

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Сформированная под влиянием РКБТ политика по борьбе против табака обратила вспять тенденции начала курения в Европе

Андреева Т. И.¹

¹ Независимый исследователь, Киев, Украина

Автор, отвечающий за переписку: Татьяна Ильинична Андреева (адрес электронной почты: tatianandreeva@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Цели. Меры, направленные на борьбу против табака, снижают бремя вызванных табаком смертей и болезней, способствуя отказу от курения или препятствуя его началу. Проанализированы изменения вероятности начала ежедневного курения до и после вступления в силу Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ).

Методы. Проанализированы данные Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Греции, Казахстане, Польше, Российской Федерации, Румынии, Турции и Украине. Доля респондентов, начавших ежедневно курить до 20 лет, проанализирована с учетом года рождения и пола.

Результаты. Среди мужчин в Греции, Российской Федерации и Украине доля начавших курить ежедневно до 20 лет увеличивалась вплоть

до 2000 г., достигнув 65–70%, в Казахстане – 40%. В Польше, Румынии и Турции пик наступил ранее, достигнув уровня 50–55%. Среди женщин возрастание доли начавших курить ежедневно до 20 лет в период с 1950 по 1990-е гг. было более резким, чем среди мужчин, и началось в первую очередь в Польше, а затем последовательно в Греции, Румынии, Турции, Российской Федерации, Украине и Казахстане. Эта тенденция была обращена вспять уже в начале 2000-х гг. в Казахстане, Румынии, Турции и Украине, после того как эти страны начали осуществление политики РКБТ. Однако в Греции и Российской Федерации, где реализация политики РКБТ началась позднее, рост показателя среди женщин продолжал наблюдаться и после 2000 г.

Выводы. В тех странах, где были приняты меры по борьбе против табака, удалось обратить вспять восходящие тенденции начала курения.

Ключевые слова: НАЧАЛО КУРЕНИЯ, РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, ГЛОБАЛЬНЫЙ ОПРОС ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА

ВВЕДЕНИЕ

Меры по борьбе против табака направлены на сокращение бремени смертей и болезней, связанных с употреблением табака, посредством как отказа от употребления табака, так и предупреждения начала курения. В рамках эпиднадзора начало курения обычно фиксируется как распространенность среди подростков курения когда-либо в жизни и в течение последнего месяца, а также как средний возраст начала курения. Поскольку курение среди подростков и курение среди взрослых обычно измеряют с использованием разных шкал, переход от оценок подросткового экспериментирования к оценкам ежедневного курения среди взрослых не всегда легко отследить.

Изучая изменения употребления табака в Украине, мы обратили внимание на то, что основным эффектом воздействия мер по борьбе против табака было сокращение уровня курения среди молодежи (1–3). Сопоставление данных двух глобальных опросов взрослого населения о потреблении табака (GATS) (4, 5) показало, что снижение распространенности курения было более существенным среди людей более молодого возраста, нежели среди старшего населения. Подобным образом, в Нью-Йорке результаты политики, предпринимаемой с 2002 г. в рамках борьбы против табака, свидетельствуют о более существенном сокращении распространенности курения среди молодежи (на 52%), чем среди взрослого населения в целом (на 28%) (6).

Научных исследований, посвященных вопросу начала курения, не слишком много. Freedman и соавторы (7) отметили, что теме начала курения посвящено меньше исследований, чем другим поведенческим практикам, касающимся курения.

Исследования, посвященные началу курения, обычно рассматривают в качестве зависимой переменной средний возраст начала курения (8–10), или долю лиц, которые начали курить в определенном возрасте или к определенному возрасту (8), или в определенный промежуток времени (11, 12). В качестве детерминант, влияющих на начало курения, авторы часто упоминают демографические характеристики (9, 13), сопутствующее поведение, в том числе употребление алкоголя и наркотиков (7), или субъективно воспринимаемые причины начала курения, такие как скука или стресс (7, 8). Некоторые исследования указывают также на наличие причинно-следственной связи между началом курения и воздействием маркетинговых усилий табачной индустрии (7), а также воздействием мер по борьбе против табака (7), в том числе воздействием мер контрмаркетинга, кампаний по денормализации курения, мер налогообложения (14) и наличием политики, направленной на освобождение от табачного дыма.

