

И.Е. Калабихина

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

П.О. Кузнецова

Институт социального анализа и прогнозирования РАНХиГС, Москва

Гендерные аспекты табачной эпидемии в России

Аннотация. Авторами был проведен анализ динамики распространенности курения и ассоциированной с ним смертности в условиях усиления государственной политики табачного контроля в России, начиная со второй половины 2000-х годов. В этот период доля курильщиков устойчиво снижалась, причем практически исключительно за счет мужского курения. Полученные авторами оценки смертности от болезней, вызванных курением, несмотря на позитивную динамику, свидетельствуют о масштабе проблемы: в 2017 г. от болезней, вызванных курением, умерли 235 тысяч человек (212 тысяч мужчин и 23 тысячи женщин). Как и во многих других странах, находящихся на зрелых стадиях эпидемии курения, в России наблюдается сближение распространенности курения среди мужчин и женщин. Это происходит в тот момент, когда мужчины бросают курить, а женщины все еще поддерживают в различных образовательных и доходных группах моду на курение. Если российские мужчины прошли пик распространенности курения и вошли в стадию высокого уровня смертности от болезней, вызванных курением (свыше 30% общей смертности в возрасте 35–69 лет в 2017 г.), то пик табачной смертности среди женщин, на данный момент составляющей 7%, еще впереди. Мы связываем это явление с незавершенностью гендерного перехода (так называемой полумансипацией), консервирующей мотивы поддерживать вредные привычки у женщин.

Ключевые слова: курение, гендер, табачная эпидемия, смертность от болезней, вызванных курением, гендерный переход.

Классификация JEL: I12, I18, J16.

DOI: 10.31737/2221-2264-2019-44-45

1. Введение

В 2010-х годах в России существенно усилился контроль над потреблением табака. В частности, в 2013 г. был принят Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который поэтапно вводил различные запрещающие меры, включая запрет рекламы табачных изделий и курения в общественных местах, заметно усилились меры регулирования акцизов (табл. 1). Ответная реакция последовала незамедлительно: распространение курения в России впервые за два десятилетия стало устойчиво снижаться с 39% среди взрослого населения в 2009 г. до 31% – в 2016 г., согласно данным глобального опроса о потреблении табака GATS¹. Отметим, что в полном соответствии с теорией наиболее быстрыми темпами доля курящих снижалась в более молодых возрастах, поскольку спрос на сигареты в группах с менее стабильными доходами более отзывчив к изменениям в цене (Chaloupka, Wechsler, 1997).

¹ См. https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_2016-rus-executive-summary-Ru.pdf?ua=1.

Таблица 1

Распространенность курения и характеристики мер государственного контроля за потреблением табака, 2007–2017 гг., Россия

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Доля акциза в средней розничной цене, %	12,1	13,2	14,1	16,6	19,8	22,3	27,4	32,2	34,8	37,7	38,8
Индекс политики табачного контроля*, баллы на начало года	18	18	18	18	25	25	25	64	80	80	80
Распространение курения, мужчины, %	58,7	56,9	55,7	53,9	51,8	51,9	50,6	49,1	46	44,7	43,2
Распространение курения, женщины, %	15,4	15,2	14,9	14,8	14,6	15	14,4	14,2	13,9	13,9	14

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ (распространение курения), Росстата (розничные цены на сигареты), Налогового кодекса (акцизы на сигареты), данным СПС Консультант-Плюс (индекс политики табачного контроля).

Примечание. В таблице «*» отмечено, что для оценки строгости национальной анти-табачной политики был использован индекс политики табачного контроля (Tobacco Control Policy Index, см. (Van Ours, Palali, 2017; Ross et al., 2014)). Индекс состоит из четырех основных компонент, оценивающих строгость запретов на: 1) курение в общественных местах; 2) рекламу и спонсорство табачных компаний; 3) наличие предупреждающих надписей на пачках сигарет; 4) наличие программ медицинской поддержки отказа от курения. Наши расчеты сделаны в предположении о полном соблюдении существующих запретов, хотя есть свидетельства об имеющихся нарушениях (Zasimova, 2019); однако даже с их учетом значение индекса с 2015 г. остается высоким.

Однако, несмотря на очевидные успехи антитабачной кампании, доля курящих женщин практически не менялась. Целью нашего исследования является оценка динамики смертности от курения табака и ее вклада в общую смертность в контексте гендерных различий для понимания текущего состояния и перспектив табачной эпидемии в России.

Статья имеет традиционную структуру: начинается с обзора литературы о гендерных различиях динамики табачной эпидемии. Далее предлагается исследование смертности от курения табака в разрезе пола. В заключение, помимо основных выводов о современном состоянии и перспективах табачной эпидемии в России, открыта дискуссия о причине отставания женщин в прохождении активной стадии эпидемии.

2. Обзор литературы

2.1. Гендерные различия в курении

Мужчины и женщины курят по-разному, причем различия не исчерпываются абсолютными значениями распространения курения, поскольку у мужчин и женщин – разные мотивы начать курить и отказаться от него (Grøtvedt, Stavem, 2005). Существенно различаются они и по структуре потребления табака (Bauer, Göhlmann, Sinning, 2007).

На мужчин и женщин по-разному влияют характеристики родительской семьи, прежде всего курение матери (Gugushvili et al., 2018).

В то же время во многих странах существует устойчивая тенденция сближения доли курильщиков среди мужчин и женщин. Популярная теория табачной эпидемии, впервые изложенная в работе (Lopez, Collishaw, Piha, 1994) и дополненная (Thun, Peto, Voreham, Lopez, 2012), объясняет это явление. В основе теории лежит предположение о том, что сначала основными потребителями сигарет были мужчины, поскольку общественное мнение было негативно настроено к курящим женщинам. Постепенно в результате эмансипации меняется восприятие курения женщинами. Спустя несколько десятилетий после возникновения среди мужчин табачная эпидемия распространяется и на женщин, тогда как у мужчин пик курения уже пройден. В завершении эпидемии курение концентрируется в группах с низкими доходами и уровнем образования, что объясняется с помощью теории диффузии инноваций: более образованные и богатые люди раньше проникаются идеями здорового образа жизни, который, как и само курение на начальной стадии эпидемии, является инновацией (Pampel, 2005). Сокращение гендерных различий в распространении курения и усиление социального градиента в курении также может быть следствием целенаправленных усилий табачной отрасли (Barbeau, Leavy-Sperounis, Balbach, 2004), эксплуатирующей заметные гендерные различия во взаимосвязи между курением и самооценкой подростков (Thornton, Douglas, Houghton, 1999).

