizing investments in the built environment to reduce youth obesity: Policy-maker perspectives. *Canadian Journal of Public Health* 2010;101(3):237–40.
23. Raine KD, Nykiforuk CIJ, Vu-Nguyen K, Nieuwendyk LM, VanSpronsen E, Reed S et al. Understanding key influencers' attitudes and beliefs about healthy public policy change for obesity prevention. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(11):2426–33.
24. Milestone E, Lobstein T. The PorGrow project: overall cross-national results, comparisons and implications. *Obes Rev*. 2007;8(Suppl 2):29–36.
25. Brescoll VL, Kersh R, Brownell KD. Assessing the feasibility and impact of federal childhood obesity policies. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 2008;615(1):178–94.
26. Crisp BR, Swerissen H, Duckett SJ. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Promot Int*. 2000;15(2):99–107. ■