При многофакторном анализе некоторые авторы используют линейную регрессию, где возраст лиц, начинающих курить, представлен количественной переменной (8); однако это едва ли применимо, поскольку зависимая переменная не определена для тех, кто так и не начал курить. В большинстве исследований используется логистическая регрессия с бинарной зависимой переменной, которая показывает, начал ли человек курить в конкретный временной период (9, 12, 13, 15). На результаты может повлиять выбор пороговых значений. Еще одна проблема возникает, если показатели возраста или альтернативные показатели возраста (например, уровень образования) также включают в качестве независимых переменных в многофакторную модель; в результате этого становится невозможным надлежащим образом оценить другие взаимосвязи (13). Поскольку начало курения, происходящее в определенном возрасте, относится к числу переменных типа «время до наступления события», наиболее адекватными являются исследования с применением различных методов анализа выживаемости (10, 14, 16–18), включая использование таблиц дожития (10, 17).

Большинство исследований начала курения основаны на одномоментных опросах. В некоторых работах рассматривалось приобщение к курению с течением времени

внутри когорт (11, 12). Но для фиксации результативности политики наиболее подходящими являются исследования, учитывающие изменения с течением времени при сопоставлении соседних возрастных когорт (10, 17, 19, 20). Однако последняя группа исследований относится лишь к странам с развитыми системами эпиднадзора, в частности к Германии, Италии, Канаде и Нидерландам.

Большинство стран, особенно стран с низким и средним уровнем дохода, могут рассчитывать лишь на использование международных инструментов эпиднадзора за потреблением табака. Наше исследование имело целью проанализировать изменения начала ежедневного курения на основании данных GATS, полученных от респондентов, начавших или не начавших курить до и после того, как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) вступила в силу. Рассмотрены те страны Европейского региона, где проводился GATS и в которых массивы данных находятся в общем доступе. Еще одной задачей была оценка начала ежедневного курения как индикатора успешности мер борьбы против табака.

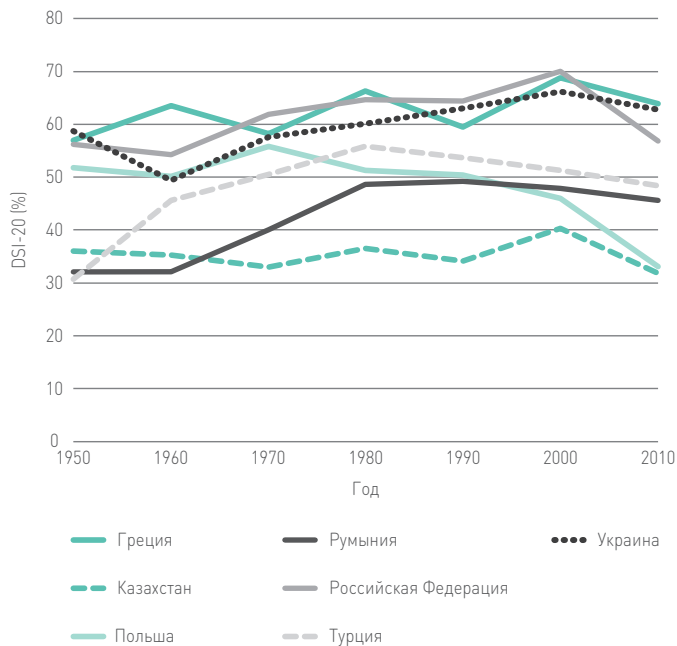
МЕТОДЫ

Были использованы данные GATS, собранные в странах Европейского региона ВОЗ (Греция, Казахстан, Польша, Российская Федерация, Румыния, Турция и Украина) и доступные на сайте Центров по контролю и профилактике заболеваний. Было проанализировано, начали ли респонденты курить ежедневно до 20 лет, в разбивке по году рождения и по полу. Пороговым значением был выбран 20-летний возраст, поскольку в большинстве массивов процентная доля лиц, начавших курить ежедневно после достижения 20-летнего возраста, была очень небольшой. Из анализа были исключены респонденты моложе 20 лет, те, кто родился до 1930 г., и те, чьи ответы о возрасте и годе рождения противоречили друг другу. Доля начавших курить ежедневно до 20 лет рассматривалась как характеристика того года, когда респондентам исполнилось 20 лет. Результаты были усреднены для возрастных когорт с шагом в 10 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди мужчин (см. рис. 1) в Греции, Казахстане, Российской Федерации и Украине доля тех, кто начал курить до 20 лет, постепенно возрастала с годами и достигла своего максимума примерно в 2000 г. (т.е. среди тех, кто родился