2.2. Российский опыт анализа негативных последствий табачной эпидемии

При изучении динамики распространенности курения и вызванной им смертности в других странах возникает вопрос о том, насколько ситуация в России укладывается в рамки теории табачной эпидемии. В 1990-е годы, в отличие от западных стран, уровень потребления табака российскими мужчинами держался на пиковых значениях, не снижаясь на протяжении десятилетий (Perlman, Bobak, Gilmore, McKee, 2007). Эпидемия курения среди женщин находилась в это время на ранних стадиях развития и характеризовалась ускоренным ростом распространения курения среди молодых, менее образованных и проживающих на селе россиян.

В (Quirnbach, Gerry, 2016) авторы делают вывод о том, что динамика курения в России в целом следует обычным процессам развития табачной эпидемии, которые наблюдались ранее и в других странах. Авторы анализируют изменение поведения различных поколений курильщиков в России на основе панельных данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (далее – РМЭЗ), дополненных информацией двух раундов обследования GATS, и свидетельствуют о снижении ген-

дерных различий в распространении курения благодаря влиянию образования.

В исследовании Денисовой (Denisova, 2010), согласно результатам модели пропорциональных рисков смертности по данным РМЭЗ за 1994–2007 гг., масштаб влияния курения на смертность сопоставим с влиянием потребления алкоголя: относительный риск смерти для курильщиков оказался на 64% выше, чем для некурящих, а в случае умеренного потребления алкоголя – на 56% выше.

В работе (Масленникова, Оганов, 2011) общее число табачных смертей в 2009 г. оценено в 278 тыс. человек, или 14% общей смертности, причем 63% смертности вследствие курения приходилось на болезни сердечно-сосудистой системы.

Согласно результатам проспективного исследования мужчин, проводившегося в Петербурге на протяжении 30 лет (Плавинский С., Плавинская С., 2012), смертность от всех причин для никогда не куривших была более чем в два раза ниже смертности курильщиков. По группам заболеваний относительные риски составили соответственно 2,78 для новообразований и 2,22 – для сердечно-сосудистых заболеваний. В другом проспективном исследовании (Константинов и др., 2007) наблюдение велось более 20 лет за когортой женщин в возрасте от 20 лет и старше, проживающих в Москве. Относительные риски смертности для умеренно куривших и бросивших курить были оценены авторами как 2,15 и 1,39 (ишемическая болезнь сердца); 1,78 и 1,28 (инсульт); 1,74 и 1,48 (сердечно-сосудистые заболевания); 1,86 и 1,25 (общая смертность). В работе (Ефимова и др., 2017) представлены результаты ретроспективного исследования причин смерти мужчин в Томске в 1990–2001 гг. Было установлено, что курение повышает риск смерти в возрасте от 15 до 74 лет в 1,5 раза, в трудоспособных возрастах – более чем в 2 раза.

Сравнивая оценки относительных рисков смертности, полученных на российских данных, с международными данными (в первую очередь оценками на базе американского обследования для профилактики рака CPS II (Oza, Thun, Henley, Lopez, Ezzati, 2011)), можно прийти к выводу об их сопоставимости. Обследование CPS II² проводилось Американским онкологическим обществом 24 года и включало наблюдения за 1,2 млн человек. Полученные на его основе оценки относительных рисков смертности имеют существенно больший уровень детализации как по половозрастным группам, так и по перечню заболеваний, что стало решающим аргументом в пользу их применения.

В данной работе, вслед за более ранними исследованиями (Perlman et al., 2007; Quirmbach, Gerry, 2016), авторы продолжают изучать эволюцию табачной эпидемии в России в контексте отличий между динамикой смертности от курения табака мужчин и женщин.

² См. <https://www.cancer.org/research/we-conduct-cancer-research/epidemiology/cancer-prevention-study-2.html>.

3. Данные и методология

Основным источником информации для оценки смертности от болезней, вызванных курением, стала Российская база данных о рождаемости и смертности РЭШ – коэффициенты смертности по причинам смерти и среднегодовая численность населения для пятилетних половозрастных групп, 1994–2017 гг.

Также при расчетах были использованы данные социологических исследований:

- «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ»³ – доля курильщиков и бывших курильщиков среди пятилетних половозрастных групп, начиная с 30 лет, и доля населения с высшим образованием; доля населения, занятого оплачиваемым трудом, 1994–2017 гг.; среднее время, затрачиваемое на домашнюю работу мужчинами и женщинами, 2006–2009 гг.;
- «Комплексное наблюдение условий жизни населения Росстата» (далее – КОУЖ)⁴ – среднее время, затрачиваемое на домашнюю работу мужчинами и женщинами, 2011, 2014, 2016 г.;
- «Выборочное наблюдение «Использование суточного фонда времени населением» Росстата»⁵ – среднее время, затрачиваемое на домашнюю работу мужчинами и женщинами, 2014 г.

В перечисленных обследованиях, включающих информацию о распределении домашнего труда, используется различный набор видов деятельности респондентов, относящихся к домохозяйственному труду, причем если в РМЭЗ и обследовании использования суточного фонда времени Росстата большая часть видов деятельности совпадает, то в КОУЖ домохозяйственный труд сводится к уходу за детьми и прочими родственниками. Укороченные ряды данных о распределении времени привели к необходимости использовать разные источники. Указанные ограничения не являются существенным препятствием для целей и методов данной работы.

3.1. Способы оценки смертности от болезней, вызванных курением

Используемые в настоящее время методики оценки смертности от болезней, вызванных курением, существенно зависят от доступности необходимых данных (Pérez-Ríos, Montes, 2008). Наиболее популярными среди таких методик являются метод, основанный на анализе распространения курения в возрастных когортах (prevalence-based analysis), и в меньшей степени – косвенный метод воздействия курения SIR (smoking impact ratio) (Peto, Lopez, Boreman, Thun, Heath, 1992).

³ «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE)», проводимый НИУ ВШЭ и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rhms> и <http://www.hse.ru/rhms>)

⁴ См. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ16/index.html; http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ14/index.html; http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/index.html.

⁵ См. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/sut_fond/survey0/index.html.

Метод SIR предполагает оценку влияния курения на здоровье путем сопоставления смертности от рака легких в изучаемой популяции и в референтной группе, как правило, заимствованной из упомянутого ранее американского обследования для профилактики рака CPS II.

В ходе нашего исследования была предпринята попытка применить метод SIR к российским данным, начиная с 2000-х годов. Однако из-за очень высокого уровня смертности от рака легких в первой половине 2000-х годов накопленный негативный эффект курения для некоторых групп, в частности для мужчин 45–49 лет, оказывается выше 100%. В связи с этим в качестве базового нами был использован метод оценки смертности на основе данных о распространении курения (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014; Oza et al., 2011).

