

## ТАБАКОВОДСТВО: СУРОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ И АЛЬТЕРНАТИВЫ.

Больше половины стран мира производит табак – культуру, которая ежегодно приводит к гибели более 8 миллионов человек, ослабляет мировую экономику, усиливает проблему продовольственной безопасности и наносит ущерб окружающей среде.

Под культивирование табака отдано три с половиной миллионов гектар плодородной земли. При этом с нехваткой продовольствия, формирующую проблему продовольственной безопасности, сталкивается половина стран мира. Большинство производителей табака – это страны с низким или средним уровнем дохода, многие из которых находятся на Африканском континенте. Поскольку скудные пахотные земли не используются для выращивания необходимого продовольствия, табаководство и табачная промышленность усугубляют проблемы национальной продовольственной безопасности.

Табачные компании намеренно представляют табак как высокодоходную культуру. Они привлекают фермеров поставкой семян и удобрений, строительством сельскохозяйственных построек, льготными условиями кредитования, гарантированным рынком сбыта. Даже Европейский союз предоставляет субсидии на поддержание производства табака. В действительности производство табака является трудоемким занятием, вызревание рассады занимает до 9 месяцев, поэтому в течение года табаковод не может выращивать другие продовольственные культуры. Противодействие табачных компаний, отсутствие государственной поддержки и жизнеспособных рынков сбыта для альтернативных сельскохозяйственных культур ограничивает возможности табаководов при переходе на выращивание других культур.

Производство табака представляет угрозу не только для продовольственной безопасности. Чтобы освободить место под табачные плантации и обеспечить условия для ферментации листьев табака вырубаются леса. Вследствие обезлесения, загрязнения источников воды и деградации почвы страдает экосистема. Табачный дым, образующийся в результате ферментации табачных листьев, загрязняет окружающую среду.

Табаководство наносит прямой вред общественному здоровью и здравоохранению. Табаководство подрывает здоровье работников и членов их семей. Табаководы подвергаются воздействию пестицидов и табачной пыли, они вдыхают катастрофическое количество табачного дыма, образующегося при ферментации табака. Через кожу работника при обработке влажных табачных листьев впитываются высокие дозы никотина. Работник табачной промышленности в день получает дозу никотина, которая эквивалентна 50 сигаретам. Кроме того, табаководы переносят на своем теле и одежде вредные

вещества, что приводит к вторичному воздействию табака на здоровье членов их семей, включая детей.

Надо подчеркнуть, что табаководство неразрывно связано с использованием детского и женского труда. Основную работу на табачных плантациях выполняют дети и женщины, в том числе беременные. Особенно уязвимы к воздействию табака дети, учитывая вес их тела по отношению к доле никотина, который абсорбируется через кожу. Беременность женщин, работающих на табачных плантациях, чаще заканчивается выкидышем или рождением ребенка с врожденными патологиями. Даже женщины и дети, которые только скручивают ручную сигары и сигареты, подвергаются воздействию табачной пыли и никотина, что приводит к частому развитию респираторных и других заболеваний.

Повышенная частота хронических заболеваний легких и других проблем со здоровьем лиц, занятых в табаководстве и табачной промышленности, значимо увеличивает нагрузку на систему здравоохранения. При этом доли импорта и экспорта табачного листа незначительны и составляют менее 1% валового внутреннего продукта стран-производителей. Значимость табачной промышленности для экономики умышленно преувеличивают табачные компании.

Понимая вред табаководства, борьба с табакокурением невозможна без поддержки фермеров, отказывающихся от табаководства в пользу выращивания иных продовольственных культур.

Положительный пример отказа от табаководства демонстрирует Болгария, где множество фермеров успешно перешли на выращивание орехов, ягод или животноводство. После перехода от табаководства к другим видам сельскохозяйственной деятельности в традиционных табачных районах страны произошел значительный подъем экономической активности и повысился уровень жизни. В Индонезии прибыль фермеров, которые перешли с табака на альтернативные культуры, также увеличилась, что улучшило качество жизни фермеров, членов их семей, жителей районов выращивания табака.