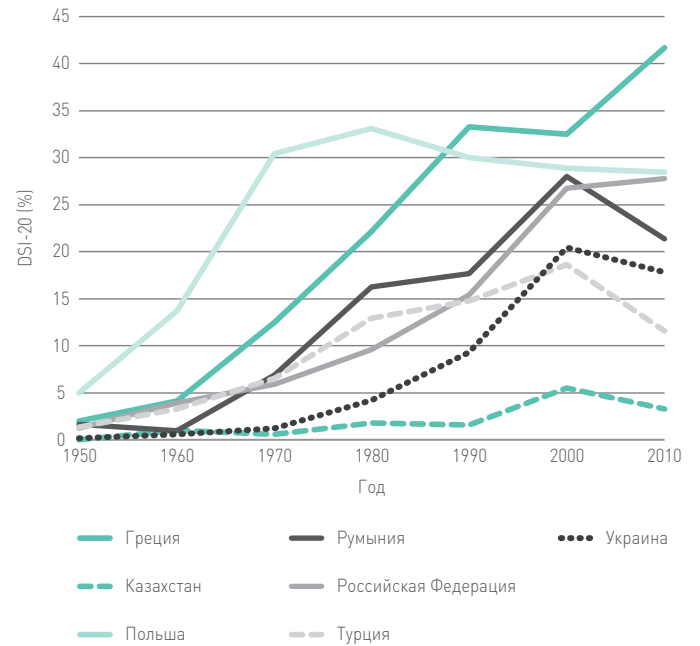
РИСУНОК 1. ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ МУЖЧИН, КОТОРЫЕ НАЧАЛИ ЕЖЕДНЕВНО КУРИТЬ К 20 ГОДАМ, В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ GATS



примерно в 1980 г.) на уровне 65–70% в Греции, Российской Федерации и Украине и на уровне 40% в Казахстане. Однако в Польше, Румынии и Турции этот максимум был достигнут ранее: в Польше пик доли начавших курить ежедневно до 20 лет пришелся на 1970-е гг. (т.е. среди тех, кто родился в 1950-е гг.) и составил примерно 55%. В Турции этот пик был достигнут в 1980 г. (т.е. среди тех, кто родился в 1960 г.) и составил 55%. В Румынии пик пришелся на 1990 г. (т.е. среди тех, кто родился в 1970 г.) и составил 50%. Снижение доли начавших курить ежедневно до 20 лет среди мужчин в Греции, Казахстане, Российской Федерации и Украине началось примерно в 2000-е гг., а в Польше, Турции и Румынии – раньше.

Среди женщин (см. рис. 2) повышение доли начавших курить ежедневно до 20 лет происходило в период с 1950 по 1990-е гг. и было более резким, чем среди мужчин. Вначале это проявилось в Польше, затем в Греции, Румынии, Турции, Российской Федерации, Украине и, наконец, в Казахстане. Эта тенденция достигла пика в 2000 г. (т.е. среди женщин, родившихся в 1980-е гг.) в Казахстане, Румынии, Турции и Украине, а снижение началось вскоре после начала 2000-х гг. В Греции же и Российской Федерации в 2000-х гг. продолжалось увеличение доли начавших курить ежедневно до 20 лет среди женщин.

РИСУНОК 2. ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ НАЧАЛИ ЕЖЕДНЕВНО КУРИТЬ К 20 ГОДАМ, В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ GATS



ОБСУЖДЕНИЕ

Данные GATS, являющегося известным инструментом мониторинга реализации мероприятий в области борьбы против табака (21), а также их эффективности, были использованы для анализа тенденций начала ежедневного курения в странах Европейского региона, принимавших участие в опросе GATS. Анализ показывает, что в странах, где были предприняты меры по борьбе против табака, удалось обратить вспять восходящую тенденцию начала курения.