Для оценки смертности от болезней, вызванных курением, сначала отдельно по видам заболеваний и половозрастным группам вычисляется коэффициент добавочного риска, обусловленного курением, PAF (population attributable fraction):

$$PAF_{ij} = \left(\left(p_j^{(0)} + p_j^{(1)} RR_{ij}^{(1)} + p_j^{(2)} RR_{ij}^{(2)} \right) - 1 \right) / \left(p_j^{(0)} + p_j^{(1)} RR_{ij}^{(1)} + p_j^{(2)} RR_{ij}^{(2)} \right),$$

где $p_j^{(0)}, p_j^{(1)}, p_j^{(2)}$ – распространение курения в половозрастной когорте j среди некурящих, бывших курильщиков и курящих в настоящее время соответственно, а $RR_{ij}^{(1)}$ и $RR_{ij}^{(2)}$ – относительные риски смерти для бывших курильщиков и курящих от болезни i в половозрастной когорте j по сравнению с никогда не курившими. Значения распространения курения в зависимости от статуса курильщика для различных половозрастных групп определяются с помощью репрезентативных обследований населения. Значения относительных рисков при расчетах потерь, вызванных курением, заимствованы из исследования, базирующегося на данных обследования CPS II (Oza et al., 2011, tab. 1; Lariscy, Hummer, Rogers, 2018).

Число добавочных смертей AM (mortality attributed to smoking) от данного заболевания рассчитывается как $AM = OM \times PAF$, где OM – общее число смертей от данной причины смерти, взятое из официальных данных по смертности.

С использованием представленной методологии нами были рассчитаны два варианта оценки смертности от болезней, вызванных курением: для актуальных и лагированных данных о распространении курения, поскольку влияние курения на смертность проявляется с существенным запозданием. Многие авторы (Kong et al., 2016; Liutkute et al., 2017) используют лагированные данные о распространении курения на 8, 10 или 20 лет. Период наблюдений над динамикой курения в РМЭЗ начинается с 1994 г., в связи с чем было решено использовать смещение в 10 лет, что позволяет отслеживать динамику показателя за 2004–2017 гг.

Предварительный анализ данных и обзор литературы позволяет сформулировать основные гипотезы исследования:

- в России в настоящее время продолжают сохраняться значительные гендерные различия в рисках смертности от курения: с наибольшими рисками смертности от болезней, вызванных курением, сталкиваются мужчины в результате накопленных негативных для здоровья эффектов высокого уровня потребления табака в 1990–2000 гг.;
- вклад смертности от курения в общую смертность у мужчин снижается вследствие пройденного пика потребления табака, а у женщин не уменьшается или даже растет, поскольку женщины задержались на восходящей (или пиковой) стадии табачной эпидемии.

4. Результаты

4.1. Динамика распространения курения и смертности от болезней, вызванных курением: гендерная дифференциация рисков смертности

Распространенность курения заметно выросла в 1990-е годы, в том числе за счет резкого роста доли курящих женщин. В первой половине 2000-х годов значения этого показателя держались на уровне исторического максимума, после чего уровень курения среди мужчин стал заметно снижаться, в то время как заметных улучшений в статистике курения женщин так и не произошло (рис. 1–2).

Распространение курения среди мужчин в 2007–2017 гг. снижалось во всех возрастных группах, кроме самой старшей (65 лет

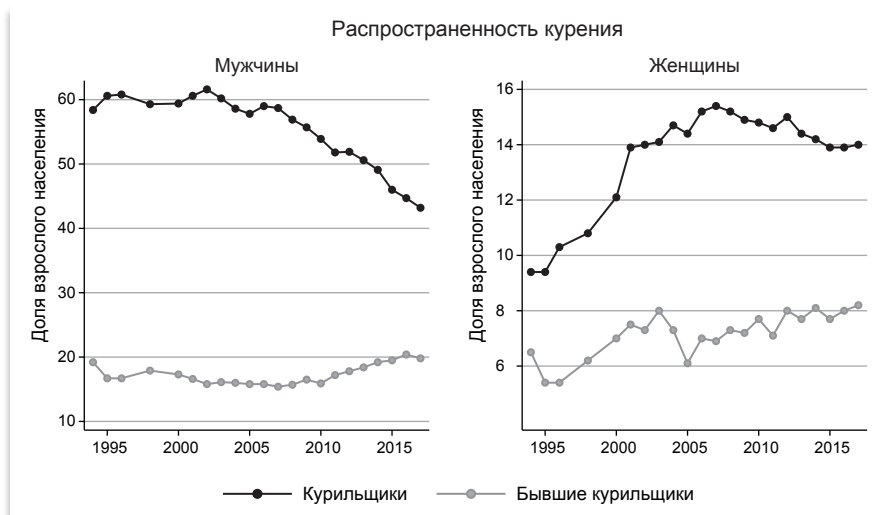
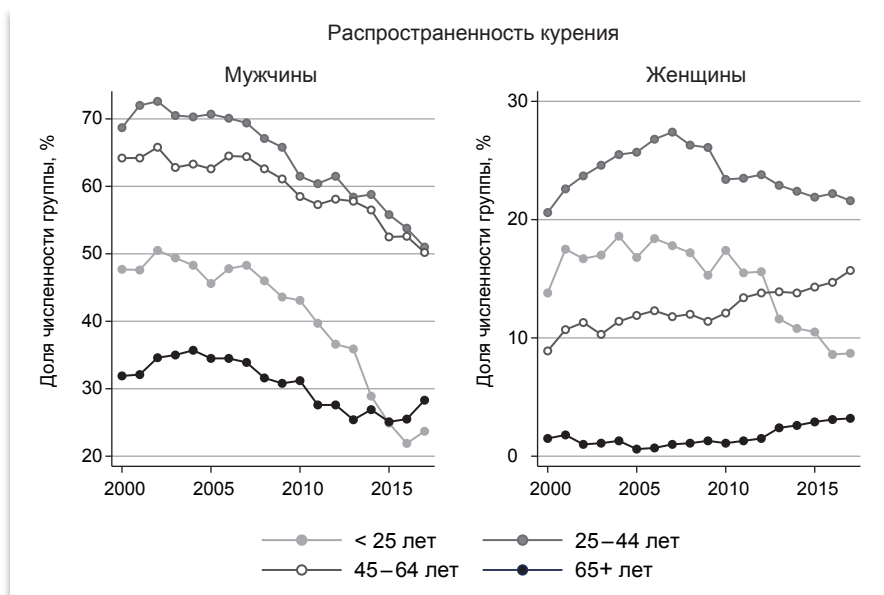


Рис. 1

Динамика распространенности доли курильщиков и бывших курильщиков в населении от 15 лет и старше, 1994–2017 гг., Россия, мужчины и женщины, % взрослого населения

Источник: расчеты авторов.