Существующие примеры доказывают, что при правильном определении экономически устойчивых альтернатив табаководству фермеры получают не меньшую, а даже большую прибыль, чем при выращивании табака.

Кроме того, при отказе от табаководства и переходе на производство альтернативных сельскохозяйственных культур возможно применить экосистемный подход, что позволяет достичь лучшего состояния окружающей среды.

Нельзя забывать, что производство продовольственных культур уменьшает нехватку продовольствия и поможет решить проблемы продовольственной безопасности. Немаловажно, что отказ от табаководства положительно отражается на общественном здоровье и здравоохранении.

Перечисленные минусы табаководства и плюсы отказа от него усиливают значимость государственной и общественной поддержки в создании альтернативных производственно-сбытовых цепочек. Так как только наличие подобной поддержки может гарантировать успешное воплощение в жизнь решения табаководов отказаться от выращивания табака.

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Старение населения, как объективный результат эволюции демографических процессов, является необратимым явлением. Комплементарно росту численности лиц пожилого и старческого возраста увеличивается доля работающего среди них населения. В общей численности пенсионеров, состоящих на учете в системе пенсионного фонда России, доля работающих на 1 января 2020 года составила 19,6%, на 1 января 2021 года – 20,7%. Не только материальная необеспеченность мотивирует трудовую деятельность пожилых, но и растущий уровень образования у каждого следующего поколения пожилых. Высокий уровень образования коррелирует с трудовой занятостью населения: у высоко образованных работников предпенсионного возраста шансы на занятость выше, чем в среднем для всех работников в возрасте 25–64 лет. Вот почему так важен новый взгляд на старение с вовлечением пожилых людей в сообщество и поддержкой активного старения. Расходы на здравоохранение и социальную помощь пожилым людям часто рассматриваются как издержки общества, однако их следует понимать как инвестиции в реализацию возможностей пожилым вносить вклад в развитие страны.

В процессе старения происходят изменения, которые ухудшают состояние здоровья и физическую форму, нарушая физическое, психологическое и социальное функционирование. Вмешательство в старение должно быть направлено на содействие личностному росту и развитию, на обеспечение активности и участия путем создания условий, которые предотвращают ухудшение физического, психологического и социального функционирования.

Функционирование характеризуется способностью людей выполнять повседневную деятельность независимо и автономно, оставаясь при этом в контакте со сложившейся средой. Ухудшение функционирования делает людей более уязвимыми и зависимыми, что приводит к снижению их благополучия и качества жизни. Изучение характера потери функционирования в процессе старения имеет научно-практическую ценность для выявления потенциальных рисков его ухудшения, разработки стратегий поддержания функционирования лиц в пожилом возрасте, а также для поиска и обоснования мер предотвращения ограничения жизнедеятельности и здоровья лиц пожилого и старческого возраста. Оценка функционирования пожилых при оказании медицинской и иной социальной помощи необходима

для обеспечения результативности данной помощи и повышения ее приемлемости для пожилых пациентов и их близких.

Снижение функционирования пожилых людей связано с разными факторами, в том числе с уменьшением мышечной силы и массы, снижением выносливости сердечно-сосудистой системы, ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию и социальным услугам, низкой медицинской грамотностью, ограничением передвижения, бедностью, барьерами окружающей среды. Пожилые люди с хроническими заболеваниями сталкиваются с более быстрым и резким снижением функционирования. Значимое ухудшение функционирования, множественность и разнообразность факторов влияния требуют особого подхода к организации медицинской помощи пожилым пациентам. Пожилые люди имеют увеличенную потребность в комплексном регулярном медицинском обслуживании с усилением профилактического компонента, мониторингом и оценкой изменений функционирования с учетом особенностей психологического и социального состояния.