Поворотный момент раньше всего проявился в Польше, как среди мужчин, так и среди женщин. Распространенность курения в Польше среди мужчин была наивысшей (64%) в 1974 г. и среди женщин (33%) в 1986 г. Изменения произошли после того, как в конце 1990-х гг., после распада коммунистической системы, в Польше было принято новое антитабачное законодательство, оказавшееся более жестким, чем в какой-либо иной из бывших коммунистических стран Восточной Европы (22).

В Румынии, где определенный спад показателей начала курения проявился среди мужчин в 1990-х гг., меры регулятивного характера были предприняты раньше, чем

во многих других восточноевропейских странах: например, в 1994 г. в налоговом законодательстве появился так называемый «налог здоровья» на табачную продукцию, в 1999 г. был утвержден запрет на телевизионную рекламу табачной продукции, а в 2002 г. было запрещено курение в общественных местах. В процессе вступления в Европейский союз Румыния была обязана привести свое национальное законодательство в соответствие с европейскими директивами, и это послужило реальным стимулом для борьбы против табака (23).

В странах, внедривших стратегии РКБТ в 2000-х гг. (в Казахстане (24), Турции (25) и Украине (4)), доля начавших курить ежедневно до 20 лет после пика в 2000 г. начала снижаться. Напротив, в таких странах, как Греция (26) и Российская Федерация (27), начавших реализовывать всеобъемлющие меры по борьбе против табака лишь в 2010 г., до 2010 г. снижения доли начавших курить ежедневно до 20 лет не наблюдалось. Однако, как свидетельствуют иные данные (28), снижение, скорее всего, произошло на более позднем этапе.

Общее положительное влияние реализованных мер по борьбе против табака подтверждается и другими исследованиями. Например, снижение подросткового курения было отмечено в европейских странах, участвовавших в Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD) (15).

Применительно к большинству участвовавших в этом исследовании стран перелом в отношении показателя доли начавших курить ежедневно до 20 лет произошел вначале среди мужчин, а уже затем среди женщин, что согласуется с описательной моделью табачной эпидемии (29).

Полученные результаты ставят два важных вопроса: работают ли меры по борьбе против табака в разных странах по-разному, и следует ли странам уделять особое внимание различным мерам борьбы против табака. Некоторые исследователи высказываются в пользу такого различия. Например, в 2012 г. в еженедельнике «Заболеваемость и смертность» [Morbidity and mortality weekly report] (30) была опубликована статья, в которой странам с высокой распространенностью курения предлагалось заострить внимание на стратегиях, популяризирующих отказ от курения, в то время как странам с низкой распространенностью курения было предложено сосредоточить усилия на предупреждении приобщения к курению. Анализ мер по налогообложению табачной продукции (14) позволил

предположить, что повышение цен на табачную продукцию влияет на распространенность курения, преимущественно сдерживая начало курения в странах с низким и средним уровнем дохода, в то время как в странах с уровнем дохода выше среднего эти меры способствовали отказу от курения. Как показало исследование, проведенное в Италии (17), несмотря на то что принятые меры политики имели целью в первую очередь профилактику начала курения, они в большей степени повлияли на увеличение числа отказавшихся от курения на раннем этапе. Хотя это изменение в процессе отказа от курения, возможно, требует более детального рассмотрения, воздействие на начало курения носит универсальный характер, что подтверждают наблюдения во всех странах, где ведется осуществление мер РКБТ.

Хотя многие авторы подчеркивают важность программ предупреждения молодежного курения и называют «особо уязвимые» группы населения, на которые необходимо ориентировать усилия в первую очередь (7), а некоторые полагают, что программы профилактики молодежного курения могут способствовать снижению показателей приобщения к курению в подростковом возрасте (19, 20), наш анализ показывает, что показатели начала курения снижаются как общий и неспецифический результат всей совокупности мер по борьбе против табака, рекомендуемых РКБТ.

Поскольку приобщение к курению по-прежнему измеряется по-разному в зависимости от исследования и применительно к различным возрастным группам, в более раннем анализе литературы по вопросам приобщения к курению было рекомендовано разработать стандартизованную меру измерения «начала курения», которая указала бы на прогрессию в направлении регулярного курения (7). Благодаря методологии GATS, позволившей применить одни и те же инструменты сбора данных во многих странах, может быть принят универсальный подход, пример которого приводится в данной публикации.