и старше), но особенно быстро – среди молодежи до 25 лет (рис. 2). Среди женщин устойчивое снижение распространения курения наблюдается лишь в младших возрастах, а в группе от 45 до 64 лет, напротив, растет – в последние годы был зафиксирован заметный рост. Скорее всего эта группа постепенно все более пополнялась теми, кто начинал курить во времена резкого роста женского курения в конце 1990-х годов.

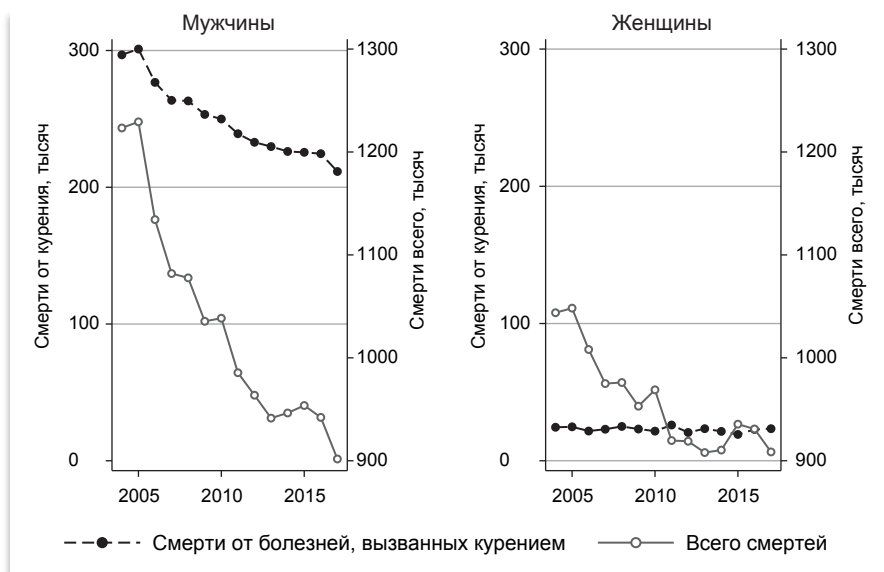
**Рис. 2**

Динамика распространения курения в различных возрастных группах, 1994–2017 гг., Россия, мужчины и женщины, % взрослого населения

Источник: расчеты авторов.

Начиная со второй половины 2000-х годов наблюдается значительное снижение общей смертности наряду со снижением смертности от болезней сердечно-сосудистой системы (вносит значительный вклад в смертность от болезней, вызванных курением). Общая смертность и смертность, вызванная курением, в наблюдаемый период среди мужчин снижались синхронно. Среди женщин абсолютные значения смертности, вызванной курением, в отличие от мужчин, практически не снижались (рис. 3).

Общая смертность, ассоциированная с курением, снижалась за счет ее существенного сокращения среди мужчин: с 297 тыс. человек в 2004 г. до 212 тыс. в 2017 г. Рассчитанные нами стандартизованные коэффициенты смертности от болезней, вызванных курением, показали схожий с абсолютными показателями результат за тот же период: постепенное снижение с 492 до 304 случаев смерти на 100 тыс. человек для мужчин и почти неизменная ситуация для женщин (на уровне 23–24 случаев смерти на 100 тыс. человек).

**Рис. 3**

Общая смертность и смертность от болезней, вызванных курением в 2004–2017 гг., Россия, мужчины и женщины, тыс. человек

Источник: расчеты авторов.

Мы считаем, что делать выводы о существенном оздоровлении ситуации преждевременно, поскольку следует учитывать эффект низкой базы — в 1990-х и первой половине 2000-х годов общая смертность (и смертность от курения) была очень высокой.

Возрастное распределение табачной смертности у женщин и мужчин отличается: например, в 2017 г. коэффициент смертности у мужчин растет до 75–79 лет (максимум — 1480 случаев смерти на 100 тыс. человек); у женщин — до 55–59 лет (максимум — 80 случаев на 100 тыс. человек), затем снижается у обоих полов.

Заметные изменения в структуре смертности от всех причин, наблюдаемые в течение последних пятнадцати лет, не могли не сказаться и на вкладе различных групп заболеваний в смертность, вызванную курением. В возрастной группе 35–69 лет, для которой негативные последствия потребления табака являются наиболее ощутимыми, в 2004–2017 гг. у мужчин снизился вклад сердечно-сосудистых заболеваний и существенно возросло влияние новообразований, прежде всего рака легких. Для женской смертности от курения наблюдались похожие тенденции, за исключением того, что вклад сердечно-сосудистых заболеваний снижался не столь быстро, как для мужчин.

Таким образом, первая гипотеза о гендерных различиях подтвердилась и дополнилась выводом о возрастных особенностях смертности от болезней, вызванных курением: в настоящее время продолжают сохраняться значительные гендерные и возрастные различия

в уровнях риска смертности от курения. Наибольшие риски смертности от курения – в группе мужчин средних и старших возрастов в результате большего распространения курения среди мужчин и пройденного пика табачной эпидемии мужчинами молодых и средних возрастных групп в прошлые десятилетия.

4.2. Гендерная дифференциация вклада смертности от курения в общую смертность

В отличие от абсолютных значений смертности от болезней, вызванных курением, ее вклад в общую смертность в 2004–2017 гг. практически не изменился, особенно для лагированных (на наш взгляд, более точных) оценок (табл. 2). У мужчин данный вклад сократился с 24,3 до 23,5%, а у женщин он даже вырос с 2,3 до 2,6%. Как мы и предполагали, накопленный эффект от неснижающегося уровня потребления табака у женщин растет и скорее всего продолжит свой рост в будущем.

Полученные оценки позволяют взглянуть на ситуацию с курением в России с точки зрения теории табачной эпидемии. Сопоставляя данные о динамике распространения курения и потерь от вызываемой им смертности (рис. 4), можно сделать вывод о том, что у мужчин табачная эпидемия в России уже перешла в четвертую стадию: доля курильщиков среди взрослого населения начала снижаться, что в будущем приведет к продолжающемуся снижению смертности от болезней, вызванных курением. В связи с отложенным влиянием курения в настоящий момент вклад курения в смертность по-прежнему очень высокий – более 30% у мужчин в возрасте 35–69 лет.