Оценка функционирования при оказании медицинской помощи позволяет осуществлять действенное управление состоянием здоровья пожилого пациента, затрагивая области функциональных способностей, активности и участия, а также повышает мотивацию пожилого человека к поддержанию независимости и автономии в повседневной жизни. Вот почему здоровье пожилых пациентов обязательно надо оценивать в соответствии с функционированием и нельзя только на основе наличия или отсутствия заболевания. Кроме того, оценка функционирования при оказании медицинской помощи позволяет не только улучшить ее качество, но и снизить затраты на лечение и реабилитацию.

Однако многие исследования медицинской помощи пожилым до сих пор фокусируются на улучшении клинических показателей, что не приводит к улучшению функционирования пациентов. Фокус на клинических показателях исключает внимание к ограничениям жизнедеятельности, не учитывает в стратегиях лечения потребности пациентов. Продолжительность здоровой жизни, то есть время, проведенное без болезней, не увеличивается пропорционально увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В европейских странах у 62% лиц в возрасте 65–74 лет и 81,5% – в возрасте 85 лет и старше зафиксирована мультиморбидность. Для количественной оценки заболеваемости были разработаны такие критерии как индекс коморбидности Чарлсона, кумулятивная шкала оценки заболеваемости, гериатрический индекс коморбидности, индекс функциональной коморбидности, индекс Каплана-Файнштейна. Данные критерии часто применяются в клинической

практике, чтобы отразить тяжесть состояния пациентов, хотя исследования обнаруживают, что они являются плохими предикторами снижения функционирования пожилых пациентов.

Учитывая важность измерения функционирования у лиц пожилого и старческого возраста, следует использовать специальные инструменты для оценки функционирования.

## САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И АСПЕКТОВ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Самооценка населением собственного здоровья широко применяется в качестве меры общественного здоровья и здравоохранения с 1950-х годов. Результаты массовых опросов самооценки здоровья используются для распределения медицинских услуг и других ресурсов, имеющих отношение к здоровью населения. Самооценка здоровья является одним из наиболее широко используемых инструментов для измерения состояния здоровья людей, в том числе пожилых, и их социального участия в общественной жизни. Самооценка здоровья отражает субъективное кумулятивное восприятие людьми своего здоровья, является доказанным независимым и сильным предиктором заболеваемости, смертности и многофакторным маркером качества жизни. Ряд исследований, в том числе эпидемиологических и метаанализов, обнаружили сильную связь между самооценкой здоровья и нарушениями здоровья, обусловленными такими заболеваниями как диабет, ишемическая болезнь сердца, инсульт, ожирение, болезнь Паркинсона, респираторные заболевания, депрессия, заболеваниями полости рта. Наличие хронических заболеваний и нарушение функционирования обуславливают негативную самооценку здоровья и повышенный уровень депрессивных симптомов, в частности, обнаружена зависимость самооценок психологического стресса и здоровья от периода выживания женщин с раком. Самооценка активно используется для поддержки самоконтроля при хронических заболеваниях на этапе первичной медико-санитарной помощи, что доказано улучшает качество последней. С помощью инструментов самооценки осуществляют измерение прорывной боли в клинических условиях, страданий и утомляемости в паллиативной помощи, самообслуживания и заботы о себе здоровых детей и взрослых, трудоспособности при нарушении здоровья, знаний при диабете, распространенности стоматологических травм. Систематические обзоры инструментов самоконтроля показывают их надежность для пациентов с остеоартритом, с нарушениями вращательной манжеты плеча. Исследование измерительных свойств и клинической полезности самооценок физической активности при инсульте определило критерии пригодности инструментов самооценки для использования. Уже известно, что самооценка здоровья снижается при ухудшении функционирования, также обнаружена прямая связь самооценки состояния здоровья с активностью и участием, а также с самооценкой счастья (благополучия). Доказано влияние на самооценку здоровья изменений в экономике.