Что касается ограничений данного исследования, одно из них может быть связано с произвольным выбором порогового значения возраста в 20 лет, поскольку несколько авторов либо утверждают, либо высказывают предположение о том, что приобщение к курению сместилось с подросткового возраста на более поздний этап взросления (18–20). Подобное утверждение может стать темой для дальнейшего изучения, хотя наличие значительных искажений в этой связи маловероятно, поскольку

предварительный анализ представленных данных показывает, что в большинстве случаев к 20 годам процесс приобщения к курению уже завершен.

Еще одно ограничение, на которое часто указывают применительно к данным GATS, связано с субъективным воспоминанием о моменте начала курения, которое считается надежным источником информации лишь среди молодых респондентов. Однако, как видно на графиках, тенденции показателей начала курения носят очень последовательный характер, даже среди участников более старшего возраста. Респонденты, родившиеся до 1930 г., были исключены лишь потому, что их малая численность не позволила получить стабильные оценки доли начавших курение.

В данном исследовании приобщение к курению рассматривается применительно к возрастным когортам, поэтому уместно вести речь об ограничениях, присущим агрегированным оценкам.

Еще одно ограничение касается различных факторов, которые могут влиять на тенденции показателей начала курения и которые не поддаются контролю в рамках этого анализа. Хотя мы подчеркиваем влияние РКБТ в названных странах, где массовое принятие законодательства по борьбе против табака началось лишь после ратификации РКБТ, очевидно, что повлиять могли и другие меры политики, как это и показано на примере Польши.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принятие законодательства по борьбе против табака в соответствии с требованиями РКБТ в начале 2000-х гг. привело к обращению вспять тенденций начала курения среди молодых мужчин и женщин в европейских странах, в которых имеются популяционные данные о потреблении табака. Мониторинг доли молодежи, чье начало ежедневного курения произошло до достижения 20-летнего возраста, путем использования данных, полученных с помощью вопросника GATS, может служить отражением успеха принимаемых в стране мер антитабачной политики.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: отсутствуют.

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. Webber L, Andreeva T, Sotomayor R, Jaccard A, Retat L, Marquez P. Modeling the long-term health and cost impacts of reducing smoking prevalence through tobacco taxation in Ukraine. Washington, DC: World Bank Group; 2017 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/417831489985759573/pdf/113601-WP-R4-TT-Ukraine-20170312-PUBLIC.pdf>).
2. Andreeva TI, Krasovsky KS. Simulation modeling of the tobacco epidemic in Ukraine in 2005–2010. In: Proceedings. European Conference on Tobacco or Health, Amsterdam, the Netherlands, 28–30. Brussels: Association of European Cancer Leagues; 2011:245.
3. Andreeva T. Monitoring initiation of daily smoking as an indicator of tobacco control success: example of Ukraine. *Tob Induc Dis.* 2018;16:A588. doi:10.18332/tid/84299.
4. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Report: Ukraine 2010. Geneva: World Health Organization Tobacco Free Initiative; 2010 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_report_2010.pdf?ua=1).
5. Global Adult Tobacco Survey. Report: Ukraine 2017. Geneva: World Health Organization Tobacco Free Initiative; 2017 (http://kiis.com.ua/materials/pr/20180214_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20ENG.pdf).
6. Kilgore EA, Mandel-Ricci J, Johns M, Coady MH, Perl SB, Goodman A, et al. Making it harder to smoke and easier to quit: the effect of 10 years of tobacco control in New York City. *Am J Public Health.* 2014;104:e5–8. doi:10.2105/AJPH.2014.301940.
7. Freedman KS, Nelson NM, Feldman LL. Smoking initiation among young adults in the United States and Canada, 1998–2010: a systematic review. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E05. pmcid:PMC3277388.
8. Oh DL, Heck JE, Dresler C, Allwright S, Haglund M, Del Mazo SS, et al. Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2010;10:74. doi:10.1186/1471-2458-10-74.
9. Kaleta D, Usidame B, Dziankowska-Zaborszczyk E, Makowiec-Dąbrowska T. Socioeconomic disparities in age of initiation and ever tobacco smoking: findings from Romania. *Cent Eur J Public Health.* 2015;23:299–305. doi:10.21101/cejph.a4067.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 15 августа 2018 г.