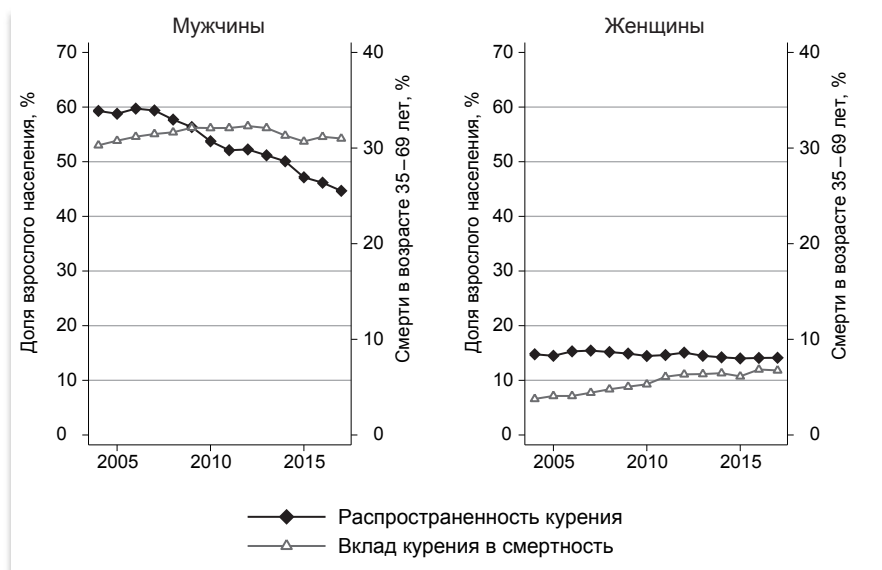
У российских женщин сохраняется неопределенная ситуация. С одной стороны, в отличие от многих стран, находящихся на зрелых стадиях эпидемии курения, его популярность среди женщин по-прежнему существенно ниже, чем среди мужчин. С другой стороны, несмотря на то что общеэкономическая конъюнктура способствовала снижению распространения курения – росли акцизы, снижалась экономическая доступность сигарет, – среди женщин доля курящих практически не менялась, в то время как вклад курения в смертность стабильно рос и к 2017 г. составил 7% для женщин в возрасте 35–69 лет.

Следовательно, существует риск того, что женское курение надолго задержится на второй стадии эпидемии, что приведет к значительным потерям здоровья и трудоспособности. Если же удастся распространить успехи антитабачной кампании последних лет не только на мужчин, но и на женщин, то может быть реализован благополучный сценарий третьей стадии эпидемии, предполагающий снижение доли курящих среди женщин. Однако еще долгие годы накопленный негативный эффект курения значительной части населения будет существенно влиять на смертность.

Таблица 2
 Абсолютные и относительные значения смертности от болезней, вызванных курением, для двух вариантов расчета в 2004–2017 гг., Россия, мужчины и женщины

Год	Женщины						Мужчины			
	Вариант 1 (лагированные данные о курении)		Вариант 2 (актуальные данные о курении)		Вклад смертности от курения в общую смертность, %	Смертность от болезней, вызванных курением, человек	Вариант 1 (лагированные данные о курении)		Вариант 2 (актуальные данные о курении)	
	Смертность от болезней, вызванных курением, человек	Вклад смертности от курения в общую смертность, %	Смертность от болезней, вызванных курением, человек	Вклад смертности от курения в общую смертность, %			Смертность от болезней, вызванных курением, человек	Вклад смертности от курения в общую смертность, %	Смертность от болезней, вызванных курением, человек	Вклад смертности от курения в общую смертность, %
2004	24 401	2,3	29 699	2,8	296 830	24,3	304 522	24,9		
2005	24 730	2,4	27 821	2,7	301 059	24,5	304 267	24,8		
2006	21 666	2,1	29 683	2,9	276 705	24,4	281 913	24,9		
2007	22 984	2,4	29 525	3	263 561	24,4	265 981	24,6		
2008	25 001	2,6	29 723	3	263 153	24,4	262 171	24,3		
2009	23 138	2,4	29 721	3,1	253 258	24,5	252 175	24,4		
2010	21 598	2,2	29 145	3	249 926	24,1	245 021	23,6		
2011	26 044	2,8	30 150	3,3	239 145	24,3	231 882	23,5		
2012	20 618	2,2	31 092	3,4	232 907	24,2	224 733	23,3		
2013	23 376	2,6	30 993	3,4	229 747	24,4	218 287	23,2		
2014	21 403	2,4	32 331	3,6	226 198	23,9	216 958	22,9		
2015	19 182	2,1	33 071	3,5	225 554	23,7	213 199	22,4		
2016	22 817	2,5	33 183	3,6	224 550	23,8	211 822	22,5		
2017	23 368	2,6	30 471	3,4	211 538	23,5	199 529	22,1		

Источник: расчеты авторов.

**Рис. 4**

Динамика вклада курения в смертность в возрасте 35–69 лет (среди смертей в данной возрастной группе от общей смертности) и распространение курения (среди взрослого населения) в 2004–2017 гг., мужчины и женщины, Россия, %

Источник: расчеты авторов.

Подтвердилась и вторая гипотеза: общая и табачная смертность у мужчин снижались синхронно, так что вклад курения в смертность оставался стабильным. У женщин вклад смертности от болезней, вызванных курением, повышался на фоне снижения общей смертности.

4.3. Особенности течения табачной эпидемии в России на фоне гендерного перехода

В чем причины гендерных различий в динамике смертности от курения? Почему женщины задерживаются на восходящей или на неубывающей стадии табачной эпидемии? Для исследования данных различий авторы предлагают гипотезу влияния гендерного перехода на отставание женщин в процессе завершения табачной эпидемии. Гендерный переход (Калабихина, 2009) описывает соотношение параметров гендерного равенства в общественных институтах (рынок труда и система образования) к частным институтам (домохозяйство). С точки зрения доступа к образованию и рынку труда женщины давно приблизились к мужчинам (соотношение имеющих оплачиваемую работу среди женщин и мужчин превышает 0,8) или даже их опередили (соотношение имеющих высшее образование среди женщин и мужчин превышает 1,3). Однако при сравнимой нагрузке на рынке оплачиваемого труда женщины выполняют значительно больший объем домашней работы (соотношение времени, затрачиваемого на

неоплачиваемый труд внутри домохозяйства мужчинами и женщинами, не превышает 0,6, а для такого вида домашнего труда, как родственный уход – 0,4) (рис. 5). Такое соотношение параметров гендерного равенства в общественных и домохозяйственных институтах соответствует второй, самой разбалансированной, стадии незавершенного гендерного перехода (Калабахина, 2009).