То есть самооценка позволяет оценить состояние здоровья и аспекты, связанные со здоровьем, с учетом физических, психологических и социальных факторов, что соответствует определению здоровья Всемирной организации здравоохранения.

В настоящее время разработано множество инструментов самооценки общего здоровья, его отдельных аспектов и состояний, большинство из которых применяются у лиц пожилого и старческого возраста.

Преимуществом инструментов самооценки является легкость, простота и быстрота сбора информации, привлечение малого количества ресурсов на проведение опросов. Более того, минимизировать расходы на проведение самооценки и при этом максимально широко распространить ее на различные аспекты общественного здоровья и здравоохранения позволяют мобильные приложения.

Вместе с тем ряд исследований показывают, что на объективность самооценки пожилых оказывает влияние множество факторов, по причине которых пожилые люди склонны к переоценке или недооценке здоровья. На самооценку пожилых влияет возраст, гендер, этническая принадлежность, уровень образования, доход, культурные особенности стран и народов, уровень социального обеспечения, физическая активность, наличие и качество зубных протезов, частота хронических заболеваний, а также сфера оценки, причем наиболее подвержены предвзятой оценке сфера мобильности и познавательных способностей. Наиболее сильно на самооценку пожилых влияет феномен социальной желательности, то есть склонность респондентов изображать состояние здоровья в более благоприятном свете, дабы соответствовать преобладающим социальным нормам и стандартам. Например, исследования показывают, что в отношении антропометрических данных имеются расхождения в объективных измерениях и самооценке. Мужчины и женщины пожилого возраста занижали свой вес, переоценивали рост и занижали индекс массы тела, причем с возрастом искажение самооценки усиливалось. Социальная желательность может повлиять на самооценку, особенно касающуюся социально чувствительных тем, в частности, психологического благополучия. Социально желательная реакция среди пожилых более выражена, так как есть доказательства ее усиления с возрастом. Легкие когнитивные нарушения, широко распространенные в гериатрической популяции, могут уменьшать и усиливать социально желательную реакцию. Помимо социальной желательности, ряд зарубежных исследований объясняет предвзятость самооценки нормализацией патологических отклонений состояния здоровья, например ожирения и избыточного веса из-за нормализации данных состояний в популяции.



Еще одним фактором ограничения самооценки являются культурные и языковые различия, требующие кросс-культурной адаптации инструментов самооценки здоровья и аспектов с ним связанных. Кросс-культурная адаптация инструментов самооценки помогает повысить объективность результатов в разных популяциях и способствует качественному сравнению национальных исследований.

Данные ограничения показывают необходимость стандартизации инструментов самооценки, разработанных для взрослого населения, в популяции пожилых.

## ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Инструменты для оценки функционирования многочисленны. К наиболее распространенным инструментам оценки функционирования относят: индекс Бартела, индекс независимости Каца, Шкалу функциональной независимости (FIM), профиль и опросник повседневной жизни, профиль инструментальной активности, Мельбурнский индекс повседневной жизни для слабовидящих, шкалу Лоутона.

Индекс Бартела разработан в 1955 году. Этот инструмент оценивает 10 видов деятельности, связанных с базовой повседневной жизнью, в том числе уход за телом, прием пищи, подвижность, надевание одежды. Суммарное отклонение на два и более баллов показывает значимое изменение степени самостоятельности индивида. Использование индекса Бартела позволяет более точно определять возможности пациента в повседневной жизни.

Индекс независимости Каца разработан в 1959 году, модифицирован авторами в 70-х. Этот инструмент также предназначен для оценки базовой повседневной жизни у пожилых людей. Выполненное действие оценивается в 1 балл, не выполненное – 0 баллов. Оценка в 4 балла указывает на умеренные нарушения функционирования, 2 балла – на тяжелое, 0 – на полную зависимость.