10. Schneider S, Mohnen SM, Pust S. The average age of smoking onset in Germany: trends and correlates. *Int J Public Health*. 2008;53:160–4. PMID:19127889.
11. Edwards R, Carter K, Peace J, Blakely T. An examination of smoking initiation rates by age: results from a large longitudinal study in New Zealand. *Aust N Z J Public Health*. 2013;37:516–19. PMID:24892149.
12. O'Loughlin JL, Dugas EN, O'Loughlin EK, Karp I, Sylvestre MP. Incidence and determinants of cigarette smoking initiation in young adults. *J Adolesc Health*. 2014;54:26–32. e4. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.07.009.
13. Kaleta D, Makowiec-Dąbrowska T, Dziankowska-Zaborszczyk E, Fronczak A. Predictors of smoking initiation: results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) in Poland 2009–2010. *Ann Agric Environ Med*. 2013;20:756–66. PMID:24364449.
14. Kostova D, Chaloupka FJ, Shang C. A duration analysis of the role of cigarette prices on smoking initiation and cessation in developing countries. *Eur J Health Econ*. 2015;16:279–88. doi:10.1007/s10198-014-0573-9.
15. Kuipers MA, Monshouwer K, van Laar M, Kunst AE. Tobacco control and socioeconomic inequalities in adolescent smoking in Europe. *Am J Prev Med*. 2015;49:e64–72. doi:10.1016/j.amepre.2015.04.032.
16. Andreeva TI, Krasovsky KS, Semenova DS. Correlates of smoking initiation among young adults in Ukraine: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007;7:106. doi:10.1186/1471-2458-7-106.
17. Sardu C, Mereu A, Minerba L, Contu P. The Italian national trends in smoking initiation and cessation according to gender and education. *J Prev Med Hyg*. 2009;50:191–5. PMID:20411654.
18. Terry-McElrath YM, O'Malley PM. Trends and timing of cigarette smoking uptake among U.S. young adults: survival analysis using annual national cohorts from 1976–2005. *Addiction*. 2015;110:1171–81. doi:10.1111/add.12926.
19. Nuyts PAW, Kuipers MAG, Willemsen MC, Kunst AE. Trends in age of smoking initiation in the Netherlands: a shift towards older ages? *Addiction*. 2018;113:524–32. doi:10.1111/add.14057.
20. Gagne T, Veenstra G. Trends in smoking initiation in Canada: does non-inclusion of young adults in tobacco control strategies represent a missed opportunity? *Can J Public Health*. 2017;108:e14–20. doi:10.17269/cjph.108.5839.
21. Song Y, Zhao L, Palipudi KM, Asma S, Morton J, Talley B, et al. Tracking MPOWER in 14 countries: results from the Global Adult Tobacco Survey, 2008–2010. *Glob Health Promot*. 2016;23(2 Suppl):24–37. doi:10.1177/1757975913501911.
22. Jassem J, Przewozniak K, Zatonski W. Tobacco control in Poland: successes and challenges. *Transl Lung Cancer Res*. 2014;3:280–5. doi:10.3978/j.issn.2218-6751.2014.09.12.
23. Romania 2011 Global Adult Tobacco Survey report. 2011. Bucharest: Ministry of Health Romania; 2011 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_romania_report_2011.pdf).
24. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Республика Казахстан, 2014: страновой отчет. Астана: Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан; 2014 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/kaz_countryreport_ru.pdf?ua=1).
25. Global Adult Tobacco Survey: Turkey 2012. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health; 2014 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/report_tur_2012.pdf).
26. Global Adult Tobacco Survey: Greece 2013. Geneva: World Health Organization Tobacco Free Initiative; 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/grc_country_report.pdf).
27. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Российская Федерация 2009: страновой отчет. Женева: Инициатива по освобождению от табачной зависимости Всемирной организации здравоохранения; 2010 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfl_gatsrussian_countryreport.pdf).
28. Глобальный опрос взрослого населения о борьбе против табака (GATS): Российская Федерация, 2009 и 2016 гг. Сравнительный бюллетень. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/343321/-pdf).
29. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control*. 2012;21:96–101. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050294.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Current tobacco use and secondhand smoke exposure among women of reproductive age: 14 countries, 2008–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61:877–82. PMID:23114255. ■