Концепция гендерного перехода может дать оценку социально-исторического контекста табачной эпидемии, поскольку отставание женщин в снижении курения происходит на фоне незавершенного гендерного перехода (рис. 5).

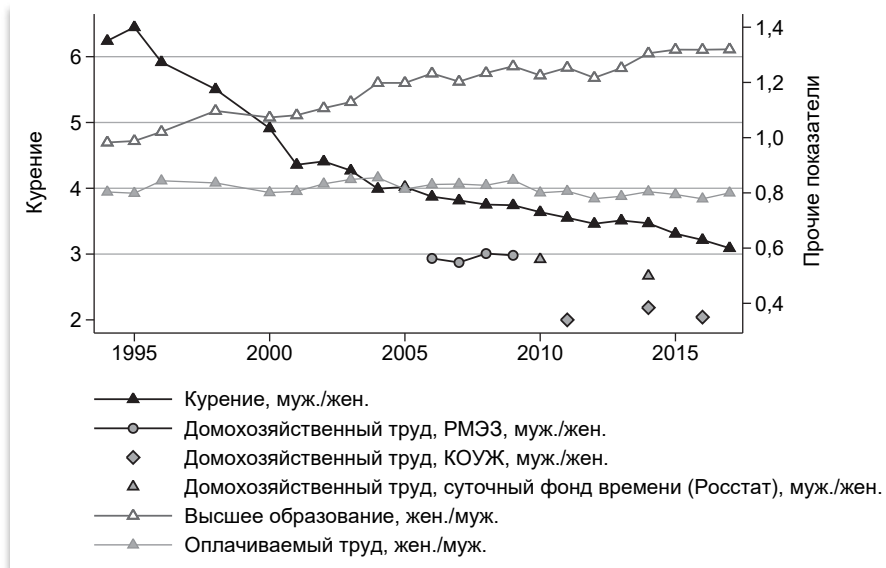


Рис. 5

Динамика показателей гендерного разрыва, характеризующих различия в распространении курения, участия в домохозяйственном труде, оплачиваемом труде и распространении высшего образования. Россия

Источник: расчеты авторов.

Какие могут быть выдвинуты гипотезы, объясняющие отставания женщин в снижении смертности от курения в этом контексте? Возможно, консервируемые гендерные стереотипы, которые заморозили вторую стадию гендерного перехода в России (гендерное равенство в общественных институтах так и не дополнилось развитием равенства в домашних хозяйствах), тормозят усилия женщин и в снижении потребления табака. В обществе гендерного равенства курение становится непопулярным среди большей части женского населения в условиях признания равноценности всех социальных групп и социальных ролей, наличия разнообразия в моделях социального успеха, важности разнообразия в престижных секторах рынка труда, ценности эгалитарных партнерских отношений в семье. Воспользоваться плодами

эгалитарного общества пока не представляется возможным, поскольку общественные отношения еще не достигли такого уровня развития. Мужские роли и модели успеха доступны и женщинам, а женские роли все еще менее значимы, они являются стыдными для мужчин, все еще распространена объективация женщин в различных институтах, в том числе в рекламе (отметим, что в рекламе табачной продукции традиционно объективация женщин происходит в особенно вульгарном контексте). Женщины отождествляют успех с копированием мужского поведения или с попытками нравиться в контексте объективации. Эти мотивы оставляют курение популярным поведением. Таким образом, женский табачный переход окрашен гендерными отношениями. У мужчин стадия внедрения инновации «курение равно социальному успеху» сменяется сначала быстрым распространением и расцветом употребления табака, затем появлением инновации «здоровый образ жизни равен социальному успеху». У женщин процесс жизненного цикла инноваций и их сменяемости работает с условностями гендерных ограничений, которые также меняются: 1) стадия запрета курения (до или в начале гендерного перехода, когда сильны традиционные отношения и специализация в браке), 2) стадия разрешения курения (в середине гендерного перехода, когда традиционные гендерные правила разрушены в общественных институтах, но все еще крепки в частных – стадия полумансипации), 3) стадия отказа от курения (завершение гендерного перехода, развитие эгалитарности в частных институтах и разнообразия в общественных институтах). В условиях завершеного гендерного перехода у женщин становится меньше поводов копировать поведение мужчин ради карьеры либо курить ради привлекательности в контексте позднего традиционного общества. Нормальным становится признание ценности женщин не только с точки зрения ее природной роли в семье или «настоящего» мужчины на престижной работе, что, по мнению авторов, могло бы в том числе способствовать снижению распространенности женского курения.

5. Заключение

В данной работе проанализирована смертность от болезней, вызванных курением, среди женщин и мужчин в России с точки зрения теории табачной эпидемии для привлечения внимания к тревожным перспективам женской смертности от курения.

Нам удалось подтвердить высокий уровень смертности от болезней, вызванных курением, в России, несмотря на ее заметное снижение в последние годы (абсолютные показатели: с 320 тыс. в 2004 г. до 235 тыс. человек в 2017 г.). Полученные нами оценки согласуются с результатами исследования (Масленникова, Оганов, 2012) – 278 тыс. человек в 2009 г.

Были выделены группы риска с точки зрения масштабов демографических потерь от курения – мужчины средних и старших возра-

тов (вклад смертности, вызванной курением, в общую смертность у российских мужчин в возрасте 35–69 лет на данный момент превышает 30%) и с точки зрения тревожных перспектив роста или неснижения вклада табачной смертности в общую смертность – женщины средних возрастов (вклад в общую смертность вырос в 1,13 раз).

Методика лагированной оценки смертности от курения позволила сделать предположения о перспективах демографических потерь от курения в ближайшем будущем. Используя теорию табачной эпидемии, мы выявили факт торможения женщин на высоких стадиях потребления табака, что при прочих равных неминуемо приведет к росту женской смертности от курения. Пик смертности от болезней, вызванных курением, среди женщин, на данный момент составляющей 7%, еще впереди. У мужчин табачная эпидемия идет на спад, демографические потери от курения (при прочих равных) будут снижаться.

Таким образом, обе исследовательские гипотезы о гендерной группе наибольшего риска смертности от курения (мужчины) и группе наиболее тревожной с точки зрения динамики вклада смертности от курения в общую смертность (женщины) подтвердились.