Шкала функциональной независимости (FIM) была представлена в 1987 году Американской академией физической медицины и реабилитации и Американским союзом восстановительной медицины. Шкала оценивает 6 функциональных областей человека, включая двигательные и когнитивные функции.

Профиль повседневной жизни (ADL) разработан в 1990 году. Профиль измеряет индивидуальную автономию в повседневной жизни на основе четырех навыков: формулирование цели, планирование и выполнение задачи, проверка достижения первоначальной цели.

Опросник повседневной жизни (ADLQ) разработан в 2004 году для оценки показателей повседневной жизни у пациентов с болезнью Альцгеймера. Оценка осуществляется по шести областям: уход за собой, уход за домом, занятость и отдых, покупки и деньги, путешествия, общение.

Профиль инструментальной активности (IADL) разработан в 2010 году. Профиль фактически представляет собой обновленную версию профиля повседневной жизни. Профиль позволяет оценить 8 областей инструментальной активности: надевание верхней одежды, поход в продуктовый магазин, покупка продуктов, приготовление горячей еды для гостей, трапеза с гостями, уборка после еды, получение информации и

составление бюджета. Профиль является мерой степени индивидуальной автономии в выполнении действий в обществе и дома.

Шкала Лоутона представлена в 1969 году как инструмент оценки независимости пожилых людей в выполнении инструментальной деятельности. Шкала включает в себя 8 видов деятельности: умение пользоваться телефоном, делать покупки, готовить еду, вести домашнее хозяйство, стирать, умение пользоваться транспортом, ответственность за собственные лекарства и умение обращаться с финансами. Сумма баллов варьирует от 0 (зависимость) до 8 (независимость). Следует отметить, что зачастую мужчины игнорируют ответы на пункты, связанные с приготовлением пищи, домашним хозяйством и стиркой. Это искусственно искажает общий балл оценки, снижая независимость мужчин в реализации инструментальной активности.

Мельбурнский индекс повседневной жизни для слабовидящих представлен в 2001 году. Индекс оценивает производительность повседневной жизни людей с нарушениями зрения. Инструмент разработан для клинической оценки, включает в себя две области оценки: функции повседневной жизни, вторая – деятельность по самообслуживанию. По каждому пункту оценивается самостоятельность, скорость и точность выполнения действия по пятибалльной шкале Лайкерта.

Каждый из вышеперечисленных инструментов имеет преимущества и ограничения, которые врачи и исследователи должны принимать во внимание. Индексы Бартела, Каца и FIM обладают хорошими психометрическими свойствами для оценки функций повседневной жизни у пожилых. Исследования показывают, что индекс Каца более эффективен при ведении пожилых в центрах ухода, чем индекс Бартела и FIM. Исследование 2013 года обнаружило, что анкету Бартела легче заполнять, чем анкету FIM. При этом FIM дает большую точность в измерении разницы зависимости и независимости. Однако инструменты Каца и Бартела бесплатны, не требуют специальной подготовки для использования, в отличие от FIM.

Профили повседневной жизни и инструментальной активности дают более точную информацию, чем другие инструменты, в отношении повседневной жизни, но оценка занимает несколько часов, что усложняет оценку для пожилых людей.

Опросник повседневной жизни широко используется, доступны его канадская, китайская, испанская, бразильская, чилийская версии. Но инструмент акцентирован на оценку повседневной жизни у лиц с болезнью Альцгеймера.

Узкую специализацию имеет Мельбурнский индекс повседневной жизни для слабовидящих. Хотя потеря зрения является одним из первых симптомов старения, Мельбурнский индекс лучше применять при оценке функционирования пожилых со значимыми нарушениями зрения. К тому же применение данного инструмента требует специального обучения.

Самым простым и доступным инструментом считается шкала Лоутона. Однако точность инструмента ограничивает распределение домашних и внедомашних обязанностей по гендерному признаку. Низкая оценка производительности по приготовлению пищи или стирке может неоправданно снижать рейтинг инструментальной активности мужчин.