Еще одним важным сюжетом нашей работы мы считаем гипотезу о возможных факторах женского отставания в снижении смертности от курения. Мы связываем это явление с незавершенностью гендерного перехода (так называемой полуэмансипацией), консервирующей мотивы поддерживать вредные привычки у женщин. Этот сюжет крайне важен для перспектив научно обоснованной политики борьбы с курением и его последствиями – наблюдаемые различия по полу в динамике табачной смертности следует интерпретировать в контексте гендерных отношений и использовать эти эмпирические результаты в антитабачной политике.

Результаты наших расчетов можно считать нижней границей табачной смертности, поскольку мы не учитывали демографических потерь от пассивного курения, а также последствия курения во время беременности.

В будущем данное исследование может быть продолжено в трех направлениях:

- 1) оценить, как фактор высокого потребления крепкого алкоголя влияет на табачную эпидемию в России;
- 2) проверить гипотезу о том, что относительно небольшой временной лаг между пиковыми значениями распространения курения и табачной смертности и быстрое сближение уровней курения среди мужчин и женщин по сравнению с западными странами связан с высокой смертностью мужчин в трудоспособных возрастах, когда мужчины не успевают бросить курить в средних и старших возрастах (низкая доля бывших курильщиков);
- 3) выявить количественную связь между гендерным неравенством и отставанием женщин в снижении смертности от курения

и обосновать специфически гендерные меры антитабачной политики.

ЛИТЕРАТУРА

- Ефимова Е.В., Конобеевская И.Н., Максименко Г.В., Карпов Р.С.** (2017). Курение и сердечно-сосудистая смертность населения в условиях Томска – типичного города Западной Сибири // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. Т. 16(6). С. 115–121.
- Калабихина И.Е.** (2009). Гендерный фактор в экономическом развитии России. М.: МАКС Пресс.
- Константинов В.В., Шальнова С.А., Киреев С.В., Тимофеева Т.Н., Шестов Д.Б., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Лельчук И.Н., Деев А.Д.** (2007). Относительный риск смертности среди женского населения в связи со статусом курения, употребления алкоголя и уровнем образования // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. Т. 6(3). С. 100–105.
- Масленникова Г.Я., Оганов В.Г.** (2011) Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения // *Профилактическая медицина*. Т. 14(3) . С. 19–27.
- Плавинский С.Л., Плавинская С.И.** (2012). Курение и смертность в крупном проспективном исследовании // *Российский семейный врач*. Т. 16(2). С. 29–36.
- Barbeau E., Leavy-Sperounis A., Balbach E.** (2004). Smoking, social class, and gender: What can public health learn from the tobacco industry about disparities in smoking? // *Tobacco Control*. Vol. 13(2). P. 115–120.
- Bauer T., Göhlmann S., Sinning M.** (2007). Gender differences in smoking behavior // *Health Economics*. Vol. 16(9). P. 895–909.
- Denisova I.** (2010). Adult mortality in Russia // *The Economics of Transition*. Vol. 18(2). P. 333–363.
- Grøtvedt L., Stavem K.** (2005). Association between age, gender and reasons for smoking cessation // *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 33(1). P. 72–76.
- Gugushvili A., McKee M., Azarova A., Murphy M., Irdam D., King L.** (2018). Parental transmission of smoking among middle-aged and older populations in Russia and Belarus // *International Journal of Public Health*. Vol. 63(3). P. 349–358.
- Kong K., Jung-Choi K., Lim D., Lee H., Lee W., Baik S., Park S., Park H.** (2016). Comparison of prevalence- and smoking impact ratio-based methods of estimating smoking-attributable fractions of deaths // *Journal of Epidemiology*. Vol. 26(3). P. 145–154.
- Lariscy J., Hummer R., Rogers R.** (2018). Cigarette smoking and all-cause and cause-specific adult mortality in the United States // *Demography*. Vol. 55(5). P. 1855–1885.
- Liutkute V., Veryga A., Štelemekas M., Goštautaitė N.** (2017). Burden of smoking in Lithuania: Attributable mortality and years of potential life lost // *European Journal of Public Health*. Vol. 27(4). P. 736–741.

- Lopez A., Collishaw N., Piha T.** (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries // *Tobacco Control*. Vol. 3(3). P. 242–247.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (2014). The Health Consequences of Smoking – 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (US). Chapter 12. “*Smoking-attributable morbidity, mortality, and economic costs*”. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294316/>.
- Oza S., Thun M., Henley J., Lopez A., Ezzati M.** (2011). How many deaths are attributable to smoking in the United States? Comparison of methods for estimating smoking-attributable mortality when smoking prevalence changes // *Preventive Medicine*. Vol. 52(6). P. 428–433.
- Pampel F.C.** (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking // *Social Science Research*. Vol. 34(1). P. 117–139.
- Pérez-Ríos M., Montes A.** (2008). Methodologies used to estimate tobacco-attributable mortality: A review // *BMC Public Health*. Vol. 22. Jan. P. 8–22.
- Perlman F., Bobak M., Gilmore A.B., Mckee M.** (2007). Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy // *Tobacco Control*. Vol. 16(5). P. 299–305.
- Peto R., Lopez A., Boreman J., Thun M., Heath C.** (1992). Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics // *Lancet*. Vol. 339. P. 1268–1278.
- Quirnbach D., Gerry C.** (2016). Gender, education and Russia’s tobacco epidemic: A life-course approach // *Social Science & Medicine*. Vol. 160. P. 54–66.
- Ross H., Kostova D., Stoklosa M., Leon M.** (2014). The Impact of cigarette excise taxes on smoking cessation rates from 1994 to 2010 in Poland, Russia, and Ukraine // *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. Vol. 16. Issue Suppl. 1. P. S37–S43.
- Thornton W., Douglas G., Houghton S.** (1999). Transition through stages of smoking: The effect of gender and self-concept on adolescent smoking behavior // *Journal of Adolescent Health*. Vol. 25(4). P. 284–289.
- Thun M., Peto R., Boreham J., Lopez A.** (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century // *Tobacco Control*. Vol. 21(2). P. 96–101.
- Van Ours J., Palali A.** (2017). The impact of tobacco control policies on smoking initiation in Europe. Tinbergen Institute discussion papers No. 17-074/V.
- Zasimova L.** (2019). Analysis of non-compliance with smoke-free legislation in Russia // *International Journal of Public Health*. Vol. 64(3). P. 413–422.

Поступила в редакцию 19.03.2019

REFERENCES (with English translation or transliteration)

- Barbeau E., Leavy-Sperounis A., Balbach E.** (2004). Smoking, social class, and gender: what can public health learn from the tobacco industry about disparities in smoking? *Tobacco Control*, 13(2), 115–120.

- Bauer T., Göhlmann S., Sinning M.** (2007). Gender differences in smoking behavior. *Health Economics*, 16(9), 895–909.
- Chaloupka F., Wechsler H.** (1997). Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *Journal of Health Economics*, 16 (3), 359–373.
- Denisova I.** (2010). Adult mortality in Russia. *The Economics of Transition*, 18(2), 333–363.
- Efimova E.V., Konobeevskaya I.N., Maksimenko G.V., Karpov R.S.** (2017). Smoking and cardiovascular mortality in Tomsk inhabitants as a typical city of Western Siberia. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 16(6), 115–121 (in Russian).
- Ezzati M., Lopez A.D.** (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362, 847–852.
- Grøtvedt L., Stavem K.** (2005). Association between age, gender and reasons for smoking cessation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(1), 72–76.
- Gugushvili A., McKee M., Azarova A., Murphy M., Irdam D., King L.** (2018). Parental transmission of smoking among middle-aged and older populations in Russia and Belarus. *International Journal of Public Health*, 63(3), 349–358.
- Kalabikhina I.E.** (2009). *Gendernyj faktor v jekonomicheskom razvittii Rossii*. [Gender factor in economic development of Russia]. Moscow: MAKS Press (in Russian).
- Kong K., Jung-Choi K., Lim D., Lee H., Lee W., Baik S., Park S., Park H.** (2016). Comparison of prevalence- and smoking impact ratio-based methods of estimating smoking-attributable fractions of deaths. *Journal of Epidemiology*, 26(3), 145–54.
- Konstantinov V.V., Shalnova S.A., Kireev C.V., Timofeeva T.N., Shestov D.B., Kapustina A.V., Balanova Yu.A., Lel'chuk I.N., Deev A.D.** (2007). Otnositel'nyi risk smertnosti sredi zhenskogo naselenija v svjazi so statusom kurenija, upotreblenija alkoholja i urovnem obrazovanija. [Associations of mortality relative risk, smoking status, alcohol intake, and educational level in women]. *Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 14(3), 19–27 (in Russian).
- Lariscy J., Hummer R., Rogers R.** (2018). Cigarette smoking and all-cause and cause-specific adult mortality in the United States. *Demography*, 55(5), 1855–1885.
- Liutkute V., Veryga A., Štelemekas M., Goštautaitė N.** (2017). Burden of smoking in Lithuania: Attributable mortality and years of potential life lost. *European Journal of Public Health*, 27(4), 736–741.
- Lopez A., Collishaw N., Piha T.** (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3(3), 242–247.
- Maslennikova G.Ja., Oganov R.G.** (2011). Medical and socioeconomic damage caused by smoking in the Russian Federation: diseases of circulatory system. [Medical and socioeconomic damage caused by smoking in the Russian Federation: diseases of circulatory system]. *Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 14(3), 19–27 (in Russian).
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (2014). The Health Consequences of Smoking – 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (US). In: “*Smoking-Attributable Morbidity*,

- Mortality, and Economic Costs*". Chapter 12, Smoking-Attributable Morbidity, Mortality, and Economic Costs. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294316/>.
- Oza S., Thun M., Henley J., Lopez A., Ezzati M.** (2011). How many deaths are attributable to smoking in the United States? Comparison of methods for estimating smoking-attributable mortality when smoking prevalence changes. *Preventive Medicine*, 52(6), 428–433.
- Pampel F.C.** (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking. *Social Science Research*, 34(1), 117–139.
- Pérez-Ríos M., Montes A.** (2008). Methodologies used to estimate tobacco-attributable mortality: A review. *BMC Public Health*, 22, Jan., 8–22.
- Perlman F., Bobak M., Gilmore A.B., Mckee M.** (2007). Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control*, 16(5), 299–305.
- Peto R., Lopez A., Boreman J., Thun M., Heath C.** (1992). Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 339, 1268–1278.
- Plavinski S.L., Plavinskaya S.I.** (2012). Kurenie i smertnost' krupnom prospektivnom issledovanii. [Smoking and mortality in a large prospective study]. *Russian Family Doctor*, 16(2), 29–36 (in Russian).
- Quirmbach D., Gerry C.** (2016). Gender, education and Russia's tobacco epidemic: A life-course approach. *Social Science & Medicine*, 160, 54–66.
- Ross H., Kostova D., Stoklosa M., Leon M.** (2014). The impact of cigarette excise taxes on smoking cessation rates from 1994 to 2010 in Poland, Russia, and Ukraine. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 16, Issue Suppl. 1, S37–S43.
- Thornton W., Douglas G., Houghton S.** (1999). Transition through stages of smoking: the effect of gender and self-concept on adolescent smoking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 25(4), 284–289.
- Thun M., Peto R., Boreham J., Lopez A.** (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control*, 21(2), 96–101
- Van Ours J., Palali A.** (2017). The impact of tobacco control policies on smoking initiation in Europe. Tinbergen Institute discussion papers No. 17-074/V.
- Zasimova L.** (2019). Analysis of non-compliance with smoke-free legislation in Russia. *International Journal of Public Health*, 64(3), 413–422.

Received 19.03.2019

I.E. Kalabikhina

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

P.O. Kuznetsova

Institute for Social Analysis and Forecasting at RANEPА, Moscow, Russia

Gender aspects of tobacco epidemic in Russia

Abstract. The authors analyze the dynamics of smoking prevalence and tobacco associated mortality in the context of strengthening the state policy of tobacco control in Russia that started in the second half of the 2000s. During this period, the proportion of smokers steadily declined, almost exclusively due to male smoking. The authors' estimates of the mortality from diseases caused by smoking, despite the positive dynamics, indicate the magnitude of the problem: in 2017 about 235 thousand people died from diseases caused by smoking, among them 212 thousand men and 23 thousand women. Like other countries at the mature stages of the smoking epidemic, Russia is experiencing a convergence in the smoking prevalence among men and women. While men quit smoking, women still support smoking in various educational and income groups. While Russian men have already passed peak smoking prevalence rates and moved on to the next stage of the epidemic, with high death rates from diseases caused by smoking (over 30% of all deaths between 35–69 years old in 2017), the peak of tobacco deaths among women (currently 7%) is still ahead. Russian women are slowly passing the stage of epidemic with high smoking prevalence. We associate this phenomenon with the incompleteness of the gender transition (the so-called “half-emancipation”), preserving motives to support bad habits in women.

Keywords: *smoking, gender, tobacco epidemic, tobacco attributable mortality, gender transition.*

JEL Classification: I12, I18, J16.

DOI: 10.31737/2221-2264-2019-44-4-5